

1. Análisis de la situación

1.1. Cambios en la población y en su situación de salud

Promover, proteger y recuperar la salud de las personas que viven en el Estado español es la misión, el fin último, del SNS. Por ello la población, su estado de salud, sus necesidades y problemas dirigen las políticas de salud. En el marco del SNS, conocer la magnitud de la población a la que existe el compromiso de atender, y su estado de salud, permite planificar y organizar los recursos humanos y materiales de manera adecuada.

Puntos clave de la población en el 2004

Aumenta la esperanza de vida¹

- Varones 77,2 años (la segunda de la UE-25)
- Mujeres 83,7 años (la más alta de la UE-25)
- 16,9 % de la población mayores de 65 años (58 % mujeres)

Aumenta la población²

- 43 millones de habitantes
- Tasas crecientes desde 1986
- Aumento entre 1999 y 2004 de 7,45% (3 millones personas)
- Aumentan las personas extranjeras
 - Tres millones (el 7,02% de la población total)
 - Incremento 13,9% respecto a 2003

El crecimiento es desigual territorialmente³

- Principado de Asturias ha perdido población (-0,97%)
- Menos del 1,5%: Extremadura, Castilla y León, País Vasco, Galicia y Ceuta
- Más del 10%: La Rioja, Comunidad Valenciana, Madrid, Murcia, Canarias, Baleares y Melilla.

Se mantiene cobertura alta por el SNS

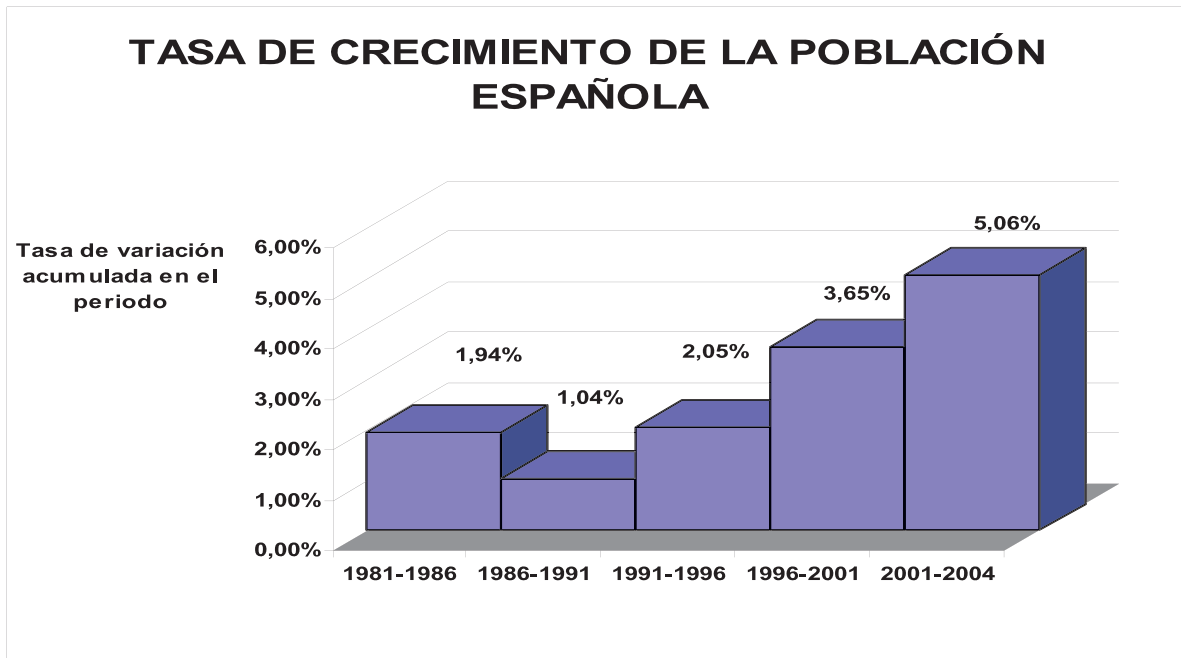
- Crecimiento de la Población Protegida por el SNS en 2004 respecto a 2003 se cifra en más de 480.000 personas (1,2%).
- El SNS dio servicio directamente al 96,02% de la población. Si tenemos en cuenta la población que recibe atención sanitaria con financiación pública, ascendió a 99,53% (datos ENSE 2003).
- Todos los extranjeros sin tarjeta de residencia y no empadronados tienen derecho a la atención urgente y a la asistencia completa si se trata de menores y mujeres embarazadas

¹ Fuente de datos CIFRAS INE. Boletín 2/2005. la salud de los españoles y Proyección población INE a 31 de diciembre de 2004 (población mayor de 65 años).

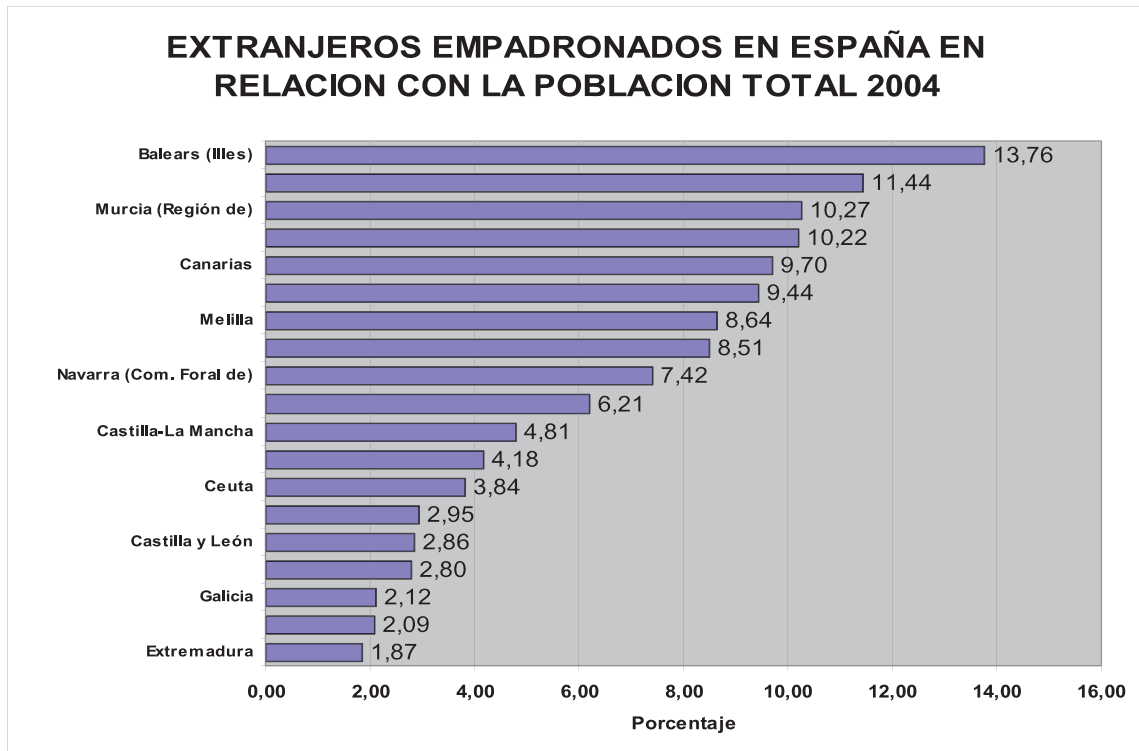
² Fuente de datos INE. Padrón Municipal

³ Incrementos relativos al período 1999-2004. Fuente: INE Padrón Municipal

Fuente: MSC



Fuente: MSC



Indicadores de Salud

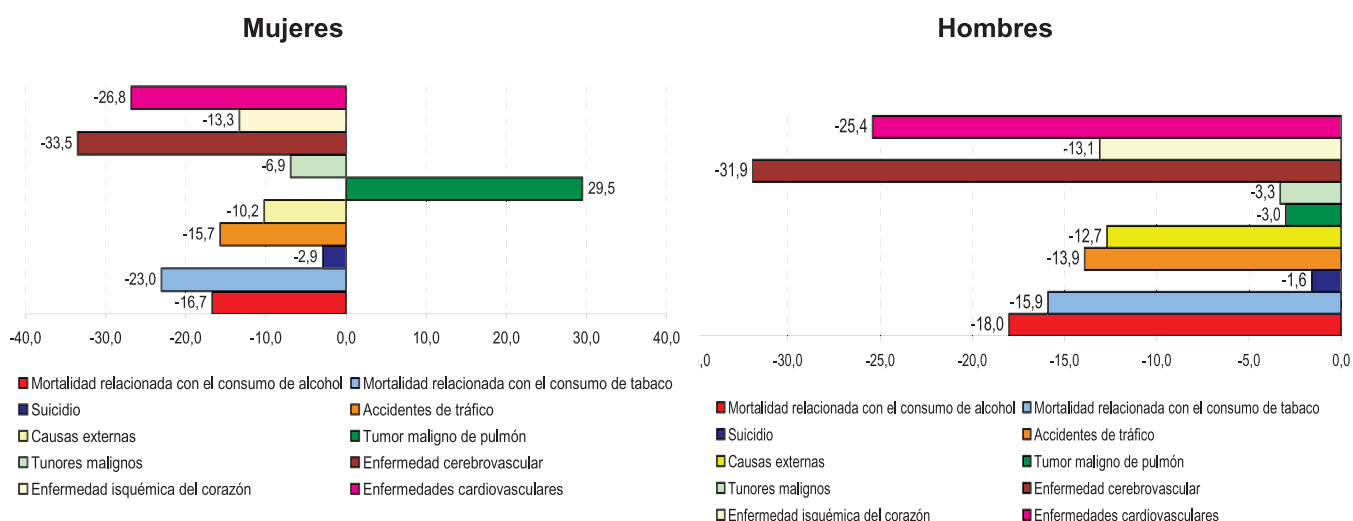
Conocer el estado de salud de la población de un territorio determinado, es fundamental para la planificación de su sistema de salud a la vez que para la valoración de su calidad, teniendo siempre en cuenta que la salud no es consecuencia solamente de la actividad del sector sanitario.

Los perfiles de salud poblacionales no varían sustancialmente de año en año, al menos en países como el nuestro en el que el estado de salud en general es bueno. Nuestro SNS tiene estándares altos de calidad estables y el patrón de enfermedades está relacionado con problemas crónicos y degenerativos con periodos de latencia largos y sobre los que la efectividad de las medidas preventivas tarda años en hacerse visible.

La mortalidad, aún reconociendo que está lejos de medir la salud, sigue siendo un indicador útil en relación con ella ya que los sistemas de información recogen las muertes y sus causas de manera fiable en nuestro país, tras décadas de funcionamiento y mejora de su declaración y registro. Medir la salud es complejo, y por ello se utilizan también indicadores de enfermedad, bien sean directos como las tasas de morbilidad, ya sean indirectos como el consumo de fármacos o la utilización de servicios sanitarios. Uno de los instrumentos más cercanos a la medición del concepto de salud con el que se cuenta en la actualidad es la autopercepción del estado de salud, que se recoge periódicamente en la Encuesta Nacional de Salud, junto a información sobre los determinantes de la salud (datos socioeconómicos individuales, estilos de vida, y utilización de servicios sanitarios). Todos ellos ayudan a conformar un perfil de la población en términos de salud y enfermedad.

Es importante, siempre que se analiza la situación de salud de una población, identificar y describir las desigualdades en salud relacionadas con el lugar donde se vive, la clase social o ser hombre o mujer. Esta información será clave para la efectividad de las políticas de salud y para cumplir los objetivos de equidad.

Tendencia en la última década de las principales causas de mortalidad:
Variación porcentual ajustada de mortalidad por edad entre 1993-2002



Fuente: INE

Elaboración: Instituto de Información Sanitaria (IIS).MSC

Puntos clave en indicadores de salud en el 2004

Autopercepción del estado de salud ⁴

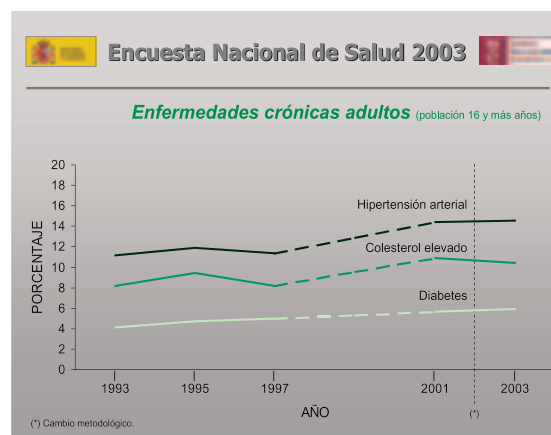
- o Salud buena o muy buena: 71% (76% de los hombres y 67% de las mujeres)
- o Los hombres, en todos los grupos de edad, mejor percepción que las mujeres
- o Al aumentar la edad disminuye la proporción de quienes dicen tener buena salud (la percepción positiva a partir de los 75 años de edad se reduce al 40% de los hombres y al 29% de las mujeres)

Problemas de salud crónicos:

- o Hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes aumentan
- o Trastornos crónicos más frecuentes en población mayor de 16 años:
 1. Artrosis y problemas reumáticos (16,4%)
 2. Hipertensión arterial (14,5%)
 3. Hipercolesterolemia (10,5%)
 4. Alergia (9,8%)
 5. Diabetes (5,9%)
 6. Enfermedades del corazón (5,8%)
 7. Asma, bronquitis crónica o enfisema (5,5%)
 8. Depresión (5,4%).
- o Excepto asma, bronquitis crónica o enfisema, todos ellos son más frecuentes en las mujeres
- o En menores de 16 años, los más prevalentes son alergia (9,3%), y asma, bronquitis crónica o enfisema (4,5%). Todos ellos frecuentes en los niños que en las niñas.

Consumo de medicamentos:

- o La población que consume medicamentos muestra una tendencia ascendente (del 44% en 1993 al 55% en el 2003), tanto en hombres como en mujeres ⁵.
- o Los hombres consumen menos medicamentos (48%) que las mujeres (61%) ⁶.
- o La automedicación aumentó entre 1993-2003 (de 11,9 a 16,8% de la población)
- o Grupos de medicamentos más consumidos ⁷ (contra úlcera péptica y reflujo gastroesofágico, antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos, analgésicos antipiréticos, agentes que actúan sobre el sistema renina-angiotensina y ansiolíticos)



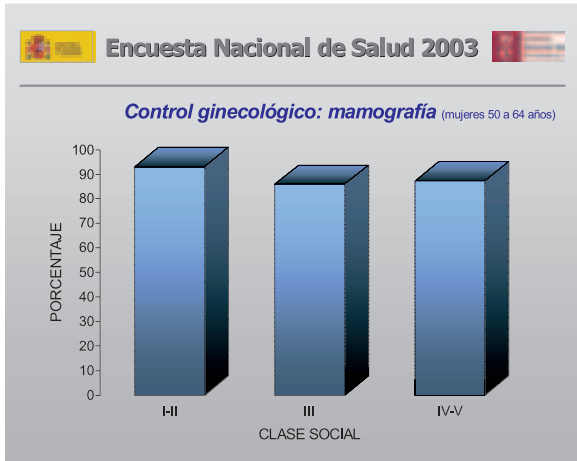
Elaboración: Instituto de Información Sanitaria (IIS). MSC

⁴ Encuesta Nacional de Salud 2003

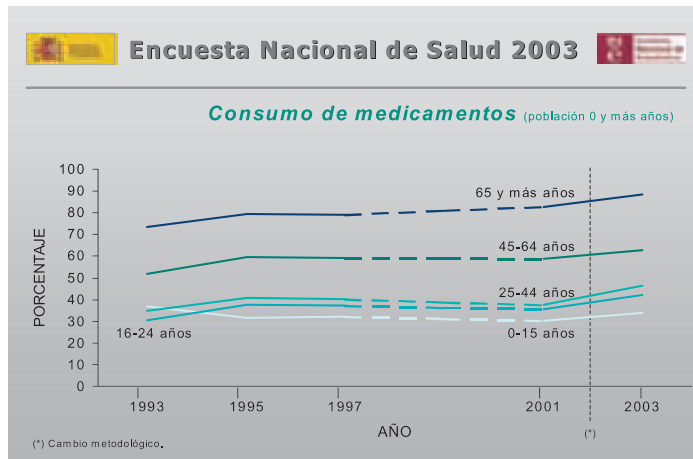
⁵ Encuesta Nacional de salud 2003

⁶ Encuesta Nacional de salud 2003 (referido a consumo en las 2 semanas anteriores a la encuesta)

⁷ Datos de número de recetas oficiales del SNS dispensadas a través de oficina de farmacia en el 2004. No se contempla en estos datos, ni los publicitados, ni los de receta blanca (receta particular no del SNS), ni los de dispensación exclusiva a través de farmacia del hospital. Tampoco se contemplan aquí las recetas especiales de mutualistas.



Elaboración: Instituto de Información Sanitaria (IIS). MSC



Elaboración: Instituto de Información Sanitaria (IIS). MSC

1.2 Respuestas desde el SNS para la promoción y protección de la salud y la prevención y atención a las enfermedades.

1.2.1. Inversiones en recursos económicos y humanos.

Puntos clave para la Inversión en Recursos del SNS en el 2004

GASTO SANITARIO PÚBLICO

Gasto sanitario público⁸ (GSP): 46.930 millones de euros

Gasto per cápita⁹: 1086,39 euros

Ratio gasto sanitario Público/gasto sanitario Total: 71-72% se sitúa entre los porcentajes más bajos de UE-15 (el cuarto más bajo)

Gasto Sanitario Público real en relación al PIB: ha crecido de 5,45% en 2001 a 5,72% en 2003.

Previsiones de gasto para 2004 y 2005, en función de los Presupuestos Iniciales aprobados, **señalan una tendencia de crecimiento moderado pero sostenido**

GASTO FARMACÉUTICO

En 2004 el crecimiento se ha logrado contener en un 6,26%, frente al 12,84% de crecimiento en 2003.

En 2004 el crecimiento del gasto farmacéutico se ha situado un punto por debajo del crecimiento del PIB

En 2004 el gasto farmacéutico supone el 20,56% del GSP¹⁰ (gasto total en Farmacia 22,4% del GSP en 2003)

Componentes del gasto farmacéutico:

- **Número de recetas totales dispensadas:** en 2004 creció un **3,4%** (frente a 6,59% en 2003)
- **Gasto medio por receta:** en 2004 creció un **2,76%** (frente a 5,86% en 2003)

RECURSOS HUMANOS

Creación de empleo del sector sanitario: registra para el periodo 1999-2003, tasas de crecimiento medio anual del empleo superiores a las de la economía en su conjunto (2,6%)

En España trabajan en el Sector Sanitario cerca de 800.000 personas (500.000 empleados públicos).

El sistema de residencia, sigue siendo uno de los pilares de la calidad del Sistema Nacional de Salud, que cuenta con **23.000 profesionales en formación.**

⁸ Gasto del año 2004 estimado según evolución de presupuestos iniciales y liquidaciones.

⁹ Conjunto de la población española considerado el Padrón Municipal. INE.

¹⁰ Referido al gasto farmacéutico de 2004 a través de recetas dispensadas en oficina de farmacia (extrahospitalario), que supone el 98% del gasto total en Farmacia (extrahospitalario ó ambulatorio + hospitalario) contemplado en la clasificación funcional del Gasto Sanitario Público (GSP)

Gasto Sanitario Público

El Gasto Sanitario Público en España se estima en 42.626 millones de euros para el año 2003, y 46.930 millones de euros en 2004. La evolución del gasto sanitario público entre 1999 y 2004 y su per cápita, se recogen a continuación para el conjunto de la población española (Población del padrón) y el gasto real estimado por el grupo de trabajo para la Conferencia de Presidentes.

Gasto sanitario público / Población total

	1999	2000	2001	2002 (p)	2003 (A)	2004*
Gasto público total (millones euros)	30.636	33.092	35.499	38.295	42.626	46.930
Población padrón	40.202.160	40.499.791	41.116.842	41.837.894	42.717.064	43.197.684
per cápita (euros)	762,04	817,10	863,38	915,33	997,88	1.086,39

Gasto del año 2004 estimado según evolución de presupuestos iniciales y liquidaciones.

Fuente: MSC

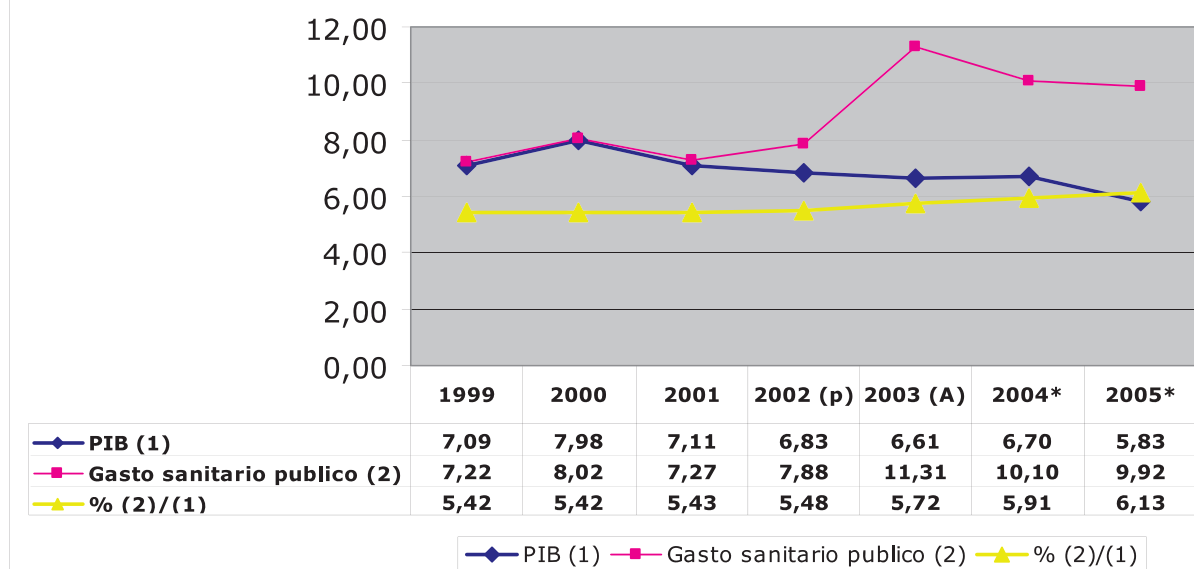
Según los datos del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario para la Conferencia de Presidentes, el incremento del gasto sanitario realizado por las Comunidades Autónomas fue de un 8,8% en 2002 y de un 11,5% en 2003, por encima de los crecimientos del PIB. Esto ha permitido que el Gasto Sanitario Público real en relación al PIB crezca de 5,45% en 2001 a 5,72% en 2003. **Por primera vez desde 1993 (en que se congeló el gasto sanitario público en relación con el PIB) se observa este incremento, reflejando el esfuerzo de las CCAA que asumieron las transferencias el 1 de enero de 2002, que ha sido secundado después por las más veteranas.**

Los Informes elaborados por el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario Público en el que han participado la IGAE, el MSC y las CCAA, presentados en el momento de finalizar este informe, ponen de relieve que la culminación del proceso transferencial ha venido acompañada de un crecimiento moderado del gasto sanitario pero también que persisten las tensiones derivadas del comportamiento de los diferentes componentes del gasto (farmacia, consumos de tecnología, etc.). La información elaborada será de un enorme valor para la adopción de medidas tendentes a mejorar la estabilidad del SNS.

Por otra parte los condicionantes del modelo de financiación aprobado en la anterior legislatura y la dificultad por parte de las CCAA de asimilar el escenario financiero que pactaron, en el que se inscribe el SNS, vienen a sumarse al escenario descrito. Todo ello se abordara en la primera Conferencia de Presidentes que se celebrará en 2005.

Las previsiones de gasto para 2004 y 2005, en función de los Presupuestos Iniciales aprobados, señalan una tendencia de crecimiento moderado pero sostenido.

Gasto Sanitario Público y PIB Variaciones interanuales y porcentaje



Fuente: MSC

La importancia de la financiación pública del gasto sanitario, en el contexto de la economía del país y de la propia estructura del gasto sanitario en su conjunto se puede medir a través de 2 indicadores básicos:

- Porcentaje del gasto sanitario público sobre el PIB del país
- Porcentaje del gasto sanitario público sobre el gasto sanitario privado.

El análisis **del ratio gasto sanitario/PIB** plantea en la actualidad en nuestro país algunas dificultades, puesto que existen variaciones en las magnitudes que integran el cociente:

- Por un lado, la diferencia de enfoque en la medición del gasto: gasto liquidado y gasto real, que lleva a dos cifras de gasto público diferentes: La primera, la que incorpora la EGSP y que ha nutrido la base de la OCDE (Eco-Salud) y la segunda la que se ha incorporado al estudio sobre el gasto del Grupo de trabajo de análisis del Gasto sanitario.
- Por otro lado, el Instituto Nacional de Estadística acaba de hacer públicos los datos de Contabilidad Nacional (para el periodo 2000-2004) en base al año 2000, que han supuesto un incremento del PIB, debido no solo a cambios metodológicos, sino también a refinamientos y mayores bases de información estadística. Por lo que atañe al gasto sanitario, esto ha dado lugar a que el Gasto en Consumo Final de los hogares, magnitud central en la estimación del gasto privado, haya experimentado un incremento de más de un 2 %. La nueva estimación del gasto sanitario total incorporaría este crecimiento.

Cuando se incorporan datos de gasto real, y debido a las importantes deudas afloradas, el gasto sanitario público incrementa su participación en el PIB y también, aunque muy ligeramente, su participación en el gasto sanitario total en

el periodo 2000-2003. Los porcentajes varían según se considere los datos de CNE en base año 1995 o 2000.

En cualquiera de las hipótesis, **el ratio gasto sanitario Público/gasto sanitario Total** - que oscila entre el 71 y 72 por ciento del gasto sanitario total, dependiendo de la consideración del gasto real o liquidado- se sitúa entre los porcentajes más bajos de la Europa de los 15 (el cuarto más bajo), siendo la media de 76.4 %, y bastante alejada de los ratios que presentan los países con Sistemas Nacionales de Salud, como el nuestro. (Ver cuadro 2).

Cuadro nº 2	
Porcentaje de Gasto sanitario público sobre el gasto sanitario total. Año 2002	
Países Bajos	62,5
Austria	69,9
Portugal	70,5
España	71,3
Irlanda	75,2
Italia	75,4
Francia	76,1
Finlandia	76,3
Alemania	78,6
Dinamarca	82,9
Reino Unido	83,4
Suecia	85,3
Luxemburgo	85,40
Media	76,369

Copyright ECO-SALUD OCDE 2005, Junio 05

Gasto Farmacéutico

La prestación farmacéutica es una de las más importantes, y de mayor calidad, del SNS. Por ello es preciso garantizar su mantenimiento de forma que sea posible disponer de los medicamentos necesarios para los pacientes en cualquier lugar de España y en las circunstancias que lo requieran. Esta prestación, a su vez, debe ser compatible con las capacidades de financiación del Sistema.

En 2003 el gasto en farmacia ambulatoria representaba un 23,38% del GSP, siendo el Gasto total en Farmacia (extrahospitalario ó ambulatorio + hospitalario) el 22,4% del GSP. En los últimos años el crecimiento de la factura farmacéutica extrahospitalaria superaba la capacidad de financiación, generando importante tensiones. La tasa de crecimiento anual medio ha sido de 9,72%.

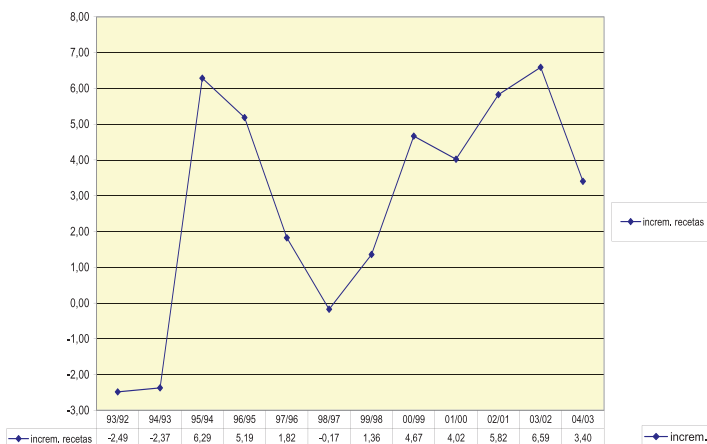
En 2004 el crecimiento se ha logrado contener en un 6,26%, es decir, un punto por debajo del crecimiento del PIB. Este es un resultado de enorme importancia para la estabilidad del conjunto del SNS. Frente a un crecimiento del número de recetas en 2003 de 6,59%, en 2004 crecieron un 3,4 %. Así mismo, frente a un crecimiento de gasto medio por receta de 5,86% en 2003, se consiguió un crecimiento medio de 2,76% en 2004.

TASAS DE CRECIMIENTO INTERANUAL Y ACUMULADA. PERIODO 1992-2004

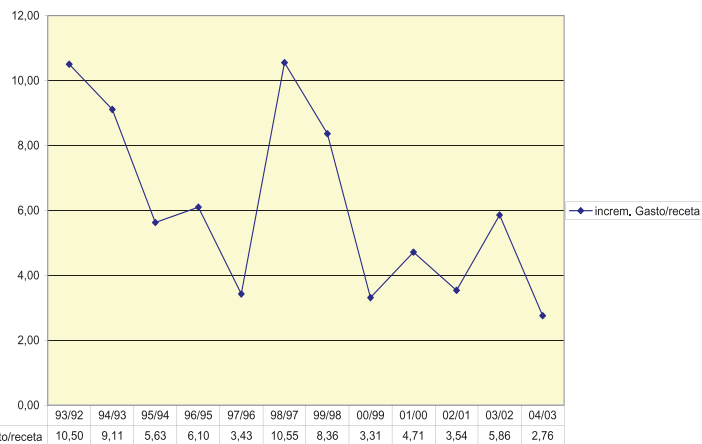
INCREMENTOS	RECETAS	ENVASES	IMPORTE	APORTACION	GASTO	GASTO/RECETA
93/92	-2,49	-2,48	7,33	3,46	7,76	10,50
94/93	-2,37	-2,70	6,06	1,62	6,53	9,11
95/94	6,29	6,06	11,88	8,11	12,27	5,63
96/95	5,19	4,86	11,18	6,89	11,60	6,10
97/96	1,82	1,55	4,98	1,37	5,31	3,43
98/97	-0,17	-0,41	9,77	3,09	10,36	10,55
99/98	1,36	1,05	9,40	4,26	9,83	8,36
00/99	4,67	4,24	7,86	4,41	8,13	3,31
01/00	4,02	3,39	8,81	7,25	8,92	4,71
02/01	5,82	5,44	9,51	8,80	9,57	3,54
03/02	6,59	6,32	12,70	10,85	12,84	5,86
04/03	3,40	3,17	5,70	-1,90	6,26	2,76
2004/1992	39,25	34,42	173,30	75,40	184,08	104,00
t.a.a.2004/1992	3,06	2,73	9,57	5,24	9,96	6,70

Fuente: Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. MSC
 Elaboración: Observatorio del Sistema Nacional de Salud (OSNS). MSC

INCREMENTOS INTERANUALES EN NUMERO DE RECETAS
 GASTO FARMACEUTICO EXTRAHOSPITALARIO SNS
 1992-2004



INCREMENTOS INTERANUALES DEL GASTO/RECETA
 GASTO FARMACEUTICO EXTRAHOSPITALARIO SNS
 1992-2004



Fuente: Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. MSC
 Elaboración: Observatorio del Sistema Nacional de Salud (OSNS). MSC.

Plan Estratégico de Política Farmacéutica

En 1990, la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, supuso un hito de enorme importancia para el Sistema Nacional de Salud ya que articulaba de forma definitiva una prestación farmacéutica de calidad. En su desarrollo, las estructuras de atención a la salud más relevantes son: los laboratorios, los importadores, la distribución mayorista, las oficinas de farmacia y los servicios de farmacia de los hospitales -en las que trabajan los farmacéuticos- y los centros de salud y hospitales - en los que trabajan los médicos-, que tienen la responsabilidad de la prescripción de medicamentos. Esta Ley también estableció el marco general en el que ha de desarrollarse la política farmacéutica del Sistema Nacional de Salud y, entre otras cuestiones, establece la necesidad de asegurar una prestación de medicamentos por el Sistema Nacional de Salud a precios razonables y con un gasto público ajustado.

La prestación farmacéutica, según el artículo 16 de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad, comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad.

Los destinatarios finales de la prestación farmacéutica son los ciudadanos y en este sentido, no hay que olvidar que el medicamento es una herramienta esencial en la lucha contra la enfermedad y sus consecuencias. Es evidente que son los medicamentos uno de los principales elementos que han permitido las importantes mejoras en la salud y en la calidad de vida de la sociedad moderna y que en ellos hay puestas muchas esperanzas de futuro en la medicina.

En noviembre de 2004 el Ministerio de Sanidad y Consumo presentó un Plan Estratégico de Política Farmacéutica que ha definido las bases de la política farmacéutica española para los próximos años.

Aspectos esenciales del Plan Estratégico de Política Farmacéutica

- Objetivos de mejora de la eficiencia de la Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios.
- Fijación de precios con criterios de evidencia científica y de racionalización del gasto.
- Establecimiento de estrategias de información y promoción de medicamentos a los profesionales basadas en la independencia, la objetividad y el rigor científico
- Acciones a favor de un servicio de distribución en el Sistema Nacional de Salud
- Acciones a favor de un servicio de mayor calidad por parte de las oficinas de farmacia al Sistema Nacional de Salud
- Una nueva consideración del papel de los médicos en la calidad de la prescripción de fármacos.
- Actividades de prevención y detección de problemas relacionados con los medicamentos como estrategia de mejora de la calidad de la farmacoterapia
- Estrategias para la adecuación del tamaño de los formatos de los medicamentos a la duración del tratamiento.
- Acciones sobre los ciudadanos para el uso adecuado de los medicamentos
- Desarrollo de una política a favor de los medicamentos genéricos
- Establecimiento de un nuevo sistema de precios de referencia

Recursos Humanos

El personal sanitario es el recurso más valioso del SNS. Un personal bien formado, con medios adecuados para desempeñar su trabajo, y adecuadamente motivado es la base necesaria para conseguir un servicio sanitario de calidad.

Además, el sector sanitario genera empleo y riqueza. Las relaciones entre salud, asistencia sanitaria y crecimiento económico son complejas. La salud de la población es un factor que aumenta el valor del capital humano y por tanto genera riqueza y capacidad productiva. Si bien los datos que relacionan directamente nivel de salud y crecimiento económico se miden a través de los indicadores como esperanza de vida y PIB, los determinantes de salud no son sólo los demográficos sino los que induce el propio estado de salud de la población en el incremento de la productividad.

La asistencia sanitaria como sector productivo se caracteriza por ser un sector intensivo en la utilización de empleo y con un elevado grado de desarrollo tecnológico. Su dimensión económica, medida a través del gasto sanitario total, es cada vez más importante en la economía de los países desarrollados. Un reciente informe¹¹ basado en datos macroeconómicos de Contabilidad Nacional, destaca el elevado ritmo de creación de empleo del sector sanitario que registra para el periodo 1999-2003, unas tasas de crecimiento medio anual del empleo tanto en la sanidad pública (3,2%) como en la privada (5,0%) superiores a las de la economía en su conjunto (2,6%), que se acrecientan comparando la variación del año 2003, cuya tasa es del 6,1%, 11,2% y 2,5% respectivamente.

En España trabajan en el Sector Sanitario cerca de 800.000 personas¹². De ellas, en empleos públicos 500.000, concretamente en puestos asistenciales 422.171 (estimación a partir de la ESCRI y SIAP) y el resto en redes de servicios concertados, de titularidad privada pero prestando servicios a la sanidad pública (farmacias, clínicas, etc.) y en actividades privadas.

Durante el 2004, las actuaciones más destacables del SNS en relación con los recursos humanos han sido: La introducción de una nueva dinámica de trabajo y el impulso a la formación especializada.

La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, órgano del que forman parte las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas y representantes de diversos Departamentos de la Administración General del Estado (AGE), fue constituida bajo la presidencia de la Ministra de Sanidad y Consumo el día 16 de junio de 2004 en Bilbao. Dicho órgano ha introducido un nuevo estilo de trabajo en las políticas de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, que requiere grandes dosis de diálogo y solidaridad entre las diferentes administraciones sanitarias, desarrollando un papel importantísimo en todos los asuntos relacionados con la gestión de personal, la formación y el desarrollo profesional. Para su debate se han constituido tres Comisiones Técnicas y numerosos grupos de trabajo, que han llegado a adoptar acuerdos sobre: convocatorias de formación especializada, nuevos programas formativos de diversas especialidades médicas y nuevas especialidades de enfermería, entre otras.

¹¹ Informe sectorial 2004. Consejo de Cámaras de Comercio.

¹² Eco-Salud OCDE 2004.

La formación especializada y, sobre todo, el sistema de residencia, sigue siendo uno de los pilares de la calidad del Sistema Nacional de Salud, que cuenta con 23.000 profesionales en formación.

Convocatoria de formación especializada del 2004

- En sistema de residencia 5.690 plazas frente a 5.518 en 2003. En régimen de alumnado 183 plazas
- Nuevas unidades docentes y programas formativos de las especialidades de Medicina del Trabajo, Medicina Preventiva y Salud Pública y Medicina Familiar y Comunitaria
- Convocatoria de Pruebas Selectivas única para Médicos, Farmacéuticos, Químicos, Biólogos, Bioquímicos, Radiofísicos Hospitalarios y Psicólogos,
- Establecimiento de un “cupo autonómico” que asegure un mínimo de plazas en todas las Comunidades Autónomas que las hubieran ofertado
- Convocatoria de 421 plazas para la formación en **especialidades de enfermería** frente a las 398 del año anterior
 - 314 en Enfermería Obstétrico-Ginecológica
 - 107 en Enfermería en Salud Mental
- Aprobación de las especialidades de Enfermería Geriátrica, Enfermería del Trabajo, Enfermería en Cuidados Médico-Quirúrgicos, Enfermería Familiar y Comunitaria y Enfermería Pediátrica

Además, durante el 2004 se impulsó de manera definitiva la Oferta Pública de Empleo (OPE) especial, convocando la fase de provisión a la práctica totalidad de las especialidades médicas, que supuso la realización de los primeros nombramientos. Con esto se abordó la recta final del proceso extraordinario de consolidación de empleo derivado de la Ley 16/2001 que, con más de 37.000 plazas convocadas, viene a otorgar estabilidad a un amplio colectivo de personal sanitario y supondrá la superación de una bolsa histórica de empleo interino.

1.2.2. Estrategias y programas del SNS y sus desarrollos autonómicos.

Nuestro perfil de salud, semejante al de otros países de nuestro entorno socioeconómico, precisa que se aborde la atención integral a los problemas de salud más prevalentes, que son fundamentalmente crónicos y que requieren importantes esfuerzos económicos y de organización del SNS.

Uno de los aspectos más destacados de la política sanitaria durante 2004 ha sido el impulso que las Administraciones Sanitarias, Ministerio de Sanidad y Consumo y Comunidades Autónomas, han dado a las políticas de prevención de enfermedades y promoción de la salud, las Estrategias de Salud. El Consejo Interterritorial del SNS ha acogido positivamente las propuestas del MSC para las políticas de control del tabaquismo, mejora de la nutrición, prevención y atención a la violencia de género, así como estrategias para la atención a enfermedades específicas como cardiovasculares, cáncer, salud mental, diabetes y a las drogodependencias, entre otras.

Control del tabaquismo

El tabaquismo constituye uno de los problemas prioritarios de Salud Pública en nuestro país y una amenaza sanitaria creciente para los países en vías de desarrollo.

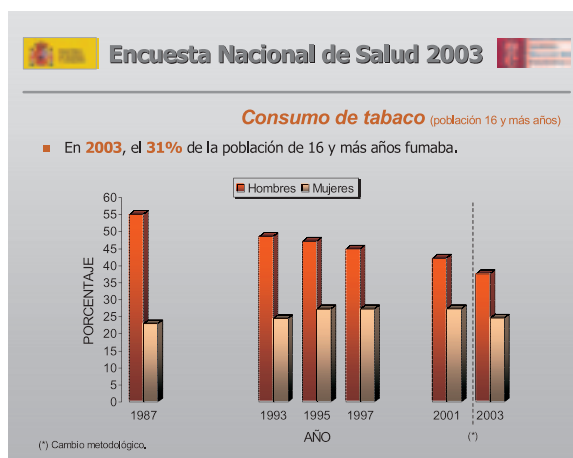
El consumo de tabaco es la principal causa prevenible de morbilidad, incapacidad y mortalidad prematura en los países desarrollados.

La población fumadora muere entre 15 y 20 años antes que la población que no fuma

El tabaco ocasiona aproximadamente 50.000 muertes al año en nuestro país

Son más de 25 las enfermedades asociadas al tabaquismo.

La prevalencia de fumadores ha descendido pero continúa siendo alta en nuestro país (36,1% en 1993 y 31,0% en 2003).



Elaboración: Instituto de Información Sanitaria (IIS). MSC

Se trata de un problema sanitario de dimensiones epidémicas que se manifiesta en mortalidad prematura, deterioro de la calidad de vida e importantes costes económicos y sociales para las poblaciones. Además de los efectos adversos para la salud de las personas que fuman, el consumo de tabaco tiene efectos dañinos sobre quienes deben compartir espacios cerrados donde otras personas fuman y se encuentran expuestas al aire contaminado por el humo del tabaco.

El marco referencial de actuación de las líneas políticas emprendidas ha sido el Convenio Marco para el Control del Tabaco, impulsado por la OMS y aprobado en su 56ª Asamblea Mundial de la Salud en 2003. El Ministerio de Sanidad y Consumo del gobierno español, a lo largo de 2004, a través del CISNS, ha impulsado la Estrategia de Control del Tabaquismo en España mediante diversas iniciativas, y las CCAA han fortalecido sus planes y programas en esta materia.

Estrategia de Control del Tabaquismo en España

1. *Desarrollar capacidad legislativa del Estado.* Anteproyecto de Ley reguladora de venta, suministro, consumo y publicidad de productos del tabaco.
2. *Financiar y consensuar estrategias de intervención con las CCAA,* aprobándose créditos por valor de 12 millones de euros, para el año 2004.
3. *Establecer pactos y convenios de colaboración* entre distintas instituciones públicas, entidades y organizaciones

Nutrición, Actividad Física y Obesidad (NAOS)

La Asamblea Mundial de la OMS aprobó en mayo de 2004, durante su 57º Sesión, la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimenticio, Actividad Física y Salud y pidió a todos los países que desarrollaran esta iniciativa en sus territorios, como respuesta a un problema de salud calificado por la propia OMS como “la epidemia del Siglo XXI”.

Algunos datos sobre nutrición y actividad física en España

Obesidad

- El 13,6% de la población de 18 y más años presenta obesidad (el 13,3% de los hombres y el 13,9% de las mujeres)
- Tanto en hombres como en mujeres, la obesidad es más frecuente al aumentar la edad, excepto en mayores de 74 años
- Tendencia creciente en la prevalencia de obesidad, en hombres y mujeres. En 1987 un 7,4% de la población mayor de 18 años (6,9% de los hombres y 7,9% de las mujeres) tenía un índice de masa corporal igual o superior a 30 kg/m², en 2003 ascendió al 13,6% (13,3% de los hombres y 13,9% de las mujeres)
- 18,2% de la población infantil (2-17 años), tiene sobrepeso y 8,5% obesidad

Actividad física

- El 54,5% de la población no realiza actividad física alguna en su tiempo libre
- Los hombres son más activos entre los 5 y los 34 años, el sedentarismo aumenta con la edad
- Entre las mujeres el sedentarismo es más elevado
- El sedentarismo, tras descender entre 1993 y 1997, aumenta desde el 2001
- El consumo diario de televisión es un indicador de sedentarismo o inactividad física: el 89% de la población de 1 a 15 años ve la TV a diario (de ellos, el 45% entre 1 y 2 horas al día)

Alimentación

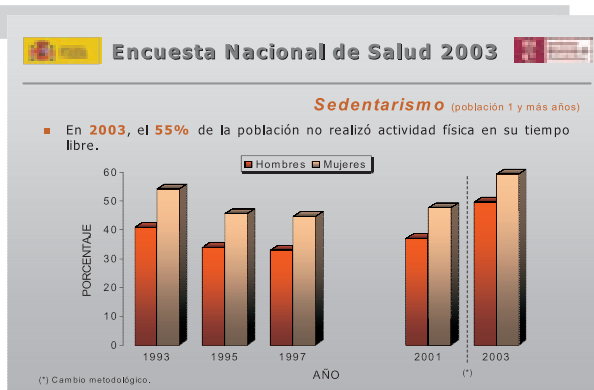
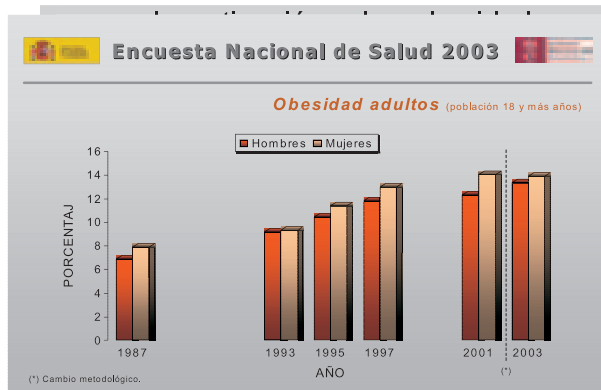
- El 90% de los ciudadanos consume a diario lácteos. El 72% carne tres o más veces por semana y el 46% pescado tres o más veces por semana.
- El 69% consume frutas frescas a diario, el 71% verduras más de tres veces a la semana y el 57% legumbres una o dos veces a la semana
- El 34% de la población toma dulces todos los días (el 45% de los menores)
- Sólo el 7,6% de la población realiza un desayuno completo (lácteo u otro líquido más fruta o zumos más hidratos de carbono). El 6,1% de la población infantil no desayuna nada y el 19,3% solamente algo líquido

Fuente: ENSE 2003. MSC.

En la elaboración de la Estrategia colaboran los Ministerios de Educación y Ciencia y de Agricultura, Pesca y Alimentación, y los sectores sociales y económicos implicados en la lucha contra la obesidad, como escuela, medios de comunicación, publicidad, moda, restauración colectiva, gastronomía, industrias de alimentación y bebida, urbanismo, sociedades científicas, colegios profesionales.

Actuaciones NAOS

- Diseño de guías alimentarias y promoción de la actividad física.
- Medidas educativas para promocionar una alimentación saludable
- Factores ambientales: industria alimentación, publicidad, moda, urbanismo...
- Factores genéticos de la obesidad
- Factores sanitarios de la obesidad
- Factores sanitarios de los trastornos de la conducta alimentaria
- Sistemas de información y epidemiología



Elaboración: Instituto de Información Sanitaria (IIS). MSC

Cáncer

El cáncer es una de las enfermedades más prevalentes y la primera causa de muerte en España y en la Unión Europea.

Se estima que el número de nuevos diagnósticos de cáncer en la Unión Europea es de 1.580.000 por año y el de muertes de 929.000

En España supone unas 94.000 defunciones al año (el 24% de las todas las muertes)

En nuestro país la incidencia anual de nuevos casos se sitúa en torno a los 162.000

La mitad de los casos sobrevivirán a su enfermedad más de cinco años.

En términos del riesgo individual, uno de cada tres españoles y una de cada cinco españolas podrán padecer cáncer en un momento de su vida.

Mortalidad por cáncer en los hombres de los países de la Unión Europea en 1998.
Tasas ajustadas por 100.000hab (población estándar europea)

País	Total	Pulmón	Colon-recto	Estómago	Vejiga	Laringe
Alemania	245.31	64.71	31.22	16.11	8.57	3.21
Austria	235.20	59.25	30.32	17.44	8.61	3.95
Bélgica	284.02	102.09	27.64	12.03	11.49	5.65
Dinamarca	258.45	65.68	34.53	7.85	14.06	3.63
España	253.18	70.92	26.81	16.87	13.24	8.15
Finlandia	208.61	57.43	17.26	12.86	5.86	1.15
Francia	279.11	69.03	26.26	10.60	10.89	7.16
Grecia	211.41	71.74	12.84	12.82	9.94	4.26
Holanda	265.62	86.61	27.93	13.54	10.46	2.95
Irlanda	247.44	60.97	31.51	12.90	6.38	2.64
Italia	254.62	74.72	25.02	19.47	11.02	5.64
Luxemburgo	269.17	79.00	35.25	10.67	7.36	4.98
Portugal	221.93	43.73	27.85	27.77	7.87	7.18
Suecia	189.42	32.16	21.43	9.56	6.51	0.85
Reino Unido	240.64	65.92	26.55	13.24	9.53	2.22
U. Europea	250.10	68.32	26.92	15.07	10.10	4.68

Mortalidad por cáncer en las mujeres de los países de la Unión Europea en 1998.
Tasas ajustadas por 100.000hab (población estándar europea)

País	Total	Mama	Colon-recto	Estómago	Pulmón	Cuerpo uterino	Cérvix
Alemania	150.66	29.00	21.21	9.17	14.88	2.66	4.82
Austria	140.96	27.90	18.33	9.09	15.95	3.05	4.77
Bélgica	152.77	36.99	18.25	5.45	13.85	2.79	4.57
Dinamarca	197.83	37.76	24.65	4.25	38.87	4.44	5.82
España	112.38	22.23	15.67	7.29	6.33	3.33	3.12
Finlandia	126.00	23.01	12.75	6.49	12.15	3.28	1.78
Francia	127.95	27.81	15.96	4.21	10.47	2.97	4.31
Grecia	112.56	20.91	10.24	6.15	11.10	1.97	3.14
Holanda	159.58	35.85	19.52	5.29	21.25	3.27	2.97
Irlanda	171.34	32.30	17.17	6.52	27.68	2.40	4.66
Italia	132.54	26.04	15.55	9.40	11.92	3.21	2.90
Luxemburgo	144.47	21.72	19.07	6.52	16.53	1.56	3.20
Portugal	117.64	23.59	15.50	13.50	6.87	3.80	5.29
Suecia	138.36	24.56	15.30	4.36	17.80	3.14	3.29
Reino Unido	167.93	32.95	16.88	5.71	30.26	2.56	4.16
U. Europea	141.23	28.28	17.35	7.27	15.47	2.94	3.97

Fuente: MSC

Aunque la supervivencia del cáncer haya mejorado significativamente en nuestro país en los últimos veinte años, la realización de una Estrategia de Cáncer del SNS supone una oportunidad para la optimización de su prevención, su diagnóstico y su tratamiento en el ámbito de la organización sanitaria, también, para la investigación y para la evaluación de los avances logrados.

En el periodo 1997-2000, la estimación de la incidencia anual de las localizaciones según el sexo, muestra que, en los hombres, el cáncer de pulmón es el más frecuente, seguido del de colon-recto, próstata y vejiga. En las mujeres el más frecuente es el de mama, seguido de los de colon-recto y útero. El mayor incremento en número de casos se ha producido en el cáncer de colon y recto en el conjunto de la población, seguido del cáncer de pulmón en mujeres. Hay que destacar que aunque el cáncer de pulmón está disminuyendo en hombres aún presenta una frecuencia muy elevada, superior a la media europea.

Por otra parte, según el informe de situación del cáncer en España, el cáncer de pulmón en mujeres es uno de los tumores que ha experimentado un mayor incremento en los últimos años en nuestro país. Estos datos subrayan más aun la necesidad de reforzar los importantes avances logrados en el último año en cuanto a prevención y lucha contra el tabaquismo.

Estimación de la Incidencia anual de cáncer en España en el periodo 1997-2000

Localización Tumoral	HOMBRES			MUJERES			AMBOS SEXOS
	Casos	IC al 95%	TA	Casos	IC al 95%	TA	Total casos
Todos excepto la piel	97.050	69.560-132.927	448,08	64.977	49.526-83.465	247,19	162.027
Colon y Recto	14.204	9.977-19.753	63,58	11.461	8.152-15.679	39,01	25.665
Pulmón	16.690	12.271-22.084	77,40	2.131	1.455-3.036	8,07	18.821
Mama				15.979	10.508-23.586	67,06	15.979
Vejiga	12.727	6.441-23.121	58,06	1.750	1.371-2.201	5,56	14.477
Próstata	13.212	6.245-24.524	56,29				13.212
Útero y Cervix				7.164	4.120-11.657	31,92	7.164
Estómago	2.896	1.964-4.118	12,76	3.454	1.752-6.225	11,42	6.350
LNH	3.253	1.868-5.280	15,25	2.209	1.696-2.846	8,19	5.462
Laringe	3.705	2.034-6.248	18,31	852	54-3.897	3,66	4.557
Encéfalo	1.954	953-3.650	9,56	287	194-410	0,97	2.241
Higado	3.081	2.233-4.158	13,85	1.309	807-2.025	4,02	4.390
Leucemias	2.436	1.873-3.104	11,15	1.852	1.429-2.361	6,75	4.288
Páncreas	1.919	1.449-2.516	8,87	1.675	1.247-2.238	5,30	3.594
Esófago	1.512	1.319-1.730	7,46	257	160-406	0,89	1.769
Riñón	1.441	374-3.923	6,71	1.189	771-1.772	4,59	2.630
Melanoma	1.283	597-2.406	6,14	1.785	1.231-2.543	7,26	3.068
Hodgkin	890	386-1.773	4,23	528	244-1.009	2,29	1.418
Mieloma	795	384-1.471	3,54	769	532-1.063	2,54	1.564
Ovario				2.997	1.735-4.870	12,31	2.997
Tiroides	456	48-1.776	2,22	1.278	205-4.246	5,69	1.734
Vesícula	696	497-944	3,06	1.542	761-2.804	4,52	2.238
Testículo	820	60-3.706	3,85				820

Fuente: MSC

El Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas, está elaborando una Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud que, en el ámbito de la organización sanitaria pública, permita poner en marcha programas de prevención, facilite los medios de diagnóstico apropiados para realizar una detección temprana de la enfermedad y proporcione tratamientos cada vez más eficaces.

La prevención y lucha contra el tabaquismo, por la clara relación causal que presenta el hábito de fumar con diversos tipos de cáncer, es uno de los ejes de esta estrategia.

El objetivo de la estrategia en Cáncer que estamos impulsando desde el Ministerio es abordar el problema tanto desde la prevención y promoción de la salud como desde la detección precoz y el tratamiento, así como reforzar la investigación, tanto epidemiológica, como básica y clínica, y crear herramientas sensibles y precisas que permitan evaluar la situación en cada momento y valorar la utilidad de las medidas que se pongan en marcha.

Los elementos básicos de esta estrategia incluyen el diseño de objetivos, estándares y calendario para la consecución de los mismos, la identificación de modelos de atención y sistemas de organización eficientes, y la definición de indicadores de medida y sistemas de evaluación de la estrategia.

La implantación de la Estrategia en Cáncer, una vez aprobada, se llevara a cabo por las instituciones responsables - Administración General del Estado, Comunidades Autónomas y Ayuntamientos - en función de las competencias sanitarias que correspondan.

Para la redacción del Documento Técnico de Estrategia se han tenido en cuenta las actuaciones y planes llevados a cabo en España, tanto por la Administración general del Estado como por las CCAA y Ayuntamientos. También se han estudiado las estrategias, planes de acción, y documentos principales, de la Unión Europea y de la OMS, así como de otros organismos como el Consejo de Europa, la OCDE y el Banco Mundial entre otros.

Las aportaciones y sugerencias de las CCAA permitirán disponer de un documento de consenso para su presentación y aprobación por el Consejo Interterritorial del SNS.

La estrategia del cáncer del SNS propone estándares científicos e indicadores que ofrezcan garantía de calidad basados en la evidencia científica disponible para

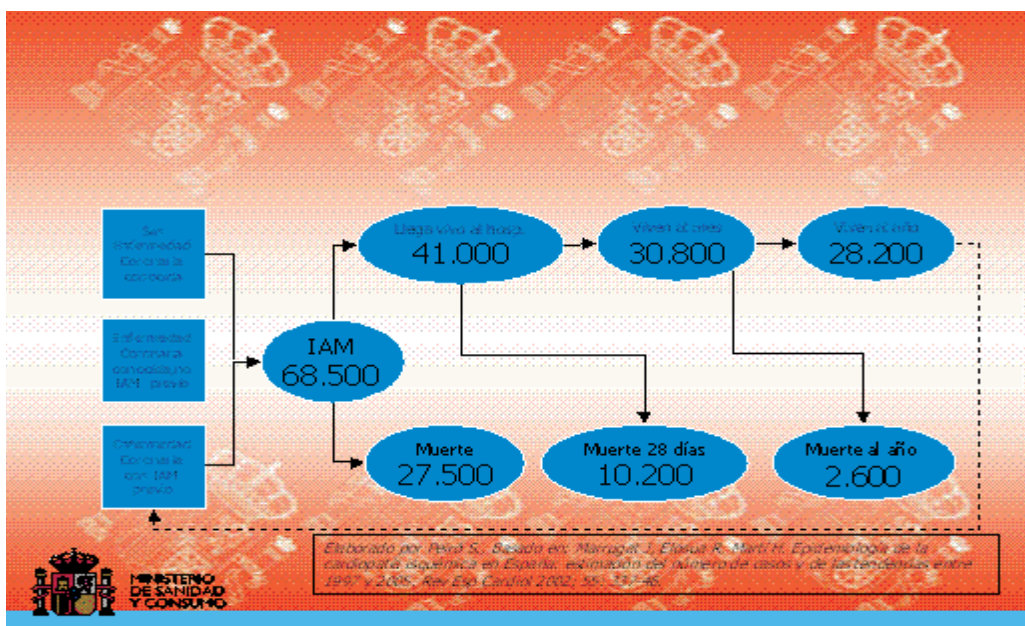
- Garantizar la continuidad asistencial y la fluidez entre niveles, servicios e instituciones, buscando la optimización de las redes asistenciales
- Promover la investigación en todos los aspectos de la enfermedad
- Monitorizar los procesos y los resultados
- Revisar y actualizar periódicamente los logros y los objetivos de la Estrategia del Cáncer

Cardiopatía isquémica

Las enfermedades cardiovasculares, junto al cáncer, constituyen la primera causa de muerte para el conjunto de la población española. En 2000 causaron 125.723 muertes (57.056 en varones y 68.667 en mujeres).

Actualmente, en España la enfermedad isquémica del corazón ocasiona el mayor número de muertes cardiovasculares (31% en total, un 40% en varones y un 24% en mujeres). Dentro de la enfermedad isquémica del corazón, el infarto agudo de miocardio es la causa más frecuente con un 64% (67% en los varones y 60% en las mujeres).

La mortalidad en el infarto de miocardio



Según estimaciones realizadas, en el año 2002 se habrán producido en España unos 68.500 infartos agudos de miocardio. De éstos, aproximadamente la mitad (unos 33.500) se habrán presentado en mayores de 74 años. Del total, unos 41.000 habrán llegado al hospital, mientras que unos 27.500 habrán muerto antes de forma súbita.

Aunque, según los datos existentes, la incidencia de infarto agudo de miocardio en la población de 25 a 74 años (número de casos por 100.000 habitantes y año) se mantiene estable, se estima que cada año aumentará un 1,5% el número de casos de infarto y angina que ingresarán en los hospitales españoles debido al envejecimiento de la población, es decir que cada año aumentará en unos 2.000 el número de personas ingresadas por infarto y angina.

El Plan de Cardiopatía Isquémica aportó un marco de referencia técnica para el abordaje de esta patología. Durante 2004 y a partir de este excelente trabajo se realiza un esfuerzo de simplificación y clarificación del mismo que permita la elaboración de la Estrategia en Cardiopatía Isquémica del SNS.

El objetivo de este documento es redefinir un marco de actuación general con unos objetivos e indicadores de atención, que garanticen a los pacientes una adecuada prevención, asistencia y seguimiento en cualquiera de las fases de la enfermedad.

Para ello se han priorizado de forma consensuada unos *Objetivos* claros y definidos. Se definirán así mismo, los *Indicadores* de evaluación y de seguimiento.

La **Estrategia en Cardiopatía Isquémica del SNS** está referida a las siguientes **Áreas de Intervención:**

- ▶ Prevención Primaria
- ▶ Factores de riesgo
- ▶ Asistencia a pacientes
- ▶ Rehabilitación
- ▶ Investigación

Las líneas estratégicas priorizadas, en fase de discusión en las CCAA incluyen todas las etapas de atención sanitaria e incorporan una selección de aquellos objetivos cuya consecución supondría un mayor impacto sobre la enfermedad en términos de morbi-mortalidad y calidad de vida. Además llevan asociados indicadores que puedan facilitar la evaluación de la estrategia.

El valor de esta iniciativa es poner a disposición del SNS un conjunto de acciones, objetivos y sistemas de evaluación respaldados por su evidencia y utilidad contrastada asumibles y consensados por las CCAA que participen en el proceso de elaboración.

En síntesis, la cardiopatía isquémica es una de las principales causas de mortalidad para hombres y mujeres en España y los países del entorno. Es además una patología prevenible de forma integral: tanto desde la prevención primaria como desde el tratamiento y la rehabilitación.

Salud Mental

Las enfermedades mentales constituyen una de las principales cargas de enfermedad en una sociedad moderna.

Se estima que en torno al 15% de la población española podría padecer algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida, aunque en la mayoría de los casos son trastornos leves y transitorios

Las enfermedades graves y crónicas, se estima que afectan al **1% de la población** (alrededor de 430.000 personas). De ellas, la mitad sufre un trastorno grave asociado a un grado de minusvalía tal que supone una dependencia permanente para el enfermo.

Según la “Encuesta de Morbilidad Hospitalaria”, en el 2002, en los hospitales, tanto de titularidad pública como privada, fueron **dados de alta 112.628 enfermos con el diagnóstico de “trastorno mental”**. Sólo en los de la red pública, según el “Conjunto Mínimo Básico de Datos” (CMBD), se emitieron 71.557 altas relacionadas con este tipo de trastornos.

La prevalencia de los trastornos mentales, la evolución de su incidencia así como la repercusión sanitaria social, familiar y personal junto con el hecho de que la reforma psiquiátrica desarrollada en España haya superado ya los veinte años de desarrollo y la existencia de iniciativas diversas por parte de las CCAA aconsejan realizar una revisión de cómo se está abordando el trastorno mental en el SNS.

España ha colaborado con la Región Europea de la OMS en los trabajos preparatorios de la Estrategia Europea de Salud Mental. El CISNS, a propuesta del MSC, informó favorablemente el proyecto de Estrategia que sería aprobado en la Conferencia de Helsinki en Enero de 2005.

Declaración y el Plan de Acción de Helsinki supone:

Reconocer que la salud mental y el bienestar mental son fundamentales para la calidad de vida y productividad de las personas, familias, la comunidad y las naciones permitiéndolas desarrollar una vida plena y ser ciudadanos activos y creativos....

..que la salud mental y la prevención, tratamiento, cuidado y rehabilitación de los problemas de salud mental son una prioridad para la OMS y sus Estados Miembros, para la UE...

Asumir que las prioridades principales para la próxima década son:

1. Concienciar de la importancia del bienestar mental
2. Rechazar colectivamente los estigmas, la discriminación y la desigualdad
3. Diseñar y establecer sistemas de salud mental integrales, integrados, eficientes que cubran promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, asistencia y recuperación.
4. Establecer la necesidad de profesionales competentes en las citadas áreas.
5. Reconocer la experiencia y conocimiento de los usuarios de los servicios y de sus cuidadores, como base importante para la planificación y el desarrollo de servicios de salud mental.

En este contexto surge la necesidad de elaborar una estrategia en Salud Mental para el SNS para lo cual a finales del 2004 se establecen las bases para su elaboración en 2005.

Diabetes

En el mundo Occidental la prevalencia de Diabetes Mellitus se estima que oscila entre el 2 y el 6% de la población

Se estima que un **50% de los casos permanecen sin diagnosticar**

La prevalencia de la DM1 se estima en 0,2 % de la población (5-10% de las personas con diabetes).

La prevalencia de la DM2 se estima en un 6% de la población (90-95% de las personas con diabetes), aumentando la prevalencia de forma significativa en relación a la edad (el 10-15 % en la población mayor de 65 años, y el 20 % en los mayores de 80 años)

En la mayoría de los países desarrollados, la diabetes ocupa del 4º al 8º lugar entre las **causas de defunción**. En España oscila alrededor de 23.2 por 100.000 habitantes y representa la **3ª causa en mujeres y la 7ª en hombres**. En la mayor parte de los estudios las tasas son mayores para mujeres que para hombres

La **primera causa de muerte entre los pacientes con diabetes es el infarto de miocardio**, que causa el 50-60% de las muertes de los pacientes con DM2. La principal causa de defunción de los pacientes con DM1 es la insuficiencia renal por neuropatía diabética.

Existen en todas y cada una de las CCAA, Planes o Estrategias, que en una u otra medida contemplan el problema, aunque con gran disparidad en cuanto al alcance, y tratamiento del mismo. En España, no disponemos en la actualidad de información homogénea que permita una evaluación completa de la atención a la Diabetes.

El MSC ha destinado 4 millones de euros, durante el año 2004, para impulsar programas de prevención de la diabetes, y preparar la elaboración de una Estrategia Nacional.

Son objetivos de esta Estrategia:

- Identificar los puntos críticos sobre los que es necesario incidir activamente
- Establecer estándares y objetivos

- Definir indicadores comunes para los objetivos definidos, capaces de proporcionar información fiable, relevante, homogénea y comparable.
- Aunar la cooperación y colaboración de las diferentes Administraciones, de las Sociedades Científicas y de las Asociaciones de Pacientes
- Contar con capacidad de evaluación de resultados y nuevos planteamientos

En este caso como en el resto de estrategias en salud se trata de sumar evidencia, experiencia y consenso para ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de los diabéticos.

Drogodependencias

Las CCAA y el MSC realizaron a lo largo de 2004 la evaluación de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, y comenzaron la elaboración del Plan de Acción (que sería aprobado en marzo de 2005).

La adscripción de la Delegación del Gobierno al MSC subraya los componentes más ligados a la prevención de la demanda, buscando sinergias con las políticas de salud pública (educación para la salud), así como la mayor implicación de toda la sociedad.

En 2004 se ha publicado la **Encuesta Domiciliaria** sobre abuso de drogas que completa, hasta 2003, la serie que comenzó en 1995 y que suministra información acerca del consumo de sustancias psicoactivas, los perfiles de los consumidores, las prácticas de riesgo, la disponibilidad de drogas percibida por la población y el riesgo percibido ante determinadas conductas de consumo, etc.

En este mismo año se ha realizado la **Encuesta Estatal** sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias 2004. Esta encuesta se viene realizando bienalmente desde 1994 a escolares entre 14 y 18 años con el objetivo de conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas psicoactivas de abuso entre los estudiantes de enseñanza secundaria y equivalentes (14-18 años), para orientar y evaluar globalmente las políticas de prevención del consumo, sobre todo las dirigidas al medio escolar y familiar.

En la siguiente gráfica se muestra la evolución, a lo largo de esta serie temporal tanto de la prevalencia de consumo durante los doce últimos meses como la percepción del riesgo de consumo y la accesibilidad percibida por esta población de adolescentes a la droga ilegal cuyo consumo mas se ha incrementado durante los últimos años y la que parece que va a originar los problemas mas importantes en los próximos.

Prevalencia de consumo de cocaína, percepción del riesgo y disponibilidad percibida. España. 1994 – 2004



(*) Últimos 12 meses
 (**) consumo 1 vez o menos al mes
 (***) fácil/muy fácil

FUENTE: DOPNSD, Encuesta Escolar sobre Drogas, 1994-2004.

Accidentes de tráfico

Cada año se producen en la UE 1.300.000 accidentes, que causan más de 40.000 muertes y 1.700.000 heridos. El coste directo ó indirecto se ha evaluado en 160.000 millones de euros, el 2% del PIB de la UE. Algunos grupos de población ó categorías de usuarios son especialmente vulnerables: los jóvenes de 15 a 24 años, los peatones ó los ciclistas.

En España con 5.399 muertos y superando los 26.000 heridos graves, y los 124.000 heridos leves en 2003, se ha convertido en una cuestión de salud pública.

El coste económico de la siniestralidad vial en España (incluye gastos hospitalarios, de rehabilitación no médica, pérdidas netas de producción, costes humanos, costes de daños materiales y administrativos), está en torno a los 14.000 millones de euros¹³, como en la media europea (el 2% sobre el PIB)

Para los ciudadanos menores de 40 años, las lesiones por causas externas representaron la primera causa de muerte.

Anualmente se producen más de 40.000 ingresos por esta causa en hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud. La media de edad fue 36,2 años. Las fracturas y las lesiones internas constituyeron los diagnósticos principales (57 y 21% respectivamente). Del total de ingresados, murieron en el hospital a causa del accidente 1.198 personas (3%).

¹³ Universidad Politécnica de Madrid

Cerca del 40% de los ingresos que se producen en el Hospital de Paraplégicos de Toledo tiene como causa un accidente de tráfico. Un análisis estadístico demuestra que casi el 70% de los pacientes que entran en este hospital han sufrido un accidente de circulación durante el fin de semana.

Tres son las causas básicas de los accidentes: los errores humanos (culpables hasta en el 80% de los casos); la red viaria y los vehículos.

Dado el origen multicausal de los accidentes su prevención debe establecerse de forma intersectorial, multidisciplinar y coordinada.

Las acciones deben ir encaminadas al desarrollo y la gestión de infraestructura vial, la producción de vehículos más seguros, la aplicación rigurosa de las normas de circulación, la planificación de la movilidad, la prestación de los servicios sanitarios y hospitalarios y servicios de protección infantil, y la planificación urbana y ambiental. Atendiendo a esta necesidad durante el año 2004 se ha modificado la normativa reguladora de la Comisión Interministerial de Seguridad Vial, uniendo a las competencias de coordinación de actuaciones de los distintos ministerios que la conforman, la de aprobar el Plan Estratégico de seguridad vial y el seguimiento, análisis y aprobación anual del plan de actuaciones que lo desarrolle.

El Ministerio del Interior ha elaborado un Plan de Medidas Especiales 2004-2005, en el que se definen las actuaciones básicas que deben abordarse, cuya puesta en marcha desde 2004 ha supuesto una inversión de la tendencia creciente en la mortalidad por accidentes de tráfico; una reducción del 12,7% respecto a 2003.

El Sistema Nacional de Salud, además de prestar atención a todas las personas que sufren accidentes de tráfico, ha impulsado **acciones preventivas desde el MSC y las CCAA**

- a) Estudios sobre fuentes de información al objeto de establecer la mejor correlación entre las fuentes policiales y las sanitarias (en colaboración con la Dirección Gral. de Tráfico y la Sociedad Española de Epidemiología)
- b) Desarrollo de campañas divulgativas en los medios de comunicación social "*El alcohol pasa factura, si bebes no conduzcas*"
- c) Promoción de la educación vial en el medio escolar en colaboración con el Mº de Educación, "*Cuaderno didáctico sobre Seguridad Vial en la enseñanza obligatoria*"
- d) Promoción del uso de los dispositivos de protección infantil: revisión y difusión de material divulgativo y consejo médico dirigido a padres
- e) Convenio de colaboración con la Dirección General de Tráfico.

Tasas de mortalidad por causas (lista reducida), sexo y edad. Unidades: por 1000.000 habitantes de cada grupo de edad

	De 15 a 19 años	De 20 a 24 años	De 25 a 29 años	De 30 a 34 años
090 Accidentes de tráfico de vehículos de motor				
Varones	24,970	35,760	27,880	22,160
Mujeres	7,140	8,570	6,490	5,270
091 Otros accidentes de transporte				
Varones	0,960	2,060	2,820	2,220
Mujeres	0,590	0,650	0,460	0,000

Fuente: INE base. Defunciones según causa de muerte 2002

Trasplantes

Un buen ejemplo de la calidad, la equidad y la solidaridad del SNS es la Organización Nacional de Trasplantes (ONT). En un Sistema descentralizado, la capacidad de actuar en la preparación y realización de un trasplante requiere una buena formación de los profesionales, medios técnicos, organización adecuada, coordinación precisa, evaluación y control. Además, la disponibilidad de órganos requiere la solidaridad de las familias y la sociedad. Y también la ONT es un buen ejemplo de equidad en el acceso, por orden de entrada en lista, y por orden de necesidad.

En 2004 España sigue siendo el país con mejores tasas y resultados en trasplantes. La experiencia y el prestigio internacional del sistema español de trasplantes han llevado a nuestro país a asumir el liderazgo en este campo en el seno de la OMS. Fue España quien sugirió a la OMS la realización de un análisis de la situación mundial de los trasplantes de órganos y tejidos en los distintos países miembros, destacando la necesidad de reforzar la cooperación internacional, armonizar las leyes y los sistemas de organización y establecer un marco ético de trabajo. La OMS, durante la reunión celebrada en el mes de mayo de 2004, en el marco de la 57ª Asamblea Mundial de la salud, acogió favorablemente la propuesta de crear un Registro Mundial de Trasplantes.

ESTADISTICA DE DONACION Y TRANSPLANTE			
Años	1994	2003*	2004*
DONANTES CADAVER	960	1443	1494
P.M.P.	25	33,8	34,6
% DONANTES MULTIORGANICOS	77%	83%	83%
TRASPLANTES RENALES DE CADAVER	1613	2131	2125
P.M.P.	42	49,9	49,2
TRASPLANTES RENALES DE VIVOS	20	60	61
P.M.P.	0,5	1,4	1,4
TRASPLANTES HEPATICOS	614	1037	1040
P.M.P.	16	24,3	24,1
TRASPLANTES CARDIACOS (**)	292	290	294
P.M.P.	7,6	6,8	6,8
TRASPLANTES CORAZON-PULMON	-	3	3
TRASP.UNIPULMONAR-BIPULMONAR (**)	17+19	49+100	31+112
P.M.P.	0,9	3,5	3,3
TRASPLANTES PANCREATICOS	16	74	74
P.M.P.	0,4	1,7	1,7
TRASPLANTES INTESTINALES		7	7

(*) Cifras de población referidas: a 1 de enero de 2004. Padrón municipal. Declaradas cifras oficiales de población por RD 2348/2004 de 23 de diciembre.

(**) incluidos transplantes C-P

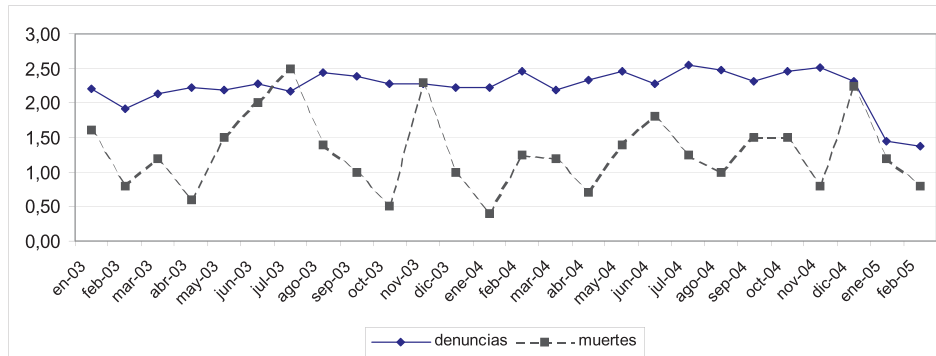
Fuente: Organización Nacional de Transplantes (ONT). www.msc.es

Prevención y atención a la Violencia de Género

En la sesión plenaria del Consejo Interterritorial del SNS, celebrada el día 22 de septiembre de 2004, el Pleno acuerda la creación de una Comisión contra la violencia de género, presidida por el Secretario General de Sanidad y de la que forman parte la Directora General de la Agencia de Calidad del SNS, personas representantes de cada Comunidad Autónoma, de la Secretaría General de Políticas de Igualdad y del Instituto de la mujer, y actuando como Secretaria una persona representante del Observatorio de Salud de la Mujer. Esta Comisión, que se gestó paralelamente al proyecto de Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, tiene como primer compromiso, elaborar un informe anual, que habrá de presentarse al Observatorio de la Violencia contra la Mujer y al Pleno del Consejo Interterritorial. Entre sus objetivos principales se encuentra el de sensibilizar y apoyar a los profesionales del sistema sanitario, reconociendo que son un elemento esencial en la prevención y atención a este problema.

En la primera reunión de la Comisión, el 17 de noviembre de 2004, se acordaron las líneas de trabajo para el 2005, que incluyen: La revisión de los proyectos y estrategias que existan en el ámbito sanitario en las Comunidades Autónomas, incluyendo la revisión de protocolos, guías y documentos existentes; El estudio de propuestas metodológicas para el conocimiento del impacto real de este fenómeno y para su detección precoz y diagnóstico.

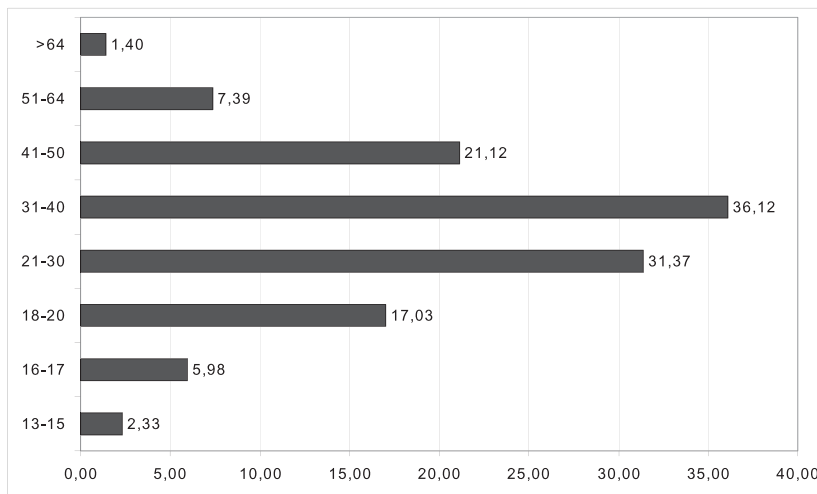
INDICE EPIDÉMICO DE DENUNCIAS Y MUERTES POR VIOLENCIA DEL COMPAÑERO ÍNTIMO



Para la interpretación correcta del índice cabe distinguir tres niveles de riesgo: menor que 0,74 (básico), entre 0,75 y 1,24 (medio) y mayor que 1,25 (alto o de epidemia).

Fuente: Federación de Mujeres Maltratadas.¹⁴

TASAS DE DENUNCIAS POR VIOLENCIA DEL COMPAÑERO ÍNTIMO ESPECÍFICAS POR EDAD POR CADA MILLÓN DE MUJERES (2000-2004)



Fuente: Secretaría General Técnica. Ministerio del Interior

¹⁴ Para la interpretación correcta del Índice hay que tener en cuenta que se calcula mediante las técnicas estadísticas habituales para ello y que se describen en el artículo **Gaceta Sanitaria**. Vol18, Nº 5. "Análisis temporal de la mortalidad por violencia del compañero íntimo en España" Carmen Vives, Pablo Caballero y Carlos Álvarez-Dardet . Según este artículo, para su interpretación existen tres niveles de riesgo: básico, medio y alto (o de epidemia).

1.2.3. Calidad en el SNS

Asegurar la calidad es un principio básico y fundamental del SNS, con múltiples y diversas facetas que incluye desde las actuaciones y estrategias que el SNS pone en marcha para mejorar la gestión de las listas de espera y la seguridad de los pacientes, hasta la percepción que los usuarios tienen del sistema, pasando por los sistemas de información que permitan monitorizarla y analizarla.

Iniciativa estratégica en Listas de Espera

El análisis de la información disponible sobre los servicios públicos de salud en España muestra un problema persistente en los tiempos demasiado prolongados para acceder a determinados servicios: pruebas diagnósticas, consultas de especialista, intervenciones quirúrgicas programadas. Las listas de espera siguen siendo el aspecto peor valorado del SNS.

Un tiempo demasiado prolongado puede constituir una barrera a la equidad o aumentar la gravedad de un problema de salud (retraso diagnóstico, retraso en el comienzo de la intervención adecuada, etc.). De ahí el interés en intentar disminuir los tiempos de espera.

El Pleno del CISNS, en su reunión de Santiago de Compostela, aprobó, a propuesta del MSC una Iniciativa Estratégica en Listas de Espera, para impulsar la cooperación en el desarrollo de una serie de medidas que permitan mejorar los tiempos de acceso.

Iniciativa Estratégica en Listas de Espera

- Mejorar los sistemas de información.
- Mejorar los sistemas de gestión de listas de espera, mediante el intercambio de buenas prácticas.
- Constituir un Grupo de Expertos para asesorar, cuando así se requiera, en el abordaje de este problema.

En el Pleno del CISNS de Barcelona se aprobó la difusión de los datos agregados del SNS de las listas de espera quirúrgicas. Esta publicación, en sí misma, es importante, y supone un estímulo para la mejora.

Al mismo tiempo, las CCAA han continuado desarrollando programas de gestión y normas de garantías de tiempos máximos. Las normas de garantías se constituyen en una herramienta de enorme utilidad, ya que colocan al paciente en el centro del sistema, ofreciéndole una seguridad en el tiempo de acceso (la que se apruebe en la norma) y la posibilidad de acceder a un centro sanitario para resolver su problema, en el caso en que su centro asignado no pueda atenderle en el tiempo de garantía.

Seguridad de pacientes y profesionales

La mejora de la calidad tiene un componente esencial en el esfuerzo para disminuir los efectos adversos de la atención sanitaria que sean evitables. Toda atención sanitaria comporta un riesgo. La cuestión es si, de acuerdo con los conocimientos actuales, la expectativa de beneficio que puede obtener el paciente es mayor que el riesgo

asumido. Esto es válido para un analgésico, una intervención quirúrgica, una exploración o un tratamiento. En cada proceso de atención hay una serie de pasos (información suficiente, cuidados pre y post intervención, asepsia, control de la estructura y el material a utilizar, etc.) que deben optimizarse.

La asistencia sanitaria ha experimentado en las últimas décadas un fuerte impulso en su capacidad de resolver o paliar enfermedades y problemas de salud, pero paralelamente, y en parte como consecuencia de ello, también ha aumentado la capacidad de producir daño a los pacientes. Garantizar la seguridad de la atención sanitaria y minimizar y prevenir los riesgos asociados a la misma es, como no puede ser de otra manera, un principio básico en el que se debe sustentar toda la actividad clínica y sanitaria.

La seguridad de pacientes es, pues, un componente esencial de la calidad asistencial, habida cuenta de la complejidad, tanto de la práctica clínica como de su organización. La seguridad clínica depende de múltiples factores como son la formación de los profesionales, la adecuación de recursos, las instalaciones, los equipos técnicos, la existencia de procedimientos diagnósticos y terapéuticos normalizados, la documentación, la comunicación y por supuesto, el factor humano. Crear una estructura y unas condiciones de trabajo adecuadas reducen la importancia del factor humano en la génesis de los eventos adversos.

La medida del riesgo ligado a los cuidados hospitalarios es una cuestión de suma importancia para el sistema de salud, tanto en su dimensión sanitaria como económica, jurídica, social e incluso mediática.

La magnitud de los efectos adversos en relación a su frecuencia y repercusión en términos de morbilidad, calidad de vida y pérdidas económicas directas o indirectas, aunque difícil de evaluar de forma completa, representa, en base a la información disponible en la actualidad, una cuestión de alta prioridad. Los estudios disponibles en cuenta a incidencia de Efectos adversos (EAs) en hospitales ha sido estimada entre un 4 y un 17%, de los ingresos y lo que es más importante se estima que alrededor de un 50% de ellos podrían haber sido evitados. Estos estudios se han realizado en EE UU, Australia, Gran Bretaña, Dinamarca, Nueva Zelanda y Canadá y otros países del entorno de los países desarrollados de cultura anglosajona fundamentalmente.

El Pleno del CISNS aprobó, a propuesta del MSC, la distribución de 3,59 millones de euros en 2004 para políticas de prevención dirigidas a pacientes y a profesionales sanitarios. Se incluía la adquisición y evaluación de material de prevención de accidentes (pinchazos accidentales, contagios). Se sugería la puesta en marcha Programas de Gestión de Riesgos, para el análisis de eventos adversos, y prevención de riesgos evitables.

Es un objetivo prioritario del MSC para el año 2005 elaborar de forma conjunta con las CCAA una estrategia en Seguridad de pacientes. Los elementos fundamentales de dicha estrategia serán los siguientes:

- Asegurar que la **seguridad del paciente** se sitúe en el centro de todas las políticas sanitarias pertinentes, en especial como **uno de los fundamentos de las políticas de mejora de la calidad**;
- Promover una cultura de la seguridad en todos los niveles de la atención sanitaria, con un enfoque de **gestión proactiva**, preventiva y de aprendizaje.
- Potenciar el **conocimiento y análisis de eventos adversos** mediante el estudio de bases de datos existentes y la elaboración de sistemas para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente
- Promover la elaboración de **programas de educación para todo el personal** de atención sanitaria afectado, incluidos los gestores, con el fin de mejorar la comprensión de los procesos de toma de decisiones
- Promover la **investigación** sobre la situación en materia de seguridad del paciente.

España participa en la actualidad en la mayoría de las iniciativas internacionales en esta materia y es miembro activo de los grupos técnicos y de definición de políticas de OMS Global, OMS EURO, OPS, OCDE, Consejo de Europa y Unión Europea. Esto puede permitir compartir las experiencias e iniciativas que en estos foros se están desarrollando con los países de Iberoamérica y trabajar de manera conjunta en su adaptación a nuestras características culturales. Esta adaptación es un elemento clave dado la necesidad de introducir un cambio de cultura de las organizaciones sanitarias y de sus profesionales.

La seguridad de los pacientes y el desarrollo de programas de gestión de riesgos suponen por lo tanto un área prioritaria de actuación que será abordada por el Ministerio a través del desarrollo de actuaciones específicas entre las que se enmarca como aspecto crucial la sensibilización y formación de los profesionales sanitarios.

Sistemas de Información

La Ley General de Sanidad y la Ley de Cohesión y Calidad establecen entre las acciones a realizar de forma centralizada y con la participación del CISNS el Sistema de Información Sanitaria del SNS. El MSC quiere impulsar el desarrollo del Sistema de Información del SNS en colaboración con las comunidades autónomas para ello se propone al CISNS la elaboración del *Proyecto de desarrollo del SIS-SNS*.

El Sistema de Información es uno de los elementos clave para hacer frente a los retos presentes y futuros derivados de nuestra realidad organizativa y de las demandas que plantean los tres grandes actores que integran el Sistema Sanitario. En primer término, los ciudadanos, más y mejor informados, más exigentes respecto al cuidado de la salud y con expectativas crecientes respecto de la calidad de los servicios. En segundo lugar, los profesionales, cada vez más implicados en la gestión de los recursos y comprometidos en adecuar la oferta al desarrollo científico de acuerdo con los recursos existentes. Por último, las administraciones sanitarias que, en una situación de recursos limitados, deben conjugar eficiencia y calidad con el objetivo de lograr un buen nivel de salud y satisfacer las expectativas de los ciudadanos y los profesionales.

Más allá de la suma de subsistemas y de la normalización e integración de la información ya existente, que es la tarea actual, estamos a punto de inaugurar una

etapa caracterizada por el paso desde sistemas, aunque automáticos, locales y en cierto modo artesanales, a sistemas abiertos e interoperables que van a permitir la gran transformación de los sistemas de información: **Generar conocimiento** evolucionando desde la gestión de datos a la gestión de información para poder dar respuesta a las expectativas de la sociedad.

El Sistema de Información constituye un requisito imprescindible de cohesión, equidad y perfeccionamiento del sistema sanitario en el contexto de la sociedad del conocimiento en que se inscribe así como, una premisa indispensable para:

- **Ofrecer un servicio eficaz al Sistema Nacional de Salud y sus subsistemas, las Comunidades Autónomas**, para la planificación, organización y gestión de los servicios sanitarios, adaptando de forma sostenida **la respuesta** de las organizaciones sanitarias a las necesidades y expectativas de los ciudadanos.
- **Aportar mayor transparencia** al SNS y sus actuaciones para lograr mayor **legitimidad**.
- **Promover** que los sistemas de salud actúen desde el conocimiento contrastado y apliquen todos aquellos avances que el **desarrollo científico** pone al servicio de la medicina.
- **Favorecer** que los profesionales que actúan en el ámbito de la salud, tengan a su disposición **estándares, referencias** y, en general, marcos de actuación que faciliten su labor y permitan un **ejercicio profesional** más seguro y efectivo.

Satisfacción de los ciudadanos

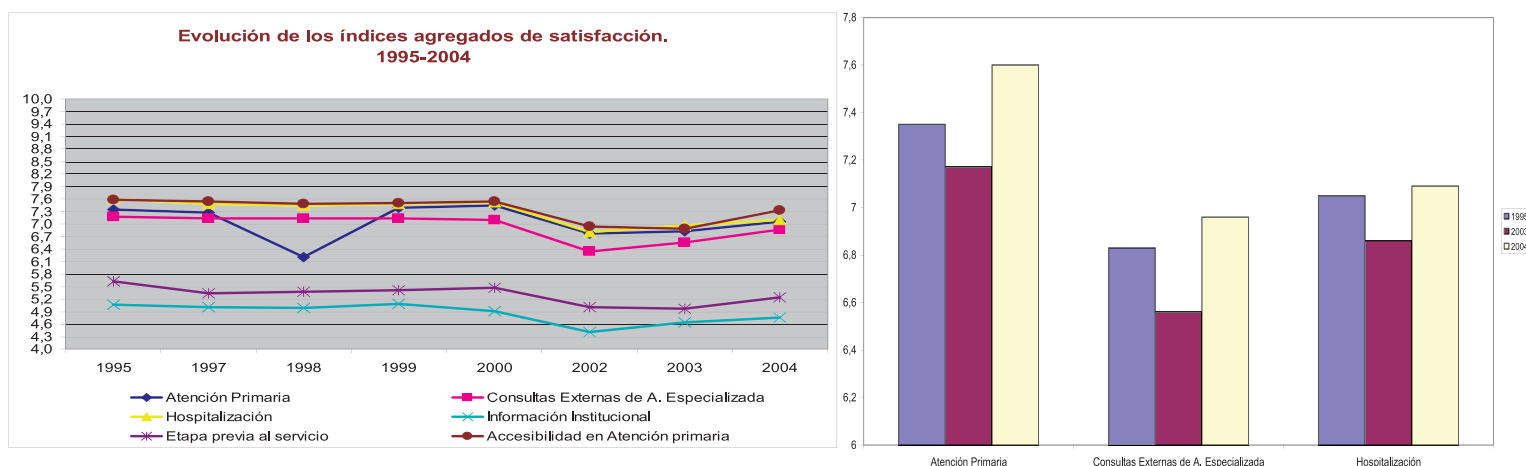
La visión de las personas constituye un dato sistemático y una referencia disponible en nuestro ámbito de responsabilidad, la salud, que complementa la información procedente de los registros sanitarios como son mortalidad, morbilidad, infraestructuras y actividad sanitaria así como el conocimiento experto que obtenemos a través de diferentes vías en el SNS. Contar con las opiniones de las personas representa una oportunidad para analizar la adecuación de la respuesta sanitaria a las necesidades y expectativas de los ciudadanos, un apoyo en la toma de decisiones en el ámbito sanitario y una alternativa que contribuye a la legitimación de las políticas públicas de salud.

El Barómetro Sanitario 2004 añade al valor relativo del dato puntual referido a cada corte, el valor global de una serie histórica que refleja la evolución del sistema sanitario español desde el punto de vista de los ciudadanos. Proporciona información útil para el SNS para plantear en que aspectos ha de incidir para conseguir mejoras, y permite conocer si las iniciativas desarrolladas son conocidas, valoradas y comprendidas por los destinatarios así como su grado de aceptación.

Los datos correspondientes a 2004 reflejan en síntesis que los ciudadanos valoran de forma cada vez mas positiva nuestro **sistema de salud y la labor de los profesionales sanitarios**:

- El 66,9% de los encuestados considera que el Sistema Nacional de Salud funciona bien o bastante bien (0,7 puntos más que en 2003)
- La valoración positiva de los tres servicios asistenciales (primaria, consultas de especialistas y hospitalización) aumenta el 2% respecto al 2003 (del 6,49 en al 6,63).
- Positiva valoración del trabajo de médicos y enfermeras con una media que supera el 7 en una escala de 1 a 10.
- Cerca del 90% de las personas que han hecho uso de los servicios sanitarios, manifiestan que se han cumplido o superado sus expectativas.
- Aumenta, en comparación con 2003, la percepción positiva de los ciudadanos respecto de la equidad de nuestro sistema sanitario.

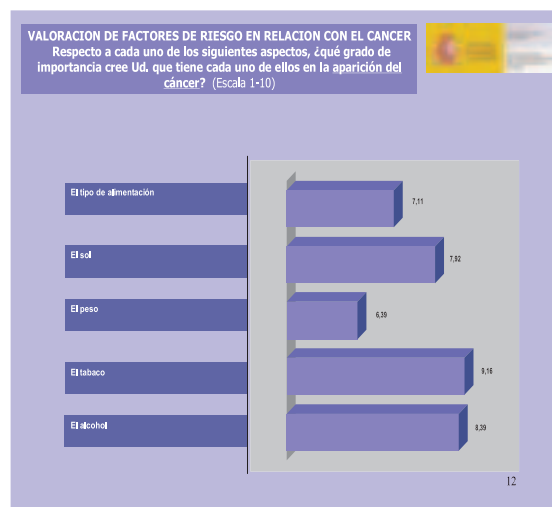
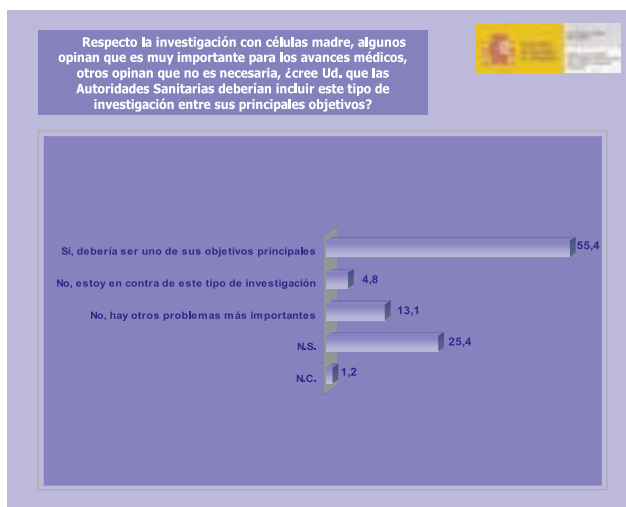
INDICES DE SATISFACCION 1995-2004



Elaboración: Instituto de Información Sanitaria (IIS).MSC

Respecto a la opinión que tienen sobre algunas de las **políticas de salud**, y la percepción del riesgo en relación con el cáncer, cabe destacar que:

- El 55,4% se muestra a favor de que la **investigación con células madre** sea una prioridad para las autoridades sanitarias.
- Aumenta la proporción de los que creen que las autoridades sanitarias están llevando a cabo acciones de mejora en relación con las **listas de espera**. A pesar de los cual la mayoría (49,6%) cree que la situación sigue igual que en el último año.
- Entre los **factores de riesgo en relación con el cáncer** se identifica de forma mayoritaria como más importante el tabaco (9,16 en una escala de 1 a 10) seguido del consumo de alcohol (8,39) la exposición al sol (7,92) y la alimentación (7,11).



Elaboración: Instituto de Información Sanitaria (IIS). MSC

La Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT) en su Encuesta sobre la percepción social de la Ciencia y la Tecnología en España, realizada en 2002, presenta datos interesantes acerca de la valoración de los inventos de la era moderna y de las profesiones. Como ejes más valorados en relación a la importancia de los inventos desarrollados destacan los temas “salud y medicina” y entre las profesiones “los médicos” ocupan también el primer lugar como la que más contribuiría al bienestar de las sociedades.

Fomento de la Investigación

Las políticas de investigación contribuyen a proporcionar un marco adecuado a la labor del importante capital humano que tiene nuestro país en el ámbito de la investigación sanitaria, al apoyo a los científicos reconocidos y a los grupos emergentes, a redefinir la política de recursos humanos para resolver los problemas de motivación y asegurar el relevo generacional, con una política activa de incorporación de nuevos investigadores.

En 2004 se ha dado un paso importante para el fomento de la Investigación en medicina regenerativa. El Consejo de Ministros autorizó en julio de 2004, a propuesta de la Ministra de Sanidad y Consumo, Elena Salgado, la suscripción de convenios de colaboración entre el Instituto de Salud Carlos III, dependiente del Ministerio, y las Consejerías de Salud de Andalucía y de Cataluña para la investigación en medicina regenerativa. Posteriormente se suscribió otro convenio con la Comunidad Valenciana. El Instituto de Salud Carlos III destinará de aquí al 2007 la cantidad total de 27 millones de euros. Por su parte, cada una de estas tres Comunidades Autónomas aportará a su vez la cantidad de 9 millones de euros en el mismo periodo de tiempo para el cumplimiento de los objetivos marcados en los convenios. El objetivo de estos convenios es la realización de proyectos de investigación en este campo y el desarrollo de líneas celulares a partir de células madre embrionarias o adultas. Además, se establece que el Banco de Líneas Celulares desarrollado por la Junta de Andalucía en el Campus de la Salud de Granada se convertirá en nodo central del Banco Nacional de Líneas Celulares, y se impulsa asimismo la constitución del Centro de Investigación en Medicina Regenerativa de Barcelona. Estos acuerdos servirán para establecer el inicio en nuestro país de las redes de investigación en el ámbito de

la medicina regenerativa, integrando los equipos y centros de investigación que reúnan los requisitos de calidad y rigor más exigentes. Los convenios suscritos con Andalucía, Cataluña y la Comunidad Valenciana, y los que puedan firmarse con otras Comunidades Autónomas en el futuro, van a facilitar el trabajo de todos los grupos de investigación que existen en España, así como la posibilidad de que se constituyan nuevos equipos en todo el país.

Equidad

Como compromiso prioritario del MSC, la equidad es uno de los aspectos transversales que impregna sus actuaciones estratégicas. Por ello, en este apartado del informe, se abordan los aspectos de la equidad que consideramos más importantes, como son la utilización y gasto de los servicios sanitarios en las diferentes CCAA y la percepción que tiene la población de la igualdad en el acceso a ellos.

La equidad por razones de justicia pero también por mandato constitucional, debe inspirar las metas, objetivos y actuaciones del Sistema Nacional de Salud. El ejercicio pleno del derecho a la salud sólo es posible en condiciones de igualdad real. Por eso es tan importante que contemos con instrumentos que permitan constatar que esta igualdad efectiva es algo más que un principio inspirador del funcionamiento del Sistema.

El SNS proporciona las herramientas asistenciales y de diálogo para la colaboración entre la política sanitaria, los profesionales y la sociedad civil con el objetivo común de mejorar la salud de la población, afianzar nuestro SNS y contribuir al desarrollo social. Durante el 2004 se han producido dos situaciones importantes para el SNS: La **convergencia del gasto medio por persona** protegida ponderada por grupos de edad; y la **disminución de los flujos de pacientes** entre CCAA.

Las diferencias del gasto sanitario público por persona protegida entre las Comunidades Autónomas han aumentado en el periodo 1993-2003, pasando de un coeficiente de variación del 5,85% al 6,23%. Esta variabilidad incorpora, entre otros factores, el diferente grado de utilización de los servicios sanitarios en función de la edad. Dado que el envejecimiento de la población comporta un mayor gasto, el diferente grado de envejecimiento de las Comunidades Autónomas supone una variable que debe ser tenida en cuenta para valorar los gastos per cápita y su distribución. Por tanto, si se calcula el gasto medio por persona protegida ponderada por edad, a partir de los perfiles de gasto por grupos de edad para cada una de las funciones asistenciales, y teniendo en cuenta la estructura de edades de cada Comunidad Autónoma, se observa una tendencia a la convergencia, pasando de un coeficiente de variación de 7,02% a un 5,17% (Grupo de trabajo sobre gasto sanitario-IGAE).

Por otro lado, un efecto de las transferencias sanitarias, es que las Comunidades Autónomas han realizado un esfuerzo para dotar de servicios a provincias y poblaciones que antes debían desplazarse centenares de kilómetros diariamente (por ejemplo, para recibir radioterapia, diagnósticos complejos, determinadas cirugías etc.). Como consecuencia de estas medidas, el número de pacientes desplazados entre CCAA ha disminuido, lo que sin duda está relacionado con la percepción de los usuarios de una mayor equidad del Sistema.

Entre los **instrumentos** para conocer e informar sobre el SNS y por lo tanto de utilidad para **monitorizar**, entre otros aspectos, su **equidad**, se encuentran los Observatorios de la Dirección General de la Agencia de Calidad. El **Observatorio del SNS**, que tiene el compromiso de elaborar anualmente un Informe como este que se presenta, y el **Observatorio de la Salud de la Mujer** que tiene como misión recabar y difundir información que permita disminuir las desigualdades en salud entre hombres y mujeres.

La Estrategia de Acción del Observatorio de Salud de la Mujer se inscribe en la información disponible en relación con la salud de las mujeres y las desigualdades de género en salud y en la necesidad de profundizar en sus determinantes para proporcionar apoyo a la toma de decisiones por parte de los diferentes agentes del ámbito de la salud. La creación del Observatorio responde a los compromisos adquiridos por España en el ámbito internacional, así como a la ejecución del **IV Plan de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres**, del **II Plan Integral contra la Violencia Doméstica**, de la **Ley de conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras**, de la **Ley Orgánica de medidas de protección integral contra la violencia de género** y de la Ley General de Sanidad y Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que garantizan la equidad en la asistencia sanitaria.

Si bien el Observatorio de Salud de las Mujer se crea como una Comisión Interministerial, de la que forman parte el propio Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el actual equipo de Gobierno ha querido materializar su existencia y funciones definiéndolo como un órgano del MSC, adscrito a la Secretaría General de Sanidad a través de la Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS. Durante el segundo semestre del 2004 comienzan las actividades del Observatorio, que prioriza en una primera instancia la definición de los contenidos que debería abordar y de la dinámica de trabajo más adecuada para su Estrategia de Acción. Una estrategia abierta que necesariamente será complementada por nuevas aportaciones a medida que se avanza en la consecución de objetivos y en la red de colaboraciones. En base a este trabajo experto y colaborativo, se elaboró la Estrategia de Acción del OSM, que fue presentado el día 22 de noviembre del 2004 en el "I Foro Mujeres Salud y Género: presentación del Observatorio de Salud de la Mujer". En este evento, al que se invitó a organizaciones de mujeres y de profesionales de la salud, y a otros agentes sociales, se invitó a la participación con sugerencias a la Estrategia y con aportaciones a su desarrollo operativo.

1.2.4 Coordinación del SNS

A lo largo de 2004 se han tomado importantes decisiones tanto desde el MSC, como desde las CCAA y en el CISNS, para favorecer la estabilidad del SNS, manteniendo y mejorando la calidad y la equidad en la atención sanitaria de las personas y en la protección de la salud del conjunto de la sociedad.

En el cuadro resumen que se presenta a continuación, se recoge de forma esquemática las actuaciones de CISNS durante 2004.

Asimismo en este Informe Anual se recogen de forma detallada las actuaciones legislativas desarrolladas en cada territorio durante 2004. Esta información se encuentra en el correspondiente apartado 2, sobre desarrollo normativo e institucional, que forma parte de cada uno de los capítulos elaborados por las CCAA.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud fue creado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 47, como órgano permanente de comunicación e información de los distintos Servicios de Salud, entre ellos y con la Administración estatal, para la coordinación, entre otros aspectos de las líneas básicas de la política de adquisiciones, contrataciones de productos farmacéuticos, sanitarios y otros bienes y servicios, así como los principios básicos de la política de personal. También ejercerá las funciones en materia de planificación que la Ley le atribuye y las que le puedan ser confiadas para la debida coordinación de los servicios sanitarios. Asimismo, la Ley 25/90, del Medicamento le asigna otras funciones.

Posteriormente, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, contempla el Consejo Interterritorial con este mismo carácter, atribuyéndole una nueva composición y funciones y definiéndolo como "el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud, entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado".

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ejerce sus funciones en Pleno (Órgano de primer nivel) y en Comisiones. El Pleno está integrado por los Consejeros de Sanidad de las Comunidades Autónomas y por la Ministra de Sanidad y Consumo, que es su Presidenta. La Comisión Delegada es el órgano de apoyo directo al Pleno y está integrada por el Secretario General de Sanidad, que la preside y representantes de todas las Comunidades Autónomas, con rango de Viceconsejero o asimilado.

Cuando el Pleno o la Comisión Delegada necesitan del consenso técnico en determinados temas, pueden acordar la creación de Comisiones (Órganos de segundo nivel) para su análisis, marcándoles sus objetivos, generalmente la elaboración, tras su estudio, de un informe o de las propuestas pertinentes para su elevación y discusión en el propio Pleno.

En función de la complejidad de los asuntos a tratar, estas Comisiones pueden crear Subcomisiones, Ponencias o Grupos de Trabajo de nivel inferior, de carácter temporal, para el estudio de temas concretos y de detalles técnicos, y cuyos resultados se elevan a la Comisión principal.

Durante 2004 han mantenido actividad 21 de los principales órganos del Consejo, que han celebrado durante ese año un total de 46 reuniones. Los grupos de trabajo creados específicamente por aquéllos para el desarrollo de actividades determinadas han mantenido una veintena de reuniones más.

El Consejo se ha reunido en sesión plenaria en tres ocasiones, los días 15 de junio, 22 de septiembre y 15 de diciembre, en las ciudades de Bilbao, Barcelona y Santiago de Compostela, respectivamente. Ello ha sido debido a la sugerencia de su Presidenta y Ministra de Sanidad y Consumo, que propuso que estas sesiones se celebrasen en las distintas Comunidades Autónomas siguiendo el orden de protocolo establecido, esto es, la fecha de aprobación de los diferentes Estatutos de Autonomía.

2. Las transferencias de la asistencia sanitaria como escenario de oportunidades y retos para el SNS.

La transferencia de la autoridad y el poder de la planificación pública, la gestión y la toma de decisiones, desde el nivel estatal al regional, es una de las maneras de descentralizar la sanidad que se puede observar en muchas de las reformas de los países de nuestro entorno económico y social. La descentralización es uno de los aspectos clave en estas reformas porque se considera que mejora la eficiencia y la efectividad del sistema, creando competitividad interna en el seno del sector público. Según los argumentos económicos, la descentralización mejora la eficiencia mediante dos mecanismos: el distributivo, por el cual los servicios públicos se adecuarían mejor a las necesidades; y el técnico por el que la gestión local reduce la burocracia y mejora los costes.

Los argumentos a favor de la descentralización presuponen unas circunstancias en los organismos receptores de las competencias adecuadas para el gobierno, la gestión y la financiación de sus servicios, que son difíciles de valorar y analizar.

La Ley General de Sanidad de 1986 concibe el SNS como el conjunto de los Servicios de Salud de las CCAA, convenientemente coordinados. En el 2004, año al que se refiere el presente informe, todas las CCAA han recibido la transferencia de las competencias sanitaria, al menos dos años antes. Las transferencias son acuerdos políticos para la descentralización, que se han producido en diferentes momentos históricos, políticos y económicos. Sumando a ello las peculiaridades de cada comunidad y las diferentes evoluciones de sus servicios de salud, se entiende que no es sensata la comparación de los procesos de las transferencias. Lo que sí se considera posible y beneficioso es conocer y compartir la diversidad de maneras de enfrentar los problemas y de dar respuesta a las necesidades de salud. La riqueza de las diferencias es un instrumento valioso para la mejora de la calidad del SNS y el compartirla una manera de aumentar su cohesión.

En este capítulo se describen algunos rasgos de este proceso de descentralización y coordinación del SNS español. Es pues una aproximación desde la experiencia, diversa, acumulada en el tiempo transcurrido. En su redacción se combinan las valoraciones de las Comunidades Autónomas del proceso transferencial con la visión desde la perspectiva del MSC. Como muestra de la variedad de enfoques y acentos de las políticas públicas de salud, se hace también una breve descripción de proyectos innovadores señalados por las propias comunidades como aquellos a los que conceden mayor relieve. Todo ello pretende ofrecer una perspectiva de las nuevas realidades en las que el sistema público de salud está inmerso y apuntar posibles cursos de evolución.

Al aproximarnos al SNS en 2004 obtenemos la imagen de una organización descentralizada y compleja que trabaja sumando muchos impulsos. A lo largo de las páginas que siguen se puede constatar que, tanto los objetivos específicos del sistema como las respuestas a las necesidades y expectativas de los ciudadanos, se abordan desde la diversidad en los enfoques y en las actuaciones. Los elementos básicos del SNS se muestran asentados, lo que no impide que se apunten riesgos, sobre todo en relación con la equidad y la cohesión. Se constatan además nuevas necesidades asociadas a la complejidad creciente del sector, a la dificultad de conciliar las agendas sanitarias locales con los requisitos de calidad y eficiencia exigibles por parte de los ciudadanos al sistema en su conjunto. También precisan todavía atención los aspectos

relacionados con la participación activa de los diferentes agentes del SNS en la definición de los contenidos y prioridades de las políticas públicas de salud.

El SNS comparte incertidumbre, explora nuevos marcos de relación y desarrollo y reconoce paulatinamente la importancia de compartir información, elaborar y gestionar conocimiento y establecer formulas adecuadas para que la toma de decisiones, en todos los niveles, se produzca con respaldo y referencias adecuadas.

Es frecuente recurrir a personas expertas para fijar los contornos y características del SNS, entre otras razones porque se atribuye independencia a su criterio y objetividad a sus apreciaciones. En esta ocasión, sin embargo, se ha optado por ceder la palabra a las CCAA como protagonistas y expertas en el desarrollo de las políticas. Posiblemente su objetividad estará condicionada por su grado de implicación en el proceso del que hablan, pero a cambio unen a la capacidad técnica una visión de conjunto y un conocimiento sobre el terreno que compensa otros sesgos que, en todo caso, están presentes en cualquier aproximación a la realidad. Con estas páginas, se quiere definir este contorno del SNS una vez transcurridos más de dos años desde que finalizaron las transferencias, y se quiere hacer contando con la perspectiva de las comunidades autónomas, que aportan visiones diversas en función de, entre otros factores, el tiempo transcurrido desde que cada una de ellas asumió las competencias en materia sanitaria.

Con el fin de establecer unos criterios mínimos de homogeneidad al Informe para que facilitar su lectura, se ofreció a las CCAA un guión básico como estructura común al conjunto de sus capítulos. Este guión incluye: la descripción de la población a la que dan servicio y su estado de salud; la actualización a 2004 del marco normativo de referencia; algunos apartados específicos sobre el enfoque de las actuaciones y políticas en materias como planificación y programas sanitarios, farmacia, recursos humanos, investigación, sistemas de información y calidad. Además, se incluyeron dos apartados para conocer mejor la aproximación regional a la participación de la ciudadanía y a la equidad con el fin de ampliar las perspectivas en ambos asuntos. Por último, se les invitó a efectuar una valoración del proceso transferencial y a compartir una experiencia que consideraran innovadora en su comunidad.

A continuación, se realiza una síntesis de las valoraciones que las CCAA hacen de las transferencias, señalando los aspectos positivos comunes y los retos que se plantean. Además, se describen brevemente las experiencias innovadoras que han destacado. Con independencia de esta síntesis reflexiva, en los capítulos correspondientes se pueden encontrar los textos completos.

ASPECTOS POSITIVOS

La primera idea recurrente que aparece en las valoraciones sobre las transferencias realizadas por las comunidades, es que se trata de un hecho en general positivo, que genera una serie de oportunidades interesantes. En general parece que el coste de transacción que conlleva cualquier proceso descentralizador ha sido política y socialmente amortizado.

Al profundizar en los aspectos concretos de esa percepción, destaca la confirmación de que la descentralización facilita el acercamiento de los servicios a la ciudadanía. Esto se percibe como una ventaja a la hora de orientar los servicios a las necesidades reales partiendo de un mejor conocimiento del territorio y de los perfiles de salud. Todas las comunidades autónomas subrayan que la transferencia ha aportado una aproximación de las decisiones a las necesidades y expectativas de los ciudadanos,

pero la valoración es aun más positiva en aquellas en las que las peculiaridades del territorio suponen un reto para la ordenación sanitaria y la planificación de los recursos, como por ejemplo las insulares.

La opinión mayoritaria es que la descentralización, a través del acercamiento del sistema a la población, tanto en aspectos políticos como de gestión, contribuye a reforzar el respaldo social a la sanidad pública. Una conclusión del proceso de descentralización es que marca un punto sin retorno: cuanto más cerca del ciudadano está el Sistema de Salud, más reforzado resulta.

La descentralización mejora la accesibilidad no sólo geográfica, sino también de servicios específicos, de horarios (por ejemplos por la tarde) y temporal (como los distintos esfuerzos por reducir las listas de espera). Todos ellos mecanismos que aumentan el sentido de pertenencia de la sociedad civil y profesional con respecto al SNS.

En los aspectos específicos de gestión, la descentralización reduce el volumen de recursos a gestionar hasta niveles controlables, abarcables, disminuyendo de este modo la incertidumbre en la toma de decisiones y favoreciendo las posibilidades de proporcionar una continuidad en la atención.

Depositar la capacidad de gestión en las Comunidades Autónomas, ofrece también una oportunidad para promover la democratización en la toma de decisiones, situar a la ciudadanía en el centro de la toma de decisiones, como propietaria y destinataria del servicio, a la vez que favorece el desarrollo de una organización transparente que comparta las decisiones entre usuarios, gestores y profesionales. Este tipo de organizaciones promueve también una mayor autonomía de los profesionales en sus formas de organización y en el uso racional de todos los recursos necesarios para una buena práctica clínica.

Las Comunidades con una experiencia más larga en el proceso, refieren una evolución que al parecer se repite, al menos de momento en la primera fase, en las que se han incorporado más recientemente. En general, en el comienzo de la asunción de las competencias sanitarias, las prioridades están relacionadas con la expansión y ordenación territorial de los recursos, tanto de personal como centros, equipos y servicios. Es una etapa en la que cobra importancia también la definición del modelo sanitario, en el que cada comunidad quiere plasmar un reconocimiento y reafirmación de su autonomía, imprimirle su propia impronta. Es una etapa también en la que la inexperiencia lleva a desilusiones y errores. Los esfuerzos se orientan tanto a la mejora de los recursos marcada por las inversiones: construir y renovar infraestructuras como de la arquitectura de la organización. Su mejor dotación y distribución se ha traducido en la disminución de los desplazamientos a otras CCAA para recibir atención; y ha contribuido a la mejora de la percepción que los ciudadanos tienen del SNS, como se recoge en el Barómetro Sanitario del MSC.

Una vez conseguido un cierto equilibrio en ello, la segunda etapa se caracteriza por la modernización y consolidación del sistema sanitario público y la definición de la estrategia de salud y del marco regulador. Posteriormente, se abordan con más profundidad los aspectos de calidad y eficiencia, el avance en tecnologías y los sistemas de información y comunicación, entre otros. Las transferencias suponen, para los nuevos responsables políticos, cambiar una organización basada en la gestión de recursos por una organización que rinde cuentas de sus resultados a la población y que debe asegurar el cumplimiento de sus líneas estratégicas.

Desde la perspectiva de los determinantes de la salud y la enfermedad, y el reconocimiento de sus componentes sociales, las transferencias permiten también, en función de las necesidades y valores, destinar más o menos fondos públicos a la función sanitaria y dentro de ella, a cada una de sus vertientes. Un hecho claro a este respecto es la integración de la salud pública con la asistencia sanitaria, que durante años, en muchas CCA no se puede hacer realidad hasta que se descentraliza la última. Esto supone oportunidades para la coordinación de las políticas de salud con otras sectoriales (educativa, medioambiental, de servicios sociales, tráfico, etc.) para abordar las causas sociales de la pérdida de la salud. De esta manera, la descentralización potencia su sentido social.

En momentos de mayor madurez del proceso se plantean las cuestiones de cohesión y cooperación interterritorial, la necesidad de compartir y de aprender entre los que tienen problemas semejantes, y también la necesidad de que exista un marco común, unos límites a la diversidad para que no se convierta en inequidad.

ASPECTOS CRITICOS: RETOS

Parece existir consenso en que los mayores retos a los que se enfrenta el SNS son los de mantener la equidad, la cohesión y la calidad en el marco del respeto a la diversidad. Todo sistema sanitario descentralizado precisa de decisiones y procedimientos transversales que aseguren su cohesión y sostenibilidad, y para ello son fundamentales los aspectos relacionados con la financiación, los recursos humanos y la cartera de servicios.

La financiación, que debería asegurar la suficiencia dinámica de ingresos y gastos, viene marcada por el sistema acordado en el momento de las transferencias. Los cambios poblacionales y tecnológicos y la capacidad de financiación propia de unas CCAA con potencialidades muy diferentes, marcan diferencias y desequilibrios que no deberían constituir inequidades. Situar la asistencia sanitaria en un lugar prioritario de las agendas autonómicas ha supuesto por primera vez que el gasto sanitario crezca como porcentaje del PIB.

La política de recursos humanos debe tomar en consideración la formación de las personas que trabajan y de las que trabajarán en el SNS de manera que se asegure la reposición de profesionales sanitarios y su adaptación a los nuevos conocimientos y tecnologías.

La cartera de servicios debe contemplar los aspectos comunes en todo el territorio del Estado y ser suficientemente transparente y operativa como para garantizar los mismos derechos y accesibilidad a todos los ciudadanos. Se necesita algo más que la ordenación de prestaciones, algo que incluya la evaluación de la seguridad, la eficacia y la relación coste/efectividad antes de la incorporación de nuevas técnicas, tecnologías y procedimientos.

Un aspecto crítico y transversal es la necesidad de información fiable y adecuada, que permita comparar dispositivos y servicios asistenciales de similares características para la mejora continua de la calidad, en un espacio de colaboración y compromiso entre CCAA y MSC. Uno de los ámbitos en los que emerge la necesidad de apoyo mutuo y colaboración es el de la planificación sanitaria pues si bien el acercamiento del servicio a la población ayuda a dar una respuesta más ajustada desde los

dispositivos sanitarios, esa prioridad de la respuesta rápida al ciudadano, junto con el déficit en materia de información al que se enfrentan los servicios de salud regionales, hace difícil que la reflexión en torno a las alternativas antes de decidir las actuaciones y políticas sectoriales o el conocimiento sobre buenas prácticas y/o experiencias aplicadas y por tanto aplicables en nuestro contexto, se puedan utilizar sin hacer para ello una considerable inversión en tiempo y recursos profesionales.

Otro reto es el relacionado con la definición de las competencias de la Administración central, responsable de regularlas, y las de las CCAA, que son las que deben materializar de los cambios que se puedan proponer. Las cuestiones clave son cómo articular la participación en las decisiones estratégicas de política sanitaria que hagan creíbles los principios de cohesión y equidad del SNS de manera que la responsabilidad compartida por cada una de las CCAA sea una realidad, en un marco de transparencia y confianza entre las partes. Una cuestión principal en el nuevo marco competencial es qué tipo de alianzas se pueden y se deben establecer para hacer valer los intereses de la ciudadanía por encima de los territoriales o políticos.

El haber completado las transferencias suscita entre las CCAA cierto sentido de competencia que puede resultar beneficioso para el conjunto en la medida en que las iniciativas que se puedan poner en marcha tengan valor añadido. E igualmente brinda a las instituciones centrales la oportunidad de replantear en profundidad su propio papel en el nuevo esquema, centrándolo en uno de impulso y apoyo, arbitral y de coordinación cuando resulte necesario. En esta línea se plantea la necesidad de recuperar el CISNS como escenario de debate y de acuerdos sobre los temas importantes para el SNS y para la salud de la ciudadanía.

En la actualidad, las tecnologías de la información y la comunicación ofrecen oportunidades únicas para informar sobre salud a la población y capacitarla para compartir las decisiones en materia sanitaria. Pero la brecha digital por un lado, que marca desigualdades entre grupos info-ricos (las clases sociales más altas, los varones) y otros info-pobres (las mujeres, las personas mayores, las de otros idiomas y culturas) y el exceso de datos e información sin controles de calidad, suponen barreras para las que habrá que buscar soluciones. Por otro lado, los canales de participación, las habilidades y actitudes de los profesionales para aceptar y facilitar la participación deberán abordarse desde la formación.

En el panorama actual se necesita generar conocimiento nuevo y compartirlo, elevar el nivel de discusión profundizando en los asuntos que preocupan a los ciudadanos con el compromiso de la discusión argumentada para elaborar una agenda común y un discurso supranacional que sitúe a España en una posición sólida con objetivos adecuados dentro del entorno Europeo e Internacional.

EXPERIENCIAS INNOVADORAS

Entre las experiencias destacadas por las CCAA, predominan aquellas relacionadas con los sistemas de información sanitaria y que buscan facilitar la integración de niveles asistenciales (primaria y especializada) y de las prácticas (administrativas y clínicas) que componen los servicios de salud para un mejor acceso a la información tanto para los profesionales como para el usuario del sistema.

ANEXO II

EXPERIENCIAS Y/O PROYECTOS INNOVADORES DESARROLLADOS POR LAS COMUNIDADES AUTONOMAS

CCAA	EXPERIENCIAS Y/O PROYECTOS
ANDALUCIA	CHARES. Centros hospitalarios de Alta Resolución. (acercar la atención especializada a la población) "SALUD RESPONDE" Sistema centralizado de citación para el paciente, con acceso del profesional a historia clínica del paciente citado.
ARAGON	Programa de atención hospitalaria y ambulatoria a los pacientes con Trastorno de la personalidad y sus Familiares. Programa CINE Y SALUD, una iniciativa de salud pública para promover la salud de la adolescencia
ASTURIAS	Hospital Universitario Central de Asturias
BALEARES	Modelo centralizado de la gestión de listas de espera (Programa de demora y garantías. IBSALUT) Proyecto de Informatización del Hospital Son Llàtzer. Historia clínica electrónica (HCE): tanto documentación escrita como imagen)
CANARIAS	Programa DRAGO. Plan piloto de informatización clínica en el Area de salud La Palma.(Estación clínica de trabajo, digitalización de imágenes, HCE, Hen Primaria, Integración de HCE de especializada y primaria). Módulo de Metodología de Enfermería y Continuidad de cuidados en la Atención Domiciliaria de DRAGO-AP Enfermería de enlace (continuidad entre AP y atención domiciliaria) Cita previa centralizada (comprobar citas y estado de pruebas diagnósticas) y cita WEB (médico ó pediatra) Programa de intervención familiar en salud mental
CANTABRIA	Creación en la Cartera de Servicios de Atención Primaria de un SERVICIO TRANSVERSAL A LA ESTIMULACIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA: 1. Servicio de Rehabilitación Funcional Integral. 2.Servicio de Intervención y Reinserción Social. 3.Servicios de Atención al Adulto y al Anciano.4. Servicio de Atención al Niño.5. Servicio de Atención a la Mujer.
CASTILLA Y LEÓN	Equipos de Coordinación de Base (estructuras de coordinación entre servicios sociales y sanitarios)
CASTILLA-LA MANCHA	Ley de Garantías en la Atención Sanitaria especializada (tiempos de espera máximos no sólo para intervenciones quirúrgicas, sino también para pruebas diagnósticas y consultas externas).
CATALUÑA	Proyecto de Gobernabilidad del Sistema de Salud compartida con los Ayuntamientos
COMUNIDAD VALENCIANA	ABUCASIS II (Gestión integrada de AP y AE informatizada)
EXTREMADURA	Proyecto JARA Sistema de Información Sanitaria integral e integrado. PROGRAMA COMPAÑÍA. Plan de alojamiento en viviendas compartidas para pacientes derivados para ser tratados en hospitales fuera de la Comunidad Autónoma
GALICIA	La Dirección de Area (integración primaria y especializada) Sistema de Homologación sanitaria de recetas ("visado") por parte de farmacéuticos de AE (servicios de farmacia de hospital) y AP (farmacéuticos del centro de salud)
MADRID	Programa de Atención Psiquiátrica a Enfermos Mentales sin hogar (mejora de la atención en salud mental de la población sin hogar mediante la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento, seguimiento y reinserción de los pacientes sin hogar que no están atendidos en otros recursos de la red).
NAVARRA	Plan Foral de Acción sobre el tabaco Modelo MAPPA (Mapa de atributos y procesos clínicos sobre los que actuar). Objetivo: mejorar los resultados en salud mediante la sistematización de la atención que se ofrece a los pacientes atendidos de determinados procesos clínicos en el ámbito de la Atención Especializada, asignando y midiendo unos atributos de calidad en cada uno de ellos
MURCIA	Proyecto EMCA-OMS. "Rediseño global de cuidados de salud para enfermedades crónicas EPOC y DIABETES.
PAIS VASCO	Grupos clínicos ajustados (ACGs). Sistema de clasificación de pacientes en AP.
RIOJA, LA	DOS OJOS PARA TODA LA VIDA. Acuerdo de Colaboración entre la Fundación Hospital Calahorra y el Colegio Nacional de Ópticos – Optometristas (Quinta Delegación Regional) para la prevención de los problemas visuales. El Acuerdo de Colaboración tiene por objeto establecer los mecanismos necesarios para la prevención de problemas visuales y promoción de la visión, dirigidas a usuarios adultos remitidos por la Fundación Hospital Calahorra y por los Centros de Salud del Área III – Rioja Baja a los centros de óptica, quedando excluidos los pacientes en edad pediátrica.

Todas estas iniciativas se sirven de las tecnologías de la información y la comunicación para llevar a la práctica sus objetivos. Algunos de estos ejemplos son: "Salud responde" (Andalucía); IBSALUT y la historia clínica electrónica (Baleares); Programa DRAGO (Canarias); ABUCASIS II (Comunidad Valenciana); JARA (Extremadura).

La tecnología es también con frecuencia la herramienta para la mayoría de las experiencias relacionadas con la innovación en la gestión de los servicios de salud. Encontramos en este apartado una amplia variedad de programas con algunos objetivos semejantes:

- los Centros hospitalarios de Alta Resolución (CHARES) de Andalucía, que pretenden acercar la atención especializada a la población;
- el Programa de demora y garantías de IBSALUT con su modelo centralizado de la gestión de listas de espera;
- Ley de Garantías en la atención sanitaria: cuyo desarrollo y aplicación ha permitido: unificar los sistemas de información y homogeneizar los criterios para el cómputo de las listas de espera de Castilla-La Mancha.
- la cita previa centralizada y cita WEB (con medicina y pediatría) de Canarias;
- La Dirección de Área (integración primaria y especializada) de Galicia
- Sistema de Homologación sanitaria de recetas ("visado") por parte de farmacéuticos de AE (servicios de farmacia de hospital) y AP (farmacéuticos del centro de salud) de Galicia.
- Hospital Universitario Central de Asturias
- Enfermería de enlace (continuidad entre AP y atención domiciliaria) de Canarias.

Otros más centrados en la mejora del seguimiento del paciente y en los procesos clínicos como parte de procesos de mejora continua:

- Grupos clínicos ajustados (ACGs). Sistema de clasificación de pacientes en AP (País Vasco)
- Historia clínica electrónica (HCE). Hospital Son Llàtzer. (Baleares).
- Integración HCE's entre atención primaria y especializada. Hen. (Canarias)
- MAPPa de calidad de procesos clínicos prioritarios (Navarra).
- Proyecto EMCA de enfermedades crónicas: EPOC y Diabetes (Murcia)

Otras Comunidades han referido innovaciones más relacionadas con la atención a los pacientes de manera integral, proporcionando apoyos sociales y psicológicos necesarios y cuyo reconocimiento desde las administraciones es poco frecuente, o a problemas complejos psicosociales. Entre ellas están:

- Programa COMPAÑÍA de viviendas compartidas para acompañamiento familiar a pacientes derivados para ser tratados en otras CCAA. (Extremadura)
- Programa de atención hospitalaria y ambulatoria a los pacientes con Trastorno de la personalidad y sus Familiares. (Aragón)
- Programa de intervención familiar en salud mental (Canarias)
- Atención psiquiátrica a enfermos mentales sin hogar (Madrid)
- Servicio transversal a la estimulación de la autonomía personal y atención a las situaciones de dependencia. (Cantabria)

Experiencias innovadoras en promoción de la salud y prevención de enfermedades:

- Programa CINE Y SALUD, una iniciativa de salud pública para promover la salud de la adolescencia (Aragón)
- Plan Foral de acción sobre el tabaco (Navarra)
- Programa DOS OJOS PAR TODA LA VIDA (La Rioja)

Experiencias de gobernabilidad, integrando diferentes administraciones ó sectores administrativos para un seguimiento global continuado:

- Proyecto de gobernabilidad del Sistema de salud compartida con los ayuntamientos (Cataluña)
- Equipos de coordinación de base (estructuras de coordinación entre servicios sociales y sanitarios) (Castilla y León)