

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2009

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2009



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD



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 y Política Social, que proporcionará un análisis permanente del Sistema Nacional de Salud en su conjunto, mediante estudios comparados de los servicios de salud de las comunidades autónomas en el ámbito de la organización, provisión de los servicios, gestión sanitaria y resultados [...].

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

Edita y distribuye
©2011 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
Secretaría General Técnica
Centro de Publicaciones
Paseo del Prado, 18 – 28014 Madrid

NIPO papel:
NIPO CD:
NIPO en línea:
Depósito legal:
Impresión:

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.

Coordinación

Carnicero Giménez de Azcárate, Javier
Observatorio del Sistema Nacional de Salud

Abad Bassols, Ángel
Observatorio del Sistema Nacional de Salud

López Rodríguez, Alicia
Observatorio del Sistema Nacional de Salud

Colaboración

Abad Bassols, Ángel
Observatorio del Sistema Nacional de Salud

Agra Varela, Yolanda
Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad del Sistema Nacional de Salud

Alfaro Latorre, Mercedes
Instituto de Información Sanitaria

Andrés (de) Rivera, Ángel
Subdirección General de Cartera de Servicios y Nuevas Tecnologías

Alonso Capitán, Marga
Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral

Arroyo Cobo, José Manuel
Subdirección General de Coordinación de Salud Penitenciaria

Barnuevo Hervás, Rafael
Secretaría del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

Benedí González, Alicia
Dirección General de Calidad de Farmacia y Productos Sanitarios

Blázquez Herranz, Margarita
Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación. Instituto de Salud Carlos III

Campos Esteban, Pilar
Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología

Carbajo Arias, Pilar
Subdirección General de Ordenación Profesional

Carnicero Giménez de Azcárate, Javier
Observatorio del Sistema Nacional de Salud

Domínguez-Gil González, Beatriz
Organización Nacional de Trasplantes

Esteban Gonzalo, Santiago
Instituto de Información Sanitaria

García Díaz, M^a José
Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad del Sistema Nacional de Salud

García Gómez, Juan Julián
Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición

Garrido García, Marta
Subdirección General de Sanidad Exterior

Garrido Cantarero, Gregorio
Organización Nacional de Trasplantes

Gogorcena Aoiz, María Ángeles
Instituto de Información Sanitaria

Guirao García, Ángel
Subdirección General de Alta Inspección y Cartera de Servicios

Gutiérrez Fisac, Juan Luis
Instituto de Información Sanitaria

Hernández Hernández, Tomás
Plan Nacional del SIDA

Ichaso Hernández-Rubio, María de los Santos
Instituto de Información Sanitaria

Jiménez Rosado, Pilar
Instituto de Información Sanitaria.

López Blanco, Juan Antonio
Subdirección General de Ordenación Profesional

López Rodríguez, Alicia
Observatorio del Sistema Nacional de Salud

Mahillo Duran, Beatriz
Organización Nacional de Trasplantes

Martín Acera, Santiago
Instituto de Información Sanitaria

Martín Escobar, Eduardo
Organización Nacional de Trasplantes

Martín Delagebasala, Carmen
Organización Nacional de Trasplantes

Matesanz Acebos, Rafael
Organización Nacional de Trasplantes

Merino Merino, Begoña
Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología

Montesinos Alonso, Amparo
Dirección General de Calidad de Farmacia y Productos Sanitarios

Muñoz Montalvo, Juan Fernando
Subdirección General de Tecnologías de la Información

Oliva (de la) Valentín Muñoz, María
Organización Nacional de Trasplantes

Palanca Sánchez, Inés
Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad del Sistema Nacional de Salud

Pallarés Neila, Luis
Subdirección General de Ordenación Profesional

Peña-Rey Lorenzo, Isabel
Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad del Sistema Nacional de Salud

Pérez Fernández, Silvia
Subdirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad y Política Social

Regidor Poyatos, Enrique
Instituto de Información Sanitaria

Relaño Toledano, Jorge
Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión

Rodríguez Blas, Carmen
Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión

Rosa (de la) Rodríguez, Gloria
Organización Nacional de Trasplantes

Sánchez González, Esther
Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión

Sanz Martul, Elena
Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación. Instituto de Salud Carlos III

Suárez Alonso, Andrés Gerardo
Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)

Toledano Marin, Eduardo
Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología

Vargas Marcos, Francisco
Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior

Comité Institucional

Abad Díez, José M^a
Aragón

Arcadio Fernández Martínez, Joaquín
Asturias (Principado de Asturias)

Blanco Galán, M^a Antonia
INGESA (Ceuta y Melilla)

Calvo Pérez, Pilar
Madrid (Comunidad de)

Castaño Riera, Eusebio
Baleares (Islas)

Cestafe Martínez, Adolfo
Rioja (La)

Cuadrado Domínguez, M^a Luisa
Castilla y León

Chinesta Tejera, Pedro
Comunidad Valenciana

Donoso Paredes, Federico
Murcia (Región de)

Estébanez Carrillo, Mercedes
País Vasco

García Sánchez, Miguel Ángel
Castilla-La Mancha

Guiu Ribé, Gerard
Cataluña

López Rois, Francisco
Galicia

Lasanta Sáez, M^a José
Navarra (Comunidad Foral de)

Molina Barragán, Eugenio
Extremadura

Moreno Medina, Carlos
Andalucía

Ortega Mendi, Manuel
Cantabria

Rodríguez Delgado, Teresa
Canarias

Comité Editorial

- Abad Bassols, Ángel
Observatorio del Sistema Nacional de Salud
- Andrés (de) Rivera, Ángel
Subdirección General de Cartera de Servicios y Nuevas Tecnologías
- Barnuevo Hervás, Rafael
Secretaría del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
- Carbajo Arias, Pilar
Subdirección General de Ordenación Profesional
- Carnicero Giménez de Azcárate, Javier
Observatorio del Sistema Nacional de Salud
- Esteban Gonzalo, Santiago
Instituto de Información Sanitaria
- García Díaz, M^a José
Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad del Sistema Nacional de Salud
- García Gómez, Juan Julián
Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición
- Guirao García, Ángel
Subdirección General de Alta Inspección y Cartera de Servicios
- López Blanco, Juan Antonio
Subdirección General de Ordenación Profesional
- López Rodríguez, Alicia
Observatorio del Sistema Nacional de Salud
- Montesinos Alonso, Amparo
Dirección General de Calidad de Farmacia y Productos Sanitarios
- Mahillo Duran, Beatriz
Organización Nacional de Trasplantes
- Relaño Toledano, Jorge
Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión
- Suárez Alonso, Andrés Gerardo
Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)
- Vargas Marcos, Francisco
Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior

Apoyo administrativo y logístico

- Manzano Ballesteros, María Pilar
Observatorio del Sistema Nacional de Salud

Apoyo editorial

- Elicegui Maestro, Ignacio

Índice

Índice de Tablas.....	9
Índice de Figuras	15
Resumen.....	19
Introducción	33
1 Estado de salud de la población.....	35
1.1 Características demográficas de la población española.....	35
1.2 Determinantes sociales y económicos de la salud	38
1.3 Mortalidad.....	43
1.4 Accidentes	46
1.5 Percepción subjetiva de la salud	48
1.6 Discapacidad.....	49
1.7 Hábitos de vida no saludables	50
1.8 Obesidad	51
2 Descripción y análisis institucional.....	53
2.1 Descripción y análisis institucional	53
2.2 Planes de gestión en el Sistema Nacional de Salud.....	62
2.3 Gasto sanitario.....	68
2.4 Fondo de cohesión sanitaria.....	77
2.5 Fondos para financiar estrategias de salud del Sistema Nacional de Salud en las comunidades autónomas.....	80
3 Recursos y actividad asistencial	85
3.1 Atención primaria	85
3.2 Atención especializada	97
4 Salud Pública	135
4.1 Epidemiología. Actuaciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades.	135
4.2 Sanidad exterior y salud internacional	153
4.3 Sanidad ambiental.....	155
4.4 Seguridad alimentaria y nutrición	159
5 Medicamentos y productos sanitarios.....	171
5.1 Evaluación y autorización de los medicamentos y productos sanitarios	171
5.2 Seguimiento y garantías de los medicamentos y productos sanitarios comercializados.....	176
5.3 Información de medicamentos y productos sanitarios	184
5.4 Prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud	189
5.5 Prescripción por principio activo y dispensación por receta electrónica	216
5.6 La prestación farmacéutica en centros sociosanitarios.....	219
5.7 Otras actividades de la gestión de las prestaciones farmacéuticas en las comunidades autónomas.....	224
5.8 Cartera complementaria de la prestación farmacéutica en las CCAA	227
5.9 Investigación con medicamentos y productos sanitarios.....	228
6 Calidad	231
6.1 Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud	231
6.2 Seguridad del paciente	234
6.3 Excelencia clínica	239

6.4	Estándares, acreditación y auditorías.....	240
6.5	Estrategias de salud en procesos asistenciales	241
6.6	Buenas prácticas en el Sistema Nacional de Salud	251
7	Iniciativas para la igualdad	259
7.1	Disminuir las desigualdades en salud en la población.....	259
7.2	Disminuir las desigualdades en salud en la población penitenciaria.....	266
7.3	Disminuir las desigualdades de género y salud	273
8	Gestión de la información clínica en el SNS	287
8.1	Historia clínica digital en el Sistema Nacional de Salud.....	287
8.2	Proyecto epSOS	289
8.3	El Nodo central del Sistema Nacional de Salud	291
9	Ordenación profesional y formación sanitaria.....	299
9.1	Ordenación profesional.....	299
9.2	La formación sanitaria especializada.....	300
9.3	Formación continuada.....	308
10	Investigación en el Sistema Nacional de Salud	313
10.1	VI Plan Nacional de I+D+i (2008-2011). Acción Estratégica en Salud	313
10.2	Gestión del Instituto de Salud Carlos III en la acción estratégica en salud.....	313
	Abreviaturas, acrónimos y siglas	325

Índice de Tablas

1 Estado de salud de la población

Tabla 1.1	Población residente en España en 2001 y en 2009.	35
Tabla 1.2	Tasa de natalidad, tasa de mortalidad y saldo vegetativo por 1.000 habitantes. España, 2001-2008.	36
Tabla 1.3	Población extranjera residente en España en 2001 y en 2009 e incremento en 2009 con respecto a 2001.	36
Tabla 1.4	Población residente en España, según comunidad autónoma de residencia. Año 2009.	37
Tabla 1.5	Tasa de fecundidad según comunidad autónoma. España 2001 y 2008.	37
Tabla 1.6	Distribución (%) de la población de 16 y más años, según el nivel de estudios terminados. España, 1991-2008.	38
Tabla 1.7	Distribución (%) de hombres y mujeres de 16 y más años, según el nivel de estudios terminados. España, 1991-2008.	38
Tabla 1.8	Porcentaje de población de 25 a 64 años con al menos estudios de segundo grado segundo ciclo. España, 1991-2008.	39
Tabla 1.9	Porcentaje de población de 16 y más años con estudios superiores, según comunidad autónoma. España, 2008.	39
Tabla 1.10	Tasa de actividad, en porcentaje. España, 1991-2009.	40
Tabla 1.11	Tasa de paro, en porcentaje. España, 1991-2009.	40
Tabla 1.12	Tasa de actividad y tasa de paro según comunidad autónoma. España, 2009.	40
Tabla 1.13	Esperanza de vida y esperanza de vida en buena salud al nacer y a los 65 años por sexo. España, 2000/02 y 2007.	41
Tabla 1.14	Esperanza de vida y Esperanza de vida en buena salud al nacer por comunidad autónoma, España 2000 y 2007.	41
Tabla 1.15	Esperanza de vida al nacer en 2007 en los países de la Unión Europea (UE) e incremento en la esperanza de vida entre 1990 y 2007.	42
Tabla 1.16	Tasa de mortalidad infantil según comunidad autónoma. España, 2001 y 2008.	43
Tabla 1.17	Tasa de mortalidad perinatal según comunidad autónoma. España, 2001 y 2008.	44
Tabla 1.18	Tasa de mortalidad infantil, y perinatal por 1000 nacidos vivos alrededor de 2007 y porcentaje de cambio entre 1990 y 2007. Países de la Unión Europea (UE) y España.	44
Tabla 1.19	Defunciones según causa de muerte, mortalidad proporcional en porcentaje y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes. España, 2001 y 2008.	45
Tabla 1.20	Distribución porcentual por edad. Principales causas de muerte. España, 2008.	45
Tabla 1.21	Tasa de mortalidad de accidentes por otras causas. España 2006 - 2008.	46
Tabla 1.22	Distribución de los accidentes en 2007 y su penetración por tramos de edad en el conjunto nacional.	47
Tabla 1.23	Mecanismo del accidente según sexo y edad (%) en 2007 en España.	47
Tabla 1.24	Porcentaje de hombres y mujeres que valora su salud como buena o muy buena en países de la Unión Europea (UE) 2006.	48
Tabla 1.25	Porcentaje de población fumadora y porcentaje de población consumidora de alcohol por edad y sexo. España, 2001 y 2006/07.	50
Tabla 1.26	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.	51
Tabla 1.27	Porcentaje de población sedentaria y porcentaje de población obesa por edad y sexo. España, 2001-2006/07.	52

2 Descripción y análisis institucional

Tabla 2.1	Actividades del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud 2009.	55
Tabla 2.2	Asignación de presupuesto en las comunidades autónomas.	64
Tabla 2.3	Evaluación e incentivos de los planes de gestión (contratos programa o de gestión, y pactos por objetivos).	66
Tabla 2.4	Objetivos clave para la productividad e impacto de la evaluación en la carrera profesional.	67
Tabla 2.5	Gasto sanitario y producto interior bruto (PIB). España, 2004-2008.	68
Tabla 2.6	Gasto sanitario. Distribución según agente de financiación. España, 2008.	70
Tabla 2.7	Gasto sanitario corriente. Distribución según proveedores y financiadores. España, 2008.	70
Tabla 2.8	Gasto sanitario público. Clasificación funcional. España, 2004-2008.	71
Tabla 2.9	Gasto sanitario público. Clasificación económica. España, 2004-2008.	73
Tabla 2.10	Gasto sanitario público consolidado según comunidad autónoma. España, 2004-2008.	74
Tabla 2.11	Gasto sanitario público consolidado como porcentaje del producto interior bruto (PIB) según comunidad autónoma. España, 2004 y 2008.	76
Tabla 2.12	Distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS). Periodo 2002-2009.	78
Tabla 2.13	Distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS). Desplazados residentes en España.	79
Tabla 2.14	Distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS). Desplazados a España en estancia temporal a cargo de otro estado.	80
Tabla 2.15	Fondos aprobados para estrategias del SNS. 2004 - 2009.	82
Tabla 2.16	Estrategias de salud 2009. Importes acordados por el Consejo de Ministros.	83

3 Recursos y actividad asistencial

Tabla 3.1	Distribución de recursos estructurales por área de salud (valores máx. med. y min.). 2009.	87
Tabla 3.2	Distribución de recursos estructurales por comunidades y ciudades autónomas. 2009.	88
Tabla 3.3	Distribución de recursos humanos por comunidad autónoma. 2009.	90
Tabla 3.4	Ratios de profesionales por cada 1.000 habitantes (valores máximos, medios y mínimos) 2009.	90
Tabla 3.5	Incremento del número de profesionales 2007-2009.	90
Tabla 3.6	Distribución de las ratios medias de población/profesional. 2009.	91
Tabla 3.7	Variación de la población asignada por Médico de Familia y Pediatra. Años 2007-2009.	92
Tabla 3.8	Clasificación de las carteras de servicios de las CCAA.	93
Tabla 3.9	Distribución de unidades docentes, centros de salud acreditados y plazas de medicina familiar y comunitaria ofertadas por comunidades autónomas para 2009.	95
Tabla 3.10	Distribución de la dotación de camas por comunidad autónoma. Hospitales SNS. Año 2008.	98
Tabla 3.11	Evolución número de camas instaladas por dependencia y finalidad Años 2000-2008.	99
Tabla 3.12	Distribución dotación tecnológica por comunidades y ciudades Autónomas. Hospitales SNS. Año 2008.	100
Tabla 3.13	Evolución indicadores de actividad. Hospitales de agudos SNS. Años 2000-2008.	102
Tabla 3.14	Distribución de altas por grandes causas de hospitalización. Hospitales de agudos SNS. Año 2008.	103
Tabla 3.15	Relación de los 25 procesos más frecuentes de hospitalización. Hospitales SNS. Año 2008.	104

Tabla 3.16	Procesos quirúrgicos más frecuentes en hospitalización. Hospitales SNS Año 2008. ...	105
Tabla 3.17	Procesos quirúrgicos ambulatorios más frecuentes. Hospitales SNS. Año 2008....	106
Tabla 3.18	Patología, técnica, tecnología o procedimiento. 2009.	107
Tabla 3.19	Centros, servicios y unidades de referencia (CSUR) en el S.N.S. 2009.	108
Tabla 3.20	Composición de los equipos de coordinación de trasplantes (enero 2009).....	113
Tabla 3.21	Red de centros / equipos de trasplantes 2009.....	116
Tabla 3.22	Distribución por CCAA de los trasplantes realizados en 2009.	125
4	Salud Pública	
Tabla 4.1	Actuaciones de las comunidades y ciudades autónomas para implantar y desarrollar los planes y programas sobre prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Año 2009.....	137
Tabla 4.2	Presupuesto total en euros destinado a la prevención del VIH, el apoyo psicológico y el apoyo social de las personas afectadas en España. Periodo 2001 – 2008.....	147
Tabla 4.3	Actuaciones de las comunidades y ciudades autónomas para implantar y desarrollar los planes y programas sobre VIH/SIDA. Año 2009.....	147
Tabla 4.4	Número de IVE según grupo de edad y comunidad autónoma de residencia. Año 2008.	152
Tabla 4.5	Número de I.V.E en mujeres menores de 20 años según comunidad autónoma de residencia. Periodo 1999-2008.....	152
Tabla 4.6	Evolución de notificaciones del Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información (SCIRI). Periodo 2005 – 2009.....	162
Tabla 4.7	Clasificación riesgos detectados en las notificaciones del SCIRI en 2009.....	163
Tabla 4.8	Datos de establecimientos alimentarios. Año 2008.	163
Tabla 4.9	Datos de zoonosis detectados en mataderos. Año 2008.	164
Tabla 4.10	Actuaciones de las comunidades y ciudades autónomas para implantar y desarrollar los planes y programas sobre sedentarismo. Año 2009.	170
5	Medicamentos y productos sanitarios	
Tabla 5.1	Autorizaciones de medicamentos por grupos terapéuticos en el año 2009.	173
Tabla 5.2	Certificación CE de productos sanitarios, periodo 2005 - 2009.....	175
Tabla 5.3	Reacciones adversas a medicamentos de uso humano recibidas, periodo 2006 - 2009.	177
Tabla 5.4	Notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos enviadas a organismos internacionales e industria farmacéutica, periodo 2007 - 2009.	178
Tabla 5.5	Informes periódicos de seguridad de medicamentos, periodo 2006- 2009.....	178
Tabla 5.6	Estudios posautorización de medicamentos, periodo 2006-2009.	178
Tabla 5.7	Modificaciones de Seguridad de Medicamentos, periodo 2007–2009.	179
Tabla 5.8	Actividad en la base de datos BIFAP, periodo 2007-2009.	179
Tabla 5.9	Sistema de vigilancia de productos sanitarios. Periodo 2005 – 2009.....	180
Tabla 5.10	Inspecciones de Normas de Buena Práctica Clínica (BPC) y Farmacovigilancia (BPFV) en el periodo 2005 - 2009.....	182
Tabla 5.11	Control del mercado de medicamentos: actuaciones por problemas de calidad en el periodo 2005 - 2009.	182
Tabla 5.12	Investigación de denuncias por problemas de suministro de medicamentos en el periodo 2006-2009.	183
Tabla 5.13	Control del mercado de productos sanitarios en el periodo 2005 - 2009.	183
Tabla 5.14	Principales acciones de comunicación de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en el período 2008 - 2009.....	184
Tabla 5.15	Información de medicamentos y productos sanitarios en las CCAA. 2009.	186
Tabla 5.16	Gasto sanitario y gasto farmacéutico. Periodo 2004-2009.	190

Tabla 5.17	Evolución del gasto farmacéutico como porcentaje del gasto sanitario total. Comparación internacional. Periodo 1995-2009.....	191
Tabla 5.18	Evolución del nº de recetas, gasto, importe y aportación usuarios. Periodo 2000-2009.	192
Tabla 5.19	Nº de recetas, gasto, importe y aportación usuarios por CCAA. Año 2009.....	193
Tabla 5.20	Importe medio por receta e importe y recetas por persona. Periodo 2000-2009.	194
Tabla 5.21	Importe medio por receta e importe y recetas por persona por CCAA. Año 2009.	195
Tabla 5.22	Consumo de medicamentos genéricos a través de recetas médicas del SNS.	196
Tabla 5.23	Diez primeros subgrupos terapéuticos de mayor consumo en envases. Año 2009.	200
Tabla 5.24	Evolución del nº de DHD de los subgrupos terapéuticos de mayor consumo en envases. Años 2009 a 2005.	200
Tabla 5.25	Diez primeros subgrupos terapéuticos de mayor consumo en importe. Año 2009.	201
Tabla 5.26	Evolución del importe de los subgrupos terapéuticos de mayor consumo en importe. Años 2005 a 2009.	202
Tabla 5.27	Evolución del CTD de los subgrupos terapéuticos de mayor consumo en importe. Años 2005 a 2009.	202
Tabla 5.28	Diez primeros principios activos de mayor consumo en envases. Año 2009.	203
Tabla 5.29	Evolución del nº de DHD de los principios activos de mayor consumo en envases. Años de 2005 a 2009.	204
Tabla 5.30	DHD de los diez primeros principios activos de mayor consumo en envases por CCAA. Año 2009.	204
Tabla 5.31	Diez primeros principios activos de mayor consumo en importe. Año 2009.	205
Tabla 5.32	Evolución del importe de los principios activos de mayor consumo. Años de 2005 a 2009. Importe a PVP (Millones €).	206
Tabla 5.33	Evolución del CTD de los principios activos de mayor consumo. Años de 2005 a 2009.	206
Tabla 5.34	Productos sanitarios. Consumo en envases. Año 2009.	207
Tabla 5.35	Productos sanitarios. Consumo en importe. Año 2009.	207
Tabla 5.36	Consumo de medicamentos por laboratorios farmacéuticos. Año 2009.	208
Tabla 5.37	Consumo de Productos sanitarios por ofertantes. Año 2009.	208
Tabla 5.38	Nº de oficinas de farmacia. Año 2009.	209
Tabla 5.39	Medicamentos financiados por el SNS a 31-diciembre-2009.	212
Tabla 5.40	Medicamentos (genéricos y no genéricos) financiados por el SNS a 31-diciembre-2009.	212
Tabla 5.41	Medicamentos incluidos en el Nomenclátor de productos farmacéuticos facturables a 31-diciembre-2009.	213
Tabla 5.42	Medicamentos incluidos en la financiación pública del SNS durante el año 2009.	214
Tabla 5.43	Medicamentos (Genéricos y no genéricos) incluidos en la financiación pública del SNS durante el año 2009.	214
Tabla 5.44	Medicamentos incluidos en el Nomenclátor de productos farmacéuticos facturables durante el año 2009.	215
Tabla 5.45	Principios activos incluidos por primera vez en la financiación del SNS durante el año 2009.	216
Tabla 5.46	Productos sanitarios financiados por el SNS a 31-diciembre-2009.	217
Tabla 5.47	Prescripción por principio activo de las Comunidades Autónomas. 2008-2009.	218
Tabla 5.48	Indicadores de dispensación e importe facturado por el sistema de receta electrónica por las comunidades autónomas. 2008-2009.	219

	Tabla 5.49	La prestación farmacéutica en centros sociosanitarios en las CCAA. 2009.....	220
	Tabla 5.50	Adquisición y distribución de absorbentes, tiras reactivas y otros productos sanitarios en las CCAA. 2009.	224
	Tabla 5.51	Cartera complementaria de la prestación farmacéutica en las CCAA, 2009.	227
	Tabla 5.52	Distribución de los ensayos clínicos por tipo de promotor en el año 2009.....	230
	Tabla 5.53	Número de ensayos de terapias avanzadas autorizados en el periodo 2005-2009.	230
6	Calidad		
	Tabla 6.1	Premios a la calidad en el SNS según modalidad. Tercera edición 2008.	234
	Tabla 6.2	Actuaciones de las comunidades y ciudades autónomas de Ceuta y Melilla para implantar los planes y programas sobre seguridad de pacientes. Año 2009.	237
	Tabla 6.3	Auditorías docentes. Año 2009.	241
	Tabla 6.4	Actuaciones de las comunidades y ciudades autónomas para implantar y desarrollar las estrategias de salud aprobadas por el Consejo Interterritorial del SNS. Año 2009.	243
	Tabla 6.5	Buenas prácticas relacionadas con proyectos asistenciales de las CCAA e INGESA. Año 2009.	252
	Tabla 6.6	Buenas prácticas de las comunidades autónomas e INGESA en tecnología de la información y comunicación (TIC). Año 2009.....	254
	Tabla 6.7	Buenas prácticas de las comunidades autónomas en prevención y promoción. Año 2009.	255
	Tabla 6.8	Buenas prácticas de las comunidades autónomas en calidad. Año 2009.	256
	Tabla 6.9	Buenas prácticas de las comunidades autónomas en gestión servicios sanitarios. Año 2009.	256
	Tabla 6.10	Otras buenas prácticas de las comunidades autónomas. Año 2009.	257
7	Iniciativas para la igualdad		
	Tabla 7.1	Medidas adoptadas por las comunidades y ciudades autónomas para disminuir las desigualdades en salud en la población. Año 2009.....	261
	Tabla 7.2	Distribución por comunidades autónomas de la población reclusa. Año 2008.	267
	Tabla 7.3	Consultas de atención especializada realizadas en los centros penitenciarios y en centros sanitarios de la red pública. Año 2008.	268
	Tabla 7.4	Ingresos hospitalarios según grupos de patología. Año 2008.	269
	Tabla 7.5	Gasto total instituciones penitenciarias. Año 2008.....	272
	Tabla 7.6	Tasas de mortalidad por violencia de género ajustadas por edad y CCAA. Año 2008 (1998-2008).	276
	Tabla 7.7	Protocolos de actuación sanitaria ante la violencia de género en las comunidades y ciudades autónomas. Año 2009.	278
	Tabla 7.8	Actuaciones de las comunidades y ciudades autónomas de Ceuta y Melilla para implantar y desarrollar los planes y programas de atención a la mujer y parto normal. Año 2009.	284
8	Gestión de la información clínica en el SNS		
	Tabla 8.1	Proyectos presentados por las CCAA en el marco de las Estrategias de Salud 2009 – Sistemas de Información – Concepto 454 Interoperabilidad.	289
9	Ordenación profesional y formación sanitaria.....		
	Tabla 9.1	Número de solicitudes para el acceso a la formación sanitaria especializada según especialidades. Periodo 2004 - 2008.....	305
	Tabla 9.2	Resumen de los datos más significativos de las pruebas selectivas 2008/ 2009....	305
	Tabla 9.3	Resumen de datos y distribución por sexo. Convocatoria 2008 / 2009.	306
	Tabla 9.4	Total de residentes en formación especializada por especialidad. Diciembre 2009....	307
	Tabla 9.5	Total de residentes en formación por CCAA. Diciembre 2009.	308

Tabla 9.6	Residentes que completaron su formación en 2009.....	309
Tabla 9.7	Porcentaje de actividades acreditadas según profesional. Año 2009.	310
Tabla 9.8	Participantes aptos de segundo nivel de formación en protección radiológica según especialidad médica de procedencia. Año 2009.	311
10	Investigación en el Sistema Nacional de Salud	
Tabla 10.1	Contratos post-doctorales “Sara Borrell” (distribución por comunidades autónomas).	317
Tabla 10.2	Contrato de investigación del SNS “Miguel Servet” (distribución por comunidades autónomas).	318
Tabla 10.3	Proyectos de I+D por Comunidades Autónomas. Convocatoria 2009.....	320
Tabla 10.4	Proyectos de I+D por Comunidades Autónomas (INTRASALUD). Convocatoria 2009.. ..	321
Tabla 10.5	Investigación sobre evaluación de tecnologías sanitarias y servicios de salud 2009. ..	322
Tabla 10.6	Ayudas para infraestructuras. Convocatoria 2009.	323

Índice de Figuras

1	Estado de salud de la población	
	Figura 1.1 Población con alguna discapacidad por 1.000 habitantes según sexo y edad. España, 2008.	49
2	Descripción y análisis institucional	
	Figura 2.1 Gasto sanitario público y gasto sanitario privado. España, 2004-2008.	69
	Figura 2.2 Gasto sanitario público. Clasificación funcional. España, 2008.	72
	Figura 2.3 Gasto sanitario público. Clasificación funcional. Variación desde 2004 a 2008.	72
	Figura 2.4 Gasto sanitario público. Clasificación económica. España, 2008.	73
	Figura 2.5 Gasto sanitario público. Clasificación económica. Variación desde 2004 a 2008. ...	74
	Figura 2.6 Gasto sanitario público corriente y población. Distribución porcentual según comunidad autónoma. España, 2008.	75
	Figura 2.7 Gasto sanitario público corriente como porcentaje del producto interior bruto (PIB) según comunidad autónoma. Variación desde 2004 a 2008.	77
	Figura 2.8 Distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS). Periodo 2002-2009.	79
3	Recursos y actividad asistencial	
	Figura 3.1 Pirámide de población de España. Año 2009.	86
	Figura 3.2 Número de áreas de salud según población asignada. 2009.	86
	Figura 3.3 Proporción centros de salud / consultorios locales. 2009.	89
	Figura 3.4 Ratio población/profesional sanitario. 2009.	91
	Figura 3.5 Frecuentación general por tipo de profesional (media de consultas por habitante y año) Año 2009.	94
	Figura 3.6 Evolución número de camas instaladas y plazas de hospital de día en hospitales del SNS Años 2000-2008.	99
	Figura 3.7 Distribución de médicos por especialidades. Hospitales SNS. Año 2008.	101
	Figura 3.8 Proceso de donación y trasplante.	115
	Figura 3.9 Número total y tasa anual (PMP) de donantes de órganos. España 1993-2009.	117
	Figura 3.10 Tasa anual (PMP) de donantes de órganos en España en comparación con otros países (2005-2009).	117
	Figura 3.11 Total donantes de órganos por CCAA y tasa anual PMP. España 2009.	118
	Figura 3.12 Grupos de edad de donantes de órganos. España 1999-2009.	118
	Figura 3.13 Causas de muerte de los donantes de órganos. España 1992-2009.	119
	Figura 3.14 Porcentaje de donantes a corazón parado sobre el total de donantes. España 1994-2009.	120
	Figura 3.15 Intercambio de órganos con el resto de Europa. España 2009.	120
	Figura 3.16 Intercambio de órganos con el resto de Europa. España 1990 - 2009. (Datos acumulados)	121
	Figura 3.17 Actividad de trasplantes renal, hepático, cardíaco y pulmonar (número absoluto). España 1993-2009.	121
	Figura 3.18 Actividad de trasplante renal de donante fallecido (PMP). España vs otros países 2005-2009.	122
	Figura 3.19 Evolución de la actividad de trasplante renal de donante vivo (número absoluto). 1991-2009.	122
	Figura 3.20 Actividad de trasplante hepático (PMP). España vs otros países (2005-2009).	123
	Figura 3.21 Actividad de trasplante cardíaco (PMP). España vs otros países (2005-2009).	124
	Figura 3.22 Actividad de trasplante pulmonar (PMP). España vs otros países (2005-2009).	124
	Figura 3.23 Actividad de trasplantes pancreáticos e intestinales (número absoluto). España 1993-2009.	125

	Figura 3.24	Evolución de la actividad de trasplantes de tejido musculoesquelético (número de pacientes). 1996-2009.	126
	Figura 3.25	Evolución de la actividad de trasplante de córnea. 1996-2009.	127
	Figura 3.26	Donantes de Médula Ósea inscritos en el REDMO. Evolución 1990-2009.	128
	Figura 3.27	Unidades de sangre de cordón umbilical almacenadas. Evolución 1997-2009.	128
	Figura 3.28	Evolución de la actividad de trasplante de progenitores hematopoyéticos (tipos). 1994-2009.	129
	Figura 3.29	Evolución del porcentaje de donantes extranjeros frente al total (2000-2009). ...	131
4	Salud Pública		
	Figura 4.1	Número de casos de nuevos diagnósticos de VIH anuales en España por categoría de transmisión en conjunto y por sexo. Período 2004-2008.	144
	Figura 4.2	Número y porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH en personas de otros países de origen en su conjunto y por sexos. Período 2004-2008.	145
	Figura 4.3	Red de Intercambio Rápido de Información de Productos Químicos (SIRIPQ). Período 2005 – 2009.	157
	Figura 4.4	Evolución de la implantación del SINAC. Período 2003-2009.	158
5	Medicamentos y productos sanitarios		
	Figura 5.1	Distribución de las solicitudes de autorización de medicamentos evaluadas en el año 2009.	172
	Figura 5.2	Nuevas autorizaciones de medicamentos. Evolución en el periodo 2005 - 2009 ..	172
	Figura 5.3	Autorizaciones de variaciones de medicamentos. Evolución en el periodo 2005 – 2009 ..	173
	Figura 5.4	Empresas de productos sanitarios autorizadas. Evolución en el periodo 2005 – 2009.	174
	Figura 5.5	Comunicaciones de puesta en el mercado de productos sanitarios de riesgo moderado y alto. Evolución en el periodo 2005- 2009.	175
	Figura 5.6	Incidentes adversos notificados al sistema de vigilancia de productos sanitarios en el periodo 2005-2009.	180
	Figura 5.7	Inspecciones de las Normas de Correcta Fabricación (NCF), en el periodo 2005– 2009.	181
	Figura 5.8	Importe por persona por CCAA. 2009.	196
	Figura 5.9	% Consumo envases EFG/total envases medicamentos por CCAA. Año 2009.	197
	Figura 5.10	% Consumo importe EFG/total importe medicamentos por CCAA. Año 2009.	197
	Figura 5.11	Consumo de EFG por grupos anatómicos en envases y en importe. Año 2009.	198
	Figura 5.12	Población media por oficina de farmacia. Año 2009.	209
	Figura 5.13	Ventas medias mensuales por oficinas de farmacia. Año 2009.	210
	Figura 5.14	Ensayos clínicos autorizados por la AEMPS en el periodo 2005–2009.	229
	Figura 5.15	Productos en Fase de Investigación Clínica (PEIs) autorizados en el periodo 2005 - 2009.	230
6	Calidad		
	Figura 6.1	Número de buenas prácticas según área de desarrollo, iniciadas o en fase de ejecución en CCAA e INGESA.	251
7	Iniciativas para la igualdad		
	Figura 7.1	Casos de SIDA diagnosticados en instituciones penitenciarias según año de diagnóstico. Período 1993-2008.	270
	Figura 7.2	Evolución del número de casos de tuberculosis. Período 1997-2008.	270
	Figura 7.3	Evolución de la prevalencia de la infección por Virus de la Hepatitis C. Período 2000-2008.	271
	Figura 7.4	Tasas de mortalidad de mujeres ($\times 10^6$) por violencia de género específicas por edad. Período 1998-2008	276

	Figura 7.5	Participación en las distintas actividades formativas sobre género y salud. Datos desagregados por sexo. Año 2008.....	277
8	Gestión de la información clínica en el SNS		
	Figura 8.1	Secuencia de mensajería XML para acceso a los Servicios SNS.....	294
	Figura 8.2	Intercambiador SNS: esquema global de funcionamiento.....	295
	Figura 8.3	Comunicación nodo central SNS con agentes de las CCAA.....	297
9	Ordenación profesional y formación sanitaria		
	Figura 9.1	Plazas de formación sanitaria especializada (FSE) acreditadas en 2009	302
	Figura 9.2	Evolución Oferta de plazas de formación sanitaria especializada (FSE) 2005-2009.....	303
10	Investigación en el Sistema Nacional de Salud		
	Figura 10.1	Carrera del investigador.....	319

Resumen

Estado de salud de la población

La población empadronada en España a 1 de enero de 2009 es de 46.745.807 habitantes de los que un 49,5% son hombres y un 50,5% son mujeres. Aunque la población de 65 y más años se incrementó en un 10,6% entre 2001 y 2009, el incremento porcentual ha sido mayor en la población de menos edad y, por ello, el peso que representa la población de 65 y más años en conjunto ha disminuido aunque la estructura demográfica sigue correspondiendo a una población envejecida. El saldo vegetativo – nacimientos menos defunciones –, ha invertido la tendencia descendente, pasando del 1,1 por 1.000 habitantes en 2001 a 2,9 en 2008.

España presenta una esperanza de vida al nacer de 81,1 años, una cifra mayor que la media de la UE, que es de 79,1. La esperanza de vida al nacer en el conjunto de la UE se incrementó 3,9 años desde el inicio de los años 90, mientras que en España este incremento fue de 4,2 años. Por sexos la esperanza de vida al nacer sigue siendo mayor en la mujer, con diferencias de algo más de siete años.

La mortalidad infantil en España ha continuado reduciéndose: en 2008 ha sido de 3,3 defunciones en menores de un año por 1.000 nacidos vivos; en el año 2001 era de 4,1. La mortalidad perinatal, indicador que refleja la atención materno-infantil, ha descendido en España de manera continuada durante el último decenio: en el año 2001 la tasa era de 5,6 muertes perinatales por 1.000 nacidos vivos y en 2008 fue de 4,4. Las tasas de mortalidad infantil y perinatal en España (3,5 y 4,5 respectivamente por mil nacidos vivos alrededor de 2007) fueron inferiores a las del conjunto de los países de la UE-15¹ (4,0 y 5,9 respectivamente). Entre 1990 y 2007 el descenso de la mortalidad infantil en España fue del 65% frente al descenso del 48% en los países de la UE-15. La mortalidad perinatal descendió en ese periodo en la UE-15 el 24% y en España el 40%.

El número de defunciones en España fue de 386.324 en el año 2008, situándose la tasa bruta de mortalidad en 847,3 fallecidos por cada 100.000 habitantes. El perfil epidemiológico por causa de muerte es similar al de los países de nuestro entorno: alrededor del 80% de las defunciones se deben a 5 grandes grupos de causas de muerte: enfermedades del aparato circulatorio (34,5%), cáncer (26,2%), enfermedades del aparato respiratorio (10,04%), enfermedades del aparato digestivo (5,1%) y causas externas de traumatismos y envenenamientos (4,4%). Debe destacarse la reducción de víctimas por accidentes de tráfico (23% de reducción entre 2001 y 2008 de la tasa de víctimas por 100.000 habitantes) y laborales (el índice de frecuencia pasa de 42,8 a 30,8 entre 2001 y 2008), concentrándose estos últimos en los sectores de la construcción y la industria. La tasa de mortalidad por accidentes domésticos y de ocio, a diferencia de los accidentes de tráfico y laborales, apenas ha disminuido; en el año 2007, se estima que 1,7 millones de españoles se vieron implicados en un accidente de este tipo lo que significa casi 4 de cada 100 individuos. Los más frecuentes son las caídas (44,1%) seguida de los aplastamientos, cortes y desgarros (22,6%) y los golpes o choque (13,0%).

El 71,3% de los hombres y el 64,8% de las mujeres en España, valoran su salud como buena o muy buena, frente al 67,8% y 61,7% respectivamente del conjunto de los países

¹ UE-15: Los 15 Estados miembros incorporados a la Unión Europea antes de 2004

de la UE. En todos los países el porcentaje de hombres que valoran su salud como buena o muy buena fue mayor que el de las mujeres.

En los últimos 20 años, el porcentaje de población fumadora muestra un descenso (29,5% en 2006-2007 y 34,5% en 2001), mientras se produce un ligero aumento del consumo de alcohol (56% en 2006-2007). Los hombres son los mayores consumidores en ambos casos. Por otra parte, desciende el consumo de sustancias psicoactivas, con la excepción del cannabis y la cocaína, que presentan un ligero aumento.

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 año 2009 se caracterizó por el cambio de estructura orgánica y de competencias del Ministerio de Sanidad y Consumo, que se transformó en Ministerio de Sanidad y Política Social. El nuevo ministerio asumió tanto las competencias de sanidad y consumo como las de política social, familia y atención a la dependencia.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) celebró ocho sesiones plenarias, de las que cuatro, que fueron monográficas, se dedicaron a la situación provocada por la aparición de la pandemia de la gripe A. Otra sesión extraordinaria se dedicó a la necesidad de especialistas en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en el período 2008 – 2025. Por otra parte, se celebraron 108 reuniones de comisiones y grupos de trabajo. El CISNS adoptó 41 acuerdos, informó 7 reales decretos y 3 órdenes ministeriales, e informó las estrategias de EPOC y enfermedades raras; también informó la evaluación y revisión de las estrategias de cáncer y de salud mental.

El plan de salud plurianual, responsabilidad de las consejerías o departamentos, propone los objetivos y los servicios de salud los llevan a cabo mediante planes estratégicos o directores. Las líneas estratégicas de las comunidades autónomas pueden agruparse en tres bloques: derechos de los ciudadanos y pacientes; gestión clínica y de la calidad; y planes y programas para atender determinadas enfermedades y procesos. Los planes de gestión o contratos programa, que, con esa u otra denominación, están presentes en todas las comunidades, concretan los objetivos anuales, el presupuesto, el mecanismo de evaluación y los incentivos.

Los compromisos que se adquieren en los contratos programa o planes de gestión se adquieren casi siempre entre la consejería y el servicio de salud. Los aspectos clave que contemplan son los económicos, gestión clínica, accesibilidad, continuidad de la asistencia, calidad e implantación de sistemas de información.

En la asignación del presupuesto sigue teniendo una gran importancia el gasto de años anteriores (presupuesto histórico), aunque la tendencia es corregirlo mediante el componente capitativo, de complejidad (en el caso de atención especializada) y de cartera de servicios.

La evaluación suele llevarse a cabo por organismos centrales que utilizan sistemas de información con indicadores ya disponibles, aunque también se mantienen procedimientos de autoevaluación. Los indicadores más utilizados son los de gasto y cumplimiento presupuestario, uso racional del medicamento, e implantación y cobertura de la cartera de servicios. Otros indicadores son los relacionados con la derivación a atención especializada y control de lista de espera. La productividad variable es una constante en atención primaria y extendida de manera más desigual en atención

especializada. La evaluación tiene impacto en la carrera profesional en varias comunidades.

Las entidades públicas, como las fundaciones y las empresas públicas también se rigen por contratos programa con características similares a las descritas. En ellas tampoco existe transferencia real de riesgos, porque los posibles incumplimientos presupuestarios, en forma de pérdidas, tienden a ser compensados por los servicios de salud. No ocurre así en el caso de contratos con el sector privado o concesiones administrativas.

El gasto total del sistema sanitario español en el año 2008 ascendió a 97.614 millones de euros, que representan el 9,0% del producto interior bruto (PIB), del cual un 6,5% fue financiado con recursos públicos y un 2,5% con recursos privados. La media anual de crecimiento en el período 2004-2008 ha sido de un 9,1%. El crecimiento del gasto público en este mismo periodo ha sido de un 9,9% y el del gasto privado de un 7,2%. La participación en el PIB de ambas magnitudes ha experimentado un avance de 0,8 y 0,7 puntos porcentuales respectivamente.

Un 55,2% del gasto público corresponde a los hospitales, un 19,1% a la farmacia y un 15,7% a la atención primaria. Las remuneraciones de los trabajadores del sector suponen el 43,6% del gasto público, los consumos intermedios el 20,5% del gasto, las transferencias corrientes el 20,2% y los conciertos con el sector privado, el 11,1%.

El Fondo de cohesión sanitaria compensa a las comunidades autónomas por la atención prestada a pacientes residentes en España derivados a otras comunidades y a pacientes extranjeros desplazados a España con carácter temporal con derecho a asistencia a cargo de otro estado. Los importes satisfechos por ambos conceptos en 2009 fueron 67,9 y 28,0 millones de euros respectivamente.

En 2009 las comunidades autónomas recibieron 26,7 millones de euros para financiar las estrategias de salud, seguridad del paciente, interoperabilidad y sistemas de información.

Recursos y actividad asistencial

La Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud se estructura en 157 Áreas y 2.714 zonas básicas de salud, que cuentan con 2.954 centros de salud y 10.207 consultorios locales. Entre 2007 y 2009, se observa un incremento de los empleados en el nivel asistencial de atención primaria del SNS en todas las categorías profesionales. Este aumento supone un crecimiento del 3,19% en total, algo mayor en el caso del personal de enfermería (4,98%) que en el de medicina de familia (3,69%). El promedio de población adscrita por profesional es de 1.408 habitantes por médico de familia, 1.064 por pediatra, 1.624 por profesional de enfermería y 2.937 por auxiliar administrativo. En 2009 la mayor frecuentación se observa en medicina de familia (5,6 consultas por habitante y año), seguida de pediatría (5,3) y de enfermería (2,9).

Todas las comunidades autónomas disponen de una organización específica de urgencias extrahospitalarias, basada en los centros coordinadores de urgencias y emergencias que funcionan las 24 horas todos los días del año. Además, existe la red de atención primaria para demandas urgentes en horario habitual de funcionamiento. Fuera del horario ordinario, la atención urgente extrahospitalaria se articula en centros de salud, que permanecen abiertos las 24 horas siendo el Punto de Atención Continuada (PAC) el más frecuente; y dispositivos exclusivos de urgencias atendidos por personal propio, denominados Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), Servicios Normales de Urgencias (SNU) o, Servicios Especiales de Urgencias (SEU).

El Sistema Nacional de Salud concentra la gran mayoría de recursos de atención especializada y también la mayor parte de la actividad del sector, sobre todo en las áreas de hospitalización, obstetricia, consultas y urgencias. En los últimos años se confirma el envejecimiento de la población atendida, y el desplazamiento de la actividad a áreas ambulatorias, respondiendo a factores demográficos, de evolución tecnológica, de expectativas y de usos de la población. De todos los factores asociados, el único que ve alterada la tendencia que se venía observando en los dos decenios anteriores es el de la natalidad, que tras una marcada disminución, vuelve a registrar un notable incremento, lo que se refleja en el aumento del número de partos atendidos desde el año 2000.

En 2009, del total de hospitales en funcionamiento (804) algo más del 40% pertenecían al SNS y más del 37% de las altas de los hospitales privados españoles, en 2008, fueron financiadas con cargo al SNS. Del total de camas instaladas (160.981), el 71,8% son de la red pública, con una razón de camas por 1000 habitantes para el total del sector de 3,53. La progresiva ambulatorización de la atención especializada ha producido que el número de plazas de hospital de día haya aumentado significativamente, pasando, en el sector público, de 4.375 camas en el año 2000, a 8.475 en 2008; fenómeno similar se ha producido en el sector privado, pasando, para el mismo periodo, de 1.200 camas a 2.518.

La frecuentación en 2008 fue de 90 ingresos por cada 1.000 habitantes. Se atendieron 26,2 millones de urgencias hospitalarias, el 80% de ellas en hospitales públicos. Casi la tercera parte de las 4,5 millones de intervenciones quirúrgicas se practicaron en hospitales privados, aunque más del 30% de la cirugía mayor ambulatoria realizada en hospitales privados, tuvo financiación pública. En 2008, tres de cada cuatro intervenciones de los 15 procesos quirúrgicos más frecuentes, fueron realizadas de forma ambulatoria.

Entre las causas de hospitalización, el primer lugar lo ocupan los problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio, seguido de las enfermedades del aparato circulatorio, enfermedades del aparato digestivo, del aparato respiratorio y las neoplasias.

Los centros, servicios y unidades de referencia (CSUR) se designan para garantizar la equidad en el acceso y una atención de calidad, segura y eficiente, a aquellos pacientes con patologías infrecuentes o que necesiten cuidados de alto nivel de especialización o alta tecnología. El Real Decreto 1302/2006 estableció las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los CSUR del SNS. En 2009 se han puesto en marcha 68 CSUR designados por el CISNS, distribuidos en diez comunidades autónomas. Se han valorado, en este año, por parte del Comité de designación que depende del CISNS, 88 nuevas solicitudes de CSUR.

La Organización Nacional de Trasplantes (ONT), creada en 1989, es un organismo autónomo de carácter técnico adscrito al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Su principal objetivo es la promoción de la donación, con el único fin de que el ciudadano español que necesite un trasplante tenga las mayores y mejores posibilidades de conseguirlo. Su misión es coordinar y facilitar las actividades de donación, extracción, preservación, distribución, intercambio y trasplante de órganos, tejidos y células en el conjunto del Sistema Sanitario Español siguiendo los principios de cooperación, eficacia y solidaridad. Desde la creación de la ONT, España ha pasado de la parte media-baja de los índices de donación en Europa, con 14 donantes por millón de población (PMP), a unos niveles mantenidos durante los últimos años de 33-35 donantes PMP.

Se conoce como "*Modelo Español*" al conjunto de medidas adoptadas en España para mejorar la donación de órganos de donante fallecido; incluye la existencia de un

marco básico adecuado desde el punto de vista legal, ético, económico, médico y político. Los aspectos básicos que definen este modelo son:

- una red de coordinadores,
- un programa de calidad en el proceso de la donación de órganos,
- la oficina central de la ONT, que actúa como agencia de servicios en apoyo de todo el sistema,
- especial atención a la formación continuada,
- el reembolso a los hospitales de las actividades de obtención y trasplante de órganos,
- la dedicación a los medios de comunicación con el fin de mejorar el nivel de conocimiento de la población española sobre la donación y el trasplante y,
- una legislación adecuada.

Desde la creación de la ONT se han realizado 73.855 trasplantes de órganos en España, 4.028 de ellos en 2009. Este año hubo en España 1.606 donantes de órganos, lo que supone una tasa de 34,4 donantes PMP. Por otra parte, en los 20 años de existencia de la ONT se han llevado a cabo más de 300.000 implantes de células o tejidos en nuestro país, por lo que más de 12.000 personas se benefician cada año de la aplicación de algún tejido de origen humano.

Salud pública

En 2009 se han desarrollado varios proyectos relacionados con la promoción de la salud en coordinación con el Ministerio de Educación y Ciencia, así como numerosas actividades coordinadas con las Redes Españolas de Universidades Saludables y Ciudades Saludables. La coordinación internacional se ha centrado en los foros permanentes de la OMS y de la UE relacionados con la prevención de la violencia, desigualdades, prisiones saludables y determinantes sociales. Se han publicado los “*Criterios de calidad para el desarrollo de programas y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo*” y la guía “*Ganar en salud en la escuela, guía para conseguirlo*”.

Este año 2009 se continuó con las estrategias de la UE y la OMS para reducir los daños relacionados con el alcohol y en la modificación de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. En todas las comunidades han tenido lugar actuaciones para implantar y desarrollar planes sobre prevención de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. También se ha colaborado con la Dirección General de Tráfico (DGT) en la elaboración de un nuevo Plan Estratégico de Seguridad Vial con horizonte temporal 2015.

En 2009, tras la declaración por parte de la OMS de la emergencia sanitaria provocada por la Gripe pandémica influenza (H1N1) y en coordinación con las comunidades autónomas, se elaboraron los protocolos de actuación sobre gripe A y se activó el Plan nacional de prevención y respuesta ante la pandemia de gripe en todo el territorio. Se ha publicado el Plan de coordinación para el sistema transfusional en relación con la pandemia influenza A (H1N1), así como las recomendaciones sobre la variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob y la enfermedad de Chagas. El programa y registro de vacunaciones implantado en todo el territorio ha permitido

alcanzar coberturas de primovacunación superiores al 95% para la serie básica y hepatitis B, y superiores al 97% frente al meningococo grupo C.

Los datos del último período analizado, año 2008, indican que la tasa de nuevos diagnósticos de SIDA en España se sitúa en un nivel similar al de otros países de Europa occidental y que en la actualidad el VIH se transmite de forma mayoritaria por vía sexual sin protección. También se constata que más de un tercio de los nuevos diagnósticos son en población inmigrante, lo que obliga a diversificar los programas de prevención y adaptarlos a las necesidades de este colectivo, social y culturalmente muy heterogéneo, y especialmente vulnerable. En 2008, se realizaron en todas las comunidades autónomas actividades de prevención con fondos propios y fondos transferidos desde el MSPSI, por un importe total de 32.437.480 euros. Asimismo, las ONG implicadas también desarrollaron un número considerable de actuaciones, en gran medida financiadas por el MSPSI.

En 2009, se aplicó el reglamento REACH relativo al registro, evaluación, autorización y restricción de las sustancias y preparados químicos en los aspectos de salud humana. Se prerregistraron 90.161 sustancias químicas presentadas por 2.289 empresas.

Se participó junto con la UNICEF en el proyecto de investigación sobre indicadores de bienestar de la infancia en España y en los grupos de trabajo del Plan Estratégico Nacional sobre el maltrato infantil y convivencia e inclusión.

También este año 2009 se fortaleció y continuó con la implantación del Plan de Calidad de Sanidad Exterior. Se constata un incremento exponencial de las autorizaciones de importación y exportación de muestras biológicas destinadas a fines de investigación, (RD 65/2006). La Red de Alerta Sanitaria de Sanidad Exterior informó de 274 incidencias sanitarias a los centros de vacunación internacional. El Sistema de Vigilancia de Productos Sanitarios y al Sistema de Alerta Rápida para Alimentos y Piensos (RASSF), han observado un aumento de más de 300 notificaciones de incidentes respecto al año anterior.

En 2009, se gestionaron a través del Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información (SCIRI) un total de 3.130 expedientes relativos a productos alimentarios, de los cuales 186 corresponden a alertas, 1.484 a informaciones y 1.413 a rechazos de productos.

Por otra parte, en 2009, se celebró la tercera edición de la Convención NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) y se convocaron los III Premios de la Estrategia NAOS. Este año se inició la elaboración de informes preparatorios para abordar el plan de reducción del consumo de sal, revisar las condiciones nutricionales en los comedores escolares y diseñar indicadores sobre el consumo de alimentos y la práctica de actividad física. También se firmó un acuerdo para la protección de los menores ante la presión publicitaria excesiva, con la Federación de Organismos de Radio y Televisión Autonómicos (FORTA) y la Unión de Televisiones Comerciales Asociadas (UTECA).

Los datos recogidos en los centros escolares elegidos por tener tasas de obesidad altas, actividad del Programa Escolar de Referencia para la Salud y el Ejercicio contra la Obesidad (PERSEO), indicaron que la prevalencia de la obesidad era del 19,8% en los niños y el 15% en las niñas. Además, los datos sobre sedentarismo detectaron que el 13% de los niños nunca hacía deporte, y casi el 10% de los alumnos solo realizaban actividades deportivas una hora a la semana. Por ello se iniciaron intervenciones educativas, en el curso escolar 2008/2009, para concienciar a escolares y familias de la importancia de desarrollar una actividad física suficiente y una alimentación adecuada.

Medicamentos y productos sanitarios

La AEMPS ha realizado en 2009, entre otras las siguientes intervenciones sobre medicamentos de uso humano: 1.165 nuevos medicamentos evaluados y autorizados, 15.557 variaciones de medicamentos ya autorizados, 738 suspensiones y revocaciones y 15.099 sospechas de reacciones adversas recibidas.

En cuanto a los productos sanitarios, durante 2009 se concedieron 138 autorizaciones de nuevas empresas y se emitieron 364 certificados de conformidad europea de productos sanitarios. Entre las acciones de control de mercado destacan 109 no conformidades detectadas y 283 intervenciones.

España es uno de los países de la OCDE en los que el gasto farmacéutico (sin incluir el gasto hospitalario) supone una alta proporción del gasto sanitario, situándose en el 20,5% en 2008. Otros países con valores altos, semejantes a España, son: Portugal (21,8% en 2006), Grecia (24,8% en 2007), Polonia (22,6 en 2008) y Japón (20,1% en 2007).

Por el contrario, Noruega con un 7,6% en 2008, es el país con el más bajo peso específico del gasto farmacéutico sobre el gasto sanitario. Tienen un patrón similar países como Dinamarca (8,6% en 2007), Reino Unido (11,8% en 2007) y Estados Unidos (11,9% en 2008). En una posición intermedia se encuentran países como Suecia (13,2% en 2008), Francia (16,4% en 2008) o Canadá (17,1% en 2009).

El gasto farmacéutico a través de recetas médicas del SNS sigue representando una parte importante del total del gasto sanitario, porque, aunque ha ido descendiendo en los últimos años, en 2008 ha supuesto el 17,96% (este dato no coincide con el del párrafo anterior porque en los datos 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). Este gasto farmacéutico tuvo una tendencia alcista hasta el año 2003 y a partir de 2004 se ha mantenido un crecimiento moderado, consiguiendo en el año 2009 la tasa de incremento más baja, un 4,47%. Una de las medidas que está contribuyendo a esta contención del gasto farmacéutico es el sistema de precios de referencia, ya que favorece el consumo de genéricos (que tienen un precio sensiblemente menor que los medicamentos de referencia) y promueve la disminución del precio de los medicamentos. Así pues, en este año 2009 se ha logrado alcanzar un consumo de envases de genéricos sobre el total de medicamentos del 24%.

Los Antiulcerosos, Inhibidores de la bomba de protones, ha sido el subgrupo de mayor uso en 2009, con una DHD (Dosis por Habitante Día) de 106,07, debido a la alta prevalencia de los trastornos en los que estos medicamentos son efectivos. Hay que destacar que este subgrupo ha tenido una fuerte contención de su Coste Tratamiento Día (CTD), de 0,58€ en 2005 se ha reducido a 0,35€ en 2009. Los Hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG CoA reductasa, fármacos de elección para el tratamiento de la hipercolesterolemia, también tienen una DHD elevada, 64,93. Este subgrupo es el que mayor importe factura en 2009.

En relación al consumo en 2009 por principios activos, el Omeprazol ha sido el de mayor uso, 84,42 DHD, y la Atorvastatina la que mayor importe factura, representando casi el 5% del total del importe de todos los medicamentos.

En el año 2009, tan solo cinco laboratorios farmacéuticos abarcan el 22% del consumo de envases y, en relación con el importe los cinco laboratorios facturan el 28% de todas las ventas de medicamentos a través de recetas médicas del SNS. El total de oficinas de farmacia que han colaborado en la ejecución de la prestación farmacéutica ha

sido de 21.153. Cada farmacia ha tenido una ventas medias mensuales de 54.566€ por la facturación de recetas médicas del SNS.

En el año 2009 los medicamentos que se han incluido en la financiación pública del SNS para que formen parte de la Prestación Farmacéutica han sido 1.618, de los cuales un 73% corresponden a medicamentos genéricos. Así pues, a fecha 31 de diciembre de 2009, el nº de medicamentos que se encontraban incluidos en la financiación pública fue de 19.820 y de estos, 14.964 medicamentos están incluidos en el Nomenclátor de productos facturables y son los que pueden prescribirse a través de recetas médicas del SNS.

Calidad

En 2009, se publicó el balance de actividades del Plan de Calidad del SNS 2006-2010, que incluyó las propuestas para el 2009 y 2010. Para el Plan de Calidad 2009 se destinaron 43.915.130 euros, destinando 14.750.000 euros a financiar actuaciones encaminadas a reducir las desigualdades en salud y 1.170.000 euros a proyectos relacionados con el fomento de estilos de vida saludables, prevención de la obesidad y fomento de la actividad física, entre otros.

Entre las actuaciones del Plan de Calidad 2009, deben destacarse la elaboración de la primera *“Encuesta poblacional sobre salud sexual en España”*, el *“Informe sobre Salud y Género 2007-2008 sobre mujeres y hombres en las profesiones sanitarias”* y el *“Informe Anual del SNS 2008”* con la colaboración de las CCAA e INGESA.

Se celebraron numerosos cursos para la formación de los profesionales en seguridad de pacientes y gestión de riesgos, así como un prototipo de sistema de notificación de eventos adversos con objeto de valorar su adecuación y funcionamiento durante 2010. También, se constituyó la *“Red Ciudadana de Formadores en Seguridad de Pacientes”* como herramienta de formación e información. Para el desarrollo de prácticas seguras relacionadas con el *“Programa de Higiene de Manos”* y el proyecto *“Bacteriemia zero”*, entre otros, se destinaron 9 millones de euros.

Para el fomento de la excelencia clínica se desarrolló un metabuscador y se consolidó el proyecto *“Guía-Salud”*. Además, se mantuvo la financiación para el acceso en español a las bibliotecas Cochrane y Joanna Briggs, así como para los proyectos de investigación de evaluación de tecnologías sanitarias llevados a cabo por el Instituto de Salud Carlos III. También se dio apoyo a la *“Plataforma de Agencias y Unidades de Evaluación de Tecnologías Sanitarias”*.

Se redactaron cuatro informes de Estándares y recomendaciones en calidad y seguridad y se acreditaron 48 centros, servicios y unidades de referencia del SNS (CSUR-SNS). Además se realizaron 183 auditorías de centros o unidades docentes en el marco del Plan anual de auditorías docentes 2009.

Fueron evaluadas las Estrategias de diabetes y salud mental, y se inició la evaluación de la de cuidados paliativos. Se destinaron 10.715.750 euros para financiar las actuaciones de las comunidades autónomas relacionadas con las estrategias de cardiopatía isquémica, cáncer, diabetes, salud mental, cuidados paliativos, EPOC, ictus y enfermedades raras. También, en 2009, se concedieron 4 millones de euros en subvenciones a las comunidades autónomas para la implantación de la estrategia en cuidados paliativos del SNS. Además se inició la elaboración de la estrategia de salud sexual y salud reproductiva del SNS.

Se firmó un nuevo convenio marco con el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio y la entidad pública empresarial Red.es, de 101,6 millones de euros, para el desarrollo del programa sanidad en línea, durante el periodo 2009-2012. El MSPSI

aporta 46,6 millones de euros y se gestiona mediante acuerdos entre cada comunidad, el MSPSI y Red.es. Por otra parte, y con cargo a la línea de estrategias en salud financiadas con Fondos de Cohesión, se financiaron proyectos de interoperabilidad en las comunidades autónomas por importe de 13,9 millones de euros.

Se han seleccionado y definido los “*Indicadores Claves del SNS*”, mejorando los subsistemas de información relacionados con el estado de salud, sistema sanitario y satisfacción de la ciudadanía. Además, se han potenciado las herramientas de información electrónica y de consulta en la web, a través de boletines electrónicos de “*noticias*”, de “*seguridad de pacientes*” y de “*impacto*” dirigidos a los profesionales.

Para dar a conocer las buenas prácticas que se llevan a cabo, se solicitó a cada comunidad autónoma un máximo de tres buenas prácticas, recibiendo veintitrés relacionadas con proyectos asistenciales, ocho con tecnologías de la información y comunicación, seis con prevención y promoción de la salud, cinco con calidad, tres con gestión de servicios sanitarios y dos con gestión de servicios sociosanitarios que se publican en este Informe anual del SNS.

En 2009, también se celebró la tercera edición de los Premios a la Calidad del SNS. Se galardonaron 11 proyectos, de un total de 164 presentados. Cada uno de ellos fue premiado con una dotación económica de 38.741,58 euros. Además, se entregó un premio de especial reconocimiento, sin dotación económica, al Prof. Dr. Alfonso Castro Beiras, por toda su trayectoria profesional dedicada a la mejora de la calidad asistencial.

Iniciativas para la igualdad

En 2009 se presentó en el salón de actos del MSPSI el Informe mundial sobre desigualdades sociales en salud “*Subsanar las desigualdades de una generación*” redactado por la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS. Ese mismo año la Comisión nacional de expertos en desigualdades sociales en salud elaboró el primer borrador que desarrolla una propuesta de intervenciones para disminuir las desigualdades sociales en nuestro país. También en este año se inició el trabajo sobre la “*Innovación en salud pública, monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud*”, cuyo informe sirvió de apoyo a las conclusiones que sobre esta prioridad se elaboraron durante la Presidencia Española de la UE 2010. Todas las comunidades y ciudades autónomas llevan a cabo acciones para disminuir las desigualdades sociales en salud, especialmente aquellas relacionadas con la discapacidad, inmigración y población gitana. Además, en el ámbito municipal debe destacarse que la red española de ciudades saludables está formada actualmente por 150 ciudades, que cuentan con un plan municipal de salud y que 49 ciudades españolas cuentan con 53 proyectos específicos sobre grupos desfavorecidos.

En el marco de la Estrategia nacional de equidad en salud dirigida a la población de etnia gitana, se presentó el estudio comparativo entre las Encuestas Nacionales de Salud dirigidas a la población general y a la población de etnia gitana, que concluyen que existen desigualdades en salud en la comunidad gitana y que muchas tienen su origen en sus determinantes sociales.

El área de salud del Plan estratégico de ciudadanía e inmigración ha publicado tres estudios: “*Informe sobre enfermedades infecciosas importadas por inmigrantes residentes en España que se desplazan temporalmente a su lugar 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*”.

El objetivo de la sanidad penitenciaria es mejorar la salud de las personas que se encuentran cumpliendo una condena de privación de libertad, sin que esa situación sea un condicionante para que su salud sufra ningún deterioro. Los servicios de sanidad penitenciaria deben mantener los mismos estándares de calidad que el SNS garantiza para la población en general y para ello cuentan con convenios de colaboración con varios servicios de salud. La población penitenciaria tiene las siguientes características específicas: procede en su mayoría de colectivos sociales desfavorecidos, con nivel de estudios bajo y escasa cualificación laboral. En 2008 se contabilizaron 8.187 ingresos en camas de centros penitenciarios, con una estancia media de 79 días. Los ingresos en hospitales públicos fueron 4.797, con una estancia media de 7,0 días. Las consultas de atención especializada en centros sanitarios públicos fueron 52.711. El problema de salud pública más importante de la sanidad penitenciaria es la asistencia a los internos con algún tipo de trastorno mental: hasta un 40% de la población reclusa presenta trastorno mental, la mitad relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas, y hasta un 4% tienen un trastorno mental grave.

Durante 2009 se presentó el Informe anual de violencia de género 2008, que pone de manifiesto que la distribución de las tasas de mortalidad por violencia de género muestra diferencias tanto por provincias como por comunidades autónomas. Por grupos de edad se observa un mayor riesgo en las mujeres comprendidas entre los 21 y los 50 años. Durante 2009 un total de 5.766 sanitarios acudieron a actividades de formación sobre la materia, en su mayor parte profesionales de atención primaria. Todas las comunidades autónomas han puesto marcha protocolos de actuación ante la violencia de género.

En 2009 se llevó a cabo la Encuesta nacional de salud sexual, en colaboración con el CIS, con puntos de muestreo en 789 municipios y 52 provincias.

Los comités institucional y técnico de la Estrategia de atención al parto normal constituyeron los grupos de trabajo de “*Embarazo, neonatal y puerperio*”; “*Indicadores y sistemas de registro*”; “*Formación de profesionales*”; “*Plan de parto y nacimiento*” y “*Difusión e implantación*”. Por otra parte, se han elaborado la Guía de práctica clínica de atención al parto y los Estándares y recomendaciones para la atención hospitalaria al parto.

Gestión de la información clínica

Los primeros resultados del proyecto de Historia Clínica Digital del SNS (HCDSNS) son la incorporación efectiva al pilotaje de las comunidades autónomas Valenciana, Baleares y la Rioja, y la entrada de España en la International Health Terminology Standards Development Organization (IHTSDO).

Por otra parte, los principales hitos alcanzados por los grupos de trabajo del proyecto durante 2009 son los siguientes:

- El grupo de trabajo de estándares y requerimientos técnicos elaboró un documento que recoge el consenso alcanzado sobre la política de estándares y la propuesta técnica para el desarrollo del piloto.
- El grupo asesor de interoperabilidad semántica elevó la recomendación de uso de Snomed CT, y el MSPSI asumió el papel de centro nacional de referencia para la terminología clínica Snomed CT y la distribución gratuita dentro del territorio nacional de la versión internacional.
- El grupo de comunidades para el pilotaje del proyecto aprobó el método de evaluación, tanto del uso como de la percepción del sistema por los usuarios.

El proyecto epSOS que, como es sabido cofinancia la Comisión Europea, se centra en la interoperabilidad a través de los servicios de receta electrónica y resumen de la historia clínica. En 2009 se incorporaron al proyecto las comunidades Valenciana y Baleares a las anteriormente participantes: Cataluña, Castilla-La Mancha y Andalucía.

El nodo central del SNS es la infraestructura hardware y software que facilita el intercambio de información tanto administrativa como clínica entre los distintos agentes del SNS: MSPSI, comunidades autónomas, mutualidades y otros organismos involucrados como la Tesorería de la Seguridad Social y el Ministerio de Justicia. El nodo también se relaciona con las entidades de otros estados que participan en el proyecto epSOS. El MSPSI se responsabiliza de mantener la capacidad, disponibilidad y seguridad de la red. Las comunicaciones tienen lugar a través de la Intranet Sanitaria, en funcionamiento desde 2003, que proporciona una red privada que garantiza los altos niveles de seguridad, disponibilidad y calidad de servicios que se requieren. Durante 2009 se intercambiaron un promedio de más de 350.000 mensajes diarios. Los servicios desarrollados son los siguientes:

- Base de datos de usuarios de la tarjeta sanitaria.
- Derivación de pacientes programados a hospitales de referencia.
- Instrucciones previas.
- Registro de profesionales sanitarios.
- Facturación de oficinas de farmacia y seguimiento de medicamentos.
- Está prevista la incorporación de nuevos servicios vinculados a la receta electrónica HCDSNS y proyecto epSOS.

Ordenación profesional y formación sanitaria

En 2009, se continuó trabajando en la planificación de necesidades de especialistas como uno de los retos más importantes para garantizar a la ciudadanía una asistencia sanitaria de calidad, publicándose el informe “[Oferta y Necesidad de especialistas médicos en España 2008-2025](#)”². El Ministerio asume la competencia para reconocer las cualificaciones profesionales obtenidas en otros Estados miembros de la Unión Europea.

En el área de formación, se actualizaron siete [programas formativos de especialidades en Ciencias de la Salud](#)³ y se aprobaron los nuevos programas correspondientes a las especialidades de Enfermería del Trabajo y Enfermería Geriátrica.

La oferta de plazas de la convocatoria 2009-2010, continuó la tendencia de incremento de plazas de formación especializada, especialmente en aquellas especialidades con más necesidades de profesionales. Otra de las novedades, fue la acreditación y oferta de plazas de formación en Unidades Docentes Multiprofesionales (UDM), en las que se formarán especialistas que, aún proviniendo de distintas titulaciones, inciden en campos asistenciales afines.

De igual manera, el desarrollo de las pruebas de acceso a plazas de formación sanitaria especializada (correspondientes a la convocatoria 2008-2009), confirmó la tendencia de los últimos años: crecimiento estable en el número de aspirantes admitidos

² Programas formativos de Especialistas. [<http://www.msc.es/profesionales/formacion/guiaFormacion.htm>]

³ Vid nota 2.

y presentados en relación con el número de plazas convocadas, grado de feminización y número de aspirantes procedentes de países no comunitarios.

La Comisión de Formación Continuada de los Profesionales Sanitarios continuó impulsando la aplicación del sistema acreditador, con 36.520 actividades formativas acreditadas. Entre ellas cabe destacar, el “*Curso de protección radiológica para profesionales que llevan a cabo procedimientos de radiología intervencionista*”, que ha acreditado a 469 profesionales.

Investigación en el Sistema Nacional de Salud

El Sistema español de ciencia y tecnología dispone de tres instrumentos de planificación: la Estrategia nacional de ciencia y tecnología, el Plan nacional de I+D+i y el Plan de trabajo anual. La Acción estratégica en salud es una acción integral y horizontal, que forma parte del VI Plan anual, y que persigue 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 la competitividad y capacidad de I+D+I del SNS y de las empresas relacionadas con el sector.

El Instituto de Salud Carlos III tiene, entre otras funciones, la planificación y gestión de los programas de investigación biomédica y en ciencias de la salud incluidos en la Acción estratégica de la salud. Las líneas instrumentales y subprogramas son los siguientes:

1. Actuación de recursos humanos
 - Subprograma de formación y movilidad
 - Subprograma de contratación e incorporación
2. Actuación de proyectos
 - Subprograma de proyectos de investigación en salud
 - Subprograma de proyectos de evaluación de tecnologías sanitarias y servicios de salud
3. Infraestructuras científico tecnológicas

El subprograma de formación y movilidad incluye ayudas predoctorales de formación en investigación en salud. En 2009 se concedieron 62, por importe de 967.200 euros. También se atendieron 10 solicitudes, por importe de 156.000 euros, en ayudas predoctorales para formación en gestión de la investigación en salud y se concedieron 37 bolsas de ampliación de estudios por importe de 389.300 euros. Por otra parte, dentro del subprograma de contratación e incorporación se financiaron 51 contratos post doctorales Sara Borrel por importe 1,8 millones de euros y 34 contratos de investigación del SNS Miguel Servet por importe de 2,5 millones de euros. Por último este subprograma también financió con 963.500 euros la contratación de técnicos de apoyo a la investigación en el SNS.

El subprograma de proyectos de investigación en salud ha subvencionado con 70,4 millones de euros 656 proyectos de I+D. Además se financiaron 15 proyectos INTRASALUD, dirigidos a grupos consolidados de investigación transnacional en salud, por importe de 6,7 millones de euros. Por otra parte, durante 2009 se financiaron con 6,9 millones de euros 144 proyectos de evaluación de tecnologías.

En la convocatoria de 2009 de la línea instrumental de infraestructuras científico tecnológicas se concedieron 35 ayudas para infraestructuras por un valor total de 8,4 millones de euros.

Introducción

El artículo 63 de la Ley de Cohesión del Sistema Nacional de Salud (SNS) dispone que el Observatorio del SNS redactará cada año un informe sobre el estado del SNS, que se presentará por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) al Consejo Interterritorial del SNS.

Como en años anteriores, para la elaboración del Informe se ha contado con un comité institucional, formado por representantes de todas las comunidades autónomas y el INGESA, y un comité editorial constituido por expertos en las diferentes materias.

El Informe de este año también se organiza en una parte general, que analiza el conjunto del SNS, y otra correspondiente a cada una de las comunidades e INGESA, que ha sido redactado por ellas.

Los informes correspondientes a las comunidades e INGESA se centran en la estrategia e instrumentos de gestión que emplea cada uno de ellos y en mostrar tres ejemplos de buenas prácticas que merecen ser compartidos por todos. Por eso el índice de estos anexos es el siguiente:

1. Introducción.
2. Estrategia del servicio de salud.
3. Contratos de gestión.
4. Otras formas de gestión.
5. Buenas prácticas.

El índice de la parte general fue objeto de una provechosa discusión en los comités editorial e institucional, que acordaron el siguiente:

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

Para la redacción de la parte general, al igual que en la edición anterior, se ha primado la participación de los expertos del MSPSI, 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 MSPSI e información facilitada por las comunidades y ciudades 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 2008, por ser estos los últimos disponibles.

Las principales diferencias con el informe anterior son la incorporación de la actividad de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición en la sección correspondiente a Salud Pública y de la actividad de la Organización Nacional de Trasplantes en la sección de recursos y actividad asistencial. En el capítulo de descripción y análisis institucional, además de estudiarse el gasto sanitario, se hace una revisión de la estrategia que siguen los servicios de salud y del instrumento que se emplea con carácter general para llevar a cabo esa estrategia: los contratos de gestión, también denominados contratos programa o planes de gestión. Esta sección incluye también este año un resumen de la actividad del Consejo Interterritorial del SNS.

Para el análisis del consumo de medicamentos se utiliza por primera vez en el informe la DHD (dosis diaria definida por 1.000 habitantes y por día) como unidad de medida de los principios activos más consumidos en España. Por otra parte, la sección de calidad incluye un apartado de buenas prácticas en el SNS.

Se ha considerado de interés que el capítulo de gestión de la información clínica contenga una descripción del nodo central del SNS, que es la infraestructura hardware y software que facilita el intercambio de información tanto administrativa como clínica entre los distintos agentes del SNS.

Este año también se ha querido proporcionar una exhaustiva descripción de la investigación en el SNS, por ello la sección correspondiente del Informe se complementa con un anexo que informa de las convocatorias competitivas financiadas por las comunidades y por entes privados; la investigación aplicada a la práctica; y las unidades de apoyo a la investigación.

1 Estado de salud de la población

1.1 Características demográficas de la población española

La población residente en España a 1 de enero de 2009 era 46.745.807 habitantes, según el padrón municipal de habitantes: 49,5% hombres y 50,5% mujeres. Con respecto a 2001 la población creció en más de 5 millones y medio de habitantes, lo que supone un crecimiento del 13,7%, como se observa en la [Tabla 1.1](#).

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 12,7%. Esta disminución refleja el descenso continuado de la tasa de natalidad en la población residente en España en el último cuarto del siglo, que 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 2009 se ha producido en el grupo de menores de cinco años, cuyo incremento fue del 41,0%. 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 11,4 nacimientos por 1.000 habitantes en 2008.

El porcentaje de población de 65 y más años en 2009, 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 10,6% entre 2001 y 2009, 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 2009.

Edad	2001	2009	Incremento porcentual
Total	41.116.843	46.745.807	13,7
0-4	1.719.673	2.424.045	41,0
5-14	4.130.199	4.393.835	6,4
15-24	5.869.991	5.125.006	-12,7
25-44	13.204.784	15.578.523	18,0
45-64	9.154.643	11.441.494	25,0
65 y más	7.037.553	7.782.904	10,6
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 de 1,1 por 1.000 habitantes en 2001 a 2,9 en 2008 ([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 de la población nacida en España.

Tabla 1.2 Tasa de natalidad, tasa de mortalidad y saldo vegetativo por 1.000 habitantes. España, 2001-2008.			
Año	Tasa de natalidad	Tasa de mortalidad	Saldo vegetativo
2001	9,95	8,84	1,11
2002	10,11	8,92	1,19
2003	10,49	9,16	1,33
2004	10,61	8,71	1,90
2005	10,71	8,93	1,78
2006	10,92	8,43	2,49
2007	10,94	8,59	2,35
2008	11,37	8,47	2,90
Fuente	Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Información Sanitaria.		

En efecto, la población extranjera residente en España era 1.370.657 en 2001 y 5.648.671 en 2009. Es decir, en 2001 representaba el 3,3% del total, mientras que en 2009 representaba el 12,1% del total. Estas cifras reflejan el extraordinario incremento de la población extranjera en España, ya que entre 2001 y 2009 su número se multiplicó por 4 (Tabla 1.3). El 50% de la población extranjera residente en España en 2009, 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 2009 e incremento en 2009 con respecto a 2001.			
Edad	2001(a)	2009(b)	b/a
Total	1.370.657	5.648.671	4,1
0-4	50.888	283.943	5,6
5-14	121.415	522.999	4,3
15-24	199.563	815.821	4,1
25-44	651.107	2.807.918	4,3
45-64	236.216	935.060	4,0
65 y más	111.468	282.930	2,5
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 2009 tenían mayor porcentaje eran Baleares, Comunidad Valenciana, Madrid, Murcia y Cataluña, con un porcentaje de población extranjera entre el 15,9% y el 21,7%. En cambio, en Extremadura y Galicia el porcentaje de población extranjera era inferior al 4%.

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 2000. Posteriormente, la tendencia se invirtió, pasando de 38,5 nacimientos por 1000 mujeres de 15 a 49 años en 2001 a 45,1 en 2008 (Tabla 1.5).

No obstante, hay que destacar, una gran heterogeneidad en la tasa de fecundidad a lo largo de la geografía española. En 2008, la magnitud de la tasa oscilaba entre más de 60 por 1.000 mujeres de 15 a 49 años en Ceuta y Melilla, alrededor de 50 en Cataluña, Murcia y Madrid y alrededor de 30-35 en Asturias, Galicia, Castilla y León y Canarias.

Tabla 1.4 Población residente en España, según comunidad autónoma de residencia. Año 2009.

	Total	Población extranjera	Porcentaje
Total	46.745.807	5.648.671	12,1
Andalucía	8.302.923	675.180	8,1
Aragón	1.345.473	172.138	12,8
Asturias	1.085.289	47.119	4,3
Baleares	1.095.426	237.562	21,7
Canarias	2.103.992	301.204	14,3
Cantabria	589.235	38.096	6,5
Castilla y León	2.563.521	167.641	6,5
Castilla-La Mancha	2.081.313	225.888	10,9
Cataluña	7.475.420	1.189.279	15,9
Comunidad Valenciana	5.094.675	889.340	17,5
Extremadura	1.102.410	37.223	3,4
Galicia	2.796.086	106.637	3,8
Madrid	6.386.932	1.063.803	16,7
Murcia	1.446.520	235.991	16,3
Navarra	630.578	70.627	11,2
País Vasco	2.172.175	132.865	6,1
La Rioja	321.702	46.931	14,6
Ceuta	78.674	3.550	4,5
Melilla	73.460	7.597	10,3

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

Tabla 1.5 Tasa de fecundidad según comunidad autónoma. España 2001 y 2008.

	2001	2008
Total Nacional	38,5	45,1
Andalucía	41,9	47,5
Aragón	36,0	44,5
Asturias	25,6	32,9
Baleares	42,9	45,8
Canarias	39,0	36,7
Cantabria	30,9	41,5
Castilla y León	30,0	36,5
Castilla - La Mancha	39,8	46,2
Cataluña	40,1	49,6
Comunidad Valenciana	39,6	45,5
Extremadura	38,6	40,4
Galicia	28,9	35,1
Madrid	40,5	48,2
Murcia	48,0	52,3
Navarra	41,1	47,8
País Vasco	32,8	41,7
La Rioja	35,6	46,2
Ceuta	51,2	62,5
Melilla	63,4	69,8

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 2008, el porcentaje de personas de 16 y más años con estudios terminados de educación secundaria o superiores se incrementó de 42% en 1991 a 68% en 2008, 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, 1991-2008.				
Nivel de estudios	1991	1997	2001	2008
Analfabetos	4,9	3,7	3,3	2,4
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	44,9
1º ciclo	..	20,7	23,0	24,8
2º ciclo	..	15,4	17,1	20,1
Educación superior	8,1	13,8	18,6	23,1
Universitarios	8,1	9,7	13,1	16,1
Otros superiores	..	4,1	5,6	6,9
Fuente	Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Información Sanitaria.			

El porcentaje de hombres con estudios terminados de educación secundaria o superiores se incrementó de 45,4% en 1991 a 70,7% en 2008 y en mujeres se incrementó de 38,9% en 1991 a 65,3% en 2008 ([Tabla 1.7](#)). En 2008, el porcentaje de hombres y de mujeres con estudios superiores era muy similar, 23,5 % en hombres y 22,7% en mujeres, sin embargo el porcentaje de personas con estudios de educación secundaria era más alto en hombres (47,2%) que en mujeres (42,6%).

Tabla 1.7 Distribución (%) de hombres y mujeres de 16 y más años, según el nivel de estudios terminados. España, 1991-2008.				
Nivel de estudios	1991	1997	2001	2008
Hombres				
Analfabetos	2,8	2,2	2,0	1,6
Sin estudios	14,0	11,6	10,6	7,7
Educación primaria	37,9	31,6	25,2	20,0
Educación secundaria	36,7	38,1	42,4	47,2
Educación superior	8,7	14,8	19,5	23,5
Mujeres				
Analfabetos	6,9	4,9	4,4	3,1
Sin estudios	16,7	14,3	13,7	10,1
Educación primaria	37,5	30,5	26,5	21,5
Educación secundaria	31,3	35,9	37,7	42,6
Educación superior	7,6	14,3	17,8	22,7
Fuente	Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Información Sanitaria.			

No obstante, un indicador más válido del aumento del nivel medio de estudios en la población es el porcentaje de población de 25 a 64 años que tiene al menos estudios de segundo grado, segundo ciclo –esto es, bachillerato-. En 2008, la mitad de la población de esa edad tenía estudios de bachillerato o superiores, mientras que en 1991 era el 38,2% (Tabla 1.8).

Tabla 1.8 Porcentaje de población de 25 a 64 años con al menos estudios de segundo grado segundo ciclo. España, 1991-2008.				
	1991	1997	2001	2008
25-64 años	38,2	33,5	40,4	51,2
25-34 años	69,1	51,2	57,5	65,0
35-44 años	38,3	38,5	45,3	56,7
45-54 años	20,6	21,9	29,5	45,0
55-64 años	12,0	11,9	17,5	29,1
Fuente	Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Información Sanitaria.			

El nivel de estudios de la población muestra gran variación geográfica: en Navarra, Madrid y País Vasco, el porcentaje de población de 16 y más años con estudios superiores en 2008 oscilaba alrededor del 30%, en Extremadura, Castilla-La Mancha, Ceuta y Melilla estaba alrededor del 17% (Tabla 1.9).

Tabla 1.9 Porcentaje de población de 16 y más años con estudios superiores, según comunidad autónoma. España, 2008.	
	2008
Total Nacional	23,1
Andalucía	19,1
Aragón	24,2
Asturias	24,4
Baleares	17,0
Canarias	19,0
Cantabria	25,9
Castilla y León	22,7
Castilla - La Mancha	16,6
Cataluña	23,1
Comunidad Valenciana	21,5
Extremadura	16,7
Galicia	22,1
Madrid	31,5
Murcia	19,6
Navarra	28,8
País Vasco	33,7
La Rioja	23,8
Ceuta	16,2
Melilla	17,0
Fuente	Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Información Sanitaria.

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 de los hombres la tasa de actividad se ha mantenido estabilizada alrededor del 68%, en las mujeres la tasa de actividad pasó de 34,7% en 1991 a 51,7% en 2009, (Tabla 1.10).

Tabla 1.10 Tasa de actividad, en porcentaje. España, 1991-2009.

	1991	1997	2001	2009
Ambos sexos	50,8	51,6	53,0	59,7
Hombres	68,0	65,1	66,2	68,1
Mujeres	34,7	38,9	40,4	51,7
Fuente	Instituto Nacional de Estadística.			

La tasa de paro en 2009 fue de un 18,8%, afectando en mayor proporción a las mujeres (19,07%) que a los hombres (18,6%) (Tabla 1.11).

Tabla 1.11 Tasa de paro, en porcentaje. España, 1991-2009.

	1991	1997	2001	2008	2009
Ambos sexos	16,3	20,6	10,6	11,3	18,8
Hombres	12,1	15,8	7,5	10,1	18,6
Mujeres	24,1	28,2	15,2	13,0	19,1
Fuente	Instituto Nacional de Estadística.				

En 2009, Madrid, Baleares y Canarias presentaban las tasas de actividad más altas, mientras que las más bajas se observaban en Melilla, Asturias y Extremadura. Las mayores tasas de paro se observaron en: Canarias, Andalucía y Ceuta y, las menores en: Navarra, País Vasco y Cantabria (Tabla 1.12).

Tabla 1.12 Tasa de actividad y tasa de paro según comunidad autónoma. España, 2009.

	Tasa de actividad	Tasa de paro
Total Nacional	59,7	18,8
Andalucía	58,3	26,3
Aragón	58,7	13,2
Asturias	51,5	14,2
Baleares	64,5	19,5
Canarias	62,8	26,9
Cantabria	55,9	12,6
Castilla y León	54,5	14,5
Castilla - La Mancha	57,6	19,2
Cataluña	62,2	17,0
Comunidad Valenciana	61,1	22,5
Extremadura	53,3	21,2
Galicia	54,7	12,8
Madrid	64,6	14,6
Murcia	60,7	22,4
Navarra	59,7	10,5
País Vasco	57,4	11,7
La Rioja	59,9	13,6
Ceuta	54,8	24,5
Melilla	51,7	21,6
Fuente	Instituto Nacional de Estadística.	

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. Se trata de una medida hipotética, puesto que no mide las probabilidades reales de supervivencia. Su cálculo está basado en las tasas actuales de mortalidad que están lógicamente sometidas a cambios en el tiempo. Su ventaja radica en que 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) Por su parte, la EV a los 65 años fue de 20 años, 17,8 y 21,9 en hombres y mujeres respectivamente.

Tabla 1.13 Esperanza de vida y esperanza de vida en buena salud al nacer y a los 65 años por sexo. España, 2000/02 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.			

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-La Mancha	80,1	81,5	51,3	55,2
Castilla y León	80,8	82,1	59,5	61,3
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.			

En la [Tabla 1.14](#) pueden verse las estimaciones de la EV para los años 2000 y 2007 en las diferentes comunidades autónomas españolas, y en la [Tabla 1.15](#) las estimaciones de la EV en 2007 en los países de la UE y el incremento de de la EV entre 1990 y 2007

Tabla 1.15 Esperanza de vida al nacer en 2007 en los países de la Unión Europea (UE) e incremento en la esperanza de vida entre 1990 y 2007.		
	Esperanza de vida en 2007*	Incremento entre 1990 y 2007
Italia	81,6	4,4
Francia	81,1	3,5
España	81,1	4,2
Suecia	81,1	3,3
Chipre	80,7	..
Holanda	80,5	3,4
Austria	80,5	4,5
UE-15	80,3	3,8
Malta	80,1	3,9
Reino Unido	79,9	3,9
Irlanda	79,9	5,0
Luxemburgo	79,7	4,2
Finlandia	79,7	4,6
Alemania	79,7	4,1
Grecia	79,6	2,4
Bélgica	79,5	3,2
UE	79,1	3,9
Eslovenia	78,5	4,5
Portugal	78,3	4,2
Dinamarca	78,1	3,0
República Checa	77,1	5,6
Polonia	75,4	4,4
UE-12	74,5	3,7
Eslovaquia	74,3	3,2
Rumanía	73,3	3,5
Hungría	73,0	3,6
Estonia	72,9	3,0
Bulgaria	72,6	1,1
Letonia	71,2	1,7
Lituania	71,0	-0,5
Observaciones	UE-15: los 15 estados miembros incorporados a la UE antes de 2004; UE-12: los 12 estados miembros incorporados a la UE después de 2004	
Fuente	Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Información Sanitaria.	

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. Por ello, se han venido desarrollando una serie de indicadores que 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 (Tabla 1.14).

1.3 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 2008 fue de 3,3 (Tabla 1.16).

Tabla 1.16 Tasa de mortalidad infantil según comunidad autónoma. España, 2001 y 2008.		
	2001	2008
Total	4,1	3,3
Andalucía	4,6	3,8
Aragón	5,0	2,4
Asturias	5,4	3,9
Baleares	5,4	3,9
Canarias	5,2	3,9
Cantabria	1,9	3,2
Castilla-La Mancha	4,0	3,3
Castilla y León	2,6	3,0
Cataluña	3,3	3,2
Comunidad Valenciana	3,7	3,6
Extremadura	4,4	3,6
Galicia	3,6	3,1
Madrid	3,8	2,7
Murcia	5,5	3,4
Navarra	3,0	2,3
País Vasco	3,4	2,9
La Rioja	5,4	5,4
Ceuta	3,1	4,3
Melilla	7,9	4,8
Fuente	Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Información Sanitaria.	

La tasa de mortalidad perinatal es un indicador más sensible que la mortalidad infantil para evaluar la cobertura y calidad de la atención de la salud, especialmente la atención materno-infantil.

La mortalidad perinatal en España ha continuado reduciéndose a lo largo de la presente década, si en el año 2001 esta tasa era de 5,6 muertes perinatales por 1.000 nacidos vivos, en el año 2008 fue de 4,4 (Tabla 1.17). Al igual que la mortalidad infantil,

la magnitud de la tasa muestra variación geográfica: Madrid con 3,1 y Canarias, Galicia y Melilla con 3,2 fueron las comunidades con valores menores, mientras que en Asturias con 7,3 y Ceuta con 11,1 se registraron las mayores tasas de mortalidad perinatal.

Tabla 1.17 Tasa de mortalidad perinatal según comunidad autónoma. España, 2001 y 2008.

	2001	2008
Total	5,6	4,4
Andalucía	6,4	5,1
Aragón	6,1	4,4
Asturias	6,8	7,3
Baleares	6,7	4,6
Canarias	5,8	3,2
Cantabria	2,6	4,6
Castilla-La Mancha	5,3	4,5
Castilla y León	5,5	3,4
Cataluña	5,3	4,7
Comunidad Valenciana	4,9	4,4
Extremadura	6,2	4,0
Galicia	4,3	3,2
Madrid	4,9	3,1
Murcia	5,7	4,3
Navarra	4,5	3,4
País Vasco	5,7	5,1
La Rioja	7,8	6,2
Ceuta	7,1	11,1
Melilla	10,6	3,2
Fuente	Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Información Sanitaria.	

La [Tabla 1.18](#) refleja las tasas de mortalidad infantil y mortalidad perinatal alrededor de 2007 para UE-15 (los 15 estados miembros incorporados a la UE antes de 2004), UE-12 (los 12 estados miembros incorporados a la UE después de 2004) y para España, junto al cambio porcentual en la magnitud de las tasas entre 1990 y 2007. La magnitud de las tasas en el conjunto de países de UE-15 es inferior a la magnitud de las tasas en el conjunto de países de UE-12, si bien los segundos mostraron un descenso porcentual entre 1990 y 2007 superior al descenso porcentual observado en los primeros. Las tasas en España fueron inferiores a las del conjunto de países de UE-15 y también mostraron un descenso porcentual mayor entre 1990 y 2007.

Tabla 1.18 Tasa de mortalidad infantil, y perinatal por 1000 nacidos vivos alrededor de 2007 y porcentaje de cambio entre 1990 y 2007. Países de la Unión Europea (UE) y España.

	Países de la UE-15		Países de la UE-12		España	
	2007	% de cambio entre 1990 y 2007	2007	% de cambio entre 1990 y 2007	2007	% de cambio entre 1990 y 2007
Mortalidad Infantil	4,0	-48,0	7,4	-57,0	3,5	-65,0
Mortalidad Perinatal	5,9	-24,0	6,3	-52,0	4,5	-40,0
Observaciones	UE-15: los 15 estados miembros incorporados a la UE antes de 2004; UE-12: los 12 estados miembros incorporados a la UE después de 2004					
Fuente	Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Información Sanitaria.					

Defunciones según causa de muerte

En 2008, se produjeron 386.324 defunciones en España, lo que supone unas veintiséis mil más que al inicio de la década. Alrededor del 80% de las defunciones se deben 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 1.19](#)).

	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 2008			
Total	386.324	100,0	847,3
Enfermedades del aparato circulatorio	122.793	31,8	269,3
Cáncer	100.675	26,1	220,8
Enfermedades del aparato respiratorio	44.200	11,4	96,9
Enfermedades del aparato digestivo	19.476	5,0	42,7
Causas externas	15.289	4,0	33,5
Fuente	Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Información Sanitaria		

Alrededor de un tercio de las defunciones se deben a enfermedades del aparato circulatorio y alrededor de un cuarto de las defunciones se deben al cáncer. Desde hace tres décadas, en el caso de las enfermedades del aparato circulatorio y desde los años noventa en el caso del cáncer, se observa un continuado descenso en las tasas de mortalidad.

La distribución por edad de esas causas de muerte varía, como se observa en la [Tabla 1.20](#). Alrededor del 80% de las defunciones por enfermedades del aparato circulatorio y por enfermedades del aparato respiratorio se producen en las personas mayores de 74 años y el resto se concentra fundamentalmente en el grupo de 45 a 74 años. En el caso del cáncer, aproximadamente la mitad se producen por encima de esa edad y prácticamente la otra mitad está concentrada en el grupo de 45 a 74 años. Un 63,3% de las defunciones por enfermedades del aparato digestivo se producen en las personas mayores de 74 años y un 33,3% en el grupo de 45 a 74 años. En cuanto a las defunciones por causas externas, un tercio se producen 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.

Edad	Enfermedades del aparato circulatorio	Cáncer	Enfermedades del aparato respiratorio	Enfermedades del aparato digestivo	Causas externas
<15	0,1	0,2	0,1	0,1	1,7
15-44	1,4	3,1	1,5	3,3	32,2
45-74	20,2	47,0	16,6	33,3	33,0
75 y más	78,4	49,8	81,8	63,3	33,0
Fuente	Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Información Sanitaria.				

1.4 Accidentes

Víctimas de accidentes de tráfico

En 2008, se produjeron en España 134.047 víctimas por accidentes de tráfico, lo que supone veinte y un mil menos que en 2001. La tasa de víctimas por 1000 accidentes y la tasa de víctimas por 100.000 habitantes descendieron un 7 y un 23%, respectivamente, según las estadísticas de la Dirección General de Tráfico.

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.

Víctimas de accidentes de trabajo

Los años de la presente década se han caracterizado por un descenso continuado en la frecuencia de accidentes. Se ha pasado de 42,8 accidentes de trabajo 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 de la construcción es el que mayor frecuencia de accidentes de trabajo tiene. 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, según las estadísticas del Ministerio de Trabajo.

Víctimas de accidentes por otras causas (ahogamientos, caídas, quemaduras, intoxicaciones)

A lo largo de los tres últimos años, a diferencia de lo que ha sucedido con los accidentes de tráfico, la tasa de mortalidad por accidentes debidos a ahogamientos, caídas, quemaduras e intoxicaciones apenas ha disminuido. Sí se observa una disminución de la mortalidad por ahogamiento, sumersión y sofocación pero sin embargo la mortalidad por caídas accidentales ha aumentado ligeramente (Tabla 1.21).

Tabla 1.21 Tasa de mortalidad de accidentes por otras causas. España 2006 - 2008

	Año 2006	Año 2007	Año 2008
Caídas accidentales	3,737	3,878	4,047
Ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales	6,036	5,725	4,952
Accidentes por fuego, humo y sustancias calientes	0,449	0,423	0,443
Envenenamiento accidental por psicofármacos y drogas de abuso	1,175	1,288	1,314
Otros envenenamientos accidentales	0,529	0,421	0,616
Total	11,926	11,735	11,372
Fuente	Instituto Nacional de Estadística e Instituto Nacional de Consumo.		

El Instituto Nacional del Consumo presentó el Informe de accidentes domésticos y de ocio (DADO) 2007. Según el informe, se ha estimado que en ese año, 1.754.335 españoles se vieron implicados en un accidente definido como DADO, lo que significa que casi 4 individuos de cada 100 tuvieron un percance de este tipo (Tabla 1.22). Los accidentes de estas características supusieron en 2007, una prevalencia del 11,6% en los hogares (7.500 accidentes DADO en 64.394 hogares contactados).

Tabla 1.22 Distribución de los accidentes en 2007 y su penetración por tramos de edad en el conjunto nacional.

Base: 7.500 = 100%	Total % Accidentes	Estimación individuos afectados	Población por intervalos	% Población	% Incidencia
Menos de 1 año	0,16	14.970	424.058	0,94	0,033
De 1 a 4 años	3,68	55.905	1.813.464	4,01	0,124
De 5 a 14	10,52	159.527	4.243.305	9,39	0,353
De 15 a 24	15,92	268.179	5.185.722	11,47	0,638
De 25 a 44	38,34	680.916	15.172.137	33,57	1,506
De 45 a 64	20,03	345.487	10.830.220	23,96	0,764
65 y más	11,05	209.351	7.531.826	16,66	0,463
TOTAL	100	1.754.335	45.200.737	100	3,88

Fuente Instituto Nacional de Consumo. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad.

Tabla 1.23 Mecanismo del accidente según sexo y edad (%) en 2007 en España.

Base:7.500 = 100%	Total	Sexo		Edad (años)						
		Hombre	Mujer	<1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-65	+65
0-Caída	44,1	42,7	45,1	76,9	53,4	55,3	40,1	34,9	42,9	70,6
1-Golpe, choque con otro objeto, persona, animal	13,0	16,3	10,3	7,7	14,8	21,7	19,0	12,2	7,7	8,7
2-Aplastamiento, cortar, perforar	22,6	23,7	21,8	7,7	10,0	10,6	19,7	29,3	27,0	10,3
3-Cuerpo extraño en orificio natural	1,5	2,0	1,0	7,7	4,1	1,6	1,5	1,4	1,4	0,4
4-Asfixia	0,9	0,7	1,1	-	3,1	0,4	0,6	0,9	0,9	0,9
◦ Ahogos y casi ahogos					1,7					
5-Efectos de productos químicos	3,5	3,5	3,5	-	5,9	4,5	4,2	3,4	3,3	1,1
◦ Envenenamiento por sustancias sólidas					2,1	3,1				
◦ Envenenamiento por sustancias líquidas					3,1					
6-Efectos térmicos	9,6	5,2	13,1	-	6,6	3,5	8,9	12,1	11,4	5,2
◦ Líquido caliente	5,5									
◦ Objetos calientes	2,6									
◦ Fuego, llamas	0,8									
7-Efectos de electricidad/radiaciones y otras fuentes de energía	0,5	0,6	0,5	-	1,0	0,1	0,8	0,6	0,4	0,4
8-Agotamiento agudo del cuerpo o parte del cuerpo	4,2	5,1	3,4	-	1,0	2,1	5,0	4,8	4,7	2,5
9-Otra mecánica de lesión o no especificada	0,1	0,2	0,1	-	-	0,1	0,1	0,2	0,1	-

Fuente Informe DADO 2007. Instituto Nacional de Consumo. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad.

Los accidentes domésticos y de ocio más frecuentes estuvieron causados por caídas (44,1%), aplastamientos, cortes y desgarros (22,6%), golpes o choques (13,0%), por efectos térmicos o quemaduras (9,6%) y por esfuerzos físicos o agotamiento (4,2%). También destaca dentro de los accidentes por asfixia que estos se produjeron en mayor

medida dentro del rango de edad de 1 a 4 años (3,1%) y de estos más de la mitad (1,7%) correspondieron a ahogos y casi ahogos (Tabla 1.23).

Los resultados de este informe hacen referencia a las lesiones producidas en el hogar o en su entorno inmediato así como durante la realización de las actividades de tiempo libre, deportivas, escolares o domésticas. De la recogida de datos se excluyen todos aquellos siniestros producidos por: motivos laborales; tráfico; prácticas deportivas organizadas; elementos naturales; ferroviarios, marítimos o aéreos, además de los vinculados con enfermedades, autolesiones o violencia.

1.5 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.

La valoración de su salud como buena o muy buena de los hombres y mujeres en los países de la Unión Europea en el año 2006 se muestra en la Tabla 1.24. Los datos que presenta, publicados por Eurostat, proceden, de las estadísticas de ingreso y condiciones de vida (SILC), que incluyen encuestas llevadas a cabo sobre muestras representativas de la población de los países de la Unión Europea con un diseño y una metodología similares.

Tabla 1.24 Porcentaje de hombres y mujeres que valora su salud como buena o muy buena en países de la Unión Europea (UE) 2006.		
	Hombres	Mujeres
Irlanda	84,4	81,9
Holanda	80,0	74,0
Grecia	79,9	74,0
Chipre	79,1	73,3
Suecia	78,6	73,5
Reino Unido	78,1	75,3
Bélgica	77,9	70,9
Dinamarca	77,6	72,6
Malta	77,3	72,8
Luxemburgo	76,2	72,3
Austria	73,1	70,9
Francia	72,3	66,8
España	71,3	64,8
Finlandia	69,1	68,3
UE	67,8	61,7
Alemania	63,5	57,8
República Checa	62,8	56,3
Italia	60,8	53,2
Eslovenia	59,6	53,3
Polonia	58,7	51,0
Eslovaquia	56,8	48,2
Estonia	56,5	50,8
Portugal	53,3	43,4
Hungría	52,2	44,9
Lituania	48,8	38,9
Letonia	47,5	36,1
Observaciones	UE: Dato para el conjunto de países incluidos en la tabla. Sin dato: Bulgaria y Rumanía	
Fuente	Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad.	

En el conjunto de los 25 países mostrados en la tabla, el 67,8% de los hombres y el 61,7% de las mujeres valoraron su salud como buena o muy buena. Dicho porcentaje, sin embargo, varió extraordinariamente entre los distintos países, siendo la diferencia entre el valor más alto y el más bajo de 37% en los hombres y 46% en las mujeres.

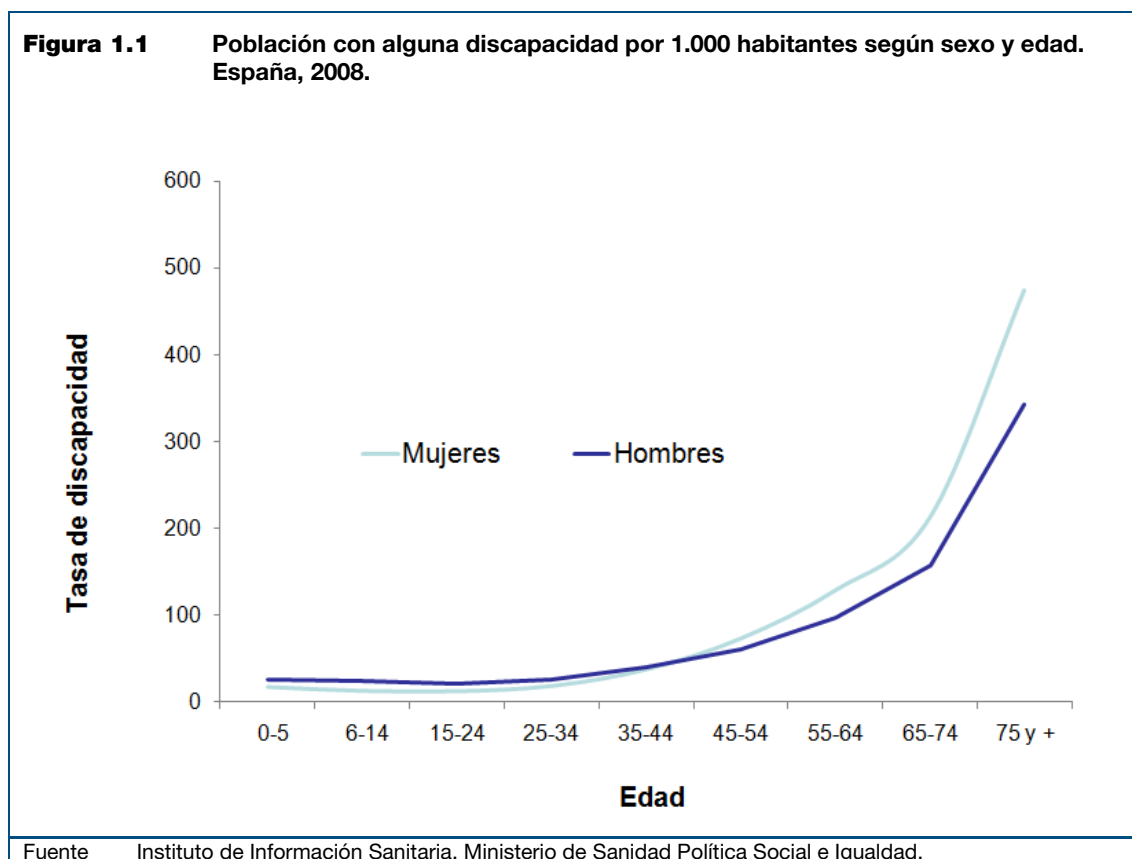
En todos los países, el porcentaje de población que valoró su salud como buena o muy buena fue mayor entre los hombres que entre las mujeres.

1.6 Discapacidad

La monitorización de la discapacidad 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. La tasa de discapacidad por 1000 habitantes fue mayor en las mujeres (101) que en los hombres (69,5). Esta tasa de discapacidad 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% (Figura 1.1).

La tasa de discapacidad aumenta mucho en la población de 75 años y más, es más frecuente en las mujeres y, ha venido disminuyendo desde 1999 para ambos sexos.



1.7 Hábitos de vida no saludables

Consumo de tabaco

Desde hace dos décadas, el porcentaje de población de 16 y más años fumadora ha venido disminuyendo; en 2001 era de 34,5%, en 2006/07 fue un 29,5%. La [Tabla 1.25](#) muestra estos porcentajes por edad y sexo. 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, aunque el descenso fue ligeramente mayor en los hombres. 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 1.25 Porcentaje de población fumadora y porcentaje de población consumidora de alcohol por edad y sexo. España, 2001 y 2006/07.

	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. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad.			

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 1.25](#)). 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 2007, el cannabis fue la sustancia más frecuentemente consumida por la población de 15-64 años (10%), un 3% declaró haber consumido cocaína en los últimos doce meses, y un 1,3% hipnosedantes (Tabla 1.26).

Para el período comprendido entre 2001 y 2007, en la población española de 15 a 64 años, el consumo de sustancias se redujo, con excepción del cannabis y la cocaína; esta tendencia a la disminución del consumo también se observó en la población de 14 a 18 años, con las excepciones del cannabis y la heroína.

Tabla 1.26 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. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad.			

Sedentarismo

Alrededor de un 40% de la población española de 16 y más años declaró, en 2006/07, no realizar actividad física alguna durante su tiempo libre. El sedentarismo fue mayor en las mujeres (42,4%) que en los hombres (36,4%), para todos los grupos de edad (Tabla 1.27). Las diferencias más importantes se observaron en los más jóvenes y en los mayores: alrededor de un 28% de hombres de 16 a 24 años y de 65 y más años se declararon sedentarios; para las mujeres de esos mismos grupos de edad, el porcentaje de sedentarias fue de un 44%.

La tendencia parece ser descendente, a pesar de los altos porcentajes de sedentarismo; ese descenso es algo mayor entre las mujeres. Entre 2001 y 2006/07, el porcentaje de mujeres sedentarias disminuyó un 10%, mientras que en los hombres se redujo un 5%; la excepción podrían ser los hombres más jóvenes en los que la prevalencia de sedentarismo podría estar aumentando.

1.8 Obesidad

La frecuencia de la obesidad ha venido aumentando en España desde hace dos décadas. Para 2007, algo más del 15% de la población española de 18 años y más, era obesa; el

porcentaje de hombres obesos era algo mayor (15,6%) que el de mujeres (15,1%), y el porcentaje aumentó en ambos sexos con la edad.

Para el período 2001-2007, la frecuencia de la obesidad aumentó en todos los grupos de edad, con la excepción de las mujeres de 45 y más años; este incremento fue de mayor magnitud entre los hombres de 45 a 64 años, en los que la prevalencia aumentó un 5% (Tabla 1.27).

Tabla 1.27 Porcentaje de población sedentaria y porcentaje de población obesa por edad y sexo. España, 2001-2006/07.

	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
18-24	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. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad.			

2 Descripción y análisis institucional

2.1 Descripción y análisis institucional

Ministerio de Sanidad y Política Social

El año 2009 se caracteriza por el cambio de la estructura orgánica y competencias del Ministerio de Sanidad y Consumo, que se transforma en el Ministerio de Sanidad y Política Social¹. El nuevo ministerio asume las competencias de los extintos Ministerio de Sanidad y Consumo y Secretaría de Estado de Política Social, Familia y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad. Esta integración, junto con la necesidad de reforzar el papel del Ministerio como instrumento de cohesión del Sistema Nacional de Salud (SNS), liderazgo en el fomento de uso de las nuevas tecnologías y mejora de la calidad, motiva la reorganización del Departamento. La principal modificación desde el punto de vista orgánico, es la incorporación a la Secretaría General de Política Social y Consumo de las competencias en materia de drogodependencias y en materia de consumo. Por ello las Direcciones Generales de Consumo y el Plan Nacional sobre Drogas pasan a depender de esta Secretaría General. Otros cambios importantes son la adscripción a la Secretaría General de Sanidad de las Direcciones Generales de Terapias Avanzadas y de la Agencia de Calidad.

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)² es el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud, entre ellos y con la Administración del Estado. Su finalidad es promover la cohesión del SNS a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio español. Está constituido por la Ministra de Sanidad y Política Social, que lo preside, y por todos los Consejeros de Sanidad, uno de los cuales desempeña la Vicepresidencia. El Consejo cuenta con un Secretario, designado por el pleno a propuesta de la Ministra. En la actualidad dicho puesto lo desempeña el Secretario General de Sanidad.

El CISNS conoce, debate y en su caso emite recomendaciones sobre funciones esenciales en la configuración del SNS, como la incorporación de nuevos servicios y prestaciones o la designación de centros, servicios y unidades de referencia (CSUR); sobre funciones de asesoramiento, planificación y evaluación en el SNS; sobre funciones de coordinación del SNS y sobre funciones de cooperación entre el Estado y las comunidades autónomas.

¹ Real Decreto 1041/2009, de 29 de junio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Política Social y se modifica el Real Decreto 438/2008, de 14 de abril por el que se aprueba la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales. [<http://www.boe.es/boe/dias/2009/06/30/pdfs/BOE-A-2009-10761.pdf>]

² Artículo 69 de la LEY 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/LEY_COHESION_Y_CALIDAD.pdf]

El CISNS funciona en pleno y en comisión delegada, y puede crear cuantas comisiones y grupos de trabajo considere necesario para la preparación, estudio y desarrollo de las cuestiones sometidas a su consideración. El pleno debe reunirse al menos cuatro veces al año y adopta acuerdos por consenso que pueden plasmarse en recomendaciones. Los acuerdos de cooperación para llevar a cabo acciones sanitarias conjuntas se formalizan mediante convenios del SNS. La comisión delegada se reúne con carácter previo a las sesiones plenarias y en la misma se estudian y preparan los temas a elevar al pleno. De esta comisión delegada dependen las comisiones permanentes, ponencias y grupos de trabajo. El CISNS debe elevar una memoria anual de actividades al Senado.

Actividad del CISNS durante el año 2009

La actividad del CISNS durante 2009 se resume en la [Tabla 2.1](#). Durante el año 2009 el CISNS celebró ocho sesiones plenarias, de las que cinco fueron monográficas, cuatro de ellas se dedicaron a la situación provocada por la aparición de la pandemia de gripe producida por el virus A/H1N1. En estas sesiones el pleno adoptó acuerdos relevantes con el fin de abordar la situación con criterios homogéneos en todo el territorio, basados en las decisiones de la OMS y de la UE, así como en el conocimiento científico.

La necesidad de especialistas en el SNS en el periodo 2008-2025 fue objeto de otra sesión monográfica. En las otras tres sesiones, que tuvieron carácter ordinario, también se adoptaron importantes acuerdos.

Entre los acuerdos relacionados con la pandemia de gripe, que se adoptaron en los plenos de 27 de marzo, 1 de mayo, 22 de julio, 31 de agosto, y 22 de octubre, deben destacarse los dirigidos a reforzar la coordinación entre el MSPS y las comunidades autónomas, la revisión de las directrices de la UE y la OMS, la política de información basada en transparencia, coordinación y veracidad, y la adopción de medidas basadas en las recomendaciones efectuadas por la Comisión de Salud Pública. También debe hacerse mención a la decisión de no alterar las fechas de inicio del curso escolar, por no haber recomendaciones específicas de la OMS ni razones epidemiológicas que así lo aconsejaran. En el pleno celebrado el 31 de agosto se acordó un calendario único de vacunación de la gripe estacional así como los grupos de riesgo para la vacunación de la gripe A/H1N1: mujeres embarazadas, enfermos crónicos a partir de seis meses de edad, personal sanitario y personal de servicios esenciales.

Otros acuerdos adoptados por el CISNS durante 2009 que deban destacarse son la aprobación de criterios para la distribución de fondos a las comunidades autónomas para actuaciones en salud: enfermedades emergentes, reemergentes y de especial relevancia; programas derivados del Plan nacional sobre el SIDA; programa de desarrollo de políticas de cohesión sanitaria, educación sanitaria para promover el uso racional de los medicamentos, y programa de mejora de la calidad en la atención de los pacientes polimedicados.

Tabla 2.1 Actividades del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud 2009.

SESIONES PLENARIAS	ORDINARIAS: 3 MONOGRÁFICAS: 5 - 4 Gripe "A" - 1 Necesidades de especialistas
ACUERDOS	41
PROYECTOS NORMATIVOS INFORMADOS	REALES DECRETOS: 7 ORDENES MINISTERIALES: 3
REUNIONES COMISIONES Y GRUPOS DE TRABAJO	108 (54 de ellas sobre Gripe A)
Fuente	Información facilitada por la D.G. Ordenación Profesional, Cohesión del S.N.S. y Alta Inspección. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

El CISNS también informó la Estrategia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la Estrategia de enfermedades raras, y la evaluación y revisión de las estrategias del cáncer y de salud mental.

La designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia del SNS (CSUR) para la atención de patologías o procedimientos en materia de transplantes hepático, renal, cardiopulmonar, pulmonar, cardíaco y de páncreas, fue objeto de acuerdos del pleno del CISNS. También se aprobó la propuesta de nuevas patologías o procedimientos que deben ser atendidos en CSUR en las áreas de cirugía cardíaca, cardiología, neurofisiología, neurología y los criterios que deben emplearse en la designación de CSUR para estos procesos.

La estrategia en el Sistema Nacional de Salud

El Informe anual del Sistema Nacional debe describir, aunque sea de forma sucinta, los grandes objetivos que se proponen las diferentes comunidades y las estrategias para alcanzarlos. Por ello se solicitó a todas las comunidades autónomas e INGESA, un documento que resumiera la estrategia del servicio de salud. Estos informes se incluyen en los anexos correspondientes a cada comunidad y constituyen una valiosa fuente de información sobre la planificación estratégica en el Sistema Nacional de Salud.

Todos los servicios de salud se proponen centrar su organización en el ciudadano o en el paciente. Sin embargo, existe alguna diferencia en la manera de abordar estos propósitos. Algunas comunidades concretan esa estrategia profundizando de manera explícita en los derechos de ciudadanos y pacientes, incluso con nueva normativa, mientras otras lo hacen de forma implícita, pero con acciones y programas concretos donde plasman sus compromisos.

Los planes de salud y estratégicos deben implantarse en la práctica diaria a través de la gestión clínica y de calidad. La gestión por procesos, la acreditación, los programas de mejora continua, los programas de uso racional del medicamento, la certificación por los sistemas ISO, EFQM y Joint Commission, los proyectos dirigidos a mejorar la calidad percibida o la implantación de la estrategia de seguridad de pacientes, son algunos ejemplos de la gestión en el Sistema Nacional de Salud. También forman parte de este apartado reorganizaciones o puesta en marcha de nuevos servicios, como son las consultas de alta resolución, de áreas y unidades de gestión clínica, la integración entre niveles, incluyendo el socio sanitario, y las medidas para garantizar la sostenibilidad del sistema.

Las tecnologías de la información y de las comunicaciones son un instrumento imprescindible para la gestión clínica y de la calidad. Todos los servicios de salud tienen programas, planes o líneas estratégicas de impulso de la historia clínica y receta electrónicas, cita previa centralizada y proyectos de imagen médica digital. Algunos de ellos también han desarrollado proyectos de telemedicina.

También está generalizada la atención a determinados procesos o la prevención de determinadas patologías. Son frecuentes los programas de detección del cáncer de mama, de cribado neonatal, los programas de atención a los procesos oncológicos o la gestión del riesgo cardiovascular. Algunas comunidades planifican de manera explícita la atención a las enfermedades crónicas.

Podría afirmarse que el patrón común de funcionamiento en los servicios de salud es el de un Plan de Salud plurianual, que propone los grandes objetivos de salud y cuya elaboración es responsabilidad de la Consejería o Departamento de salud. Los servicios de salud fijan su estrategia partiendo de los objetivos del plan de salud a través de documentos como son los planes estratégicos, líneas estratégicas o planes directores. Estas líneas estratégicas pueden agruparse en tres grandes bloques: derechos de los ciudadanos y pacientes; gestión clínica y de la calidad; y planes y programas para atender determinadas enfermedades o procesos.

- La Comunidad Autónoma de Andalucía destaca entre sus acciones más relevantes la Ley de muerte digna, la prestación farmacéutica gratuita para menores de 1 año, los servicios de traducción, la protección de adolescentes ante intervenciones de cirugía estética y la posibilidad de consultar la posición en la lista de espera mediante autenticación con certificado digital. También ha incluido en el programa de atención al embarazo, parto y puerperio la atención bucodental para las mujeres embarazadas. Por otra parte, esta comunidad consolida su estrategia en gestión clínica y de calidad, entendiendo esta como un conjunto formado por la excelencia en la técnica y el conocimiento junto al desarrollo de la gestión por procesos, la gestión clínica, la gestión por competencias y el modelo de acreditación y la mejora continua. La Comunidad de Andalucía ha incluido en el programa de diagnóstico genético preimplantatorio a 13 enfermedades. Otros planes integrales son los siguientes: Alzheimer, cuidados paliativos, promoción de la actividad física y alimentación equilibrada, diabetes, oncología, enfermedades raras, salud mental y accidentabilidad.
- El eje central de la estrategia en la Comunidad de Aragón son los compromisos con los pacientes, que concretan plazos y prestaciones en el caso de enfermedad coronaria, oncología, diabéticos, atención a las mujeres y atención pediátrica. Entre las líneas estratégicas de esta comunidad debe destacarse la regulación de los tiempos de garantía para consultas y procedimientos diagnósticos en atención especializada y la libre elección de especialista. Una importante estrategia en Aragón es la del uso racional del medicamento, que incluye la evaluación de medicamentos, la formación de profesionales, la incorporación de la atención farmacéutica al proceso asistencial, el interés por los pacientes polimedicados y frágiles, la extensión de la receta electrónica, y la gestión clínica como núcleo del sistema. La Comunidad de Aragón tiene implantadas estrategias para la atención a los problemas de salud más relevantes como los oncológicos, ictus, cardiopatía isquémica, cuidados paliativos y pacientes con tratamiento anticoagulante,

cribado neonatal, parto normal y mujeres víctimas de violencia de género. En todas estas estrategias se han llevado a cabo actuaciones para ampliar coberturas o mejorar las prestaciones.

- Uno de los ejes de la estrategia de la Comunidad de Asturias es centrar los servicios sanitarios en las necesidades de la ciudadanía, para conseguir servicios más ágiles, respetuosos y participativos. Entre las acciones que concretan esta línea estratégica está la cita previa centralizada, las consultas de alta resolución y el programa de gestión de listas de espera para intervenciones de cirugía electiva. En Asturias se llevan a cabo actuaciones para desarrollar estrategias de calidad en todas las áreas, generando estructuras de soporte para la medición de la calidad y mejora continua de los resultados. Otras líneas de trabajo en el área de calidad se centran en la progresiva certificación de servicios con las normas ISO; y la acreditación de hospitales y equipos de atención primaria con el sistema de la Joint Commission.
- La Comunidad de Baleares organiza su Plan Estratégico en cuatro grandes bloques, el primero de los cuales es poner al paciente -y la ciudadanía en general- en el punto de mira de la organización: incorporar la visión del usuario y hacer que perciba la continuidad en su atención, un trato personalizado y humano, y un papel activo en la toma de decisiones. Estas líneas básicas se concretan en el apartado de clientes de los contratos de gestión. Entre los cuatro grandes bloques del plan estratégico se encuentra el liderazgo clínico, la sostenibilidad y la incentivación
- La estrategia de la Comunidad de Canarias concreta el enfoque hacia los pacientes con acciones como el aumento de las ayudas a los pacientes desplazados y acompañantes y la puesta en marcha de nuevos programas de detección y prevención, así como la culminación de 20 proyectos de infraestructuras sanitarias para mejorar la accesibilidad, confortabilidad y funcionalidad de las instalaciones. Entre los resultados del año destaca la reducción de la lista de espera quirúrgica estructural superior a seis meses por tercer año consecutivo. La estrategia de calidad en el Servicio Canario de Salud está muy enfocada hacia los sistemas de certificación ISO y al modelo EFQM. En Canarias destaca el nuevo Programa de atención dental infantil, el inicio del Programa de diagnóstico precoz de cardiopatía con alto riesgo de muerte súbita, y el Programa de detección de cáncer colorrectal. Otros programas en esta comunidad son los de detección de la hipoacusia neonatal, el cribado de la fibrosis quística en recién nacidos, el cribado para la detección precoz de ambliopía y la puesta en marcha del Proyecto para la mejora de salud física en los pacientes con trastorno mental grave.
- Uno de los ejes de la estrategia del servicio de salud de Cantabria es el denominado “*Una sanidad dirigida a las personas*” que contempla la creación de la Unidad de Atención al Usuario en la Consejería de Sanidad, entidad ya consolidada, que es el referente para garantizar que los servicios sanitarios cumplen con las necesidades y expectativas de los ciudadanos. Otra línea de actuación prioritaria del Servicio Cántabro de Salud es la mejora de la accesibilidad de las personas al sistema sanitario, mediante la mejora del rendimiento de sus estructuras y la utilización de servicios concertados. Los ejes estratégicos de la Comunidad de Cantabria contemplan además el apoyo a los profesionales como factor clave del sistema, la inversión en

infraestructuras, la mejora constante de la organización y servicios de asistencia sanitaria, y el desarrollo de la investigación sanitaria. Algunas medidas que concretan esta estrategia son el plan estratégico de formación, la puesta en marcha de nuevos centros de salud y el proceso de acreditación del Instituto de Formación e Investigación Sanitaria Marqués de Valdecilla como instituto de investigación asociado al Carlos III. La Comunidad de Cantabria continúa con el desarrollo del Plan de Salud de las Mujeres, tanto en la prevención del cáncer de cérvix, mediante vacunación; el fomento del parto natural y la consolidación del plan de detección precoz del cáncer de mama. En 2009 se ha extendido de manera paulatina el Programa de detección precoz de cáncer de colon y recto. En esta comunidad los cuidados paliativos, con el protagonismo de los equipos de atención primaria y conforme con la estrategia aprobada en el Consejo Interterritorial, se extienden en todas las áreas sanitarias. El Plan de salud bucodental infantil, iniciado en 2008, ha completado su ciclo de manera satisfactoria en 2009.

- A finales del año 2008 se fusionaron las políticas de salud y de bienestar social en Castilla-La Mancha en una nueva consejería, iniciando el Plan de Salud y Bienestar Social, que se basa en la integración real de las redes de recursos sociales y sanitarias de forma que se hagan frente a los retos de una nueva sociedad más envejecida, con mayor peso en las enfermedades crónicas y con nuevas necesidades de cuidados. En relación con los derechos de los ciudadanos, la Fundación Socio-Sanitaria para la Integración Socio Laboral del Enfermo Mental ha publicado los derechos y deberes de los usuarios de salud mental y ha fijado los estándares de calidad que deben regir en el funcionamiento de los dispositivos de salud mental. La Comunidad de Castilla-La Mancha destaca entre sus acciones la mejora de la capacidad resolutoria en atención primaria, la prescripción de calidad y eficiente fomentando la prescripción por principio activo, y los planes estratégicos de seguridad del paciente, de calidad percibida y de pequeños detalles. En la comunidad de Castilla-La Mancha deben mencionarse las actividades relacionadas con el cáncer, drogas, salud mental, diabetes, SIDA y enfermedades raras. Se han reforzado y mejorado los servicios que atienden enfermos oncológicos y el programa de Detección precoz del cáncer de mama. En el marco del Plan Regional de alcoholismo y drogodependencias se ha continuado trabajando en actuaciones preventivas en colaboración con los ayuntamientos, centros de enseñanza y médicos de atención primaria. El resto de programas ha profundizado en las líneas de actuación previstas y ya en funcionamiento.
- Entre las acciones de la comunidad de Castilla y León, que se enmarcan en el III Plan de Salud y las Estrategias Regionales (infraestructuras, formación continuada, respuesta a la epidemia de gripe, investigación y TIC), deben destacarse las relacionadas con la ampliación de la cartera de servicios, la puesta en funcionamiento del nuevo Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, las actuaciones dirigidas a completar la oferta asistencial en oncología y la potenciación de la atención pediátrica con nuevos servicios de cuidados intensivos (León) y cirugía pediátrica (Valladolid). También Castilla y León promueve la mejora y desarrollo de la cartera de servicios de atención primaria y la mejora de la capacidad de resolución de este nivel asistencial, así como las nuevas unidades y centros de atención primaria.

Castilla y León ha completado y mejorado, como ya se ha indicado antes, la oferta asistencial en oncología a través de la incorporación de la especialidad de oncología médica a la cartera de servicios de los hospitales de Aranda de Duero y Miranda de Ebro, con la creación de hospital de día oncológico en ambos y la adecuación de los servicios de farmacia. Además de ello mantiene actuaciones destinadas a la prevención y la salud pública, como los programas de hipercolesterolemia familiar, detección precoz del cáncer colorrectal, vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH) y detección del VPH circulante.

- La estrategia de la Comunidad de Cataluña se encuadra en el Plan de Salud, el Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública, los planes directores y los planes estratégicos de ordenación. Los planes directores se encargan de hacer operativas las políticas marcadas por el Plan de Salud. Entre los planes directores se encuentran los de oncología, sociosanitario, salud mental y adicciones, aparato circulatorio, inmigración, y enfermedades reumáticas y del aparato locomotor. El Plan director de oncología contempla actuaciones de detección precoz (cáncer de mama, colorrectal, y de cuello uterino), diagnóstico rápido, espacios multidisciplinarios y el registro de cáncer de Cataluña. En enfermedades del aparato circulatorio destacan el código infarto y el código ictus. En 2009 se puso en marcha el Plan director de enfermedades del aparato respiratorio, cumpliendo así uno de los objetivos del Plan de Salud. Los planes estratégicos de ordenación, en cambio, definen el modelo de organización de los servicios. Entre los planes estratégicos están los de ordenación de la pediatría en atención primaria, la atención al paciente nefrológico, la atención especializada ambulatoria, la atención maternoinfantil y la atención a la salud sexual y reproductiva. Debe hacerse especial mención al Plan de innovación de atención primaria y salud comunitaria, que pretende la mejora de servicios, la atención integrada y el impulso del trabajo en red, entre otros objetivos.
- Los principios generales establecidos por la Consejería de Sanidad y Dependencia de Extremadura se centran en tres grandes líneas estratégicas, la primera de las cuales son los problemas de salud prevalentes y emergentes en la Comunidad: enfermedades cardiovasculares, cáncer, salud mental, drogodependencias y otras conductas adictivas, accidentes y violencias, enfermedades respiratorias crónicas, endocrinometabólicas, infecciosas, enfermedades raras y zoonosis. Esta línea estratégica, junto a la protección y mejora del estado de salud de los ciudadanos y la mejora continua de la calidad, sirven de base al Plan Estratégico del Servicio Extremeño de Salud, que marca los objetivos del contrato de gestión entre la gerencia del Servicio Extremeño de Salud y las gerencias de las áreas de salud. Dicho Plan Estratégico contempla cinco objetivos institucionales, que se concretan en orientar la organización hacia la mejora de la salud y la satisfacción de los ciudadanos, implicar a los profesionales, garantizar la eficiencia de la organización, mejorar la gestión de los recursos a través de la innovación e integración, y dirigir los recursos a la calidad total, concretando acciones como son la implantación de la gestión por procesos o la estrategia global en seguridad del paciente.
- Entre las cuatro líneas estratégicas de la comunidad de Galicia se encuentra fomentar el ejercicio de los derechos reconocidos en la legislación sanitaria y

prestar los servicios sanitarios que necesitan las personas en tiempo y forma. Estos propósitos se concretan en varias actuaciones previstas en el Plan Estratégico que se refieren a la accesibilidad, equidad y calidad de los servicios. El Plan Estratégico de Galicia, comenzó su andadura en 2009, año en el que ya tuvieron lugar algunas actuaciones, como el impulso a la seguridad asistencial, el seguimiento del proceso asistencial y la coordinación entre niveles, para lo que se crearon estructuras directivas específicas. Entre los programas en funcionamiento destaca el de racionalización del gasto farmacéutico. El Plan Estratégico del Servicio Gallego de Salud contempla la creación de vías rápidas para la atención a enfermos de cáncer y programas asistenciales en áreas concretas que se propone mejorar como la atención a enfermos oncológicos y urgencias entre otros.

- El hito más relevante en La Rioja ha sido la aprobación del II Plan de Salud de la Rioja, que incluye entre sus principios reducir las desigualdades en salud y entre las líneas previstas, las intervenciones sobre grupos específicos, como aquellas relacionadas con el envejecimiento y grupos vulnerables. Durante el año 2009 el Servicio Riojano de Salud destaca cuatro líneas de trabajo: el impulso y desarrollo de las tecnologías como medio para mejorar la accesibilidad, la ampliación de la cartera de servicios, el desarrollo y mejora de alternativas asistenciales al ingreso hospitalario y la colaboración con la Fundación Rioja Salud para la investigación en biomedicina. El Plan de Salud de la Rioja se propone entre sus objetivos disminuir la morbilidad y mortalidad evitables. Por eso contempla intervenciones clínico - asistenciales en enfermedades transmisibles, cáncer, diabetes y obesidad, entre otras.
- Las prioridades estratégicas de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid se dirigen a dar mayor protagonismo a los individuos profundizando en la libertad de elección, que se concreta en la creación de un área de salud única para toda la comunidad y la libre elección de médico de familia, pediatra, y enfermero en atención primaria; y de médico y hospital en atención especializada. Esta libre elección tiene las excepciones de la atención domiciliaria y de urgencias. La estrategia de la Comunidad de Madrid en gestión clínica y calidad, tiene su base en el fomento de la libre elección por parte del ciudadano, que pretende la excelencia de la sanidad pública basada en la calidad, cercanía, accesibilidad y garantía de igualdad de oportunidades.
- La Región de Murcia aprobó en 2009 la Ley de Derechos y deberes de los usuarios de la Región de Murcia y el Plan de Salud 2010-2015. Esta comunidad vincula ambos acontecimientos al conceder prioridad a los derechos y deberes de los pacientes en todas las estrategias del Plan. Entre las líneas estratégicas de la Comunidad de Murcia se destacan las relacionadas con el uso racional y cultura del medicamento: gestión del conocimiento, infraestructuras para la prescripción, mejora de la calidad de la utilización de medicamentos, cooperación con los profesionales y seguridad en la utilización de los medicamentos.
- El Plan Estratégico del Sistema Sanitario Público de Navarra dedica uno de sus ejes de actuación a “Sociedad y Ciudadanos”. Una de las prioridades en esta comunidad es el control de las listas de espera, que se traduce en importantes mejoras tanto en consultas externas como en cirugía. La Comunidad Foral de Navarra se centra en la integración de recursos de

atención especializada, el desarrollo decidido de la hospitalización a domicilio, la desburocratización en la atención primaria y en el plan de calidad para este nivel asistencial. En la Comunidad Foral de Navarra además de continuar con programas como el dirigido a la detección precoz del cáncer de mama o el riesgo cardiovascular, destaca en 2009 el impulso a la hospitalización a domicilio.

- Entre los principios programáticos del sistema sanitario de la Comunidad Autónoma del País Vasco se encuentran considerar a la persona como objetivo fundamental del sistema y garantizar el respeto a su personalidad, intimidad, capacidad de elección y acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad efectiva. También se contempla la evaluación ciudadana, tanto de la formulación de planes y objetivos como de sus resultados. La estrategia del Servicio Vasco de Salud se lleva a cabo a través de 14 proyectos, entre los que destacan la historia clínica unificada (Osabide Global) y la atención sanitaria integrada. Esta última tiene por objetivo explorar mediante experiencias piloto nuevas formas de trabajo y organización de los proveedores de asistencia sanitaria integrando los dos niveles de atención. En el País Vasco la estrategia para dar respuesta a las necesidades de las personas que padecen enfermedades crónicas, identifica seis elementos que son la clave para lograr una óptima atención a estas personas: organización del sistema de atención, estrechamiento de relaciones con la comunidad, apoyo y soporte al autocuidado, diseño del sistema asistencial, apoyo en la toma de decisiones y desarrollo de sistemas de información clínica. Entre las medidas previstas se contempla la definición de un modelo de asistencia para los enfermos crónicos consolidando un nivel intermedio entre la atención primaria y la especializada, específico para estos pacientes.
- El Plan Estratégico de la Comunidad Valenciana contempla como uno de sus elementos la mejora de los resultados de salud, en la que incluye prestar la atención sanitaria que responda a las expectativas de la población. El segundo de los elementos es empoderar a los clientes personalizando la atención. La Comunidad Valenciana tiene como principal herramienta de gestión la diferenciación retributiva. En este contexto la autogestión en atención primaria pretende primar la gestión clínica eficiente haciendo partícipes a los profesionales de los ahorros generados. Entre los cuatro elementos más innovadores del Plan Estratégico de la Comunidad Valenciana, también se encuentra la gestión del paciente crónico y la hospitalización a domicilio, apoyados en las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).
- El objetivo general del INGESA es que las ciudades de Ceuta y Melilla tengan unos servicios sanitarios con un nivel equiparable al del resto de España, garantizando y mejorando la accesibilidad, la calidad y la suficiencia de dichos servicios. El INGESA pretende asegurar una atención sanitaria de excelencia, más personalizada, centrada en las necesidades particulares del paciente. Las señas de identidad propias de la atención sanitaria en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, hacen que el INGESA deba adaptar la planificación de recursos en estas ciudades a la población real que los requiere, que es notablemente superior a la de referencia en la base de datos de la tarjeta sanitaria. También exige adaptarse a la diversidad cultural de

esas dos poblaciones mediante instrumentos específicos de información y la utilización de mediadores culturales. La estrategia del INGESA se basa en la adaptación del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. En 2009, con financiación de los Fondos de Cohesión, se llevaron a cabo actuaciones en seguridad de pacientes, cáncer, cardiopatía isquémica, diabetes, cuidados paliativos, y atención perinatal y de género. Otros programas fueron los de salud bucodental infantil, EPOC, accidente cerebro vascular y salud mental.

2.2 Planes de gestión en el Sistema Nacional de Salud

Como ya se ha indicado, el patrón común de funcionamiento en los servicios de salud es el de un plan de salud plurianual que propone los grandes objetivos. Los servicios de salud fijan su estrategia, que persigue el cumplimiento de los objetivos del plan de salud, a través de documentos como son los planes estratégicos, líneas estratégicas o planes directores. Con carácter anual o plurianual todos estos planes se llevan a la práctica a través de los planes de gestión, contratos programa, contratos de gestión o acuerdos de gestión. Todas estas denominaciones se refieren al sistema que emplean las comunidades autónomas para concretar los objetivos del año, el presupuesto, las prioridades, el mecanismo de evaluación de su cumplimiento y los incentivos en su caso. Con carácter general puede afirmarse que los contratos de gestión están extendidos de forma universal en atención primaria y también puede afirmarse que su implantación en atención especializada es más desigual.

Aunque todas las comunidades tienen peculiaridades en sus contratos o planes de gestión, pueden identificarse algunos elementos comunes que permiten conocer mejor cómo se concreta la estrategia en la gestión anual de los centros de atención primaria y de atención especializada en el Sistema Nacional de Salud. Para hacer esta revisión se han identificado los siguientes elementos que pueden definir los planes de gestión: cómo se adquieren los compromisos, es decir qué entidades se involucran en el plan anual de gestión; cuáles son las áreas y líneas clave; cómo se asigna el presupuesto; cómo es la evaluación y los incentivos; si existen objetivos clave para percibir incentivos; y si existe vinculación entre el resultado de la evaluación y la carrera profesional.

Los compromisos se adquieren casi siempre entre las consejerías y las gerencias de los servicios de salud. Los servicios de salud a su vez formalizan los contratos con las gerencias de área, de atención primaria y atención especializada según las comunidades. También se formalizan estos contratos con las fundaciones y empresas públicas en el caso de que existan. Sin embargo existe alguna variante que reviste especial interés, como el de la comunidad de Aragón, donde el contrato se formaliza entre la dirección corporativa, que está compuesta por todas las direcciones o unidades que conforman el departamento y en la que se incluye a la gerencia del servicio de salud, y las gerencias de los sectores de salud. En Cataluña, en resumen, el Servei Català de la Salut define el modo en que se prestan los servicios y se llevan a la práctica los objetivos del Plan de Salut, y es el Cat Salut es el que establece los contratos con cláusulas individuales para cada uno de los proveedores. En esta comunidad el modelo asistencial se basa en la creación de redes asistenciales de proveedores donde la titularidad de los centros no es exclusiva de la administración. Varias comunidades (Cantabria, Madrid y Murcia, entre otras) conceden gran importancia al modelo EFQM para alinear los objetivos de los centros con los de la organización.

Cuando se identifican las áreas y líneas clave en los contratos de gestión, se comprueba como aparecen repetidas en casi todas las comunidades autónomas el área económica, la de gestión clínica, la de accesibilidad, la continuidad de la asistencia, la coordinación, cooperación e integración entre niveles asistenciales, la calidad percibida y orientación al cliente, y la implantación de sistemas de información.

- En el área económica se puede incluir varios aspectos de gestión económica, como son el cumplimiento del presupuesto asignado, los objetivos de eficiencia y los de sostenibilidad. Con carácter general, los objetivos de esta área se refieren a la eficiencia en la prestación de los servicios y al cumplimiento del presupuesto. La presencia de este tipo de objetivos es universal, aunque la denominación y definición de los mismos varíe según las diferentes comunidades.
- Son mayoría las comunidades que citan de forma expresa objetivos que pueden agruparse bajo la denominación de gestión clínica. Además de objetivos que aparecen expresamente con esta denominación, se pueden incluir también en este apartado aquellos que se refieren al desarrollo y ampliación de la cartera de servicios, y a la capacidad de resolución de los distintos niveles asistenciales. El uso racional del medicamento es una línea estratégica que aparece en casi todos los contratos de gestión. El Programa especial de calidad de la práctica clínica y prestación farmacéutica de Castilla y León, desarrollado desde 2006 en el ámbito de atención primaria, se enfoca en dos aspectos fundamentales: la mejora de la calidad que recibe el paciente, centrada en la calidad de la historia clínica, y la utilización adecuada y racional de los medicamentos. Por otra parte, la continuidad de la atención, cooperación, integración o coordinación entre niveles asistenciales es una prioridad para algunas comunidades que la mencionan de manera expresa, como las de Canarias, La Rioja, Galicia y Navarra. También son generales los objetivos de mejora de la calidad y la acreditación.
- La orientación a los pacientes, o a la ciudadanía, a satisfacer sus necesidades y conseguir su satisfacción, son también objetivos generales de los contratos de gestión. El control de los tiempos de demora en la atención aparece en ambos niveles asistenciales, pero como es lógico de manera más explícita en aquellos contratos que se refieren a la atención especializada.

Una vez definidos los objetivos y las prioridades, un aspecto clave en los contratos de gestión es la asignación de recursos para cumplirlos. Se ha discutido mucho cómo debe hacerse la asignación del presupuesto tanto en atención primaria como en especializada. Si debe hacerse con criterios distintos del gasto consolidado o histórico; qué criterios deben emplearse en el caso de pretender corregir el gasto histórico y como hacer una asignación de recursos equitativa.

Tabla 2.2 Asignación de presupuesto en las comunidades autónomas.

	Atención primaria	Atención especializada	Gerencia de área de salud
Andalucía	Mixto. Histórico ajustado según cumplimiento del año anterior, gasto per cápita ajustado por estructura demográfica y dispersión	Mixto. Histórico ajustado según cumplimiento año anterior, gasto per cápita ajustado por complejidad	
Aragón			Para mantenimiento de estructura, según tarifa para procesos: GDRS, ACGS, complejidad paciente en salud mental y enfermos crónicos. También según gasto histórico y porcentaje de subvención a la explotación
Asturias	Presupuesto histórico	Presupuesto histórico	Presupuesto histórico
Baleares	Presupuesto histórico corregido	Contrato por servicio (balance económico - asistencial)	Contrato por servicio (balance económico - asistencial) + presupuesto histórico corregido
Canarias			Gasto consolidado más previsto para nuevas acciones
Cantabria	Asignación presupuestaria por capítulos	Asignación presupuestaria por capítulos	
Castilla y León			Per cápita según Orden San 2395/2009 de 28/diciembre, tras negociación sindical (productividad variable y fija). Incentivos por participación en Programas Especiales de la Gerencia Regional de Salud.(Orden San/2394/2009 de 28 de diciembre)
Castilla-La Mancha	Presupuesto histórico corregido y ajustado	Presupuesto histórico corregido y ajustado	Presupuesto histórico corregido y ajustado
Cataluña			Se asigna de forma individual a cada uno de los proveedores. Tiene una parte variable vinculado a objetivos comunes a todos los proveedores (el 50% del variable) y otra vinculada a objetivos específicos de las regiones sanitarias.
Comunidad Valenciana			Financiación capitativa
Extremadura			Presupuesto histórico ajustado por población y objetivos
Galicia	Presupuesto histórico según planificación anual	Presupuesto histórico según planificación anual	Presupuesto histórico según planificación anual
Madrid	Ausencias previsibles y número de profesionales por categorías. Farmacia: capitativa (20% del presupuesto) + histórico (80%) ajustado por ahorro esperado según objetivos	Presupuesto por actividad ajustado según histórico	
Murcia			Per cápita corregido
Navarra	Per cápita corregido	Presupuesto histórico	
País Vasco	Per cápita corregido. Algunos servicios (docencia, atención al cliente) según costes	Según los pesos de los GDR atendidos. Según precios en algunas unidades (diálisis, rehabilitación)	
La Rioja	Histórico	Histórico	
INGESA (Ceuta y Melilla)			Histórico modificado tras la evaluación de resultados de los objetivos de actividad, calidad y presupuestarios
Fuente	Información facilitada por las comunidades autónomas para este informe.		

La [Tabla 2.2](#) sintetiza cómo es la asignación del presupuesto en las distintas comunidades. En la mayoría de ellas el componente histórico tiene una importancia indiscutible, aunque se observa una tendencia a introducir otros factores en la asignación económica. Así en Andalucía el gasto histórico se ve matizado por el componente poblacional en el caso de atención primaria y por la complejidad en atención especializada. Este es el caso de otras comunidades como la de Aragón. El INGESA tiene en cuenta los resultados de actividad, calidad y presupuestarios. La Comunidad Valenciana asigna sus recursos según la población (financiación capitativa).

Establecer unos indicadores u otros en un contrato de gestión no es una decisión neutra. Con independencia de las declaraciones sobre cuáles son las áreas clave o prioritarias, las verdaderas prioridades se marcan al fijar los indicadores y su mecanismo de evaluación.

Como es lógico los contratos programa miden la actividad y el gasto además del cumplimiento de los objetivos fijados. Un refinamiento mayor supone medir el impacto de los resultados de gestión en el cumplimiento de los objetivos fijados en los planes de salud. Los indicadores de cumplimiento presupuestario e indicadores de gasto se presentan en todos los contratos. La cobertura alcanzada en los distintos programas o planes específicos de determinadas patologías así como la implantación y cobertura de la cartera de servicios, también se miden en todos los planes de gestión. Otros indicadores que se utilizan son los relativos a la derivación de pacientes desde atención primaria a atención especializada y alguna comunidad incluye también indicadores relacionados con el control de la incapacidad temporal. Los indicadores de calidad percibida (por ejemplo el número de reclamaciones presentadas), de producción científica y de seguridad de pacientes también están presentes en algunos contratos de gestión.

Existe casi unanimidad en disponer de baterías de indicadores relacionados con el uso racional del medicamento (prescripción por principio activo, indicadores de gasto, perfiles de prescripción de medicamentos entre otros) y con la demora en atención primaria y especializada. El control de la lista de espera quirúrgica, de exploraciones especiales y de consulta externa está presente en todos los servicios de salud, en algunos estos controles están muy enfocados al cumplimiento de normativa de tiempos máximos de demora.

La [Tabla 2.3](#) muestra una síntesis de cómo se lleva a cabo la evaluación del cumplimiento de los objetivos en los distintos servicios de salud, y de la presencia o no de incentivos por su cumplimiento.

Excepto en el caso de algunas comunidades, como la Región de Murcia, la productividad variable es una constante en atención primaria, aunque su presencia es más desigual en el medio hospitalario. En el País Vasco no se incentiva de forma individual sino a través del equipo, mediante programas de formación, dotación de recursos y organización flexible del trabajo.

Resulta de interés comprobar si existen objetivos cuyo incumplimiento impide o dificulta la percepción de incentivos aunque la evaluación global sea positiva. Esta circunstancia se presenta en las comunidades de Baleares, Castilla-La Mancha y en atención primaria en Navarra. En cinco de los 18 servicios de salud el cumplimiento o no del contrato programa no tiene impacto en la carrera profesional, aunque en uno de ellos (Castilla y León) algunos indicadores son compartidos.

Tabla 2.3 Evaluación e incentivos de los planes de gestión (contratos programa o de gestión, y pactos por objetivos).

	Evaluación	Incentivos
Andalucía	Se evalúa, el profesional, equipo y centro	Productividad variable, complemento al rendimiento profesional. Productividad se asigna al centro, servicio y profesional
Aragón	Evaluación por sector y centro. Cada gerente evalúa sus unidades	Productividad variable asignada de forma mixta (individual y por equipos)
Asturias	Comisión de seguimiento. Se evalúa la gerencia	Sólo existen incentivos para las UGC y EAP. En UGC individual, pero por cumplimiento de todo el EAP
Baleares	Evaluación individualizada y por equipo en AP. En AE se individualiza en algunos servicios	Productividad variable, individual y colectiva
Canarias	Se evalúa por registros centralizados y encuestas de satisfacción, por servicios y unidades, y por gerencias.	Productividad variable. En AE por servicio o unidad. En AP es individual.
Cantabria	Autoevaluación, evaluación externa, registros centralizados, revisión cruzada, por equipos de AP, individualizada en farmacia (AP) y por servicios en AE	Productividad variable, por servicio o equipo e individual
Castilla y León	Evaluación externa desde los servicios centrales. Por equipo o servicio, individualizada en los casos en que los indicadores lo permiten	Incentivos asignados individualmente
Castilla-La Mancha	Autoevaluación, evaluación externa y registros centralizados. En atención primaria, individualizada. En atención especializada por servicio.	Productividad variable asignada de forma individual
Cataluña	Se evalúan los objetivos contractuales desde el punto de vista del proceso de compra de servicios.	Los contratos establecen pago variable ligado a objetivos específicos y evolución de los últimos años
Comunidad Valenciana	Sistemas de información y comités de expertos. Evaluación escalonada desde el nivel individual al directivo.	Productividad variable. Asignada de forma individual, modulada con resultados del equipo de trabajo y centro
Extremadura	Registros centralizados y revisión cruzada. Individualizada y por equipo	Productividad variable asignada por equipos. En algún caso individual
Galicia	Autoevaluación y registros centralizados. Individual, equipos y centros	Complemento de productividad variable. Individual, equipos y centros.
Madrid	En AP registros centrales e información aportada por gerencia y centros. En AP registros centrales y reuniones de seguimiento. Evaluación por centro de salud, servicios y hospitales	Productividad variable asignada por EAP y profesional. En el caso de los hospitales la asignación por servicios o individual es a criterio de cada hospital
Murcia	Autoevaluación, registros centralizados y evaluación externa. Por área de salud llegando a unidades clínicas	Productividad variable para directivos. No existe productividad variable para el resto.
Navarra	En atención primaria por registro centralizado. Evaluación por EAP. En atención especializada se evalúa por servicio	Productividad variable asignada por equipo de atención primaria. No existe productividad variable en atención especializada
País Vasco	La evaluación la hacen técnicos de las direcciones territoriales. Los criterios generales los fijan las comisiones mixtas de evaluación. La evaluación es mixta, centralizada y autoevaluación	Existen incentivos pero no asignados de forma individual sino al equipo. Se concretan en programas de formación, dotación de recursos y organización flexible del trabajo
La Rioja	La evaluación se hace mediante registros centralizados	Existe la productividad variable en atención primaria y especializada
INGESA (Ceuta y Melilla)	Registros mensuales desde las áreas, cuadro de mando centralizado, evaluación anual por servicios centrales de INGESA. Evaluación de cada área y por servicios	Evaluación y asignación de productividad por equipos, excepto en el caso de uso racional del medicamento que es individual
Observaciones	AP: atención primaria. AE: atención especializada. UGC: unidades de gestión clínica. EAP: equipos de atención primaria	
Fuente	Información facilitada por las comunidades autónomas para este informe.	

Tabla 2.4 Objetivos clave para la productividad e impacto de la evaluación en la carrera profesional.

	OBJETIVOS CLAVE (INCUMPLIMIENTO IMPIDE PRODUCTIVIDAD)	IMPACTO DE LA EVALUACIÓN EN LA CARRERA PROFESIONAL
Andalucía	NO	SI
Aragón	NO	SI
Asturias	NO	SI
Baleares	SI	NO
Canarias	NO	SI
Cantabria	NO	SI
Castilla y León	NO	NO aunque el plan comparte indicadores de formación con la carrera profesional
Castilla-La Mancha	SI	SI
Cataluña		
Comunidad Valenciana	NO	SI
Extremadura	NO	NO
Galicia	NO	SI
Madrid	NO	NO
Murcia	NO	NO
Navarra	SI en AP	SI
País Vasco	NO	NO
La Rioja	NO	SI
INGESA (Ceuta y Melilla)	NO	SI
Fuente	Información facilitada por las comunidades autónomas para la elaboración de este informe.	

Otras formas de gestión

La provisión de servicios de salud por entidades como fundaciones, concesiones y empresas públicas entre otras, es relativamente frecuente en el Sistema Nacional de Salud. También son frecuentes los contratos o conciertos con entidades privadas, aunque interesa conocer las principales características de los convenios o contratos con las entidades públicas.

Según la información facilitada por las comunidades autónomas para la redacción de este informe, en el caso de empresas públicas, consorcios y fundaciones, la asignación de presupuesto también tiene un componente histórico, aunque en este caso están más extendidos otros métodos, como la capitación y contratación de servicios o el presupuesto por actividad. En el caso de las concesiones administrativas al presupuesto per cápita se suelen añadir los cánones por construcción y explotación del hospital.

Es bastante infrecuente la transferencia real de riesgos, es decir la asunción de las pérdidas en el caso de entidades públicas. En la mayoría de los casos se prevén fórmulas de compensación. En el caso de las concesiones administrativas sí se produce esa transferencia de riesgo, aunque con excepciones, como el caso de gastos extraordinarios como los ocasionados por la gripe A. En todos los casos existen fórmulas de revisión de precios y presupuestos como resultado de la evaluación que todos los contratos tienen prevista.

El resto de características de los contratos programa o convenios con estas entidades (objetivos, indicadores, evaluación etc.) no difiere en su conjunto con los que se llevan a cabo con los centros de gestión directa.

2.3 Gasto sanitario

El gasto como medida de los recursos aplicados al sistema sanitario, se viene utilizando 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.

Como se muestra en la [Tabla 2.5](#), el gasto total del sistema sanitario español, entendiendo éste como suma de los recursos asistenciales públicos y privados, ascendió en el año 2008 a 97.614 millones de euros³. Esto representa un 9,0 % del producto interior bruto (PIB), del cual un 6,5 % fue financiado con recursos públicos y un 2,5 % con recursos privados.

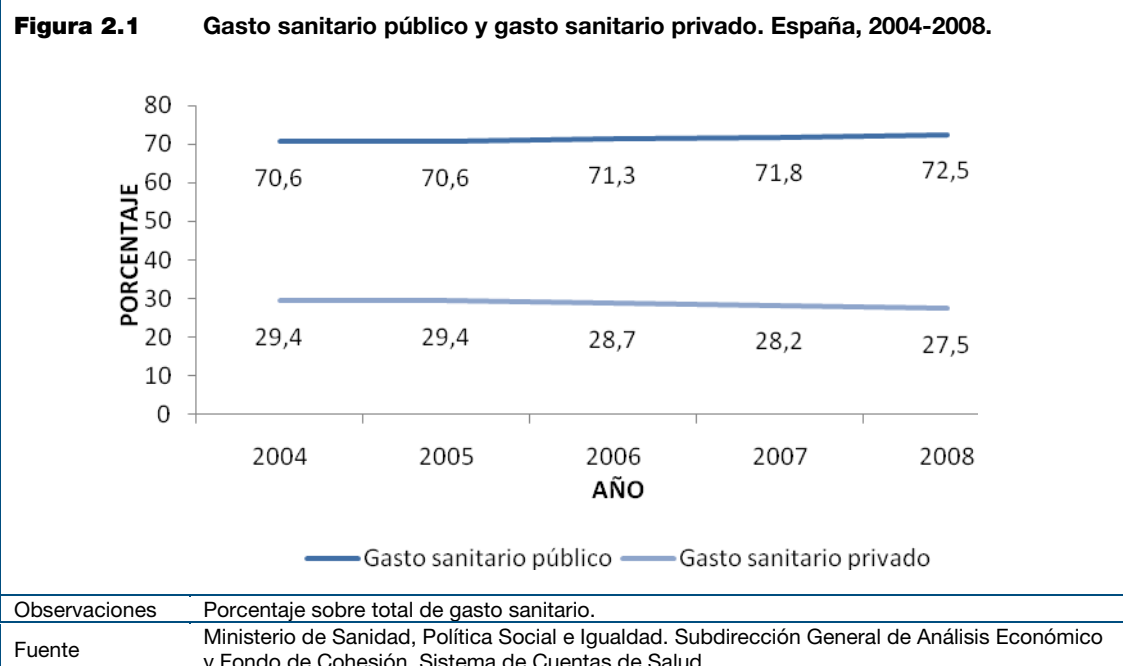
	2004	2005	2006	2007	2008
Gasto sanitario total	68.890	75.289	82.250	88.914	97.614
Gasto sanitario público	48.603	53.145	58.652	63.854	70.799
Gasto sanitario privado	20.287	22.144	23.598	25.060	26.815
PIB	841.042	908.792	984.284	1.052.730	1.088.502
Observaciones	Cifras en millones de euros.				
Fuente	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Sistema de Cuentas de Salud. Instituto Nacional de Estadística. Contabilidad Nacional de España.				

La media anual de crecimiento del gasto sanitario en el periodo 2004-2008 ha sido de un 9,1 %. El gasto sanitario público presentó una tasa del 9,9 %, mientras que el gasto privado crecía de forma más suave, con una media de un 7,2 % anual. En este mismo periodo, el crecimiento del PIB ha sido, en términos medios anuales, de un 6,7 %, 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 0,8 y 0,7 puntos porcentuales, respectivamente.

En el quinquenio analizado, la participación del gasto sanitario público sobre el total del gasto sanitario ha aumentado, pasando de un 70,6 % en 2004 a un 72,5 % en 2008, tal como se observa en la [Figura 2.1](#).

³ 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 de 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.



La [Tabla 2.6](#) 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 91,0 % 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 2004-2008 ha sido del 9,8 %. El conjunto de agentes no regionalizados (Administración Central, Seguridad Social y Mutualidades de funcionarios) representa el 7,2 % del gasto, si bien el comportamiento de este sector presenta en el referido quinquenio 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 75,5 %, si bien en el periodo analizado, el sector más dinámico ha sido el de los seguros privados, que ha pasado de financiar un 19,3 % del total del gasto privado en el año 2004 a un 20,3 % en el año 2008, crecimiento apoyado en gran medida en el incremento de los seguros colectivos de empresas.

La [Tabla 2.7](#) 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, con base en las estimaciones de gasto enmarcadas en las clasificaciones y fronteras del Sistema de Cuentas de Salud⁴.

⁴ Vid nota 1.

Tabla 2.6 Gasto sanitario. Distribución según agente de financiación. España, 2008.

GASTO SANITARIO PÚBLICO	72,5%
ADMINISTRACIÓN CENTRAL	1,40%
Ministerio de Sanidad y Política Social	0,33%
Ministerio de Ciencia e Innovación	0,56%
Ministerio de Defensa	0,28%
Ministerio de Interior	0,18%
Otros ministerios	0,05%
SEGURIDAD SOCIAL	2,88%
Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)	0,39%
Instituto Social de la Marina (ISM)	0,04%
Mutuas de Accidentes de Trabajo	2,45%
MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS	2,96%
Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS)	0,91%
Mutualidad General de Funcionarios Civiles (MUFACE)	1,93%
Mutualidad General Judicial (MUGEJU)	0,11%
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	90,96%
CIUDADES CON ESTATUTO DE AUTONOMÍA	0,02%
CORPORACIONES LOCALES	1,79%
GASTO SANITARIO PRIVADO	27,5%
Pagos directos de los hogares	75,51%
Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares	2,51%
Seguros privados	20,33%
Sociedades (excepto seguros médicos)	1,65%
Fuente	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Estadística de Gasto Sanitario Público. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Sistema de Cuentas de Salud.

Tabla 2.7 Gasto sanitario corriente. Distribución según proveedores y financiadores. España, 2008.

	HF.1 Administraciones públicas	HF.2 Sector privado	Total gasto corriente
HP.1 Hospitales	51,9	8,6	39,8
HP.2 Establecimientos de atención medicalizada y residencial	4,9	6,5	5,3
HP.3 Proveedores de atención ambulatoria	20,5	50,1	28,8
HP.4 Proveedores de productos médicos	19,0	28,0	21,5
HP.5 Suministro y administración de programas de salud pública	1,2	0,4	1,0
HP.6 Administración general de salud y seguros médicos	2,1	6,4	3,3
HP.7 Otras industrias	0,4	0,0	0,3
HP.9 Resto del mundo	0,0	0,0	0,0
Gasto total	100,0	100,0	100,0
Observaciones	Porcentaje de cada proveedor sobre el total de gasto de los financiadores. La Clasificación Internacional para las Cuentas de Salud (<i>International Classification for Health Accounts, ICHA</i>) contempla tres dimensiones: ICHA-HC, Funciones de los servicios sanitarios. ICHA-HP, Proveedores de servicios sanitarios. ICHA-HF, Financiadores de los servicios Sanitarios		
Fuente	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Sistema de Cuentas de Salud.		

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 66,8 % de los servicios sanitarios que proveen los hospitales privados están siendo financiados por el sector público a través de conciertos.

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 Sistema Nacional de Salud, en el sector privado son las consultas de dentistas y de medicina especializada las que generan un 78,6 % 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, se ha considerado más adecuado basarse en los datos de la Estadística de Gasto Sanitario Público⁵. Por tanto, y tal como se ha señalado⁶, 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 comunidades autónomas.

En la [Tabla 2.8](#) se presenta el gasto sanitario público según la clasificación funcional.

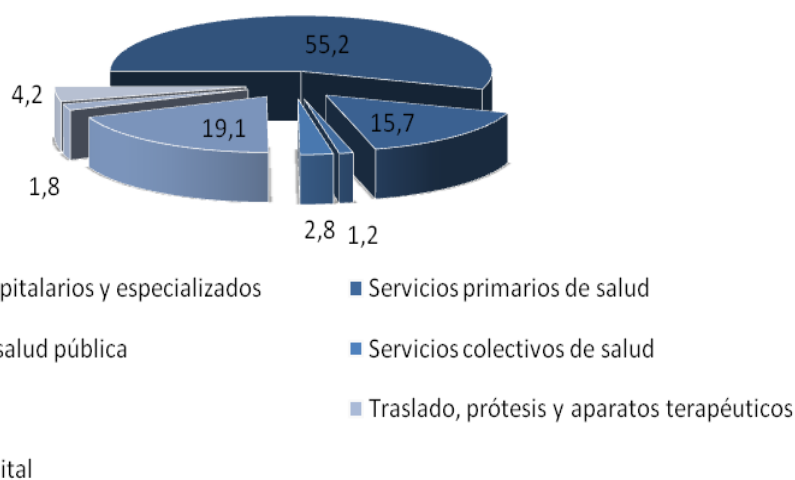
Tabla 2.8 Gasto sanitario público. Clasificación funcional. España, 2004-2008.					
	2004	2005	2006	2007 (*)	2008 (*)
Servicios hospitalarios y especializados	24.577	27.004	30.034	32.497	36.778
Servicios primarios de salud	7.149	7.824	8.442	9.453	10.450
Servicios de salud pública	572	631	752	835	794
Servicios colectivos de salud	1.320	1.487	1.644	1.839	1.872
Farmacia	10.153	10.758	11.301	11.902	12.721
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	768	799	971	1.075	1.221
Gasto de capital	1.810	2.084	2.539	2.621	2.823
TOTAL CONSOLIDADO	46.349	50.587	55.683	60.222	66.658
Observaciones	Cifras en millones de euros. (*) Cifras provisionales.				
Fuente	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Estadística de Gasto Sanitario Público.				

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 2008 un 55,2 % del gasto total consolidado. Le siguen en importancia el gasto en farmacia, con un 19,1 %, y en atención primaria, con un 15,7, tal como se muestra en la [Figura 2.2](#).

⁵ Ministerio de Sanidad y Política Social. Estadística Gasto Sanitario Público (EGSP).

⁶ Vid nota 1.

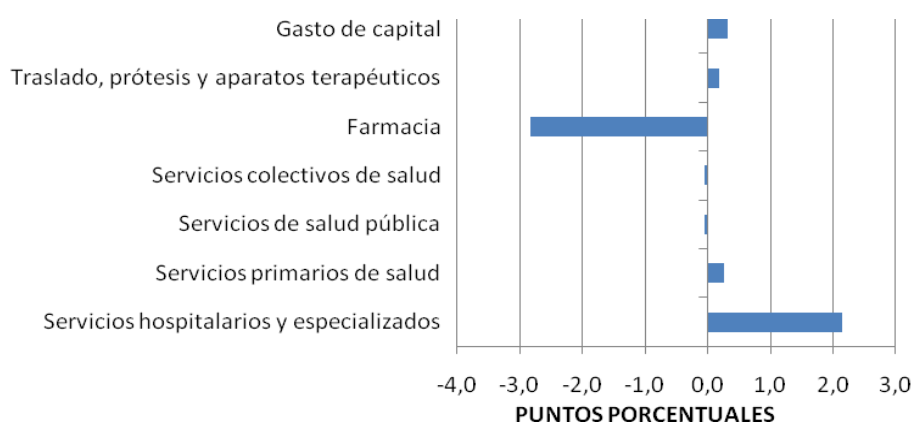
Figura 2.2 Gasto sanitario público. Clasificación funcional. España, 2008.



Observaciones	Distribución porcentual.
Fuente	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Estadística de Gasto Sanitario Público.

Como se observa en la [Figura 2.3](#), el comportamiento en el periodo 2004-2008 de las citadas funciones asistenciales (que representan el 89,9 % del gasto total) ha sido dispar. Los servicios hospitalarios y especializados se muestran como los más dinámicos experimentando un incremento de 2 puntos porcentuales, pasando de un 53,0 a un 55,2 % del total del gasto. La farmacia, con un comportamiento opuesto, ha cedido 2,8 puntos, lo que sitúa su gasto en un 19,1 % del gasto total. Los servicios primarios de salud representan en 2008 un 15,7 % del gasto, habiendo incrementado ligeramente su participación en el total.

Figura 2.3 Gasto sanitario público. Clasificación funcional. Variación desde 2004 a 2008.

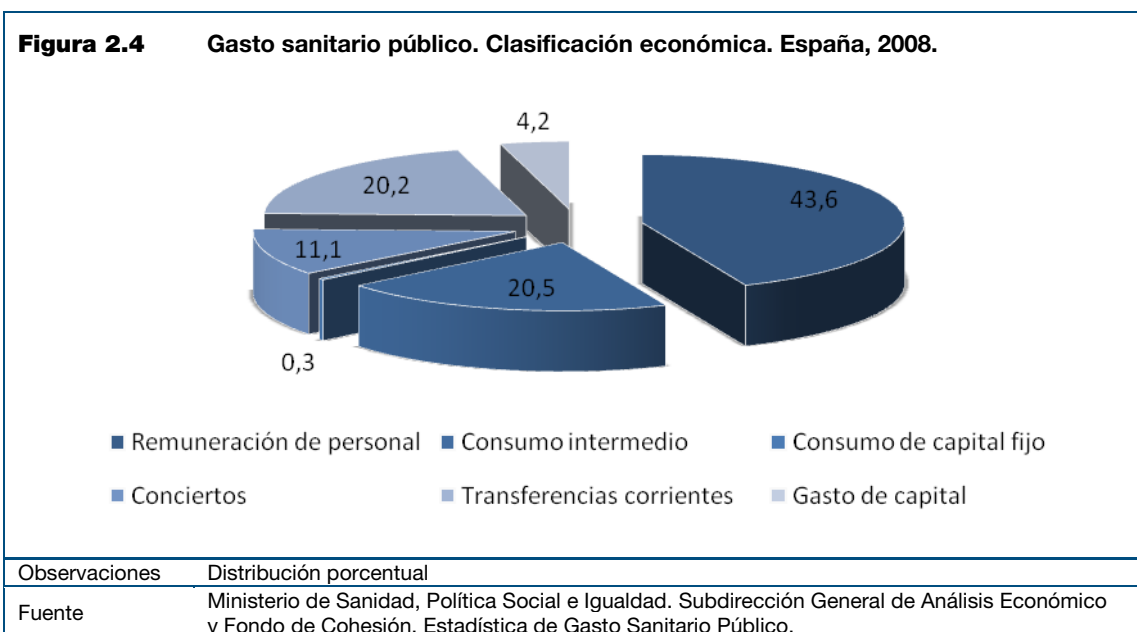


Observaciones	Diferencias en puntos porcentuales.
Fuente	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Estadística de Gasto Sanitario Público.

En la [Tabla 2.9](#) se presenta el análisis del gasto sanitario desde la óptica de la clasificación económica. Así, se observa que son los gastos en retribuciones de personal, que supusieron en el año 2008 un total de 29.038 millones de euros, los que absorben un mayor porcentaje del total del gasto.

Tabla 2.9 Gasto sanitario público. Clasificación económica. España, 2004-2008.					
	2004	2005	2006	2007 (*)	2008 (*)
Remuneración de personal	19.369	20.832	23.189	26.136	29.038
Consumo intermedio	8.697	9.791	11.385	11.807	13.693
Consumo de capital fijo	118	373	174	197	224
Conciertos	5.643	6.068	6.389	6.799	7.383
Transferencias corrientes	10.711	11.439	12.008	12.663	13.497
Gasto de capital	1.810	2.084	2.539	2.621	2.823
TOTAL CONSOLIDADO	46.349	50.587	55.683	60.222	66.658
Observaciones	Cifras en millones de euros. (*) Cifras provisionales.				
Fuente	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Estadística de Gasto Sanitario Público.				

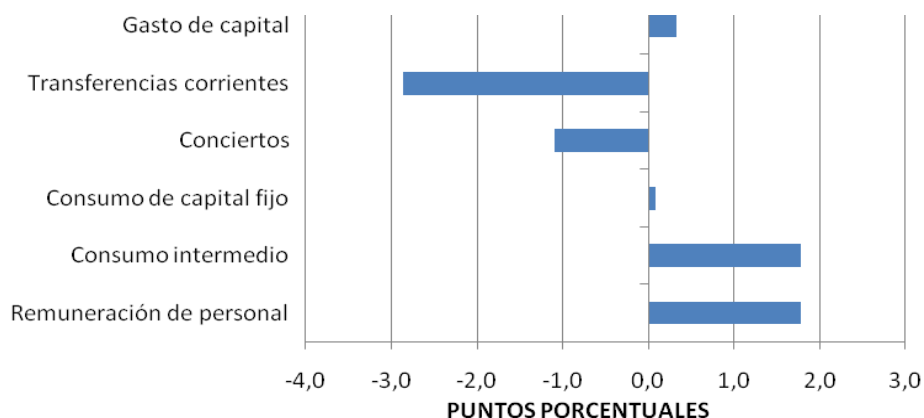
En 2008, un 43,6 % del gasto sanitario público se destinó a cubrir las remuneraciones de los trabajadores del sector; en importancia le siguen los gastos en consumos intermedios, con un 20,5 %, los gastos en transferencias corrientes, que suponen un 20,2 %, y los gastos en compras al sector privado a través de conciertos, que representan un 11,1 % del gasto sanitario público, tal como se muestra en la [Figura 2.4](#).



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 2004-2008 muestra que los gastos en consumos intermedios han sido los que a lo largo del citado quinquenio han experimentado la mayor tasa media de crecimiento, cifrada en un 12,0 %, seguido por los gastos en remuneraciones de los

asalariados, con un 10,7 %, y los conciertos, con un 6,9. Debido a estos distintos ritmos de crecimiento, tanto los gastos de consumo intermedio como los de remuneración de personal han incrementado en 1,8 puntos porcentuales su peso en el gasto total, fundamentalmente a costa de la disminución de las transferencias corrientes, que han perdido 2,9 puntos porcentuales, y de los conciertos, que dejan 1,1 puntos, como se observa en la [Figura 2.5](#).

Figura 2.5 Gasto sanitario público. Clasificación económica. Variación desde 2004 a 2008.



Observaciones Diferencias en puntos porcentuales.

Fuente Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad . Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Estadística de Gasto Sanitario Público.

La [Tabla 2.10](#) presenta el gasto sanitario público consolidado de las comunidades autónomas en el periodo 2004-2008, así como las tasas medias de crecimiento del quinquenio, según la Estadística del Gasto Sanitario Público.

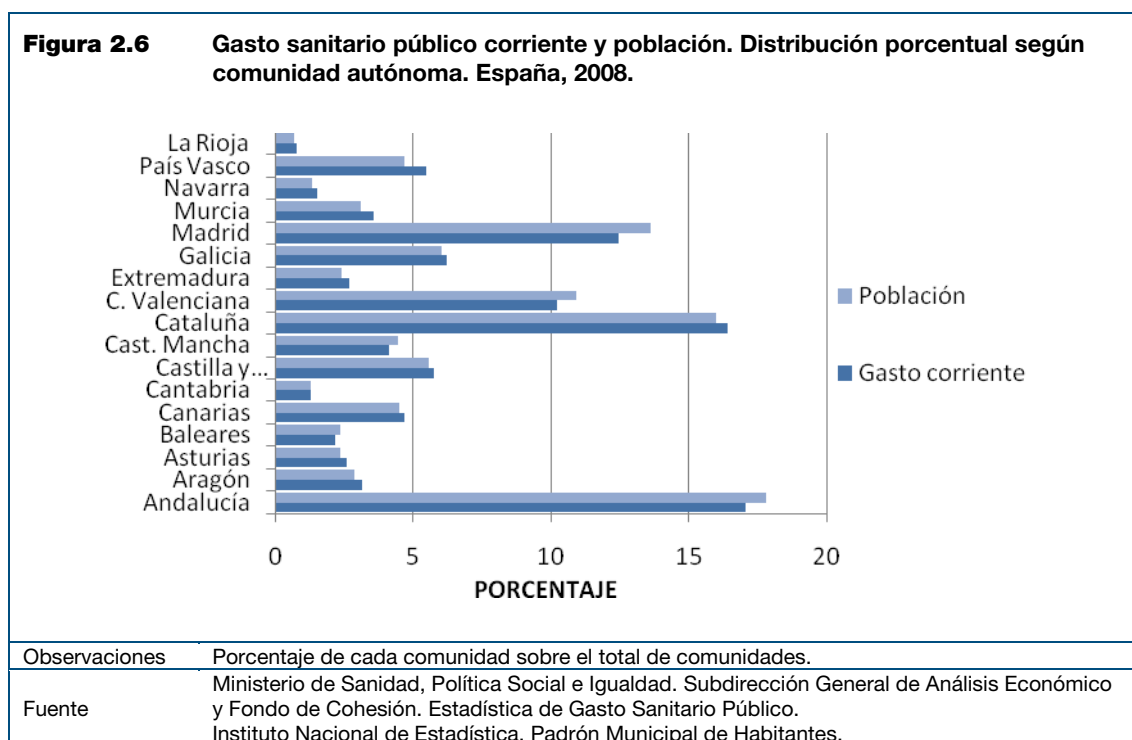
Tabla 2.10 Gasto sanitario público consolidado según comunidad autónoma. España, 2004-2008.

	2004	2005	2006	2007	2008	TAM
Andalucía	7.026	7.539	8.339	8.868	10.307	10,1
Aragón	1.368	1.441	1.589	1.739	1.898	8,5
Asturias	1.179	1.254	1.339	1.423	1.550	7,1
Baleares	874	1.064	1.078	1.210	1.312	10,7
Canarias	1.897	2.148	2.318	2.509	2.854	10,8
Cantabria	661	718	766	825	773	4,0
Castilla y León	2.533	2.753	3.164	3.073	3.621	9,3
Castilla-La Mancha	1.614	2.073	2.355	2.426	2.541	12,0
Cataluña	6.556	7.140	8.071	8.967	9.872	10,8
Comunidad Valenciana	4.242	4.718	5.120	5.590	6.137	9,7
Extremadura	1.134	1.223	1.349	1.526	1.659	10,0
Galicia	2.827	2.931	3.231	3.453	3.805	7,7
Madrid	5.266	5.687	6.140	6.778	7.444	9,0
Murcia	1.284	1.426	1.567	1.756	2.132	13,5
Navarra	662	694	753	827	916	8,5
País Vasco	2.309	2.530	2.703	3.018	3.337	9,6
La Rioja	311	354	456	556	470	10,9
Observaciones	Cifras en millones de euros, excepto la tasa anual media de crecimiento (TAM), que se expresa en porcentaje.					
Fuente	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Estadística de Gasto Sanitario Público.					

En términos de gasto total, que incluye los gastos de capital, Murcia, Castilla-La Mancha y La Rioja se sitúan entre las regiones más dinámicas, siendo Cantabria, Asturias y Galicia las que han presentado una tasa media de crecimiento menor.

De acuerdo con los datos del año 2008, un 45,6 % del gasto sanitario público ha sido originado por tres comunidades autónomas: Andalucía, Cataluña y Madrid, con 10.307, 9.872 y 7.444 millones de euros, respectivamente. Estas comunidades suponen el 47,5 % de la población española. La Rioja, Cantabria y Navarra son las comunidades con el gasto más pequeño, en valores absolutos.

La Figura 2.6 muestra 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 comunidades 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.



Así, Madrid, con un 13,6 % de la población, alcanza un 12,5 % del gasto. Asimismo, Baleares, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Andalucía y Cantabria presentan una ratio de población por encima de la ratio de gasto. Para el resto de las comunidades la situación es la contraria, siendo el País Vasco, Murcia y Extremadura 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 en el nivel

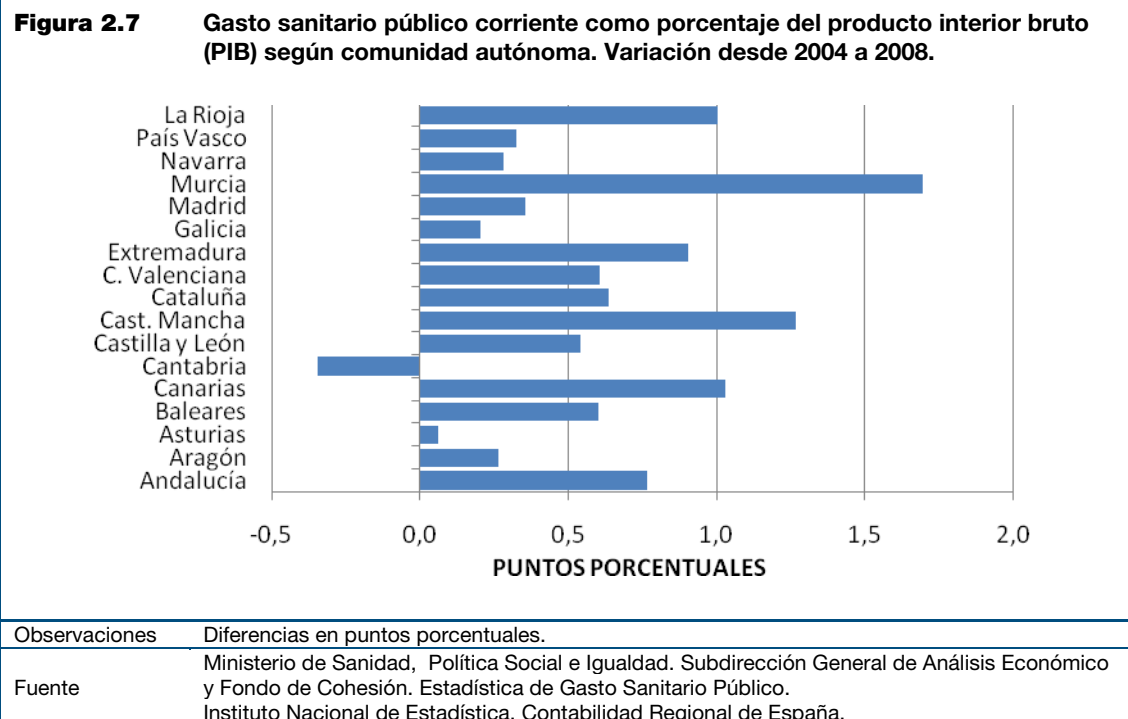
regional. Tal como señala el informe elaborado por el Grupo de Trabajo de la Conferencia de Presidentes para el Análisis del Gasto Sanitario presidido por la IGAE⁷, los datos de gasto sanitario como porcentaje del PIB que se obtienen en el nivel de comunidad autónoma no reflejan la relación con el nivel de renta porque 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 comunidades autónomas contempla mecanismos de nivelación que tratan de garantizar la equidad del sistema.

Como se observa en la [Tabla 2.11](#), Extremadura –con un 9,2 %–, Murcia –con un 7,6 %– y Castilla-La Mancha– con un 7,0 %– son las comunidades que presentan en el año 2008 un porcentaje del gasto sanitario sobre el PIB más elevado. Madrid –con un 3,8 %– y Baleares –con un 4,8 %– se sitúan en el extremo opuesto.

Tabla 2.11 Gasto sanitario público consolidado como porcentaje del producto interior bruto (PIB) según comunidad autónoma. España, 2004 y 2008.						
		% Gasto / PIB		% Gasto / PIB		
		2004	2008	2004	2008	
Andalucía		6,1	6,9	Comunidad Valenciana	5,2	5,8
Aragón		5,3	5,6	Extremadura	8,1	9,2
Asturias		6,5	6,5	Galicia	6,6	6,8
Baleares		4,2	4,8	Madrid	3,5	3,8
Canarias		5,6	6,6	Murcia	6,1	7,6
Cantabria		6,3	5,5	Navarra	4,6	4,9
Castilla y León		5,6	6,2	País Vasco	4,5	4,9
Castilla-La Mancha		5,7	7,0	La Rioja	5,0	5,9
Cataluña		4,1	4,9	Media comunidades	5,0	5,6
Fuente	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Estadística de Gasto Sanitario Público. Instituto Nacional de Estadística. Contabilidad Regional de España.					

La [Figura 2.7](#) muestra la variación del gasto sanitario corriente como porcentaje del PIB en el periodo 2004-2008.

⁷ Instituto de Estudios Fiscales. Ministerio de Economía y Hacienda. Ministerio de Sanidad y Consumo. Septiembre 2007.



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 a cargo de otro Estado. Se estableció una serie de procesos hospitalarios y ambulatorios que debían financiarse, 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.

Como consecuencia de las novedades introducidas en su día por el vigente Real Decreto con respecto al anterior, 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. 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).

Estos incrementos se plasman en las siguientes [Tabla 2.12](#) y [Figura 2.8](#) de evolución del reparto del Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS).

Tabla 2.12 Distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS). Periodo 2002-2009.								
	Distribución FCS R. D. 1247/2002 de 3 de diciembre				Distribución FCS R.D. 1207/2006 de 20 de octubre			
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Residentes en España	45.193	47.482	43.158	42.203	75.237	72.966	71.975	67.873
Estancia temporal en España	10.375	18.877	12.077	9.472	23.794	28.384	27.069	28.001
Observaciones	Cifras en miles de euros.							
Fuente	Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad							

En el año 2009 se observa una leve disminución de la compensación que encuentra explicación en el esfuerzo asistencial de las comunidades autónomas que ha hecho posible el incremento de recursos propios, lo que conlleva la disminución del número de pacientes que han de derivarse para ser tratados en otras comunidades, restringiendo estas a tratamientos más especializados y complejos.

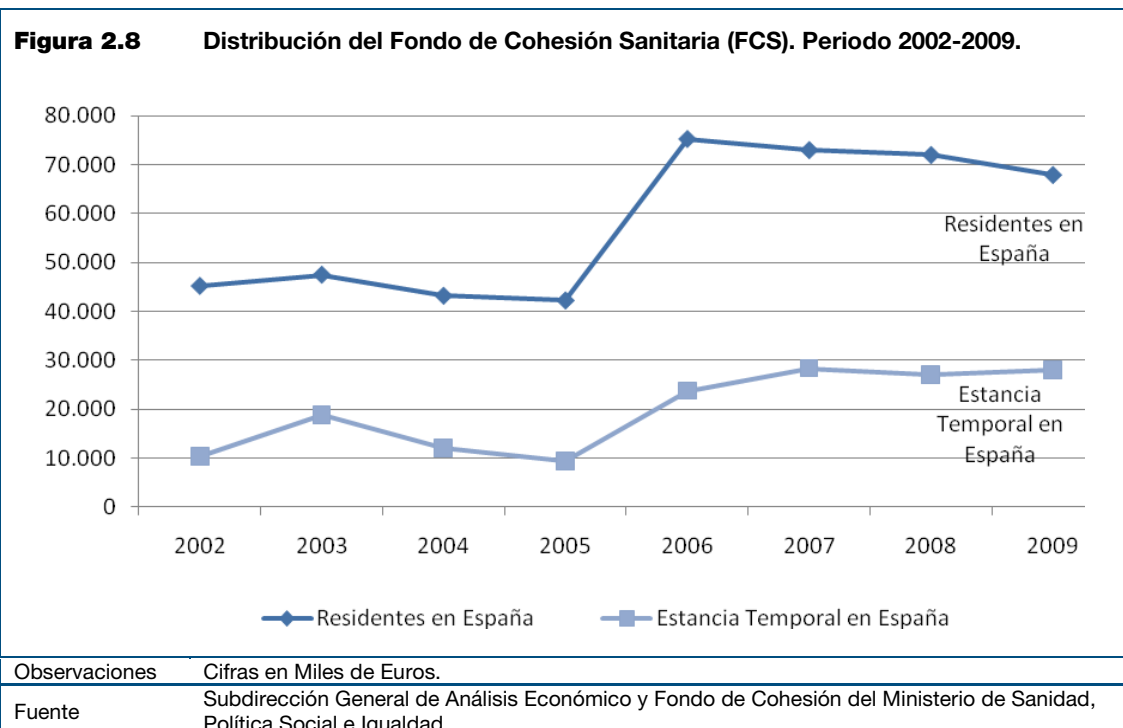


Tabla 2.13 Distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS). Desplazados residentes en España.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	DISTRIBUCIÓN FCS. R. D. 1247/2002 DE 3 DE DICIEMBRE				DISTRIBUCIÓN. FCS. R.D. 1207/2006 DE 20 DE OCTUBRE			
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía			72	12	1.229	2.091		537
Asturias	3	36	-20	20				
Cantabria	3.443	3.671	4.165	4.126	6.425	5.584	8.071	7.017
Castilla –La Mancha			339					
Cataluña	8.381	9.840	7.377	8.905	13.126	14.095	22.111	23.573
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	36.546
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	67.873

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, Política Social e Igualdad

En la [Tabla 2.13](#), 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 2.14](#), se muestra la distribución entre comunidades autónomas 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 2.14 Distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS). Desplazados a España en estancia temporal a cargo de otro estado.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	DISTRIBUCIÓN FCS. R D 1247/2002 DE 3 DE DICIEMBRE			DISTRIBUCIÓN FCS. R D 1207/2006 DE 20 DE OCTUBRE				
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	1.460	1.404	515	379	395	6.358	13.006	6.941
Aragón	260	311	157	82				
Asturias	233	477	218	112	10	199	49	132
Baleares	1.482	1.975	1.653	872	3.103	3.520	2.680	4.665
Canarias	943	3.634	908	1.417	9.221	3.747	2.809	4.173
Cantabria	111	168	399	99	180	142	137	183
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	7.339
Extremadura	173	378	144	76	422	255	677	773
Galicia	1.448	1.891	1.119	662	1.761	2.044	1.873	2.087
Madrid	215	876	198	80				
Murcia	882	506	629	111	1.691	1.959	990	1.672
Navarra	127	187	85	53				
País Vasco	280	696	330	150				
La Rioja	25	12	8	3				17
Ceuta	4	7	7	3			6	15
Melilla	3	29	8	4				4
TOTAL	10.375	18.877	12.077	9.472	23.794	28.384	27.069	28.001
Observaciones	Cifras en miles de euros.							
Fuente	INSS y Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad							

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 comunidades autónomas.

2.5 Fondos para financiar estrategias de salud del Sistema Nacional de Salud en las comunidades autónomas

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud prevé la elaboración conjunta de estrategias de salud por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las comunidades autónomas, en relación con patologías prevalentes, estableciendo criterios sobre la forma de organizar los servicios para atender las patologías de manera integral en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, y determinando estándares mínimos y modelos básicos de atención, especificando

actuaciones de efectividad reconocida, herramientas de evaluación e indicadores de actividad.

El artículo 86 de la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, “*Subvenciones gestionadas*” determina entre otras:

- *Los criterios objetivos que sirvan de base para la distribución territorial de las subvenciones así como su distribución se fijarán por la Conferencia Sectorial correspondiente al comienzo de cada ejercicio económico. Los compromisos financieros para la Administración General del Estado serán formalizados mediante acuerdo del Consejo de Ministros.*

El capítulo X – “*Del Consejo Interterritorial*” de la citada Ley 16/2003, confiere al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud la función de Conferencia Sectorial en relación con la aprobación de las estrategias de salud, al ser el órgano permanente de coordinación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado, con la finalidad de promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud.

Con base en ello, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en sesión plenaria aprueba los criterios objetivos de distribución. El Acuerdo se dirige a financiar actividades que se encuadran entre las Estrategias de Salud definidas en el artículo 64 de la mencionada Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, fomentando estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades prevalentes que se hallan entre las principales causas de morbimortalidad de la población.

Posteriormente se formaliza por Acuerdo de Consejo de Ministros las cuantías que corresponden a cada comunidad autónoma.

Los fondos que se distribuyen se encuentran en el presupuesto de Gastos del Ministerio de Sanidad y Política Social, en la aplicación presupuestaria 26.12.311O.454 – Transferencia Corriente a Comunidades Autónomas, Estrategias de Salud del Sistema Nacional de Salud, de la *Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del S.N.S. y Alta Inspección*; y en la 26.13.311O.752 – Transferencia de Capital a Comunidades Autónomas. Plan de inversiones para el desarrollo de Sistemas de Información Sanitaria, de la Agencia de Calidad.

Desde el año 2004 se han venido aprobando los fondos que se recogen en la tabla siguiente ([Tabla 2.15](#)).

Las cuantías aprobadas en el ejercicio 2009 para cada comunidad autónoma y por línea de financiación se reflejan en la [Tabla 2.16](#).

Tabla 2.15 Fondos aprobados para estrategias del SNS. 2004 - 2009.

AÑO 2004	TOTAL	19.590.000
Acuerdo C° de Ministros 8/10/2004 por 3.000.000€	Prevención del tabaquismo	3.000.000
Acuerdo C° de Ministros 8/10/2004 por 6.590.000€	Prevención del tabaquismo	3.000.000
Real Decreto 2008/2004	Seguridad de las actuaciones Sanitarias	3.590.000
Real Decreto 2008/2004 por 10.000.000€	Prevención del tabaquismo	6.000.000
	Prevención de la diabetes	4.000.000
AÑO 2005	TOTAL	30.115.550
	Prevención y control del tabaquismo	12.152.800
Acuerdo C° de Ministros 6/05/2005 por 30.115.550€	Seguridad para pacientes y profesionales	6.000.000
	D abetes	6.000.000
	Sistemas de Información: Capítul IV	4.000.000
	Sistemas de Información: Capítulo VII	1.962.750
AÑO 2006	TOTAL	30.678.610
	Prevención y control del tabaquismo.	14.000.000
Acuerdo C° de Ministros 2/06/2006 por 30.678.610€	Seguridad del paciente	5.000.000
	Estrategias en Salud	6.715 860
	Atención perinatal-perspectiva de género	2.000.000
	Sistemas de Información: Capítulo IV	1.000.000
	Sistemas de Información: Capítulo VII	1.962.750
AÑO 2007	TOTAL	15.962.750
	Seguridad del paciente y excelencia clínica	5.000.000
Acuerdo C° de Ministros 27/04/2007 por 15.962.750€	Estrategias en Salud	5.000.000
	Atención perinatal y género	2.000.000
	Sistemas de Información: Capítulo IV	2.000.000
	Sistemas de Información: Capítulo VII	1.962. 50
AÑO 2008	TOTAL	26.678.610
	Seguridad del paciente	5.000.000
Acuerdo C° de Ministros 8/02/2008 por 21.962.750€	Estrategias en salud	6.000.000
	Atención perinatal	4.000.000
	Sistemas de información: Capítulo IV	3.000.000
	S.I. interoperabilidad: apítulo IV	2.000.000
	S.I. equipamientos: Capítulo VII	1.962.750
Acuerdo C° de Ministros 24/07/2008 por 4.715.860€	Estrategias en salud mental	4.715.860
AÑO 2009	TOTAL	26.678.500
	Seguridad del pacie te	5.000.000
Acuerdo C° de Ministros 13/03/2009 por 26.678.500€	Estrategias en salud	10.715.750
	Atención perinatal	4.000.000
	Sistemas de información: Capítulo IV	3.000.000
	S.I. interoperabilidad: Capítulo IV	2.000.000
	S.I. equipamientos: Capítulo VII	1.962.750
AÑO 2010	TOTAL	26.678.500,00
	Seguridad del paciente	5.000.000
Acuerdo C° de Ministros 9/04/2010 por 26.678.500€	Estrategias en salud	10.715.750
	Atención perinatal	4.000.000
	Sistemas de información: Capítulo IV	3.000.000
	S.I. interoperabilidad: Capítulo IV	2.000.000
	S.I. equipamientos: Capítulo VII	1.962.750
Fuente	S.G. de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad	

Tabla 2.16 Estrategias de salud 2009. Importes acordados por el Consejo de Ministros.

	Seguridad del paciente	Estrategias en salud	Salud perinatal	S. información sanitaria del SNS	Inter-operabilidad	Equipamientos (cap. VII)	Total
Total nacional	5.000.000	10.715.750	4.000.000	3.000.000	2.000.000	1.962.750	26.678.500
Andalucía	945.385	2.026.101	656.884	567.231	378.154	122.672	4.696.427
Aragón	152.940	327.773	118.778	91.764	61.176	122.672	875.103
Asturias	124.496	266.814	48.205	74.698	49.799	122.672	686.684
Baleares	123.656	265.012	127.237	74.193	49.462	122.672	762.232
Canarias	239.275	512.803	158.886	143.565	95.710	122.672	1.272.911
Cantabria	67.097	143.799	36.701	40.258	26.839	122.672	437.366
Castilla y León	294.757	631.708	146.216	176.854	117.903	122.672	1.490.110
Castilla-La Mancha	235.487	504.684	176.727	141.292	94.195	122.672	1.275.057
Cataluña	848.781	1.819.064	848.479	509.268	339.512	122.672	4.487.776
Com. Valenciana	579.710	1.242.405	500.994	347.826	231.884	122.672	3.025.491
Extremadura	126.526	271.163	56.697	75.915	50.610	122.672	703.583
Galicia	320.902	687.742	126.953	192.541	128.361	122.672	1.579.171
Madrid	722.867	1.549.211	755.897	433.720	289.147	122.672	3.873.514
Murcia	164.373	352.275	183.893	98.624	65.749	122.672	987.586
La rioja	36.595	78.429	35.085	21.957	14.638	122.672	309.376
Ceuta (INGESA)	8.919	19.118	8.618	5.353	3.567	61.335	106.910
Melilla (INGESA)	8.234	17.649	13.750	4.941	3.294	61.335	109.203
Observaciones	Las cuantías fueron aprobadas por el Acuerdo de Consejo de Ministros de 13 de marzo de 2009.						
Fuente	S.G. de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.						

3 Recursos y actividad asistencial

3.1 Atención primaria

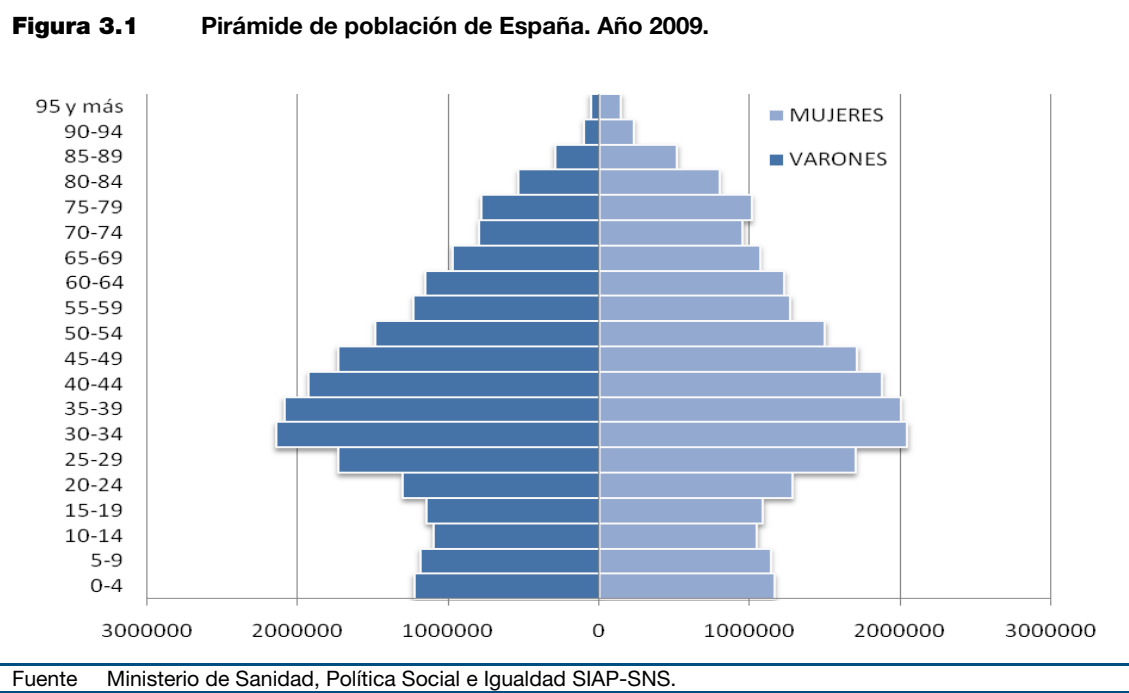
El Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) nació en 2004 a instancias del Consejo Interterritorial, que encomendó la tarea de crearlo a la Subcomisión de Sistemas e Información del Sistema Nacional de Salud (SNS). Los primeros datos del SNS se publicaron en 2006. Actualmente, se dispone de información estadística desagregada para cada una de las comunidades autónomas y sus áreas de salud; dicha información es accesible en varios formatos, a través de la página electrónica del MSPSI, y es la fuente utilizada para elaborar este informe.

Estructura de la población protegida

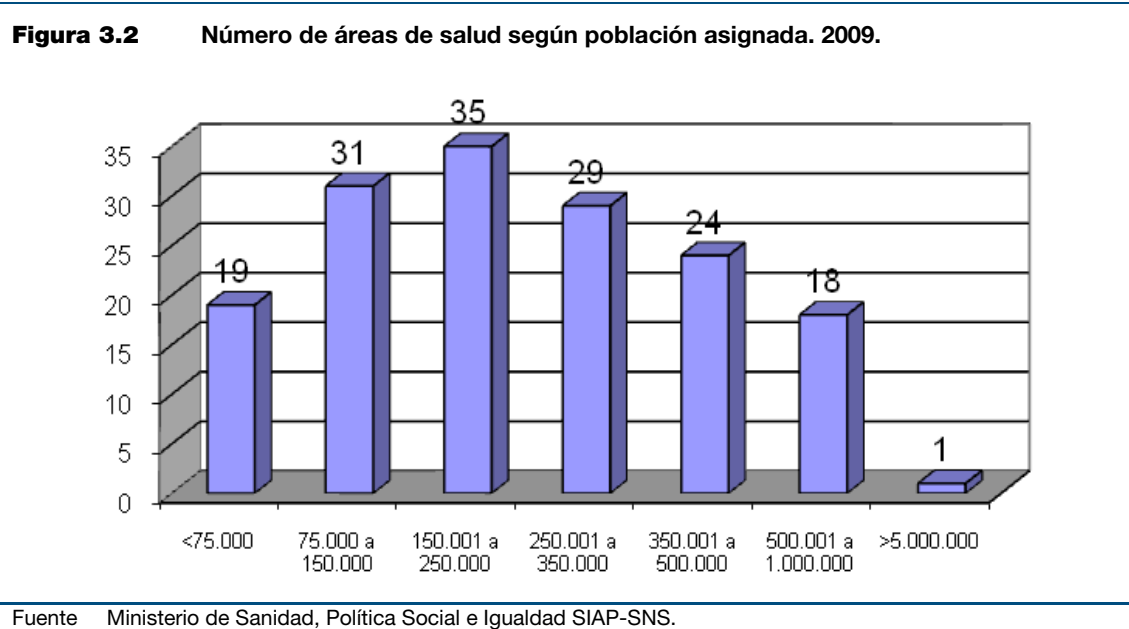
El mayor interés de la disponibilidad de esta información radica en comparar las pirámides de población de cada área de salud (estructura fundamental del sistema sanitario, responsable de la gestión de centros y servicios de salud en la demarcación territorial establecida por la Comunidad Autónoma), 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. Además, el conocimiento de estos datos, sirve para la construcción de distintos indicadores.

En la [Figura 3.1](#) se refleja la pirámide de población del Sistema Nacional de Salud. El Sistema de información de atención primaria permite acceder a las pirámides de población de cada área de salud y hace visible los diferentes tipos de pirámides (progresiva, estacionaria, regresiva, etc.)¹.

¹ Sistema de Información de atención primaria. [<http://pestadistico.msc.es/PEMSC25/ArbolNodos.aspx>]



Por otra parte, como consecuencia de las diferentes adaptaciones que del concepto área de salud han debido llevarse a cabo en las diferentes CCAA, para lograr compatibilizar en la práctica la accesibilidad física, la calidad en la práctica clínica y la eficiencia en la asignación de los recursos, se observa una elevada dispersión en la población de las diferentes áreas de salud (Figura 3.2).



Recursos estructurales

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 influida por el nivel de dispersión de la población² (Tabla 3.1). Es decir, la necesidad de recursos estructurales aumenta no solo en función del mayor volumen de población atendida, sino también al incrementarse el número y distancia entre sí de las localidades, a pesar de que su población sea escasa.

Por ello, el número de zonas básicas que tiene cada área de salud, oscila entre 1 y 215³, el de centros de salud entre 2 y 230, y el de consultorios locales entre 0 y 594. Los valores medios se han construido dividiendo el total de recursos del SNS entre el número total de áreas de salud.

Tabla 3.1 Distribución de recursos estructurales por área de salud (valores máx. med. y min.). 2009.			
RECURSOS ESTRUCTURALES / ÁREA DE SALUD			
	ZONAS BÁSICAS	CENTROS DE SALUD	CONSULTORIOS LOCALES
MÁXIMO	215	230	594
MEDIA	17	19	65
MÍNIMO	1	2	0
Observaciones	Se considera recursos estructurales a las zonas básicas, centros de salud y consultorios locales.		
Fuente	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad SIAP-SNS.		

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 locales por área de salud. Destacan las áreas de León con 594, 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 215 zonas básicas y 230 centros de salud, sea la mayor del SNS en 2009. Al margen de esta situación particular, son las áreas de salud de la Comunidad Autónoma de Galicia las que presentan un mayor número de centros de salud. Destacan Ourense con 99, Lugo con 73 y A Coruña con 52. Los datos desagregados por comunidades y ciudades autónomas, se recogen en la [Tabla 3.2](#).

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

³ Las áreas sanitarias de Granada y Sevilla tienen una sola zona básica de salud.

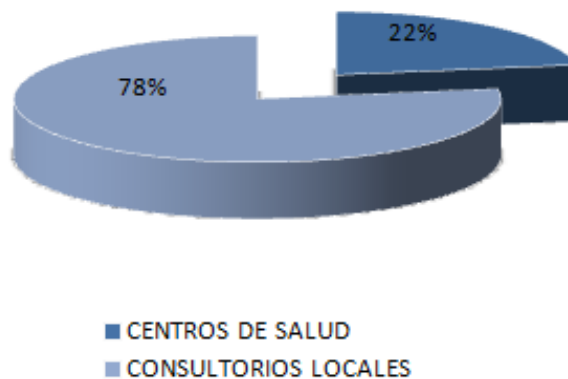
Tabla 3.2 Distribución de recursos estructurales por comunidades y ciudades autónomas. 2009.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	RECURSOS ESTRUCTURALES			
	ÁREAS DE SALUD ¹	ZONAS BÁSICAS ²	CENTROS DE SALUD	CONSULTORIOS LOCALES
Andalucía	33	216	390	1116
Aragón	8	125	117	915
Asturias	8	84	68	151
Baleares	3	57	57	103
Canarias	7	111	111	170
Cantabria	4	41	42	121
Castilla y León	11	248	243	3647
Castilla- La Mancha	8	201	200	1113
Cataluña	7	362	415	831
Comunidad Valenciana	23	240	259	583
Extremadura	8	113	110	414
Galicia	7	315	390	93
Madrid	11	310	258	158
Murcia	6	89	79	189
Navarra	3	54	54	244
País Vasco	7	122	135	185
La Rioja	1	19	19	174
Ceuta y Melilla	2	7	7	0
SNS	157	2.714	2.954	10.207
Observaciones	¹ En el SIAP-SNS área de salud es aquella circunscripción administrativa que agrupa un conjunto de centros y de profesionales de atención primaria bajo su dependencia organizativa y funcional. Son equivalentes las denominaciones de dirección de sector, de comarca, de distrito (como es el caso de Andalucía), de Departamento, o cualquier otra establecida por las comunidades desde el punto de vista de la nomenclatura utilizada para su división administrativa territorial. ² Información del SIAP al cierre del presente informe.			
Fuente	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad SIAP-SNS.			

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](#). Respecto a este indicador existe una gran variabilidad por Comunidad Autónoma, situación en la que tiene una influencia fundamental el número de núcleos poblacionales existentes³, situándose Castilla y León con la ratio más alta de todo el SNS⁴, con 15,01 consultorios locales por cada centro de salud. Le siguen La Rioja con 9,16 y Aragón con 7,82. En el extremo opuesto se sitúan las Comunidades de Galicia con 0,24, Madrid con 0,61 y País Vasco con 1,37.

⁴Nomenclátor de Unidades Poblacionales (INE).

Figura 3.3 Proporción centros de salud / consultorios locales. 2009.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad SIAP-SNS.

Recursos humanos

A 31 de diciembre de 2009, se encuentran trabajando en el conjunto del SNS, 63.302 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*”.

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 media*” de población por cada tipo de profesional, puede consultarse en la siguiente tabla (Tabla 3.3).

Como se puede observar, existen importantes diferencias en todas las categorías profesionales, especialmente en medicina de familia y auxiliar administrativo (Tabla 3.4). No obstante, sería preciso para poder comparar, tener en cuenta entre otros factores, la pirámide de población y el factor de dispersión de la población.

En el comparativo entre los años 2007 a 2009, se ha producido un incremento de profesionales en todas las categorías profesionales. Este incremento asciende a un total de 2.647 empleados en todo el ámbito del SNS, lo que supone un incremento del 3,19% de la plantilla. Los mayores incrementos se producen en personal de enfermería con un 4,98% y medicina de familia con un 3,69%. Las cifras correspondientes a estos tres últimos años se recogen en la Tabla 3.5.

Los ratios de población asignada a cada profesional oscilan en un intervalo variable en función de la categoría profesional, dependiendo, entre otros factores, de la diferente organización de cada comunidad autónoma (especialmente en lo que al apoyo no sanitario se refiere). Dichos ratios referidos al conjunto del SNS pueden apreciarse en la Figura 3.4.

Tabla 3.3 Distribución de recursos humanos por comunidad autónoma. 2009.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	RECURSOS HUMANOS							
	Medicina de Familia		Pediatria		Enfermería		Auxiliar Administrativo	
	Profesionales	% Mujeres	Profesionales	% Mujeres	Profesionales	% Mujeres	Profesionales	% Mujeres
Andalucía	4.748	36,6	1.098	57,0	4.437	64,6	3.001	81,2
Aragón	990	43,1	167	68,8	933	85,4	341	89,7
Asturias	670	50,6	127	67,7	771	81,1	426	80,2
Baleares	525	40,3	141	53,9	545	84,9	277	78,3
Canarias	1.101	45,5	302	64,2	1.177	--	562	--
Cantabria	360	46,6	74	63,5	375	85,8	168	88,6
Castilla y León	2.383	54,2	287	61,3	2.105	97,1	801	96,6
Castilla- La Mancha	1.401	38,1	249	60,6	1.466	63,5	598	96,9
Cataluña	4.486	--	995	--	5.053	--	3.232	--
Comunidad Valenciana	2.665	43,0	756	63,8	2.734	70,3	1.520	85,0
Extremadura	810	37,5	134	60,4	898	67,9	284	82,0
Galicia	1.888	44,7	328	62,8	1.819	79,7	981	72,6
Madrid	3.513	67,1	875	74,5	3.245	78,6	2.175	--
Murcia	819	44,08	239	61,0	800	63,3	422	81,9
Navarra	377	56,5	98	69,3	448	95,7	260	89,2
País Vasco	1.382	52,9	303	68,9	1.570	91,2	703	88,9
La Rioja	220	40,4	39	69,2	204	90,2	67	85,0
Ceuta y Melilla	67	37,3	25	48,0	80	82,5	33	75,7
SNS	28.405	47,2	6.237	64,0	28.660	76,7	15.851	84,2

Fuente | Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad SIAP-SNS.

Tabla 3.4 Ratios de profesionales por cada 1.000 habitantes (valores máximos, medios y mínimos) 2009.

	Medicina de Familia	Pediatría	Enfermería	Personal no sanitario
MÁXIMO	1,09	1,16	0,96	0,75
MEDIA	0,71	0,91	0,72	0,56
MÍNIMO	0,57	0,80	0,60	0,36

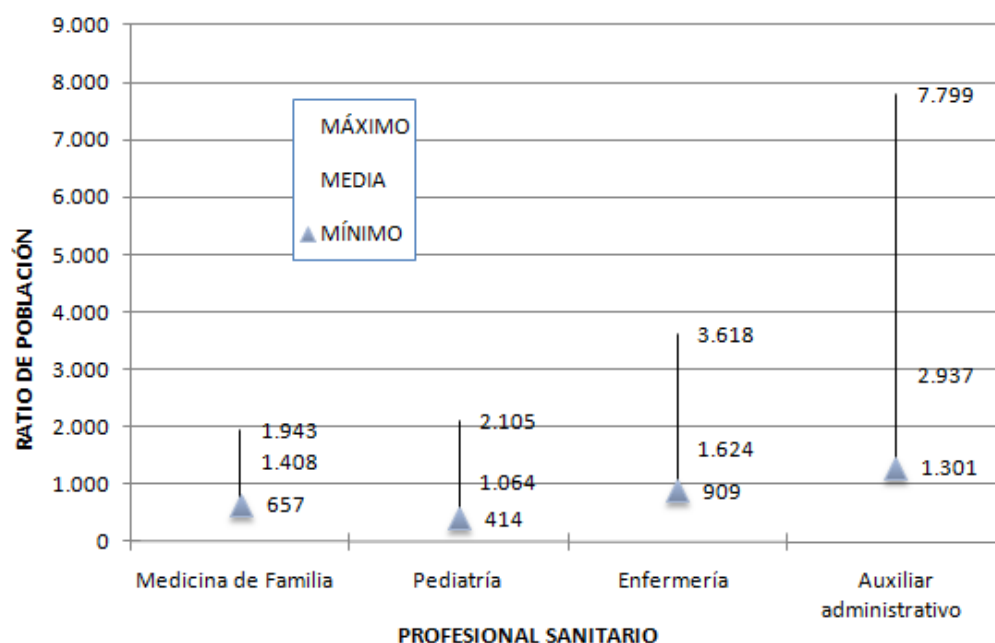
Fuente | Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad SIAP-SNS.

Tabla 3.5 Incremento del número de profesionales 2007-2009.

CATEGORÍA PROFESIONAL	Nº de plazas				
	2007	2008	2009	Incremento 2007-2009	
				nº	%
Medicina de Familia	27.395	27.911	28.405	1.010	3,69
Pediatría	6.087	6.215	6.237	150	2,46
Enfermería	27.300	27.433	28.660	1.360	4,98
Personal no sanitario	22.068	21.606	22.195	127	0,58
Total personal	82.850	83.165	85.497	2.647	3,19

Fuente | Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad SIAP-SNS.

Figura 3.4 Ratio población/profesional sanitario. 2009.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad SIAP-SNS.

A su vez, la distribución de las ratios medias de población asignada por profesional en cada una de las comunidades y ciudades autónomas, es la que sigue (Tabla 3.6):

Tabla 3.6 Distribución de las ratios medias de población/profesional. 2009.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Medicina de Familia	Pediatría	Enfermería	Auxiliar Administrativo
Andalucía	1.452	1.102	1.827	2.701
Aragón	1.187	1.000	1.439	3.936
Asturias	1.455	797	1.396	2.526
Baleares	1.688	1.052	1.898	3.734
Canarias	1.509	956	1.657	3.471
Cantabria	1.378	1.039	1.527	3.410
Castilla y León	945	911	1.175	3.087
Castilla- La Mancha	1.277	1.027	1.386	3.398
Cataluña	1.409	1.333	1.513	2.366
Comunidad Valenciana	1.552	986	1.786	3.212
Extremadura	1.199	971	1.213	3.837
Galicia	1.316	932	1.526	2.830
Madrid	1.535	1.068	1.949	2.908
Murcia	1.465	1.047	1.811	3.433
Navarra	1.420	983	-	2.429
País Vasco	1.775	862	1.729	3.862
La Rioja	1.244	994	1.532	4.663
Ceuta y Melilla	1.601	1.099	1.684	4.083
SNS	1.408	1.064	1.624	2.937

Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad SIAP-SNS.

En los tres últimos años, ha ido disminuyendo el número de profesionales médicos de familia cuya población asignada se sitúa en los tramos más altos. En concreto, el porcentaje de los profesionales con población asignada entre 1.501 y 2.000 personas, disminuye de 52,48% a 47,76%, mientras que el de los profesionales con más de 2.000 se reduce prácticamente a la mitad, pasando de 807 a 471.

Tabla 3.7 Variación de la población asignada por Médico de Familia y Pediatra. Años 2007-2009.

TRAMOS DE POBLACIÓN ASIGNADA	MEDICINA DE FAMILIA					
	2007		2008		2009	
	Número de profesionales	% sobre el total	Número de profesionales	% sobre el total	Número de profesionales	% sobre el total
<500	1.562	6,87	1.552	6,56	1.506	6,32
501-1.000	2.218	9,76	2.307	9,75	2.278	9,56
1.001-1.500	6.215	27,34	7.444	31,45	8.190	34,38
1.501-2.000	11.931	52,48	11.826	49,96	11.379	47,76
>2.000	807	3,55	541	2,29	471	1,98
TRAMOS DE POBLACIÓN ASIGNADA	PEDIATRÍA					
	2007		2008		2009	
	Número de profesionales	% sobre el total	Número de profesionales	% sobre el total	Número de profesionales	% sobre el total
<750	796	16,33	804	15,74	748	14,57
751-1.000	1.560	32,01	1.658	32,45	1.715	33,40
1.001-1.250	1.743	35,76	1.867	36,54	1.848	35,99
1.251-1.500	651	13,36	646	12,64	654	12,74
>1.500	124	2,54	134	2,62	170	3,31

Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad SIAP-SNS.

Cartera de Servicios

La Cartera de Servicios de Atención Primaria (CSAP) ha sido desde los años 90 un instrumento clave para la organización de la atención y la gestión de la AP en España, así como para la introducción de criterios de calidad explícitos en las prestaciones sanitarias ofrecidas a la población desde el primer nivel de atención, y su evaluación sistemática.

Las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas (1981-2002) han permitido desarrollos y enfoques distintos de sus CSAP, pero pueden describirse una serie de rasgos comunes o genéricos que facilitan una comprensión global, sin perjuicio de los rasgos diferenciales de las diversas CSAP.

En el contexto de la AP en España, el término CSAP no alude a un catálogo de prestaciones, esto es, al conjunto exhaustivo de las prestaciones ofertadas en una zona o área de salud. La CSAP es una selección de servicios organizada de una forma específica, que responde a necesidades y a demandas de la población, se sustenta en criterios científico-técnicos y en prioridades de política sanitaria y que tiene base poblacional. Los servicios suelen agruparse, en general, en torno a la atención a grupos poblacionales (niño, mujer, adulto y anciano), aunque en ocasiones también se incluyen servicios de atención familiar y comunitaria, de salud pública o la prestada por unidades de apoyo.

La unidad básica o elemental de la CSAP es el “servicio”. Se conoce como “servicio”, a un conjunto de actividades o criterios de actuación que guían la atención a un problema o proceso de salud clínico o preventivo con especificación de la población a la que se dirige y de otros aspectos relacionados, como son los criterios de inclusión y exclusión, requisitos de acreditación, indicadores, anexos y soporte bibliográfico.

El elemento más característico de los servicios es la especificación de criterios de calidad para las actuaciones recomendadas, que se conocen como normas técnicas: de calidad, de proceso o criterios de buena atención. En el documento “[Cartera de Servicios de Atención Primaria, desarrollo, organización, usos y contenido](#)⁵”, se puede encontrar una amplia descripción del contenido clínico de estas normas en las distintas CCAA.

Las Cartera de Servicios han seguido evoluciones distintas; a veces las diferencias tienen que ver con el modo de organizar y denominar, y otras, en cambio, muestran líneas de actuación diferenciadas.

La [Tabla 3.8](#) muestra una clasificación de la Cartera de Servicios de las CCAA, agrupándolas en tres grandes epígrafes:

Tabla 3.8 Clasificación de las carteras de servicios de las CCAA.	
COMUNIDADES	
Cantabria	BASADAS EN COBERTURAS Y CRITERIOS DE CALIDAD
Castilla y León	
Extremadura	
Galicia	
Madrid	
Murcia	
Ceuta y Melilla	
Andalucía	BASADAS EN PROCESOS ASISTENCIALES
Asturias	
Aragón	BASADAS EN INDICADORES
País Vasco	
Navarra	
Fuente	Cartera de Servicios de Atención Primaria. SIAP-SNS.

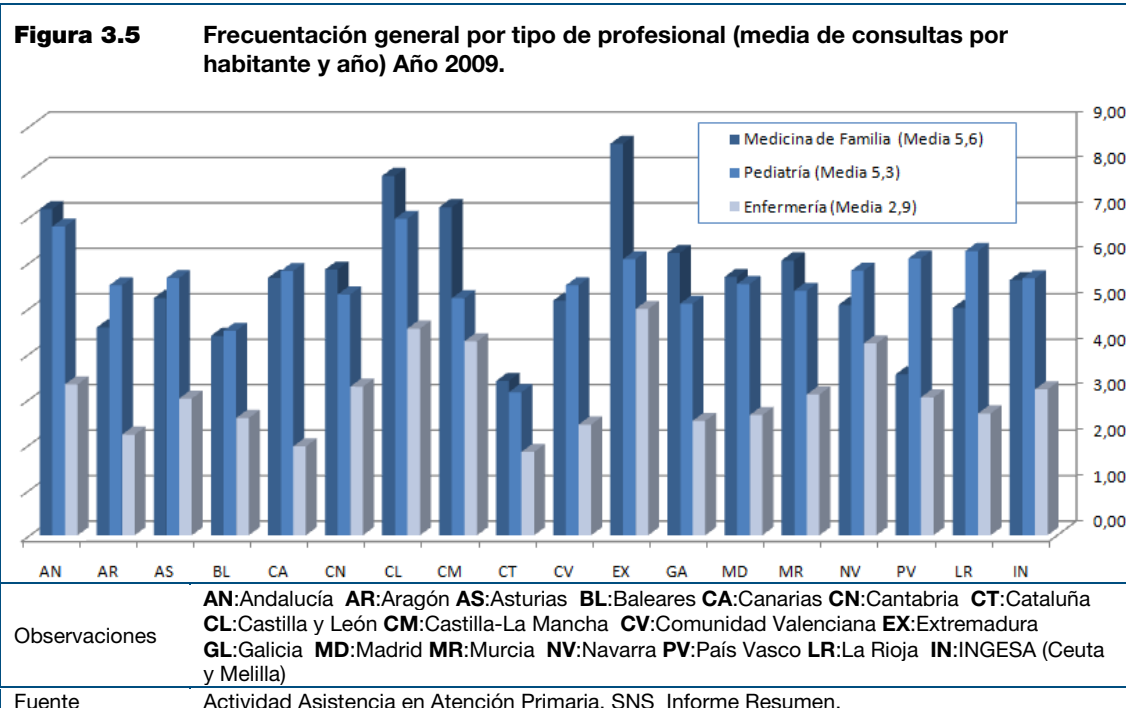
Una descripción de los rasgos propios de cada una de las CSAP de las CCAA, puede encontrarse en el documento anteriormente citado. (“*Cartera de Servicios de Atención Primaria, desarrollo, organización, usos y contenido*”).

Frecuentación

Para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, según el SIAP, en 2009, la frecuentación media en medicina de familia fue de 5,6 consultas por habitante y año, con un valor mínimo de 3,4 en Cataluña y un valor máximo de 8,6 en Extremadura. En la [Figura 3.5](#), se representa los resultados desagregados por comunidades autónomas.

Los datos disponibles en el SIAP incluyen las consultas efectuadas en horario ordinario y se recogen desagregados por área de salud y para cada uno de los estamentos profesionales de medicina de familia, pediatría y enfermería.

⁵ Cartera de servicios de atención primaria. Desarrollo, organización, usos y contenido. http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion_Primaria_2010.pdf



Catálogo de Centros de Atención Primaria

El catálogo está estructurado siguiendo un criterio funcional e incluye información sobre:

- 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).
- Si está acreditado o no como centro docente para la formación posgraduada (MIR) de la especialidad de medicina de familia y comunitaria.
- Si hay puntos de urgencias las 24 horas.
- Dependencia de gestión (público, privado, etc.).

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 catálogo⁶ se actualiza trimestralmente, estando también en proceso de mejora y ampliación de la información existente.

Formación de los profesionales: Formación postgraduada

El SNS dispone, en 2009, de 161 Unidades Docentes de las que dependen un total de 798 centros de salud acreditados (se contabilizan 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)⁷. El desglose por comunidades autónomas se refleja en la [Tabla 3.9](#).

Tabla 3.9 Distribución de unidades docentes, centros de salud acreditados y plazas de medicina familiar y comunitaria ofertadas por comunidades autónomas para 2009.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Unidades Docentes	Centros de Salud acreditados	Plazas ofertadas
Andalucía	8	129	305
Aragón	8	25	67
Asturias	8	33	56
Baleares	3	14	45
Canarias	7	26	70
Cantabria	3	12	37
Castilla y León	14	60	144
Castilla- La Mancha	8	34	98
Cataluña	17	89	278
Comunidad Valenciana	20	86	178
Extremadura	6	18	69
Galicia	7	45	88
Madrid	11	120	238
Murcia	4	33	82
Navarra	2	13	29
País Vasco	11	49	82
La Rioja	1	5	20
Ceuta y Melilla	2	7	6
SNS	161	798	1.892
Fuente	Orden SCO/2642/2008 de 15 de Septiembre del MSC.BOE Suplemento del nº 227.		

Las plazas de postgraduados en medicina familiar y comunitaria que se han convocado en el ejercicio 2009, ascienden a 1.892. La comunidad con mayor número de plazas es Andalucía con 305, seguida de Cataluña con 278 y Madrid con 238.

Atención a la urgencia extrahospitalaria

Todas las CCAA disponen de una organización específica, capaz de coordinar la respuesta del sistema sanitario al ciudadano en los casos de urgencias y emergencias sanitarias.

Para lograr dicha coordinación, están establecidos unos teléfonos sencillos (generalmente coexisten el 061 -específico de emergencias sanitarias- con el 112, común

⁶ MSPS. Catálogo de Centros de Atención Primaria del SNS.

⁷ MSPS. Catálogo de Centros de Atención Primaria.

a cualquier tipo de emergencia). Para atender a las demandas recibidas a través de estos teléfonos, así como para decidir el tipo de respuesta más adecuada a la necesidad planteada, se dispone de unos **centros coordinadores de urgencias y emergencias** (pudiendo recibir éste u otros nombres similares) quienes cuentan con personal específicamente entrenado para ello y funciona las 24 horas todos los días del año.

Las respuestas que desde estos centros pueden darse son, básicamente, las siguientes:

- Resolver la demanda por teléfono, mediante los consejos oportunos respecto del modo de proceder el usuario o bien indicándole el punto de urgencia más adecuado al que puede acudir para su atención (centro de salud, centros específicos de urgencias independientes de los anteriores o bien los dispositivos de urgencia hospitalaria).
- Activar la red asistencial para su atención en el propio domicilio, bien movilizandolo la red de atención primaria para que acuda a atender al paciente, o bien mediante el desplazamiento de recursos dependientes de estos centros coordinadores, para la atención domiciliaria urgente.
- Activar recursos móviles de transporte sanitario, ya sean ambulancias convencionales para el traslado del paciente, una vez atendido, a un centro sanitario cuando ello es necesario, como ambulancias dotadas de soporte vital básico o de soporte avanzado (UVI móvil con personal sanitario y equipos especializados).
- Se cuenta, además, cada vez con más frecuencia, con los denominados vehículos de intervención rápida pensados principalmente para la atención del paciente in situ, dotados de personal y material sanitario pero sin capacidad de transporte del enfermo. Por último, para los casos de gravedad y difícil acceso o lejanía, se cuenta con helicópteros medicalizados.
- Ante situaciones de catástrofe, estos centros coordinadores actúan conjuntamente con otros dispositivos (Protección Civil, bomberos...).

Por otro lado, además de las actuaciones ligadas a la resolución de demandas de atención urgente efectuada a través de los teléfonos antes citados, es preciso recordar que toda la **red de atención primaria** -centros de salud (cerca de 3.000) y consultorios locales (unos 10.000), atiende demandas urgentes durante su horario habitual de funcionamiento.

El horario ordinario de los centros de salud varía en función de la diferente organización de cada Comunidad Autónoma, pudiendo funcionar en horario predominante durante las mañanas, o abarcar tanto la mañana como la tarde. El horario de los consultorios locales está basado, principalmente, en el tamaño –el número de habitantes- de la localidad a la que ha de prestar servicio en dicho horario. Los centros de atención primaria reciben también, de modo directo, solicitudes de atención urgente fuera del centro sanitario (habitualmente en el domicilio).

Fuera de dicho horario ordinario, la atención a las necesidades urgentes extrahospitalarias se concentra en una selección de centros, con criterios de accesibilidad y en función del volumen de población a atender, existiendo, por regla general, dos tipos de situaciones:

- Centros de Salud (mayoritariamente rurales, aunque existe alguno urbano) y algún consultorio local –de manera excepcional por motivos de difícil accesibilidad geográfica al centro de salud cabecera- que permanecen

abiertos las 24 horas, hasta el reinicio del horario ordinario, todos los días del año. Estos reciben diversas denominaciones, si bien el término *Punto de atención continuada (PAC)* es el más frecuente, de los que se cuenta con cerca de 1.800. La atención suele ser prestada por los propios profesionales del equipo de atención primaria en turnos de guardia, complementados en mayor o menor medida por personal específicamente contratado para ello.

- Dispositivos exclusivos de urgencias atendidos por personal dedicado en exclusiva a dicha atención urgente, ubicados en medio urbano y, en general, en horario complementario al de apertura de los centros de salud, si bien en algún caso pueden funcionar las 24 horas, especialmente para hacerse cargo de la atención a domicilio. Estos dispositivos pueden ubicarse en distintos tipos de centros, ya sean centros de salud, en centros de especialidades u otros tipos de centros sanitarios, y reciben diversas denominaciones, siendo las más frecuentes las de *Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP)*, *Servicios Normales de Urgencias (SNU)*, *Servicios Especiales de Urgencias (SEU)*, *Punto de Atención Urgente (PAU)* y algunos otros. Mientras que los PAC dependen funcionalmente de las direcciones o gerencias que gestionan la atención primaria, estos otros dispositivos pueden depender, en unos casos, de estas mismas direcciones de AP y, en otros, de los centros coordinadores de urgencias y emergencias.

3.2 Atención especializada

Distribución de los recursos

Al iniciar el año 2009, y de acuerdo con la información disponible en el Catálogo Nacional de Hospitales, el número total de hospitales en funcionamiento en España era de 804 (a los efectos de dicho censo, los hospitales agrupados como complejos cuentan como un solo hospital). De ellos, algo más del 40% pertenecen al Sistema Nacional de Salud (hospitales dependientes de las diferentes Administraciones Públicas). De los demás hospitales, no obstante, también hay varios que conforman la red de hospitales del SNS (red de hospitales de utilización pública y hospitales con concierto sustitutorio), o que recibe financiación pública por su actividad, de tal forma que, más del 37% de las altas de hospitales privados españoles, en 2008, fecha de la última estadística, fueron financiadas a cargo del SNS.

Casi la totalidad de los hospitales censados contribuyó a la estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado (EESCRI), enviando los datos de recursos, actividad y gasto correspondiente a 2008. Igualmente, todos los hospitales de agudos del SNS y una notable proporción de privados contribuyen, con sus registros de altas, al denominado Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) estatal, cuya explotación estadística está incluida junto con la EESCRI, entre las operaciones estadísticas del Plan Estadístico Nacional. Los resultados de ambas operaciones para 2008, han constituido la principal fuente de datos para el presente capítulo.

Camas

En 2008, la red de dependencia pública disponía del 71,8% del total de las 160.981 camas instaladas, siendo el ratio de camas por 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 (81%), mientras que esta proporción casi se invierte en el caso de hospitales psiquiátricos (37% camas) y de larga estancia (32%).

La distribución por comunidad autónoma se recoge en la tabla siguiente (Tabla 3.10).

Tabla 3.10 Distribución de la dotación de camas por comunidad autónoma. Hospitales SNS. Año 2008.			
	Número	Nº. Camas / 1000 hab.	% SNS sobre total camas
Andalucía	16.555	2,04	75,03%
Aragón	4.461	3,41	80,83%
Asturias	3.415	3,22	81,02%
Baleares	2.415	2,28	66,29%
Canarias	4.708	2,28	62,57%
Cantabria	1.498	2,61	67,91%
Castilla y León	7.246	2,89	76,70%
Castilla- La Mancha	5.117	2,56	90,61%
Cataluña	18.248	2,51	58,12%
Comunidad Valenciana	10.386	2,10	80,62%
Extremadura	3.975	3,68	90,16%
Galicia	8.542	3,12	81,50%
Madrid	15.767	2,52	71,85%
Murcia	3.022	2,11	64,49%
Navarra	1.394	2,28	58,01%
País Vasco	5.816	2,72	69,54%
La Rioja	827	2,64	86,51%
Ceuta Melilla	385	2,72	100,00%
Total	113.777	2,5	71,93%
Fuente	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estadística de Establecimientos Sanitarios con régimen de internado 2008.		

La evolución en el número de camas en los últimos años (Tabla 3.11), mantiene la tendencia descendente que se viene produciendo desde los años ochenta, aunque este descenso no es generalizado si se analiza la dependencia y finalidad. 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 disminuido el número de camas (más de un 4% entre 2000-2008), 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 2.755 incubadoras existentes en España, en una proporción 5 a 1 respecto a los hospitales privados, mientras que este predominio se reduce respecto a otras dotaciones como quirófanos (2 a 1) o paritorios donde la relación es de 3 a 1 a favor del sector público. El número de quirófanos del SNS, 2.705 en 2008, había aumentado en más de un 16% desde el año 2000 en el sector público, con escaso o nulo crecimiento en el privado.

Tabla 3.11 Evolución número de camas instaladas por dependencia y finalidad Años 2000-2008.

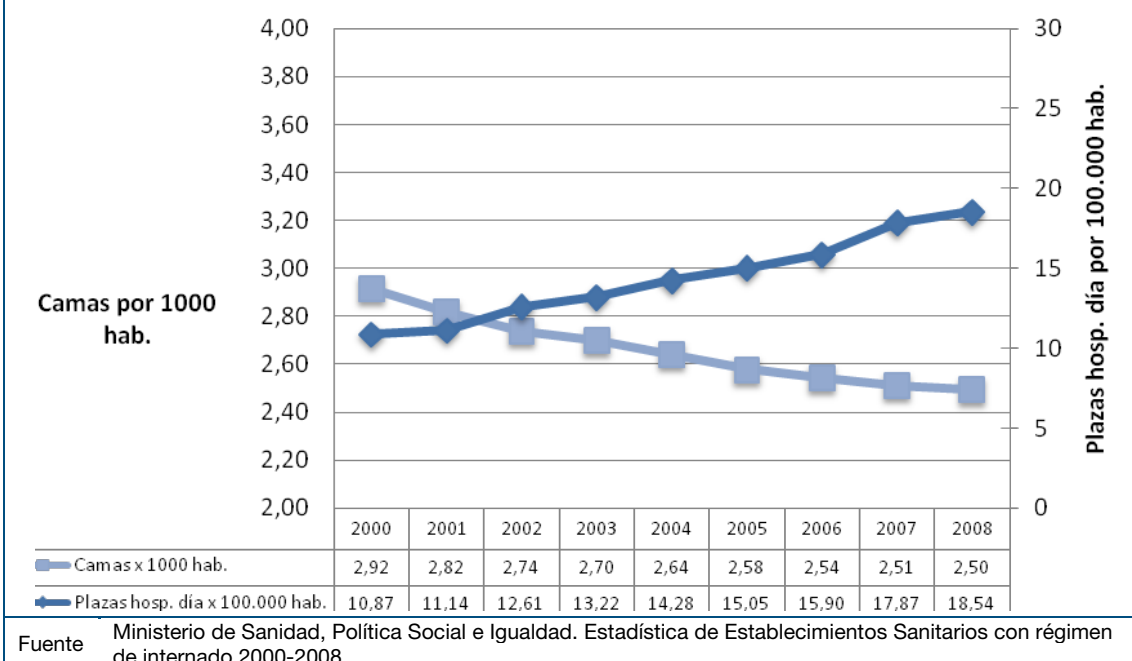
		Públicos – SNS									Ratio
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	08/00	
Hospitales	105.532	103.582	102.587	103.159	102.421	101.689	102.386	102.854	103.488	-1,9%	
Agudos	7.563	7.225	6.912	6.396	6.319	5.926	5.832	5.690	5.754	-23,9%	
Larga estancia	4.342	3.957	3.692	3.888	4.087	4.282	3.909	4.231	4.535	4,4%	
TOTAL	117.437	114.764	113.191	113.443	112.827	111.897	112.127	112.775	113.777	-3,1%	
		Privados									Ratio
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	08/00	
Hospitales	26.839	26.407	26.843	24.762	24.941	24.889	25.121	25.852	25.626	-4,5%	
Agudos	10.388	10.436	10.758	10.625	10.673	11.216	10.918	10.229	9.477	-8,8%	
Larga estancia	8.227	8.184	8.319	8.646	9.627	9.143	9.352	9.450	9.290	12,9%	
TOTAL	45.454	45.027	45.920	44.033	45.241	45.248	45.391	45.531	44.393	-2,3%	

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad. Estadística de Establecimientos Sanitarios con régimen de internado. 2008.

Plazas de hospital de día

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 (Figura 3.6). Dicho aumento se produce tanto en números absolutos como en tasas por 1000 habitantes.

Figura 3.6 Evolución número de camas instaladas y plazas de hospital de día en hospitales del SNS Años 2000-2008.



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 8.475 en 2008; en hospitales privados esta cifra también se ha duplicado, si bien la cifra inicial era de solo 1.200 plazas, contando a finales de 2008 con 2.518. Cabe señalar que el tipo de hospital, por finalidad, 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 son los equipamientos de alta tecnología médica, sin duda, los que muestran el incremento más notable a lo largo de los últimos años. De ellos, ha sido la resonancia magnética la que ha experimentado las variaciones más espectaculares. En el año 2000, los centros públicos sólo disponían de 61 equipos de RMN, y en 2008, el número de equipos declarados fue de 170, lo que significa un aumento del 178%. La tasa para ese año queda en 3,7 equipos por millón de habitantes. En segundo lugar, y referido al TAC, el número de equipos disponibles en hospitales públicos ha aumentado en un 41%, pasando de 310 a 438 en el mismo período, alcanzando para este último año una tasa de cobertura de 9,61 equipos por millón de habitantes. En la [Tabla 3.12](#) se recoge la distribución de este equipamiento, así como de angiografía digital y de las salas de hemodinámica, por comunidades autónomas.

Tabla 3.12 Distribución dotación tecnológica por comunidades y ciudades Autónomas. Hospitales SNS. Año 2008.

	Salas Hemodinámica		Equipos de TAC		Resonancia Magnética		Angiografía Digital	
	Nº	x1M. hab.	Nº	x1M. hab.	Nº	x1M. hab.	Nº	x1M. hab.
Andalucía	23	2,84	77	9,50	20	2,47	19	2,34
Aragón	2	1,53	15	11,48	6	4,59	3	2,30
Asturias	2	1,89	13	12,27	7	6,61	3	2,83
Baleares	2	1,89	8	7,56	4	3,78	2	1,89
Canarias	7	3,40	16	7,76	3	1,46	10	4,85
Cantabria	2	3,49	6	10,46	3	5,23	3	5,23
Castilla y León	6	2,39	22	8,78	7	2,79	5	1,99
Castilla - La Mancha	5	2,50	26	12,99	10	5,00	5	2,50
Cataluña	29	3,99	61	8,39	25	3,44	13	1,79
Comunidad Valenciana	13	2,63	46	9,29	14	2,83	13	2,63
Extremadura	5	4,63	17	15,74	7	6,48	2	1,85
Galicia	10	3,65	31	11,32	15	5,48	14	5,11
Madrid	27	4,32	56	8,97	38	6,08	25	4,00
Murcia	3	2,10	14	9,78	4	2,80	5	3,49
Navarra	1	1,64	6	9,83	2	3,28	2	3,28
País Vasco	6	2,81	20	9,35	3	1,40	11	5,14
La Rioja	0	0,00	2	6,37	2	6,37	1	3,19
Ceuta y Melilla	0	0,00	2	14,11	0	0,00	0	0,00
Total	143	3,14	438	9,61	170	3,73	136	2,98

Fuente Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estadística de Establecimientos Sanitarios con régimen de internado 2008.

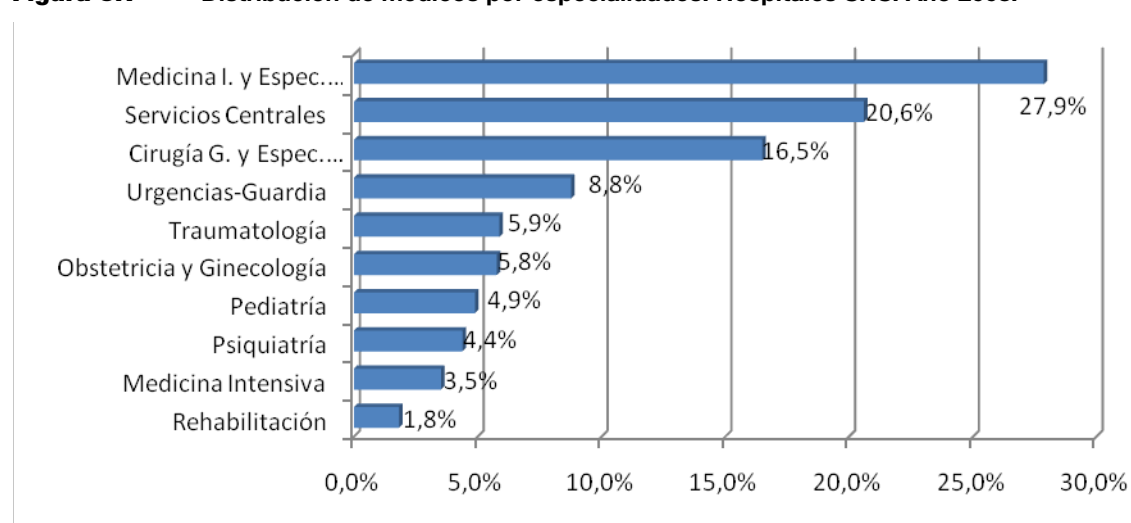
Personal

El sector hospitalario concentra la mayor parte de los profesionales de la sanidad (80%). A 31 de diciembre de 2008, trabajaban en dicho sector 507.181 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% son mujeres. Adicionalmente, el sector contaba con 23.324 personas trabajando como colaboradores habituales, sin 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 436.837 profesionales vinculados contractualmente, de ellos las tres cuartas partes pertenecen a alguna profesión sanitaria, siendo mayoritaria, por categorías, la enfermería; así, de cada 100 sanitarios, 39 son de enfermería, 37 ayudantes sanitarios⁸ y 22 facultativos médicos.

Diez de cada once médicos 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 médicos (31,4%), la cirugía general y especialidades quirúrgicas, incluidos los pertenecientes a traumatología y obstetricia-ginecología suman un 28%, y el resto lo ocupan los médicos de servicios centrales (20,6%), urgencias (8,8%) y otros (Figura 3.7).

Figura 3.7 Distribución de médicos por especialidades. Hospitales SNS. Año 2008.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estadística de Establecimientos Sanitarios con régimen de internado 2008.

Respecto a su evolución, desde el año 2000, el número de profesionales vinculados al SNS ha crecido un 30%, siendo este crecimiento del 41% en el caso de los médicos.

⁸ Engloba a auxiliares de enfermería y a todos los técnicos sanitarios.

Actividad

Del total de los 5,3 millones de ingresos que se produjeron en 2008, casi cuatro millones (3.925.332) se realizaron en los hospitales del SNS, lo que resulta una frecuentación de más de 90 ingresos por cada 1000 habitantes en este sector. Del mismo modo, en el sector público tienen lugar 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 pierde esta abrumadora mayoría es en el área quirúrgica, donde de los 4,6 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 practicada en hospitales privados en ese año, tuvo financiación pública⁹.

La estancia media de los pacientes ingresados en todos los hospitales públicos fue de 7,9 días. Este indicador, a menudo tratado como un indicador de eficiencia, ha ido en disminución en el período analizado, especialmente en los hospitales de agudos. Esta disminución ha supuesto un ahorro de 0,75 días de estancia para cada paciente ingresado en el sector público.

Sin embargo, el descenso más notable registrado en la estancia media se produce en los hospitales de agudos, y va acompañado de un aumento en el índice de rotación (número de enfermos que han ocupado una misma cama a lo largo del año) y de un incremento del índice de ocupación, lo que ha hecho posible el aumento de la actividad, ya que el número de camas, como ya se ha comentado, se ha visto disminuido en un 2% en el sector público (Tabla 3.13).

Tabla 3.13 Evolución indicadores de actividad. Hospitales de agudos SNS. Años 2000-2008.

	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
2008	3.929.578	7,21	80,92%	40,98

Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estadística de Establecimientos Sanitarios con régimen de internado 2008.

Causas de hospitalización

Respecto a las principales causas de hospitalización, la Tabla 3.14 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 CIE9MC¹⁰. De todos ellos, los problemas relacionados con embarazo, parto y puerperio, con casi 520.312, ocupan el primer lugar,

⁹ 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".

¹⁰ Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica, clasificación de referencia en el SNS para la codificación clínica para el análisis de morbilidad atendida.

seguidas muy de cerca por la enfermedades del aparato circulatorio 512.982 altas, 13,7% sobre el total. Las enfermedades del aparato digestivo y las del aparato respiratorio, con 11,9% y 11,6%, respectivamente, ocupan el tercer y cuarto lugar, y el quinto corresponde a las neoplasias que, con más de 346.000 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 2008 supusieron más de 303.000 altas (8,1% del total).

Tabla 3.14 Distribución de altas por grandes causas de hospitalización. Hospitales de agudos SNS. Año 2008.

	Mujeres		Hombres		TOTAL		
	Altas	x10.000 hab.	Altas	x10.000 hab.	Altas	x10.000 hab.	Porcentajes/total
Enfermedades infecciosas y parasitarias	29.762	12,89	41.776	18,56	71.541	15,7	1,91 %
Neoplasias	161.385	69,92	184.957	82,16	346.367	76,0	9,27 %
Enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad	38.421	16,65	28.532	12,67	66.954	14,7	1,79 %
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	18.508	8,02	17.572	7,81	36.081	7,9	0,97 %
Trastornos mentales	35.505	15,38	42.374	18,82	77.887	17,1	2,08 %
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos sensoriales	57.091	24,74	59.367	26,37	116.466	25,5	3,12 %
Enfermedades del sistema circulatorio	224.299	97,18	288.661	128,22	512.982	112,5	13,73 %
Enfermedades del aparato respiratorio	172.816	74,87	260.451	115,69	433.286	95,0	11,60 %
Enfermedades del aparato digestivo	192.611	83,45	249.935	111,02	442.562	97,1	11,85 %
Enfermedades del aparato genitourinario	118.842	51,49	97.473	43,30	216.331	47,4	5,79 %
Complicaciones de la gestación, parto y puerperio	520.234	225,39			520.312	114,1	13,93 %
Enfermedades de la piel y de los tejidos cutáneos	16.513	7,15	19.685	8,74	36.201	7,9	0,97 %
Enfermedades del aparato muscular y esquelético y de los tejidos conectivos	105.742	45,81	82.581	36,68	188.328	41,3	5,04 %
Anomalías congénitas	14.304	6,20	20.002	8,88	34.312	7,5	0,92 %
Determinadas condiciones con origen en el periodo perinatal	30.648	13,28	37.341	16,59	68.013	14,9	1,82 %
Síntomas, signos y estados mal definidos	69.746	30,22	82.907	36,83	152.659	33,5	4,09 %
Lesiones y envenenamientos	144.413	62,57	159.412	70,81	303.849	66,6	8,13 %
Anexo I. Clasificación suplementaria de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los SS	46.258	20,04	49.055	21,79	95.331	20,9	2,55 %
Otros	7.956	3,45	8.517	3,78	16.483	3,6	0,44 %
TOTAL	2.005.054	868,70	1.730.598	768,73	3.735.945	819,4	100%
Observaciones	Excluidas altas con código sexo erróneo o en blanco.						
Fuente	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Registro de Altas – CMBD Año 2008.						

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 2008 ascendió a 514.114 para todo el sector hospitalario; de ellos, la mayor parte (402.086 – 78%) tuvieron lugar en los hospitales del SNS (28% 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 atendido¹¹ con más de 223.000 altas (6% del total) (Tabla 3.15). 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 2008 se realizaron más de 87.833 (21,8% de los partos), lo que también convierte a esta intervención en el proceso quirúrgico más frecuente de los hospitales del SNS (Tabla 3.16). Hay que mencionar que el porcentaje de partos por cesárea es mucho mayor en los hospitales privados, donde casi un 36% de los partos tienen lugar por cesárea.

Tabla 3.15 Relación de los 25 procesos más frecuentes de hospitalización. Hospitales SNS. Año 2008 *.

Cód.	Descripción	Altas	Porcentaje s/total
373	Parto sin complicaciones	223.707	5,99%
541	Neumonía simple y otros trast.respiratorios exc. Bronquitis y asma con CC mayor	111.719	2,99%
372	Parto con complicaciones	94.037	2,52%
127	Insuficiencia cardiaca y shock	63.996	1,71%
371	Cesárea, sin complicaciones	57.250	1,53%
87	Edema pulmonar e insuficiencia respiratoria	41.453	1,11%
544	ICC y arritmia cardiaca con CC mayor	40.300	1,08%
14	Ataque con infarto	40.133	1,07%
629	Neonato, peso al nacer >2499 g, sin p.quir.signif., diag neonato normal	39.966	1,07%
209	Reimplantación mayor articulación y miembro extr.inferior, excepto cadera sin CC	36.460	0,98%
381	Aborto con dilatación y legrado, aspiración o histerotomía	35.478	0,95%
359	Proc. sobre útero y anejos por ca. in situ y proceso no maligno sin CC	34.368	0,92%
430	Psicosis	34.005	0,91%
162	Procedimientos sobre hernia inguinal y femoral edad>17 sin CC	33.786	0,90%
494	Colecistectomía laparoscópica sin explorac. conducto biliar sin CC	33.146	0,89%
88	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	32.950	0,88%
818	Sustitución de cadera excepto por complicaciones	31.864	0,85%
886	Otros diagnósticos anteparto sin procedimiento quirúrgico	29.621	0,79%
89	Neumonía simple y pleuritis edad>17 con CC	26.253	0,70%
219	Proc. extr.inferior y humero exc. cadera, pie, fémur edad>17 sin CC	26.072	0,70%
158	Procedimientos sobre ano y enterostomía sin CC	24.673	0,66%
167	Apendicectomía sin diagnostico principal complicado sin CC	24.419	0,65%
<i>Subtotal 25 primeros procesos</i>		<i>1.115.656</i>	<i>29,86%</i>
TOTAL SNS		3.735.945	100,0%
Observaciones	CC: comorbilidad y/o complicaciones. * Clasificación mediante los Grupos Relacionados por el Diagnóstico – AP-GRD v 23.0		
Fuente	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Registro de Altas – CMBD Año 2008.		

¹¹ Clasificados mediante los Grupos Relacionados por el Diagnóstico – versión GRD-AP v23.

Tabla 3.16 Procesos quirúrgicos más frecuentes en hospitalización. Hospitales SNS Año 2008 *.

Cód	Descripción	Altas	Porcentajes/total
371	Cesárea, sin complicaciones	57.250	4,28 %
209	Reimplantación mayor articulación y miembro extr. inferior, excepto cadera sin CC	36.460	2,73 %
381	Aborto con dilatación y legrado, aspiración o histerotomía	35.478	2,65 %
359	Proc. sobre útero y anejos por ca. in situ y proceso no maligno sin CC	34.368	2,57 %
162	Procedimientos sobre hernia inguinal y femoral edad>17 sin CC	33.786	2,53 %
494	Colecistectomía laparoscópica sin explorac. Conducto biliar sin CC	33.146	2,48 %
818	Sustitución de cadera excepto por complicaciones	31.864	2,38 %
219	Proc. extr.inferior y húmero exc. cadera, pie, fémur edad>17 sin CC	26.072	1,95 %
158	Procedimientos sobre ano y enterostomía sin CC	24.673	1,85 %
167	Apendicectomía sin diagnostico principal complicado sin CC	24.419	1,83 %
311	Procedimientos transuretrales sin CC	23.396	1,75 %
55	Procedimientos misceláneos sobre oído, nariz, boca y garganta	22.727	1,70 %
211	Proc. cadera y fémur excepto articulación mayor edad>17 sin CC	21.581	1,61 %
160	Procedimientos sobre hernia excepto inguinal y femoral edad>17 sin CC	19.745	1,48 %
370	Cesárea, con complicaciones	19.416	1,45 %
Suma:		444.381	33,25 %
Suma total:		1.336.338	100,00 %
Observaciones	CC: comorbilidad y/o complicaciones. * Altas con procedimiento quirúrgico mayor, de acuerdo con la clasificación de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) – GRD-AP v23		
Fuente	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Registro de Altas de los Hospitales del Sistema Nacional de Salud. CMBD 2008.		

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 solo esta década de 48 a 53 años¹². Asimismo, la mayor accesibilidad a los servicios y 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, paralelamente al crecimiento de la denominada presión de urgencias, que hace que casi el 70% de los ingresos sean urgentes (tres puntos más que en el año 2000). Por último, las modificaciones en los criterios de hospitalización, influidos por la evolución de las técnicas diagnósticas y terapéuticas, provocan 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 2008, en los 15 procesos quirúrgicos ambulatorios más frecuentes. Para dichos procesos (Tabla 3.17), la tasa de sustitución (porcentaje de procesos ambulatorios sobre el total de procesos atendidos) fue del 77.69%, es decir, tres de cada cuatro intervenciones de ese tipo (en total estos 15 procesos quirúrgicos ambulatorios más frecuentes sumaban 879.245), fueron realizadas de forma ambulatoria.

¹² Registro de altas de hospitalización -CMBD. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Tabla 3.17 Procesos quirúrgicos* ambulatorios más frecuentes. Hospitales SNS. Año 2008.

Cód	Descripción	Casos ambulatorios	Casos con ingreso	Tasa sustitución
39	Procedimientos sobre cristalino con o sin vitrectomía	239.993	11.230	95,53 %
270	Otros procedimientos sobre piel, subcutáneos y mama sin CC	144.014	8.626	94,35 %
40	Procedimientos extraoculares excepto órbita, edad>17	42.191	4.204	90,94 %
42	Procedimientos intraoculares excepto retina, iris y cristalino	34.232	7.163	82,70 %
266	Injerto piel y/o desbrid. excepto por úlcera cutánea, celulitis sin CC	29.665	6.524	81,97 %
6	Liberación de túnel carpiano	26.433	2.555	91,19 %
162	Procedimientos sobre hernia inguinal y femoral edad>17 sin CC	24.575	33.786	42,11 %
225	Procedimientos sobre el pie	22.263	17.915	55,41 %
359	Proc. sobre útero y anejos por ca. in situ y proceso no maligno sin CC	21.358	34.368	38,33 %
229	Proc. sobre mano o muñeca, excepto proc.mayores articulación sin CC	19.115	13.042	59,44 %
119	Ligadura y <i>stripping</i> de venas	19.087	13.633	58,33 %
55	Procedimientos misceláneos sobre oído, nariz, boca y garganta	16.260	22.727	41,71 %
364	Dilatación y legrado, conización, excepto por neoplasia maligna	15.090	4.921	75,41 %
867	Escisión local y extracción de dispositivo fijación interna excepto cadera y fémur, sin c	14.727	15.281	49,08 %
342	Circuncisión edad>17	14.055	212	98,51 %
Subtotal 15 procesos quirúrgicos ambulatorios más frecuentes		683.058	196.187	77,69 %
TOTAL CASOS QUIRÚRGICOS		907.983	1.368.848	40,46 %
Observaciones	CC: comorbilidad y/o complicaciones. * Grupos Relacionados por el Diagnóstico – versión GRD-AP v23.			
Fuente	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Registro de Altas- CMBD y Registro de Atención Ambulatoria Especializada – CMBD-AAE 2008.			

Centros, servicios y unidades de referencia

En el Sistema Nacional de Salud (SNS) se están designando centros, servicios y unidades de referencia (CSUR) para garantizar la equidad en el acceso y una atención de calidad, segura y eficiente a las personas con patologías infrecuentes o que, por sus características, precisan de cuidados de elevado nivel de especialización o alta tecnología. Estos CSUR concentran los casos a tratar y los recursos necesarios en un número reducido de centros.

El proyecto de CSUR del SNS que está desarrollando el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad junto con las Comunidades Autónomas, se fundamenta en lo dispuesto en el Real Decreto 1302/2006, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los CSUR del SNS. Dicha norma creó el Comité de Designación de CSUR, dependiente del Consejo Interterritorial del SNS (CISNS), como órgano encargado de articular el procedimiento de designación de CSUR, formado por representantes de todas las comunidades autónomas y del

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, y que se constituyó el 28 de noviembre de 2006.

Siguiendo el procedimiento establecido, grupos de expertos en cada área de especialización designados por las comunidades autónomas, las sociedades científicas y el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, vienen formulando propuestas al comité de designación para la determinación de las patologías y técnicas que deben ser atendidas en CSUR en el SNS y están elaborando los criterios que deben cumplir los centros para ser designados como de referencia. El estudio de las diferentes áreas de especialización está siendo gradual, respondiendo a las prioridades establecidas por el comité, ante la imposibilidad de simultanear todos los trabajos de los expertos.

Desde julio de 2007, el Consejo Interterritorial ha acordado 42 patologías o procedimientos para los que es necesario designar CSUR en el Sistema Nacional de Salud; así como los criterios que deben cumplir éstos para ser designados como de referencia, en las áreas de oftalmología; oncología médica y radioterápica; cirugía plástica, estética y reparadora; traumatología y ortopedia; cardiología y cirugía cardíaca; neurología, neurofisiología y neurocirugía; atención a la transexualidad y trasplantes.

En 2009, se ha trabajado con grupos de expertos de cardiología y cirugía cardíaca y de neurociencias para definir en esas áreas las patologías y procedimientos que han de ser tributarios de designación de CSUR y los criterios que han de reunir. También se ha iniciado el grupo de expertos de lesionados medulares.

En ese ejercicio se han puesto en marcha los 68 CSUR designados, empezando a actuar 40 desde el 1 de enero de 2009 y 28 desde el 1 de julio del mismo año (Tabla 3.18).

Tabla 3.18 Patología, técnica, tecnología o procedimiento. 2009.

	Nº de CSUR
1. Quemados críticos	7
2. Reconstrucción del pabellón auricular	1
3. Glaucoma congénito y glaucoma en la infancia	2
4. Alteraciones congénitas del desarrollo ocular (alteraciones del globo ocular y los párpados)	1
5. Tumores extraoculares en la infancia (rabdomiosarcoma)	3
6. Tumores intraoculares en la infancia (retinoblastoma)	4
7. Tumores intraoculares del adulto (melanomas uveales)	3
8. Descompresión orbitaria en oftalmopatía tiroidea	1
9. Tumores orbitarios	4
10. Retinopatía del prematuro avanzada	1
11. Reconstrucción de la superficie ocular compleja. Queratoprótesis	9
14. Tratamiento de tumores germinales con quimioterapia intensiva	1
15. Trasplante renal infantil	5
16. Trasplante hepático infantil	4
17. Trasplante hepático de vivo adulto	2
18. Trasplante pulmonar infantil y adulto	6
19. Trasplante cardiopulmonar de adultos	2
20. Trasplante cardíaco infantil	2
21. Trasplante de páncreas	6
22. Trasplante de intestino (infantil y adulto)	2
23. Queratoplastia penetrante en niños	2
Total	68
Fuente	D.G. Ordenación Profesional, Cohesión del SNS y Alta Inspección (MSPSI).

La distribución de CSUR en 2009 se detalla en la [Tabla 3.19](#).

Tabla 3.19 Centros, servicios y unidades de referencia (CSUR) en el S.N.S. 2009.

CSUR DESIGNADOS		Comunidad Autónoma
Quemados Críticos	Hospital Vall D'Hebrón	Cataluña
	Complejo Hosp. Virgen del Rocío	Andalucía
	Hospital U. La Paz	Madrid
	Hospital U. de Getafe	Madrid
	Hospital U. La Fe	Comunidad Valenciana
	Complejo Hospitalario U. A Coruña	Galicia
	Hospital U. Miguel Servet	Aragón
Reconstrucción del pabellón auricular	Hospital de Sant Joan de Déu	Cataluña
Glaucoma congénito y glaucoma en la infancia	Hospital de Sant Joan de Déu	Cataluña
	Complejo Hosp. U. de San Carlos	Madrid
Alteraciones congénitas del desarrollo (globo ocular y párpados)	Hospital U. La Paz	Madrid
Tumores extraoculares en la infancia (Rabdomiosarcoma)	Hospital Vall D'Hebrón	Cataluña
	Hospital de Sant Joan de Déu	Cataluña
	Hospital U. La Paz	Madrid
Tumores intraoculares en la infancia (Retinoblastoma)	Hospital Vall D'Hebrón	Cataluña
	Hospital de Sant Joan de Déu	Cataluña
	Complejo H. Virgen Macarena	Andalucía
Tumores intraoculares del adulto (Melanomas uveales)	Hospital Clínico U. de Valladolid	Castilla y León
	Complejo Hosp. U. de Santiago	Galicia
	Instituto Catalán de Oncología y Hospital U. de Bellvitge	Cataluña
Descompresión orbitaria en oftalmopatía tiroidea	Hospital U. de Bellvitge	Cataluña
Tumores orbitarios	Hospital Vall D'Hebrón	Cataluña
	Hospital de Sant Joan de Déu	Cataluña
	Hospital U. de Bellvitge	Cataluña
	Hospital Ramón y Cajal	Madrid
Retinopatía del prematuro avanzada	Hospital U. La Paz	Madrid
Reconstrucción de la superficie ocular compleja. Queratoprótesis	Hospital Vall D'Hebrón	Cataluña
	Hospital U. de Bellvitge	Cataluña
	Hospital Clínico y Provincial de Barcelona	Cataluña
	Hospital U. Virgen de la Arrixaca	Murcia
	Complejo Hosp. U. de San Carlos	Madrid
	Hospital Clínico U. de Valladolid	Castilla y León
	Hospital General U. de Alicante	Comunidad Valenciana
	Complejo Hospitalario U. de Santiago	Galicia
Hospital de Cruces	País Vasco	
Tratamiento de tumores germinales con quimioterapia intensiva	Hospital 12 de Octubre	Madrid
Trasplante renal infantil	Hospital de Cruces	País Vasco
	Hospital Vall D'Hebrón	Cataluña
	Complejo H. Virgen del Rocío	Andalucía
	Hospital U. La Paz	Madrid
	Hospital U. La Fe	Comunidad Valenciana
Trasplante hepático infantil	Hospital Vall D'Hebrón	Cataluña
	Hospital U. Reina Sofía	Andalucía
	Hospital U. La Paz	Madrid
	Hospital 12 de Octubre	Madrid
Trasplante hepático de vivo adulto	Hospital Clínico y Provincial de Barcelona	Cataluña
	Hospital 12 de Octubre	Madrid
Trasplante pulmonar infantil y adulto	Hospital U. Marqués de Valdecilla para trasplante pulmonar adulto	Cantabria
	Hospital Vall D'Hebrón para trasplante pulmonar infantil y adulto	Cataluña
	Hospital U. Reina Sofía para trasplante pulmonar infantil y adulto	Andalucía
	Hospital U. Puerta de Hierro para trasplante pulmonar adulto	Madrid

	Hospital U. La Fe de trasplante pulmonar adulto	Comunidad Valenciana
	Complejo Hospitalario U.A Coruña para trasplante pulmonar adulto	Galicia
Trasplante cardio-pulmonar de adultos	Hospital U. Puerta de Hierro	Madrid
	Hospital U. La Fe	Comunidad Valenciana
Trasplante cardiaco infantil	Hospital U. Reina Sofía	Andalucía
	Hospital General U. Gregorio Marañón	Madrid
Trasplante de páncreas	Hospital Clínico y Provincial de Barcelona	Cataluña
	Complejo Hospitalario Carlos Haya	Andalucía
	Hospital U. Reina Sofía	Andalucía
	Hospital 12 de Octubre	Madrid
	Hospital U. de Canarias	Canarias
Trasplante de intestino (infantil y adulto)	Complejo Hospitalario U. A Coruña	Galicia
	Hospital U. La Paz	Madrid
Queratoplastia penetrante en niños	Hospital 12 de Octubre	Madrid
	Hospital de Sant Joan de Deu	Cataluña
	Hospital U. La Paz	Madrid
Fuente	D.G. Ordenación Profesional, Cohesión del SNS y Alta Inspección (MSPSI).	

El Comité de Designación, en su reunión de 1 de diciembre de 2009, ha valorado 88 nuevas solicitudes de CSUR, quedando las admitidas a trámite pendientes de acreditación por parte de la Agencia de Calidad. Asimismo, ha estudiado los informes de acreditación y expedientes de otras 30 unidades, elevando al CISNS las correspondientes propuestas de designación de 22 nuevos CSUR.

Para hacer efectiva la designación de los CSUR y poder financiar la asistencia sanitaria derivada entre comunidades autónomas a CSUR del SNS, se ha publicado la Orden SAS/3351/2009, de 10 de diciembre, por la que se actualiza el anexo III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, que regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.

Por otra parte, se ha comenzado la definición y puesta en marcha del sistema de información para el seguimiento de los CSUR, que tiene dos componentes:

- A. Sistema de Información del Fondo de Cohesión (SIFCO), que recoge los datos de los pacientes derivados entre comunidades autónomas para el seguimiento de los flujos de pacientes y los motivos de traslado a los CSUR del SNS y la validación de las tarifas fijadas para la atención o realización en ellos de las patologías o procedimientos.
- B. Sistema de información para el seguimiento específico de los CSUR, que se sustenta en el Registro de Pacientes de cada CSUR para realizar el seguimiento de los criterios de designación referidos a actividad y de los indicadores de procedimiento y resultados recogidos en los requisitos de designación acordados por el CISNS.

Para conseguir una mayor coordinación en el diseño y desarrollo del sistema de información, para el seguimiento de los CSUR, se han revisado los indicadores de procedimiento y de resultados definidos en su día por los grupos de expertos, con los

profesionales de dichos grupos y representantes de los CSUR ya designados, propuestos por las correspondientes comunidades autónomas. Dicha revisión se ha realizado en grupos de trabajo para las patologías o procedimientos de cada área de especialización.

Como consecuencia de estos trabajos, el Comité de Designación, el 1 de diciembre de 2009, ha acordado una propuesta de sistema de información para el seguimiento de los CSUR por cada una de las patologías o procedimientos que, acordados por el CISNS, son tributarios de CSUR.

Trasplantes

La Organización Nacional de Trasplantes

Introducción

La Organización Nacional de Trasplantes (ONT), creada en 1989, es un organismo autónomo de carácter técnico adscrito al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, encargado de desarrollar las funciones relacionadas con la obtención y utilización clínica de órganos, tejidos y células.

Su principal objetivo es la promoción de la donación para que el ciudadano español que necesite un trasplante tenga las mayores y mejores posibilidades de conseguirlo. Sus fines generales están recogidos en el Estatuto de la ONT (Real Decreto (RD) 1825/2009)¹³.

Para llevar a cabo sus funciones, la ONT actúa como una unidad técnica operativa. Cumple con su misión de coordinar y facilitar las actividades de donación, extracción, preservación, distribución, intercambio y trasplante de órganos, tejidos y células en el conjunto del Sistema Sanitario Español, siguiendo los principios de cooperación, eficacia y solidaridad, y de acuerdo con los conocimientos técnicos existentes en la actualidad.

La base legal que regula las actividades de obtención de órganos humanos, su utilización clínica y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos, queda definida en el RD 2070/1999¹⁴ que, al igual que el RD 426/1980 al que actualiza, desarrolla la Ley 30/1979¹⁵. Dicha ley, aunque renovada, conserva todavía hoy vigente el núcleo de su espíritu y contempla como puntos fundamentales:

1. El establecimiento de la llamada muerte encefálica como equivalente científico legal y ético de la muerte “clásica” del individuo.
2. El respeto a la voluntad del fallecido en cuanto a donar o no sus órganos.
3. La necesidad de que el diagnóstico de muerte se haga por un equipo de médicos independiente del de trasplante.
4. El carácter altruista de la donación y la no comercialización de los órganos.
5. La garantía de anonimato del donante.
6. La aplicación de criterios médicos para la distribución de los órganos disponibles entre los enfermos en espera de los mismos.

¹³ Real Decreto 1895/2009 por el que se aprueba el Estatuto de la ONT.

[http://www.ont.es/infesp/Legislacin/REAL_DECRETO_ESTATUTO_ONT.pdf]

¹⁴ RD 2070/1999 por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos.

[http://www.ont.es/infesp/Legislacin/REAL_DECRETO_DONACION_Y_TRASPLANTE.pdf]

¹⁵ Ley 3070/1999 sobre extracción y trasplante de órganos.

[http://www.ont.es/infesp/Legislacin/LEY_EXTRACCION_TRASPLANTE_ORGANOS.pdf]

Estructura y modelo organizativo de donación y trasplante de órganos

La escasez de órganos para trasplante constituye el factor limitante fundamental de estas terapéuticas. La demanda ha crecido de manera exponencial a medida que han mejorado los resultados de supervivencia y la posibilidad de que se beneficie un número cada vez mayor de enfermos. Diversos países han adoptado estrategias parciales que tan sólo han conducido a elevaciones discretas o pasajeras de la donación, o incluso no han producido aumento alguno. A principios de los años noventa, España inició un enfoque integrado del problema de la escasez de órganos para trasplante, diseñado específicamente para aumentar la donación de órganos de cadáver.

La ONT indujo, entre otras medidas, la creación de una red nacional de coordinadores de trasplantes, entrenados específicamente, con un perfil específico y distinto al de otros países europeos. Desde la creación de la ONT, España ha pasado de la parte media-baja de los índices de donación en Europa, con 14 donantes PMP (por millón de población), a unos niveles mantenidos durante los últimos años de 33-35 donantes PMP.

Se conoce como “*Modelo Español*”¹⁶ al conjunto de medidas adoptadas en España para mejorar la donación de órganos de donante fallecido; incluye la existencia de un marco básico adecuado desde el punto de vista legal, ético, económico, médico y político. Los puntos que (todos juntos) definen este modelo son:

1. Red de coordinadores de trasplantes en tres niveles: nacional, autonómico y hospitalario.
 - Los dos primeros niveles nombrados y financiados por la administración sanitaria nacional y autonómica, constituyen una interfaz entre los niveles político-administrativos y los profesionales. Todas las decisiones técnicas se toman por consenso en una Comisión del Consejo Interterritorial, formada por los responsables de la coordinación nacional y de cada una de las comunidades autónomas.
 - El tercer nivel, el coordinador hospitalario, debe ser un médico (aunque siempre ayudado por personal de enfermería en los grandes hospitales), que trabaja casi siempre en la coordinación a tiempo parcial, está situado dentro del hospital y depende de la dirección del mismo, no del equipo de trasplante. Desde el punto de vista funcional, está íntimamente ligado a la coordinación autonómica y nacional.
2. Programa de calidad en el proceso de la donación de órganos, constituye una auditoría continua de muerte encefálica en las unidades de cuidados intensivos, llevada a cabo por los coordinadores de trasplante.
3. La oficina central de la ONT, actúa como agencia de servicios en apoyo de todo el sistema. Está encargada de la distribución de órganos, la organización de los transportes, el manejo de las listas de espera, las estadísticas, la información general y especializada y, en general, cualquier acción que pueda contribuir a mejorar el proceso de donación y trasplante. Es muy importante el apoyo que presta la oficina central y las autonómicas a los pequeños hospitales, en los que no es posible llevar a cabo sin ayuda la totalidad del proceso.

¹⁶ Modelo Español de Coordinación y Trasplantes.

[<http://www.ont.es/publicaciones/Documents/modeloespanol.pdf>]

4. Un gran esfuerzo en formación continuada, tanto de los coordinadores como de gran parte del personal sanitario. Con cursos generales y específicos de cada uno de los pasos del proceso: detección de donantes, aspectos legales, entrevista familiar, aspectos organizativos, gestión, comunicación...
5. Reembolso hospitalario por parte de las administraciones autonómicas que financian de manera específica y adecuada las actividades de obtención y trasplante de órganos. De otra manera sería impensable el mantenimiento de la actividad, sobre todo en los pequeños hospitales no trasplantadores.
6. Mucha dedicación a los medios de comunicación con el fin de mejorar el nivel de conocimiento de la población española sobre la donación y el trasplante. Se destacan, entre otros: una línea telefónica de 24 h, reuniones periódicas con periodistas, cursos de formación en comunicación para coordinadores, y una rápida actitud de manejo de la publicidad adversa y las situaciones de crisis cuando éstas se han producido. Todos ellos han constituido puntos importantes a lo largo de estos años para conseguir un clima positivo hacia la donación de órganos.
7. Una legislación adecuada, técnicamente similar a la de otros países occidentales, con una definición de la muerte encefálica, de las condiciones de extracción de órganos, de la ausencia de motivación económica, etc.

Equipos de coordinación hospitalaria de donación y trasplantes

Los equipos de coordinación hospitalarios son los agentes más directamente implicados en potenciar un mayor número de donaciones que hagan posibles la realización de más trasplantes y constituyen la pieza clave del sistema. Se recomienda que en los grandes hospitales con equipos de trasplante activos, la coordinación esté formada por un médico a tiempo parcial junto con un número de enfermeras igual al del número de programas de trasplante (riñón, hígado, corazón o pulmón), en este caso a tiempo total, ya que entre sus actividades se encuentra el apoyo a los equipos trasplantadores. En los pequeños o medianos hospitales sin programa de trasplante pero con una unidad de cuidados intensivos, la fórmula propuesta es la de un médico a tiempo parcial, ayudado o no de una enfermera, dependiendo de la capacidad potencial de generación de donantes.

En España, se ha considerado imprescindible que en todos los hospitales haya un facultativo que afronte las tareas de detección y consecución de donantes, fundamentalmente por el hecho de tener que tratar de igual a igual con los responsables de la atención médica al donante, la necesidad de establecer un sistema proactivo de detección de muertes cerebrales y, porque se simplifica enormemente el proceso de formación en cuanto a diagnóstico de muerte cerebral, requisitos médicos o mantenimiento del donante.

Perfil profesional de los equipos de coordinación

El número de equipos de coordinación ha pasado de 139 en 1998 a 170 en 2009, con 227 médicos y 131 enfermeras. Su distribución por comunidades autónomas, dedicación y perfil profesional se observa en la [Tabla 3.20](#). El 96% de los médicos y el 70% de las enfermeras tienen una dedicación a tiempo parcial a las actividades de coordinación, esto les permite continuar con su trabajo previo. Un 75% de los médicos coordinadores pertenecen a la especialidad de Medicina Intensiva, siendo un 39% en el caso de las enfermeras.

CCAA	Nº equipos	médicos	d. parcial	d. total	uci	nefról.	otros*	enfermer.	d. parcial	d. total	uci	nefrol.	otros*
Andalucía	19	24	24		23	1		14	8	6	6	3	5
Aragón	5	7	7		6	1		0					
Asturias	1	2	2		2			2	1	1	2		
Baleares	11	14	14		12		2	2	2		2		
Canarias	6	7	7		6	1		5	3	2	2	3	
Cantabria	1	1	1			1		2	1	1			2
Castilla y León	11	12	12		12			5	5		5		
Castilla-La Mancha	7	7	7		7			7	5	2	3		4
Cataluña	22	32	24	8	19	4	9	3	3		2		1
Comunidad Valenciana	23	37	37		26	1	10	38	35	3	9	5	24
Extremadura	8	8	8		5		3	3	1	2	3		
Galicia	11	23	22	1	14	1	8	6	5	1	2	1	3
Madrid	27	30	30		24	3	3	26	8	18	7	4	15
Murcia	6	5	5		5			7	7		2		5
Navarra	3	2	2		2			1		1			1
País Vasco	6	11	11		5		6	6	4	2	4	1	1
La Rioja	1	3	3		2		1	4	4		2		2
Ceuta	1	1	1				1	0					
Melilla	1	1	1		1			0					
Total	170	227	218	9	171	13	43	131	92	39	51	17	63
Observaciones	*Otros incluye Reanimación, Urgencias, Anestesia, Urología, Cirugía/Quirófano, Dirección y Otros.												
Fuente	Organización Nacional de Trasplantes. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.												

Funciones de los equipos de coordinación

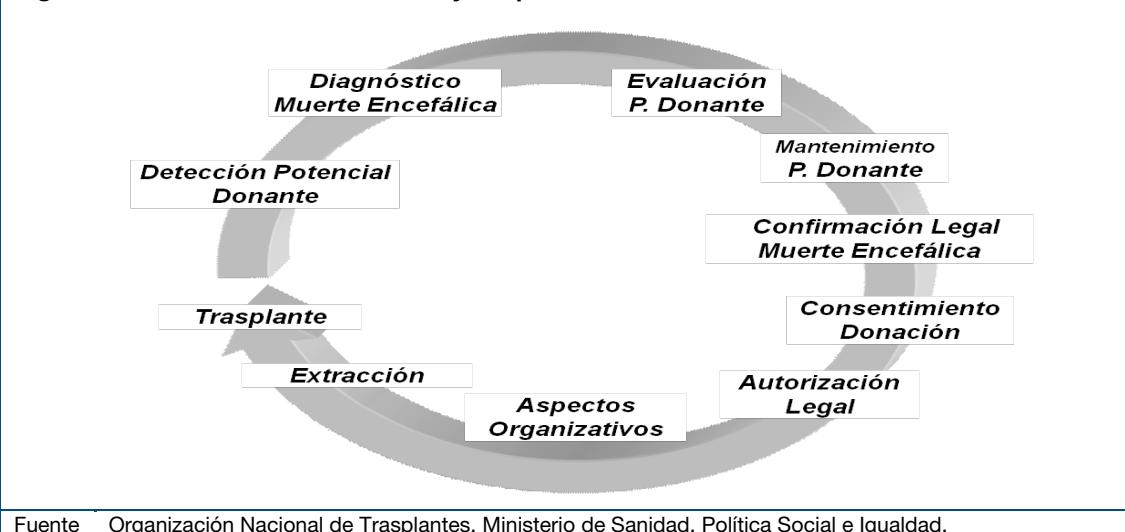
Los pasos básicos del proceso de la donación (Figura 3.8) en los que de manera más o menos directa tiene que intervenir el coordinador son:

- **Detección de donantes.** Es el punto más importante de todo el proceso. La causa número uno de pérdida de donantes en todo el mundo es la no detección de donantes potenciales, es decir, de aquellos enfermos que fallecen o pueden fallecer en situación de muerte cerebral. Cualquier porcentaje posterior de pérdida por causas médicas, legales, negativas familiares o cualquier otra, quedan compensados por una detección adecuada. Entre un 12-14% de los enfermos muertos en unidades de vigilancia intensiva o bien un 2% de los que lo hacen en un gran hospital, fallecen en situación de muerte cerebral. El hallazgo de porcentajes significativamente inferiores debe hacer pensar siempre en un problema de falta de detección.
- **Mantenimiento.** Una vez detectado el potencial donante es fundamental la consecución de un mantenimiento adecuado, evitando todo tipo de incidencias que puedan deteriorar los órganos o imposibilitar la donación. Pulmón y corazón son los órganos que más fácilmente pueden perderse. El mantenimiento del donante puede ser llevado a cabo por un intensivista bien entrenado pero requiere una dedicación intensa durante las horas que dure el proceso, tanto por parte del médico como de la enfermería, y de una formación específica sobre las características de éstos todavía enfermos hasta que se realice el diagnóstico de muerte cerebral.

- **Diagnóstico de muerte.** Deberá ser efectuado siempre por tres médicos distintos a los del equipo de trasplante; el coordinador se debe limitar a solicitar la colaboración y facilitar la tarea de los mismos, empleando los procedimientos diagnósticos más adecuados en cada caso de acuerdo con la legislación vigente.
- **Autorización familiar.** Una vez hecho el diagnóstico de muerte puede ser necesario conseguir la autorización judicial en caso de fallecimiento por causa no médica y siempre y en todo caso lograr la autorización familiar, algo que no está específicamente en nuestra legislación pero que se ha convertido en una práctica imprescindible por la actitud social y la de bastantes jueces en los primeros años del trasplante. Cada año, entre un 16 y un 18% de familiares no dan su consentimiento a la donación. Existen diferencias muy marcadas de resultados entre equipos de coordinación bien entrenados y aquellos que no lo están.
- **Preparación de toda la logística intrahospitalaria.** Una vez obtenidas las autorizaciones y establecido el diagnóstico de muerte, es necesario preparar toda la logística intrahospitalaria para proceder a la extracción de órganos; desde la ONT se asignan los distintos órganos a equipos trasplantadores de acuerdo con los criterios previamente establecidos y acordados entre equipos y administraciones autonómicas. Una extracción multiorgánica puede llegar a implicar a más de 100 personas entre profesionales sanitarios de distintos hospitales, aeropuertos, ambulancias, policía, etc.; la figura del coordinador es fundamental para que se lleve a cabo de manera adecuada.
- **Atención a los familiares.** La labor del coordinador no termina una vez obtenidos y preservados los órganos del donante. El coordinador debe estar a disposición de los familiares para atender todos sus requerimientos, es un deber de obligada gratitud cuidar la restitución lo más perfecta posible del aspecto externo del donante, de manera que a simple vista resulte imposible constatar que se ha producido la extracción.
- **Motivación de los profesionales sanitarios.** El trasplante es probablemente el mejor ejemplo de trabajo en equipo en el que cada día interviene un porcentaje mayor de profesionales del hospital; es muy importante conseguir la colaboración de cuantos más compañeros mejor.
- **Programa de garantía de calidad.** Tiene como objetivos definir la capacidad teórica de donación de órganos según el tipo de hospital, detectar posibles fallos durante el proceso de donación analizando las causas de pérdidas potenciales de donantes y describir los factores hospitalarios que tienen impacto sobre el proceso de donación. Gracias a este tipo de controles sabemos que entre el 12 y el 14% de las personas fallecidas en las Unidades de Cuidados Intensivos pueden ser potenciales donantes y que la mitad de ellos llegan a ser donantes de forma real. El programa de calidad permite además comparaciones entre hospitales, de las que surgen numerosas propuestas de mejora.
- **Mantenimiento y actualización de las listas de espera.** En los grandes hospitales trasplantadores, el equipo de coordinación suele colaborar en el mantenimiento y la actualización de las listas de espera, así como su comunicación a la ONT.
- **Gestión de recursos.** La donación es un acto que envuelve numerosos aspectos legales, técnicos, éticos, mediáticos, organizativos y económicos. La

necesidad de gestionar eficientemente los recursos que necesitan estas terapéuticas, que se haga de forma coordinada con lo realizado en otros centros y de acuerdo con las directrices de la ONT, ha hecho que estos profesionales vayan asumiendo nuevas responsabilidades de gestión. Los coordinadores son además *Profesionales de referencia* para gestores, profesionales sanitarios, periodistas y población general a la hora de abordar los múltiples aspectos que los trasplantes plantean en el día a día y con un papel primordial en la *promoción de la donación* y en la *formación* de nuevos coordinadores, otros médicos y personal de enfermería, que garantizarán la viabilidad y buen funcionamiento del sistema para el futuro.

Figura 3.8 Proceso de donación y trasplante.



Equipos de trasplante

Durante 2009, ha habido en España 46 hospitales autorizados para trasplante, con programas de trasplante de órganos para riñón, hígado, corazón, pulmón, páncreas, intestino delgado y otros [Tabla 3.21](#).

En la actualidad el número de equipos de trasplante renal existentes en nuestro país es 44 (7 de ellos de trasplante renal infantil y 37 de trasplante renal en adulto), a cada equipo le corresponde una población de 1.1 millones; en el caso del trasplante hepático hay 24 centros, siendo la ratio de población atendida de 1.9 millones. En 2009 había 18 centros de trasplante cardíaco (ratio de población 2.6 millones) y 7 centros con programa activo para la realización de trasplante pulmonar, esto supone una ratio de población atendida por centro de 6,6 millones.

Tabla 3.21 Red de centros / equipos de trasplantes 2009.

CCAA	Equipos de Tx. Renal (Infantil)	Centros de Tx. Hepático (infantil)	Centros de Tx. cardíaco	Centros de Tx. Pulmonar	Equipos de Tx. de páncreas-riñón y otras combinaciones
Andalucía	6 (1)	4 (1)	2	1(1)	2
Aragón	1	1	1		
Asturias	1	1	1		
Baleares	1	1			
Canarias	2	1			1
Cantabria	1	1	1	1	1
Castilla y León	2	1	1		1
Castilla- La Mancha	2				
Cataluña	8 (2)	3 (1)	4	1(1)	2
Comunidad Valenciana	4 (1)	1 (1)	1	1(1)	1
Extremadura	1	1			
Galicia	2	2	1	1	2
Madrid	9 (2)	5 (2)	4	2	2(1)
Murcia	1	1	1		1
Navarra	1	1	1		
País Vasco	2 (1)	1			
La Rioja					
Ceuta					
Melilla					
Total	44 (7)	24 (5)	18	7 (3)	13 (1)
Observaciones	*Tx: trasplante **()Trasplante infantil.				
Fuente	Organización Nacional de Trasplantes. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.				

Actividad de donación y trasplantes 2009¹⁷

Donación de órganos

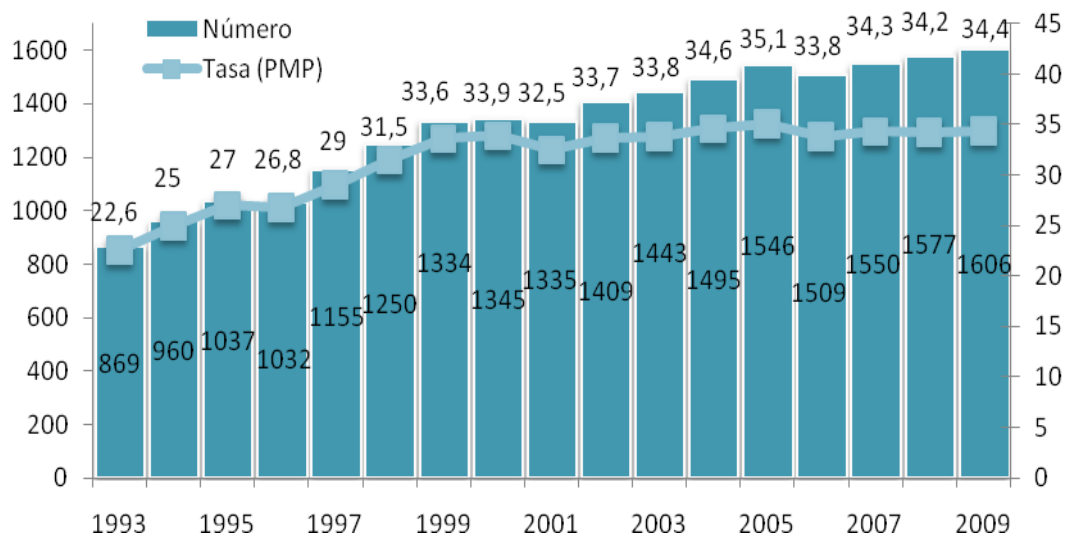
En el año 2009, hubo en España 1.606 donantes de órganos, lo que supone una tasa de 34.4 donantes PMP. En la [Figura 3.9](#) aparece la evolución de las tasas de donación en nuestro país en los últimos años. Esta actividad de donación permitió la realización de un total de 4.028 trasplantes de órganos sólidos (2.328 trasplantes renales, 1.099 trasplantes hepáticos, 274 trasplantes cardíacos, 219 trasplantes pulmonares, 97 trasplantes de páncreas y 11 trasplantes intestinales).

En la [Figura 3.10](#) se pueden observar los datos de donación de nuestro país en comparación con otros países, durante los últimos años (2005-2009). Dentro de nuestro país hay también variabilidad en las cifras de donación entre CCAA. La [Figura 3.11](#) recoge la distribución de donantes entre CCAA durante el año 2009, tanto en valores absolutos como en tasas PMP.

Respecto a las características sociodemográficas de los donantes, la edad media de los donantes en 2009 fue 54,6 años, siguiendo la tendencia ascendente de años anteriores. En la [Figura 3.12](#) se puede observar la evolución de los donantes en función de los grupos de edad, el grupo de mayores de 45 años ha pasado de ser un 57% en 1999 a casi un 75% en 2009. La distribución por género en 2009 se mantiene similar a años anteriores, aproximadamente el 61% hombres y el 39% mujeres.

¹⁷ Memorias de actividad de donación y Trasplante. [<http://www.ont.es/infesp/Paginas/Memorias.aspx>]

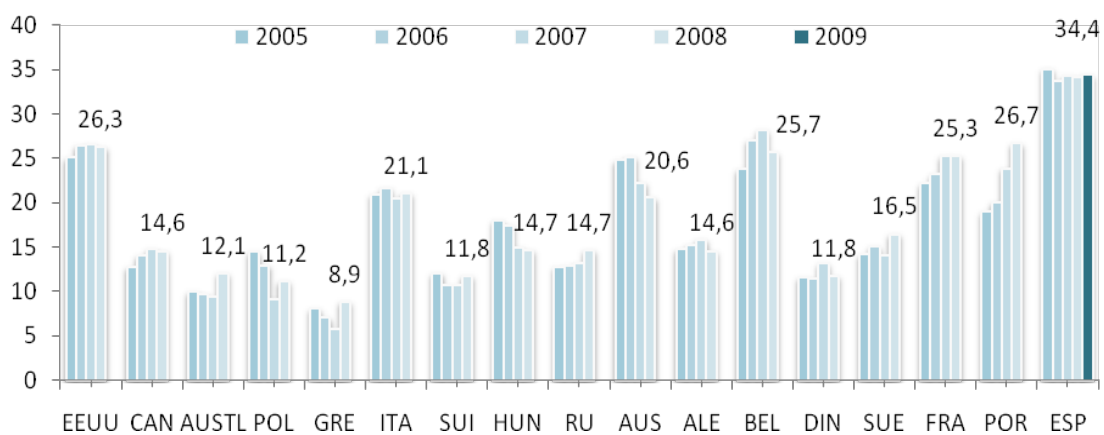
Figura 3.9 Número total y tasa anual (PMP) de donantes de órganos. España 1993-2009.



Observaciones PMP: por millón de población

Fuente Organización Nacional de Trasplantes. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

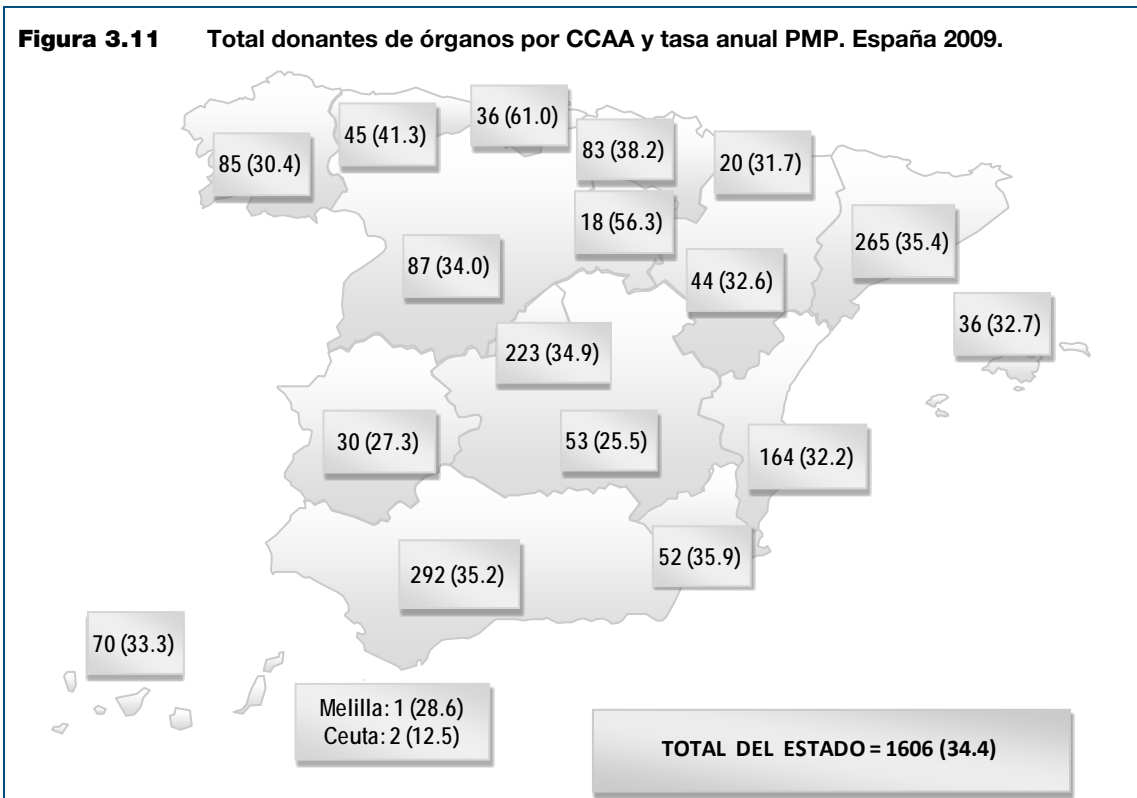
Figura 3.10 Tasa anual (PMP) de donantes de órganos en España en comparación con otros países (2005-2009).



Observaciones PMP: por millón de población

Fuente Organización Nacional de Trasplantes. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

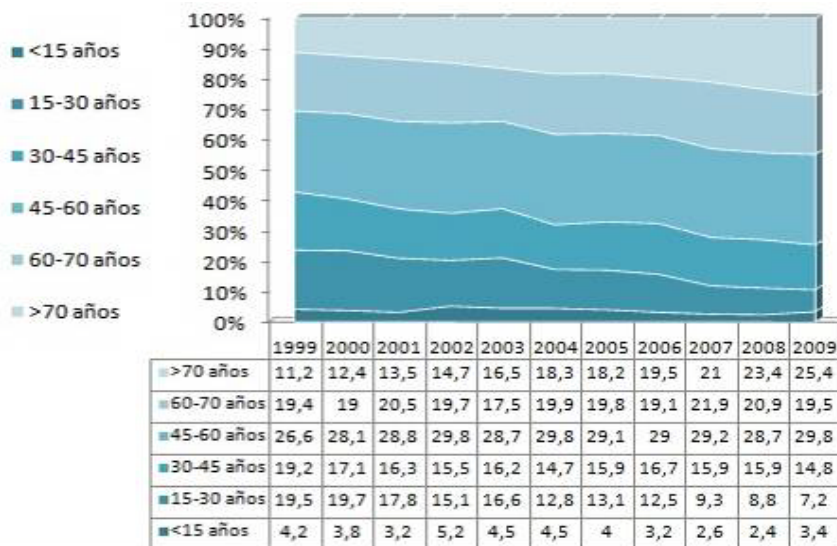
Figura 3.11 Total donantes de órganos por CCAA y tasa anual PMP. España 2009.



Observaciones PMP: por millón de población

Fuente Organización Nacional de Trasplantes. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Figura 3.12 Grupos de edad de donantes de órganos. España 1999-2009.

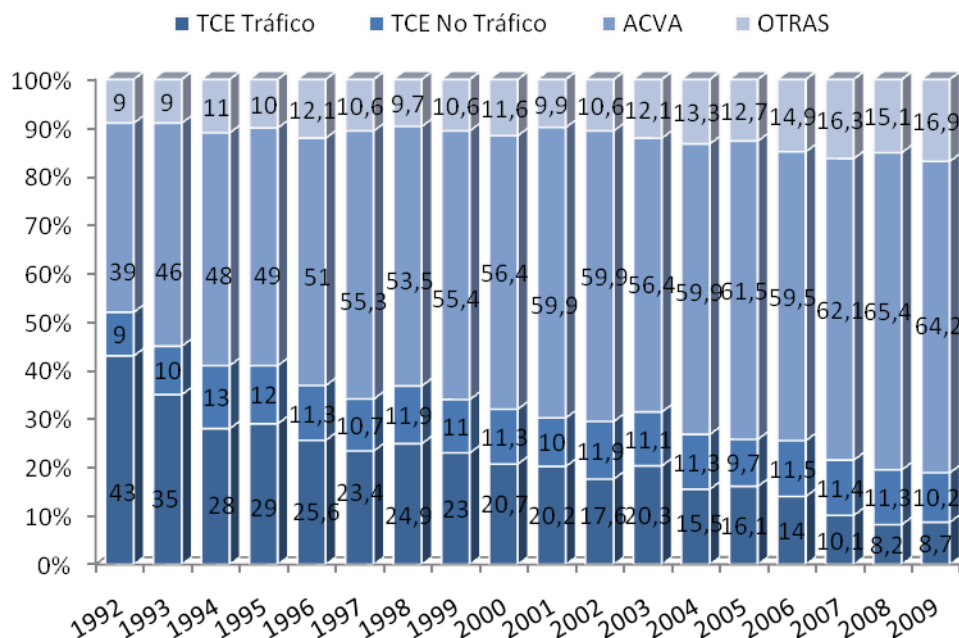


Fuente Organización Nacional de Trasplantes. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

El perfil de los donantes en cuanto a la causa de muerte también se ha modificado (Figura 3.13). Los accidentes cerebrovasculares como causa de muerte han pasado de un 39% en 1992 a más de un 64% en 2009; los donantes fallecidos por traumatismo

craneoencefálico secundario a accidente de tráfico suponen actualmente sólo el 8,7% de los donantes, cuando en 1992 ascendían al 43%.

Figura 3.13 Causas de muerte de los donantes de órganos. España 1992-2009.

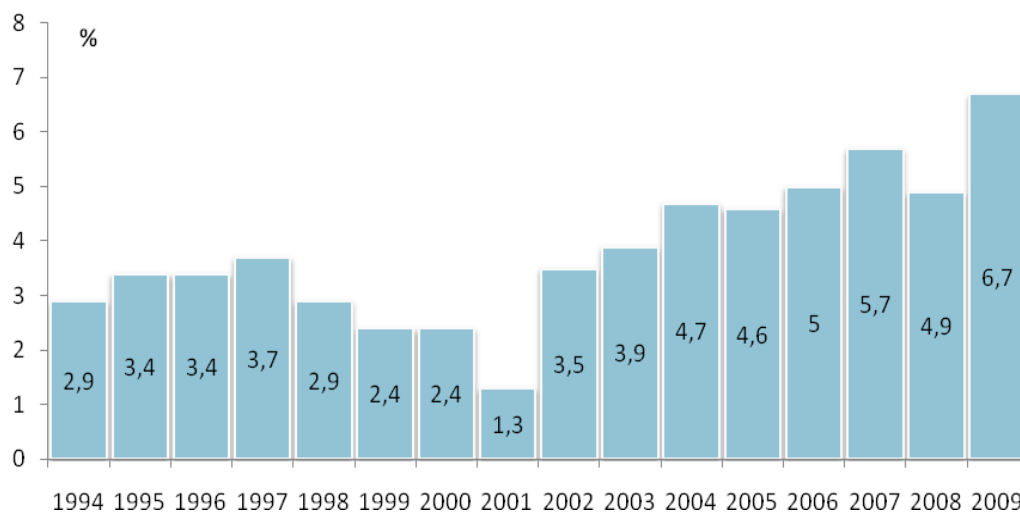


Fuente Organización Nacional de Trasplantes. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

A pesar de que la situación en España respecto a la donación es excelente, el envejecimiento poblacional, los buenos resultados obtenidos con los trasplantes y, consecuentemente, el aumento de las indicaciones hacen que las listas de espera de pacientes pendientes de recibir un órgano aumenten cada año, a pesar de que el número de trasplantes también aumenta. Entre las alternativas para aumentar el pool de donantes de órganos está la donación a corazón parado o donación tras la muerte cardíaca. En la [Figura 3.14](#) se recoge la evolución del porcentaje de donantes a corazón parado en nuestro país desde 1994; en los últimos años ha ido aumentando, lenta pero progresivamente, hasta suponer en 2009 el 6,7% de los donantes totales (107/ 1.606).

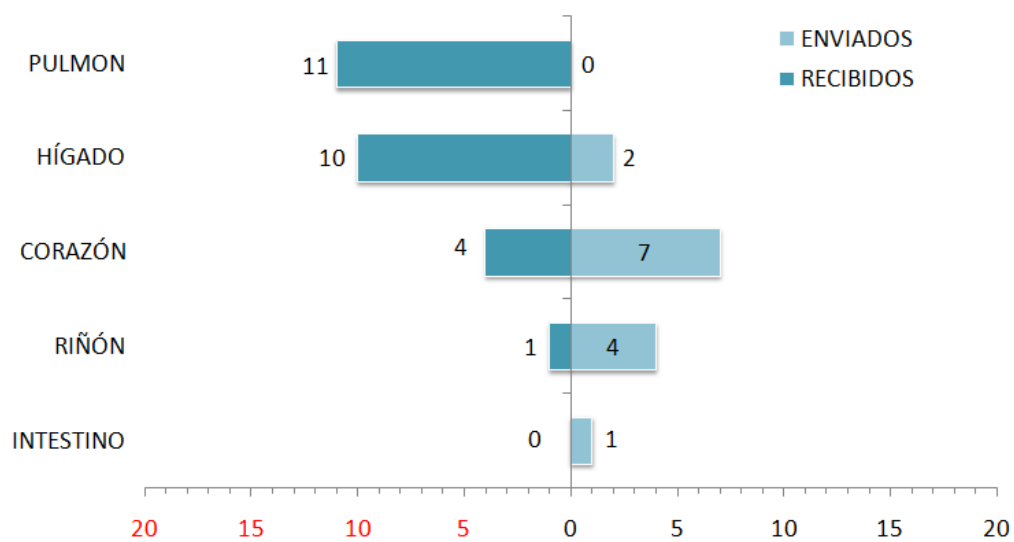
Desde la ONT se gestionan además las ofertas de órganos de donantes en muerte encefálica procedentes de otros países europeos que se reciben o realizan a través de la Organización Catalana de Trasplantes, con quien se trabaja de forma estrecha y coordinada. La [Figura 3.15](#) y la [Figura 3.16](#) recogen el intercambio de órganos con otros países europeos en 2009 y los datos acumulados desde 1990; en total se han recibido 342 órganos en estos 20 años y se han enviado 691 a otros países.

Figura 3.14 Porcentaje de donantes a corazón parado sobre el total de donantes. España 1994-2009.



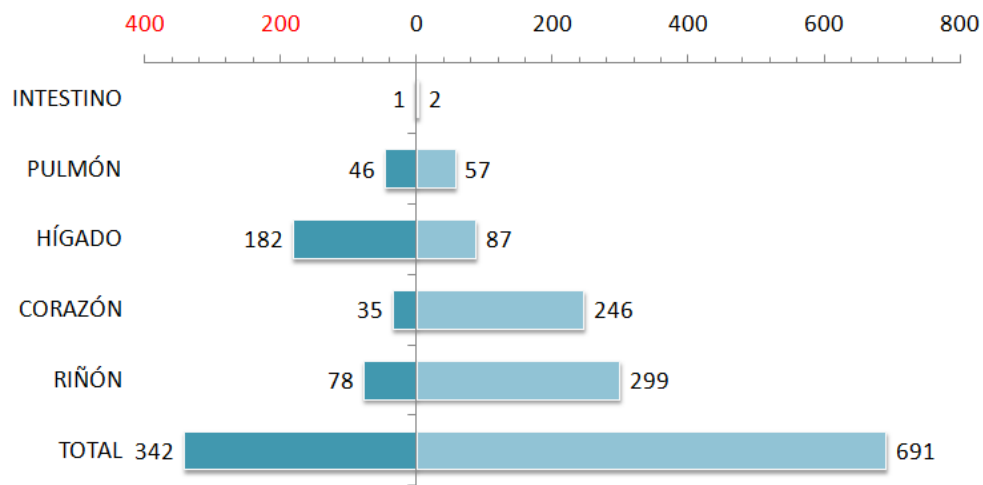
Fuente Organización Nacional de Trasplantes. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Figura 3.15 Intercambio de órganos con el resto de Europa. España 2009.



Fuente Organización Nacional de Trasplantes. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Figura 3.16 Intercambio de órganos con el resto de Europa. España 1990 - 2009. (Datos acumulados)

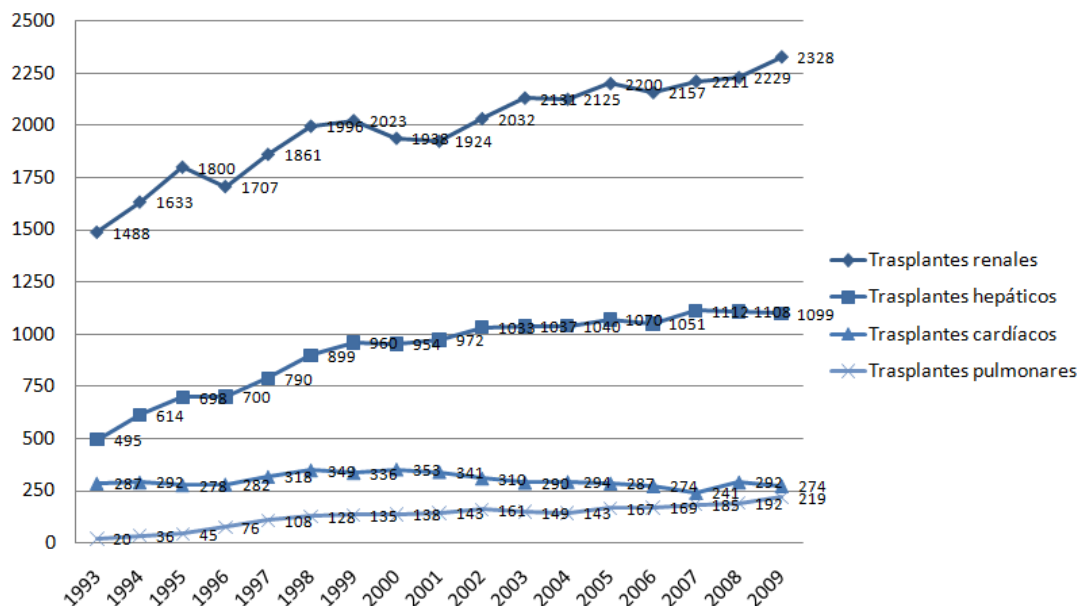


Fuente Organización Nacional de Trasplantes. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Trasplantes de órganos

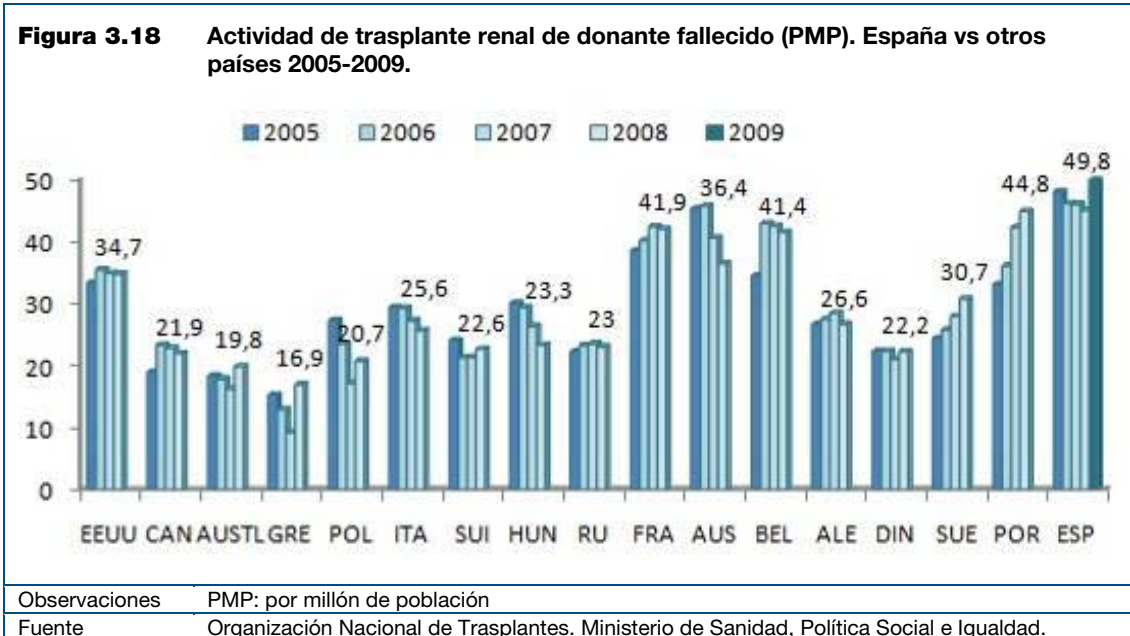
Desde la creación de la ONT se han realizado 73.855 trasplantes de órganos en España. Durante 2009, se realizaron 4.028, de los que 2.328 fueron trasplantes renales, 62 de ellos infantiles (Figura 3.17).

Figura 3.17 Actividad de trasplantes renal, hepático, cardíaco y pulmonar (número absoluto). España 1993-2009.

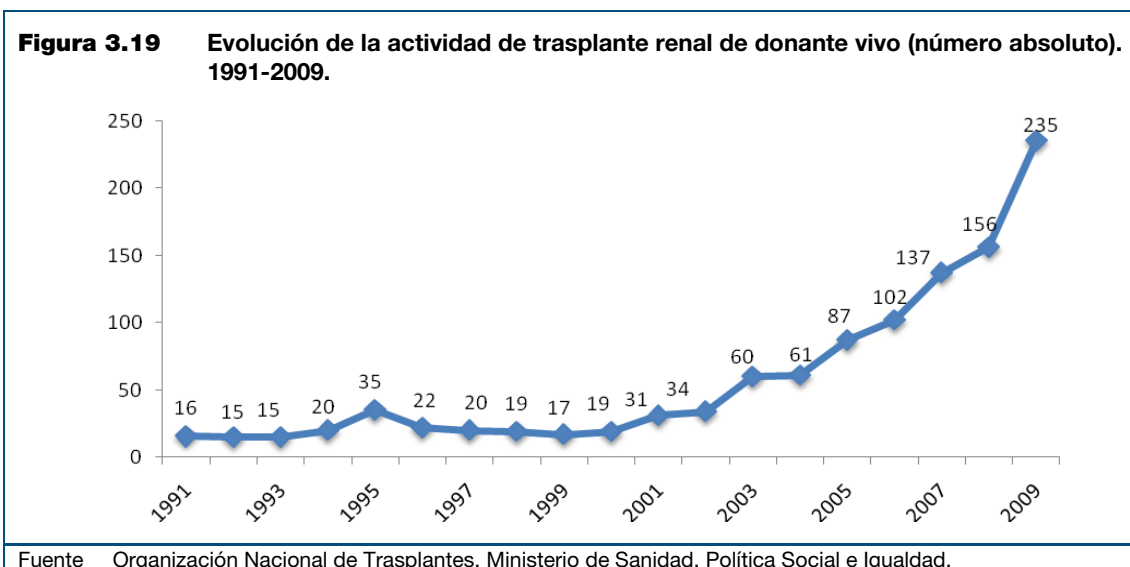


Fuente Organización Nacional de Trasplantes. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

La tasa de trasplante renal de donante fallecido fue de 49,8 PMP, superior a la de otros países (Figura 3.18). El Registro Mundial de Donación y Trasplantes¹⁸, desarrollado por la ONT en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), recoge información anual de más de 60.000 trasplantes renales realizados en el mundo.



Dentro de la actividad de trasplante renal no se puede olvidar hacer alusión al trasplante renal de donante vivo, que ha ido incrementándose durante los últimos años como complementaria a la donación de donantes fallecidos, en aquellos casos en que pueda ofertar unos mejores resultados. En 2009, se realizaron 235 trasplantes renales de donante vivo del total de 2.328 trasplantes renales realizados (Figura 3.19).

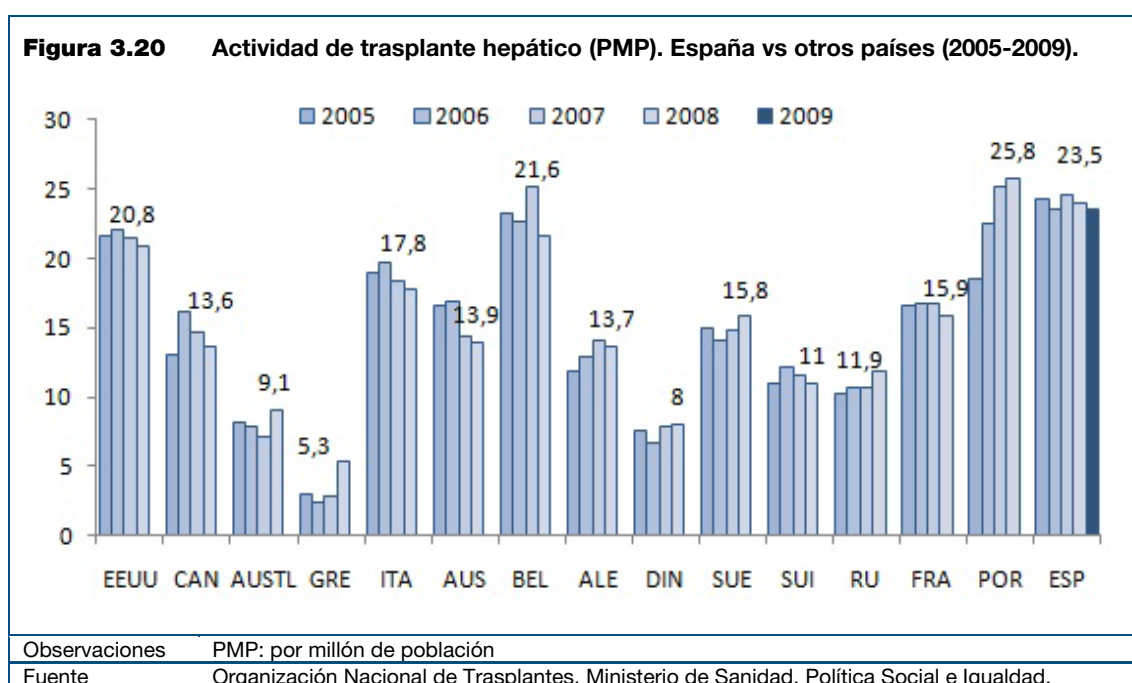


¹⁸ Global Observatory on Donation and Transplantation: Activities, laws and organization. Final Report 2010: <http://www.transplant-observatory.org/Data%20Reports/2010%20Report%20final.pdf>

En el año 2008, fue aprobada por el Consejo Interterritorial de Trasplantes la elaboración de un Programa Nacional de Trasplante Renal Cruzado para ofrecer la opción de trasplante renal de vivo a aquellas parejas de donante-receptor incompatibles. En 2009, se realizó el primer trasplante renal cruzado dentro de este programa.

El trasplante hepático es actualmente una alternativa terapéutica plenamente consolidada, se está convirtiendo además en uno de los principales tipos de trasplantes que se realizan en el mundo. Según los datos del Registro Mundial de Donación y Trasplantes¹⁹ cada año se realizan en el mundo en torno a 20.000 trasplantes hepáticos; en nuestro país el número de trasplantes hepáticos en 2009 ascendió a 1.099 (Figura 3.17), de ellos 67 fueron infantiles y 29 de donante vivo.

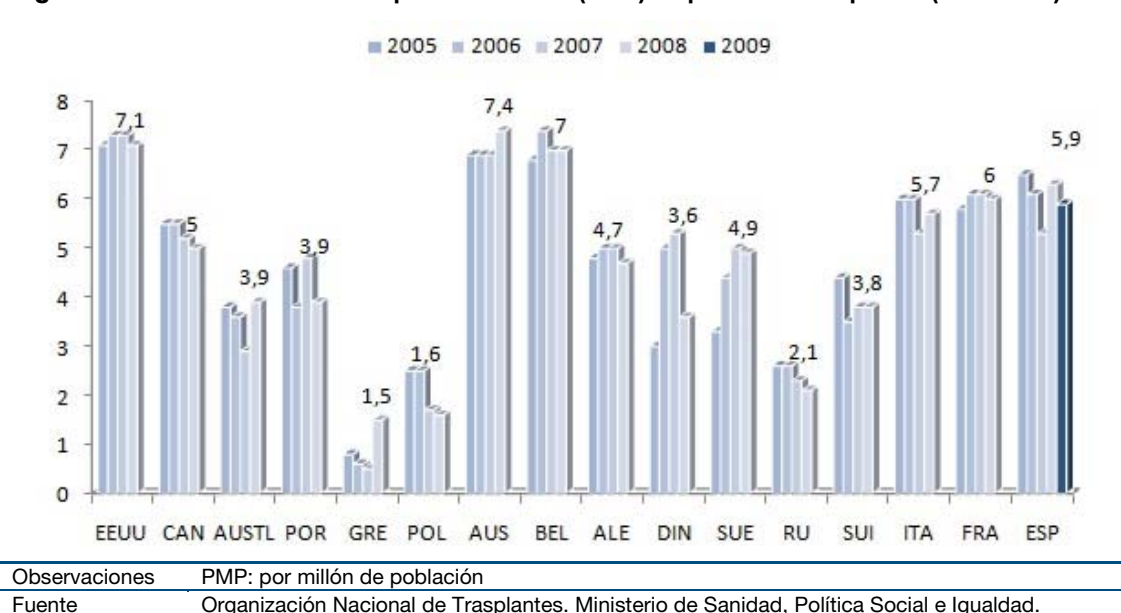
El número de trasplantes hepáticos realizados en 2009 alcanza el 5% de la actividad mundial de trasplante hepático, hecho de gran relevancia teniendo en cuenta que la población española representa apenas el 0,7% de la población mundial. La Figura 3.20 muestra la evolución de la tasa de trasplante hepático PMP en los últimos años en varios países.



El trasplante cardíaco continúa siendo una terapia consolidada y de uso rutinario en muchos de nuestros hospitales. Desde el inicio en 1984 hasta la actualidad, se han realizado 6.048 trasplantes cardíacos en nuestro país, correspondiendo 274 de ellos (incluidos 25 trasplantes cardíacos infantiles) al año 2009 (Figura 3.17), lo que supone una actividad de 5,9 trasplantes cardíacos PMP. La Figura 3.21 recoge las tasas de nuestro país y otros países durante los últimos años.

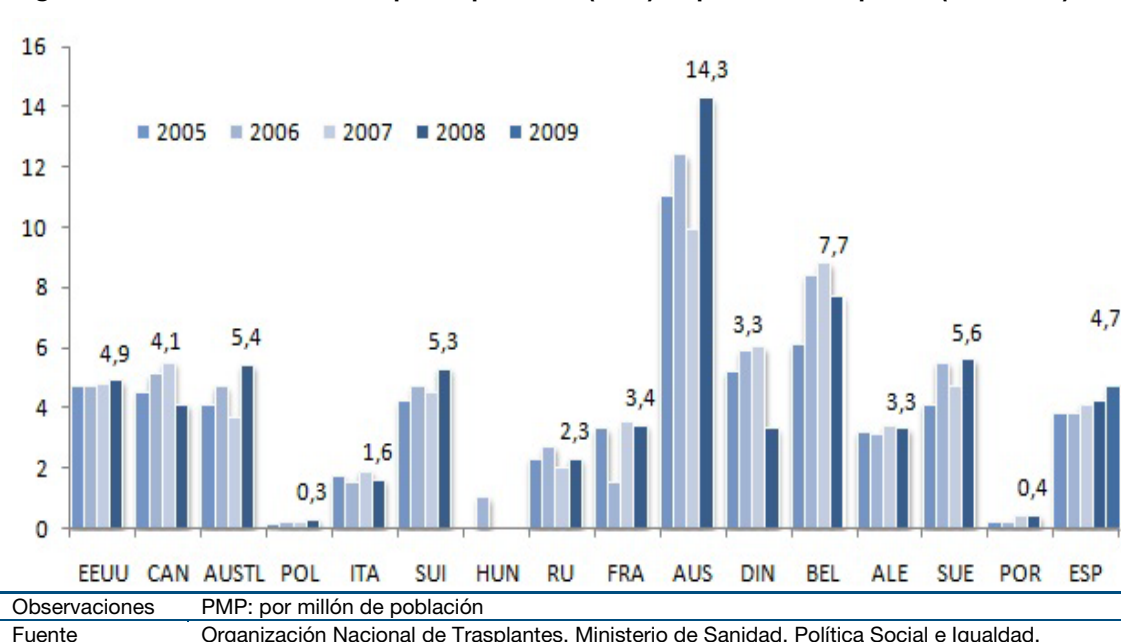
¹⁹ Global Observatory on Donation and Transplantation: Activities, laws and organization. Final Report 2010: <http://www.transplant-observatory.org/Data%20Reports/2010%20Report%20final.pdf>

Figura 3.21 Actividad de trasplante cardíaco (PMP). España vs otros países (2005-2009).



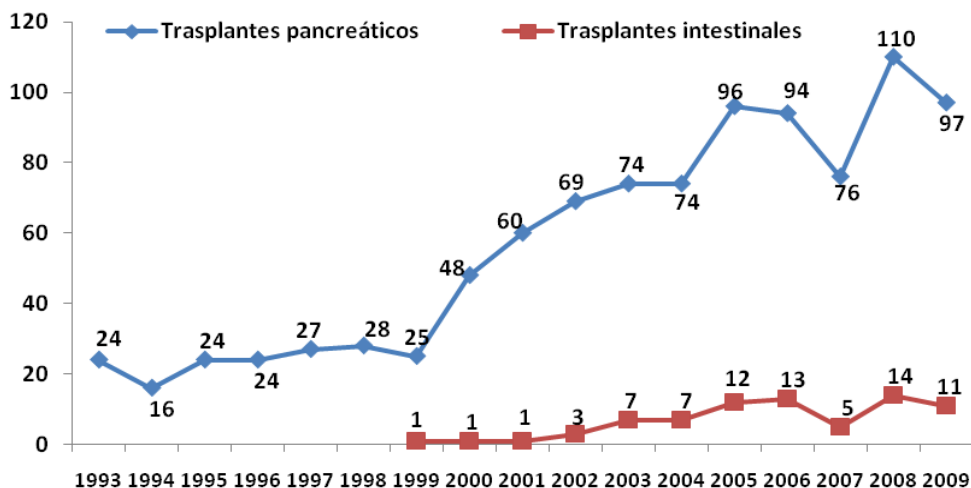
Durante el último año se han llevado a cabo 219 **trasplantes pulmonares** (Figura 3.17); desde 1990, año en el que se efectuó el primer trasplante pulmonar en España, se han practicado un total de 2.237. En 2009, ha continuado la tendencia ascendente de trasplantes pulmonares, correspondiendo 93 a trasplante unipulmonar y 126 a bipulmonar. La tasa de trasplante pulmonar PMP es de 4,7, la Figura 3.22 nos permite ver esta tasa en relación a otros países y años.

Figura 3.22 Actividad de trasplante pulmonar (PMP). España vs otros países (2005-2009).



En 2009, se realizaron 97 trasplantes pancreáticos en sus distintas modalidades (páncreas – riñón o páncreas aislado) y, 11 trasplantes de intestino delgado (Figura 3.23).

Figura 3.23 Actividad de trasplantes pancreáticos e intestinales (número absoluto). España 1993-2009.



Fuente Organización Nacional de Trasplantes. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

La Tabla 3.22 muestra la distribución por CCAA de los trasplantes realizados durante 2009.

Tabla 3.22 Distribución por CCAA de los trasplantes realizados en 2009.

CCAA	Trasplante renal	Trasplante hepático	Trasplante cardíaco	Trasplante pulmonar	Trasplante pancreático
Andalucía	381	195	41	27	23
Aragón	66	30	6	-	-
Asturias	46	32	12	-	-
Baleares	45	-	-	-	-
Canarias	103	40	-	-	9
Cantabria	46	25	14	33	3
Castilla y León	79	27	13	-	9
Castilla-La Mancha	51	-	-	-	-
Cataluña	524	202	42	51	25
Comunidad Valenciana	209	117	36	24	5
Extremadura	33	13	-	-	-
Galicia	127	78	21	40	6
Madrid	417	211	79	44	16
Murcia	48	54	4	-	1
Navarra	35	26	6	-	-
País Vasco	118	49	-	-	-
La Rioja	-	-	-	-	-
Ceuta	-	-	-	-	-
Melilla	-	-	-	-	-
TOTAL	2328	1099	274	219	97
Observaciones	Tx: trasplante. No incluidos otros trasplantes multiviscerales.				
Fuente	Organización Nacional de Trasplantes. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.				

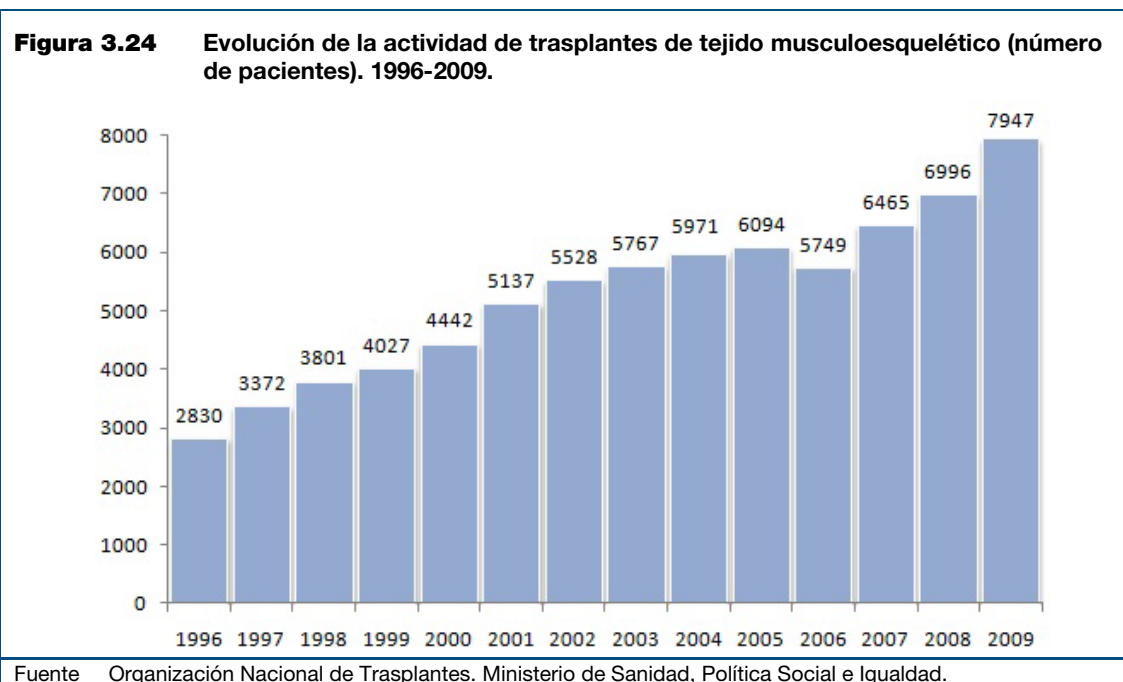
Actividad de donación y trasplante de tejidos y células 2009²⁰

En términos absolutos los trasplantes de tejidos y células superan con creces al trasplante de órganos; en los 20 años de existencia de la ONT se han llevado a cabo más de 300.000 implantes de células o tejidos en nuestro país.

Tejidos

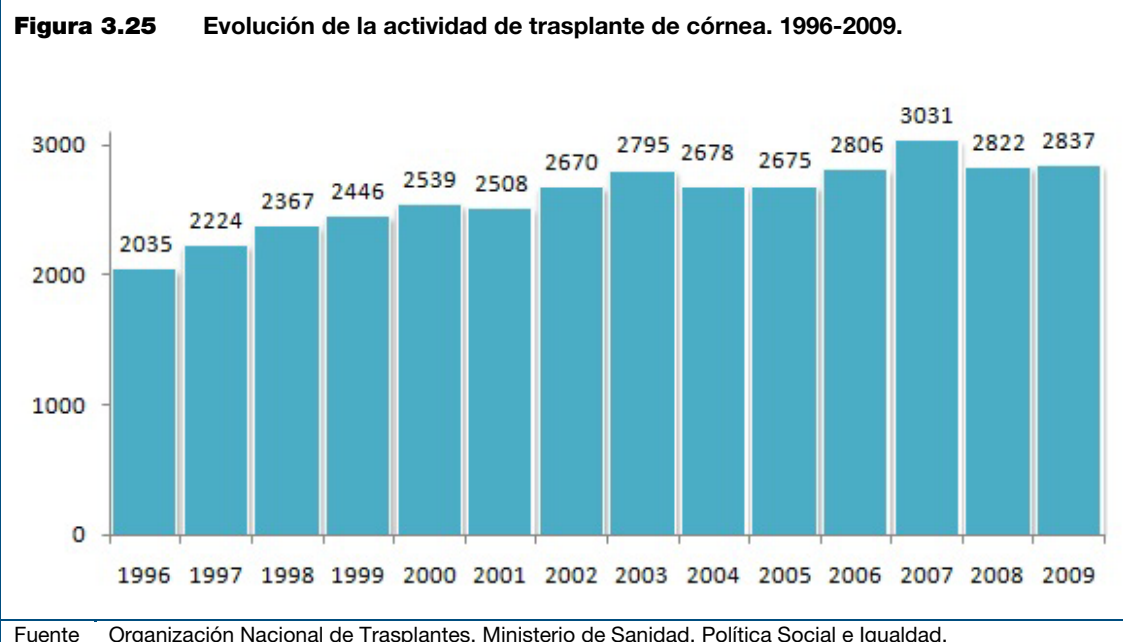
En la actualidad cada año, más de 12.000 personas en España se benefician de la aplicación de algún tejido de origen humano. A continuación, se describen algunos de los datos más relevantes de la actividad de trasplante de tejidos.

El tejido musculoesquelético u osteotendinoso engloba una gran variedad de tipos diferentes de tejidos como hueso esponjoso, hueso cortical, fragmentos de hueso-tendón-hueso, ligamentos, meniscos, cartílagos, etc. Durante 2009, hubo 1.962 donantes de tejido osteotendinoso, 665 donantes vivos y 1.297 donantes fallecidos; se obtuvieron un total de 9.862 fragmentos óseos. El número de pacientes trasplantados ascendió a 7.947, lo que supone una tasa PMP de 170 y muestra un incremento respecto a años anteriores (Figura 3.24).



La córnea ha sido uno de los primeros tejidos que se ha implantado como tal. En el año 2009, se obtuvieron 5.185 córneas, se realizaron 2.837 trasplantes, cifra muy similar a la del año anterior (Figura 3.25). La tasa de trasplantes de córneas PMP fue el pasado año de 60,7 para el conjunto del país.

²⁰ Memorias de actividad de donación y Trasplante: <http://www.ont.es/infesp/Paginas/Memorias.aspx>



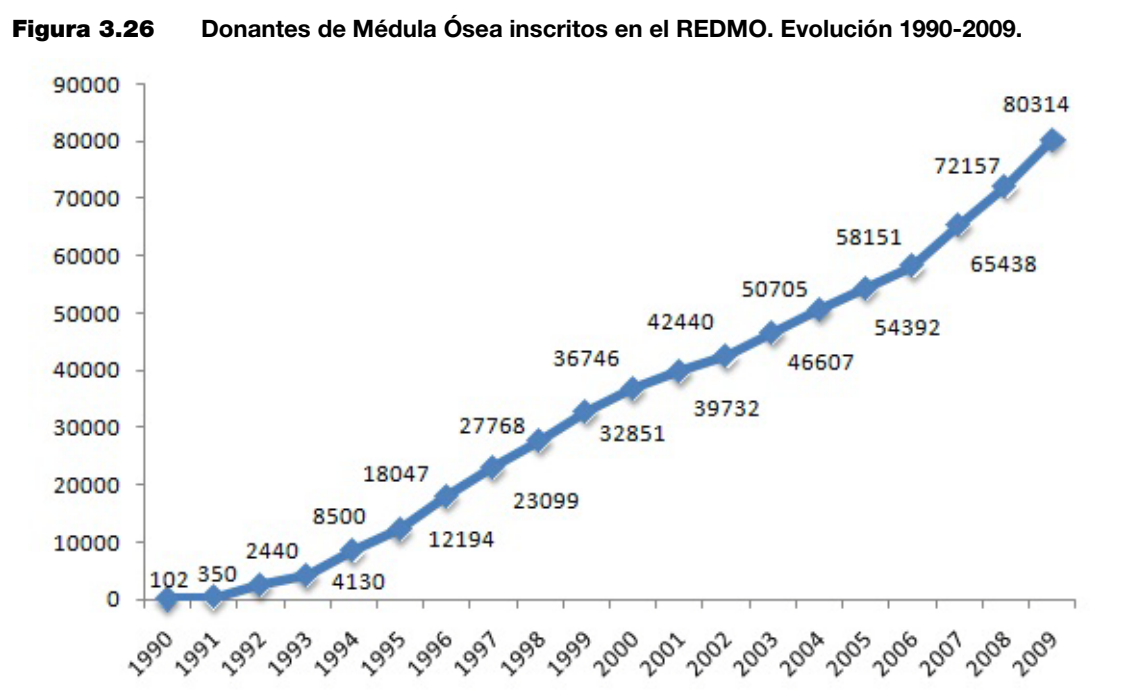
El trasplante de tejidos compuestos se define como el implante de injertos pluritissulares obtenidos de un donante en muerte encefálica y revascularizados mediante técnicas microquirúrgicas, en un receptor sin relación de parentesco con el donante. Este tipo de trasplante constituye ya una realidad, habiéndose realizado en nuestro país tres de miembros superiores (en 2006, 2007 y 2008) y uno de cara en 2009.

Células

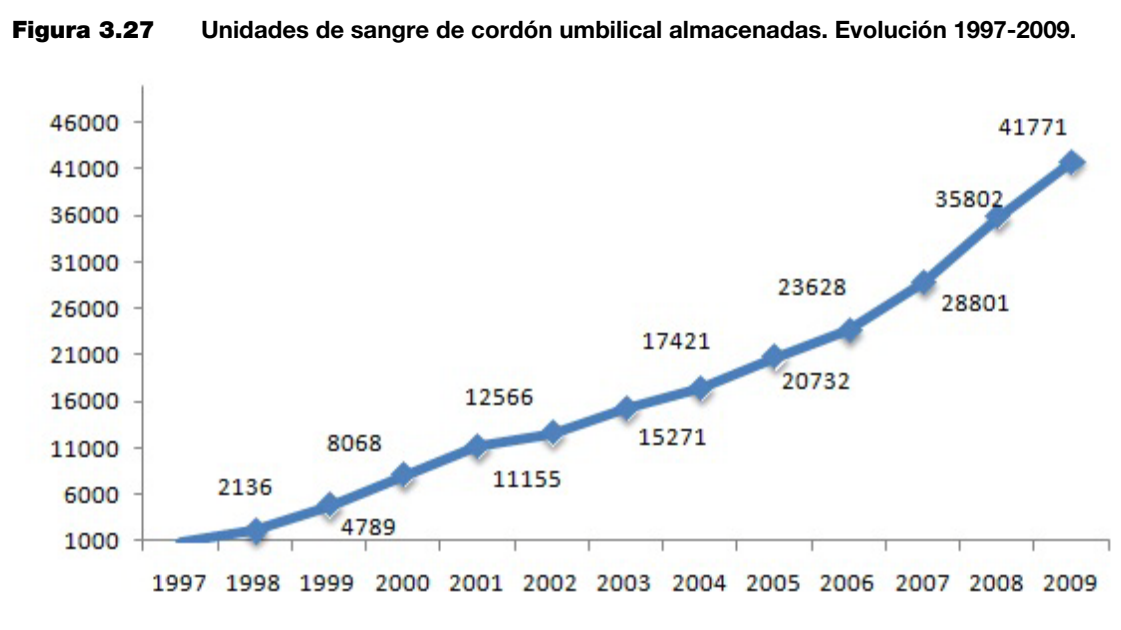
Los trasplantes de progenitores hematopoyéticos (TPH) constituyen hoy en día una terapéutica establecida para gran variedad de enfermedades congénitas y adquiridas que afectan a la médula ósea. Los tradicionales trasplantes de médula ósea procedentes de un hermano HLA idéntico, han sido complementados por la posibilidad de obtención de células progenitoras hematopoyéticas procedentes de otros orígenes como la sangre periférica o la sangre de cordón umbilical, así como por la posibilidad del empleo de otro tipo de donantes, como son otros familiares y los donantes no emparentados. Actualmente, existen en el mundo alrededor de 14,5 millones de donantes de médula ósea y más de 350.000 unidades de sangre de cordón umbilical (SCU), lo que evidentemente ha incrementado la posibilidad de encontrar un donante compatible y la posibilidad de realización de un trasplante no emparentado.

A finales de 2009, existían en el Registro de Donantes de Médula Ósea (REDMO) un total de 80.314 donantes registrados. La [Figura 3.26](#) muestra la evolución de los donantes registrados desde 1990 hasta 2009.

Asimismo, a finales del pasado año se disponía de 41.771 unidades de Sangre de Cordón Umbilical (SCU) almacenadas en los bancos españoles, continuando así la tendencia ascendente de los últimos años ([Figura 3.27](#)).



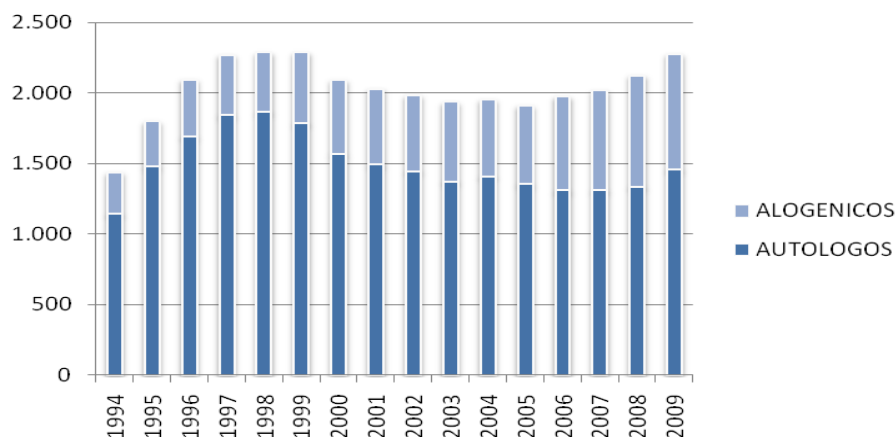
Fuente Organización Nacional de Trasplantes. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.



Fuente Organización Nacional de Trasplantes. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

La [Figura 3.28](#) muestra la evolución del número de trasplantes de progenitores hematopoyéticos (TPH), habiéndose realizado 2.275 en 2009, 1.458 (64,1%) de ellos correspondían a trasplantes autólogos y los 817 (35,9%) restantes a trasplantes alogénicos. Durante el año 2009, se ha producido un incremento en el número de trasplantes, ascendiendo la tasa a 48,7 PMP., debido básicamente al incremento de los trasplantes alogénicos no emparentados.

Figura 3.28 Evolución de la actividad de trasplante de progenitores hematopoyéticos (tipos). 1994-2009.



Fuente Organización Nacional de Trasplantes. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Formación / docencia

Una de las funciones que caracterizan a la ONT es la formación a los profesionales que participan, de un modo u otro, en el proceso de donación y trasplante.

Máster Alianza

Desde 2005 la ONT, en colaboración con la Universidad de Barcelona y de acuerdo con la Comisión de Trasplantes del Consejo de Interterritorial, patrocina y desarrolla un Máster Internacional en Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, con la finalidad de formar anualmente a profesionales de Latinoamérica, a ser posible, propuestos por sus respectivas organizaciones de trasplantes y que vayan a tener en el futuro responsabilidades directas en el campo de la donación y el trasplante. Se han realizado seis ediciones del máster, en las que han participado 212 profesionales procedentes de 16 países.

Cursos de donación y trasplantes

Cursos y Simposios sobre temas monográficos de máxima actualidad e interés en el campo de la Donación y los Trasplantes, con la participación de ponentes especializados sobre cada tema, tanto nacionales como internacionales. Desde enero de 2005, se han realizado 15 cursos y seminarios sobre diversos aspectos de la donación, el trasplante y la terapia celular.

Cursos generales de formación de coordinadores de trasplante en colaboración con otras instituciones y subvencionados por el Ministerio de Sanidad a través de la ONT. Se realizan anualmente tres cursos internacionales y uno nacional en Barcelona, Granada y Alicante.

Curso de control y gestión de la calidad de las actividades relacionadas con tejidos humanos, desde 2007 y en colaboración con la Oficina de Coordinación de Trasplantes (OCT) de Galicia, del Servicio Gallego de Salud, para la formación de profesionales de establecimientos de tejidos.

Cursos de formación en trasplante renal de vivo para nefrólogos y urólogos, organizados desde 2008, en colaboración con la Fundación Puigvert de Barcelona.

Cursos de formación en donación y trasplante dirigido a residentes de tercer y cuarto año de la especialidad de Medicina Intensiva, en colaboración con la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMYCIUC). Se celebran desde 2006, en Granada, Barcelona, Madrid y Valladolid (Castilla León-Asturias).

Durante 2009, se ha iniciado la realización de cursos de formación en donación y trasplante para profesionales sanitarios de Servicios de Urgencias y Emergencias, en colaboración con la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), habiéndose realizado en Castilla León (Zamora, Valladolid, Segovia y Salamanca) y Cataluña (Gerona, Tarragona, Barcelona y Sant Cugat)

Cursos de comunicación en situaciones críticas

La ONT imparte el seminario “*El proceso de donación: actitudes e implicaciones*”, cuyos objetivos son: conocer las estrategias de comunicación más eficaces para informar sobre el fallecimiento de un familiar, responder adecuadamente ante el dolor de los familiares en el proceso de solicitud de donación, practicar las habilidades implicadas en el proceso de solicitud de donación y tomar conciencia del valor potencial que la donación de órganos y tejidos puede tener para los familiares que pierden a un ser querido

Desde 1992, se celebran anualmente entre 18 y 30 seminarios para 20 profesionales sanitarios cada uno; impartidos íntegramente por profesionales de la ONT. Se han realizado ya más de 390 cursos en España y se han formado 7.500 profesionales: médicos y enfermeras y, de otras profesiones sanitarias y parasanitarias.

El programa se está implementando además en Latinoamérica. Con ese objetivo, el equipo docente de la ONT, realiza cursos de formación de formadores a partir de los cuales, se selecciona y capacita a los profesionales que lo han de impartir en el futuro en su país.

Además, anualmente se realizan diversas reuniones y talleres de trabajo con otros grupos de interés como son: los profesionales de la comunicación para lograr una adecuada difusión que permita mejorar el conocimiento de la población sobre donación y trasplantes y, con profesionales de la Administración de Justicia para debatir materias relacionadas con la promoción y el trasplante, a fin de conseguir una mejor coordinación entre las actuaciones de las que cada colectivo es responsable.

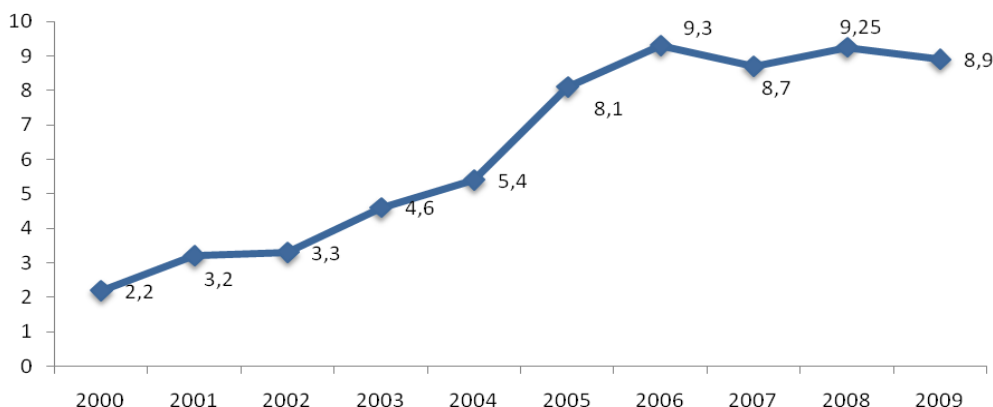
Fomento de la donación entre minorías y grupos étnicos: proyecto donación sin fronteras

Nuestro Sistema Nacional de Salud se caracteriza por su universalidad, que garantiza el acceso a tratamiento a toda persona que resida en nuestras fronteras. Esto constituye una variable muy relevante para el sistema nacional de donación y trasplantes, en la doble vertiente de potenciales donantes y receptores entre estos colectivos.

El porcentaje de extranjeros que reside en España se sitúa en torno al 12,1%, los países que en la actualidad tienen una mayor representación en España son Marruecos, Ecuador, Rumania y Reino Unido. Además no debemos olvidar las personas españolas de etnia gitana que se estima en torno al millón. No poseen cultura de donación de órganos pero sí existen enfermos gitanos en lista de espera de trasplante y trasplantados.

La contribución de los extranjeros residentes en nuestro país a la donación de órganos se ha acercado al 9% en 2009 (Figura 3.29).

Figura 3.29 Evolución del porcentaje de donantes extranjeros frente al total (2000-2009).



Fuente Organización Nacional de Trasplantes. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Proyecto de Donación sin Fronteras

Se trata de un plan específico para fomentar la donación de órganos en personas de diferente cultura o religión, independientemente del país de procedencia. Sus principales objetivos son: dar una información clara en materia de donación y trasplante de órganos a la población que reside en nuestro territorio nacional independientemente de su cultura o país de procedencia, potenciar la colaboración entre la red de trasplantes y los mediadores culturales, definiendo su papel dentro de la ONT y formándolos adecuadamente para ello y estrechar las relaciones con las organizaciones sociales más representativas de los diferentes colectivos. Las principales acciones desarrolladas dentro de este proyecto son:

- Campaña de información y concienciación sobre donación y trasplante de órganos: basada en trípticos y carteles. Habla de la donación como un acto generoso y altruista independiente de las diferencias culturales que componen el país y aceptada sin reservas por las distintas religiones. Lo novedoso de esta campaña frente a las previas, es que el texto tiene alguna variación en función del grupo poblacional al que va dirigido. La información está escrita en diferentes idiomas: inglés, francés, rumano, árabe y chino, con el castellano como comodín.
- Formación específica: Taller donación sin fronteras, se realizó en 2007 con la asistencia de coordinadores de trasplantes de toda la geografía española y mediadores culturales de diferentes áreas geográficas y distintas culturas. La formación va orientada al acercamiento a las familias, de otra cultura, religión o país de origen, en un momento doloroso como es el fallecimiento de un ser querido. Es imposible que un coordinador de trasplantes conozca a la perfección las diferencias culturales que existen en los pueblos del mundo pero sí es necesario que sepa identificar algunos matices que le ayudarán a la hora de realizar una entrevista familiar. Del mismo modo, el mediador cultural no tiene por qué conocer con detalle el proceso de donación y trasplantes pero podrá colaborar con el profesional sanitario de una forma mucho más eficaz si ha recibido formación al respecto. El trabajo en equipo

entre coordinador hospitalario de trasplantes y mediador cultural favorece una mejor relación de ayuda a los seres queridos del difunto.

Cooperación internacional

A lo largo de sus 20 años de historia, la Organización Nacional de Trasplantes ha desarrollado una larga experiencia de colaboración con otros países, tanto de forma bilateral con quienes lo han solicitado como a través de organismos internacionales. El Modelo Español de Donación y Trasplantes ha sido transferido a otros países y regiones del mundo con éxito.

Las líneas de colaboración internacional en el área de trasplantes tiene 3 grandes apartados: Europa, Latinoamérica y la Organización Mundial de la Salud.

Europa

España ha participado extensamente en la Comisión de Trasplantes del Consejo de Europa, presidiéndola durante 7 años. Ha promovido la elaboración de la mayoría de los documentos (alrededor de 20 entre recomendaciones y documentos de consenso) en los que se basan las acciones actuales de la Comisión y el Parlamento Europeo en materia de trasplantes y que han constituido un pilar básico en el desarrollo de los trasplantes en todo el continente y por extensión han servido de referencia para que estas terapéuticas se estructuren en otras partes del mundo.

La ONT recoge desde 1996, los datos de actividad de donación y trasplantes que se publican anualmente en [Newsletter de Trasplantes del Consejo de Europa](#)²¹.

España tuvo un papel determinante en el [Desarrollo de la Directiva Europea 2004/23/CE](#)²² relativa al establecimiento de normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y su complementaria de anexos técnicos del año 2006.

A través de la ONT, España ha sido participante imprescindible de muchos de los proyectos financiados por la UE en materia de donación y trasplante de órganos en los últimos años y en el Plan de Acción, planteado por la Comisión Europea, que acompaña a la Directiva Europea recién aprobada sobre normas de calidad y seguridad de los órganos humanos destinados a trasplantes.

Latinoamérica

En 2005, se creó la [Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplantes](#) (RCIDT)²³ que ha contribuido decisivamente a la articulación de los sistemas de donación en todos estos países, ejemplo de la transposición del Modelo Español de Donación y Trasplantes a otros países. La RCIDT ha incorporado otras actividades de cooperación que ya venían desarrollándose, como el Registro Iberoamericano de Donación y Trasplante (liderado por el Grupo Puntacana) y el Máster Internacional en Donación y Trasplante de órganos ALIANZA.

²¹ Newsletter de trasplantes del Consejo de Europa.

[<http://www.ont.es/publicaciones/Paginas/Publicaciones.aspx>]

²² Directiva Europea D2004/23/CE relativa al establecimiento de normas de calidad y de seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos. [http://www.ont.es/infesp/Legislacin/DIRECTIVA_CELULAS_Y_TEJIDOS.pdf]

²³ Red Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplantes. [<http://www.transplant-observatory.org/rcidt/default.aspx>]

Organización Mundial de la Salud (OMS)

En mayo de 2004 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la [Resolución 57.18](#)²⁴ sobre trasplante de órganos y tejidos humanos. Con ella los trasplantes pasaron a ser un área de trabajo específica dentro de la OMS.

El [Observatorio del Registro Mundial de Donación y Trasplantes](#)²⁵ forma parte de la estrategia de la OMS para implementar la Resolución 57.18 y ha sido diseñado y puesto en marcha por la ONT en colaboración con la OMS. Esta web tiene como finalidad ser una fuente de información de nivel mundial de diversos aspectos relacionados con la donación y el trasplante de órganos, células y tejidos, dirigido a profesionales y público en general. Gracias a esta estrecha colaboración, la ONT es oficialmente desde febrero de 2008 Centro Colaborador de la OMS.

La ONT además aporta expertos que participan en las consultas y reuniones regionales realizadas por la OMS en materia de trasplantes y ha tenido también un papel relevante en el proceso de revisión y actualización de los [Principios rectores sobre trasplante de órganos, células y tejidos humanos de la OMS](#)²⁶ que serán discutidos, para su posible aprobación, durante la 63 Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2010.

España participa en numerosos proyectos como el que lideran OMS, ONT y The Transplantation Society (TTS) para combatir la comercialización, tráfico de órganos y turismo de trasplantes. Uno de los logros de este equipo es la [Declaración de Istanbul sobre tráfico de órganos y turismo de trasplantes \(2008\)](#)²⁷. Otros proyectos liderados por la ONT, OMS y TTS son:

- Diccionario global de datos (*Global Data Dictionary*). La TTS ha impulsado un proyecto, cuyo objetivo es la creación de un diccionario global de donación y trasplante, que proporcione unos estándares para la recogida y análisis de información en el área, así como unas medidas universales clave.
- Armonización de datos en trasplante: Medición de la potencial disponibilidad de órganos de donantes fallecidos (*Data Harmonization in Transplantation: Measuring the Potential Supply of Organs from Deceased Donors*), se centra en la medición del potencial de donación con donante fallecido. Es una estrategia centrada en combatir la escasez de órganos para trasplante. Sus objetivos son: disminuir las diferencias existentes entre países en cuanto a su actividad, evitando así las grandes desigualdades entre los ciudadanos del mundo en sus probabilidades de acceso al trasplante y combatir las prácticas delictivas en trasplante a nivel global, en concreto, el tráfico de órganos y el turismo del trasplante.

²⁴ Resolución WHA 57.18 sobre trasplante de órganos y tejidos humanos. [<http://www.transplant-observatory.org/Contents/Library/Documents%20and%20guidelines/Pages/default.aspx?RootFolder=%2fContent%2fLibrary%2fDocuments%20and%20guidelines%2fDocuments%2fDocuments%20and%20Guidelines&FolderCTID=&View=%7bAC2DA617%2d8DBF%2d4AFC%2d9904%2d3E9D087B1533%7d>]

²⁵ Observatorio y Registro Mundial de Donación y Trasplante. [<http://www.transplant-observatory.org/Pages/Home.aspx>]

²⁶ Principios Rectores sobre trasplante de órganos, células y tejidos humanos de la OMS. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_24-sp.pdf]

²⁷ Declaración de Istanbul sobre Tráfico de Órganos y Turismo de trasplantes. [<http://www.transplant-observatory.org/rcidt/Reuniones%20Red%20%20Consejo/VII%20Reunión%20RCIDT.%20Mexico%20D.F.%20Mexico.%20Noviembre%202008/Día%20171108/DeclaracionEstambul.pdf>]

Organización de Naciones Unidas:

La ONT ha sido coautora del [Estudio sobre Tráfico de órganos, tejidos y células y tráfico de personas con el objetivo de la extracción de órganos](#)²⁸, promovido de manera conjunta por la Organización de Naciones Unidas (ONU) y el Consejo de Europa. El estudio resalta la importancia de mantener inalterado el principio de que “El cuerpo humano y sus partes, como tales, no deberán ser objeto de lucro” (Convención de Derechos Humanos y Biomedicina y Principios Rectores del Trasplante de la OMS).

También establece la necesidad de diferenciar en los foros de debate entre el tráfico de órganos y el tráfico con seres humanos y, considera imprescindible, la construcción de un instrumento legal internacional que incluya una definición consensuada de tráfico de órganos, así como medidas para prevenirlo y proteger a sus víctimas.

El estudio ha motivado que la ONU se sume a la lucha contra prácticas que violan los principios fundamentales de las personas, que afectan a la calidad y la seguridad del proceso del trasplante y erosionan su imagen global. En la actualidad, la ONU y el Consejo de Europa se encuentran en un proceso de consultoría para valorar la realización de un Tratado específicamente orientado al tráfico de órganos.

²⁸ Joint Council of Europe / United Nations Study on trafficking in organs, tissues and cells and trafficking in human beings for the purpose of the removal of organs. Council of Europe website. [http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/trafficking/Docs/News/OrganTrafficking_study.pdf]

4 Salud Pública

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

Promoción de la salud

Durante 2009 en el sector educativo, dentro del convenio marco de colaboración entre el Ministerio de Educación y Ciencia y el entonces Ministerio de Sanidad y Política Social, se ha desarrollado el proyecto “[Criterios de calidad para el desarrollo de programas y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo](#)”¹, que define unos criterios de calidad que orientan al profesorado en la selección de programas y materiales de educación y promoción de la salud. Este trabajo supone una propuesta integrada y realista para facilitar la educación y la promoción de la salud en todos los centros educativos. Como parte final de este proyecto, se ha editado la publicación “[Ganar salud en la escuela. Guía para conseguirlo](#)”².

En relación a la salud en la universidad, en el último trimestre de 2009, se celebró en la UPNA (Universidad Pública de Navarra), una de las primeras universidades promotoras de la salud en España y miembro de la Red Española de Universidades Saludables (REUS), el IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de Salud. Actualmente 21 universidades forman parte de la Red. Sus líneas estratégicas de trabajo incluyen: potenciar los entornos universitarios que promuevan la salud; incorporar en los planes de estudio universitarios la formación en promoción de la salud en los niveles de grado y postgrado; cooperar en la investigación en promoción de la salud y participación 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.

Respecto a la salud de las ciudades, en 2009, se ha seguido trabajando en el proyecto Red Española de Ciudades Saludables (RECS) a través de un convenio de colaboración con la Federación Española de Municipios y Provincias. La red cuenta actualmente con 150 ciudades adheridas, en las que habita casi el 40% de la población española. La RECS está presente en Europa por un lado en la Red de Redes, como Red Nacional y, por otro, como miembro de la Red Europea en su Fase V (2009-2013).

En 2009, cabe destacar la participación desde el entonces Ministerio de Sanidad y Política Social en la Conferencia de Kenia, donde se aprobó la “*Declaración de Nairobi*” para definir las estrategias y llegar a los acuerdos necesarios que logren disminuir las desigualdades en salud y desarrollo, a través de la promoción de la salud.

¹ Diagnóstico de situación sobre avances conseguidos, necesidades y retos en promoción y educación para la salud en la escuela en España.
[\[http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/DiagnosticoSituacionEscuela.pdf\]](http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/DiagnosticoSituacionEscuela.pdf)

² Ganar salud en la escuela. Guía para conseguirlo.
[\[http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/ganarSaludEscuela.pdf\]](http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/ganarSaludEscuela.pdf)

También se celebró en Madrid, organizado por el Ministerio, la “*Conferencia Internacional sobre Protección de la Salud en Prisiones*” y previamente se celebró la reunión de la [Red del Proyecto Salud en Prisiones de la Oficina Europea de la OMS](#)³.

Prevención de problemas de salud y sus determinantes

Alcohol y tabaco

Entre las intervenciones realizadas para la prevención de los problemas derivados del alcohol, España sigue participando desde el año 2006, y en el contexto del Programa de acción comunitario en el ámbito de salud pública (2005-2008), en la estrategia de la Unión Europea para ayudar a los estados miembros a reducir los daños relacionados con el alcohol a través del “*Committee on National Alcohol Policy and Action*”. También se desempeña un papel destacado, como representantes ante la OMS de las políticas sobre alcohol, en la preparación de la Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo de alcohol, que está previsto sea aprobada en la 63 Asamblea Mundial de la Salud.

En relación al consumo de tabaco, en 2009, se ha trabajado en la modificación de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo, cuyo principal objetivo es la ampliación de la prohibición de fumar en todos los espacios públicos cerrados, estando pendiente de ser aprobada por el Parlamento en 2010. Además, se impulsaron las actividades del Observatorio para la Prevención del Tabaquismo, definiéndose sus principales líneas de trabajo con la elaboración del documento de “*Evaluación del impacto de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo*” y la preparación de los trabajos: “*Argumentario de la reforma de la Ley 28/2005*”, “*Panel de indicadores generales de tabaco en un sistema de vigilancia*” e “*Informe sobre la evaluación de la eficacia y efectividad de las intervenciones para dejar de fumar*”.

Respecto a la coordinación y seguimiento de las actividades de implantación de la regulación de productos del tabaco, se han realizado actuaciones para la restricción tanto en ingredientes presentes o añadidos, como en sus contenidos máximos. El objetivo es eliminar de los productos aquellos ingredientes adictivos o tóxicos (nicotina, alquitrán, CO, etc.), más nocivos para la salud.

En relación a las actuaciones y medidas adoptadas en 2009 por las comunidades y ciudades autónomas para el desarrollo de los planes y programas de prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, cabe destacar que en la mayoría de las comunidades se han realizado actuaciones para la prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas [Tabla 4.1](#).

³ Noticia: “*La Organización Mundial de la Salud (OMS) premia tres proyectos españoles punteros en el ámbito de la Sanidad Penitenciaria*”.

[http://www.mpr.es/delegaciones_gobierno/dg_sdg/cantabria/dg_cantabria/actualidad/notas_de_prensa/notas/2009/10/2009_10_08-1.html]

Tabla 4.1 Actuciones de las comunidades y ciudades autónomas para implantar y desarrollar los planes y programas sobre prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Año 2009.	
CCAA	ACTUACIONES REALIZADAS
Andalucía	Tabaco: continuación de las actuaciones para la implantación y el desarrollo del “Plan Integral de Tabaquismo 2005-2010”. http://www.juntadeandalucia.es/salud/esxmi
Aragón	Tabaco, alcohol y otras drogas: Continuación con la participación en el desarrollo del proyecto “Drojet2”: Programa operativo de cooperación territorial España-Andorra-Francia 2007-2013 de innovación en servicios de información sobre drogas (prevención y reducción de riesgos) dirigidos a jóvenes mediante la utilización de las TIC. Ampliar información en www.drojet2.eu
Baleares	Tabaco: Desarrollo de los “Programas escolares de prevención de drogodependencias y otras adicciones” cursos 2008-2009 y 2009-2010. Charlas sobre prevención de drogas a entidades sociales-comunitarias. Campañas de “Deshabitación tabáquica en centros educativos” y de “Sensibilización. Día mundial sin tabaco”. Colaboración en la “Red de espacios sin humo” Alcohol y otras drogas: desarrollo de los “Programas escolares de prevención de drogodependencias y otras adicciones” cursos 2008 – 2010. Campañas de sensibilización “Día mundial sin alcohol” y “Día mundial contra las drogas”. Formación a educadores y profesionales que trabajan con jóvenes en situación de riesgo y en centros de drogodependencia. Inicio de grupos terapéuticos de tratamiento en los Centros de atención a drogodependencias. Desarrollo de programas de prevención en la comunidad de las Islas Baleares www.infodroques.caib.es
Canarias	Tabaco: desarrollo del “Programa de intervención en tabaquismo en enseñanza secundaria (ITES)” y de “Clase sin humo” en los cursos 2008 – 2010 Manifiesto "Canarias libre de humo de tabaco http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/aplicacion.jsp?idCarpeta=2b294ce4-0fce-11de-9de1-998efb13096d . http://www.smokefreeclass.info/ www.canariaslibredehumodetabaco.org Tabaco, alcohol y otras drogas: formación de mediadores en prevención de drogodependencias Mando Naval de Canarias. Curso avances en drogodependencias on-line. Ámbito laboral. Curso de adicciones: estrategias de intervención. Curso de actualización sobre el tratamiento de la dependencia de opioides con Buprenorfina/Naloxona. Elaboración del III Plan Canario sobre drogas 2010-2012. http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/dgad/documentos/IIIPCSDBORRADOR.pdf
Cantabria	Tabaco: continuación de las actuaciones para el desarrollo del “Plan de prevención y control de tabaquismo 2008-2011” Alcohol y otras drogas: evaluación de la “Estrategia regional sobre drogas 2005-2008” y elaboración de la “Estrategia sobre drogas de Cantabria 2009-2013
Castilla y León	Tabaco, alcohol y otras drogas: desarrollo anual de los programas de prevención escolar “Discover y construyendo Salud” y “Galilei”. Programas de prevención extraescolar “¿Te apuntas?” y “¿Vivir el momento?” y programas de prevención familiar “Moneo”, “Dédalo”, “Alfil” e “Indicada” http://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1142233180339/ / / Alcohol: formación a través de un taller OH.com de reducción de los daños debidos al consumo problemático de alcohol, formación de mediadores juveniles para la prevención del consumo de drogas, formación de policías locales, formación de vendedores de alcohol en tiendas, supermercados y grandes superficies, y desarrollo del programa de “Prevención en el medio universitario”, iniciados en 2008. Otras drogas: desarrollo anual del programa “Prevención del consumo de drogas en el ámbito laboral”. Pilotaje de la adaptación de la Guía de procesos y procedimientos de los Centros de atención ambulatoria a drogodependientes, a las necesidades detectadas en el estudio de necesidades de las mujeres drogodependientes del año 2009-2010.
Castilla-La Mancha	Tabaco: continuación de las actuaciones para el desarrollo “Plan de prevención y tratamiento del Tabaquismo en Castilla-La Mancha 2003-2010” y del “Programa de financiación del tratamiento de deshabituación tabáquica farmacológica para colectivos modélicos y fumadores de alto riesgo en Castilla –La Mancha” www.alcazul.com Alcohol y otras drogas: Continuación con las actuaciones para el desarrollo del “Plan de alcoholismo y drogodependencias de Castilla-La Mancha 2006-2010” www.cocaonline.org ; www.od.jccm.es
Cataluña	Tabaco: continuación de las actuaciones del programa de “Prevención y el control del tabaquismo”, iniciado en 2004. http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2070/index.html Alcohol: continuación con las actuaciones del programa "Beveu Menys" para la detección precoz

	<p>e intervención breve en bebedores de riesgo en la atención primaria de salud, iniciado en 2005 http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2015/doc10215.html</p> <p>Otras drogas: constitución de la “Comisión interdepartamental de drogas”. Elaboración del “Plan de prevención: consumo de drogas y problemas asociados (1era fase)” 2009-2015. Puesta en marcha del “Sistema de información en prevención sobre drogas y promoción de la salud mental de Cataluña (fase piloto)” 2008-2010. Inicio del programa de prevención del consumo de drogas y riesgos asociados en el ámbito del ocio nocturno “Nits Q”. Puesta en marcha del nuevo teléfono gratuito del servicio de información y asesoramiento en drogas “Línea Verde”. Puesta en marcha del proyecto piloto de “Prevención de sobredosis” 2009-2015. Ampliación de los programas de prevención del SIDA en drogodependientes iniciado en 1992. Diseño del plan de “Prevención en sobredosis y acceso de tratamiento para drogodependientes infectados por la hepatitis B y C” 2009-2010.</p>
Comunidad Valenciana	<p>Tabaco: continuación con las actuaciones para desarrollar el “Programa de disminución del consumo de tabaco”, iniciado en 1988, y para desarrollar la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/DECRETO_57_2006.pdf</p> <p>Desarrollo del Programa anual de "Aulas itinerantes del tabaco". Desarrollo de los proyectos educativos para la prevención del tabaquismo y del programa "Clases sin humo" dirigidos a alumnos de la ESO. Desarrollo de actividades educativas dentro del Programa de educación para la salud (EpS) en la escuela.</p> <p>Alcohol y otras drogas: continuación con las actuaciones para desarrollar la prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos, iniciadas en 2003. https://www.docv.gva.es/portal/portal/2003/04/03/pdf/doc/2003_3892.pdf</p> <p>Desarrollo de las líneas anuales de subvención en materia de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos. Seguimiento del “Plan estratégico sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos 2006-2010” http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.2942-2007(CE).pdf</p>
Extremadura	<p>Tabaco: inicio de la elaboración del “Plan de prevención, tratamiento y control del tabaquismo de Extremadura 2009 – 2012” cuyo objetivo es mantener e impulsar estrategias destinadas a disminuir la prevalencia del consumo de tabaco, retrasando la edad de inicio, proporcionando ayuda a la deshabitación tabáquica y, por otro lado, optimizando la protección a la población no fumadora del aire contaminado por humo del tabaco.</p> <p>Alcohol: desarrollo del proyecto “Con sentido, tú decides” en colaboración con la Consejería de los Jóvenes y el Deporte, que trata de reducir el número de accidentes de tráfico entre la población joven, especialmente los asociados al consumo de alcohol.</p> <p>Otras drogas: continuación con las actuaciones de desarrollo de los programas de “Prevención en los ámbitos escolar, laboral, familiar y comunitario”, aumentando el grado de información sobre el consumo de drogas y las adicciones, fomentando hábitos de vida saludable y retrasando la edad de inicio al consumo. Desarrollo del “Programa de tratamiento con agonistas opiáceos (metadona)” Centros de drogodependencias de Extremadura (CEDEX), Unidades móviles, Hospital Perpetuo Socorro, Centros penitenciarios, Cruz Roja, Centros de Salud.</p>
Galicia	<p>Alcohol y otras drogas: inicio elaboración Proyecto de ley de prevención de consumo de alcohol en menores. Continuación con las actuaciones para el desarrollo del “Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009”. Desarrollo de actividades preventivas en el ámbito de las drogodependencias. http://www.sergas.es/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?IdPaxina=40008&IDCatalogo=1654</p>
Madrid	<p>Tabaco: realización de la tercera evaluación de la intervención educativa sobre padres, profesores y alumnos a lo largo de toda la etapa ESO "Estudio ACEPTA", para la prevención de inicio del consumo de tabaco. Comparando una cohorte de 45 centros experimentales (3.665 alumnos) y 47 centros controles (3.772 alumnos), elegidos al azar entre los centros públicos, concertado y privados de la Comunidad de Madrid.</p> <p>Desarrollo del proyecto “Adolescentes sin tabaco”, proyecto de intervención en el primer ciclo de enseñanza secundaria para prevenir el inicio del consumo de tabaco mediante el trabajo de habilidades en el grupo de 12 a 14 años, en 2009 se han desarrollado 1.361 talleres participando en ellos un total de 16.253 alumnos. http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142563596782&language=es&pagename=PortalSalud%2FPPage%2FP TSA_pintarContenidoFinal&vest=1142328768577</p> <p>Seguimiento del proyecto de la Red de Hospitales sin Humo (Red HsH) iniciado en 2004 que cuenta con 34 hospitales acreditados.</p> <p>Desarrollo de acciones comunitarias en el control del tabaquismo, a través de la participación en el Día mundial sin tabaco y la Semana sin humo, así como de la edición de una Guía práctica para dejar de fumar y una carpeta de recomendaciones y consejos para ayudar a los pacientes a dejar de fumar.</p>
Murcia	<p>Tabaco: seguimiento del Programa de prevención y control de tabaquismo, iniciado en 1997, Programa "Red de Centros Sanitarios libres de tabaco de la Región de Murcia" que incluye la "Red de Hospitales libres de tabaco de la región de Murcia" integrada en la red europea de Hospitales sin Humo, con 6 hospitales públicos adscritos y el programa "Centro sin Tabaco" de la Consejería de Sanidad y Consumo.</p> <p>Convenios y subvenciones para la prevención del tabaquismo con las organizaciones sindicales</p>

	<p>(CCOO y UGT Región de Murcia), universidades y Ayuntamiento de Murcia, Consejo de la Juventud de la Región de Murcia y Fundación para la formación e investigación sanitaria. Intervenciones en los medios de comunicación utilizando los trabajos presentados en anteriores ediciones del “Concurso de ideas para prevenir el Tabaquismo” organizado por el Consejo de la Juventud y la Consejería de sanidad.</p> <p>Elaboración y edición de la Guía interactiva de prevención de consumo de tabaco y alcohol en tercer ciclo de primaria.</p> <p>http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=124225&idsec=1377</p>
Navarra	<p>Tabaco: continuación con las actuaciones del “Plan Foral de acción sobre el tabaco” para la prevención al inicio, ayuda a dejar de fumar y espacios sin humo, iniciado en 2001</p> <p>http://www.cfnavarra.es/sintabaco/</p> <p>Alcohol y otras drogas: desarrollo del Plan Foral de drogodependencias iniciado en 1994, continuando con las actuaciones de prevención universal en ámbitos familiar, escolar, comunitario y de atención primaria de salud, así como de prevención selectiva e indicada en los mismos ámbitos.</p>
País Vasco	<p>Tabaco: seguimiento de actuaciones del “Plan de prevención del tabaquismo”</p> <p>http://www.osanet.euskadi.net/r85-20432/es/contenidos/informacion/tabaquismo/es_4051/tabaquismo_c.html</p>
La Rioja	<p>Tabaco: presentación del primer “Plan Riojano de tabaquismo 2009-2013” para reducir la prevalencia del consumo de tabaco en la población y proteger la salud de la población del aire contaminado por humo de tabaco. Elaboración de los contenidos sobre hábitos y estilos saludables de vida del “II Plan de Salud de La Rioja 2009-2013”. Finalización del concurso europeo “Clases sin humo” del curso 2008-2009 y comienzo del curso 2009-2010, para estimular la prevención del tabaquismo entre los 12 y 14 años. Asimismo, se llevó a cabo el programa “Familias sin humo” dirigido a las familias de los escolares participantes en el concurso “Clase sin humo”. Realización de acciones de información y apoyo para dejar de fumar durante la “Semana sin humo” y “Día mundial sin tabaco”. Seguimiento del “Círculo asistencial de atención al fumador” y de la “Unidad de atención al fumador puesta en marcha en 2006. Actualización del programa de autoayuda a través de Internet “La Rioja sin tabaco”, iniciado en 2006.</p> <p>www.lariojasintabaco.org</p> <p>Alcohol y otras drogas: continuación con las actuaciones coordinadas entre los sistemas educativo, sanitario y municipal, en materia de promoción de hábitos saludables y prevención de conductas adictivas. En el año 2.009 se ha iniciado una línea de trabajo, basada en la reducción de daños y riesgos en poblaciones en situación de especial vulnerabilidad, sobre todo con menores, pero también en otros campos como el Medio Laboral. Consolidando también el trabajo en adicciones sin sustancia como las relacionadas con las nuevas tecnologías. Realización del estudio sobre los hábitos de consumo de la población general riojana con la elaboración de la Encuesta sobre consumo de drogas en la población general y escolar. Con respecto a la investigación se ha editado un manual denominado Drojnet por el Servicio de drogodependencias. Renovación de la página institucional www.infodrogas.org y creación de la página de programadrojnet2 www.drojnet2.eu</p> <p>Organización de cursos, por el Servicio de drogodependencias en unión con la Fundación Rioja Salud, sobre el desafío de la Patología dual, la intervención en cocaína, cannabis y nuevas drogas en atención primaria, la entrevista clínica en adicciones y atención a la embarazada fumadora.</p>
Ceuta	<p>Tabaco: continuación de las actuaciones relacionadas con la promoción de hábitos saludables y prevención y control del tabaquismo incluidas en el “Plan de Salud de la Ciudad Autónoma de Ceuta 2008 – 2011”</p> <p>Alcohol y otras drogas: continuación de las actuaciones para prevenir el consumo de alcohol en jóvenes y otras drogodependencias incluidas en el “Plan de Salud de la Ciudad Autónoma de Ceuta 2008 – 2011”</p>
Melilla	<p>Tabaco: continuación con las actuaciones de promoción de hábitos de vida sin tabaco y prevención y control del tabaquismo que forman parte de la cartera de servicios de atención primaria.</p>
Fuente	Información facilitada por las CCAA e INGESA para la elaboración de este informe.

Lesiones

En España, las lesiones son la primera causa de muerte entre las personas más jóvenes y la tercera hasta los 59 años, siendo más frecuente entre hombres que mujeres. En relación con las lesiones por tráfico, en 2009 se ha colaborado con la Dirección General de Tráfico (DGT) en la elaboración del próximo Plan Estratégico de Seguridad Vial con horizonte temporal 2015, teniendo en cuenta los resultados de evaluación del [Plan](#)

[Estratégico 2004-2008](#)⁴. Se ha participado en los distintos grupos de trabajo del Observatorio Nacional de Seguridad Vial sobre colectivos prioritarios: población infantil, jóvenes, adultos, peatones y también en un grupo específico sobre alcohol, drogas y medicamentos. También está previsto que la Comisión permanente de salud pública, colabore con la DGT para el buen funcionamiento del Registro Estatal de víctimas de accidentes de tráfico creado por la Ley 18/2009, de 23 de noviembre.

Asimismo, se ha coordinado la respuesta al cuestionario de la OMS referente a lesiones por tráfico con la participación de expertos y la DGT, cuyos resultados se han integrado, con los del resto de países participantes, en las publicaciones “[Informe sobre la situación europea de la seguridad vial](#)”⁵ y en el “[Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial](#)”⁶.

Entre las lesiones también es de señalar que los ahogamientos suponen la segunda causa de mortalidad infantil en los países de la región Europea de la OMS. Entre las intervenciones realizadas para prevenirlos, se ha traducido al español la guía de la Alianza Europea para la seguridad infantil “[Protección de los niños y de los jóvenes en las actividades acuáticas recreativas. Guía de seguridad para los proveedores de servicios](#)” que se ha distribuido a las comunidades y ciudades autónomas. Asimismo, se han elaborado y distribuido 12.000 posters conteniendo 10 mensajes claves para prevenir las lesiones y ahogamientos.

Alertas Sanitarias

El Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), como unidad de coordinación de información y respuesta a las situaciones de alerta y emergencia sanitaria nacionales e internacionales que supongan una amenaza real o potencial para la salud de la población, tiene entre sus funciones el realizar el informe diario de detección de alertas sanitarias, que recoge las amenazas para la salud ocurridas tanto en el nivel nacional como en el internacional, que sean de especial relevancia por sus potenciales implicaciones para la salud pública nacional.

Este informe se envía diariamente a los representantes de vigilancia epidemiológica y alertas de cada comunidad y ciudad autónoma, unidades del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Ministerio de Ciencia e Innovación (Instituto de Salud Carlos III), Ministerio de Defensa y Presidencia del Gobierno (departamento de infraestructuras y seguimiento para situaciones de crisis).

En 2009 las alertas que requirieron la elaboración de evaluación del riesgo para la salud en España, estuvieron relacionadas con la aparición de eccema de contacto grave en relación con el uso de calzado de fabricación china, infección por *Salmonella typhimurium* tras consumo de productos conteniendo mantequilla y pasta de cacahuetes procedentes de EEUU, paludismo por *Plasmodium vivax*, fiebre por *Virus del Nilo Occidental* y otras enfermedades producidas tras picadura de mosquitos como dengue, fiebre amarilla y fiebre de Chikungunya. Estos últimos agentes etiológicos produjeron brotes en países visitados por viajeros residentes en España y podrían suponer un riesgo,

⁴ 3^{er} Foro sobre Sistemas de Información Sanitaria del SNS.

Las fuentes de información sanitaria. Sistema de información de accidentes de tráfico.

[http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/3ForoSISNS/docs/PilarZori_ponencia3Foro.pdf]

⁵ Informe sobre la situación europea de la seguridad vial. [http://eur-lex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=es&type_doc=COMfinal&an_doc=2000&nu_doc=125]

⁶ Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial.

[http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/report/web_version_es.pdf]

ya que en nuestro país contamos con las condiciones necesarias para que se produzca transmisión autóctona (presencia de vector competente y condiciones climáticas favorables). Asimismo, se realizó el seguimiento de casos ocasionados por virus de la gripe con potencial pandémico.

La alerta más importante en 2009, por su repercusión nacional y el amplio despliegue de coordinación de recursos que ocasionó, fue la ocasionada el día 25 de abril de 2009 por la declaración por parte de la OMS de la Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) debida a la detección del virus pandémico (H1N1) 2009 y su posterior declaración de pandemia. Se activó el Plan Nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe y los comités y subcomités previstos para responder de manera organizada y efectiva en todo el Estado. El CCAES se estableció como centro coordinador de la información técnica epidemiológica y de las [estrategias de vigilancia](#)⁷ y recomendación de antivirales y vacunas con los niveles técnicos de las CCAA, con la UE y la OMS, gestionando el análisis de datos para convertirlos en información útil y difundidos a través de los canales establecidos⁸.

Los criterios de solidaridad, responsabilidad y equidad estuvieron presentes a lo largo de toda la campaña de comunicación, cuyo principal objetivo fue mantener durante toda la evolución de la pandemia una línea continuada de información a la población incluyendo todos los grupos de edad y con especial atención a los grupos de riesgo.

Desde el entonces Ministerio de Sanidad y Política Social, el CCAES elaboró el [Plan Nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe](#)⁹ siguiendo las bases establecidas por la OMS, y ha colaborado en la elaboración de los protocolos de los anexos al Plan Nacional con todas las CCAA¹⁰. Este Plan Nacional ha resultado de gran utilidad y efectividad para la respuesta coordinada y organizada frente a la pandemia (H1N1) 2009.

El CCAES también coordina la Ponencia de vigilancia epidemiológica dependiente de la Comisión de Salud Pública. En esta ponencia técnica se acuerdan las estrategias para la vigilancia de las enfermedades transmisibles incluidas en la Red Nacional de Vigilancia y se establecen acuerdos que permiten mantener coherencia en la manera de trabajar de todas las CCAA. En 2009, es de destacar el trabajo realizado por este grupo en la revisión de los protocolos de enfermedades sujetas a declaración en el nivel europeo.

Entre estas enfermedades cabe destacar la tuberculosis que continua siendo un problema de salud pública mundial. En España, con una tasa de incidencia de tuberculosis respiratoria de 14,6 casos por 100.000 habitantes, esta enfermedad continúa suponiendo un reto. El [Plan para la prevención y control de la tuberculosis](#)¹¹, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en 2007, tiene como objetivo fortalecer la prevención y el control de la tuberculosis en España. Este Plan ha continuado su desarrollo en 2009 en coordinación con las comunidades, INGESA y sociedades científicas implicadas.

⁷ Gripe A. Estrategia de vigilancia. MSPSI.

[<http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/gripeA/estrategiaVigilancia.htm>]

⁸ Análisis de casos por virus pandémico Gripe A. España 2009. MSPSI.

[<http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/gripeA/analisisCasos.htm>]

⁹ Gripe aviar. Planes de preparación y respuesta. MSPSI.

[<http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/gripeAviar/planes.htm>]

¹⁰ Recomendaciones y Protocolos de la Comisión de Salud Pública. MSPSI.

[<http://www.msc.es/servCiudadanos/alertas/protocolosCSP.htm>]

¹¹ Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España. MSPSI.

[<http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/planTuberculosis.htm>]

Vacunación

La Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones que coordina el CCAES con las comunidades y ciudades autónomas, ha permitido en 2009 el mantenimiento de altas coberturas de vacunación¹², fundamentalmente en primovacunación donde se han alcanzado coberturas superiores al 95% para la serie básica (vacuna frente a poliomielitis, difteria-tétanos-tosferina–DTPa- y Haemophilus influenzae tipo b –Hib-) y Hepatitis B, y superiores al 97% para la vacunación frente a meningococo grupo C.

En las coberturas alcanzadas en 2009, hay que destacar la adición de información con respecto a otros años en cuanto a la vacunación frente a virus del papiloma humano (VPH) y frente a vacuna pandémica contra la gripe. La cobertura de vacunación frente a VPH en niñas de 11 a 14 años durante el curso escolar 2008-2009 en las comunidades y ciudades autónomas que han aportado esta información, alcanzó una media nacional del 77,2%. La cobertura de administración de vacuna pandémica en la temporada 2009-2010 en el nivel nacional y por grupos prioritarios de administración fue la siguiente: trabajadores sociosanitarios (11,6%), personas que trabajan en servicios públicos esenciales (8,8%), personas con patología de base por grupos de edad (6 meses a 17 años: 15,3%; 17 años a 60 años: 15,1%; y mayores de 60 años: 28,5%) y mujeres embarazadas (9%).

Además, en 2009, la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó la actualización realizada por la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones del capítulo: [Vacuna de difteria y tétanos del documento. Vacunación de adultos. Recomendaciones](#)¹³. En esta actualización se han revisado las evidencias científicas disponibles en cuanto a la vacunación frente a tétanos y difteria en adultos, estableciendo nuevas recomendaciones para la utilización de estas vacunas.

Como cada año, y justo antes de la temporada estival, el entonces Ministerio de Sanidad y Política Social puso en marcha el programa “*La salud también viaja 2009*” para recordar a quienes fueran a viajar al extranjero que consultaran un centro de vacunación internacional, donde se facilita información personalizada, recomendaciones de vacunación y administración de vacunas a quienes vayan a viajar a países extranjeros, especialmente si son países tropicales o destinos poco frecuentes. Además, si es preciso, se indica la especialidad farmacéutica más adecuada en relación con la quimioprofilaxis antipalúdica para la prevención del paludismo, como patología tropical más relevante y para la que no existe vacuna. Así, en 2009, se administraron vacunas frente a fiebre amarilla (74.431), fiebre tifoidea (58.747), difteria/tétanos (35.589), hepatitis A (52.527) y otras enfermedades (86.271).

Durante 2009, los centros de vacunación internacional, gestionados por el Ministerio, atendieron a 197.121 viajeros, recomendando 207.299 inmunizaciones y 105.718 quimioprofilaxis frente al paludismo o malaria pautada, lo que ha supuesto un incremento del 6'60% y del 5'80%, respectivamente, con respecto al año 2008. En total, los centros de vacunación internacional realizaron 620.582 actuaciones preventivas individualizadas, tres actuaciones por viajero atendido, y respondieron a más de 111.332 llamadas telefónicas.

¹² Coberturas de Vacunación (datos estadísticos). MSPSI.

[<http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm>]

¹³ Salud Pública: Recomendaciones de Vacunación. MSPSI.

[<http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/recoVacunasAdultos.htm>]

Seguridad Transfusional

En 2009 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, publicó el [Plan de coordinación para el sistema transfusional en relación con la pandemia Influenza A \(H1N1\)](#)¹⁴.

Asimismo publicó nuevas recomendaciones sobre la variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, las pruebas de detección genómica viral en las donaciones de sangre, pandemia de Influenza A (H1N1) y la enfermedad de Chagas. En relación con esta última, se constituyó un grupo de trabajo específico para enfermedades no endémicas relacionadas con la migración, elaborando el informe “[Enfermedad de Chagas y donación de sangre](#)”¹⁵.

Infección por VIH

El [Plan multisectorial frente a la infección por VIH y el SIDA 2008 – 2012](#)¹⁶ reúne las políticas e instrumentos del Estado que intervienen en la acción frente a la infección por VIH.

Los datos analizados son los aportados por los sistemas de vigilancia de nuevos diagnósticos de infección por el VIH de las comunidades autónomas de Baleares, Canarias, Cataluña, Extremadura, La Rioja, Navarra, el País Vasco y la ciudad autónoma de Ceuta desde el año 2003, la incorporación de Galicia desde el año 2004, y la de Aragón, Asturias y la ciudad autónoma de Melilla, que aportan sus datos del año 2008.

Los resultados del último periodo analizado, año 2008, indican que la tasa de nuevos diagnósticos de VIH en España se sitúa en un nivel similar al de otros países de Europa occidental. Sin embargo, a pesar de esta indudable mejora en la situación respecto a décadas pasadas, en el período analizado parece observarse una tendencia a la estabilización en el número de nuevos diagnósticos. Los patrones epidemiológicos de transmisión del virus han cambiado por completo. Mientras que en el pasado el grueso de las nuevas infecciones se producía por compartir material para inyección de drogas entre usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), en la actualidad el VIH se transmite mayoritariamente por vía sexual sin protección.

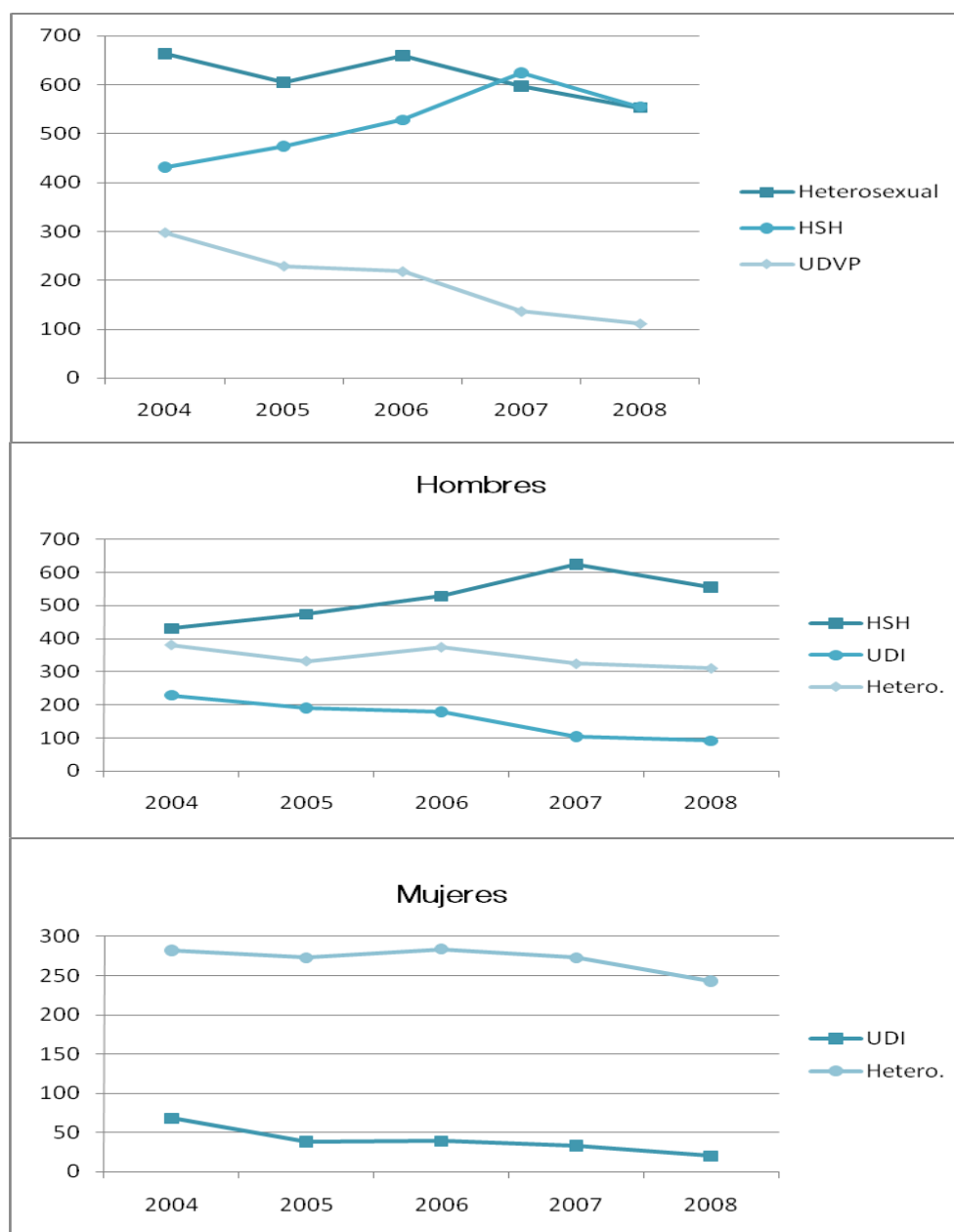
En el global de datos analizado, el sexo no protegido entre hombres (HSH) ocupa el primer lugar en cuanto al mecanismo probable de infección entre los varones (sean españoles o extranjeros). Entre las mujeres y en originarios de otros países, el mecanismo más citado es sexo no protegido en relaciones heterosexuales ([Figura 4.1](#)).

¹⁴ Sistema transfusional. Plan de coordinación. Pandemia influenza a (H1N1). MSPS.
[\[http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/gripeA/docs/Plan_Sistema.pdf\]](http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/gripeA/docs/Plan_Sistema.pdf)

¹⁵ Enfermedad de Chagas y donación de sangre. MSPS.
[\[http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/publicaciones/docs/informeChagasJulio09.pdf\]](http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/publicaciones/docs/informeChagasJulio09.pdf)

¹⁶ Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida. MSC.
[\[http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PMS200812.pdf\]](http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PMS200812.pdf)

Figura 4.1 Número de casos de nuevos diagnósticos de VIH anuales en España por categoría de transmisión en conjunto y por sexo. Período 2004-2008.

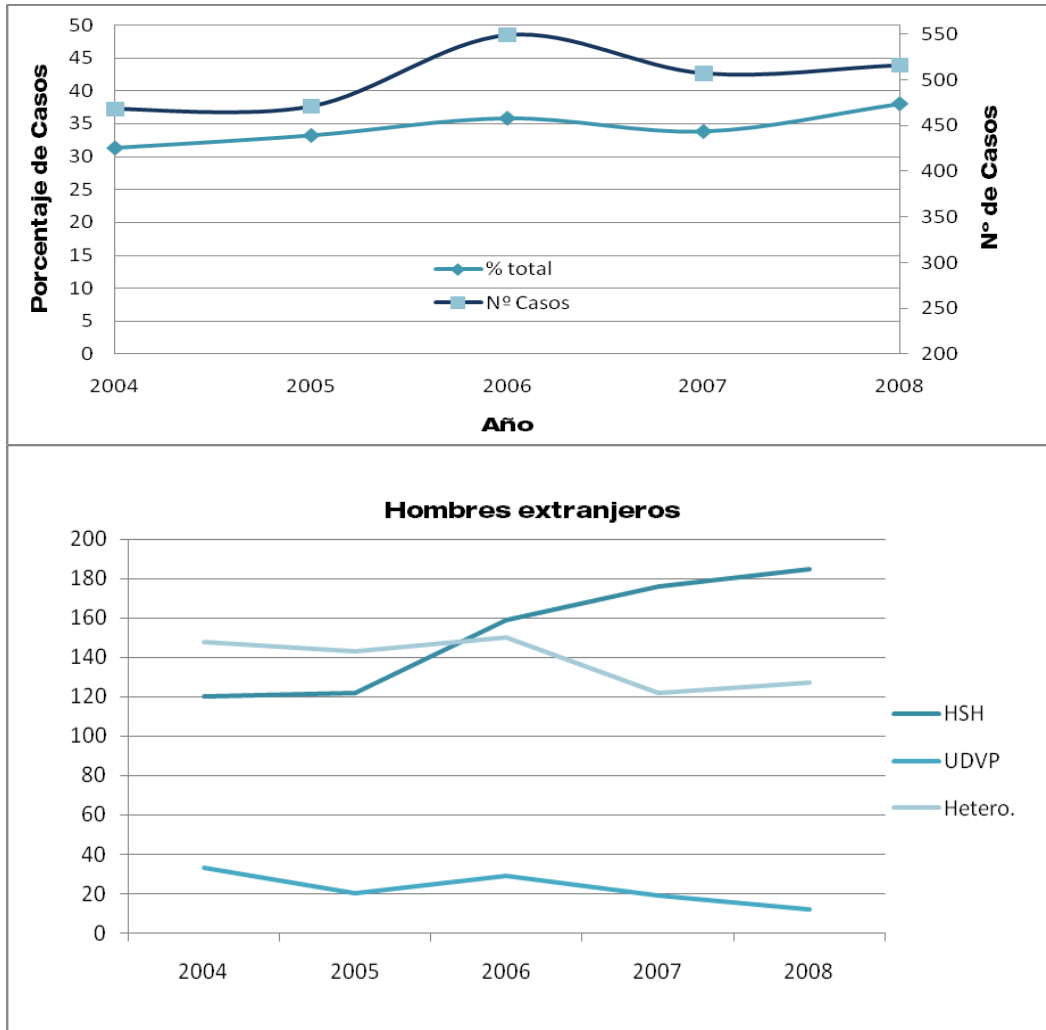


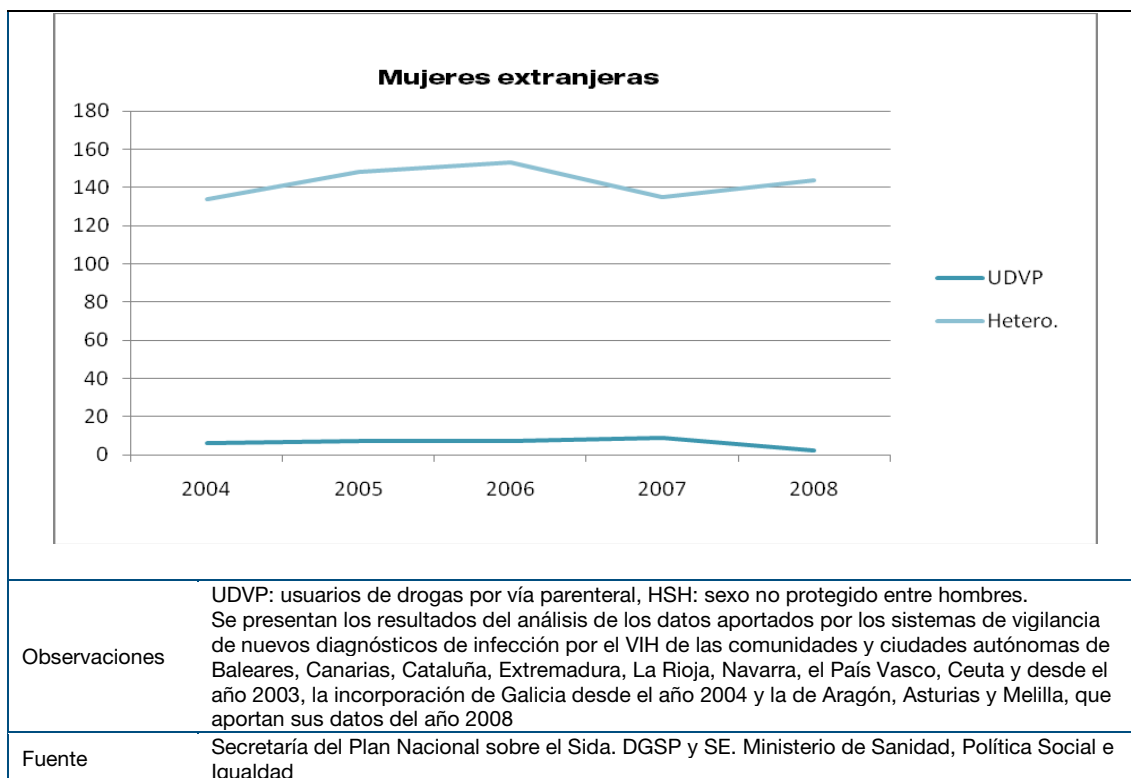
UDVP: usuarios de drogas por vía parenteral
 HSH: sexo no protegido entre hombres.
 Se presentan los resultados del análisis de los datos aportados por los sistemas de vigilancia de nuevos diagnósticos de infección por el VIH de las comunidades y ciudades autónomas de Baleares, Canarias, Cataluña, Extremadura, La Rioja, Navarra, el País Vasco, Ceuta y desde el año 2003, la incorporación de Galicia desde el año 2004 y la de Aragón, Asturias y Melilla, que aportan sus datos del año 2008. Actualizados a 30 de junio de 2008.

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

Estos resultados reiteran la necesidad de implantar y reforzar actuaciones eficaces para prevenir la transmisión sexual del VIH, adecuándolas a las circunstancias actuales. Las personas no españolas suponen más de un tercio de los nuevos diagnósticos de VIH, resultado del aumento de población inmigrante que ha ocurrido en España en los últimos años. Esto subraya la necesidad de diversificar los programas de prevención para adaptarlos a las necesidades de este colectivo, social y culturalmente muy heterogéneo, y especialmente vulnerable (Figura 4.2).

Figura 4.2 Número y porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH en personas de otros países de origen en su conjunto y por sexos. Período 2004-2008.





En el año 2008, en el 30% de los nuevos diagnósticos se apreciaba un grado severo de inmunodepresión entre los afectados. Por tanto, la promoción del diagnóstico precoz entre la población y los profesionales sanitarios es prioritaria para obtener el máximo beneficio, individual y colectivo, de los avances en la prevención y el tratamiento de la infección por VIH.

La adhesión en la notificación de nuevos diagnósticos de infección por el VIH de Galicia en 2004 y de Aragón, Asturias y Melilla en 2008, han mejorado la representatividad de los datos. Sin embargo, continúa siendo imprescindible disponer de información con cobertura nacional para poder disponer de una información exacta de la situación de la infección del VIH en España y poder orientar mejor las intervenciones.

Todas las comunidades y ciudades autónomas realizan actividades de prevención primaria y prevención secundaria con fondos propios y con fondos transferidos desde el Ministerio por un importe total de 32.437.480 euros para apoyar dichas actividades. Los fondos transferidos desde el Ministerio en el periodo 2001 – 2008, figuran detallados en la [Tabla 4.2](#). Asimismo, las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) implicadas han desarrollado también un número considerable de actuaciones, en gran medida financiadas por la Orden de Subvenciones del entonces Ministerio de Sanidad y Política Social.

Tabla 4.2 Presupuesto total en euros destinado a la prevención del VIH, el apoyo psicológico y el apoyo social de las personas afectadas en España. Periodo 2001 – 2008.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
SPNS actividades directas	6.036.904	6.410.300	6.109.790	6.122.030	6.121.240	6.126.000	6.226.000	6.303.000
Transferencias MSPSI- CCAA	4.808.096	4.808.100	4.808.099	4.808.100	4.808.100	4.808.100	4.808.100	4.808.100
Subvenciones MSPSI- ONG	943.733	943.730	943.730	1.003.830	1.603.830	3.152.000	4.152.000	4.152.000
Subvenciones IRPF- ONG	2.788.215	2.649.321	2.651.121	2.766.292	2.773.598	2.879.194	2.923.694	3.047.119
Subtotal admón. General	14.576.948	14.811.451	14.512.650	14.700.252	15.306.768	16.965.294	18.109.794	18.310.219
Actividades directas de los Planes Autonómicos Sida-	5.650.507	5.139.702	5.014.636	6.251.638	6.160.249	5.153.502	5.656.629	5.107.996
Planes Autonómicos Sida- ONG	3.279.156	3.681.613	4.172.150	4.327.313	5.852.761	7.574.267	8.273.264	9.102.265
Subtotal admón. Autonómica	8.929.663	8.821.315	9.186.786	10.578.951	12.013.010	12.817.769	13.929.893	14.127.261
TOTAL	23.506.611	23.632.766	23.699.436	25.279.203	27.319.778	29.783.063	32.039.687	32.437.480
Observaciones	Incluidos los costes de personal contratado por encomienda o personal laboral contratado en las CCAA con el dinero de las transferencias, por periodos de tiempo limitados. No se incluyen costes de funcionarios. SPNS – Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA.							
Fuente	Informe de Actividades Preventivas de las CCAA (ICAP) 2009.							

Algunas de las actuaciones relacionadas con la prevención del VIH llevadas a cabo por las comunidades y ciudades autónomas en el año 2009, se detallan en la [Tabla 4.3](#).

Tabla 4.3 Actuaciones de las comunidades y ciudades autónomas para implantar y desarrollar los planes y programas sobre VIH/SIDA. Año 2009.

CCAA	ACTUACIONES REALIZADAS
Andalucía	- Continuación de las actuaciones para desarrollar el “Programa del SIDA 2008 – 2012”. http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/cs salud/portal/index.jsp?idioma=es&perfil=org&opcion=listadoTematico=/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/&despl egar=/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/&menu=S http://www.juntadeandalucia.es/salud/vih (para la ciudadanía) http://www.juntadeandalucia.es/salud/vihprofesionales
Aragón	- Campaña de comunicación educativa para fomentar el uso de preservativo en la prevención de ITS y embarazo en población extranjera.
Baleares	- Implementación de la prueba de detección rápida de VIH en todos los centros de atención a las drogodependencias de Mallorca.
Canarias	- Continuación con las actuaciones para el desarrollo de los programas de “Detección precoz VIH/ITS”, “Seguimiento médico/psicológico/social de personas VIH”, “Prevención en Personas que ejercen prostitución iniciado en 2003” y seguimiento del “Programa de coordinación y colaboración con ONG VIH/SIDA” iniciado en 1999. Promoción de comportamientos sexuales preventivos. www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/sida.htm . - Desarrollo del programa de formación en ITS/VIH/SIDA, Jornadas de Prevención del SIDA en las Fuerzas Armadas, curso de Formación de formadores para técnicos especialistas en actividades socio-culturales, actualización en VIH/SIDA/LUES para el centro Canario de hemodonación y hemoterapia. - Inicio del proyecto de investigación “Monitorización de la prevalencia e incidencia del VIH en poblaciones vulnerables. (Grupo Epi-VIH)” 2009 – 2011.

Cantabria	<ul style="list-style-type: none"> - Campaña de detección precoz de VIH/SIDA "Si dudas no lo dudes" 2009- 2010. - Incorporación de la prueba rápida de detección VIH (pilotaje 2009 – 2010). - Inicio del "Sistema de información de nuevos diagnósticos en VIH".
Castilla y León	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento del Plan sectorial de prevención y control del SIDA y de las infecciones relacionadas con el VIH, iniciado en 1994, en coordinación con "Plan multisectorial frente a la infección por VIH y el SIDA" del MSPS 2008 – 2012. http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/ciudadanos/tkContent?pgseed=1274335621252&idConte nt=465&locale=es_ES&textOnly=false - Desarrollo del Programa anual de intercambio de jeringuillas I.
Castilla-La Mancha	<ul style="list-style-type: none"> - Celebración de la campaña anual del "Día mundial del SIDA" y la Jornada "Claves de intervención en VIH/SIDA en Castilla-La Mancha" en colaboración con Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS). - Campaña anual de financiación de preservativos y kits de jeringuillas. - Convocatoria de subvenciones para el desarrollo de programas de prevención y control de SIDA por asociaciones sin ánimo de lucro en 2009.
Cataluña	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento, ampliación y actualización de los programas de "Prevención, control y asistencia del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS)": Ampliación de programas de prevención dirigidos a trabajadoras y trabajadores del sexo y a sus clientes iniciado en 1992; Ampliación de los programas de prevención dirigidos a minorías étnicas e inmigrantes iniciado en 1992; Actualización del programa "Día de suministro de leche infantil durante el primer año de vida", iniciado en 1999.; Seguimiento del tratamiento de la lipoatrofia facial iniciado en 2008. http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3538/5programa_sida.pdf - Actualización del programa máquina de accesibilidad al preservativo iniciado en 2003. http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/sida/doc6363.html - Inicio de la campaña de prevención y concienciación del VIH entre el colectivo gay joven. Fuck you sida. http://www.fuckyousida.com - Inicio de tests rápidos de detección del VIH en oficinas de farmacias. http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir1992/doc30582.html - Nuevas publicaciones de "Infosida 37,38 y 39", "Guía farmacológica en VIH" y "Tríptico Sífilis". Actualización de "Recull de recursos de dinamització pels joves". http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2138/index.html http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3042/sifilis_cat_02_3.pdf http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2068/guiafarmacviah.pdf http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/droguessida.pdf
Comunidad Valenciana	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento y evaluación anual del "Plan del SIDA de la Comunidad Valenciana", iniciado en 1997. http://biblioteca.sp.san.gva.es/biblioteca/publicaciones/MATERIAL/PUBLICACIONES/SIDA/SIDA/PLAN_DEL_SIDA.PDF - Realización de las campañas anuales de concienciación ciudadana de prevención del VIH/SIDA en el ámbito de la Comunidad Valenciana. - Convocatorias anuales de subvenciones destinadas a financiar programas/actividades de prevención del SIDA y fomento de asociaciones de autoayuda y de atención psico-social a pacientes seropositivos al VIH.
Extremadura	<ul style="list-style-type: none"> - Continuación de las actuaciones para el desarrollo del "Programa de educación para la salud", a través de la subvención de proyectos sociosanitarios para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, y la colaboración con la "Asociación de Universidades Populares de Extremadura (AUPEX)" para favorecer la adquisición de una cultura de salud en la población no escolarizada. - En el marco del "Programa de prevención del VIH/SIDA" subvención a la Fundación Triángulo Extremadura para incrementar las prácticas de sexo más seguro en la población de hombres que tienen sexo con hombres. Desarrollo del Programa "Sal de dudas" a través del convenio firmado con el "Comité Ciudadano Antisida de la Comunidad Autónoma de Extremadura (CAEX)" para realizar la prueba rápida del VIH y detectar de forma precoz la infección por VIH fuera del sistema sanitario. - Continuación de las actuaciones del "Programa de incorporación sociolaboral de las personas que viven con VIH/SIDA" y del "Programa de atención personal en VIH/SIDA" que ofrece una atención a las personas que conviven con el VIH-SIDA a través del convenio firmado con CAEX. - Campañas informativas acerca del VIH destinadas a población general y profesionales: a través de folletos y utilizando las nuevas tecnologías. Convocatoria de beca de investigación en el campo de los aspectos sociales del VIH/SIDA. - Seguimiento del tratamiento de la lipodistrofia en pacientes VIH (Hospital San Pedro de Alcántara), de tratamiento con antirretrovirales de las personas afectadas por el VIH/SIDA y de la prestación de reproducción asistida de las parejas serodiscordantes para el VIH concertado con otra comunidad autónoma.
Galicia	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración del 1º Informe del "Sistema de Información Gallego sobre la Infección por VIH (SIGIVIH)" 2004-2008. http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T02.aspx?IdPaxina=61154&uri=http://www.sergas.e

	s/gal/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/sida/VIH-Sida_gallego_2009.pdf&hifr=1250&seccion=0
Madrid	<ul style="list-style-type: none"> - Adquisición y distribución de pruebas rápidas en “Entornos no clínicos” y realización del estudio de investigación “Aceptación de la prueba rápida de VIH en entornos no clínicos” 2009-2010. www.madrid.org - Finalización del estudio de investigación “La promoción, en el ámbito hospitalario, de prácticas más saludables entre personas que viven con el VIH” 2008 – 2009. - Adquisición y distribución anual de preservativos y lubricantes y edición/reedición de materiales de información, educación y comunicación-IEC. www.publicaciones-isp.org - Continuación con las actuaciones para el desarrollo del proyecto Europeo Everywhere 2008-2010. www.everywhereproject.eu - Puesta en marcha de Servicios de prevención y diagnóstico precoz de VIH en atención primaria 2009-2011. - Realización de cursos de actualización de VIH/SIDA para profesionales de atención primaria. Celebración de las Jornadas dirigidas a profesionales que trabajan en las unidades hospitalarias de VIH. Cursos de formación de las personas que ocupan puestos técnicos en las ONGs, 2009-2010. - Continuación con las actuaciones para el registro de nuevos casos de sida y seguimiento de los ya notificados. - Seguimiento de la vigilancia individualizada de la infección por VIH que se apoya, mediante convenio, en la cohorte de la corona metropolitana sureste de Madrid (COMESSEM) de pacientes con VIH atendidos en sus hospitales de referencia. Se han mantenido reuniones con responsables de la cohorte CORIS, para incorporar los datos de los hospitales de Madrid y se publicará en breve una orden de declaración de la Infección de VIH como enfermedad EDO. En la actualidad se han incorporado al registro 1720. - Seguimiento de la vigilancia de la transmisión vertical del VIH a través de la recogida periódica en los servicios de pediatría hospitalarios de los datos de los recién nacidos de madre seropositiva y poniendo hincapié en el efecto de las profilaxis con antirretrovirales. - Coordinación y seguimiento del convenio de colaboración con Cruz Roja española, Oficina de Madrid para la creación de redes de unidades móviles de tratamiento directamente observado y supervisado para personas enfermas de tuberculosis y/o infectadas por VIH/SIDA, con riesgo de mala adherencia al tratamiento. - Continuación de la atención sanitaria en el centro SANDOVAL de los pacientes con VIH-SIDA que no desean acudir o tienen dificultades de acceso a la red asistencial pública normalizada (diagnóstico y seguimiento incluyendo carga viral, educación sanitaria individualizada, atención psicológica y social) y seguimiento del programa específico de atención a parejas serodiscordantes al VIH.
Murcia	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo del “Programa de información y educación sanitaria sobre SIDA” siguiendo las directrices del “Plan multisectorial frente a la infección por VIH y el SIDA 2008-2012” - Teléfono de información sobre sida: durante el año 2008 se han atendido 383 llamadas, con un total de 8.281 llamadas acumuladas - Consulta de información sobre Sida. durante 2008 se han atendido 349 consultas, con un total de 5.321 consultas acumuladas - Gestión de Convenios para la prevención de la infección por VIH - Prevención de la infección por VIH en el Sistema Educativo, en colectivos específicos y en población general
Navarra	<ul style="list-style-type: none"> - Inicio de la implantación y desarrollo de los protocolos de atención a lipodistrofia facial y lavado de semen. - Inicio de test rápido de forma piloto.
País Vasco	<ul style="list-style-type: none"> - Puesta en marcha del “Test rápido” en farmacias. www.euskadi.net/sida
La Rioja	<ul style="list-style-type: none"> - Continuación de las actuaciones para el desarrollo de las acciones del “Plan multisectorial de prevención del SIDA 2008-2012” - Seguimiento del convenio firmado con el “Comité ciudadano antisida de La Rioja” para llevar a cabo las acciones de prevención, promoción y apoyo psicosocial. - Realización de la encuesta anual hospitalaria sobre pacientes, actividad y recursos destinados al VIH/SIDA.
Ceuta y Melilla	<ul style="list-style-type: none"> - Continuación de las actuaciones para desarrollar el “Programa de prevención y control de SIDA-HIV” iniciado en 2005.
Fuente	Información facilitada por las CCAA e INGESA para la elaboración de este informe.

Por su parte, la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA (SPNS) realizó dos campañas, una específica para hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, con una especial distribución a través de Internet y una estrecha colaboración con las entidades de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (LGTB) del Estado, y otra con motivo del

Día Mundial del Sida. Asimismo, con objeto de contribuir a la calidad asistencial, durante 2009, la Secretaría del Plan Nacional del SIDA publicó en colaboración con un total de 116 expertos del SNS y 6 sociedades científicas, los siguientes documentos:

- Recomendaciones sobre alteraciones metabólicas en pacientes con infección por el VIH¹⁷.
- Recomendaciones de GESIDA/SPNS respecto al Tratamiento Antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana¹⁸.
- Recomendaciones para la evaluación y tratamiento de las alteraciones renales en pacientes con infección por el VIH¹⁹.
- Recomendaciones de CEVIHP/SEIP/AEP/SPNS para el seguimiento del paciente pediátrico infectado por el VIH²⁰.
- Recomendaciones sobre tratamiento y manejo del paciente adulto coinfectado por VIH y virus de la hepatitis A, B y C²¹.

También se dio el impulso definitivo a la preparación del uso tutelado del tratamiento reparador de la lipoatrofia facial, actuación fundamental para conseguir la plena integración social de las personas con VIH.

En 2009 la Fundación para Investigación y la Prevención del VIH en España (FIPSE), convocó la X convocatoria de ayudas a proyectos de investigación FIPSE. Se recibieron 102 propuestas, con una solicitud económica de más de 15 millones de euros. Fueron evaluados 93 proyectos de los que se seleccionaron, tras la evaluación externa, 18 propuestas de investigación. De los proyectos que se financiarán, 9 fueron del área básica, 6 del área clínica, 2 del área epidemiológica y preventiva y 1 del área social. El importe destinado a esta convocatoria fue de 2.122.637 euros. La financiación de FIPSE, además de contribuir a desarrollar investigación y resultados de calidad en nuestro país, está suponiendo un importante apoyo a la formación práctica en investigación de muchos profesionales del SNS.

La SPNS también destinó, en 2009, a la Agencia de Ensayos Clínicos del Grupo de Estudios del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (GESIDA) una partida presupuestaria específica de 77.000 euros para promocionar la investigación clínica desarrollada por profesionales españoles, a través del desarrollo de ensayos clínicos, estudios observacionales, asesoría metodológica y publicaciones científicas.

¹⁷ Recomendaciones sobre alteraciones metabólicas en pacientes con infección por el VIH (marzo 2009). [<http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/recomendacionesAlteracionesMmetabolicasMar09.pdf>]

¹⁸ Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2010). [<http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/DocConsensoTARGESIDAPNSEne2010.pdf>]

¹⁹ Recomendaciones para la evaluación y el tratamiento de las alteraciones renales en pacientes con infección por el VIH. [<http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/recoEvalTtoRinoVIH25062009.pdf>]

²⁰ Recomendaciones CEVIHP/SEIP/AEP/SPNS para el seguimiento del paciente pediátrico infectado por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Junio de 2009. [<http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/recoSeguimientoPediatricoVIHJunio09.pdf>]

²¹ Recomendaciones de gesida / pns / aeoh sobre tratamiento y manejo del paciente adulto coinfectado por VIH y virus de las hepatitis A, B y C. (Septiembre de 2009) [http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRe/gesidacyrc2009_coinfectadosvihvhc.pdf]

En relación a la participación en el proyecto “[Red de Solidaridad Hospitalaria contra el Sida \(ESTHER\)](#)”²² España contribuye, a través del MSPSI, trabajando conjuntamente con 6 países latinoamericanos para adquirir la capacitación técnica de profesionales en materia de VIH y crear una red de formadores que se extienda a todas las áreas de los países involucrados en el mismo. La relación entre los profesionales de los diferentes países también se incluye dentro de los objetivos del proyecto. Con ello se favorece la elaboración de proyectos conjuntos e intercambio de conocimientos. En el año 2009, se llevaron a cabo capacitaciones en Ecuador y Honduras y profesionales latinoamericanos han acudido a España para estancias formativas en hospitales del SNS.

Salud de la mujer, recién nacido, infancia y adolescencia

En 2009, se ha trabajado en la elaboración de la nueva [Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo](#)²³, preparando contenidos sobre centros sanitarios acreditados, sobre los dictámenes preceptivos, el sistema de información y de transmisión de datos y sobre Estadística e Información epidemiológica de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) e Información previa al consentimiento en la interrupción voluntaria del embarazo²⁴.

Se publicaron los datos definitivos del IVE correspondientes al año 2008 ([Tabla 4.4](#) y [Tabla 4.5](#)) y se inició la preparación de los datos de 2009, según el estudio realizado a partir de la información estadístico-epidemiológica recogida.

En relación con la salud de la infancia y adolescencia²⁵, es de señalar la participación con UNICEF en un grupo de trabajo para realizar un proyecto de investigación sobre indicadores de bienestar de la infancia en España²⁶ y con el Observatorio de la Infancia, en los grupos de trabajo del [Plan Estratégico Nacional de la Infancia y Adolescencia \(PENIA\)](#)²⁷ del maltrato infantil, y del de convivencia e inclusión.

²² Proyecto ESTHER. MSPSI.

[<http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/cooperacionInt/home.htm>]

²³ Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. [<http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf>]

²⁴ Salud sexual y reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo.

[<http://www.msps.es/novedades/saludSexualIVE/home.htm>]

²⁵ Informe Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social en España 2008-2010.

[http://www.msps.es/politicaSocial/inclusionSocial/docs/2009_2_pnain_2008_2010_anexo_ii_informe_ejecucion_medicadas.pdf]

²⁶ Propuesta de un Sistema de Indicadores sobre bienestar infantil en España.

[<http://www.scribd.com/doc/34873818/Propuesta-de-un-sistema-de-Indicadores-sobre-Bienestar-Infantil-en-Espana>]

²⁷ Plan Estratégico Nacional de la Infancia y Adolescencia 2006-2009 (PENIA). MTAS.

[http://tv_mav.unicef.mec.es/pdf/Plan_Estrat_Inf_Ad.pdf]

Tabla 4.4 Número de IVE según grupo de edad y comunidad autónoma de residencia. Año 2008.

Comunidad de residencia	Edad								
	TOTAL	<15 años	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años	>44 años
TOTAL	115.812	475	14.464	28.389	28.859	22.745	14.944	5.519	417
Andalucía	20.574	104	3.094	5.492	4.940	3.601	2.397	892	54
Aragón	3.280	7	357	812	821	682	441	148	12
Asturias	1.679	4	177	413	433	340	207	99	6
Baleares	3.387	12	365	766	890	720	457	157	20
Canarias	4.882	35	637	1.084	1.164	939	719	280	24
Cantabria	728	1	83	150	185	145	113	49	2
Castilla-La Mancha	3.655	19	532	929	837	677	491	151	19
Castilla y León	3.336	22	515	890	763	579	388	171	8
Cataluña	25.379	67	2.663	6.091	6.562	5.338	3.369	1.206	83
Comunidad Valenciana	11.580	53	1.572	2.734	2.887	2.323	1.423	535	53
Extremadura	1.383	6	259	387	282	212	155	79	3
Galicia	1.981	9	287	486	441	366	274	105	13
Madrid	22.126	67	2.430	5.359	5.686	4.463	2.975	1.074	72
Región de Murcia	5.350	30	639	1.303	1.461	1.090	601	214	12
Navarra	765	4	107	156	183	148	127	37	3
País Vasco	2.996	7	313	670	751	632	439	171	13
La Rioja	597	1	70	133	148	124	85	34	2
Ceuta	15	0	2	4	0	5	1	3	0
Melilla	87	1	16	29	22	8	4	7	0
Extranjero	2.031	25	346	501	403	353	278	107	18
No consta	1	1	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Tabla 4.5 Número de I.V.E en mujeres menores de 20 años según comunidad autónoma de residencia. Periodo 1999-2008.

Comunidad de residencia	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Andalucía	1.782	1.838	2.117	2.272	2.500	2.794	2.979	3.096	3.281	3.198
Aragón	190	194	246	268	255	281	336	354	394	364
Asturias	196	265	198	213	216	242	211	220	178	181
Baleares	271	306	341	356	320	349	357	383	438	377
Canarias	438	473	641	609	574	595	641	714	781	672
Cantabria	56	60	53	55	53	58	58	69	57	84
Castilla-La Mancha	237	237	252	270	289	319	398	437	494	551
Castilla-León	348	332	377	380	400	420	416	440	499	537
Cataluña	1.818	1.941	1.938	2.010	2.015	2.117	2.158	2.394	2.657	2.730
Comunidad Valenciana	892	998	1.047	1.101	1.071	1.209	1.288	1.452	1.637	1.625
Extremadura	150	159	184	196	169	236	238	236	245	265
Galicia	367	362	349	356	363	375	399	362	400	296
Madrid	1.100	1.161	1.265	1.535	1.616	1.765	1.928	2.227	2.530	2.497
Región de Murcia	218	309	331	365	374	397	471	478	600	669
Comunidad Foral de Navarra	42	56	40	52	56	70	93	74	95	111
País Vasco	185	168	150	168	193	217	248	283	356	320
La Rioja	37	35	35	45	48	46	57	53	55	71
Ceuta y Melilla	23	20	17	23	21	19	29	19	24	19

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

4.2 Sanidad exterior y salud internacional

Evaluación de riesgos para la salud derivados del tráfico internacional de viajeros y mercancías

En relación con el tráfico internacional de cadáveres y restos cadavéricos, órganos para trasplantes y preparaciones anatómicas destinadas a la investigación, en el año 2009, se han diligenciado 2.939 expedientes de tráfico de cadáveres, restos humanos y restos cadavéricos en régimen de entrada o de salida en el territorio nacional. Se han realizado en frontera 221 autorizaciones para la salida y entrada de órganos y tejidos para trasplantes, frente a las 263 de 2008, en colaboración con la Organización Nacional de Trasplantes (ONT). De ellas, casi el 60% (130) corresponde a sangre de cordón umbilical, mientras que el 40 % (91) restante se repartió entre sangre periférica (44), médula ósea (18), segmentos vasculares (12), tejido osteotendinoso (8), córneas (4), válvula pulmonar (2), linfocitos (2) y válvula aórtica (1). Asimismo, durante el año 2009, se han emitido 22 resoluciones de autorización de entrada en nuestro país de diferentes piezas anatómicas destinadas a fines científicos, docentes y/o de investigación.

Desde la publicación del Real Decreto 65/2006/2006, de 30 de enero, por el que se establecen requisitos para la importación y exportación de muestras biológicas, se ha producido un aumento exponencial de las autorizaciones de importación y exportación de muestras para investigación y/o diagnóstico en seres humanos. Así, de las 790 resoluciones de autorización para importaciones y exportaciones ocasionales emitidas en el año 2006, se ha pasado a las 1.530 del año 2009, lo que supone un incremento del 93,67 % en 3 años y medio. Se han realizado 31 inscripciones en el registro de importadores (12 en 2006) y de 252 en el registro de exportadores (181 en 2006).

Por último, en relación al tráfico internacional de productos destinados a uso y consumo humano—importaciones, durante el año 2009, en las aduanas españolas se controlaron 121.471 partidas de productos destinados a consumo humano (113.799 en 2008), de las cuales 44.394 fueron sometidas a control físico. De estas últimas, se tomaron muestras a 1.692 partidas para la realización de análisis de laboratorio, con un total de 3.359 determinaciones analíticas. Del total de partidas controladas, se rechazaron 818 (0,67%).

Alertas internacionales

Durante 2009, con objeto de informar puntualmente a los centros de vacunación internacional sobre las incidencias sanitarias internacionales que pueden afectar a las medidas preventivas que deben adoptar los viajeros internacionales con destino a los países afectados, la Red de alerta sanitaria de sanidad exterior informó de un total de 274 alertas sanitarias internacionales. Este resultado supone un claro aumento respecto al año anterior debido a la gripe A (H1N1).

Se han visto afectados 73 países diferentes, entre los que cabe señalar: Argentina (7 alertas); Bolivia (6 alertas); Brasil (8 alertas); Burkina-Faso (2 alertas); Canadá (26 alertas); Congo (9 alertas); Costa de Marfil (4 alertas); Costa Rica (24 alertas); China (8

alertas); EE.UU. (57 alertas); Egipto (25 alertas); Filipinas (6 alertas); India (3 alertas); Indonesia (5 alertas); Méjico (59 alertas); Nigeria (7 alertas); Paraguay (2 alertas); Turquía (1 alertas); Uganda (2 alertas); Venezuela (8 alertas); Vietnam (8 alertas) y Zimbabwe (7 alertas).

El número de patologías ascendió a 30. Destacan, entre otras, las siguientes: 164 alertas de Gripe A (H1N1), 41 de Gripe Aviar, 34 por Dengue, 21 de Meningitis Meningocócica, 20 de Fiebre Amarilla, 14 de Malaria o Paludismo, 14 de Fiebre de Chikungunya, 12 alertas de Cólera, 11 de Fiebre Hemorrágica por Virus Ébola y 7 de Poliomielitis Aguda.

En relación con las mercancías, durante el año 2009 se abrieron 436 alertas nuevas: 417 como reacción a las notificaciones recibidas a través del Sistema de Alerta Rápida para Alimentos y Piensos (RASSF) (rechazos en fronteras de la UE y controles en mercado interior) y 11 como resultado de controles en las aduanas españolas. Del total de alertas nuevas, 144 afectaban a productos de origen animal (33%) y 292 a productos de origen no animal (67%). Los productos incluidos en las alertas activas sufren un control oficial (documental, de identidad y físico) en el 100 % de las partidas.

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

El incremento tanto en el número de viajeros procedentes de países terceros como en el número de salidas de viajeros españoles a zonas de riesgo, ha puesto de manifiesto la necesidad de intensificar las medidas de prevención para evitar el riesgo que supone la patología importada y las enfermedades emergentes y re-emergentes.

A tal fin, durante el año 2009, se han llevado a cabo inspecciones rutinarias de medios de transporte y de instalaciones de puertos y aeropuertos internacionales entre otras: certificados de control sanitario a bordo (60), exención de certificados de control sanitario a bordo (1.745), abanderamientos de buques (424), inspección de botiquines (433), desinsectaciones (254), controles documentales (6.967), certificados de libre plática (259), análisis de aguas (2.516) e inspección de locales de restauración en puertos y aeropuertos (367).

Asimismo, se han atendido 364 alertas, entendiendo como tales las actuaciones sanitarias derivadas de una declaración marítima de sanidad positiva o de cualquier otra fuente de información (atención a personas, desembarco enfermos o cadáveres etc...). En este caso, las actuaciones más relevantes tuvieron lugar como consecuencia de la gripe pandémica H1N1 2009, que fue el primer evento declarado como emergencia de salud pública de importancia internacional a la luz del nuevo Reglamento Sanitario Internacional-2005 (RSI-2005), única legislación sanitaria vinculante en el entorno internacional y cuya finalidad es prevenir la propagación internacional de enfermedades evitando en lo posible las interferencias con el tráfico y el comercio internacionales.

Las actuaciones de sanidad exterior fueron ejecutadas durante las fases 4 y 5 de la pandemia H1N1, en las que se estableció un control sanitario sobre las aeronaves en aquellos aeropuertos que recibían vuelos procedentes de los países afectados (en un principio se consideró afectado a México y, posteriormente, se incluyó a Estados Unidos).

Se controlaron 1.210 vuelos, 459 mediante control presencial y 751 mediante control documental, con más de 205.000 viajeros afectados. Se detectaron 36 viajeros

sospechosos, siendo 6 derivados a hospitales. Se instalaron 44 puestos de Cruz Roja en 32 aeropuertos, donde se entregaron más de 86.000 hojas informativas. Se identificaron 945 contactos en 36 vuelos; 597 fueron comunicados a las comunidades y ciudades autónomas y a otros países para su seguimiento.

Debido a las características del virus no se evitó su entrada en España, aunque se identificó un gran número de contactos sobre los que se establecieron medidas de vigilancia y, probablemente, se retrasó en el tiempo el incremento de casos en nuestro país.

4.3 Sanidad ambiental

Productos químicos, biocidas y fitosanitarios

Durante el año 2009, se ha trabajado en la adecuación de las estructuras necesarias para dar cobertura al reglamento nº 1907/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo de Europa, de 18 de diciembre, relativo al registro, evaluación, autorización y restricción de las sustancias y preparados químicos en los aspectos relativos a la salud humana, Reglamento REACH^{28,29}. También se ha participado en la elaboración de las medidas de seguridad que se exigirán para el acceso al sistema informático REACH-IT, dentro del grupo denominado Red de Oficiales de Seguridad y en la preparación del proyecto Reach Information Portal for Enforcement (RIPE,) desarrollado por la Agencia Europea de Sustancias y Preparados Químicos (ECHA), para dar a las autoridades competentes acceso a la información que les permita realizar labores de inspección y control del cumplimiento en REACH.

Durante 2009, se ha creado una base de datos con el fin de gestionar la información remitida por la ECHA, sobre las empresas establecidas en España que habían prerregistrado las sustancias que fabrican o importan, al no estar todavía operativa para las autoridades la red REACH-IT. Las 2.289 compañías establecidas en España, han presentado un total de 91.161 prerregistros. Con relación a la [notificación previa al reglamento REACH](#)³⁰ y según lo establecido en el artículo 24 del mismo, los notificantes solicitaron y obtuvieron con éxito un total de 103 números de registro.

En 2009, se elaboró el expediente para identificar el 2,4-Dinitrotolueno, como sustancia de alta peligrosidad (carcinógeno categoría 2), que fue aprobado por la ECHA.

Con respecto a las actividades de participación en los comités de la ECHA y dentro del comité de estados miembros, se han evaluado 15 propuestas para la identificación de sustancias de alta peligrosidad que fueron aprobadas por unanimidad.

Asimismo, se han coordinado las actividades realizadas con relación al [1º Proyecto Europeo de inspección REACH-EN-FORCE-ONE](#)³¹, dirigido a fabricantes e

²⁸ Marco reglamentario de gestión de las sustancias químicas (REACH). Agencia Europea de Sustancias y Preparados Químicos. [http://europa.eu/legislation_summaries/internal_market/single_market_for_goods/chemical_products/121282_es.htm]

²⁹ Información de Guías sobre los distintos procesos en virtud del marco reglamentario de gestión de las sustancias químicas (REACH). [<http://www.msps.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/prodQuimicos/sustPreparatorias/reach/iAcGuías.htm>]

³⁰ Portal de información REACH. [<http://195.235.91.69/reach/w/reach-it/notificacion-de-sustancias-ppord>]

³¹ Anuncio de la publicación de los resultados del 1º Proyecto Europeo de inspección Reach en Force One. [http://echa.europa.eu/doc/press/pr_10_10/pr_10_10_FORUM_es_1_06_10.pdf]

importadores, aprobado en 2009 en el Foro de Intercambio de Información sobre el control del cumplimiento de REACH.

Con relación a las actividades legislativas, debe destacarse la elaboración del proyecto de ley por el que se establece el Régimen Sancionador previsto en el Reglamento 1907/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, que fue presentado en el Consejo de Ministros del 12 de junio de 2009. También, el 20 de enero de 2009 entró en vigor el Reglamento 1272/2008, del Parlamento Europeo y del Consejo, sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas (CLP), siendo de aplicación el procedimiento de armonización de la clasificación y del etiquetado descrito en el mismo.

El registro de biocidas está disponible en internet, facilitando a los profesionales del sector y a los ciudadanos, información transparente. Durante el año 2009, se resolvieron una media de 65 consultas semanales (presenciales, telefónicas y escritas) realizadas por la industria, comunidades y ciudades autónomas y particulares. y se emitieron 75 informes de homologación de productos zoonutricionales para su posterior registro en el Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino, siendo 37 nuevas homologaciones y 38 renovaciones de homologaciones previas ([registro de biocidas](#)³²).

Los trabajos realizados sobre los productos fitosanitarios se dirigen a determinar los riesgos de los productos de los que se solicita comercialización en el mercado nacional y que deben ser informados preceptivamente por el MSPSI. Durante el año 2009 se han realizado un total de 766 informes, aunque se observa una tendencia a disminuir a medida que se aplica la normativa comunitaria. Por el contrario, se va incrementando el número de los informes realizados según el Real Decreto 2163/1994, por el que se transpuso la Directiva 91/414/CEE, dictada para armonizar la comercialización de estos productos en el mercado europeo.

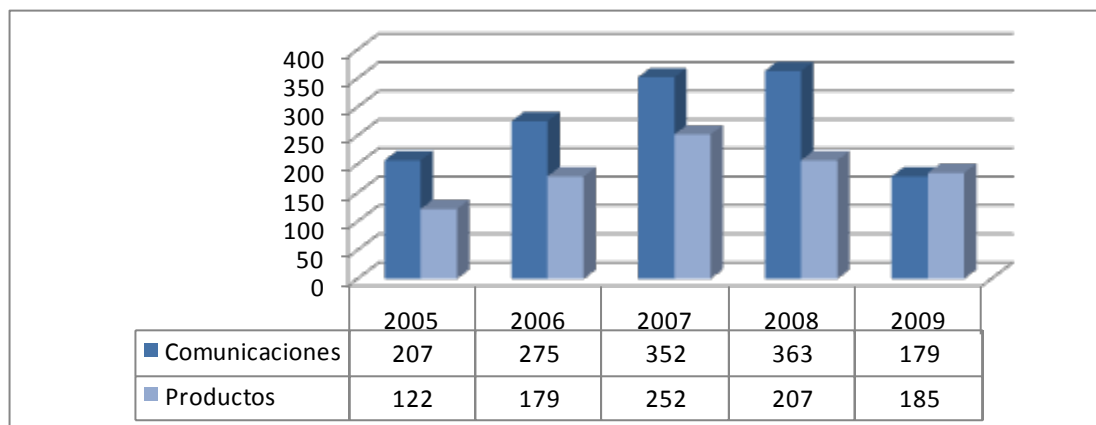
De todas las normativas publicadas durante el año 2009, es preciso destacar el nuevo Reglamento 107/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo de 21 de octubre, de comercialización de productos fitosanitarios, que va a marcar un antes y un después en la armonización de estos productos en la UE, con repercusiones también en todo el mundo.

En relación con la Red Nacional de Vigilancia, Inspección y Control de Productos Químicos, el 1 de julio de 2009, se estableció como única vía de notificación de incidencias la aplicación del sistema telemático a través de internet, por lo que se da por concluida la fase piloto de la aplicación del Sistema de Intercambio Rápido de Información de Productos Químicos (SIRIPQ). En el año 2009 se produjeron 179 comunicaciones, en relación a 185 productos ([Figura 4.3](#)).

³² Información sobre el registro de biocidas. MSPSI.

[<http://www.msps.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/prodQuimicos/sustPreparatorias/biocidas/inscriRegistro.htm>]

Figura 4.3 Red de Intercambio Rápido de Información de Productos Químicos (SIRIPQ). Período 2005 – 2009.



Fuente Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

En 2009, a través del Sistema de Toxicovigilancia, se han registrado 534 casos de intoxicación o accidente atendidos en los servicios de urgencias de 13 hospitales notificantes.

Biotecnología

Durante 2009, la Comisión Nacional de Bioseguridad evaluó 92 expedientes de organismos modificados genéticamente, de los cuales 22 eran de instalaciones para utilización confinada, 62 de liberación voluntaria y 8 fueron expedientes de comercialización.

Por su parte, el Consejo Interministerial de organismos modificados genéticamente sometió a votación, por el procedimiento escrito, 10 notificaciones de comercialización, 18 notificaciones de liberación voluntaria y 4 notificaciones de instalaciones para el trabajo con organismos modificados genéticamente.

Sistemas de información de calidad de aguas

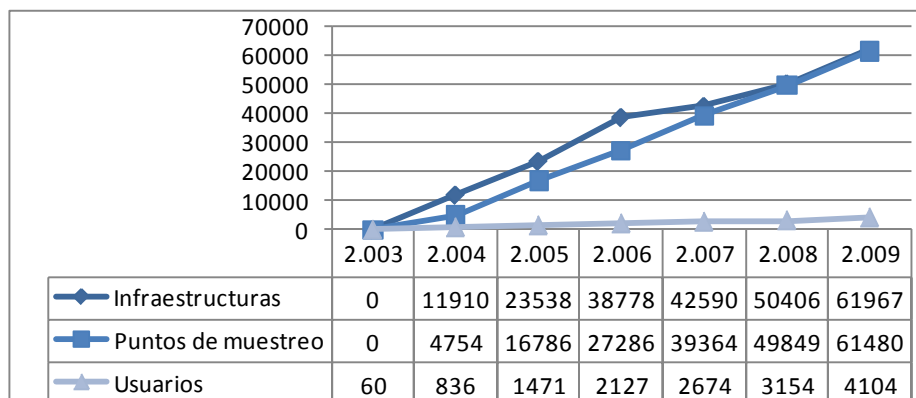
En relación con el [Sistema de Información Nacional de Aguas de Consumo \(SINAC\)](#)³³, la evolución de su implantación desde su lanzamiento ha sido constante y en algunos casos de tipo exponencial (Figura 4.5).

Durante el año 2009 se han realizado 46.595 visitas en el “*acceso al ciudadano*”, donde éste puede consultar sobre la calidad del agua de consumo de cualquier localidad de España que esté dada de alta en el sistema, y 181.660 accesos profesionales al sistema.

³³ Acceso al SINAC (Salud Pública). MSPSI.

[<http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/saludAmbLaboral/calidadAguas/accesoSinac.htm>]

Figura 4.4 Evolución de la implantación del SINAC. Periodo 2003-2009.



Fuente Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

En el Sistema de Información Ejecutiva de Agua de Consumo (ALDAGUA) al finalizar 2009, había 43 usuarios dados de alta.

Respecto al [Sistema de Información Nacional de Agua de Baño \(NÁYADE\)](#)³⁴, en el año 2009 se han celebrado tres reuniones de coordinación y se han gestionando 161 consultas telefónicas y 48 consultas por escrito.

En enero de 2009, se creó el Sistema de Información Geográfica de Calidad Sanitaria del Agua (ATLANTIS), un sistema de información geográfica de agua de consumo y agua de baño a través de Internet.

También en 2009, se han gestionado 212 laboratorios certificados por la UNE EN ISO 9001 y 104 laboratorios acreditados por la UNE EN ISO 17.025.

Riesgos ambientales físicos

En relación con el [Plan Nacional de acciones preventivas de los efectos del exceso de temperaturas sobre la salud](#)³⁵, en 2009 no se ha activado en ninguna ocasión el nivel de alerta máximo o rojo, y los servicios sanitarios de las comunidades y ciudades autónomas comunicaron al MSPSI un total de 6 fallecimientos durante el verano atribuibles a golpe de calor.

El entonces Ministerio de Sanidad y Política Social, en coordinación con el de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino, y como parte de las políticas del Gobierno sobre salud y cambio climático, crearon por acuerdo de Consejo de Ministros, el Observatorio de Salud y Cambio Climático como instrumento de análisis, diagnóstico, evaluación y seguimiento de los impactos del cambio climático en la salud pública y en el Sistema Nacional de Salud. Uno de sus principales objetivos es analizar los cambios en la salud motivados por el cambio climático en nuestro país, evaluar escenarios y modelos, para

³⁴ Acceso a Náyade (Sistema de información Nacional de Aguas de Baño). MSPSI.

[\[http://nayade.msc.es/Splayas/home.html\]](http://nayade.msc.es/Splayas/home.html)

³⁵ Plan Nacional de actuaciones preventivas de los efectos del exceso de temperaturas sobre la salud (2009). MSPS.

[\[http://www.msps.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/planAltasTemp/2009/docs/planExcesoTemperaturas2009.pdf\]](http://www.msps.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/planAltasTemp/2009/docs/planExcesoTemperaturas2009.pdf)

ayudar a la toma de decisiones, priorizar problemas y proponer acciones que los resuelvan.

Asimismo, se ha seguido trabajando en el desarrollo del [Plan Nacional de Salud y Medio Ambiente](#)³⁶, con el objetivo de aumentar la coordinación y las actividades conjuntas en materia medioambiental y salud, definiendo y cuantificando los indicadores necesarios para conseguir el objetivo.

4.4 Seguridad alimentaria y nutrición

La [Agencia de Seguridad Alimentaria y Nutrición \(AESAN\)](#)³⁷ dependiente del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, tiene entre sus objetivos fundacionales sensibilizar a la sociedad en todos aquellos aspectos relativos a la seguridad alimentaria y la nutrición.

Para ello, cuenta con una amplia participación de todos los sectores representados en los distintos órganos de AESAN, tanto de dirección como en los de asesoramiento y coordinación, donde están representados otros Ministerios, las comunidades y ciudades autónomas, la industria, las organizaciones de consumidores, y otros colectivos sociales, lo que enriquece las decisiones que se toman en su seno.

El Plan de trabajo del año 2009 ha estado encaminado, a fortalecer las actuaciones de la AESAN dentro del marco general de objetivos desarrollado en los últimos años, dando prioridad destacada a sus actuaciones de coordinación, legislación básica, relaciones con la Unión Europea y administración científica que son esenciales para la defensa de la salud de los españoles. El balance de las auditorías que realiza la Unión Europea y las actividades de control oficial a nivel Nacional, han señalado las líneas estratégicas y los programas de trabajo de futuro cuyo objetivo es mejorar la seguridad de toda la cadena alimentaria. Por otro lado y dentro del ámbito de la nutrición, se ha seguido trabajando en la [Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad \(Estrategia NAOS\)](#)³⁸ para obtener resultados en términos de menor prevalencia de sobrecarga ponderal.

Las actividades de la AESAN han estado encuadradas dentro en el marco de la Estrategia de Seguridad Alimentaria 2008-2012, articulada en tres grandes líneas: mejorar la coordinación del Gobierno con la Unión Europea; impulsar la actuación conjunta ministerial y reforzar la coordinación dentro del Estado entre los distintos agentes implicados en la seguridad alimentaria.

Análisis del riesgo en seguridad alimentaria

El objetivo general del análisis de riesgos aplicado a las decisiones que se toman en seguridad alimentaria es el asegurar la protección de la salud humana. Aplicándolo por igual a asuntos de control alimentario nacional y a situaciones de comercio alimentario, debiendo ser: abierto, transparente, documentado y evaluarse y revisarse según los nuevos datos científicos que surjan. El análisis de riesgos debe ajustarse a un método

³⁶ Informe base para la elaboración del Plan Nacional de salud y medio ambiente (Diciembre 2007).

[<http://www.msc.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/informeBase.pdf>]

³⁷ Acceso AESAN. MSPSI. [<http://www.aesan.msc.es/>]

³⁸ Acceso web NAOS. MSPSI. [<http://www.naos.aesan.msps.es/>]

estructurado que comprenda los tres componentes: evaluación de riesgos, gestión de riesgos y comunicación de riesgos. Siendo la precaución un elemento inherente al análisis de riesgos.

En el proceso de evaluación y gestión de los riesgos que entrañan los alimentos para la salud humana, existen múltiples fuentes de incertidumbre. El grado de incertidumbre y la variabilidad de la información científica disponible deben tomarse explícitamente en cuenta en el análisis de riesgos. Las hipótesis utilizadas para la evaluación y las opciones en materia de gestión de riesgos que se hayan seleccionado, deben reflejar el grado de incertidumbre y las características del peligro.

Dicha evaluación de riesgos debe tener en cuenta las prácticas pertinentes de producción, almacenamiento y manipulación utilizadas a lo largo de toda la cadena alimentaria, comprendidas las prácticas tradicionales, así como los métodos de análisis, muestreo e inspección y la incidencia de efectos perjudiciales específicos para la salud.

Por último, el análisis de riesgos debe comprender una comunicación clara, interactiva y documentada entre los evaluadores de riesgos y los encargados de su gestión, así como la comunicación recíproca con todas las partes interesadas en los distintos aspectos del proceso. Además la comunicación de riesgos debe ir más allá de la mera difusión de información. Su función principal ha de ser la de garantizar que en el proceso de adopción de decisiones, se tenga en cuenta toda información u opinión que sea necesaria para la gestión eficaz de los riesgos.

Sistemas de coordinación para intercambio de información en alertas alimentarias.

Durante los últimos años, el desarrollo creciente del comercio internacional y de los viajes transoceánicos ha obligado a dar respuestas globales a posibles situaciones de emergencia sanitaria en las que los alimentos han aparecido como principales implicados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), propuso en su 57ª sesión la creación de una red global que garantizara la seguridad alimentaria, es la Red Internacional de Autoridades de Seguridad Alimentaria (INFOSAN). Su objetivo es facilitar y promover el intercambio de información sobre la seguridad alimentaria y la actuación de las autoridades competentes en el ámbito internacional. Más allá del concepto estático de las bases de datos, lo que se requiere son redes proactivas de intercambio de información que no cabe circunscribir a espacios geográficos concretos³⁹.

El Sistema de alerta rápida para alimentos y piensos (RASFF), es una herramienta clave empleada para reaccionar con rapidez ante los incidentes registrados en el ámbito de los alimentos y los piensos. El RASFF permite que la Comisión Europea, las autoridades de control de los alimentos y los piensos en los Estados miembros y las organizaciones integradas en el RASFF, intercambien información de forma rápida y eficiente en caso de detectarse un riesgo para la salud.

El sistema está formado por puntos de contacto en todos los países y organizaciones miembros del RASFF, así como en la Comisión Europea, que intercambian información sobre cualquier riesgo para la salud. Existe un servicio permanente para garantizar el envío, la recepción y la respuesta de las notificaciones urgentes en el tiempo más breve

³⁹ Nota informativa de INFOSAN No. 2/2009 – “Aspectos de la interfaz hombre-animal en la gripe porcina” (29 abril 2009). [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1382&Itemid]

posible. Cuando un miembro del RASFF dispone de información sobre un riesgo sanitario grave procedente de alimentos o piensos, debe informar inmediatamente a la Comisión Europea mediante el sistema RASFF. A continuación, la Comisión Europea informa sin demora al resto de miembros con la finalidad de adoptar las acciones apropiadas. Entre éstas puede incluirse la retirada de un producto del mercado para proteger la salud de los consumidores.

El RASFF se relaciona en España con el [Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información \(SCIRI\)](#)⁴⁰ de la AESAN y con el Plan Operativo de Intervención en la Alimentación Animal.

El Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información (SCIRI), es un sistema diseñado en forma de red, que permite mantener una constante vigilancia frente a cualquier riesgo o incidencia que, relacionado con los alimentos, pueda afectar a la salud de los consumidores.

El objetivo fundamental de este sistema, es garantizar a los consumidores que los productos que se encuentran en el mercado son seguros y no presentan riesgos para su salud. Para conseguirlo, la base primordial es el intercambio rápido de información entre las distintas autoridades competentes, facilitando de este modo las actuaciones oportunas a las autoridades competentes sobre aquellos productos alimenticios que pudieran tener repercusión directa en la salud de los consumidores.

El marco legal de base del SCIRI es el Reglamento (CE) 178/2002, de 28 de enero, por el que se establecen los principios y los requisitos generales de la legislación alimentaria, se crea la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) y se fijan los procedimientos relativos a la seguridad alimentaria y de manera específica, el Artículo 50.

El Sistema de Información de Gestión de Alertas y Control Oficial (ALCON), es una nueva aplicación informática que, da soporte al Sistema de Información de Alertas, incorpora como novedad la firma electrónica y la gestión informatizada de las alertas vía electrónica con las comunidades y ciudades autónomas.

Este proyecto surgió, en 2006, con el objetivo de diseñar una aplicación con acceso a través de interfaz Web, que incorporase la información relativa a las notificaciones producidas en el ámbito del SCIRI y al control oficial, tanto en el ámbito de la AESAN como de las CCAA y, que sirviera como una herramienta básica de gestión del control oficial de la seguridad alimentaria. Integrando todos los desarrollos informáticos actuales, unificando plataformas, lenguajes y criterios funcionales a todos los niveles, con el fin último de profundizar en la garantía de la seguridad alimentaria a los consumidores, siempre bajo el amparo de los programas plurianuales de control oficial establecidos en el Reglamento (CE) 882/2004.

En enero de 2009, se inició la tramitación de los expedientes de alertas, informaciones y rechazos gestionados en el marco del SCIRI a través de la aplicación ALCON.

Las notificaciones sobre productos alimenticios se han gestionado en cuatro niveles: alertas, informaciones, rechazos y varios. Los criterios seguidos para encuadrar una notificación en un nivel u otro son: características del riesgo vinculado al producto alimenticio; origen del producto alimenticio involucrado y distribución del producto involucrado.

En el nivel de alertas se gestionan aquellas notificaciones que, por sus características, exigen una vigilancia o actuación inmediata de las autoridades competentes.

⁴⁰ Red de alerta alimentaria (AESAN). MSPSI. [<http://www.aesan.msc.es/AESAN/web/alertas/alertas.shtml>]

En el nivel de información se gestionan aquellas notificaciones que, por sus características, no implican, a priori, la vigilancia o la actuación inmediata de las autoridades competentes pero que sí representan una fuente de información complementaria a la hora de planificar actuaciones en seguridad alimentaria.

En el nivel de rechazos se gestionan aquellas notificaciones que, por sus características, no implican, la vigilancia o la actuación inmediata de las autoridades competentes.

En el nivel de varios se gestionan aquellas notificaciones que, por sus características, no se corresponden con expedientes de alertas, ni de informaciones, ni de rechazos, pero que aportaban información de interés a las autoridades competentes. Asimismo, se han incluido en este nivel de gestión las notificaciones clasificadas como “news” por los servicios de la comisión.

El objetivo de la difusión, a través del SCIRI de las medidas adoptadas como resultado de los controles efectuados en el momento de la entrada de mercancías de países terceros a territorio comunitario, es doble: por un lado impermeabilizar el territorio comunitario frente a mercancías en las que se han detectado problemas que pueden poner en peligro la salud de los consumidores, y por otro proporcionar la información necesaria para las autoridades del mercado interior, con el fin de posibilitar la localización de mercancías susceptibles de encontrarse sometidas a las mismas situaciones y que ya han sido puestas en fechas anteriores a libre práctica.

Las notificaciones del SCIRI constituyen, en general para las autoridades competentes, una fuente continua de información tanto para la orientación y diseño de los programas de control oficial como para la adopción de las correspondientes medidas. A su vez, a nivel de los operadores económicos, ejerce ese mismo papel en la aplicación de los sistemas de autocontrol establecidos por aquéllos.

A lo largo del año 2009, se han gestionado a través del SCIRI un total de 3.130 expedientes relativos a productos alimenticios, de los cuales 186 corresponden a alertas, 1.484 corresponden a informaciones, 1.413 a rechazos de productos alimenticios y 47 a los clasificados como varios. En la (Tabla 4.6) se puede observar la evolución del número de las notificaciones de incidencias en productos alimenticios gestionadas en los últimos cinco años dentro del SCIRI.

AÑO	2005	2006	2007	2008	2009
Alertas	217	197	293	209	186
Informaciones	1.525	1.319	1.325	1.346	1.484
Rechazos	1.390	1.225	1.210	1.353	1.413
Fuente	Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de sanidad Política Social e Igualdad.				

Si realizamos un estudio de los datos con relación al tipo de productos alimenticios notificados como alerta, nos encontramos que a lo largo de 2009, se han gestionado 91 notificaciones correspondientes a productos de origen animal, 80 a productos de origen vegetal, 12 a incidencias relacionadas con materiales en contacto con alimentos y 3 relativas a otros alimentos.

En cuanto a las notificaciones clasificadas como información en el año 2009, los productos de origen vegetal han supuesto un total de 757 notificaciones, mientras que en 583 ocasiones los productos implicados han sido de origen animal, 109 han correspondido a materiales en contacto, 35 a otros productos alimenticios.

En cuanto a las notificaciones de rechazo gestionadas en el año 2009, éstas han sido un total de 1.413, de las cuales, el mayor porcentaje de notificaciones corresponde a productos de origen vegetal (907), seguidos de productos de origen animal (426), materiales en contacto con alimentos (62) y otros alimentos (18).

Durante el año 2009 en las notificaciones gestionadas como alerta, los riesgos detectados corresponden a tipo químico, seguidos de los riesgos de tipo microbiológico y físico (Tabla 4.7).

Tabla 4.7 Clasificación riesgos detectados en las notificaciones del SCIRI en 2009.	
Tipo de Riesgos	Notificaciones
Riesgos químicos	94
Riesgos biológicos	38
Riesgos físicos	10
Otros riesgos	44
TOTAL	186
Fuente	Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Establecimientos alimentarios

El número total de establecimientos dedicados al sector alimentario en España en el año 2008, fue de 594.740 según los datos facilitados por las CCAA, de los cuales se han visitado para su inspección un total de 354.404 (Tabla 4.8). En el año 2007 se contaban con 445.065 establecimientos, de los cuales se inspeccionaron 244.437. Se ha producido pues un incremento, tanto en el número de establecimientos alimentarios como en los controles realizados a los mismos.

Tabla 4.8 Datos de establecimientos alimentarios. Año 2008.					
	Productores, elaboradores y envasadores	Importadores y exportadores	Almacenistas y distribuidores	Minoristas y prestación de servicios	Total
Número de establecimientos alimentarios	66.715	9.261	30.223	488.541	594.740
Número de establecimientos alimentarios visitados	47.643	4.005	22.333	280.423	354.404
Número de visitas de control	291.843	6.459	110.267	590.543	999.112
Número de muestras tomadas	75.986	238	1.683	16.014	93.921
Observaciones	Datos facilitados por las CCAA.				
Fuente	Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.				

El número total de visitas realizadas en valor absoluto en el año 2008, es de 999.112 visitas. Las visitas se centraron en primer lugar en los establecimientos alimentarios minoristas y de prestación de servicios, con un total de 590.543 visitas de control y

después en los productores, elaboradores y envasadores con 291.843 visitas. La frecuencia de inspección es mayor en los establecimientos de las fases de la cadena alimentaria de producción y distribución (4 visitas de promedio a cada establecimiento) que en las de minoristas y en la de importación y exportación (2 visitas de promedio por cada establecimiento).

Programa de vigilancia de zoonosis

El Real Decreto 1940/2004, de 27 de septiembre, sobre la vigilancia de las zoonosis y los agentes zoonóticos, incorpora en su ordenamiento jurídico interno, la Directiva 2003/99/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 17 de noviembre. Su objetivo es asegurar la investigación epidemiológica de los brotes de zoonosis en el ser humano, de forma que pueda recogerse la información necesaria para evaluar las fuentes y tendencias pertinentes. Es de aplicación a todo el territorio español y establece los mecanismos de recogida, análisis y publicación de las fuentes y tendencias de las zoonosis y agentes zoonóticos a nivel nacional.

Los datos correspondientes a zoonosis detectadas en mataderos en 2008, son los que se muestran en la [Tabla 4.9](#).

ESPECIE ANIMAL	Nº animales sacrificados	Diagnóstico anatomopatológico	Nº animales afectados decomisos totales y/o parciales	% animales afectados decomisos totales y/o parciales
BOVINO	2.126.483	Hidatidosis	10.686	0,5
		Cisticercosis	784	0,03
		Brucelosis	1.695	0,08
		Tuberculosis	8.471	0,4
		Otras zoonosis	5.065	0,2
OVINO/CAPRINO	13.202.411	Hidatidosis < 1 año	6.712	0,05
		Hidatidosis > 1 año	442.631	3,3
		Cisticercosis	1.005.449	7,6
		Brucelosis	1.908	0,01
		Tuberculosis	1.086	0,008
PORCINO	41.728.107	Otras zoonosis	5.130	0,04
		Hidatidosis	9.927	0,02
		Cisticercosis	17.238	0,04
		Brucelosis	2	0.000005
		Tuberculosis	1.851	0,004
EQUINO	25.867	Triquinelosis	75	0,0002
		Otras zoonosis	598.033	1,4
		Hidatidosis	0	0
		Cisticercosis	6	0,02
		Brucelosis	0	0
Tuberculosis	0	0		
Triquinelosis	0	0		
Otras zoonosis	48	0,2		
TOTAL	57.082.868		2.116.797	3,7
Observaciones	Datos facilitados por las CCAA.			
Fuente	Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.			

Registro general sanitario de alimentos

El Registro General Sanitario de Alimentos es el órgano administrativo en el que, con la finalidad de proteger la salud pública, han de inscribirse las industrias y establecimientos situados en territorio nacional. Es una base de datos, instrumento censal y de ordenación al servicio de la programación de las inspecciones y de la gestión de las alertas alimentarias, conforme al Real Decreto 1712/1991, de 29 de noviembre, sobre Registro General Sanitario de Alimentos. Este Registro tiene carácter nacional y público y es considerado, como un registro unificado para todas las inspecciones que en materia alimentaria se llevan a cabo en todo el territorio nacional.

Están sujetos a inscripción en el Registro: las industrias y establecimientos de productos alimenticios y alimentarios destinados al consumo humano; de sustancias y materiales destinados a estar en contacto con aquellos productos; de detergentes, desinfectantes y plaguicidas de uso en la industria alimentaria y de sustancias, incluido material macromolecular, para elaboración de materiales de envase y embalaje, destinados a estar en contacto con los alimentos. Asimismo, están sujetos a inscripción en el Registro los preparados alimenticios para regímenes dietéticos y/o especiales, las aguas minerales naturales y las aguas de manantial.

Para la inscripción en el Registro es necesaria la previa autorización sanitaria de funcionamiento de las industrias o establecimientos otorgada por la comunidad autónoma competente, en razón del lugar de ubicación de la industria o establecimiento.

Durante el año 2009, se han gestionado 7.387 inscripciones de nuevas industrias y se ha tomado nota de 15.998 convalidaciones, 3.610 cambios de titularidad, 8.280 cambios de domicilio, 8.165 ampliaciones y cambios de actividad y 5.715 bajas industriales. También se han gestionado 114 inscripciones de productos nuevos, de los cuales 110 son alimentos dietéticos y cuatro son aguas de bebida envasadas. Igualmente se ha tomado nota de 107 modificaciones de alimentos dietéticos, ya inscritos previamente. También se han realizado 68 certificaciones sobre datos de industrias inscritas en el Registro e incorporado a la base de datos de complementos alimenticios, así como 859 nuevas notificaciones de primera puesta en el mercado nacional.

Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS)

Desde que, en el año 2005, la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), puso en marcha la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (Estrategia NAOS) con el objetivo de sensibilizar a la población del problema que la obesidad representa para la salud y de impulsar iniciativas que contribuyan a lograr que los ciudadanos adopten, especialmente en la edad infantil y juvenil, hábitos de vida saludables principalmente a través de una alimentación saludable y de la práctica regular de actividad física, se han realizado múltiples actuaciones, tanto en el entorno familiar, como en el entorno escolar, el mundo empresarial y el sistema sanitario.

En 2009, se celebró la [III Convención NAOS](#)⁴¹ en la sede del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Esta tercera edición ha consolidado la convención NAOS como un punto de encuentro entre profesionales de los sectores involucrados en el desarrollo de objetivos enmarcados en la Estrategia NAOS, contribuyendo a la actualización e integración de acciones y programas que impulsan dichos objetivos.

También se convocaron los [III Premios Estrategia NAOS](#)⁴². Se presentaron 75 proyectos, distribuidos entre las modalidades de ámbito escolar (38), ámbito familiar y comunitario (14), ámbito sanitario (10), ámbito laboral (3) y ámbito empresarial (10). Estableciendo para cada una de ellos dos premios, uno para la alimentación saludable y otro para la actividad física. Considerando la experiencia de años anteriores, se había suprimido la modalidad de investigación aplicada, teniendo en cuenta la existencia de otras convocatorias más específicas para esos proyectos.

Plan de reducción del consumo de sal en la población

Para reducir el consumo de sal, tanto las instituciones internacionales (OMS, FAO, UE) como los gobiernos de muchos países, están basando parte de sus acciones e intervenciones para la prevención de enfermedades crónicas, en medidas de prevención primaria como es la reducción de la ingesta de sal.

La AESAN se planteó, a finales del año 2008, desarrollar un plan de reducción del consumo de sal en la población con unos objetivos concretos que permitieran alcanzar progresivamente las recomendaciones de la OMS de que la ingesta máxima de sal diaria sea de 5 g/persona/día, y así contribuir en España a disminuir la morbilidad y mortalidad atribuibles a la hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares.

Esta iniciativa en línea con las iniciadas en varios países europeos con resultados positivos (Reino Unido, Finlandia, y otros), se enmarca también en la política impulsada desde la Dirección General de Sanidad y Consumo de la Comisión Europea (DGSANCO), a través del [libro blanco de “La Estrategia para Europa sobre nutrición, sobrepeso y obesidad”](#)⁴³ de la Comisión Europea y de las recomendaciones establecidas por el High Level Group (Grupo de trabajo de los Estados Miembros y la DGSANCO de la Comisión), que considera prioritario un abordaje de reducción de sal en los países europeos con flexibilidad y respeto en su ejecución a las particularidades propias de cada estado miembro.

Para hacer una propuesta ajustada a la realidad, la AESAN consideró como primer paso imprescindible conocer la situación actual con objeto de poder evaluar posteriormente su impacto. Para ello se realizaron informes sobre:

- La relación entre el excesivo consumo de sal y la hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, osteoporosis, litiasis renal y cáncer gástrico.
- La estimación de la cantidad de sal y otros nutrientes ingeridos por la población y de los alimentos que suponen la fuente más importante de ellos, en base a una muestra de individuos e investigación sobre fuentes alimentarias de sal y otros nutrientes. Estudio que ha determinado que el consumo medio de sal en España es de 9,7 gramos por persona al día, de lo

⁴¹ Conclusiones de la III Convención NAOS (AESAN). MSPSI.

[\[http://www.aesan.msc.es/AESAN/web/notas_prensa/conclusiones_NAOS.shtml\]](http://www.aesan.msc.es/AESAN/web/notas_prensa/conclusiones_NAOS.shtml)

⁴² Fallo de los III Premios Estrategia NAOS. MSPSI.

[\[http://www.naos.aesan.msps.es/naos/estrategia/premios/ganadores/ganadores00103.html\]](http://www.naos.aesan.msps.es/naos/estrategia/premios/ganadores/ganadores00103.html)

⁴³ Libro blanco “La Estrategia para Europa sobre nutrición, sobrepeso y obesidad”

[\[http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_es.pdf\]](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_es.pdf)

que se deduce que más del 80% de la población consume más sal de la recomendada.

- El análisis de muestras y estudio de mercado sobre diferentes grupos, tipos y marcas de alimentos entre los más consumidos por la población y medición de la cantidad de sal y otros nutrientes contenidos en ellos mediante pruebas de laboratorio. Este estudio, en el que se han analizado más de 1.200 muestras de alimentos, ha determinado los grupos de alimentos que más sal aportan a la dieta de los españoles: los embutidos, el pan y los panes especiales, los lácteos y derivados y los platos preparados.

Durante el año 2009, se plantearon tres líneas prioritarias de trabajo con las CCAA, basadas en las acciones propuestas tanto en el libro blanco de la Comisión Europea, para una estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación el sobrepeso y la obesidad, como en el [segundo Plan de acción europeo de la OMS sobre políticas de nutrición y alimentación 2007-2012](#)⁴⁴. Estas líneas fueron: revisión de las condiciones nutricionales en los comedores escolares; promoción de la actividad física y diseño de indicadores sobre consumo alimentario y práctica de actividad física.

De los grupos de trabajo formados, el más avanzado es el de *Revisión de las condiciones nutricionales en los comedores escolares*, formado por representantes de las Consejerías de Sanidad y de Educación de las CCAA, representantes del Ministerio de Educación y miembros de la AESAN. En este campo se ha elaborado un documento de consenso sobre la alimentación escolar para ser aplicado en todo el territorio nacional, en el que se recogen las condiciones de seguridad alimentaria a cumplir por los comedores escolares, las características nutricionales que deben tener las programaciones de menús escolares atendiendo a los distintos grupos de edad, la cualificación del personal encargado de supervisar los menús escolares, la información que se debe proporcionar a las familias sobre los menús escolares y las medidas organizativas y de seguridad que se deben observar para la elaboración de menús para alumnos con necesidades especiales. El documento de consenso también recoge los criterios nutricionales que debe cumplir la oferta alimentaria presente en máquinas expendedoras y cafeterías ubicados en los centros escolares.

Código de autorregulación de la publicidad de alimentos

Por otro lado, el [Código de Autorregulación de la Publicidad de Alimentos dirigida a menores, prevención de la Obesidad y Salud \(código PAOS\)](#)⁴⁵ de la Federación Española de Industrias de Alimentación y Bebidas (FIAB) en el que se establece el conjunto de normas que deben guiar a las compañías en el desarrollo, ejecución y difusión de los mensajes publicitarios dirigidos especialmente a los niños y niñas de menos de 12 años, pretende evitar una excesiva presión publicitaria sobre los menores y contribuir a fomentar entre la población infantil y juvenil hábitos saludables de alimentación y la práctica de ejercicio físico.

La Asociación para la Autorregulación de la Comunicación Comercial (AUTOCONTROL) se encarga del control de la aplicación y el cumplimiento de dichas

⁴⁴ Resolución del Parlamento Europeo, de 25 de septiembre de 2008, sobre el Libro Blanco "Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad". [\[http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2008-0461+0+DOC+XML+V0//ES\]](http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2008-0461+0+DOC+XML+V0//ES)

⁴⁵ Código de Autorregulación de la Publicidad de Alimentos dirigida a menores, prevención de la Obesidad y Salud (Código PAOS). MSC. [\[http://www.msps.es/novedades/docs/CodigoPAOS.pdf\]](http://www.msps.es/novedades/docs/CodigoPAOS.pdf)

normas. Las compañías adheridas al código PAOS, que actualmente son el 96% de las que hacen publicidad dirigida a niños y niñas menores de 12 años, presentan voluntariamente sus propuestas de anuncios a AUTOCONTROL para que sean revisados antes de emitirse.

El control posterior de la aplicación del código PAOS, se realiza a través de los mecanismos de resolución extrajudicial de controversias (Jurado de la publicidad) y también a través de la comisión de seguimiento, formada por un representante de la AESAN que actúa como presidente, tres representantes del Consejo de Consumidores y Usuarios, tres representantes de la FIAB y un representante de AUTOCONTROL, con voz pero sin voto, que ejerce las funciones de secretaría. Una de las funciones de esta comisión es evaluar periódicamente la aplicación del código PAOS, analizando los informes sobre su cumplimiento presentados por AUTOCONTROL.

En este campo el entonces Ministerio de Sanidad y Política Social dio un paso más en la protección de los menores ante la presión publicitaria excesiva, con el acuerdo firmado en septiembre de 2009 con las cadenas de televisión agrupadas en la Federación de Organismos de Radio y Televisión Autonómicos (FORTA) y en la Unión de Televisiones Comerciales Asociadas (UTECA).

Programa escolar de referencia para la salud y el ejercicio, contra la obesidad

El [programa escolar de referencia para la salud y el ejercicio, contra la obesidad \(PERSEO\)](#)⁴⁶ es un programa piloto de promoción de la alimentación y la actividad física saludables en el ámbito escolar que forma parte de la Estrategia NAOS y tiene como objetivo mejorar la salud de los escolares cambiando los hábitos alimentarios y reduciendo el sedentarismo. En él participan 14.000 niños y niñas de entre 6 y 10 años, de 67 centros escolares de seis comunidades autónomas (Andalucía, Canarias, Castilla y León, Extremadura, Galicia y Murcia) y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla; 640 profesionales de la educación, 500 profesionales sanitarios de 67 centros de atención primaria y 300 farmacias, que han distribuido información.

El primer paso del programa PERSEO fue recabar información de los participantes para obtener un diagnóstico de la situación. A continuación se aplicaron las acciones y, por último, se midieron los resultados. Para poder constatar la efectividad de la acción, los centros escolares se dividieron en 34 centros de intervención, donde se establecieron las medidas del programa, y 33 centros control.

Para poder tener datos exactos se midió y pesó a los escolares y se calculó su índice de masa corporal (IMC) al principio de la intervención y al final del programa, para saber en qué medida ha sido efectivo PERSEO.

Tras la primera medición, los padres recibieron, de forma confidencial, los datos correspondientes a sus hijos. En el 5,01% de los casos se detectaron problemas de salud, por lo que se avisó a las familias sobre la conveniencia de acudir a su médico para una valoración.

La prevalencia de la obesidad detectada en la zona PERSEO es del 19,8% en los niños y el 15% en las niñas. Es decir, casi 2 de cada 10 niños analizados son obesos y 3 de cada 20 niñas. Hay que tener en cuenta que la zona en la que actúa PERSEO fue elegida por tener las tasas de obesidad más altas. El aporte insuficiente de verduras, pescados, legumbres, huevos, yogur y fruta y el exceso de carnes y productos precocinados preparados en fritura, entre otros desequilibrios en la dieta que ha detectado PERSEO,

⁴⁶ Acceso web al programa PERSEO. MSPSI,ME.

[http://www.perseo.aesan.mspsi.es/es/programa/secciones/programa_perseo.shtml]

hacen necesario incidir en los aspectos que acerquen la forma de comer de los niños y las niñas a la dieta mediterránea.

Respecto al sedentarismo, PERSEO ha detectado que el 13% de los niños y niñas nunca hace deporte o actividades deportivas, y casi el 10% de los alumnos y alumnas sólo realizan actividades deportivas una hora a la semana. Los expertos indican que a esas edades, debe realizarse actividad física al menos una hora al día.

Entre las intervenciones realizadas, se han llevado a cabo intervenciones en los comedores escolares, evaluando los menús y sugiriendo cambios en su composición para que ofrezcan combinaciones más equilibradas de alimentos (más verdura y frutas y menos fritos). Para reforzar esta acción se hizo entrega de la “*Guía de comedores escolares del programa PERSEO*”.

Respecto de las actividades extraescolares, se han repartido la *Guía actividad física saludable*, el *Cuaderno del alumnado* y la *Guía para una escuela activa y saludable*. El objetivo de estos documentos es concienciar, tanto a los propios escolares como a sus familias, sobre la importancia que tiene para los niños y niñas desarrollar un nivel de actividad física suficiente.

Además, el programa incluye material didáctico y de formación propio o ya elaborado por los Ministerios de Educación, Política Social y Deporte y de Sanidad y Consumo, una página web y una campaña de comunicación y sensibilización. Editándose más de 100.000 documentos entre cuestionarios, trípticos y dípticos, carteles, guías, libros de texto y manuales dirigidos a los profesores, así como la comunicación por carta con los padres de los 14.000 escolares que participan en el programa.

Durante el curso escolar 2008/2009, una vez finalizada la intervención educativa, se evaluó al alumnado mediante la medición de parámetros antropométricos y la utilización de 11 cuestionarios que contienen más de 2.000 preguntas y que han sido utilizados en una población estimada en más de 13.000 alumnos.

Es de señalar también las actuaciones llevadas a cabo por las comunidades y ciudades autónomas para implantar y desarrollar los planes y programas relacionados con la promoción de la alimentación saludable y actividad física en la población general y más específicamente en niños, niñas y adolescentes [Tabla 4.10](#).

Tabla 4.10 Actuaciones de las comunidades y ciudades autónomas para implantar y desarrollar los planes y programas sobre sedentarismo. Año 2009.

CCAA	ACTUACIONES REALIZADAS
Andalucía	<ul style="list-style-type: none"> - Continuación de las actuaciones para el desarrollo del “Plan de promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada 2004-2008”. Revisión de la 2ª Edición. - Proyecto RELAS: para cumplir la Estrategia de salud en todas las políticas en las entidades locales, se pilotó en 10 municipios, mediante convenios, para la puesta en marcha de la red local de acción en salud y con el objetivo de que desarrollen sus planes locales de salud. Concluido el pilotaje ,se trabaja en el diseño de una estrategia de desarrollo de la acción local en salud ampliando el proyecto a otros municipios. http://www.juntadeandalucia.es/salud/pafae
Cantabria	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de alimentación saludable y actividad física en la infancia y adolescencia en Cantabria.
Castilla y León	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de los “Convenios de colaboración con Ayuntamientos y Diputaciones Provinciales para realizar actividades de promoción de la salud en relación con la actividad física”. - Financiación de proyectos de promoción de la salud a realizar en los centros docentes. http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/ciudadanos/tkContent?idContent=18505&locale=es_ES&extOnly=false
Castilla-La Mancha	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de líneas de subvenciones a proyectos para el fomento de la actividad física 2009 Resolución 18/08/2009DOCM de 3 de junio http://docm.jccm.es/portaldocm/descargarArchivo.do?ruta=2009/06/03/pdf/2009_7825.pdf&tip o=rutaDocm
Cataluña	<ul style="list-style-type: none"> - Continuación con las actuaciones del “Plan integral de promoción de la salud mediante la actividad física y la alimentación saludable (PAAS)” y “Plan de actividad física, deporte y salud”, iniciados en 2005. http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2649/doc33796.html
Comunidad Valenciana	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación del “Plan de salud de la Comunidad Valenciana (2005-2009)” y en concreto su Objetivo nº 5 alusivo a las “Ganancias en salud: actividad deportiva” http://www.san.gva.es/cas/comun/plansalud/pdf/iiplandesaludcvalenciana.pdf - Continuación de las actuaciones para el desarrollo de la promoción del ejercicio físico en el marco del “Plan de prevención de las enfermedades cardiovasculares” iniciado en 2006. Entre las que cabe señalar la firma de un convenio con CECOVA para la realización de actividades de promoción de salud entre ellas las de tipo físico; los acuerdos con los colegios de farmacéuticos que incluyen la edición de materiales para la población y guías de prevención cardiovascular con una específica de ejercicio físico, el desarrollo de las recomendaciones de actividad física del Programa de supervisión de salud infantil y las actuaciones llevadas a cabo en medios de comunicación para promover el ejercicio físico y la edición de material divulgativo con este fin. http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.1420-2006.pdf
Extremadura	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo del programa comunitario “El ejercicio te cuida” a través de cinco subprogramas: “El ejercicio te cuida en mayores”, “Muévete con nosotros específico”, “Muévete con nosotros integral”, “El Ejercicio te activa” y “El ejercicio te cuida-capaces”, iniciado en 2007. - Continuación de las actuaciones desarrolladas por la “Red Extremeña de Ciudades Saludables y Sostenibles (RECSyS)” iniciadas en 2003, entre las que se ha priorizado las iniciativas de promoción de alimentación saludable y actividad física. http://www.recssh.es
Galicia	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo del “Proyecto concellos saudables”. www.concellossaudables.com
Fuente	Información facilitada por las CCAA e INGESA para la elaboración de este informe.

5 Medicamentos y productos sanitarios

Un **medicamento** es toda sustancia o combinación de sustancias que se presenta como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos o animales, o que puede usarse con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico.

Los medicamentos están regulados a lo largo de todo su ciclo de vida. Así, deben tener una autorización de comercialización que concede la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) tras la evaluación de su calidad, seguridad y eficacia, y cualquier variación que se produzca debe igualmente ser autorizada o notificada a la AEMPS. Estas evaluaciones permiten asegurar que se mantiene una relación positiva entre el beneficio y el riesgo del medicamento a lo largo de toda su trayectoria en el mercado.

Los medicamentos regulados por la AEMPS incluyen productos tan diversos como los medicamentos de origen químico o de origen biotecnológico, hemoderivados, vacunas, medicamentos a base de plantas, homeopáticos, medios de contraste para exploraciones radiológicas o terapias celulares.

Todos los medicamentos autorizados por la AEMPS se pueden consultar en su Centro de Información Online de Medicamentos, disponible en la [página electrónica de la AEMPS](#)¹, que ofrece una información permanentemente actualizada.

La definición de **producto sanitario** incluye, de forma simplificada, todos los productos utilizados en la asistencia sanitaria que no son medicamentos, de muy diferente naturaleza y finalidad: desde aparatos utilizados para corregir deficiencias (como gafas, audífonos y otros), a equipos de diagnóstico, productos implantables activos (como marcapasos) o no activos (como las válvulas cardíacas), reactivos de diagnóstico o programas informáticos utilizados en asistencia sanitaria.

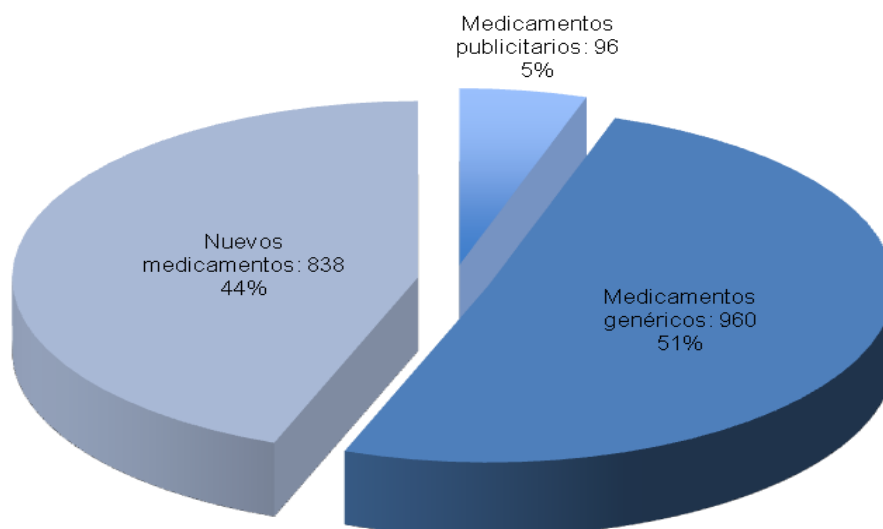
5.1 Evaluación y autorización de los medicamentos y productos sanitarios

Ningún **medicamento** puede comercializarse en España sin la autorización previa de la AEMPS o de la Comisión Europea. Cuando se solicita una autorización para comercializar un medicamento, es preciso aportar un expediente con todos los resultados de la investigación sobre el mismo, los datos sobre su fabricación, un plan de gestión de riesgos y, en general, toda la documentación que demuestra el cumplimiento de todos los requisitos necesarios para su autorización (Figura 5.1).

Durante el proceso de evaluación, la AEMPS revisa los datos disponibles procedentes tanto de la fase preclínica como de los ensayos clínicos, la información sobre su fabricación, y sobre los controles químicos y farmacéuticos. Se puede someter a análisis al medicamento, sus materias primas o productos intermedios en los laboratorios oficiales de control de la propia agencia, y también a inspección las instalaciones donde se fabrique el medicamento de que se trate.

¹ Página electrónica de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. [<http://www.aemps.es/>]

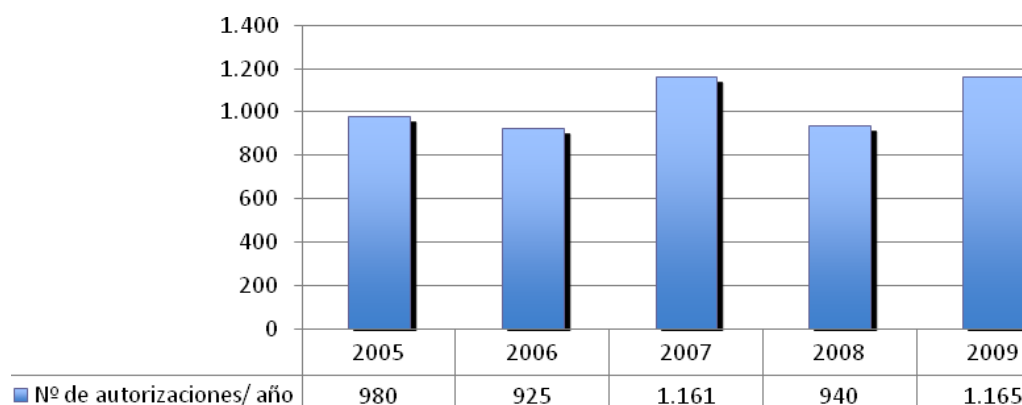
Figura 5.1 Distribución de las solicitudes de autorización de medicamentos evaluadas en el año 2009.



Fuente Memoria de actividades de la AEMPS 2009.

La autorización de comercialización se concede con base en criterios científicos sobre la calidad, la seguridad y la eficacia del medicamento de que se trate. Estos tres criterios permiten evaluar la relación entre los beneficios y los riesgos del medicamento para las enfermedades y situaciones para las cuales es aprobado (Figura 5.2 y Tabla 5.1).

Figura 5.2 Nuevas autorizaciones de medicamentos. Evolución en el periodo 2005 - 2009



Fuente Memoria de actividades de la AEMPS 2009.

Cuando la evaluación de un medicamento concluye favorablemente, se emite una autorización para su comercialización que incluye las condiciones establecidas por la AEMPS para su uso adecuado (dosis, precauciones, contraindicaciones, etc.). Estas condiciones quedan recogidas en la información sobre el uso del medicamento destinada

a los profesionales sanitarios (disponible en la ficha técnica) y a los pacientes (en el prospecto de cada medicamento).

Tras su autorización, el medicamento queda sometido a una supervisión constante de las novedades en materia de riesgos y nuevos usos, de modo que en cualquier momento puede revisarse dicha autorización. Cualquier cambio que se quiera introducir en un medicamento una vez autorizado, tiene que ser evaluado siguiendo el mismo procedimiento de su autorización original (Figura 5.3).

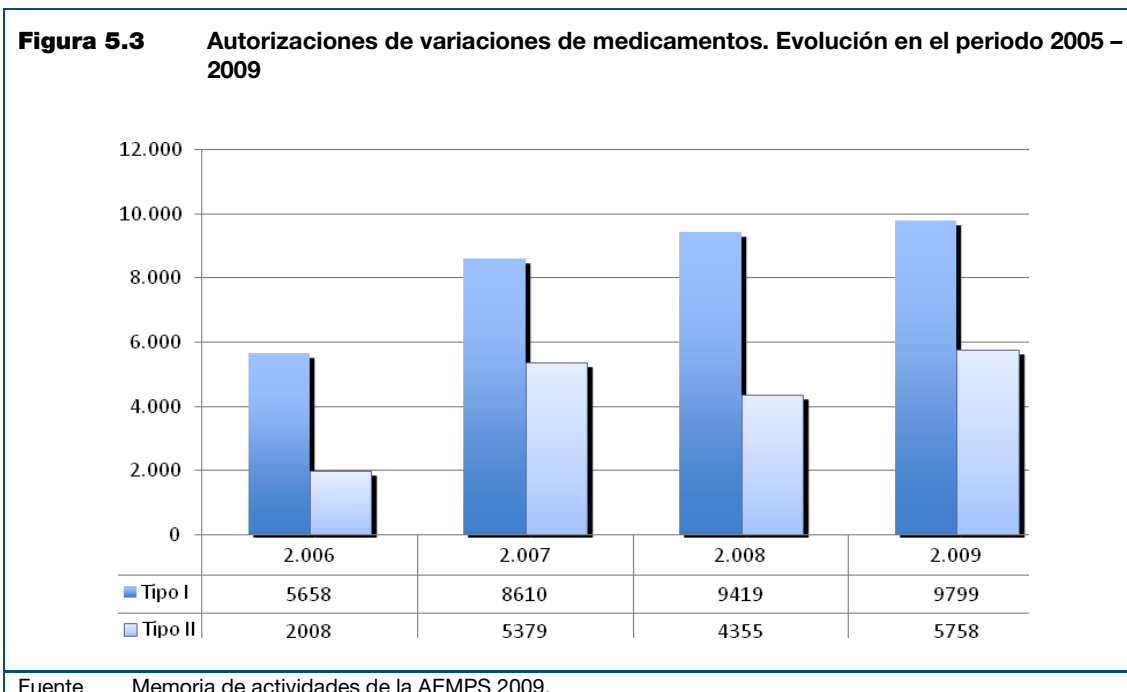


Tabla 5.1 Autorizaciones de medicamentos por grupos terapéuticos en el año 2009.

GRUPOS TERAPÉUTICOS	Número	%
Sistema nervioso central	359	30
Aparato cardiovascular	217	18
Antineoplásicos	130	11
Aparato digestivo y metabolismo	127	11
Sangre y órganos hematopoyéticos	82	7
Antiinfecciosos vía general	76	6
Aparato respiratorio	56	5
Aparato locomotor	54	5
Preparados genitourinarios y hormonas sexuales	39	3
Varios	23	2
Dermatológicos	8	0,7
Órganos de los sentidos	8	0,7
Preparados hormonales sistémicos, excluidas hormonas sexuales	6	0,5

Fuente Memoria de actividades de la AEMPS 2009².

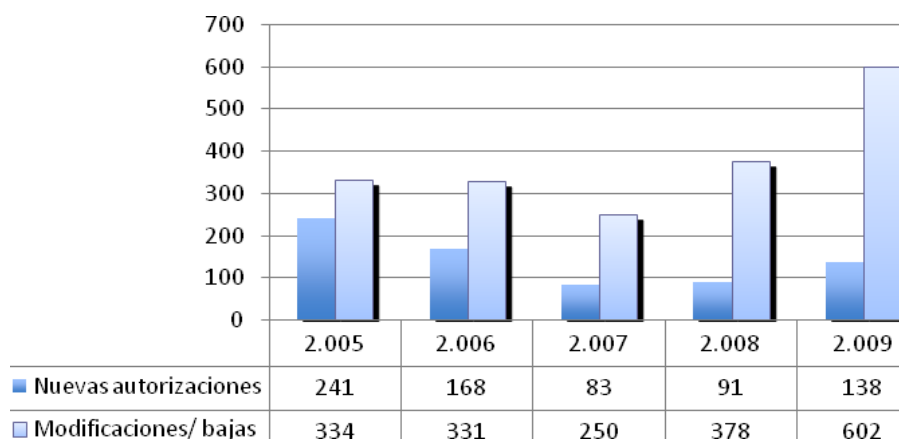
Los **productos sanitarios** se regulan por una reglamentación sanitaria armonizada en la Unión Europea. El fabricante, europeo o no, que quiere comercializar un producto sanitario en Europa, se dirige a un organismo de evaluación presentando la

² Vid. Nota 1

documentación sobre el diseño, los procesos de fabricación y esterilización, las pruebas de funcionamiento, los ensayos clínicos, los materiales de envasado, las normas técnicas que cumplen y la información que acompaña al producto. La AEMPS, como organismo notificado número 0318 designado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, evalúa esa documentación además de efectuar una auditoría en las instalaciones donde se fabrica el producto. Si el resultado de las comprobaciones es favorable, emite un certificado de conformidad que permite colocar el número de organismo notificado junto con el distintivo de Conformidad Europea (CE) en el producto, lo que indica que cumple con los requisitos de la reglamentación. Con este marcado puede comercializarse en todos los países de la Unión Europea sin necesidad de nuevas evaluaciones.

Las actuaciones que ejerce la AEMPS sobre los productos sanitarios se completan con las autorizaciones de las investigaciones clínicas, las autorizaciones e inspecciones de las instalaciones donde se fabrican, importan o esterilizan los productos, los controles que ejercen los inspectores farmacéuticos en frontera a la entrada de los productos y la coordinación con los servicios de inspección de las comunidades autónomas para el control del mercado.

Figura 5.4 Empresas de productos sanitarios autorizadas. Evolución en el periodo 2005 – 2009.



Fuente Memoria de actividades de la AEMPS 2009.

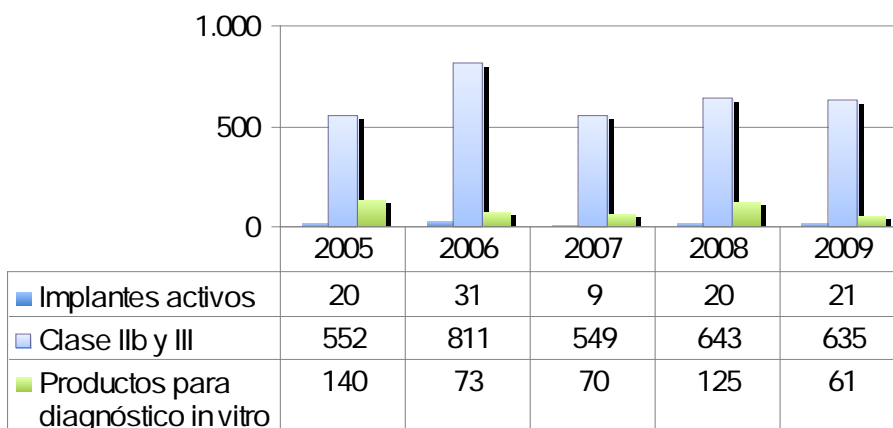
La [Figura 5.4](#) muestra las nuevas autorizaciones de empresas de productos sanitarios y las modificaciones autorizadas en estas empresas. En el año 2009, hubo un aumento de las autorizaciones en relación con los dos años anteriores, aunque siguió habiendo un importante número de denegaciones por no ajustarse a los requisitos exigibles, pero lo más significativo fue el gran aumento de las modificaciones en las autorizaciones otorgadas.

Este dato da idea de la composición del mercado español en productos sanitarios de riesgo moderado y alto ([Figura 5.5](#)) (implantes activos, productos sanitarios de las clases IIb y III, “*in vitro*” del Anexo II e “*in vitro*” de autodiagnóstico)³, así como de la revisión

³ Los productos sanitarios se clasifican en clases I, IIa, IIb y III, en función de su riesgo. Para la correcta clasificación de los productos es preciso aplicar las reglas establecidas en el anexo IX del Real Decreto 1591/2009.

que efectúa la AEMPS para comprobar la conformidad de los productos de este tipo que se ponen en el mercado o en servicio en España. Con la entrada en vigor, el 21 de marzo de 2010, del Real Decreto 616/2009, de 26 de octubre, sobre productos sanitarios implantables activos y del Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, sobre productos sanitarios, este registro se amplía a los productos de clase IIa.

Figura 5.5 Comunicaciones de puesta en el mercado de productos sanitarios de riesgo moderado y alto. Evolución en el periodo 2005- 2009.



Fuente Memoria de actividades de la AEMPS 2009.

Para facilitar estos trámites se estuvo trabajando durante el año 2009, en la puesta a punto de una aplicación informática que permite realizar las comunicaciones de forma electrónica a través de la página electrónica.

Tabla 5.2 Certificación CE de productos sanitarios, periodo 2005 - 2009.

ON N° 0318	2005	2006	2007	2008	2009
Productos certificados	755	168	148	552 (1.786 variantes)	364 (1.510 variantes)
Productos con certificados CE prorrogados	267	244	412	866 (1.227 variantes)	386 (689 variantes)
Verificaciones de lotes	230	322	279	398	502
Auditorías de calidad realizadas	103	74	77	111	61
Observaciones	CE: Conformidad Europea				
Fuente	Memoria de actividades de la AEMPS 2009.				

El aumento del número de productos certificados en el año 2005, respondió a la aplicación de nuevos criterios sobre lo que se entiende por producto nuevo, frente a una modificación menor del diseño (variante), por lo que no representa en realidad un aumento de las actividades de certificación. Sin embargo, durante los años 2008 y 2009 se registró un aumento muy importante del número de certificados emitidos, ya que se iniciaron las reevaluaciones de las prótesis articulares debido a su reclasificación a la clase III.

En cuanto a los productos sanitarios de diagnóstico in vitro, el Anexo II del Real Decreto 1662/2000 relaciona la lista completa de reactivos.

Desde el año 2008 se señalan, junto al número de productos certificados y prorrogados, el número de variantes de comercialización, ya que ello da idea de la cantidad de tamaños, formas y pequeñas variaciones de diseño que son evaluadas al certificar los productos.

Finalmente, también aumentaron en el año 2009 las verificaciones de lotes de productos de diagnóstico “*in vitro*” (Tabla 5.2).

En cuanto al tipo de productos certificados por el Organismo Notificado por categorías, el mayor número corresponde a productos implantables no activos, seguido por los productos sanitarios de un solo uso y por los productos oftálmicos y ópticos.

5.2 Seguimiento y garantías de los medicamentos y productos sanitarios comercializados

Una vez comercializado el medicamento, la AEMPS continúa garantizando la calidad, seguridad, eficacia y correcta información de los medicamentos a través de los sistemas de farmacovigilancia, las inspecciones, los controles de calidad y la lucha contra los medicamentos ilegales y falsificados, aspectos sobre los que informa a los ciudadanos y profesionales sanitarios en una comunicación continua.

Vigilancia de la seguridad

Medicamentos de uso humano

Todos los medicamentos pueden producir reacciones adversas. El objetivo de la AEMPS, es intentar conocerlas lo más precozmente posible, antes y después de su comercialización, para poder evaluar correctamente en todo momento la relación beneficio-riesgo.

Gracias a la farmacovigilancia, se pueden llevar a cabo acciones informativas, actualizaciones en las fichas técnicas y los prospectos, o incluso, de forma excepcional, retirar medicamentos del mercado.

El Sistema Español de Farmacovigilancia Humana (SEFV-H) está integrado por los 17 centros autonómicos de farmacovigilancia y la AEMPS. A su vez, la AEMPS comparte la información sobre reacciones adversas graves con la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y las demás agencias nacionales de medicamentos de la Unión Europea. De esta forma, existe una red de vigilancia que permite una comunicación fluida facilitando la detección de los casos menos frecuentes.

La información sobre las reacciones adversas que manejan las agencias, procede de las notificaciones de los casos que profesionales sanitarios como los médicos, farmacéuticos o enfermeras comunican al SEFV-H a través de la tarjeta amarilla; y de lo que publican o notifican quienes investigan sobre los medicamentos en hospitales, universidades, laboratorios, o la propia industria farmacéutica. También las autoridades de otros países u organismos sanitarios internacionales envían comunicaciones.

La aparición de varios casos similares sirve para iniciar los estudios que buscan la causalidad entre la exposición al medicamento y la concurrencia de la sospecha de la reacción adversa.

Además, después de la autorización de un medicamento se siguen realizando estudios para conocer datos de su seguridad en las condiciones de uso real en la práctica médica o para ampliar sus usos a otras poblaciones todavía no estudiadas, como niños o pacientes más graves.

Se pueden identificar nuevas reacciones adversas al medicamento de baja frecuencia, y a su vez, nuevas posibles indicaciones. Algunos medicamentos son autorizados con un plan de gestión de riesgos, quedando obligados a realizar estudios dirigidos a problemas concretos que se han detectado en su proceso de autorización.

El crecimiento en las cifras del año 2009 de los casos de sospechas de reacciones adversas recibidas, un 50% más con respecto al 2008, refleja un esfuerzo en las tareas de evaluación, codificación y carga de los casos de sospechas de reacciones adversas recibidas en FEDRA (Farmacovigilancia Española Datos de Reacciones Adversas), la base de datos del SEFV-H. De estas cifras, la proporción de casos notificados por la industria farmacéutica, un 20%, fue similar a la del año anterior, 2.314 casos de un total de 10.030 casos en 2008 y casi 3.000 casos de un total de 15.000 casos en el año 2009. Estas cifras reúnen, a veces, varios mensajes de seguimiento de cada caso durante un tiempo después de la notificación inicial. El descenso en el número de notificaciones registradas del año 2007 se explica por la actualización de FEDRA, que ese año se adecuó a los estándares internacionales necesarios para hacer posible el intercambio de información de forma electrónica entre diferentes bases de datos, de diferentes países, de las sospechas de reacciones adversas (Tabla 5.3).

Desde el 10 de junio de 2008, se reciben de forma electrónica los casos de la industria farmacéutica.

Procedencia		2006	2007	2008	2009
Sistema Español de Farmacovigilancia		10.034	8.875	10.030	15.099
Industria Farmacéutica	Nacionales	2.595	1.831	2.314	2.955
	Extranjero	98.368	112.560	*	*
Observaciones	*Se remiten directamente a Eudravigilance.				
Fuente	Memoria de actividades de la AEMPS 2009 ⁴ .				

Desde el 8 de agosto de 2007, una vez modificada la base de datos FEDRA, se inició el envío electrónico de los casos detectados en España a la base de datos europea *EudraVigilance-Postauthorisation Module* (EV-PM) de la EMA. El cambio supuso el envío de todos los casos “*graves*”, sea cual fuese el tipo de registro de los medicamentos sospechosos. Hasta esa fecha sólo se enviaban los casos relacionados con medicamentos de registro centralizado, por lo que los datos de 2008 y 2009 son más elevados respecto a la cifra de 2007.

Durante 2008 y 2009, se regularizó el envío de todas las notificaciones de FEDRA al Centro Colaborador de la OMS para la Farmacovigilancia localizado en Uppsala, Suecia (Tabla 5.4). Durante 2009, se acompasó el envío de forma bimestral en formato electrónico. En cuanto a los casos de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) “*graves*” recibidas directamente en los Centros Autonómicos del SEFV-H, cargadas en FEDRA y remitidas a cada laboratorio titular del medicamento sospechoso, se mantuvo

⁴ Vid. Nota 1

el dato en 2009 respecto a 2008, si bien cada vez son más los titulares que disponen de sistemas informáticos para recibir esta información de manera electrónica enviada por la AEMPS (Tabla 5.5).

Tabla 5.4 Notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos enviadas a organismos internacionales e industria farmacéutica, periodo 2007 - 2009.				
Enviadas a organismos internacionales		2007	2008	2009
EMA de forma expeditiva (máximo 15 días)		2.372	5.366	7.297
OMS (Programa internacional de farmacovigilancia)		3.946	7.000	14.315
Enviadas a la industria farmacéutica		2007	2008	2009
De forma expeditiva (máximo 15 días)		1.711	3.060	2.966
Observaciones	EMA: Agencia Europea de Medicamentos			
Fuente	Memoria de actividades de la AEMPS 2009 ⁵ .			

Tabla 5.5 Informes periódicos de seguridad de medicamentos, periodo 2006- 2009.					
		2006	2007	2008	2009
Registrados		1.800	2.250	3.800	2.500
Tramitaciones de exenciones (medicamentos genéricos)		292	380	397	394
Fuente	Memoria de actividades de la AEMPS 2009 ⁶ .				

En el año 2009, se inició la cuantificación del número de estudios posautorización clasificados por la División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia de la AEMPS (Tabla 5.6).

En cuanto al número de protocolos recibidos (adicionales a los cuantificados en la clasificación), en el año 2009 se produjo un incremento del 20% respecto al 2008. Esta variación puede ser debida, en primer lugar, a un incremento del número de estudios posautorización que se realizan en nuestro país, y en segundo lugar, a las actuaciones llevadas a cabo por la AEMPS y las comunidades autónomas para dar a conocer la normativa aplicable al respecto y, a los trabajos de renovación de la legislación existente, que dieron lugar a la Orden Ministerial SAS/3470/2009, de 16 de diciembre.

Tabla 5.6 Estudios posautorización de medicamentos, periodo 2006-2009.					
		2006	2007	2008	2009
Estudios para clasificar		----	----	----	158
Protocolos Recibidos		90	104	109	129
Informes de Seguimiento		25	24	54	37
Informes finales		30	28	41	14
Fuente	Memoria de actividades de la AEMPS 2009 ⁷ .				

En 2009, el número de solicitudes de modificaciones de seguridad se mantuvo respecto al año anterior, aunque confirmándose la tendencia a que las solicitudes respondieran con más frecuencia a procedimientos de reconocimiento mutuo⁸. Se incrementaron las

⁵ Vid. Nota 1

⁶ Vid. Nota 1

⁷ Vid. Nota 1

⁸ Procedimiento de reconocimiento mutuo: es un procedimiento de autorización de comercialización que se utiliza cuando un medicamento tiene ya una autorización de comercialización comunitaria. El titular de esta autorización puede presentar una solicitud de reconocimiento de la misma en otros Estados miembros de la UE.

solicitudes evaluadas y gestionadas respecto a 2008 en un 10% globalmente, en particular las solicitudes de Reconocimiento Mutuo (Tabla 5.7).

Tabla 5.7 Modificaciones de Seguridad de Medicamentos, periodo 2007-2009.			
Solicitadas	2007	2008	2009
Nacionales	829	388	403
Reconocimiento mutuo	543	718	744
Total	1.372	1.106	1.147
Evaluadas y Gestionadas	2007	2008	2009
Nacionales	928	603	498
Reconocimiento mutuo	884	534	770
Restricciones urgentes de seguridad	2	----	----
Total	1.712	1.137	1.287
Fuente	Memoria de actividades de la AEMPS 2009 ⁹ .		

BIFAP: Base de datos para la Investigación Farmacoepidemiológica en Atención Primaria

La Base de datos para la Investigación Farmacoepidemiológica en Atención Primaria, BIFAP, realizada en colaboración con las comunidades autónomas, tiene como objetivo disponer de información clínica anonimizada procedente de pacientes atendidos en las consultas de atención primaria (medicina general y pediatría). Esta gran base de datos permite a la AEMPS, a los centros de farmacovigilancia y a los investigadores del Servicio Nacional de Salud realizar estudios farmacoepidemiológicos de un modo más eficiente que con los métodos tradicionales (estudios de campo) (Tabla 5.8).

A lo largo de estos años, el número de médicos colaboradores de BIFAP ha ido aumentando de manera progresiva.

Tabla 5.8 Actividad en la base de datos BIFAP, periodo 2007-2009.			
Actividades de BIFAP	2007	2008	2009
Médicos colaboradores	1.001	1.236	1.910
Pacientes con información	2.208.652	2.390.376	3.180.161
Registros de problemas de salud	16.029.405	33.046.590	37.513.688
Registros de medicación	59.540.878	126.091.704	179.377.410
Observaciones	BIFAP: Base de datos para la Investigación Farmacoepidemiológica en Atención Primaria		
Fuente	Memoria de actividades de la AEMPS 2009 ¹⁰ .		

Productos sanitarios: el Sistema de Vigilancia de Productos Sanitarios

Los productos sanitarios son controlados una vez comercializados a través del Sistema de Vigilancia de Productos Sanitarios, que tiene dimensión internacional. Además de la Unión Europea, participan en él Estados Unidos, Canadá, Australia y Japón. En España, funciona una Red de alerta constituida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y los puntos de vigilancia de las comunidades y ciudades autónomas a través de la cual se transmite la información, recomendaciones y medidas a adoptar a los profesionales y centros sanitarios. A través del sistema de vigilancia se prevén nuevos incidentes adversos y se ejecutan las acciones

⁹ Vid. Nota 1

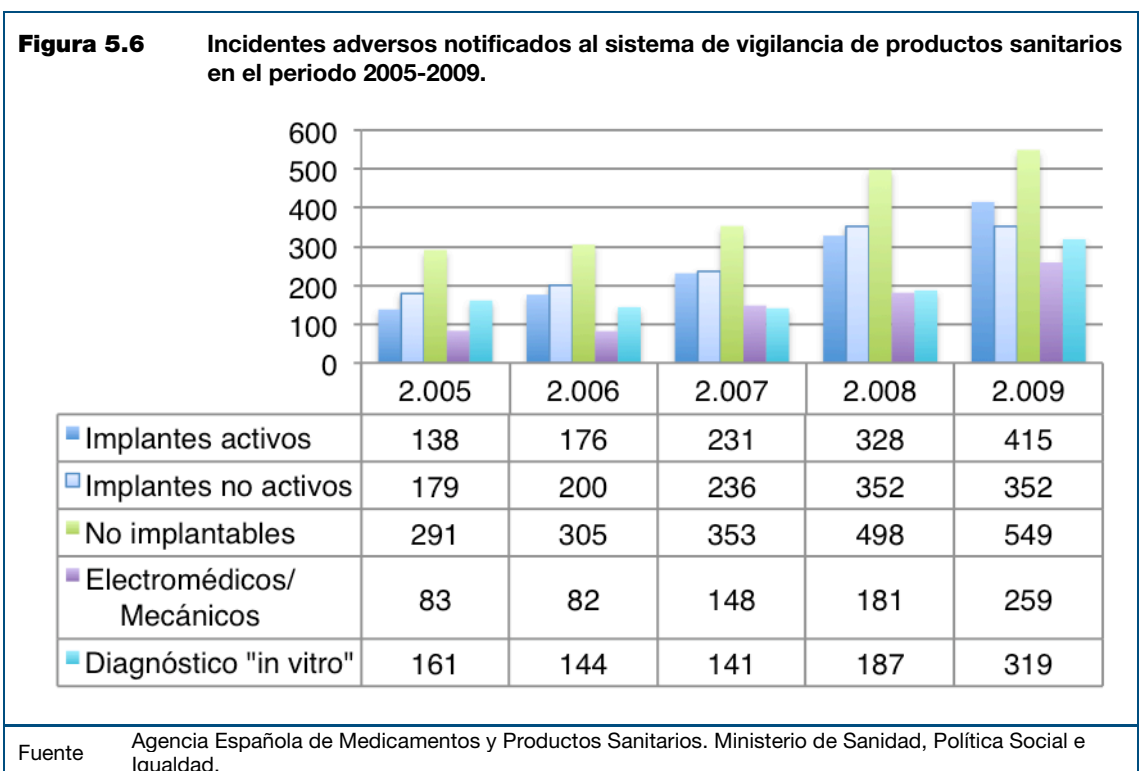
¹⁰ Vid. Nota 1

necesarias para cesar la comercialización o retirar del mercado los productos que puedan originar riesgos.

Las notificaciones de incidentes producidas en el marco del [Sistema de Vigilancia de Productos Sanitarios](#)¹¹ han ido aumentando en los dos últimos años, con incremento superior a 300 notificaciones en el año 2009 sobre el año anterior ([Tabla 5.9](#)).

Tabla 5.9 Sistema de vigilancia de productos sanitarios. Periodo 2005 – 2009.					
	2005	2006	2007	2008	2009
Notificaciones recibidas	852	907	1.109	1.546	1.894
Incidentes adversos recibidos	----	----	----	----	934
Acciones correctoras de seguridad recibidas	----	----	----	----	923
Otras notificaciones recibidas	----	----	----	----	37
Actuaciones	2.172	2.135	2.530	4.992	5.541
Resoluciones administrativas	----	----	----	----	----
Notas de seguridad	2	6	12	2	6
Alertas transmitidas a puntos de vigilancia de las CC. AA.	----	----	----	335	420
Fuente	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.				

El grupo de productos que registró un incremento mayor fue el de los productos para diagnóstico “*in vitro*”, seguido del grupo de implantes activos. Las actuaciones relacionadas con estas notificaciones y las alertas transmitidas a comunidades y ciudades autónomas aumentaron igualmente ([Figura 5.6](#)).



¹¹ Web Asociación Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. [<http://www.aemps.es/>]

Inspección

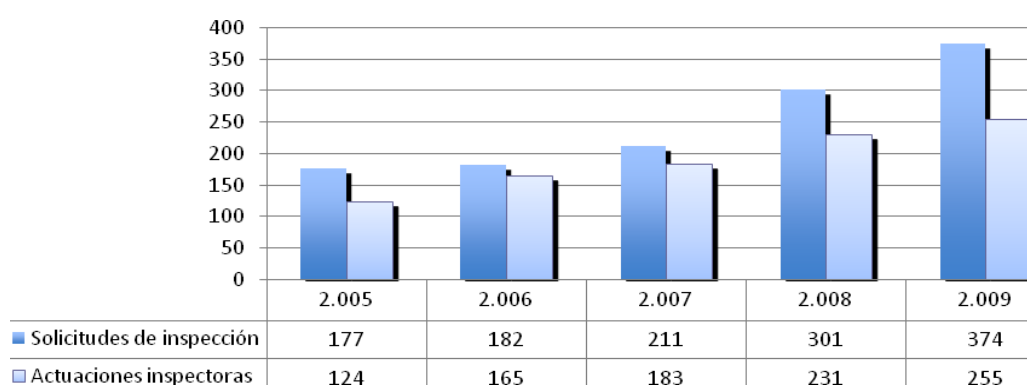
Medicamentos de uso humano

El medicamento está sometido a estrictas garantías de calidad desde que se inicia su fabricación hasta que se dispensa. Para garantizar el seguimiento de esos aspectos de calidad, la AEMPS realiza inspecciones a los fabricantes y campañas de control de medicamentos en el canal farmacéutico. Además, la AEMPS también interviene de forma inmediata ante cualquier problema de calidad que se detecte, llegando a ordenar la retirada del medicamento del mercado cuando existe un riesgo para la salud. Estos controles exhaustivos del producto están dirigidos a proteger la salud del ciudadano.

Inspecciones de las Normas de Correcta Fabricación

Las Normas de Correcta Fabricación (NCF) se definen como la parte de la garantía de calidad que asegura que los medicamentos son fabricados y controlados de acuerdo con los requisitos de calidad apropiados para el uso al que están destinados (Figura 5.7).

Figura 5.7 Inspecciones de las Normas de Correcta Fabricación (NCF), en el periodo 2005-2009.



Fuente Memoria de actividades de la AEMPS 2009.

En relación con los años anteriores, en 2009 se mantuvo el incremento de inspecciones en el ámbito internacional, habiéndose realizado 30 inspecciones internacionales, 28 de ellas correspondientes a registros centralizados, frente a las 23 realizadas en 2008. Con respecto a las inspecciones a los fabricantes de sustancias activas, se mantuvo también el incremento anual de las mismas, en 2009 se realizaron 12 inspecciones frente a las 10 inspecciones de 2008. Por otra parte, cabe destacar el incremento de estas inspecciones en el ámbito de las terapias avanzadas, en 2009 se llevaron a cabo 6 inspecciones frente a 3 en 2008.

Inspecciones de las Normas de Buena Práctica Clínica y Farmacovigilancia

Mediante estas inspecciones se verifica que los ensayos clínicos se realizan de acuerdo con la normativa vigente y siguiendo las normas de Buena Práctica Clínica (BPC). De esta manera, se garantiza la seguridad y el bienestar de los sujetos participantes en dichos ensayos, así como la fiabilidad de los resultados de los mismos. También se comprueba la gestión de responsabilidades y obligaciones que establece la normativa de farmacovigilancia (Tabla 5.10).

Tabla 5.10 Inspecciones de Normas de Buena Práctica Clínica (BPC) y Farmacovigilancia (BPFV) en el periodo 2005 - 2009.

Inspecciones BPC y BPFV	2005	2006	2007	2008	2009
Inspecciones realizadas	6	3	9	19	21
Fuente	Memoria de actividades de la AEMPS 2009 ¹² .				

En 2009, se mantuvo la actividad inspectora tanto en el ámbito nacional como en el internacional y, cabe destacar, que en este año la AEMPS fue la primera de las agencias europeas en número de inspecciones internacionales realizadas.

Control del mercado

Medicamentos de uso humano

Anualmente la AEMPS, en colaboración con las comunidades autónomas, desarrolla un programa de control de medicamentos en el mercado para controlar la calidad de los medicamentos autorizados en la cadena de distribución. La inclusión de medicamentos en dicho programa se realiza con base en criterios de riesgo. Son los Laboratorios Oficiales de Control de Medicamentos (LOCM), de la propia AEMPS, los que analizan muestras recogidas además de realizar las comprobaciones analíticas precisas ante denuncias de problemas de calidad.

Tabla 5.11 Control del mercado de medicamentos: actuaciones por problemas de calidad en el periodo 2005 - 2009.

Actuaciones de control de mercado	2005	2006	2007	2008	2009
Retiradas de lotes de medicamentos por problemas de calidad	44	51	32	35	38
Investigación de denuncias por problemas de calidad	172	83	116	177	191
Fuente	Memoria de actividades de la AEMPS 2009 ¹³ .				

En relación con las retiradas de lotes de medicamentos de uso humano durante el año 2009, y de acuerdo con la clasificación que corresponde al defecto de calidad que las motivó, 14 fueron de clase 1 (mayor riesgo), 23 de clase 2 y tan sólo 1 de clase 3. Todas

¹² Vid. Nota 1

¹³ Vid. Nota 1

ellas fueron notificadas al sistema sanitario y publicadas en la [página electrónica de la Agencia](#)¹⁴ (Tabla 5.11).

Otra de las actividades de control que se lleva a cabo y que tiene una gran repercusión asistencial, es la puesta en marcha de medidas para garantizar la disponibilidad de los medicamentos. La AEMPS mantiene, en colaboración con las comunidades autónomas, un sistema de información para la detección rápida de estos problemas y busca la solución con los titulares de la autorización de comercialización. Se estudian y comunican las alternativas terapéuticas posibles, se impide, cuando es preciso, la exportación de los medicamentos afectados y en caso necesario, se puede llegar a autorizar la entrada de medicamentos de otros países. Todo ello, con el fin de minimizar las consecuencias para los pacientes derivadas de la falta de un medicamento. Desde julio de 2009, el CIMA disponible en la [página electrónica de la AEMPS](#)¹⁵ ofrece, para cada medicamento, la información correspondiente a los problemas de suministro comunicados a la AEMPS (Tabla 5.12).

Tabla 5.12 Investigación de denuncias por problemas de suministro de medicamentos en el periodo 2006-2009.

	2006	2007	2008	2009
Investigación de denuncias por desabastecimiento	142	76	75	72
Número de presentaciones implicadas	306	269	236	208

Fuente Memoria de actividades de la AEMPS 2009¹⁶.

Productos sanitarios

Durante el año 2009, aumentó significativamente el número de actividades de no conformidades detectadas, si bien en éstas no fue necesario adoptar medidas formales mediante resolución de la AEMPS, ya que, en la mayoría de los casos, las no conformidades pudieron resolverse por acuerdo con los fabricantes (Tabla 5.13).

Tabla 5.13 Control del mercado de productos sanitarios en el periodo 2005 - 2009.

CONTROL DE MERCADO DE PPSS	2005	2006	2007	2008	2009
No conformidades detectadas	53	40	48	82	109
Actuaciones	281	208	253	324	283
Resoluciones administrativas	2	----	7	7	----
Notas informativas	----	----	----	----	1

Fuente Memoria de actividades de la AEMPS 2009¹⁷.

¹⁴ Vid. Nota 1

¹⁵ Vid Nota 1.

¹⁶ Vid. Nota 1

¹⁷ Vid. Nota 1

5.3 Información de medicamentos y productos sanitarios

Actividad de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

La AEMPS tiene el compromiso de proporcionar puntualmente a los ciudadanos y profesionales toda la información sobre medicamentos y productos sanitarios de forma comprensible y atendiendo a criterios de transparencia, independencia y rigor científico. Para ello, utiliza diferentes medios para comunicarse con los ciudadanos y los profesionales. Entre sus acciones de comunicación destacan el registro de los medicamentos autorizados en el CIMA, con toda la información oficial y actualizada sobre los mismos, y otros catálogos de productos o instalaciones autorizadas, así como las más de 100 notas informativas y alertas que se publican cada año, las notas de prensa, las publicaciones, la organización de cursos y jornadas informativas y las campañas de información (Tabla 5.14).

Cada mes, la AEMPS publica en su página electrónica y envía de forma gratuita a los suscriptores el [Informe Mensual de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios](#)¹⁸, un informe donde se resumen las principales novedades tanto en el ámbito de los medicamentos como en el de los productos sanitarios y cosméticos. Con una media de 500.000 documentos descargados al mes por los usuarios, sólo entre fichas técnicas y prospectos de medicamentos, su página electrónica¹⁹ se consolida como un medio excelente para todas las actividades de comunicación de la Agencia.

La página electrónica de la Agencia es un instrumento importante para cumplir su objetivo de transparencia y también para mejorar la agilidad y proximidad a la sociedad por medio de la implantación de la administración electrónica, garantizando el acceso electrónico de las empresas y profesionales a los procedimientos y trámites administrativos, a través de la Oficina Virtual de la AEMPS.

Tabla 5.14 Principales acciones de comunicación de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en el período 2008 - 2009.

TIPO DE ACCIÓN	2008	2009
Notas informativas y alertas emitidas	118	134
Publicaciones	5	22
Organización de cursos y jornadas informativas a personal externo a la AEMPS	14	18

Fuente: Memoria de actividades de la AEMPS 2009²⁰.

¹⁸ Acceso web al Informe mensual de la AEMPS.

[<http://www.aemps.es/actividad/notaMensual/historicoNotas.htm>]

¹⁹ Vid. Nota 1

²⁰ Vid. Nota 1

Observatorio del uso de medicamentos de la AEMPS

El Observatorio del uso de medicamentos es una iniciativa de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), en colaboración con la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (DGFPS) del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, que tiene como objetivo poner a disposición de los profesionales sanitarios, la comunidad científica y de los ciudadanos en general, los datos del uso de medicamentos en España con cargo al Sistema Nacional de Salud en el ámbito extrahospitalario.

Los Estudios de Utilización de Medicamentos (EUM) pueden ser útiles para conocer el patrón de uso de los distintos medicamentos, su evolución a lo largo del tiempo y comparar los datos de diferentes regiones y países, y de este modo contribuir a un uso más racional de los mismos. También pueden, eventualmente, servir para analizar la frecuencia y distribución de ciertas enfermedades, para la identificación de posibles ámbitos de intervención, o para la evaluación de distintas intervenciones o medidas (por ejemplo, de farmacovigilancia).

Los informes técnicos de EUM se realizan bien por grupos terapéuticos o por clases farmacológicas, en función de la importancia práctica que tenga escoger una u otra categoría.

Durante el año 2009, se publicaron en la página electrónica de la AEMPS²¹ los informes correspondientes a 15 grupos terapéuticos: antibióticos, insulinas y antidiabéticos orales, antiinflamatorios no esteroideos AINEs, analgésicos no opioides, ansiolíticos e hipnóticos, antiagregantes y anticoagulantes, medicamentos para el asma y EPOC, antiepilépticos, antihipertensivos, antimigrañosos, antiparkinsonianos, antipsicóticos, antiulcerosos, hipolipemiantes y opioides.

La información de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud

En el conjunto del Sistema Nacional de Salud la información sobre medicamentos y productos sanitarios, dirigida a los profesionales sanitarios, es abordada tanto por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, como por la mayoría de las comunidades autónomas. Para favorecer el uso racional del medicamento se editan fichas de novedades terapéuticas, notas informativas, guías farmacoterapéuticas, hojas de evaluación de medicamentos, boletines de información terapéutica, monografías sobre revisiones de medicamentos, boletín de farmacovigilancia, de prevención de errores de medicación y de reacciones adversas. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad edita el Boletín de Información Terapéutica del SNS (BITSNS), que es una publicación trimestral que proporciona información actualizada e independiente sobre los medicamentos a los profesionales sanitarios. En la [Tabla 5.15](#) se indican las publicaciones en las distintas comunidades autónomas.

²¹ Vid. Nota 1

Tabla 5.15 Información de medicamentos y productos sanitarios en las CCAA. 2009.

CCAA	DENOMINACIÓN	PUBLICACIONES	CONTENIDO	ACCESO
Andalucía	CADIME (Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos)	Boletín Terapéutico Andaluz (BTA)	Bimestral. Son revisiones sobre medicamentos y su utilización	http://www.easp.es/web/cadime/cadime_documento_s.asp
		Monografías BTA	Semestral. Aborda temas que requieren más extensión	
		Ficha de novedad terapéutica	Bimestral. Informa sobre nuevos principios activos o nuevas indicaciones	
Aragón	Portal de información del medicamento	PHARMAKON	Mensual. Evaluación de nuevos medicamentos	http://portal.aragon.es/portal/page/portal/SAS/PROFESIONAL/MEDICAMENTO
		Boletín de Información terapéutica	Trimestral. Revisión de medicamentos y su utilización	
		FARMABOLETIN	Edición electrónica. Proporciona información relevante y actualizada	
Asturias	ASTURSALUD	Página de información del medicamento con enlace al CIMA de la AEMPS	Información de medicamentos autorizados en España, ficha técnica, indicaciones, posología...	http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.n_b51f8585435b6bcaee65750268414ea0/?vgnextoid=d7e9229f27b5321OVgnVCM10000097030a0aRCRD
Baleares	Servicio de Salud de las Islas Baleares	Boletín EL COMPRIMIDO	Publicación dirigida a los profesionales sanitarios. Contiene información objetiva sobre medicamentos y farmacoterapia	http://www.elcomprimido.com/
Canarias	Página electrónica del Servicio Canario de Salud- Uso Racional del Medicamento	BOLCAN	Uso racional del medicamento	http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/organica.jsp?idCarpeta=de2c17c2-af32-11dd-a7d2-0594d2361b6c
		INFARMA	Nota informativa farmacoterapéutica	
Cantabria	Página electrónica del Servicio Cántabro de Salud	Boletín de Uso Racional del Medicamento	Revisa la evidencia científica sobre medicamentos y productos sanitarios	http://www.scsalud.es/publicaciones/ver.php?id=4&W=4&Q=1
Castilla y León	Portal de Salud de Castilla y León	SACYLITE	Contribuye al uso racional del medicamento. Es gratuita. Es boletín de información terapéutica	http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm
		SACYLIME	Información de medicamentos	

		SACYLIPE	Información dirigida a los pacientes	
		OJO DE MARKOV	Revisiones de especial novedad e importancia en la práctica clínica	
Castilla-La Mancha	Página electrónica del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha	Guía Farmacoterapéutica	Ayuda en la prescripción de medicamentos: adecuación, administración, seguridad, eficacia...	http://sescam.jccm.es/web1/profHome.do?main=/profesionales/farmacia/usoRacional/boletinesFarmacoterapeuticos.html
		Boletines Fármaco terapéuticos	Bimestral. Revisiones de medicamentos, su utilización, información sobre patologías de interés	
		Hojas de Evaluación de Medicamentos	Bimestral. Informan nuevos principios activos, nuevas indicaciones o nuevas vías de administración	
		Seguridad del Medicamento	Alertas y notas sobre medicamentos publicadas por la AEMPS	
Cataluña	CEDIMCAT (Centro de Información de Medicamentos en Cataluña)	Boletín Información Terapéutica(BIT)		http://www.cedimcat.info/html/ca/dir1527/index.html
		Boletín de prevención de errores de medicación		
		Boletín de farmacovigilancia de Cataluña		
		Boletín E-Farma de La Región Sanitaria de Barcelona		
	Fundación Institut Català de Farmacología	Butlletí GROC	Reacciones adversas a medicamentos. Desde 2003 incluye diferentes aspectos del uso de medicamentos. Miembro de una red internacional (ISDB) sobre fármacos y terapéutica. cinco números anuales	http://www.icf.uab.es/informacion/boletines/bg/asp/bg_e.asp
Comunidad Valenciana	Portal Conselleria de Sanitat	Información fármaco terapéutica de la Comunitat Valenciana	Información objetiva e independiente para el uso racional del medicamento	http://www.san.gva.es/cas/prof/dgf/homedgf.html
		Boletín de Farmacovigilancia de la Comunitat Valenciana	Seguridad de la utilización de los medicamentos y actividades del Sistema Español de Farmacovigilancia	
		Fichas de evaluación de novedades terapéuticas de la Comunitat Valenciana	Síntesis del papel de los nuevos medicamentos, su mejor utilización	
		Prestación farmacéutica y ortoprotésica de la Comunitat Valenciana	Indicadores relacionados con la prestación farmacéutica y ortoprotésica	
		Ordenación y control de productos farmacéuticos	Dirigida a los profesionales con interés en las actividad de autoridad sanitaria relacionada con productos farmacéuticos	

		Observatorios Terapéuticos	Utilización de medicamentos ligados a morbilidad	
Extremadura	Servicio Extremeño de Salud	Boletín informativo de farmacovigilancia de Extremadura	Semestral. Notas informativas farmacoterapéuticas. Reacciones adversas a medicamentos	- Publicación en papel. - Portal corporativo del SES: http://portal.ses.rts/portal/
Galicia	Página electrónica de la Consellería de Sanida y Servicio Gallego de Salud	Boletín de evaluación de nuevos medicamentos	Evaluación farmacoterapéutica	http://www.galiciasaude.es/MostrarContidos_N2_T01.ASPX?idPaxina=60010
		Alertas de seguridad de medicamentos de uso humano		
		Boletines de farmacovigilancia	Seguridad de los medicamentos de uso humano	http://www.galiciasaude.es/MostrarContidos_N2_T01.aspx?idPaxina=61699
Madrid	Portal de Salud (SaludMadrid)	Boletín RAM	Cuatrimestral. Resultados del programa de notificación espontánea a medicamentos y actividades de farmacovigilancia	
		Notas farmacoterapéuticas	Información sobre fármacos elaborado por médicos y farmacéuticos de AP. Actualización de medicamentos	http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1163519345420&language=es&pageName=PortalSalud%2FPag e%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156827010240
		Boletines de información terapéutica	Novedades terapéuticas, alertas de seguridad y uso racional del medicamento	
		Informe de novedades farmacoterapéuticas	Nuevos medicamentos autorizados y ampliación de conocimientos sobre los medicamentos incluidos	
Murcia	Portal Sanitario (MURCIA+SALUD) Centro de Información y Evaluación de Medicamentos y Productos Sanitarios-CIEMPS	Boletín de farmacovigilancia de la Región de Murcia	Notificación espontánea de medicamentos y actividades de farmacovigilancia	
		Boletín de evaluación farmacoterapéutica	Novedades en principios activos, revisiones de grupos de medicamentos	http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=112094&idsec=3054&expand=1
Navarra	Portal Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea	Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra	Cinco números anuales. Promoción del uso racional de medicamento, informa sobre el tratamiento de patologías de interés general. Miembro de la International Society of Drugs Bulletins (ISDB). Se presenta en formato electrónico y en papel. Versión electrónica en inglés	http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal-de+Ia+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Publicaciones+tematicas/Medicamento/.
		Evaluación de nuevos medicamentos	Evaluación de nuevos medicamentos comercializados en España. La evaluación es coordinada con otros comités homólogos	
		Resúmenes de actualidad farmacoterapéutica	Novedades recientes de artículos científicos	

		Seguridad del medicamento. Boletín Informativo de Farmacovigilancia	Notificación de reacciones adversas y novedades y recomendaciones en el uso de fármacos, temas monográficos sobre reacciones adversas y comunicaciones del sistema español de farmacovigilancia	
País Vasco	Portal de la Sanidad Vasca-OSANET CEVIME-MIEZ(Centro Vasco de Información del Medicamento)	Ficha nuevo medicamento a examen	Información sobre nuevos medicamentos comercializados en España	http://www.osanet.euskadi.net/r85-20337/es/contenidos/informacion/infac/es_1223/infac_c.html
		Notas de seguridad de medicamentos		
		Información farmacoterapéutica de la Comarca-INFAC	Mensual. Revisiones de tratamientos farmacológicos de distintas patologías, revisiones de fármacos	
La Rioja	Portal Servicio Riojano de la Salud	Ficha de evaluación de nuevos medicamentos		http://www.riojasalud.es/profesionales/farmacia
		Boletín de farmacovigilancia de la Rioja		
		Boletín farmacoterapéutico de la Rioja		
		Alertas de farmacia		
Fuente	Información suministrada por las comunidades autónomas para este Informe.			

5.4 Prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud

Análisis del consumo farmacéutico a través de recetas médicas del SNS

La prestación farmacéutica para los pacientes no hospitalizados comprende los medicamentos y productos sanitarios financiados por el Sistema Nacional de Salud (SNS), así como las fórmulas magistrales, los preparados oficinales y las vacunas individualizadas antialérgicas y bacterianas, que cumplan lo establecido en la normativa vigente. La prescripción de estos productos farmacéuticos debe realizarse en los correspondientes modelos de recetas médicas del SNS y su dispensación se ha de efectuar a través de las oficinas de farmacia.

En esta sección se va a analizar únicamente la prestación farmacéutica para pacientes no hospitalizados. Los datos de consumo de la prestación farmacéutica en el ámbito extrahospitalario se han obtenido de la información contenida en las recetas médicas oficiales del SNS facturadas por las oficinas de farmacia en cada comunidad autónoma. La explotación de esta información se ha llevado a cabo a través de la aplicación informática Alcántara.

Gasto farmacéutico y gasto sanitario

Uno de los conceptos que engloba el gasto sanitario público, es el correspondiente al gasto farmacéutico a través de recetas médicas del SNS. Tanto el gasto sanitario público como el gasto farmacéutico han ido creciendo a lo largo de estos años, sin embargo el porcentaje que representa el gasto facturado a través de recetas médicas del SNS sobre el gasto sanitario ha ido descendiendo, en el año 2004 fue el 20,53% y en el 2008 ha supuesto el 17,96%, aunque sigue representando una parte importante del gasto sanitario total (Tabla 5.16).

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total gasto sanitario público (Millones de euros) (1)	46.348,68	50.586,84	55.683,29	60.222,49 (*)	66.657,76 (*)	(**)
Gasto farmacéutico en recetas médicas SNS (Millones de euros) (2)	9.515,36	10.051,33	10.636,06	11.191,07	11.970,96	12.505,69
% Gasto farmacéutico/total gasto sanitario	20,53	19,87	19,10	18,58	17,96	
Observaciones	(*) Datos provisionales. (**) Dato no disponible.					
Fuente	(1) Estadística Gasto Sanitario Público (Gasto Real). (2) Partes Estadísticas de Facturación de Recetas Médicas. El gasto corresponde al importe farmacéutico facturado a PVP con IVA menos las aportaciones de los usuarios y menos las aportaciones de las oficinas de farmacia.					

Para comparar estas cifras con países de nuestro entorno, la Tabla 5.17 muestra la evolución del porcentaje del gasto farmacéutico dentro del gasto sanitario total en algunos países de la OCDE.

Los porcentajes relativos a España en esta Tabla no coinciden con los indicados en la Tabla 5.16, porque en los datos 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. España es uno de los países de la OCDE en los que el gasto farmacéutico (sin incluir el gasto hospitalario), supone una alta proporción del gasto sanitario. En el año 1995, este porcentaje en España fue del 19,2%, ha ido creciendo hasta alcanzar un máximo en el año 2003 (23,2%) y a partir de ese año ha ido disminuyendo hasta situarse en el 20,5% en el año 2008.

Noruega es el país con más bajo peso específico del gasto farmacéutico sobre el gasto sanitario, en 2008 tan solo ha supuesto el 7,6%. Con un comportamiento similar se sitúan Dinamarca (8,6% en 2007), Suiza (10,3% en 2007), Reino Unido (11,8% en 2008) y Estados Unidos (11,9% en 2008).

Portugal e Italia han tenido una evolución muy similar a España, aunque Italia se sitúa en 2008 dos puntos por debajo de España. Otros países con altos valores son Japón (20,1% en 2007), Polonia (22,6% en 2008) y Grecia (24,8% en 2007).

Los demás países de los indicados en la Tabla (Suecia, Islandia, Finlandia, Alemania, Francia y Canadá) se sitúan en valores intermedios, entre el 13,2% de Suecia y el 17,1% de Canadá.

Tabla 5.17 Evolución del gasto farmacéutico como porcentaje del gasto sanitario total. Comparación internacional. Periodo 1995-2009.

Año	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Alemania	12,9	13	13,1	13,6	13,5	13,6	14,2	14,4	14,4	13,9	15,1	14,8	15,1	15,1	
Canadá	13,8	14	14,8	15,3	15,6	15,9	16,2	16,6	17	17,3	17,2	17,3	17,2	17,2	17,1
Dinamarca	9,1	8,9	9	9	8,7	8,8	9,2	9,8	9,1	8,7	8,6	8,5	8,6		
España	19,2	19,8	20,8	21	21,5	21,3	21,1	21,8	23,2	22,7	22,3	21,6	21	20,5	
Estados Unidos	8,7	9	9,5	10	10,8	11,3	11,7	12	12,1	12,2	12	12,2	12	11,9	
Finlandia	12,7	13,2	13,6	14	14,8	14,7	15	15,2	15,3	15,5	15,5	14,3	14,1	14,4	
Francia	15	14,8	15	15,5	16	16,5	16,9	16,8	16,7	16,8	16,7	16,5	16,5	16,4	
Grecia	15,7	16,1	16,2	13,9	14,4	18,9	18	18,8	20,4	22	21,5	22,7	24,8		
Islandia	13,4	14	15,1	14,1	13,6	14,5	14,1	14	15,2	15,4	14,4	14,2	13,5	13,9	
Italia	20,7	21,1	21,2	21,5	22,1	22	22,5	22,5	21,8	21,2	20,2	19,8	19,3	18,4	18,3
Japón	22,3	21,6	20,6	18,9	18,4	18,7	18,8	18,4	19,2	19	19,8	19,6	20,1		
Noruega	9	9,1	9,1	8,9	8,9	9,5	9,3	9,4	9,2	9,4	9,1	8,7	8	7,6	
Polonia								28,4	30,3	29,6	28	27,2	24,5	22,6	
Portugal	23,6	23,8	23,8	23,4		22,4	23	23,3	21,4	21,8	21,6	21,8			
Reino Unido	15,3	15,6	15,9			14,1	13,9	13,5	13,5	13,2	12,8	12,3	12,2	11,8	
Suecia	12,3	13,6	12,4	13,6	13,9	13,8	13,9	14	13,8	13,9	13,7	13,7	13,4	13,2	
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		

Fuente: OECD Health Data 2010.

Nº de recetas, gasto, importe farmacéutico y aportación usuarios

Los datos relativos a recetas facturadas, gasto farmacéutico²², importe farmacéutico a PVP²³ así como la aportación de los usuarios, correspondientes al periodo 2000-2009, se muestran en la [Tabla 5.18](#).

El gasto farmacéutico en España a través de recetas médicas del SNS ha crecido en los últimos diez años un 86%, de 6.723,64 millones de euros facturados en el año 2000 a 12.505,69 millones en 2009. Desde el año 2000, la evolución del gasto tuvo una tendencia alcista hasta el año 2003, con la mayor tasa de crecimiento del 12,14%. En el año 2004, hubo un importante descenso (6,42%) y a partir de ese año se ha mantenido una tendencia de crecimiento moderada. En el año 2009, el porcentaje de incremento ha sido el más bajo del periodo analizado, un 4,47% respecto al año anterior.

El sistema de precios de referencia, la prescripción por principio activo en que se dispensa el medicamento de precio menor, las bajadas de los márgenes de distribución y de los márgenes y deducciones correspondientes a la dispensación de medicamentos, así como los programas de uso racional de los medicamentos llevados a cabo por las comunidades autónomas, son medidas que han contribuido a la contención del gasto farmacéutico y a conseguir la tendencia a la moderación.

²² Gasto farmacéutico: es el valor en euros efectivamente pagado por el sistema sanitario, por los medicamentos y productos sanitarios dispensados en oficinas de farmacia. Se corresponde con el importe PVP menos la aportación que pagan los usuarios.

²³ Importe farmacéutico a PVP: es el valor en euros de los medicamentos y productos sanitarios dispensados en oficinas de farmacia, que se factura al sistema sanitario, medido por su precio de venta al público. En adelante cuando aparece en el texto importe se refiere a importe a PVP.

El número de recetas facturadas ha mantenido una evolución similar, durante los años 2002 y 2003 hubo un fuerte crecimiento en el nº de recetas, con unos incrementos del 6,39% y 6,83% respectivamente. A partir del año 2004, se modifica esta tendencia, descendiendo la tasa de crecimiento a un 3,18%. A partir de 2005, las tasas de incremento de recetas se mantienen bastante estables, situándose el incremento de 2009 respecto al año anterior en el 4,94%.

Aunque la aportación económica de los usuarios por el pago de los productos farmacéuticos ha aumentado en los diez años analizados en un 56%, su peso específico sobre el importe total ha ido descendiendo. En 2009, este porcentaje ha sido el 5,86% del importe farmacéutico, siendo el más bajo de todos los años objeto de estudio.

En la **Tabla 5.19** se presentan los datos de facturación de recetas médicas de 2009 por comunidades autónomas. Los criterios de contabilización del gasto farmacéutico de las comunidades autónomas pueden hacer que los datos que se muestran no sean del todo comparables para determinadas comunidades, ya que en algunos casos no se incluyen los productos dietoterápicos o los absorbentes de incontinencia de orina y en otros la implantación de la receta electrónica puede modificar el número de recetas facturadas. Para el total nacional, el incremento del número de recetas sobre el año anterior ha sido del 4,94%, siendo Baleares, Asturias y Cataluña las que registran un menor incremento. El porcentaje que supone la aportación de los usuarios sobre el importe farmacéutico, oscila entre el 7,52% de Ceuta y el 4,54% de Asturias.

Tabla 5.18 Evolución del nº de recetas, gasto, importe y aportación usuarios. Periodo 2000-2009.

Total Nacional									
AÑO	Nº RECETAS (Millones)		GASTO (*) (Millones €)		IMPORTE PVP (**) (Millones €)		APORTACIÓN USUARIOS (Millones €)		% APORT. s/PVP
		% Δ Año anterior		% Δ Año anterior		% Δ Año anterior		% Δ Año anterior	
2000	596,81	4,80	6.723,64	7,46	7.307,22	8,20	520,57	4,75	7,12
2001	621,42	4,12	7.255,01	7,90	8.005,69	9,56	559,72	7,52	6,99
2002	661,16	6,39	7.972,89	9,89	8.818,35	10,15	607,67	8,57	6,89
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
2009	934,00	4,94	12.505,69	4,47	13.850,86	4,60	811,90	4,05	5,86
Observaciones	(*) Importe farmacéutico facturado a PVP con IVA menos las aportaciones de los usuarios y menos las aportaciones de las oficinas de farmacia. (**) Importe farmacéutico facturado a PVP con IVA. Importe a PVP: valor en euros de los medicamentos y productos sanitarios dispensados en oficinas de farmacia, que se factura al sistema sanitario, medido por su precio de venta al público.								
Fuente	Partes Estadísticas de Facturación de Recetas Médicas.								

Tabla 5.19 N° de recetas, gasto, importe y aportación usuarios por CCAA. Año 2009.

Comunidad Autónoma	2009							
	Nº recetas (Millones)	% Δ 09/08	Gasto (*) (Millones €)	% Δ 09/08	Importe PVP (**) (Millones €)	% Δ 09/08	Aportación (Millones €)	% Aport. s/PVP
Andalucía	173,56	6,33	2.060,99	5,37	2.278,53	5,30	139,07	6,10
Aragón	28,45	,60	409,67	4,69	451,20	4,89	25,14	5,57
Asturias	24,51	3,07	352,79	4,22	388,57	4,24	17,65	4,54
Baleares	15,54	1,57	222,88	5,42	248,94	5,65	16,85	6,77
Canarias	40,82	6,74	569,91	7,21	642,59	7,31	41,41	6,44
Cantabria	11,62	3,82	160,33	4,22	176,62	4,29	9,61	5,44
Castilla y León	51,25	3,73	741,31	5,23	803,62	5,12	40,25	5,01
Castilla-La Mancha	44,38	5,53	614,33	5,20	673,71	5,41	38,75	5,75
Cataluña	147,58	3,16	1.884,52	2,35	2.078,81	2,39	113,09	5,44
C. Valenciana	111,79	4,50	1.604,87	3,06	1.791,64	3,48	103,98	5,80
Extremadura	25,61	8,08	358,61	8,86	393,40	8,92	22,96	5,84
Galicia	63,37	5,41	924,70	6,36	1.032,17	6,46	56,04	5,43
Madrid	103,90	6,03	1.318,47	5,21	1.460,96	5,36	100,52	6,88
Murcia	29,74	5,29	412,29	-0,91	468,63	0,18	31,41	6,70
Navarra	11,80	4,07	166,73	4,11	179,97	4,14	11,61	6,45
País Vasco	41,82	3,63	586,67	4,20	651,86	4,21	35,27	5,41
La Rioja	6,13	5,22	89,68	6,48	99,43	6,51	6,08	6,12
Ceuta	1,15	3,77	14,91	3,91	16,80	4,19	1,26	7,52
Melilla	0,99	5,44	12,04	3,92	13,40	4,50	0,96	7,13
Total nacional	934,00	4,94	12.505,69	4,47	13.850,86	4,60	811,90	5,86
Observaciones	(*) Importe farmacéutico facturado a PVP con IVA menos las aportaciones de los usuarios y menos las aportaciones de las oficinas de farmacia. (**) Importe farmacéutico facturado a PVP con IVA. Importe a PVP: valor en euros de los medicamentos y productos sanitarios dispensados en oficinas de farmacia, que se factura al sistema sanitario, medido por su precio de venta al público.							
Fuente	Partes Estadísticas de Facturación de Recetas Médicas.							

Importe medio por receta. Importe y recetas por persona

En la [Tabla 5.20](#) se muestran los indicadores de importe medio por receta e importe y recetas por persona, del periodo 2000 al 2009.

El importe medio de una receta en el año 2000 fue de 12,24€ y en el año 2009 ha aumentado a 14,83€, un 21,16% de incremento. El año 2003, es el que ha tenido el mayor crecimiento en el importe por receta respecto al año anterior, un 5,38%. A partir de 2004 cambia esta tendencia, manteniéndose la moderación del crecimiento y en algunos años ha habido decrementos del importe, como ha ocurrido en el año 2009 con una disminución del 0,32% respecto al año anterior. En la moderación del importe por receta ha influido además de la política de precios del Ministerio, el fomento de la prescripción por principio activo en que se dispensa el medicamento de precio menor, así como la implantación del Sistema de precios de referencia, que favorece el consumo de medicamentos genéricos (que tienen un precio menor que los medicamentos de referencia) y promueve la disminución del precio de los medicamentos.

El importe farmacéutico que factura cada persona es un indicador que ha ido creciendo en los diez años analizados, ya que mientras que el importe farmacéutico ha aumentado un 90%, la población correspondiente al Padrón municipal ha crecido un 15,42%. En 2009, el importe farmacéutico por persona ha supuesto 296,30 euros, un 64,22% sobre el año 2000. El crecimiento del importe por persona en 2009 ha sido el más moderado de todos los años analizados, un 3,28% sobre el año anterior.

El número de recetas que utiliza cada persona al año ha ido creciendo de forma paulatina, en el año 2000 fueron 14,74 recetas y en el año 2009 han sido 19,98, lo que supone 5,24 recetas más, y representa un 35,55% de incremento.

Los indicadores de importe medio por receta e importe y recetas por persona de las CCAA del año 2009, se muestran en la [Tabla 5.21](#). Como ya se indicó anteriormente, debido a las diferentes medidas llevadas a cabo por los servicios de salud se han generado diferencias que hacen que la información entre comunidades autónomas no pueda ser del todo comparable. El importe medio por receta oscila entre los valores de 13,13€ (Andalucía) y 16,29€ (Galicia). Tanto en el importe por persona como en el número de recetas por persona, las comunidades de Galicia, Asturias y Extremadura son las que tienen los valores más elevados, mientras que Melilla, Ceuta y Baleares los indicadores más bajos.

Tabla 5.20 Importe medio por receta e importe y recetas por persona. Periodo 2000-2009.

AÑO	TOTAL NACIONAL						
	Importe medio receta (€)		Importe por persona (€)		Nº recetas por persona		
		% Δ AÑO ANTERIOR		% Δ AÑO ANTERIOR		% Δ AÑO ANTERIOR	
2000	12,24	3,24	180,43	7,40	14,74	4,03	
2001	12,88	5,22	194,71	7,91	15,11	2,56	
2002	13,34	3,53	210,77	8,25	15,80	4,56	
2003	14,06	5,38	232,41	10,26	16,53	4,63	
2004	14,41	2,52	243,07	4,59	16,87	2,02	
2005	14,52	0,79	251,77	3,58	17,34	2,77	
2006	14,77	1,70	262,98	4,45	17,80	2,71	
2007	14,68	-0,64	273,82	4,12	18,66	4,80	
2008	14,88	1,38	286,88	4,77	19,28	3,35	
2009	14,83	-0,32	296,30	3,28	19,98	3,62	

Fuente: Partes Estadísticas de Facturación de Recetas Médicas. Población: Padrón municipal a 1 de enero de cada año (INE).

Tabla 5.21 Importe medio por receta e importe y recetas por persona por CCAA. Año 2009.

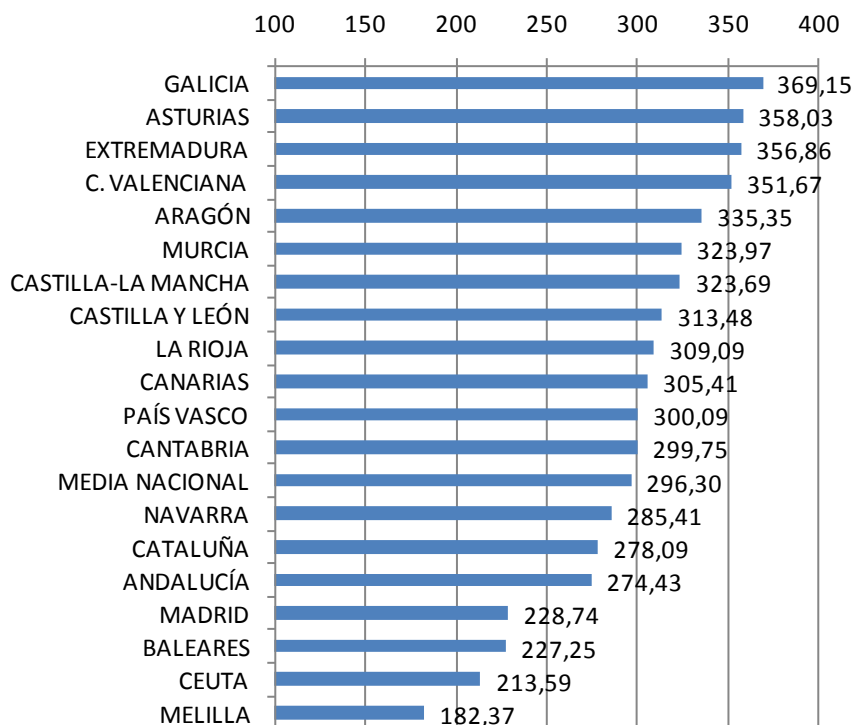
Comunidad Autónoma	AÑO 2009					
	Importe medio receta (€)		Importe por persona (€)		Nº recetas por persona	
	2009	% Δ 09/08	2009	% Δ 09/08	2009	% Δ 09/08
Andalucía	13,13	-0,97	274,43	4,02	20,9	5,04
Aragón	15,86	0,27	335,35	3,44	21,14	3,16
Asturias	15,85	1,14	358,03	3,75	22,59	2,58
Baleares	16,02	4,02	227,25	3,47	14,19	-0,53
Cantabria	15,20	0,46	299,75	3,04	19,73	2,57
Castilla León	15,68	1,35	313,48	4,87	19,99	3,47
Castilla- La Mancha	15,18	-0,11	323,69	3,48	21,32	3,6
Cataluña	14,09	-0,75	278,09	0,86	19,74	1,63
Canarias	15,74	0,54	305,41	5,88	19,4	5,31
Extremadura	15,36	0,78	356,86	8,46	23,23	7,62
Galicia	16,29	1,00	369,15	6,01	22,66	4,96
Madrid	14,06	-0,64	228,74	3,46	16,27	4,12
Murcia	15,76	-4,86	323,97	-1,24	20,56	3,81
Navarra	15,25	0,07	285,41	2,46	18,72	2,38
C. Valenciana	16,03	-0,98	351,67	2,16	21,94	3,17
País Vasco	15,59	0,56	300,09	3,48	19,25	2,91
La Rioja	16,22	1,23	309,09	5,12	19,05	3,84
Ceuta	14,67	0,41	213,59	2,49	14,56	2,07
Melilla	13,59	-0,89	182,37	1,64	13,42	2,55
Total nacional	14,83	-0,32	296,30	3,28	19,98	3,62

Fuente Partes Estadísticas de Facturación de Recetas Médicas. Población: Padrón municipal a 1 de enero de cada año (INE).

En la [Figura 5.8](#) se presentan los datos del importe por persona en el año 2009 en las diferentes comunidades autónomas.

Consumo de medicamentos genéricos

Los medicamentos genéricos son medicamentos con igual composición, forma farmacéutica y con la misma bioequivalencia que el medicamento de referencia. Un medicamento genérico puede ser comercializado una vez vencida la patente del medicamento de marca, por eso son más baratos, manteniendo todas las condiciones de calidad, seguridad y eficacia. Los medicamentos genéricos se identifican con las siglas EFG (Equivalente Farmacéutico Genérico). Así pues, con el fin de contribuir a su sostenibilidad, es un objetivo de nuestro sistema que haya una mayor presencia y consumo de medicamentos genéricos. El consumo de medicamentos genéricos a través de recetas médicas del SNS ha tenido un incremento constante. En el año 2009, se ha conseguido alcanzar un porcentaje de utilización de envases de genéricos frente al total de medicamentos del 23,82%, superando en un 70% el porcentaje de 2005. En relación con el importe, el porcentaje de consumo de genéricos se reduce a más de la mitad de lo que supone en envases, un 9,38% ([Tabla 5.22](#)).

Figura 5.8 Importe por persona por CCAA. 2009.

Fuente Partes Estadísticas de Facturación de Recetas Médicas.

Tabla 5.22 Consumo de medicamentos genéricos a través de recetas médicas del SNS.

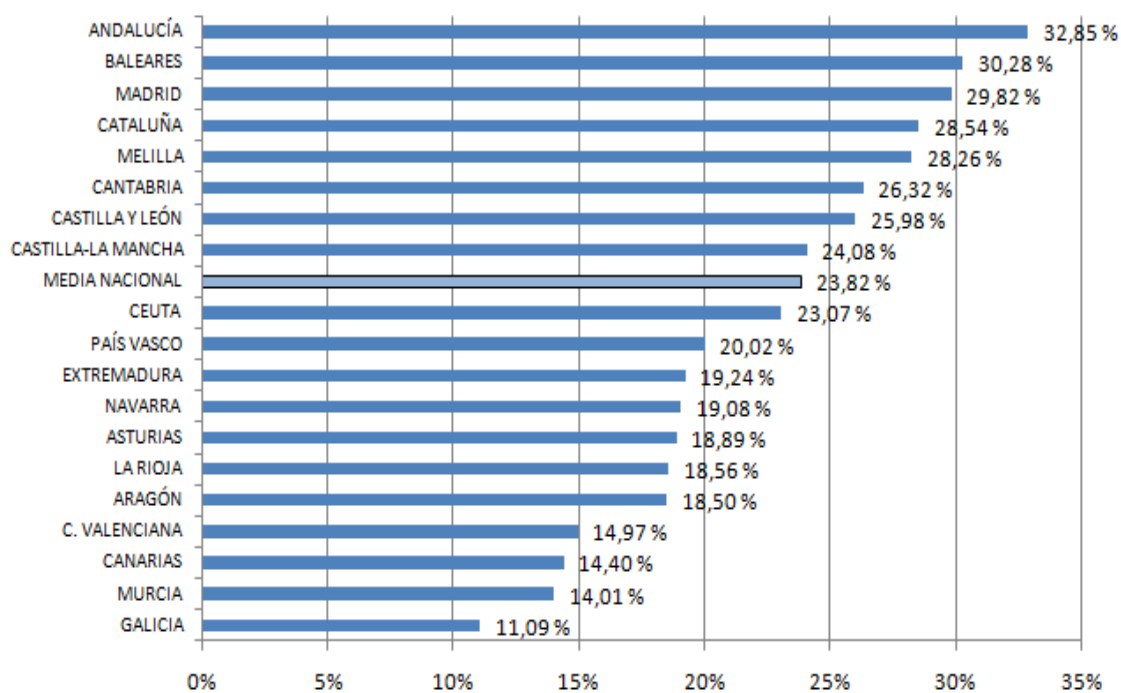
	2005	2006	2007	2008	2009
% Envases genéricos/ Total medicamentos	14,10	16,72	20,94	21,81	23,82
% Importe PVP genéricos/Total medicamentos	7,35	8,54	9,23	9,20	9,38

Fuente Sistema de información Alcántara.

La diferencia en los porcentajes de envases e importe de genéricos sobre el total de medicamentos, se debe al menor precio medio que tienen los genéricos, ya que en el año 2009 el precio de un medicamento genérico ha sido tres veces más barato que un medicamento no genérico, 5,62 euros frente a 16,99 euros.

Aunque todas las comunidades autónomas están llevando a cabo medidas de fomento de medicamentos genéricos, existe una variabilidad importante en los niveles de penetración de estos medicamentos. En el año 2009, Andalucía es la comunidad autónoma que tiene mayor porcentaje de consumo de genéricos respecto al total de medicamentos, tanto en relación a los envases, como al importe, seguida de Baleares, Madrid y Cataluña. Con los porcentajes más bajos se encuentran Galicia, Murcia y Canarias (Figura 5.9 y Figura 5.10).

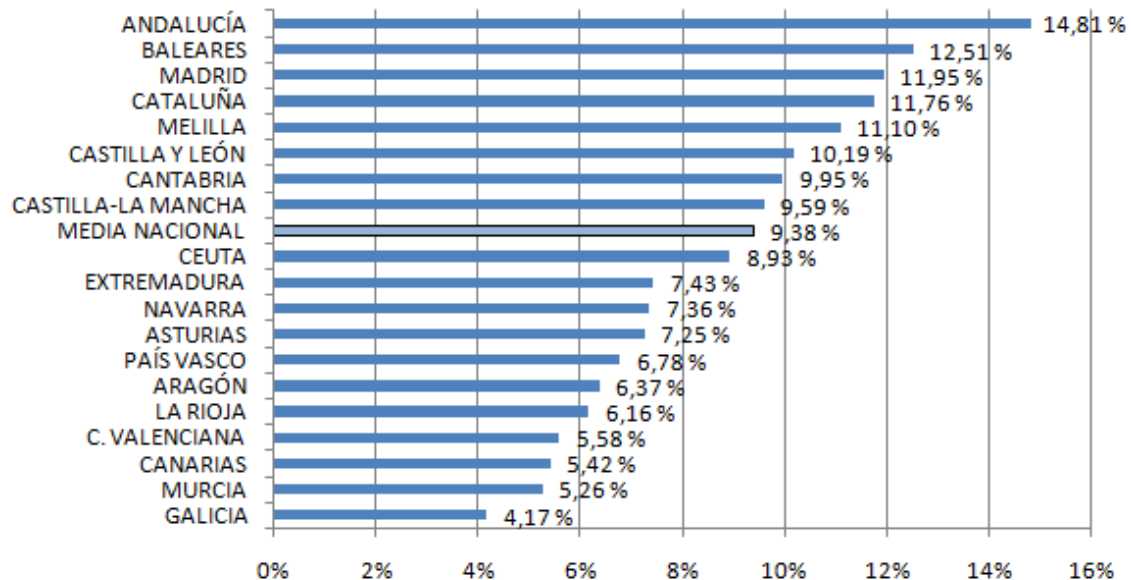
Figura 5.9 % Consumo envases EFG/total envases medicamentos por CCAA. Año 2009.



Observaciones EFG: Equivalente Farmacéutico Genérico

Fuente Sistema de información Alcántara.

Figura 5.10 % Consumo importe EFG/total importe medicamentos por CCAA. Año 2009.

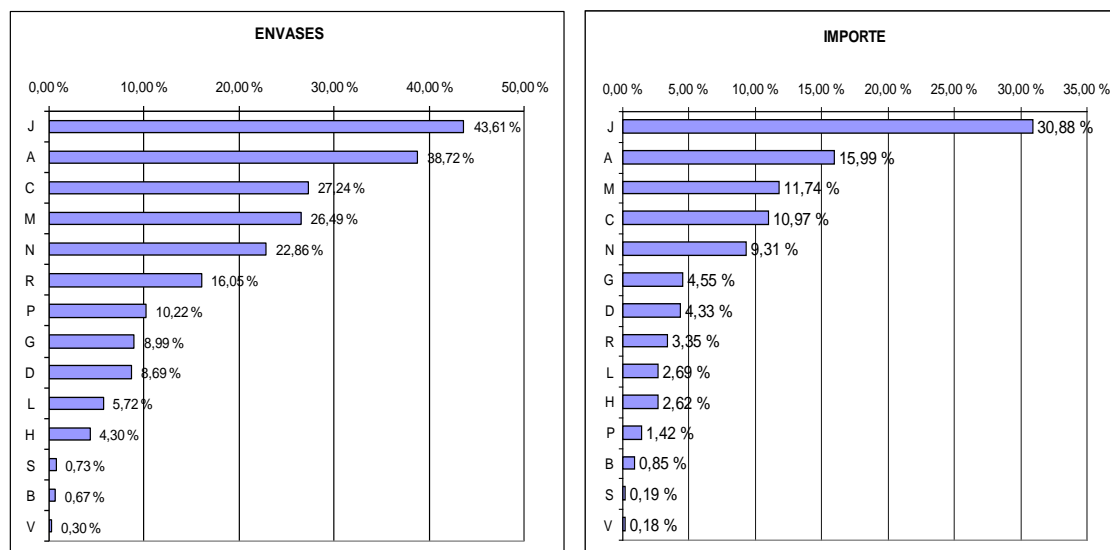


Observaciones EFG: Equivalente Farmacéutico Genérico

Fuente Sistema de información Alcántara.

En la **Figura 5.11** se muestra el consumo de los medicamentos genéricos por grupos anatómicos, según la clasificación ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification). El grupo J (Antiinfecciosos para uso sistémico) es el grupo que tiene un mayor consumo en número de envases y en importe facturado en medicamentos genéricos, el 43,61% de los envases y el 30,88% del importe. El segundo grupo con mayor utilización de genéricos es el grupo A (Tracto alimentario y metabolismo), con el 38,72% de envases y el 15,99% del importe.

Figura 5.11 Consumo de EFG por grupos anatómicos en envases y en importe. Año 2009.



Clasificación ATC por grupos anatómicos:

A	TRACTO ALIMENTARIO Y METABOLISMO	L	AGENTES ANTINEOPLÁSICOS INMUNOMODULADORES	E
B	SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	M	SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO	
C	SISTEMA CARDIOVASCULAR	N	SISTEMA NERVIOSO	
D	DERMATOLÓGICOS	P	PRODUCTOS ANTIPARASITARIOS, INSECTICIDAS Y REPELENTES	
G	SISTEMA GENITOURINARIO Y HORMONAS SEXUALES	R	SISTEMA RESPIRATORIO	
H	PREPARADOS HORMONALES SISTÉMICOS, EXCLUYENDO HORMONAS SEXUALES E INSULINAS	S	ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	
J	ANTIINFECCIOSOS PARA USO SISTÉMICO	V	VARIOS	

Observaciones EFG: Equivalente Farmacéutico Genérico

Fuente Sistema de información Alcántara.

Consumo de medicamentos por subgrupos químico terapéuticos y por principios activos

Los medicamentos son el grupo con mayor peso dentro de la prestación farmacéutica, ya que representa el 98% de las recetas facturadas y el 96% del importe.

Los datos del análisis de la utilización de los principales subgrupos químico terapéuticos, así como de los principios activos de mayor consumo, se presentan en:

- N° de envases facturados.
- N° de DDD (dosis diaria definida), es una unidad técnica de medida que equivale a la dosis de mantenimiento por día para un adulto cuando el

fármaco se utiliza en su indicación principal. Las DDD de los principios activos los establece el Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, dependiente de la Organización Mundial de Salud. Los datos presentados se han realizado con la versión ATC/DDD de 2010.

- Importe facturado.
- Dosis habitante día (DHD), es el nº de DDD por 1.000 habitantes y día. Este parámetro nos proporciona una estimación de cuántas personas de cada 1.000 están recibiendo al día una DDD de un determinado medicamento o subgrupo terapéutico, y asimismo nos permite realizar comparaciones más homogéneas independientemente del precio y de la dosificación. La población utilizada se ha obtenido de los datos del Padrón municipal de cada año del Instituto Nacional de Estadística.
- Coste tratamiento día (CTD), es la relación del consumo en importe con el nº de DDD utilizadas, lo que nos indica el importe real de la DDD de cada principio activo o de cada subgrupo terapéutico.

El análisis se centra en el comportamiento de los 10 subgrupos o principios activos de mayor consumo en número de unidades vendidas, así como en los de mayor importe facturado. Se ha elegido este criterio en vez de obtener los primeros subgrupos o principios activos de mayor consumo en nº de DDD, debido al hecho de que existen principios activos que aún no tienen establecidas sus DDD, por lo que al hacer un estudio sobre el comportamiento global del consumo no se puede valorar su utilización analizando este parámetro.

Por subgrupos químico terapéuticos (ATC4)

Los 10 subgrupos de mayor consumo en número de envases en el año 2009, se relacionan en la [Tabla 5.23](#). La facturación en envases de estos 10 subgrupos representa más del 36% del total de unidades vendidas de medicamentos.

De estos 10 subgrupos, el A02BC (Antiulcerosos, inhibidores de la bomba de protones), es el que tiene la DHD más elevada (106,07), seguido del C10AA (64,93) y del C09AA (59,53).

En cuanto al CTD, el más alto lo tiene el subgrupo C10AA, Hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG CoA reductasa (0,83€), y el C09AA (Agentes que actúan sobre el sistema renina-angiotensina: Inhibidores de la ECA, monofármacos) es el subgrupo con el CTD más bajo (0,11 €).

En la [Tabla 5.24](#) se muestran las DHD de los subgrupos indicados a lo largo de cinco años, desde 2005 a 2009. En todos los subgrupos han ido creciendo anualmente las DHD.

El uso de los Antiulcerosos: inhibidores de la bomba de protones, A02BC, ha crecido en más del 78% en estos cinco años, pasando de 59,45 DHD en el año 2005 a 106,07 en 2009, debido a la elevada prevalencia de los trastornos en los que estos medicamentos son efectivos. En España hay disponibles cinco inhibidores de la bomba de protones (Omeprazol, Pantoprazol, Lansoprazol, Rabeprazol y Esomeprazol), siendo el Omeprazol el antiulceroso más utilizado del subgrupo (con un 80% sobre el total del subgrupo).

El subgrupo C10AA (Hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG CoA reductasa), fármacos de elección para tratamiento de la hipercolesterolemia, han tenido también un fuerte crecimiento de su DHD en estos cinco años (72%), de 37,72 DHD en 2005 ha aumentado a 64,93 en 2009. De los fármacos de este subgrupo actualmente

comercializados en España, los que tienen mayor consumo son la Atorvastatina y Simvastatina (que representan respectivamente el 47% y el 33% del consumo total de este subgrupo).

Tabla 5.23 Diez primeros subgrupos terapéuticos de mayor consumo en envases. Año 2009.

SUBGRUPO ATC4		Nº Envases (Millones)	Nº DDD (Millones)	DHD	Importe PVP (Millones €)	CTD (€)
A02BC	Antiulcerosos: Inhibidores de la bomba de protones	65,05	1.809,79	106,07	636,81	0,35
N05BA	Ansiolíticos: Derivados de la benzodiazepina	46,88	859,45	50,37	119,11	0,14
C10AA	Hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG CoA reductasa	43,33	1.107,4	64,93	915,38	0,83
N02BE	Analgésicos y antipiréticos: Anilidas	38,85	346,27	20,29	110,79	0,32
M01AE	Antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos: Derivados del ácido propiónico	33,36	567,25	33,25	158,98	0,28
B01AC	Inhibidores de la agregación plaquetaria, excluyendo heparina	30,27	855,59	50,15	362,12	0,42
C09AA	Inhibidores de la ECA, monofármacos	20,83	1.015,76	59,53	112,04	0,11
C09CA	Antagonistas de angiotensina II, monofármacos	19,28	898,26	52,65	522,38	0,58
N06AB	Antidepresivos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	17,69	690,49	40,47	342,89	0,50
R05CB	Mucolíticos	16,72	269,49	15,79	61,58	0,23
Observaciones	DDD: Dosis diaria definida. DHD: Dosis habitante día (Nº de DDD por mil habitantes y día). CTD: Coste tratamiento día. Importe a PVP: valor en euros de los medicamentos y productos sanitarios dispensados en oficinas de farmacia, que se factura al sistema sanitario, medido por su precio de venta al público.					
Fuente	Sistema de información Alcántara. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2009 (INE).					

Tabla 5.24 Evolución del nº de DHD de los subgrupos terapéuticos de mayor consumo en envases. Años 2005 a 2009.

SUBGRUPO ATC4		Año 2005	Año 2006	Año 2007	Año 2008	Año 2009
A02BC	Antiulcerosos: Inhibidores de la bomba de protones	59,45	74,97	86,11	96,02	106,07
N05BA	Ansiolíticos: Derivados de la benzodiazepina	45,30	47,31	48,56	49,13	50,37
C10AA	Hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG CoA reductasa	37,72	43,85	50,02	56,66	64,93
N02BE	Analgésicos y antipiréticos: Anilidas	15,19	15,51	17,81	19,00	20,29
M01AE	Antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos: Derivados del ácido propiónico	26,45	28,57	30,98	31,59	33,25
B01AC	Inhibidores de la agregación plaquetaria, excluyendo heparina	39,60	42,38	45,13	47,37	50,15
C09AA	Inhibidores de la ECA, monofármacos	54,16	57,68	58,44	58,66	59,53
C09CA	Antagonistas de angiotensina II, monofármacos	36,12	40,33	44,52	48,83	52,65
N06AB	Antidepresivos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	33,93	36,23	37,58	38,61	40,47
R05CB	Mucolíticos	13,04	12,60	14,68	14,60	15,79
Observaciones	DHD: Dosis habitante día (Nº de DDD por mil habitantes y día.)					
Fuente	Sistema de información Alcántara. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2009 (INE).					

En relación con los subgrupos que han tenido mayor consumo en importe, en la [Tabla 5.25](#) se muestran los 10 primeros subgrupos, que representan el 36% del importe total

facturado en medicamentos. El subgrupo que mayor importe factura es el C10AA, Hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG CoA reductasa, con 915,38 millones de euros, casi un 7% del total de medicamentos. En la segunda posición se encuentran los Antiulcerosos: Inhibidores de la bomba de protones, A02BC, que facturan 636,81 millones de euros. En esta Tabla, aparecen 5 subgrupos de los más consumidos en envases y se introducen 5 subgrupos que tienen DHD bajas, pero que tienen medicamentos caros, como lo demuestra los altos valores de sus CTD, como es el caso del N03AX Otros antiepilépticos, cuyo CTD es de 3,25€, o el del R03AK, Adrenérgicos y otros agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias, con 2,28€.

Tabla 5.25 Diez primeros subgrupos terapéuticos de mayor consumo en importe. Año 2009.

SUBGRUPO ATC4		Nº Envases (Millones)	Nº DDD (Millones)	DHD	Importe PVP (Millones €)	CTD (€)
C10AA	Hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG CoA reductasa	43,33	1.107,94	64,93	915,38	0,83
A02BC	Antiulcerosos: Inhibidores de la bomba de protones	65,05	1.809,79	106,07	636,81	0,35
R03AK	Adr nérgico y otros agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias	8,18	245,68	14,40	559,76	2,28
C09CA	Antagonistas de angiotensina II, monofármacos	19,28	898,26	52,65	522,38	0,58
C09DA	Antagonistas de angiotensina II y diuréticos	14,50	405,91	23,79	432,37	1,07
N03AX	Otros antiepilépticos	6,96	119,43	7,00	388,14	3,25
B01AC	Inhibidores de la agregación plaquetaria, excluyendo heparina	30,27	855,59	50,15	362,12	0,42
N06AB	Antidepresivos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	17,69	690,49	40,47	342,89	0,50
N06AX	Otros antidepresivos	9,50	248,70	14,58	327,87	1,32
M05BA	Bifosfonatos	8,93	255,59	14,98	286,05	1,12
Observaciones	DDD: Dosis diaria definida. DHD: Dosis habitante día (Nº de DDD por mil habitantes y día). CTD: Coste tratamiento día. Importe a PVP: valor en euros de los medicamentos y productos sanitarios dispensados en oficinas de farmacia, que se factura al sistema sanitario, medido por su precio de venta al público.					
Fuente	Sistema de información Alcántara. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2009 (INE).					

En la [Tabla 5.26](#) se presenta la evolución en importe a lo largo de cinco años (del 2005 al 2009), de los 10 subgrupos terapéuticos de mayor consumo en importe y en la [Tabla 5.27](#) se muestra la evolución de sus CTD.

Todos los subgrupos han crecido en ventas, excepto el N06AB, Antidepresivos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, que decrece un 20%, debido a que los CTD de los principios activos de este subgrupo han ido disminuyendo de forma importante en estos 5 años, así el CTD del N06AB ha descendido en más de un 37%, de 0,79 € en 2005 a 0,50€ en 2009 ([Tabla 5.26](#) y [Tabla 5.27](#)).

El subgrupo C09DA, Antagonistas de angiotensina II y diuréticos, es el que ha tenido mayor incremento de su importe facturado en estos cinco años, un 80% ([Tabla 5.26](#)). El CTD de este subgrupo ha aumentado de 1,04€ en 2005 a 1,07€ en 2008, ya que entre los principios activos con mayor consumo de este subgrupo se encuentran las

Asociaciones de diuréticos junto con Valsartan e Irbesartan que son las que tienen los CTD más elevados (Tabla 5.27).

En la Tabla 5.26 aparece otro subgrupo perteneciente a los antidepresivos, el N06AX: Otros antidepresivos, que ha tenido un fuerte incremento de sus ventas en importe en estos 5 años (74%). El CTD del N06AX a lo largo de los 5 años analizados ha descendido de forma contenida (un 6,5%), de 1,41€ en 2005 a 1,32€ en 2009 (Tabla 5.27), en este subgrupo se han ido introduciendo nuevos principios activos con CTD elevados, como ocurre con la Duloxetina o el Bupropion.

El subgrupo Antiulcerosos: Inhibidores de la bomba de protones, A02BC, es el que tiene el mayor descenso del CTD en los años analizados, un 39%, de 0,58€ en 2005 se ha reducido a 0,35€ en 2009 (Tabla 5.27).

Tabla 5.26 Evolución del importe de los subgrupos terapéuticos de mayor consumo en importe. Años 2005 a 2009.

IMPORTE A PVP (Millones de €) Años 2005 a 2009						
SUBGRUPO ATC4		AÑO 2005	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009
C10AA	Hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG CoA reductasa	727,03	781,62	789,15	858,5	915,38
A02BC	Antiulcerosos: Inhibidores de la bomba de protones	552,89	627,60	631,04	647,11	636,81
R03AK	Adrenérgicos y otros agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias	398,30	424,52	475,68	517,43	559,76
C09CA	Antagonistas de angiotensina II, monofármacos	394,52	424,50	446,53	500,70	522,38
C09DA	Antagonistas de angiotensina II y diuréticos	240,29	291,07	345,63	401,90	432,37
N03AX	Otros antiepilépticos	233,74	287,72	317,53	351,08	388,14
B01AC	Inhibidores de la agregación plaquetaria, excluyendo heparina	288,46	308,20	323,24	346,23	362,12
N06AB	Antidepresivos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	430,05	438,36	382,38	356,28	342,89
N06AX	Otros antidepresivos	188,66	229,01	270,28	301,12	327,87
M05BA	Bifosfonatos	254,28	249,45	240,45	271,07	286,05
Observaciones	Importe a PVP: valor en euros de los medicamentos y productos sanitarios dispensados en oficinas de farmacia, que se factura al sistema sanitario, medido por su precio de venta al público.					
Fuente	Sistema de información Alcántara.					

Tabla 5.27 Evolución del CTD de los subgrupos terapéuticos de mayor consumo en importe. Años 2005 a 2009.

SUBGRUPO ATC4		AÑO 2005	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009
C10AA	Hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG CoA reductasa	1,20	1,09	0,96	0,89	0,83
A02BC	Antiulcerosos: Inhibidores de la bomba de protones	0,58	0,51	0,44	0,39	0,35
R03AK	Adrenérgicos y otros agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias	2,09	2,06	2,09	2,27	2,28
C09CA	Antagonistas de angiotensina II, monofármacos	0,68	0,65	0,61	0,60	0,58
C09DA	Antagonistas de angiotensina II y diuréticos	1,04	1,03	1,04	1,06	1,07
N03AX	Otros antiepilépticos	4,12	3,94	3,58	3,33	3,25
B01AC	Inhibidores de la agregación plaquetaria, excluyendo heparina	0,45	0,45	0,43	0,43	0,42
N06AB	Antidepresivos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	0,79	0,74	0,62	0,54	0,50
N06AX	Otros antidepresivos	1,41	1,40	1,37	1,35	1,32
M05BA	Bifosfonatos	1,48	1,39	1,21	1,15	1,12
Observaciones	CTD: Coste tratamiento día					
Fuente	Sistema de información Alcántara.					

Por principios activos (ATC5)

Los 10 principios activos con mayor número de envases facturados, representan el 25% del total de envases de medicamentos (Tabla 5.28).

El Omeprazol es el principio activo más consumido en 2009, con una DHD de 84,42 y tiene el CTD más bajo de su grupo 0,14 euros. Está considerado como el fármaco de elección desde el punto de vista de la eficiencia y la experiencia clínica dentro del grupo de los antiulcerosos.

El siguiente principio activo con mayor consumo medido por DHD es el Ácido acetilsalicílico en su indicación de antiagregante plaquetario, 39,68, y el tercero el antihipertensivo, inhibidor de la angiotensina-convertasa Enalapril, con una DHD de 37,84.

En cuanto al CTD, el más alto lo tiene la Atorvastatina (1,21euros). En esta tabla aparece otra estatina, la Simvastatina, que puede considerarse el fármaco de elección para el tratamiento de la hipercolesterolemia, con un CTD de 0,25 euros, casi 5 veces menor que el de la Atorvastatina.

El CTD más bajo de los principios activos de la tabla, es de 0,06 euros correspondiente al Enalapril.

Tabla 5.28 Diez primeros principios activos de mayor consumo en envases. Año 2009.

PRINCIPIO ACTIVO ATC5		Nº ENVASES (Millones)	Nº DDD (Millones)	DHD	Importe PVP (Millones €)	CTD (€)
A02BC01	Omeprazol	49,48	1.440,31	84,42	195,56	0,14
N02BE01	Paracetamol	35,53	333,24	19,53	101,65	0,31
M01AE01	Ibuprofeno	25,22	429,96	25,20	103,89	0,24
B01AC06	Ácido acetilsalicílico (Antiagregante)	23,64	676,99	39,68	56,96	0,08
C10AA01	Simvastatina	19,06	363,79	21,32	92,03	0,25
A10BA02	Metformina	15,87	337,22	19,76	39,21	0,12
C10AA05	Atorvastatina	15,28	523,62	30,69	633,09	1,21
N05BA06	Lorazepam	14,31	320,31	18,77	30,71	0,10
N02BB02	Metamizol	14,28	52,94	3,10	35,81	0,68
C09AA02	Enalapril	12,88	645,60	37,84	41,71	0,06
Observaciones	DDD: Dosis diaria definida. DHD: Dosis habitante día (Nº de DDD por mil habitantes y día). CTD: Coste tratamiento día. Importe a PVP: valor en euros de los medicamentos y productos sanitarios dispensados en oficinas de farmacia, que se factura al sistema sanitario, medido por su precio de venta al público.					
Fuente	Sistema de información Alcántara. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2009 (INE).					

Para los diez principios activos seleccionados, en la Tabla 5.29 se indican las DHD a lo largo de cinco años. En todos los principios activos han ido creciendo anualmente las DHD.

La Simvastatina y la Atorvastatina duplican sus DHD en estos cinco años, la Simvastatina ha pasado de una DHD en 2005 de 10,51 a 21,32 en 2009, y la Atorvastatina de 15,67 en 2005 a una DHD de 30,69 en 2009.

El Omeprazol también tiene un alto crecimiento de sus DHD en estos años, de 46,36 en 2005 se ha incrementado a 84,42 en 2009.

En la Tabla 5.30 se muestran los datos por comunidades autónomas, de las DHD de los 10 primeros principios activos con mayor consumo en envases a nivel nacional. En todas las comunidades autónomas el Omeprazol es el que tiene mayor número de DHD, existiendo una variación entre comunidades de más del 78%, Andalucía tiene una DHD de 111,28 y Galicia de 62,41. El orden de consumo para los demás principios activos va

variando con respecto al total nacional según cada comunidad autónoma. La mayor diferencia entre comunidades autónomas se produce con el Lorazepam, para el que, mientras la DHD en Asturias es de 38,63, en Ceuta es de 4,34. En la Simvastatina también existen grandes diferencias de utilización entre las comunidades autónomas, de 27,76 DHD en Cataluña y 6,48 en Melilla. Para el Paracetamol y la Metformina el consumo entre comunidades es más homogéneo.

Tabla 5.29 Evolución del nº de DHD de los principios activos de mayor consumo en envases. Años de 2005 a 2009.

PRINCIPIO ACTIVO ATC5		AÑO 2005	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009
A02BC01	Omeprazol	46,36	59,96	68,79	77,66	84,42
N02BE01	Paracetamol	14,02	14,54	16,94	18,46	19,53
M01AE01	Ibuprofeno	19,25	21,35	23,56	24,20	25,20
B01AC06	Ácido acetilsalicílico (Antiagregante)	30,69	32,89	35,23	37,72	39,68
C10AA01	Simvastatina	10,51	13,35	15,63	18,34	21,32
A10BA02	Metformina	11,25	13,35	15,65	18,23	19,76
C10AA05	Atorvastatina	15,67	18,27	21,92	26,34	30,69
N05BA06	Lorazepam	15,87	16,85	17,64	18,32	18,77
N02BB02	Metamizol	2,57	2,68	2,83	2,96	3,10
C09AA02	Enalapril	31,48	35,13	36,51	37,66	37,84
Observaciones	DHD: Dosis habitante día (Nº de DDD por mil habitantes y día).					
Fuente	Sistema de información Alcántara. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2009 (INE).					

Tabla 5.30 DHD de los diez primeros principios activos de mayor consumo en envases por CCAA. Año 2009.

CCAA	Omeprazol	Paracetamol	Ibuprofeno	Ácido acetilsalicílico (Antiagregante)	Simvastatina	Metformina	Atorvastatina	Lorazepam	Metamizol sódico	Enalapril
Andalucía	111,28	20,96	30,63	43,23	26,10	23,20	26,68	17,06	4,76	37,90
Aragón	79,08	17,09	27,67	37,80	17,02	17,69	27,38	18,34	2,47	31,12
Asturias	96,40	17,83	26,70	48,58	22,79	18,22	30,78	38,63	2,13	36,20
Baleares	62,42	15,51	16,98	31,23	17,12	16,24	19,19	15,06	2,26	35,66
Canarias	67,18	14,90	17,93	38,93	19,08	21,96	31,57	13,91	2,26	17,31
Cantabria	86,10	16,34	23,72	44,84	19,81	19,08	38,72	11,97	2,34	50,87
Castilla y León	77,38	19,10	23,26	44,04	18,58	17,72	30,70	21,05	3,18	37,71
Castilla-La Mancha	95,42	22,25	27,34	43,46	19,25	19,53	36,24	20,45	5,02	37,74
Cataluña	84,45	22,22	24,98	40,02	27,76	21,03	24,68	18,80	1,41	52,52
C. Valenciana	78,79	20,44	24,94	35,69	16,46	19,45	41,45	16,94	4,01	22,43
Extremadura	94,77	21,99	32,19	46,85	22,41	21,62	41,05	22,16	5,64	34,48
Galicia	62,41	14,96	22,46	46,14	17,79	17,30	42,03	23,19	1,98	28,01
Madrid	78,42	19,36	22,04	33,67	21,90	17,29	26,66	15,42	2,59	50,08
Murcia	75,59	17,84	30,75	36,59	9,14	19,83	36,14	23,55	2,67	16,44
Navarra	77,05	17,46	23,32	37,30	17,42	14,86	32,25	18,08	3,52	46,59
País Vasco	69,17	17,89	21,97	36,25	17,94	19,34	29,38	25,49	2,84	36,73
La Rioja	70,23	17,26	24,80	34,50	11,37	16,12	33,30	12,09	2,34	38,26
Ceuta	71,64	14,04	21,05	19,89	13,56	13,26	19,44	4,34	2,85	23,34
Melilla	65,31	15,12	16,30	23,94	6,48	15,60	14,60	4,51	2,68	27,86
Total nacional	84,42	19,53	25,20	39,68	21,32	19,76	30,69	18,77	3,10	37,84
Observaciones	DHD: Dosis habitante día (Nº de DDD por mil habitantes y día)									
Fuente	Sistema de información Alcántara. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2009 (INE).									

Los diez principios activos que mayor importe facturaron en 2009, representan más del 19% del PVP total facturado en medicamentos (Tabla 5.31). La Atorvastatina es el

principio activo que mayor importe factura con una gran diferencia sobre el resto de principios activos, 633,09 millones de euros, casi el 5% del total de medicamentos. De los principios activos de mayor consumo en importe, solo dos coinciden con los diez de mayor consumo en envases, la Atorvastatina y el Omeprazol. Entre los diez principios activos de mayor importe se introducen dos antipsicóticos que tienen DHD bajas, pero valores muy elevados de sus CTD, la Olanzapina y la Risperidona, con CTD de 4,54€ y 4,33€ respectivamente.

En la [Tabla 5.32](#) se muestra la evolución del importe facturado de los 10 subgrupos más consumidos a lo largo de cinco años, del 2005 al 2009, y en la [Tabla 5.33](#) se muestra la evolución de sus CTD.

Todos los principios activos incrementan su facturación en importe en estos cinco años, salvo el Omeprazol que decrece un 12%, ya que en 2005 facturó 222,71 millones de euros y en 2009 ha facturado 195,56 millones de euros, debido a que el CTD de este principio activo ha ido disminuyendo de forma importante en estos 5 años, de 0,30€ en 2005 ha pasado a 0,14€ en 2009, un descenso del 55% ([Tabla 5.32](#) y [Tabla 5.33](#)).

El antiepiléptico Pregabalina es el principio activo que tiene el crecimiento más fuerte en importe en estos cinco años, un 566%, pasando de 23,22 millones de euros en 2005 a 154,73 millones de euros en 2009, este principio activo se incluyó en la financiación en el año 2005, lo que hace que esta evolución sea más acusada ([Tabla 5.32](#)). El CTD de este principio activo se ha mantenido muy estable en los años analizados, de 3,84€ en 2005 ha disminuido a 3,78€ ([Tabla 5.33](#)).

Tabla 5.31 Diez primeros principios activos de mayor consumo en importe. Año 2009.

PRINCIPIO ACTIVO ATC5	Nº Envases (Millones)	Nº DDD (Millones)	DHD	Importe PVP (Millones €)	CTD (€)	
C10AA05	Atorvastatina	15,28	523,62	30,69	633,09	1,21
R03AK06	Salmeterol y otros agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias	4,95	148,55	8,71	361,83	2,44
B01AC04	Clopidogrel	4,81	134,80	7,90	277,52	2,06
R03AK07	Formotero y otros agentes contra síndromes obstructivos de las vías respiratorias	3,18	95,52	5,60	197,74	2,07
A02BC01	Omeprazol	49,48	1.440,31	84,42	195,56	0,14
N05AX08	Risperidona	2,02	43,43	2,55	188,15	4,33
R03BB04	Tiotropio, bromuro de,	3,52	105,68	6,19	185,86	1,76
N05AH03	Olanzapina	1,36	36,18	2,12	164,29	4,54
N06AB10	Escitalopram	4,86	188,70	11,06	161,28	0,85
N03AX16	Pregabalina	2,50	40,94	2,40	154,73	3,78
Observaciones	DDD: Dosis diaria definida. DHD: Dosis habitante día (Nº de DDD por mil habitantes y día). CTD: Coste tratamiento día. Importe a PVP: valor en euros de los medicamentos y productos sanitarios dispensados en oficinas de farmacia, que se factura al sistema sanitario, medido por su precio de venta al público.					
Fuente	Sistema de información Alcántara. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2009 (INE).					

El antidepresivo Escitalopram también tiene un crecimiento elevado en su facturación, de 62,26 millones de euros en 2005 a 161,28 millones de euros en 2009, un 159% de incremento ([Tabla 5.32](#)), mientras que su CTD en estos 5 años ha descendido sólo un 2,87%. Este principio activo no tiene ninguna presentación de medicamento genérico financiada y no se encuentra incluido en el Sistema de precios de referencia ([Tabla 5.33](#)).

Tabla 5.32 Evolución del importe de los principios activos de mayor consumo. Años de 2005 a 2009. Importe a PVP (Millones €).

P INCIPIO ACTIVO ATC5	AÑO 2005	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009
C10AA05 Atorvastatina	381,11	417,33	479,40	561,55	633,09
R03AK06 Salmeterol y otros agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias	289,66	301,02	329,88	348,48	3 1,83
B01AC04 Clopidogrel	199,36	220,92	243,03	265,39	277,52
R03AK07 Formoterol y otros agentes contra síndromes obstructivos de las vías respiratorias	102,71	118,24	140,77	168,03	197,74
A02BC01 Omeprazol	222,71	261,20	233,12	229,47	195,56
N05AX08 Risperidona	168,35	183,26	185,59	192,48	188,15
R03BB04 Tiotropio, bromuro de,	114,95	130,25	149,68	169,93	185,86
N05AH03 Olanzapina	142,01	150,97	155,54	162,67	164,29
N06AB10 Escitalopram	62,26	84,99	107,91	135,14	161,28
N03AX16 Pregabalina	23,22	59,07	89,89	126,40	154,73
Observaciones	Importe a PVP: valor en euros de los medicamentos y productos sanitarios dispensados en oficinas de farmacia, que se factura al sistema sanitario, medido por su precio de venta al público.				
Fuente	Sistema de información Alcántara.				

Tabla 5.33 Evolución del CTD de los principios activos de mayor consumo. Años de 2005 a 2009.

PRINCIPIO ACTIVO ATC5	AÑO 2005	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009
C10AA05 Atorvastatina	1,51	1,40	1,33	1,27	1,21
R03AK06 Salmeterol y otros agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias	2,49	2,41	2,41	2,43	2,44
B01AC04 Clopidogrel	2,14	2,07	2,06	2,06	2,06
R03AK07 Formoterol y otros agentes contra síndromes obstructivos de las vías respiratorias	2,22	2,14	2,13	2,10	2,07
A02BC01 Omeprazol	0,30	0,27	0,21	0,18	0,14
N05AX08 Risperidona	4,93	4,85	4,51	4,40	4,33
R03BB04 Tiotropio, bromuro de,	1,83	1,77	1,76	1,76	1,76
N05AH03 Olanzapina	4,81	4,66	4,56	4,54	4,54
N06AB10 Escitalopram	0,88	0,86	0,85	0,85	0,85
N03AX16 Pregabalina	3,84	3,75	3,75	3,78	3,78
Observaciones	CTD: Coste tratamiento día.				
Fuente	Sistema de información Alcántara.				

Consumo de productos sanitarios

Los productos sanitarios representan sobre el consumo total de la prestación farmacéutica el 2% de las recetas y casi el 4% del importe facturado.

En la [Tabla 5.34](#) se presentan los productos sanitarios que han tenido un mayor consumo en envases en el año 2009, en el total nacional. Estos 5 primeros grupos facturan el 77,82% de todos los productos sanitarios. Los Absorbentes para la incontinencia de orina, es el grupo con mayor número de envases facturados, un 34,20% del total de productos sanitarios. El segundo puesto lo ocupan los Apósitos con el 19,87% y el tercer lugar las Gasas con el 12,03%.

Tabla 5.34 Productos sanitarios. Consumo en envases. Año 2009.

Grupo	Nº Envases (Millones)	% sobre total 2009	% Δ 09/08
Absorbentes para la incontinencia urinaria	6,23	34,20	5,71
Apósitos	3,62	19,87	5,37
Gasas	2,19	12,03	-2,7
Tejidos elásticos lesiones o malformaciones	1,37	7,51	-3,09
Bolsas de colostomía	0,77	4,21	1,22
TOTAL 5 GRUPOS	14,17	77,82	2,95

Fuente Sistema de información Alcántara.

En la [Tabla 5.35](#) se presenta el consumo en importe de los 5 grupos de productos sanitarios con mayor consumo, que representan el 86,67% de todos los productos sanitarios. En relación al importe facturado, los Absorbentes para la incontinencia de orina ocupan el primer puesto, con una cuota de mercado del 57,62%, el segundo grupo son los Apósitos con el 13,41% y en la tercera posición las Bolsas de colostomía (9,87% del total).

Tabla 5.35 Productos sanitarios. Consumo en importe. Año 2009.

Grupo	Importe (Millones €)	% sobre total 2009	% Δ 09/08
Absorbentes para la incontinencia urinaria	285,30	57,62	2,99
Apósitos	66,40	13,41	4,01
Bolsas de colostomía	48,87	9,87	0,78
Bolsas de ileostomía	15,49	3,13	11,79
Sondas	13,07	2,64	8,39
TOTAL 5 GRUPOS	429,13	86,67	3,18

Fuente Sistema de información Alcántara.

Consumo por laboratorios farmacéuticos y ofertantes de productos sanitarios

Por laboratorios farmacéuticos

En el año 2009, los laboratorios farmacéuticos que han facturado medicamentos al SNS a través de recetas médicas han sido 410. En relación a los envases facturados, cinco laboratorios representan el 21,84% sobre el total y los 50 primeros laboratorios agrupan el 80,37% de todos los envases de medicamentos. En relación con el importe, los cinco primeros laboratorios facturan el 28,15% del total de importe de los medicamentos y los 50 primeros laboratorios de mayor facturación suponen el 85,59% del total ([Tabla 5.36](#)). Se hace constar que los laboratorios de mayor facturación en envases no tienen por qué coincidir con los de mayores valores de ventas en importe.

Tabla 5.36 Consumo de medicamentos por laboratorios farmacéuticos. Año 2009.

	Nº ENVASES FACTURADOS (Millones)	% sobre el total	IMPORTE FACTURADO (Millones €)	% sobre el total
5 primeros laboratorios	200,32	21,84 %	3.686,73	28,15 %
10 primeros laboratorios	332,11	36,21 %	5.884,74	44,93%
20 primeros laboratorios	501,69	54,70 %	8.142,34	2 17
30 primeros laboratorios	603,61	65,81 %	9.555,52	72,96%
40 primeros laboratorios	678,46	73,97 %	10.559,05	80,62%
50 primeros laboratorios	737,13	80,37 %	11.210,06	85,59%
TOTAL GENERAL (410 Laboratorios)	917,23	100,00 %	13.096,79	100,00 %

Fuente Sistema de información Alcántara.

Por ofertantes de productos sanitarios

En el año 2009, 142 ofertantes han facturado productos sanitarios a través de recetas médicas del SNS. En relación a los envases facturados, los primeros cinco ofertantes representan el 46,08% del total de envases y los 25 primeros facturan el 90,69% de todos los envases. En relación al importe, tan solo cinco ofertantes suponen el 66,85% del total y el 96,27% del importe se factura por 25 ofertantes (Tabla 5.37).

Tabla 5.37 Consumo de Productos sanitarios por ofertantes. Año 2009.

	Nº ENVASES FACTURADOS (Millones)	% sobre el total	IMPORTE FACTURADO (Millones €)	% sobre el total
5 primeros ofertantes	8,39	46,08 %	330,98	66,85 %
10 primeros ofertantes	12,88	70,71 %	416,01	84,02 %
15 primeros ofertantes	14,66	80,48 %	453,63	91,62 %
20 primeros ofertantes	15,87	87,10 %	468,48	94,62 %
25 primeros ofertantes	16,52	90,69 %	476,63	96,27 %
TOTAL GENERAL (142 Ofertantes)	18,21	100,00 %	495,12	100,00 %

Fuente Sistema de información Alcántara.

Consumo por oficinas de farmacia

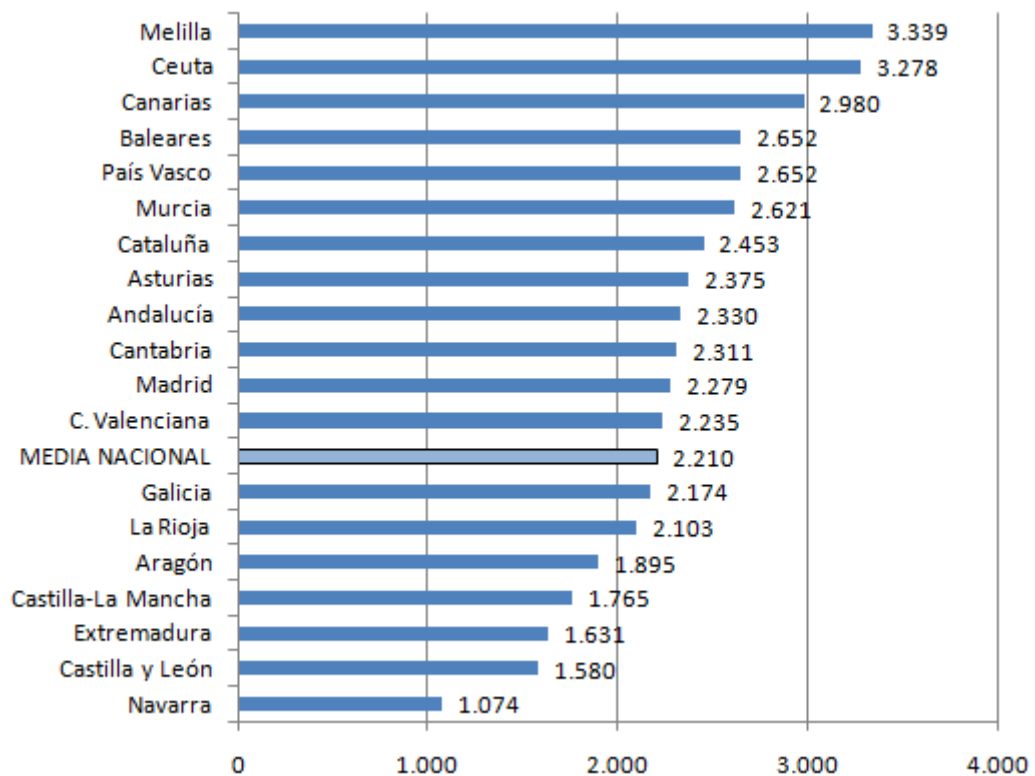
Con objeto de hacer efectiva la prestación farmacéutica que se realiza a través de las oficinas de farmacia legalmente establecidas, se suscriben los conciertos entre las administraciones sanitarias autonómicas y los representantes de los colegios farmacéuticos. El número de oficinas de farmacia, en el conjunto nacional, que han colaborado en la ejecución de la prestación farmacéutica ha sido de 21.153. Andalucía y Cataluña son las comunidades con mayor número de oficinas de farmacia (3.563 y 3.048 respectivamente) (Tabla 5.38).

La población media por oficina de farmacia en el año 2009, ha sido de 2.210 personas en el conjunto nacional. Entre comunidades autónomas existe una gran variabilidad, Melilla, Ceuta y Canarias son las que tienen mayor número de habitantes por farmacia (3.339, 3.278 y 2.980 respectivamente), mientras que Navarra (1.074) es la de menor número de habitantes por farmacia (Figura 5.12).

Tabla 5.38 N° de oficinas de farmacia. Año 2009.

CCAA	N° OFICINAS DE FARMACIA 2009
Andalucía	3.563
Aragón	710
Asturias	457
Baleares	413
Canarias	706
Cantabria	255
Castilla y León	1.622
Castilla-La Mancha	1.179
Cataluña	3.048
C. Valenciana	2.279
Extremadura	676
Galicia	1.286
Madrid	2.802
Murcia	552
Navarra	587
País Vasco	819
La Rioja	153
Ceuta	24
Melilla	22
TOTAL NACIONAL	21.153

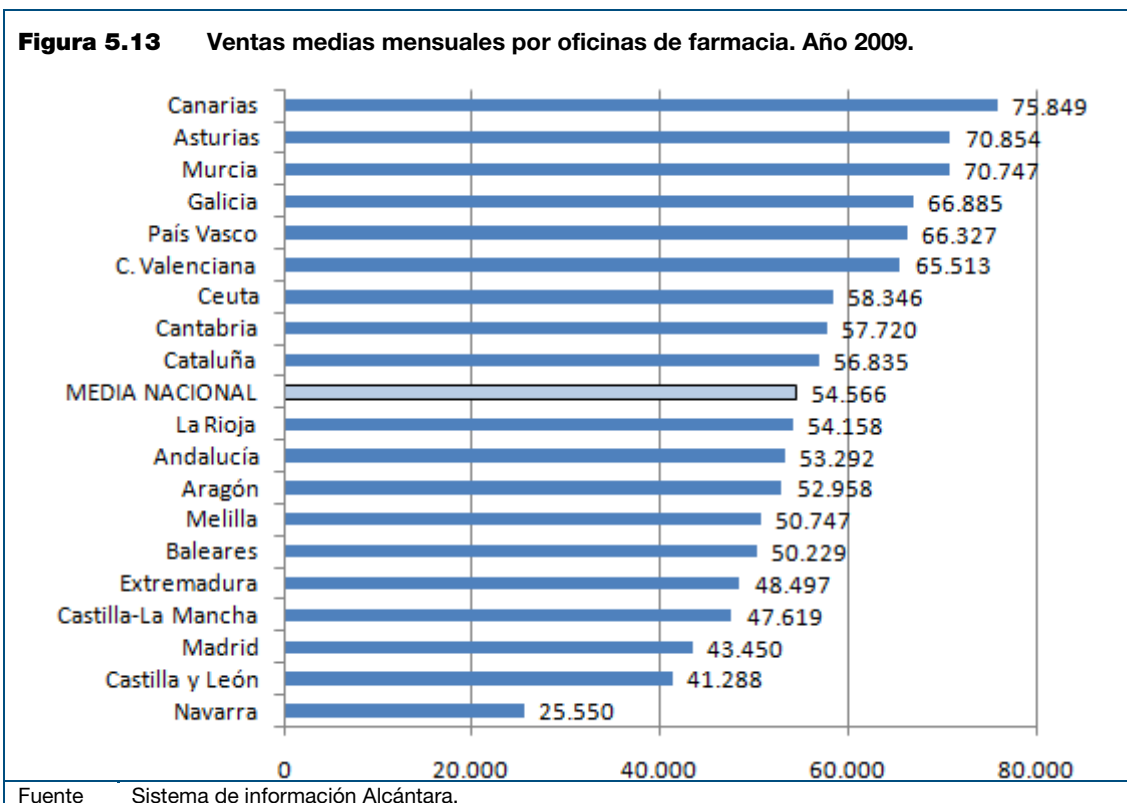
Fuente Sistema de información Alcántara.

Figura 5.12 Población media por oficina de farmacia. Año 2009.

Fuente Sistema de información Alcántara. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2009 (INE).

Las ventas medias mensuales en el año 2009 por oficina de farmacia, correspondiente a la facturación de recetas médicas del SNS, han sido de 54.566 euros. Canarias es la

comunidad con mayor venta media mensual por oficina de farmacia (75.849 euros), mientras que las oficinas de farmacia de Navarra facturan de media 25.550 euros (Figura 5.13).



Medicamentos y productos sanitarios financiados por el Sistema Nacional de Salud

Los medicamentos y productos sanitarios deben ser incluidos en la financiación pública del SNS para que formen parte de la prestación farmacéutica.

El procedimiento para la financiación pública se regula en la Ley 29/2006, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios²⁴. 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 Comisión Europea. Al Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 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 los 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, así como el grado de innovación del medicamento).

²⁴ Ley 29/2006, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios: http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2006-13554

Como medida complementaria de la financiación pública, se realiza la intervención sobre el precio de los medicamentos y productos sanitarios, imprescindible para la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario. El precio industrial máximo de los medicamentos y productos sanitarios que vayan a ser incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, se fija por la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, adscrita al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Medicamentos

Situación a 31-diciembre-2009

En la [Tabla 5.39](#) se detalla el número de medicamentos que se encuentran incluidos en la financiación pública a fecha 31 de diciembre de 2009, un total de 19.820. De éstos, 16.604 corresponden a medicamentos en envase normal y 3.216 a medicamentos en envase clínico. Los envases clínicos de medicamentos son los que tienen un número superior de unidades al autorizado para la venta al público y sólo se pueden utilizar dentro de las instituciones autorizadas.

Dentro de los medicamentos en envase normal, 14.964 están incluidos en el Nomenclátor de productos facturables a través de receta médica del SNS y 1.640 corresponden a medicamentos de uso hospitalario (no se facturan a través de recetas y sólo pueden ser utilizados en medio hospitalario o en centros asistenciales autorizados).

Según el Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química (ATC), el grupo anatómico N (Sistema nervioso) es el que tiene mayor número total de medicamentos financiados (4.368), le siguen el grupo J (Antiinfecciosos para uso sistémico) (3.544) y el grupo C (Sistema cardiovascular) (3.114). Por el contrario el grupo P (Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes) es el que tiene el menor número de medicamentos financiados (44).

Del total de medicamentos financiados por el SNS, 8.100 corresponden a medicamentos genéricos, lo que supone el 40,86% del total. En los medicamentos en envase clínico la proporción de genéricos es algo mayor que en los envases normales, 43,56% frente a 40,34% ([Tabla 5.40](#)).

La Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios elabora mensualmente un fichero con la información de los medicamentos y productos farmacéuticos financiados en envase normal que forman parte de la prestación farmacéutica y son los únicos que pueden prescribirse a través de recetas médicas del SNS. Este fichero se denomina "*Nomenclátor de productos farmacéuticos facturables*" y se distribuye a las comunidades autónomas para su utilización en la facturación de las recetas médicas del SNS que presentan los Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

Tabla 5.39 Medicamentos financiados por el SNS a 31-diciembre-2009.

GRUPO ATC	ENVASE NORMAL		ENVASE CLINICO	TOTAL
	MEDICAMENTOS INCLUIDOS EN EL NOMENCLÁTOR DE PRODUCTOS FACTURABLES	MEDICAMENTOS USO HOSPITALARIO		
A	1.629	120	259	2.008
B	1.152	455	562	2.169
C	2.508	53	553	3.114
D	558	6	24	588
G	433	12	11	456
H	226	47	54	327
J	2.320	359	865	3.544
L	463	236	53	752
M	747	76	131	954
N	3.659	134	575	4.368
P	37	5	2	44
R	635	6	50	691
S	228	5	1	234
V	369	126	76	571
SUBTOTAL	14.964	1.640	3.216	19.820
TOTAL		16.604		

Clasificación ATC por grupos anatómicos:

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 repelentes
R	sistema respiratorio
S	órganos de los sentidos
V	varios

Observaciones: Corte a 31 de diciembre de 2009
Fuente: Sistema de información Alcántara.

Tabla 5.40 Medicamentos (genéricos y no genéricos) financiados por el SNS a 31-diciembre-2009.

	MEDICAMENTOS GENÉRICOS	MEDICAMENTOS NO GENÉRICOS	TOTAL	% GENÉRICOS/TOTAL
ENVASE NORMAL	6.699	9.905	16.604	40,34
ENVASE CLÍNICO	1.401	1.815	3.216	43,56
TOTAL	8.100	11.720	19.820	40,86

Observaciones: Corte a 31 de diciembre de 2009
Fuente: Sistema de información Alcántara.

En la [Tabla 5.41](#) se presenta el número de medicamentos financiados por el Sistema Nacional de Salud e incluidos en el Nomenclátor a fecha 31 de diciembre del 2009, así como su precio medio. 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 aportación reducida.

El grupo N (Sistema nervioso) es el que tiene un mayor nº de medicamentos incluidos en Nomenclátor, 3.659, lo que supone el 24% del total, el siguiente grupo es el

C (Sistema cardiovascular) con 2.508 medicamentos, un 17% del total. Del total de medicamentos (14.964), 8.968 corresponden a medicamentos de aportación normal y 5.996 son medicamentos de aportación reducida (un 40% sobre el total). 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 (2.699 medicamentos).

El precio medio de los medicamentos incluidos en el Nomenclátor de productos farmacéuticos facturables es de 27,90 euros. 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 y los medicamentos del grupo S (Órganos de los sentidos) y M (Sistema musculoesquelético) los más bajos.

Tabla 5.41 Medicamentos incluidos en el Nomenclátor de productos farmacéuticos facturables a 31-diciembre-2009.

GRUPO ATC	MEDICAMENTOS CON APORTACIÓN NORMAL	MEDICAMENTOS CON APORTACIÓN REDUCIDA	TOTAL MEDICAMENTOS	PRECIOS MEDIOS (€)
A	1.166	463	1.629	14,98
B	985	167	1.152	18,70
C	918	1.590	2.508	12,18
D	528	30	558	11,65
G	262	171	433	36,10
H	120	106	226	104,88
J	2.293	27	2.320	11,81
L		463	463	267,46
M	721	26	747	8,13
N	960	2.699	3.659	28,01
P	30	7	37	19,99
R	446	189	635	14,10
S	228		228	4,84
V	311	58	369	66,73
TOTAL	8.968	5.996	14.964	27,90
Observaciones	Los grupos ATC están referenciados en la Tabla 5.39. Corte a 31 de diciembre de 2009			
Fuente	Sistema de información Alcántara.			

Medicamentos incluidos en la financiación pública del SNS durante el año 2009

En el año 2009 (Tabla 5.42), se han incluido en la financiación pública del SNS un total de 1.618 presentaciones de medicamentos, 142 corresponden a presentaciones en envase clínico y 1.476 a envase normal. De éstas, 201 tienen la calificación de uso hospitalario y 1.275 se han incluido en el Nomenclátor de productos facturables. Los grupos terapéuticos en los que ha habido mayor número total de inclusiones son el grupo N (Sistema nervioso) con 549 presentaciones, el grupo C (Sistema cardiovascular) con 302 y el grupo A (Tracto alimentario y metabolismo) con 208.

En la Tabla 5.43, se diferencian los medicamentos genéricos y no genéricos financiados por el SNS en el año 2009. Del total de 1.618 presentaciones, el 73,36% corresponden a medicamentos genéricos, para los envases clínicos este porcentaje es algo mayor el 78,16% y 72,89% en los envases normales. Con estos datos se constata que el número de medicamentos genéricos que se incluyen en la financiación es cada año mayor, pues como se indicaba en la Tabla 5.40 el total de medicamentos genéricos

financiados a 31 de diciembre del 2009 suponen el 40,86% y para los genéricos incluidos en la financiación, en 2009, el porcentaje ha ascendido al 73,36%.

Tabla 5.42 Medicamentos incluidos en la financiación pública del SNS durante el año 2009

GRUPO ATC	ENVASE NORMAL		ENVASE CLINICO	TOTAL
	MEDICAMENTOS INCLUIDOS EN EL NOMENCLÁTOR DE PRODUCTOS FACTURABLES	MEDICAMENTOS USO HOSPITALARIO		
A	161	27	20	208
B	40	30	13	83
C	270	3	29	302
D	17			17
G	15			15
H	23	1	8	32
J	85	26	22	133
L	44	56	5	105
M	49	15	12	76
N	524	2	23	549
P	1			1
R	22		2	24
S	17			17
V	7	41	8	56
SUBTOTAL	1.275	201		
TOTAL		1.476	142	1.618

Observaciones Los grupos ATC están referenciados en la Tabla 5.39
Fuente Sistema de información Alcántara.

Tabla 5.43 Medicamentos (Genéricos y no genéricos) incluidos en la financiación pública del SNS durante el año 2009.

	MEDICAMENTOS GENÉRICOS	MEDICAMENTOS NO GENÉRICOS	TOTAL	% GENÉRICOS/TOTAL
ENVASE NORMAL	1.076	400	1.476	72,89
ENVASE CLÍNICO	111	31	142	78,16
TOTAL	1.187	431	1.618	73,36

Fuente Sistema de información Alcántara.

El número de presentaciones de medicamentos (Tabla 5.44) que en el año 2009 se han incluido en el Nomenclátor de productos que pueden facturarse a través de recetas médicas del SNS es de 1.275, de los cuales 755 son medicamentos con aportación reducida. El precio medio a PVP con IVA del conjunto de medicamentos incluidos en el año 2009, ha sido de 42,92€, un 4% menor que el precio medio de los medicamentos que se incluyeron en 2008. Existe 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 elevado y todos ellos son de aportación reducida y el grupo S (Órganos de los sentidos) es el que tiene el precio medio menor.

Principios activos incluidos por primera vez en la financiación del SNS en el año 2009

En la Tabla 5.45 se presentan los principios activos que se han incluido por primera vez en la oferta del SNS, en el año 2009. En total han sido 25 nuevos principios activos en 39 presentaciones de medicamentos. Algunos de estos principios activos ya tenían su autorización de comercialización en el año 2008, pero en 2009 es cuando se ha formalizado su inclusión de autorización en la financiación del SNS. El grupo B con 6

principios activos, es el grupo que tiene mayor número de nuevos principios incluidos por primera vez en la financiación.

Según sus condiciones de dispensación, 18 de las 39 presentaciones están sujetas a prescripción médica restringida, 15 de las cuales están calificadas como uso hospitalario (solo pueden utilizarse en medio hospitalario o centros asistenciales autorizados), 2 son de diagnóstico hospitalario (de prescripción por determinados médicos especialistas) y 1 está sometida a reservas singulares a las condiciones de prescripción y dispensación mediante visado.

Tabla 5.44 Medicamentos incluidos en el Nomenclátor de productos farmacéuticos facturables durante el año 2009.

GRUPO ATC	MEDICAMENTOS CON APORTACIÓN NORMAL	MEDICAMENTOS CON APORTACIÓN REDUCIDA	TOTAL MEDICAMENTOS	PRECIOS MEDIOS (€)
A	96	65	161	19,11
B	28	12	40	64,63
C	134	136	270	16,89
D	15	2	17	16,22
G	14	1	15	62,42
H	15	8	23	57,52
J	83	2	85	25,35
L		44	44	303,6
M	46	3	49	9,47
N	64	460	524	44,93
P		1	1	14,14
R	6	16	22	50,48
S	17		17	6,66
V	2	5	7	173,17
TOTAL	520	55	1.275	42,92
Observaciones	Los grupos ATC están referenciados en la Tabla 5.39			
Fuente	Sistema de información Alcántara.			

Productos sanitarios

Situación a 31-diciembre-2009

Los productos sanitarios financiados por el SNS a 31 de diciembre de 2009, son un total de 5.206. 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, 3.229 corresponden a productos con aportación normal y 1.977 son de aportación reducida (un 38% sobre el total). El precio medio de todos los productos sanitarios incluidos en la financiación es de 27,02 euros. Los precios medios más elevados corresponden a las Bolsas de urostomía e ileostomía (80,35 euros y 80,06 euros respectivamente) y los precios más bajos los tienen las Vendas y los Algodones (1,45 euros y 2,37 euros respectivamente). En el año 2009, se ha incluido en la financiación del SNS tan solo un producto correspondiente a un apósito estéril (Tabla 5.46).

Tabla 5.45 Principios activos incluidos por primera vez en la financiación del SNS durante el año 2009.

ATC	PRINCIPIO ACTIVO	Nº PRESENTACIONES	ACTIVIDAD/EFEECTO	CONDICIONES DE DISPENSACIÓN
A	Sapropterina	1	Enzima sintético de la Fenilalaninahidroxilasa	Uso hospitalario
B	Cilostazol	2	Inhibidor plaquetario	Receta médica
	Hierro carboximaltosa	1	Antianémico	Uso hospitalario
	Inhibidor de la C1 esterasa	1	Antifibrinolítico (inhibidor proteinasa)	Uso hospitalario
	Prasugrel	1	Inhibidor plaquetario	Receta médica
	Rivaroxaban	3	Antitrombótico	Receta médica
C	Romiplostim	2	Hemostático	Uso hospitalario
	Ambrisentan	2	Antihipertensivo	Uso hospitalario
	Icatibant	1	Hipolipemiante	Uso hospitalario
	Laropiprant + nicotínico	2	Hipolipemiante	Receta médica
	Ranolazina	3	Antianginoso	Receta médica
H	Rosuvastatina	4	Inhibidor de la HMG CoA reductasa	Receta médica
	Histrelina acetato	1	Inhibidor gonadotropinas	Diagnóstico hospitalario
J	Doripenem	1	Antibacteriano	Uso hospitalario
	Etravirina	1	Antiretroviral (inhibidor transcriptasa reversa)	Uso hospitalario
	Neumococo antígeno capsular	1	Vacuna antineumococo	Receta médica Cupón diferenciado
L	Azacitidina	1	Antineoplásico antimetabolito	Uso hospitalario
	Tocilizumab	2	Inhibidor interleucina	Uso hospitalario
	Ustekinumab	1	Inhibidor interleucina	Diagnóstico hospitalario
N	Agomelatina	2	Antidepresivo	Receta médica
	Tetrabenazina	1	Inhibidor catecolaminas	Receta médica
R	Ciclesonida	1	Antiasmático	Receta médica
S	Tafluprost	1	Antiglaucoma	Receta médica
V	Naltrexona metilbromuro	1	Antagonista receptores μ	Receta médica
	Sugammadex	2	Antídotos	Uso hospitalario
Observaciones	Los grupos ATC están referenciados en la Tabla 5.39			
Fuente	Sistema de información Alcántara.			

5.5 Prescripción por principio activo y dispensación por receta electrónica

Prescripción por principio activo

La nomenclatura Denominación Común Internacional (DCI) fue creada por la OMS en 1953, de forma que pudiera ser reconocida y pronunciada en todo el mundo. La Denominación Oficial Española (DOE) la establece la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y consiste en una adaptación lingüística de la DCI. La DCI es el verdadero nombre del fármaco: el principio activo.

Por otro lado, la OMS recomienda la prescripción por principio activo, ya que permite la identificación universal de los medicamentos (en todas las publicaciones científicas y en las facultades de medicina se identifican por principio activo) y ayuda a no cometer errores, al confundir marcas con nombres parecidos y evita memorizar nombres de “fantasía” sin significado terapéutico.

Tabla 5.46 Productos sanitarios financiados por el SNS a 31-diciembre-2009.

GRUPO	APORTACIÓN		Nº TOTAL	PRECIOS MEDIOS (€)
	NORMAL	REDUCIDA		
Algodones	183		183	2,37
Apósitos	284		284	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	3.229	1.977	5.206	27,02

Fuente Sistema de información Alcántara.

La Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, recoge en su artículo 85²⁵ que “Las Administraciones sanitarias fomentarán la prescripción de los medicamentos identificados por su principio activo en la receta médica” y que “El farmacéutico dispensará el medicamento que tenga menor precio y en caso de igualdad de precio, el genérico si lo hubiere”.

La prescripción por principio activo conlleva un uso más racional de los recursos sanitarios, ya que al dispensarse el medicamento de menor precio, el gasto farmacéutico se reduce.

En la [Tabla 5.47](#) se presentan los indicadores de prescripción por principio activo de las comunidades autónomas, de los años 2008 y 2009.

En el año 2009, es destacable el esfuerzo que han realizado las comunidades en el fomento de la prescripción por principio activo, incrementándose respecto a 2008 los porcentajes de envases e importe facturado con prescripción por principio activo, respecto al total.

Andalucía es la comunidad autónoma con mayor prescripción por principio activo, le siguen las comunidades de Cantabria, Castilla y León, y Cataluña.

²⁵ Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios [http://www.aemps.es/actividad/legislacion/espana/docs/rcl_2006_1483.pdf]

Tabla 5.47 Prescripción por principio activo de las Comunidades Autónomas. 2008-2009.

	% ENVASES FACTURADOS CON PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO RESPECTO AL TOTAL		% IMPORTE FACTURADO CON PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO RESPECTO AL TOTAL	
	2009	2008	2009	2008
Andalucía	79,24	77,12	71,11	76,37
Aragón	16,00	14,70	5,14	5,15
Asturias	S/D	S/D	S/D	S/D
Baleares	16,88	5,58	12,14	4,15
Canarias	16,70	14,09	8,15	7,34
Cantabria	39,01	30,77	23,78	18,71
Castilla y León	29,21	26,28	16,67	14,97
Castilla-La Mancha	19,78	15,47	8,71	6,92
Cataluña	28,54	25,94	11,76	11,38
C. Valenciana	8,11	6,44	3,2	2,56
Extremadura	10,56	11,14	3,97	4,64
Galicia	S/D	S/D	S/D	S/D
Madrid	S/D	S/D	S/D	S/D
Murcia	10,08	8,52	4,12	3,67
Navarra	6,26	5,78	2,80	S/D
País Vasco	S/D	S/D	S/D	S/D
Rioja	8,53	S/D	2,95	S/D
INGESA	S/D	S/D	S/D	S/D
Observaciones	S/D. La CA no dispone de datos.			
Fuente	Información facilitada por las CCAA para la confección de este Informe.			

Dispensación por receta electrónica

El sistema de receta electrónica es el soporte de todos los procesos necesarios para hacer efectiva la prestación farmacéutica a los pacientes y usuarios (prescripción, visado, dispensación). La receta electrónica es el sistema de información que relaciona al médico con la oficina de farmacia y a ésta con la entidad responsable del pago de la prestación.

En la [Tabla 5.48](#) se presentan indicadores sobre envases dispensados por el sistema de receta electrónica, así como el importe facturado, en las comunidades autónomas durante los años 2008 y 2009.

Hay que resaltar el esfuerzo que están realizando las comunidades autónomas para la implantación y extensión de la receta electrónica. En 2009 las comunidades autónomas con mayor grado de implantación son Andalucía, Baleares y Extremadura. Canarias, la Comunidad Valenciana y Cataluña se encuentran en fase de extensión de la receta electrónica. El resto de las comunidades autónomas, han abordado la primera fase del proyecto de receta electrónica.

Las referencias legislativas sobre la receta electrónica desarrolladas por las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, son las siguientes:

- ANDALUCÍA. Decreto 181/2007, de 19 de junio, por el que se regula la receta médica electrónica.
- CATALUÑA:
 - Decreto 159/2007, de 24 de julio, por el que se regula la receta electrónica y la tramitación telemática de la prestación farmacéutica del Servicio Catalán de la Salud.

- Orden SLT/72/2008, de 12 de febrero, por la que se desarrolla el Decreto 159/2007, de 24 de julio, por el que se regula la receta electrónica y la tramitación telemática de la prestación farmacéutica del Servicio Catalán de la Salud.
- GALICIA. Decreto 206/2008, de 28 de agosto, de receta electrónica.
- MURCIA. Decreto nº 26/2009, de 27 de febrero, por el que se modifica el decreto 92/2005, de 22 de julio, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual y su régimen de uso en la Región de Murcia.
- EXTREMADURA. Decreto 93/2009, de 24 de abril, por el que se regula la implantación de la receta electrónica en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Tabla 5.48 Indicadores de dispensación e importe facturado por el sistema de receta electrónica por las comunidades autónomas. 2008-2009.

CCAA	% DE ENVASES DISPENSADOS POR EL SISTEMA DE RECETA ELECTRÓNICA		% IMPORTE FACTURADO POR EL SISTEMA DE RECETA ELECTRONICA	
	2009	2008	2009	2008
Andalucía	55,23	45,87	56,24	48,12
Aragón	0,19	0,08	0,22	0,08
Asturias	-	-	-	-
Baleares	40,85	11,10	41,18	11,50
Canarias	18,40	2,99	16,19	2,76
Cantabria	0,060	-	0,062	-
Castilla y León	0,003	-	0,004	-
Castilla-La Mancha	0,23	-	0,26	-
Cataluña	-	2,68	20,42	2,62
C. Valenciana	8,39	1,52	10,32	1,11
Extremadura	39,95	1,11	42,93	1,29
Galicia	14,41	-	14,30	-
Madrid	-	-	-	-
Murcia	-	-	-	-
Navarra	-	-	-	-
País Vasco	-	-	-	-
Rioja	-	-	-	-
INGESA	-	-	-	-
Observaciones	(-) Sin datos.			
Fuente	Información facilitada por las CCAA para la confección de este Informe.			

5.6 La prestación farmacéutica en centros sociosanitarios

La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social²⁶.

Las especiales características de los centros sociosanitarios hacen que la forma de hacer efectiva la prestación farmacéutica no sea uniforme en el Sistema Nacional de

²⁶ Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud

[http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/LEY_COHESION_Y_CALIDAD.pdf]

Salud. La prestación farmacéutica en estos centros se lleva a cabo a través de receta médica y dispensación por oficina de farmacia; por servicios de farmacia tanto de atención primaria como especializada; por servicios de farmacia sociosanitarios; mediante depósitos de medicamentos dependientes de un servicio de farmacia y por conciertos con servicios de farmacia sociosanitarios.

La forma tradicional de suministrar los medicamentos en estos centros ha sido la receta médica prescrita por el médico de atención primaria, que se hace efectiva en la oficina de farmacia. Este procedimiento se sigue utilizando en varias comunidades, sobre todo para las instituciones de menor tamaño. La evolución natural de este procedimiento ha sido facilitar que los médicos propios de estos centros fueran los que prescribieran los medicamentos. En alguna comunidad, como en el País Vasco, las recetas están diferenciadas del resto y las oficinas de farmacia tienen acordadas unas condiciones económicas especiales para ellas, con un descuento que revierte en el Departamento de Sanidad y Consumo.

Varias comunidades suministran los medicamentos a los centros sociosanitarios a través de los servicios de farmacia, tanto de hospitales como de atención primaria, llegando en algún caso a dispensar en dosis unitarias (por ejemplo, la Comunidad de Galicia). Son relativamente frecuentes también, los depósitos de medicamentos dependientes de servicios de farmacia de centros hospitalarios. En la Comunidad Valenciana cinco servicios de farmacia sociosanitaria suministran los medicamentos a 51 depósitos de farmacia. Debe destacarse también el caso de la Comunidad Foral de Navarra, donde en la mayoría de centros de más de 100 camas de asistidos, de cualquier titularidad, se dispone de servicio de farmacia propio que tiene un concierto con el Servicio Navarro de Salud para la prestación farmacéutica de sus residentes.

Los productos sanitarios como los absorbentes de incontinencia, las tiras reactivas y el material de cura, suelen suministrarse directamente por los servicios de salud o por servicios de farmacia de atención primaria.

En la [Tabla 5.49](#) se observa, los diferentes modelos de prestación que dan las CCAA a los distintos centros sociosanitarios públicos, privados y/o concertados.

Tabla 5.49 La prestación farmacéutica en centros sociosanitarios en las CCAA. 2009.		
CCAA	TIPO DE PRESTACIÓN	OBSERVACIONES
Andalucía	Medicamentos y productos sanitarios se facilitan a través de receta oficial	Excepción: en los distritos de AP de Málaga y Aljarafe (Sevilla): adquisición directa de absorbentes de incontinencia para los centros sociosanitarios
Aragón	Desde último trimestre de 2009: en todos los centros sociosanitarios de titularidad pública se presta atención farmacéutica y suministro centralizado de medicamentos y productos sanitarios desde los servicios de farmacia hospitalaria de Aragón	En 2002, se puso en marcha el nuevo modelo en nueve centros sociosanitarios pertenecientes a la red pública de la Comunidad Autónoma, mediante un programa de adquisición centralizada de determinados principios activos desde los servicios de farmacia de los hospitales provinciales
Asturias	A través de la receta médica prescrita por los médicos de AP o bien, en grandes centros residenciales públicos, por sus propios médicos	

Baleares	Centros públicos gestionados por la administración: la adquisición, almacenamiento y dispensación de medicamentos se realiza a través de los farmacéuticos de los servicios de farmacia hospitalaria	Los absorbentes de incontinencia de orina tanto en centros de gestión pública como privada se adquieren por concurso abierto, se suministran directamente por la empresa adjudicataria, a todos los centros sociosanitarios que lo solicitan, con una periodicidad mensual y previo pedido
	Centros sociosanitarios de gestión privada: la prestación farmacéutica se hace a través de la receta oficial prescrita por el médico de AP y se dispensa en las oficinas de farmacia	
Canarias	El Servicio Canario de Salud participa en el programa de atención socio-sanitaria, a través de: - Plan de infraestructura socio-sanitaria del área de mayores (PCAMD). Dirigido a personas mayores de 65 años con limitación de su capacidad o alto grado de dependencia. Contempla recursos residenciales y de atención diurna - Programa sociosanitario de atención a la discapacidad (PAD). Dirigido a personas entre los 17 y 64 años, con dificultades en su autonomía personal, personas con Alzheimer y otras demencias. Contempla recursos residenciales, estancia diurna, viviendas tuteladas y centros de rehabilitación. Tiene como objetivo financiar la asistencia sanitaria y farmacéutica de las personas que ocupen las plazas residenciales	El Plan Canario de Dependencia es un sistema de coordinación institucional que articula la prestación de servicios, gestión y cofinanciación a través de convenios específicos entre todas las entidades implicadas.
Cantabria	Los 59 centros sociosanitarios públicos, privados o concertados están adscritos a médicos de AP, la prescripción de medicamentos y productos sanitarios se realiza en receta oficial y se dispensa en cualquier oficina de farmacia de la comunidad autónoma . Los absorbentes de incontinencia de orina se suministran directamente a los centros, previa petición individualizada del médico de AP. Las tiras reactivas, material de cura y la medicación para situaciones urgentes se suministra directamente por el Servicio de Farmacia de AP	El sistema de información sobre prescripción en centros sociosanitarios, (integrado en el sistema de información sobre prescripción farmacéutica) desagrega la información hasta el nivel de facultativo y de principio activo. Se puede explotar información sobre indicadores cuantitativos, cualitativos y de calidad
Castilla y León	Iniciado en 2002, un pilotaje en dos residencias públicas de Valladolid. Se autorizaron depósitos de medicamentos vinculados al Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Río Hortega y se contrató una farmacéutica especialista en farmacia hospitalaria. Se han ido incorporando paulatinamente las residencias públicas, existen hasta 12 depósitos de medicamentos atendidos por los farmacéuticos vinculados a los servicios de farmacia de los hospitales de referencia. El programa está implantado de forma efectiva en todas las provincias de Castilla y León, salvo Salamanca que se encuentra en su inicio	En la actualidad se encuentran incluidos en el programa 11 centros con 2287 residentes que son atendidos por 9 farmacéuticos especialistas El programa generó un ahorro en costes directos de adquisición de medicamentos superior a 1,5 millones de euros, a los que habría que deducir los costes del nuevo personal farmacéutico
Castilla-La Mancha	Desde 2006, en 20 residencias públicas se suministran los medicamentos directamente desde los servicios de farmacia de los hospitales de referencia. En el resto de centros los medicamentos se adquieren por receta oficial y se dispensan en las oficinas de farmacia	
Cataluña	La prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios autorizados por el Departament de Salut y contratados por CatSalut, se realiza a través de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos	

Comunidad Valenciana	Centros sociosanitarios públicos: El suministro de medicamentos se realiza por los servicios de farmacia sociosanitarios mediante el programa SUMED a centros sociosanitarios, con servicio de farmacia o depósitos de medicamentos vinculados a ellos, para la atención a residentes con derecho a prestación farmacéutica. En los centros sociosanitarios de titularidad pública sin servicio de farmacia ni depósito, el suministro de medicamentos se hace a través de la prescripción y dispensación en receta médica oficial bien por el médico de AP, o por los médicos contratados por el centro sanitario y autorizados para la utilización de talonarios de recetas oficiales del SNS.	Iniciado en 1990, conjuntamente por la Conselleria de Bienestar Social y la Conselleria de Sanidad. Todos los centros sociosanitarios públicos, bien con Servicio de Farmacia o con depósito, están incluidos en SUMED.
	El suministro de productos sanitarios se realiza mediante el programa SUPRO a centros sociosanitarios de titularidad pública, privada o concertada para residentes con derecho a la prestación farmacéutica de la Seguridad Social	Se financian con recursos propios de la Conselleria de Sanitat y se suministran a través de la central de compras de la Conselleria.
	Centros sociosanitarios privados: El suministro de medicamentos se realiza a través de la receta médica oficial. La prescripción puede realizarla el médico de AP asignado al centro, o el médico contratado por el centro y autorizado para el uso de recetas oficiales del SNS. El suministro de productos sanitarios se realiza a través del programa SUPRO. Los artículos se distribuyen directamente desde los laboratorios proveedores a los centros sociosanitarios privados, con la intervención de los Servicios de Aprovisionamiento, Provisión y Asistencia Farmacéutica de la Conselleria de Sanitat. También mediante receta médica, pero esta vía la prescripción solo puede realizarla el médico de AP asignado al centro	La solicitud de autorización de los centros sociosanitarios privados es voluntaria. Los centros se adhieren de forma voluntaria.
Extremadura	En centros sociosanitarios de más de 100 camas la prestación farmacéutica se realiza a través de los servicios de farmacia de AP o de AE. El farmacéutico se desplaza al centro sociosanitario para realizar el seguimiento y propuestas de mejora de las prescripciones médicas	
	En centros sociosanitarios de menos de 100 camas se realiza a través de la receta oficial. El farmacéutico del centro de salud se desplaza al centro para realizar el seguimiento farmacoterapéutico y coordinar tareas sanitarias con los médicos y enfermeros	
Galicia	La prestación farmacéutica es prestada por el servicio de farmacia del hospital de referencia para el centro sociosanitario, bajo la responsabilidad de un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria. La prestación incluye: medicamentos incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital, productos dietoterápicos para nutrición enteral, productos sanitarios dispensables a través de receta oficial, equipos destinados a la administración intravenosa de medicamentos y a la nutrición enteral, material de extracción y recogida de muestras e impresos y material para realizar solicitudes de medicamentos y la prescripción de dosis unitarias. La dispensación es en dosis unitaria, la prescripción médica es validada por el farmacéutico en la misma aplicación informática que se utiliza para los pacientes ingresados en el hospital	Ley 5/1999, de 21 de mayo, establece la obligatoriedad de tener un servicio de farmacia en los centros sociosanitarios con 50 camas o más en régimen de asistidos, y bajo la titularidad y responsabilidad de un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria. Con este soporte legal se establecen convenios entre los centros gerontológicos y el Servicio Gallego de Salud

Madrid	<p>La prestación farmacéutica se realiza en las oficinas de farmacia de acuerdo a protocolos de trabajo.</p> <p>Se instaura un sistema personalizado de dosificación</p> <p>Se dará información del medicamento al personal de la residencia por parte del farmacéutico quien se coordinará con el equipo asistencial.</p> <p>La dispensación se realizará, salvo excepciones autorizadas, por las oficinas de farmacia de la misma zona básica, siempre que se cumplan los requisitos del programa</p>	Existe un concierto con las oficinas de farmacia
Murcia	<p>En el 2007, se realizó un pilotaje en un centro sociosanitario público en el que se implantó un depósito de medicamentos dependiendo del hospital de referencia y atendido por una farmacéutica del hospital.</p>	La experiencia supuso una importante mejora en atención farmacéutica y un considerable ahorro en el gasto farmacéutico, superior al 50% con respecto a la situación anterior
	<p>La Ley 3/1997, de 28 de mayo, de ordenación farmacéutica de la Región de Murcia, recoge (art. 36) la obligatoriedad de establecer un servicio de farmacia en centros sociosanitarios y psiquiátricos. Esta norma está pendiente de desarrollo. Mientras tanto, la prestación farmacéutica se realiza mediante recetas oficiales y a través de las oficinas de farmacia.</p>	La excepción son los absorbentes de incontinencia urinaria suministrados desde las gerencias de área del Servicio Murciano de Salud
Navarra	<p>En la mayoría de los centros sociosanitarios de >100 camas de asistidos existen servicios de farmacia que conciertan con el Servicio Navarro de Salud</p>	Se mejora la utilización de los medicamentos en personas institucionalizadas y se racionaliza el gasto en prestación farmacéutica
La Rioja	<p>La prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios se realiza a través de las oficinas de farmacia, bien directamente o por vinculación a un depósito de medicamentos autorizado en el propio centro</p>	La Ley 5/2008 incluye una modificación de la Ley 8/1998, de 16 de junio, de Ordenación Farmacéutica de La Rioja, por lo que pasa a ser una exigencia para los centros sociosanitarios de la comunidad, disponer de depósitos de medicamentos
País Vasco	<p>La prestación se realiza a través de las oficinas de farmacia mediante receta médica oficial diferenciada del resto</p>	Acuerdo en 2008, firmado entre Departamento de Sanidad y Consumo y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Se establecen unas condiciones económicas sobre los medicamentos dispensados a estos centros, el descuento revierte en el Departamento de Sanidad y Consumo
INGESA	<p>La prestación farmacéutica se realiza en pacientes ambulatorios y pacientes institucionalizados mediante receta médica oficial, que se dispensa en oficina de farmacia.</p> <p>Los centros sociosanitarios disponen de botiquines con medicamentos de uso frecuente o común que se reponen desde la unidad de farmacia adscrita a los servicios de atención primaria.</p> <p>La dispensación de productos sanitarios, si es un paciente ambulatorio adscrito a un centro sociosanitario se realiza a través de la receta médica. Los productos sanitarios como: absorbentes de incontinencia urinaria, material de cura y</p>	

	tiras reactivas se dispensan directamente a los centros sociosanitarios, mediante concursos de compra públicos convocados por INGESA	
Fuente	Información facilitada por las CCAA para la confección de este Informe.	

5.7 Otras actividades de la gestión de las prestaciones farmacéuticas en las comunidades autónomas

El suministro de absorbentes de incontinencia para pacientes institucionalizados, en la mayoría de las comunidades se lleva a cabo por los servicios de salud que convocan los correspondientes concursos de adquisición. Para los pacientes que residen en sus domicilios se utiliza el sistema de receta con visado de inspección que se dispensa en las oficinas de farmacia. En las Comunidades de Baleares y Navarra se convocan concursos centralizados para ambos colectivos.

En el caso de las tiras reactivas es mayoritaria la adquisición por concurso y distribución en centros de salud, aunque se mantiene la prescripción en receta y dispensación en oficina de farmacia en varias comunidades.

En la [Tabla 5.50](#) se observan los distintos procedimientos y gestión en la adquisición y distribución de tiras reactivas para la glucemia, absorbentes para la incontinencia urinaria y, otros productos sanitarios.

Tabla 5.50 Adquisición y distribución de absorbentes, tiras reactivas y otros productos sanitarios en las CCAA. 2009.

CCAA	Absorbentes		Tiras Reactivas		Otros Productos		Observaciones
	Adquisición	Distribución	Adquisición	Distribución	Adquisición	Distribución	
Andalucía	Receta oficial	Oficina de farmacia	Receta oficial	Oficina de farmacia			Adquisición directa de absorbentes en los distritos de AP de Málaga y Aljarafe (Sevilla)
Aragón	Pacientes institucionalizados: compra centralizada por el Servicio Aragonés de Salud	Servicio Aragonés de Salud	Compra centralizada por concurso	Centros de salud			Medicamentos hospitalarios: compra por concurso, adquisición por grupo terapéutico y por principio activo
	Pacientes en domicilio particular: receta con visado	Oficina de farmacia					
Asturias	Receta oficial en paciente en su domicilio	Oficina de farmacia	Compra centralizada por concurso	Personal de enfermería de los centros de salud	Compra centralizada: apósitos en pacientes institucionalizados		Todos los demás efectos y accesorios y productos dietético-terapéuticos se prescriben a través de receta
	Compra centralizada en paciente en centro sociosanitario	Compra centralizada por concurso					
Baleares	Compra centralizada, procedimiento	Gerencia	Compra centralizada procedimiento	Gerencia			En 2010, absorbentes de incontinencia de

	negociado		negociado				orina: adjudicación a un solo proveedor por lote, según requisitos técnicos y al menor precio
Canarias	Receta con visado	Oficina de farmacia	Receta oficial	Oficina de farmacia			
Cantabria			Compra centralizada por concurso en la GAP	Personal de enfermería en los centros de salud	Hormona del crecimiento por los Servicios de Farmacia de AP	Pediatra y enfermera del centro de salud	
Castilla y León	Pacientes institucionalizados: compra centralizada por la Gerencia Regional de Salud	Gerencias de Atención Primaria	Compra centralizada por GAP	Personal de enfermería en los centros de salud			Los absorbentes de incontinencia urinaria, en pacientes con minusvalía superior al 33% y mayores de 5 años no institucionalizados, tiene aportación reducida
	Pacientes en domicilio: receta con visado						
Castilla-La Mancha	Compra centralizada de la GAP en pacientes institucionalizados	GAP a centros sociosanitarios,	Compra centralizada en GAP	Centros de salud			
	Receta oficial en el caso de que el paciente esté en su domicilio	Oficina de farmacia					
Cataluña	Receta oficial	Oficina de farmacia	Proveedores de CatSalut	Proveedores de Cat Salud			
Comunidad Valenciana	Receta oficial	Oficina de farmacia	Receta oficial	Oficinas de farmacia			Se fijan unos precios máximos de financiación según Convenio (9 de marzo 2009) entre la Agencia Valenciana de Salud y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos
	Según Programa de suministro de productos sanitarios (Supro). Incluye a todos los pacientes en centros sociosanitarios públicos, privados o concertados con derecho a la prestación farmacéutica de la seguridad social	A través de la central de compras de la Conselleria de Sanitat					
Extremadura	Pacientes institucionalizados: compra centralizada por concurso	Farmacéuticos de área: control y seguimiento	Compra centralizada por concurso	Personal de enfermería en los centros de salud			
	Otros pacientes: receta con visado	Oficinas de farmacia					
Galicia	Compra centralizado	Servicio Gallego de Salud	En AP: receta oficial homologada	Oficina de farmacia	Compra centralizada por concurso público:	En AP: se dispensa en los centros	Excluida la prescripción por receta médica

	por concurso: pacientes institucionalizados e ingresados en Hospital		por farmacéutico de AP		Apósitos de cura húmeda en AP y AE	de salud	para los apósitos de cura húmeda
	Pacientes en su domicilio: homologación de recetas por farmacéuticos de AP	Oficinas de farmacia	En hospitales: compra directa a los laboratorios				
Madrid	Servicio Madrileño de Salud: pacientes en centros geriátricos	Servicio Madrileño de Salud	Servicio Madrileño de Salud	Servicio Madrileño de Salud			
	Receta oficial: pacientes en su domicilio	Oficina de farmacia					
Murcia	Concurso abierto de determinación de tipo: centros sanitarios y sociosanitarios	Servicio Murciano de Salud	Servicio Murciano de Salud: por procedimiento negociado en concurso de compra centralizado	Centros de Salud			
	Receta oficial: en población general	Oficinas de farmacia					
Navarra	Dos tipos de compra por concurso público diferenciados: para centros sociosanitarios y para pacientes ambulatorios	Servicio Navarro de Salud	Compra por concurso público del Servicio Navarro de Salud	Centros de salud			
La Rioja	Compra por concurso público para centros sociosanitarios	Desde el hospital de referencia	Compra por concurso público por el Servicio Riojano de Salud	Centros de Salud			
	Receta oficial con visado de inspección en pacientes en domicilio	Oficina de farmacia					
País Vasco	Receta oficial con visado	Oficinas de farmacia					
	En centros sociosanitarios mediante hoja de prescripción conjunta para todo el centro	Oficina de farmacia	Compra centralizada por concurso público por Osakidetza	Centros de Salud			
Fuente	Información facilitada por las CCAA para la confección de este Informe.						
Observaciones	GAP: Gerencia de atención primaria						

5.8 Cartera complementaria de la prestación farmacéutica en las CCAA

Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, pueden aprobar carteras de servicios complementarias. En la prestación farmacéutica algunas comunidades financian medicamentos y productos sanitarios a pacientes con determinados procesos, como es el caso de oncológicos y trasplantados (antivirales y antifúngicos), lesiones medulares, espina bífida, determinadas discapacidades, adicción al tabaco y tuberculosis, entre otros. También se financian de forma complementaria los productos pediátricos en familias numerosas, enfermos pediátricos crónicos y discapacitados.

En la [Tabla 5.51](#) se observa qué CCAA disponen de cartera de servicios complementaria y cuáles son las prestaciones.

CCAA	Cartera complementaria
Andalucía	— Por RD 159/1998 de la Consejería de Salud, de 28 de julio, se financian con cargo a los fondos propios de la CCAA, los medicamentos que fueron excluidos de la prestación farmacéutica por el Ministerio de Sanidad (RD 166/1998, 24 de julio)
Aragón	— Píldora postcoital en centros sanitarios (centros de salud y urgencias hospitalarias) — Tratamiento con opiáceos (metadona) — Hipolipemiantes para hipercolesterolemia familiar
Balears	— Tratamiento anticonceptivo de urgencia-píldora postcoital. Suministro en los centros de salud, gasto en 2009: 94.620€ — Tratamiento de la disfunción eréctil. Suministro en las farmacias hospitalarias, previa prescripción del urólogo, para: hombres diabéticos con disfunción eréctil y evidencia clínica de neuropatía y/o enfermedad macrovascular, hombre diabético y disfunción eréctil de origen orgánico, espina bífida con compromiso neurológico, trasplante renal, lesión medular, esclerosis múltiple y otra enfermedades desmielinizantes y de la neurona motora, lesión pelviana grave, cáncer de próstata, patología secundaria a tratamiento hormonal y radioterapia y cirugía pelviana, insuficiencia renal en diálisis, gasto en 2009 de 433.821,37 euros. — Productos sanitarios: — absorbentes de incontinencia gratuitos en minusválidos <21 años — cámaras de inhalación específicas para niños y niñas de 0-4 años
Castilla y León	— Medicamentos antivirales y antifúngicos de elevado precio en pacientes oncológicos y trasplantados no pensionistas. Aportación reducida, máximo 2, 64€. Se aplica a antivirales de uso sistémico: nucleosídeos, aciclovir, ganciclovir y valaciclovir, antimicóticos de uso sistémico: triazoles (fluconazol e itraconazol) e imidazoles (Ketoconazol) (Orden SAN/415/2004, 27 de febrero)
Castilla-La Mancha	— Disfunción eréctil de los lesionados medulares (pacientes del Hospital Nacional de Paraplégicos) — Mastocitosis: fórmulas magistrales de cromoglicato disódico (aportación reducida)
Comunidad Valenciana	— Absorbentes de incontinencia y obturadores anales para pacientes con espina bífida (Resolución 18/01/2001) — Material fungible a pacientes portadores de bomba de infusión continua de insulina (Resolución 5/03/2001) — Material fungible para nutrición enteral (Resolución 29/06/2001) — Determinados medicamentos para la tuberculosis (Orden 6 marzo 2002) — Material de incontinencia a pacientes con graves trastornos de incontinencia (Resolución 21/03/2002) — Financiación gratuita de la prestación farmacéutica en discapacitados, según requisitos de la Ley 11/2003 y también de discapacitados de mutualidades administrativas — Financiación de tiras reactivas para determinación de la coagulación (Orden 10/11/2003)

	<ul style="list-style-type: none"> — Financiación de toallitas Conveen y sondas speedicath a pacientes con espina bífida, hidrocefalia y lesionados medulares (Resolución 15/02/2006) — Financiación de determinados medicamentos para la disfunción eréctil en lesionados medulares (Orden 26/06/2006) — Financiación de tratamientos para la obesidad en cuatro centros hospitalarios (pilotaje) (Resolución 6/03/2008) — Financiación de determinados laxantes para lesionados medulares (Resolución 8 /05/2008) — Financiación de “peristeen irrigador transnasal” para lesionados medulares (Resolución 28/05/2008)
Extremadura	<ul style="list-style-type: none"> — Productos farmacéuticos de uso pediátrico gratuitos en: familias numerosas, personas discapacitadas y enfermos pediátricos crónicos. Requisito: ser prescritos por facultativo del Servicio Extremeño de Salud, financiados por el Sistema Sanitario Público de Extremadura e incluidos en la oferta oficial del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
Madrid	<ul style="list-style-type: none"> — Absorbentes de incontinencia urinaria gratuitos para pacientes ingresados en centros geriátricos o disminuidos psíquicos — Material fungible para pacientes portadores de bomba de infusión de insulina o para nutrición enteral — Tiras reactivas para la anticoagulación — Medicamentos para la tuberculosis — Financiación de tratamientos farmacológicos para la deshabituación tabáquica — Entrega gratuita de medicamentos de diagnóstico hospitalario que han pasado a dispensación hospitalaria
Navarra	<ul style="list-style-type: none"> — Financiación a través de receta de: parches de nicotina y el bupropión para deshabituación tabáquica
País Vasco	<ul style="list-style-type: none"> — Tuberculostáticos: tratamiento supervisado de la tuberculosis a usuarios de drogas en las oficinas de farmacia (Convenio de 2009 entre el Departamento de Sanidad y Consumo y Colegios Oficiales de Farmacéuticos). Se remunera a la farmacia en función de personas atendidas — VIH: pilotaje en 20 oficinas de farmacia del test rápido de cribado del VIH. Se remunera una cantidad fija por prueba realizada (Convenio de 2009 del Departamento de Sanidad y Consumo y Colegios Oficiales de Farmacéuticos). Se realizaron 2.886 pruebas, 24 fueron positivas — Opiáceos: tratamiento con opiáceos en personas dependientes de los mismos a través de las farmacias. (Convenio de 2009 entre el Departamento de Sanidad y Consumo y Colegios Oficiales de Farmacéuticos). Se remunera a la farmacia en función de personas atendidas. — Ayuda domiciliaria: sistemas personalizados de dosificación de la medicación en personas atendidas por los servicios de ayuda a domicilio con dificultades para su manejo. Adherencia voluntaria de las farmacias, se remunera con una cantidad fija por paciente (Convenio de 2009 del Departamento de Sanidad y Consumo y Colegios Oficiales de Farmacéuticos). — Cámaras de inhalación pediátrica: en receta oficial y con visado previo. Se financia un envase a lo largo de toda la vida, aportación reducida
La Rioja	<ul style="list-style-type: none"> — Financiación de tratamientos farmacológicos para deshabituación tabáquica
Fuente	Información facilitada por las CCAA para la confección de este Informe.

5.9 Investigación con medicamentos y productos sanitarios

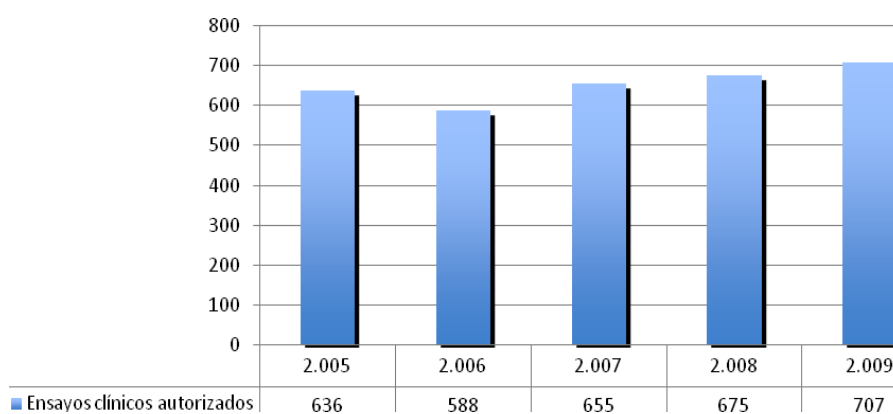
Para que un medicamento sea autorizado tiene que pasar por varias etapas de investigación que tienen como objetivo demostrar la calidad, eficacia y seguridad del medicamento. Las fases de la investigación con medicamentos abarcan la investigación básica, los ensayos preclínicos o en animales, y los ensayos clínicos en humanos. Cualquier ensayo clínico en humanos tiene que ser autorizado por la AEMPS antes de su realización.

Tras la autorización se sigue realizando investigación sobre los medicamentos, en lo que se conocen como estudios posautorización.

En el año 2009, la AEMPS ha colaborado en la evaluación y gestión de la segunda convocatoria nacional de ayudas para proyectos de investigación clínica con medicamentos con promotor no comercial.

También en el año 2009, la AEMPS ha presentado a través de su página electrónica la Oficina de Apoyo a la Investigación Clínica Independiente. La Oficina es el punto de contacto en la AEMPS para que los investigadores y promotores puedan, cuando sea necesario, recibir asesoría en aspectos técnicos y científicos de tipo regulatorio o en aspectos administrativos y de orden práctico. La Oficina de Apoyo a la Investigación Clínica Independiente se crea en el marco del [Plan Estratégico General de la AEMPS 2009-2012](#)²⁷ y en concreto como una actividad amparada en su objetivo tercero: “Apoyar la investigación, el desarrollo y la innovación en materia de medicamentos y productos sanitarios”.

Figura 5.14 Ensayos clínicos autorizados por la AEMPS en el periodo 2005–2009.



Fuente Memoria de actividades de la AEMPS 2009.

Durante el año 2009, se autorizaron 707 ensayos clínicos, se denegaron 25, se resolvieron como desistimiento por parte del promotor 32 solicitudes, y 19 de los ensayos autorizados correspondieron a una reiteración de la solicitud (Figura 5.14).

En cuanto a la evolución de número de ensayos clínicos autorizados que requirieron simultáneamente la calificación de producto en fase de investigación clínica (PEI), se observa un descenso en el año 2009, lo que puede reflejar un descenso en el número de nuevas moléculas que iniciaron su desarrollo clínico en este año (Figura 5.15).

Si bien la mayoría de los ensayos clínicos siguen teniendo como promotor una compañía farmacéutica, en los dos últimos años se observa un incremento en los ensayos promovidos por investigadores o grupos científicos, dato que en el año 2009 alcanza el 23% del total de los ensayos clínicos (Tabla 5.52).

²⁷ Plan Estratégico General de la AEMPS 2009-2012.

[http://www.aemps.es/actividad/nosotros/docs/planEstrategicoAEMPS_2009-2012.pdf]

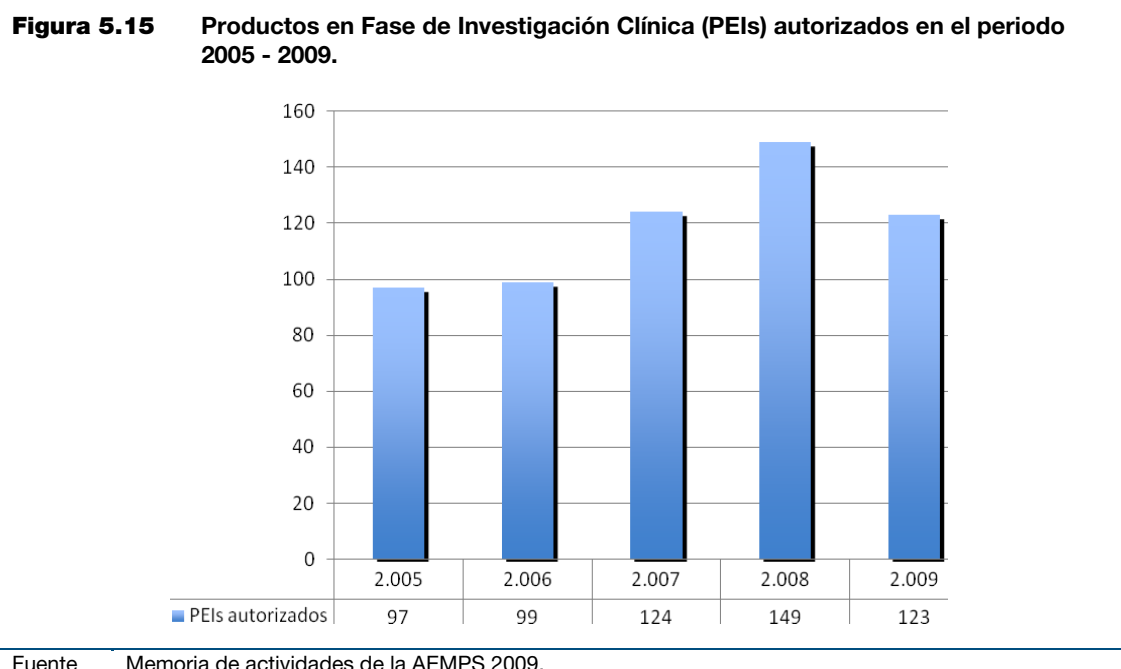


Tabla 5.52 Distribución de los ensayos clínicos por tipo de promotor en el año 2009.

TIPO DE PROMOTOR	%
Laboratorio Farmacéutico	77
Investigador / Grupo Científico	23

Fuente Memoria de actividades de la AEMPS 2009²⁸.

Tabla 5.53 Número de ensayos de terapias avanzadas autorizados en el periodo 2005-2009.

Nº DE ENSAYOS	2005	2006	2007	2008	2009
Ensayos autorizados	2	6	9	18	10

Fuente Memoria de actividades de la AEMPS 2009²⁹.

La AEMPS ha evaluado ya más de 70 solicitudes de ensayos clínicos de terapias avanzadas y los Productos en Fase de Investigación clínica (PEI) correspondientes. (Tabla 5.53).

²⁸ Vid. Nota 1

²⁹ Vid. Nota 1

6 Calidad

6.1 Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI), como coordinador del Sistema Nacional de Salud, tiene entre sus misiones potenciar la cohesión del mismo y velar por la equidad en el acceso y la calidad de las prestaciones ofrecidas en todo el territorio para garantizar, de esta forma, los derechos de los ciudadanos, pacientes y usuarios en todas sus relaciones con el Sistema Nacional de Salud. En este contexto, surgen iniciativas para impulsar la calidad de la atención sanitaria que incorporan el desarrollo de estrategias y medidas que fomentan la excelencia de los profesionales y de la organización sanitaria, tanto en los aspectos técnicos como en los conocimientos que han de traducirse en una práctica clínica asistencial de alto nivel.

Para reforzar la implantación de estas medidas, se puso en marcha el **Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS)**, previsto en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. El primer Plan de Calidad formó parte de los acuerdos de la II Conferencia de Presidentes (septiembre de 2005), donde se le asignaron 50 millones de euros para 2006. Desde entonces, el esfuerzo financiero se ha mantenido con 50,5 millones de euros en 2007 y 51,5 millones de euros en 2008. En 2009 se destinaron 51,5 millones de euros que tras los ajustes presupuestarios motivados por la coyuntura económica quedaron en 43.915.130 euros.

El Plan de Calidad del SNS está dirigido a la ciudadanía y persigue impulsar una atención sanitaria de excelencia centrada en los pacientes y sus necesidades. También tiene el objetivo de apoyar al personal sanitario en el fomento de la excelencia clínica y en la adopción de buenas prácticas basadas en el mejor conocimiento científico disponible. Su propósito es incrementar la cohesión del Sistema Nacional de Salud y ayudar a garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria a todos los ciudadanos, con independencia de su lugar de residencia, al tiempo que ofrecer herramientas útiles a los profesionales y a los responsables de salud de las comunidades autónomas, en su objetivo de mejorar la calidad. La ejecución del Plan de Calidad implica el desarrollo de acciones, que en su gran mayoría se articulan a través de una colaboración estable con las comunidades autónomas y ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, estas últimas gestionadas por el Instituto de Gestión Sanitaria (INGESA).

El Plan contempla seis grandes áreas de actuación: protección, promoción y prevención; fomento de la equidad; apoyo a la planificación y desarrollo de los recursos humanos en salud; fomento de la excelencia clínica; utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención a los ciudadanos y aumento de la transparencia.

En 2009, la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, como responsable de la evaluación y actualización periódica del Plan de Calidad, ha elaborado con la colaboración de las distintas Direcciones Generales del Ministerio implicadas un informe sobre el [balance de actividades y acciones previstas 2006-2010](#)¹ del Plan de Calidad del SNS. Se trata de un resumen de lo realizado en el marco del Plan hasta el año 2008 y de la propuesta de actuaciones para 2009 y 2010.

¹ Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Balance de actividades y acciones previstas 2006-2010. [<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/informe0610/Index.html>]

En relación con la **protección, promoción de la salud y prevención**, en 2009 el presupuesto destinado para financiar acciones encaminadas a la reducción de las desigualdades en salud y factores determinantes fue de 14.750.000 de euros. Asimismo, para financiar proyectos relacionados con la promoción de estilos de vida saludables, alimentación, actividad física y prevención de la obesidad, se destinaron 1.170.000 de euros.

Con objeto de describir, sistematizar, analizar y comparar información sobre las **políticas, programas y servicios de salud**, el Observatorio del Sistema Nacional de Salud (SNS) elaboró el [Informe Anual del SNS 2008](#)², colaborando en su elaboración junto a las distintas unidades del Ministerio implicadas, todas las comunidades autónomas e INGESA.

En relación con las acciones del Plan de Calidad para el fomento de la **equidad**, en 2009, el Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM), ha revisado el conocimiento científico y las prácticas sanitarias existentes en la atención al embarazo, puerperio y período neonatal, con el objetivo de ampliar la actual Estrategia de atención al parto normal a una estrategia que contemple todos los aspectos reproductivos. De igual modo, se ha realizado la primera Encuesta poblacional sobre salud sexual en España y se ha iniciado la elaboración de la Estrategia de salud sexual y salud reproductiva, con la colaboración de las comunidades autónomas, sociedades científicas y asociaciones sociales. Se ha continuado con las actividades de apoyo y formación del personal sanitario sobre las desigualdades de género en salud y el fortalecimiento del enfoque de género en las políticas de salud. Asimismo, se elaboró y difundió, por el OSM, el Informe Salud y Género 2007-2008 sobre mujeres y hombres en las profesiones sanitarias, iniciándose la elaboración de la Estrategia de salud y género para el SNS.

En 2009, la Subdirección General de Ordenación Profesional del MSPS ha continuado con la planificación de necesidades de especialistas y de profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería, así como en la implantación del Registro de profesionales sanitarios. También, se ha impulsado el desarrollo de la troncalidad como instrumento que permitirá contar con equipos pluridisciplinarios, para conseguir una atención de calidad y el fomento de la seguridad del paciente así como una mejor gestión de los recursos humanos disponibles.

Entre las líneas de actuación del Plan de Calidad para el fomento de la **excelencia clínica**, en 2009 destacan las iniciativas llevadas a cabo por la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad de la Agencia de Calidad del SNS para el desarrollo de herramientas que impulsen la excelencia clínica, el desarrollo de estándares y recomendaciones, las acreditaciones y auditorías docentes, la mejora de la seguridad de los pacientes, y la implementación de estrategias en patologías de gran prevalencia y alto coste social y económico. La participación total de los servicios de salud de las comunidades autónomas, sociedades científicas y asociaciones sociales implicadas, muestra la utilidad y gran acogida de estas iniciativas.

Respecto a la utilización de las **tecnologías de la información y de la comunicación** en el SNS para la mejora de la atención sanitaria, cabe destacar el Convenio Marco de colaboración con el Plan Avanza, entre el Ministerio de Sanidad y Política Social y el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio que gestiona la entidad pública empresarial Red.es, dotado con 141 millones de euros para el periodo 2006-2009. Ello ha permitido que todas las comunidades y ciudades autónomas se hayan beneficiado de estos fondos a través de convenios bilaterales suscritos con la entidad Red.es. En 2009, el Ministerio de

² Informe anual del SNS 2008. MSPSI. [<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/isns2008.htm>]

Sanidad y Política Social firmó otro nuevo Convenio Marco con el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio y la entidad Red.es que conlleva el compromiso de apoyo económico a las comunidades autónomas, de 101 millones de euros durante el periodo 2009-2012.

En lo relativo a la **información sanitaria**, el Plan de Calidad del SNS se caracteriza por una gran participación de las comunidades autónomas en la construcción de un sistema de información común. Desde el Instituto de Información Sanitaria se han seleccionado y definido los [Indicadores Claves del SNS](#)³ y se han llevado a cabo actuaciones para disponer de un banco de datos del SNS. Se han mejorado los subsistemas de información existentes que afectan a las grandes áreas de la sanidad (estado de salud, sistema sanitario, satisfacción de la ciudadanía).

También, se han puesto en marcha actuaciones para aumentar la comunicación y la transparencia de la información, reduciendo los plazos entre la producción y la difusión de datos, desarrollando los contenidos del Sistema de Información en la página electrónica del MSPSI y celebrando el Foro anual del Sistema de Información del SNS.

Durante 2009, la Agencia de Calidad del SNS ha continuado con la difusión de los contenidos del Plan de Calidad, potenciado herramientas de información y de consulta en la página electrónica y de actualización permanente. Se editan 11 [boletines electrónicos de noticias de la Agencia de Calidad](#)⁴, 4 de [Seguridad del Paciente](#)⁵ y 11 de [Impacto](#)⁶, dirigidos a los profesionales.

Por último, dentro del Plan de Calidad del SNS cabe destacar que, en diciembre de 2009, se celebró el acto de entrega de la tercera edición de los [Premios a la Calidad en el Sistema Nacional de Salud](#)⁷ como elemento para el estímulo a las buenas prácticas en el sistema de salud y una oportunidad para que muchas de ellas sean conocidas y se compartan. A la convocatoria se presentaron 164 proyectos que según modalidad fueron: 65 a innovación; 41 a mejores prácticas; 33 a igualdad y 25 a transparencia. Fueron valorados por una comisión de evaluación, compuesta por 2 representantes de las Comunidades Autónomas, 3 de sociedades científicas, 1 de asociaciones de pacientes y 4 representantes del Ministerio de Sanidad y Política Social.

Se galardonaron un total de 11 proyectos, dotados cada uno con una cantidad económica de 38.741,58 euros. Además, se otorgó un premio de especial reconocimiento sin dotación económica a la mejora de la calidad asistencial. Los ganadores de los premios, se indican en la [Tabla 6.1](#).

³ Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. MSPSI.

[http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS_DB.htm]

⁴ 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: 2009.

[<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/boletines-agenciabilidad.html>]

⁵ Suplemento Seguridad del paciente [recurso electrónico]. Madrid: Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud: 2009.

[<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/suplementoSeguridadPaciente/index.html>]

⁶ Suplemento Impacto [recurso electrónico]. Madrid: Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud: 2009.

[<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/suplementoImpacto/index.html>]

⁷ Premios a la calidad del SNS 2008. MSPSI.

[http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ediciones_anteriores.htm]

Tabla 6.1 Premios a la calidad en el SNS según modalidad. Tercera edición 2008.

ESPECIAL RECONOCIMIENTO	
Al Prof. Dr. Alfonso Castro Beiras, por toda su trayectoria profesional dedicada a la mejora de la calidad asistencial	
INNOVACIÓN EN LA MEJORA GLOBAL DE LA CALIDAD ASISTENCIAL	
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, por la “Organización y puesta en marcha de una unidad de cuidados paliativos pediátricos para toda la Comunidad Autónoma de Madrid”	
Castelldefels Agents de Salut (CASAP), Barcelona, por la “Mejora de calidad asistencial, gestión clínica y liderazgo”	
Dirección de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud, por la “Reorganización del proceso asistencial en atención primaria”	
MEJORES PRÁCTICAS CLÍNICAS	
Unidad de Arritmias. Instituto Cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos, Madrid, por el “Seguimiento remoto de dispositivos cardíacos”	
Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital la Plana, Castellón, por la “Atención al parto natural y humanización del parto en todas sus vertientes”	
Área 11 de Atención Primaria (Madrid) y Hospital 12 de Octubre, por el “Diagnóstico temprano del cáncer colorrectal: integración efectiva entre niveles asistenciales”	
CALIDAD E IGUALDAD	
Asociación para la prevención, reinserción y atención a la mujer prostituida (APRAMP), por la “Unidad móvil de intervención directa con personas que ejercen la prostitución y/o personas víctimas de trata con fines de explotación sexual”	
Gerencia de atención primaria Torrelavega-Reinosa, Cantabria, por el “Plan para la prevención y atención a la violencia de género”	
TRANSPARENCIA	
Sociedad Española de Cardiología y Fundación Española del Corazón, por la “Información para profesionales & información para el gran público”	
Comarca de atención primaria Osakidetza, Bilbao, por la “Mejora del servicio a través de la gestión del conocimiento compartido”	
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, por la revista electrónica: Evidencias en Pediatría	
Fuente	Observatorio del SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

6.2 Seguridad del paciente

La Seguridad del Paciente (SP) o minimización del riesgo de provocar daño innecesario como consecuencia de la atención sanitaria, está incluida en el Plan de Calidad para el SNS como una de las estrategias prioritarias del MSPSI desde el año 2005. El elemento clave de esta estrategia es, como en el resto de estrategias del SNS, que está siendo desarrollada en colaboración con las comunidades y ciudades autónomas, sociedades científicas, pacientes, instituciones académicas e investigadoras, y otras organizaciones implicadas. Debe destacarse que más de 140 sociedades científicas y 22 asociaciones de pacientes y consumidores firmaron su adhesión a los principios de SP. El diseño de esta estrategia se basó en las recomendaciones del Programa de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la OMS, las recomendaciones de la Comisión Europea y otros organismos internacionales. Trata de promover, sin interferir con las políticas que están desarrollando las diferentes comunidades autónomas, acciones de mejora en las siguientes áreas recomendadas: cultura y sensibilización sobre seguridad de pacientes tanto en el ámbito profesional como entre la ciudadanía; desarrollo de sistemas de notificación sobre eventos adversos; implementación de prácticas seguras en los centros asistenciales del Sistema Nacional de Salud e implicación de los pacientes y ciudadanos en la Estrategia.

Respecto a la mejora de la **cultura y sensibilización de profesionales y pacientes**, se ha realizado un esfuerzo notable en difundir el conocimiento por medio de actividades formativas e informativas dirigidas a los profesionales clínicos, gestores, responsables de

políticas sanitarias y pacientes. Para ello, se han utilizado tanto medios electrónicos como actividades presenciales: conferencias, seminarios, etc. Para su mayor difusión se dispone de una [página electrónica](#)⁸ específica que incluye documentos, noticias, eventos, enlaces a tutoriales on-line y a otras páginas de interés, así como una biblioteca⁹ que recoge documentos de interés sobre seguridad del paciente, clasificada por materias.

En relación con la **formación de los profesionales**, el “*Programa de Formación en Seguridad de Pacientes*” despierta un alto interés entre los profesionales y está experimentando una eclosión significativa en todo el Sistema Nacional de Salud. Entre las acciones formativas más destacadas durante 2009, se encuentran:¹⁰

- La segunda edición del “*Master Interuniversitario en Calidad y Seguridad del Paciente*”. Han participado 30 alumnos de diversas comunidades autónomas y se han realizado proyectos específicos de seguridad que han sido publicados en un monográfico especial de la revista Medicina Clínica.
- Cuatro ediciones del curso “*Gestión de riesgos y mejora de la seguridad del paciente: tutorial y herramientas de apoyo*”, en las que han participado 308 profesionales de España y Latinoamérica. También se han realizado dos ediciones en inglés de este curso, con el título: *Risk Management and Patient Safety Improvement*, dentro del proyecto europeo EUNetPaS y en el que han participado 72 profesionales de la Unión Europea.
- La primera edición de 4 módulos autoguiados sobre “*Gestión de riesgos en seguridad del paciente*”, que se ha impartido a 20 profesionales de diferentes comunidades autónomas.
- Curso online de “*Calidad asistencial y seguridad del paciente: prevención de efectos adversos relacionados con la atención sanitaria*”. Curso de formación para formadores. Se trata de un módulo multimedia de formación para pregrado y postgrado con material de apoyo al profesorado, en el que han recibido formación 20 profesionales de diferentes comunidades autónomas.

Durante los años 2006 y 2007 se consultó a expertos, pacientes y sociedades científicas, mediante métodos estandarizados, hasta consensuar un prototipo de sistema de notificación sobre eventos adversos. Este sistema fue pilotado en varios hospitales del SNS durante 2009, para valorar su adecuación y funcionamiento y durante 2010 pilotarlo en varias comunidades autónomas¹¹.

Respecto a la implementación de prácticas seguras en los centros asistenciales del SNS para promover la investigación en seguridad del paciente, se incluyó financiación específica en la convocatoria de 2009 de concesión de ayudas de la Acción Estratégica en

⁸ Seguridad del Paciente [Sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.

[<http://www.seguridaddelpaciente.es>]

⁹ Seguridad del Paciente [Sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008. Biblioteca.

[<http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/biblioteca.html>]

¹⁰ En la página electrónica de seguridad del paciente se puede encontrar información sobre estos cursos, así como los proyectos elaborados por los alumnos. Seguridad del Paciente [Sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008. Tutoriales en línea.

[<http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/formacion/tutoriales.html>]. Seguridad del Paciente [Sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008. Proyectos de seguridad del paciente.

[<http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/formacion/proyectos-seguridad-paciente.html>]

¹¹ Seguridad del Paciente [Sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008. SINASP.

[<http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos/financiacion-estudios/sistemas-de-informacion-y-notificacion/sistemas-notificacion-incidentes/2008.html>]

Salud, en el marco del Plan nacional de Investigación, Desarrollo e Innovación 2008-2011.

Asimismo, en 2009 se han descentralizado nueve millones de euros a través de fondos para las estrategias y subvenciones para las comunidades autónomas, con el fin de promover el desarrollo de líneas para la implantación de prácticas seguras de efectividad demostrada:

- Prevención de la infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS), con acciones especialmente dirigidas a promover la adecuada higiene de manos a través del “[Programa de Higiene de Manos](#)¹²” en los centros asistenciales. Programa desarrollado por el SNS, en colaboración con la OMS, en el que participan todas las comunidades autónomas. También se han llevado a cabo acciones para la prevención de la infección asociada a la inserción de catéteres venosos centrales en las UCI, a través de las recomendaciones del proyecto “[Bacteriemia zero](#)¹³” que se realiza en colaboración con la OMS y en el que participan todas las comunidades autónomas.
- Prevención de los eventos adversos asociados a: uso de medicamentos (especialmente uso de antimicrobianos y medicamentos de alto riesgo); cirugía y anestesia, especialmente a través de las acciones recomendadas por la OMS en su campaña: “*La cirugía segura salva vidas*”; cuidados de enfermería (úlceras por presión y caídas); atención a la madre y el recién nacido y transmisión de información y comunicación entre profesionales y pacientes.

Es de señalar que en 2009, las comunidades autónomas han desarrollado 103 proyectos, la mayor parte correspondientes a la línea de prevención de eventos adversos.

En relación con la **participación de los pacientes y ciudadanos**, desde el año 2006 se viene manteniendo una colaboración estrecha con las asociaciones de pacientes y consumidores en cuyo marco se promovió la “*Declaración de los pacientes por la seguridad*”, a la que se han adherido 25 asociaciones y federaciones que suponen la mayoría de las existentes. Fruto de esa colaboración se constituyó en el año 2009, la [Red Ciudadana de Formadores en Seguridad de Pacientes](#)¹⁴ como herramienta de formación e información en cascada sobre calidad y seguridad de los cuidados para los pacientes.

Por último, es de señalar que durante 2009 las comunidades autónomas y ciudades autónomas de Ceuta y Melilla han continuado con las actuaciones para la implantación y desarrollo, en sus ámbitos territoriales, de la Estrategia de seguridad del paciente, iniciada en la mayoría de ellas en los años 2005-06. En algunas comunidades autónomas se sigue desarrollando el plan estratégico vigente y en otras, como por ejemplo la comunidad de Madrid, comunidad de Castilla-La Mancha y la comunidad Valenciana se ha renovado dicho plan. Además, se ha continuado apoyando la constitución y funcionamiento de las unidades funcionales de gestión de riesgos. En prácticamente todas las comunidades autónomas se han desarrollado actuaciones en apoyo de la

¹² Seguridad del Paciente [Sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008. Programa higiene de manos. [<http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos/financiacion-estudios/programa-higiene-manos.html>]

¹³ Programa para reducir las bacteriemias por catéteres venosos centrales en las UCI del SNS. [<http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos/financiacion-estudios/proyecto-bacteriemia-zero.html?phpMyAdmin=mvRY-xVABNPM34i7Fnm%2C23Wrlq5>]

¹⁴ Seguridad del Paciente [Sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008. Red Ciudadana de formadores en seguridad del paciente. [<http://formacion.seguridaddelpaciente.es/>]

extensión de la cultura y conocimiento sobre seguridad del paciente, mediante actividades de formación y sensibilización.

También se ha seguido promoviendo la implantación de prácticas seguras a través de financiación específica a las comunidades autónomas a través de Fondos para las estrategias y subvenciones. Las prácticas seguras financiadas, a las que se han adherido todas las comunidades autónomas, están en relación con la gestión de riesgos y la prevención de incidentes relacionados con: la identificación de pacientes, el uso medicamentos, la infección relacionada con la atención sanitaria (IRAS), los procedimientos quirúrgicos, la práctica enfermera y la comunicación entre profesionales y con los pacientes.

En cuanto a los programas prioritarios para la implementación de prácticas seguras en colaboración con la OMS para la prevención de IRAS, cabe destacar la participación de expertos de todas las comunidades autónomas en el Programa de higiene de manos en cuyo marco se vienen implementando acciones básicas comunes a todas las comunidades autónomas, y se están evaluando indicadores, previamente consensuados. Además se ha formado a 30 profesionales sobre higiene de las manos y se han realizado acciones de difusión, en colaboración con las comunidades autónomas, durante la Jornada Mundial de la Higiene de Manos promovida por la OMS para el 5 de mayo.

El otro programa prioritario llevado a cabo en colaboración con la OMS, es el Proyecto Bacteriemia Zero, en el que España actúa como país de demostración. En este proyecto han participado todas las comunidades autónomas y alrededor de 200 Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) con más de 12.000 profesionales formados. El análisis preliminar de los datos del proyecto, finalizado el 30 de junio, muestra que se han alcanzado los objetivos propuestos en la reducción de tasas. Además se ha conseguido crear una cultura de seguridad en las UCI españolas que permitirá continuar con esta práctica segura incorporando otra serie de medidas para reducir los eventos adversos asociados al cuidado del enfermo crítico.

En la [Tabla 6.2](#) se recogen algunas de las actuaciones llevadas a cabo, en 2009, en las comunidades autónomas y ciudades autónomas de Ceuta y Melilla para implantar y desarrollar planes, programas y proyectos relacionados con la seguridad de pacientes en sus respectivos territorios.

Tabla 6.2 Actuaciones de las comunidades y ciudades autónomas de Ceuta y Melilla para implantar los planes y programas sobre seguridad de pacientes. Año 2009.	
Andalucía	
- Continuación de las actuaciones para la implantación y desarrollo de la Estrategia para la Seguridad del Paciente, iniciada en 2006.	
Aragón	
- Desarrollo del proyecto “Unidad Funcional de Seguridad del Paciente”, iniciado en 2005.	
- Identificación inequívoca de pacientes en centros del Servicio Aragonés de la Salud.	
- Continuación de las actuaciones para la “Mejora de la Higiene de Manos” en los profesionales sanitarios.	
Asturias	
- Puesta en marcha y desarrollo de los proyecto “Prevención de la infección relacionada con catéteres venosos centrales en UMI Bacteriemia Zero”, “Prevención de la infección nosocomial”, “Prácticas seguras en el acto quirúrgico y procedimientos de riesgo” y “Listado de verificación quirúrgica”, iniciados en 2009.	
- Seguimiento del “Protocolo de prevención de úlceras por presión”, iniciado en 2008.	
- Elaboración y puesta en marcha del “Protocolo de prevención de caídas en el ámbito hospitalario”.	
- Seguimiento del proyecto “Higiene de Manos”, iniciado en 2005.	
Baleares	
- Continuación de las actuaciones y coordinación de las actividades desarrolladas en el marco de la implantación de la Estrategia en Seguridad del Paciente, iniciada en 2006.	

Canarias

- Continuación con el desarrollo del proyecto “Higiene de manos mediante una estrategia multimodal”, iniciado en 2007.
- Puesta en marcha y desarrollo del proyecto “Prevención de la infección relacionada con catéteres venosos centrales en UMI- Bacteriemia Zero”, iniciado en 2009.
- Continuación con el desarrollo del proyecto de “Identificación inequívoca de pacientes ingresados”, iniciado en 2008.

Cantabria

- Mantenimiento de las Unidades Funcionales de Seguridad, iniciado en 2007.
- Realización del curso on-line sobre “Seguridad del Paciente” 2009.
- Continuación con el desarrollo del proyecto de “Identificación de pacientes”, iniciado en 2007. Implantándolo en todos los hospitales de Cantabria.
- Realización del curso on-line de “Bacteriemia Zero”, iniciado en 2008.
- Mejora de la adhesión al proyecto de “Higiene de Manos”, iniciado en 2006.
- Inicio del proyecto de “Atención al paciente polimedicado”.

Castilla y León

- Continuación de las actuaciones para la extensión de la cultura de seguridad y desarrollo de un “sistema de notificación de incidentes sin daño”, iniciadas en 2008.
- Mejora de las actividades dirigidas a la prevención de errores de medicación como elemento de apoyo a las unidades de gestión de riesgos en centros sanitarios de Castilla y León.
- Actualización del sistema biométrico de identificación neonatal en ocho centros hospitalarios e implantación del sistema en otros dos centros hospitalarios
- Identificación inequívoca de pacientes pediátricos en los hospitales y complejos asistenciales.
- Continuación con el desarrollo de los proyectos “Bacteriemia Zero” e “Higiene de Manos”
- Elaboración e implantación de un banco de evidencias de cuidados de enfermería.
- Puesta en marcha en el CH Ávila de los siguientes proyectos: mejora de la seguridad del paciente oncohematológico mediante la informatización integral del área de oncología en el servicio de farmacia; implementación del listado de verificación sobre seguridad quirúrgica de cirugía general y del aparato digestivo; transmisión de información y comunicación con pacientes; mejora de la transmisión de información entre profesionales y reducción de errores en el proceso de gestión de laboratorio.
- Continuación con la elaboración de estándares de calidad en hospital de día, unidad de convalecencia y unidad de rehabilitación, iniciado 2008.
- Continuación de las actuaciones para el desarrollo del “Protocolo de adherencia al tratamiento en personas mayores de 75 años y polimedicados”, iniciado en 2008.
- Atención farmacéutica en pacientes con función renal deteriorada y tratamiento antimicrobiano en el hospital.
- Prevención de eventos adversos en pacientes ingresados en unidades de agudos y en la sala de observación de urgencias del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
- Mantenimiento del Sistema de notificación y aprendizaje de incidentes por medicamentos en el H. de Salamanca.

Castilla-La Mancha

Elaboración del “Plan estratégico de seguridad del paciente de Castilla- La Mancha 2009-2012”.

Comunidad Valenciana

- Actuaciones para el desarrollo del “Plan de gestión de la seguridad del paciente de la Comunidad Valenciana 2009-2013”.

Extremadura

- Actuaciones para el desarrollo de los proyectos de “Higiene de manos”, “Identificación segura de pacientes” y “Bacteriemia Zero”.
- Creación de comisiones de seguridad en Mérida y Llerena-Zafra, así como de la Unidad Funcional de Calidad-Seguridad en Mérida. Participación en la Comisión Central de Seguridad del Paciente del Servicio Extremeño de Salud.
- Elaboración del estudio sobre “Incidencia de efectos adversos en la asistencia hospitalaria en Extremadura”, en proceso.
- Continuación de las actuaciones para la detección y registro de efectos adversos, seguimiento telefónico de los pacientes dados de alta, espacio web de seguridad del paciente y desarrollo del Plan de Seguridad Práctica Enfermera.
- Realización de encuestas a profesionales sobre seguridad del paciente.
- Continuación con actividades de formación. Curso sobre “Seguridad asistencial” desarrollados por la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud de Extremadura.

Madrid

- Inicio elaboración de la “Estrategia Seguridad Pacientes- 2010-2012”.
- Actuaciones de mejora de la seguridad en la administración de medicamentos y soporte nutricional en Unidades de Críticos.
- Actuaciones de mejora de la seguridad en los tratamientos con citostáticos.
- Establecimiento de un procedimiento para conciliar la medicación al alta y entregar la hoja de medicación a los pacientes.

Murcia	
-	Actuaciones para la prevención de la infección nosocomial.
-	Continuación con las actuaciones para el desarrollo de los proyectos “Higiene de manos”, “Bacteriemia Zero” e “Identificación Inequívoca Infantil”.
-	Implantación de unidades funcionales para la seguridad del paciente.
Navarra	
-	Continuación con las actuaciones para el desarrollo de los proyectos de “Bacteriemia Zero”, “Listado de verificación quirúrgica”, “Identificación de pacientes”, “Vigilancia/Control de la infección nosocomial”, “Higiene de manos” y “Fármacos de alto riesgo”.
-	Continuación con las actividades de formación y sensibilización en seguridad.
País Vasco	
-	Continuación con las actuaciones para el desarrollo de los proyectos de “Bacteriemia Zero”, PLAN INOZ (Infección Nosocomial), “Higiene de manos” y “Cirugía segura”
-	Continuación con las actividades de formación y sensibilización en seguridad.
La Rioja	
-	Elaboración del formulario electrónico y la base de datos para la notificación de incidentes y creación de un comité interprofesional para el análisis de los mismos.
-	Inicio del diseño de una aplicación en intranet para que pueda realizarse las notificaciones con las condiciones de confidencialidad previstas.
-	Continuación de las actuaciones para el desarrollo de los proyectos “Bacteriemia Zero”, “Higiene de manos” e “Identificación inequívoca de pacientes”.
-	Constitución de la Unidad Funcional específica de “Gestión de riesgos y de Seguridad de pacientes” de la Fundación Hospital de Calahorra.
-	Desarrollo de actuaciones de implementación de la guía de “Cuidados de las úlceras por presión” y para la seguridad en el uso de aseos y baños en el medio hospitalario.
Ceuta	
-	Puesta en marcha en el Portal Intranet del "USYR-SIUS"(Sistema de información basada en intranet para la unidad de seguridad de paciente de Ceuta).
-	Informatización (Hardware) para formación itinerante en seguridad de paciente y gestión de riesgos sanitarios en el area.
Melilla	
-	Implantación de la pulsera identificativa para pacientes en Hemodiálisis portadores de Fístula Arteriovenosa interna.
-	Participación del Hospital Comarcal de Melilla en la FASE III del proyecto SENECA (Estándares de Calidad de Cuidados para la Seguridad del Paciente en los Hospitales del SNS).
Fuente	Información facilitada por las comunidades autónomas e INGESA para la elaboración de este informe.

6.3 Excelencia clínica

En 2009, la Agencia de Calidad del SNS, prestó especial atención a la tarea de documentar y proponer iniciativas tendentes a disminuir la variabilidad no justificada de la práctica clínica. Se mantuvo la financiación para el acceso en español a la [Biblioteca Cochrane](#)¹⁵ y a la [Biblioteca Joanna Briggs](#)¹⁶ permitiendo el acceso universal y gratuito desde cualquier ordenador ubicado dentro del territorio español a todos los profesionales de la salud, consumidores, cuidadores y cualquier persona interesada.

También se desarrolló el [metabuscador Excelencia Clínica](#)¹⁷, 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.

¹⁵ Acceso web Biblioteca Cochrane. [<http://www.update-software.com/Clibplus/ClibPlus.asp>]

¹⁶ Acceso web Biblioteca Joanna Briggs. [<http://www.joannabriggs.edu.au/about/home.php>]

¹⁷ Acceso web metabuscador Excelencia Clínica. [<http://www.excelenciaclinica.net/>]

Se ha continuado con la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica vinculadas a las Estrategias de Salud, consolidando y extendiendo el proyecto [GuíaSalud](#)¹⁸ y formando a profesionales en estas metodologías.

Asimismo, se ha dado apoyo a la [Plataforma de Agencias y Unidades de Evaluación de Tecnologías Sanitarias \(AUnETS\)](#)¹⁹, para promover la coordinación entre ellas y armonizar acciones en relación con la eficiencia, la efectividad, la seguridad, la calidad y la equidad en el SNS.

Por último, como en años anteriores, se ha mantenido la financiación de proyectos de investigación de evaluación de tecnologías sanitarias en la convocatoria realizada a tal fin por el Instituto de Salud Carlos III.

6.4 Estándares, acreditación y auditorías

La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, en 2009 realizó cuatro [informes de Estándares y recomendaciones en calidad y seguridad](#)²⁰, con la participación de grupos de expertos y representantes de las sociedades científicas implicadas, así como de otros profesionales sanitarios destacados por su experiencia y conocimiento. Los informes elaborados fueron: Unidad de hospitalización polivalente de agudos; Unidad de cuidados paliativos; Unidad de urgencias hospitalaria y Unidad de cuidados intensivos.

Las recomendaciones que figuran en los informes, aunque no tienen carácter normativo, tiene como objetivo 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 las distintas unidades o servicios. Los informes se refieren 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.

También se han seguido realizando, en el marco de mejora de la calidad y conforme con las competencias propias del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, la acreditación y auditoría de 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 relación con la **acreditación de CSUR-SNS**, en 2009 se realizaron un total de 48 acreditaciones, de las que 27 correspondieron a unidades de trasplantes, 20 a unidades de traumatología y 1 a cirugía plástica.

En cuanto a las **auditorías de centros y unidades docentes**, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 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 3.160 unidades docentes acreditadas, de las que 2.772 corresponden a unidades hospitalarias repartidas en 290 hospitales. También existen

¹⁸ Acceso web GuíaSalud (SNS). MSPSI. [<http://www.guiasalud.es/>]

¹⁹ Plataforma de agencias y unidades de evaluación de tecnologías sanitarias. Plan de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Sistema Nacional de Salud. [<http://aunets.isciii.es/web/guest/home>]

²⁰ Web Plan de Calidad del SNS. [<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/>]

otras 164 unidades de medicina de familia, 23 de medicina preventiva y salud pública, 108 de psiquiatría y psicología clínica, 18 de medicina del trabajo y 63 de especialidades de enfermería.

Dentro del Plan de Auditorías Docentes de 2009, se llevaron a cabo 183 auditorías de centros o unidades docentes (Tabla 6.3). Estas auditorías se realizan en coordinación con las comunidades autónomas, a través de un representante designado específicamente por ellas para este fin.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	HOSPITALES	UNIDADES	TOTAL
Andalucía	4	20	24
Aragón	1	2	3
Asturias	1	4	5
Baleares	1	2	3
Canarias	1	2	3
Cantabria	0	2	2
Castilla y León	3	8	11
Castilla-La Mancha	4	8	2
Cataluña	4	28	32
Comunidad Valenciana	4	16	20
Extremadura	0	6	6
Galicia	3	8	11
Madrid	5	18	23
Murcia	1	6	7
Navarra	2	2	4
País Vasco	2	14	16
La Rioja	1	0	1
Ceuta	0	0	0
Melilla	0	0	0
TOTAL	37	146	183
Fuente	Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.		

6.5 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 a determinadas patologías de gran prevalencia o coste social y económico. El Plan tiene como objetivo mejorar la calidad en la atención sanitaria de manera conjunta y coordinada con todos los servicios de salud de las comunidades y ciudades autónomas, con el fin de reforzar los principios de equidad y cohesión en la asistencia sanitaria de todos los ciudadanos.

La elaboración de las estrategias es un proceso bien definido y consolidado en los últimos años y corresponde al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), a propuesta del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 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. Hasta el momento se han aprobado estrategias en Cáncer, Cardiopatía Isquémica, Salud Mental, Diabetes, Cuidados Paliativos, Ictus, Enfermedades Raras y EPOC.

Uno de sus mayores potenciales sigue siendo la incorporación en su elaboración de gran parte de los actores implicados en cada una de las patologías; los clínicos a través de

sus sociedades científicas, los pacientes a través de sus asociaciones, los investigadores a través de instituciones como institutos, agencias, universidades, centros de investigación biomédica en red u otros organismos dedicados al tema, y la Administración tanto del nivel nacional como del regional, que es quien tiene la labor de su implementación. Todos ellos participan en los Comités Institucional y Técnico de cada estrategia. Uno de los aspectos transversales a todas las estrategias en salud es la perspectiva de género, para evitar sesgos e inequidades en salud en cada patología abordada.

Al gobierno de cada comunidad autónoma corresponde incorporar a sus planes de salud y estrategias específicas, los medios y recursos necesarios para cumplir con los objetivos comprometidos en cada estrategia de salud.

La primera evaluación de una estrategia en salud se hace a los dos años de su elaboración y sirve como análisis de situación e implementación de la misma en los niveles nacional y regional. Para ello, el Comité de seguimiento y evaluación de cada estrategia, formado por sus comités Técnico e Institucional, recoge y analiza la información necesaria. Los resultados del trabajo se evalúan de forma periódica con la máxima transparencia para realimentar todo el proceso. Se procede a la recogida de la información previamente establecida en los indicadores de la estrategia, se analiza y se presenta el informe correspondiente al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS). Tras ello, se revisan y modifican en su caso, los contenidos del documento, objetivos y recomendaciones, teniendo en cuenta, por un lado, la nueva evidencia científica disponible y, por otro, los resultados del proceso de evaluación. Las siguientes evaluaciones tendrán una periodicidad de cuatro años.

Los documentos de evaluación son documentos de trabajo de los comités de seguimiento y evaluación de cada estrategia y sirven para la reflexión conjunta e identificación de áreas de mejora en cuanto a objetivos e indicadores en relación a la situación actual.

Las primeras estrategias que han sido evaluadas han sido las Cáncer y Cardiopatía isquémica en 2008, y las de Diabetes y de Salud Mental en 2009, iniciándose ese año también la evaluación de la Estrategia de Cuidados Paliativos. Los procesos de evaluación, hasta el momento, han demostrado ser herramientas importantes en la detección de puntos críticos y en la mejora de la calidad de la atención.

La difusión de las estrategias se basa en la publicación de las mismas tanto en formato electrónico como impreso, documentos que se distribuyen durante la jornada de presentación de la estrategia y a través de los canales oficiales de las consejerías de salud y las sociedades científicas participantes, así como en publicaciones en revistas científicas.

En 2009 se han traducido al inglés, para incrementar su difusión internacional, la Estrategia de Cardiopatía Isquémica y la Estrategia de Enfermedades Raras. En relación con las enfermedades raras, el MSPSI está participando activamente en diferentes foros europeos, entre los que cabe destacar el Comité de Expertos Europeo en Enfermedades Raras y el proyecto EUROPLAN (Proyecto Europeo de los Planes de Desarrollo Nacionales para las Enfermedades Raras).

Otras actuaciones realizadas en 2009, para la implementación de las estrategias aprobadas, ha sido: la financiación de los proyectos *“Elaboración de criterios para uso de medidas coercitivas durante la hospitalización psiquiátrica y en el traslado hasta el hospital”* y *“Desarrollo de un atlas de salud mental en España”*; la traducción y edición en español de los seis módulos publicados por la OMS, sobre el *“Control del Cáncer. Guía de la Organización Mundial de la Salud para mejorar la eficacia de los programas”* que ofrece una orientación sobre aspectos importantes como la planificación, los cuidados

paliativos, y otros en la lucha contra el cáncer; la financiación de la publicación “Intervención psicosocial en adolescentes con cáncer”, de la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer, y el suplemento de la Revista Española de Cardiología “Enfermedad cardiovascular en la mujer”.

Para la difusión e implementación de las Estrategias de Salud, la Agencia de Calidad del SNS, también ha colaborado en varias conferencias, mesas de trabajo y congresos nacionales. También se ha participado en dos conferencias temáticas, de las cinco previstas, en el marco del Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar de la Comisión Europea.

Por último, el CISNS aprobó las líneas de financiación y criterios de reparto de fondos a las comunidades autónomas e INGESA para las Estrategias de Salud, destinándose 10.715.750 de euros en fondos para financiar proyectos relacionados con las estrategias de cardiopatía isquémica, cáncer, diabetes, salud mental, cuidados paliativos, EPOC, ictus y enfermedades raras.

En 2009, las comunidades autónomas e INGESA remitieron 187 solicitudes de financiación de proyectos relacionados con la implementación de las estrategias, cuya distribución fue: 21 de cáncer, 27 de cardiopatía isquémica, 18 de diabetes, 58 de salud mental, 13 de cuidados paliativos, 11 de ictus, 13 de EPOC y 12 de enfermedades raras, y otros 14 dedicados conjuntamente a la implementación de varias estrategias.

También en el año 2009, por Real Decreto 924/2009, se aprobó la concesión directa de 4.000.000 de euros en subvenciones a las comunidades autónomas e INGESA, para la implementación de la Estrategia en Cuidados Paliativos, con el objetivo de mejorar la información, formación, investigación y sensibilización de la estrategia.

De igual modo es de destacar, la financiación del proyecto: “Estudio sobre la equidad y accesibilidad de los recursos en cuidados paliativos del S.N.S.”, cuya finalización está prevista para 2010.

Entre las medidas adoptadas por las comunidades autónomas e INGESA, durante 2009, para la implantación y desarrollo de las estrategias en cáncer, cardiopatía isquémica, diabetes, salud mental, cuidados paliativos, EPOC, Ictus y enfermedades raras, son de destacar las que se recogen en la [Tabla 6.4](#).

Tabla 6.4 Actuaciones de las comunidades y ciudades autónomas para implantar y desarrollar las estrategias de salud aprobadas por el Consejo Interterritorial del SNS. Año 2009	
Andalucía	
Cáncer	Continuación de las actuaciones para el desarrollo del “II Plan integral de oncología 2007-2012”.
Cardiopatía Isquémica	Continuación de las actuaciones para el desarrollo del “Plan integral de atención a las cardiopatías 2005-2011”.
Diabetes	Actuaciones para la implantación y desarrollo del “II Plan integral de diabetes 2009-2013”.
Salud Mental	Continuación de las actuaciones para el desarrollo del “II Plan integral de salud mental 2008-2012”.
Cuidados Paliativos	Continuación de las actuaciones para el desarrollo del “Plan de Atención a los Cuidados Paliativos 2008-2012”.
Ictus	- Continuación de las actuaciones para el desarrollo del “Plan integral de atención a la accidentalidad 2007-2012”. - Continuación de las actuaciones para el desarrollo del “Plan andaluz de ataque cerebral agudo”, iniciado en 2008 e incluido en el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.
Enfermedades Raras	Seguimiento del Plan de atención a personas afectadas por enfermedades raras 2008 – 2012.
Aragón	
Cáncer	- Seguimiento de los procesos de atención al cáncer de Mama y cáncer de Colon. - Inclusión en la cartera de servicios de la prestación de apoyo psicológico al paciente con cáncer.

	- Implantación de la aplicación "Registro de Tumores Hospitalario".
Cardiopatía Isquémica	Creación del grupo de trabajo para la elaboración del "Programa de atención a la cardiopatía isquémica en el Sistema de Salud de Aragón".
Diabetes	- Elaboración y presentación de la "Guía para el niño diabético en la escuela". Difundida a todos los colegios de la red pública en el segundo semestre de 2009. - Subvención de proyectos a la Asociación de Diabéticos Españoles para prestación de determinados servicios de atención diabetológica.
Salud Mental	Diseño de un proceso para garantizar la continuidad de cuidados en niños y adolescentes con trastorno mental grave 2008-2011.
Cuidados Paliativos	- Realización del programa FOCUSS en cuidados paliativos (estancias formativas): 5 cursos con 15 alumnos en total (médicos y enfermeras). - Realización del programa de formación continuada en cuidados paliativos del Servicio Aragonés de Salud: 3 cursos (varias ediciones) para 184 enfermeras.
EPOC	Creación del grupo de trabajo para la elaboración del "Programa de atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón".
Ictus	Inicio de la elaboración del "Programa de atención al ictus en el Sistema de Salud de Aragón".
Asturias	
Cáncer	Continuación de las actuaciones para el desarrollo de los Programas clave de atención interdisciplinar de cáncer de mama, próstata y colorrectal", iniciados en 2005 y 2006.
Cardiopatía Isquémica	Continuación de las actuaciones para el desarrollo del Programa clave de atención interdisciplinar de cardiopatía isquémica, iniciado en 2005.
Diabetes	Continuación de las actuaciones para el desarrollo del Programas clave de atención interdisciplinar de diabetes, iniciado en 2005.
Salud Mental	Continuación de las actuaciones para el desarrollo de los Programas clave de atención interdisciplinar de ansiedad, alcoholismo, demencia y de depresión, iniciados en 2006 y 2008.
EPOC	Continuación de las actuaciones para el desarrollo del Programa clave de atención interdisciplinar de EPOC, iniciado en 2005.
Ictus	Continuación de las actuaciones para el desarrollo del Programa clave de atención interdisciplinar de ictus, iniciado en 2005.
Baleares	
Cáncer	- Continuación de las actuaciones para el desarrollo de "Circuitos rápidos de derivación ante sospecha de cáncer de mama o colon", iniciado en 2008. - Continuación de las actuaciones para el desarrollo de la "Estrategia y del registro poblacional de cáncer", iniciada en 2007. - Actualización del cribado de cáncer de mama, aumentando hasta los 68 años el rango de edad de aplicación del programa de cribado
Cardiopatía Isquémica	Continuación de las actuaciones para el desarrollo del "Registro comunitario de la asistencia al síndrome coronario agudo con elevación del ST", iniciado en 2008.
Diabetes	- Continuación de las actuaciones para la implantación y el desarrollo de la "Guía de Actuación en DM", puesta en marcha en 2007. - Continuación de las actuaciones para la implantación de la Estrategia de diabetes, puesta en marcha en 2008.
Salud Mental	Continuación de las actuaciones para el desarrollo de la Estrategia y Plan de actuación de Salud Mental 2006-2008.
Cuidados Paliativos	Publicación de la "Estrategia de cuidados paliativos de las Illes Balears 2009-2014".
EPOC	- Elaboración y desarrollo de la gestión de patologías crónicas (EPOC) a través de historia de salud, iniciado en 2009. - Actuaciones de sensibilización de la población sobre los efectos del tabaco (encontrado en el desarrollo de las estrategias en salud de: cáncer, cardiopatía isquémica, EPOC e ictus).
Ictus	Continuación de las actuaciones para la extensión del proyecto "Tele-Ictus" iniciado en 2005.
Enfermedades Raras	Puesta en marcha del "Registro de enfermedades raras de les Illes Balears".
Canarias	
Cáncer	- Elaboración del "Programa de diagnóstico precoz de cáncer de colon, aplicación de criterios de colonoscopia en pacientes sintomáticos, derivación de pacientes de alto riesgo". - Distribución de la "Guía de práctica clínica sobre tratamiento de cáncer de próstata" elaboradas en 2008. - Continuación de las actuaciones para el desarrollo del "Programa de atención al cáncer colorrectal" iniciado en 2008.
Cardiopatía Isquémica	- Inicio de la actualización del "Programa de prevención y control de la ECV de Canarias". - Desarrollo de los grupos de trabajo entre AP y AE sobre ERC (<i>European Resuscitation Council</i>), Diabetes tipo 2 y Cardiopatía Isquémica. - Puesta en marcha del grupo de trabajo sobre la prevención de la Obesidad infanto-juvenil. - Implantación del "Programa de Rehabilitación Cardíaca 2009", iniciando la actividad en el Hospital Universitario de Canarias.

Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> - Distribución de la "Guía de práctica clínica sobre diabetes tipo 2". - Inicio de la elaboración del "Análisis de situación del Plan de Diabetes" y de "Modelo organizativo de atención a la diabetes tipo 2". - Elaboración y edición del "Protocolo clínico de retinopatía diabética".
Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración del Programa de investigación en salud mental 2009-2010. - Continuación de las actuaciones para el desarrollo del proyecto de "Mejora de la calidad en la atención a los trastornos mentales comunes en atención primaria" (Proyecto SaMAP), iniciado en 2007. - Continuación de las actuaciones para la implantación del "Registro de casos psiquiátricos de Canarias (RECAP)", iniciado en 2005. - Continuación de las actuaciones para el desarrollo del "Protocolo de actuación en los trastornos de la conducta alimentaria", iniciado en 2006. - Puesta en marcha del proyecto de "Mejora de la salud física en pacientes con trastorno mental grave 2009-2010". - Distribución de la "Guía de práctica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto" y de la "Guía de práctica clínica sobre el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria".
Cuidados Paliativos	<ul style="list-style-type: none"> - Distribución de la "Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos". - Realización del primer corte evaluativo de la Estrategia de cuidados paliativos del SNS. - Desarrollo de actividades de formación a profesionales sanitarios y codificadores hospitalarios.
EPOC	- Realización de los cursos de formación en el manejo e interpretación de Espirometría dirigido a profesionales sanitarios de AP.
Ictus	Inicio de la revisión de "Guías de funcionamiento de las unidades de ictus".
Enfermedades Raras	Inicio de la elaboración e implantación del "Registro autonómico de enfermedades raras".
Cantabria	
Cáncer	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento y actualización del "Programa de detección precoz de cáncer de mama", iniciado en 1997. Digitalización mamográfica completa del programa. Actualización de la Guía de Procedimiento de control de calidad en las unidades de exploración. Estudio de satisfacción de las usuarias. Actividades de difusión del Programa a profesionales sanitarios y a la ciudadanía. - Continuación del desarrollo de la fase piloto de implantación del "Programa de detección precoz del cáncer de colón", iniciado en 2008.
Cardiopatía Isquémica	Continuación de las actuaciones para el desarrollo del proyecto de "Fibrinólisis extrahospitalaria ante el Infarto Agudo de Miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST). Desfibriladores semiautomáticos en todas las ambulancias de soporte vital básico", iniciado en 2006.
Diabetes	Elaboración y edición del manual " Abordaje de la obesidad en adultos desde atención primaria".
Salud Mental	Elaboración de la "Guía de Psicoeducación" para las familias de personas diagnosticadas de psicosis, e inicio de la elaboración del "Atlas de Salud Mental" de la región.
Cuidados Paliativos	<ul style="list-style-type: none"> - Continuación de las actuaciones para el desarrollo del "Programa integral de atención paliativa de Cantabria", iniciado en 2006. - Celebración de 12 ediciones del curso básico sobre cuidados paliativos destinado a los profesionales de atención primaria. - Celebración de una Jornada de formación en bioética sobre "Ética al final de la vida". - Edición de la "Guía rápida de consulta. Manejo integral de síntomas en pacientes al final de la vida" para profesionales sanitarios y de la "Guía informativa y de divulgación a familias y estructura cuidadora" para familiares y cuidadores.
EPOC	<ul style="list-style-type: none"> - Puesta en marcha de la "Estrategia de mejora de la calidad de la atención a pacientes con EPOC". - Planificación e impartición de formación sobre la realización e interpretación en espirometrías. - Inicio de la elaboración de un "Protocolo de actuación en pacientes con EPOC".
Ictus	Continuación de las actuaciones para el desarrollo de la "Estrategia de atención aguda en ICTUS" (código Ictus, unidades de Ictus), iniciada en 2006.
Castilla y León	
Cáncer	Inicio de la elaboración de la "Estrategia Regional en Cáncer".
Cardiopatía Isquémica	Continuación de las actuaciones para el desarrollo de la "Estrategia Regional de Cardiopatía isquémica y enfermedades cerebrovasculares 2008-2012".
Diabetes	Elaboración de la "Estrategia Regional en Diabetes 2009-2012".
Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de la "Estrategia regional en salud mental 2009-2013". - Apertura de las Unidades de rehabilitación y convalecencia del área de salud de Palencia. - Puesta en marcha de la Unidad de cuidados continuados de referencia regional. - Puesta en marcha de los programas de atención a los trastornos por déficit de atención e hiperactividad. - Puesta en marcha del modelo de atención integrada sociosanitaria.
Cuidados Paliativos	Elaboración la "Estrategia regional de cuidados paliativos".
EPOC	- Evaluación de espirometrías realizadas a los pacientes con EPOC en los dos últimos años.

	<ul style="list-style-type: none"> - Diseño del proceso clínico para su integración en el módulo de guías asistenciales de la historia clínica electrónica de atención primaria. - Impartición del programa de formación y control de calidad en la realización de espirometrías en los centros de salud.
Ictus	Continuación de las actuaciones para la implantación de la continuidad de cuidados al alta hospitalaria, iniciado en 2008.
Castilla - La Mancha	
Cáncer	Continuación de las actuaciones para el desarrollo del "Plan Oncológico de Castilla-La Mancha 2007-2010. Estrategias de prevención y atención al cáncer".
Diabetes	Continuación de las actuaciones para el desarrollo del "Plan integral de diabetes mellitus de Castilla-La Mancha 2007-2010".
Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> - Continuación de las actuaciones para el desarrollo del "Plan de salud mental 2005-2010". - Continuación de las actuaciones para el desarrollo del "Programa de integración social y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental" (FISLEM). - Aplicación de la técnica de entrevista motivacional en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en la Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria. - Continuación de las actuaciones para el desarrollo del "Programa para niños con patología mental grave en hospital de día a tiempo parcial" (Unidad de Terapia Intensiva) en el Área La Mancha- Centro. - Elaboración de la Carta de servicios de FISLEM (Resolución de 18/12/2008), por la que se aprueba la carta sectorial de servicios de la "Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental" (FISLEM). - Apertura de la Unidad de Hospitalización Breve Infanto-juvenil en Hospital General de Ciudad Real, apertura del Centro de atención especializada a menores (CAEM) en Toledo, apertura de una residencia en Albacete. - Continuación con el desarrollo de creación e implantación de los "Procesos asistenciales integrados en salud mental", inicio del desarrollo de la aplicación informática que sustentará dichos procesos y creación de varios grupos de ayuda mutua, como proyecto regional.
Cuidados Paliativos	Inicio de la elaboración de la "Estrategia regional de cuidados paliativos y del paciente terminal no oncológico".
Ictus	Implantación en todo el territorio del Código Ictus. Puesta en marcha de la primera Unidad de Ictus en el Hospital General de Albacete.
Enfermedades Raras	Constitución del Instituto de Estudios de Mastocitosis de Castilla-La Mancha (Resolución de 12/05/2009).
Cataluña	
Cáncer	<ul style="list-style-type: none"> - Creación del Registro de cáncer de Cataluña en proceso. - Extensión del Programa de cribado del cáncer de colon (hasta 17% población diana). - Evaluación de los programas de cribado de cáncer, del programa de diagnóstico rápido y de la implementación de la OncoGuía de cáncer de colon y recto. - Definición y promoción del modelo asistencial multidisciplinario en atención oncológica. - Ordenación de los flujos de patologías de alta complejidad. - Desarrollo de criterios y plan de inversión sobre actualización del equipamiento en radioterapia 2008-2014. - Elaboración de los sistemas de información de quimioterapia y radioterapia. - Publicación de la Estrategia y prioridades en cáncer en Cataluña 2009-2014. - Elaboración de página electrónica de información de cáncer en proceso.
Cardiopatía Isquémica	Inicio del Código Infarto del Plan Director de Enfermedades Cardiovasculares.
Diabetes	Continuación de las actuaciones para el desarrollo de la "Prevención y control de la diabetes" iniciado en 2004 y vigente en la actualidad.
Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación externa y presentación de los resultados de los servicios de rehabilitación comunitaria 2007-2009. - Elaboración de indicadores de acreditación de la red de salud mental y drogodependencias 2008-2009. - Evaluación global de la implantación del Plan director de salud mental y adicciones 2005-2009. - Evaluación de los programas TMG (Trastorno Mental Grave), TMS (Trastorno Mental Severo), PSI (Programa de Seguimiento Individualizado), Prevención del suicidio, del programa Salud y Escuela, todos ellos desarrollados en el periodo 2006-2009. - Realizado el estudio de costes de la depresión 2008-2009. - Realizado el estudio epidemiológico de la prevalencia del juego patológico 2008-2009.
Cuidados Paliativos	<ul style="list-style-type: none"> - Realizada convocatoria de subvenciones 2009 del Departamento de Salud. Subvención para actividades relacionadas con la atención a personas con enfermedades crónicas evolutivas en fase avanzada con pronóstico de vida limitado. - Realización en el Instituto de Estudios de la Salud de talleres de sensibilización sobre cuidados paliativos y atención al final de la vida para profesionales y otros cursos de formación relacionados con la atención al final de la vida (2009-2010). - Maquetación y difusión del documento de descripción de criterios de complejidad asistencial y

	<p>niveles de intervención en la atención al final de la vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inicio de la homogeneización de documentos de cuidados paliativos 2009-2010. - Inicio de la organización e impartición de cursos de nivel básico sobre la atención al final de la vida y de la formación avanzada en ámbitos de organización, docencia e investigación en cuidados paliativos 2009-2010. Convocatoria de becas para el master la formación avanzada en la atención al final de la vida. Jornada y curso sobre aspectos prácticos de la evaluación y mejora de la calidad asistencial en la atención a pacientes con enfermedad avanzada. - Inicio del análisis de las necesidades de la atención al final de la vida a la población infantil en Cataluña (2009-2010) y evaluación del sistema de información sobre la atención al final de la vida. - Inicio de la validación del instrumento DME-08 (2009-2010).
EPOC	Realización de una encuesta hospitalaria sobre la realización de la espirometría forzada.
Ictus	Continuación de las actuaciones para el desarrollo del código Ictus del Plan Director de Enfermedades Cerebrovasculares, iniciado en 2006 y vigente en la actualidad.
Enfermedades Raras	Diseño, implementación y evaluación de un modelo integral para personas afectadas de una enfermedad rara, en el marco del Sistema Público de Salud de Cataluña (2009-2010).
Comunidad Valenciana	
Cáncer	Seguimiento y evaluación del Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana 2007 – 2010.
Cardiopatía Isquémica	Continuación de las actuaciones para el desarrollo del Plan de prevención de enfermedades cardiovasculares de la Comunidad Valenciana, iniciado en 2006.
Diabetes	Seguimiento y evaluación del Plan de diabetes de la Comunidad Valenciana 2006-2010.
Salud Mental	Continuación de las actuaciones para el desarrollo de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, iniciado en 2006.
Cuidados Paliativos	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento y evaluación de los cuidados paliativos dentro del Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana 2007–2010. - Evaluación del Plan de Salud de la Comunidad Valenciana (2005-2009) y en concreto su Objetivo nº 5 relativo a "Ganancias en salud: Área sociosanitaria: cuidados paliativos" - Inicio del diseño y elaboración el I Plan integral de cuidados paliativos de la Comunidad Valenciana.
Ictus	<ul style="list-style-type: none"> - Continuación de las actuaciones para el desarrollo de la Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud, iniciado en 2008. - Evaluación del Plan de Salud de la Comunidad Valenciana (2005-2009) y en concreto su Objetivo nº 5 alusivo a las "Ganancias en salud: enfermedades cerebrovasculares: ictus".
Enfermedades Raras	<ul style="list-style-type: none"> - Creación de una línea de investigación dentro del Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP) sobre enfermedades raras. - Elaboración de un Estudio en el que se analiza la viabilidad de una Plataforma autonómica para enfermedades raras. - Firma del Convenio marco con el CIBERER (CIBER enfermedades raras). - Seguimiento del proyecto REPIER en el que, junto a otros 16 grupos de investigación de 11 comunidades autónomas, se desarrolla un programa de investigación epidemiológica para las enfermedades raras iniciado en 2004. - Continuidad en la coordinación de la orientación de los pacientes con enfermedades raras a través de los Servicios de Atención e Información al Paciente SAIP (Actividad recogida en el Plan de Excelencia de la Sanidad Valenciana), iniciado en 2005.
Extremadura	
Cáncer	<ul style="list-style-type: none"> - Continuación de las actuaciones para el desarrollo del Plan integral contra el cáncer en Extremadura 2007-2011. - Subvenciones a proyectos sociosanitarios en el campo de la promoción y la EpS 2009-2010. - Elaboración del Plan de prevención, tratamiento y control del tabaquismo en Extremadura 2009-2012. - Actividades formativas relacionadas con el cáncer y sus posibles factores de riesgo, desarrolladas por la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud de Extremadura.
Cardiopatía Isquémica	<ul style="list-style-type: none"> - Continuación de las actuaciones para el desarrollo del Plan Integral sobre Enfermedades Cardiovasculares 2007-2011. - Subvenciones a proyectos sociosanitarios en el campo de la promoción y educación para la salud 2009-2010. - Actividades formativas relacionadas con la cardiopatía isquémica y sus principales factores de riesgo, desarrolladas por la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud de Extremadura.
Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> - Continuación de las actuaciones para el desarrollo del Plan Integral de Diabetes 2007-2012. - Campaña de sensibilización comunitaria "Entienda la diabetes y tome el control". - Desarrollo del Programa de detección precoz de la retinopatía diabética en Extremadura iniciado en enero de 2009. - Finalización del curso on line "Experto Universitario en educación terapéutica de personas con diabetes" 2008-2009. - Actividades formativas relacionadas con la diabetes, desarrolladas por la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud de Extremadura.

Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> - Continuación de las actuaciones para el desarrollo del Plan Integral de Salud Mental 2007-2012. - Encuentro de usuarios y gestores de salud mental: "Afrontando retos, buscando soluciones". - Desarrollo del Programa de Promoción, prevención y mejora de la imagen de las personas con enfermedad mental (E-Tradis): Proyecto "Sin diferencias". - Diseño e implantación de gestión de procesos y coordinación intersectorial en menores bajo medidas de protección que presentan trastornos de conducta u otros problemas de salud mental 2008-2010. - Análisis de situación y adaptación de un modelo de rehabilitación en trastornos mentales graves en centros penitenciarios 2008-2010. - Publicación del cuaderno técnico "Planes de cuidados enfermeros en salud mental". - Diseño del Protocolo de "Coordinación para la atención de los trabajadores con problemas de salud mental del ámbito de la Administración General de la Junta de Extremadura". - Diseño de un aplicativo informático para la derivación y seguimiento de pacientes en Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS).
Cuidados Paliativos	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidación de los grupos de trabajo en red y de la "Atención Psicológica". - Mantenimiento y consolidación del "Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura" y del "Plan de Voluntariado en Cuidados Paliativos de Extremadura". - Elaboración, diseño, edición y distribución de una Guía Clínica sobre "Manejo de opioides en cuidados paliativos" e inicio del desarrollo de una página web. - Desarrollo del "Plan de formación continuada" de los profesionales de cuidados paliativos.
EPOC	<ul style="list-style-type: none"> - Inicio de la implantación y difusión del Proceso Asistencial de la EPOC. - Elaboración del Plan de prevención, tratamiento y control del tabaquismo en Extremadura 2009-2012. - Edición y distribución de publicaciones y de materiales de apoyo a la EpS en el ámbito de la EPOC y el consumo de tabaco.
Ictus	<ul style="list-style-type: none"> - Inicio de la elaboración del Plan de atención al ictus de Extremadura. - Realización del curso básico de atención en la fase aguda del ictus 2009-2010. - Actividades formativas relacionadas con el ictus y sus posibles factores de riesgo, desarrolladas por la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud de Extremadura.
Enfermedades Raras	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración del Plan Integral de Enfermedades Raras en Extremadura 2010-2014 - Campaña informativa sobre Enfermedades Raras en Extremadura. - Creación del Consejo Asesor sobre Enfermedades Raras del SSPE.
Galicia	
Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> - Implantación y desarrollo de la Guía de práctica clínica de diabetes tipo II del Sistema Nacional de Salud en atención primaria junto con la formación y capacitación de los profesionales implicados. - Implantación de la "Guía de seguimiento compartido del paciente crónico". - Desarrollo del proyecto OBTEGIGA (objetivos terapéuticos en diabetes de Galicia) 2007-2010 - Seguimiento de la dotación de retinógrafos en atención primaria y formación en retinografía iniciada en 2008.
Cuidados Paliativos	<ul style="list-style-type: none"> - Formación en cuidados paliativos. - Coordinación del Plan gallego de cuidados paliativos. - Difusión del Plan gallego de cuidados paliativos entre la población.
Madrid	
Cáncer	<ul style="list-style-type: none"> - Puesta en marcha de la vigilancia de Cáncer 2009-2012. - Desarrollo del proceso integrado AP-AE de atención al cáncer de mama. - Desarrollo del cribado poblacional cáncer colorrectal, iniciado en 2008-2009. - Puesta en marcha del Circuito de sospecha de patología maligna.
Cardiopatía Isquémica	Puesta en marcha la vigilancia y detección precoz de hipercolesterolemia familiar.
Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> - Puesta en marcha de la vigilancia de diabetes 2009-2012. - Desarrollo del proceso Integrado AP-AE de diabetes mellitus Tipo 2.
Salud Mental	Continuación de las actuaciones para el desarrollo del Plan Estratégico de Salud Mental 2008-2014.
Cuidados Paliativos	<ul style="list-style-type: none"> - Puesta en marcha del Sistema de Información en cuidados paliativos: registro centralizado de casos, historia clínica paliativa integrada con el resto de sistemas de información asistenciales y diseño de documentación específica (informe único de derivación, plan de actuación interdisciplinar individualizado, informe de salida del programa e informe de salida en programa de duelo). - Desarrollo del proyecto de desarrollo de Escuelas de Cuidadores Informales, potenciando y coordinando la participación de los ayuntamientos, centros de salud y centros hospitalarios. Puesta en marcha la Escuela de Cuidadores en la Unidad de Cuidados Paliativos de la Fundación Instituto San José. - Actualización del Mapa de recursos regional.
EPOC	Puesta en marcha la vigilancia de EPOC "Sistema de Vigilancia de tabaquismo CM 2009-2012".
Ictus	- Desarrollo del Plan de atención a los pacientes con ictus en la Comunidad de Madrid "Intervencionismo Neurovascular en el ictus isquémico agudo 2009-2010".

	- Puesta en marcha la "Vigilancia de ICTUS 2009-2012".
Enfermedades Raras	- Inclusión Cribado Neonatal Universal de Fibrosis Quística. - Desarrollo del Cribado Neonatal Universal de Hiperplasia Suprarrenal Congénita iniciado en 2005.
Murcia	
Cáncer	- Desarrollo del "Programa de prevención del cáncer de colon y recto en la Región de Murcia", iniciado en 2006. - Desarrollo del "Programa de prevención del cáncer de mama de la Región de Murcia".
Cardiopatía Isquémica	Elaboración "Programa regional cardiopatía isquémica".
Diabetes	Continuación de las actuaciones para el desarrollo del "Plan Integral de Diabetes 2005-2009".
Salud Mental	Continuación de las actuaciones para el desarrollo del "Plan Integral de Salud Mental 2005-2009".
Cuidados Paliativos	Continuación de las actuaciones para el desarrollo del "Plan Integral de Cuidados Paliativos 2006-2009".
EPOC	Continuación de las actuaciones para el desarrollo de la "Detección precoz de la EPOC" en A.P..
Ictus	Continuación de las actuaciones para el desarrollo del "Programa integral de atención al ictus 2009-2011".
Enfermedades Raras	Inicio del proyecto de "Registro de Enfermedades Raras".
Navarra	
Cáncer	- Diseño del "Programa de prevención secundaria de cáncer colorrectal en población alto riesgo (dentro del Plan de coordinación AP-AE). - Realización de los cursos "La Radioterapia en el Siglo XXI" y "Genética en cáncer colorrectal".
Cardiopatía Isquémica	- Desarrollo del "Programa de autocuidados en prevención secundaria vascular" - Realización del curso "Decisiones diagnósticas en el síndrome coronario agudo".
Diabetes	- Elaboración de recomendaciones del Comité de Expertos en atención podológica de la Comunidad Foral de Navarra en relación con el "pie de riesgo". - Realización de 3 ediciones del tratamiento dietético y 2 del farmacológico en DM2. - Elaboración y presentación de la "Guía de Actuación en DM tipo 2 en AP" e implementación del "Protocolo de atención a los pacientes ingresados con hiperglucemia".
Salud Mental	- Elaboración e implantación de la guía de "Manejo de la ansiedad en atención primaria. Guía de Actuación" (2010-2011). - Puesta en marcha del "Programa de hospitalización de día" enmarcado en el "Plan de Salud Mental Infanto-Juvenil" iniciado en 2008. - Elaboración del "Plan Estratégico del Centro Psicogeriátrico San Francisco Javier". - Puesta en marcha del "Programa de atención intensiva en régimen ambulatorio" y del "Programa de hospitalización parcial" para las personas con trastornos de conducta alimentaria.
Cuidados Paliativos	- Realización de 3 cursos dirigidos a profesionales de AP: "Acompañando al final de la vida (paciente y familia)", "Atención al final de la vida. Qué hacer cuando no hay nada que hacer" y "Cuidados de enfermería en la agonía. Manejo de la vía subcutánea". - Elaboración y difusión de la "Guía de recursos de cuidados paliativos de Navarra" entre los profesionales, cuidadores/familiares y pacientes.
EPOC	- Puesta en marcha de los proyectos de investigación financiados por organismos oficiales: "Auditoría clínica sobre exacerbaciones de la EPOC en Navarra", "Análisis comparativo de los efectos del entrenamiento exclusivo de fuerza con los de un programa combinado de fuerza y resistencia aeróbica en la capacidad funcional en pacientes con EPOC" y "Factores asociados a la difusión muscular de la EPOC". - Realización de 6 sesiones sobre la realización de la espirometría y medición del Flujo Espiratorio Máximo (FEM) en AP.
Ictus	Continuación de las actuaciones para el desarrollo del "Código Ictus" en toda la Comunidad: actualización de protocolos para el diagnóstico y tratamiento, actualización del documento de consentimiento informado, elaboración de un programa de diapositivas para la divulgación y formación del paciente y familia.
Enfermedades Raras	- Puesta en marcha de una "Unidad de Enfermedades Autoinmunes" en el Hospital Virgen del Camino. - Continuación de las actuaciones para el desarrollo de la "Consulta multidisciplinar de patología neuromuscular" iniciada en 2008 y puesta en marcha de la "Consulta multiprofesional de miocardiopatías hereditarias". - Diseño de un estudio descriptivo sobre las necesidades, perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidados domiciliarios de personas con enfermedades raras y buscar respuesta desde la telemedicina.
País Vasco	
Cáncer	Continuación de las actuaciones para el desarrollo del cribado de cáncer de colon.

Diabetes	- Continuación de las actuaciones para el desarrollo del proyecto "DE PLAN". - Continuación de las actuaciones para el desarrollo de la Telemonitorización (Araba).
Salud Mental	- Continuación de las actuaciones para el desarrollo del proyecto de control por Internet de "Trastorno Conducta Alimentaria". - Integración de red asistencial de Salud Mental de Bizkaia.
Cuidados Paliativos	Evolución de la situación Comunidad Autónoma Vasca
Ictus	Implantación de 2 unidades de Ictus
Enfermedades Raras	Tratamiento de la Hemoglobinuria Paroxística Nocturna
La Rioja	
Cáncer	- Puesta en marcha de la Unidad de consejo genético en cáncer. - Elaboración de criterios de cribado de cáncer de colon y mama. - Puesta en marcha del "Portal de Trabajo Colaborativo" de apoyo al abordaje multidisciplinar de los tratamientos.
Salud Mental	Realización de tres talleres para mejorar la detección de patología orgánica en pacientes psicóticos en el medio comunitario.
Cuidados Paliativos	- Elaboración de documentos informativos para la difusión entre los familiares y pacientes atendidos en el servicio de cuidados paliativos. - Elaboración de un documento de apoyo en la historia electrónica con los criterios de ingreso. - Difusión entre los centros sanitarios y residencias del documento de últimas voluntades. - Difusión en soporte electrónico, entre los profesionales sanitarios, de la "Guía SECPAL de Cuidados Paliativos". - Realización de formación básica sobre el tratamiento del dolor, manejo de la vía subcutánea, comunicación y formación de cuidadores, dirigida a los profesionales sanitarios. - Diseño de una aplicación informática para incluir en la historia electrónica una alerta para la identificación de pacientes terminales, escalas de valoración de analgesia, astenia y estado general y conexión con el registro de últimas voluntades.
Ictus	Desarrollo de la fase piloto del estudio epidemiológico del ictus en la región.
Enfermedades Raras	- Diseño de un estudio sobre la viabilidad de un registro de base poblacional de enfermedades raras en la región. - Elaboración del "Registro regional de los recursos de información para Enfermedades Raras".
Ceuta	
Cáncer	Mejora del cribado de cáncer de mama y colon 2009-2010.
Cardiopatía Isquémica	Seguimiento de la atención y monitorización prehospitalaria del paciente crítico con cardiopatía isquémica.
Cuidados Paliativos	Primera evaluación de la implantación de la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS.
EPOC	Implantación de la Estrategia en EPOC en las áreas Sanitarias de Ceuta y Melilla del SNS 2008-2011.
Ictus	Implantación de la Estrategia en ICTUS del SNS: "CÓDIGO ÍCTUS" 2009-2011.
Melilla	
Cáncer	Puesta en marcha de las actuaciones para la mejora del cribado de cáncer de mama y colon 2009-2010.
Cardiopatía Isquémica	Seguimiento de la atención y monitorización prehospitalaria del paciente crítico con cardiopatía isquémica.
Diabetes	- Mejorar la accesibilidad de los pacientes pediátricos a la atención sanitaria especializada 2009-2011. - Implantación de la "Guía de intervención enfermera en persona con diabetes" 2009-2011. - Inclusión de los indicadores establecidos en las líneas estratégicas de diabetes en el SNS, dentro del sistema de información del Área sanitaria 2009-2011.
Salud Mental	- Inclusión de los indicadores establecidos en las líneas estratégicas de salud mental en el SNS, dentro del sistema de información del Área sanitaria. - Elaboración del Protocolo de actuación en pacientes con adicción a benzodicepinas y el Protocolo de atención al paciente agresivo.
Cuidados Paliativos	Primera evaluación de la implantación de la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS.
EPOC	Implantación de la Estrategia en EPOC en las Áreas Sanitarias de Ceuta y Melilla del SNS 2008-2011.
Ictus	Implantación de la Estrategia en EPOC del SNS: "CÓDIGO ÍCTUS 2009-2011".
Fuente	Información facilitada por las comunidades autónomas e INGESA para la elaboración de este informe.

6.6 Buenas prácticas en el Sistema Nacional de Salud

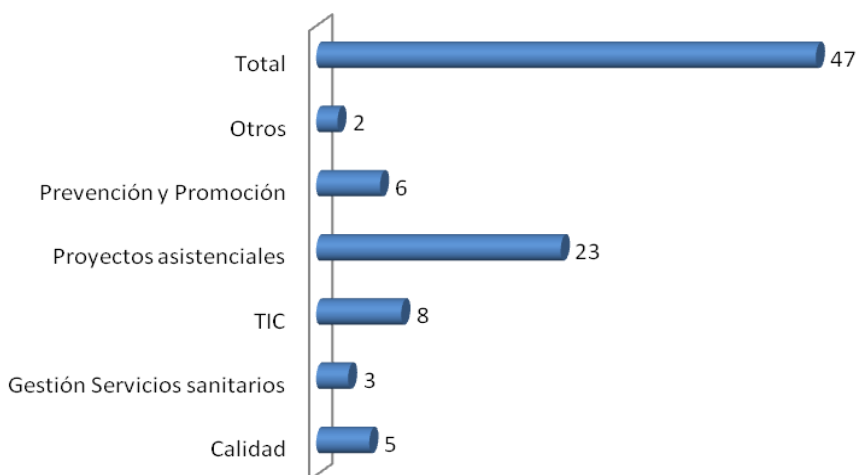
Con el fin de compartir entre las comunidades autónomas e INGESA las buenas prácticas que desarrollan en sus respectivos territorios, durante 2009 se solicitó a las mismas que priorizasen hasta un máximo de tres propuestas de “*Buenas prácticas*” que hubieran sido iniciadas o se encontrasen en fase de ejecución en sus respectivos ámbitos de competencia. Para unificar la recogida de información se diseñó una ficha en la que figuraba: denominación, ámbito de actuación, año de aplicación, metodología utilizada para alcanzar sus objetivos, indicadores y proceso de evaluación empleado.

Como definición de “*Buena práctica*” se adoptó la utilizada por la Organización Panamericana de la Salud, que la define como “*Toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado, así como también toda experiencia que ha arrojado resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto*”.

En función de la información remitida por las comunidades autónomas e INGESA, se han agrupado las buenas prácticas, según las siguientes áreas de desarrollo: prevención y promoción, asistencial, tecnología de la información y comunicación (TIC), gestión de servicios sanitarios y calidad.

De las 54 buenas prácticas posibles (tres por comunidad autónoma e INGESA), se recibieron 47 (85,63%), correspondiente al área de proyectos asistenciales 23 (48,93%) seguido de TIC con 8 (12,02%), prevención y promoción 6 (12,76%), calidad 5 (10,63%), gestión de servicios sanitarios 3 (6,38%), y otros 2 (formación y servicios sociales) con el 4,25%. Su agrupación se puede observar en la [Figura 6.1](#).

Figura 6.1 Número de buenas prácticas según área de desarrollo, iniciadas o en fase de ejecución en CCAA e INGESA.



Observaciones Información facilitada por las comunidades autónomas e INGESA.

Fuente Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Como principales resultados, cabe señalar que el 77,2% (34) de los proyectos de buenas prácticas describen los sistemas de evaluación y el 43,1% (19) los indicadores definidos para cada una de ellas, recogiendo el 43,1% (19) los primeros resultados.

Respecto al ámbito de aplicación, en el 54,5% de los proyectos es la comunidad autónoma, siendo en el resto la atención primaria, hospitales, área de salud o zonas básicas de salud. En el 75% de los casos figura el año de inicio, siendo 2009 en el 44,4%.

En las tablas (Tabla 6.5 a Tabla 6.10) se recogen, en función de las áreas de agrupación, un resumen que incluye la denominación, descripción, ámbito y año de implantación de las diferentes [buenas prácticas priorizadas por las CCAA e INGESA](#)²¹.

El mayor número de buenas prácticas remitidas corresponde a proyectos asistenciales, con un total de 23 (Tabla 6.5). En el caso de Castilla-La Mancha y Murcia las tres buenas prácticas se incluyen en esta área. En el caso de Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid y País Vasco, son dos los proyectos incluidos en el área de proyectos asistenciales (Tabla 6.5).

Tabla 6.5 Buenas prácticas relacionadas con proyectos asistenciales de las CCAA e INGESA. Año 2009.				
CCAA	DENOMINACIÓN	DESCRIPCIÓN	ÁMBITO	AÑO IMPLANTACIÓN
Aragón	Diseño proceso que garantice la continuidad de cuidados en niños y adolescentes con trastorno mental grave	Garantizar la continuidad de la asistencia e integrando la atención sanitaria con la atención social y educativa	Comunidad Autónoma	No se dispone de información
Asturias	Estrategia de Cuidados Paliativos	Líneas estratégicas incluyen: Proceso de atención y organizativo; Autonomía del paciente; Atención a familia, cuidador y profesional; Formación e investigación y Sistemas de información. Para más información: www.astursalud.es	Comunidad Autónoma	2009
Canarias	RETISALUD, programa de detección precoz y seguimiento de la retinopatía diabética	El objetivo es anticipar el tratamiento y disminuir la incidencia de ceguera, mejorar el acceso a la prueba y la adecuación de las derivaciones	Comunidad Autónoma	2006
Cantabria	Estrategia de Seguridad en la atención al paciente polimedicado	Necesidad de prevenir los riesgos asociados al empleo de medicamentos en estos pacientes	Servicios Sanitarios Públicos	2009-2010
Castilla y León	Unidad de día y consulta de atención inmediata (UCAI) para crónicos	Su propósito central es el de proporcionar atención continuada, rápida y de calidad a pacientes pluripatológicos y ancianos frágiles, evitando el ingreso hospitalario	Área de Salud de Salamanca	2008
	Modelo de Centro de Referencia Nacional para una enfermedad rara	Diagnóstico, seguimiento y tratamiento integral de las mastocitosis	Nacional e internacional	2009
Castilla-La Mancha	Código Ictus	Procedimiento de actuación ante un paciente con sospecha de código ictus, que garantiza su derivación a un hospital que pueda aplicar el tratamiento fibrinolítico	Comunidad Autónoma	2010
	Determinación de INR capilar	Determinación del INR mediante punción capilar con la obtención de manera inmediata de los resultados y tratamiento en los centros de salud	Comunidad Autónoma	No se dispone de información
Cataluña	Equipo de soporte específico de cuidados paliativos infantil	Diseño e implementación programa de soporte de atención al final de la vida	Cataluña	2009

²¹ Relación de fichas técnicas de las buenas prácticas priorizadas por las CCAA e INGESA. Consultar a través del acceso al Informe SNS 2009. [<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e01.htm>]

		mixto, hospitalario y domiciliario, mediante implementación de dos equipos		
	Enfermera gestora de casos en la atención oncológica multidisciplinar	Introducción de la enfermera gestora de casos en los comités de tumores o unidades funcionales, como miembro del equipo para coordinar el desarrollo del plan terapéutico planteado y cuidar al paciente	Hospitales y monográfico de cáncer	No se dispone de información
Comunidad Valenciana	Continuidad de cuidados	Se establece un circuito de continuidad de cuidados en el Departamento de Salud de Alicante en el año 2009, utilizando el Sistema de Información Ambulatorio (SIA).	Departamento de salud de Alicante-Hospital General.	2009
	Implantación del "Código Ictus Extrahospitalario" CIE	El objetivo de este nuevo protocolo es conocer el impacto de extender el Código Ictus Intrahospitalario al ámbito provincial.	Provincia de Castellón	No se dispone de información
Extremadura	Programa de Dolor	Mejorar la formación y asesoramiento de profesionales, y la educación para la salud dirigida a pacientes	Atención primaria	2003
	Voluntariado en cuidados paliativos	Mejorar la atención paliativa mediante la formación de voluntarios que complementen la labor de los profesionales	Domicilio, hospital y centros sociosanitarios	2006
Galicia	Aplicación protocolo parto normal y estrategias para el uso racional de la cesárea	Proyecto de mejora para fomentar el parto menos medicalizado y humanizado y hacer un uso racional de cesáreas	Servicio de Ginecología Hospital Xeral- Cíes Vigo	2007
Madrid	Gestión de riesgos relacionados con el uso de medicamentos	Unidades funcionales para la gestión de riesgos tanto en atención primaria como en atención especializada y los farmacéuticos de la Red de oficinas de farmacias centinela. Existe una página para notificaciones https://www.seguridadmedicamento.sanidadmadrid.org/	Comunidad Autónoma	2005
	Circuito sociosanitario de la atención al paciente con ELA	Plan asistencial y social de ELA con la creación de cinco unidades multidisciplinarias en hospitales. Incluyen la figura del gestor/a de casos.	Comunidad Autónoma	2006
INGESA (Melilla)	Intervención para la mejora de la prestación farmacéutica en pacientes crónicos	Análisis de la situación en pacientes polimedificados e intervención para la mejora en el ámbito de la atención primaria, para mejorar la adherencia y detectar problemas en la utilización	Atención Primaria	2009
Murcia	Programa de atención a los pacientes polimedificados	Constituye una de las 22 líneas de actuación del Plan de acción para la mejora en el uso de los medicamentos 2009-2011	Atención Primaria	2009
	Programa integral de atención al ictus	Concebido como una intervención integral en todos los momentos de la enfermedad y con la participación de todos los niveles del sistema sanitario.	Comunidad Autónoma	2009-2011
	Programa para la mejora en el uso de los antibióticos	Este programa se enmarca dentro del Plan de acción para la mejora en el uso de los medicamentos 2009-2011	Comunidad Autónoma	2009
País Vasco	Atención integral del paciente ambulatorio con patología cardiológica	Desarrollar nuevos protocolos para la coordinación entre atención primaria y atención especializada, mediante la mejora de la comunicación, telemedicina, nuevos recursos, y priorización de acciones	Hospital San Eloy	No se dispone de información
	¿Sirven las declaraciones de eventos adversos en la mejora de la seguridad del	Verificar puesta en marcha de medidas correctoras de mejora de factores relacionados con la aparición de	Hospital Santiago de Vitoria-	1996-2004

	entorno del paciente crítico?	eventos adversos en el servicio de Medicina Intensiva.	Gasteiz
Fuente	Incluye información remitida por las comunidades y ciudades autónomas al cierre del presente informe.		

Las buenas prácticas relacionados con las TIC, constituye la segunda mayor área de proyectos presentados, con un total de 8 (Tabla 6.6). En términos generales, se trata de proyectos para la mejora en la gestión de determinados procesos organizativos, asistenciales, de seguridad del paciente y sistemas de información.

Tabla 6.6 Buenas prácticas de las comunidades autónomas e INGESA en tecnología de la información y comunicación (TIC). Año 2009.				
CCAA/ INGESA	DENOMINACIÓN	DESCRIPCIÓN	ÁMBITO	AÑO IMPLANTACIÓN
Baleares	Gestión de patologías crónicas en Historia Clínica Electrónica	Proceso de gestión de patologías a través de la herramienta de Historia de salud digital. Definir las actuaciones de cada profesional a través de una Guía de actuación integrada	Comunidad Autónoma	2010
Canarias	Unidades de gestión familiar	Su función principal es la gestión integral y racional de todos aquellos procesos que afecten a los usuarios asignados	Zonas básicas de salud de Gran Canaria	2008
	Mejora del sistema de información, como herramienta para facilitar una gestión más eficiente de los recursos, mediante la aplicación de grupos de ajuste clínicos (ACG)	Incorporar el conocimiento sobre la carga de enfermedad, basada en la comorbilidad, para mejorar la organización de los servicios, la asignación de recursos y la gestión clínica.	Atención primaria área de salud de Tenerife	No se dispone de información
Cantabria	Implantación de un sistema electrónico de ayuda a la prescripción de medicamentos	Sistema electrónico de ayuda a la prescripción de medicamentos por principio activo que proporcione seguridad y eficiencia a la asistencia farmacéutica prestada a la población cántabra	Atención primaria	2009
Castilla y León	Seguridad Transfusional	Sistema de seguridad transfusional integrado en la historia clínica electrónica, que utiliza terminales PDA con lector láser e infraestructura WIFI.	Provincia de Ávila	2009
	Guías de integración	Estas guías son un documento que aglutina el conocimiento que surge de las experiencias durante las fases de implantación. Las guías se aplican a todos los sistemas de información empezando por la actividad asistencial y continuando con lista de espera, farmacia hospitalaria, receta electrónica, cuidados de enfermería, etc.	Servicio Regional de Salud	2009
Comunidad Valenciana	Tele dermatología	Tele-medicina aplicada a la dermatología. Técnicas de tele-dermatología asincrónicas	Departamento de Salud Valencia – Arnau de Vilanova – Llíria	2008
Extremadura	Programa de dolor	Mejorar la formación y asesoramiento de profesionales, y la educación para la salud dirigida a pacientes	Atención primaria	2003

	Voluntariado en cuidados paliativos	Mejorar la atención paliativa mediante la formación de voluntarios que complementen la labor de los profesionales	Domicilio, hospital y centros sociosanitarios	2006
INGESA (Ceuta)	Implantación global de múltiples proyectos tic integrados	Mejorar la accesibilidad de los servicios, la seguridad del paciente, la confidencialidad de la información y la gestión de los servicios e instalaciones de forma integrada, apoyándose en las TIC.	Hospital Universitario Ceuta	2009-2010
Fuente	Incluye información remitida por las comunidades y ciudades autónomas al cierre del presente informe.			

Relacionadas con el área de prevención y promoción se remitieron un total de 6 proyectos (Tabla 6.7), dirigidos principalmente a grupos de jóvenes, adolescentes y mayores.

Tabla 6.7 Buenas prácticas de las comunidades autónomas en prevención y promoción. Año 2009.

CCAA/ INGESA	DENOMINACIÓN	DESCRIPCIÓN	ÁMBITO	AÑO IMPLANTACIÓN
Andalucía	Forma joven	Formar e informar a los jóvenes en ámbitos sensibles, con la finalidad de compaginar la diversión con la adquisición de conductas saludables	Comunidad Autónoma	2001
Baleares	Desayuno saludable en casa y el colegio	Programa para conocer y mejorar los hábitos de los escolares mediante cuestionario on-line para evaluación de hábitos. Para más información: www.berenarsaludable.com	Dirección general de Salud Pública	No se dispone de información
Cantabria	Estrategia de mejora de la higiene de manos	Programa de formación con talleres, trípticos, cartelería y guía junto con disponibilidad de soluciones hidroalcohólicas en el entorno del paciente.	Servicios Sanitarios Comunidad Autónoma	No se dispone de información
Extremadura	Programa El ejercicio te cuida	Mejorar la calidad de vida, prevenir la dependencia y promocionar la salud a través de estilos de vida más activos, con implantación de 5 subprogramas	Comunidad Autónoma	2009
Galicia	Apertura de la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos	Constituida como foro de participación de pacientes, ciudadanos y profesionales, para la gestión del conocimiento, y conseguir mejores niveles de salud. Hay un portal específico para ciudadanos; www.sergas.es/escolasaude	Comunidad Autónoma	2009-2010
La Rioja	Paseos saludables	Programa "Paseos saludables, camina a diario, vivirás más y vivirás mejor", para promover que la actividad física se incorpore regularmente a la vida cotidiana	Comunidad Autónoma	2009-2013
Fuente	Incluye información remitida por las comunidades y ciudades autónomas al cierre del presente informe.			

En el caso de la calidad, se presentan un total de 5 proyectos (Tabla 6.8) relacionados con planes de calidad y modelos de acreditación que implica a cinco comunidades autónomas.

Tabla 6.8 Buenas prácticas de las comunidades autónomas en calidad. Año 2009.				
CCAA	DENOMINACIÓN	DESCRIPCIÓN	ÁMBITO	AÑO IMPLANTACIÓN
Andalucía	Acreditación de centros, profesionales y unidades de gestión	Programas acreditación de centros y unidades sanitarias, competencias profesionales, formación continuada y de páginas electrónicas	Comunidad Autónoma	2009
Aragón	Monitorización de indicadores de calidad en el enfermo crítico	Monitorización continua de indicadores de calidad en la atención del enfermo crítico y la comparación con otras unidades y estándares de la sociedad científica de la especialidad.	Hospital San Jorge de Huesca	2007
Baleares	Implantación modelo de calidad (Modelo EFQM)	Gestión basada en el modelo europeo de excelencia (EFQM). Procesos y procedimientos normalizados de trabajo para poder mediante indicadores	Dirección General de Farmacia	2005
Cataluña	Modelo de acreditación de centros hospitalarios de atención aguda	Modelo de acreditación: gestión de la calidad total y modelo EFQM. Incluido en la página electrónica del Departamento de Salud	Comunidad Autónoma	2006
Navarra	Plan de mejora de calidad de atención primaria	Desarrollar un modelo de atención centrado en el paciente, que preste especial atención a la accesibilidad y agilidad de la atención y a la información facilitada a los usuarios	Atención primaria	2009-2012
Fuente	Incluye información remitida por las comunidades y ciudades autónomas al cierre del presente informe.			

Las buenas prácticas remitidas relacionadas con el área de gestión de servicios supusieron un total de 3 (Tabla 6.9).

Tabla 6.9 Buenas prácticas de las comunidades autónomas en gestión servicios sanitarios. Año 2009.				
CCAA	DENOMINACIÓN	DESCRIPCIÓN	ÁMBITO	AÑO IMPLANTACIÓN
Galicia	Genéricos, una apuesta en la que ganamos todos	El objetivo es converger con el SNS en dos indicadores con malos resultados en cuanto al gasto generado por receta oficial	Comunidad Autónoma	2009-2010
La Rioja	Fomento responsabilidad individual en el control de gastos corrientes y protección del medio ambiente	Fomento del reciclaje del papel y el cartón, optimizando el uso de las máquinas fotocopadoras y control de los gastos realizados en comunicaciones telefónicas	Comunidad Autónoma	No se dispone de información
Madrid	Laboratorio clínico central	Gestión privada de las pruebas analíticas para 6 hospitales	6 hospitales	2008
Fuente	Incluye información remitida por las comunidades y ciudades autónomas al cierre del presente informe.			

Por último, en la [Tabla 6.10](#) se describen dos proyectos que no se han podido incluir en las otras áreas, uno de carácter social para la integración laboral de pacientes con trastorno mental grave, y otro de formación para mejorar la seguridad del paciente.

Tabla 6.10 Otras buenas prácticas de las comunidades autónomas. Año 2009.				
CCAA	DENOMINACIÓN	DESCRIPCIÓN	ÁMBITO	AÑO IMPLANTACIÓN
País Vasco	Integración laboral del paciente con trastorno mental grave	Plan de colaboración con diferentes instituciones, en la gestión de diferentes acuerdos y convenios de colaboración para integrar en la sociedad a pacientes con trastorno mental grave desde SMEG	Salud mental extrahospitalaria de Guipúzcoa	No se dispone de información
Andalucía	La estrategia de seguridad del paciente	Proyectos de formación en seguridad, identificación y reconocimiento de nodos de referencia o centros mentores de buenas prácticas, y prácticas seguras	Comunidad Autónoma	2009
Fuente	Incluye información remitida por las comunidades y ciudades autónomas al cierre del presente informe.			

7 Iniciativas para la igualdad

El [Informe de la Comisión sobre determinantes sociales de la OMS \(2009\)](#)¹ señala como dentro de cada país existen diferencias en salud estrechamente ligadas al grado de desfavorecimiento social. Esas desigualdades y esa inequidad, que pueden evitarse, son el resultado de la situación en la que la población vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas de salud que se utilizan para combatir la enfermedad, así como de la influencia de los factores políticos, sociales y económicos.

La equidad en salud implica que todas las personas tengan las mismas oportunidades de desarrollar el mayor potencial de salud y que ninguna se vea en situación de desventaja por razón de su posición social o por otras circunstancias determinadas por factores sociales, siendo la reducción de las desigualdades sociales en salud una de las prioridades, tanto de las comunidades autónomas como del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI), la Unión Europea (UE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Alcanzar la equidad en salud actuando sobre sus determinantes sociales, exige un trabajo conjunto de todos aquellos sectores cuyas políticas tienen un impacto en la salud. El MSPSI, consciente de esta realidad y de que es posible reorientar todas las políticas hacia la equidad y conseguir sistemas de salud más equitativos, contribuye a impulsar la equidad en salud con su agenda política, tanto nacional como internacional.

Para ello, entre los principios que inspiran el [Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud](#)², se señala la preocupación por el fomento de la equidad que permita garantizar una atención sanitaria adecuada, asegurando la cohesión y la planificación de sus recursos humanos para cubrir las necesidades de la ciudadanía.

7.1 Disminuir las desigualdades en salud en la población

En 2009, se presentó en el entonces Ministerio de Sanidad y Política Social el Informe Mundial sobre desigualdades sociales en salud “[Subsanar las desigualdades de una generación](#)³” realizado por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS, con la participación de destacadas personalidades políticas y expertos de nuestro país, de la Comisión Europea, de la OMS y de otros organismos relacionados. España fue el séptimo país del mundo en presentarlo.

También en 2009, la Comisión Nacional de Expertos en Desigualdades Sociales en Salud elaboró el primer borrador que desarrolla una propuesta de intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud a corto, medio y largo plazo en España. Actualmente se trabaja para fijar las prioridades de las intervenciones que se desarrollarán.

¹ Informe de la Comisión sobre determinantes sociales de la OMS (2009).
[\[http://www.who.int/social_determinants/final_report/closing_the_gap_how_es.pdf\]](http://www.who.int/social_determinants/final_report/closing_the_gap_how_es.pdf)

² Web Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. MSPSI.
[\[http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm\]](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm)

³ Equidad en salud.
[\[http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/equidad.htm\]](http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/equidad.htm)

Asimismo, en 2009, se inició el trabajo sobre la “[Innovación en Salud Pública: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud](#)”⁴, cuyo informe sirvió de apoyo a las conclusiones que, sobre esta prioridad, se desarrollaron durante la presidencia Española de la Unión Europea en 2010 y se llevaron al Consejo de Empleo, Política Social, Salud y Consumidores de la U.E. (EPSSCO), en junio de 2010.

En relación con las medidas adoptadas, en 2009, por las comunidades y ciudades autónomas de Ceuta y Melilla para disminuir las desigualdades en salud de la población, cabe señalar las que se relacionan con la discapacidad, inmigración y población gitana en la [Tabla 7.1](#). Además de las actuaciones señaladas en la tabla, en todas las comunidades y ciudades autónomas realizan actividades formativas y de sensibilización de los profesionales en los distintos ámbitos de intervención para disminuir las desigualdades. Además de seguir realizándose en todas ellas actuaciones de mantenimiento e impulso de los procedimientos de cribado universal para la prevención de malformaciones y detección precoz de endocrino-metaboloopatías congénitas.

⁴ Hacia la equidad en salud: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud.

[<http://www.msps.es/presidenciaUE/calendario/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf>]

Tabla 7.1 Medidas adoptadas por las comunidades y ciudades autónomas para disminuir las desigualdades en salud en la población. Año 2009	
COMUNIDAD AUTÓNOMA	MEDIDAS
ANDALUCÍA	INMIGRACIÓN: Desarrollo de las actuaciones del III Plan de atención a la inmigración 2009-2012 DISCAPACIDAD: Coordinación entre las instituciones y entidades implicadas en el desarrollo del Plan de atención temprana 2005-2012
ARAGÓN	INMIGRACIÓN: Desarrollo del Plan integral para la convivencia intercultural y del Programa de traducción coordinado desde la Dirección General de Inmigración y Cooperación al Desarrollo. Renovación anual del convenio de colaboración con Médicos del Mundo.
ASTURIAS	DISCAPACIDAD: Firma de convenios de colaboración para la atención a las personas con algún tipo de discapacidad con las asociaciones ASPAYM, ELA, COCEMFE y AESLEME. ETNIAS: Firma del convenio de colaboración con la Asociación UNGA para trabajar "Igualdad en salud". ATENCIÓN COMUNITARIA: Continuación con las actuaciones para desarrollar el programa "Ni ogros ni princesas. Programa para la educación afectivo sexual en la ESO" iniciado en 2008. http://institutoasturianodelamujer.com/iam/wp-content/uploads/2010/06/Ni-ogros-ni-princesas_programa.pdf
BALEARES	DISCAPACIDAD: Continuación con las actuaciones de rehabilitación domiciliaria "Tele-rehabilitación" iniciadas en 2008. INMIGRACIÓN: Continuación con las actuaciones de teletraducción y mediadores culturales iniciadas en 2008.
CANARIAS	DISCAPACIDAD: Continuación de las actuaciones para desarrollar "Programa sociosanitario de atención a la discapacidad" iniciado en 2005. INMIGRACIÓN: Continuación de las actuaciones para desarrollar el "Protocolo de actuación y coordinación para la atención sanitaria a menores inmigrantes" iniciado en 2007. ATENCIÓN SOCIOSANITARIA: Firma del convenio de colaboración entre la administración de la CAC y los cabildos para desarrollar el "Programa sociosanitario de mayores".
CANTABRIA	DISCAPACIDAD: Análisis sobre las necesidades específicas en el ámbito de la salud reproductiva y violencia de género de las mujeres con discapacidad. INMIGRACIÓN Y ETNIAS: Inicio del estudio sobre determinantes de la salud de la población gitana en Cantabria. Finalización del estudio sobre determinantes de la salud y acceso a servicios sanitarios de la población inmigrante en Cantabria. (http://www.ospc.es - proyectos)
CASTILLA Y LEÓN	DISCAPACIDAD: Estudio para la mejora de la calidad de vida de personas con graves lesiones medulares y adaptación del Programa de prevención familiar al colectivo de personas sordas. http://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1142233180339/ / / ETNIAS: Subvención a la Fundación del Secretariado Gitano de actividades en materia de salud pública que contribuyan a la mejora de los hábitos saludables de la comunidad gitana. Adaptación del Programa de prevención familiar al colectivo de personas de etnia gitana. Programa D'Quedada de prevención del consumo de drogas para jóvenes de etnia gitana (14-17 años) del Barrio España en Valladolid. http://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1142233180339/ / / INMIGRACIÓN: Convenios de colaboración con ayuntamientos y diputaciones provinciales para realizar actividades de promoción de la salud en relación con la población inmigrante. Desarrollo del Programa de vacunación de población infanto-juvenil inmigrante y programas de educación de calle con población inmigrante. Puesta en marcha del primer Programa de prevención del consumo de drogas en población inmigrante. Plan de acción de propuestas de mejora en la asistencia prestada a la población inmigrante para el año 2009, mejora en el acceso y la calidad en la atención sanitaria a la población inmigrante salvando las diferencias idiomáticas con servicios de interpretación telefónica. http://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1142233180339/ / /

CASTILLA- LA MANCHA	<p>DISCAPACIDAD: Continuación de las actuaciones para el desarrollo de los programas de atención temprana, valoración de la discapacidad, integración social y laboral, alojamiento y convivencia, accesibilidad al medio físico y social, integración en la comunidad. http://www.jccm.es/cs/Satellite/index/plan1212675651383pl/1193043110017.html</p> <p>INMIGRACIÓN Y ETNIAS: Concesión de subvenciones para la realización de programas específicos para la formación de personas con necesidades formativas especiales o que tengan dificultades para su inserción o recualificación profesional, independientemente de su situación laboral. http://www.jccm.es/cs/Satellite/index/tramite1212676427352tr/1193043193192.html</p> <p>Desarrollo del Protocolo de actuación en atención primaria para población inmigrante y del Programa de promoción, refuerzo y ampliación de los centros de información y orientación laboral para personas. Inmigrantes http://www.jccm.es/cs/Satellite/index/programa1212675971016pl/1193043149153.html http://www.jccm.es/cs/Satellite/index/programa1212672376276pl/1193043192541.html</p> <p>ATENCIÓN SOCIO SANITARIA: Desarrollo de programas y proyectos de atención a personas sin hogar, transeúntes y sin techo. http://www.jccm.es/cs/Satellite/index/programa1212675485996pl/1193043192583.html</p>
CATALUÑA	<p>DISCAPACIDAD: Formación a profesionales sanitarios del ámbito hospitalario. A cargo de asociaciones de personas con discapacidad funcional diversa (sordera, discapacidad física, daño cerebral)</p> <p>ETNIAS: Desarrollo del “Plan integral del pueblo gitano en Cataluña 2009-2013”. http://www20.gencat.cat/docs/governacio/Accio%20Ciutadana/Documents/Info%20general/Arxius/PIPG%202009-2013.pdf</p> <p>INMIGRACIÓN: Desarrollo de los tres ejes de actuación del “Plan director de inmigración en el ámbito de la salud” (acogida, mediación intercultural y formación de profesionales en la atención a la diversidad) 2006-2010. http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/inmigra2008.pdf</p>
COMUNIDAD VALENCIANA	<p>DISCAPACIDAD: Continuación de las actuaciones para desarrollar la actividad 2.8 del Plan de excelencia de la Comunidad Valenciana para mejorar la accesibilidad de los discapacitados al sistema sanitario, iniciado en 2005. http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.1955-2006.pdf</p> <p>INMIGRACIÓN: Continuación de las actuaciones para desarrollar las estrategias de vacunación dirigidas a erradicar las bolsas de baja cobertura vacunal; prestando especial atención a la población inmigrante. Desarrollo de la actividad 6.6 del Plan de excelencia de la Comunidad Valenciana para reducir las barreras idiomáticas y culturales iniciado en 2005, poniendo en marcha un servicio de traducción de enlace en siete hospitales en 2009. http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.1955-2006.pdf</p>
EXTREMADURA	<p>DISCAPACIDAD: Pilotaje de la unidad de neuroortopedia en el Hospital Materno Infantil de Badajoz y ampliación del convenio con las asociaciones que aportan el lenguaje de signos.</p> <p>ETNIAS: Continuación de las actuaciones para el desarrollo del “Plan Extremeño para la promoción y participación social del pueblo gitano” aprobado en 2007. Se realizó, a través del Programa de Desarrollo Gitano, un taller para agentes salud y otro de educación para la salud.</p> <p>INMIGRACIÓN: Continuación con las actuaciones dirigidas a la población extranjera, a través del Convenio de colaboración firmado entre el Ministerio de Trabajo e Inmigración y la comunidad autónoma, para el desarrollo de actuaciones de acogida, integración de las personas inmigrantes, así como el refuerzo educativo. En 2009, las acciones que se llevaron a cabo a través de los mediadores interculturales se enmarcaron dentro de los ejes de acogida, educación, empleo, vivienda, servicios sociales, salud, infancia y juventud, mujer, participación, sensibilización y codesarrollo. También se convocaron las subvenciones anuales a entidades públicas y privadas sin fin de lucro destinadas a la realización de proyectos para la acogida e integración social de personas inmigrantes.</p>

MADRID	<p>DISCAPACIDAD: Seguimiento del Programa de salud bucodental a niños y adultos con discapacidad y del proyecto de mejora de la atención bucodental en personas autistas. Realización del programa de formación y sensibilización de profesionales sanitarios sobre los distintos aspectos que afectan a las personas con discapacidad. Continuación de las actuaciones para desarrollar el Plan de detección precoz de la hipoacusia en recién nacidos, que en 2009 se ha implantado en todos los centros hospitalarios públicos con maternidad. Durante el 2009 también se han continuado las actividades de asesoramiento, valoración y seguimiento del servicio especializado en salud mental y discapacidad intelectual y en la mejora de la accesibilidad para las personas con discapacidad en los centros sanitarios públicos de la comunidad.</p> <p>ETNIAS: Continuación de las actuaciones para desarrollar el Programa de promoción de la salud y educación sanitaria y el servicio de información y orientación sobre drogodependencias para la comunidad gitana. Desarrollo del Programa de formación y sensibilización de los profesionales. Entre los cursos impartidos cabe destacar el curso "La mediación social intercultural, una herramienta de trabajo en el ámbito sanitario", promocionando la figura del agente comunitario intermediario con las minorías étnicas. Desarrollo de las actuaciones de carácter general incluidas dentro del Plan contra la exclusión social destinadas a la mejora de la asistencia sanitaria a minorías étnicas.</p> <p>INMIGRACIÓN: Continuación de las actuaciones con la población inmigrante bajo el nuevo Plan de integración 2009-2012. Realización de diferentes actividades y talleres con contenidos de promoción y prevención de la salud, relacionados con el desarrollo de programas de vacunación protocolizada y rutinaria y talleres sobre "Prevención del VIH dirigido a población inmigrante en situación de vulnerabilidad". Unificación de la información existente y difusión de diversos materiales informativos de interés en áreas de especial incidencia para la población inmigrante.</p> <p>ATENCIÓN SOCIO SANITARIA: Continuación de las actuaciones del equipo móvil de intervención en población excluida en el asesoramiento para hacer más accesible los servicios sanitarios a personas que viven en situaciones de extremo riesgo y desigualdad. Continuación del trabajo dirigido a personas sin hogar, mayores de 18 años y que padecen enfermedad mental grave y crónica.</p>
MURCIA	<p>INMIGRACIÓN: Establecimiento de un Plan de intervención y formación en mediación intercultural en atención primaria de salud 2009-2010. http://www.murciasalud.es/espacioss.php</p> <p>ATENCIÓN SOCIO SANITARIA Y DISCAPACIDAD: Elaboración de un modelo de coordinación socio sanitaria de la Región de Murcia. http://www.murciasalud.es/espacioss.php</p>
NAVARRA	<p>DISCAPACIDAD: Elaboración del anteproyecto del Plan integral de atención a las personas con discapacidad 2009-2012.</p> <p>ETNIAS: Evaluación y actualización del Programa de promoción de salud de la comunidad gitana de Navarra. Reorientación a nuevos objetivos de salud y a los centros de atención primaria.</p> <p>INMIGRACIÓN: Estudio y difusión de "Atención sanitaria en atención primaria a población inmigrante y propuesta de mejora relacionadas con promoción de salud".</p>
PAÍS VASCO	<p>ETNIAS: Continuación de actuaciones para el desarrollo del II Plan vasco para la promoción integral y participación social del pueblo gitano 2008-2011.</p> <p>INMIGRACIÓN: Continuación de actuaciones para el desarrollo II Plan vasco de inmigración 2007-2009.</p> <p>ATENCIÓN SOCIO SANITARIA: Continuación de actuaciones para el desarrollo II Plan interinstitucional de inclusión social 2007-2009.</p>
LA RIOJA	<p>INMIGRACIÓN Y ETNIAS: Continuidad de la actividad de las mediadoras en salud con la etnia gitana informando sobre las prestaciones sanitarias, acompañamiento de pacientes crónicos de difícil seguimiento, campañas de vacunación, mediación entre pacientes y personal sanitario. Utilización de intérpretes de apoyo en atención especializada y atención primaria.</p>
CEUTA Y MELILLA	<p>DISCAPACIDAD: Continuación con las actuaciones para el desarrollo del Programa de coordinación socio sanitaria de INGESA e INSERSO para atención de las personas con discapacidades, iniciado en 2007.</p> <p>INMIGRACION: Desarrollo del proyecto de difusión "Cuidados obstétricos de urgencia para alumnas de Mauritania" impartido por profesionales sanitarios de Ceuta, Asociación Andaluza de Matronas, la ONG "ENYANIN" y la Fundación Chinguetti.</p> <p>ACCESIBILIDAD: Establecimiento de citas on-line desde cada centro de salud de las áreas sanitarias de Ceuta y Melilla.</p>
Fuente	Incluye información remitida por las comunidades y ciudades autónomas al cierre del presente informe.

Disminución de las desigualdades en salud en las ciudades

Durante el año 2009, en relación con la equidad en salud en las ciudades y dentro del acuerdo que el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad mantiene con la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) para potenciar la [Red Española de Ciudades Saludables \(RECS\)](#)⁵, se profundizó en las actividades estratégicas de la Red relacionadas con la equidad.

La colaboración mantenida entre el Ministerio y la FEMP ha propiciado que, actualmente, 150 ciudades estén adheridas a la Red Española de Ciudades Saludables, cuando en el año 2002 se partía de 36 ciudades. Todas las ciudades que forman parte de la Red tienen un Plan Municipal de salud en marcha o lo están elaborando (requisito imprescindible para pertenecer a la Red).

Por otro lado, el Plan de acción que desarrolla el convenio contempla actuaciones dirigidas a todos los ayuntamientos españoles, pertenezcan o no a la Red, para la ejecución de programas sobre grupos desfavorecidos en lo relativo a desigualdad, pobreza y salud; en 2009 se han realizado 53 proyectos específicos en 49 ciudades españolas.

Disminución de las desigualdades en salud en la población de etnia gitana

En el marco de la Estrategia nacional de equidad en salud dirigida a población de etnia gitana, se presentó el [estudio comparativo entre los resultados de la Encuesta Nacional de Salud dirigidas a la población general y a la población de etnia gitana](#)⁶, que concluyen que existen desigualdades en salud en la comunidad gitana y que muchas tienen su origen en sus determinantes sociales.

Este estudio evidencia un claro gradiente social de salud y que la población gitana presenta peores resultados en muchos de los indicadores. No sólo al compararla con los grupos sociales en mejor situación socioeconómica sino también con los grupos en peor situación.

Las recomendaciones que se derivan de este estudio comparativo así como las prioridades de las áreas de intervención, han sido trabajadas dentro del grupo de salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano (CEPG) en el que participan activamente expertos y representantes de la comunidad gitana. Sus resultados han sido la base para la elaboración, gracias al conocimiento real de las necesidades, del área de salud del Plan de acción para el desarrollo del pueblo gitano cuyo objetivo no es otro que promover la equidad.

También en 2009, se ha seguido trabajando en el proyecto “*Salud y comunidad gitana, análisis de la situación en Europa*”, puesto en marcha en 2007 y cuyo objetivo es analizar la situación de salud de la comunidad gitana en Europa. Este proyecto

⁵ Ciudades saludables del siglo XXI.

[\[http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/ciudadesSaludables/ciudadSalud.htm\]](http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/ciudadesSaludables/ciudadSalud.htm)

⁶ Estudio comparativo de las Encuestas Nacionales de Salud a la población gitana y población general de España.

[\[http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Diptico_MSsanidad.pdf\]](http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Diptico_MSsanidad.pdf)

financiado por la Dirección General de Sanidad y Consumo de la Unión Europea (DG-SANCO) y promovido por la Fundación Secretariado Gitano (FSG), se ha desarrollado en siete países: Bulgaria, Eslovaquia, España, Grecia, Portugal, República Checa, y Rumania, tomando como modelo el trabajo realizado en España dentro del Acuerdo de Colaboración entre el entonces Ministerio de Sanidad y Política Social y la FSG. En octubre de 2009, se celebró en la sede del Ministerio un Seminario Internacional sobre “[Salud y Comunidad Gitana, análisis de la situación en Europa](#)”⁷, en el que se presentaron los resultados más relevantes del proyecto así como las recomendaciones y propuestas de acción derivadas de su análisis.

Estas recomendaciones consensuadas deben servir para reorientar las acciones y políticas, a nivel nacional y europeo, de manera que tiendan a fomentar la equidad en salud y a crear una sociedad más inclusiva.

Disminución de las desigualdades en salud en la población inmigrante

En 2009, se ha seguido participando en el [Área de Salud del Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración \(2007-2010\)](#)⁸, en el que se plantean las estrategias necesarias para que el acceso al sistema sanitario público y a la asistencia sanitaria sea equitativo, y contribuya a la integración de los inmigrantes y a su plena participación en la sociedad de acogida.

Teniendo en cuenta que nuestra sociedad es una sociedad globalizada y que las personas cada vez viajan más, hay nuevos fenómenos importantes de abordar desde el punto de vista de la salud pública. En este sentido, en 2009, se han publicado [tres estudios](#)⁹:

- *“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”.*
- *“Informe sobre estrategias básicas para el abordaje de las enfermedades infecciosas en inmigrantes, viajeros e inmigrantes viajeros”.*

Otro de los proyectos realizados en salud y población migrante en 2009, ha sido la elaboración de una herramienta para la evaluación de la competencia cultural de instituciones y profesionales sanitarios. Este proyecto tiene por objeto determinar, por consenso, cuáles serían las competencias culturales que permitirían atender a la población inmigrante conforme a las mejores prácticas disponibles.

En el ámbito internacional se continuó participando en el proyecto AMAC (Assessing Migrants and Communities: Analysis of Social Determinants of Health and Health Inequalities). Este es un proyecto co-financiado por la Dirección General de la Unión Europea y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), para

⁷ Nota de prensa: siete países europeos ponen en común por primera vez información sobre la salud del pueblo gitano. [<http://www.msps.es/gabinetePrensa/notaPrensa/ desarrolloNotaPrensa.jsp?id=1655>]

⁸ Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración. [http://www.mtin.es/es/sec_emi/IntegraInmigrantes/PlanEstrategico/index.htm]

⁹ Migración y salud – Ministerio de Sanidad y Política Social (diferentes estudios). [<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/migracion/migracion.htm#viajeros>]

evaluar la relación y puntos comunes entre distintos proyectos que se están desarrollando, en los distintos países miembros, en el área de migración y salud.

En septiembre de 2009, tuvo lugar la Conferencia final del proyecto donde fueron presentadas las prioridades de salud elegidas para la presidencia española en la UE en el 2010, ya que la prioridad de reducir las desigualdades en salud y monitorizar los determinantes sociales de la salud guarda una estrecha relación con este proyecto. El proyecto propone el enfoque de “*Salud en todas las políticas*”, es decir, que la salud sea transversal y se trabaje, y que se fomente la participación comunitaria, tanto en la planificación como en el desarrollo de las estrategias de integración. También señala, que se deben desarrollar políticas que mejoren el acceso a los sistemas de salud para conseguir equidad en salud para toda la población.

7.2 Disminuir las desigualdades en salud en la población penitenciaria

El objetivo de la sanidad penitenciaria es mejorar la salud de las personas que se encuentran en el sistema penitenciario, sin que el cumplimiento de una condena de privación de libertad sea un condicionante para que esa salud sufra ningún deterioro, como recoge la [Ley General Penitenciaria y su Reglamento](#)¹⁰ y todas las [recomendaciones de Consejo de Europa](#)¹¹. Los servicios de sanidad penitenciaria deben mantener los mismos estándares de calidad que el Sistema Nacional de Salud garantiza en la comunidad extrapenitenciaria.

En nuestro país, la legislación establece que la autoridad sanitaria sobre el cuidado de la salud física y mental de los ingresados en prisión, así como en el mantenimiento de unas adecuadas condiciones de higiene y salubridad de los establecimientos, la tiene la Administración Penitenciaria. Esta es parte del “*conjunto de los servicios de salud de la administración del Estado y de los servicios de salud de las comunidades autónomas*” según la [Ley General de Sanidad](#)¹². Por su parte la [Ley de Calidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud \(SNS\)](#)¹³, refuerza la idea de vincular la sanidad penitenciaria integrándola en el SNS a través de los servicios autonómicos de salud.

La corresponsabilidad entre la administración penitenciaria y las administraciones sanitarias establecida en la legislación, se ha visto en los últimos años plasmada en distintos convenios de colaboración entre los servicios de salud de las comunidades autónomas y el Ministerio de Interior, que permite que la población reclusa reciba fuera de los centros, en similares condiciones que el resto de la población, la atención especializada y hospitalaria que precisa.

¹⁰ Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria.

[<http://www.judicatura.com/Legislacion/0096.pdf>]

¹¹ Council of Europe Committee of Ministers (1998). Recommendation No R (98) 7 of the Committee of Minister to member States concerning ethical and organizational aspects of health care in prison. Strasbourg, Council of Europe.

[<https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=530914&SecMode=1&DocId=463258&Usage=2>]

¹² Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

[http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/Ley_14_86_GRAL_SANIDAD_1.pdf]

¹³ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

[http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/LEY_COHESION_Y_CALIDAD.pdf]

La autoridad sanitaria penitenciaria recae en la Coordinación de Sanidad, que es una unidad central responsable de la organización de todos los servicios asistenciales periféricos existentes en cada centro penitenciario, y que depende de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, encargada de administrar todos los centros penitenciarios españoles salvo los de la comunidad autónoma de Cataluña, que tiene transferida esa competencia.

Población atendida

La población penitenciaria es una población, en su mayoría, de colectivos sociales desfavorecidos y joven, la mayoría de los internos tienen una edad comprendida entre los 20 y los 40 años. En su mayor parte son hombres de nacionalidad española, aunque la proporción de personas de otras nacionalidades ha aumentado considerablemente en los últimos años, llegando al 35% en el año 2008. El nivel de estudios es bajo, la mayoría no ha terminado la formación básica, y la cualificación laboral de este colectivo es escasa. La mayor parte de los internos ingresó en prisión por primera vez a una edad temprana y es significativo el número de reincidentes, cercano al 40%.

En diciembre de 2008 la sanidad penitenciaria prestaba servicios a 73.558 internos en centros penitenciarios distribuidos por toda España. Del total de reclusos 54.746 (76%) eran penados y 17.849 (24%) preventivos, 92% hombres y 8% mujeres (Tabla 7.2).

Comunidad Autónoma	Hombres	Mujeres	Total Internos
Andalucía	15.391	1.244	16.635
Aragón	2.416	141	2.557
Asturias	1.493	130	1.623
Baleares	1.951	139	2.090
Canarias	2.983	314	3.297
Cantabria	761	19	780
Castilla y León	6.807	624	7.431
Castilla-La Mancha	2.320	33	2.353
Comunidad Valenciana	6.588	617	7.205
Extremadura	1.379	58	1.437
Galicia	4.793	291	5.084
Madrid	8.069	1.310	9.379
Murcia	888	91	979
Navarra	244	21	265
País Vasco	1.285	120	1.405
La Rioja	391	23	414
Ceuta	279	36	315
Melilla	258	10	268
TOTALES	67.608	5.950	73.558
Fuente	Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.		

Actividad asistencial

Entre los objetivos de la sanidad penitenciaria, además de la integración efectiva con los servicios autonómicos de salud, está el diseño de un Plan Estratégico de Calidad, capaz de establecer las directrices de una asistencia armonizada con cada uno de los servicios

autonómicos de salud, según un modelo de progresiva convergencia en los procesos asistenciales penitenciarios y extrapenitenciarios.

En 2008, se contabilizaron 8.187 ingresos en las camas de los centros penitenciarios. La estancia media de esos ingresados fue de 79 días. Se practicaron a los internos a lo largo del año 26.190 estudios radiológicos, el 70,37% de ellos en los propios centros penitenciarios. Se remitieron 112.619 muestras para análisis a los laboratorios de referencia.

Las consultas de atención especializada fueron 142.464, de las cuales 92.760 tuvieron lugar en el interior de los centros penitenciarios y 52.711 en centros sanitarios de la red pública, precisando la excarcelación del paciente para asistir a la consulta (Tabla 7.3).

Especialidad	Nº de consultas		
	Centro	Exterior	Total
Odontología	46.264	2.198	48.462
Psiquiatría	28.182	1.197	29.379
Traumatología	622	7.966	8.588
Ginecología y obstetricia	4.248	1.994	6.242
Óptico	6.781	459	7.240
Enfermedades infecciosas	3.268	2.698	5.966
Medicina Interna	2.058	1.729	3.787
Cirugía	243	5.519	5.760
Digestivo	215	3.085	3.300
Dermatología	824	2.257	3.81
Oftalmología	0	3.438	3.438
Otorrinolaringología	0	2.988	2.988
Urología	0	2.463	2.463
Cardiología	0	1.642	1.642
Neurología	0	1.532	1.532
Endocrinología	8	1.143	1.143
Neumología	0	821	821
Rehabilitación	0	1.646	1.646
Nefrología	0	425	425
Reumatología	1	319	320
Otras consultas	46	7.192	7.238
Total	92.760	52.711	142.464
Fuente	Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.		

En cuanto a procedimientos diagnósticos o terapéuticos se realizaron 7.897 salidas para pruebas diagnósticas o terapéuticas, y se practicaron 7.624 sesiones de rehabilitación, 5.978 de ellas en el gimnasio del Centro Penitenciario Madrid-VI, 324 intervenciones de cirugía ambulatoria, 363 sesiones de radioterapia y 983 sesiones de hemodiálisis.

Durante el año 2008 también se han producido 4.797 ingresos en hospitales públicos con una frecuentación de 79,3 ingresos / 1000 internos y año, y 4.812 altas con una estancia media de 7,0 días. Diariamente han estado ingresados un promedio de 92,9 internos. Las causas más frecuentes de ingreso hospitalario han sido las enfermedades del aparato digestivo (19,99%), seguidas de la infección por el VIH y enfermedades asociadas (VIH+TBC) con el 16,7% de las altas. La elevada proporción de ingresos por enfermedades digestivas se explica en parte por la alta prevalencia de infección por virus de la hepatitis C (estimada en un 27% de los internos en 2008) (Tabla 7.4).

Tabla 7.4 Ingresos hospitalarios según grupos de patología. Año 2008.

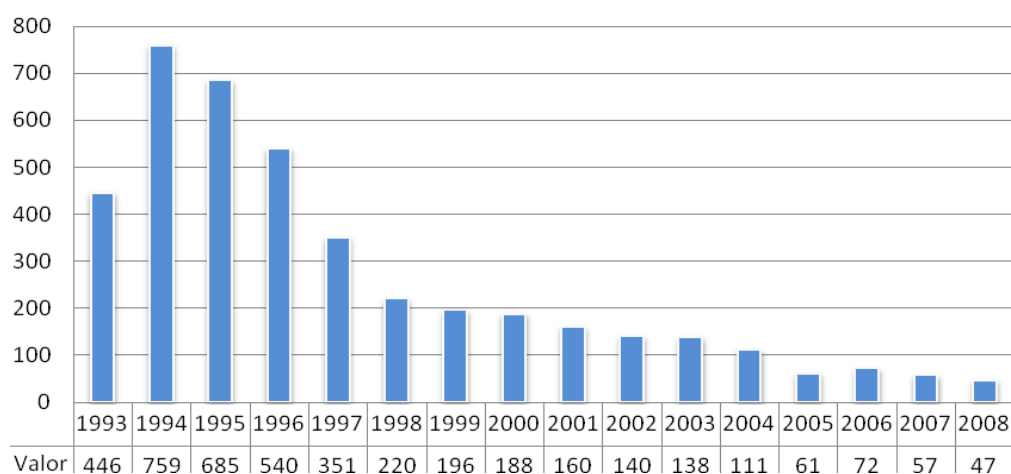
DIAGNÓSTICO	Altas 2008	Estancia media
Enf. del aparato digestivo	962	4,4
Infección por VIH	806	5,0
- Infección por VIH sin TBC	744	4,5
- Infección por VIH mas TBC	62	11,1
Enf. del aparato respiratorio	413	9,7
Enf. del sistema circulatorio	295	7,8
Lesiones y envenenamientos	263	6,7
Enf. osteomioarticulares o tejido conectivo	224	5,6
Traumatismos y quemaduras	201	7,9
Trastornos mentales	166	11,1
Causas obstétricas	161	3,7
Síntomas, signos y estados mal definidos	141	7,5
Enf. sistema nervioso y org. de los sentidos	135	12,3
Enf. Otorrinolaringológicas	130	3,9
Enf. aparato genito-urinario	122	8,4
Enf. de la piel y tejido celular subcutáneo	116	4,0
Enf. Endocrinas, metabólicas e inmunitarias	87	10,3
Enfermedades infecciosas y parasitarias	84	7,7
Envenenamiento accidental por drogas	60	5,1
Tbc sin infección por VIH	47	12,0
Enf. Oftalmológicas	45	5,1
Enf. de la sangre y org. hematopoyéticos.	38	9,1
Enf. de la cavidad oral, salivares y maxilares	28	6,0
Enf. Ginecológicas	26	5,1
Desconocido	10	19,2
TOTAL	4.812	7,0
Fuente	Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.	

Incidencia y evolución de las enfermedades más prevalentes

La asistencia que se presta en prisión es a los colectivos sociales más desfavorecidos, que suelen estar alejados de los circuitos tradicionales de asistencia sanitaria. Enfermedades transmisibles de gran impacto social como la tuberculosis, la inmunodeficiencia adquirida, enfermedades de transmisión sexual, las hepatitis virales, la drogadicción y sobre todo los trastornos mentales, tienen una marcada relación con la marginalidad.

El promedio de internos con infección por VIH conocida en 2008 ha sido de 7,8%, lo que confirma la línea descendente de los últimos años. Se han diagnosticado 47 casos de SIDA, que indica también una tendencia claramente descendente desde 1995. La edad media de los casos notificados en 2008 es de 40,7±6,8 años, la más alta observada desde que se inició el registro (Figura 7.1).

Figura 7.1 Casos de SIDA diagnosticados en instituciones penitenciarias según año de diagnóstico. Periodo 1993-2008.

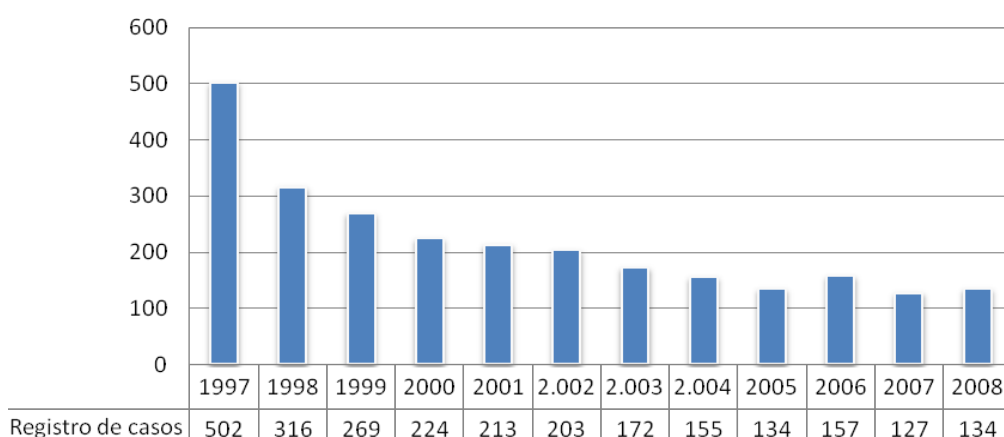


Observaciones Los datos pueden variar respecto a ediciones previas por retraso en la notificación y ser actualizados anualmente.

Fuente Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.

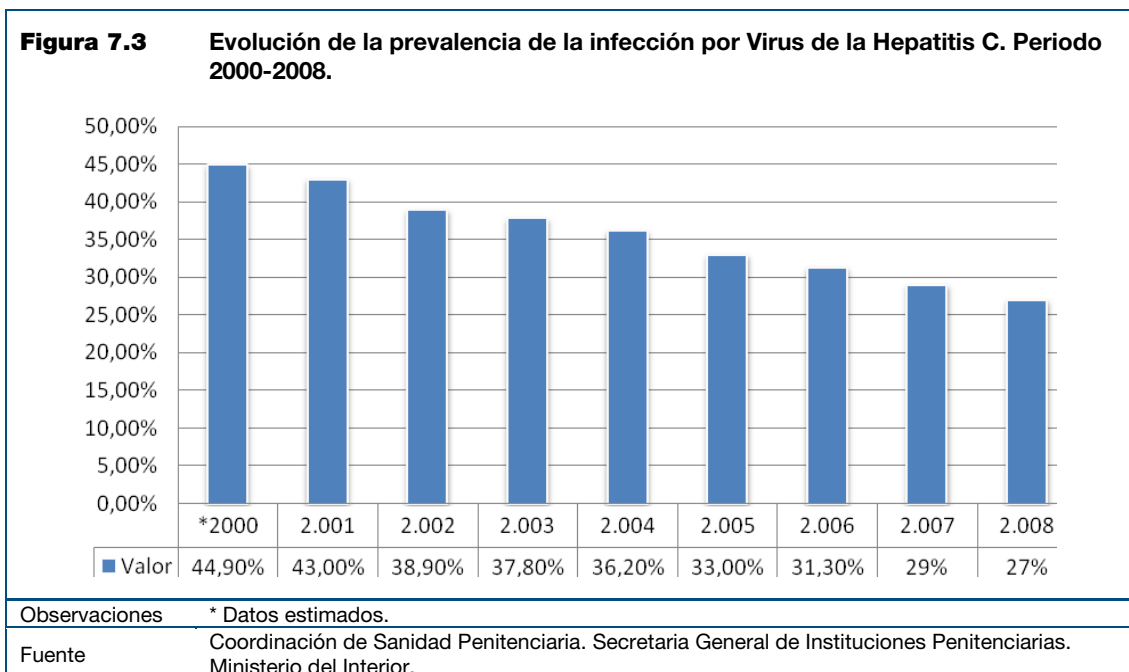
En 2008 se observa un incremento de los casos de tuberculosis con relación al año anterior aunque la tasa de incidencia se mantiene igual que en 2007 (2,2 casos de tuberculosis por cada mil internos ingresados). La edad media de los casos de tuberculosis ($38,8 \pm 8,9$ años) es la más alta observada desde que se inició el registro (Figura 7.2). Por ello tienen especial relevancia las acciones sanitarias establecidas en el Programa de prevención y control de la tuberculosis en el medio penitenciario. El promedio diario de internos en tratamiento por enfermedad tuberculosa ha sido de 107, y el promedio diario de internos en quimioprofilaxis ha sido de 341.

Figura 7.2 Evolución del número de casos de tuberculosis. Periodo 1997-2008.



Fuente Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.

El promedio de internos con infección por virus de la hepatitis C conocida, en 2008, ha sido del 27%, siguiendo la tendencia descendente de los últimos años. El promedio de personas en tratamiento para la hepatitis C crónica en 2008 fue de 490 (Figura 7.3).



La asistencia a los internos con algún tipo de trastorno mental es el problema de salud pública más importante dentro de la sanidad penitenciaria. Los últimos estudios epidemiológicos realizados en cárceles españolas indican una presencia de hasta un 40% de población reclusa con algún tipo de trastorno mental, de ellos, aproximadamente la mitad, presentan problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y hasta un 4% un trastorno mental grave.

Un caso distinto es el de los internos con una enfermedad mental a consecuencia de la cual, cometieron un delito del que han sido declarados inimputables, pero sentenciados a cumplir una medida de seguridad que impone un tratamiento de su dolencia en un centro adecuado. Ello implica la necesidad de una buena coordinación entre las distintas administraciones implicadas en el cumplimiento de esta medida, la judicial, la socio-sanitaria de la comunidad de origen del enfermo y la penitenciaria, lo que dificulta en muchos casos que se pueda llegar a un resultado eficiente de la respuesta social a esta situación. Para analizar este problema, la Administración penitenciaria ha propuesto la creación de grupos de trabajo en las comunidades autónomas, con representantes de cada una de las administraciones implicadas, y representantes de las organizaciones de familiares y enfermos mentales. Actualmente se trabaja en las comunidades de Madrid, País Vasco, Aragón, Andalucía, Castilla- La Mancha y Baleares.

Prestación farmacéutica

La compra, almacenamiento y distribución de los fármacos que se prescriben a los internos en todos los centros, son a cargo del presupuesto sanitario de instituciones penitenciarias. Los centros penitenciarios con un capacidad entre 1.100 internos y 1.800, disponen de un servicio de farmacia hospitalaria.

El conjunto del gasto farmacéutico dentro de los presupuestos generales de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias supone un porcentaje elevado. Por este motivo, desde hace años, se ha puesto en marcha un sistema de evaluación y mejora continua de los sistemas de adquisición y control del uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, con el objeto de hacerlo lo más eficiente posible. Existe una relación de productos farmacéuticos cuya adquisición se efectúa de manera centralizada a través de la Coordinación de Sanidad Penitenciaria, que en general son aquellos que representan el mayor volumen de gasto en el sistema penitenciario: antirretrovirales, vacunas de la hepatitis A, B, A+B y gripe, neurolépticos atípicos (olanzapina y risperidona), interferones y ribavirina.

El gasto total farmacéutico (fármacos centralizados enviados a los centros penitenciarios y adquisiciones efectuadas directamente por los centros penitenciarios) durante el año 2008 ascendió a 52.255.638,74 € (Tabla 7.5).

Gasto adquisición directa centros penitenciarios	14.440.794,53
Consumo adquisición centralizada	3.814.844,21
Número de internos	60.674 (60.424 sin Navarra)
Gasto total	52.255.638,74
% adquisición directa/nºinternos	19,83
% adquisición centralizada/nºinternos	52,15
% gasto total/ nº internos	71,98
Observaciones	Cifras en euros.
Fuente	Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.

Organización

En cada centro penitenciario existen módulos específicos de enfermería, en los que existen, despachos para consulta, sala de curas, depósito de farmacia y un número variable de camas para enfermos que precisen una mayor vigilancia. Todos ellos están dotados de los medios técnicos precisos y de material e instrumental adecuado. En los módulos residenciales de los internos existen también salas de consulta médica.

El personal sanitario incluye médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, técnicos en radiodiagnóstico y farmacéuticos. La atención prestada corresponde a los cuidados de primer nivel, equiparable por lo tanto a los que se dispensa en los centros de salud de atención primaria. Igual que en estos centros, los profesionales se organizan en equipos de atención primaria.

En lo que respecta a la atención especializada y hospitalaria propiamente dicha, queda integrada en los dispositivos de la red sanitaria pública, mediante consulta ambulatoria y a través de las denominadas Unidades de Acceso Restringido (UAR),

construidas por la Institución penitenciaria en los hospitales de referencia de los centros penitenciarios. Estas dependencias permiten garantizar una atención adecuada al enfermo ingresado en condiciones de seguridad tanto para el personal hospitalario como para el resto de los usuarios del sistema sanitario.

La administración penitenciaria dispone además de dos hospitales psiquiátricos, situados en Alicante y Sevilla, destinados al cumplimiento de medidas de seguridad privativas de libertad, acordadas en procesos penales para enfermos mentales con alto riesgo de conducta violenta.

La atención sanitaria que se presta en los centros penitenciarios contempla tanto actividades asistenciales como preventivas, rehabilitadoras, médico-legales y de urgencia, que se basan en una cartera de servicios básica sustentada en una serie de programas específicos:

- Prevención y control de la infección VIH-Sida.
- Prevención y control de la tuberculosis.
- Prevención y control de otras enfermedades de transmisión parenteral y sexual.
- Programas de intervención con drogodependientes.
- Prevención y educación para la salud.
- Mantenimiento con metadona.
- Deshabitación en módulos terapéuticos.
- Programa de reincorporación social.
- Programa Promoción de la salud, higiene, y salud medioambiental.
- Programa de atención integral a enfermos mentales (PAIEM).

Debe hacerse una especial mención a la colaboración con instituciones internacionales: recientemente, la [oficina europea de la OMS](#)¹⁴ ha solicitado a la administración española que España, país miembro de su red de sanidad penitenciaria desde 2004, se incorpore ahora como uno de los países del grupo rector (Steering Group) de esta organización internacional (Health in Prison Project. HIPP). Este grupo formado por representantes de administraciones sanitarias penitenciarias de la Unión Europea, se estableció en 2003 y promueve acciones de cooperación y mejora, haciendo recomendaciones a los gobiernos sobre buenas prácticas en sanidad penitenciaria desde el seno de la Oficina Europea de la OMS.

7.3 Disminuir las desigualdades de género y salud

Las cuestiones de género interesan de manera creciente pero su estudio ha estado alejado de las ciencias de la salud, que se han ocupado fundamentalmente de la biología y, por tanto, de los aspectos de la salud ligados al sexo, no al género.

En este sentido, [la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres](#)¹⁵, recoge en varios de sus artículos los ejes de actuación en educación, investigación y salud. Señala que las administraciones públicas, a través de los

¹⁴ World Health Organization. Prisons and health. [<http://www.euro.who.int/prisons>]

¹⁵ Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. [http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2007/06115]

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, así como de los registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información clínica, según se indica en el Art. 27 de dicha Ley.

Estrategias de salud en procesos asistenciales y perspectiva de género

El objetivo esencial de estas estrategias es asegurar una atención sanitaria de excelencia, más personalizada, más centrada en las necesidades particulares de la ciudadana o ciudadano que acude a los servicios del SNS. Por tanto, resulta necesario centrar esfuerzos en apoyar a los profesionales en todo aquello que contribuya a favorecer esa excelencia clínica.

El *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*¹⁶ plantea como acciones prioritarias para el fomento de la equidad, promover el conocimiento sobre las desigualdades de género en salud y fortalecer el enfoque de género en las políticas sanitarias.

En este sentido, durante 2009 se ha continuado colaborando 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 dónde las relaciones de género se tornan en desigualdades que pudieran conducir a inequidades en el acceso y utilización de servicios sanitarios entre mujeres y hombres, y así, proponer dentro de cada línea estratégica, objetivos y recomendaciones en aquellas cuestiones encaminadas a reducir las desigualdades en salud (Plan de Calidad. Estrategia 4. Objetivo 4.1).

Violencia de género

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, encomendó la elaboración del [Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género](#)¹⁷, como marco común de actuación en el cual todos los actores implicados en la lucha contra la violencia de género comparten

¹⁶ Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

[<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad.htm>]

¹⁷ Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género.

[<http://213.27.203.194/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadervalue1=inline&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1244651908207&ssbinary=true>]

conceptos y objetivos básicos, señalando el papel prioritario de las administraciones públicas.

Este Plan Nacional integra 7 ejes estratégicos (justicia, seguridad, salud, servicios sociales, información, educación y comunicación), complementados por otros 5 ejes transversales comunes (investigación y estudio, formación y especialización de profesionales, sensibilización social, coordinación, evaluación y seguimiento).

En este mismo sentido, la [Comisión contra la violencia de género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud \(CISNS\)](#)¹⁸, desde su constitución en septiembre de 2004, se articula como órgano colegiado (comunidades autónomas, MSPSI y Delegación del Gobierno contra la violencia de género) que apoya técnicamente al CISNS en materia de violencia de género y orienta la planificación de las medidas sanitarias contempladas en el capítulo III de la Ley Orgánica 1/2004. Esta comisión evalúa y propone aquellas medidas necesarias para la aplicación del [Protocolo común sanitario sobre violencia de género](#)¹⁹ y cualesquiera otras que se estimen precisas para que el sector sanitario contribuya a la erradicación de esta forma de violencia.

Durante 2009, se elaboró y presentó el *Informe anual violencia de género 2008*²⁰. El Informe consta de un análisis de situación y una descripción de la violencia de género como problema de salud pública.

En el informe se incluyen datos relativos a la tendencia de evolución del índice epidémico de homicidios por violencia de género en España, en el periodo 2003-2008, así como frecuencias y tasas de mortalidad ajustadas por edad ([Figura 7.4](#)). También se aporta un estudio geográfico por provincias y comunidades autónomas ([Tabla 7.6](#)), en el periodo 1998-2008, con un breve descriptivo sobre algunos de los colectivos de mujeres en situación de especial vulnerabilidad ante la violencia de género, desarrollando datos desagregados por edad y país de origen de las mujeres.

¹⁸ Ministerio de Sanidad y Política Social – Violencia contra las mujeres.

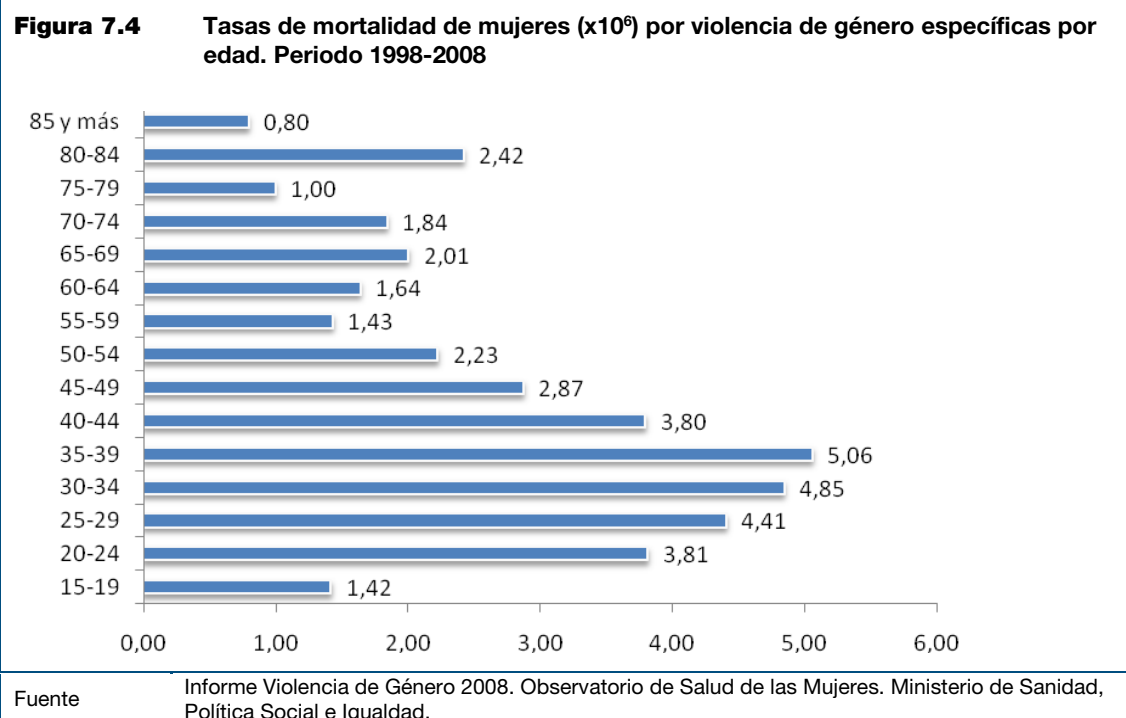
[\[http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t03b.htm\]](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t03b.htm)

¹⁹ Protocolo común sanitario sobre la violencia de género.

[\[http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf\]](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf)

²⁰ Informe anual Violencia de Género 2008.

[\[http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeViolenciaGenero2008/General.pdf\]](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeViolenciaGenero2008/General.pdf)



La distribución observada de las tasas de mortalidad por violencia de género, permite identificar diferencias en las tasas tanto a nivel provincial como por comunidades autónomas. En el estudio por grupos de edad, se observa que las mujeres de edades comprendidas entre 21 y 50 años son las de mayor riesgo individual de morir por esta causa.

Tabla 7.6 Tasas de mortalidad por violencia de género ajustadas por edad y CCAA. Año 2008 (1998-2008).

CCAA	Casos	Tasas x 10 ⁶ (IC 95 %)	CCAA	Casos	Tasas x 10 ⁶ (IC 95 %)
Andalucía	124	3,34	Extremadura	8	1,52
Aragón	16	2,50	Galicia	29	1,60
Asturias	13	2,50	Madrid	83	2,30
Baleares	23	4,63	Murcia	24	3,10
Canarias	47	4,50	Navarra	10	3,23
Cantabria	6	2,21	País Vasco	18	1,45
Castilla-La Mancha	28	3,27	La Rioja	5	2,27
Castilla y León	32	2,57	Ceuta	1	2,94
Cataluña	88	2,51	Melilla	2	6,42
Comunidad Valenciana	80	3,47			

Fuente Informe Violencia de Género 2008. Observatorio de Salud de las Mujeres. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Los resultados de la primera experiencia piloto para la recogida de datos de los [Indicadores comunes sobre casos de violencia de género detectados y atendidos en el Sistema Nacional de Salud](#)²¹ ponen de relieve la gran variedad de fuentes de información

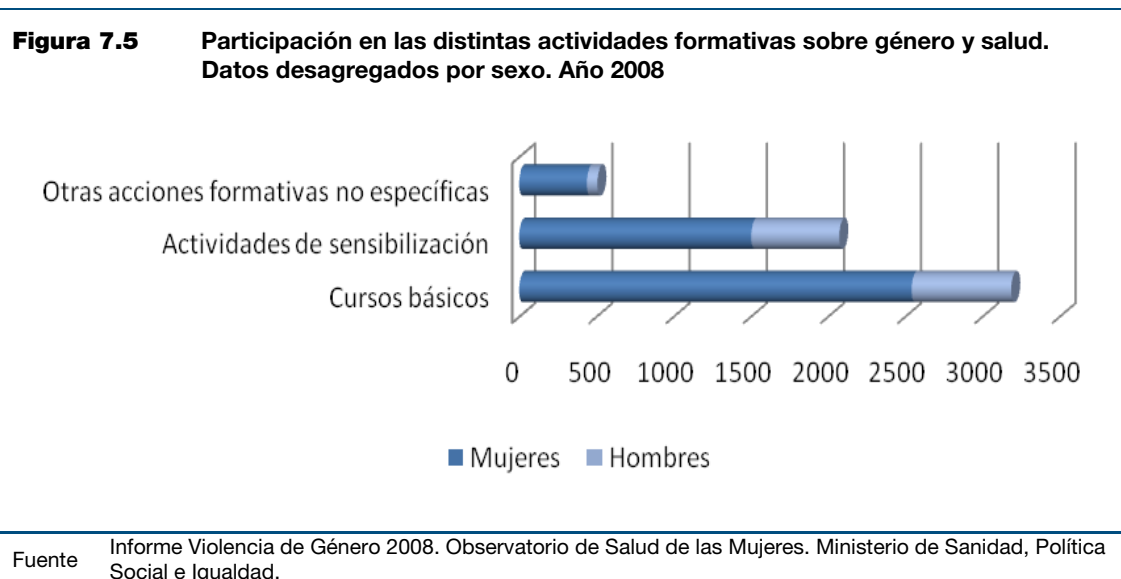
²¹ Indicadores comunes: atención sanitaria ante la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/A4ViolIndicadoresDef.pdf>

existentes para la identificación de casos en los servicios sanitarios, y la heterogeneidad de las codificaciones posibles de los mismos en los sistemas de información sanitaria actuales (atención primaria y especializada).

La formación sanitaria en materia de violencia de género, se realiza a través de los programas de formación continuada que los servicios sanitarios desarrollan en las comunidades autónomas, siguiendo los [criterios de calidad aprobados por el Consejo Interterritorial para la formación básica de profesionales de los servicios sanitarios](#)²². Según datos de 2008, un total de 5.766 profesionales acudieron a las actividades de formación, durante los que se impartieron 5.808 horas lectivas para un total de 430 actividades formativas. En atención primaria es donde mayor número de actividades y horas lectivas han tenido lugar.

La sensibilidad a las cuestiones relacionadas con género y salud y no simplemente el hecho de ser las mujeres el segmento de población profesional más numeroso, siguen siendo cuestiones para la reflexión y estudio sobre la participación en este tipo de formación (Figura 7.5).

Todas las comunidades y ciudades autónomas han puesto en marcha sus propios protocolos de actuación ante la violencia de género o han implantado el Protocolo común del SNS. Así mismo, se dan en todas ellas cursos sobre violencia de género dirigidos a profesionales sanitarios y se han organizado jornadas de sensibilización y distribución de material divulgativo para dar a conocer dichos protocolos. En la [Tabla 7.7](#) se relacionan las actuaciones más destacadas llevadas a cabo en cada comunidad y ciudad autónomas.



²² Criterios de calidad para la formación básica de profesionales: Atención sanitaria ante la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud. [\[http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/A4ViolCriteriosDef.pdf\]](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/A4ViolCriteriosDef.pdf)

Tabla 7.7 Protocolos de actuación sanitaria ante la violencia de género en las comunidades y ciudades autónomas. Año 2009.

CCAA	PROTOCOLOS
Andalucía	Elaboración y desarrollo del protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género (2009).
Aragón	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración y desarrollo del protocolo interinstitucional para la prevención de la violencia de género y atención a las víctimas (2009). - Implantación de la Guía de atención sanitaria a la mujer víctima de violencia doméstica (2005).
Asturias	Desarrollo del protocolo sanitario para mejorar la atención a las mujeres víctimas de violencia de género (2007).
Baleares	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración y desarrollo de protocolo de actuación sanitaria ante la violencia de género (2009). - Elaboración y desarrollo del protocolo de actuación interinstitucional ante la violencia de género (2009). - Evaluación de la atención primaria y de la atención en salud mental a las víctimas de la violencia de género (2009).
Canarias	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo del protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico (2004). - Evaluación del protocolo y de la formación en violencia de género del personal de atención primaria (2009).
Cantabria	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo del protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos (2ª ed.2007). - Elaboración y desarrollo del programa de formación para el abordaje de la violencia contra las mujeres en los servicios de salud (2009). - Desarrollo del proyecto de prevención y sensibilización de la violencia de pareja como problema de salud en centros educativos (2009).
Castilla y León	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo del protocolo de actuación en atención primaria para mujeres víctimas de malos tratos (2003). - Elaboración de una guía de práctica clínica para la detección y atención de las víctimas de violencia de género (2009 – 2010). - Seguimiento del cribado de mujeres mayores de 14 años sobre violencia de género (iniciado en 2008). - Elaboración de la guía resumida de atención a la violencia de género para profesionales de la salud (iniciado en 2008).
Castilla-La Mancha	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo del protocolo de actuación en atención primaria para mujeres víctimas de malos tratos (2005). - Desarrollo del programa de teleasistencia móvil para víctimas de violencia de género. - Desarrollo del programa “Equalitas” para la conciliación de la vida laboral, familiar y personal a través de la atención y cuidados de los hijos e hijas de las mujeres residentes o ex - residentes en la casa de acogida de Talavera de la Reina. - Desarrollo del programa “Vitrubio” de colaboración entre el Instituto de la Mujer y el Colegio de psicólogos para la prevención de la violencia de género y la intervención con hombres que la ejercen física y/o psicológicamente.
Cataluña	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración y desarrollo del protocolo para el abordaje de la violencia hacia las mujeres en el ámbito de la salud en Cataluña (2009). - Elaboración y desarrollo del programa de atención integral a mujeres africanas que sufren o han sufrido violencia de género (2009). - Elaboración y desarrollo del programa de intervención psicológica grupal con mujeres en situación de violencia machista en el ámbito de la pareja (2009). - Elaboración y desarrollo del programa de actuación sanitaria ante la violencia de género dirigidos a hijos e hijas de mujeres que sufren violencia de género (2009).
Comunidad Valenciana	Desarrollo del protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género (2008).
Extremadura	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo del protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género SNS (iniciado en 2007). - Desarrollo del proyecto “Pilar” para la atención en situación de emergencia y la atención psicológica en un único servicio (iniciado en 2008). - Desarrollo del proyecto “Daphne III” dirigido a profesionales que trabajan en el medio rural para mejorar la prevención y atención a las víctimas y personas en situación de riesgo (iniciado en 2008). - Actualización del protocolo inter - departamental para la erradicación de la violencia de género (2009). - Desarrollo del programa de intervención psicológica con menores y con hijos e hijas de

	víctimas de violencia de género (2009). - Desarrollo del programa de sensibilización en violencia de género para mujeres inmigrantes (2009).
Galicia	Elaboración de la Guía técnica del proceso de atención a las mujeres en situación de violencia de género (2009).
Madrid	- Elaboración de la Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres (2007). - Elaboración de la Guía breve de actuación en atención primaria (2008). - Elaboración de la Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres (2008).
Murcia	- Desarrollo del protocolo para la detección y atención de la violencia de género en atención primaria (iniciado en 2007). - Desarrollo del plan integral de formación en violencia de género (2009).
Navarra	- Desarrollo del protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género del SNS (2007). - Desarrollo del protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos domésticos, físicos, psicológicos y/o agresiones sexuales (vigente en la actualidad).
País Vasco	- Desarrollo del protocolo sanitario ante malos tratos domésticos (2000). - Desarrollo del protocolo sanitario ante el maltrato en el ámbito doméstico y la violencia sexual contra las mujeres (2008). - Desarrollo del IV plan para la igualdad de mujeres y hombres (2006 – 2010).
La Rioja	Revisión del protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género del SNS (2009).
Ceuta y Melilla	- Desarrollo del protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género del SNS (iniciado en 2007). - Elaboración de la Guía de recursos disponibles en la ciudad autónoma de Ceuta (2009).
Fuente	Incluye la información remitida por las comunidades autónomas e INGESA al cierre del presente informe

El análisis de políticas públicas sobre violencia de género en el nivel internacional, sobre un total de 23 países de Europa y 14 de América Latina, ha identificado algunas medidas relacionadas con la detección temprana de la violencia como en el caso de España, Portugal, Suecia, Reino Unido y Noruega. Estos dos últimos países prestan especial atención a colectivos de especial vulnerabilidad como las mujeres embarazadas.

De la totalidad de planes específicos de violencia de género analizados (n=20) sólo 6 países de Europa (Turquía, Reino Unido, Polonia, Portugal, España y Suecia) y 6 de América Latina (Bolivia, Chile, El Salvador, Honduras, México y Nicaragua), mencionan la importancia del desarrollo de medidas para la identificación de mujeres en situación de maltrato en el ámbito sanitario.

Por otra parte, son de señalar las propuestas del Centro de Prevención y Control de Enfermedades de Georgia (CDC) de Atlanta y la Organización Panamericana de la Salud sobre la importancia de la vigilancia epidemiológica de la violencia de género, y las recomendaciones sobre el registro de información cuantitativa relacionada con las características sociodemográficas de las mujeres que sufren violencia de género, sus agresores, las características y frecuencia del maltrato y las consecuencias del mismo para la salud de las mujeres (física y psicológica). También debe resaltarse la importancia de las características de la atención sanitaria necesaria que facilitan la construcción de indicadores útiles para la evaluación del impacto y resultados de las estrategias e intervenciones desarrolladas en los diferentes países.

Por último, debe destacarse el [Real Decreto 924/2009, de 29 de mayo](#)²³, que regula la concesión directa de subvenciones para la implementación de las Estrategias del SNS a las comunidades autónomas e INGESA en el que se incluye un crédito global de 4 millones de euros para la prevención de la violencia de género, repartidos de forma proporcional a la población de cada territorio según los últimos datos del padrón

²³ Real Decreto 924/2009, de 29 de mayo [<http://www.boe.es/boe/dias/2009/06/16/pdfs/BOE-A-2009-9982.pdf>]

municipal publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) según Real Decreto 2124/2008, de 26 de diciembre.

Encuesta nacional de salud sexual

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, a través del eje sobre fomento de la equidad del Plan de Calidad del SNS, contempla “Realizar una encuesta para generar conocimiento sobre la salud sexual en mujeres y hombres útil para identificar las necesidades de información y atención sanitaria existente”, ya que es un campo en el que existe escasa información.

Para llevar a cabo este proyecto se firmó un convenio de colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Para el diseño del cuestionario se constituyó un grupo de trabajo ad hoc con organizaciones y personas expertas y se aplicaron mediante 9.850 entrevistas personales en los domicilios. Los puntos de muestreo fueron 789 municipios y 52 provincias.

Asimismo, se repasaron las principales fuentes de información en el ámbito estatal e internacional, observándose un panorama de práctica ausencia de estudios integrales sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos, con cierta heterogeneidad en el tratamiento de los datos por parte de las distintas fuentes existentes.

Los aspectos más novedosos de la Encuesta Nacional de salud sexual han sido la inclusión en la muestra de todos los grupos etarios a partir de 16 años, la mirada holística de la sexualidad más allá de las prácticas y conductas, así como la transversalización del enfoque de género en el diseño y tratamiento de los datos. Esto ha permitido realizar un análisis desde la óptica de las relaciones de género en la salud sexual y recabar información útil para las intervenciones en salud sexual. A partir de este marco teórico, España se sitúa como el primer país de la Región Europea de la OMS en realizar una Encuesta nacional de salud sexual. Existen distintas investigaciones, por ejemplo en Irlanda, Francia o Suecia, que cuentan con encuestas de salud sexual, si bien es cierto que no con el mismo enfoque.

Se han cruzado las variables sociodemográficas con las prácticas sexuales, los comportamientos, motivaciones y sentimientos en las relaciones sexuales, también con la satisfacción respecto a la vida sexual y la utilización de los servicios sanitarios relacionados con la salud sexual.

Formación en salud y género

Para impulsar la formación de recursos humanos en salud, incluyendo las desigualdades de género en los programas de formación continuada, el entonces Ministerio de Sanidad y Política Social en colaboración con las comunidades autónomas y a través del Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM) y el Instituto de Salud Carlos III, ha impartido durante 2009 los siguientes cursos en la Escuela Nacional de Sanidad:

- Cuarta 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.

- Cuarta edición del “Curso investigación cualitativa y perspectiva de género en la salud”, en colaboración con el Instituto de la Mujer.
- Quinta edición del “Curso de formación de formadoras y formadores para la prevención y atención a la violencia de género”.
- Quinta edición del “Curso de prevención y atención a la violencia de género para los equipos de salud mental”.
- Cuarta 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 del MSPSI.

También se ha colaborado también con la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y la Cátedra UNESCO-Mujer, en la 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.

Asimismo, durante 2009, se elaboró la [Propuesta de contenidos educativos básicos y materiales educativos](#)²⁴ como documento de apoyo para la formación de los profesionales del SNS. Se trata de una guía de contenidos básicos y fundamentales de necesario abordaje para considerar que se ha formado adecuadamente en cada área de conocimiento, estando prevista su presentación en el Consejo Interterritorial del SNS.

Atención a la salud reproductiva

La atención a la salud reproductiva que impulsa el Ministerio tiene como meta ofrecer una atención global, continuada, integral y de calidad al proceso reproductivo en el Sistema Nacional de Salud. Basada en el mejor conocimiento disponible, centrada en las necesidades y circunstancias de las personas, y orientada a promover una vivencia humana, íntima y satisfactoria para las mujeres, sus parejas, recién nacidos y familia. También se contempla impulsar un cambio en los valores sociales en torno a la maternidad y paternidad, que tradicionalmente se concretan en grandes exigencias para las madres y en la tolerancia de una escasa implicación paterna.

Los fundamentos de la atención sanitaria al proceso reproductivo difieren sensiblemente de otros procedimientos clínicos, ya que está dirigida a la población sana durante un proceso fisiológico. Por ello, el respeto a la evolución natural del proceso debe presidir toda la atención sanitaria y cualquier intervención debe ser valorada para ser aplicada, sólo si ha demostrado beneficio y está de acuerdo con las necesidades y deseos de cada mujer. Se trata de ofrecer una atención de excelencia, científica, personalizada, que contemple la identificación de riesgos psicosociales y necesidades específicas, que contribuya a capacitar a las mujeres para tomar decisiones informadas, a mejorar su conocimiento acerca del proceso y a proporcionar preparación maternal y paternal, ofreciendo apoyo continuado y por profesionales expertos.

²⁴ Formación de profesionales del Sistema Nacional de Salud para la actuación contra la violencia de género. [\[http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/materialesEducativosFormacionVG.pdf\]](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/materialesEducativosFormacionVG.pdf)

El punto de partida para el abordaje de la salud reproductiva procede del propio proceso de elaboración de la [Estrategia de atención al parto normal \(EAPN\)](#)²⁵, en el Sistema Nacional de Salud (SNS), en el que participaron y alcanzaron el consenso todas las sociedades científicas, sectores profesionales y organizaciones sociales y de mujeres, implicadas en este tema, a través de los comités institucional y técnico creados para este fin.

Ambos comités son, así mismo, los encargados del seguimiento y desarrollo de la EAPN y de la elaboración del documento técnico de abordaje de la salud reproductiva en su conjunto, iniciado en 2009.

Para ello, han constituido los siguientes grupos de trabajo:

- De “*Embarazo, neonatal y puerperio*”, cuya actividad en el año 2009 se ha centrado en configurar el documento base de esta Estrategia.
- De “*Indicadores y sistemas de registro*”, que en marzo de 2009 acordó implantar los indicadores básicos consensuados y establecer sistemas de registro que permitan obtener información y planificar la evaluación de la EAPN en el Sistema Nacional de Salud, en el año 2010.
- De “*Formación de profesionales*”, que en febrero de 2009 consensuó un programa formativo dividido en dos partes: un seminario intensivo y talleres monográficos. Ambas actividades formativas están orientadas a la formación de formadores/as.
- De “*Plan de parto y nacimiento*”, que en 2009 ha trabajado en la revisión de los planes de parto existentes en las distintas comunidades y ciudades autónomas.
- De “*Difusión e implantación*” de las recomendaciones en materia de salud reproductiva, que se encuentra iniciando su trabajo en la actualidad para elaborar un plan de comunicación.

Asimismo en 2009, desde el OSM, se ha promovido la elaboración de instrumentos técnicos para acompañar el desarrollo de la EAPN en el Sistema Nacional de Salud y de acuerdo con el Plan de Calidad para el SNS:

- “*Guía de práctica clínica para la atención al parto*” con la metodología establecida de Guía-Salud. Esta guía se ha encargado a la Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias del País Vasco y la Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Galicia (Avalia-T).
- “[Estándares y recomendaciones para la atención hospitalaria al parto](#)”²⁶, que describe los aspectos organizativos y de gestión (incluidos los de gestión de la calidad y seguridad del paciente), así como los relacionados con la planificación y diseño de las unidades hospitalarias que atienden partos.

También se ha puesto en marcha un [Buscador de buenas prácticas en salud reproductiva](#)²⁷ para facilitar la difusión, conocimiento y localización de buenas prácticas

²⁵ Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud

[<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>]

²⁶ Maternidad Hospitalaria. Estándares y recomendaciones.

[<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>]

²⁷ Buscador de buenas prácticas de salud reproductiva (MSPS).

[<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/osm/BBPP/firmBBPP.jsp>]

en el Sistema Nacional de Salud. Se contribuye así, a uno de los objetivos del Plan de Calidad para el SNS: impulsar políticas de salud reproductiva que mejoren la calidad de la atención sanitaria y promuevan las buenas prácticas.

Por otro lado en 2009, el entonces Ministerio de Sanidad y Política Social ofreció financiación a las comunidades y ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, con un presupuesto de 8 millones de euros, para desarrollar proyectos de salud perinatal y de atención al parto y nacimiento e incentivar las buenas prácticas.

La propuesta de distribución de fondos para la [Financiación de estrategias de salud del Sistema Nacional de Salud](#)²⁸ realizada por el Ministerio, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS, es aprobada por acuerdo de Consejo de Ministros. Así mismo por [Real Decreto 924/2009, de 29 de mayo, se regula la concesión directa de subvenciones a las comunidades autónomas e INGESA](#)²⁹, para la implantación de las estrategias del Sistema Nacional de Salud, siendo una de las áreas subvencionadas la atención al parto normal.

Los fondos son repartidos de forma proporcional a la población de cada territorio según los últimos datos del padrón municipal publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), según el Real Decreto 2124/2008, de 26 de diciembre.

Por último, algunas de las medidas adoptadas durante el año 2009, por las comunidades y ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, para mejorar la atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio se recogen en la (Tabla 7.8). Entre las actuaciones que llevan a cabo todas las comunidades y ciudades autónomas cabe señalar el desarrollo de programas o protocolos de atención al embarazo, parto y puerperio. Así como de vacunación y seguimiento de la salud infantil. También en todas las comunidades desarrollan actividades de formación de profesionales sanitarios y editan material didáctico de apoyo incorporando la perspectiva de multiculturalidad en sus planes de atención a la mujer.

²⁸ Nota de prensa: El Gobierno distribuye entre las CCAA más de 26 millones de euros para el desarrollo de las estrategias en salud. [<http://www.msps.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=1771>]

²⁹ Vid nota 17.

Tabla 7.8 Actuaciones de las comunidades y ciudades autónomas de Ceuta y Melilla para implantar y desarrollar los planes y programas de atención a la mujer y parto normal. Año 2009

Andalucía
Seguimiento del “Programa de atención al embarazo, parto y puerperio”, “Programa de vacunaciones” y “Programa de seguimiento de la salud infantil”, iniciados en 1985.
Aragón
<ul style="list-style-type: none"> - Organización y desarrollo de estancias formativas de los profesionales sanitarios en hospitales de referencia de buenas prácticas (3 rotaciones). - Continuación de las actuaciones para el desarrollo del “Plan de Atención a la Salud de la Mujer” y constitución del Consejo Asesor de atención a la salud de la mujer por DECRETO 115/2009, de 23 de junio. - Continuación del funcionamiento de la Comisión, coordinada por el Instituto Aragonés de la Mujer, para la coordinación y seguimiento de los protocolos interdepartamentales de mutilación genital femenina.
Asturias
<ul style="list-style-type: none"> - Inicio de la “Encuesta de atención al parto normal” 2009-2010. - Continuación con las actuaciones de “Promoción de lactancia materna” y “Promoción embarazo saludable” 2008 – 2010. - Actuaciones para la “Atención bio-psicosocial al malestar” 2009- 2011.
Baleares
<ul style="list-style-type: none"> - Actuaciones para el fomento de la corresponsabilidad y participación de las familias en las unidades neonatales. - Incorporación de la perspectiva de la multiculturalidad a la guía de lactancia materna traducida a varios idiomas
Canarias
<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración del “Protocolo de atención al parto normal”. - Realización de cursos de formación de formadores en la “Estrategia de atención al parto normal del SNS” y formación de matronas de atención primaria en perspectiva de género. - Elaboración y distribución de un DVD de buena y mala praxis para la "Estrategia de atención al parto normal". - Edición y publicación de la "Guía a la preparación a la maternidad y paternidad" con perspectiva de género y de material didáctico de apoyo a la guía.
Cantabria
<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento de la implantación y desarrollo de la “Estrategia para la atención al parto normal” 2007-2010 - Continuación de las actuaciones para el desarrollo del “II Plan de actuación: salud de las mujeres (2008-2010)”
Castilla y León
<ul style="list-style-type: none"> - Realización de un estudio para la aplicación de la “Estrategia de atención al parto normal”. - Aplicación de nuevas técnicas en la asistencia al parto normal en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. - Realización de cursos de formación de los profesionales según la “Estrategia de Atención al Parto Normal”. - Elaboración del “Plan Integral de atención a la salud de las mujeres”, pendiente de aprobación.
Castilla-La Mancha
Seguimiento del Programa regional de actuaciones en parto y fomento de la lactancia materna 2004 – 2009.
Cataluña
<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento del Programa para la atención natural al parto normal en Cataluña 2005-2009. - Seguimiento de los programas de embarazo sin humo, programa de embarazos en adolescentes, anticoncepción de emergencia, diagnóstico prenatal adelantado al primer trimestre, promoción de la lactancia materna. - Reedición de la guía para embarazadas, material iconográfico para embarazadas en población más vulnerable, material didáctico sobre educación materna y guía clínica para promover el abandono del consumo del alcohol durante el embarazo.
Comunidad Valenciana
<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de la aplicación del artículo 4 "Derechos relacionados con el nacimiento" de la Ley 8/2008 de la Generalitat sobre los derechos de salud de niños y adolescentes. - Seguimiento de la actividad 6.2 “Mejorar la atención al embarazo y al parto” del Plan de excelencia de la sanidad valenciana iniciado en 2005. - Seguimiento y evaluación del objetivo específico nº 4 del “Área de intervención de salud perinatal” del Plan de salud de la Comunidad Valenciana (2005-2009). - Seguimiento de la Estrategia de atención al parto normal del SNS, iniciada en 2008. - Preparación de la Estrategia para la atención al parto natural en la Comunidad Valenciana. - Seguimiento del Programa de promoción de la salud de la madre y del niño 2006 2009.
Extremadura
<ul style="list-style-type: none"> - Constitución del comité de expertos de atención al parto normal en Extremadura. - Inicio elaboración del Protocolo de asistencia al parto normal y al puerperio hospitalario y de atención al recién nacido. - Celebración de la I Jornada de estudio del abordaje actual del parto.

<ul style="list-style-type: none"> - Participación en el Programa formativo para profesionales, organizado por el OSM. - Realización de actividades formativas en el ámbito de la atención al parto normal. 	
Galicia	
<ul style="list-style-type: none"> - Implantación de la Estrategia de atención al parto normal del SNS en la comunidad autónoma. - Seminario intensivo de salud perinatal y atención al parto. - Organización y desarrollo de estancias formativas de corta duración en buenas prácticas en asistencia al parto/nacimiento en centros de referencia españoles y en promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en el H.C. Salnes (HAN). - Realización de cursos de atención al parto y puerperio hospitalario, puerperio en atención primaria, de fomento y consejo en lactancia materna, masaje infantil para profesionales, de avances y desarrollo de la neonatología centrada en la familia. Cuidados canguro y bancos de leche. - Celebración de la III Jornada de salud perinatal y atención al parto. - Elaboración de un pictograma para facilitar la comunicación con las mujeres embarazadas inmigrantes y de un cartel de fomento de lactancia materna y gripe A (en colaboración con la federación gallega de grupos de apoyo a la lactancia materna). 	
Madrid	
<ul style="list-style-type: none"> - Realización de cursos de Formación de formadoras/es en lactancia materna. - Desarrollo del proyecto de fomento de la lactancia natural en atención primaria y atención especializada. 	
Murcia	
Desarrollo del proyecto atención al parto normal iniciado en 2007.	
Navarra	
<ul style="list-style-type: none"> - Celebración de la Jornada informativa "Cumplimiento de la estrategia de atención al parto normal en la Comunidad Foral de Navarra". - Diseño del proyecto de talleres formativos para profesionales. 	
País Vasco	
Desarrollo de las actuaciones relacionadas con la seguridad del proceso del parto y puerperio.	
La Rioja	
<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo a la lactancia materna a través de la difusión de la guía "La lactancia materna: información para amamantar" dirigida a madres y padres, y del grupo de apoyo "Al HALDA". - Celebración de las II Jornadas de lactancia materna con talleres de masaje infantil y porta-bebés. - Elaboración del "Protocolo común para el manejo de la lactancia materna" dirigido a profesionales sanitarios. - Elaboración de un estudio para conocer la prevalencia de lactancia materna en la región. - Creación de un grupo de trabajo de matronas de AP y AE para elaborar la guía de asistencia al parto normal. 	
Ceuta y Melilla	
<ul style="list-style-type: none"> - Celebración de las Jornadas Ceutíes del parto normal "Participación y empoderamiento de las mujeres", dirigidas a profesionales y usuarias inmigrantes, con participación de matronas de Marruecos y Gibraltar. - Difusión del DVD sobre atención al parto natural en presentación cefálica para profesionales - Difusión del DVD sobre parto natural para la educación maternal. - Implantación del control microbiológico del embarazo en el área sanitaria de Ceuta. - implantación de la Guía sobre prevención de malformaciones congénitas. 	
Fuente	Incluye información remitida por comunidades autónomas e INGESA al cierre del presente informe

8 Gestión de la información clínica en el SNS

8.1 Historia clínica digital en el Sistema Nacional de Salud

Avances producidos durante el año 2009

El resultado de los acuerdos y propuestas realizadas por los grupos de trabajo constituidos durante los años 2007 y 2008, comienza a hacerse visible durante el primer semestre de 2009 gracias a la incorporación efectiva al pilotaje (con probabilidad de intercambio real de información) de las dos primeras comunidades autónomas: Baleares y Comunidad Valenciana (en el último trimestre, se incorporó además, La Rioja) y con la entrada de España en la IHTSDO (*Internacional Health Terminology Standards Development Organisation*), que se produjo en el mes de abril.

Como se explicaba en el Informe del SNS del año 2008, la finalidad del pilotaje del modelo de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS) era poner a prueba la viabilidad del sistema diseñado, e identificar áreas susceptibles de mejora, paralelamente con el desarrollo de los trabajos dirigidos a alcanzar la plena interoperabilidad de la HCDSNS.

Para permitirlo, los diferentes Grupos de Trabajo terminaron la importante producción documental desarrollada a lo largo del año anterior aportando instrumentos clave al Piloto, y que a diciembre del año 2009 ha sido:

- **El Grupo de trabajo de estándares y requerimientos técnicos (GERT):** tras llevar a cabo la revisión del diseño técnico del sistema HCDSNS, elaboró un documento recogiendo el consenso alcanzado sobre una política de estándares para el SNS en los próximos años y la propuesta técnica para el desarrollo del piloto¹.
- **El Grupo asesor de interoperabilidad semántica de la HCDSNS (GAISHC),** elevó la recomendación de uso de Snomed CT para las variables de la historia clínica resumida y la propuesta relativa a la obtención de OID (identificadores de objetos) para y dentro del SNS, que es imprescindible para la identificación única y unívoca de los objetos que se intercambian en el sistema de HCDSNS, y además elaboró la hoja de ruta que permite avanzar en la estrategia de interoperabilidad semántica. En ese mismo contexto el entonces Ministerio de Sanidad y Política Social asumió el papel de Centro Nacional de Referencia para la terminología clínica Snomed CT (CNR-SCT) y desde el mes de septiembre habilitó en su

¹ Ministerio de Sanidad y Política Social - Profesionales - Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud - Contenido y documentación – Documentación.

[<http://www.msc.es/profesionales/hcdsns/contenidoDoc/documentacion.htm>]

página electrónica un área de recursos semánticos con el objetivo de difundir y facilitar el acceso público a este recurso, especialmente dentro del Sistema Nacional de Salud. Desde esta área ya se distribuye de forma exclusiva y gratuita dentro de nuestro territorio nacional Snomed CT en su versión internacional.

- **El Grupo de Comunidades para el pilotaje de HCDSNS (GCPHC)**, ha mantenido su función de seguimiento periódico e incorporación de mejoras en el mismo y aprobado el método de evaluación que identifica el patrón de uso y comportamiento de los usuarios. Este método diferencia dos áreas: el sistema y la percepción del usuario final. La primera incluye la actividad del sistema (número de accesos realizados y distribución de los mismos por tipo, comunidad autónoma, informes), tiempos de respuesta en varios puntos de medición del continuo que va desde la identificación del profesional hasta la extracción del documento o imagen y por último, el estudio de las alertas generadas bien automática o manualmente por el propio sistema o sus usuarios, respectivamente. La impresión que percibe el usuario sobre la facilidad de uso y la utilidad del modelo, se evalúan mediante una encuesta electrónica de satisfacción (incluida en la aplicación) y un sistema de reclamaciones.

El esfuerzo realizado por el MSPSI se ha centrado durante el año 2009 en la ejecución del pilotaje del sistema, proponiendo a las comunidades autónomas participantes en el piloto la incorporación de estrategias que permitiesen aumentar el volumen de acceso de los profesionales participantes a la información clínica de pacientes reales, bien ampliando los escenarios desde la iniciativa original a toda la comunidad autónoma, bien incorporando otras comunidades autónomas al piloto, bien mediante la motivación de los profesionales participantes en el uso del sistema o la integración de aplicaciones locales con la de HCDSNS.

Es interesante resaltar las lecciones aprendidas, que junto al importante esfuerzo documental e instrumental de los equipos técnicos del MSPSI (Subdirección de Tecnologías de la Información y equipo del Proyecto de Historia Clínica Digital del SNS) y los grupos de trabajo referidos, para los casos de éxito de las tres comunidades autónomas mencionadas al inicio, se han basado en el rigor y la proactividad, exigiendo un trabajo centrado en el despliegue en los centros, de formación y difusión a usuarios finales, de generación de los informes clínicos, especialmente el de historia clínica resumida, de ampliación de escenarios a porcentajes de población muy superiores a los inicialmente estimados, de migración a la aplicación web del MSPSI diseñada al efecto, de depuración de referencias y mejoras en codificaciones de centros - servicios y de mejora de sus propios sistemas autonómicos.

Apoyo institucional y recursos invertidos

Finalizados en 2008 los plazos de ejecución del Programa Sanidad en Línea I del Plan Avanza y cumplidos los objetivos, en el año 2009 se pone en marcha el Programa Sanidad en Línea Fase II, para continuar impulsando el objetivo de hacer posible el acceso a la información sanitaria asociada al ciudadano desde cualquier punto del SNS. Para ello se establece un sistema de convenios trilaterales (MSPSI, Red.es y las comunidades autónomas) a través de los cuales se comprometen las partes al

cumplimiento de los objetivos que deben alcanzarse y la inversión necesaria, contemplando la financiación de aquellas acciones que se dirijan a la implantación del sistema de HCDSNS y de Receta Electrónica (RESNS) en cada comunidad con alcance territorial y funcional pleno.

Para esta segunda fase del programa Sanidad en Línea y para el período 2009-2012, la Administración General del Estado ha destinado 93.651.597 euros a los que hay que añadir 8 millones de euros para actuaciones en el Nodo Central, lo que supone un total de 101.651.597 euros, de los cuales, el MSPSI aporta un total de 46.643.947 euros (incluidas las actuaciones en el Nodo Central).

Tabla 8.1 Proyectos presentados por las CCAA en el marco de las Estrategias de Salud 2009 – Sistemas de Información – Concepto 454 Interoperabilidad.	
COMUNIDAD AUTÓNOMA	TÍTULO DEL PROYECTO
ANDALUCIA	Interoperabilidad Diraya – estandarización de interfaces y servicios.
ARAGON	Adaptación de los informes clínicos del Sistema de Salud de Aragón al modelo de informes propuesto desde el SNS.
ASTURIAS (Principado de)	Sistemas de Información (INTEROPERABILIDAD).
BALEARES (Islas)	Interoperabilidad Historia Digital.
CANARIAS	Implementación en toda la comunidad del proyecto de interoperabilidad DRAGO-AP / historia clínica digital del SNS.
CANTABRIA	Interoperabilidad de la información clínica.
CASTILLA Y LEÓN	Contratación de servicios de análisis y desarrollo para la ampliación de la aplicación web soporte de la HCE de las áreas de salud de la Gerencia Regional de Salud (HCECyL).
CASTILLA- LA MANCHA	Intercambio de información clínica a través del Proyecto HCDSNS
CATALUÑA	Conexión de la Historia Clínica Compartida de Cataluña con la HCD del SNS. Interoperabilidad de la Imagen Médica Digital.
COMUNIDAD VALENCIANA	Historia Clínica Electrónica del Sistema Nacional de Salud – HDCSNS.
GALICIA	Implantación de los requerimientos funcionales y técnicos para la integración de la Historia Clínica Electrónica Gallega (IANUS) con el Proyecto de HCDSNS.
MADRID	Desarrollo del sistema de pilotaje para interconexión de datos con el Ministerio de Sanidad según las especificaciones del HCDSNS.
MURCIA	Mejoras es los procedimientos de interoperatividad del SMS con el Sistema de Historia Clínica Digital del Servicio Nacional de Salud.
LA RIOJA	Extensión de la historia clínica digital del SNS – interoperabilidad de la información clínica.
CEUTA y MELILLA	Optimización, seguridad y mejora de los Sistemas de Información.
Fuente	Memorias CCAA Proyectos 2009. Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Mediante la firma de los convenios trilaterales entre el MSPSI, Red.es y las comunidades autónomas, se determinan las actuaciones que se cofinanciarán con estos fondos más los aportados, en cada caso, por la comunidad autónoma que suscribe el convenio. Todas las comunidades autónomas han optado, durante el último trimestre del año 2009, por la firma de este convenio, con lo que la aportación autonómica suma 93,6 millones de euros a las cantidades aportadas por la Administración General del Estado.

La vinculación e integración de los esfuerzos entre administraciones que supone la firma del convenio trilateral es de gran transcendencia para impulsar el despliegue del Sistema de HCDSNS, una vez cerrada la etapa de pilotaje, como lo resalta el hecho de que sus cláusulas, no solo hagan de la misma uno de los tres objetos del convenio, sino que refuercen la sistemática de trabajo planteada durante los años 2008 y 2009, al incorporar como de obligado cumplimiento los requisitos técnicos para garantizar la interoperabilidad de la HCDSNS y la RESNS a través de su sistema de evaluación “conforme a las pruebas que defina al efecto el MSPSI”. Resaltando en su octava cláusula

que el incumplimiento de los mismos puede acarrear “*la suspensión de las inversiones hasta tanto no se hayan cumplido*”, si así lo acuerda la Comisión de Seguimiento.

Desde el año 2008, el sistema de HCDSNS se integró en la línea de financiación de sistemas de información dentro de las Estrategias de Salud impulsadas con Fondos de Cohesión. Para los años 2008 y 2009 el MSPSI ha destinado un total de 13.925.500 euros dirigidos a financiar aquellas acciones realizadas por las comunidades autónomas orientadas a la implementación de los requerimientos funcionales y técnicos establecidos en el diseño del sistema HCDSNS, así como las dirigidas a facilitar la generación de los documentos electrónicos que componen este sistema.

Por último resaltar que todas las comunidades autónomas que han tenido acceso a la distribución de fondos 2009 para el desarrollo del Sistema de Información Sanitaria, según los criterios aprobados en sesión plenaria del CISNS el 26 de Noviembre de 2008, específicamente en el apartado de interoperabilidad han desarrollado proyectos relacionados con el desarrollo e implantación de la HCDSNS, como puede observarse en la [Tabla 8.1](#).

8.2 Proyecto epSOS

El proyecto europeo epSOS (European Patients – Smart Open Services), uno de los proyectos que, cofinanciados por la Comisión Europea, se centra en la interoperabilidad dentro del espacio europeo a través del pilotaje de los servicios de historia clínica resumida y receta electrónica y cuya pretensión es determinar la forma y medios más adecuados para hacer posible el acceso a la información clínica más relevante por los profesionales sanitarios europeos, que presten atención sanitaria a ciudadanos que la requieran fuera de sus países de origen, con especial interés en situaciones de asistencia no planificada o urgente.

Este proyecto en el que participan 12 Estados Miembros con 27 beneficiarios y que inició su ejecución en julio de 2008, ha continuado desarrollando sus trabajos a lo largo de 2009, destacando:

- La incorporación al proyecto de otras dos comunidades autónomas (Comunidad Valenciana y Baleares) que aportarán importantes escenarios al pilotaje tanto en historia clínica resumida como en receta electrónica. Su participación se ha realizado a través del Ministerio.
- Los trabajos sobre el plan de evaluación, la evaluación de los servicios descritos y la escalabilidad de las propuestas. En estos trabajos han contribuido muy activamente todos los participantes españoles.
- Las mejoras en la página electrónica del epSOS y su mayor utilización para la difusión del conocimiento del proyecto.
- La elaboración del acuerdo marco (*Framework agreement*) que deberán firmar los estados miembros para realizar el pilotaje.
- El acuerdo final sobre los documentos funcionales de historia clínica resumida (*Patient Summary*) y receta electrónica (*ePrescription*) en los que España ha tenido un protagonismo notable y el comienzo de los trabajos de diseño técnico. La coordinación entre los equipos tecnológicos y funcionales ha sido necesaria para poner en funcionamiento los acuerdos e incorporar propuestas técnicas. Los grupos de descripción funcional han mantenido su

actividad para resolver las dificultades no previstas que se puedan presentar durante el desarrollo.

- El comienzo de los trabajos para alcanzar la interoperabilidad semántica, comenzándose la descripción de la estructura de los documentos (CDA) y la elección de las terminologías necesarias para cubrir los campos definidos en los grupos funcionales. Sobre este último punto se ha empezado la definición de un catálogo de subconjuntos de terminologías: “*Mater Value Catalogue*” que continuará en el 2010.
- Conclusión de los documentos sobre identificación y sobre la política de seguridad del proyecto epSOS.
- Definición de los escenarios de pilotaje. Reino Unido y Holanda no aportarán escenarios al pilotaje. Alemania, a diciembre del 2009, está pendiente de aclarar cómo adaptar su sistema a los requerimientos definidos. Los otros 9 países han definido y presentado sus escenarios durante este año. Se aprueba la posibilidad de definir escenarios solo como emisores o receptores de información.
- Colaboración con otros proyectos europeos (Stork, Calliope...)

La sinergia de todos los esfuerzos e intervenciones, tanto en el nivel nacional como en el europeo, se podrá constatar durante el próximo año, con los resultados de los pilotos (estatal y europeo), que permitan extraer conclusiones operativas sobre la viabilidad y complejidad de la extensión de los desarrollos tecnológicos y funcionales para dar servicio a los ciudadanos bajo una óptica de atención coordinada y global.

8.3 El Nodo central del Sistema Nacional de Salud

El Nodo Central de Intercambio del Sistema Nacional de Salud (SNS) es la infraestructura hardware y software que facilita el intercambio de información (administrativa y clínica) entre los distintos agentes del SNS: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI), comunidades autónomas, mutualidades y otros organismos competentes (Tesorería General de la Seguridad Social, Ministerio de Justicia, etc.).

Se trata de una solución tecnológica, desarrollada y operada por el MSPSI, que habilita el desarrollo de proyectos verticales, que permiten conciliar nuestro actual mapa competencial descentralizado, con la necesidad cada vez más acusada, de dotar de continuidad en el servicio sanitario a una población con una importante y creciente movilidad (laboral y personal), tanto dentro de España como en el nivel europeo, e incluso global, como ponen de manifiesto las iniciativas de Google y Microsoft en esta área.

El MSPSI se responsabiliza de mantener la capacidad, disponibilidad y seguridad de la red y sus servicios asociados para el Sistema Nacional de Salud. Con ello se pretende ayudar a la mejora de los servicios sanitarios, con independencia de cuál sea el punto de acceso al Sistema Nacional de Salud y el lugar de residencia del ciudadano. Esta mejora deriva de la puesta a disposición del prestador de servicios de información relevante, en tiempo y forma, que pertenece otros prestadores, y que sin embargo es de gran utilidad para una adecuada atención, tanto desde el punto de vista clínico como administrativo.

Este nodo central de interconexión del Sistema Nacional de Salud, que implementa una completa Arquitectura Orientada a Servicios (SOA), albergará igualmente los servicios que permitirán el intercambio de información con sistemas de terceros países, tanto en lo relativo a la identificación de los pacientes, como a su historia clínica resumida y sus recetas electrónicas.

El nodo central será un puente entre los servicios de salud de las comunidades autónomas participantes y el resto de organizaciones incluidas en este ambicioso proyecto europeo. Por un lado permitirá enlazar información de nuestros ciudadanos (historia clínica resumida y recetas electrónicas) y ponerla a disposición de quien, participando en el proyecto, la requiera, siempre previo consentimiento del paciente. Por otro lado, habilitará la recepción de información relevante para la prestación de servicios sanitarios a los pacientes de las organizaciones participantes en el proyecto, en los servicios de salud españoles incluidos en el piloto.

Este proyecto comenzó en julio de 2008, involucra a 12 países con 27 beneficiarios que incluyen los Ministerios de Sanidad de la mayor parte de estos países, comunidades autónomas y centros de competencia de todos ellos. Tiene planificado su desarrollo durante tres años y debe estar en funcionamiento en modo piloto, al menos durante un año completo.

Planteamiento de los Servicios Web

La comunicación entre las diferentes comunidades autónomas y el MSPSI se realiza a través de la Intranet Sanitaria. Esta infraestructura (en funcionamiento desde 2003) proporciona una red privada de comunicación que habilita el acceso a estos servicios únicamente a los agentes involucrados en las transacciones, y permite garantizar los altos niveles de seguridad, disponibilidad y calidad de servicio, que estos servicios requieren por su criticidad.

Los servicios web del SNS son los que hacen posible el intercambio de información entre los sistemas ya existentes de las comunidades autónomas, que pueden ser diferentes e incluso incompatibles, sin que sea necesario unificar aplicaciones, ni establecer interfaces uno a uno entre los distintos agentes. El intercambio de información se realiza mediante mensajes de XML, asegurando la independencia de las plataformas y de la tecnología empleada por cada una de las comunidades autónomas.

Gracias a esta arquitectura se posibilitan nuevos servicios, como el intercambio de recetas electrónicas, sin que sea necesario que todas las comunidades autónomas involucradas tengan la misma aplicación, hayan desarrollado los mismos elementos, o tengan que hacerlo a la misma velocidad. Con todo ello se pretende conciliar las diferentes prioridades que cada agente del SNS establece en su desarrollo y a la vez, se permite poner en marcha un servicio en el sistema en cuanto varios agentes están preparados para ello, siendo relativamente sencillo el incorporar el resto de los agentes cuando éstos estén dispuestos y con un esfuerzo significativamente menor que otras alternativas.

Actualmente los servicios del SNS desarrollados son los siguientes:

- Base de datos de usuarios de tarjeta sanitaria.
- Fondo de Cohesión (derivación programada de pacientes a hospitales de referencia).
- Instrucciones previas (últimas voluntades o testamento vital).

- Registro de profesionales sanitarios.
- Facturación farmacéutica y seguimiento de medicamentos.

En el futuro cercano (algunos ya están en fase de desarrollo de un piloto) está previsto que se incorporen nuevos servicios SNS tales como recetas electrónicas, historia clínica digital, etc. De hecho, el intercambio de historias clínicas digitales está a día de hoy operando en fase piloto y con funcionalidad completa entre dos comunidades autónomas, estando otra más incorporada con funcionalidad reducida, y previsto la incorporación de tres más a lo largo de 2010.

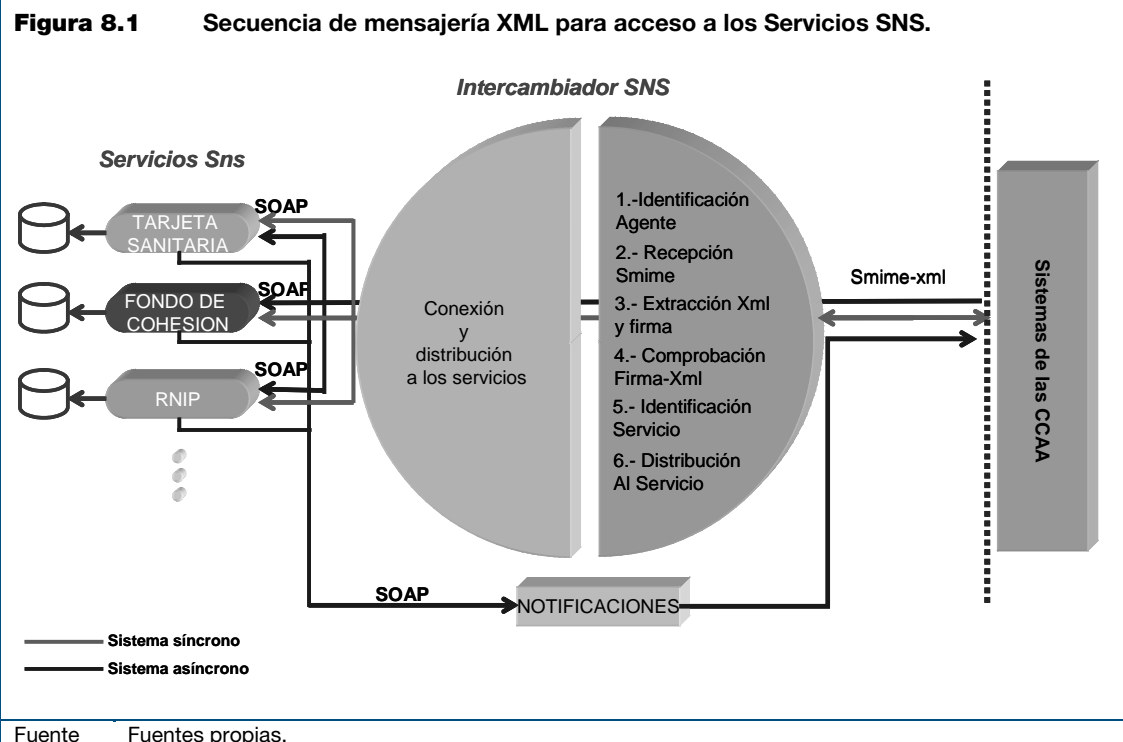
Arquitectura SOA

Dentro de la evolución tecnológica del MSPSI, y a fin de tener mayor eficiencia en los desarrollos y en la calidad de los mismos se ha implementado una Arquitectura Orientada a Servicios (SOA).

La implementación de SOA dentro del SNS permite realizar desarrollos por composición. Las aplicaciones se apoyan en otras para reutilizar funcionalidades ya implementadas (por ejemplo: seguridad, firma, etc.) evitando así la existencia de silos de información incomunicados y mejorando significativamente los tiempos de desarrollo.

Dentro del ámbito del Nodo Central del SNS se pueden identificar diferentes tipos de servicios. Unos son accesibles a través de una red privada como es la Intranet Sanitaria y otros por Internet, siempre en función de la criticidad y sensibilidad de la información tratada.

A través de la Intranet Sanitaria, el Intercambiador del SNS es el nexo de unión entre los diferentes agentes (comunidades autónomas, otros agentes del SNS, etc.) que interactúan con los Servicios SNS y viceversa. El intercambiador implementa la capa de seguridad del Nodo Central verificando la autenticidad de los agentes que se conectan, la validez de los certificados con los que se identifican, la firma de los mensajes recibidos y la estructura válida de los mensajes XML intercambiados, facilitando posteriormente esos mensajes XML al servicio del SNS que corresponda, siguiendo el esquema que se recoge en la siguiente figura ([Figura 8.1](#)):



Según las necesidades de los Servicios del SNS, el Intercambiador permite el tratamiento de mensajes que responden a servicios de naturaleza tanto **síncrona** (altas, acceso a información, etc.), como **asíncrona** (notificaciones, cambios de datos, bajas,...). Estas últimas pueden ser *encoladas* y diferir su tratamiento a un momento de menor carga de trabajo, en función de las necesidades del sistema.

Los Servicios del SNS una vez recibidos los mensajes XML por el Intercambiador realizan los procesos de negocio propios del Servicio (accesos a bases de datos, generación de informes, disparo de procedimientos de trabajo, etc.)

El volumen de intercambio de mensajes intercambiados en 2009 para estos Servicios es elevado, siendo mayor de 350.000 mensajes diarios de media. Está previsto casi duplicar esta cifra a finales de 2011, debido la nueva incorporación de más agentes y servicios, así como a su creciente utilización allí donde ya está implantado.

A través de Internet, el Nodo Central dispone de Servicios SNS para funciones con menores restricciones temporales, de disponibilidad, seguridad y sincronización. Destacan las aplicaciones de facturación farmacéutica y la de seguimiento de medicamentos (SEGUIMED), proyecto embrionario de la futura trazabilidad de los envases de los medicamentos. Esta aplicación (SEGUIMED) tiene como objetivo el seguimiento de la distribución de medicamentos para ayudar a evitar posibles desabastecimientos y colaborar a su localización en caso de alertas sanitarias que impliquen su retirada o bloqueo en el mercado.

Al contrario que en los Servicios accedidos por la Intranet Sanitaria, estos Servicios reciben y procesan un menor número de mensajes (cientos al día), pero de mucho mayor tamaño (decenas de MB), generando de media varios millones de transacciones diarias.

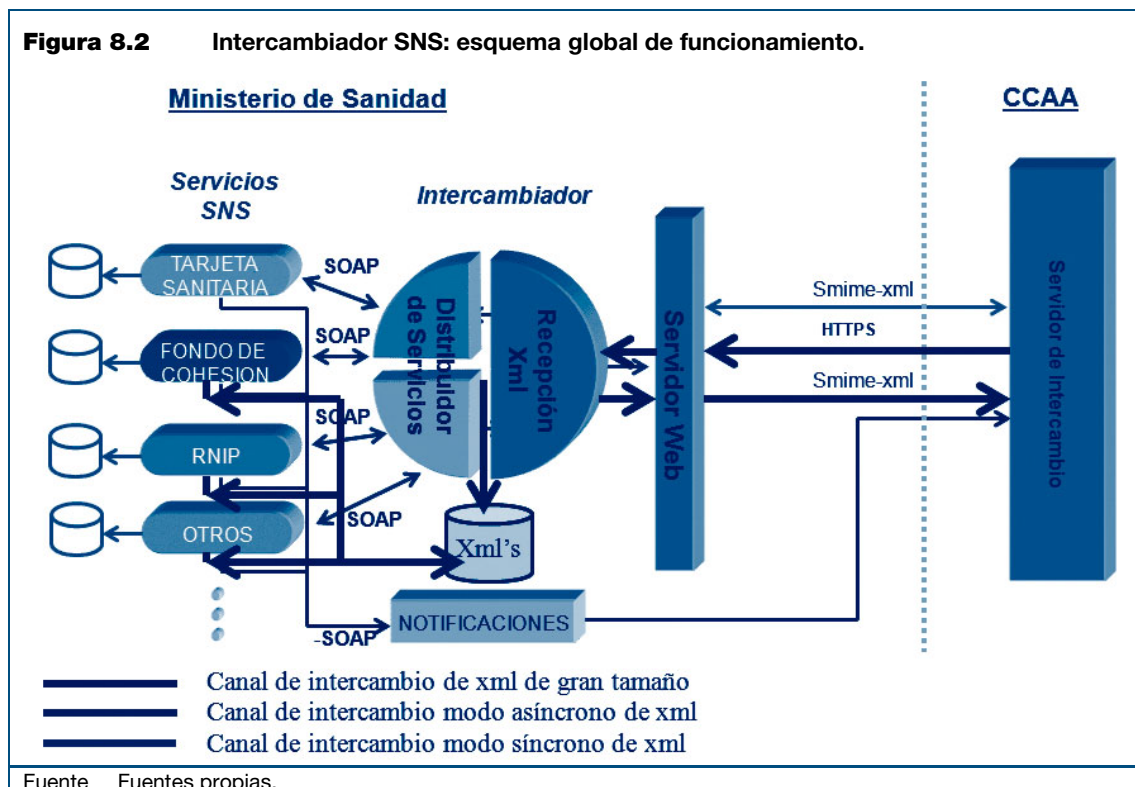
Por dar una idea del índice de actividad, en agosto de 2009 han transitado por esta infraestructura 1.140 transacciones, entre la facturación farmacéutica, el seguimiento de los medicamentos y los servicios accedidos por la Intranet Sanitaria.

Solución tecnológica

Inicialmente se desarrollaron todos los componentes de la solución directamente en JAVA, principalmente debido a la falta de madurez de los productos comerciales existentes y la escasez de recursos económicos (Sanidad es el segundo ministerio con menor presupuesto tecnológico, ver informe REINA del Ministerio de Administraciones Públicas). Sin embargo en los últimos años se ha realizado un progresivo proceso de migración hacia herramientas comerciales que nos permiten centrar nuestros esfuerzos en los desarrollos propios de nuestra área, a la par que poder hacer frente a las nuevas peticiones con una mayor agilidad (pasando de desarrollos medidos en meses, a semanas). Esta migración se ha acelerado y completado recientemente gracias a los fondos aportados por el plan AVANZA al Sistema Nacional de Salud.

Para la implantación de la Arquitectura SOA, el MSPSI se ha apoyado en una herramienta de integración (EAI) y en una herramienta para modelado de procesos (BPM). Estas herramientas proporcionan al Ministerio mayor agilidad en los desarrollos de los Servicios SNS, de una manera robusta, escalable y con una adecuada tolerancia a fallos. Todo esto es debido a la gran variedad de controles que incluyen para la integración con sistemas externos nuestra organización. Al ser productos orientados a servicios todos los procesos que se generan pueden ser llamados como *Web Services* sin necesidad de realizar ninguna tarea adicional a su definición.

Figura 8.2 Intercambiador SNS: esquema global de funcionamiento.



Los procesos implementados en los diferentes servicios SNS son sin estado, proporcionando mayor rendimiento y escalabilidad a dichos servicios.

La arquitectura de integración es en estrella. Es decir, el acceso a los Servicios del SNS implica la mediación del intercambiador para recoger los mensajes enviados por las comunidades autónomas, autenticar a la comunidad emisora, validar la firma de los mensajes recibidos, extraer el Xml y redirigirlo al Servicio al que corresponda el mensaje.

Según las necesidades de los Servicios del SNS, el intercambiador permite el acceso tanto de manera síncrona como asíncrona.

Para otro tipo de aplicaciones, más centradas en el procedimiento se utiliza la herramienta de modelado de procesos (BPM), que se aprovecha de las ventajas de la arquitectura SOA ya implantada. Esta herramienta mejora los procesos de negocio, ya que está directamente dirigida a sus responsables y proporciona una completa visión del mismo, permitiendo tener por parte del usuario, un adecuado control de todo el proceso.

Nuevas Actuaciones

Al implantar una arquitectura SOA y al hacer accesible diferentes servicios de aplicaciones mediante *Web Services* dentro de la organización, se hace necesario trabajar en una adecuada gobernabilidad de los mismos para poder reutilizarlos y tenerlos controlados y monitorizados en todo momento. Cuando la creación de *Web Services* crece en número, se hace necesario apoyarse en alguna herramienta con la que se pueda realizar su gestión centralizada, monitorizar su rendimiento, y dotarlos de niveles de seguridad adecuados en su utilización (control de disponibilidad, localización y diagnóstico de problemas software, etc.).

El MSPSI está implantado actualmente un bus de servicios corporativo (ESB), una herramienta que permita completar el puzle de la Arquitectura SOA. Con la implantación de esta herramienta se consiguen también evitar las conexiones punto a punto entre las diferentes aplicaciones, que son una fuente importante de problemas potenciales.

Un factor importante en esta decisión ha sido la posibilidad que ofrece el ser proactivos en la detección y resolución de problemas dentro del propio nodo de intercambio. Hasta el momento estos controles debían incluirse embebidos en el código, lo que generaba múltiples problemas de mantenimiento, versionado, reusabilidad, etc. Al integrarse en una herramienta comercial, un parte importante de estos problemas desaparecen y permite centrar los esfuerzos en el desarrollo y control de los servicios de nuestra área, continuando el camino por el que se venía transitando de centrar nuestros siempre limitados recursos en los temas de mayor valor y especificidad.



El futuro del Nodo Central del SNS

Además de lo expuesto en el punto anterior, conforme se han venido incluyendo nuevos servicios y agentes en el sistema, y dada la criticidad y sensibilidad de los mismos, se hace imprescindible el generar la confianza necesaria en nuestros servicios, por parte de los agentes del SNS (mayoritariamente externos a nuestra organización). Para ello venimos trabajando en los últimos cuatro años en obtener las certificaciones externas necesarias que garanticen que nuestra organización está alineada con las mejores prácticas en la prestación de este tipo de servicios tecnológicos.

Así, siguiendo la metodología MAGERIT, se ha realizado un profundo análisis y una detallada gestión de riesgos en la organización, que ha permitido junto con una auditoría ISO 17779 y de protección de datos personales, obtener un completo plan de seguridad y continuidad de negocio, así como un conjunto de actuaciones que debían llevarse a cabo en la organización para implantar un SGSI (Sistema de Gestión de Seguridad de la Información) y obtener (a finales de 2008) su certificación según la ISO 27001. Actualmente se aborda el proceso de mejora continuo que supone la 'recertificación' anual, que se ha obtenido desde entonces, así como la ampliación de su alcance.

Fruto del plan de continuidad de negocio y con el fin de dotar al Nodo de la necesaria robustez en su funcionamiento, y habida cuenta de la importancia de los servicios que se están comenzando a incluir, se ha redundado toda la infraestructura HW y SW del nodo, así como se ha puesto en funcionamiento un centro de respaldo, en el que se han implementado sistemas de redundancia, respaldo y sincronización de datos.

El centro de respaldo, se ha concebido de forma que la información esté sincronizada en todo momento en ambas ubicaciones en las cabinas de datos correspondientes, para poder prestar servicios de:

- Respaldo de datos y aplicativos críticos de forma que sea posible recuperar el servicio en caso de desastre total en CPD principal.
- Respaldo de servicios críticos en caso de incidencia parcial (fallo de uno o varios servicios no recuperable en CPD principal en los tiempos definidos en el plan de continuidad de actividad)

Los servicios del nodo de intercambio del SNS se encuentran dimensionados en el CPD de respaldo al 80% del nodo principal, con todas la conexiones de comunicación redundadas, para permitir dar un servicio, que aún siendo algo degradado, cumpla con las necesidades de los procesos que soporta, tanto en caso de desastre, como en el de fallo parcial no recuperable.

En paralelo nos encontramos inmersos en sendos procesos de certificación que complementan la gestión de la arquitectura de servicios que se han descrito, y que ha devenido el núcleo de nuestras actividades:

- Gestión y operación de los recursos tecnológicos que soportan estos servicios: ITIL (ISO 20000)
- CMMI Nivel 3 (ISO 15504) para nuestro proceso integrado de desarrollo

Finalmente, la reciente incorporación del MSPSI a IHTSDO y la apuesta que supone por el desarrollo e implementación de SNOMED-CT en el SNS, ha supuesto que nos estemos centrando en la implementación de estándares sintácticos y semánticos en los proyectos anteriormente mencionados, que nos permitan estar alineados con el resto de países de nuestro entorno, logrando sinergias importantes entre los proyectos nacionales y europeos en los que nos encontramos inmersos.

Conclusión

El MSPSI ha desarrollado en los últimos siete años, junto al resto de agentes implicados en el SNS, servicios de interoperabilidad entre sistemas, fomentando el trabajo en red entre distintas y complejas organizaciones, ampliando el ámbito de acceso a la información y facilitando el futuro intercambio de información clínica de nuestros servicios de salud autonómicos, con otros sistemas sanitarios de la Unión Europea.

Para lograr esto, la arquitectura SOA ha sido el eje tecnológico fundamental, aunque nada se hubiera podido lograr sin el gran esfuerzo de un pequeño equipo de personas muy comprometidas con el mundo sanitario, y el apoyo de todos los agentes involucrados en el SNS y su mejora continua.

9 Ordenación profesional y formación sanitaria

9.1 Ordenación profesional

Durante el año 2009, en materia de ordenación profesional se ha continuado trabajando en la planificación de necesidades de especialistas como uno de los retos más importantes para garantizar a la ciudadanía una asistencia sanitaria de calidad. También se ha asumido por parte del entonces Ministerio de Sanidad y Política Social, la competencia para reconocer las cualificaciones profesionales obtenidas en otros estados miembros de la Unión Europea, según lo dispuesto en el Anexo X del [Real Decreto 1.837/2.008](#)¹, de 8 de noviembre, que incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre.

Planificación de necesidades de especialistas

En el Consejo Interterritorial extraordinario del Sistema Nacional de Salud de marzo de 2009, se presentó el Informe “[Oferta y Necesidad de especialistas médicos en España 2008-2025](#)”². A propuesta del entonces Ministerio de Sanidad y Consumo, se acordó el siguiente decálogo de medidas:

1. Desarrollar herramientas estratégicas de planificación de necesidades:
 - Registro Nacional de Profesionales Sanitarios en la sanidad pública y privada, y médicos en tareas no asistenciales. Durante 2009, las comunidades autónomas de Valencia, Murcia, Canarias, La Rioja y Extremadura han desarrollado la normativa relativa al Registro de Profesionales Sanitarios, además de Andalucía, que reguló su registro de profesionales en 2008.
 - Actualización bianual del Estudio de necesidades de especialistas.
2. Analizar con las comunidades autónomas la definición de estándares de necesidad actual y futura de especialistas.
3. Promover la adecuación de las plazas de los estudios de grado en medicina y las de formación especializada de medicina (MIR) a las estimaciones de necesidades de la Sanidad española.
4. Dinamizar el sistema de formación de especialistas mediante el desarrollo de la troncalidad y del nuevo mapa de especialidades.
5. Extender las herramientas de e-Salud para aportar más eficiencia al sistema sanitario.

¹ Real Decreto 1.837/2.008, de 8 de noviembre. [<https://www.boe.es/boe/dias/2008/11/20/pdfs/A46185-46320.pdf>]

² Programas formativos publicados en 2008. [<http://www.msc.es/profesionales/formacion/guiaFormacion.htm>]

6. Promover el retorno de especialistas a la actividad asistencial, a través de programas de reciclaje, entre otras medidas.
7. Desarrollar estrategias de fidelización de profesionales, como la compatibilidad de la carrera profesional entre CCAA a través del Pacto por la Sanidad.
8. Aprobar el RD de desarrollo del artículo 18 de la LOPS, sobre el reconocimiento profesional de médicos extracomunitarios con el título homologado.
9. Proponer a las CCAA una acción general para mejorar la conciliación de la vida familiar y laboral de las y los profesionales.
10. Crear la Oficina de retorno de profesionales sanitarios en el extranjero. Puesta en marcha a finales de 2009, para facilitar que profesionales sanitarios españoles que viven fuera de nuestro país y deseen regresar puedan ejercer en España. La inscripción se realiza de forma electrónica y por la misma vía, los interesados reciben las ofertas de trabajo de los servicios de salud de las distintas CCAA.

Reconocimiento de las cualificaciones profesionales sanitarias

En septiembre de 2009, el entonces Ministerio de Sanidad y Política Social asumió la competencia para el reconocimiento de las cualificaciones profesionales obtenidas en otros Estados miembros de la Unión Europea, para el ejercicio de las siguientes profesiones reguladas en España: medicina, farmacia, química, biología, bioquímica, psicología, radiofísica, odontología, enfermería, fisioterapeuta, logopeda, nutricionista/dietista, óptica optometrista, podología, terapeuta ocupacional, veterinaria o especialista en alguna de las especialidades de Ciencias de la Salud definidas en el [Anexo I del RD 183/2008](#)³.

Este reconocimiento está adaptado al procedimiento administrativo marcado por la Directiva de Servicios y el Sistema de Información del Mercado Interior (IMI).

En el último trimestre de 2009, se recibieron unas 1.000 instancias, de las que 300 correspondieron a Logopedia, Óptica - Optometría, Terapia Ocupacional y Fisioterapia.

9.2 La formación sanitaria especializada

Programas de formación sanitaria especializada

Durante 2009 y de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 21, de la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesionales Sanitarias, han actualizado y aprobado los siguientes [programas formativos de especialidades en Ciencias de la Salud](#)⁴:

— Especialidades de medicina:

³ Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero. [<http://www.boe.es/boe/dias/2008/02/21/pdfs/A10020-10035.pdf>]

⁴ Vid nota 2

- Anatomía Patológica: Orden SAS/1351/2009, de 6 de mayo.
- Obstetricia y Ginecología: Orden SAS/1350/2009, de 6 de mayo.
- Reumatología: Orden SAS/2855/2009, de 9 de octubre.
- Aparato Digestivo: Orden SAS/2854/2009, de 9 de octubre.
- Oftalmología: Orden SAS/3072/2009, de 2 de noviembre
- Especialidades de enfermería:
 - Enfermería del Trabajo: Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo.
 - Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona): Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo.
 - Enfermería Geriátrica: Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre.
- Especialidades de psicología
 - Psicología Clínica: Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio.

Desarrollo de los trabajos sobre formación troncal

A lo largo de 2009, un grupo de trabajo dependiente de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud ha trabajado en la definición de la estructura y organización básica de la formación troncal de las especialidades en Ciencias de la Salud, así como en la identificación de las competencias genéricas y específicas del futuro especialista troncal.

Acreditación de centros y unidades docentes para la formación sanitaria especializada

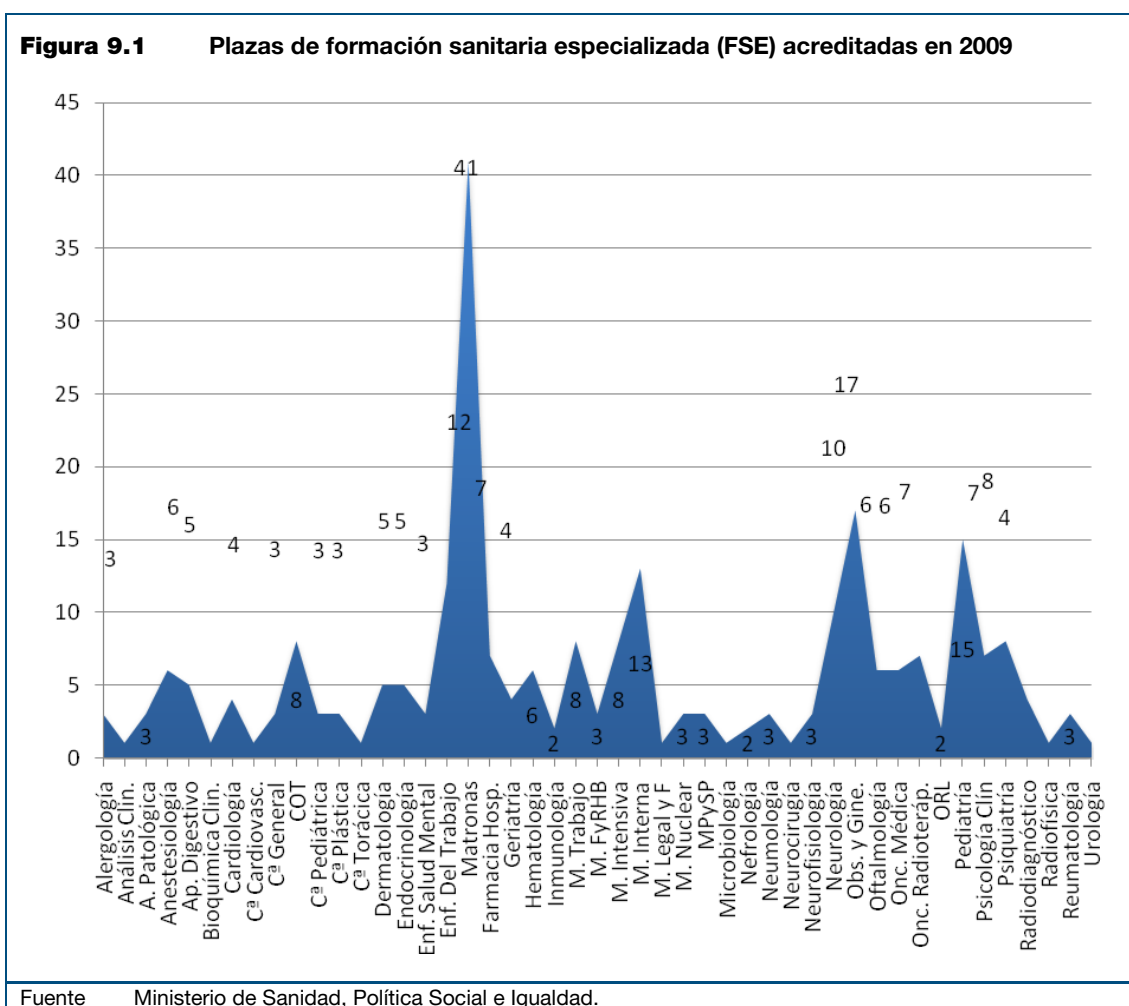
El procedimiento de acreditación docente experimentó a finales de 2009, un cambio considerable como consecuencia del desarrollo de la página electrónica de “[Acreditación de Centros y Unidades Docentes](#)⁵”. Este espacio constituye un punto de referencia para la normalización de las tipologías de solicitudes de acreditación y se establece como método de interconexión de información entre las diferentes Consejerías de Sanidad y el Ministerio en esta materia. Entre sus contenidos cabe destacar, los requisitos de acreditación de las distintas unidades docentes de especialidades en Ciencias de la Salud, así como el formulario general de acreditación y el nuevo formulario para la acreditación de nuevos centros docentes que ha sido adaptado y actualizado en un formato electrónico.

Durante el año 2009, se han tramitado 539 nuevas solicitudes de acreditación y se han resuelto favorablemente 341. Cinco de ellas, corresponden a acreditaciones de nuevos centros docentes que se incorporan a la formación sanitaria especializada, 141 son acreditaciones o modificaciones de la capacidad docente de unidades docentes, 4 de las cuales corresponden a las nuevas Unidades Docentes Multiprofesionales (UDM) de Salud Mental, en las que se formarán enfermeros especialistas en salud mental, psicólogos clínicos y psiquiatras y otras 4 a UDM de Salud Laboral, en las que se formarán especialistas en Enfermería y Medicina del Trabajo. Las unidades docentes multiprofesionales se han creado según lo dispuesto en el artículo 7 del [Real Decreto](#)

⁵ Acreditación docente de centros y unidades para la formación sanitaria especializada.
<http://www.msc.es/profesionales/formacion/AcreDocCntUniForSanEsp.htm>

183/2008⁶, 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. Por último, 195 resoluciones corresponden a acreditación de nuevas unidades docentes asociadas o dispositivos pertenecientes a unidades docentes acreditadas, tales como centros de salud o entidades colaboradoras.

El incremento en el número de plazas acreditadas ha sido de 263, 148 de ellas corresponden a ampliaciones en la capacidad docente de unidades docentes acreditadas con anterioridad y 115 corresponden a plazas en unidades docentes de nueva acreditación. Por especialidades (Figura 9.1), el mayor incremento en la capacidad docente acreditada viene dado por la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas) con 41 nuevas plazas, Obstetricia y Ginecología con 17, Pediatría y sus áreas específicas 15, Medicina Interna 13, Enfermería del Trabajo, 12 y Neurología con 10.

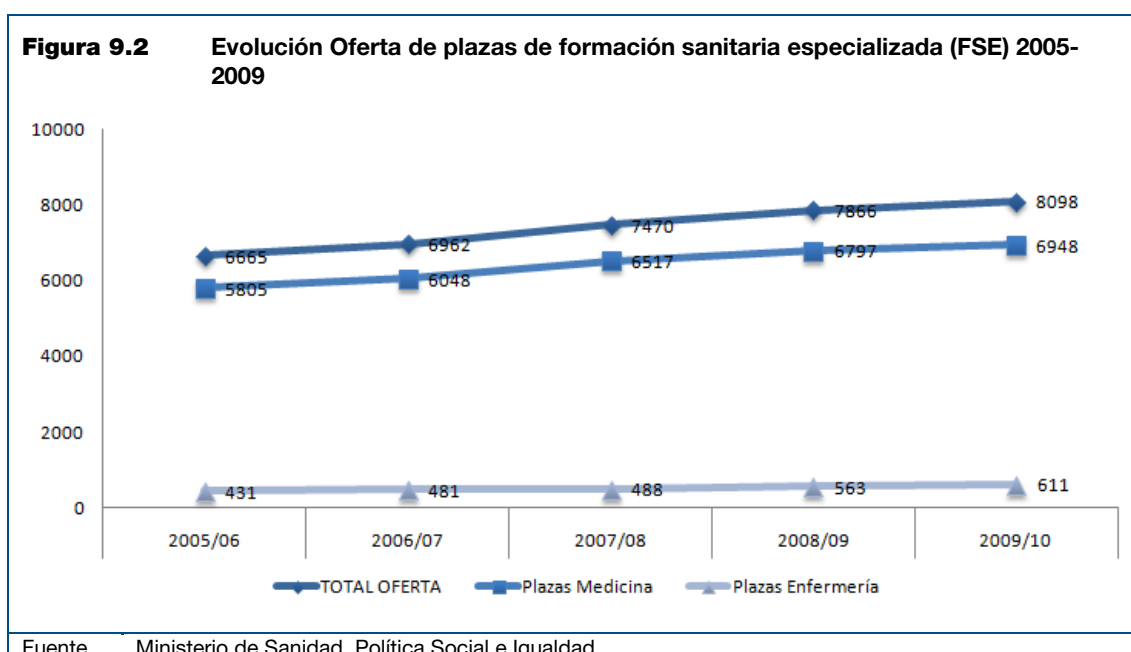


⁶ Sistema de Formación Sanitaria Especializada. Real Decreto 183/2008.

[http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/realDecreto183_2008.pdf]

Oferta de plazas de formación sanitaria especializada 2009-2010

En los últimos años y, de acuerdo con las necesidades de especialistas del Sistema Nacional de Salud, se ha producido un incremento progresivo en la oferta de plazas de formación sanitaria especializada (Figura 9.2). En el periodo 2005-2009, el incremento porcentual fue de un 21,5% sobre el total. Este aumento afecta a todas las especialidades, salvo Bioquímica Clínica que ha visto reducido el número de plazas ofertadas en un 17,6%. Las especialidades con mayor incremento en el número de plazas ofertadas en el periodo 2005-2009 han sido: Medicina del Trabajo (71.8%), Radiofarmacia (50%), Enfermería de Salud Mental (48.6%), Oncología Radioterápica (47.4%) y Oncología Médica (47.2%).



La convocatoria de plazas de formación sanitaria especializada del año 2009-2010, se publicó por Orden Ministerial en el Boletín Oficial del Estado de 22 de septiembre de 2009:

- [Orden SAS/2510/2009](#)⁷, de 14 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2009 para el acceso en el año 2010 a plazas de formación sanitaria especializada para medicina, farmacia, química, biología, bioquímica, psicología y radiofísica hospitalaria.

⁷ Orden SAS/2510/2009, de 14 de septiembre. [<http://www.boe.es/boe/dias/2009/09/22/pdfs/BOE-A-2009-14989.pdf>]

- [Orden SAS/2511/2009](#)⁸, de 14 de septiembre, por la que se convoca prueba selectiva 2009, para el acceso en el 2010 a plazas de formación de las especialidades de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), de Enfermería de Salud Mental y de Enfermería del Trabajo.

La oferta de plazas de la convocatoria 2009-2010 asciende a 8.098, un 3% más que en la convocatoria anterior. La oferta incluye 7.487 plazas para especialidades de medicina, farmacia, química, biología, bioquímica, psicología y radiofísica (7.294 en régimen de residencia y 193 en alumnado). El número de plazas para especialidades de medicina es de 6.948. La especialidad que oferta un mayor número de plazas es Medicina Familiar y Comunitaria con 1.904 plazas (un 27,4% del total). Otras especialidades con importante oferta de plazas son: Pediatría con 413, Anestesiología y Reanimación y Medicina Interna, ambas con 342, Obstetricia y Ginecología 275, Psiquiatría 248, Radiodiagnóstico 229 y Cirugía Ortopédica y Traumatología con 224. Cabe destacar que todas las especialidades de medicina con un mayor número de plazas ofertadas, salvo la Medicina Interna, son especialidades deficitarias en el Estudio “*Oferta-Necesidad de especialistas médicos 2008-2025*”, al que se ha hecho referencia con anterioridad. Para las especialidades de enfermería se destinan un total de 611 plazas, lo que supone un incremento de un 8,5% respecto al año anterior. Las plazas de enfermería se distribuyen de la siguiente manera: Enfermería de Salud Mental 165, Enfermería de Salud Laboral 12 y por último Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas) 445. Las 12 plazas de la especialidad de Enfermería de Salud Laboral que se incorporan por primera vez en la oferta, desarrollarán su periodo formativo en las tres Unidades Docentes Multiprofesionales acreditadas (Andalucía 8 plazas, Castilla-León 1 y Murcia 3).

Acceso a la formación sanitaria especializada

Aunque en el apartado anterior se ha hecho referencia a la Convocatoria de acceso a la formación sanitaria especializada 2009-2010, en este apartado y en el siguiente, se hará referencia a los datos de la Convocatoria 2008-2009⁹ ¹⁰, ya que tanto las pruebas de acceso como la adjudicación de plazas de formación sanitaria especializada se celebraron durante el 2009.

Las pruebas selectivas de 2008 para el acceso en el año 2009 a plazas de formación sanitaria especializada fueron convocadas mediante la Orden SCO/2642/2008, de 15 de septiembre, para las especialidades de medicina, farmacia, química, biología, bioquímica, psicología y radiofísica hospitalaria y mediante la Orden SCO/2643/2008, de 15 de septiembre para las especialidades de enfermería (ambas publicadas en el B.O.E. del 19 de septiembre de 2008).

En conjunto, el número de aspirantes admitidos a los ejercicios que se celebraron el 24 de enero de 2009 alcanzó los 22.562, un 9,3% más que el año anterior y un 20% más que en 2004. Respecto a la convocatoria precedente, el incremento porcentual más

⁸ Orden SAS/2511/2009, de 14 de septiembre. [<http://www.boe.es/boe/dias/2009/09/22/pdfs/BOE-A-2009-14990.pdf>]

⁹ Orden SCO/2642/2008, de 15 de septiembre, para las especialidades de Medicina, Farmacia, Química, Biología, Bioquímica, Psicología y Radiofísica Hospitalaria. [<http://www.boe.es/boe/dias/2008/09/19/pdfs/A38245-38255.pdf>]

¹⁰ Orden SCO/2643/2008, de 15 de septiembre para las especialidades de Enfermería. [<http://www.boe.es/boe/dias/2008/09/19/pdfs/A38255-38263.pdf>]

relevante en el número de admitidos, un 17,3%, se produjo en la titulación de enfermería (Tabla 9.1, Tabla 9.2, Tabla 9.3).

Los actos de adjudicación de plazas celebrados durante el mes de abril, dejaron 91 plazas vacantes entre las ofertadas para medicina: 51 de Medicina Familiar y Comunitaria, 4 plazas de centros privados con derecho a prestar conformidad (1 en Anestesiología y Reanimación, 1 en Farmacología Clínica, 1 de Inmunología y 1 de Oncología Radioterápica) y 36 plazas de formación por el sistema de Escuela Universitaria en la especialidad de Medicina de la Educación Física y del Deporte. El cupo de las 657 plazas que era posible adjudicar a profesionales de medicina extranjeros no comunitarios sin residencia legal en España, se agota en el aspirante número de orden 8.548.

Tabla 9.1 Número de solicitudes para el acceso a la formación sanitaria especializada según especialidades. Periodo 2004 - 2008.

SOLICITUDES	Medicina	Farmacia	Química	Biología	Psicología	Radiofísica	Enfermería	TOTALES
2008	11.330	975	168	382	2.346	257	7.104	22.562
2007	10.793	987	181	364	1.974	283	6.054	20.636
2006	9.629	970	218	421	2.090	333	6.271	19.932
2005	8.997	949	214	408	2.057	337	5.913	18.825
2004	8.634	919	280	458	2.116	420	5.969	18.796

Fuente: Subdirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Tabla 9.2 Resumen de los datos más significativos de las pruebas selectivas 2008/ 2009.

	Medicina	Farmacia	Química	Biología	Psicología	Radiofísica	Enfermería	TOTALES	
FASE DE ADMISIÓN									
Solicitudes	11.330	975	168	382	2.346	257	7.104	22.562	
Aspirantes admitidos a examen	Mujeres (nº y %)	6.848 61,13	761 78,62	118 71,52	109 29,22	1.948 84,22	108 42,02	6.419 91,19	16.311 73,09
	Hombres (nº y %)	4.354 38,87	207 21,38	47 28,48	264 70,78	365 15,78	149 57,98	620 8,81	6.006 26,91
	total	11.202	968	165	373	2.313	257	7.039	22.317
Presentados a examen	9.611	872	121	284	1.964	201	5.553	18.606	
%Presentados / admitidos a examen	85,80	90,08	73,33	76,14	84,91	78,21	78,89	83,37	
Ratio presentados / plaza	1,41	3,10	5,04	6,76	15,59	6,09	9,86		
Aspirantes con número de orden definitivo	9.428	857	118	280	1.948	37	5.525		
Ratio aspirantes con nº de orden / plaza	1,39	3,05	4,92	6,67	15,46	1,12	9,81		
FASE DE ADJUDICACIÓN									
Plazas ofertadas	6.797	281	24	42	126	33	563	7.866	
Plazas adjudicadas	6.706	281	24	40	126	33	563	7.773	
Plazas sin adjudicar	91			2)					
Último nº orden con plaza adjudicada	9.425	523	28	40	126	33	1.970		

Fuente: Subdirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Tabla 9.3 Resumen de datos y distribución por sexo. Convocatoria 2008 / 2009.

		Mujeres		Hombres		TOTAL
		Nº	%sobre total	Nº	%sobre total	
Medicina	Admitidos a examen	6.848	61,13	4.354	38,87	11.202
	Presentados	5.942	61,82	3.669	38,18	9.611
	Plazas adjudicadas	4.410	65,75	2.297	34,25	6.707
Farmacia	Admitidos a examen	761	78,62	207	21,38	968
	Presentados	688	78,90	184	21,10	872
	plazas adjudicadas	222	79,00	59	21,00	281
Química	Admitidos a examen	118	71,52	47	28,48	165
	Presentados	88	72,73	33	27,27	121
	Plazas adjudicadas	18	75,00	6	25,00	24
Biología	Admitidos a examen	264	70,78	109	29,22	373
	Presentados	196	69,01	88	30,99	284
	Plazas adjudicadas	27	67,50	13	32,50	40
Psicología	Admitidos a examen	1.948	84,22	365	15,78	2.313
	Presentados	1.650	84,01	314	15,99	1.964
	Plazas adjudicadas	105	83,33	21	16,67	126
Radiofísica	Admitidos a examen	108	42,02	149	57,98	257
	Presentados	86	42,79	115	57,21	201
	Plazas adjudicadas	11	33,33	22	66,67	33
Enfermería	Admitidos a examen	6.419	91,19	620	8,81	7.039
	Presentados	5.088	91,63	465	8,37	5.553
	Plazas adjudicadas	525	93,25	38	6,75	563

Fuente Subdirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Residentes en formación

En la segunda mitad de 2009, el sistema español de especialización en Ciencias de la Salud cuenta con 25.414 especialistas en formación, 1.651 más que en el año anterior (Tabla 9.4, Tabla 9.5).

La formación en España refleja el fenómeno de movilidad internacional de los profesionales sanitarios, particularmente en las especialidades médicas, que se refleja en el incremento de los especialistas en formación foráneos, tanto comunitarios como extracomunitarios. En la segunda mitad de 2009, una vez incorporada la promoción que se ha examinado en enero, de los 23.323 residentes de especialidades médicas, 4.283 no eran españoles y, entre ellos, 659 eran ciudadanos de la Unión Europea.

Globalmente, considerando el conjunto de las especialidades en régimen de residencia, a lo largo del 2009, 5.585 residentes completaron el programa de formación que permite la posterior concesión y expedición del título oficial de una especialidad en Ciencias de la Salud. Cabe destacar los 1.400 nuevos especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria, 309 de Pediatría y sus Áreas Específicas, 201 de Ginecología y Obstetricia, 221 Medicina Interna o 278 de Anestesiología y Reanimación (Tabla 9.6).

Tabla 9.4 Total de residentes en formación especializada por especialidad. Diciembre 2009.

Especialidad	Número
Alergología	176
Análisis clínicos	306
Anatomía patológica	264
Anestesiología y reanimación	1.231
Angiología y cirugía vascular	165
Aparato digestivo	498
Bioquímica clínica	210
Cardiología	644
Cirugía cardiovascular	114
Cirugía general y del aparato digestivo	747
Cirugía oral y maxilofacial	139
Cirugía ortopédica y traumatología	941
Cirugía pediátrica	88
Cirugía plástica, estética y reparadora	154
Cirugía torácica	106
Dermatología médico-quirúrgica y v.	265
Endocrinología y nutrición	232
Enfermería de salud mental	151
Enfermería obstétrico-ginecológica	774
Farmacia hospitalaria	533
Farmacia industrial y galénica	123
Geriatría	167
Farmacología clínica	49
Hematología y hemoterapia	404
Hidrología médica	22
Inmunología	86
Medicina del trabajo	262
Medicina educación física	259
Medicina familiar y comunitaria	5.519
Medicina física y rehabilitación	324
Medicina intensiva	635
Medicina interna	1.298
Medicina legal y forense	88
Medicina nuclear	128
Medicina preventiva y salud pública	208
Microbiología y parasitología	232
Nefrología	334
Neumología	369
Neurocirugía	191
Neurofisiología clínica	143
Neurología	417
Obstetricia y ginecología	932
Oftalmología	604
Oncología médica	357
Oncología radioterápica	161
Otorrinolaringología	297
Pediatría y áreas específicas	1.423
Psicología clínica	334
Psiquiatría	830
Radiodiagnóstico	828
Radiofarmacia	15
Radiofísica hospitalaria	89
Reumatología	176
Urología	372
TOTAL	25.414

Fuente Subdirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Especialidad	R1	R2	R3	R4	R5	TOTAL
Andalucía	1.154	1.003	936	874	146	4.113
Aragón	239	199	179	188	34	839
Asturias	177	150	144	140	23	634
Baleares	130	107	84	79	11	411
Canarias	260	236	205	204	31	936
Cantabria	115	114	103	103	21	456
Castilla y León	400	304	307	310	56	1.377
Castilla-La Mancha	300	247	181	187	29	944
Cataluña	1.222	1.054	951	860	157	4.244
Comunidad Valenciana	654	555	534	501	82	2.326
Extremadura	139	130	107	97	16	489
Galicia	346	317	301	282	57	1.303
Madrid	1.366	1.221	1.008	946	183	4.724
Murcia	246	187	152	148	24	757
Navarra	152	135	118	118	20	543
País vasco	338	291	247	233	35	1.144
La Rioja	37	38	31	42	6	154
Ceuta	7	4	0	0	0	11
Melilla	5	4	0	0	0	9
TOTAL	7.287	6.296	5.588	5.312	931	25.414
Fuente	Subdirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.					

9.3 Formación continuada

Actuaciones relacionadas con la formación continuada y con el sistema acreditador

Durante el año 2009, el Pleno de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, constituida según lo dispuesto por el [Real Decreto 1142/2007](#)¹¹, de 31 de agosto, ha elaborado el “*Manual de Procesos de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias*” que establece las bases para la normalización del proceso en su conjunto, identificando los procesos estratégicos, los procesos de soporte y los procesos clave.

La Comisión también ha consensuado el “*Sistema de información de la acreditación*” que incluye datos pertinentes y significativos en relación con la acreditación de actividades de formación continuada. El sistema caracteriza el conjunto de las actividades acreditadas para proporcionar una referencia cualificada de información a profesionales, instituciones, corporaciones y autoridades interesados en el sistema acreditador. También contempla que las autoridades competentes de otros Estados miembros de la Unión Europea puedan tener acceso a este sistema de información.

De igual forma, la Comisión adoptó un modelo de baremo de méritos orientado a reforzar el valor de la formación continuada, así como definiendo criterios comunes referentes al peso que esta formación tenga en los distintos procesos selectivos. Introduciendo dos conceptos, el de caducidad de la formación y el de pertinencia al puesto de trabajo. Respecto al concepto de caducidad, el modelo propone un mayor peso

¹¹ RD 1142/2007, de 31 de agosto, por el 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. [<http://www.boe.es/boe/dias/2007/09/14/pdfs/A37544-37546.pdf>]

cuanto más actual sea la formación recibida; y respecto al concepto pertinencia, se refuerzan aquellas actividades cuya relación con las competencias propias del área de trabajo del profesional sea mayor.

Especialidad	Número
Alergología	37
Análisis clínicos	69
Anatomía patológica	42
Anestesiología y reanimación	278
Angiología y cirugía vascular	29
Aparato digestivo	108
Bioquímica clínica	58
Cardiología	111
Cirugía cardiovascular	16
Cirugía general y del aparato digestivo	87
Cirugía oral y máxilofacial	25
Cirugía ortopédica y traumatología	162
Cirugía pediátrica	12
Cirugía plástica estética y reparadora	28
Cirugía torácica	13
Dermatología médico-quirúrgica y v.	53
Endocrinología y nutrición	51
Enfermería de salud mental	124
Enfermería obstétrico-ginecológica	350
Farmacología hospitalaria	117
Farmacología clínica	14
Geriatría	36
Hematología y hemoterapia	64
Inmunología	20
Medicina del trabajo	55
Medicina familiar y comunitaria	1.400
Medicina física y rehabilitación	72
Medicina intensiva	115
Medicina interna	221
Medicina nuclear	28
Medicina preventiva y salud pública	49
Microbiología y parasitología	56
Nefrología	77
Neumología	64
Neurocirugía	23
Neurofisiología clínica	30
Neurología	95
Obstetricia y ginecología	201
Oftalmología	141
Oncología médica	79
Oncología radioterápica	27
Otorrinolaringología	70
Pediatría y áreas específicas	309
Psicología clínica	88
Psiquiatría	172
Radiodiagnóstico	188
Radiofarmacia	6
Radiofísica hospitalaria	27
Reumatología	36
Urología	52
TOTAL	5.585

Fuente | Subdirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

La Comisión de Formación Continuada también se dota de un “*Plan de auditorías para actividades de formación continuada acreditadas*”. Con el que se pretende verificar,

mediante un procedimiento sistemático, independiente y documentado el grado de calidad de la actividad formativa, entendido por tal el grado de adecuación del desarrollo y ejecución de la actividad y la verificación del cumplimiento, por parte del promotor/organizador de las normas establecidas en el procedimiento de acreditación. Se establecen dos tipos de auditoría: la auditoría documental y la auditoría “in situ”. La primera, que se realiza a posteriori de la celebración de la actividad formativa, está basada exclusivamente en el aporte documental. La segunda, que requiere la presencia de auditores en el lugar de realización de la actividad, está basada en la verificación en el momento en que se está realizando.

También se ha trabajado en la definición y el diseño de los Diplomas de acreditación y de acreditación avanzada.

Teniendo en cuenta que el sistema acreditador, en su conjunto, está formado, tal como establece el Real Decreto 1142/2007, por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias y por los órganos específicos de acreditación constituidos por el Ministerio y las comunidades y ciudades autónomas, en 2009 se ha continuado la implementación autonómica del Sistema Acreditador de la Formación Continuada, con la creación de las comisiones de formación continuada autonómicas y con la operatividad del Sistema Acreditador a través de los órganos administrativos de sus Consejerías de Salud. Esta descentralización territorial está todavía incompleta, siendo la situación en 2009 la siguiente:

- Las comunidades autónomas de Andalucía, Aragón, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Galicia, Navarra, País Vasco y Valencia, dispusieron de un sistema acreditador operativo y admitieron todas las profesiones sanitarias tituladas y profesionales del área sanitaria de formación profesional así como todos los formatos de actividades (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.
- Las comunidades autónomas de Asturias y Canarias no disponen de Sistema Acreditador operativo.

Tabla 9.7 Porcentaje de actividades acreditadas según profesional. Año 2009.

Tipo de Profesional	%
Profesionales con Título de Licenciado, Diplomado o Graduado (1)	69,56
Técnicos de Grado Superior (2)	2,13
Técnicos de Grado Medio (3)	2,15
Multidisciplinares (4)	25,15
Otros	0,72
Observaciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Médicos; farmacéuticos; odonto-estomatólogos; veterinarios; fisioterapeutas; enfermeros; terapeutas ocupacionales; podólogos; optico-optometristas; logopedas; nutrición humana (dietista nutricional). 2. T.S. Anatomía Patológica y Citología; T.S. Dietética; T.S. Documentación Sanitaria; T.S. Higiene Bucodental; T.S. Imagen para el Diagnóstico; T.S. Ortoprotésica; T.S. Prótesis Dental; T.S. Radioterapia; T.S. Salud Ambiental; T.S. Audioprótesis. 3. T. Cuidados Auxiliares de Enfermería; T. Auxiliares de Farmacia; T.S. Emergencias Sanitarias. 4. Biólogos, químicos, bioquímicos, físicos y psicólogos, especializados en Ciencias de la Salud.
Fuente	Subdirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

En la [Tabla 9.7](#), a modo de resumen, se presentan las actuaciones realizadas por el Sistema Acreditador en su conjunto, referidas al número de actividades acreditadas, y a

su distribución en relación con el profesional sanitario al que se dirigen dichas actividades. En total se recibieron 36.520 solicitudes, acreditándose el 86,6% de ellas.

Certificación del curso de protección radiológica de los profesionales que llevan a cabo procedimientos de radiología intervencionista

Conforme con el acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, publicado en la [Orden SCO/3276/2007](#)¹², de 23 de octubre, se articula el segundo nivel de formación en protección radiológica de los profesionales que llevan a cabo procedimientos de radiología intervencionista. Dicho acuerdo, que da cumplimiento a lo previsto en la Directiva 97/43 EURATOM, señala que los especialistas de medicina en Radiodiagnóstico, Cardiología y otras especialidades que llevan a cabo procedimientos de radiología intervencionista en instituciones sanitarias públicas o privadas deberán haber adquirido, con carácter previo a su realización, un segundo nivel de formación en protección radiológica orientado, específicamente, a la práctica intervencionista. Estableciéndose que dicho nivel se podrá acreditar mediante:

- Curso que reúna las condiciones que a estos efectos se determinan en la Guía Europea 116 de protección radiológica.
- Curso realizado con anterioridad a este acuerdo, certificado por la Dirección General de Salud Pública del entonces Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Homologación de la formación adquirida en otros países de la Unión Europea.

Tabla 9.8 Participantes aptos de segundo nivel de formación en protección radiológica según especialidad médica de procedencia. Año 2009.	
Anestesiología y Reanimación	2
Angiología y Cirugía Vasculat	61
Cardiología	170
Cirugía General y del Aparato Digestivo	3
Cirugía Cardiovascular	4
Cirugía Ortopédica y Traumatología	5
Cirugía Torácica	4
Aparato Digestivo	30
Medicina de la Educación Física y el Deporte	1
Medicina Intensiva	12
Medicina Nuclear	1
Neumología	1
Neurocirugía	5
Neurofisiología Clínica	1
Neurología	13
Odontología	1
Radiodiagnóstico	129
Urología	26
TOTAL	469
Fuente	Subdirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

¹² Orden SCO/3276/2007, de 23 de octubre, sobre el segundo nivel de formación en protección radiológica de los profesionales que llevan a cabo procedimientos de radiología intervencionista. [\[http://www.msc.es/profesionales/formacion/formacionContinuada/docs/OrdenSCO32762007SegundoNivelIPR.pdf\]](http://www.msc.es/profesionales/formacion/formacionContinuada/docs/OrdenSCO32762007SegundoNivelIPR.pdf)

Durante el año 2009, el número de cursos que han solicitado su acreditación han sido 28 y el número de profesionales médicos que han superado con éxito los mismos, fueron 469. Las especialidades médicas de estos profesionales que han realizado el curso de segundo nivel se detallan en la [Tabla 9.8](#).

10 Investigación en el Sistema Nacional de Salud

10.1 VI Plan Nacional de I+D+i (2008-2011). Acción Estratégica en Salud

La Acción Estratégica en Salud (AES) se configura, dentro del VI Plan Nacional y del Programa de Trabajo anual, como acción integral y horizontal que implica poner en juego todos los instrumentos necesarios para alcanzar la consecución de su objetivo general: *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 la competitividad y capacidad de I+D+i del Sistema Nacional de Salud (SNS) y de las empresas relacionadas con el sector.*

La Acción Estratégica de Salud se estructura en cinco líneas principales y sus objetivos se concretan en:

1. Aumentar la inversión pública y privada en I+D+i en salud.
2. Aumentar el número y la calidad de los Recursos Humanos en I+D+i en salud.
3. Aumentar la producción científica y la dimensión internacional de la I+D+i en salud.
4. Aumentar la transferencia de conocimiento y tecnología en salud.

Conceptualmente la AES receptiona, unifica, amplía e implementa las actuaciones recogidas en los programas nacionales vinculados al Área de Ciencias de la Vida del V Plan Nacional de I+D+i (2004-2007), que integraba la Iniciativa Sectorial de Investigación en Salud. Para el cumplimiento de sus objetivos, la AES propone las siguientes líneas de actuación: recursos humanos, proyectos de investigación, fortalecimiento institucional, infraestructuras, utilización del conocimiento, articulación e internacionalización del sistema y actuaciones complementarias de refuerzo, que se articulan a través de diferentes subprogramas.

10.2 Gestión del Instituto de Salud Carlos III en la acción estratégica en salud

El Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) es un organismo público de investigación y de apoyo científico de carácter nacional. Es creado por la [Ley 14/1986, General de Sanidad](#)¹

¹ Ley 14/1986 General de Sanidad. [http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1986-10499]

y por la [Ley 16/2003](#)², de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que se desarrolla en coordinación con el Consejo Interterritorial de Salud y otras Administraciones Públicas y en el marco del Plan Nacional de I+D+i y de los [programas marco de la Unión Europea](#)³, así mismo se recogen sus atribuciones en la [Ley 14/2007, de Investigación Biomédica](#)⁴. Según el artículo 3 del [Real Decreto 375/2001](#)⁵, por el que se aprueba el Estatuto del Instituto de Salud Carlos III, éste asume la planificación, fomento y coordinación de la investigación y la innovación biomédica sanitaria, conforme a las directrices y objetivos propuestos por el Gobierno en materia de política científica, especialmente en el Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica, teniendo, entre otras funciones, la planificación y gestión de los programas de investigación biomédica y en ciencias de la salud incluidos en la Acción Estratégica de Salud del Plan Nacional de I+D+i. Las competencias en materia de investigación e innovación biomédica y sanitaria corresponden al Ministerio de Ciencia e Innovación, teniendo como órgano gestor el Instituto de Salud Carlos III.

Las líneas instrumentales gestionadas por el Instituto de Salud Carlos III en la convocatoria 2009, son:

- Línea instrumental de actuación de recursos humanos
- Línea instrumental de actuación de proyectos
- Línea instrumental de infraestructuras científico-tecnológicas

Línea instrumental de actuación de recursos humanos

Subprograma de formación y movilidad

- Ayudas predoctorales de formación en investigación en salud, (PFIS).
- Ayudas predoctorales de formación en gestión de la investigación en salud, (FGIN).
- Ayudas para contratos de formación en investigación “Río Hortega”, para profesionales sanitarios que hayan finalizado el período de Formación Sanitaria Especializada.
- Bolsas de Ampliación de Estudios, (BAE).

Ayudas predoctorales de formación en investigación en salud, PFIS

El objetivo principal de estas ayudas es la formación de investigadores en biomedicina y ciencias de la salud, mediante la realización de una tesis doctoral en el ámbito de la investigación biomédica básica orientada, clínica o en salud pública y en servicios de salud, en centros de investigación, bajo la dirección y tutela de grupos consolidados o ascendentes de investigación.

La duración de las ayudas es de 48 meses, y se estructuran en dos periodos de 24 meses. El primero en régimen de beca, durante el mismo, se debe alcanzar la suficiencia investigadora por medio de la obtención del Diploma de Estudios Avanzados (D.E.A.) y

² Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS.

[http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2003-10715]

³ Web CORDIS. Portal de la investigación y el desarrollo de Europa. [http://cordis.europa.eu/home_es.html]

⁴ Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica.

[http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2007-12945]

⁵ RD 375/2001, de 6 de abril, por el que se aprueba el Estatuto del Instituto de Salud "Carlos III".

[http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2001-8157]

el segundo con un contrato en prácticas, con culminación de la lectura de la tesis doctoral.

Fueron presentadas 552 solicitudes, de las cuales obtuvieron financiación 62 por un importe de 967.200 euros.

Las comunidades autónomas que más ayudas han solicitado fueron Madrid y Cataluña con un 26%, seguidas de Andalucía (13,04%) y la Comunidad Valenciana (10,69%). Los porcentajes de financiación han sido: 48,39% en Cataluña, 25,81% en Madrid y 6,45% en Andalucía.

Ayudas predoctorales de formación en gestión de la investigación en salud, FGIN

Estas ayudas persiguen la formación de licenciados predoctorales en la gestión de la investigación biomédica y en ciencias de la salud, incluyendo aspectos relativos a la coordinación, seguimiento y evaluación ex –ante y ex –post de los subprogramas de la AES, mediante el desarrollo de un plan de actividades a realizar fundamentalmente en la Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación.

El programa se divide en dos ciclos: un primer ciclo de 24 meses de duración, en el que los candidatos seleccionados son adscritos a la Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación como becarios; y un segundo ciclo con un contrato de dos años de duración.

En el 2009, se presentaron 23 solicitudes y fueron concedidas 10, por un importe de 156.000 euros, con un 78,30% de participación femenina. Las licenciaturas están distribuidas en Biblioteconomía y Documentación, Farmacia, Derecho y Psicología, entre otras.

Ayudas para contratos de formación en investigación “Río Hortega”, para profesionales sanitarios que hayan finalizado el período de Formación Sanitaria Especializada

El fin de estas ayudas, es promover la formación en investigación de profesionales sanitarios que hayan terminado el período de Formación Sanitaria Especializada (FSE) regulado para médicos farmacéuticos, químicos, biólogos, psicólogos clínicos y radiofísicos hospitalarios, mediante su contratación para el desarrollo de un plan de formación en investigación biomédica básica orientada, clínica o en salud pública y en servicios de salud, en centros de acreditada capacidad investigadora, bajo la dirección y tutela de un grupo de investigación.

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 ayudas de esta modalidad tienen una duración mínima de dos años y máxima de tres. El ISCIII financia el 60% y la entidad solicitante, beneficiaria y contratante, el 40% restante.

Fueron concedidas 50 ayudas, de las 204 presentadas, por un importe de 1.108.800 euros.

Bolsas de Ampliación de Estudios, BAE

Esta modalidad de ayudas promueve la movilidad de los profesionales del SNS para el aprendizaje o perfeccionamiento de técnicas, tecnologías o procedimientos en investigación, desarrollo e innovación tecnológica del campo de la biomedicina, en las

áreas que sean de interés para el Sistema, mediante estancias en instituciones nacionales o extranjeras de prestigio, en los términos establecidos en la convocatoria.

Con ellas también se pretende fomentar el establecimiento de relaciones de colaboración con otros centros de alto nivel, lo que redundará, no sólo en el aumento de su competencia profesional, sino en el beneficio de todos al transferirse en última instancia al SNS.

La duración mínima es de 2 meses y máxima de 24 meses. La dotación económica no es incompatible con el sueldo de su plaza habitual.

El número de solicitudes fue de 48 y 37 han sido las financiadas, por un importe de 389.300 euros.

Los destinos de las 37 concesiones se han dividido entre América del Norte (51,35%) y países europeos (43,24%).

Las comunidades autónomas que mayor número de solicitudes presentaron, fueron Madrid (33,33%), y Cataluña (22,92%).

Subprograma de contratación e incorporación

- Modalidad de contratos postdoctorales de perfeccionamiento en investigación en salud “Sara Borrell”.
- Modalidad de contratos investigadores en el Sistema Nacional de Salud “Miguel Servet”.
- Modalidad de contratos de Técnicos de apoyo a la investigación en el Sistema Nacional de Salud.

Modalidad de contratos postdoctorales de perfeccionamiento en investigación en salud “Sara Borrell”

Con esta modalidad se persigue perfeccionar la formación de jóvenes doctores del ámbito de la Biomedicina. El programa incluye que parte de la actividad subvencionada se desarrolle en centros distintos de los beneficiarios, extranjeros o nacionales, de prestigio internacional.

Asimismo, incentivar la participación del personal investigador que desempeña actividades asistenciales en el SNS y promover la incorporación de jóvenes investigadores al Sistema español de Ciencia y Tecnología.

Las ayudas tienen una duración de cuatro años. Preferentemente a partir del segundo año del programa, parte del mismo se debe desarrollar en un centro extranjero o español de prestigio internacional, diferente del receptor. Su duración está comprendida entre 12 y 24 meses.

Las solicitudes recibidas en esta convocatoria 2009, fueron 274 y se financiaron 51, por un importe de 1.836.000 euros.

La distribución territorial se detalla en la [Tabla 10.1](#).

Modalidad de contratos investigadores en el Sistema Nacional de Salud “Miguel Servet”

El objetivo fundamental de estas ayudas es 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.

La incorporación de estos profesionales, puede enfocarse hacia la creación de nuevas líneas de investigación o a la potenciación de las ya existentes en los centros en los que se incorporen. También persigue favorecer la dimensión multidisciplinar de la actividad investigadora en biomedicina y en ciencias de la salud y la interacción entre los distintos enfoques de la misma dentro del SNS.

La duración de la ayuda es de 3+3 años, el ISCIII, financia el 75% y el centro contratante el 25% restante. Una vez agotados los tres años del contrato, el centro beneficiario puede solicitar una nueva subvención del ISCIII por un período no superior a tres años, con una financiación del 50% a cargo del mismo.

Tabla 10.1 Contratos post-doctorales “Sara Borrell” (distribución por comunidades autónomas).

	Convocatoria 2009					Aprobado (miles de euros)
	nº de solicitantes		nº de concesiones			
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre		
Andalucía	20	3	5	0	180	
Aragón	5	2	1	0	36	
Asturias	1	0	0	0	0	
Baleares	1	0	0	0	0	
Canarias	2	4	0	0	0	
Cantabria	1	1	0	0	0	
Castilla y León	5	4	0	1	36	
Castilla-La Mancha	4	2	0	0	0	
Cataluña	50	19	12	5	612	
Comunidad Valenciana	14	9	2	2	144	
Extremadura	0	0	0	0	0	
Galicia	8	7	1	3	144	
Madrid	71	21	13	4	612	
Murcia	7	1	1	0	36	
Navarra	1	4	1	0	36	
País Vasco	5	2	0	0	0	
La Rioja	0	0	0	0	0	
TOTAL	195	79	36	15	1.836	

Fuente | Memoria FIS 2009.

Esta modalidad lleva asociado un proyecto de tres años de duración, renovables por anualidades, enmarcado en las líneas o sublíneas de la AES, no pudiendo superar un coste total de 45.000 euros.

El número de solicitudes de la convocatoria 2009, fue de 224, con 34 concesiones y un importe de 2.524.770 euros, en los que se incluye la parte correspondiente al Instituto de Salud Carlos III de la anualidad de contrato y los tres años de ejecución del proyecto de investigación.

A continuación, se detallan los índices de éxito obtenidos en las comunidades autónomas, en cuanto a las presentaciones de solicitudes y la financiación obtenida: Cataluña representa el 33,93% de solicitudes presentadas respecto al total de solicitudes y un 41,18% de solicitudes financiadas respecto al total financiado; le siguen Madrid con un 25,45% y 17,65% respectivamente y Andalucía con un 13,84% y 11,76% (Tabla 10.2).

Modalidad de contratos de Técnicos de apoyo a la investigación en el Sistema Nacional de Salud

El fin de esta modalidad de ayudas es optimizar los recursos tecnológicos compartidos por los grupos de investigación, tales como las unidades de epidemiología o bioestadística, estabularios, unidades de genómica, proteómica, cultivos, microscopía,

ensayos clínicos en fase I-II, etc. El carácter distintivo de estos profesionales es que deben dar servicio a un conjunto de grupos de investigación a través de las unidades de apoyo a la investigación, institutos de investigación o estructuras similares.

Los contratos de esta modalidad pueden ser de titulados superiores, medios o de Formación Profesional, de los que el ISCIII financia el 50% y la entidad solicitante el 50% restante.

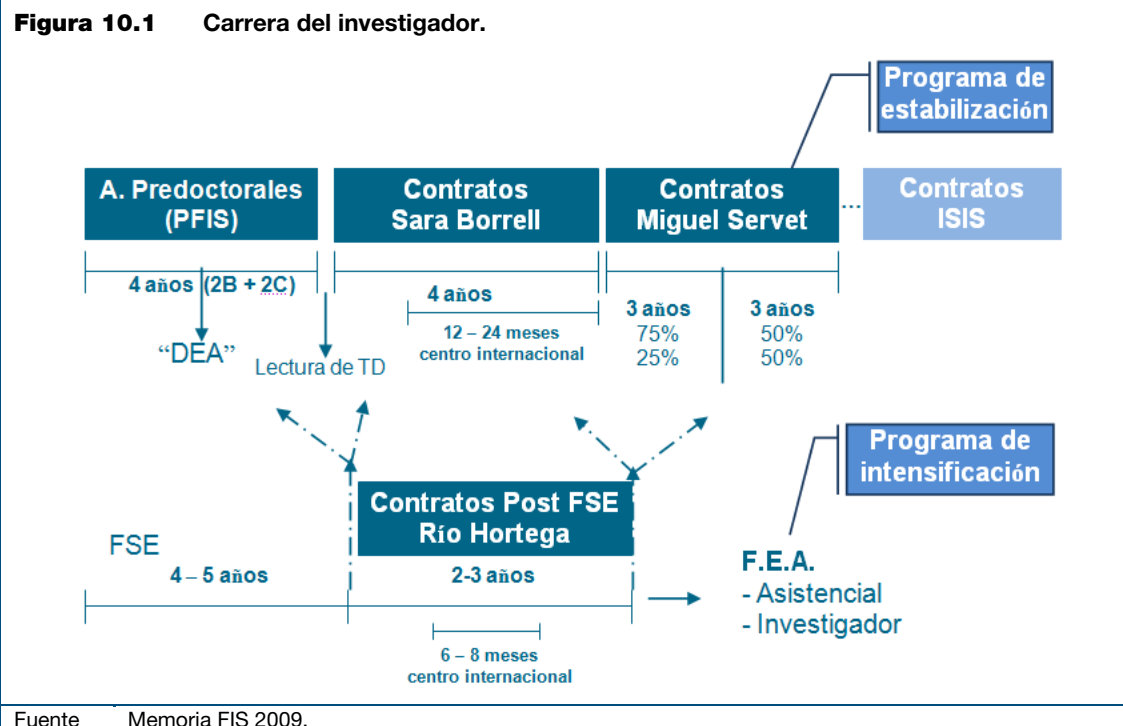
Tabla 10.2 Contrato de investigación del SNS “Miguel Servet” (distribución por comunidades autónomas).

	Convocatoria 2009				
	nº de solicitantes		nº de concesiones		Aprobado (miles de euros)
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	
Andalucía	20	11	1	3	301.50
Aragón	2	2	1	1	150.75
Asturias	1	1	0	0	0
Baleares	1	0	0	0	0
Canarias	1	0	0	0	0
Cantabria	0	1	0	0	0
Castilla y León	6	4	0	0	0
Castilla-La Mancha	3	1	0	0	0
Cataluña	49	27	9	5	1.015.15
Comunidad Valenciana	9	6	2	1	226.12
Extremadura	0	0	0	0	0
Galicia	8	2	2	1	225.12
Madrid	40	17	4	2	460.37
Murcia	2	0	0	0	0
Navarra	3	2	1	1	145.75
País Vasco	2	3	0	0	0
La Rioja	0	0	0	0	0
TOTAL	147	77	20	14	2.524.76
Observaciones	Se reflejan los importes de la anualidad de un año y la total del proyecto de 3 años.				
Fuente	Memoria FIS 2009.				

En la convocatoria 2009, el número de solicitudes fue de 367, con 65 concesiones y un importe de 963.500 euros.

Existen otras dos modalidades, realizadas mediante convenios con las comunidades autónomas, que se dirigen a establecer la política de apoyo a la contratación **estable de los investigadores de las instituciones del Sistema Nacional de Salud** incorporados a través del Programa de recursos humanos y difusión de la investigación del Instituto de Salud Carlos III y **a intensificar la actividad investigadora en dichas instituciones**, a los efectos de maximizar la capacidad y productividad de los facultativos que han de simultanear la actividad asistencial con la investigadora en el Sistema Nacional de Salud.

Con todas estas ayudas se estructura la carrera investigadora (Figura 10.1).



Línea instrumental de actuación de proyectos

- Subprograma de Proyectos de investigación en Salud.
- Subprograma de Proyectos de investigación en Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Servicios de Salud.

Subprograma de Proyectos de investigación en Salud

Los objetivos principales de este subprograma son: financiar una línea de investigación de calidad estable; promover la financiación del primer proyecto de investigación (10% de los proyectos); fomentar la presentación de proyectos coordinados; e incentivar la participación del personal investigador que realiza tareas asistenciales en el SNS como investigador principal de proyectos, (20% de los proyectos).

En la convocatoria 2009 de ayudas del Programa de Proyectos de Investigación en Salud, se recibieron 1.773 solicitudes con un importe solicitado de 1.035.000 euros. Se financiaron 656 proyectos, por un importe de 70.491.000 euros, con una distribución territorial similar a la de otros años, predominando las comunidades autónomas de Cataluña (31,40% respecto al total), Madrid (24,85%), Andalucía (10,21%) y la Comunidad Valenciana (7,16%), como las más solicitantes y las más financiadas. (Tabla 10.3).

La distribución por género del investigador principal que realiza el proyecto, fue de 38,11% de mujeres, y de 61,89% de varones.

En cuanto a los objetivos marcados en la convocatoria, el resultado es el siguiente: los investigadores emergentes suponen el 15,85% del total, los investigadores que realizan tareas asistenciales son los investigadores principales del 47,10% de los

proyectos financiados y en consonancia con la línea de años anteriores, en el 80,18% de los proyectos financiados el investigador principal (IP) presentaba dedicación única (participación en un solo proyecto de investigación del Plan Nacional de I+D+i).

	Solicitado				Aprobado			
	nº proyectos	I.P.		Subvención (miles €)	nº proyectos	I.P.		Subvención (miles €)
		mujer	hombre			mujer	hombre	
Andalucía	234	90	144	2.464	67	21	46	.331
Aragón	40	18	22	3.999	20	12	8	1.537
Asturias	33	10	23	3.636	10	3	7	1.295
Baleares	35	18	17	3.320	10	6	4	1.098
Canarias	35	13	22	3.402	10	2	8	686
Cantabria	13	2	11	1.930	6		6	551
Castilla-La Mancha	24	7	17	2.498	10	2	8	827
Castilla y León	56	22	34	8.673	25	8	17	3.159
Cataluña	528	240	288	66.917	206	86	120	23.404
C. Valenciana	134	56	78	15.561	47	16	31	4.138
Extremadura	23	4	19	2.087	6	1	5	502
Galicia	78	25	53	9.709	23	9	14	2.629
Madrid	399	184	215	54.386	163	70	93	19.283
Murcia	27	4	23	3.039	7		7	500
Navarra	37	19	18	5.280	14	7	7	1.545
País Vasco	72	23	49	8.155	30	7	23	2.971
La Rioja	5	3	2	359	2		2	35
TOTAL	1.773	738	1.035	217.415	656	250	406	70.491
Observaciones	Importes concedidos con 21% de gastos de gestión. IP: Investigador principal							
Fuente	Memoria FIS 2009.							

De todos los proyectos financiados, el 76,22% se va a realizar en un centro del SNS, desarrollándose el resto en universidades, organismos públicos de investigación, etc.

Por segundo año consecutivo, además de la modalidad general de proyectos en salud, se pudo optar simultáneamente a la modalidad de proyecto INTRASALUD.

Los proyectos INTRASALUD van dirigidos a grupos consolidados de investigación traslacional en salud. La duración de esta categoría de proyecto es de cuatro años y es presentado como proyecto individual. El investigador principal de este tipo de ayudas debe haber recibido financiación continuada como tal durante los últimos nueve años en tres proyectos consecutivos de duración superior a dos años, que hayan sido financiados en convocatorias públicas de las distintas agencias gestoras del Plan Nacional de I+D+i; poseer producción científica continuada en los últimos seis años de relevancia significativa en el área temática de investigación y tener dedicación única al proyecto.

En estos 656 proyectos financiados, 15 fueron proyectos INTRASALUD, concedidos con una duración de 4 años, y que también optaron a la convocatoria general de tres años de duración, cuyas características se reflejan (Tabla 10.4).

De los 48 proyectos presentados a esta categoría, con una solicitud de 14.967.000 euros, 15 fueron financiados por un importe de 6.772.000 euros, 5 no han obtenido financiación y el resto han sido incluidos dentro de la categoría general de 3 años.

Tabla 10.4 Proyectos de I+D por Comunidades Autónomas (INTRASALUD). Convocatoria 2009.

	Solicitado				Aprobado			
	nº proyectos	INTRASALUD		Subvención (miles €)	nº proyectos	INTRASALUD		Subvención (miles €)
		mujer	hombre			mujer	hombre	
Andalucía	6	2	4	1.387	0	0	0	0
Aragón	1	1	0	226	0	0	0	0
Asturias	2	0	2	650	0	0	0	0
Canarias	2	0	2	332	0	0	0	0
Castilla-La Mancha	2	1	1	498	1	0	1	183
Castilla y León	3	1	2	1.268	2	0	2	1.025
Cataluña	8	2	6	3.735	3	1	2	1.982
C. Valenciana	2	0	2	498	0	0	0	0
Galicia	2	1	1	612	1	0	1	463
Madrid	18	5	13	5.434	7	2	5	2.742
País Vasco	1	0	1	288	1	0	1	377
La Rioja	1	0	1	39	0	0	0	0
TOTAL	48	13	35	14.967	15	3	12	6.772
Observaciones	Importes concedidos con 21% de gastos de gestión.							
Fuente	Memoria FIS 2009.							

Subprograma de Proyectos de investigación en evaluación de tecnologías sanitarias y servicios de salud

En este subprograma hay dos modalidades:

- Fomentar la investigación en evaluación sobre equidad, eficacia, accesibilidad, calidad y uso apropiado de las tecnologías médicas consideradas de interés por el SNS, (modalidad A). Se presentan como proyectos individuales, tienen una duración de uno o dos años y su financiación no excede, por solicitud, de 50.000 euros.
- Favorecer la cooperación público-privada mediante proyectos en red que potencien la investigación en tecnología en salud, en telemedicina, e-salud y en sistemas de información para el SNS (Modalidad B). Se presentan como proyectos coordinados en red y tienen una duración de uno, dos o tres años. En este caso, se podrán vincular empresas u otras entidades públicas o privadas, españolas o extranjeras (Entes Promotores Observadores, EPO) interesadas en los resultados de los mismos, sin que dicha participación suponga ningún tipo de ayuda directa a las mismas.

Durante 2009, se solicitaron 39.798 miles de euros para la ejecución de 738 proyectos, de los cuales 59 han sido de la Modalidad B. El importe financiado, que ha sido de 6.967.000 euros se distribuyó en 144 proyectos, 36 de la modalidad B.

Las CC. AA que más subvenciones solicitaron fueron Madrid (27,10%), Cataluña (24,93%) y Andalucía (14,36%). La que más financiación obtuvo fue Cataluña con un 30,56% (Tabla 10.5).

Las ayudas repercutieron en un 81,94% en centros del Sistema Nacional de Salud, el 18,06% restante se repartió entre las universidades y organismos públicos de investigación.

Tabla 10.5 Investigación sobre evaluación de tecnologías sanitarias y servicios de salud 2009.

	Solicitado				Aprobado			
	nº proyectos	I.P.		Subvención (miles €)	nº proyectos	I.P.		Subvención (miles €)
		mujer	hombre			mujer	hombre	
Andalucía	106	46	60	4.597	14	5	9	574
Aragón	14	5	9	1.438	4	1	3	270
Asturias	13	5	8	476	4	1	3	168
Baleares	11	5	6	433	3	2	1	67
Canarias	13	9	4	625	6	3	3	243
Cantabria	7	1	6	336	1	0	1	77
Castilla-La Mancha	14	3	11	1.571	5	1	4	310
Castilla y León	9	1	8	824	1	0	1	39
Cataluña	184	88	96	9.748	44	14	30	2.003
C. Valenciana	60	24	36	2.702	12	5	7	526
Extremadura	12	3	9	1.879	1	0	1	40
Galicia	29	10	19	1.435	4	0	4	160
Madrid	200	81	119	9.603	38	10	28	2.033
Murcia	11	3	8	345	0	0	0	0
Navarra	17	6	11	2.099	3	1	2	241
País Vasco	37	17	20	1.637	4	2	2	215
La Rioja	1	1	0	50	0	0	0	0
TOTAL	738	308	430	39.798	144	45	99	6.967
Observaciones	Importes concedidos con 21% de gastos de gestión.							
Fuente	Memoria FIS 2009.							

Línea instrumental de infraestructuras científico-tecnológicas

El fin de esta línea instrumental es adquirir infraestructuras y equipamientos científicos destinados a los centros del ámbito del SNS, con el fin de dotarlos de instalaciones y equipos instrumentales de uso comunitario o compartido por distintos grupos de investigación, dirigidos a las unidades de apoyo o soporte a la investigación, institutos de investigación sanitaria o estructuras organizativas similares, con el fin de ocupar vacíos tecnológicos dentro de la investigación y evitar duplicidades.

Su precio excede de los límites habitualmente admitidos en el capítulo de material inventariable de los proyectos de investigación, que se consideran superiores a 40.000 euros. Las cantidades concedidas por el ISCIII no exceden, por solicitud, de 600.000 € y cubren el 75% del coste de las infraestructuras concedidas, siendo requisito imprescindible el compromiso de una aportación por el Centro del 25% del coste total.

En la convocatoria 2009, fueron admitidas 156 solicitudes de ayudas para infraestructuras, por un importe de 33.683.000 euros. El número de ayudas concedidas fue de 35, por un valor total de 8.480.000 euros.

Las ayudas se distribuyeron según la [Tabla 10.6](#).

Tabla 10.6 Ayudas para infraestructuras. Convocatoria 2009.

	Solicitado		Aprobado	
	nº de acciones	Subvención (miles €)	nº de acciones	Subvención (miles €)
Andalucía	33	4.454	4	866
Aragón	3	852	1	194
Asturias	2	350	0	0
Baleares	10	695	0	0
Canarias	5	482	1	111
Cantabria	2	479	1	158
Castilla-La Mancha	9	1.300	2	404
Castilla y León	6	686	1	167
Cataluña	35	9.036	9	2.357
Comunidad Valenciana	11	3.392	3	752
Extremadura	3	806	0	0
Galicia	4	1.669	2	553
Madrid	27	5.510	8	2.088
Murcia	1	414	1	311
Navarra	4	2.265	0	0
País Vasco	4	1.293	2	519
La Rioja	0	0	0	0
TOTAL	159	33.683	35	8.480

Fuente Memoria FIS 2009.

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A	
ACG	Grupos de Ajuste Clínicos
ACVA	Accidente Cerebrovascular Agudo
AE	Atención Especializada
AEMPS	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AEP	Asociación Española de Pediatría
AESAN	Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición
AESLEME	Asociación para el Estudio de la Lesión Medular Espinal
ALCON	Alertas y Control Oficial
ALDAGUA	Sistema de Información Ejecutiva de Agua de Consumo
AMAC	<i>Assessing Migrants and Communities</i> (Análisis de Inmigrantes y Comunidades)
AP	Atención Primaria
APRAMP	Asociación para la Prevención, Reinserción y Atención a la Mujer Prostituida
ASPAYM	Asociación de Lesionados Medulares y Grandes Discapacitados Físicos
ATC	<i>Anatomical, Therapeutic, Chemical Classification System</i> (Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química)
ATLANTIS	Sistema de Información Geográfica de Calidad Sanitaria del Agua
AUnETS	Plataforma de Agencias y Unidades de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
AUPEX	Asociación de Universidades Populares de Extremadura
AUTOCONTROL	Asociación para la Autorregulación de la Comunicación Comercial
B	
BBDD	Bases de Datos
BIFAP	Base de datos para la Investigación Farmacoepidemiológica en Atención Primaria
BPC	Buena Práctica Clínica
BPFV	Buena Práctica de Farmacovigilancia
BPM	<i>Business Process Modeling</i> (Modelado de Procesos de Negocio)
C	
CA	Comunidad Autónoma
CAC	Comunidad Autónoma Canaria
CAEM	Centro de Atención especializada a Menores
CAEX	Comité Ciudadano Antisida de la Comunidad Autónoma de Extremadura
CASAP	Catelldefels Agents de Salut
CC	Comorbilidad y/o Complicaciones
CCAA	Comunidades Autónomas
CCAES	Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias
CCOO	Comisiones Obreras
CCST	Comité Científico para la Seguridad Transfusional
CDA	<i>Clinical Document Architecture</i> (Estándar de arquitectura de documentos clínicos)

	electrónicos)
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i> (Centros de Prevención y Control de Enfermedades)
CDSS	Comisión de Determinantes Sociales de la Salud
CE (declaración)	Declaración de Conformidad Europea
CEDEX	Centros de Drogodependencias de Extremadura
CEPG	Consejo Estatal del Pueblo Gitano
CEVIHP	Grupo Colaborativo Español de VIH Pediátrico
CI	Cardiopatía Isquémica
CIBER	Centros de Investigación Biomédica en Red
CIBERER	CIBER enfermedades raras
CIE	Código Ictus Extrahospitalario
CIE9MC	Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica
CIMA	Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS
CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
CMBD-AAE	CMBD y Registro de Atención Ambulatoria Especializada
CMMI	<i>Capability Maturity Model Integration</i> (Integración de Modelos de Madurez de Capacidades)
CNR-SCT	Centro Nacional de Referencia para la terminología clínica Snomed CT
COCEMFE	Confederación Coordinadora Estatal de Minusválidos Físicos de España
COMESM	Corona Metropolitana Sureste de Madrid
Contratos ISIS	Contratos de Investigadores Senior de Institutos de Investigación Sanitaria
Contratos MIGUEL SERVET	Modalidad de contratos investigadores en el Sistema Nacional de Salud
Contratos RIO HORTEGA	Ayudas para contratos de formación en investigación para profesionales sanitarios que hayan finalizado el período de Formación Sanitaria Especializada
Contratos SARA BORRELL	Modalidad de contratos postdoctorales de perfeccionamiento en investigación en salud
CP	Cuidados Paliativos
CPD	Centro de Procesado de Datos
CRPS	Centros de Rehabilitación Psicosocial
CSISP	Centro Superior de Investigación en Salud Pública
CSUR	Centros, Servicios y Unidades de Referencia
CSUR-SNS	Centros, Servicios y Unidades de Referencia del SNS
CTD	Coste Tratamiento Día

D

DADO (programa)	Programa de Detección de Accidentes Domésticos y de Ocio del Instituto Nacional de Consumo del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
DCI	Denominación Común Internacional
DDD	Dosis Diaria Definida
DEA	Diploma de Estudios Avanzados
DG-SANCO	Dirección General de Sanidad y Consumo de la Unión Europea
DGT	Dirección General de Tráfico
DHD	Dosis Habitante Día: Dosis diaria definida por 1000 habitantes y día.

DIRAYA	Soporte a la Historia Clínica Electrónica en el sistema sanitario público de Andalucía
DM	Diabetes Mellitus
DOE	Denominación Oficial Española
DRAGO-AP	Sistema de gestión administrativa y clínica en Atención Primaria (Servicio Canario de Salud)
DVD	<i>Digital Versatil Disc</i>

E

EAI	<i>Enterprise Application Integration</i> (Integración de Aplicaciones Empresariales)
EAP	Equipos de Atención Primaria
EAPN	Estrategia de Atención al Parto Normal
ECV	Enfermedad Cardiovascular
ECHA	<i>European Chemicals Agency</i> (Agencia Europea de Sustancias y Preparados Químicos)
EESCRI	Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado
EFG	Equivalente Farmacéutico Genérico
EFQM	<i>European Foundation for Quality Management</i> (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad)
EFSA	<i>European Food Safety Authority</i> (Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria)
ELA	Esclerosis Lateral Amiotrófica
EMA	<i>European Medicines Agency</i> (Agencia Europea de Medicamentos)
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
epSOS	European Patient – Smart Open Services (Servicios abiertos e inteligentes para pacientes europeos). Proyecto europeo para compartir información clínica (receta electrónica y resumen de la historia clínica) de pacientes atendidos en países distintos al de residencia del paciente.
EPSSCO	Consejo de Empleo, Política Social, Salud y Consumidores de la U.E.
ERC	<i>European Resuscitation Council</i>
ESB	<i>Enterprise Services Bus</i> (Bus de Servicios Corporativo)
ESO	Educación Secundaria Obligatoria
ESPII	Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional
EUM	Estudios de Utilización de Medicamentos
EURATOM	<i>European Atomic Energy Community</i> (Comunidad Europea de la Energía Atómica)
EUROPLAN	Proyecto Europeo de los Planes de Desarrollo Nacionales para las Enfermedades Raras
Eurostat	<i>Statistical Office of the European Communities</i> (Oficina Europea de Estadística)
EV	Esperanza de vida
EVBS	Esperanza de Vida en Buena Salud
EV-PM	<i>Eudravigilance- Postauthorisation Module</i>

F

FAO	Organización de Naciones Unidas para Agricultura y Alimentación
FCS	Fondo de Cohesión Sanitaria
FEA	Facultativo Especialista de Área
FEDRA	Farmacovigilancia Española. Datos de Reacciones Adversas
FEM	Flujo Espiratorio Máximo
FEMP	Federación Española de Municipios y Provincias

FIAB	Federación Española de Industrias de Alimentación y Bebidas
FIPSE	Fundación para Investigación y la Prevención del VIH en España
FISLEM	Fundación para la Integración Sociolaboral del Enfermo Mental
FORTA	Federación de Organismos de Radio y Televisión Autonómicos
FSE	Formación Sanitaria Especializada
FSE	Formación Sanitaria Especializada
FSG	Fundación Secretariado Gitano
FUNDADEPS	Fundación de Educación para la Salud

G

GAISHC	Grupo asesor de interoperabilidad semántica de la HCDSNS
GCPHC	Grupo de Comunidades para el pilotaje de HCDSNS
GDR	Grupos Relacionados por el Diagnóstico
GERT	Grupo de trabajo de Estándares y Requerimientos Técnicos
GESIDA	Grupo de Estudios del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
GRD	Grupos Relacionados por el Diagnóstico

H

HCD	Historia Clínica Digital
HCDSNS	Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud
HCE	Historia Clínica Electrónica
HCECyL	Historia Clínica Electrónica de Castilla y León
HCR	Historia Clínica Resumida
HIPP	<i>Health in Prison Project</i> (Proyecto de Salud en Prisión)
HSB	Sexo no protegido entre hombres
HVP	Virus Papiloma Humano
HW	Hardware

I

IAMCEST	Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del segmento ST
IANUS	Proyecto de Historia Clínica Electrónica del Servicio Gallego de Salud
ICC	Insuficiencia Cardíaca Congestiva
IGAE	Intervención General de la Administración del Estado
IHTSDO	<i>International Health Terminology Standards Development Organization</i>
IMC	Índice de Masa Corporal
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
INE	Instituto Nacional de Estadística
Informe REINA	Indicador anual del grado de uso de las TIC en la administración
INFOSAN	Red Internacional de Autoridades de Seguridad Alimentaria
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
INR	<i>International Normalized Ratio</i>
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
IP	Investigador Principal
IRAS	Infección Relacionada con la Atención Sanitaria

ISFAS	Instituto Social de las Fuerzas Armadas
ISM	Instituto Social de la Marina
ISO	<i>International Organization for Standardization</i> (Organización Internacional de Normalización)
ITIL	<i>Information Technology Infrastructure Library</i> (Biblioteca de Infraestructura de Tecnologías de Información)
ITES	Programa de intervención en tabaquismo en enseñanza secundaria
ITS	Infección de Transmisión Sexual
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
L	
LGTB	Entidades de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales del Estado
LOCM	Laboratorios Oficiales de Control de Medicamentos
M	
MAGERIT	Metodología de Análisis y Gestión de Riesgos de los Sistemas de Información de las Administraciones Públicas
MAP	Ministerio de Administraciones Públicas
MB	Mega Bytes
MIR	Médico Interno Residente
MSPS	Ministerio de Sanidad y Política Social
MSPSI	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
MUFACE	Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado
MUGEJU	Mutualidad General Judicial
N	
NAOS	Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad
NÁYADE	Sistema de Información Nacional de Agua de Baño
NCF	Normas de Correcta Fabricación
O	
OBTEDIGA	Objetivos Terapéuticos en Diabetes de Galicia
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OCU	Organización Consumidores y Usuarios
OID	<i>Objet Identifier</i> (Identificador de Objetos)
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONT	Organización Nacional de Trasplantes
ONU	Organización de Naciones Unidas
OSM	Observatorio de Salud de las Mujeres
P	
PAIEM	Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales
PAOS	Autorregulación de la Publicidad de alimentos dirigida a menores, prevención de la obesidad y la salud
PEI	Producto en Fase de Investigación Clínica
PENIA	Plan Estratégico Nacional de la Infancia y Adolescencia
PERSEO	Programa Piloto Escolar de Referencia para la Salud y el ejercicio, contra la Obesidad
PFIS	Ayudas predoctorales de formación en investigación en salud

PIB	Producto Interior Bruto
PMP	Por Millón de Población
PRCS	Plan de Reducción de Consumo de Sal
Proyecto SaMAP	Mejora de la Calidad en la Atención a los Trastornos Mentales Comunes en Atención Primaria
PSI	Programa de Seguimiento Individualizado
PVP	Precio de Venta al Público

R

RAM	Reacción Adversa a Medicamentos
RASFF	<i>Rapid Alert System Food and Feed.</i> (Sistema de Alerta Rápida para Alimentos y Piensos)
RCIDT	Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplantes
RD	Real Decreto
REACH	<i>Registration, Evaluation, Authorization and Restriction of Chemicals</i> (Reglamento Europeo sobre Sustancias Químicas)
REACH-IT	<i>Registration, Evaluation, Authorization and Restriction of Chemicals-Informatic</i> (Reglamento Europeo sobre Sustancias Químicas-Aplicación Informática)
RECAP	Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias
RECS	Red Española de Ciudades Saludables
REDMO	Registro de Donantes de Médula Ósea
Red HsH	Red de Hospitales sin Humo
REPIER	Red Epidemiológica de Investigación en Enfermedades Raras
RESNS	Receta Electrónica del Sistema Nacional de Salud
RETISALUD	Programa de detección precoz y seguimiento de la Retinopatía Diabética
REUS	Red Española de Universidades Saludables
RIPE	<i>Reach Information Portal for Enforcement</i>
RSI-2005	Reglamento Sanitario Internacional-2005

S

SAIP	Servicios de Atención e Información al Paciente
SCIRI	Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información
SCU	Unidades de Sangre de Cordón umbilical
SEFV-H	Sistema Español de Farmacovigilancia Humana
SEQUIMED	Aplicación informática de gestión de datos de transacciones entre laboratorios, almacenes y oficinas de farmacia
SEIP	Sociedad Española de Infectología Pediátrica
SEMYCIUC	Sociedad Española de Medicina Intensiva 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)
SG	Secretaría General
SGSI	Sistema de Gestión de Seguridad de la Información
SI	Sistema de Información
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIFCO	Sistema de Información del Fondo de Cohesión
SILC	Estadísticas de ingresos y condiciones de vida publicadas por Eurostat
SMEG	Salud Mental Extrahospitalaria de Guipuzcoa

SINAC	Sistema de Información Nacional de Aguas de Consumo
SIRIPQ	Sistema de Intercambio Rápido de Información de Productos Químicos
SMIME	<i>Secure / Multipurpose Internet Mail Extensions</i> (Extensiones de Correo de Internet de Propósitos Múltiples / Seguro)
Snomed CT	<i>Systematized Nomenclature of Medicine-Clinical Terms</i> (Nomenclatura Médica Sistematizada-Terminología Clínica)
SNS	Sistema Nacional de Salud
SOA	<i>Service Oriented Architecture</i> (Arquitectura Orientada a Servicios)
SOAP	<i>Simple Object Access Protocol</i> (Protocolo Simple de Acceso a Objetos)
SP	Seguridad del Paciente
SPNS	Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA
SSPE	Sistema Sanitario Público de Extremadura
SW	Software

T

TAC	Tomografía Axial Computerizada
TAM	Tasa Anual Media de crecimiento
TBC	Tuberculosis
TCE	Traumatismo Craneoencefálico
TD	Tesis Doctoral
TIC	Tecnologías de la Información y Comunicación
TMG	Trastorno Mental Grave
TMS	Trastorno Mental Severo
TPH	Trasplantes de Progenitores Hematopoyéticos
TTS	<i>The Transplantation Society</i>
Tx	Trasplante

U

UAR	Unidad de Acceso Restringido
UCAI	Unidad de día y Consulta de Atención Inmediata para crónicos
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UDM	Unidad Docente Multiprofesional
UDVP	Usuarios de Drogas por Vía Parenteral
UE	Los 27 Estados miembros de la Unión Europea en la actualidad
UE-12	Los 12 Estados miembros incorporados a la Unión Europea después de 2004.
UE-15	Los 15 Estados miembros incorporados a la Unión Europea antes de 2004
UGC	Unidades de Gestión Clínica
UGT	Unión General de Trabajadores
UNESCO	<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i> (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura)
UNGA	Asociación Gitana de Asturias
UPNA	Universidad Pública de Navarra
UTECA	Unión de Televisiones Comerciales Asociadas

V

VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
-----	-----------------------------------

VPH

Virus del Papiloma Humano

X

XML

eXtensible Markup Language (lenguaje de marcas extensible),



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

www.mspsi.es