

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2010

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2010



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD



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

CAPÍTULO VI. De la calidad

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

Artículo 63. Observatorio del Sistema Nacional de Salud

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

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

Edita y distribuye
©2012 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
Secretaría General Técnica
Centro de Publicaciones
Paseo del Prado, 18 – 28014 Madrid

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

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

Coordinación

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

Abad Bassols, Ángel
Observatorio del Sistema Nacional de Salud

López Rodríguez, Alicia
Observatorio del Sistema Nacional de Salud

Colaboración

Abad Bassols, Ángel
Observatorio del Sistema Nacional de Salud

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

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

Blanco Moreno, Ángela
S.G. de Análisis y Programación Económica. Ministerio de Economía y Hacienda

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

Borrego Márquez, Pedro
Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología

Camarero Bernabé, Clara
Subdirección General de Ordenación Profesional

Carbajo Arias, Pilar
Subdirección General de Ordenación Profesional

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

Carreras Vaquer, Fernando
Subdirección General de Sanidad Ambiental y salud Laboral

Cortés García, Marta
Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias

Freire Campo, José Manuel
Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III

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

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

Garrido García, Marta
Subdirección General de Sanidad Exterior

Hernández Hernández, Tomás
Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología

Infante Campos, Alberto
Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III

Jansa López, Josep María
Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias

Limia Sánchez, Aurora
Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología

López Rodríguez, Alicia
Observatorio del Sistema Nacional de Salud

Mateu Sanchís, Sagrario
Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión

Moro Domingo, Elena
Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión

Noguer Zambrano, Isabel
Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III

Pachón del Amo, Isabel
Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior

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

Pallarés Neila, Luis
Subdirección General de Ordenación Profesional

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

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

Pérez Jiménez, Magdalena
Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión

Prieto Castillo, Leandro
Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III

Ramírez Fernández, Rosa
Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología

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

Reques Sastre, Laura
Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III

Rodríguez Valín, Elena
Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III

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

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

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

Vicenta Labrador Cañadas, María
Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología

Vicenta Lizarbe, Alonso
Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología

Comité Institucional

Abad Díez, José M^a
Aragón

Arcadio Fernández Martínez, Joaquín
Asturias (Principado de Asturias)

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

Calvo Pérez, Pilar
Madrid (Comunidad de)

Castaño Riera, Eusebio
Balears (Islas)

Cestafe Martínez, Adolfo
Rioja (La)

Cuadrado Domínguez, M^a Luisa
Castilla y León

Chinesta Tejera, Pedro
Comunidad Valenciana

Donoso Paredes, Federico
Murcia (Región de)

Elvira Martínez, David
Cataluña

Ferrer Agualeles, José Luis
Extremadura

García Sánchez, Miguel Ángel
Castilla-La Mancha

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

López Rois, Francisco
Galicia

Ortega Mendi, Manuel
Cantabria

Rodríguez Delgado, Teresa
Canarias

Santarrosa Mateo, Cristina
País Vasco

Veloso Palma, César
Andalucía

Comité Editorial

- Abad Bassols, Ángel
Observatorio del Sistema Nacional de Salud
- Benedí González, Alicia
Dirección General de Calidad de Farmacia y Productos Sanitarios
- Blanco Moreno, Ángela
S.G.de Análisis y Programación Económica.Ministerio de Economía y Hacienda
- Carbajo Arias, Pilar
Subdirección General de Ordenación Profesional
- Carnicero Giménez de Azcárate, Javier
Observatorio del Sistema Nacional de Salud
- Freire Campo, José Manuel
Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III
- García Díaz, M^a José
Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad del Sistema Nacional de Salud
- García Gómez, Juan Julián
Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición
- Infante Campos, Alberto
Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III
- López Rodríguez, Alicia
Observatorio del Sistema Nacional de Salud
- Montesinos Alonso, Amparo
Dirección General de Calidad de Farmacia y Productos Sanitarios
- Pachón del Amo, Isabel
Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior
- Relaño Toledano, Jorge
Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión
- Sanz Martul, Elena
Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación. Instituto de Salud Carlos III
- Vargas Marcos, Francisco
Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior

Apoyo administrativo y logístico

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

Apoyo editorial

- Rojas de la Escalera, David

Índice

Índice de Tablas	11
Índice de Figuras	15
Resumen	19
La contribución del sistema sanitario al estado de bienestar.....	19
Indicadores sanitarios comparados de España	20
Información relevante en el ámbito de la salud pública.....	21
La calidad en el Sistema Nacional de Salud	22
Ordenación profesional y formación continuada	23
Análisis de la prestación farmacéutica.....	24
Investigación en el Sistema Nacional de Salud.....	25
La mejora de la calidad, eficiencia y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud	26
Introducción.....	27
1 La contribución del sistema sanitario al estado de bienestar.....	29
1.1 El Sistema Nacional de Salud en la economía española.....	29
1.2 Gasto sanitario	38
1.3 Fondo de cohesión sanitaria.....	50
2 Indicadores sanitarios comparados de España.....	55
2.1 Introducción.....	55
2.2 Situación de salud.....	55
2.3 Indicadores comparados del Sistema Nacional de Salud.....	76
2.4 Comentario final.....	84
3 Información relevante en el ámbito de la salud pública	87
3.1 Actividades de prevención.....	87
3.2 Vacunación	96
3.3 Tuberculosis.....	100
3.4 Infección por VIH.....	102
3.5 Salud de la mujer, recién nacido, infancia y adolescencia	105
3.6 Sanidad ambiental.....	106
3.7 Alertas sanitarias.....	110
3.8 Seguridad alimentaria y nutrición.....	112
4 La calidad en el Sistema Nacional de Salud	119
4.1 Estrategias de salud en procesos asistenciales	119
4.2 Seguridad de pacientes	130
4.3 Evaluación de tecnologías y procedimientos clínicos.....	133
4.4 Acreditación y auditorías.....	133

5	Ordenación Profesional y Formación Continuada.....	135
5.1	Ordenación profesional.....	135
5.2	Formación sanitaria especializada	140
5.3	Formación continuada de los profesionales sanitarios.....	145
6	Análisis de la prestación farmacéutica.....	147
6.1	Introducción.....	147
6.2	Medidas de contención del gasto farmacéutico adoptadas en el año 2010	148
6.3	Análisis de resultados de la facturación de recetas médicas del SNS en 2010	157
6.4	Datos de consumo de la facturación farmacéutica a través de receta médica del SNS en 2010	162
7	Investigación en el Sistema Nacional de Salud	173
7.1	Análisis del contexto de la Investigación Biomédica en España	173
7.2	La investigación biomédica gestionada por el Instituto de Salud Carlos III.....	173
8	La mejora de la calidad, eficiencia y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.....	183
8.1	Acciones para mantener la calidad de los servicios y mejorar la corresponsabilidad de los ciudadanos en el acceso a las prestaciones.....	183
8.2	Cambios en la organización dirigidos a mejorar la eficiencia	185
8.3	Mejoras en la gestión de recursos humanos.....	186
8.4	Mejoras en la gestión de compra de bienes y servicios para reducir el gasto corriente.....	186
8.5	Actividades para impulsar el uso racional del medicamento	186
	ACRÓNIMOS.....	189

Índice de Tablas

Tabla 1.1	PIB y PIB per cápita en los países de la Unión Europea en el año 2010.	29
Tabla 1.2	Evolución de los Profesionales del Sistema Nacional de Salud. Estimación. 1997-2010.	36
Tabla 1.3	Personal médico y de enfermería en hospitales y centros de atención primaria del SNS 2004-2009.	36
Tabla 1.4	Gasto sanitario y producto interior bruto (PIB). España, 2005-2009.	39
Tabla 1.5	Gasto sanitario con inclusión / exclusión de cuidados de larga duración. España, 2005-2009.	41
Tabla 1.7	Gasto sanitario según función de atención de la salud. España, 2005-2009.	42
Tabla 1.8	Gasto sanitario según proveedor de atención de la salud. España, 2005-2009.	43
Tabla 1.9	Gasto sanitario público. Clasificación funcional. España, 2005-2009.	45
Tabla 1.10	Gasto sanitario público. Clasificación económica. España, 2005-2009.	46
Tabla 1.11	Gasto sanitario público consolidado según comunidad autónoma. España, 2005-2009.	48
Tabla 1.12	Gasto sanitario público consolidado como porcentaje del producto interior bruto (PIB) según comunidad autónoma. España, 2005 y 2009.	50
Tabla 1.13	Distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS) 2010.	51
Tabla 1.14	Distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS) Periodo 2002-2010.	52
Tabla 1.15	Distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria. Desplazados residentes en España.	53
Tabla 1.16	Distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria. Desplazados a España en estancia temporal a cargo de otro estado.	53
Tabla 2.1	Esperanza de vida en hombres por países de UE-15.	57
Tabla 2.2	Esperanza de vida en mujeres por países de UE-15.	58
Tabla 2.3	Gasto sanitario público y privado por países de UE-15.	78
Tabla 2.4	Gasto sanitario público por habitante (US\$ PPC) por países de la UE-15 junto a su crecimiento anual porcentual.	79
Tabla 2.5	Frecuentación hospitalaria por países de UE-15.	81
Tabla 3.1	Evolución del consumo de alcohol (litros de alcohol puro per capita).	87
Tabla 3.2	Tasa de ingresos hospitalarios por patologías relacionadas con el alcohol. Casos por 100.000 hab. Personas de 15 a 64 años.	89
Tabla 3.3	Defunciones según la causa de muerte 2009 ordenadas por frecuencia.	91
Tabla 3.4	Índice de donación por CCAA (Año 2010).	94
Tabla 3.5	Coberturas de vacunación por Comunidad Autónoma. Año 2010.	96
Tabla 3.6	Cobertura de vacunación antigripal en ≥ 65 años, por Comunidad Autónoma. Temporada estacional 2010-2011.	99
Tabla 3.7	Casos y tasas de tuberculosis por 100.000 habitantes. Datos nacionales y por Comunidades Autónomas. España, 2010.	101
Tabla 3.8	I.V.E. en mujeres menores de 20 años, según comunidad autónoma de residencia. Total Nacional 2000-2009.	105
Tabla 3.9	I.V.E. Número según provincia de residencia y grupo de edad. Total Nacional 2009.	106
Tabla 3.10	Niveles de alerta de exceso de temperaturas. Datos más representativos 2010.	109

Tabla 3.11	Número de muestras por producto alimentario. 2009.....	114
Tabla 3.12	Número de muestras positivas por agente zoonótico. 2009.....	114
Tabla 3.13	Inspecciones <i>postmortem</i> . 2009.....	114
Tabla 3.14	Agentes zoonóticos en mataderos. 2009.....	115
Tabla 3.15	Evolución de las notificaciones en el SCIRI.2006-2010.	116
Tabla 3.16	Clasificación de los productos alimenticios notificados como ALERTA a través del SCIRI en el año 2010.....	116
Tabla 3.17	Clasificación de los peligros detectados en las notificaciones gestionadas como ALERTA a través del SCIRI (año 2010).....	116
Tabla 4.1	Financiación proyectos CC.AA. implantación estrategias. Año 2010.....	119
Tabla 4.2	Proyectos financiados para la distribución de fondos a las CC.AA. para las Estrategias de Salud del SNS en 2010.	120
Tabla 4.3	Guías de Práctica Clínica financiadas a través del convenio con GuíaSalud 2010.	128
Tabla 4.4	Proyectos financiados a partir del convenio de colaboración con la AETS 2010 ...	129
Tabla 4.5	Distribución de auditorías realizadas según tipología por comunidad autónoma. ..	134
Tabla 5.1	Títulos de profesionales sanitarios de la UE reconocidos para ejercicio profesional en España en 2010.	139
Tabla 5.2	Comparativa 2009-2010 de la acreditación / desacreditación de centros y unidades docentes para la FSE.....	141
Tabla 5.3	Plazas vacantes de médicos en la fase de adjudicación del año 2010.....	143
Tabla 5.4	Plazas vacantes de médicos en la fase de adjudicación del año 2010.....	143
Tabla 5.5	Distribución de los especialistas en formación según género. 2010.	144
Tabla 5.6	Residentes que finalizaron la FSE en 2010.....	145
Tabla 5.7	Porcentaje de actividades acreditadas para la Formación Continuada según el nivel académico. 2010.	146
Tabla 5.8	Profesionales calificados como aptos en el curso de protección radiológica de segundo nivel, según su especialidad médica. 2010.	146
Tabla 6.1	Escala de reducción del precio de los medicamentos genéricos.	149
Tabla 6.2	Escala de deducciones de las oficinas de farmacia.	154
Tabla 6.3	Gasto sanitario y gasto farmacéutico. Periodo 2004-2010.....	158
Tabla 6.4	Gasto farmacéutico a través recetas médicas SNS – Año 2010.....	159
Tabla 6.5	Ahorros e incrementos generados por las medidas adoptadas en 2010.	160
Tabla 6.6	Aportaciones de las oficinas de farmacia - Año 2010.	161
Tabla 6.7	Deducciones RDL/2010 – Año 2010.....	161
Tabla 6.8	Evolución del consumo de medicamentos genéricos (% envases - % importe)	167
Tabla 6.9	Diez primeros subgrupos terapéuticos de mayor consumo en envases.Año 2010..	169
Tabla 6.10	Diez primeros subgrupos terapéuticos de mayor consumo en importe.Año 2010..	170
Tabla 6.11	Diez primeros principios activos de mayor consumo en envases. Año 2010.	171
Tabla 6.12	Diez primeros principios activos de mayor consumo en importe. Año 2010.	171
Tabla 6.13	Productos sanitarios. Consumo en envases. Año 2010.....	172
Tabla 6.14	Productos sanitarios. Consumo en importe. Año 2010.....	172
Tabla 7.1	Proyectos de investigación obtenidos por el ISCIII en convocatorias de concurrencia competitiva en el periodo 2008-2010.	175
Tabla 7.2	Participación de los investigadores del ISCIII en las RETICs.....	176

Tabla 7.3	Participación de los investigadores del ISCIII en los CIBERs.	176
Tabla 7.4	Distribución por género de las ayudas de la Acción Estratégica en Salud 2008-2010 en la línea de RRHH.	179
Tabla 7.5	Institutos de Investigación Sanitaria acreditados hasta el 2010.	182
Tabla 8.1	Mejora de la eficiencia y de la calidad en el Sistema Nacional de Salud.	184
Tabla 8.2	Indicadores de dispensación e importe facturado por el sistema de receta electrónica por las comunidades autónomas. 2008-2010.	187

Índice de Figuras

Figura 1.1	Evolución del peso del gasto público en el PIB en España (%). 1995-2010.	30
Figura 1.2	Evolución Interanual (%) del PIB trimestral. 1995-2011. Volumen. Datos corregidos de efectos estacionales y de calendario.....	30
Figura 1.3	Gasto Social como porcentaje del PIB en los países de la Unión Europea. 2008.....	31
Figura 1.4	Distribución porcentual del gasto público en protección social por funciones.2008	32
Figura 1.5	Evolución del Gasto sanitario público como porcentaje del PIB. 2004-2009.....	33
Figura 1.6	Variación del PIB en términos reales en 2009.....	33
Figura 1.7	Tasas de variación del gasto sanitario per cápita y del PIB per cápita a precios constantes. 2004-2009.	34
Figura 1.8	Evolución del déficit público como porcentaje del PIB. 1995-2014.	35
Figura 1.9	Evolución de las tasas de variación interanuales de la remuneración del personal en el SNS. 2003-2011.....	37
Figura 1.10	Evolución de las tasas de variación interanuales del gasto en farmacia en el SNS. 2003-2010.....	37
Figura 1.11	Gasto sanitario público y gasto sanitario privado. España, 2005-2009.	40
Figura 1.12	Gasto en asistencia curativa y rehabilitadora según modo de producción y agente de financiación. España, 2009.....	43
Figura 1.13	Gasto sanitario corriente según proveedor y agente de financiación.España, 2009..	44
Figura 1.14	Gasto sanitario público. Clasificación funcional. España, 2009.....	45
Figura 1.15	Gasto sanitario público. Clasificación funcional. Variación desde 2005 a 2009	46
Figura 1.16	Gasto sanitario público. Clasificación económica. España, 2009.....	47
Figura 1.17	Gasto sanitario público. Clasificación económica.Variación desde 2005 a 2009.....	47
Figura 1.18	Gasto sanitario público corriente y población. Distribución porcentual según comunidad autónoma. España, 2009.	49
Figura 1.19	Gasto sanitario público corriente como porcentaje del producto interior bruto (PIB) según comunidad autónoma. Variación desde 2005 a 2009.	50
Figura 1.20	Distribución Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS). Periodo 2002-2010.	52
Figura 2.1	Esperanza de vida al nacer por países de UE-15 (años).....	56
Figura 2.2	Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes estandarizada por edad. Años 1999 y 2009.....	59
Figura 2.3	Tasa de mortalidad por sexos por 100.000 habitantes estandarizada por edad. Año 2009.....	60
Figura 2.4	Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por sus diferentes causas en España y promedio de UE-15. Año 2009.....	61
Figura 2.5	Evolución de la mortalidad por cáncer por 100.000 habitantes en países seleccionados de UE-15 entre 1999 y 2009.....	61
Figura 2.6	Evolución de la tasa de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio por 100.000 habitantes en países seleccionados de UE-15 entre 1999 y 2009.....	62
Figura 2.7	Tasa de mortalidad infantil (fallecidos menores de 1 año/1.000 nacidos vivos) en 1999 y 2009	63
Figura 2.8	Evolución de la tasa de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio por 100.000 habitantes en países seleccionados de UE-15 entre 1999 y 2009.....	64
Figura 2.9	Limitación en las actividades de la vida diaria en los últimos seis meses.Año 2009....	65
Figura 2.10	Variación porcentual del estado de salud percibido entre 2004 y 2009.....	66

Figura 2.11	Tasa de incidencia de infección por VIH por 100.000 habitantes y número de casos prevalentes de infección por países de UE-15 en 1999 y 2009.....	67
Figura 2.12	Tasa de incidencia de tuberculosis por 100000 habitantes y número de nuevos casos anuales por países de UE-15 en 1999 y 2009.	68
Figura 2.13	Tasa de incidencia de cáncer por 100.000 habitantes por países de UE-15 en 2000 y 2008.	69
Figura 2.14	Tasa de incidencia de cáncer de colon y pulmón por 100.000 habitantes en países de UE-15 en 2008.	69
Figura 2.15	Tasa de incidencia de cáncer de mama, cérvix y próstata por 100.000 habitantes mujeres y varones respectivamente en países de UE-15 en 2008.	70
Figura 2.16	Prevalencia porcentual de diabetes en adultos (20-79 años) por países de UE-15 en 2000 y 2010	71
Figura 2.17	Incidencia de diabetes tipo 1 (casos por 100.000 habitantes por año) en niños (0-14 años). Año 2010.....	71
Figura 2.18	Prevalencia porcentual de demencia por países de UE-15 en el año 2009	72
Figura 2.19	Porcentaje de fumadores a diario por países de UE-15 en 1999 y 2009	73
Figura 2.20	Consumo anual de alcohol por países de UE-15 en 1999 y 2009 (litros per cápita).	74
Figura 2.21	Porcentaje de población con obesidad y sobrepeso por países de UE-15. Año 2009.	75
Figura 2.22	Incremento porcentual de la obesidad entre 1999 y 2009 por países de EU-15	76
Figura 2.23	Porcentaje del PIB destinado a gasto sanitario en 2009 comparado con su incremento desde 1999.	77
Figura 2.24	Número de médicos y enfermeros por 1.000 habitantes por países de UE-15.....	79
Figura 2.25	Camas por 10.000 habitantes por países de UE-15. Año 2009.	80
Figura 2.26	Mortalidad susceptible de atención sanitaria (muertes por 100.000 habitantes).....	82
Figura 2.27	Mortalidad intrahospitalaria durante los primeros 30 días de hospitalización por IAM (%) estandarizada por sexo y edad.	82
Figura 2.28	Ingresos hospitalarios evitables por 100.000 habitantes por agudización de enfermedades crónicas estandarizados por sexo y edad. Año 2007.....	83
Figura 2.29	Calidad percibida de la atención sanitaria del país de origen en relación con la de otros países miembros de UE-15. Año 2009.	84
Figura 3.1	Evolución del consumo de alcohol.....	88
Figura 3.2	Evolución del IPC bebidas alcohólicas.....	88
Figura 3.3	Comparación evolución IPC.....	88
Figura 3.4	Ingresos hospitalarios relacionados con el alcohol. Casos por 100.000h. Población de 15-64 años.	89
Figura 3.5	Defunciones por lesiones no intencionales. 2009	91
Figura 3.6	Altas hospitalarias por accidentes de tráfico.....	92
Figura 3.7	Número de donantes de sangre en España (2002-2010)	94
Figura 3.8	Número de componentes sanguíneos (CS)* transfundidos (2005-2010).....	95
Figura 3.9	Coberturas de vacunación frente a DTPa/Td. España, 2000-2010	96
Figura 3.10	Coberturas de vacunación de sarampión, rubéola y parotiditis (SRP). España, 2000-2010	98
Figura 3.11	Estadística de actuaciones en Centros de Vacunación Internacional(2006-2010)..	100
Figura 3.12	Tasas de tuberculosis (TB) por localización de la enfermedad. España, 2004-2010. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.	101
Figura 3.13	Incidencia anual de sida en España corregida por retraso en la notificación Registro Nacional de Sida. Actualización a 30 de junio de 2010.....	102
Figura 3.14	Nuevos diagnósticos de VIH. Categoría de transmisión y sexo. España Datos de 15 CCAA. Año 2009.	103

Figura 3.15	Tasas de nuevos diagnósticos de VIH. Distribución por año de diagnóstico y categoría de transmisión. España. Período 2004-2009	103
Figura 3.16	Evolución de la calidad de las aguas de baño continentales y marítimas	108
Figura 3.17	Evolución de los fallecimientos por exceso de temperatura en los últimos años....	110
Figura 5.1	Evolución oferta FSE/MIR/Plazas Facultades de Medicina	142
Figura 6.1	Porcentaje incremento del gasto farmacéutico(*) a través de la facturación recetas médicas del SNS.....	158
Figura 6.2	Gasto farmacéutico a través recetas médicas SNS – Años 2008, 2009 y 2010	163
Figura 6.3	Incremento Gasto farmacéutico por CCAA Año 2010.....	164
Figura 6.4	Número de recetas médicas SNS facturadas – Años 2008-2009 y 2010	165
Figura 6.5	Gasto medio por receta – Años 2008, 2009 y 2010	166
Figura 6.6	Evolución del consumo de medicamentos genéricos (% envases - % importe). Años 2003-2010.....	167
Figura 6.7	Consumo de medicamentos genéricos sobre total de medicamentos por CCAA - (% envases - % importe) – Año 2010.....	168
Figura 7.1	Distribución del personal investigador activo del ISCIII. 2010.....	175
Figura 7.2	Participación de las comunidades autónomas en los CIBER. 2008-2010.....	178
Figura 7.3	Porcentaje de mujeres y hombres en la línea de RRHH. 2008-2010	180
Figura 7.4	Ayudas (%) para la formación de jóvenes investigadores distribuidas según comunidad autónoma. 2008-2010.....	180
Figura 7.5	Distribución de los centros beneficiarios 2008-2010.....	181
Figura 7.6	Proyectos de investigación en Salud y Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Servicios de Salud distribuidos por áreas temáticas	181

Resumen

La contribución del sistema sanitario al estado de bienestar

La economía española con un Producto Interior Bruto (PIB) de 1.063.591 millones de euros en 2010, ocupa la quinta posición de los países de la Unión Europea (UE) y la octava de los países de la OCDE. El promedio del PIB por persona es de 23.100 euros, lo que supone un 94% de la media de los países de la UE y un 87% del promedio del de los países de la OCDE.

El sector público en España representó en 2010, un 45% del conjunto de la economía y ha registrado una evolución creciente durante los últimos años como consecuencia de la contracción del PIB y del papel estabilizador del Estado ante el ciclo recesivo que se inició en 2007. Nuestro país destina un 66% del gasto público a las prestaciones del Estado de Bienestar, el 27,3% del PIB. Este porcentaje del PIB supone 4,1 puntos porcentuales por debajo de la media europea, de los que 3,6 se deben al diferencial de gasto en protección social y 0,5 al diferencial de gasto en educación.

Los cuidados sanitarios prestados en el marco de la protección social para mantener, restaurar o mejorar la salud de las personas, suponen un 31% del gasto público en protección social, que es similar al porcentaje que dedican el conjunto de los países de la UE.

El sector sanitario representa en España el 9,5% del PIB: el gasto público es un 7% del PIB y el privado se sitúa en un 2,5% del mismo. El esfuerzo realizado por España en asistencia sanitaria pública desde el año 2004, sigue una tendencia creciente. Desde un nivel de 5,8% del PIB en 2004, se ha llegado a 6,1% en 2007 y al 7% en 2009.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) representa el 3,2% del volumen total de empleo de la economía española y el 63,2% del empleo total del sector sanitario, que en conjunto emplea al 4,9% de los ocupados en España.

La media anual de crecimiento del gasto sanitario en el período 2005-2009, ha sido de un 7,4%. El gasto público presenta una tasa del 8,6% y el privado del 4,5%. La participación del gasto sanitario público sobre el total, durante este quinquenio, ha pasado de un 70,6%, en 2005, a un 73,6% en 2009. En el sector público el gasto en hospitales es más de 2,5 veces el de los proveedores de atención ambulatoria, mientras en el sector privado la relación es de signo opuesto porque el gasto privado en hospitales es tan solo una quinta parte del de los servicios ambulatorios. Un 65,5% de los servicios hospitalarios del sector privado están financiados por el sector público a través de conciertos.

En el ámbito del sector público el 55,9% del gasto se dirige a los servicios especializados, el 19,2% a la farmacia y el 14,9% a la atención primaria. En 2009, un 44,3% del gasto fueron las retribuciones de personal, un 20,9% transferencias corrientes y un 10,5% los conciertos.

El año 2010, ha sido el primero en el que se ha compensado a las comunidades autónomas por los supuestos de atención sanitaria a pacientes residentes en España, derivados entre comunidades autónomas para su atención en centros, servicios y unidades de referencia del SNS (CSUR) y por asistencia sanitaria en uso tutelado del tratamiento quirúrgico de la lipoatrofia facial asociada a VIH-SIDA, a través del Fondo de cohesión sanitaria. El importe distribuido por el Fondo por estos conceptos y por la atención a pacientes desplazados con cargo de otros Estados, ha sido de casi 114 millones de euros.

Indicadores sanitarios comparados de España

España presenta la mayor esperanza de vida de la UE-15, alcanzando los 84,9 años en mujeres y los 78,6 años en hombres, en 2009. La mortalidad infantil es una de las más bajas de Europa (3,3 fallecidos por 1.000 nacidos vivos), y se ha mantenido en descenso durante la última década. La tasa de mortalidad general es una de las más bajas de Europa, con 520,1 fallecidos por 100.000 habitantes. El cáncer es la primera causa de muerte (153,2 muertes por 100.000 habitantes, en 2009), seguido de las enfermedades cardiovasculares (149,9/100.000 habitantes).

El estado de salud percibido por los españoles es, en general, positivo y muestra un valor intermedio en el contexto europeo. En la misma posición se sitúa el grado de limitación en las actividades de la vida diaria, donde aproximadamente 1 de cada 5 españoles ha sufrido dificultades moderadas y alrededor del 5% ha sufrido dificultades severas.

En lo relativo a las enfermedades transmisibles, España es uno de los países con mayor prevalencia de infección por VIH. Sin embargo, también muestra uno de los mayores descensos en la incidencia de nuevos diagnósticos de VIH (de 7,7 a 2,3/100.000 habitantes, de 1999 a 2009), si bien presentando tasas de incidencia comparativamente altas. Tanto la prevalencia como la incidencia de tuberculosis han descendido en la última década. A pesar de ello, España es el segundo país en casos prevalentes (19/100.000 habitantes) e incidentes (17/100.000 habitantes).

Respecto a las enfermedades no transmisibles cabe destacar que, al igual que en el conjunto de Europa, la incidencia de cáncer es ascendente en España, siendo el cáncer de colon el más frecuente en ambos sexos (30,4 nuevos casos /100.000 habitantes), el de mama (61 casos/100.000 mujeres) el más frecuente en mujeres, y el de próstata (57,2 casos/100.000 varones) el más frecuente en hombres. La prevalencia de diabetes es intermedia (6,6% de la población), pero la incidencia de diabetes tipo 1 en niños de 0 a 14 años es una de las más bajas de Europa (13 por 100.000 habitantes, en 2010).

El tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad constituyen factores de riesgo extendidos en la población española. Aunque el porcentaje de fumadores pasó de 33,2% en 1999, a 28,1% en 2009, España sigue siendo uno de los países con mayor número de fumadores en el contexto europeo. En lo relativo al consumo de bebidas alcohólicas, España presenta un consumo medio de 10 litros por persona y año, con un descenso importante en la última década, en contraste con la tendencia a la moderación en el conjunto de Europa. En España, un 48,5% de la población presenta un peso inadecuadamente alto (35,4% muestra sobrepeso y 13,1% puede considerarse obesa), situándose en un valor intermedio en el contexto de la UE-15. No obstante, España se sitúa en cabeza de la prevalencia de obesidad infantil.

El gasto en salud en España se encuentra en el rango inferior del espectro europeo (9,5% del PIB en 2009, un 73% de financiación pública), aunque la proporción de gasto público por habitante se ha visto duplicado en la última década (de 1.044 dólares en 1999 a 2.259 dólares en 2009). La dotación en médicos está en concordancia con la del resto de países europeos (3,6/1000 habitantes), pero es inferior en otras profesiones sanitarias.

Al concentrar uno de los índices más bajos de camas por 10.000 habitantes (3,2) y una estancia media intermedia en procesos agudos (6,4 días), España presenta el menor número de altas (10.411/100.000 habitantes) de la UE-15 junto con una frecuentación comparativamente baja.

En lo referente al desempeño del SNS, la mortalidad sanitariamente evitable en España es una de las más bajas de Europa (74 muertes por 100.000 habitantes) y muestra una tendencia decreciente en los últimos años. Sin embargo, la mortalidad intrahospitalaria en procesos agudos es alta (6,1% de mortalidad post-infarto) en relación con los valores europeos más bajos (2,9%). En relación con la UE-15, España posee una alta tasa de reagudizaciones de la

Insuficiencia Cardíaca Congestiva (233 ingresos por 100.000 habitantes), pero baja en el caso de la EPOC (139,3/100.000), el asma (43,9/100.000) o las complicaciones de la diabetes (18,1/100.000).

Finalmente, el 81% de los españoles evalúan su atención médica de manera positiva y un 70% la considera equiparable o de mayor calidad que la del resto de los estados miembros.

Aunque España se localiza en el rango inferior en materia de gasto sanitario y de recursos del conjunto de la UE-15, su situación en el contexto europeo es destacable en términos de esperanza de vida y de mortalidad susceptible de atención médica. Con respecto al desempeño, los indicadores utilizados sitúan a España dentro de intervalos aceptables en el contexto de la UE-15. Los ciudadanos españoles se sienten satisfechos con su sistema sanitario valorándolo positivamente en el entorno europeo.

Los principales retos en materia de salud se centran en algunos factores de riesgo (tabaquismo, consumo de alcohol y obesidad infantil, entre otros), cuyas tendencias recientes suponen un desafío tanto para la salud de la población como para el control del gasto sanitario.

Información relevante en el ámbito de la salud pública

Durante el 2010, la coordinación internacional en materia de prevención y control de los daños relacionados con el consumo de alcohol, lesiones por causas externas y violencia se ha centrado en los foros permanentes de la OMS (63ª Asamblea Mundial de la OMS) y de la UE.

Un dato significativo es que los accidentes de tráfico han dejado de ser la primera causa externa de muerte, pasando los suicidios al primer lugar. La morbilidad hospitalaria ocasionada por el consumo de alcohol en personas de 15 a 64 años ha experimentado un descenso relevante según el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Altas Hospitalarias (CMBDAH). En España las lesiones por causas externas fueron la sexta causa de mortalidad con 14.495 defunciones. Los fallecidos por accidentes de tráfico se han reducido en un 50% durante los últimos 5 años.

En relación con el sistema de información sobre seguridad transfusional hay que resaltar que en el año 2010, el índice de donación ha sido de 39,3 donaciones por mil habitantes, lo que permite la autosuficiencia del país.

La cobertura de vacunación de la gripe en ancianos ha descendido a un 56,9% en el conjunto del país, una disminución importante ya que en los últimos años la tasa media era del 65%. En los últimos años, se observa un incremento significativo del número de viajeros internacionales que utilizan los servicios de los centros de Vacunación Internacional, sin embargo más de un 80% de los viajeros que realizan algún viaje a países con riesgo sanitario no acuden a estos centros.

La cobertura de vacunación infantil alcanza el 95% en el conjunto del país, desde hace al menos 10 años, en la serie primaria de vacunación que incluye a los niños vacunados de 0 a 1 años con tres dosis de polio, difteria, tétanos, tos ferina, Haemophilus influenzae b y hepatitis B.

En el 2010, se ha aprobado la nueva “Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo” (IVE). Los datos disponibles (año 2009) sobre el número de IVE en mujeres menores de 20 años, muestra una disminución respecto a los dos años anteriores (2007 y 2008).

En sanidad ambiental se ha continuado la labor de aplicación de la legislación comunitaria dirigida a la protección sanitaria de los riesgos ambientales. Según el SINAC (Sistema de Información del Agua de Consumo) la calidad del agua de consumo fue apta en el 99,5 de los boletines de análisis notificados. El pasado año las comunidades autónomas notificaron al Plan Nacional de Acciones Preventivas contra los efectos del exceso de temperaturas (15 fallecimientos atribuibles a golpes de calor).

El Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) intervino en 32 alertas, 16 de ámbito nacional y 16 internacional. Entre ellas destaca el brote de sarampión en Bulgaria y los casos relacionados detectados en España, el brote equino de fiebre por el Virus del Nilo Occidental y los dos casos humanos, el primer caso autóctono de paludismo y el brote de casos de infección por virus de hepatitis C en pacientes escoceses tratados en un centro de hemodiálisis.

En la Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESAN), el año 2010 ha estado marcado por la Presidencia de España del Consejo de la Unión Europea. Durante el primer semestre, España ha constituido durante estos meses la cabeza del trío completado por las presidencias a cargo de Bélgica y Hungría. Esto ha influido en la elaboración de una serie de actividades encuadradas dentro de un programa con doble vertiente, estratégica y operativa, que es conjunto con las otras dos presidencias. En seguridad alimentaria, durante el semestre de Presidencia, las prioridades del Gobierno español se han centrado, principalmente, en seguir desarrollando el esqueleto normativo en esta materia, específicamente en materia de información al consumidor, nuevos alimentos, productos dietéticos e higiene de los productos alimenticios. Otra de las estrategias prioritarias en este período, dadas las repercusiones que tiene la obesidad para la salud y la escalada creciente de la misma en los últimos años, fue continuar y dar nuevos impulsos a los planes de lucha contra la obesidad a tenor de lo establecido en el Libro Blanco sobre Nutrición, Obesidad y Sobrepeso de la Comisión Europea. También es de destacar que se aprobaron a iniciativa de España las Conclusiones del Consejo sobre Acción para reducir la ingesta de sal en la población y mejorar su salud.

Uno de los principales logros del pasado año fue la elaboración del Plan Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria (2011-2015), tal y como establece la normativa comunitaria, como instrumento básico de planificación y coordinación de la seguridad en la cadena alimentaria, en colaboración con el Ministerio de Medio Ambiente Medio Rural y Marino (MARM), Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, y las Comunidades y Ciudades Autónomas, y posterior aprobación tanto en la Conferencia Sectorial del MARM, como en Comisión Institucional de AESAN y su posterior remisión a la OAV (Oficina Alimentaria Veterinaria). También se avanzó en un gran objetivo de la Agencia, el Consejo de Ministros aprobó el pasado septiembre de 2010 el proyecto de Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición, que unifica la legislación sobre alimentos y nutrición con el objetivo de reforzar la seguridad de los ciudadanos en materia alimentaria. De este modo, el Gobierno da cumplimiento a un compromiso adquirido con los ciudadanos e incluido en los objetivos de la Estrategia de Seguridad Alimentaria 2008-2012.

En 2010, se ha renovado el Comité Científico de la AESAN. Este Comité de acuerdo con el artículo 4.4.a) de la Ley 11/2001, de 5 de Julio, por la que se crea la AESAN, el órgano de dicha Agencia que asume las funciones de proporcionar a dicho organismo dictámenes científicos en materia de seguridad alimentaria, definir el ámbito de los trabajos de investigación necesarios para sus funciones y coordinar los trabajos de los grupos de expertos que realicen actividades de evaluación de riesgos en el marco de las actuaciones de la Agencia.

La calidad en el Sistema Nacional de Salud

En 2010, se financiaron 198 proyectos a las comunidades autónomas para la implantación de las estrategias en salud del SNS, por un importe de 10.725.599 euros. Además, para el desarrollo específico de proyectos relacionados con cuidados paliativos se destinaron 3.069.988 euros. Se evaluó la estrategia de Cuidados Paliativos, siendo actualizada para el periodo 2010 – 2013. También fue presentada y aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS, la actualización de

la estrategia en Salud Mental 2009 – 2013 y se editó en formato on line la actualización de la estrategia en Cáncer.

Para el fomento de la excelencia clínica se ha seguido potenciando el proyecto Guía Salud, extendiendo la asesoría sobre elaboración, uso, evaluación e implantación de Guías de Práctica Clínica (GPC). Financiando la elaboración de 8 nuevas GPC. También se ha seguido financiando el acceso en español a las bibliotecas Cochrane y Joanna Brigg, así como la difusión y evaluación de impacto del Metabuscador Excelencia Clínica desarrollado por el Plan de Calidad del SNS. Se han mantenido los convenios con la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III y con las unidades de evaluación en las comunidades autónomas, financiando 41 proyectos por un valor de 3.543.000 euros.

En cuanto a la seguridad de pacientes, se ha desarrollado el proyecto Bacteriemia Zero en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Cuidados Críticos (SEMICYUS). Tras 18 meses de implantación, los resultados han mostrado un descenso en la tasa de densidad de incidencia de 3.07 infecciones por 1000 días de catéter a 1.12, lo que supone una disminución del riesgo en más de un 50%. En el proyecto se han implicado todas las comunidades autónomas, participando 197 UCI (65%) y formando a más de 14.000 profesionales sanitarios. En relación al programa de higiene de manos del SNS, cabe destacar la celebración de la Jornada Mundial de la Higiene de las Manos promovida por la OMS. Registrándose 339 centros, un 43% más que el año anterior. También se ha seguido, como en años anteriores, celebrando numerosos cursos para la formación de los profesionales sanitarios en seguridad de pacientes y gestión de riesgos. Además de la formación a través de la Red ciudadana de pacientes formadores, de 160 formadores a nivel autonómico. También se han concedido ayudas por un valor de casi 300.000 euros en el marco del Plan Nacional I+D+I (2008 – 2011) de proyectos relacionados con seguridad de paciente y prevención del error, la variabilidad de la práctica clínica y la percepción, satisfacción y calidad de vida.

A lo largo de 2010, se han realizado un total de 168 auditorias, 86 para la acreditación de centros y unidades docentes para la formación especializada en ciencias de la salud y otras 82 auditorias para acreditación de centros y unidades de referencia del SNS (CSUR-SNS) ubicados en 34 hospitales. Elaborando los documentos de estándares y recomendaciones de calidad y seguridad de 5 unidades hospitalarias (central de esterilización, depuración extrarrenal, tratamiento del dolor, sueño y cuidados asistenciales del área del corazón).

Ordenación profesional y formación continuada

A lo largo del año 2010, en materia de planificación de los recursos humanos sanitarios se han publicado relevantes documentos, tanto en el ámbito internacional (Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud y los Trabajos y Conclusiones del Consejo Europeo sobre la inversión en el personal sanitario de mañana) como en el nacional (Ponencia de Estudio de las necesidades de recursos humanos en el SNS de la Comisión de Sanidad, Política Social e Igualdad del Senado y, la Proposición no de Ley sobre planificación de recursos humanos del sistema sanitario, de la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados). Estos documentos coinciden en que los elementos básicos de la planificación requieren contar con datos fidedignos y actualizados de los profesionales sanitarios (registro), se debe potenciar la formación de los recursos humanos sanitarios y mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales, como estrategia de fidelización y retención.

También en materia de Ordenación Profesional se aprobó el Real Decreto 459/2010, de 16 de abril, por el que se regulan las condiciones para el reconocimiento a efectos profesionales de

los títulos extranjeros de especialistas en Ciencias de la Salud, obtenidos en estados no miembros de la Unión Europea.

En cuanto a la Formación Sanitaria Especializada, continuaron los trabajos para el desarrollo de la formación troncal con grupos de trabajo de la Comisión de Recursos Humanos del SNS y el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.

La convocatoria de oferta de plazas de formación sanitaria especializada 2010/11, creció un 2%, alcanzando las 8.241 plazas de formación. Entre las plazas ofertadas destaca la incorporación por primera vez a la oferta de formación sanitaria especializada, de las especialidades de enfermería de atención familiar y comunitaria, enfermería geriátrica y enfermería pediátrica, a través de la acreditación de las Unidades Docentes Multiprofesionales, en las que se forman especialistas de distinta titulación, pero cuya actividad incide en campos asistenciales afines.

En cuanto al desarrollo de las pruebas de acceso y adjudicación de plazas de formación celebradas en 2010 (correspondientes a la Convocatoria 2009/10), participaron 22.638 aspirantes y se adjudicaron prácticamente el total de las plazas disponibles (8.089 plazas adjudicadas de las 8.094 convocadas).

Durante 2010, el SNS contaba con 23.372 residentes en formación, de los cuales el 88% eran médicos. Completaron su formación 5.694 nuevos especialistas, entre ellos 1.379 especialistas en medicina familiar y comunitaria, 279 especialistas en anestesiología y reanimación y 326 especialistas en pediatría y sus áreas específicas.

Las actuaciones en materia de formación continuada de las profesiones sanitarias se plasmaron en la acreditación de 33.068 actividades formativas, de ellas el 57,31% dirigidas a profesionales sanitarios con titulación universitaria.

Análisis de la prestación farmacéutica

En el año 2004, el gasto de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud (SNS) alcanzó el 20,53 % del gasto sanitario público. En 2009, este porcentaje se había contenido hasta el 17,80%, llegando a la cifra de 12.506 millones de euros. La difícil situación económica de nuestro país obligó a que en 2010, se adoptaran varias disposiciones para garantizar la reducción del déficit público y contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario público. Estas medidas se llevaron a cabo a partir del acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 18 de marzo de 2010 y se concretaron en varias disposiciones legales.

En resumen, los cambios que se produjeron en 2010 afectaron, entre otros, a los siguientes aspectos de la prestación farmacéutica:

- Se redujeron los precios de los medicamentos genéricos financiados por el SNS.
- Se estableció una regulación más precisa de los descuentos de los distribuidores a las oficinas de farmacia.
- Se modificó el sistema de fijación y revisión de los precios de los medicamentos y la forma del cálculo del precio de los productos farmacéuticos.
- Se reformó el sistema de precios de referencia.
- Se actualizaron los márgenes de dispensación de las oficinas de farmacia y la escala de deducciones de las farmacias por volumen de ventas. Esta escala será conjunta incluyendo las recetas de las Mutualidades del Estado.
- Se establecieron unas deducciones sobre determinados medicamentos dispensados por las oficinas de farmacia y a través de las compras por los servicios sanitarios del SNS.
- Se redujeron los precios de los productos sanitarios.

- Se reguló la dispensación en dosis unitarias y el procedimiento para la adquisición centralizada de medicamentos y productos sanitarios.

El conjunto de todas estas disposiciones, unido a las actuaciones propias de cada servicio de salud, tuvo como consecuencia que, por primera vez desde la instauración de la prestación farmacéutica, se produjera una reducción efectiva del gasto farmacéutico a través de recetas médicas del SNS, con un descenso en 2010, del 2,38% sobre el del año anterior.

Investigación en el Sistema Nacional de Salud

La Administración General del Estado, amparada por el artículo 44.2 de la Constitución, aprobó por acuerdo del Consejo de Ministros de 14 de septiembre de 2007, el Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2008-2011.

Este Plan es el instrumento de programación con que cuenta el sistema español de ciencia y tecnología y en el que se establecen los objetivos y prioridades de la política de investigación e innovación a medio plazo. Dentro de sus acciones estratégicas se encuentra la Acción Estratégica de Salud (AES), cuyo objetivo es preservar la salud y el bienestar de la ciudadanía.

El Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) es uno de los organismos públicos de investigación que gestiona esta Acción Estratégica en Salud y coordina la investigación del Sistema Nacional de Salud. El Instituto tiene una doble vertiente en el fomento de la investigación, como agente ejecutor de la investigación en centros propios (Investigación Intramural) y como Agencia financiadora del conjunto del Estado (Investigación Extramural).

El ISCIII obtuvo financiación para 43 proyectos en convocatorias de concurrencia competitiva. Además los investigadores del ISCIII, participan en las 7 Redes Temáticas de Investigación Cooperativa (RETIC), de las 22 existentes. También participan en cuatro Consorcios de Investigación Biomédica en Red (CIBER): CIBER de Enfermedades Respiratorias, CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBER de Enfermedades Neurodegenerativas y CIBERER, de Enfermedades Raras.

La investigación extramural tiene dos apartados claramente diferenciados: la investigación extramural participada y la investigación extramural competitiva.

La investigación extramural participada es la que se financia, no sobre la base de concurrencia competitiva, sino sobre decisiones estratégicas y estructurales, dotando económicamente a una serie de instituciones con personalidad jurídica propia, en las que el Instituto de Salud Carlos III codirige y cogestiona estos proyectos. Entre estas acciones podemos destacar las Fundaciones Carlos III, los Centros de Investigación Biomédica en Red (**CIBER**), los Consorcios de Apoyo a la Investigación Biomédica en Red (**CAIBER**) y los convenios que se llevan a cabo con las comunidades para establecer los Programas de estabilización de investigadores e intensificación de la actividad investigadora en el Sistema Nacional de Salud. Actualmente existen 9 CIBER, con la participación de 397 grupos de investigación. La inversión realizada en este Plan Nacional ha sido de 134,05 millones de euros. En los tres últimos años, la aportación que han recibido los CAIBER ha sido de 30 millones de euros, y se han dotado con 204 puestos de trabajo.

La investigación extramural competitiva se articula a través de la Acción Estratégica de Salud, que propone las siguientes líneas de actuación: recursos humanos, proyectos de investigación, infraestructuras, articulación del sistema, fortalecimiento institucional y actuaciones complementarias de refuerzo de las anteriores. Cada línea se articula a través de diferentes subprogramas y, en su caso, modalidades.

En la línea de actuación de recursos humanos se han financiado 896 ayudas para la formación de jóvenes investigadores, con una inversión total de 81 millones de euros. La cuantía

anual ha sido de 27 millones de euros, lo que corresponde aproximadamente a 299 ayudas anuales, con una distribución por género de un 67,41% de mujeres.

El número de Proyectos de Investigación en Salud ha ido en aumento en el periodo 2008-2010, partiendo de 643 proyectos en 2008, hasta los 702 proyectos en 2010. Si a esta cantidad se le agregan los proyectos financiados en la convocatoria de Proyectos de Investigación de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Servicios de Salud de las convocatorias 2008 y 2009, resulta una financiación total de 2.353 proyectos financiados con una cuantía de 230,50 millones de euros.

Se ha dotado al SNS de 109 infraestructuras por un valor de 22,29 millones de euros, a través de la Línea de actuación de Ayudas para la adquisición de Infraestructuras Científico Tecnológicas. La Línea de Actuación de la Articulación del Sistema cuenta con una dotación total para el trienio de 112,19 millones de euros, distribuidos entre las 22 Redes existentes.

La línea de fortalecimiento institucional ha promovido la financiación de aquellos Institutos de Investigación Sanitaria (IIS) que han alcanzado un nivel de excelencia en sus resultados, para promover su conversión o consolidar su posición como centros de referencia internacional en el campo de la investigación biomédica, mediante la concesión, en régimen de concurrencia competitiva.

La mejora de la calidad, eficiencia y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud

La situación de crisis económica ha obligado a modificar la estrategia para poder mantener las prestaciones con menos recursos. En resumen, los servicios de salud han llevado a cabo acciones para reducir los gastos en todos los capítulos del presupuesto, pero también medidas dirigidas a mejorar la eficiencia de los servicios, que se basan en la mejora de la productividad. Estas últimas requieren reorganización y mejora de la calidad. La adaptación a la nueva situación se ha producido en varios aspectos:

- Acciones para mantener la calidad de los servicios y mejorar la corresponsabilidad de los ciudadanos en el acceso a las prestaciones. Por ejemplo, la creación de centros de alta resolución, la integración de atención primaria y especializada, y las escuelas de pacientes.
- Cambios en la organización dirigidos a mejorar la eficiencia. Algunos ejemplos son las gerencias unificadas de atención primaria y especializada, los planes de atención a determinadas enfermedades y las consultas no presenciales entre médicos de atención primaria y especializada.
- Mejoras en la gestión de recursos humanos. La reducción salarial para todos los empleados públicos se ha visto complementada con las restricciones a nuevas incorporaciones, amortización de vacantes y reducción de jornadas extraordinarias.
- Mejoras en la gestión de compra de bienes y servicios, para reducir el gasto corriente. Por ejemplo, son la centralización de compras, mejora de la logística y renegociación de contratos.
- Actividades para impulsar el uso racional del medicamento. Los servicios de salud han impulsado la receta electrónica, prescripción asistida y la prescripción por principio activo, entre otras acciones.

Introducción

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

Como en años anteriores, para la elaboración del informe se ha contado con un comité institucional, formado por representantes de todas las comunidades autónomas y el INGESA, y un comité editorial constituido por expertos en las diferentes materias. Se organiza en una parte general, que analiza el conjunto del SNS, y otra correspondiente a cada una de las comunidades e INGESA, que ha sido redactado por ellas.

La difícil situación económica que vive nuestro país, invita a que el informe analice la contribución del Sistema Nacional de Salud al Estado de Bienestar así como a revisar las actuaciones de los servicios de salud para mejorar la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad, que centran los informes específicos de las comunidades autónomas y el INGESA. Especial relevancia se concede este año en la parte general, a las medidas adoptadas para contener el gasto de la prestación farmacéutica.

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

Resumen.

Introducción.

- 1 La contribución del sistema sanitario al estado de bienestar.
- 2 Indicadores sanitarios comparados de España.
- 3 Información relevante en el ámbito de la salud pública y seguridad alimentaria.
- 4 La calidad en el Sistema Nacional de Salud.
- 5 Ordenación profesional y formación continuada.
- 6 Análisis de la prestación farmacéutica.
- 7 Investigación en el Sistema Nacional de Salud.
- 8 La mejora de la calidad, eficiencia y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

Para la redacción de la parte general, al igual que en la edición anterior, se ha primado la participación de los expertos del MSPSI, que son los funcionarios adscritos a las direcciones generales responsables de las diferentes materias. Este año se ha contado con la especial colaboración de técnicos del Ministerio de Economía y Hacienda, y del Instituto de Salud Carlos III. Con carácter general, las fuentes de información empleadas son las del Instituto Nacional de Estadística, Instituto de Información Sanitaria, fuentes propias del MSPSI e información facilitada por las comunidades y ciudades autónomas para la confección del Informe. En algunas secciones, como en el apartado del gasto sanitario, los datos que se emplean son los correspondientes a 2009, por ser estos los últimos disponibles.

Las principales diferencias con el informe anterior son el análisis de los principales indicadores de salud en el contexto europeo y de la OCDE y, como ya se ha indicado, revisar la contribución del Sistema Nacional de Salud al estado de bienestar así como el estudio específico de las medidas de control del gasto de la prestación farmacéutica.

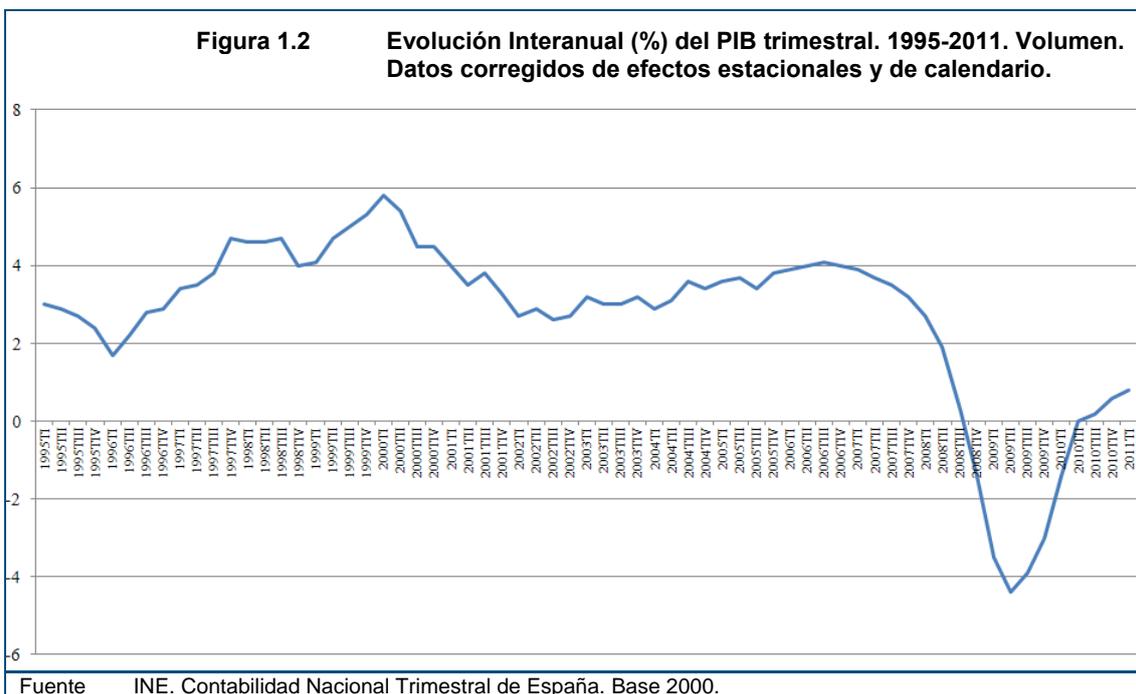
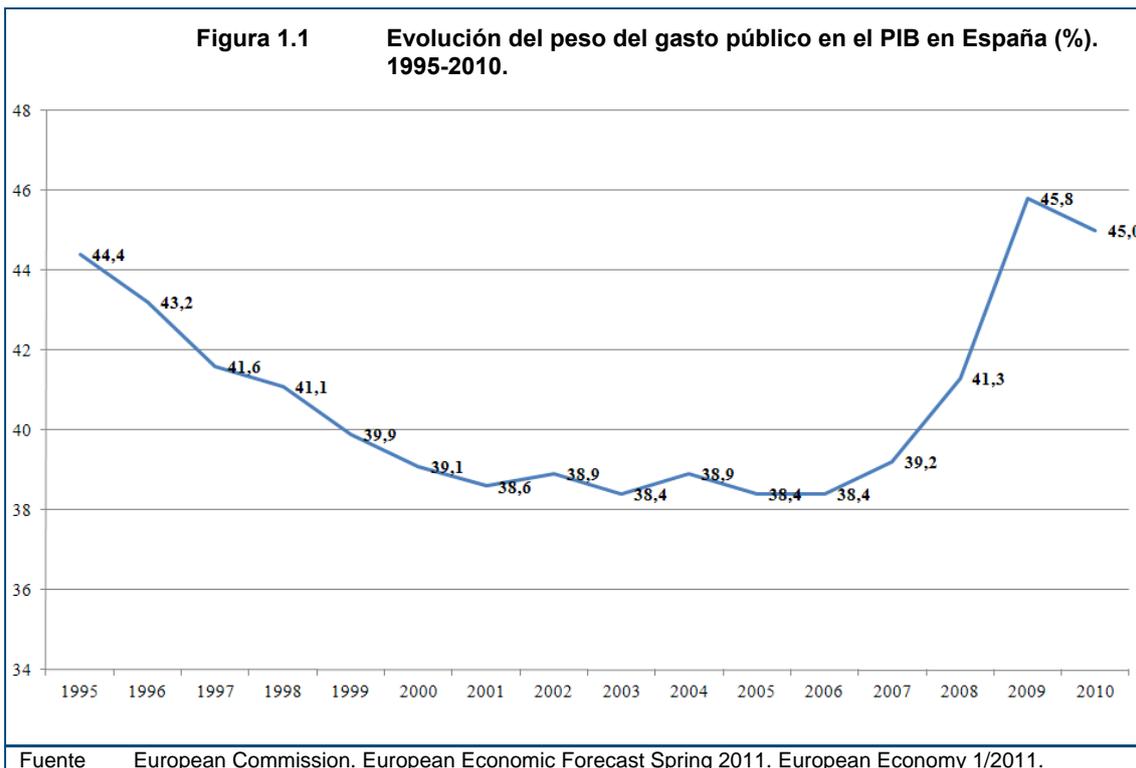
1 La contribución del sistema sanitario al estado de bienestar

1.1 El Sistema Nacional de Salud en la economía española

La economía española en 2010, con un Producto Interior Bruto (PIB) de 1.062.591 millones de euros (Tabla 1.1), se situó en la quinta posición entre los países de la Unión Europea (UE) y en la octava posición entre los países de la OCDE. El PIB representa el volumen de recursos generados en un año susceptibles de ser destinados al consumo final o al ahorro; distribuidos entre la población española arrojan, en promedio, un PIB por persona de 23.100 euros, lo que supone un 94% de la media de los países de la UE y un 87% de la media de los países de la OCDE.

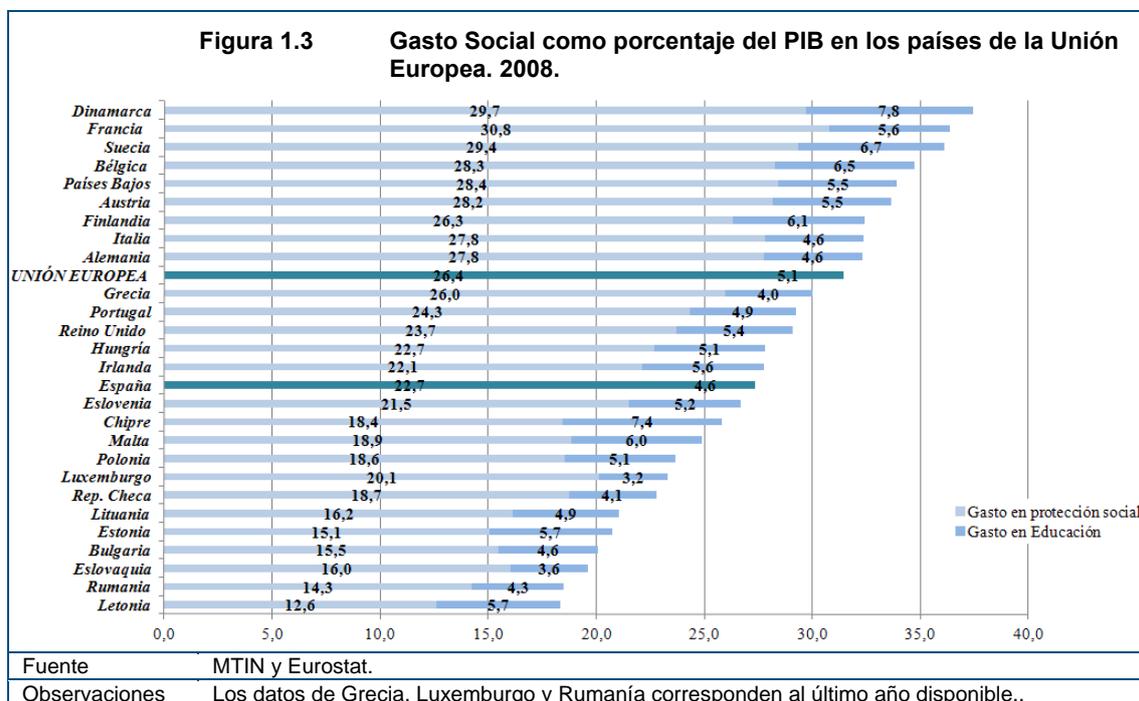
	PIB (millones de euros)	PIB per cápita (euros)
Unión Europea (27 países)	12.268.387	24.500
Bélgica	352.941	32.400
Bulgaria	36.034	-
República Checa	145.049	13.800
Dinamarca	234.005	42.200
Alemania	2.498.800	30.600
Estonia	14.501	10.800
Irlanda	153.939	34.400
Grecia	230.173	20.400
España	1.062.591	23.100
Francia	1.932.802	29.800
Italia	1.548.816	25.600
Chipre	17.465	21.700
Letonia	17.971	8.000
Lituania	27.410	8.300
Luxemburgo	41.597	82.100
Hungría	98.446	9.800
Malta	6.233	15.000
Holanda	591.477	35.600
Austria	284.410	33.900
Polonia	353.665	9.300
Portugal	172.699	16.200
Rumanía	121.941	5.700
Eslovenia	35.974	17.600
Eslovaquia	65.906	12.100
Finlandia	180.295	33.600
Suecia	346.667	37.000
Reino Unido	1.696.583	27.400
Fuente	EUROSTAT.	

El sector público español representó en 2010, un 45% del conjunto de la economía. El peso del sector público en el PIB ha registrado una evolución creciente en los últimos años (Figura 1.1) como consecuencia de la contracción del producto (Figura 1.2) y del papel estabilizador que ha desempeñado el Estado ante el ciclo recesivo que se inició en España en 2007.



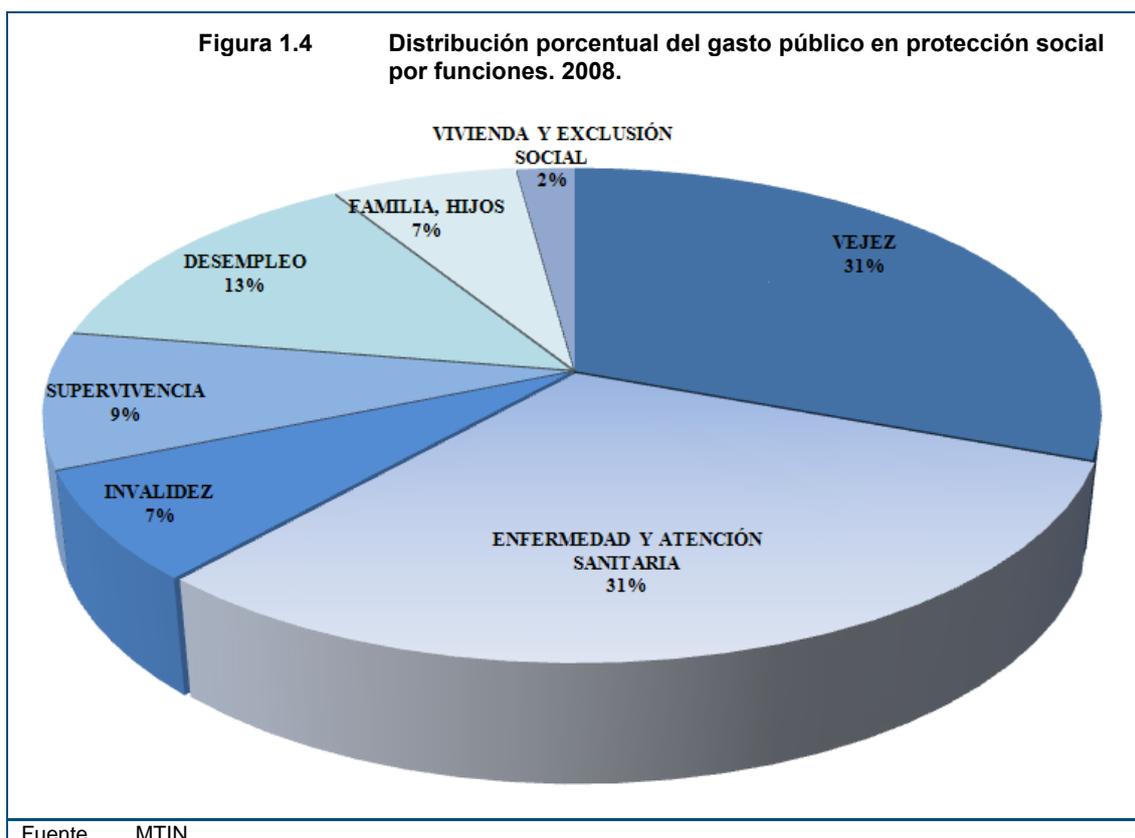
Una parte importante del gasto público se destina a la provisión de bienes preferentes, que es donde se ubican las prestaciones del estado del bienestar. En España, dichas prestaciones

representan un 66% del gasto público¹ y, en términos de PIB, suponen un 27,3% (Figura 1.3), 4,1 puntos porcentuales (pp) por debajo de la media europea: 3,6 pp se deben al diferencial del gasto en protección social y 0,5 pp al diferencial del gasto en educación.



Un pilar básico de la protección social en nuestro país es la protección de la salud, un ámbito de actuación de tal amplitud que requiere ser concretado. En términos de intervención en materia de protección social, de acuerdo con la definición armonizada adoptada en la Unión Europea, la prestación por enfermedad y cuidados sanitarios incluye dos partidas: una son los beneficios en efectivo que sustituyen en su totalidad o en parte, la pérdida de ingresos durante la incapacidad temporal para el trabajo debido a una enfermedad o lesión; y la otra son los cuidados sanitarios prestados en el marco de la protección social para mantener, restaurar o mejorar la salud de las personas protegidas. Esta función supone un 31% del gasto público en protección social (Figura 1.4), que es similar al porcentaje que representa en el conjunto de los países de la Unión Europea (un 30%).

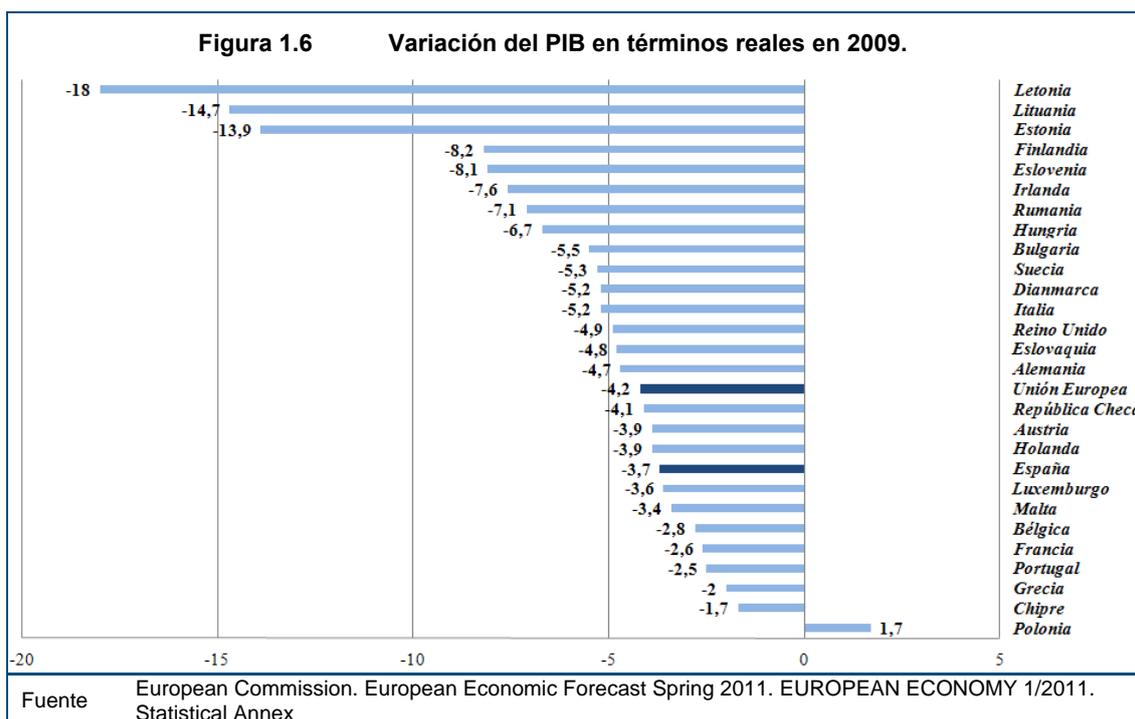
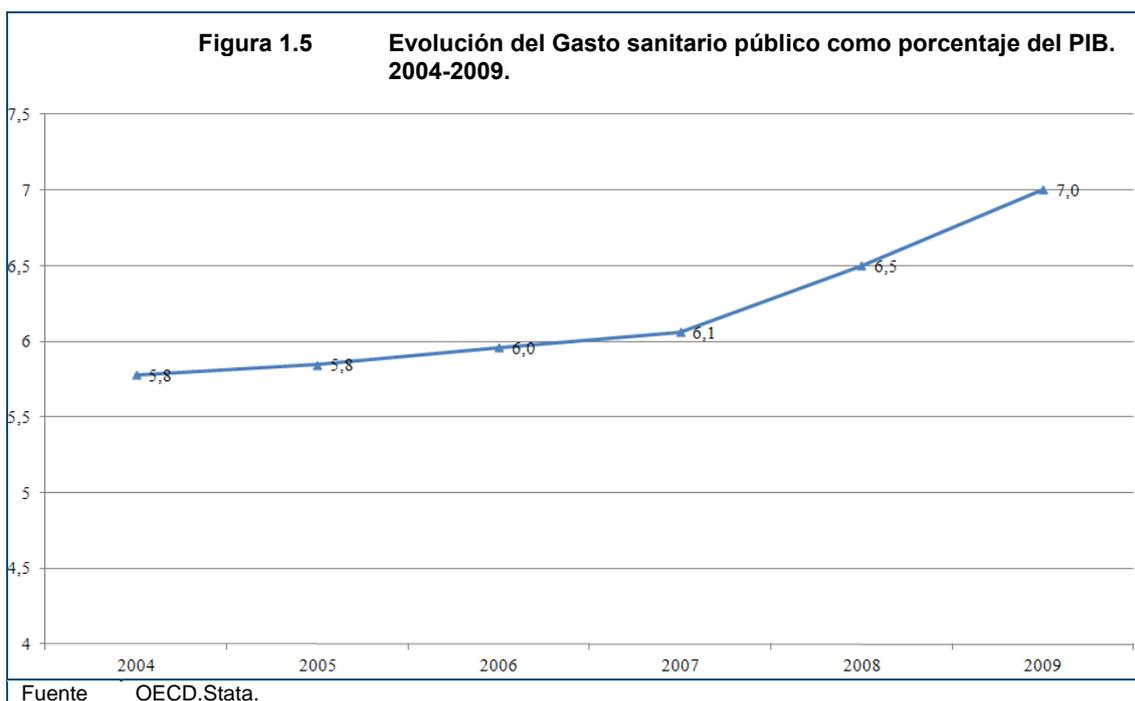
¹ Cifras del año 2008, últimas disponibles en el momento de elaborarse este informe, del Sistema Europeo de Cuentas Integradas de Protección Social (SEEPROS) y las estadísticas comunitarias en el ámbito de la enseñanza y el aprendizaje permanente.



Además de la óptica de la protección social, la delimitación y cuantificación del gasto destinado a actuaciones en materia sanitaria cuenta con otra perspectiva, también armonizada en la Unión Europea: el Sistema de Cuentas de Salud, que es la que se utiliza generalmente para situar la dimensión del sector sanitario, público y privado, tanto en un contexto nacional como internacional. El sector sanitario representa en España el 9,5% del PIB²: un 7% corresponde al Sistema Nacional de Salud y un 2,5% es sector sanitario privado³. El esfuerzo realizado por España en asistencia sanitaria pública desde el año 2004, sigue una tendencia creciente (Figura 1.5). Desde un nivel de 5,8% del PIB en 2004, se ha llegado a 6,1% en 2007 y al 7% en 2009. Destaca el incremento registrado en 2008 y, especialmente 2009, apuntando una resistencia a decrecer en el corto plazo en esta etapa de ciclo económico bajo por la que atraviesa España: en el año 2008, el PIB registró un crecimiento del 0,86% y, en el año 2009, tuvo una variación del 3,7%. En este último año, en un contexto de crisis económica internacional, todos los países de la UE, salvo Polonia, registraron variaciones negativas de su producto (Figura 1.6).

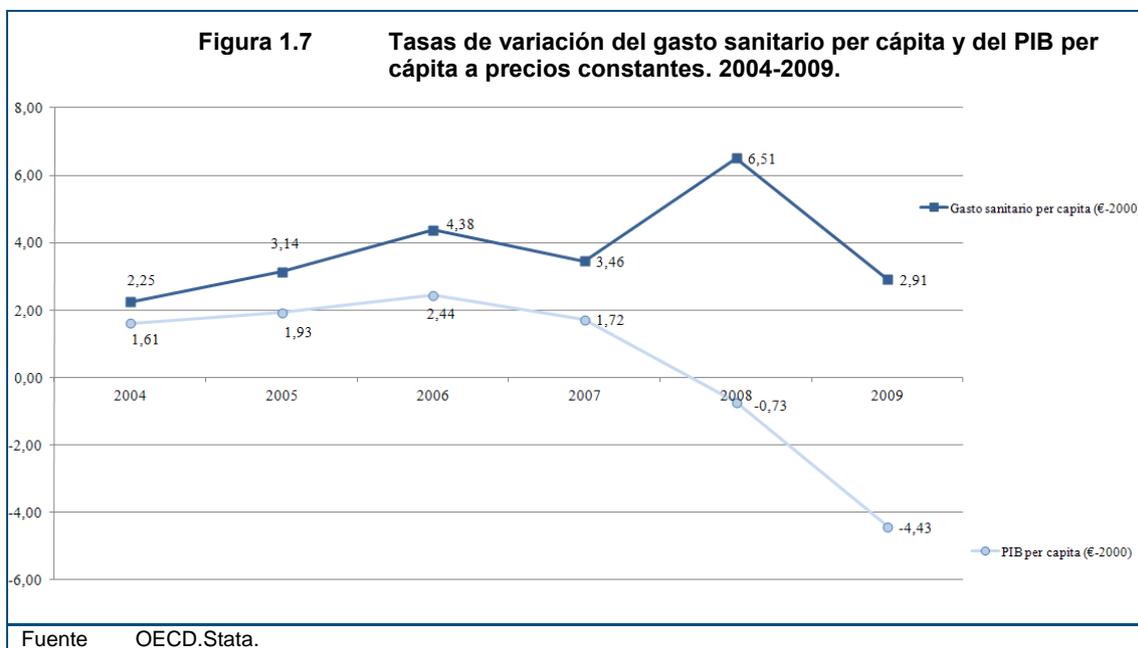
² Incluyendo la actividad sanitaria de las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) más la actividad correspondiente a atención sanitaria en cuidados de larga duración que provee la Red Pública de Instituciones de Servicios Sociales.

³ Un 6,6% corresponde al gasto previsto por el Sistema Nacional de Salud, un 0,4% al gasto en cuidados de larga duración relacionados con la salud provistos por el Sistema Público de Servicios Sociales y un 2,5% es gasto sanitario privado destinado tanto a cuidados prestados en instituciones sanitarias como cuidados sanitarios de larga duración prestados en instituciones de servicios sociales.

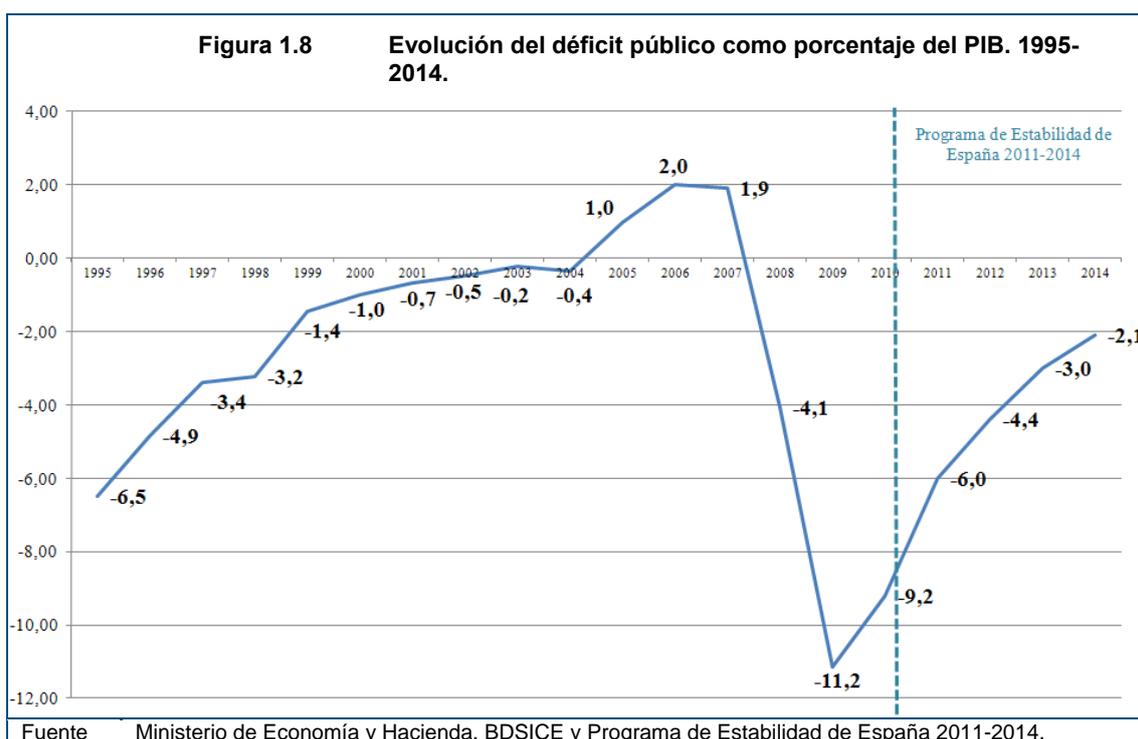


Existe una asociación positiva entre nivel de renta y gasto sanitario. Múltiples análisis han puesto de manifiesto que los países con renta per cápita más alta presentan un gasto sanitario per cápita también más alto, y que, a medida que crece el nivel de renta per cápita de un país, el gasto sanitario per cápita crece igual o más en términos proporcionales. En España, durante el período 2004 a 2009, el crecimiento en términos reales del gasto sanitario per cápita ha sido

superior al del PIB per cápita (Figura 1.7) y, en los momentos de caída del PIB per cápita, el gasto sanitario per cápita ha presentado tasas de variación positivas, aunque en el año 2009 notablemente más baja que en los años previos. La reducción del ritmo de crecimiento del PIB, y su decrecimiento en 2009, han tenido como resultado que, entre 2008 y 2009, el gasto sanitario público ha ganado 1 pp en el PIB, como se ha señalado anteriormente.



Como es sabido, El Tratado de la Unión Europea incorpora entre los criterios básicos de organización de la Unión, el compromiso de que los Estados Miembros eviten déficit públicos excesivos. El cumplimiento de la disciplina presupuestaria lo supervisa la Comisión mediante el Pacto de Estabilidad y Crecimiento (PEC), que constituye el marco normativo para la coordinación de las políticas fiscales nacionales en la Unión Económica y Monetaria (UEM) que permita prevenir la aparición de un déficit presupuestario excesivo en la zona euro. Los compromisos en materia de estabilidad presupuestaria establecidos en el Programa de Estabilidad de España 2011-2014, con el objetivo de alcanzar un déficit público del 3% del PIB en 2013 (Figura 1.8), han requerido durante el año 2010 la adopción de medidas de ajuste fiscal. Ya en los presupuestos Generales del Estado para dicho año, se contempló el incremento de determinadas figuras impositivas y se establecieron medidas orientadas a la reducción de los efectivos de empleados públicos. A lo largo del año, se implantaron otras medidas de ajuste (Real Decreto-ley 4/2010 y Real Decreto-ley 8/2010) que afectaron al SNS, a través de la reducción del salario de los empleados públicos y el control del gasto farmacéutico.



Del gasto sanitario, un 44% se destina a remuneración de asalariados y un 25,5% a medicamentos, suministrados a los beneficiarios bien a través de recetas médicas (19%) bien directamente en los hospitales (6,5%⁴). Ambas partidas de gasto representan, por tanto, el 69,5% del gasto sanitario, y cabe esperar que estas medidas de control de oferta tengan una incidencia apreciable en la moderación de su ritmo de crecimiento.

Los recursos humanos constituyen el principal activo del SNS. En 2010, el funcionamiento del SNS se apoyó en el desempeño de 583.000 profesionales de los que del orden de 400.000 son profesionales sanitarios (Tabla 1.2). Son las decisiones en el ámbito clínico de estos profesionales y, en especial, de los algo más de 128.000 médicos, las que asignaron en 2010 del orden del 7% del PIB (Tabla 1.3). Representa el SNS el 3,2% del volumen total de empleo de la economía española, y el 63% del empleo total en el sector sanitario que, en conjunto, emplea al 4,9% de los ocupados en España. Desde 1997, el empleo en el SNS ha crecido a una tasa promedio interanual del 3,3%, con tasas de crecimiento destacadas en los años 1999 (8,5%), 2002 (10%) y 2005 (8,1%). Desde el inicio de la crisis en 2007 hasta 2010, la tasa media anual de crecimiento del empleo en el SNS ha sido del 1,5%, sensiblemente más baja que la registrada desde el cierre de las transferencias en 2001 hasta 2007 (5,3%). No obstante, el empleo ha seguido creciendo en el sector. Recuérdese que, a pesar de las restricciones de acceso al empleo público contempladas en los Presupuestos Generales del Estado, éstas no afectan al personal de los hospitales y centros de salud del SNS. Esta excepción no se ha mantenido, sin embargo, en la Ley de Presupuestos Generales de 2011.

⁴ De acuerdo con la información disponible que difunde el Portal Estadístico del SNS, se estima que el gasto público en medicamentos dispensados a pacientes ingresados más medicamentos de dispensación ambulatoria por parte de los servicios de farmacia hospitalarios, es del 6,53% del gasto sanitario público.

Tabla 1.2 Evolución de los Profesionales del Sistema Nacional de Salud. Estimación. 1997-2010

	SNS			Hospitales (personal vinculado- ESCRI)			Atención Primaria (SIAP)				Variación interanual del empleo en el SNS
	Total Ocupados (EPA)(*)	Sanitario	No Sanitario	Total	Sanitario	No Sanitario	Total	Sanitario	No Sanitario (***)	Resto	
1997	380.447	257.277	123.170	322.326	226.425	95.901	41.519	30.852	10.667	16.602	
1998	368.112	252.187	115.925	325.331	229.478	95.853	30.561	22.709	7.852	12.220	-3,2
1999	399.275	271.294	127.980	331.754	235.453	96.301	48.234	35.841	12.393	19.287	8,5
2000	418.102	282.769	135.333	336.024	239.200	96.824	58.633	43.569	15.064	23.445	4,7
2001	409.013	280.274	128.739	341.036	244.190	96.846	48.560	36.084	12.476	19.417	-2,2
2002	449.914	304.929	144.985	352.312	253.120	99.192	69.723	51.809	17.914	27.879	10,0
2003	473.936	321.513	152.423	365.042	263.710	101.332	77.789	57.803	19.986	31.105	5,3
2004	483.025	329.946	153.079	378.095	274.247	103.848	74.958	55.699	19.259	29.972	1,9
2005	521.979	338.523	183.456	387.550	281.650	105.900	76.538	56.873	19.665	57.891	8,1
2006	538.209	352.254	185.955	401.985	293.309	108.676	79.326	58.945	20.381	56.898	3,1
2007	557.037	368.724	188.313	421.025	307.942	113.083	82.850	60.782	22.068	53.162	3,5
2008	586.000	383.054	202.946	436.837	321.495	115.342	83.165	61.559	21.606	65.998	5,2
2009	569.000	392.972	176.028	445.041	329.670	115.371	85.497	63.302	22.195	38.462	-2,9
2010 (**)	583.000	402.641	180.359	455.991	337.781	118.210	87.601	64.860	22.741	39.408	2,5

Fuente Elaboración propia sobre la base de:
Portal Estadístico del SNS
INE (Encuesta de Población Activa (EPA): explotación estadística realizada por el Instituto de Estudios Fiscales
(*) Datos de 1997 a 2007 estimados según evolución del empleo total en el sector sanitario
(**) Desglose estimado sobre la base de la estructura de 2009
(***) Para 2004 y 2005 estimado según estructura de 2006
Nota 1: Para 1997 a 2003 el personal de atención primaria (sanitario y no sanitario) más el resto se ha obtenido por diferencia entre el total y el personal de hospitales y se ha distribuido según estructura en ambos tipos de personal en 2006
Nota 2: Los datos sombreados en azul oscuros son datos observados en los que se han basado las estimaciones

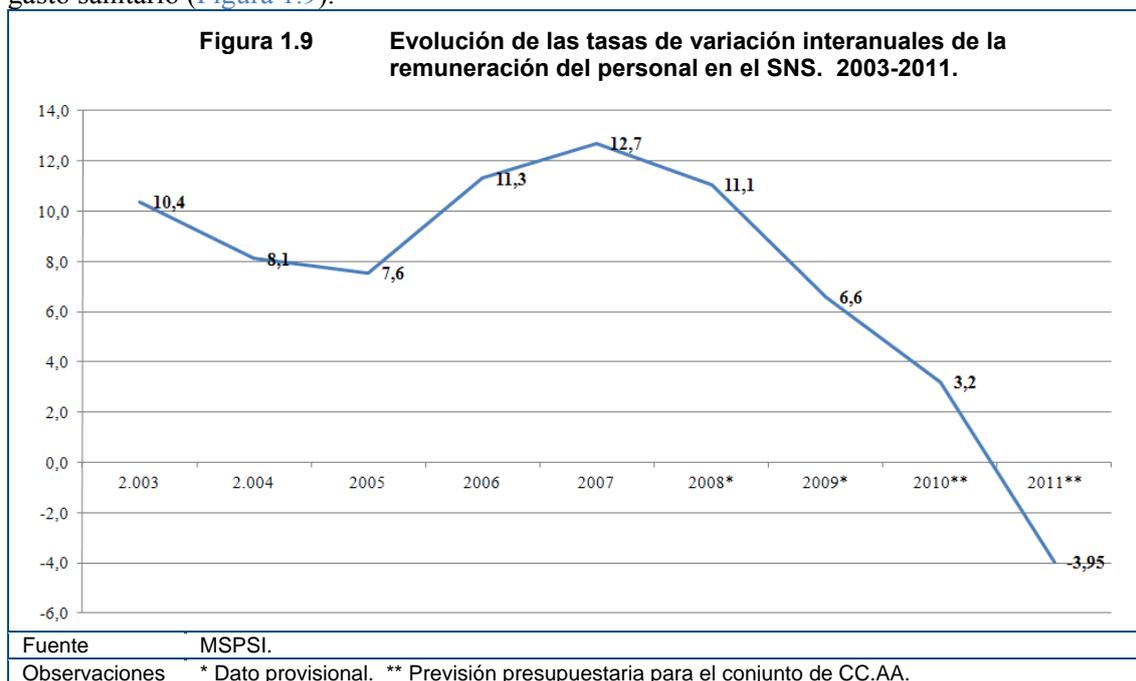
Tabla 1.3 Personal médico y de enfermería en hospitales y centros de atención primaria del SNS 2004-2009.

	Médicos (*)			Personal de enfermería		
	Total	Hospitales	Atención Primaria	Total	Hospitales	Atención Primaria
2004	107.157	76.503	30.654	128.794	103.749	25.045
2005	109.412	78.229	31.183	132.222	106.532	25.690
2006	113.826	81.828	31.998	137.873	110.926	26.947
2007	119.476	85.994	33.482	143.358	116.058	27.300
2008	124.759	90.633	34.126	148.424	120.991	27.433
2009	128.399	93.757	34.642	152.740	124.080	28.660

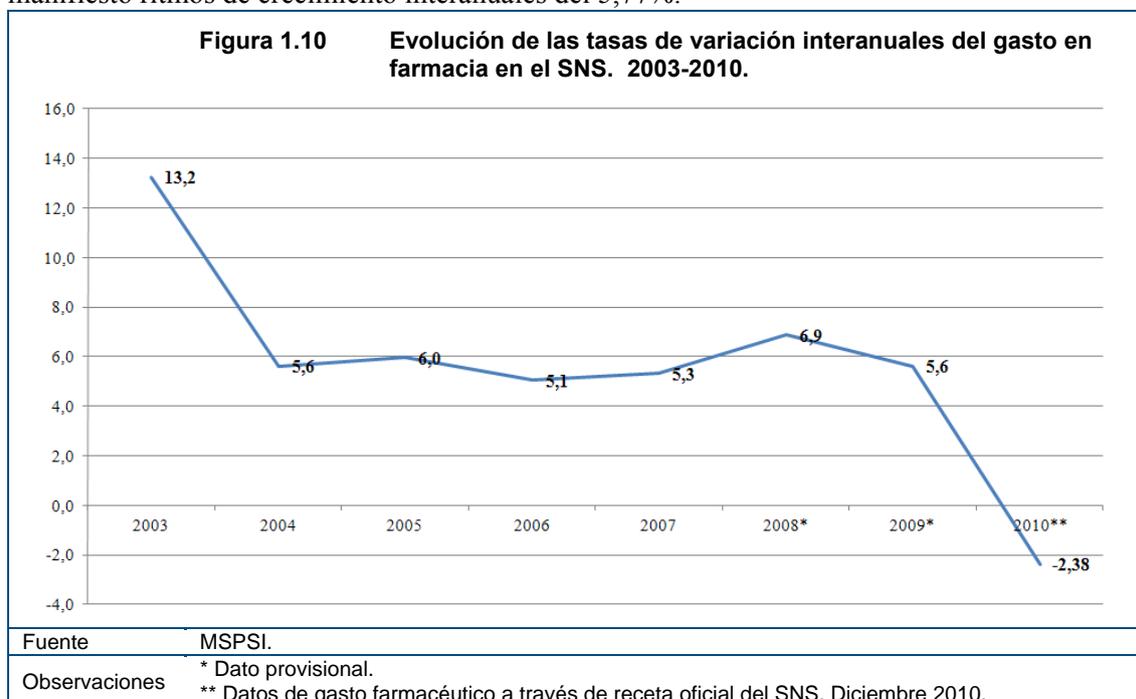
Fuente Portal Estadístico del SNS.
(*) **Médicos vinculados. Incluye MIR**

La remuneración del personal en el SNS ascendió en 2009, a 30.934 millones de euros. Desde el cierre del proceso transferencial hasta 2009, este componente del gasto ha registrado tasas de variación interanuales entre 7,6% y 12,7% lo que supone una tasa media de crecimiento interanual del 9,7%. En 2009, parece iniciarse un periodo de moderación en el crecimiento de este componente del gasto. Las variaciones de esta masa salarial son consecuencia de las variaciones en el número de efectivos en el SNS y de sus retribuciones. Las medidas sobre reducción de salarios de los empleados públicos adoptadas por el Real Decreto-ley 8/2010, junto con las restricciones de acceso al empleo público establecidas en la Ley de Presupuestos

Generales del Estado para 2011, hacen prever una moderación del crecimiento de esta parte del gasto sanitario (Figura 1.9).



La racionalización y el control del gasto farmacéutico es una palanca importante del control de la oferta. Las medidas adoptadas en este sentido, se dirigen a aquellos medicamentos proporcionados con receta médica y han supuesto una notable reducción de las tasas de crecimiento del gasto en farmacia (Figura 1.10). No obstante, el dato disponible hasta marzo de 2011, sobre gasto farmacéutico a través de receta oficial del Sistema Nacional de Salud, pone de manifiesto ritmos de crecimiento interanuales del 5,77%.



Las cifras de gasto efectivo realizado en el SNS durante el año 2010, que permitan valorar en toda su extensión el impacto del ajuste fiscal realizado durante dicho ejercicio, estarán disponibles en 2012. Los datos comentados, basados en la evolución del gasto presupuestado para 2010 y 2011, o bien en datos de facturación de receta médica, apuntan a una moderación de los ritmos de crecimiento del gasto sanitario en el año 2010, que se habrá de mantener en los siguientes ejercicios. No obstante, como consecuencia del comportamiento previsto para la economía española en el Programa de Estabilidad de España para 2011-2014, cabe esperar que el gasto sanitario público mantenga su peso en el PIB, situado en 2009 en el 7%, tras haber ganado 1 pp de PIB en dos años (2007-2009).

La situación de crecimiento de la economía española y los compromisos de nuestro país en materia de estabilidad presupuestaria derivados del PEC, hacen necesario no sólo un ajuste sino también una reestructuración del gasto público en su conjunto. Como se ha señalado, dentro del gasto público, las partidas destinadas a la protección social suponen el 22,7% del PIB. Se está tramitando, en el momento de elaboración de este informe, la reforma del sistema público de pensiones, y grupos de trabajo en la Unión Europea como el Grupo de Trabajo sobre envejecimiento del Comité de Política Económica dirigen sus análisis para tratar de garantizar la sostenibilidad de las finanzas públicas, en especial del gasto asociado con el proceso de envejecimiento, el gasto social.

Los procesos de reforma siempre han estado presentes en el SNS, donde la mejora continua y la eficiencia en la utilización de los recursos públicos son obligadas, y cobran especial relevancia en momentos en los que el ajuste fiscal es necesario ante compromisos del Estado en materia de estabilidad presupuestaria.

Más allá de la asociación positiva entre nivel de renta y gasto sanitario, existe una interacción entre nivel de renta nivel de salud⁵. Probablemente, nuestro nivel de desarrollo no sea ajeno al hecho de que disponemos de un SNS que genera el 7% del PIB y emplea el 3,2% de los trabajadores. Y no sólo el nivel de renta, también el grado de cohesión social: sus servicios están bien valorados por la población española, como se ha puesto de manifiesto en los sucesivos barómetros sanitarios, realizados por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; además los ciudadanos lo sitúan entre las primeras cuestiones de las que creen que debe ocuparse el Estado, lo que han manifestado a través de los sucesivos barómetros fiscales que realiza el Instituto de Estudios Fiscales. Constituye, además, un mecanismo importante de distribución de renta, como pone de manifiesto una reciente investigación del citado Instituto⁶. Es, en definitiva, un potente instrumento de cohesión social cuya viabilidad financiera es deseable que se garantice.

1.2 Gasto sanitario

El gasto como medida de los recursos aplicados al sistema sanitario se viene utilizando, de forma general, para cifrar la dimensión económica del mismo. Igualmente, es un indicador clave para conocer la evolución y estructura del sector, sometido a continuas presiones, no solo por el envejecimiento de la población sino también por los importantes avances científicos y tecnológicos.

Actualmente, en España, se dispone de dos fuentes principales de información sobre gasto sanitario:

⁵ Un informe del Grupo de Trabajo sobre Envejecimiento del Comité de Política económica de la UE (EU(2010)) analiza esta interacción, aunque indica que la falta de indicadores agregados comparables no permite cuantificarla.

⁶ Spadaro (2011)

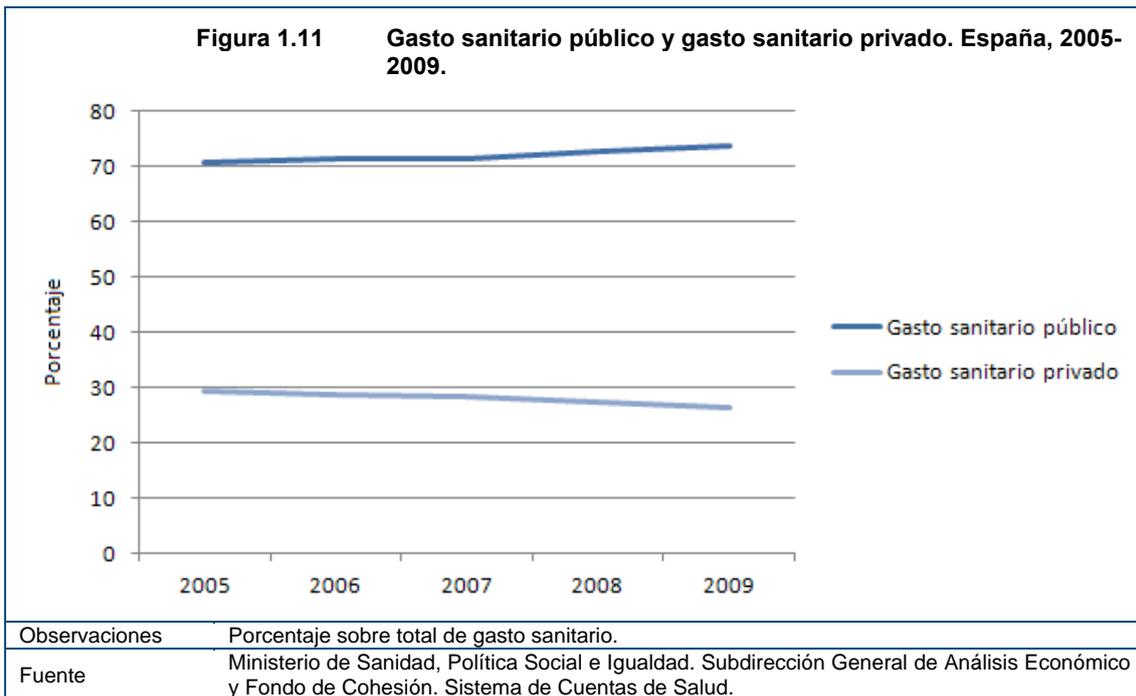
- *Sistema de Cuentas de Salud.* Se basa en clasificaciones y métodos pactados en organizaciones internacionales (OCDE, Eurostat y OMS) que afectan a los Estados miembros de las mismas, e incluye el gasto de los agentes privados, sin entrar en consideraciones sobre la organización de los sistemas sanitarios nacionales. Permite, por tanto, comparaciones entre estados.
- *Estadística de Gasto Sanitario Público.* Considera el gasto realizado o financiado por agentes sanitarios públicos, y sus métodos de elaboración y objetivos, pactados entre las organizaciones territoriales y no territoriales integradas en el Sistema Nacional de Salud español. Por ello, es coherente a nivel nacional y se puede utilizar para comparaciones entre comunidades autónomas.

Como se muestra en la [Tabla 1.4](#), según el Sistema de Cuentas de Salud, el gasto total del sistema sanitario español, entendiendo éste como suma de los recursos asistenciales públicos y privados, ascendió, en el año 2009, a 100.231 millones de euros. Esto representa un 9,5% del producto interior bruto (PIB), del cual un 7,0% fue financiado con recursos públicos y un 2,5% con recursos privados.

Tabla 1.4 Gasto sanitario y producto interior bruto (PIB). España, 2005-2009.					
	2005	2006	2007	2008	2009
Gasto sanitario total	75.307	82.255	89.339	97.464	100.231
Gasto sanitario público	53.145	58.651	63.857	70.766	73.800
Gasto sanitario privado	22.162	23.603	25.481	26.698	26.431
PIB	908.792	984.284	1.053.537	1.088.124	1.053.914
Observaciones	Cifras en millones de euros.				
Fuente	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Sistema de Cuentas de Salud. Instituto Nacional de Estadística. Contabilidad Nacional de España.				

La media anual de crecimiento del gasto sanitario en el período 2005-2009, ha sido de un 7,4%. El gasto sanitario público presentó una tasa del 8,6%, mientras que el gasto privado crecía de forma más suave, con una media de un 4,5% anual. En este mismo período, el crecimiento del PIB ha sido, en términos medios anuales, de un 3,8%, por debajo del experimentado tanto por el gasto sanitario total como por el público, por lo que la participación en el PIB de ambas magnitudes ha experimentado un avance cifrado en 1,2 puntos porcentuales.

En el quinquenio analizado, la participación del gasto sanitario público sobre el total del gasto sanitario ha aumentado, pasando de un 70,6% en 2005 a un 73,6% en 2009, tal como se observa en la [Figura 1.11](#).



Es importante señalar que, a diferencia de la Estadística de Gasto Sanitario Público, la clasificación del Sistema de Cuentas de Salud incorpora en la función de cuidados de larga duración, no solo los estrictamente sanitarios a personas dependientes sino también los denominados cuidados personales necesarios para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria.

Así, además del peso de los sectores público y privado en el gasto sanitario total, la [Tabla 1.5](#) pone de manifiesto la existencia de un componente del gasto dedicado a cuidados de larga duración, con unas fronteras un tanto difusas, que en 2009 se puede cifrar en 8.801 millones de euros, lo que supone un 8,8% del gasto sanitario total. Este gasto se desglosa en 2.764 millones de euros –un 2,8% del gasto total– financiados por el sector privado y 6.037 millones de euros financiados por el sector público, de los cuales 1.591 millones –un 1,6% del gasto total– corren a cargo del Sistema Nacional de Salud y 4.445 millones –un 4,4% del gasto total– son a cargo de las instituciones de servicios sociales.

Tabla 1.5 Gasto sanitario con inclusión / exclusión de cuidados de larga duración. España, 2005-2009.

		2005	2006	2007	2008	2009
Gasto sanitario total	Con CLD	75.307	82.255	89.339	97.464	100.231
	Sin CLD no SNS	70.256	76.638	82.800	90.268	93.021
	Sin CLD	68.993	75.324	81.393	88.710	91.430
Gasto sanitario público	SCS (con CLD)	53.145	58.651	63.857	70.766	73.800
	EGSP (sin CLD no SNS) ¹	50.587	55.683	60.227	66.626	69.846
Gasto sanitario privado	Con CLD	22.162	23.603	25.481	26.698	26.431
	Sin CLD	20.003	21.341	23.022	24.108	23.667
Observaciones	Cifras en millones de euros. SCS: Sistema de Cuentas de Salud, EGSP: Estadística de Gasto Sanitario Público, CLD: Cuidados de larga duración, SNS: Sistema Nacional de Salud. ¹ EGSP incluye las funciones de investigación y formación (que en SCS no se consideran gasto sanitario).					
Fuente	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Sistema de Cuentas de Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Estadística de Gasto Sanitario Público.					

La [Tabla 1.6](#) muestra la distribución del gasto sanitario total según el agente de financiación durante el periodo 2005-2009.

Tabla 1.6 Gasto sanitario según agente de financiación. España, 2005-2009.

		2005	2006	2007	2008	2009
HF.1 Administraciones públicas		53.145	58.651	63.857	70.766	73.800
HF.1.1 Administraciones públicas (excepto administraciones de seguridad social)		49.200	54.407	59.396	66.036	69.214
HF.1.1.1 Administración central		451	576	653	654	954
HF.1.1.2 Administraciones regionales / provinciales		47.828	52.853	57.664	64.228	67.049
HF.1.1.3 Administraciones locales / municipales		921	979	1.079	1.154	1.211
HF.1.2 Administraciones de seguridad social		3.945	4.244	4.461	4.729	4.586
HF.2 Sector privado		22.162	23.603	25.481	26.698	26.431
HF.2.1, HF.2.2 Seguros sociales privados y empresas de seguro privadas		4.408	5.069	5.619	5.494	5.372
HF.2.3 Pagos directos de los hogares		16.911	17.556	18.590	20.074	20.124
HF.2.4 Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)		585	605	627	610	648
HF.2.5 Sociedades (excepto seguros médicos)		258	374	646	520	287
HF.3 Resto del mundo		ND	ND	ND	ND	ND
HF.1 – HF.3 GASTO TOTAL		75.307	82.255	89.339	97.464	100.231
Observaciones	Cifras en millones de euros. ND: No disponible.					
Fuente	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Sistema de Cuentas de Salud.					

En 2005, las administraciones públicas fueron responsables del 70,6% del gasto sanitario, porcentaje que ascendió a un 73,6% en 2009. El gasto de las administraciones autonómicas aumentó del 63,5% en 2005 al 66,9% en 2009, mientras que el sistema de seguridad social –que en este esquema de clasificación incluye las Mutualidades de Funcionarios del Estado– disminuyó desde un 5,2% a un 4,6% en el mismo periodo.

En relación con el gasto privado, son los hogares los que soportan un mayor peso en la financiación, con una participación del 76,1%, si bien en el quinquenio analizado, el sector más dinámico ha sido el de los seguros privados, que ha pasado de financiar un 19,9% del total del

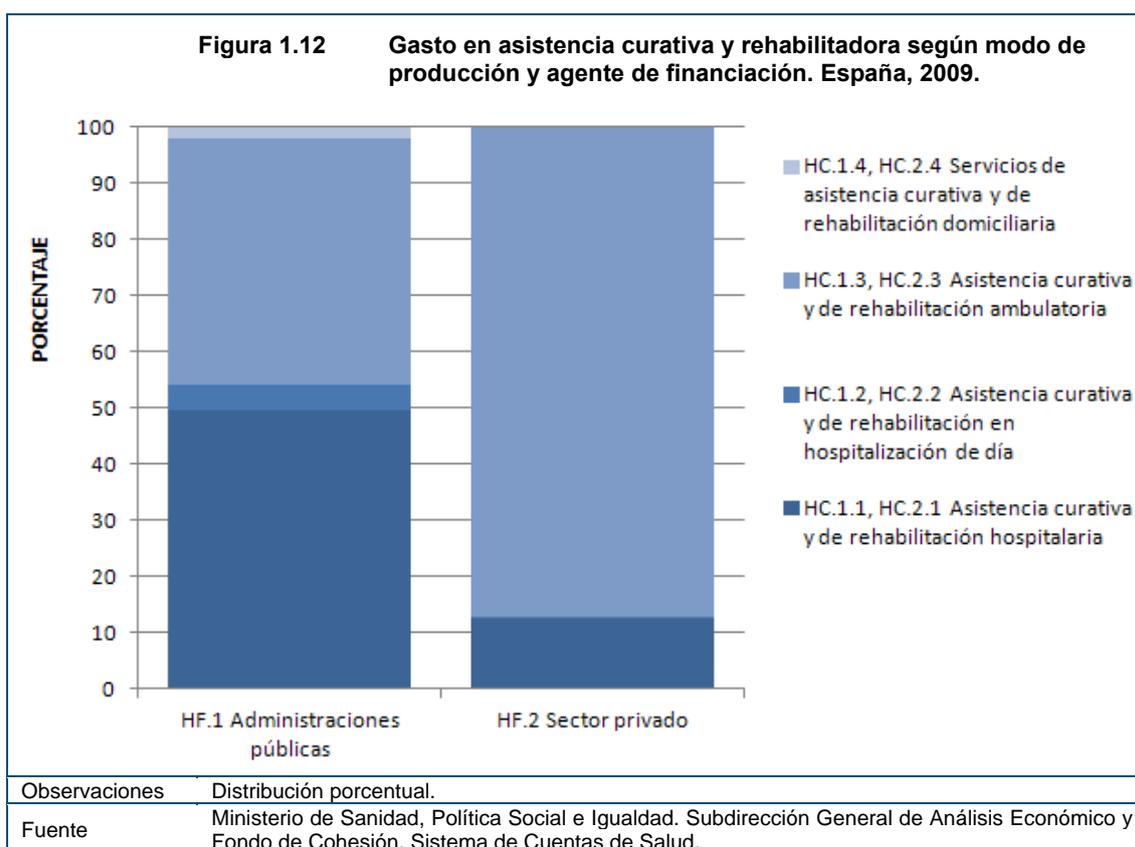
gasto privado en el año 2005 a un 20,3% en el año 2009, crecimiento apoyado en gran medida en el incremento de los seguros colectivos de empresas.

La [Tabla 1.7](#) muestra la distribución del gasto sanitario total según la función de atención de la salud, durante el periodo 2005-2009.

Tabla 1.7 Gasto sanitario según función de atención de la salud. España, 2005-2009.					
	2005	2006	2007	2008	2009
HC.1, HC.2 Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación	41.856	45.839	49.526	54.941	56.706
HC.3 Servicios de atención de larga duración	6.314	6.930	7.946	8.754	8.801
HC.4 Servicios auxiliares de atención de la salud	3.524	3.993	4.346	4.865	5.118
HC.5 Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	17.133	17.969	19.119	20.389	21.157
HC.6 Servicios de prevención y de salud pública	1.708	1.884	2.120	2.208	2.583
HC.7 Administración de la salud y los seguros médicos	2.395	2.687	2.987	2.985	3.067
HC.1 – HC.7 GASTO CORRIENTE	72.930	79.302	86.043	94.141	97.432
HC.R.1 Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud	2.376	2.953	3.295	3.322	2.799
HC.1 – HC.7, HC.R.1 GASTO TOTAL	75.307	82.255	89.339	97.464	100.231
Observaciones	Cifras en millones de euros.				
Fuente	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Sistema de Cuentas de Salud.				

Así, se observa que las dos funciones principales (asistencia curativa y rehabilitadora y productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios) absorben más del 75% del gasto sanitario total. Su peso conjunto ha disminuido ligeramente desde 2005 (78,3%) hasta 2009 (77,7%) debido a que el aumento continuado de la asistencia curativa (de 55,6% a 56,6%) se ha visto compensado por el descenso del gasto en productos médicos (de un 22,8 por ciento a un 21,1%). La pérdida de peso del conjunto de estas dos funciones en el quinquenio 2005-2009 (0,6 puntos porcentuales), se ha visto compensada con el incremento de la asistencia en cuidados de larga duración (de 8,4% en 2005 a 8,8% en 2008, esto es, un incremento de 0,4 puntos porcentuales).

En términos de gasto sanitario total, la asistencia curativa ambulatoria sin internamiento supera en gasto a la realizada en régimen de internamiento. En la [Figura 1.12](#) se puede observar el gasto en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación según el modo de producción y el agente de financiación.



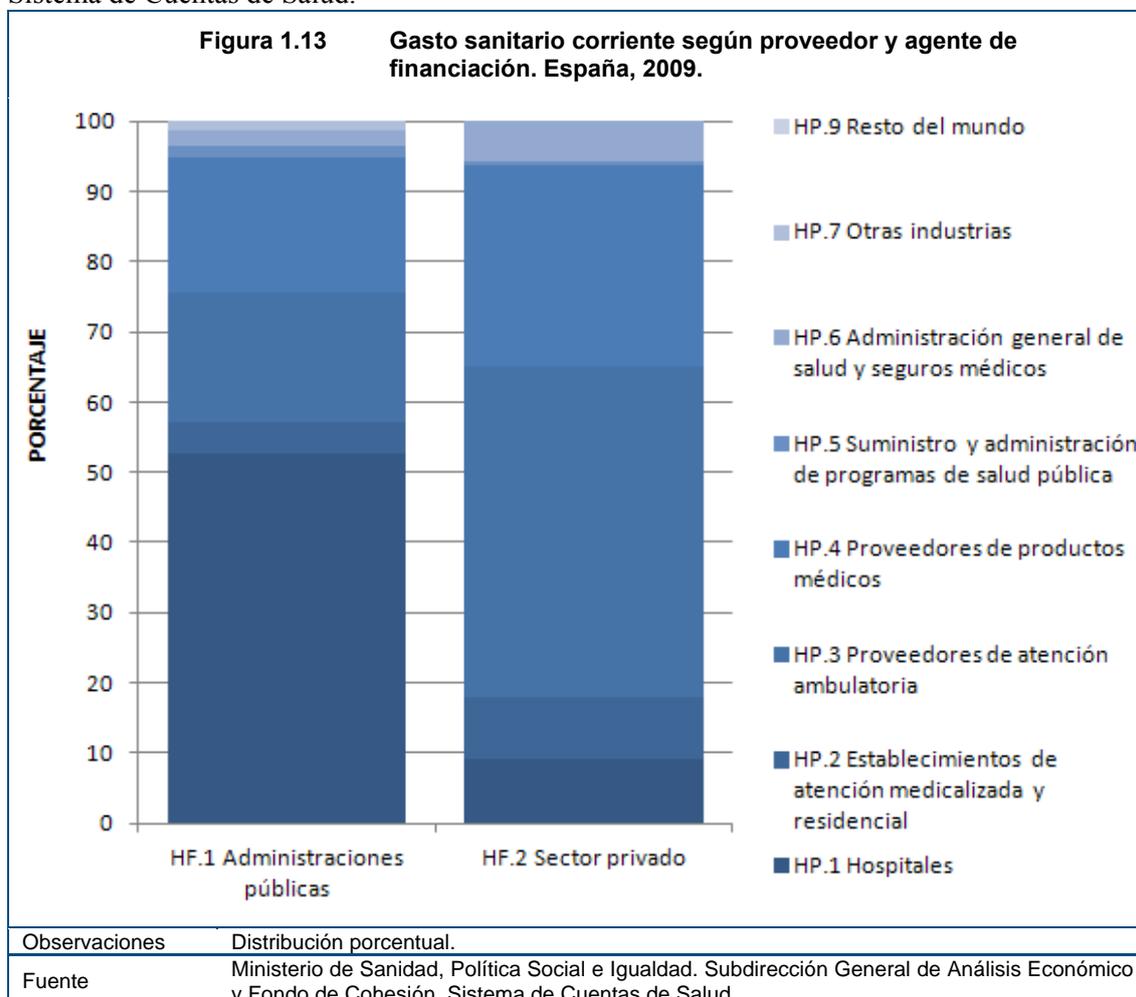
Es importante señalar que en el sector privado la asistencia ambulatoria es casi 7 veces la hospitalaria con internamiento (87,1% frente a 12,6%), destacando el fuerte componente de la asistencia odontológica ambulatoria (que supone más de un tercio de la asistencia ambulatoria privada).

La Tabla 1.8 muestra la distribución del gasto sanitario total según el proveedor de asistencia sanitaria, durante el periodo 2005-2009.

	2005	2006	2007	2008	2009
HP.1 Hospitales	29.451	32.993	35.889	40.096	41.823
HP.2 Establecimientos de atención medicalizada y residencial	3.922	4.332	5.011	5.507	5.424
HP.3 Proveedores de atención ambulatoria	20.585	22.225	24.008	26.149	26.035
HP.4 Minoristas y otros proveedores de productos médicos	17.132	17.969	19.119	20.389	21.157
HP.5 Suministro y administración de programas de salud pública	707	798	938	890	1.270
HP.6 Administración general de la salud y los seguros médicos	2.663	3.025	3.434	3.477	3.494
HP.7 Otras ramas de actividad (resto de la economía)	839	908	935	953	1.026
HP.9 Resto del mundo	6	5	4	3	2
HP.1 – HP.9 GASTO TOTAL	75.307	82.255	89.339	97.464	100.231
Observaciones	Cifras en millones de euros.				
Fuente	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Sistema de Cuentas de Salud.				

Se observa que durante el quinquenio 2005-2009, se ha incrementado el gasto generado a través de hospitales (de un 39,1% a un 41,7%) y el de los establecimientos de atención residencial medicalizada, que prestan esencialmente cuidados de larga duración (de un 5,2% a un 5,4%).

La **Figura 1.13** refleja la diferente estructura de gasto por proveedores de los servicios sanitarios de cada uno de los dos grandes sectores financiadores: sector público y sector privado, en base a las estimaciones de gasto enmarcadas en las clasificaciones y fronteras del Sistema de Cuentas de Salud.



En el sector público, el gasto en hospitales es más de 2,5 veces el de los proveedores de asistencia ambulatoria, mientras que en el sector privado la relación es de signo opuesto, ya que el gasto privado en los hospitales es tan solo una quinta parte del de los servicios ambulatorios. Si bien, para valorar el peso de los hospitales privados en el sistema, hay que señalar que un 65,5% de los servicios sanitarios que proveen los hospitales privados están siendo financiados por el sector público a través de conciertos.

Desde el punto de vista de los proveedores de asistencia ambulatoria, hay que señalar, como característica diferenciadora de los dos esquemas de financiación, que, en tanto que en el sistema público la asistencia del primer nivel se presta esencialmente en los centros de salud del Sistema Nacional de Salud, en el sector privado son las consultas de dentistas y de medicina especializada las que generan un 80,3% del total del gasto de los proveedores de servicios ambulatorios.

A efectos de analizar el gasto público desde la perspectiva económico-presupuestaria así como su distribución entre las comunidades autónomas, es necesario utilizar la Estadística de Gasto Sanitario Público. Por tanto, y tal como se ha señalado anteriormente, no se tienen en consideración los gastos en cuidados de larga duración que quedan al margen de las prestaciones de los servicios de salud de las comunidades autónomas.

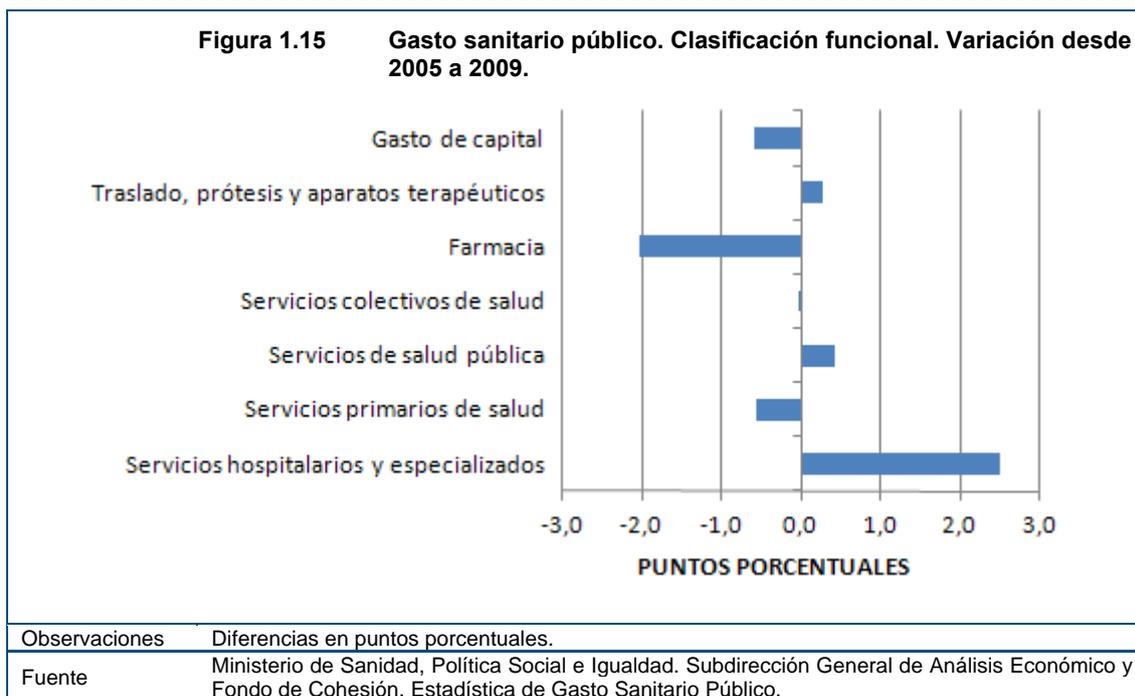
En la [Tabla 1.9](#) se presenta el gasto sanitario público según la clasificación funcional de la Estadística de Gasto Sanitario Público.

	2005	2006	2007	2008 (*)	2009 (*)
Servicios hospitalarios y especializados	27.004	30.034	32.497	36.767	39.038
Servicios primarios de salud	7.824	8.442	9.453	10.444	10.415
Servicios de salud pública	631	752	839	785	1.163
Servicios colectivos de salud	1.487	1.644	1.839	1.886	2.038
Farmacia	10.758	11.301	11.902	12.721	13.435
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	799	971	1.075	1.221	1.286
Gasto de capital	2.084	2.539	2.621	2.803	2.470
TOTAL CONSOLIDADO	50.587	55.683	60.227	66.626	69.846
Observaciones	Cifras en millones de euros. (*) Cifras provisionales.				
Fuente	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Estadística de Gasto Sanitario Público.				

La función que mayor peso tiene en el ámbito de la asistencia sanitaria pública es la de los servicios hospitalarios y especializados, que alcanzó en 2009 un 55,9 por ciento del gasto total consolidado. Le siguen en importancia el gasto en farmacia, con un 19,2 por ciento, y en atención primaria, con un 14,9, tal como se muestra en la [Figura 1.14](#).



Como se observa en la [Figura 1.15](#), el comportamiento en el periodo 2005-2009 de las citadas funciones asistenciales (que representan el 90,0 por ciento del gasto total) ha sido dispar. Los servicios hospitalarios y especializados se muestran como los más dinámicos experimentando un incremento de 2,5 puntos porcentuales, pasando de un 53,4% a un 55,9% del total del gasto. La farmacia, con un comportamiento opuesto, ha cedido 2,0 puntos, lo que sitúa su gasto en un 19,2% del gasto total. Los servicios primarios de salud representan en 2009 un 14,9% del gasto, habiendo reducido ligeramente su participación en el total.



En la [Tabla 1.10](#) se presenta el análisis del gasto sanitario desde la óptica de la clasificación económica. Así, se observa que son los gastos en retribuciones de personal, que supusieron en el año 2009 un total de 30.934 millones de euros, los que absorben un mayor porcentaje del total del gasto.

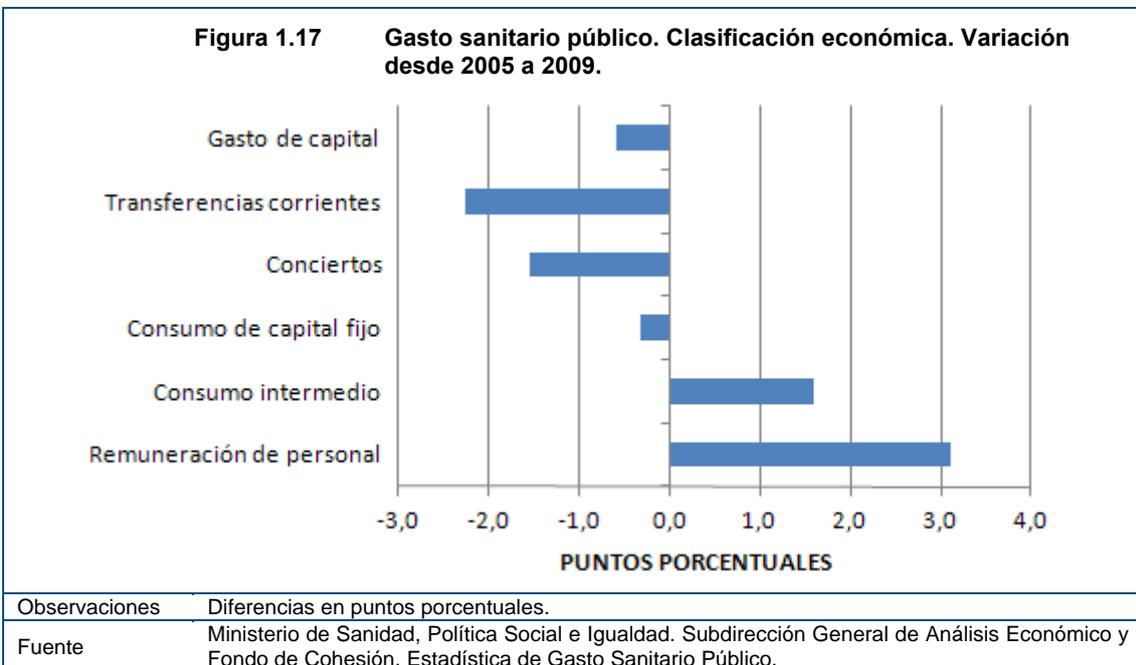
Tabla 1.10 Gasto sanitario público. Clasificación económica. España, 2005-2009.

	2005	2006	2007	2008 (*)	2009 (*)
Remuneración de personal	20.832	23.189	26.137	29.025	30.934
Consumo intermedio	9.791	11.385	11.808	13.691	14.632
Consumo de capital fijo	373	174	197	224	289
Conciertos	6.068	6.389	6.799	7.383	7.303
Transferencias corrientes	11.439	12.008	12.665	13.500	14.219
Gasto de capital	2.084	2.539	2.621	2.803	2.470
TOTAL CONSOLIDADO	50.587	55.683	60.227	66.626	69.846
Observaciones	Cifras en millones de euros. (*) Cifras provisionales.				
Fuente	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Estadística de Gasto Sanitario Público.				

En 2009, un 44,3% del gasto sanitario público se destinó a cubrir las remuneraciones de los trabajadores del sector; en importancia le siguen los gastos en consumos intermedios, con un 20,9%, los gastos en transferencias corrientes, que suponen un 20,4%, y los gastos en compras al sector privado a través de conciertos, que representan un 10,5% del gasto sanitario público, tal como se muestra en la [Figura 1.16](#).



Dejando a un lado el comportamiento de los gastos de capital, tanto los de consumo como los de inversión, debido, en el caso de los de consumo, a las dificultades que entraña su estimación, y, en los de inversión, a su estacionalidad y variabilidad, el análisis de los gastos en el periodo 2005-2009 muestra que los gastos en consumos intermedios han sido los que a lo largo del citado quinquenio han experimentado la mayor tasa media de crecimiento, cifrada en un 10,6%, seguido por los gastos en remuneraciones de los asalariados, con un 10,4%, y las transferencias corrientes, con un 5,6%. Debido a estos distintos ritmos de crecimiento, los gastos de remuneración de personal y de consumo intermedio han incrementado, respectivamente, en 3,1 y 1,6 puntos porcentuales su peso en el gasto total, fundamentalmente a costa de la disminución de las transferencias corrientes, que han perdido 2,3 puntos porcentuales, y de los conciertos, que dejan 1,5 puntos, como se observa en la [Figura 1.17](#).



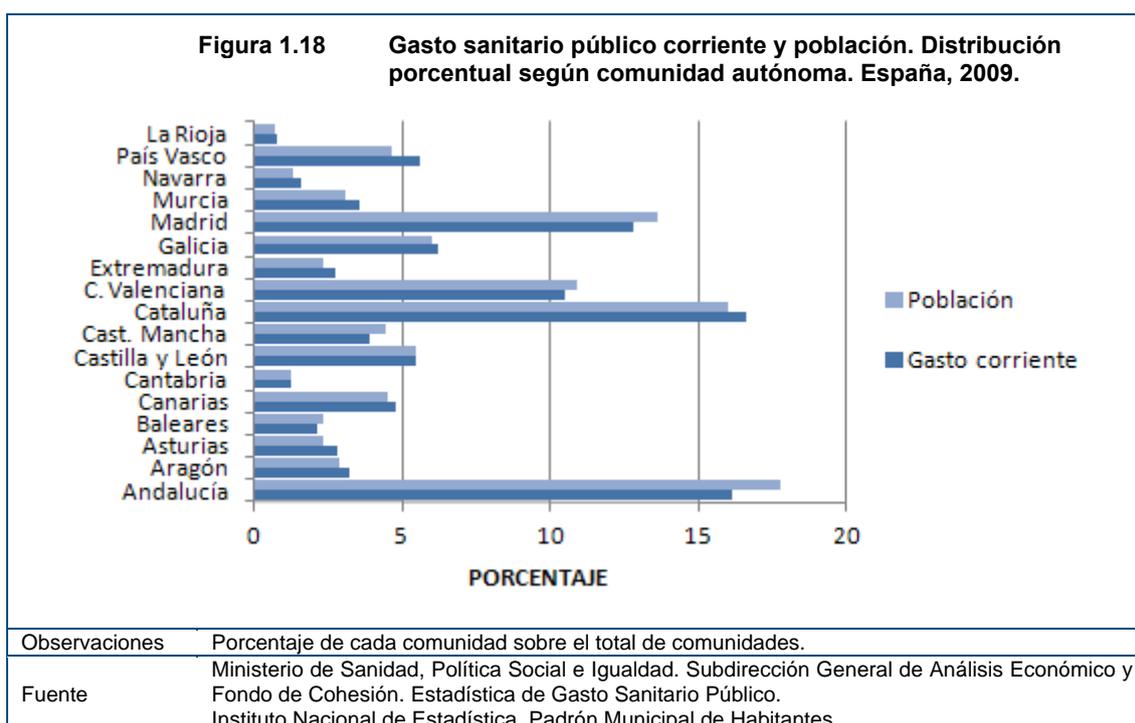
La [Tabla 1.11](#) presenta el gasto sanitario público consolidado de las comunidades autónomas en el periodo 2005-2009, así como las tasas medias de crecimiento del quinquenio, según la Estadística de Gasto Sanitario Público.

Tabla 1.11 Gasto sanitario público consolidado según comunidad autónoma. España, 2005-2009.						
	2005	2006	2007	2008	2009	TAM
Andalucía	7.539	8.339	8.868	10.307	10.288	8,1
Aragón	1.441	1.589	1.739	1.898	2.052	9,2
Asturias	1.254	1.339	1.423	1.550	1.748	8,7
Baleares	1.064	1.078	1.210	1.312	1.379	6,7
Canarias	2.148	2.318	2.509	2.855	2.994	8,7
Cantabria	718	766	825	773	800	2,7
Castilla y León	2.753	3.164	3.073	3.621	3.541	6,5
Castilla-La Mancha	2.073	2.355	2.426	2.541	2.565	5,5
Cataluña	7.140	8.071	8.967	9.872	10.527	10,2
Comunidad Valenciana	4.718	5.120	5.590	6.137	6.650	9,0
Extremadura	1.223	1.349	1.526	1.659	1.749	9,4
Galicia	2.931	3.231	3.453	3.805	3.995	8,1
Madrid	5.687	6.140	6.778	7.283	7.904	8,6
Murcia	1.426	1.567	1.756	2.132	2.258	12,2
Navarra	694	753	827	916	1.006	9,7
País Vasco	2.530	2.703	3.022	3.341	3.607	9,3
La Rioja	354	456	556	470	468	7,2
Observaciones	Cifras en millones de euros, excepto la tasa anual media de crecimiento (TAM), que se expresa en porcentaje.					
Fuente	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Estadística de Gasto Sanitario Público.					

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

De acuerdo con los datos del año 2009, un 45,2% del gasto sanitario público ha sido originado por tres comunidades autónomas: Cataluña, Andalucía y Madrid, con 10.527, 10.288 y 7.904 millones de euros, respectivamente. Estas comunidades suponen el 47,4% de la población española. La Rioja, Cantabria y Navarra son las comunidades con el gasto más pequeño, en valores absolutos.

La [Figura 1.18](#) muestra los pesos del gasto corriente y la población de cada comunidad autónoma en relación con los totales de ambas variables. Las diferencias que se observan entre ambos indicadores para cada una de las comunidades, reflejan no solo el diferente esfuerzo financiero aplicado a la asistencia sanitaria sino también, y en gran medida, las distintas realidades poblacionales y geográficas de cada una de ellas, tales como las diferencias etarias y la dispersión, entre otras.



Así, Andalucía, con un 17,8% de la población, alcanza un 16,1% del gasto. Madrid, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Baleares, Castilla y León y Cantabria presentan un ratio de población por encima del ratio de gasto. Para el resto de las comunidades la situación es la contraria, siendo País Vasco y Cataluña las que presentan una diferencia más acusada.

El acercamiento a la distribución del gasto sanitario público entre las comunidades autónomas y el análisis de la importancia que tiene el mismo dentro de cada una de las economías regionales puede hacerse, asimismo, a través del indicador de gasto sanitario como porcentaje del PIB, si bien, hay que tener en cuenta que la elasticidad de la renta superior a la unidad –a mayor renta, mayor gasto sanitario– que se da en el análisis global del gasto de los países, no aparece cuando se analiza este indicador a nivel regional. Tal como señala el informe elaborado por el Grupo de Trabajo de la Conferencia de Presidentes para el Análisis del Gasto Sanitario presidido por la IGAE⁷, los datos de gasto sanitario como porcentaje del PIB que se obtienen a nivel de comunidad autónoma no reflejan la relación con el nivel de renta porque las diferencias entre territorios no solo se explican (como ocurre entre países) por diferencias entre niveles de renta sino también por solidaridad entre territorios; y esto es así, ya que la asignación de recursos entre las comunidades autónomas contempla mecanismos de nivelación que tratan de garantizar la equidad del sistema.

Como se observa en la [Tabla 1.12](#), Extremadura –con un 9,8%–, Murcia –con un 8,3%– y Asturias– con un 7,7%– son las comunidades que presentan en el año 2009 un porcentaje del gasto sanitario sobre el PIB más elevado. Madrid –con un 4,2%– y Baleares –con un 5,2%– se sitúan en el extremo opuesto.

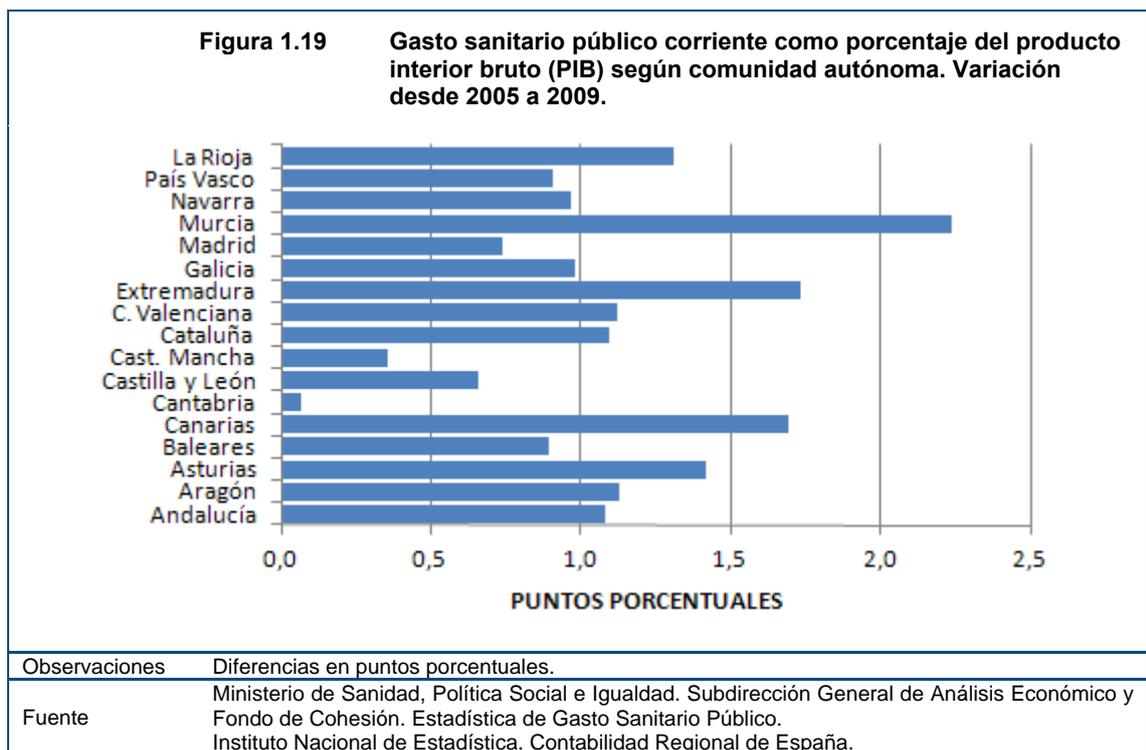
⁷ Instituto de Estudios Fiscales. Ministerio de Economía y Hacienda. Ministerio de Sanidad y Consumo. Septiembre 2007.

Tabla 1.12 Gasto sanitario público consolidado como porcentaje del producto interior bruto (PIB) según comunidad autónoma. España, 2005 y 2009.

	% Gasto / PIB			% Gasto / PIB	
	2005	2009		2005	2009
Andalucía	6,0	7,2	Comunidad Valenciana	5,3	6,5
Aragón	5,2	6,3	Extremadura	8,0	9,8
Asturias	6,4	7,7	Galicia	6,3	7,3
Baleares	4,7	5,2	Madrid	3,5	4,2
Canarias	5,9	7,3	Murcia	6,1	8,3
Cantabria	6,3	6,0	Navarra	4,5	5,5
Castilla y León	5,6	6,3	País Vasco	4,5	5,5
Castilla-La Mancha	6,8	7,2	La Rioja	5,3	6,0
Cataluña	4,2	5,4	Media comunidades	5,0	6,1

Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Estadística de Gasto Sanitario Público. Instituto Nacional de Estadística. Contabilidad Regional de España.

La [Figura 1.19](#) muestra la variación del gasto sanitario corriente como porcentaje del PIB, en el periodo 2005-2009.



1.3 Fondo de cohesión sanitaria

El Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, que regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS), sustituyó al anterior Real Decreto 1247/2002, de 3 diciembre, para adaptar su

contenido a los nuevos planteamientos recogidos en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que contempla la financiación a través del Fondo de cohesión de la atención sanitaria prestada a pacientes residentes en España derivados entre comunidades autónomas para su atención en centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, y recoge los acuerdos que sobre FCS se alcanzaron en la II Conferencia de Presidentes, celebrada el 10 de septiembre de 2005.

Con la publicación y puesta en marcha del Real Decreto 207/2010, de 26 de febrero, febrero, que regula las condiciones del uso tutelado de técnicas, tecnologías y procedimientos, se garantiza la equidad en el acceso a las mismas, al facilitar su aplicación a todos los usuarios que las requieran en igualdad de condiciones, con independencia de su lugar de residencia.

Este desarrollo de la Ley 16/2003 señala que el uso tutelado se financiará con cargo al FCS, lo que ha hecho necesario la modificación del Real Decreto 1207/2006 regulador del fondo, incorporando al mismo los criterios de financiación de la asistencia sanitaria realizada en concepto de uso tutelado, así como un nuevo anexo IV que recoge las técnicas, tecnologías y procedimientos compensables y su coste.

En definitiva, 2010 ha sido el primer año en el que a través del FCS se ha compensado a las comunidades autónomas por los supuestos de atención sanitaria a pacientes residentes en España derivados entre comunidades autónomas para su atención en centros, servicios y unidades de referencia del SNS (CSUR) y por asistencia sanitaria en uso tutelado del tratamiento quirúrgico de la lipoatrofia facial asociada a VIH-SIDA, tal y como se muestra en la [Tabla 1.13](#).

Tabla 1.13 Distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS) 2010.	
AÑO 2010 - DISTRIBUCIÓN FONDO COHESIÓN SANITARIA	
SUPUESTOS REAL DECRETO 1207/2006	2010
ANEXO I (GRD)	44.630.405
ANEXO II (Proc. Ambulatorios)	9.751.662
ANEXO III (CSUR)	3.377.943
ANEXO IV (Usos Tutelados, Liquidación Provisional)	601.200
PACIENTES DESPLAZADOS A CARGO DE OTROS ESTADOS	55.461.089
TOTAL	113.822.299
Fuente	Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
Observaciones	Cifras en miles de euros.

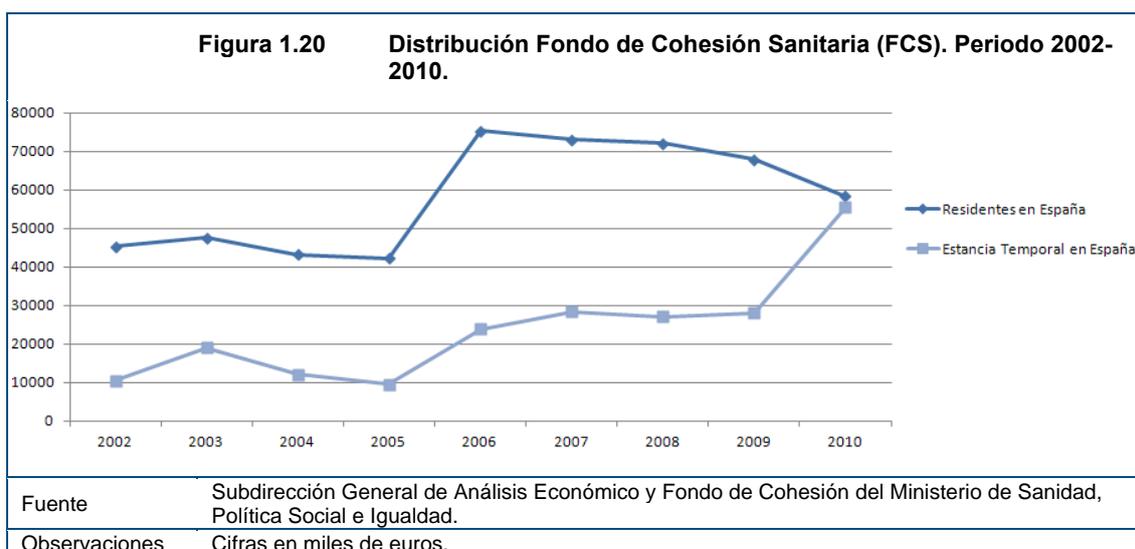
Como consecuencia de las novedades introducidas en su día por el vigente Real Decreto con respecto al anterior, la partida referida a la compensación por la asistencia sanitaria prestada a pacientes residentes en España derivados entre comunidades autónomas, experimentó un fuerte crecimiento en 2006.

No obstante ese salto, se puede observar una continua disminución de la compensación por desplazados nacionales entre CCAA. Esto refleja el esfuerzo asistencial de las comunidades autónomas que ha hecho posible el incremento de recursos propios, lo que conlleva la disminución del número de pacientes que han de derivarse para ser tratados en otras comunidades, restringiendo éstas a tratamientos más especializados y complejos, a los que se orientan las últimas modificaciones del Fondo de Cohesión Sanitaria, especialmente la compensación de la asistencia en los CSUR.

Sin embargo, las partidas por la compensación de la asistencia sanitaria a asegurados desplazados temporalmente a España con derecho a la asistencia a cargo de otro Estado, han experimentado un fortísimo, permanente y acelerado incremento llevando prácticamente a quintuplicar las cifras del periodo anterior y duplicar los ingresos del ejercicio 2010 sobre los años anteriores. Esto sólo se puede atribuir a una mejora en los sistemas de gestión en la facturación internacional (gasto real).

Este comportamiento diferenciado de ambos componentes se plasma en la siguiente [Tabla 1.14](#) y la [Figura 1.20](#) de evolución del reparto del Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS)

	Distribución F.C.S. R. D. 1247/2002 de 3 de diciembre				Distribución F.C.S. R.D. 1207/2006 de 20 de octubre				
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Residentes en España	45.193	47.482	43.158	42.203	75.237	72.966	71.975	67.873	58.361
Estancia Temporal en España	10.375	18.877	12.077	9.472	23.794	28.384	27.069	28.001	55.461
Fuente	Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.								
Observaciones	Cifras en miles de euros.								



En la [Tabla 1.15](#), se muestran los importes y las comunidades autónomas que han recibido financiación a través del FCS por la asistencia sanitaria a pacientes residentes en España derivados entre comunidades autónomas. Como puede observarse son las Comunidades Autónomas de Madrid y Cantabria las que mayor compensación han recibido, manteniendo una evolución constante en los importes percibidos; le siguen la Comunidad Valenciana y Andalucía con una evolución menos constante.

Comunidad Autónoma	Distribución F.C.S. R. D. 1247/2002 de 3 de diciembre				Distribución F.C.S. R.D. 1207/2006 de 20 de octubre				
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía			72	12	1.229	2.091		537	1.072
Aragón									11
Asturias	3	36	-20	20					
Canarias									54
Cantabria	3.443	3.671	4.165	4.126	6.425	5.584	8.071	7.017	6.796
Castilla –La Mancha			339						4
Cataluña	8.381	9.840	7.377	8.905	13.126	14.095	22.111	23.573	5.979
Comunidad Valenciana	2.117	629	650	628	1.548		4.315		1.451
Galicia			28						131
Madrid	31.176	31.611	30.894	27.642	52.910	50.947	37.477	36.546	42.758
Murcia		988	-409	291					9
Navarra									96
País Vasco	73	706	62	580		250			
TOTAL	45.193	47.482	43.158	42.203	75.237	72.966	71.975	67.873	58.361
Fuente	Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.								
Observaciones	Cifras en miles de euros. Las cifras negativas se corresponden con regularizaciones de la liquidación del año anterior.								

En la [Tabla 1.16](#), se muestra la distribución entre CCAA del saldo positivo nacional resultante entre el importe recaudado por España por la prestación de asistencia sanitaria a ciudadanos asegurados en otros Estados, y el pagado por la asistencia sanitaria dispensada, en otros Estados a ciudadanos asegurados en España.

Comunidad Autónoma	Distribución F.C.S. R. D. 1247/2002 de 3 de diciembre				Distribución F.C.S. R.D. 1207/2006 de 20 de octubre				
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	1.460	1.404	515	379	395	6.358	13.006	6.941	17.032
Aragón	260	311	157	82					0
Asturias	233	477	218	112	10	199	49	132	0
Baleares	1.482	1.975	1.653	872	3.103	3.520	2.680	4.665	9.430
Canarias	943	3.634	908	1.417	9.221	3.747	2.809	4.173	5.899
Cantabria	111	168	399	99	180	142	137	183	207
Castilla y León	459	809	475	267					410
Castilla-La Mancha	94	113	93	45					0
Cataluña	1.825	2.747	2.267	905					706
Comunidad Valenciana	349	2.660	2.865	4.151	7.011	10.162	4.841	7.339	11.725
Extremadura	173	378	144	76	422	255	677	773	1.062
Galicia	1.448	1.891	1.119	662	1.761	2.044	1.873	2.087	4.073
Madrid	215	876	198	80					0
Murcia	882	506	629	111	1.691	1.959	990	1.672	4.733
Navarra	127	187	85	53					139
País Vasco	280	696	330	150					0
La Rioja	25	12	8	3				17	0
Ceuta	4	7	7	3			6	15	45
Melilla	3	29	8	4				4	0
TOTAL	10.375	18.877	12.077	9.472	23.794	28.384	27.069	28.001	55.461
Fuente	INSS y Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad y Política Social.								
Observaciones	Cifras en miles de euros.								

Como se puede observar, la entrada en vigor del Real Decreto de 2006, supuso un cambio en los criterios de reparto al incluirse como requisito el presentar, por parte de las comunidades autónomas, un saldo positivo entre las facturas emitidas a ciudadanos asegurados en otro Estado y las cargadas por otros países a asegurados de su comunidad desplazados al extranjero.

Como se ha mencionado anteriormente, el fuerte incremento registrado de los últimos años es básicamente consecuencia de la mejora de los instrumentos de gestión en la facturación de la asistencia prestada a ciudadanos extranjeros, por parte de las CCAA.

Ello, deriva a su vez de la inclusión de este supuesto en el FCS que, aunque controvertida por muchas razones, ciertamente ha dado a las Comunidades Autónomas una visibilidad del procedimiento que las ha permitido motivar a sus servicios autonómicos de salud a avanzar en la gestión de estas atenciones.

2 Indicadores sanitarios comparados de España

2.1 Introducción

Durante las últimas décadas, España ha experimentado una considerable mejora del estado de salud de la población. Prueba de ello son el importante incremento de la esperanza de vida con buena salud y el descenso de la mortalidad infantil. Durante este período, España se ha visto sometida a importantes cambios en su estructura poblacional, con un incremento de 41 a 47 millones de habitantes en la última década, una caída de la tasa de fecundidad que nos sitúa a la cola de Europa y una ligera recuperación de la tasa de natalidad. Asimismo, desde el año 2000, hemos visto incrementada de 1.5 a 5.3 millones la población inmigrante al tiempo que se ha producido un progresivo envejecimiento de la población autóctona.

Como consecuencia, nuestro sistema sanitario ha tenido que dar respuesta a una creciente demanda de servicios y a necesidades cada vez más diversificadas. Todo ello, ha tenido su impacto en el Sistema Nacional de Salud (SNS), con incrementos en la actividad, en la utilización de los servicios y en el gasto sanitario.

El panorama global de indicadores sanitarios de un país adquiere significado cuando, además de valorar su evolución temporal, es comparado con el de otros países. Este capítulo tiene como objetivo valorar el estado de salud de la población española y de los principales indicadores del SNS en el contexto de la Unión Europea de los 15 (UE-15). Para ello, hemos dividido el capítulo en dos partes: una referida a los indicadores de salud y otra a los indicadores del sistema sanitario.

Los indicadores seleccionados en ambos bloques son aquellos que están más consolidados para caracterizar la situación de salud de un país y de su sistema sanitario. Estos indicadores se han obtenido de fuentes contrastadas y accesibles tales como las bases de datos de OCDE, Eurostat y OMS, instituciones que, en los últimos años, han estado haciendo un esfuerzo conjunto por unificar sus criterios de recolección, tratamiento y publicación de estadísticas sanitarias.

2.2 Situación de salud

En este apartado analizaremos en perspectiva comparada la situación y tendencias de la esperanza de vida, la mortalidad, el estado de salud percibido, las enfermedades transmisibles y no transmisibles y algunos factores de riesgo para la salud.

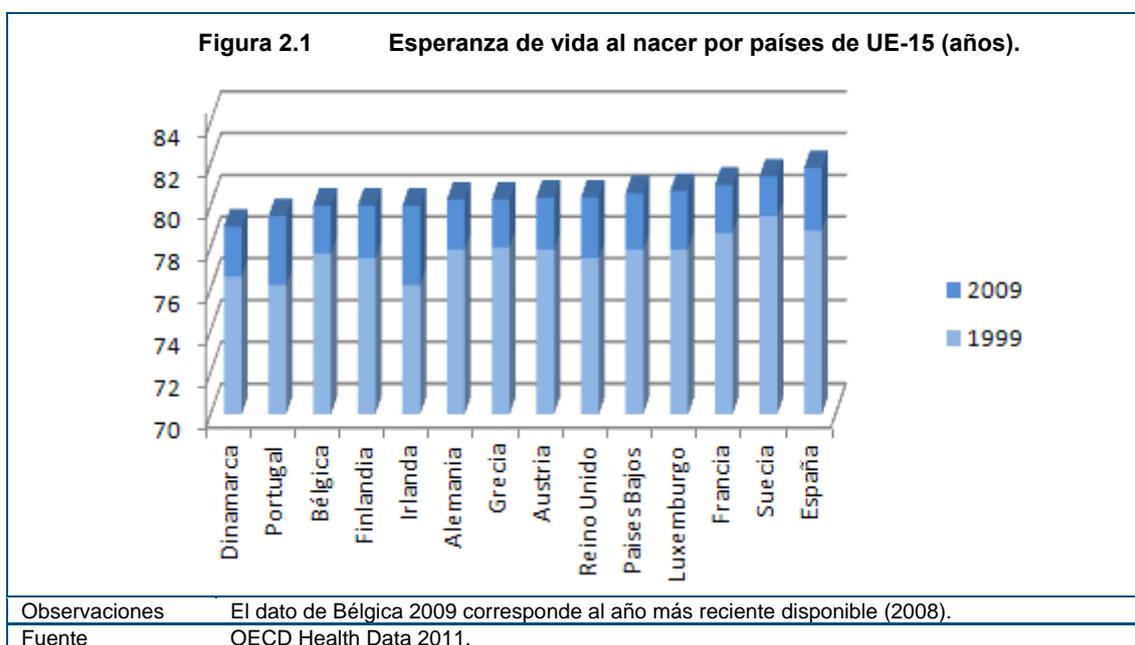
Esperanza de vida

Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida es uno de los indicadores sanitarios que mejor reflejan el estado de salud de una población. Sin embargo, sus variaciones se asocian con múltiples factores no siempre relacionados con el estado de salud o con el sistema sanitario.

El incremento de la esperanza de vida a lo largo de la última década es una constante en toda Europa, variando entre 1,5 y 3,8 años, lo que supone una variación importante en un periodo de tiempo relativamente corto, lo que ha consolidado el fuerte impulso observado en las tres últimas décadas. Irlanda, Portugal y España han experimentado los mayores incrementos en la esperanza de vida en Europa, siendo en general más notables entre los hombres (incrementos de 2,5 a 4 años) que entre las mujeres (0,9 a 3 años). En concreto, España ha experimentado un incremento de la esperanza de vida de 2,5 años en mujeres y 3,3 años en varones.

En los últimos años, la esperanza de vida al nacer de los españoles ha conseguido colocarse a la cabeza de UE-15, alcanzando los 82,0 años, (78,9 en varones y 84,9 en mujeres)¹. Asimismo, durante el periodo 1999-2009, hemos asistido a un incremento de la esperanza de vida de 2,6 años. Los valores europeos oscilan entre los 79,0 años de Dinamarca, seguida de Portugal (79,5) y los 81,7 de Suecia e Italia, con una diferencia promedio de cinco años entre hombres y mujeres. A pesar de que el rango de la esperanza de vida de los países europeos es estrecho, pueden apreciarse diferencias mayores al desglosar los datos por sexo (Figura 2.1).



Esperanza de vida a los 65 años

España ha alcanzado los 22,4 años de esperanza de vida a los 65 años en mujeres y los 18,3 en hombres, situándose también a la cabeza del resto de países de UE-15. Desde 1999 se ha producido un incremento de la esperanza de vida a los 65 años de 2,1 años, tanto en hombres como en mujeres. En Europa este indicador en mujeres oscila entre los 19,5 y 21,9 años, y en hombres entre 16,8 y 19,2 años. Italia y Suecia (junto con España) presentan los valores más altos para ambos sexos, mientras que los más bajos corresponden a Dinamarca, Portugal e Irlanda.

¹ Instituto Nacional de Estadística (diciembre 2010).

Esperanza de vida con buena salud

La esperanza de vida con buena salud es un indicador de creciente uso, registrado por EUROSTAT desde 1995. Su concepto radica en la pregunta: “¿se ha visto usted limitado en sus actividades diarias por un problema de salud física, mental, enfermedad o discapacidad?”. Aunque los resultados muestran importantes variaciones entre poblaciones, se percibe una tendencia creciente de la esperanza de vida con buena salud en Europa. En la última década se ha producido un incremento de la esperanza de vida saludable de entre 1 y 8 años, con diferencias notables entre países: mientras que Suecia o Italia la han visto incrementada en 8 y 6 años respectivamente, otros países como Irlanda, Portugal o Países Bajos apenas han sufrido variaciones. España presenta uno de los valores más altos (65,6 años en hombres y 69,5 años en mujeres), sólo superados por Italia y Suecia. Valores inferiores los presentan Portugal (58,8 en hombres y 60,7 en mujeres) y Dinamarca (62,5 en hombres y 60,8 en mujeres) (Tabla 2.1 y Tabla 2.2).

Esperanza de vida en hombres						
	Esperanza de vida al nacer (años)		Esperanza de vida 65 años (años)		Esperanza de vida saludable (años)	
	1999	2009	1999	2009	1999	2009
Suecia	77,1	79,4	16,4	18,2	62,0	70,5
Italia	76,5	79,1	16,5	18,2	62,3	68,7
España	75,3	78,6	16,2	18,3	62,6	65,6
Países Bajos	75,3	78,5	15,1	17,4	61,4	61,6
Reino Unido	75,0	78,3	15,4	18,1	61,1	61,2
Luxemburgo	74,4	78,1	15,3	17,6	65,1	61,5
Alemania	74,8	77,8	15,6	17,6	56,7	62,3
Grecia	75,5	77,8	16,2	18,1	60,2	66,7
Francia	74,9	77,7	16,5	17,9	60,1	62,5
Austria	74,8	77,6	15,7	17,7	59,2	63,6
Irlanda	73,4	77,4	14,1	17,2	63,7	63,9
Belgica	74,4	77,3	15,5	17,5	63,7	66,0
Dinamarca	74,2	76,9	15,0	16,8	61,8	62,5
Finlandia	73,8	76,6	15,2	17,3	55,8	58,1
Portugal	72,6	76,5	15,0	17,1	58,0	58,8
Observaciones	Los datos de esperanza de vida a los 65 años de Italia y Luxemburgo de 2009 corresponden al año más reciente disponible (2008). Lo mismo ocurre con los de esperanza de vida saludable de Italia y Reino Unido en 1999 (1998) y de Países Bajos en 2009 (2008). Los datos están ordenados en función de la variable “esperanza de vida al nacer en 2009”.					
Fuente	EUROSTAT Statistic Database, OECD Health Data 2011.					

Tabla 2.2 Esperanza de vida en mujeres por países de UE-15.						
Esperanza de vida en mujeres						
	Esperanza de vida al nacer (años)		Esperanza de vida 65 años (años)		Esperanza de vida saludable (años)	
	1999	2009	1999	2009	1999	2009
España	82,4	84,9	20,3	22,4	61,9	69,5
Italia	82,6	84,5	20,5	22,2	61,7	72,1
Suecia	81,9	83,4	19,9	21,0	61,8	69,5
Francia	82,5	83,4	21,0	21,9	63,2	63,3
Luxemburgo	81,4	83,3	19,8	21,4	65,7	62,5
Países Bajos	80,5	82,7	19,1	20,8	59,8	61,4
Austria	81,0	83,2	19,4	21,2	60,6	64,5
Reino Unido	79,9	82,5	18,6	20,8	58,2	61,3
Alemania	81,0	82,8	19,4	20,8	57,7	64,3
Grecia	80,5	82,7	18,4	20,2	60,9	69,4
Bélgica	81,0	82,8	19,6	21,1	63,5	68,4
Finlandia	81,2	83,5	19,5	21,5	57,4	58,4
Irlanda	78,9	82,5	17,6	20,6	65,2	67,6
Portugal	79,7	82,6	18,5	20,5	55,9	60,7
Dinamarca	79,0	81,1	18,1	19,5	60,4	60,8
Observaciones	Los datos de esperanza de vida a los 65 años de Italia y Luxemburgo de 2009 corresponden al año más reciente disponible (2008). Lo mismo ocurre con los de esperanza de vida saludable de Italia y Reino Unido en 1999 (1998) y de Países Bajos en 2009 (2008). Los datos están ordenados en función de la variable "esperanza de vida al nacer en 2009".					
Fuente	EUROSTAT Statistic Database, OECD Health Data 2011.					

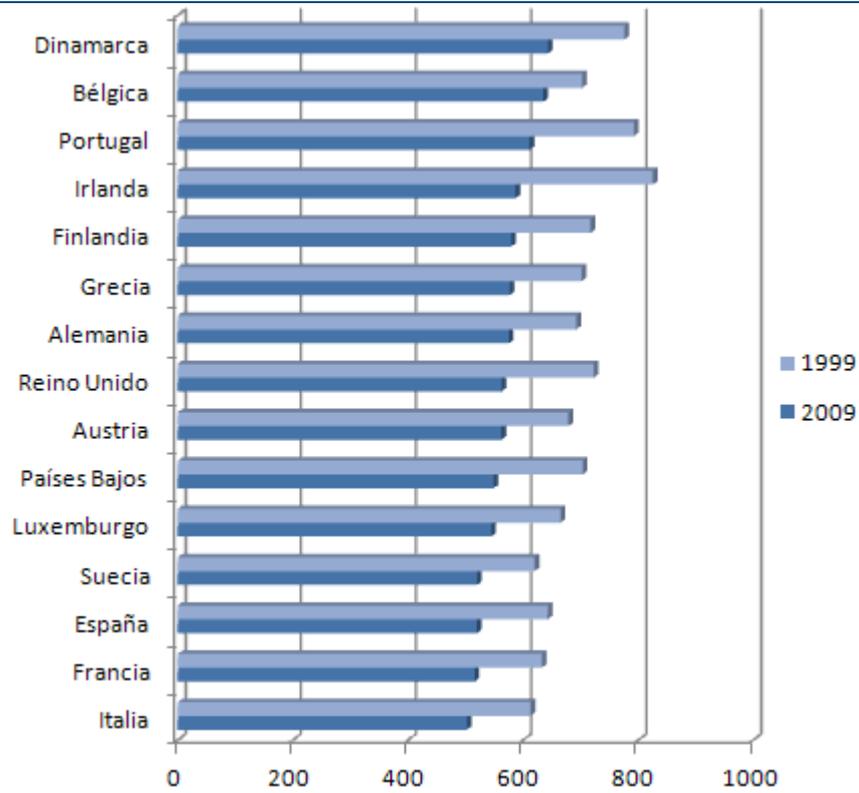
Mortalidad

Las tasas de mortalidad constituyen uno de los indicadores más comúnmente utilizados para analizar el estado de salud de una población debido a su generalizada disponibilidad, fácil comparabilidad y registro obligatorio. El estudio de este indicador permite monitorizar el estado de salud y la frecuencia de enfermedad, así como llevar a cabo una planificación sanitaria acorde con las necesidades más relevantes de la población. Es importante que las tasas de mortalidad sean estandarizadas por edad para evitar así posibles confusiones en la comparación de resultados.

Mortalidad general

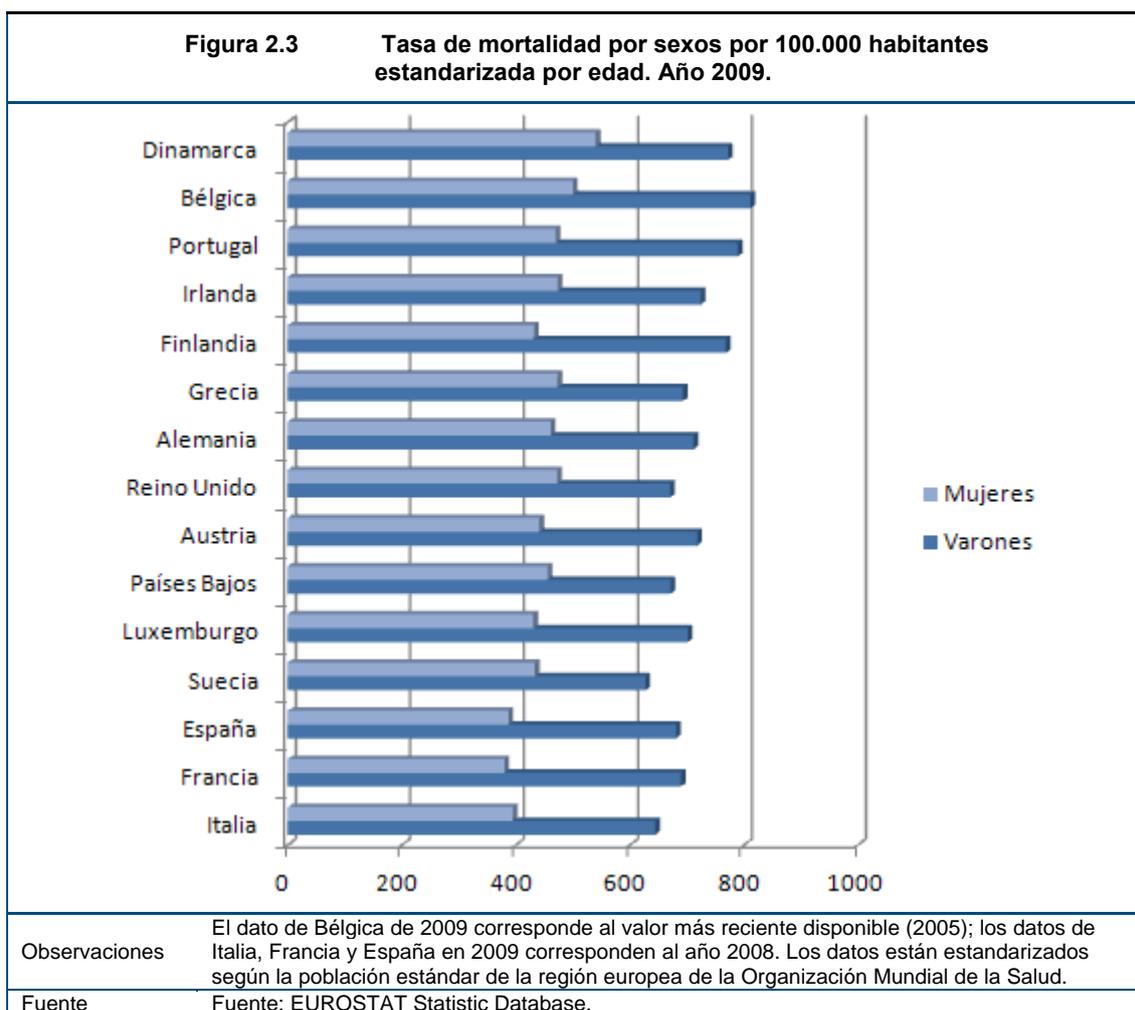
España se encuentra entre los países con más baja tasa de mortalidad general de la UE-15 (520,1 fallecidos por 100.000 habitantes), sólo superior a las de Italia (502,2/100.000) y Francia (516,1/100.000). En el otro extremo, se encuentran Dinamarca, Bélgica y Portugal que superan los 600 fallecidos por 100.000 habitantes (Figura 2.2). Es importante resaltar que las diferencias entre las tasas de mortalidad de mujeres y de hombres son muy pronunciadas: las primeras presentan valores entre 380 y 540/100.000 mientras que las segundas se encuentran entre 650 y 800/100.000. Las tasas de mortalidad están experimentando un importante descenso en toda Europa, concretamente de 100-200/100.000 en los últimos diez años. España ha descendido de 643,4 fallecidos por 100.000 habitantes en 1999, a 520,2/100.000 en 2009. En el resto de Europa la tendencia es muy similar, a excepción de Irlanda que ha experimentado el descenso más pronunciado (de 825,9 a 587,4/100.000) (Figura 2.3).

Figura 2.2 Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes estandarizada por edad. Años 1999 y 2009.



Observaciones El dato de Bélgica de 2009 corresponde al valor más reciente disponible (2005); los datos de Italia, Francia y España en 2009 corresponden al año 2008. Los datos están estandarizados según la población estándar de la región europea de la Organización Mundial de la Salud.

Fuente Fuente: EUROSTAT Statistic Database.



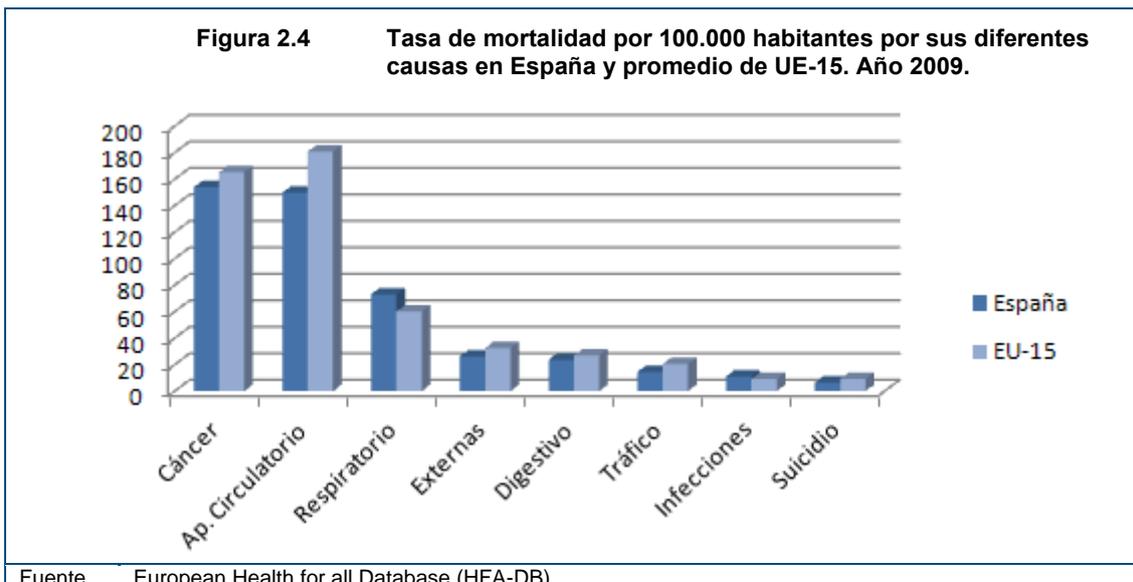
Mortalidad por causas

El desglose de la mortalidad por causas es importante a la hora de entender las tendencias de mortalidad y planificar los programas de salud, asignando recursos de forma priorizada.

Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer constituyen las principales causas de mortalidad tanto en España como en el entorno europeo, superando ambas los 140 fallecidos por 100.000 habitantes en el año 2009. Sin embargo, en España ambas causas presentan valores inferiores, quedando muy por debajo de la UE-15. Asimismo, la tasa de mortalidad por cáncer supera levemente a la mortalidad por enfermedades cardiovascular, de forma inversa a la media de los países de UE-15.

Las enfermedades del aparato respiratorio, que constituyen la tercera causa de mortalidad en UE-15, registran una elevada tasa en España (70,1/100.000 frente a 63,1 de UE-15). Este es el único indicador que presenta un patrón de mortalidad creciente en los últimos años.

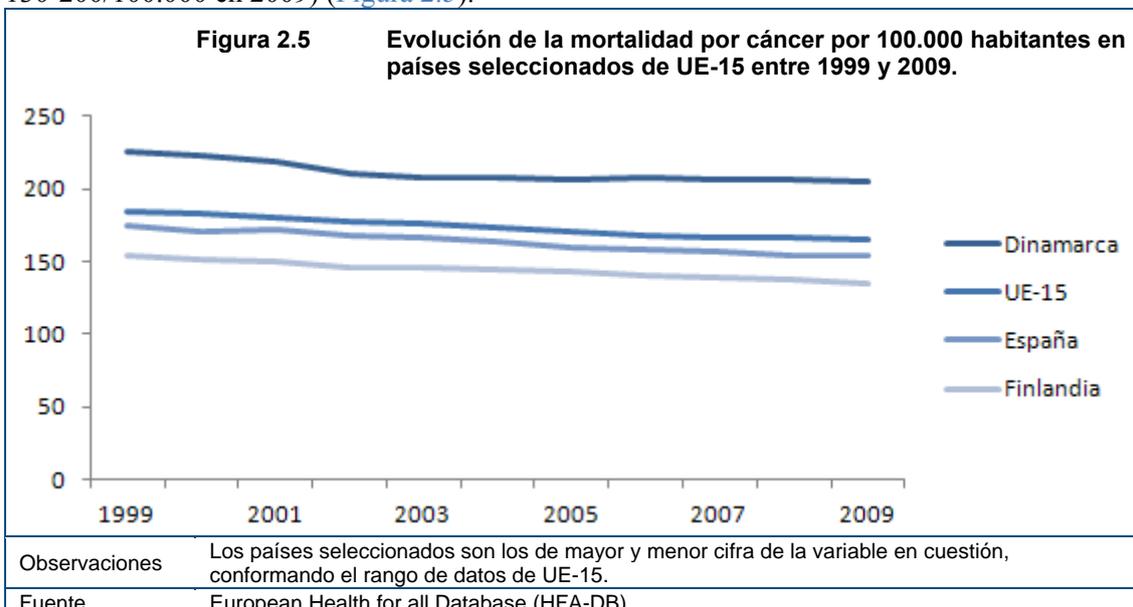
En el caso de las muertes por causas externas (accidentales, homicidios o envenenamiento), las enfermedades del aparato digestivo, los accidentes de tráfico, las infecciones y los suicidios, nuestro país queda también por debajo de la media de UE-15 y la tendencia es decreciente a lo largo de la última década (Figura 2.4).



Mortalidad por cáncer

Al representar las tendencias temporales de la mortalidad por cáncer en países de UE-15 y compararlos con la media europea, se observa que España permanece por debajo del conjunto de estados miembros y muestra una tendencia decreciente en la mortalidad por cáncer en consonancia con el resto de países de su entorno.

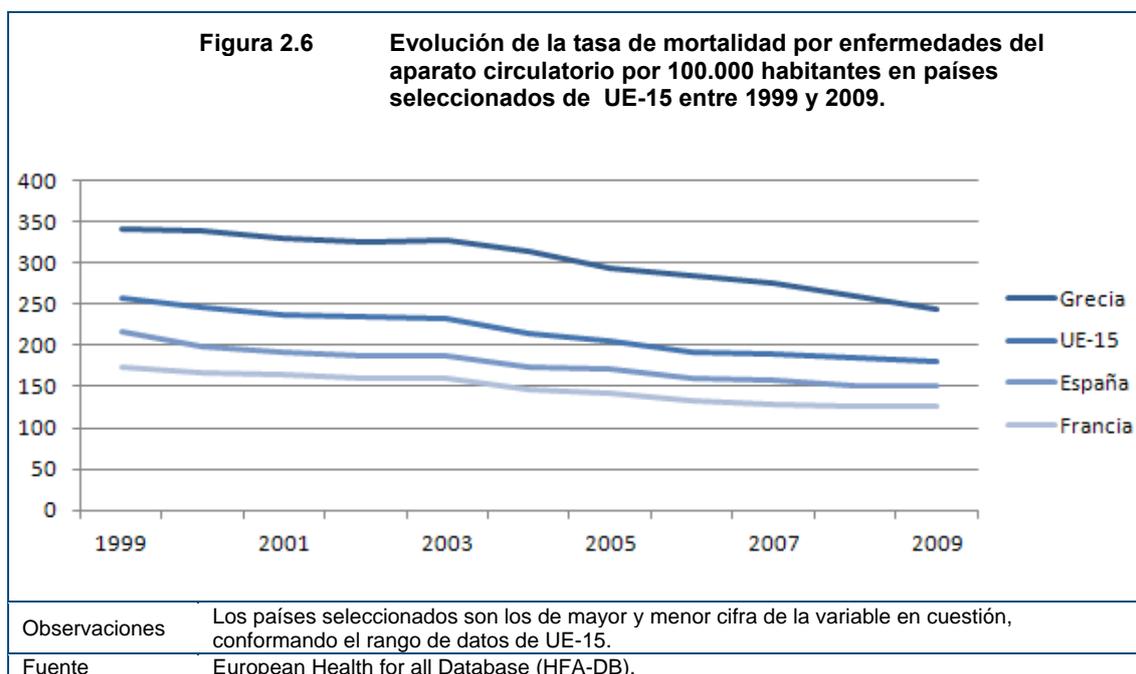
Las tasas de mortalidad por cáncer han descendido en nuestro país de forma paulatina y discreta, desde los 174,3/100.000 de 1999 a los 153,2/100.000 de 2009, presentándose en el resto de la UE-15 tendencias muy similares (de 160-220/100.000 en 1999, han descendido a 130-200/100.000 en 2009) (Figura 2.5).



Mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio

En este caso, el rango europeo es más amplio y nuestro país se sitúa en los niveles más bajos. Igualmente se observa una clara tendencia a disminuir la mortalidad cardiovascular de forma paulatina en toda Europa, debido al mejor manejo agudo y post-agudo de los enfermos, el mayor control de los factores de riesgo y el impulso de la promoción de la salud y los hábitos cardio-saludables. No obstante, se trata de enfermedades directamente relacionadas con las edades avanzadas por lo que se hace difícil cambiar tendencias de forma pronunciada.

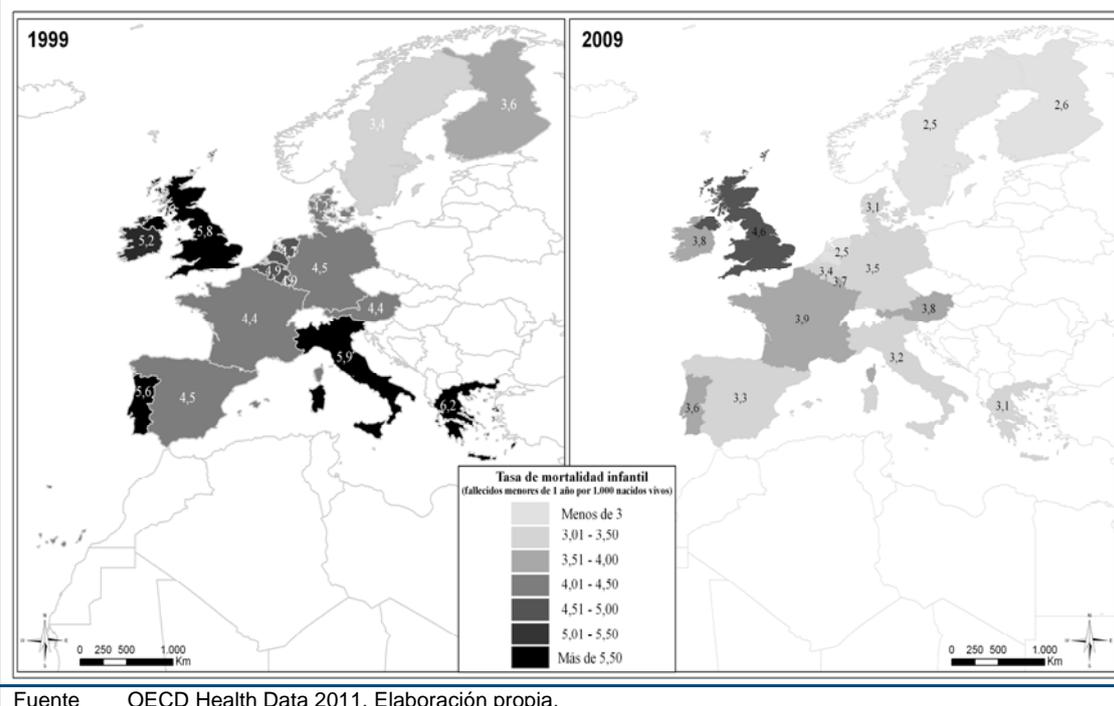
En España, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares ha descendido de 216,9 a 149,9/100.000 habitantes, presentando en la actualidad una de las tasas más bajas de Europa, junto con Francia. En el entorno europeo, las muertes por enfermedad cardiovascular ha descendido de 170-340/100.000 en 1999, a 125-240/100.000 en 2009 (Figura 2.6).



Mortalidad infantil

La mortalidad infantil es uno de los indicadores de salud de mayor relevancia y más amplio uso, pues mide el efecto de las condiciones socioeconómicas en la salud de madres y recién nacidos, así como la calidad de los servicios sanitarios y de las actuaciones de prevención y de promoción de la salud. En este caso, los resultados son más que alentadores para Europa pues en los últimos años podemos observar un descenso de la tasa de mortalidad infantil de forma generalizada, entre un 1 y 2 por 1.000. España, que presentaba 4,4 fallecidos menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos en 1999, ha conseguido disminuir su número hasta los 3,3/1.000. Reino Unido presenta la mortalidad infantil más elevada en la actualidad (4,6/1.000) mientras que los valores más modestos corresponden a Suecia y Países Bajos (2,5/1.000) (Figura 2.7).

Figura 2.7 Tasa de mortalidad infantil (fallecidos menores de 1 año/1.000 nacidos vivos) en 1999 y 2009.

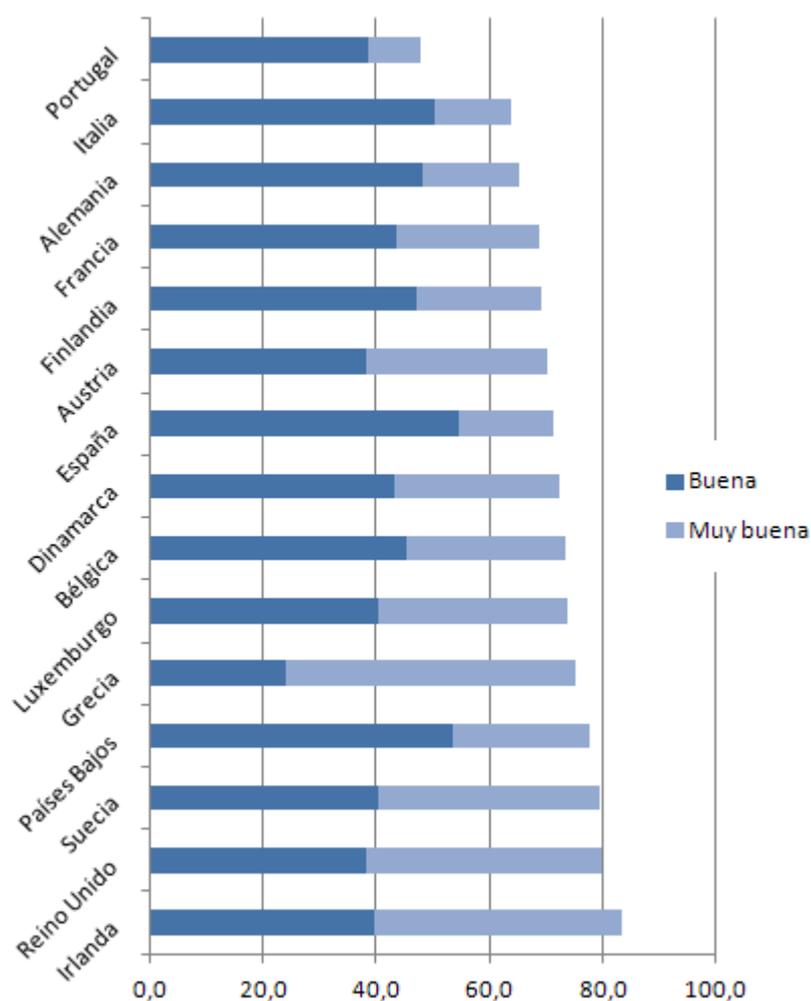


Estado de salud percibido

Salud percibida

El estado de salud percibido por la población es otro indicador de creciente análisis y que ha demostrado su capacidad predictiva sobre el uso de servicios sanitarios y la mortalidad. Es recogido desde el año 2004 en la encuesta SILC a través de la pregunta “¿cómo es su salud en general?”. Los resultados desvelan una valoración positiva de la salud por parte de la mayoría de los europeos, aunque con algunas diferencias importantes entre países. En Irlanda y Reino Unido, más de un 80% de la población valora su salud positivamente, mientras que en Portugal este porcentaje sólo alcanza el 47,1%. Cabe resaltar el dato de Grecia, donde el 51% de la población considera gozar de “muy buena” salud. España ocupa un lugar intermedio, en el que un 54,7% de la población califica su salud como “buena” y un 16,6% como “muy buena” (Figura 2.8).

Figura 2.8 Estado de salud percibido por la población. Año 2009.

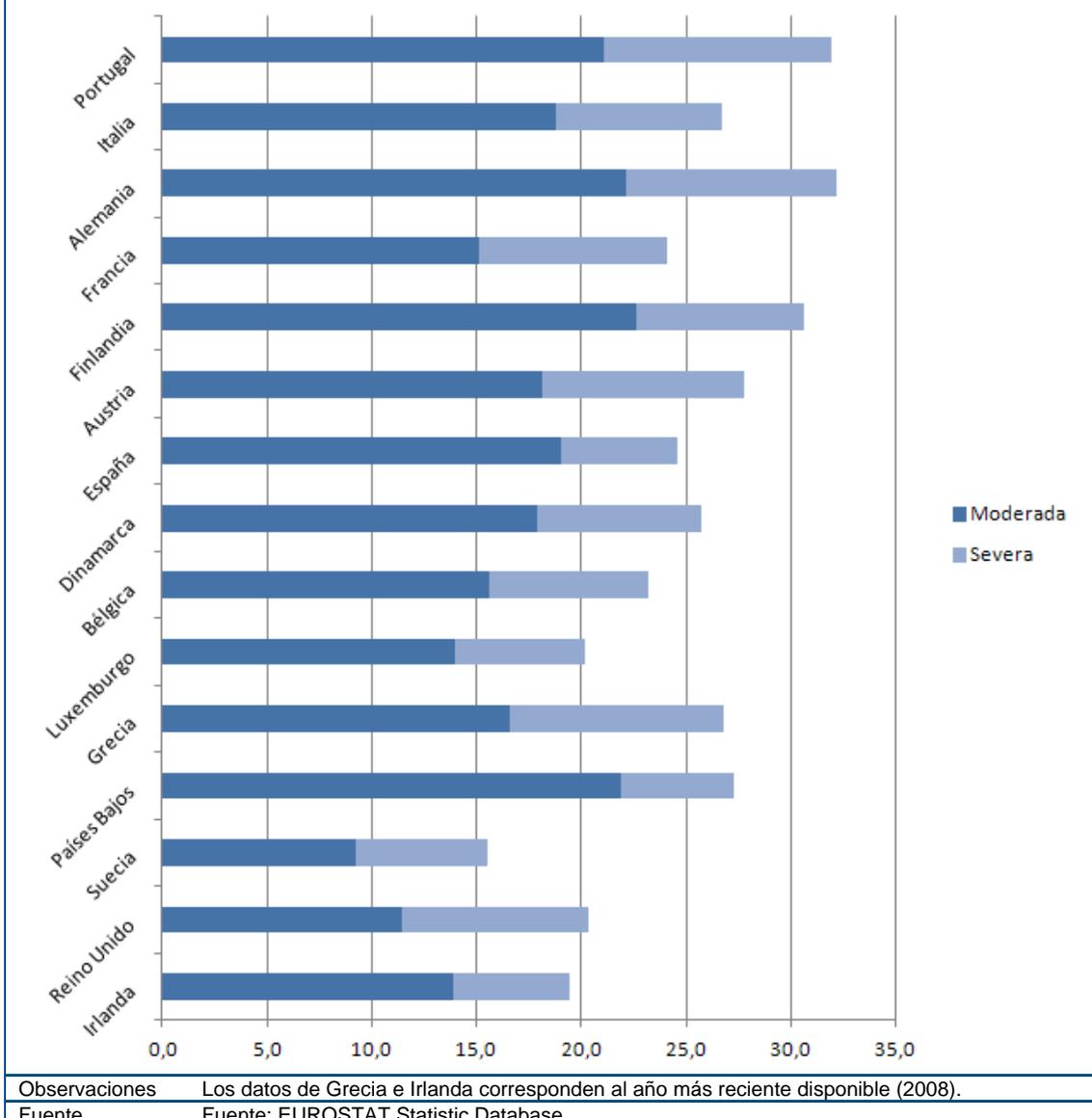


Observaciones Los datos de Grecia e Irlanda corresponden al año más reciente disponible (2008).
 Fuente Fuente: EUROSTAT Statistic Database.

Limitación en las actividades de la vida diaria

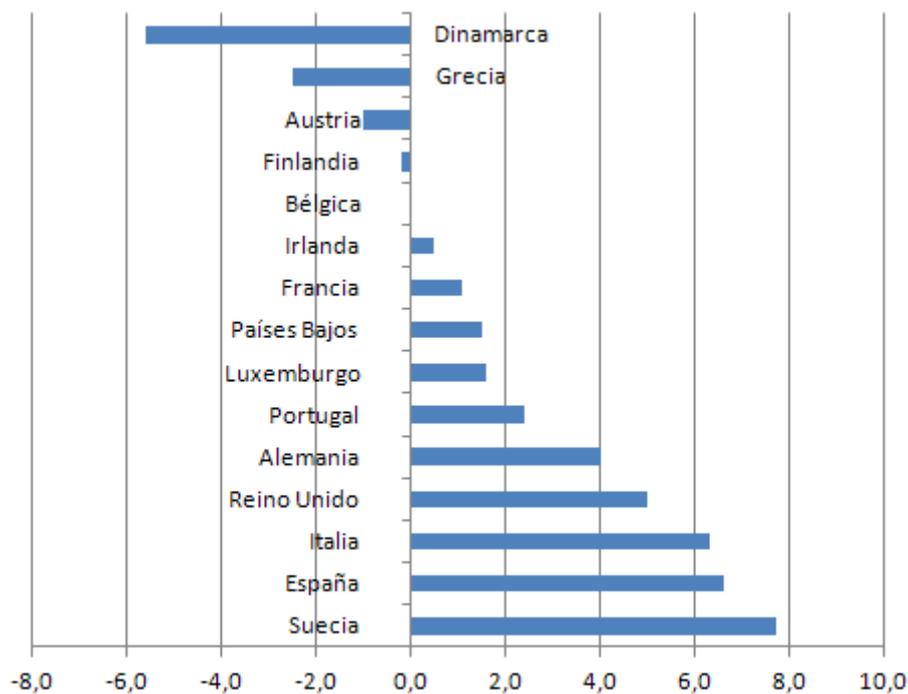
Los datos acerca de la limitación en las actividades de la vida diaria son asimismo recogidos por la encuesta SILC, a través de la pregunta “¿ha sentido usted alguna limitación en la realización de sus actividades cotidianas en los últimos seis meses?”. En términos generales, entre un 10 y un 20% de la población de UE-15 ha sufrido una limitación moderada, y entre un 5 y un 10% una limitación severa a la hora de realizar las actividades diarias. Los resultados de 2009 son homogéneos en el conjunto europeo, ocupando España una posición intermedia (el 19% de la población española ha sufrido dificultades moderadas y el 5,6% severas) (Figura 2.9).

Figura 2.9 Limitación en las actividades de la vida diaria en los últimos seis meses. Año 2009.



En relación con el tiempo, las fluctuaciones entre países también son grandes probablemente debido a lo subjetivo del indicador y a su dependencia del contexto sociocultural y de la estructura poblacional. Desde que en 2004 empezó a registrarse este indicador, determinados países han visto disminuir el estado de salud percibido de su población: Dinamarca (-5,6%), Grecia (-2,1%) o Austria (-1,2%). Sin embargo, nuestro país es uno de los que ha experimentado un mayor incremento (+6,6%), junto con Suecia (+7,7%) e Italia (+6,3%) (Figura 2.10).

Figura 2.10 Variación porcentual del estado de salud percibido entre 2004 y 2009.



Observaciones Los datos de Grecia e Irlanda de 2009 corresponden al año más reciente disponible (2008). Los datos de Portugal e Italia de 2004 corresponden al primer año de registro disponible (2005).

Fuente EUROSTAT Statistic Database

Enfermedades transmisibles

VIH

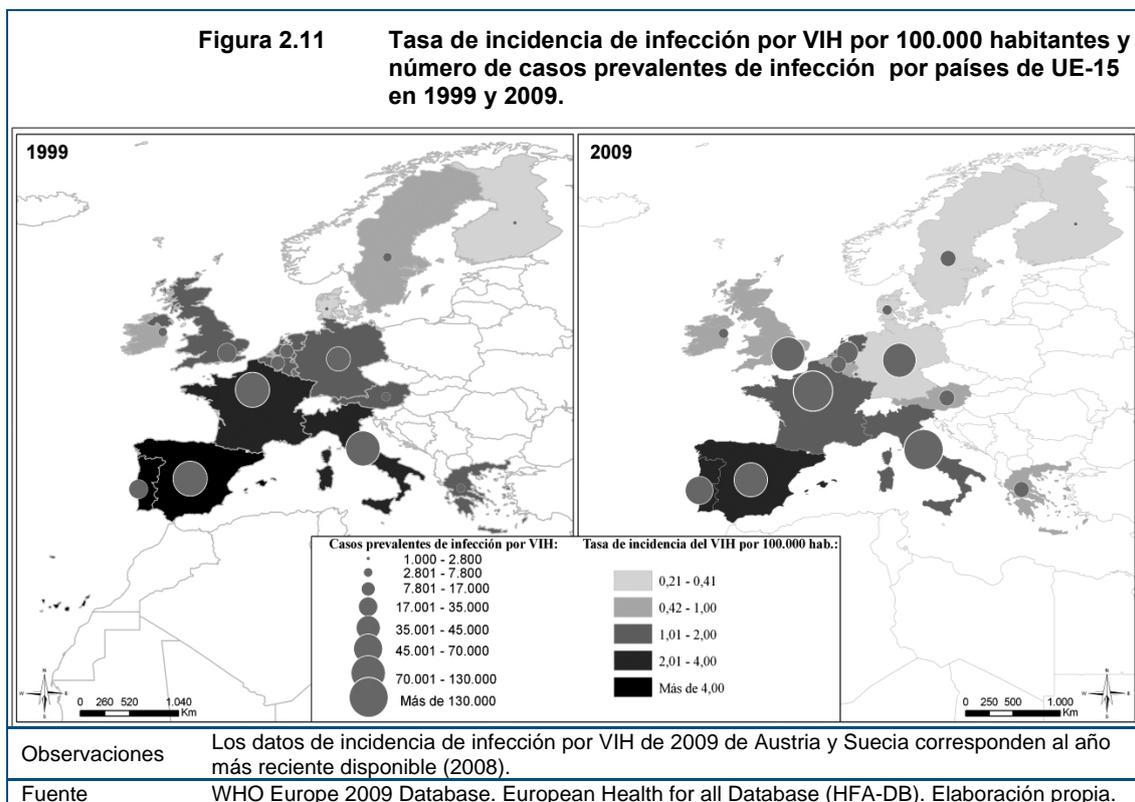
Desde que fueron descritos los primeros casos de SIDA hace más de treinta años, la infección por VIH sigue constituyendo una importante fuente de morbi-mortalidad y de consumo de recursos, tanto en España como en el entorno europeo.

En España se estima una prevalencia de 130.000 personas infectadas por el VIH, cifra que ascendió con la aparición del tratamiento antirretroviral y que actualmente se mantiene estabilizada como resultado de una baja incidencia de nuevas infecciones y un descenso importante de la tasa de letalidad asociada al VIH/SIDA. España es uno de los países con mayor prevalencia de VIH, junto con Italia (140.000) y Francia (150.000).

La tendencia ascendente de personas vivas infectadas por VIH se asocia a una caída progresiva de la tasa de incidencia de nuevos diagnósticos, en especial por la baja prevalencia de consumidores de drogas por vía intravenosa, y a la efectividad demostrada de los nuevos tratamientos antirretrovirales.

Recientemente se han observado aumentos en la incidencia de nuevos diagnósticos de VIH en Dinamarca, Irlanda y Finlandia, en contraste con la tendencia europea. España ha experimentado uno de los mayores descensos en la incidencia anual de nuevos diagnósticos de

infección por VIH (de 7,7 a 2,3/100.000 habitantes entre 1999 y 2009) aunque sigue presentado una de las tasas más altas junto con Portugal (2,8/100.000 habitantes) (Figura 2.11).

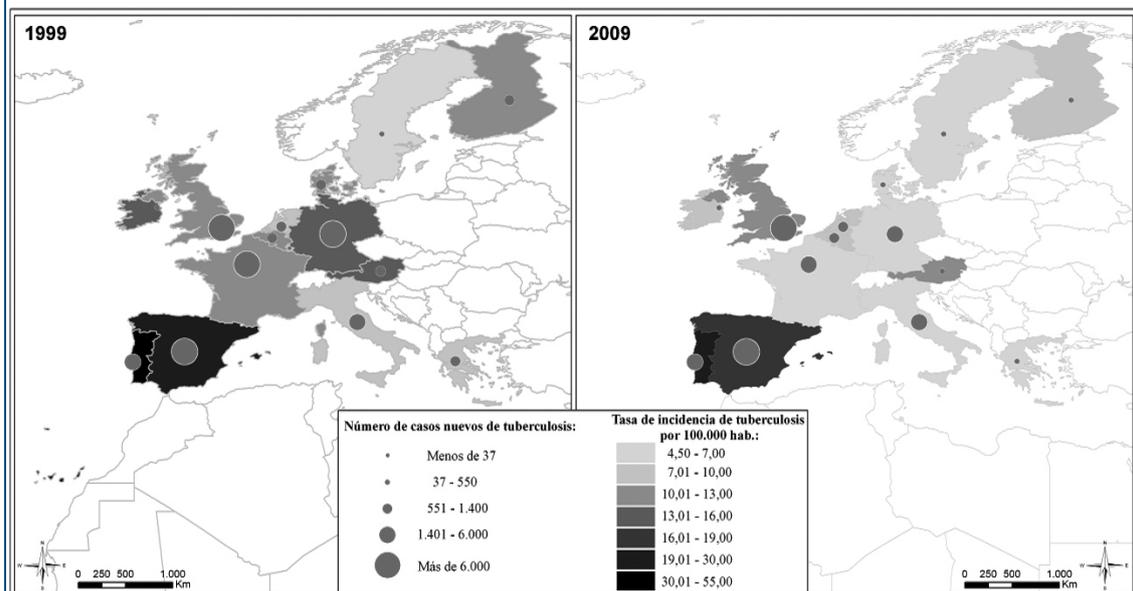


Tuberculosis

La incidencia y prevalencia de tuberculosis refleja la situación sanitaria y social de una población. La infección por *Mycobacterium Tuberculosis*, que constituyó un grave problema de salud pública a lo largo de los últimos siglos, ha ido atajándose de forma contundente gracias a las medidas de prevención, profilaxis, aislamiento y seguimiento de los enfermos, así como a la disponibilidad de un tratamiento eficaz. A pesar de ello, España ocupa el segundo lugar (por detrás de Portugal) tanto de casos prevalentes como incidentes de infección, con una prevalencia de 19 enfermos/100.000 habitantes y una incidencia de 17/100.000 casos nuevos al año. Los datos europeos de incidencia en 2009, oscilan entre los 5/100.000 de Grecia y los 30/100.000 de Portugal, que despunta muy por encima del resto de países. La presencia de sectores económicamente desfavorecidos, entre ellos la población migrante así como la infección por VIH, han contribuido de forma importante a mantener unas tasas considerablemente superiores a las del resto de la UE-15.

Tanto la prevalencia como la incidencia de tuberculosis han sufrido un fuerte descenso en la última década. La mayoría de países partían de valores bajos por lo que los cambios no han sido tan notables en términos absolutos. En España, la prevalencia ha pasado de 28 a 19/100.000 habitantes. El resto de valores de UE-15 se han reducido alrededor del 50%, pero partiendo de tasas de 10-15/100.000 habitantes y pasando a 5-10/100.000 habitantes, con la excepción de Portugal, que partía de unas tasas de incidencia y prevalencia muy por encima del resto de los países y ha descendido de 59 a 32/100.000 habitantes (Figura 2.12).

Figura 2.12 Tasa de incidencia de tuberculosis por 100000 habitantes y número de nuevos casos anuales por países de UE-15 en 1999 y 2009.



Enfermedades no transmisibles

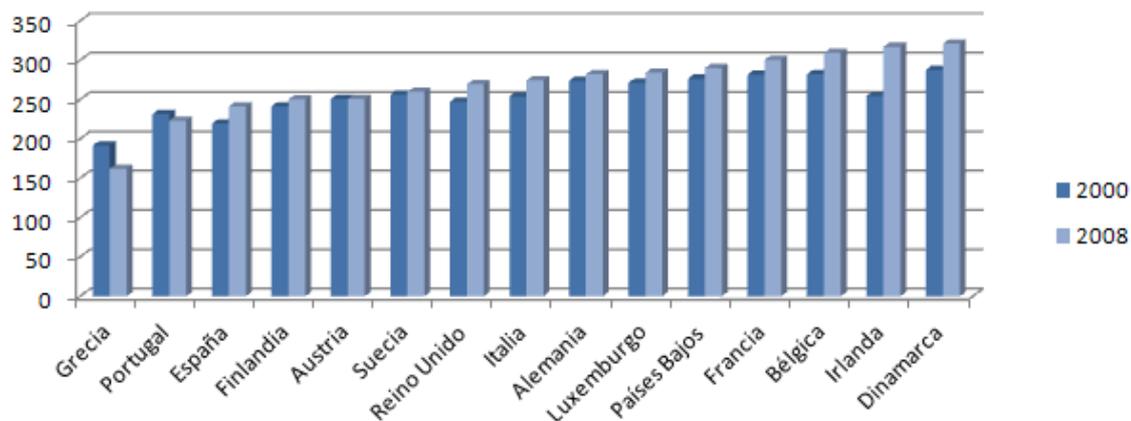
Cáncer

La incidencia de cáncer presenta una tendencia ascendente en toda Europa. Tan sólo en Grecia y Portugal se ha producido un pequeño descenso en el número de nuevos casos anuales, registrando las tasas más bajas de partida. En España, los nuevos casos han ascendido de 219,3 a 241,4 por 100.000 habitantes, lo que constituye un dato relevante a pesar del progresivo aumento de la supervivencia y del paulatino descenso de la mortalidad.

En el resto de países de la UE-15, las tasas de incidencia de cáncer oscilan entre 160 nuevos casos por 100.000 habitantes de Grecia y más de 300 de Dinamarca, Irlanda y Bélgica (Figura 2.13).

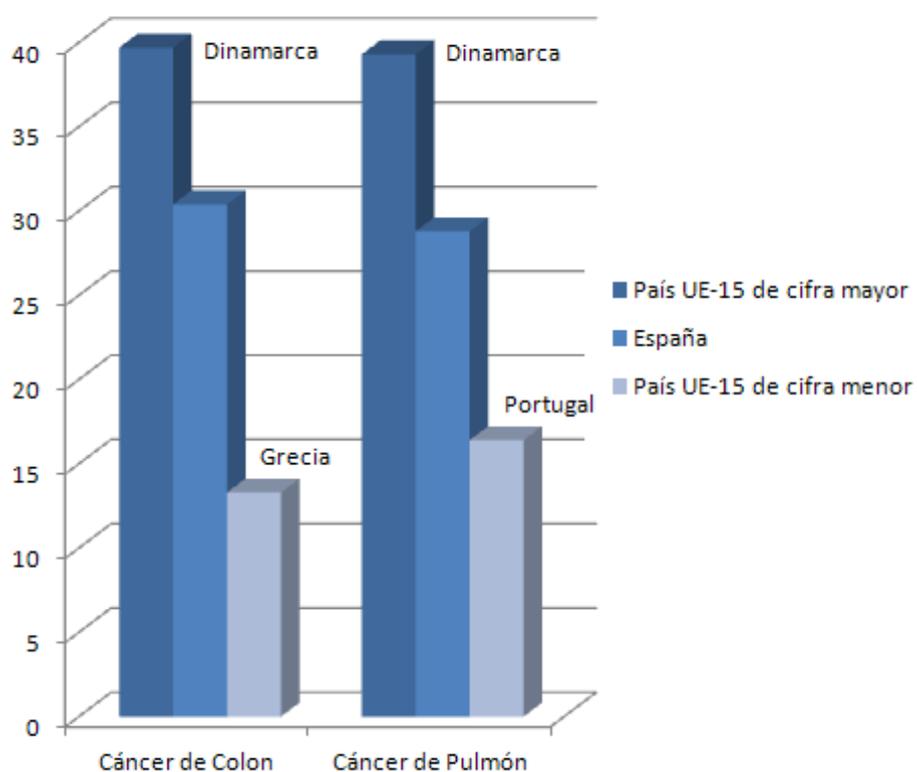
Al analizar los tipos de cáncer más incidentes, encontramos que España presenta 30,4 nuevos casos por 100.000 habitantes de cáncer de colon en 2008, situándose entre los 30,9 casos de Dinamarca y los 13,3 de Grecia. En relación al cáncer de pulmón, España presenta 28,8 nuevos casos, situándose igualmente entre los 39,3 nuevos casos de Dinamarca y los 16,4 de Portugal (Figura 2.14). En referencia a la tasa de incidencia de cáncer de mama y cáncer de cérvix en 2008, España se acerca al país con valor más bajo, presentando 61 nuevos casos de cáncer de mama y 6,3 nuevos casos de cáncer de cérvix por 100.000 mujeres. En el caso del cáncer de próstata, España presenta una tasa de incidencia de 57,2 casos por 100.000 habitantes, situada entre los 17,7 de Grecia y los 126,3 de Irlanda (Figura 2.15).

Figura 2.13 Tasa de incidencia de cáncer por 100.000 habitantes por países de UE-15 en 2000 y 2008.



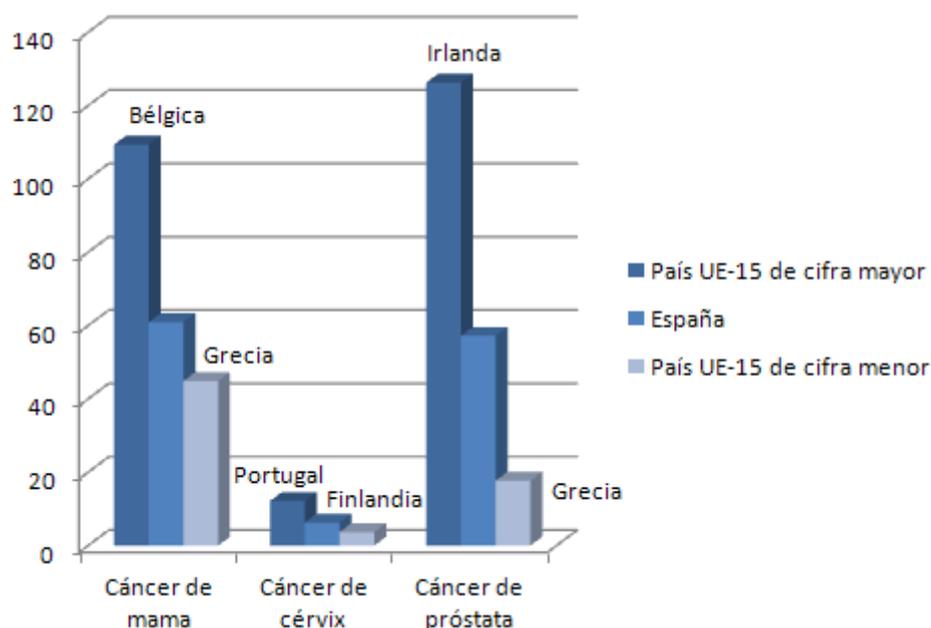
Fuente: OECD Health Data 2010, June.

Figura 2.14 Tasa de incidencia de cáncer de colon y pulmón por 100.000 habitantes en países de UE-15 en 2008.



Fuente: OECD Health Data 2010, June.

Figura 2.15 Tasa de incidencia de cáncer de mama, cérvix y próstata por 100.000 habitantes mujeres y varones respectivamente en países de UE-15 en 2008.



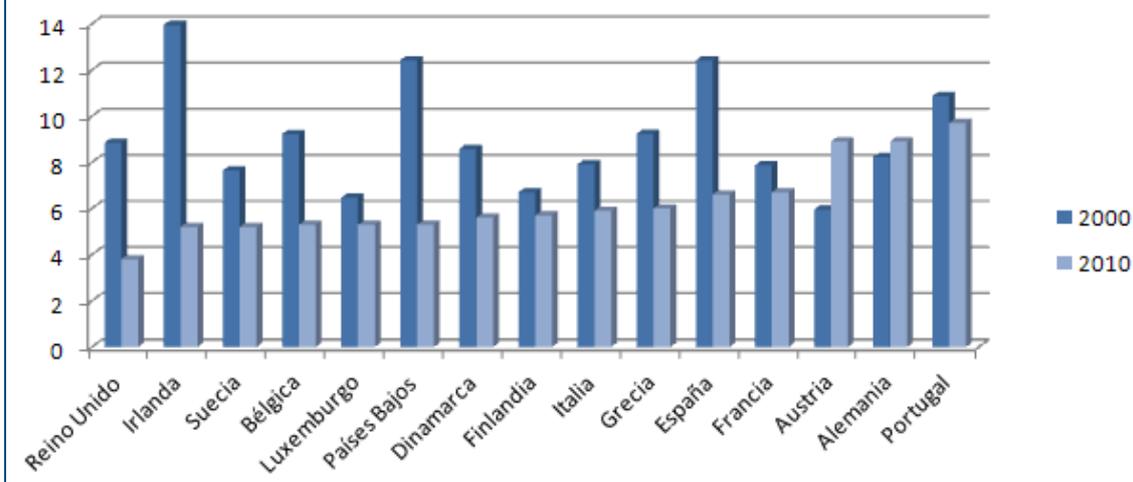
Fuente: OECD Health Data 2010, June.

Diabetes

La diabetes es una de las enfermedades más extendidas en la población y muestra variaciones y tendencias muy dispares en el conjunto de países de UE-15. La prevalencia de diabetes en adultos, oscila entre un 3,8% de la población en el Reino Unido y un 9,7% en Portugal. España presenta un valor intermedio, con un 6,6% de población.

Se ha producido una tendencia general de descenso en las tasas de prevalencia de diabetes en el conjunto de países europeos, si bien con notables diferencias entre ellos. Mientras que en países como Austria y Alemania el porcentaje ha aumentado (0,5% y 2,9% respectivamente), en otros como Países Bajos e Irlanda ha disminuido en más de un 7%. En nuestro país, la prevalencia de diabetes ha descendido en un 5,8 puntos porcentuales, pasando del 12,4% en 2000 al 6,6% en 2010 (Figura 2.16).

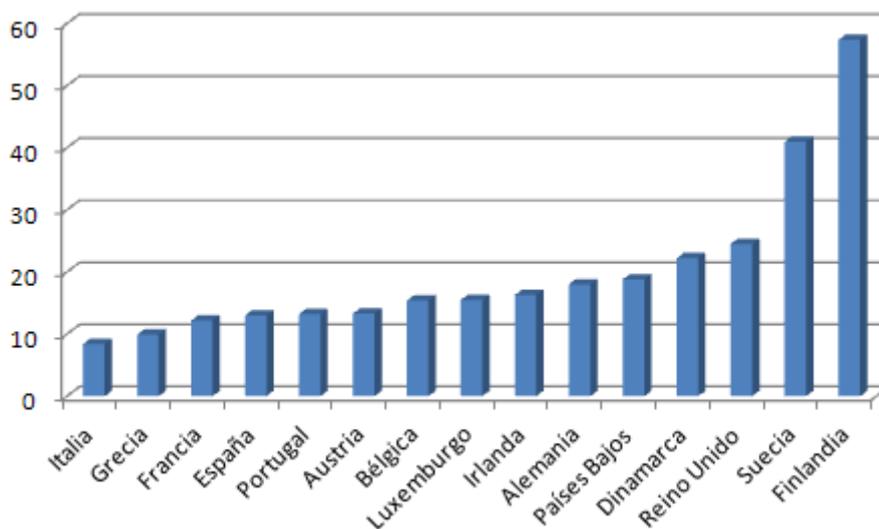
Figura 2.16 Prevalencia porcentual de diabetes en adultos (20-79 años) por países de UE-15 en 2000 y 2010.



Fuente IFD Database 2010.

Asimismo, la incidencia de diabetes tipo 1 en niños de 0 a 14 años es una de las más bajas de Europa, presentando un valor de 13 nuevos casos por 100.000 habitantes en 2010. Los valores oscilan entre los 8/100.000 de Francia y los 57/100.000 de Finlandia (Figura 2.17).

Figura 2.17 Incidencia de diabetes tipo 1 (casos por 100.000 habitantes por año) en niños (0-14 años). Año 2010.

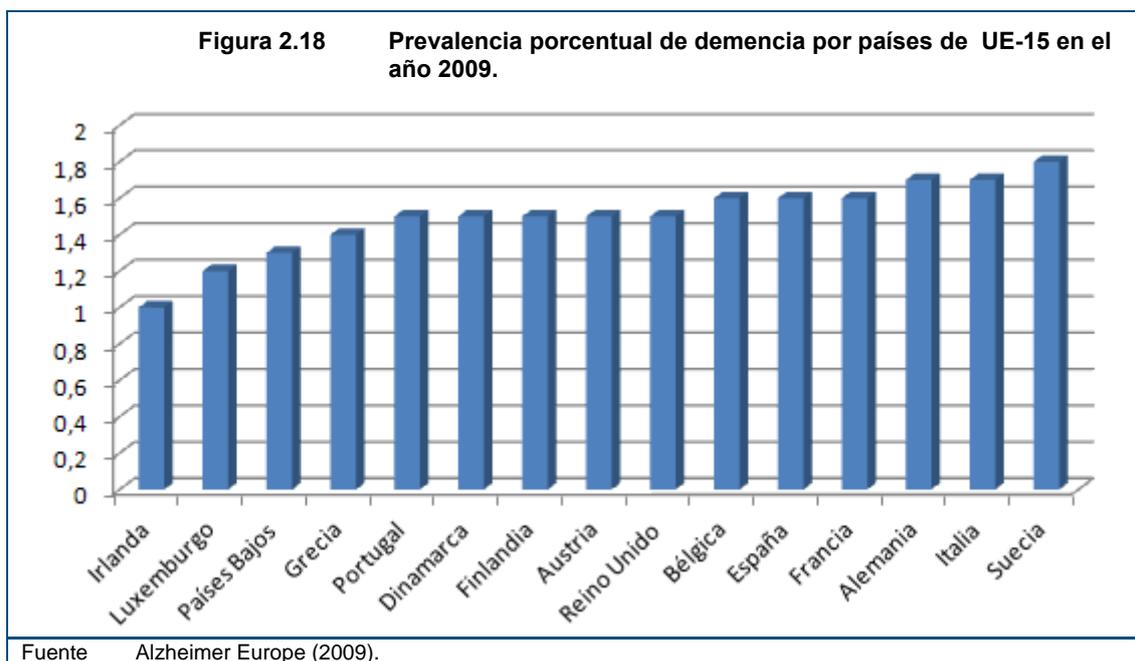


Fuente IFD Database 2010.

Demencia

La demencia es un síndrome complejo que engloba diversos procesos patológicos, fuertemente relacionado con la edad (ésta constituye su principal factor de riesgo) y cuya prevalencia tiende por tanto a aumentar debido al incremento de la esperanza de vida de la población.

Las tasas de demencia son homogéneas en el entorno europeo, oscilando entre el 1 y el 1,8%. España presenta una tasa del 1,6%, una de las más altas de UE-15 tan sólo por debajo de Suecia, Italia y Alemania. Se estima que la demencia supondrá un importante coste para los sistemas socio-sanitarios de las próximas décadas, por lo que muchos países han comenzado a desarrollar estrategias y planes de actuación para encarar esta enfermedad de forma prioritaria (Figura 2.18).



Factores de riesgo

El tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad constituyen los factores de riesgo más comúnmente analizados para estudiar el estado de salud de una población: el primero constituye la principal causa de muerte evitable; y el segundo y el tercero han demostrado un importante papel en el aumento del riesgo cardiovascular y en el desarrollo de enfermedades crónicas que se presentan como una importante fuente de morbilidad a largo plazo.

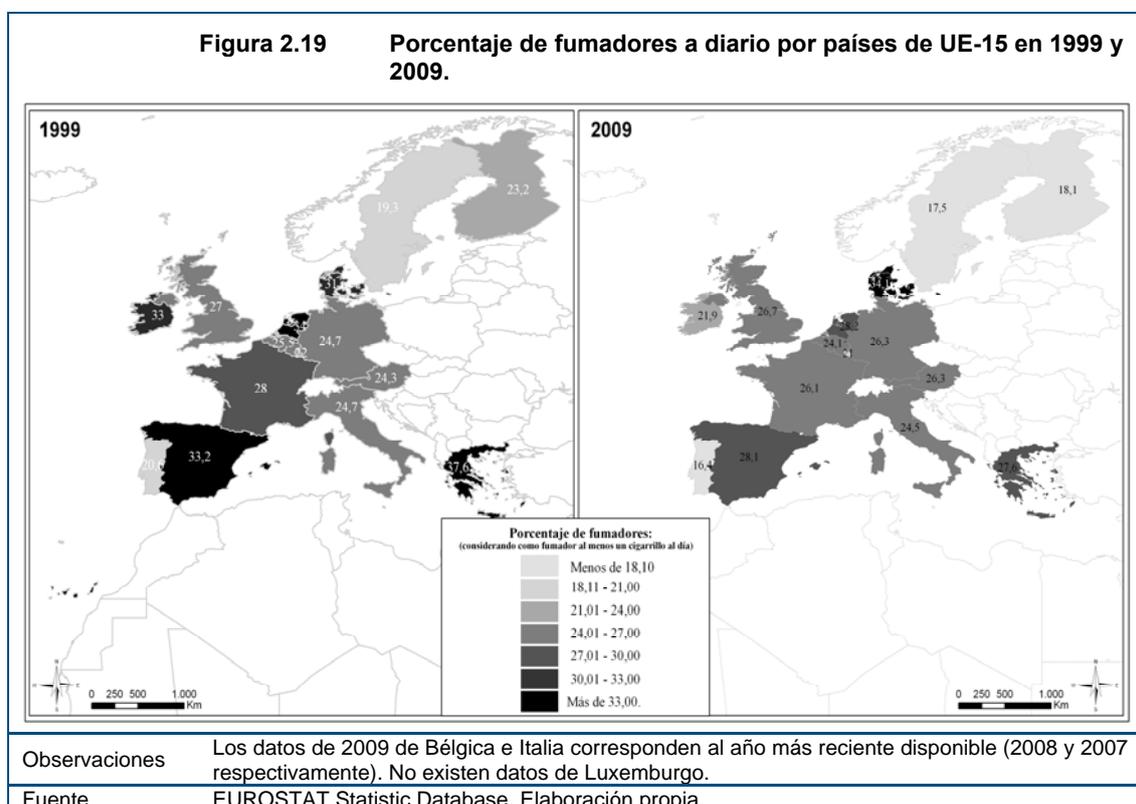
La generalización del registro de estos indicadores permite la comparación de resultados, aunque su recolección por encuesta puede entrañar un ligero riesgo de falta de fiabilidad.

Consumo de tabaco

El tabaquismo sigue presentando una importante prevalencia poblacional, a pesar de las frecuentes campañas de sensibilización ciudadana y del impulso de políticas de regulación del consumo. Sin embargo, hemos de mencionar que el consumo de tabaco en nuestro país ha sufrido una progresiva caída a lo largo de la última década. En el año 1999, un 33,2% de la población se declaraba fumadora habitual (consumidor de al menos un cigarrillo al día), mientras que en 2009 el porcentaje de fumadores se estima en un 28,1%.

Al situar a España en el marco europeo, advertimos que es uno de los países con mayor prevalencia de fumadores junto con Países Bajos (28,2%) y Dinamarca (34,2%), mientras que otros como Portugal, Suecia o Finlandia, no rebasan el 20% de fumadores.

Respecto a la progresión temporal de las tasas de tabaquismo, si bien se encuentran notorias diferencias en el comportamiento de la UE-15, se conserva una tendencia general al descenso paulatino del consumo. Sin embargo, países como Dinamarca, Austria y Alemania han incrementado discretamente sus tasas de tabaquismo entre un 1% y un 3%, mientras que otros países como Grecia o Irlanda las han disminuido en más de un 10% (Figura 2.19).



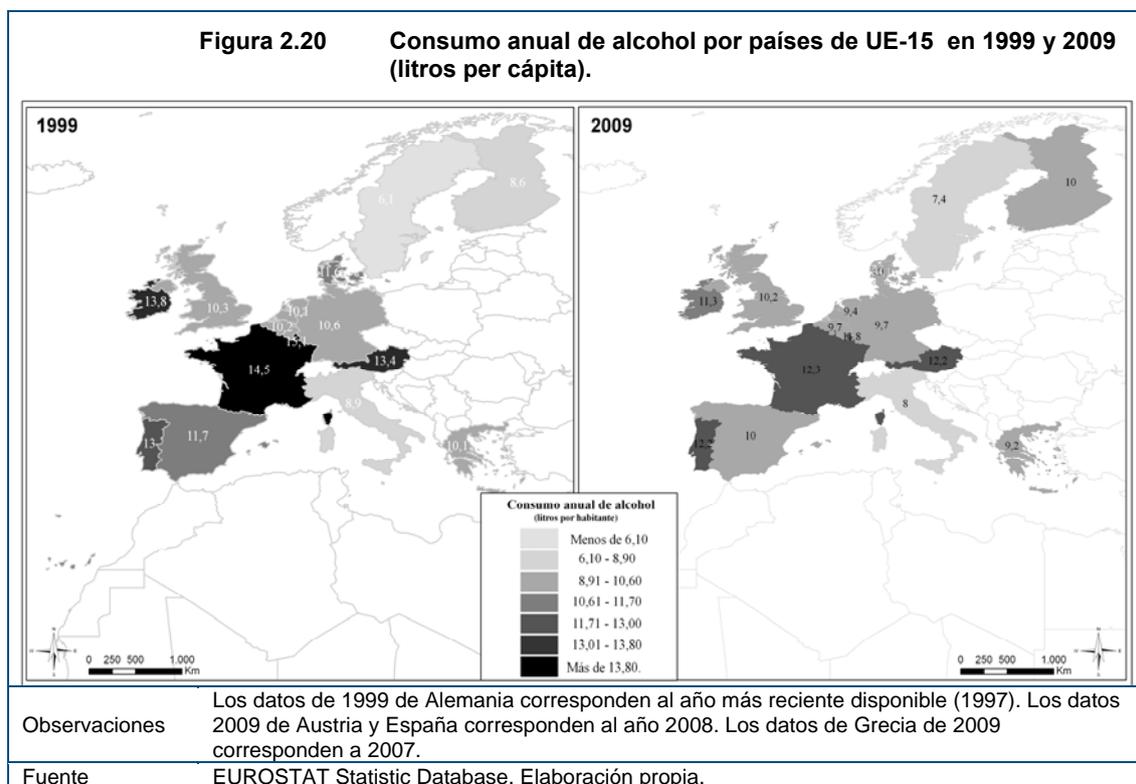
Consumo de alcohol

El consumo de alcohol es una práctica aceptada y extendida en la sociedad que puede repercutir de forma negativa en la salud, tanto a corto como a largo plazo. La moderación en el consumo de alcohol es otro de los grandes retos a los que se enfrentan las sociedades modernas y en los que se ha empleado una importante cantidad de recursos y esfuerzos, especialmente focalizados en los colectivos más jóvenes.

Según la última encuesta realizada por EUROSTAT, en el año 2009, el 56,2% de los españoles mayores de 15 años declara haber bebido alcohol en los últimos doce meses (68,7% en hombres y 44,1% en mujeres). También cabe destacar que esta conducta es declarada por el 51,3% de los jóvenes entre 15 y 24 años. No obstante, España presenta una de las tasas más bajas de consumo de alcohol entre la población general junto con Portugal (57,7%), frente al 87% de Suecia y del Reino Unido.

Al analizar el consumo de alcohol anual por habitante, podemos observar cómo los valores europeos oscilan entre los 7 litros de Suecia e Italia, y los 12 litros de Francia, Portugal y Austria. España ocupa un lugar intermedio con un consumo medio de 10 litros por persona y año.

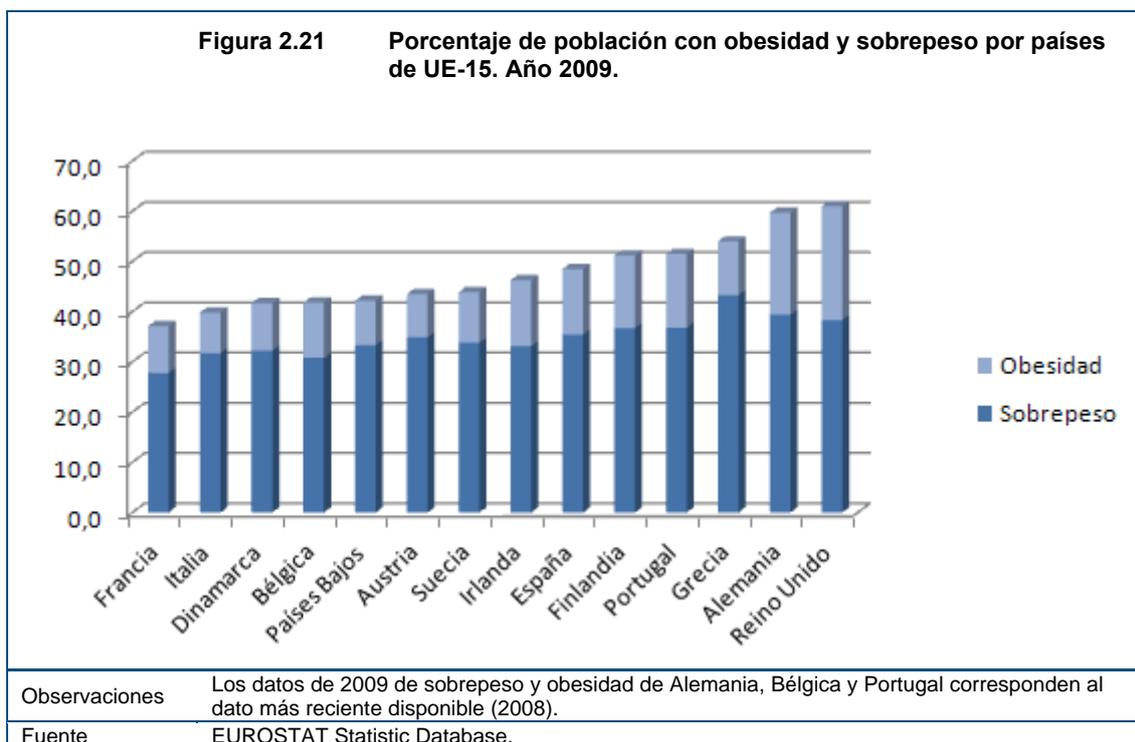
En lo concerniente a las tendencias temporales, las variaciones entre países también son notorias. A excepción de Finlandia y Suecia, donde el consumo se ha incrementado respectivamente 1,3 y 1,4 litros por persona y año, en el resto de países la tendencia general es a la moderación del consumo, con variaciones entre 1 y 3 litros entre 1999 y 2009. España ha presentado uno de los descensos más acusados en el consumo medio de alcohol durante la última década (1,7 litros) ([Figura 2.20](#)).



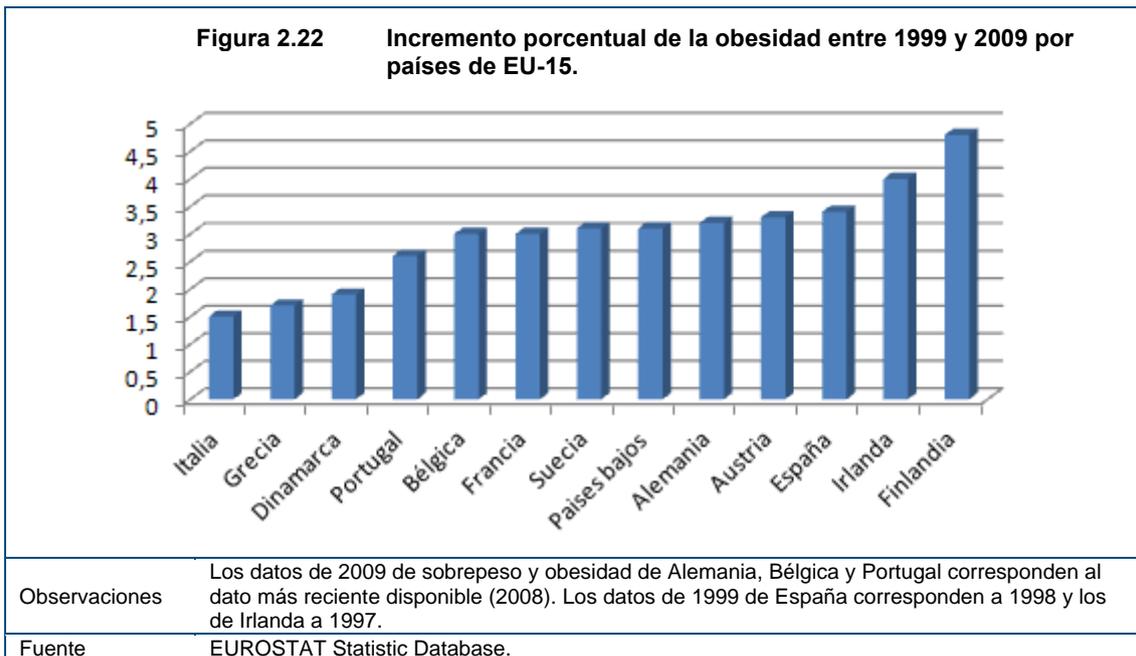
Sobrepeso y obesidad

El sobrepeso/obesidad es una de las grandes epidemias de nuestro siglo, estrechamente ligada a los hábitos alimenticios y conductuales que caracterizan a las sociedades desarrolladas.

En España, un 48,5% de la población adulta presenta un peso inadecuadamente alto. Un 35,4% de población registra sobrepeso (IMC 25-30), y un 13,1% es obesa (IMC > 30). España ocupa un lugar intermedio en el conjunto de la UE-15, en la que países como Alemania y Reino Unido presentan porcentajes de sobrepeso y obesidad que rondan el 70% de la población, y donde más del 20% de los individuos presentan un IMC mayor de 30. En el otro extremo, se encuentran Francia e Italia, donde sobrepeso y obesidad en conjunto no alcanzan el 40%, y la obesidad se mantiene por debajo del 10% (Figura 2.21).



La frecuencia de diferentes grados de sobrepeso es elevada en la UE-15 y su tendencia es ascendente. En la última década, la prevalencia de obesidad pasó de 1,5% a 5%. España, Irlanda y Finlandia registran los incrementos más elevados de la UE-15 en la prevalencia de obesidad (3,4%, 4% y 4,8% respectivamente). Italia y Grecia presentan los menores incrementos en el número de obesos (1,5% y 1,7% respectivamente). Estas prevalencias y su evolución ascendente suponen un importante reto que limita los logros en la evolución de las enfermedades asociadas a este factor de riesgo (Figura 2.22).



En España, la obesidad y el sobrepeso tienen especial incidencia en la población infantil y juvenil cuya prevalencia alcanza cifras muy elevadas (8,9% de la población entre 2 y 17 años es obesa y 18,7% presenta sobrepeso) situándose a la cabeza de la UE-15.

2.3 Indicadores comparados del Sistema Nacional de Salud

Los sistemas sanitarios resultan complejos en su análisis y guardan una estrecha relación con la historia de cada país, su desarrollo socio-económico, político y administrativo. Esta complejidad dificulta el análisis comparado. En este trabajo, se han seleccionado indicadores internacionalmente relevantes para identificar diferencias en el espacio y en el tiempo en materia de recursos (gasto, personal sanitario, camas, tecnología, etc.), actividades (intervenciones quirúrgicas, frecuentación, etc.) y resultados.

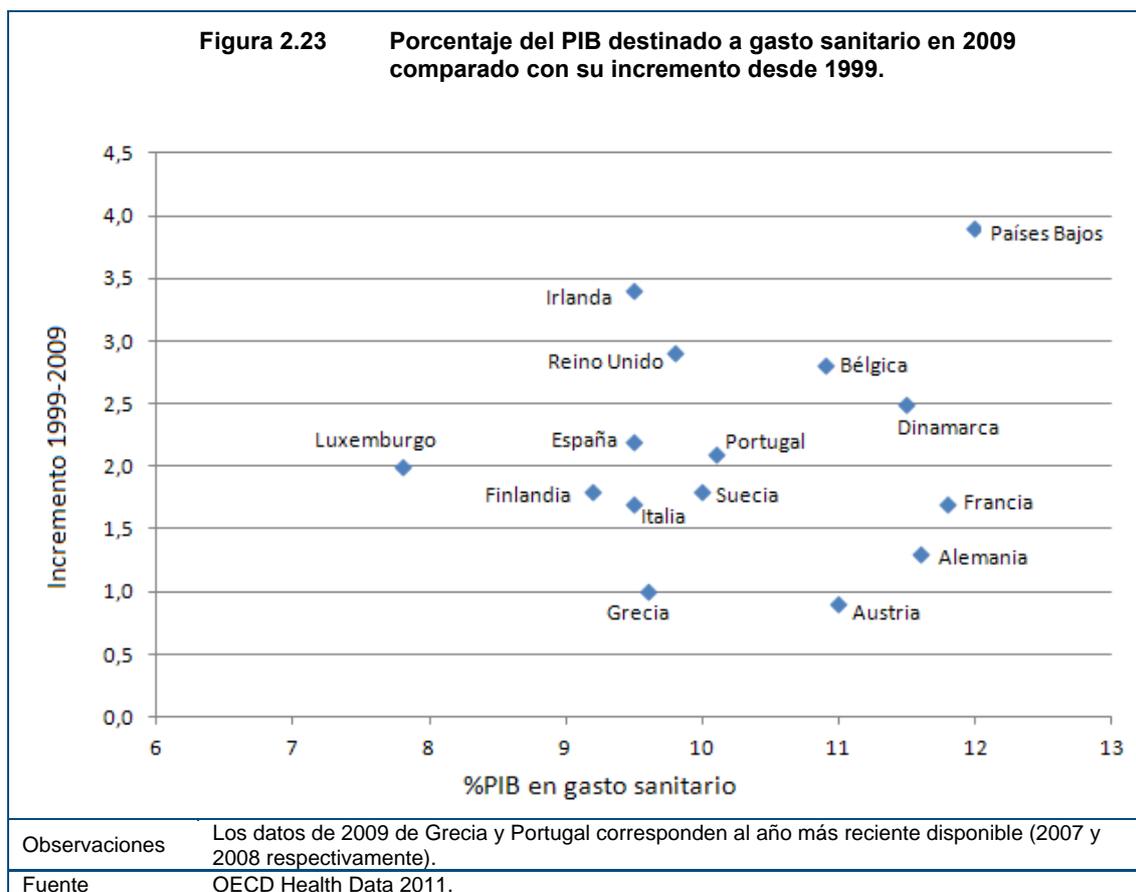
Gasto sanitario

La información sobre cantidad, origen, composición y distribución de los recursos destinados a la sanidad constituye el insumo con el que más usualmente se define a un sistema sanitario. Además de poner de manifiesto la magnitud del presupuesto destinado a salud, los indicadores de gasto sanitario ofrecen claves sobre el sistema, tales como el origen público o privado de los fondos, su evolución en el tiempo, los grados de prioridad política, etc. No obstante, su relación con los resultados es directamente proporcional a la efectividad y a la eficiencia del sistema.

Gasto sanitario total

España presenta un gasto sanitario total moderado en relación con el resto de países de UE-15. En 2009, se empleó en sanidad un 9,5% del PIB, uno de los porcentajes más bajos del conjunto de UE-15, sólo por encima de Luxemburgo (7,8%) y Finlandia (9,2%). En el otro extremo, se encuentran países como Francia, Alemania y Países Bajos, con un 12% del PIB dedicado a sanidad.

El gasto sanitario registra una tendencia ascendente en el conjunto de la UE-15, con incrementos entre 1 y 3 puntos porcentuales sobre el PIB respectivo en el conjunto europeo. Los países con mayores incrementos en la última década fueron Irlanda (3,4), Países Bajos (4) y Reino Unido (2,9). España incrementó su gasto en 2,2 puntos porcentuales (Figura 2.23).



Gasto público y gasto privado

La financiación de los sistemas sanitarios de la UE-15 proviene mayoritariamente del sector público, un 76,5% de media en 2009. En España, este porcentaje fue del 73,6%, uno de los más bajos de Europa, junto con Grecia (60,3%), Países Bajos (62,5%) y Portugal (65,1%). Los países con una mayor aportación pública en el gasto sanitario total son Dinamarca, Suecia y Reino Unido, todos ellos por encima del 80%.

En porcentaje sobre el PIB, la financiación sanitaria pública española fue de un 6,5% en 2008, y de 7,0% en 2009 por caída del PIB, que es uno de los más bajos de la UE-15. Como referencia este porcentaje fue del 8,2% en Suecia y Reino Unido, y del 9,2% y 8,9% en Francia y Alemania respectivamente.

En general, se observa un ligero ascenso en el porcentaje de financiación pública de la sanidad en la UE-15. Sin embargo, en algunos países como Alemania, Luxemburgo y Suecia el porcentaje de gasto público sobre el total ha disminuido entre 4 y 5 puntos porcentuales, aunque partían de valores iniciales muy altos (Tabla 2.3).

	Gasto sanitario público (%)		Gasto sanitario privado (%)	
	1999	2009	1999	2009
Dinamarca	84,0	85,0	16,1	13,2
Luxemburgo	89,8	84,1	7,4	11,6
Reino Unido	80,6	84,1	13,7	10,5
Suecia	85,7	81,5	16,6	16,7
Francia	79,4	77,9	7,2	7,3
Italia	70,7	77,9	26,1	19,7
Austria	76,7	77,7	15,2	15,4
Alemania	80,1	76,9	10,9	13,1
Bélgica	74,6	75,1	20,6	20,0
Irlanda	75,3	75,0	15,0	12,3
Finlandia	71,5	74,7	22,4	19,0
España	72,0	73,6	23,3	20,1
Portugal	67,6	65,1	24,9	27,2
Países Bajos	62,7	62,5	9,0	5,6
Grecia	53,4	60,3	46,2	37,9
Observaciones	Los datos de gasto público de 2009 de Grecia y Portugal corresponden al año más reciente disponible (2007 y 2008 respectivamente). Los datos de gasto privado de 1999 de Portugal corresponden al primer registro disponible (2000). Los datos de gasto privado de 2009 de Austria y Países Bajos corresponden al año 2007 y los de Portugal al año 2008. Los datos están ordenados en función de la variable "gasto público (%)" en 2009.			
Fuente	OECD Health Data 2011.			

Gasto sanitario público por habitante

En 2009, el gasto sanitario público por habitante de España fue de 2.259 dólares USA (ppc), con un incremento del 2,9% en el último año. El gasto sanitario per cápita presenta una gran variabilidad entre países, desde los casi 3.740 dólares USA (ppc) por habitante de países como Luxemburgo a los 1.600 dólares USA (ppc) de Grecia y Portugal. El incremento anual del gasto también es muy variable: Irlanda e Italia han disminuido su gasto per cápita en sanidad, mientras que Reino Unido y Dinamarca lo han incrementado en más de un 6%, de 2008 a 2009. Asimismo, el gasto sanitario per cápita prácticamente se ha multiplicado por dos en el conjunto de UE-15 durante los últimos diez años. En España, en 1999, era de 1.044 dólares USA y en 2.009 de 2.259 dólares USA (Tabla 2.4).

Tabla 2.4 Gasto sanitario público por habitante (US\$ PPC) por países de la UE-15 junto a su crecimiento anual porcentual.

	Gasto público (US\$ PPC)		Incremento anual (%)	
	1999	2009	2000-2001	2008-2009
Luxemburgo	2140,4	3740,8	-2,8	-7,0
Dinamarca	2024,7	3697,9	5,4	6,5
Austria	2097,7	3330,9	0,6	2,8
Alemania	2067,0	3242,3	2,0	4,5
Francia	1909,7	3100,2	2,4	3,1
Suecia	1825,5	3032,7	4,5	1,8
Bélgica	1527,3	2963,8	3,7	4,4
Reino Unido	1347,2	2934,6	6,3	7,5
Irlanda	1187,9	2836,1	15,5	-3,2
Italia	1333,4	2443,0	6,7	-0,4
Finlandia	1244,1	2410,3	6,0	0,4
España	1044,7	2258,6	2,3	2,9
Grecia	784,0	1643,7	17,5	1,2
Portugal	897,8	1632,6	1,1	-0,6

Observaciones Los datos de 2009 de Luxemburgo y Portugal corresponden al año más reciente disponible (2008) y los de Grecia al año 2007. No existen datos de Países Bajos para este indicador. Los datos están ordenados en función de la variable "gasto público (US\$ PPC) en 2009".

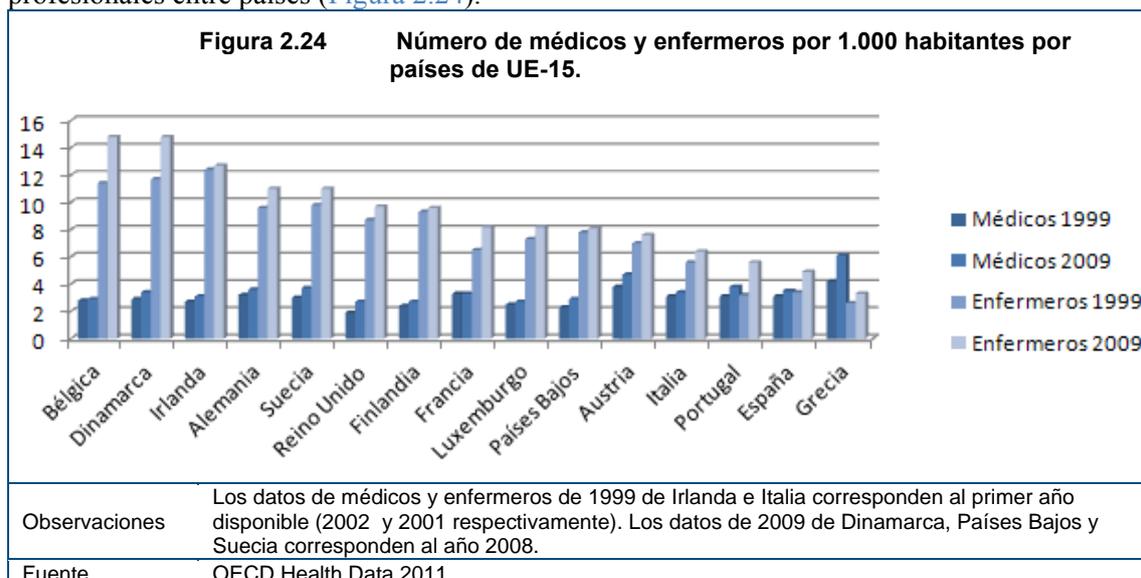
Fuente OECD Health Data 2011.

Recursos humanos

El acceso a una atención sanitaria de calidad depende en gran medida de la dotación y formación de los profesionales en el ámbito de la salud.

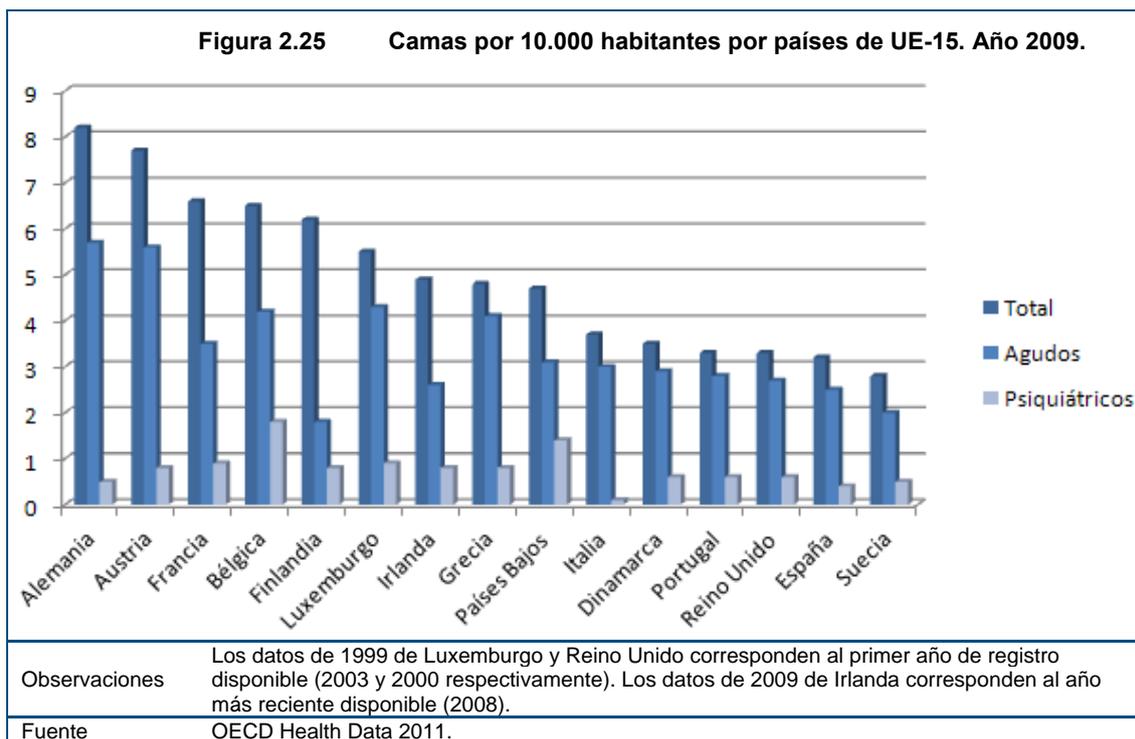
España tiene una dotación de personal baja en relación con el resto de países de UE-15. Sin embargo, el número de médicos es equiparable (3,6/1.000 habitantes).

En los últimos diez años, se ha producido una tendencia general al incremento de personal sanitario en toda la UE-15, afectando de forma más discreta al colectivo médico. Las variaciones entre países en el cómputo del personal sanitario (especialmente enfermería y técnicos diversos) son el reflejo de una compleja homogeneización en las categorías profesionales entre países (Figura 2.24).



Dotación, actividad y utilización de los servicios sanitarios

Existe una gran variabilidad en los conceptos, definiciones y registros relacionados con la dotación de recursos y la intensidad con la que se utilizan en el conjunto de la UE-15. Aunque el concepto de “cama hospitalaria” difiere en el conjunto europeo, se ha registrado un descenso general en beneficio de los servicios denominados “ambulatorios”. No obstante, en 2009 el rango en la dotación de camas hospitalarias es elevado en la UE-15, así Alemania y Austria rozan las 8 camas/10.000 habitantes, mientras que España contabiliza 3/10.000, presentando junto con Suecia una de las dotaciones más bajas (Figura 2.25).



El número de altas por diagnóstico y la estancia media constituyen dos indicadores de gran capacidad comparativa. No obstante, se ven afectados por diversos factores tales como la demanda de servicios, la capacidad resolutive de la atención primaria, los sistemas de pago a proveedores y los incentivos para gestionar los procesos de hospitalización y post-hospitalización. En el entorno europeo, la tendencia registrada revela una reducción en el consumo de servicios de hospitalización, en beneficio de los cuidados extrahospitalarios.

España es el país con menor número de altas por diagnóstico del entorno UE-15 (10.411 por 100.000 habitantes) y presenta una estancia media dentro del rango europeo (6.4 días). Tanto el número de altas como la estancia media han disminuido de forma moderada en la última década (Tabla 2.5).

Tabla 2.5 Frecuentación hospitalaria por países de UE-15.

	Número de altas por diagnóstico por 100.000 habitantes		Estancia media en procesos agudos (días)	
	1999	2009	1999	2009
Austria	24518	26453	7,8	6,7
Francia	25908	26431	5,5	5,2
Alemania	19729	23658	9,5	7,5
Grecia	15414	19050	6,3	5,8
Finlandia	26719	18441	5,8	5,4
Bélgica	16267	17255	8,0	7,1
Dinamarca	17414	17032	8,0	3,6
Luxemburgo	19060	16784	7,7	7,4
Suecia	16759	16589	5,0	4,5
Reino Unido	13308	13798	8,0	6,8
Irlanda	11393	13236	6,5	6,1
Italia	16303	13021	7,1	6,7
Países Bajos	9586	11663	9,2	5,6
Portugal	8622	11250	7,3	6,7
España	10805	10411	7,3	6,4
Observaciones	Los datos de altas de 1999 de Dinamarca, Portugal y Reino Unido así como los de estancia media de 1999 de Reino Unido corresponden al año 2000. Los datos están ordenados en función de la variable "número de altas por diagnóstico por 100.000 habitantes en 2009".			
Fuente	OECD Health Data 2011.			

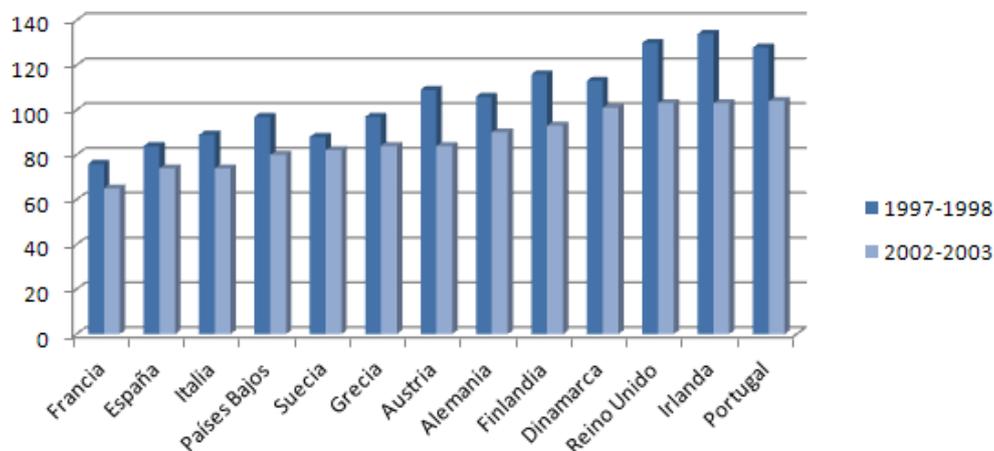
Desempeño

El desempeño de un sistema sanitario adquiere múltiples dimensiones, entre ellas el grado de accesibilidad a los servicios, la calidad, la equidad, la eficiencia, la seguridad, la adecuación, la satisfacción del paciente, etc. Por ello, no se presta a valoraciones generales. La OCDE elabora desde 2003, una base de datos específica de indicadores de calidad de la atención sanitaria, de utilidad a efectos comparativos. En este apartado se ofrecen datos de cuatro componentes del desempeño los cuales, a modo de trazadores, ofrecen diferentes ópticas sobre el desempeño del SNS español en el contexto europeo:

Mortalidad susceptible de atención sanitaria

Este indicador recoge las causas de muerte en menores de 75 años que podrían ser evitadas con una atención sanitaria efectiva (a tiempo y adecuada). Francia y España presentan los mejores resultados, con 65 y 74 muertes por 100.000 habitantes. Portugal, Irlanda y Reino Unido superan los 100/100.000 habitantes. Entre 1997 y 2003, la tendencia ha mejorado en Europa, registrándose descensos variables. En España, ha descendido de 84 a 74/100.000 habitantes, entre 1997 y 2003 (Figura 2.26).

Figura 2.26 Mortalidad susceptible de atención sanitaria (muertes por 100.000 habitantes).



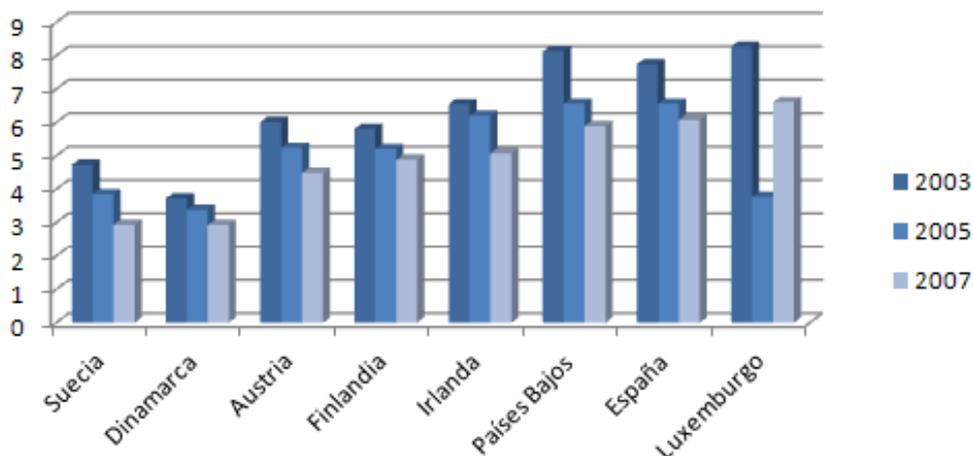
Observaciones No existen datos de Bélgica y Luxemburgo.

Fuente Commonwealth Fund National Scorecard on U.S. Health System Performance, 2008.

Atención sanitaria en enfermedad aguda

La atención sanitaria en trastornos agudos requiere en general una elevada disponibilidad de recursos, así como de una atención efectiva. Uno de sus indicadores es el de mortalidad intrahospitalaria durante los primeros 30 días de hospitalización por Infarto agudo de miocardio, cuya variabilidad es alta (2,9% de Suecia y Dinamarca, frente a valores superiores a 6% en España y Luxemburgo). No obstante la tendencia general es descendente. En España, se pasó de 7,8% en 2003 a 6,1% en 2007 (Figura 2.27).

Figura 2.27 Mortalidad intrahospitalaria durante los primeros 30 días de hospitalización por IAM (%) estandarizada por sexo y edad.



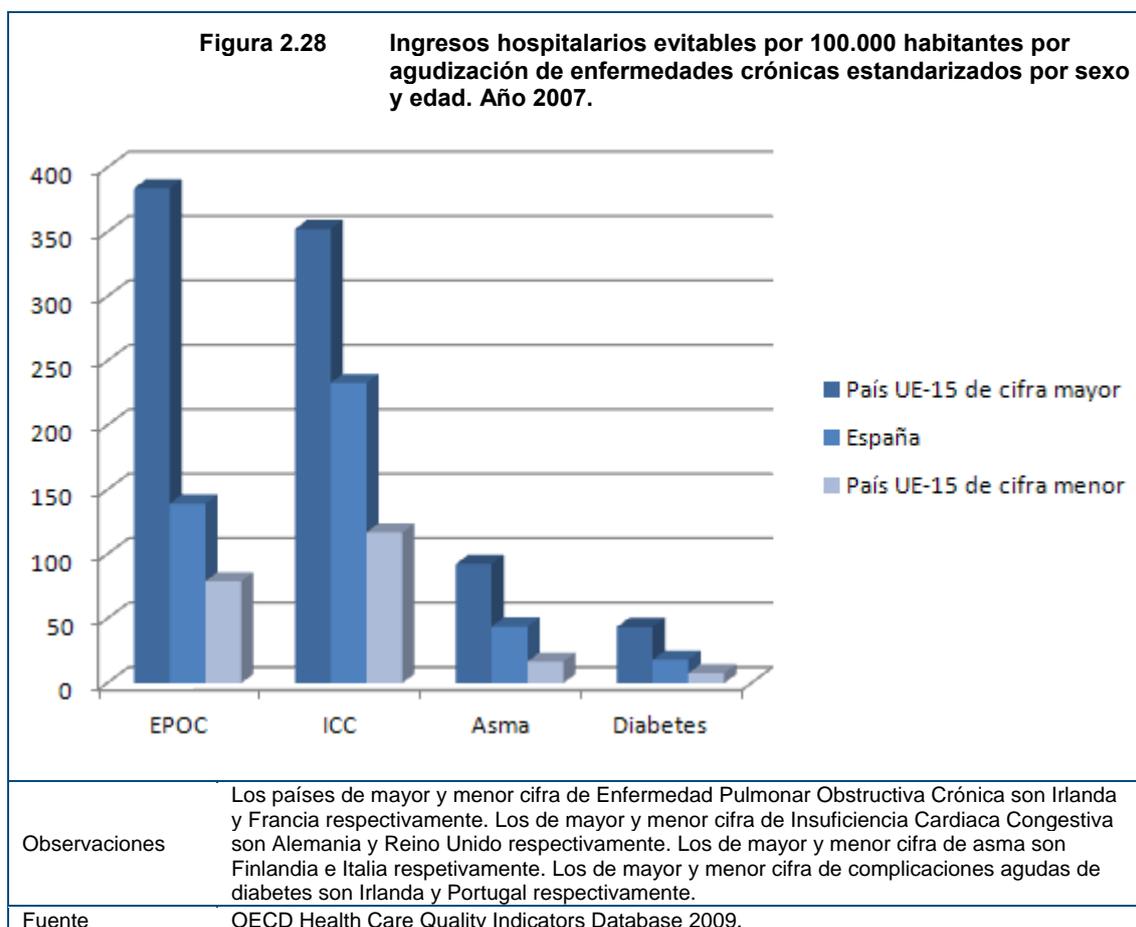
Observaciones No existen datos de Portugal, Francia, Grecia, Alemania, Italia, Bélgica ni Reino Unido.

Fuente OECD Health Care Quality Indicators Database 2009.

Atención sanitaria en enfermedad crónica

La atención sanitaria y el adecuado seguimiento de las enfermedades crónicas es importante para evitar las complicaciones que de ellas pueden derivarse, con el consiguiente aumento de la mortalidad. España presenta una frecuencia media de ingresos por agudización de procesos crónicos superior a la media europea en el caso de Insuficiencia Cardíaca Congestiva, y por debajo en el caso de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Asma y complicaciones agudas de diabetes (Figura 2.28).

La supervivencia por cáncer es otro importante trazador de calidad de la atención sanitaria. En la base de datos “Health Care Quality Indicators” de la OCDE vienen registrándose valores de mortalidad y supervivencia de los diferentes tipos de cáncer desde el año 1997, aunque carece de información de España.

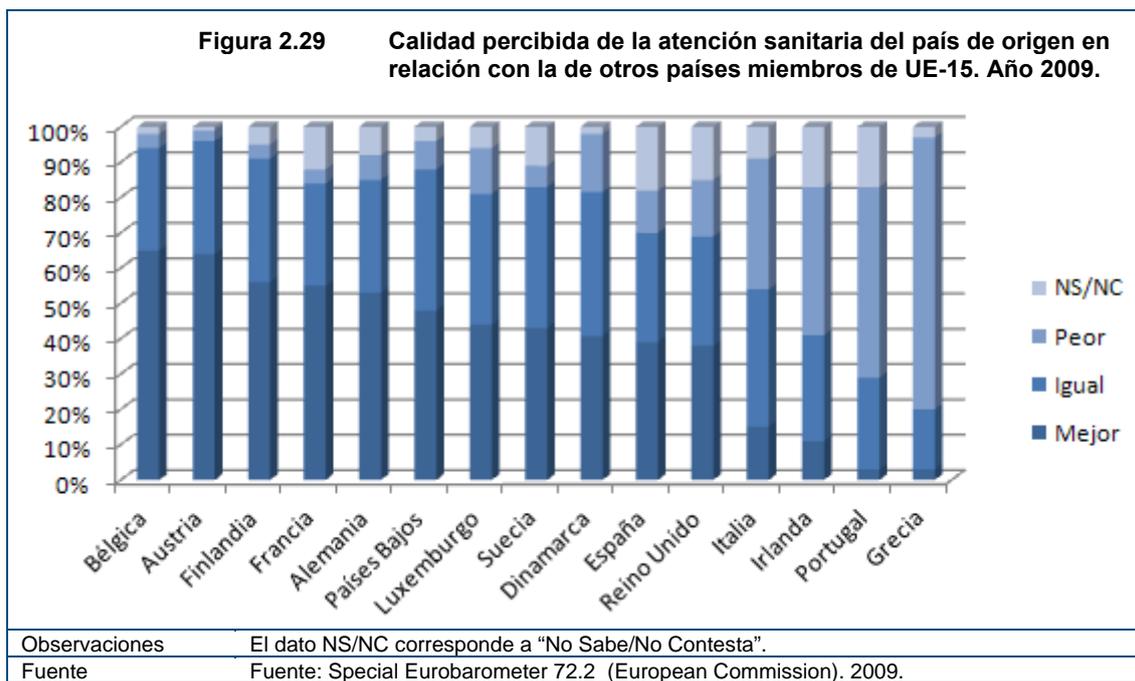


Satisfacción de los usuarios

En el año 2009, se elaboró un Eurobarómetro sobre la percepción de la población en cuanto a la calidad de la atención sanitaria. A través de una encuesta se instaba a los ciudadanos a valorar su asistencia sanitaria como “muy buena”, “buena”, “regular” o “mala”, así como a realizar una apreciación de la misma en relación con el resto de estados miembros de la UE.

En general, la valoración de los sistemas sanitarios europeos es positiva, aunque pueden observarse importantes diferencias entre países. En Bélgica, Austria, Finlandia, Países Bajos y Francia, más del 90% califican la calidad de su atención médica como “buena” o “muy buena”, mientras que en Italia, Portugal e Irlanda esta valoración ronda el 50%. España ocupa un lugar intermedio-alto, con una valoración positiva de la atención sanitaria por parte de un 81% de los ciudadanos.

Ante la pregunta: “¿considera la atención sanitaria de su país mejor, igual o peor que la de otros estados miembros de la UE?”, España ocupa un lugar intermedio, en el cual un 70% de los ciudadanos consideran nuestro sistema sanitario igual o mejor que los del resto de Europa. Los mayores niveles de satisfacción siguen obteniéndose en Bélgica, Finlandia y Austria (más del 90% de los ciudadanos considera su sistema sanitario mejor o igual que el del resto de los estados miembros) (Figura 2.29).



2.4 Comentario final

España presenta un buen estado de salud en relación con el resto de países de la UE-15. La esperanza de vida de los españoles ha llegado a los 82 años, la esperanza de vida saludable sobrepasa los 65 años, la mortalidad por todas las causas tiende a disminuir y la mortalidad infantil ha experimentado un significativo descenso en los últimos años. La población española refiere un buen estado de salud percibido, que se ha ido incrementando desde la entrada en el nuevo milenio, y considera su atención médica de calidad. Puede concluirse que los españoles viven más y mejor.

Sin embargo, a pesar de los resultados positivos en la incidencia de enfermedades transmisibles y los avances en los tratamientos, seguimos siendo uno de los países con mayor prevalencia de infección por VIH y tuberculosis.

Europa se enfrenta a importantes retos derivados del envejecimiento de la población y del control inadecuado de factores, la diabetes y las demencias ganan peso, y la incidencia de cáncer se incrementa de forma progresiva. Ello pone de manifiesto la necesidad de coordinar las

políticas de salud, de potenciar el control y la prevención de hábitos poco saludables, y reforzar las intervenciones destinadas a favorecer una alimentación adecuada y un aumento de la actividad física.

España posee uno de los sistemas sanitarios con menor dotación de recursos y menor frecuentación hospitalaria del conjunto UE-15. No obstante, en términos de resultados su situación en el contexto europeo es destacable en términos de esperanza de vida y de mortalidad susceptible de atención médica. A nivel de desempeño, los indicadores utilizados sitúan a España dentro de intervalos aceptables en el contexto de UE-15. Los ciudadanos españoles se sienten satisfechos con su sistema sanitario, valorándolo positivamente en el entorno europeo.

Las limitaciones de este trabajo están relacionadas con la complejidad y las diferencias entre los sistemas sanitarios europeos así como el impacto importante, pero en todo caso limitado, de los sistemas de salud sobre la situación de salud de las poblaciones. Por otro lado, se han seleccionado los indicadores más extendidos para comparar sistemas y países. La definición y el contenido de ellos ofrecen, no obstante, cierta variabilidad entre los países de la UE-15. Con todo, el análisis realizado permite constatar que el SNS español y la situación y evolución reciente de los indicadores de salud en España, son equiparables a los de los países de la UE-15, destacando favorablemente algunos indicadores relacionados con la salud, la supervivencia y el desempeño de nuestro sistema sanitario.

3 Información relevante en el ámbito de la salud pública

3.1 Actividades de prevención

Prevención de los problemas derivados del alcohol

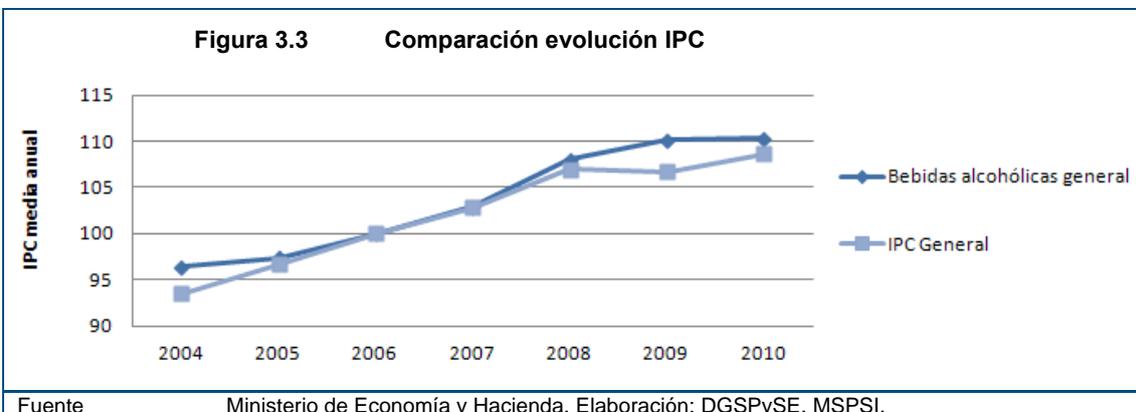
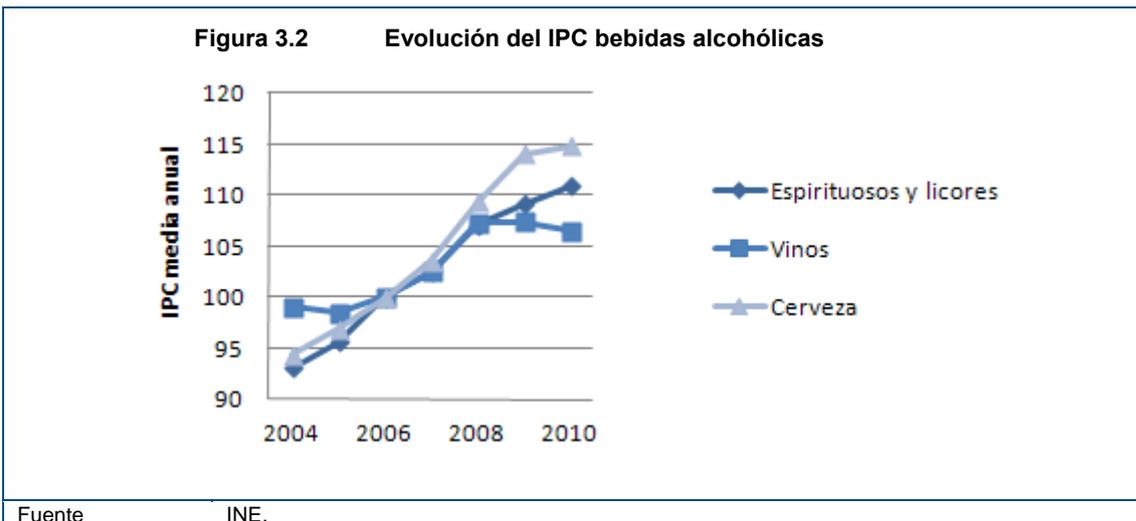
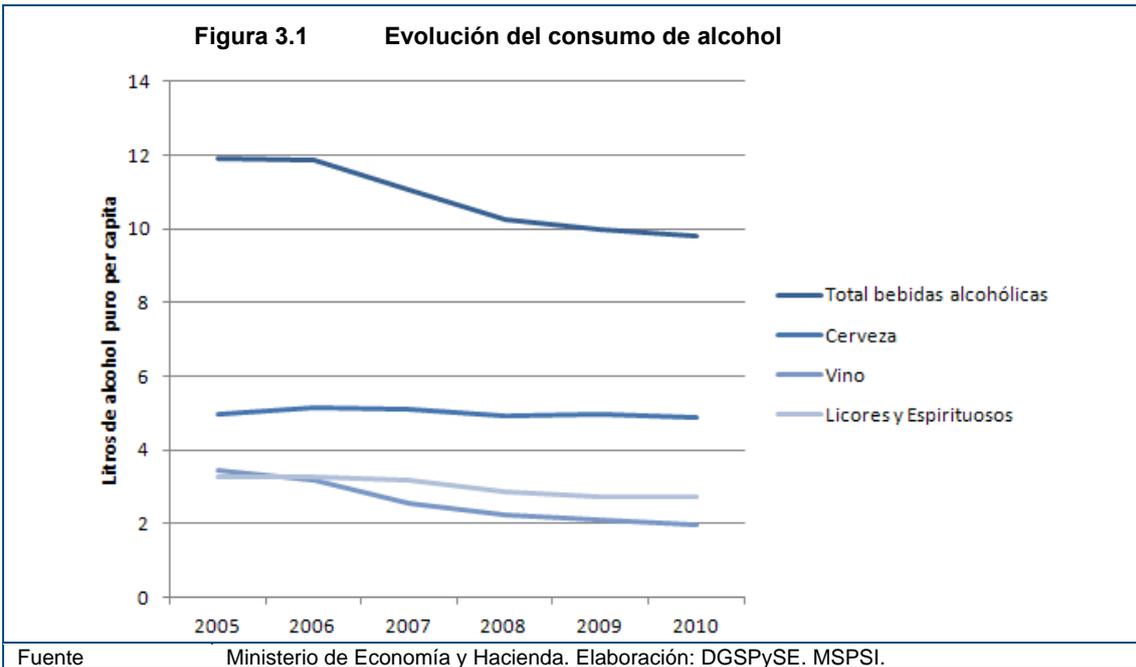
El consumo de bebidas alcohólicas ocupa el tercer lugar entre los principales factores de mala salud en el mundo. El uso nocivo de alcohol es uno de los cuatro factores de riesgo de enfermedades no transmisibles que pueden prevenirse.

La Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior (DGSP y SE) determina los criterios que permiten establecer la posición española desde la salud pública, ante la Unión Europea y otros foros internacionales en esta materia. Así en la Unión Europea se participa en el seguimiento e implementación de la Estrategia Europea sobre alcohol, a través de la asistencia a las reuniones del *Committee on National Alcohol Policy and Action* (enero 2010 y septiembre de 2010). En el marco de la OMS, destaca nuestra colaboración en la elaboración, discusión y aprobación en la 63ª Asamblea Mundial de la Salud (WHA 63.13)⁹ de la Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo de alcohol. También constituyó un evento de gran importancia la celebración en este Ministerio del “*WHO meeting of National Counterparts for Alcohol Policy in the WHO European Region and the AMPHORA Expert meeting*” del 14 al 16 de junio donde se hizo un análisis integral de todas las políticas sobre alcohol.

En España, el consumo *per cápita* de alcohol (alcohol puro en > de 15 años) en los últimos cinco años ha descendido, pasando de 11,92 litros per cápita en 2005 a 9,79 en 2010 (3, 3). Por otro lado, su precio ha experimentado una subida mayor que el IPC en este mismo período (Figura 3.2, Figura 3.3).

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total bebidas alcohólicas	11,92	11,86	11,05	10,24	9,99	9,79
Cerveza	4,98	5,15	5,09	4,92	4,98	4,87
Vino	3,44	3,2	2,56	2,23	2,09	1,97
Licores y Espirituosos	3,27	3,28	3,18	2,88	2,73	2,73
Total bebidas alcohólicas	11,92	11,86	11,05	10,24	9,99	9,79
Fuente	Ministerio de Economía y Hacienda. Elaboración propia.					

⁹ Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra: OMS; 2008.

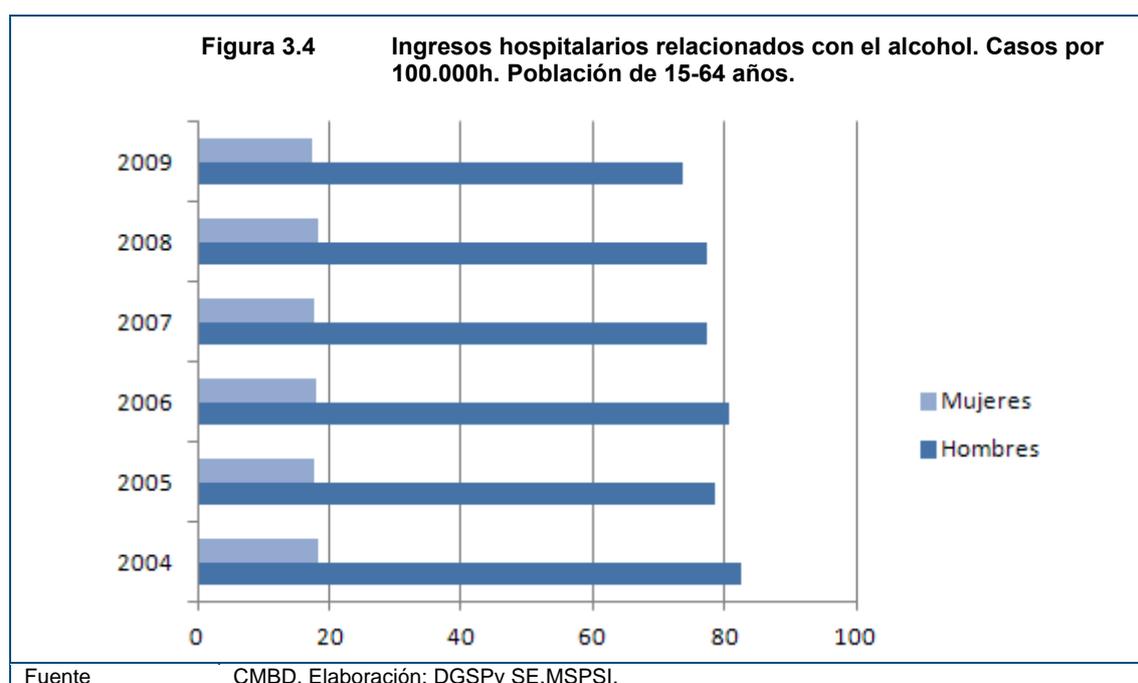


Morbilidad

En relación con la morbilidad ocasionada por el consumo de alcohol, en personas de 15 a 64 años, se han tenido en cuenta los procesos que figuran en el Conjunto mínimo básico de datos de altas hospitalarias (CMBDAH) con el término “*alcoh*”¹⁰ observando un descenso de los ingresos por esta causa, pasando de una tasa de 82,4% por 100.000 habitantes en hombres y de 18,3% por 100.000 hab. en mujeres, en 2004, a 73,6% por 100.000 hab en hombres y 17,5% en mujeres en el año 2009 (Tabla 3.2, Figura 3.4):

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Hombres	82,4	78,6	80,7	77,3	77,5	73,6
Mujeres	18,3	17,6	17,9	17,8	18,3	17,5

Fuente CMBD. Elaboración propia.



¹⁰ Categorías CIE9MC incluidas:

291 - TRASTORNOS MENTALES INDUCIDOS POR ALCOHOL

303 - SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

571.0 - HIGADO ADIPOSEO ALCOHOLICO

571.1 - HEPATITIS ALCOHOLICA AGUDA

571.2 - CIRROSIS HEPATICA ALCOHOLICA

571.3 - LESIONES HEPATICAS ALCOHOLICAS SIN ESPECIFICAR

760.71 - ALCOHOLISMO MATERNO AFECTACION RECIEN NACIDO O FETO

Mortalidad

Respecto a la mortalidad producida por patologías que tienen una causalidad 100% atribuible¹¹ al consumo de alcohol y descartando otras patologías en las que el alcohol es un factor de riesgo, la causalidad puede ser alta o media (ej. algunos cánceres) y se han producido 1796 fallecimientos en el año 2009.

En el periodo 2003-2009, el porcentaje de conductores fallecidos a los que se les realizaron análisis toxicológicos ha pasado del 50% (sobre el total de fallecidos) en 2003 a 54,6% en 2009. El porcentaje de conductores fallecidos cuya tasa de alcohol era igual o superior a 0,3 g/l ha descendido de 37,4% en 2003 a 30,0% en 2009¹².

Cribados poblacionales

El cribado es “un servicio de salud pública en el que los miembros de una población definida, que no necesariamente perciben tener un mayor riesgo, o estar afectados por una enfermedad o sus complicaciones, son invitados a someterse a preguntas o pruebas para identificar a aquellos individuos con mayor probabilidad de obtener un beneficio que un perjuicio, causado por las sucesivas pruebas o el tratamiento, para reducir el riesgo de la enfermedad o sus complicaciones”. Ante la diferencias en la políticas de cribado que existen en el SNS, la Comisión de Salud Pública del SNS (nº 177^a, 15 diciembre de 2010) aprobó el “*Documento marco sobre cribado poblacional*”, en el que se establecen unos criterios que puedan servir de guía a los servicios de salud de las comunidades autónomas para la toma de decisiones estratégicas sobre cribados, así como para establecer los requisitos clave para estos programas¹³.

Prevención de lesiones

La DGSP y SE es punto focal ante la OMS en prevención de lesiones y sus representantes han asistido a la “*World Conference on Safety Promotion and Injury Prevention*” y a la Reunión de puntos focales del programa de la OMS de Prevención de lesiones y violencia, celebrada en septiembre en Londres. También participaron exponiendo distintas iniciativas llevadas a cabo por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) en el “*Sub-Regional and Mentoring Workshop on violence and injury prevention for the central and Southern European Countries*”, celebrado en Roma en febrero.

La capacitación de los profesionales es uno de los pilares en los que se basa la prevención de lesiones. En mayo se organizó el primer curso de formación de formadores en la Escuela Nacional de Sanidad (ENS), al que asistieron profesionales de las comunidades autónomas y otros sectores, utilizando el TEACH-VIP (herramienta de la OMS traducida y adaptada por el MSPSI). Estos cursos cuentan con la acreditación de la Comisión de formación continuada del SNS.

¹¹ Categorías CIE9 incluidas: E24-4, F10, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70, K86.0, O35.4, P04.3, Q86.0, R78.0, X45, Y15, X65.

¹² Ochoa R, Fierro I, Yáñez JL, Álvarez FJ. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España: 1999-2004. Valladolid: Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas, Universidad de Valladolid; 2006. Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/alcoholJovenes/docs/mortalidadAlcohol.pdf>

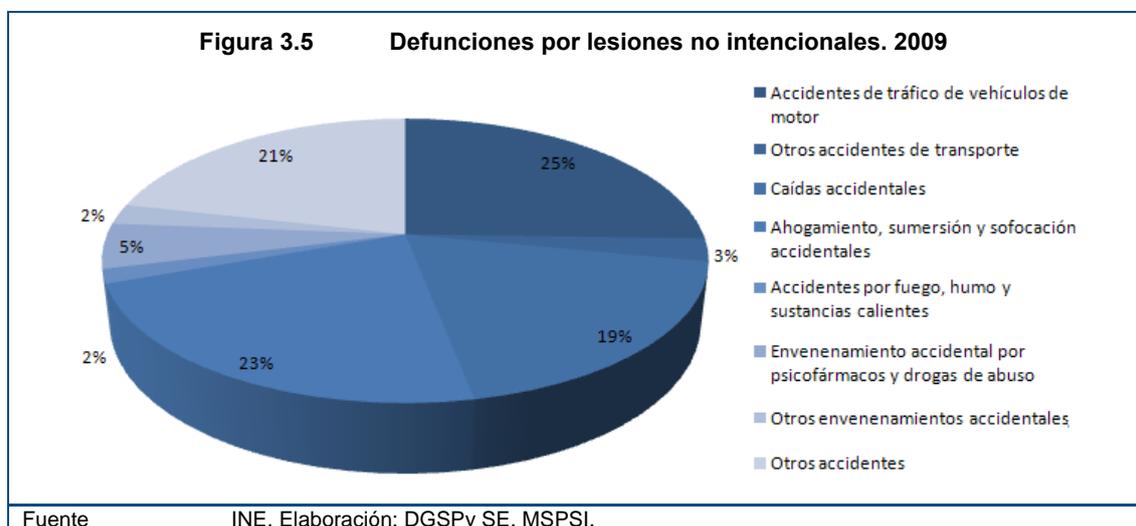
¹³ Ponencia de Cribado poblacional de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud. Documento Marco sobre cribado poblacional. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010. Disponible en: http://www.mspsi.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Cribado_poblacional.pdf

Mortalidad

En España, en el año 2009 (Tabla 3.3), las lesiones por causas externas fueron la 6ª causa de mortalidad con 14.495 defunciones y una tasa de 31,56 (defunciones por 100.000 habitantes), de las que 10.164 corresponden a lesiones no intencionales (LNI) (Figura 3.5).

Tabla 3.3 Defunciones según la causa de muerte 2009 ordenadas por frecuencia.

	Unidades	Tasa
001-102 I-XXII.Todas las causas	384.933	838,096
053-061 IX.Enfermedades del sistema circulatorio	120.053	261,386
009-041 II.Tumores	105.133	228,901
062-067 X.Enfermedades del sistema respiratorio	43.274	94,218
068-072 XI.Enfermedades del sistema digestivo	19.554	42,574
050-052 VI-VIII.Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	18.771	40,869
090-102 XX.Causas externas de mortalidad	14.495	31,559
046-049 V.Trastornos mentales y del comportamiento	14.455	31,472
044-045 IV.Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	12.472	27,155
086-089 XVIII.Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (2)	11.087	24,139
077-080 XIV.Enfermedades del sistema genitourinario	10.865	23,656
001-008 I.Enfermedades infecciosas y parasitarias (1)	6.844	14,901
074-076 XIII.Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	3.458	7,529
042-043 III.Enf. de sangre y de órg. hematopoyéticos y ciertos trast. que afectan mecan. inmunidad	1.469	3,198
073 XII.Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1.198	2,608
082 XVI.Afecciones originadas en el periodo perinatal	900	1,96
083-085 XVII.Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	888	1,933
081 XV.Embarazo, parto y puerperio	17	0,037

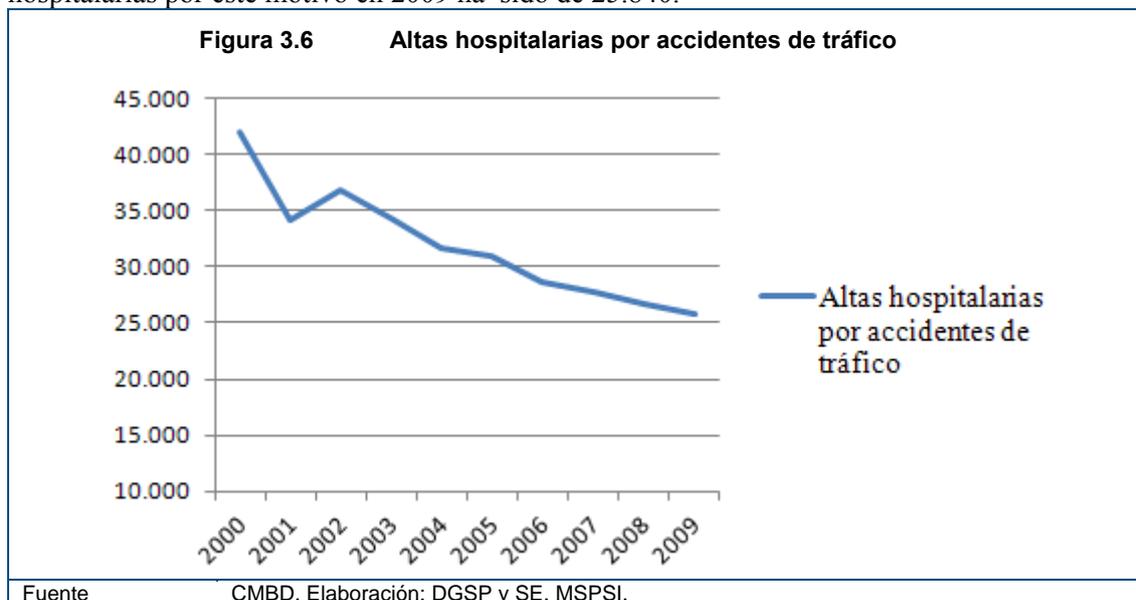


Constituyen la primera causa de mortalidad en niños y jóvenes de 1 a 19 años y en personas de 20 a 39 años. En los últimos años se observa un descenso de las LNI, fundamentalmente debido a la disminución de los accidentes de tráfico. En relación a las lesiones intencionales se produce un ligero aumento del número de suicidios y disminuyen las agresiones.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), los fallecidos por accidentes de tráfico han sido 2.588, (un 14,6% menos que en 2008), reduciéndose casi en un 50% los fallecidos por esta causa en los últimos cinco años. Además han dejado de ser la primera causa externa de defunción, pasando los suicidios a ocupar este lugar, con 3.429 personas fallecidas, con un claro predominio de los hombres (ocho de cada 10 personas fallecidas por esta causa fueron hombres)¹⁴.

Morbilidad

Las lesiones derivadas de los AT (accidentes de tráfico) han experimentado un importante descenso (Figura 3.6), así como su gravedad. Según fuentes del CMBDAH, el nº de altas hospitalarias por este motivo en 2009 ha sido de 25.840.



Según la Encuesta Europea de Salud en España 2009, el 10,4% (10,8% hombres/ 10,6% mujeres) de la población entrevistada declara haber tenido un accidente¹⁵ en los últimos 12 meses¹⁶.

Los accidentes en casa o en tiempo de ocio son los más frecuentes en mujeres de 65 o más años (14,4%), en las que tienen más bajo nivel de estudios (12,5%, frente a un 7,5% del total) y en las que declaran estar incapacitadas para trabajar. En general el bajo nivel de estudios influye en un aumento de la accidentalidad en ambos sexos (9,9% frente a 5,9 del total).

En los hombres, el porcentaje más alto de accidentes son los producidos por el tráfico entre los 16-24 años (6,5%), siendo la actividad económica actual más frecuente en este grupo de población la de estudiante.

Los accidentes de trabajo, en relación al lugar de nacimiento, son más frecuentes en los extranjeros de ambos sexos, invirtiéndose esta tendencia en los accidentes que se producen en casa o en tiempo de ocio.

¹⁴ Las principales cifras de siniestralidad vial España 2009. Dirección General de Tráfico. Observatorio Nacional de Seguridad Vial. Madrid 2010.

¹⁵ Se contemplan los accidentes de tráfico, accidentes en el trabajo, accidentes en el colegio o centro de estudios y accidentes en casa o en tiempo de ocio.

¹⁶ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.

Sobre el tipo de asistencia recibida: casi un 20% de los lesionados consultó a un médico o enfermera; un 57,5% acudió a urgencias y sólo en un 25% no fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención. En relación con el país de nacimiento los varones extranjeros son los que más consultan a un médico o enfermera: 30,6%, frente a un 20% de nacidos en España; no observando estas diferencias entre mujeres.

Seguridad transfusional

La transfusión es una necesidad permanente, y la amplitud con la que es utilizada exige que deba garantizarse su calidad y seguridad para evitar, en particular, la transmisión de enfermedades.

Sistema Nacional para la Seguridad Transfusional

En nuestro país, se dispone de una estructura creada en el artículo 36 del RD 1088/2005¹⁷, denominada “Sistema Nacional para la Seguridad Transfusional (SNST)”. El sistema está constituido por el **Comité Científico para la Seguridad Transfusional (CCST)**, órgano de asesoramiento técnico que tiene como función proponer las directrices sobre seguridad transfusional en el ámbito estatal; por la Comisión Nacional de Hemoterapia, configurado como un órgano de coordinación autonómica y, en su caso por las Comisiones Autonómicas de Hemoterapia y Comités Hospitalarios de Transfusión.

El CCST, en el ámbito de sus funciones, realiza un seguimiento de diferentes cuestiones que pueden afectar a la seguridad de la sangre. En las reuniones ordinarias mantenidas en 2010 ha tratado entre otros, los siguientes temas: “Pandemia de Influenza A (H1N1)”, “Selección de donantes y VIH”, “Selección de donantes y variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (v-ECJ)”, “Virus del Nilo Occidental (VNO)”, “Fiebre Q”, “Xenotropic murine leukemia virus-related (XMRV)”, “*European Blood Alliance (EBA)*”, “Proyecto EuBIS: Grupo de Inspección” habiendo publicado una nueva recomendación sobre el VNO y la seguridad transfusional¹⁸.

¹⁷ RD 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión.

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/legislacion/legislacion.htm>

¹⁸ Recomendación “VNO y Transfusión”:

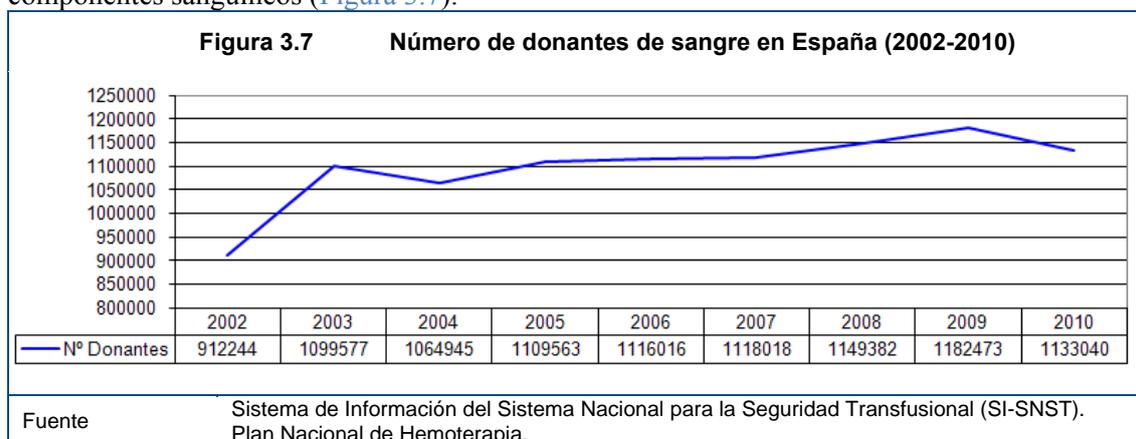
http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/acuerdos/docs/Virus_Nilo.pdf

Sistema de Información del SNST (SI-SNST)

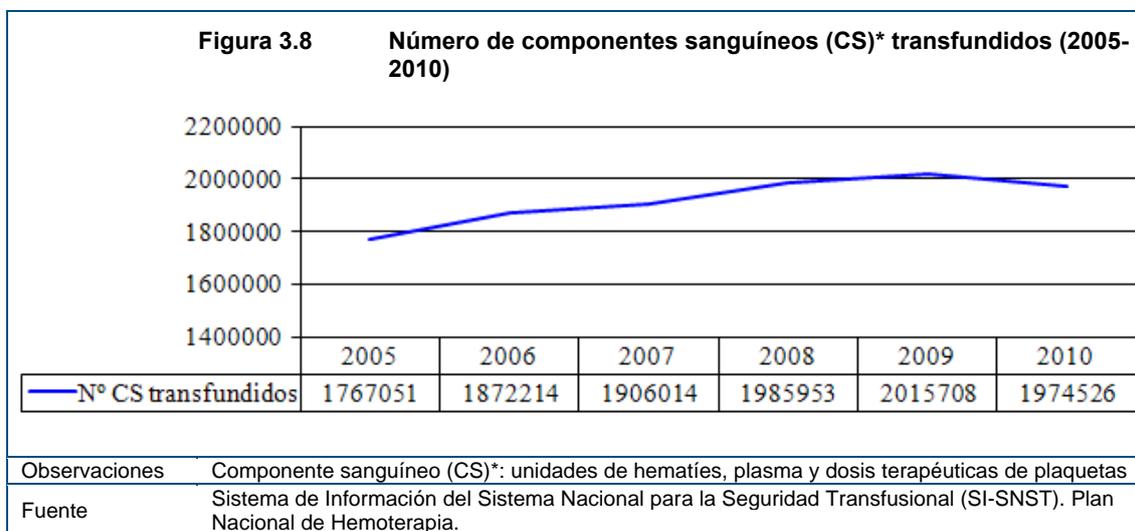
El sistema de información se nutre de los resultados de actividad de los 24 Centros de transfusión y 341 Servicios de transfusión que integran la red transfusional en España. Con esta información se elabora anualmente la *Estadística estatal de actividad de centros y servicios de transfusión*. Entre los datos más relevantes recogidos en 2010 destaca la obtención de 1.803.765 donaciones voluntarias y altruistas que suponen un índice de donación de 39,3 donaciones por mil habitantes (Tabla 3.4):

Comunidad Autónoma	Índice de donación* (por mil hab)
Andalucía	35,4
Aragón	35,4
Asturias	39,9
Baleares	43,5
Canarias	32,9
Cantabria	44,7
Castilla y León	41,1
Castilla-La Mancha	39,1
Cataluña	39,8
Comunidad Valenciana	37,5
Extremadura	44,7
Galicia	43,1
Madrid	41,0
Murcia	37,0
Navarra	47,9
País Vasco	45,9
La Rioja	37,3
Total	39,3
Observaciones	*número de donaciones por 1000 habitantes
Fuente	Sistema de Información del Sistema Nacional para la Seguridad Transfusional (SI-SNST). Plan Nacional de Hemoterapia.

Estas donaciones proceden del acto solidario realizado por 1.133.040 donantes de sangre. Aunque el número de donantes ha descendido ligeramente respecto a 2009, hay una tendencia clara al alza en los últimos años que permite mantener la autosuficiencia del país en componentes sanguíneos (Figura 3.7).



El número de donaciones alcanzado ha hecho posible la transfusión de 1.974.526 componentes (Figura 3.8) a los pacientes que las han necesitado y el envío a la industria de 380.560 litros de plasma para elaboración de hemoderivados.



Hemovigilancia

La obligación de instaurar un Sistema de Hemovigilancia (Art. 41 RD 1088/2005) por parte de las autoridades sanitarias y la posterior publicación de la Directiva 2005/61/CE, sobre requisitos de trazabilidad y notificación de reacciones y efectos adversos graves (transpuesta en la Orden SCO 322/2007)¹⁹, llevó a la creación en 2007 de una Unidad de Hemovigilancia en el Ministerio y a la consolidación durante estos años de la red estatal de Hemovigilancia (HV). El sistema lo conforman las redes de HV de las 17 CCAA junto con la citada Unidad.

La tendencia del sistema hacia la consolidación se refleja en la tasa de notificación de incidentes y “casi incidentes” relacionados con la transfusión, habiéndose incrementado de 9,1 notificaciones por 10.000 componentes transfundidos en el año 2007 a 12,6 en el año 2010.

Fruto de la actividad de la red se han publicado varios informes que se encuentran disponibles en la página web del Departamento en el apartado “Medicina transfusional”²⁰.

Cooperación internacional

De forma permanente se colabora en los diferentes comités y grupos de trabajo de la Comisión Europea y del Consejo de Europa. En la Comisión se continúa con una activa participación en el “Proyecto EuBIS” sobre procedimientos de inspección de centros de transfusión. En el marco del Consejo de Europa se participa en los siguientes grupos: “Guía para la preparación, uso y control de calidad de los componentes sanguíneos” y “Gestión de donantes y donaciones”.

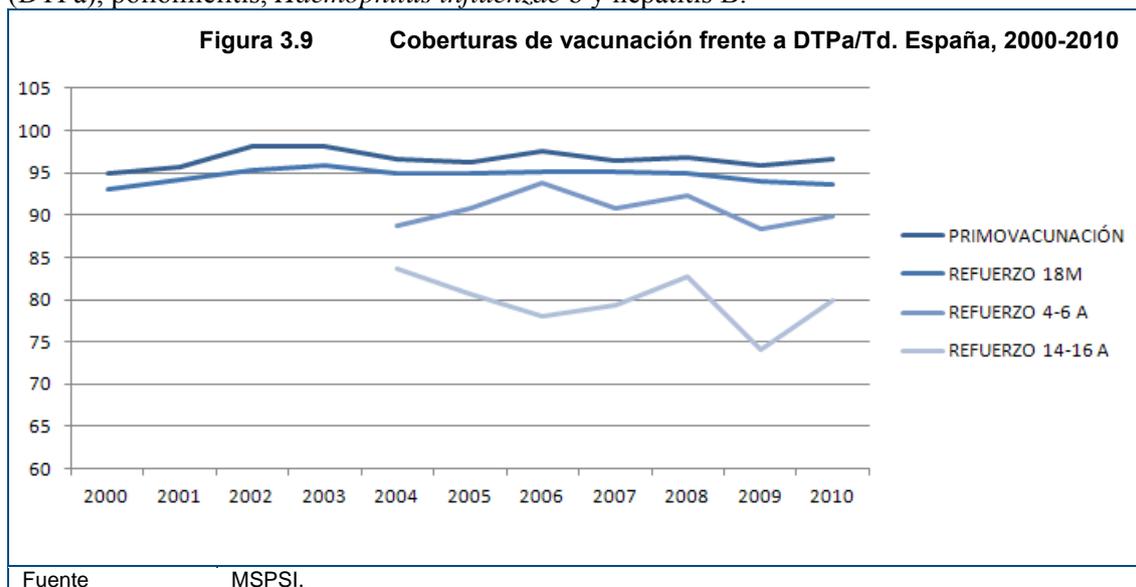
¹⁹ ORDEN SCO/322/2007, de 9 de febrero, por la que se establecen los requisitos de trazabilidad y de notificación de reacciones y efectos adversos graves de la sangre y de los componentes sanguíneos. http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/legislacion/docs/O_322_2007.pdf

²⁰ Informes de Hemovigilancia: <http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/indicadores/indicadores.htm>

3.2 Vacunación

Vacunación infantil

Las coberturas de vacunación infantil en España alcanzan el 95% a nivel estatal desde hace al menos 10 años, como se observa en la [Figura 3.9](#), en la serie primaria de vacunación que incluye a los niños vacunados de 0 a 1 años con tres dosis frente a difteria, tétanos, tos ferina (DTPa), poliomielitis, *Haemophilus influenzae* b y hepatitis B.



Se utiliza como indicador la cobertura alcanzada frente a DTPa, si bien puede hacerse extensivo al resto de las vacunas relacionadas al ser vacunas que se administran, salvo casos muy especiales, de forma combinada en vacunas pentavalentes o hexavalentes. Esta alta cobertura de vacunación permite cumplir con los objetivos de cobertura marcados por la OMS en el marco del Plan de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (objetivo: 95% de cobertura con tres dosis de vacuna frente a la poliomielitis). En el año 2010, dos comunidades autónomas no han alcanzado este objetivo ([Tabla 3.5](#))²¹.

Los últimos datos de la OMS indican una cobertura mundial con tres dosis de DTP que oscila entre el 79 y 82% en los últimos 5 años y a nivel de la Región Europea oscila entre el 95 y 96%²².

Tabla 3.5 Coberturas de vacunación por Comunidad Autónoma. Año 2010.

Comunidad	Cobertura de vacunación, serie primaria	Cobertura de vacunación, dosis de refuerzo 18 m. de polio, DTPa y Hib	Cobertura de vacunación, dosis de refuerzo de DTPa a los 4-6 años	Cobertura de vacunación, dosis de refuerzo de Td a los 14-16 años	Cobertura de vacunación, de SRP 1ª dosis	Cobertura de vacunación, de SRP 2ª dosis
Andalucía	96,4	97,6	82,9	78,1	97,5	85,6
Aragón	97,3	96,1	99,8	80,2	100	95,7

²¹ Coberturas de Vacunación en España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. <http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm>

²² Organización Mundial de la Salud. <http://apps.who.int/ghodata/>

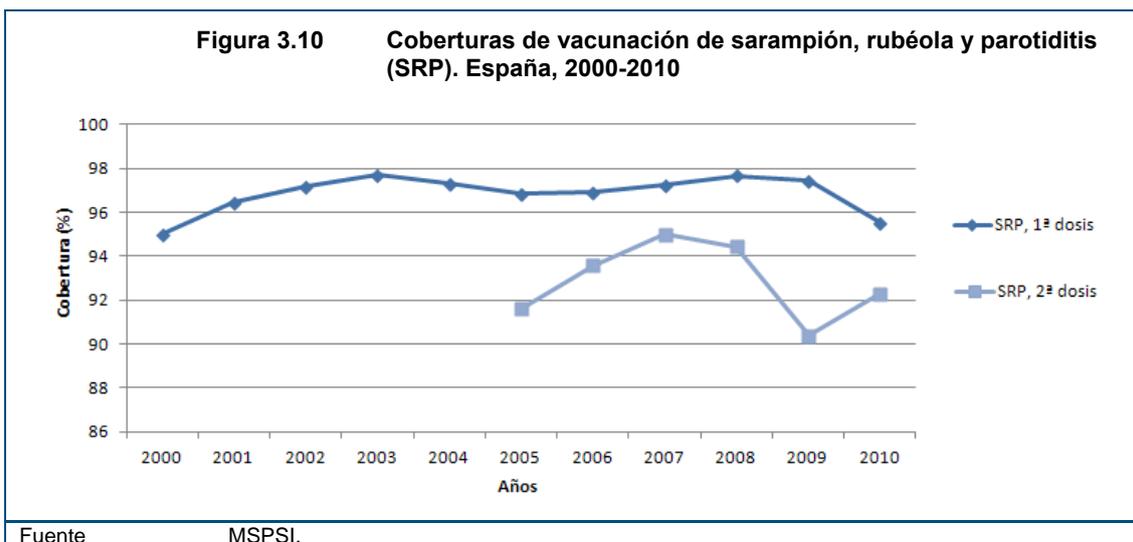
Asturias	99,1	98,3	93,6	84,4	99,1	97,1
Baleares	99,4	92,6	78,9	89,9	97,9	91,5
Canarias	97,3	95,2	81,4	51,7	95,1	92,9
Cantabria	106,1	100,9	94,6	85,7	101	97,7
Castilla y León	96,1	95,2	94,7	80,4	96,7	94,8
Castilla La Mancha	96,1	94,9	93,3	86,2	95,4	93,3
Cataluña	94,5	86,7	83	82,3	89,4	93
C. Valenciana	99,4	96,2	95,8	88,6	96,4	95,3
Extremadura	92,4	90	69,4	40,5	96,5	89,1
Galicia	97,6	93,8	96,2	82,9	99	96,4
Madrid	97,6	94,3	96,4	86,1	96,1	96,7
Murcia	95,4	90,7	83,4	70,2	95,7	83,4
Navarra	92,8	92,7	101,6	91,5	93,6	93
P. Vasco	**	**	**	**	**	**
La Rioja	98,5	97,3	98,8	95,7	98,1	95,7
Ceuta	105,4	108	63	53,5	117,6	77,6
Melilla	97,6	89,3	61,5	69,3	97,5	80,1
TOTAL	96,6	93,7	88,9	80	95,5	92,3
Observaciones	Observaciones: Serie primaria: Cobertura de vacunación en niños de 0 a 1 año de la serie básica de vacuna (3 dosis), frente a poliomielitis, difteria, tétanos y tos ferina, Haemophilus influenzae b (Hib) y hepatitis B. DTPa: Difteria, tétanos y tos ferina. Td: Tétanos y difteria. SRP 1ª dosis: Sarampión, rubéola y parotiditis, primera dosis administrada entre los 12-15 meses. SRP 2ª dosis: Sarampión, rubéola y parotiditis, segunda dosis administrada entre los 3-6 años. ** no hay datos disponibles					
Fuente	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.					

También se mantienen altas coberturas de vacunación, en torno al 95%, en las dosis de refuerzo administradas a los 18 meses, si bien en el año 2010 han descendido ligeramente alcanzando el 93,7%. Descienden las coberturas en las consecutivas dosis de refuerzo: las administradas a los 4-6 años se han mantenido en los últimos 7 años en torno al 90%, y las correspondientes a los 14-16 años han oscilado entre el 75 y el 85% (Figura 3.9).

Las coberturas alcanzadas en el año 2010 en las diferentes comunidades autónomas, para las dosis de refuerzo, presentan una mayor diferencia que la observada en la serie primaria de vacunación, entre 6 y 8 comunidades autónomas no alcanzan la cobertura estatal.

En la vacunación frente a sarampión, rubéola y parotiditis se han alcanzado coberturas superiores al 95%, al menos en los últimos 10 años, a nivel estatal. Esto permite cumplir con uno de los dos objetivos del Plan de Eliminación del Sarampión en la Región Europea (95% en las dos dosis). No se cumple el objetivo del 95% para la segunda dosis, que ha oscilado en los últimos años entre el 90 y 95% (Figura 3.10). En 2010 la cobertura alcanzada ha sido de 92,3%, con un rango amplio entre las comunidades autónomas: 77,6% - 97,1%¹⁰. Los últimos datos de la OMS indican una cobertura mundial en la primera dosis de sarampión que oscila en los últimos 5 años entre el 76 y 82% y a nivel de la Región Europea oscila entre el 92 y 94%²³.

²³ Organización Mundial de la Salud. <http://apps.who.int/ghodata/>



Vacunación de la gripe en ancianos

En el año 2010, la cobertura de vacunación de gripe en mayores de 65 años ha descendido a un 56,9% a nivel estatal, descenso importante ya que en las últimas temporadas estacionales de gripe la cobertura de vacunación en este grupo de riesgo ha oscilado en torno al 65%²⁴. El descenso de la cobertura se ha registrado en todas las CCAA excepto en Extremadura que ha alcanzado una cobertura del 69,4%, superior a la de la temporada anterior que fue del 68% (Tabla 3.6).

²⁴ Coberturas de Vacunación en España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. <http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm>

Tabla 3.6 Cobertura de vacunación antigripal en >= 65 años, por Comunidad Autónoma. Temporada estacional 2010-2011.

Comunidad Autónoma	Cobertura de vacunación de gripe en >=65 años
Andalucía	50,7
Aragón	59,1
Asturias	58,9
Baleares	51,5
Canarias	58,1
Cantabria	63,3
Castilla y León	70,5
Castilla-La Mancha	56,7
Cataluña	54,0
Comunidad Valenciana	52,4
Extremadura	69,4
Galicia	55,4
Madrid	60,8
Murcia	51,3
Navarra	60,1
País Vasco	**
La Rioja	69,7
Ceuta	47,7
Melilla	32,7
Total	56,9
Observaciones	Del País Vasco no hay datos disponibles al cierre del presente informe.
Fuente	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

En una encuesta realizada por VENICE (*Vaccine European New Integrated Collaboration Effort*)²⁵ a los 27 Estados Miembros de la Unión Europea, Noruega e Islandia, sobre cobertura de vacunación de gripe en personas mayores durante los años 2008 y 2009, la media de cobertura oscilaba entre 1,1% y 82,6%. España figura como el cuarto país en cobertura precedido por Francia, Reino Unido y Holanda; sólo este último país superaba el 75% de cobertura.

Vacunación internacional

En España hay 84 Centros de Vacunación Internacional, 31 de los cuales están gestionados por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en conjunto con el Ministerio de Política Territorial y Administración Pública; el resto dependen de las Comunidades Autónomas.

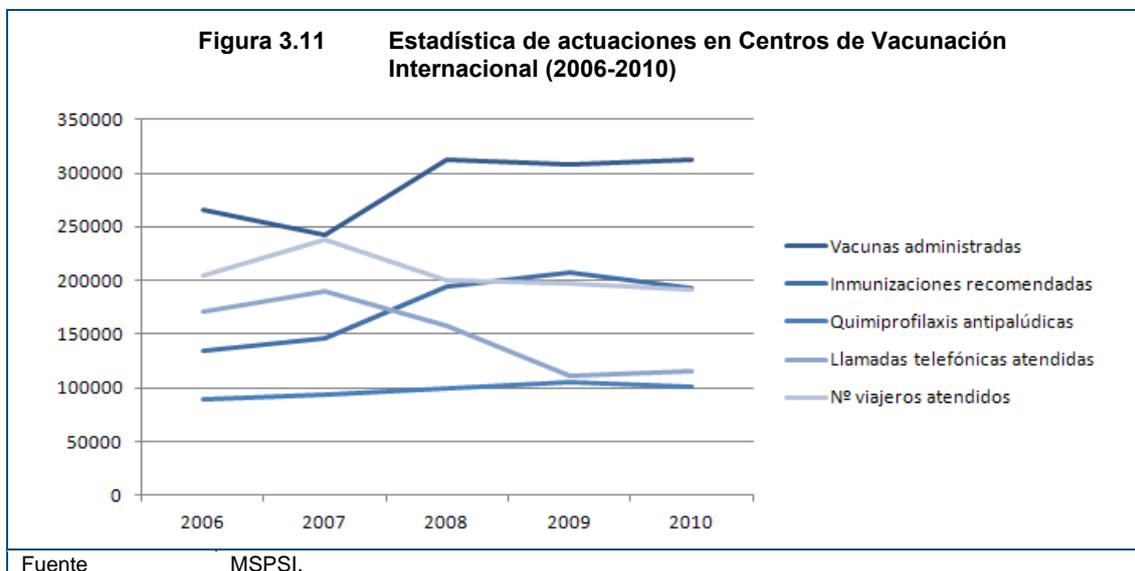
Los centros gestionados por el ministerio tienen habilitado un sistema de cita previa, ya sea por vía telefónica o a través de la página Web²⁶, para evitar esperas y hacer posible la mejor atención sanitaria. Se recomienda consultar, un mes o mes y medio antes del viaje, con un centro de vacunación internacional para conocer la situación sanitaria del país y las medidas de prevención que deban adoptarse.

Las vacunas que se recomiendan en estos centros son, además de las obligatorias (como requisito internacional de entrada en el país), las específicas en función de las condiciones sanitarias asociadas a las características del destino, del tipo de viaje y del viajero.

²⁵ J Mereckiene, S Cotterl, F D'Ancona, C Giambi, A Nicoll, D Lévy-Bruhl., P L Lopalco, J T Weber, K Johansen, L Dematte, S Salmaso, P Stefanoff, D Greco, F Dorleans, A Polkowska, D O'Flanagan.. Differences in national influenza vaccination policies across the European Union, Norway and Iceland 2008-2009. <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V15N44/art19700.pdf>

²⁶ www.mspsi.gob.es/sanitarios/consejos/vacExt.do

A lo largo de los años se ha visto un incremento significativo del número de viajeros internacionales que acuden a los centros de Vacunación Internacional. Sin embargo, a pesar de este incremento, más del 80% de los viajeros que realizan algún viaje a países con riesgo sanitario no acuden a los Centros de Vacunación Internacional (Figura 3.11).

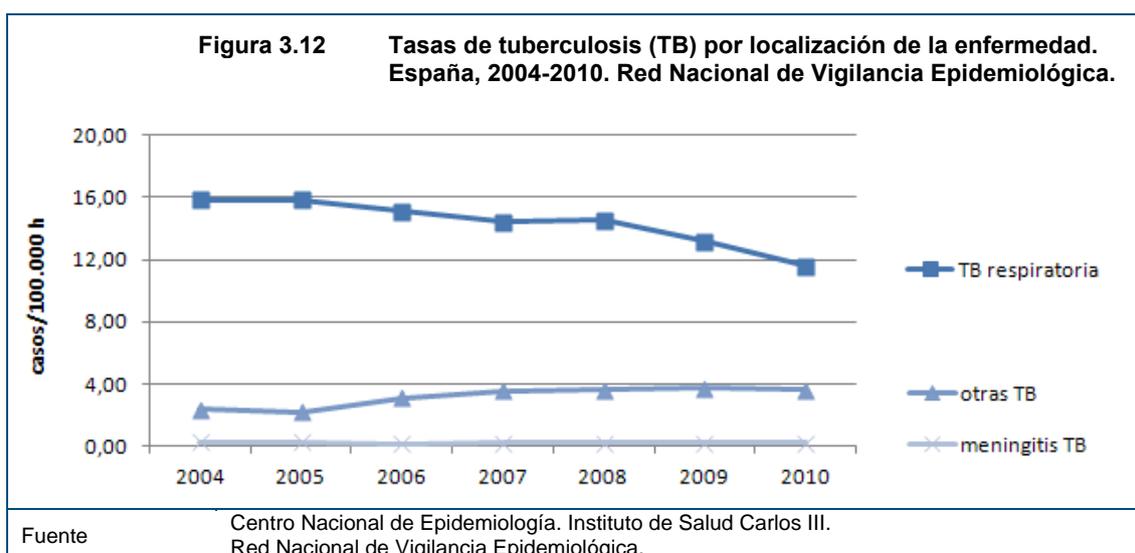


3.3 Tuberculosis

En España, en el año 2010 se declararon a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica 7.088 casos de tuberculosis, lo que equivale a una tasa nacional de incidencia de 15,38 casos por 100.000 habitantes²⁷. Respecto a la prevalencia, las últimas estimaciones de la OMS, señalan para España una prevalencia de 20 casos por 100.000 habitantes para 2009 (rango 6,7-35).

Hasta el año 2004 sólo eran de declaración obligatoria en el nivel estatal los casos de tuberculosis respiratoria y meningitis tuberculosa, y a partir de ese año se añadieron las tuberculosis de otras localizaciones. Desde 2004, las tasas de incidencia de tuberculosis respiratoria muestran una tendencia descendente, pasando de 15,85 casos por 100.000 habitantes en 2004 a 11,55 en 2010. Las tasas de meningitis tuberculosa se han mantenido prácticamente estables, pasando de 0,26 en 2004 a 0,21 casos por 100.000 habitantes en 2010, mientras que las tasas de tuberculosis de otras localizaciones han aumentado (de 2,39 a 3,62 en el mismo período), debido a una mejora paulatina en la recogida de la información en el nivel nacional (Figura 3.12). De los 7.088 casos declarados en 2010, 5.323 corresponden a tuberculosis respiratoria, 96 a meningitis tuberculosa y 1.669 a tuberculosis de otras localizaciones.

²⁷ Datos correspondientes a 14 de junio de 2011. Poblaciones: INE, Estimaciones de la Población Actual en 2010.



La distribución de las tasas de incidencia por Comunidades Autónomas es desigual, siendo Galicia, Melilla y Cantabria las que presentaban tasas más elevadas. No obstante, las comunidades con mayor número de casos son Cataluña, Madrid y Andalucía (Tabla 3.7).

Tabla 3.7 Casos y tasas de tuberculosis por 100.000 habitantes. Datos nacionales y por Comunidades Autónomas. España, 2010.

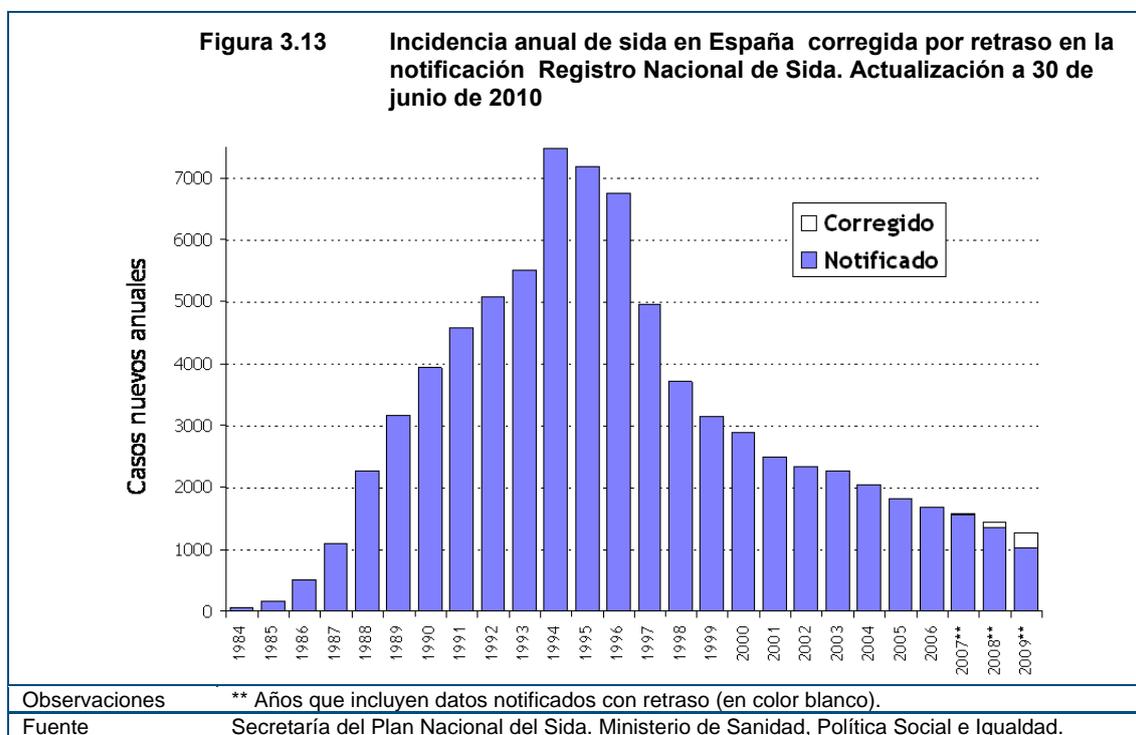
Comunidad Autónoma	nº de casos	tasa/100.000 h
Andalucía	921	11,2
Aragón	260	19,8
Asturias	155	14,7
Baleares	144	13,3
Canarias	180	8,6
Cantabria	121	20,9
Castilla y León	247	12,1
Castilla-La Mancha	421	16,9
Cataluña	1.427	19,5
Comunidad Valenciana	663	13,3
Extremadura	88	8,1
Galicia	782	28,6
Madrid	977	15,4
Murcia	178	12,1
Navarra	52	8,4
País Vasco	391	18,3
La Rioja	55	17,5
Ceuta	5	6,6
Melilla	21	28,4
Total	7.088	15,4
Fuente	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.	

En Europa, la vigilancia de la tuberculosis se realiza por el Centro Europeo para la Prevención y Control de las Enfermedades (ECDC), en coordinación con la Oficina Regional de la OMS en la Región Europea. Los datos del último informe, correspondientes a 2009, incluyen a España entre los países considerados de baja incidencia (menos de 20 casos por 100.000 habitantes), con una tasa de 16,60 casos por 100.000 habitantes. Todos los países de la Unión Europea/Área Económica Europea (UE/AEE) tienen una tendencia descendente en las tasas de tuberculosis en los últimos 5 años. No obstante, en cuanto a número de casos, y dentro de esta

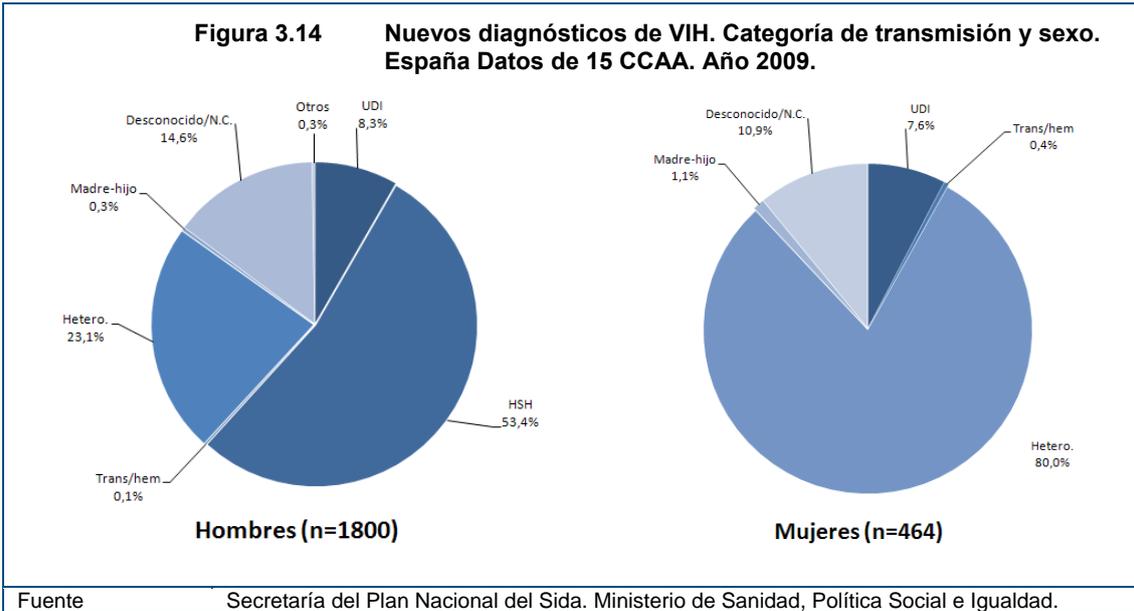
área, España es uno de los 7 países que declaran más de 3.000 casos, junto con Alemania, Francia, Italia, Polonia, Reino Unido y Rumania. Estos siete países concentran el 75% de los casos de la UE/AEE en el año 2009.

3.4 Infección por VIH

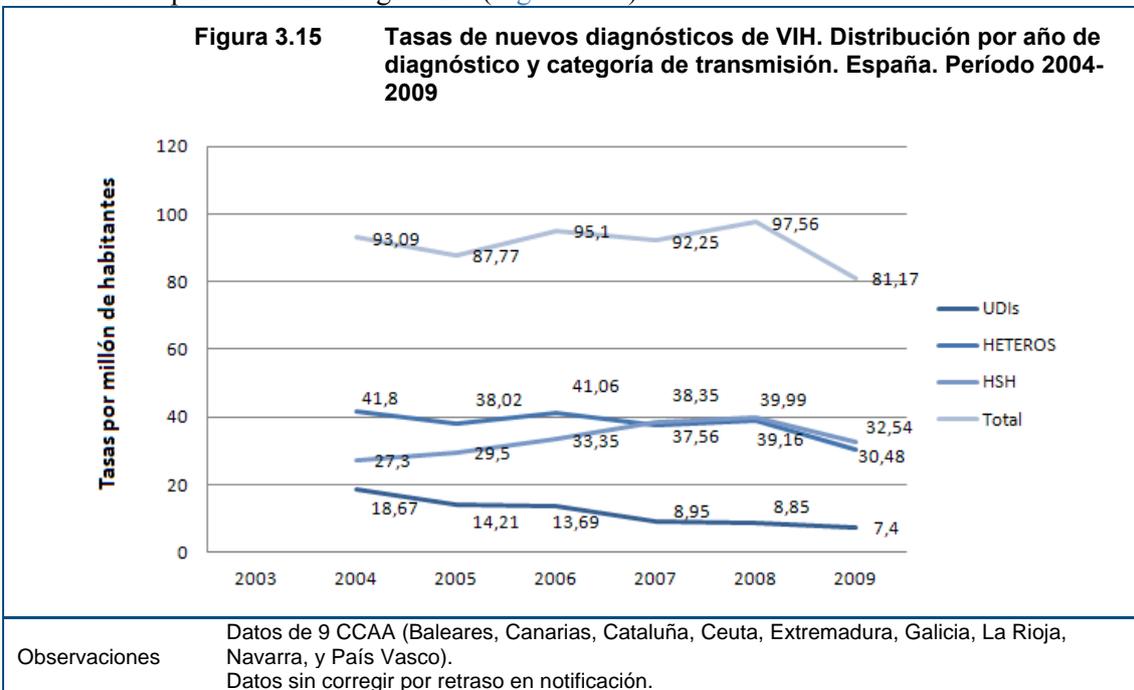
Se estima que actualmente viven en España entre 120.000 y 150.000 personas infectadas con el VIH. Según los datos del Registro Nacional de Sida, desde el inicio de la epidemia en España se han notificado un total de 79.363 casos de sida. Se estima, tras corregir por retraso en la notificación, que en 2009 se diagnosticaron en España 1.200 casos de sida. Tras alcanzar su cénit a mediados de la década de los 90, el número de casos notificados de sida ha experimentado un progresivo declive, de forma que los notificados en 2009 suponen un descenso del 82,2% respecto a los notificados en 1996, año previo a la generalización de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad (Figura 3.13).



Según los datos del Sistema de Información de Nuevos Diagnósticos de Infección por VIH, en 2009 se recibió información de las 15 CCAA participantes en este sistema de información y se notificaron 2.264 nuevos diagnósticos de VIH, lo que supone una tasa de 79,3/millón de habitantes. Casi el 80% son hombres y la edad media fue de 37 años. La transmisión en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH) fue la más frecuente, 42,5%, seguida de la heterosexual, 34,5%, y la que se produce entre usuarios de drogas inyectadas (UDI), 8,1%. El 37,6% de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH se realizó en personas originarias de otros países (Figura 3.14).



En el período 2004-2009, pueden apreciarse diferentes tendencias en la incidencia según mecanismo de transmisión: la tendencia es descendente en los nuevos diagnósticos de VIH en UDI (18,7/millón de habitantes en 2004 frente a 7,4/millón en 2009); en la transmisión heterosexual las tasas tienden a estabilizarse (41,8/millón en 2004, frente a 39,2 en 2008, y 30,5 en 2009), sobre todo teniendo en cuenta el retraso en la notificación; y aumentan claramente los nuevos diagnósticos en hombres que mantiene relaciones sexuales con hombres(HSH) (27,3/millón en 2004 frente a 39,9 en 2008, y 30,5 en 2009). Dado el peso creciente que esta última categoría de transmisión tiene en el conjunto de los nuevos diagnósticos, el incremento en sus tasas repercute sobre las globales (Figura 3.15).



El porcentaje de personas diagnosticadas cuyo país de origen es extranjero es cada vez mayor, pasando de un 31% en 2004 a un 36,3% en 2009. Pero este aumento porcentual no se acompaña de una elevación importante del número de casos, que ha pasado de 472 en 2004 a 502 en 2009. La procedencia de Latinoamérica presenta una tendencia ascendente en el porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH respecto al global en el período analizado, mientras que la procedencia desde el África sub-Sahariana permanece estable.

Al analizar la evolución del porcentaje de retraso diagnóstico a lo largo de los años del período se observa una tendencia descendente, desde un 56% de los casos en el año 2004 a un 51% en 2009. Dicho descenso se observa en todas las categorías de transmisión, pero es más evidente en el grupo de HSH, con un descenso desde el 51% en 2004 hasta un 45% en 2009.

La tasa global de nuevos diagnósticos de VIH en España se sitúa en un nivel similar al de países de nuestro entorno, como Francia, Bélgica o Irlanda. Sin embargo, a pesar de la indudable mejora respecto a décadas pasadas, las tasas españolas se encuentran por encima de la media del conjunto de países de la Unión Europea.

La epidemia, aunque con un perfil muy distinto al que presentaba a mediados de los años 90, continúa siendo un problema social y de salud pública de gran relevancia en España. Los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia han supuesto un avance fundamental, con un impacto muy positivo en la supervivencia y la calidad de vida de las personas infectadas y, según la evidencia disponible actualmente, con un efecto considerable en la disminución de nuevas transmisiones. Sin embargo, el aumento de la prevalencia de personas infectadas debido a la disminución de la mortalidad, y el inicio del tratamiento en fases cada vez más tempranas de la infección, tienen un peso considerable en el presupuesto sanitario del Sistema Nacional de Salud. La sostenibilidad de la respuesta a la epidemia de VIH pasa inevitablemente por mejorar y fortalecer la prevención primaria y el diagnóstico precoz de la infección, potenciando intervenciones específicas coordinadas que tengan como grupo diana a los grupos de la población más vulnerables a la infección y que busquen sinergias con otros problemas de salud, entre ellos las Infecciones de transmisión sexual (ITS). Además, es necesario que aspectos sociales fundamentales, tales como la discriminación que continúan sufriendo las personas con VIH, se tomen en consideración en el diseño e implementación de estrategias de intervención. Para todo ello, es imprescindible reforzar las estructuras de coordinación de la respuesta a nivel regional y nacional tal y como recomiendan la OMS y ONUSIDA y se ha suscrito en los compromisos internacionales.

El Plan Multisectorial frente a la infección por el VIH y el Sida 2008-2012²⁸ y los planes que le sucedan, así como los planes autonómicos de sida, constituyen el marco adecuado y necesario para coordinar todas las actuaciones que los distintos sectores implicados han de desarrollar para limitar el grave impacto de la epidemia de VIH en la sociedad española y dar los pasos necesarios que conduzcan a su control y futura erradicación.

²⁸ Plan Multisectorial frente a la infección por el VIH y el Sida 2008-2012
<http://www.mspsi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PMS200812.pdf>

3.5 Salud de la mujer, recién nacido, infancia y adolescencia

En 2010, se ha aprobado la nueva Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, en vigor desde el 5 de julio de ese año²⁹. Se ha creado un nuevo aplicativo on line para la recogida de datos de la información facilitada por todas las CCAA sobre la práctica de la IVE en sus respectivos territorios, que ha entrado en funcionamiento en 2011.

En la Tabla 3.8 y la Tabla 3.9 se presentan los datos definitivos de IVE en España correspondientes al año 2009. En 2010, cabe destacar por su trascendencia la elaboración del Plan Estratégico Nacional de la Infancia y Adolescencia 2011-2014 (PENIA II)³⁰. En el área de salud, junto con el Observatorio de la Infancia, se presentó ante la ONU, el informe sobre el cumplimiento de España de la Convención de los derechos del niño en relación con la salud³¹ y la elaboración de *Guidelines on child-friendly healthcare* del Consejo de Europa para su aprobación en el Consejo de Ministros de este organismo en 2011.

Tabla 3.8 I.V.E. en mujeres menores de 20 años, según comunidad autónoma de residencia. Total Nacional 2000-2009.

	Año de intervención									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
TOTAL NACIONAL	9.204	9.918	10.659	10.957	12.046	12.883	13.894	15.307	14.939	13.967
Andalucía	1.838	2.117	2.272	2.500	2.794	2.979	3.096	3.281	3.198	3.152
Aragón	194	246	268	255	281	336	354	394	364	295
Asturias	265	198	213	216	242	211	220	178	181	192
Baleares	306	341	356	320	349	357	383	438	377	360
Canarias	473	641	609	574	595	641	714	781	672	593
Cantabria	60	53	55	53	58	58	69	57	84	105
Castilla-La Mancha	237	252	270	289	319	398	437	494	551	483
Castilla y León	332	377	380	400	420	416	440	499	537	461
Cataluña	1.941	1.938	2.010	2.015	2.117	2.158	2.394	2.657	2.730	2.592
Comunidad Valenciana	998	1.047	1.101	1.071	1.209	1.288	1.452	1.637	1.625	1.439
Extremadura	159	184	196	169	236	238	236	245	265	243
Galicia	362	349	356	363	375	399	362	400	296	454
Madrid	1.161	1.265	1.535	1.616	1.765	1.928	2.227	2.530	2.497	2.140
Murcia	309	331	365	374	397	471	478	600	669	570
Navarra	56	40	52	56	70	93	74	95	111	93
País Vasco	168	150	168	193	217	248	283	356	320	300
La Rioja	35	35	45	48	46	57	53	55	71	45
Ceuta y Melilla	20	17	23	21	19	29	19	24	19	17
Fuente	Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad.									

²⁹ Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf>

³⁰ Plan Estratégico Nacional de la Infancia y Adolescencia (PENIA). MTAS. http://tv_mav.cnice.mec.es/pdf/Plan_Estrat_Inf_Ad.pdf

³¹ ONU: Convención sobre los derechos del niño. Examen de los informes presentados por los Estados partes. <http://www.observatoriodelainfancia.mspes.es/productos/docs/convencionDerechosNino.pdf>

Tabla 3.9 I.V.E. Número según CCAA de residencia y grupo de edad. Total Nacional 2009.

	Edad								
	TOTAL	<15 años	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años	>44 años
TOTAL I.V.E.	111.482	456	13.511	26.275	27.070	22.747	15.318	5.624	481
Andalucía	20.543	94	3.058	5.312	4.939	3.753	2.394	900	93
Aragón	2.824	8	287	641	703	595	425	153	12
Asturias	1.650	8	184	340	391	354	253	108	12
Baleares	3.175	16	344	687	815	644	468	185	16
Canarias	4.542	18	575	1.055	1.045	895	653	265	36
Cantabria	940	3	102	198	220	192	164	57	4
Castilla-La Mancha	3.534	19	464	884	812	704	471	163	17
Castilla y León	2.921	10	451	738	657	502	408	138	17
Cataluña	24.490	77	2.515	5.518	5.978	5.568	3.535	1.199	100
Comunidad Valenciana	10.783	54	1.385	2.454	2.672	2.146	1.489	542	41
Extremadura	1.373	8	235	337	289	219	192	83	10
Galicia	3.208	14	440	733	710	654	446	197	14
Madrid	20.191	65	2075	4809	5111	4216	2837	1022	56
Murcia	4.854	15	555	1138	1258	1002	626	244	16
Navarra	689	9	84	136	163	146	105	43	3
País Vasco	3.023	10	290	656	734	658	497	165	13
La Rioja	507	3	42	114	120	116	80	30	2
Ceuta	27	0	1	10	10	3	1	1	1
Melilla	77	0	16	23	21	8	5	4	0
No residentes	2.130	25	408	492	422	372	268	125	18
No consta	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Fuente	Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad.								

3.6 Sanidad ambiental

Aspectos generales

Las líneas de acción de la Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral se realizan mediante la ejecución de las competencias exclusivas del Estado, no transferidas a las comunidades autónomas. La pertenencia a la Unión Europea obliga a los estados miembros a cumplir las Directivas, Decisiones y Reglamentos sobre sanidad ambiental. La gran mayoría de estas competencias tienen como objetivo el control de los efectos de los factores ambientales sobre la salud humana instaurando procedimientos que permitan mejorar la evaluación y prevención del riesgo.

Se elaborarán los proyectos de las disposiciones generales para la tramitación de directivas comunitarias destinadas a la protección sanitaria frente a riesgos ambientales para la salud humana. Se participará en Consejos Nacionales y en diversos foros nacionales e internacionales para la elaboración de políticas sanitarias.

Sistemas de información

Sistema de información nacional de agua de consumo. SINAC

SINAC es un sistema de información sanitario que recoge datos sobre las características de los abastecimientos y la calidad del agua de consumo humano de todas las zonas de abastecimiento mayores de 50 habitantes. Se lanzó en Web en 2003³².

La unidad de información es la zona de abastecimiento (ZA). Durante el año 2010 hubo 9.041 ZA notificadas en SINAC, de las cuales 6.584 ZA notificaron algún boletín de control de calidad del agua de consumo. Se muestrearon 40.383 puntos de muestreo distintos notificándose un total de 583.230 boletines de análisis de agua de consumo con más de 3 millones de determinaciones de posibles contaminantes. En los últimos años se ha incrementado el acceso al SINAC, tanto a nivel ciudadano como profesional llegando a más de 1,2 millones de accesos en el año 2010. La calidad del agua de consumo fue **apta para el consumo en el 99,5%** de los boletines de análisis notificados. El 13% de las zonas de abastecimiento tuvieron más del 5% de los boletines de análisis con la calificación de agua no apta para el consumo y correspondía al 3% de la población española censada a 1 de enero de 2010.

Sistema de información nacional de aguas de baño. NAYADE

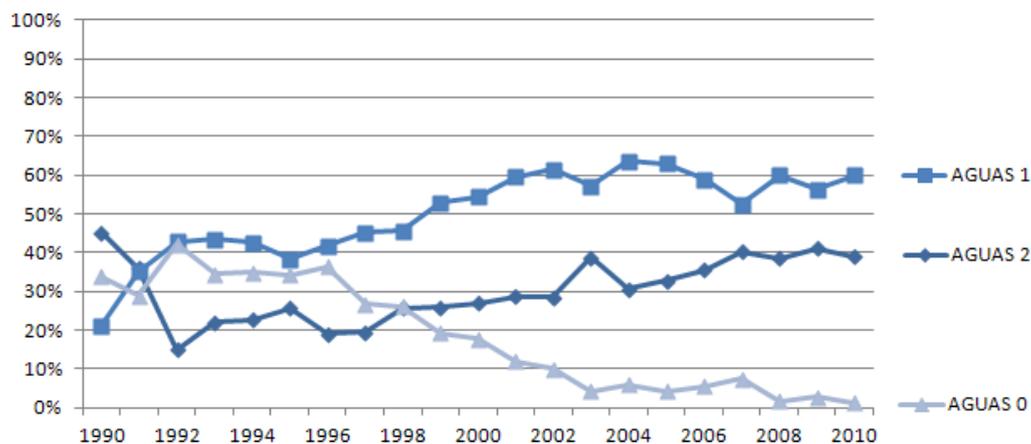
NAYADE es un sistema de información sanitario que recoge datos sobre las características de las playas y la calidad del agua de baño, tanto continental como marítima. Se lanzó en Web en 2008³³. Durante la temporada de baño del año 2010 se controlaron 1.846 playas, donde se muestrearon 2.144 puntos distintos y se realizaron 25.323 análisis con más de 51.000 determinaciones de parámetros indicadores. En cuanto a accesos al sistema en el año 2010 hubo más de 63.000 accesos tanto de ciudadanos como de profesionales. En la [Figura 3.16](#) se presenta la evolución de la calidad de las aguas de baño y se detallan en los gráficos las aguas de baño continentales (ríos y embalses) y las playas marítimas.

³² <http://sinac.mspsi.es>

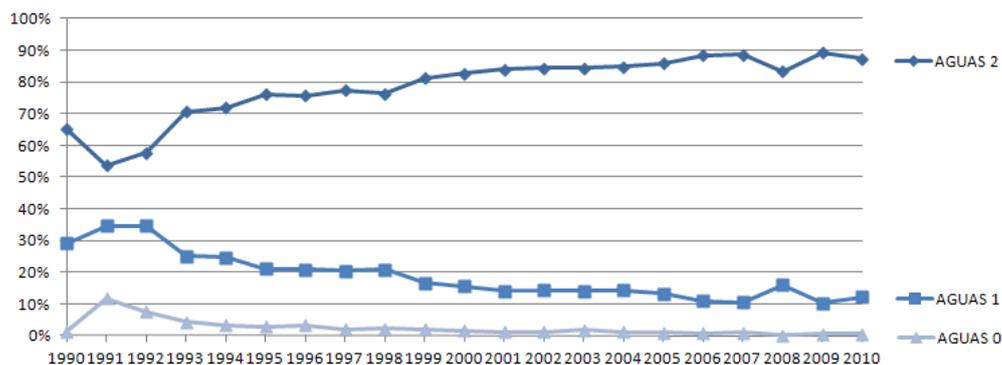
³³ <http://nayade.mspsi.es>

Figura 3.16 Evolución de la calidad de las aguas de baño continentales y marítimas

Aguas continentales



Aguas marítimas



Observaciones
 Aguas 2 – Muy buena calidad.
 Aguas 1 – Buena calidad.
 Aguas 0 – Mala calidad.

Fuente: DGSP y SE.MSPSI.

Sistema de intercambio rápido de información de productos químicos SIRIPQ

El SIRIPQ es un sistema de información a nivel nacional cuyo objetivo es el intercambio rápido de las irregularidades relacionadas con los productos químicos (etiquetado, comercialización composición, etc.).

Durante el año 2010 se produjeron 141 comunicaciones, un 97,87% está relacionada con irregularidades en la comercialización de productos químicos y el 2,13%, restante se refiere a consultas o traslados de información.

De los 243 productos que presentaron irregularidades el 46,2% fueron biocidas y el 39,5% productos para el tratamiento de aguas. El origen de las incidencias fue comunicada en el 87,2% de los casos por las comunidades autónomas (Andalucía, Murcia, Madrid y Comunidad Valenciana) y el 11,4% por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Las infracciones más frecuentes fueron: comercialización sin registro u homologación 151 (58,1%). irregularidades en los sistemas de información: etiqueta y/o ficha de datos de seguridad y/o ficha técnica y/o información en la página Web 69 (26,50%).

Sistema de información ambiental, vigilancia de la morbilidad y monitorización de la mortalidad con excesos de temperaturas

El objetivo del Plan Nacional de Acciones Preventivas contra los Efectos del Exceso de Temperaturas sobre la Salud, es el de prevenir y reducir los efectos negativos que el calor excesivo tiene sobre la salud de los ciudadanos, especialmente entre los colectivos más vulnerables, como ancianos, niños, enfermos crónicos y personas socialmente más desfavorecidas.

El Plan ha permanecido activado, entre el 1 de junio y el 15 de septiembre. Este año no se ha activado en ninguna ocasión el nivel de alerta máximo o rojo del Plan.

Se han revisado los umbrales térmicos que definen los distintos niveles de alerta: nivel 0 o verde (ausencia de riesgo), nivel 1 o amarillo (bajo riesgo), nivel 2 o naranja (riesgo medio) y nivel 3 o rojo (alto riesgo). Así mismo, se ha activado el envío de mensajes SMS a las autoridades autonómicas en el caso de los niveles de alerta naranja y rojo. Esta información se ha ido actualizando diariamente en la página web del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad³⁴ y se ha habilitado para los ciudadanos la posibilidad de suscribirse para recibir información a través de mensajes SMS y correo electrónico.

Los datos más representativos de la evolución del mapa de niveles de alerta durante este verano se observan en la [Tabla 3.10](#).

	NIVEL 0	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	TOTAL
N=5.564	97,37%	2,41%	0,22%	0,00%	100,00%
Fuente	Plan Nacional de Acciones Preventivas contra los Efectos del Exceso de Temperaturas sobre la Salud. MSPSI.				

Los servicios sanitarios de las comunidades autónomas han comunicado al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad un total de 15 fallecimientos durante este verano atribuibles a golpe de calor (10 hombres, 4 mujeres y 1 niño).

Las defunciones se han producido en: Andalucía (4), Extremadura (2), Galicia (1), Murcia (2), Navarra (1), Comunidad Valenciana (4), Cataluña (1).

En la [Figura 3.17](#) se puede observar la evolución de los fallecimientos por exceso de temperatura en los últimos años.

³⁴ www.mspsi.es



3.7 Alertas sanitarias

El Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) es la unidad de coordinación de la información y la respuesta ante situaciones de alerta y emergencia sanitarias nacionales e internacionales que supongan una amenaza real o potencial para la salud de la población.

Con objeto de proporcionar a los responsables de salud pública la detección temprana de las amenazas potenciales para la salud y permitir una respuesta adecuada en caso necesario a nivel nacional y comunitario, diariamente, se realizan actividades de “inteligencia epidemiológica” que consisten en la búsqueda, verificación, análisis y evaluación de los eventos de salud pública que pueden representar una amenaza para la salud pública. Esta información se remite a los responsables de vigilancia epidemiológica y alertas de cada comunidad y ciudad autónoma, unidades del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y unidades de alertas de otros ministerios.

Durante el año 2010, del total de alertas de salud pública detectada, el CCAES ha intervenido en **treinta y dos de ellas**, dieciséis de ámbito nacional y dieciséis de ámbito internacional. Las más destacadas han sido: el brote de sarampión ocurrido en Bulgaria y los casos relacionados detectados en España; el brote equino de fiebre por el Virus del Nilo Occidental (VNO) y los dos casos humanos detectados en Andalucía; el primer caso autóctono de paludismo ocurrido en Aragón y; el brote de casos de infección por virus de hepatitis C (VHC) detectado en pacientes escoceses atendidos en un centro de hemodiálisis en Baleares.

El **sarampión** es una enfermedad sujeta a un Plan Nacional de eliminación en el marco del Plan de la OMS cuyo objetivo es que toda la región de Europa de la OMS esté libre de esta enfermedad para el año 2015. El brote de Bulgaria comenzó en abril de 2009, después de 7 años sin casos autóctonos, y a raíz de éste varios países de la UE, entre ellos España, tuvieron casos de sarampión durante todo el año 2010. Dada la situación epidemiológica con brotes de gran

magnitud en varios países europeos, se realizó una evaluación del riesgo para Europa coordinada por el Centro Europeo para la prevención y control de enfermedades (ECDC) que contó con una activa participación del Estado español.

En el caso de la **infección por el Virus del Nilo Occidental (VNO)**, se estableció una alerta por tratarse de la primera vez que se detectaban casos de infección aguda por VNO en equinos, con el consiguiente riesgo de transmisión del virus a humanos en el área afectada. Por este motivo, se puso en marcha una respuesta coordinada entre sanidad animal, ambiental y humana y se activó un protocolo de vigilancia activa de casos humanos en el área afectada dando como resultado la detección de dos casos de encefalitis por VNO.

La infección humana por VNO se considera una enfermedad reemergente en Europa desde hace dos décadas y por ello, en España se realizó una evaluación del riesgo en el año 2009 que ha sido revisada en 2010 debido a los acontecimientos ocurridos en nuestro país. A nivel internacional, dado que también se han producido casos de enfermedad humana en los últimos años en Grecia, Hungría, Israel, Italia, Rumania, Portugal, Federación Rusa y Turquía, se realizó una evaluación del riesgo para Europa en la que España participó de forma activa.

Respecto al **paludismo**, España es un país donde la enfermedad fue erradicada en 1964 y su situación actual, definida como “*anofelismo sin paludismo*” con presencia de vectores potenciales transmisores del parásito implicado en la enfermedad, hace necesario que se vigile la reintroducción de la transmisión local. La experiencia ocurrida en Grecia con la aparición de un brote a partir de un caso importado y la notificación en los últimos años en nuestro país de entre 300-400 casos anuales importados de países donde el paludismo es endémico hacen que sea posible la aparición de casos esporádicos. En este contexto surge la alerta por la aparición del primer caso autóctono en Aragón y se realiza una respuesta a la alerta de forma coordinada desde sanidad ambiental y humana, verificándose que se trata de un caso esporádico y no hay evidencias de transmisión local.

La importancia del brote de casos de **infección por virus de hepatitis C (VHC)** en pacientes escoceses atendidos en un centro de hemodiálisis en Baleares radica en su repercusión internacional dado que en dicho centro eran atendidos pacientes en hemodiálisis de varios países europeos y supuso un importante esfuerzo de coordinación para que la investigación epidemiológica y microbiológica tuviera resultados definitivos, como así se consiguió.

El día 10 de agosto de 2010, la Directora de la OMS declaró finalizada la fase de pandemia por gripe A (H1N1) 2009 y el inicio del periodo post pandémico³⁵. En esta fase las acciones deben centrarse en la evaluación de las actividades realizadas tal y como se contempla en los objetivos del Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una pandemia de Gripe elaborado en 2005 y actualizado en 2006³⁶. En este sentido, durante el año 2010 se ha realizado el análisis interno de las actuaciones realizadas a lo largo de la pandemia en materia de vigilancia³⁷ y el análisis de la actuación realizada en materia de vacunas y antivirales³⁸, durante la pandemia de gripe por virus A (H1N1) 2009. Por otra parte, y como resultado del análisis de los datos de la vigilancia epidemiológica establecida durante la pandemia, se han elaborado varias publicaciones científicas y se ha llevado a cabo la coordinación del “*Monográfico sobre la vigilancia epidemiológica y virológica en España durante la pandemia de gripe por el virus (H1N1) 2009*”³⁹ publicado en la Revista Española de Salud Pública en octubre de 2010 que

³⁵ OMS. Declaración de la Directora General después de la novena reunión del Comité de Emergencias. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/9th_meeting_ihr/es/index.html

³⁶ Plan Nacional de preparación y respuesta frente a una pandemia de gripe. <http://www.msps.gov.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/pandemia/home.htm>

³⁷ Informe del análisis de las actuaciones en materia de vigilancia durante la pandemia de gripe por virus A (H1N1)2009. <http://www.msps.gov.es/profesionales/saludPublica/gripeA/docs/informeAnalisisNov2010.pdf>

³⁸ Análisis de la actuación en materia de vacunas y antivirales durante la pandemia de gripe por virus A (H1N1)2009. <http://www.msps.gov.es/profesionales/saludPublica/gripeA/docs/informeSVAdic2010.pdf>

³⁹ Monográfico sobre la vigilancia epidemiológica y virológica en España durante la pandemia de gripe por el virus (H1N1) 2009. Revista Española de Salud Pública. Volumen 84, número 5. Septiembre-Octubre 2010.

cuenta con la participación de profesionales sanitarios de las comunidades autónomas, de otras unidades del Departamento y de profesionales sanitarios de los Ministerios de Ciencia e Innovación y Defensa.

3.8 Seguridad alimentaria y nutrición

En seguridad alimentaria, durante el semestre de Presidencia, las prioridades del Gobierno español se han centrado, principalmente, en seguir desarrollando el esqueleto normativo en esta materia, específicamente en materia de información al consumidor, nuevos alimentos, productos dietéticos e higiene de los productos alimenticios.

Comité Científico

El Comité Científico de la AESAN proporciona informes científicos en materia de seguridad alimentaria y nutrición, define el ámbito de los trabajos de investigación necesarios para las funciones de la Agencia y coordina los trabajos de los grupos de expertos que realicen actividades de evaluación de riesgos (químicos, biológicos, nutricionales, físicos y tecnológicos) en el marco de las actuaciones de la Agencia.

El Comité está constituido por expertos en distintas áreas: toxicología alimentaria; microbiología, virología, parasitología y zoonosis alimentarias; epidemiología humana y animal; biotecnología y modificación genética; inmunología y alergología; nutrición humana; farmacología; procesos tecnológicos alimentarios y análisis e instrumentación.

En 2010 se ha publicado la convocatoria para la renovación del Comité Científico. La convocatoria estuvo abierta desde el 1 de noviembre hasta el 15 de diciembre y se presentaron 64 candidaturas procedentes de diversas universidades y centros de investigación.

Plan Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria

En la Unión Europea existe un conjunto amplio de legislación comunitaria para garantizar que los alimentos y los piensos sean seguros y salubres, y cubre todas las etapas de la cadena alimentaria, desde la producción primaria hasta la comercialización final de alimentos y piensos.

Esta legislación sobre alimentos, piensos, y animales y plantas, se basa en el principio de que los operadores económicos de las empresas alimentarias y de piensos, agricultores, ganaderos, industriales, distribuidores, transportistas y comerciantes, deben asegurarse del cumplimiento de dicha legislación en lo referente a sus actividades, puesto que son los responsables directos y principales de los alimentos y piensos que se consumen.

España, como Estado miembro de la Unión Europea, está obligada a velar para que los operadores económicos cumplan la legislación comunitaria de seguridad y calidad alimentaria y de piensos y la normativa de sanidad animal, sanidad vegetal y bienestar de los animales.

Para ello, se estableció a nivel comunitario un marco armonizado para la organización de controles oficiales, esto es las actividades que las autoridades competentes de las

http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol84/vol84_5/RS845C_portada.pdf

administraciones públicas realizan para verificar y comprobar que las personas físicas o jurídicas cumplen la legislación y normativa correspondiente, según Reglamento (CE)⁴⁰.

El primer Plan de España, denominado “Plan Nacional de Control de la Cadena Alimentaria 2007-2010”, fue elaborado en el año 2006 y aprobado por la Conferencia Sectorial de Agricultura y Desarrollo Rural del entonces Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación y por la Comisión Institucional de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Tras la auditoría general que la Oficina Alimentaria y Veterinaria de la Comisión Europea realizó en 2008, los cambios normativos y la experiencia y conocimientos adquiridos a lo largo de este primer ciclo, se ha elaborado durante 2009 y 2010 un nuevo Plan.

Para ello se ha trabajado en foros de coordinación a todos los niveles. En primer lugar, se ha continuado con la participación en los foros europeos de coordinación, con la asistencia a sendas reuniones durante el año 2010. También se ha potenciado la colaboración interdepartamental, ya que se constituyó un grupo permanente de trabajo con el Ministerio de Medio Ambiente, Medio Rural y Marino y la Dirección general de Salud Pública y Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. A nivel de la AESAN con las Consejerías de Sanidad y equivalentes de las CC AA, se ha proseguido con los grupos de trabajo creados en su día y que dieron ya sus frutos en la elaboración de formatos homogéneos para la recogida de datos a efectos de elaboración del informe anual de resultados del Plan Plurianual. Este grupo trabajó de forma presencial y no presencial (a través de un e-room creado al efecto). Consecuencia de los trabajos realizados, el 9 de diciembre de 2010 se aprobó en la Comisión Institucional de la AESAN el Plan Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria 2011-2015⁴¹. Este nuevo Plan proporciona a nuestro país un marco sólido, estable y a la vez flexible, para la realización del control oficial sobre alimentos y piensos donde administraciones públicas, operadores económicos y consumidores encuentren un referente para obligaciones y garantías. En él se describen, bajo el principio de transparencia de las administraciones públicas, las actividades de control oficial a realizar a lo largo de toda la cadena alimentaria, desde la producción primaria hasta los puntos de venta al consumidor final.

Programa Específico de Control Oficial en Materia de Vigilancia de Zoonosis

El Real Decreto 1940/2004, de 27 de septiembre, sobre la vigilancia de las zoonosis y los agentes zoonóticos, tiene como objeto desarrollar las leyes relativas a la vigilancia de las zoonosis y agentes zoonóticos, incorporando al ordenamiento jurídico interno la Directiva 2003/99/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 17 de Noviembre. Los objetivos de este programa son: asegurar la vigilancia de las zoonosis y de los agentes zoonóticos; asegurar la vigilancia de las resistencias asociadas a los antimicrobianos y asegurar la investigación epidemiológica de los brotes de zoonosis en el ser humano, de forma que pueda recogerse la información necesaria para evaluar las fuentes y tendencias pertinentes.

Es de aplicación a todo el territorio español y establece los mecanismos de recogida, análisis y publicación de las fuentes y tendencias de las zoonosis y agentes zoonóticos a nivel nacional. En el año 2005 se puso en marcha el nuevo sistema de comunicación de datos sobre zoonosis a la Comisión a través de internet creado por la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA), continuando su desarrollo durante los años posteriores. Basado en este, durante 2010 se ha implantado dentro de la aplicación informática de AESAN un módulo específico para las

⁴⁰ Reglamento (CE) nº 882/2004, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre los controles oficiales para garantizar la verificación del cumplimiento de la legislación en materia de piensos y alimentos y la normativa sobre sanidad animal y bienestar de los animales.

⁴¹ http://www.aesan.mspsi.es/AESAN/web/control_oficial/seccion/plan_plurianual_control_oficial.shtml

zoonosis donde las CCAA han podido introducir los datos respectivos de 2009; ello redunda en la optimización del envío, tratamiento y archivo de la información suministrada por las CCAA. Dicho módulo se encuentra en un proceso de mejora y actualización permanentes siguiendo las indicaciones de la EFSA.

A nivel del territorio nacional se ha llevado a cabo dentro del programa de zoonosis⁴² la siguiente actividad en las distintas categorías de productos alimentarios:

Tabla 3.11 Número de muestras por producto alimentario. 2009.			
Producto alimentario	Nº de muestras	No conformes	Porcentaje
Carnes y derivados	9.472	790	8,3
Leche y productos lácteos	3.077	89	2,9
Huevos y derivados	2.691	44	1,7
Otros (Platos preparados)	25.549	329	1,3
TOTAL	40.789	1.252	3,1
Fuente	Memoria AESAN 2010.		

Según el agente zoonótico detectado en dichos productos alimentarios, los resultados se distribuyen de la siguiente manera:

Tabla 3.12 Número de muestras positivas por agente zoonótico. 2009.			
Agente zoonótico	Nº de muestras	No conformes	Porcentaje
Salmonella	22.063	336	1,5
Campylobacter	690	233	33,7
Listeria	14.530	58	4
Yersinia	267	24	9
E. coli VTEC	3.239	76	2,3
TOTAL	40.789	727	1,8
Fuente	Memoria AESAN 2010.		

La detección de otros agentes zoonóticos de importancia para la salud pública se realiza mediante la obligatoria inspección *post-mortem* de los animales sacrificados para consumo humano, para la obtención de carnes rojas, cuyos datos generales en 2009 son:

Tabla 3.13 Inspecciones <i>postmortem</i>. 2009.	
Análisis <i>postmortem</i>	Nº de animales
Investigados en mataderos	55.024.323
Procedentes de matanzas domiciliarias y caza silvestre	259.343
Total	55.263.666
Fuente	Memoria AESAN 2010.

Los datos correspondientes a **zoonosis detectadas en mataderos** son los que se muestran en la [Tabla 3.14](#).

Gestión de la Red de Alerta Alimentaria

La red de alerta alimentaria a nivel nacional es gestionada a través del Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información (en adelante SCIRI). El objetivo fundamental de este sistema es garantizar que los productos alimenticios destinados al consumidor son seguros y no presentan riesgos para su salud. Para conseguir este objetivo, la base primordial es el intercambio rápido de información entre las distintas autoridades competentes, de manera que

⁴² Memoria AESAN 2010.

facilite y permita la actuación frente a los riesgos que, asociados a los productos alimenticios, tengan o puedan tener repercusión directa en la salud de los consumidores.

Tabla 3.14 Agentes zoonóticos en mataderos. 2009.				
ESPECIE ANIMAL	Nº animales sacrificados	Diagnóstico anatomopatológico	Nº animales afectados, decomisos totales y/o parciales	% animales afectados decomisos totales y/o parciales
BOVINO	2.271.834	HIDATIDOSIS	14.357	0,6
		CISTICERCOSIS	4.273	0,2
		BRUCELOSIS	2.627	0,1
		TUBERCULOSIS	8.529	0,4
		OTRAS ZOONOSIS	14.216	0,6
OVINO/CAPRINO	12.791.855	HIDATIDOSIS < 1 AÑO	12.760	0,09
		HIDATIDOSIS > 1 AÑO	74.026	0,005
		CISTICERCOSIS	499.100	3,9
		BRUCELOSIS	471	0,003
		TUBERCULOSIS	200	0,001
		OTRAS ZOONOSIS	6.876	0,05
		HIDATIDOSIS	7.515	0,02
PORCINO	39.929.716	CISTICERCOSIS	5.238	0,01
		BRUCELOSIS	8	0,000002
		TUBERCULOSIS	1.371	0,003
		TRIQUELOSI	59	0,0001
		OTRAS ZOONOSIS	7.371	0,02
		HIDATIDOSIS	45	0,15
EQUINO	30.918	CISTICERCOSIS	21	0,07
		BRUCELOSIS	0	0
		TUBERCULOSIS	0	0
		TRIQUELOSI	0	0
		OTRAS ZOONOSIS	0	0
TOTAL	55.024.323		659.063	1,2
Fuente	Memoria AESAN 2010.			

Este sistema en forma de red funciona de forma ágil y adecuada gracias a la colaboración y participación activa de los distintos puntos de contacto que lo integran. Dentro de este sistema, la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) se constituye como punto de contacto centralizador y coordinador del SCIRI, y de otros sistemas de Red de Alerta Alimentaria como son el Comunitario (Rapid Alert System for Food and Feed-RASFF), y el internacional (INFOSAN).

Datos relativos a las notificaciones gestionadas a través del SCIRI(Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información)

En la tabla adjunta se puede observar la evolución del número de las notificaciones⁴³ de incidencias en productos alimenticios gestionadas en los últimos cinco años dentro del SCIRI:

⁴³ Memoria AESAN 2010

Tabla 3.15 Evolución de las notificaciones en el SCIRI.2006-2010.

	ALERTAS	INFORMACIONES	RECHAZOS	VARIOS
2006	197	1.319	1.225	54
2007	293	1.325	1.210	52
2008	209	1.346	1.353	70
2009	186	1.484	1.413	47
2010	188	1.449	1.479	74
Fuente	Memoria AESAN 2010.			

Durante el año 2010, siguiendo la tónica de los últimos cinco años, han predominado las notificaciones gestionadas como información (1.449) sobre las de alerta (188). Asimismo, a la vista de los datos expuestos, se puede concluir que en el año 2010 se ha mantenido prácticamente estable la tendencia en el número de expedientes gestionados como alerta, si se compara con los datos del año 2009, manteniéndose, por el contrario, creciente, en el caso de los expedientes de información y de rechazo. Si realizamos un estudio de los datos con relación al tipo de productos alimenticios notificados como alerta nos encontramos que a lo largo de 2010, se han gestionado 108 notificaciones correspondientes a productos de origen animal, 65 a productos de origen vegetal, 12 a incidencias relacionadas con materiales en contacto con alimentos y 3 relativas a otros alimentos.

Tabla 3.16 Clasificación de los productos alimenticios notificados como ALERTA a través del SCIRI en el año 2010.

Clasificación general de los productos	Nº de notificaciones
Productos de origen ANIMAL	108
Productos de origen VEGETAL	65
Materiales en contacto	12
Otros productos	3
TOTAL	188
Fuente	Memoria AESAN 2010.

Durante el año 2010 en las notificaciones gestionadas como alerta han predominado al igual que en años anteriores las notificaciones en las cuales los peligros detectados corresponden a peligros de tipo químico, seguidos de los de tipo microbiológico y físico.

Tabla 3.17 Clasificación de los peligros detectados en las notificaciones gestionadas como ALERTA a través del SCIRI (año 2010).

Motivos	Nº Notificaciones
Químicos	100
Biológicos	45
Físicos	10
Otros	33
TOTAL	188
Fuente	Memoria AESAN 2010.

Estrategia NAOS

La reducción del consumo de sal

Existe una fuerte evidencia científica sobre la asociación existente entre el consumo excesivo de sodio, que se ingiere sobre todo en forma de sal en los alimentos, y la incidencia de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, mediadas fundamentalmente por la hipertensión arterial. Por ello, la reducción del consumo de sal se ha convertido en una prioridad para la Comisión Europea como ya se expresó en el Libro Blanco “Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad”. En este sentido, el Grupo de Alto Nivel en Nutrición y Actividad Física, coordinado por la Comisión Europea y en el que están representados cada uno de los Estados Miembros de la Unión Europea, en el año 2008, se comprometió a lograr una reducción de, al menos, el 16% de sal en todas las categorías de alimentos, en los cuatro años siguientes. Este objetivo se consideró realista y asumible, dada la experiencia previa en diferentes estados miembros, por lo que se esperaba que la mayoría de sectores industriales se comprometieran y fuesen capaces de alcanzarlo.

El objetivo de las campañas de comunicación que se han desarrollado desde AESAN, ha sido sensibilizar a la población de las consecuencias que el consumo excesivo de sal tiene sobre la salud y elevar el nivel de información de los ciudadanos para que puedan tomar decisiones correctas sobre la manera de reducir su consumo de sal: disminuyendo el consumo de alimentos procesados y aumentando el consumo de productos frescos; eligiendo productos con menor contenido en sal dentro de cada grupo, a través de la información proporcionada por el etiquetado nutricional, y añadiendo menos sal a la comida, ya sea en la cocina o en la mesa. La percepción del riesgo de la población respecto a la relación entre sal, hipertensión y enfermedades cardiovasculares es escasa, lo que hace necesario un gran esfuerzo en este apartado. Es necesario destacar el importante papel que también tiene el etiquetado de los alimentos como medio para facilitar una información visible, clara y fácilmente comprensible a los consumidores, que les permita elegir productos con menos sal. Para ello se han editado *folletos informativos*⁴⁴ y poster dirigidos a los consumidores informándoles sobre los problemas derivados de un consumo elevado de sal, así como inserciones en medios de comunicación de carácter divulgativo.

Documento de Consenso sobre la alimentación en los centros educativos

En julio de 2010 se presentó y aprobó, en el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, un documento de consenso sobre la alimentación en los centros educativos para ser aplicado en todo el territorio nacional. Este documento cuenta además con el respaldo de las sociedades científicas integrados en La Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD), La Fundación Española de la Nutrición (FEN) así como de las asociaciones de madres y padres CEAPA y COFAPA, de la Federación Española de Asociaciones Dedicadas a la Restauración Social (FEADRS), la Asociación Española de

⁴⁴ http://www.naos.aesan.msps.es/naos/ficheros/estrategia/Folleto_Sal4.pdf

Alérgicos a Alimentos y Látex (AEPNAA) y la Federación de Asociaciones de Celíacos de España (FACE).

El *Documento de Consenso*⁴⁵ constituye una herramienta de consulta para el personal que gestiona el servicio del comedor escolar (directores, consejo escolar, empresas de catering, etc.) en los centros educativos, para proporcionarles información sobre los requisitos que deben tener los menús escolares para cubrir los requerimientos nutricionales de los estudiantes y contribuir a que sigan una dieta equilibrada; y sobre que alimentos y bebidas se recomiendan que formen parte de la oferta alimentaria de los centros escolares por su valor nutricional.

La Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición

También avanzamos con un gran objetivo de la Agencia, y que el Consejo de Ministros aprobó el pasado septiembre de 2010, y es el proyecto de Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición, que unifica la legislación sobre alimentos y nutrición con el objetivo de reforzar la seguridad de los ciudadanos en materia alimentaria. De este modo, el Gobierno da cumplimiento a un compromiso adquirido con los ciudadanos e incluido en los objetivos de la Estrategia de Seguridad Alimentaria 2008-2012.

⁴⁵ http://www.naos.aesan.msps.es/naos/escolar/documentacion_alimentacion_centros_educativos/

4 La calidad en el Sistema Nacional de Salud

4.1 Estrategias de salud en procesos asistenciales

Financiación de proyectos para la implantación de las estrategias

En 2010, se financiaron 198 proyectos a las comunidades autónomas para la implantación de las estrategias en salud, por un importe total de 10.725.599,01 euros (Tabla 4.1).

Estrategia	Nº total de proyectos financiados	Importe de financiación en euros
Cáncer	24	1.104.342,60
Cardiopatía Isquémica	17	694.270
Diabetes	15	953.914,88
Salud Mental	61	2.593.622,72
Cuidados Paliativos	18	699.763
Ictus	13	464.499
Epoc	16	610.685,40
Enfermedades Raras	18	870.098
Varias	16	2734403,41
TOTAL	198	10.725.599,01
Fuente	Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad.	

Además, según el Real Decreto 829/2010, de 25 de junio, por el que se regula la concesión directa de subvenciones a las comunidades autónomas y al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, se financiaron proyectos por un valor de 3.069.988,05 € en cuidados paliativos relacionados con la información a la población del Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) y los mapas de recursos, en la formación a los profesionales sanitarios y a las personas cuidadoras, en el apoyo a familiares y en el desarrollo de sistemas de monitorización de información de los indicadores de evaluación.

Los proyectos financiados según estrategia y comunidad autónoma se detallan a continuación.

Tabla 4.2 **Proyectos financiados para la distribución de fondos a las CC.AA. para las Estrategias de Salud del SNS en 2010.**

Estrategia en cáncer del SNS	
ARAGÓN	- Curso de formación en psicooncología (Instituto Aragonés de Administraciones Públicas).
ASTURIAS	- Plan de adecuación y difusión del Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama.
	- Desarrollo de un Sistema de Indicadores de Evaluación de las Estrategias de Salud en Asturias (Observatorio de Salud en Asturias).
	- Plan de actualización, adecuación y difusión de la información del Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cérvix.
BALEARES	- Detección precoz de Cáncer colorrectal en personas de riesgo elevado.
	- Proyecciones de incidencia de cáncer en las Islas Baleares
CANARIAS	- Estudio piloto para la implementación de un programa de cribado poblacional de cáncer de colon y recto.
	- Formación a profesionales e implantación de Guías de Práctica Clínica en pacientes de alto riesgo en cáncer colorrectal. Actualización de Software específico que gestiona el programa de cáncer colorrectal. Campañas de comunicación sobre funcionamiento de programa de diagnóstico precoz de cáncer de mama.
	- Elaboración de protocolo de actuación en cáncer de cervix.
CANTABRIA	- Desarrollo e implantación del Registro de Tumores
	- Programa de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal.
CASTILLA Y LEÓN	- Desarrollo del Sistema de Información para la gestión del programa de detección precoz del cáncer colorrectal.
	- Evaluación de la calidad de la información en el programa de detección precoz del cáncer de cuello de útero.
	- Evaluación de la Estrategia en Cáncer del SNS en Castilla y León a partir del modelo diseñado por el MSPS.
CATALUÑA	- Utilización de las terapias complementarias y/o alternativas en adultos supervivientes a largo plazo de cáncer. SE SUSTITUYE POR "Implantación y evaluación del impacto de la OncoGuía de Colon y Recto en Cataluña"
	- Prevención del cáncer mediante el desarrollo del Plan para la promoción de la salud, mediante actividad física y alimentación saludable (PAAS) en concordancia con la Estrategia NAOS. Talleres de promoción de frutas en las escuelas y en el ámbito comunitario.
GALICIA	- Circuitos de mejora de la accesibilidad a pacientes con sospecha de cáncer.
MADRID	- Cáncer de pulmón en mujeres: influencia del patrón hormonal y correlación con factores clínicos y patológicos (no se realiza) SE SUSTITUYE POR "El Comité de Tumores como elemento central en la atención multidisciplinar del cáncer".
	- Unidad de oncología del adolescente.
	- La calidad de vida, nuestro objetivo en el tratamiento de pacientes con cáncer de mama.
	- Evaluación del cumplimiento de las recomendaciones internacionales sobre ejercicio físico.
MURCIA	- Monitorización del cáncer en la población de la región de Murcia: indicadores y resultados en salud.
LA RIOJA	- Mejora del sistema de recogida de datos del registro de cáncer de La Rioja.
VALENCIA	- Evaluación del Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana 2007-2010 en el marco de las Estrategias en Cáncer del Sistema Nacional de Salud en el 2010 y avances en la "participación informada" en la población diana como mejora en el desarrollo de las intervenciones en cáncer.
CEUTA	- Aumentar el porcentaje de cribado de cáncer de mama y de cervix para disminuir la morbimortalidad asociada en el área.
Estrategia en cardiopatía isquémica del SNS	
ANDALUCÍA	- Aprende a cuidar su corazón: un programa solidario.
ARAGÓN	- Continuación del estudio "Aragón Workers' Health Study" (AWHS).
BALEARES	- Organización de la asistencia al paro cardiorrespiratorio en el área de salud.
	- Mantenimiento, mejora y conexión con los registros informáticos existentes en cardiopatía isquémica.
	- Consolidación y explotación de los datos del registro autonómico del síndrome coronario agudo con elevación del ST.
	- Continuación del programa de Prevención Secundaria y tratamiento de la cardiopatía isquémica en el Área de Salud de Mallorca.

	- Creación de un registro de paradas cardíacas extrahospitalarias utilizando la historia de salud balear.
CANARIAS	- Implementación del programa de rehabilitación cardíaca.
LA RIOJA	- Implantación de un registro poblacional de vigilancia epidemiológica sobre cardiopatía isquémica en La Rioja – Fase piloto.
CASTILLA Y LEÓN	- Estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad isquémica del corazón y mejora del conocimiento de los factores de riesgo más vulnerables a las acciones en Salud Pública.
CATALUÑA	- Auditoria del registro del código infarto. - Difusión del programa Código Infarto y de su registro. - Prevención de los factores de riesgo de la cardiopatía Isquémica mediante el desarrollo del Plan para la Promoción de la salud mediante actividad física y alimentación saludable (PAAS) en concordancia con la Estrategia NAOS: proyecto AMED de restaurantes promotores de alimentación mediterránea.
MADRID	- Programa de Rehabilitación Cardíaca y Prevención Secundaria para los pacientes dados de alta hospitalaria, incluidos familiares y/o personas cuidadoras pertenecientes al área sanitaria del Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid. - Educando en salud cardiovascular en Móstoles -2010. - Programa de detección precoz de hipercolesterolemia familiar en la Comunidad de Madrid. - Curso de Reanimación Cardiopulmonar básica a padres y personal de enfermería, además de RCP avanzada a enfermeras, en la unidad de Pediatría del Hospital del Tajo.
Estrategia en diabetes del SNS	
ARAGÓN	- Actividades de formación continuada en el marco de desarrollo de la Estrategia en Diabetes del SNS en los centros sanitarios del Sistema de Salud de Aragón.
BALEARES	- Mejora en el abordaje del pie diabético en Atención Primaria.
CANARIAS	- Retisalud, programa de detección y seguimiento de la retinopatía diabética.
CASTILLA LA MANCHA	- Realización de diagnóstico genético de Diabetes "Tipo Mody".
CASTILLA Y LEÓN	- Indicadores de evaluación de la Estrategia en Diabetes del SNS a través del Registro de la cohorte de diabetes de Castilla y León (CODICYL).
CATALUÑA	- Prevención efectiva de los factores de riesgo involucrados en la Diabetes Mellitus mediante el desarrollo del Plan para la Promoción de la salud mediante actividad física y alimentación saludable (PAAS) en concordancia con la Estrategia NAOS. Proyectos comunitarios de prevención de obesidad. Implantación de atención podológica y formación de profesionales en la enfermedad vascular periférica (Pie diabético).
GALICIA	- Detección y prevención de complicaciones vasculares en pacientes con diabetes tipo 2.
VALENCIA	- Primera fase.- Proyecto de programa de cribado de retinopatía diabética en la Comunidad Valenciana: "Ningún diabético sin ver".
CEUTA	- Formación personal de enfermería de AP en educación terapéutica en diabetes.
MELILLA	- Asistencia Integral de los pacientes y puesta en marcha de la consulta de diabetes infantil de Melilla.
MADRID	- Telemedicina aplicada al control del paciente pediátrico con diabetes tipo1: mejora de calidad de la atención y del control metabólico. - Programa educacional interdisciplinar en el abordaje integral del paciente con diabetes mellitus tipo2 y sobrepeso-obesidad. - Elaboración de un programa de atención y seguimiento del paciente diabético pediátrico y adolescente; transición a la consulta de adultos. - Proceso integrado de atención especializada-atención primaria en el manejo de la diabetes mellitus tipo2 en el área de influencia del Hospital Infanta Leonor.
LA RIOJA	- Coordinación en educación diabetológica entre Atención Primaria y Atención Especializada.
Estrategia en cuidados paliativos del SNS	
ANDALUCÍA	- Formación básica-intermedia en cuidados paliativos.
ARAGÓN	- Cursos de formación continuada en Cuidados Paliativos del IAAP. - Proyectos de mejora de la calidad en Cuidados Paliativos del SALU. - Asesoramiento y formación en Cuidados Paliativos a profesionales de EAP.
CATALUÑA	- Diseño e implementación de un plan territorial específico de atención al final de la vida en un área urbana-rural: Región Sanitaria de Cataluña Central. - Diseño e implementación de un plan territorial específico de atención al final de la vida en un área del ámbito metropolitano.
CASTILLA Y LEÓN	- Formación en cuidados paliativos.

EXTREMADURA	-	Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura: Modelo de evaluación, formación e investigación en Cuidados Paliativos.
GALICIA	-	Plan gallego de cuidados paliativos (PGCP).
MADRID	-	Formación en cuidados paliativos a los profesionales de los centros sanitarios de la Comunidad de Madrid.
LA RIOJA	-	Protección frente al burn out en profesionales de Cuidados Paliativos, mediante mejora del control emocional en el cuidado de pacientes y relaciones profesionales.
VALENCIA	-	Extensión de la difusión del Plan Integral de Paliativos de la Comunidad Valenciana mediante edición bilingüe del mismo.
	-	Coordinación entre Atención Primaria y Asistencia Especializada para facilitar el fallecimiento en el domicilio de los pacientes susceptibles de recibir Cuidados Paliativos en La Comunidad Valenciana.
	-	Formación de profesionales sanitarios de la Comunidad Valenciana en Cuidados Paliativos.
	-	Elaboración, implantación y difusión entre los profesionales sanitarios de buenas prácticas ligadas a la estrategia de Cuidados Paliativos.
ASTURIAS	-	Programa de Intervención Psicológica en cuidados paliativos.
CANTABRIA	-	Plan de sensibilización, formación continuada y estrategias en coordinación.
CEUTA	-	Formación a profesionales sanitarios en cuidados paliativos y duelo.
Estrategia en salud mental del SNS		
ANDALUCÍA	-	Desarrollo de la Estrategia del II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía sobre gestión del conocimiento en salud mental.
	-	Estrategias para afrontar el duelo en la población andaluza año 2010.
	-	Implementación de nuevas estrategias en salud mental: prevención del suicidio, tratamiento intensivo en la comunidad para personas con trastorno mental grave, abordaje de trastornos límite de personalidad, detección e intervención precoz en la psicosis.
	-	Fomento de la perspectiva de la recuperación en el movimiento asociativo de usuarias/os de los servicios de Salud Mental de Andalucía.
	-	Estrategias de sensibilización contra el estigma y la discriminación que sufren las personas con enfermedad mental. Año 2010.
	-	Programa multicéntrico comunitario contra la depresión y el suicidio.
CANARIAS	-	Curso de actualización diagnóstica y terapéutica en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
	-	Curso de metodología de la investigación en drogodependencias (no se realiza) SE SUSTITUYE POR "Terapias Grupales".
	-	Curso práctico de metodología de la investigación en salud mental.
	-	Curso de psicopatología y terapéutica avanzadas en unidades de atención a las drogodependencias.
	-	Procesos migratorios y salud mental.
	-	La psicoterapia breve en salud mental.
	-	La psicoterapia en el tratamiento del niño con trauma .
	-	Plan de Mejora del Sistema de Información: Registro de Casos Psiquiátricos (RECAP).
	-	Talleres de formación en psicoterapia (Terapia de Resolución de problemas -TRP) para profesionales de Atención Primaria en la Comunidad Canaria.
	-	Trastornos de vínculo.
CASTILLA LA MANCHA	-	Desarrollo e implantación de sistemas de información para la recogida, monitorización y evaluación de la calidad asistencial en los dispositivos sociosanitarios de atención a personas con enfermedad mental.
	-	Intervención con familias de pacientes con un trastorno mental grave (TMG) en el domicilio.
	-	Difusión e implantación de guías clínicas, protocolos y procedimientos efectivos de atención a pacientes con Trastorno Mental Grave orientados a problemáticas y condiciones clínicas específicas.
	-	Programa de educación para la salud y prevención de problemas mentales para cuidadores formales de pacientes con TMG.
	-	Actuaciones para la prevención de la estigmatización de las personas con trastorno mental dirigidas a la población general, a personas con enfermedad mental y sus familias, a profesionales sociosanitarios, al ámbito educativo y a los medios de comunicación.
-	Formación de usuarios para el fomento de la ayuda mutua en el ámbito de los servicios de salud mental.	
CASTILLA Y LEÓN	-	Programa de atención a población infanto-juvenil de riesgo.
CATALUÑA	-	Desarrollo de la estrategia de intervención integral e interdepartamental dirigida a personas con enfermedad mental y factores de riesgo. Diseño, implantación y evaluación de dos Planes Piloto en sendos territorios de Cataluña.

	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de mejora de la cobertura y la calidad de las intervenciones de prevención de los trastornos mentales y promoción de la salud mental en Cataluña. - Implantación del programa de prevención del suicidio en adolescentes. Proyecto Europeo Contra la Depresión (European Alliance against depression. EAAD) en el municipio de Sabadell y su área de referencia. Ampliación del programa de prevención del suicidio en adolescentes. - Implantación del Proyecto Europeo Contra la Depresión (European Alliance against depression. EAAD) en el distrito Dreta de L'Eixample, Barcelona. - Projecte Promise (Educador por experiencia). - Estrategias de prevención del impacto de los trastornos mentales en personas mayores (Projecte Courage). - Proyectos de lucha contra el estigma. - Coordinación entre Atención Primaria y Asistencia Especializada a través de la implantación de la cartera de servicios de salud mental en la atención primaria de salud. - Programa formativo para la promoción de la salud mental infantil y juvenil desde pediatría: la importancia del protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud en la edad pediátrica. - Propuesta de formación teórica y práctica en TEA dirigido a los profesionales de la salud mental infantil y juvenil y a los equipos de pediatría. - Evaluación de la efectividad del programa de atención específica para la psicosis incipiente (PAE-TPI) desarrollado en Cataluña.
EXTREMADURA	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad Mental y edad avanzada: Análisis de situación y prevención del suicidio en centros residenciales de mayores de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
GALICIA	<ul style="list-style-type: none"> - Detección de pacientes en riesgo de suicidio en atención primaria e intervención precoz. - Formación de enfermería en salud mental en modalidades terapéuticas basadas en la evidencia. - Atención Precoz a familiares/cuidadores en primeros episodios de enfermedad mental grave y persistente. - Proyecto Nise contra el estigma en la enfermedad mental.
LA RIOJA	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuación del Registro Acumulativo de casos psiquiátricos a la plataforma Selene de historia clínica electrónica del Sistema Público de Salud de La Rioja. - Implementación y evaluación de la Guía de intervención en drogodependencias en Atención Primaria.
MURCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio piloto de la implantación de tratamientos psicológicos en atención primaria. - Definición de un proceso de mejora en la atención a los pacientes con trastorno depresivo.
VALENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades de promoción y sensibilización en salud mental en la Comunidad Valenciana. - Formación de los profesionales para el abordaje interdisciplinar en salud mental en la Comunidad Valenciana. - Comunicación y sensibilización para favorecer la desestigmatización de las personas con trastorno mental grave dirigida a pacientes, profesionales, familiares y población en general. - Guía de atención al sufrimiento emocional en Atención Primaria. - Primera Fase estimación del Trastorno Mental Grave en la Comunidad Valenciana.
ARAGÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de Formación Continuada en la Estrategia de Salud Mental. - Programa de prevención de adicciones en educación secundaria "ORDAGO".
ASTURIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de la metodología de gestión por procesos en la red de salud mental del Principado de Asturias 3ª fase.
CANTABRIA	<ul style="list-style-type: none"> - Guía de Primeros Episodios de Psicosis para Médicos de Atención Primaria.
CEUTA	<ul style="list-style-type: none"> - Formación para profesionales sanitarios de atención primaria: procesos de ansiedad, depresión.
MADRID	<ul style="list-style-type: none"> - Programa Integral de Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. - Puesta en marcha y evaluación de un programa de tratamiento del alcoholismo en el que se integre la red de centros de alternativas psicosociales a las adicciones (red capa) en la Comunidad de Madrid. - Estudio de Intervención psiquiátrica implementada con Terapia psicológica de resolución de problemas (TRP) en tentativas suicidas de alta letalidad durante el primer año. Evaluación y reducción del riesgo de repeticiones y suicidio consumado - Estudio de las características sociodemográficas y clínicas de la población derivada a Psiquiatría Infantil del CSM de Villalba por sospecha de TDAH. - Estudio sobre la prevención del estigma en la enfermedad mental y el impacto en los medios de comunicación. - Aplicación de los sistemas de información geográfica para el apoyo a la decisión sociosanitaria en salud mental en la Comunidad de Madrid.

	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de "uso seguro de psicofármacos en la infancia y adolescencia". - Detección y abordaje de primeros episodios psicóticos en atención primaria y atención especializada de salud mental.
Estrategia en ictus del SNS	
BALEARES	- Expoact ictus.
CANARIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Formación en Ictus. - Pasaporte del tratamiento integral del daño cerebral.
CASTILLA Y LEÓN	<ul style="list-style-type: none"> - NUEVO: " Mejora del modelo de atención especializada a los pacientes con Ictus: impacto del establecimiento de una unidad de Ictus". - NUEVO: "Aplicabilidad del Dúplex portátil de troncos supraaórticos y transcraneal en el diagnóstico y tratamiento del ictus isquémico".
CATALUÑA	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de factores clínicos y organizativos relacionados con la sensibilidad del sistema sanitario en la detección de pacientes candidatos del Código Ictus. - Terapias de reperusión en el Ictus Isquémico : descripción y resultados al tercer mes a partir de un registro prospectivo y auditado de pacientes consecutivos.
EXTREMADURA	- Implantación del código ictus de ámbito autonómico con el apoyo de Telemedicina y Videoconferencia (TELEICTUS).
GALICIA	- Información y sensibilización a la ciudadanía para la identificación temprana del Ictus.
LA RIOJA	- Formación en atención al Ictus Agudo para enfermería.
VALENCIA	- Atención al Ictus en Fase Aguda en la Comunidad Valenciana.
MADRID	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo diario del paciente con enfermedad cerebrovascular durante las 24 horas. - Eficacia y coste-beneficio del teleictus en el infarto cerebral agudo: estudio caso-control.
Estrategia en EPOC del SNS	
BALEARES	<ul style="list-style-type: none"> - Implantación y extensión de programa de realización de espirometría en Atención Primaria. - Formación en tabaquismo para todos los equipos sanitarios de atención primaria de Menorca, Ibiza y Formentera.
CANARIAS	- Adquisición de material (espirómetros) para facilitar la detección precoz de EPOC en los centros de salud de la Comunidad Autónoma de Canarias.
CASTILLA Y LEÓN	- Apoyo psicológico a la deshabituación tabáquica en atención primaria y mejora de la calidad en la realización de espirometrías en los Centros de Salud.
CATALUÑA	- Análisis transversal del proceso asistencial de la agudización grave de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).
EXTREMADURA	- EPOC: Diagnóstico y control.
GALICIA	- Desarrollo del plan estratégico EPOC en Galicia.
LA RIOJA	- Programa multidisciplinar coordinado entre niveles asistenciales para la mejora del diagnóstico precoz de la EPOC: Proyecto piloto de implantación de un sistema de teleespirometría.
MURCIA	- Implantación de un proceso innovador en la atención a los pacientes con EPOC.
ARAGÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo y puesta en marcha del "Programa de Atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón". - Desarrollo del Plan de Formación Continuada en EPOC del Departamento de Salud y Consumo en el marco de las actuaciones contempladas en el "Programa de Atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón".
CANTABRIA	- Abordaje del tabaquismo desde el Servicio Cántabro de Salud 2010.
CEUTA	- Manejo de la deshabituación tabáquica.
MADRID	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de formación de profesionales para la asistencia sanitaria a fumadores con EPOC en Atención Primaria en la Comunidad de Madrid. - Diseñar e Implantar un Sistema de información, sobre recomendaciones para niños con patología respiratoria y tratamiento con cámaras inhalatorias, en diferentes idiomas (Árabe, Chino, Rumano, Inglés, Castellano) en Urgencias del Hospital del Tajo.
MELILLA	- Disminuir la incidencia de EPOC causado por el tabaquismo.
Estrategia en enfermedades raras del SNS	
ANDALUCÍA	<ul style="list-style-type: none"> - Curso de formación sobre las Enfermedades Raras. - Incorporación de la fibrosis quística al curso de formación sobre la detección de errores innatos de metabolismo en periodo neonatal en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
ARAGÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Subvención a la Asociación Aragonesa de Esclerosis Múltiple para un proyecto de mejora de la capacidad funcional de las personas afectadas por esta enfermedad mediante la prestación de servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia. - Subvención a la Asociación de Hemofilia de Aragón y La Rioja para el desarrollo de actividades de encuentro, difusión, promoción de la salud y atención psicológica a pacientes y sus familiares.

BALEARES	-	Acciones 2010 en materia de enfermedades raras en Baleares.
CANARIAS	-	Información y formación sobre enfermedades raras.
CATALUÑA	-	Diseño, implementación y evaluación del modelo de atención para las personas afectadas de una enfermedad rara en el marco del sistema sanitario público de Cataluña.
EXTREMADURA	-	Proyecto para la mejora de coordinación entre niveles y desarrollo del Sistema de Información sobre Enfermedades Raras de Extremadura.
GALICIA	-	"Vivir como Enfermo/a "Rara" y/o Crónico/a".
MURCIA	-	Sistema de información sobre enfermedades raras de la región de Murcia (SIERrm).
ASTURIAS	-	Campaña de comunicación y sensibilización general a la población general y los profesionales sanitarios sobre las enfermedades raras.
MADRID	-	Consolidación de la unidad pediátrica de enfermedades raras del Hospital 12 de Octubre: mejora en el diagnóstico de enfermedades raras; y en el apoyo, formación e información a pacientes y familiares.
	-	Sistema de Registro con base poblacional para enfermedades raras de origen genético basado en una estrategia de coordinación entre atención primaria y especializada.
	-	Desarrollo de un Programa de Atención a Enfermedades Metabólicas en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.
	-	Creación de una unidad pediátrica especializada interdisciplinar para el abordaje integral de la neurofibromatosis.
	-	Adaptación y diseminación de guías de práctica clínica para enfermedades raras de origen genético con afectación multisistémica.
VALENCIA	-	Caracterización inmunológica y genética en pacientes con linfocitosis hemofagocítica (HLH). Utilidad para un diagnóstico temprano y discriminación de las formas primarias y secundarias de HLH.
	-	Desarrollo de la primera fase del sistema de información de Enfermedades Raras en la Comunitat Valenciana.
Proyectos destinados a varias estrategias		
ANDALUCIA	-	Estrategia de promoción de estilos de vida saludables para la prevención y el control de los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular, diabetes, el cáncer y la EPOC.
BALEARES	-	Estrategia de alimentación saludable y vida activa.
	-	Promoción de la alimentación saludable y vida activa.
	-	Estrategia de alimentación saludable y vida activa en el entorno escolar.
CATALUÑA	-	Promoción de una vida activa en un entorno saludable (centros de salud).
	-	Implantación de planes directores y reordenación de servicios. Metodología para la implantación, seguimiento y evaluación de proyectos priorizados (Proyecto MISAPP).
	-	Propuesta teórico-práctica para el desarrollo de la gestión de casos de ámbito territorial.
	-	Promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde la perspectiva comunitaria.
	-	Difusión e implicación de la ciudadanía en el Plan de Innovación de atención primaria y salud comunitaria.
EXTREMADURA	-	Implantación de un plan de atención a las personas con enfermedades crónicas en situación de complejidad.
	-	Promoción y Educación para la Salud frente a Obesidad, Diabetes, Cáncer y Cardiopatía Isquémica.
ASTURIAS	-	Prevención y Deshabituación Tabáquica en las Áreas Sanitarias I, II, V, VII y VIII.
MURCIA	-	Implantación de actuaciones conjuntas e integradas para mejorar el control de los pacientes con factores de riesgo cardiovascular.
	-	Promoción de la alimentación saludable y la actividad física para la prevención de sobrepeso, obesidad y diabetes.
VALENCIA	-	Encuesta de nutrición; "Prevención de enfermedades crónicas a través del conocimiento para la mejora de los hábitos alimentarios".
	-	Promoción de la salud sobre riesgos cardiovasculares.

Hechos más relevantes, durante 2010, en el desarrollo de las estrategias en salud

Cuidados paliativos

En 2010, el Instituto de Información Sanitaria publicó, en la Web del Ministerio, el directorio de los dispositivos de cuidados paliativos en funcionamiento en los servicios regionales de salud⁴⁶.

Asimismo, se presentó al Consejo Interterritorial del SNS, el informe de evaluación de la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS y en diciembre de 2010 se aprobó la actualización de la Estrategia, para el período 2010-2013⁴⁷.

También se ha publicado en la Web del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, el recopilatorio de ejemplos de buenas prácticas en cuidados paliativos desarrolladas en el contexto español, en el periodo 2007 – 2009⁴⁸.

Salud mental

En 2010, el Instituto de Información Sanitaria publicó, en la Web del Ministerio, el directorio de los dispositivos de salud mental en funcionamiento en los servicios regionales de salud⁴⁹.

Asimismo, se realizó la actualización de la Estrategia en Salud Mental (2009-2013), cuyos objetivos habían sido aprobados tras la evaluación de la misma, en octubre de 2009⁵⁰.

También se ha celebrado en Madrid, la Conferencia "Mental Health and Well-being in Older People– Making it happen", tercera de las cinco conferencias temáticas derivadas de las áreas prioritarias marcadas por el Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar.

EPOC e Ictus

En junio de 2010, y al cumplirse el año de la aprobación de la estrategia, la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud realizó en colaboración con los servicios regionales de salud, el primer corte evaluativo sobre alguno de los indicadores más relevantes de la estrategia.

Asimismo, en noviembre de 2010, se aprobó el cuestionario que deberán cumplimentar los servicios regionales de salud para la evaluación de los indicadores de la estrategia.

⁴⁶ Dispositivos de cuidados paliativos en funcionamiento en los servicios regionales de salud:
http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/Cuidados_Paliativos_2009.pdf

⁴⁷ Estrategia en Cuidados Paliativos 2010 – 2014:
<http://www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>

⁴⁸ Buenas prácticas en cuidados paliativos 2007-2009:
http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/BUENAS_PRACTICAS_C_PALIATIVOS2007_9.pdf

⁴⁹ Dispositivos de salud mental en funcionamiento en los servicios regionales de salud:
http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/Salud_Mental_2009.pdf

⁵⁰ Actualización de la Estrategia en Salud Mental 2009 – 2013:
<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>

Cardiopatía Isquémica

En el año 2010, se ha traducido al inglés el resumen del documento de “Actualización de la estrategia nacional en Cardiopatía Isquémica”. En febrero de 2010, durante la presidencia española de la Unión Europea, se celebró en Madrid la Conferencia sobre enfermedades cardiovasculares, para abordar los avances desde la última declaración del año 2002, las diferentes políticas para reducir la prevalencia de los factores de riesgo y las desigualdades relacionados con estas enfermedades, así como los diferentes sistemas de información disponibles. Se presentaron buenas prácticas consolidadas en el ámbito europeo que permitirán extrapolarse al resto de los países y avanzar en la mejora del conocimiento y manejo de estas enfermedades. Como conclusiones se consensuó que el abordaje de los factores de riesgo ha de hacerse a nivel poblacional, por ser más coste efectivo, disminuir las desigualdades y beneficiar a más grupos de enfermedades; se planteó la necesidad de un marco en la UE para recoger un conjunto de indicadores mínimos y la necesidad de más investigación en este grupo de enfermedades.

Diabetes

En marzo de 2010, se presentó al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) la evaluación de la estrategia en Diabetes del SNS. La evaluación ha puesto de manifiesto la identificación de algunas de las áreas de mejora para la nueva formulación de la estrategia y necesidades de información para su seguimiento.

Entre los resultados más destacados, se observa una prevalencia detectada de diabetes, en términos generales, entre un 4% y un 8%, con un incremento de la obesidad entre la población infantil y adolescente en los últimos años. Las altas hospitalarias por complicaciones agudas de la enfermedad se mantiene estable y es de baja prevalencia, y en cuanto a las complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, continúa experimentando un notable descenso. Se ha observado un descenso en las cifras de mortalidad prematura y la enfermedad ha supuesto el 2,1% del total de fallecimientos ocurridos en España en el año 2006 (3,1% en hombres y el 2,1% en mujeres).

Cáncer

En el año 2010, se editó en formato on-line la actualización de la estrategia en cáncer del SNS que incorpora nuevos aspectos a la estrategia anterior y que está disponible en la Web del Ministerio⁵¹.

En mayo, se celebró en el Ministerio la Jornada de Atención Multidisciplinar en Cáncer como modelo de calidad asistencial, con el refrendo de 15 sociedades científicas. En la jornada se firmó una Declaración institucional con el compromiso de incorporación de esta acción en el marco del SNS.

Se ha constituido un grupo de trabajo para el Estudio de Necesidades Psicosociales de las personas enfermas de Cáncer en España, y se ha participado en el desarrollo de un partenariado de acción contra el cáncer, denominado European Partnership for Action against cancer.

⁵¹ <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ActualizacionEstrategiaCancer.pdf>

Enfermedades Raras

Se ha participado ampliamente desde la estrategia, en la reunión de EURORDIS (Asociación de Pacientes con Enfermedades Raras a nivel Europeo) celebrada en España.

Se ha colaborado en el desarrollo de la futura Joint Action Orphanet, destinada a la contribución activa al desarrollo de un inventario dinámico de enfermedades raras de la UE, de fácil acceso, basado en la red Orphanet y de EPIRARE. También, se participa en el EU Tender "Evaluation of population newborn screening practices for rare disorders in Member States of the European Union", escring neonatal de enfermedades raras, y en el Comité europeo de expertos en enfermedades raras, European Union Committe of Experts on Rare Diseases (EUCERD).

Mejora de la práctica clínica

En el año 2010 se ha seguido potenciando el proyecto Guía Salud. Aumentando el número de GPC en el catálogo y extendiendo la asesoría sobre elaboración, uso, evaluación e implantación de GPC⁵². (Tabla 4.3)

Tabla 4.3	Guías de Práctica Clínica financiadas a través del convenio con GuíaSalud 2010.
	Osteoporosis y prevención de fracturas por fragilidad
	Seguridad del paciente quirúrgico
	Tratamiento y prevención de la obesidad infantojuvenil
	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes
	Diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis
	Bronquiolitis aguda
	Atención al Parto Normal
	Guía clínica electrónica oncológica: cáncer de mama (factores claves estándar).
	Nota: El 25 de noviembre de 2010, se celebró en el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad la jornada científica de Guía Salud bajo el lema "La participación de los Pacientes en las Guías de Práctica Clínica" que contó con un total de 261 asistentes.

Por otra parte, se ha continuado facilitando el acceso a recursos sobre práctica clínica y cuidados basados en la evidencia científica, a través de la financiación de recursos bibliográficos en español, en particular la Biblioteca Cochrane y la Biblioteca Joanna Briggs⁵³, permitiendo el acceso universal y gratuito desde cualquier ordenador ubicado dentro del territorio español a todos los profesionales de la salud, pacientes y ciudadanía.

También se ha continuado con la difusión y la evaluación de impacto del Metabuscador Excelencia Clínica⁵⁴ desarrollado por el Plan de Calidad, que permite ejecutar una misma búsqueda sobre evidencia clínica en distintas bases de datos en español y en inglés. Incluye además un acceso integrado a la Biblioteca Cochrane Plus, revistas secundarias solventes, alertas sanitarias, repositorios de guías de práctica clínica e informes técnicos, lo que permite realizar consultas de información desde un único punto con enlace a los mejores recursos disponibles.

Para cumplir los objetivos del Plan de Calidad relativos a la Evaluación de las tecnologías y procedimientos clínicos como soporte a las decisiones clínicas y de gestión, se han mantenido los convenios con la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) del Instituto de

⁵² <http://portal.guiasalud.es/web/guest/home.jsessionid=5fa5dd31bf5f05547b74abc49cfc>

⁵³ <http://www.update-software.com/Clibplus/ClibPlus.asp>, <http://www.joannabriggs.edu.au/>

⁵⁴ <http://www.excelenciaclinica.net/>

Salud Carlos III y con las unidades de evaluación de tecnologías sanitarias existentes en las Comunidades Autónomas. Y a través de dicho convenio se han financiado 41 proyectos por un total de **3.543.000** euros (Tabla 4.4).

Tabla 4.4 Proyectos financiados a partir del convenio de colaboración con la AETS 2010.	
Estrategia en cáncer del SNS	
ANDALUCÍA	<ul style="list-style-type: none"> - Cribado neonatal ampliado de Enfermedades lisosomales mediante espectrometría de masas - Informes de síntesis de Tecnologías Emergentes. - Coste-eficacia de las técnicas moleculares en la valoración intra-operatoria del ganglio centinela. - Efectividad de las intervenciones dirigidas a disminuir las desigualdades sociales en el cuidado de la diabetes. - Utilidad e indicaciones de la prótesis de hombro. - Tratamiento del cáncer de próstata localizado. Prostatectomía robotizada versus braquiterapia prostática. Revisión sistemática de la literatura y análisis de casos en el SNS. - Eficiencia de la Diálisis peritoneal versus hemodiálisis para la insuficiencia renal y medición de la calidad de vida. - Nuevas técnicas de trombectomía mecánica para el tratamiento de ictus isquémicos. - Eficacia, seguridad y eficiencia de los navegadores intracardiacos.
CANARIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Seguridad y eficiencia de los stents recubiertos de fármacos. - Modelos organizativos en el tratamiento del dolor oncológico. - Recomendaciones para el manejo terapéutico de la Retinosis Pigmentaria. - Efectividad de la cefuroxima vs. moxifloxacino en la profilaxis de la endoftalmitis postquirúrgica en cirugía del cristalino. - Estimación de la tarifa española para evaluar los estados de salud del EQ-5D-5L basadas en las preferencias de los individuos. - Revisión sistemática de utilidades en España.
CATALUÑA	<ul style="list-style-type: none"> - Validación del modelo predictivo FRAX de fractura osteoporótica. - Fibromialgia y síndrome de fatiga crónica: recomendaciones sobre el diagnóstico y tratamiento. grupo de trabajo sobre fibromialgia y síndrome de fatiga crónica. - Eficacia/efectividad y eficiencia de los implantes cocleares bilaterales en niños y criterios de indicación de los implantes cocleares en adultos y niños. - Desarrollo de indicadores de eficiencia en la utilización de quirófanos para su aplicación en hospitales públicos. - Priorización de las indicaciones de la Tomografía por Emisión de Positrones (PET). - Sistemas personales de monitorización continua de glucosa: eficacia y seguridad. - El impacto de proyectos de investigación clínica y en servicios sanitarios en la toma de decisiones. Un estudio cualitativo de casos.
GALICIA	<ul style="list-style-type: none"> - GPC de prevención y tratamiento de la ideación y la conducta suicida y evaluación de programa piloto. - Detección de tecnologías sanitarias susceptible de ser incorporada a la práctica asistencial. Red Detecta-t. - Observación de tecnologías sanitarias nuevas después de su introducción en la práctica clínica. - Estrategias para la difusión y diseminación de los productos de evaluación de tecnologías sanitarias (ETS). - Sistema de identificación, priorización y evolución de tecnologías o indicaciones sanitarias obsoletas.
MADRID	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración y validación de instrumentos metodológicos para la evaluación de productos de las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias. Instrumento de evaluación de la calidad de los estudios de tipo cualitativo. - Evaluación económica de la cirugía laparoscópica frente a la cirugía convencional en cirugía digestiva. - Evaluación económica de las indicaciones del equipo de cirugía robótica Da Vinci Surgical System. - Estándares de uso adecuado de tecnologías sanitarias. Uso apropiado de artroplastias. - Ayuda a la toma de decisiones en los pacientes con cáncer (Patient decision aids in cancer): cáncer de próstata. - Programa de elaboración de Guías de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia, para la ayuda a la toma de decisiones clínicas en el Sistema Nacional de Salud (SNS): inmunoterapia de adultos y cuidados paliativos en niños. - Guía Clínica Electrónica Oncológica (2ª fase): aplicación en sistemas de información y evaluación del modelo para cáncer de mama.

PAÍS VASCO	<ul style="list-style-type: none"> - Herramientas de apoyo para la actualización de la cartera de servicios en el SNS: GENTECS y GuTNF. Ciclo de vida de las tecnologías sanitarias: introducción, implementación y desinversión. - Evaluación e impacto de una intervención de telemonitorización en pacientes con insuficiencia cardiaca y broncopatía crónica controlada desde la atención primaria. - Evaluación de un sistema de e-salud para el apoyo de pacientes oncológicos. - Evaluación de la utilización de nuevas herramientas de Tecnologías de Información y Conocimiento (TICs), redes sociales y Web 2.0 en la disseminación de los productos de las AETS. Evaluación de impacto. - Estudio de la aplicabilidad del Sistema GRADE en el proceso de Elaboración de GPCs en el SNS: Evaluación de proceso y resultados, identificación de barreras y oportunidades y análisis comparativo. - Diseño y puesta en marcha de un programa piloto de utilización de las Tecnologías de Información y Conocimiento (TICs) en la formación de la enfermería de enlace en áreas estratégicas: enfermedades crónicas, telemonitorización, interacción entre niveles asistenciales, etc. - Formación on-line sobre Metodología para la Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
------------	--

4.2 Seguridad de pacientes

Hechos más relevantes del año 2010

La Agencia de Calidad ha venido desarrollando durante 2010, el proyecto **Bacteriemia Zero (BZ)** en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Cuidados Críticos (SEMICYUC). Este proyecto, incluye la implementación de una serie de prácticas seguras para la prevención de las bacteriemias relacionadas con catéter venoso (BRCV) y la incorporación de un plan de seguridad integral dirigido a mejorar la cultura en seguridad en las UCI. El objetivo principal era reducir la media estatal de la densidad de incidencia (DI) de la BRCV, a menos de 4 episodios de bacteriemia por 1000 días de catéter venoso central (CVC), que representa una reducción del 40% respecto a la tasa media de los 5 años previos en las UCI españolas. Tras 18 meses de implantación los resultados han mostrado una reducción en la tasa de densidad de incidencia, medida por su mediana, de 3,07 infecciones por 1000 días de catéter a 1,12 lo que supone una disminución del riesgo de este problema en más de un 50%. Hay que destacar, la implicación de todas las CCAA, la participación de 197 UCI (65%), la formación de más de 14.000 profesionales de la medicina y la enfermería y el impacto para los pacientes que puede resumirse en que se han evitado 742 episodios de sepsis, lo que permite estimar una reducción de 66 muertes por BRCV y un ahorro de casi 28 millones de euros para el Sistema Nacional de Salud. El éxito fundamental que ha provocado este proyecto ha sido el cambio de cultura en las UCI, a través del liderazgo ejercido por los coordinadores de cada UCI participante⁵⁵.

Este cambio de cultura ha permitido seguir implementando las medidas recomendadas en BZ y comenzar con el programa Neumonía Zero (NZ) para la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica⁵⁶.

El grupo coordinador del programa de higiene de manos del SNS, representado por todas las CCAA, impulsó diversas acciones durante el año 2010, entre las que cabe destacar la celebración de la **Jornada Mundial de la Higiene de las Manos, el 5 de mayo**, promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En España, 339 centros se registraron en esta

⁵⁵ <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos/financiacion-estudios/proyecto-bacteriemia-zero.html?phpMyAdmin=mvRY-xVABNPM34i7Fnm%2C23Wrlq5>

⁵⁶ <http://hws.vhebron.net/formacion-Nzero/MedidasBasicas.html>

iniciativa durante 2010, un 43% más que el año anterior⁵⁷, pasando a ser el segundo país europeo con más centros comprometidos en poner en marcha programas y acciones para mejorar la adherencia a la higiene de las manos. Además el grupo de coordinadores consensuó y evaluó un conjunto de indicadores que han permitido establecer acciones de mejora para incrementar la adherencia a la higiene de las manos. Finalmente, destacar la formación de formadores sobre la medición de la adhesión a la higiene de manos.

La **Red ciudadana de pacientes formadores**, desarrolló módulos de formación cuyos contenidos responden a las necesidades priorizadas por los ciudadanos: seguridad en el ámbito de los Cuidados, Uso Seguro de Medicamentos, Prevención de las Infecciones. Estos módulos y otros recursos están disponibles en la página Web de la Red⁵⁸. Además durante el año 2010 se impartió formación a pacientes y ciudadanos en 6 Comunidades Autónomas a petición de sus Servicios de Salud, lo que ha supuesto formar a 160 formadores a nivel autonómico.

Programas implantados durante el año

Programa de formación para profesionales. En el marco del programa de formación en seguridad del paciente se han desarrollado, durante 2010: la 3ª edición del Máster en Seguridad de Pacientes en colaboración con la Universidad Miguel Hernández de Alicante, cuatro ediciones del curso de gestión de riesgos on-line (en colaboración con la Universidad Carlos III) y dos ediciones de cursos autoguiados sobre herramientas para la gestión de riesgos y prevención de Eventos Adversos⁵⁹.

Además de la formación presencial o a distancia se pone a disposición de los profesionales, recursos sobre la evidencia disponible para promover la mejora de la práctica clínica: las bibliotecas Cochrane y Johanna Brigs, Guía Salud, el metabuscador Excelencia Clínica y los boletines: Impacto y Seguridad del Paciente⁶⁰.

Proyecto para analizar la cultura de la seguridad del paciente en la atención primaria española. La Agencia de Calidad del SNS está promoviendo y financiando un estudio que pretende conocer la percepción de los profesionales de atención primaria del Sistema Nacional de Salud, sobre los aspectos relacionados con la seguridad del paciente en sus centros de trabajo. En el estudio participan 254 centros de salud representativos de todas las CC.AA. y está siendo dirigido por el grupo de trabajo de seguridad del paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC), que ha traducido, validado y adaptado el cuestionario: Medical Office Survey on Patient Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de EEUU⁶¹.

Implantación de un Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente en el Sistema Nacional de Salud (SINASP). El sistema SINASP financiado por la Agencia de Calidad y técnicamente desarrollado por la Fundación Avedis Donabedian se está implantando progresivamente en las Comunidades Autónomas a través de diferentes acciones como el apoyo a la formación interna de los centros, el soporte al análisis de las notificaciones recibidas, la promoción de mecanismos de devolución de la información al notificante y feedback, los mecanismos de soporte continuado a los usuarios del SiNASP para la resolución de dudas y reuniones de seguimiento.

⁵⁷ http://www.who.int/gpsc/5may/registration_update/en/index.html

⁵⁸ <http://formacion.seguridaddelpaciente.es>

⁵⁹ <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/formacion.html>

⁶⁰ <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/informacion/boletines.html>

⁶¹ <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos/financiacion-estudios/percepcion-opinion.html>

<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/MOSPS.pdf>

Después de un estudio piloto en 2 Comunidades Autónomas, realizado en 2009, el SINASP está siendo utilizado por más de 40 hospitales en: Cataluña, Galicia, Castilla-La Mancha y Murcia⁶².

Estudio EARCAS: Eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios.

Los objetivos del estudio son conocer los rasgos de la cultura de seguridad en los centros que prestan atención sociosanitaria en España y determinar los riesgos más relevantes relacionados con la asistencia sanitaria en dichos centros. Se trata de priorizar actuaciones y desarrollar estrategias orientadas a lograr la mejora de la seguridad del paciente en estos centros. El estudio es fruto de un convenio entre la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y la Universidad de Zaragoza.

Proyecto Neumonía Zero (NZ): prevención neumonía asociada a ventilación mecánica.

Tras la exitosa experiencia de Bacteriemia zero y siguiendo la estructura organizativa creada previamente, se ha propuesto realizar una intervención mediante la aplicación de un paquete de medidas a nivel nacional encaminadas a disminuir la Neumonía Asociada a la Ventilación (NAV). Este proyecto se viene desarrollando en colaboración con SEMICYUC y la SEEIUC y cuenta con la participación de todas las CCAA y más de 190 UCI del SNS.

Durante el año 2010 se elaboró una propuesta de intervención con un paquete de medidas basadas en la revisión de la evidencia y en la aplicabilidad en nuestro país⁶³.

Proyecto de prácticas seguras.

Se ha seguido promoviendo la implantación de prácticas seguras a través de financiación específica a las CCAA, a través de Fondos para las Estrategias y Subvenciones. Las prácticas seguras financiadas, a las que se han adherido todas las CCAA, están en relación con la gestión de riesgos y la prevención de incidentes relacionados con: la identificación de pacientes, el uso de medicamentos, la infección relacionada con la atención sanitaria (IRAS), los procedimientos quirúrgicos, la práctica enfermera y la comunicación entre profesionales y con los pacientes. La financiación a las CCAA para el desarrollo de la estrategia de seguridad de pacientes, durante el año 2010, fue de 8 millones de euros en total; al capítulo de subvenciones se destinaron 5 millones y al de fondos de estrategias 3 millones.

Estudio de evaluación de actuaciones o programas.

Se han consensado en el seno del comité técnico de la estrategia de seguridad del paciente los siguientes indicadores para evaluar en 2011. Se han agrupado en las siguientes categorías:

- Indicadores de gestión de riesgos
- Indicadores de identificación inequívoca de pacientes
- Indicadores de úlceras por presión
- Indicadores de infección nosocomial
- Indicadores de cirugía segura
- Indicadores de seguridad de medicamentos
- Indicadores de Bacteriemia Zero
- Indicadores de Higiene de Manos

Programas de participación internacional.

Además de los programas Higiene de Manos y Bacteriemia Zero desarrollados en colaboración con la OMS y ya mencionados, cabe destacar:

- **Proyecto EUNetPaS** (financiado por la CE). Finalizado el 31 de julio de 2010, cuyo objeto era constituir una red entre los estados miembros de la UE y otras organizaciones para compartir información y herramientas sobre seguridad del

⁶² <https://www.sinasp.es/>

⁶³ <http://hws.vhebron.net/formacion-NZero/index.html>

paciente. España ha participado activamente, especialmente en el grupo de cultura y en el de formación sobre SP⁶⁴

- **Proyecto TATFAR** (Trans atlantic taskforce on antimicrobial resistance). El objetivo del proyecto es mejorar la colaboración entre USA y EU en temas relacionados con la resistencia antimicrobiana. Para ello se creó un grupo de trabajo entre agencias estadounidenses y europeas, representantes de la UE y del trío de presidencia (España, Hungría y Bélgica) para establecer una serie de recomendaciones de colaboración que serán publicadas en el año 2011. En el MSPSI se creó un grupo de seguimiento en el que también participó la Agencia de Calidad⁶⁵.

Proyectos para la promoción de la investigación a través de la financiación del programa nacional. La convocatoria correspondiente al año 2010 de concesión de ayudas de la acción estratégica en salud, en el marco del plan nacional de I+D+I (2008-2011), incluyó entre las líneas prioritarias la seguridad del paciente y prevención del error; la variabilidad de la práctica clínica y la percepción, satisfacción y calidad de vida. Se invirtieron casi trescientos mil euros en los proyectos aprobados.

4.3 Evaluación de tecnologías y procedimientos clínicos

En 2010, la Agencia de Calidad del SNS, estableció convenios por un total de 3.802.110 euros, con la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III y con las unidades de evaluación de tecnologías sanitarias existentes en las comunidades autónomas de Andalucía, Aragón, Canarias, Cataluña, Galicia, Madrid y País Vasco. Dando apoyo, como en años anteriores, a la Plataforma de Agencias y Unidades de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AUNETS)⁶⁶.

4.4 Acreditación y auditorías

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad elabora y lleva a cabo, el Plan de auditorías que apoya los procesos de acreditación de Centros y Unidades Docentes para la formación especializada, así como de Centros y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud (en adelante CSUR-SNS).

La acreditación de los CSUR-SNS es una actividad realizada por la Agencia de Calidad como soporte al proceso de designación de los mismos, liderado por la Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección, en colaboración con las comunidades autónomas y que conlleva la realización de auditorías.

En 2010, se han realizado un total de 168 auditorías (Tabla 4.5), 86 corresponden a centros y unidades docentes acreditados para la formación sanitaria especializada en ciencias de la salud. La acreditación de CSUR-SNS ha afectado a un total de 82 unidades, ubicadas en 34 hospitales.

⁶⁴ <http://www.eunetpas.eu>

⁶⁵ <http://ecdc.europa.eu/en/activities/diseaseprogrammes/tatfar/pages/index.aspx?MasterPage=1>

⁶⁶ Plataforma de agencias y unidades de evaluación de tecnologías sanitarias. Plan de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Sistema Nacional de Salud. (<http://aunets.isciii.es/web/guest/home>)

CC.AA.	CSUR	CENTRO	UNIDAD	TOTAL
Andalucía	12	7	4	23
Aragón	1	1	2	4
Asturias	4	0	0	4
Canarias	0	2	2	4
Cantabria	1	0	0	1
Cataluña	21	9	4	34
Castilla La Mancha	0	0	4	4
Castilla y León	0	3	6	9
C. Valenciana	11	9	4	24
Extremadura	0	1	2	3
Galicia	8	2	2	12
La Rioja	0	0	2	2
Madrid	19	6	6	31
Murcia	3	2	0	5
Navarra	0	1	0	1
País Vasco	2	1	4	7
TOTAL	82	44	42	168
Fuente	Elaboración propia. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.			

En el año 2010, se han elaborado, los documentos de Estándares y Recomendaciones de Calidad y Seguridad de cinco unidades hospitalarias (Central de esterilización, Unidad de depuración extrarrenal, Unidad de tratamiento del dolor, Unidad del sueño y Unidades asistenciales del área del corazón).

Así mismo, se han difundido los documentos de Estándares y Recomendaciones de Calidad y Seguridad de cuatro unidades hospitalarias, elaborados durante el año 2009, bajo la dirección técnica de la Unidad de Acreditación y Auditorías. Con estos documentos se pone a disposición de las distintas administraciones, direcciones de hospitales públicos o privados y profesionales sanitarios, criterios de calidad identificados con el apoyo de sociedades científicas y profesionales clínicos y de gestión, vinculados con la actividad de la unidad correspondiente y con aquellas con las que se relaciona más intensamente.

Están disponibles a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, los Estándares y Recomendaciones de la unidad de Cirugía mayor ambulatoria, el Hospital de día, el Bloque quirúrgico, la Unidad de pacientes pluripatológicos, la Maternidad hospitalaria, la Unidad de cuidados intensivos, Cuidados paliativos, Urgencias y Enfermería de hospitalización polivalente de agudos.

5 Ordenación Profesional y Formación Continuada

5.1 Ordenación profesional

Planificación de necesidades de profesionales sanitarios

Las actuaciones y documentos de consenso nacionales e internacionales de mayor relevancia en la planificación de necesidades de profesionales sanitarios que se han desarrollado a lo largo de 2010 han sido las siguientes:

Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud⁶⁷

Fue aprobado en la 63ª Asamblea Mundial de la Salud el 21 mayo 2010, es de carácter voluntario, de alcance mundial y, enuncia los principios éticos aplicables a la contratación internacional de personal de salud de manera que fortalezca los sistemas de salud de los países en desarrollo, los países con una economía en transición y los pequeños estados insulares. Establece que los estados miembros al formular sus políticas nacionales de salud abordarán la escasez actual y prevista de personal de salud y colaborarán prestando asistencia técnica y económica a los países en desarrollo y a los países con una economía de transición en el desarrollo del personal de salud. Entre los principios éticos del Código destacan los siguientes:

- La contratación internacional de personal de salud deberá llevarse a cabo con arreglo a los principios de transparencia, equidad y promoción de la sostenibilidad de los sistemas de salud de los países en desarrollo.
- Los estados miembros deberán esforzarse por constituir una fuerza de trabajo sanitaria autosuficiente y encaminar sus acciones al establecimiento de una planificación eficaz del personal de salud, así como de estrategias de formación, capacitación y conservación de los agentes de salud que reduzcan la necesidad de contratar personal de salud migrante.
- Se trabajará en la recopilación de datos nacionales e internacionales, así como la investigación y el intercambio de información eficaces sobre contratación internacional de personal de salud
- Los estados miembros deberían facilitar la migración circular del personal de salud, de modo que se lograra una circulación de aptitudes y conocimientos que beneficiara tanto del país de origen como el de destino.

⁶⁷ Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-sp.pdf

Trabajos y Conclusiones del Consejo Europeo⁶⁸, sobre la inversión en el personal sanitario de mañana: posibilidades de innovación y colaboración

A lo largo de 2010, en el ámbito de la Unión Europea, se ha trabajado intensamente en proyectos relacionados con la planificación de los recursos humanos sanitarios, estos trabajos culminaron en la aprobación de Conclusiones del Consejo sobre la inversión en el personal sanitario de mañana — posibilidades de innovación y colaboración (2011/C 74/02), publicado en el Diario de Oficial de la Unión Europea, 8 de marzo de 2011. En las Conclusiones se insta a los estados miembros además de a aplicar el Código de prácticas de contratación de la OMS, a lo siguiente:

- A reforzar la colaboración y el intercambio de buenas prácticas, que comprenden la recopilación de datos de alta calidad y comparables.
- A elevar la concienciación acerca de la importancia de unos entornos laborales, unas condiciones de trabajo y unas posibilidades de desarrollo profesional que sean atractivos para motivar al personal sanitario y que garanticen la calidad y la seguridad de la atención prestada.
- A estimular la formación y la educación del personal sanitario con objeto de continuar la promoción de la calidad y la seguridad de la atención, así como a estudiar los mejores modos de aprovechar los instrumentos de la UE para financiar esta actividad, sin perjuicio del futuro marco financiero.

El MSPSI aplicará los principios éticos del Código de la OMS y las Conclusiones del Consejo a través de la Comisión de Recursos Humanos del SNS, a la vez que continuará trabajando en el ámbito internacional en el desarrollo de las actuaciones concretas de ambos informes.

Ponencia de Estudio de las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud⁶⁹, constituida en el seno de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo del Senado

Dicha ponencia fue aprobada en la sesión del Senado de 18 de junio de 2010. Se trata de un informe sobre recursos humanos en salud, que ha sido elaborado a través de entrevistas con informadores clave que representan a sociedades científicas, colegios profesionales, asociaciones de profesionales sanitarios, asociaciones de pacientes, sindicatos, etc. En dicha ponencia se establecen conclusiones y recomendaciones.

Las recomendaciones a tener en cuenta en la planificación de los RRHH sanitarios, más destacables son las siguientes:

- La planificación de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud es un proceso de gran complejidad, cuyo abordaje requiere un conocimiento y análisis

⁶⁸ Trabajos y Conclusiones del Consejo Europeo , sobre la inversión en el personal sanitario de mañana: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2011:074:0002:0003:ES:PDF>

⁶⁹ Ponencia de Estudio de las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud: <http://www.senado.es/legis9/publicaciones/pdf/senado/bocg/I0483.PDF>

periódico de multitud de variables demográficas, epidemiológicas, sociales, tecnológicas y científicas.

- Es esencial redefinir las competencias de cada una de las profesiones sanitarias, facilitando su transferencia de unas a otras, siguiendo criterios de calidad y eficacia.
- Es importante llegar a un acuerdo o Pacto por la Sanidad, involucrando a todos los Grupos parlamentarios y a los agentes sociales.
- Es preciso y urgente impulsar el sistema de Registro Nacional de los profesionales sanitarios y mantenerlo actualizado.
- Es preciso revisar las políticas de salud, que deben centrarse en la prevención y la promoción de la salud; al mismo tiempo, es preciso replantearse tanto el modelo asistencial como el modelo de gestión de personal, así como lograr un modelo consensuado de organización sanitaria, con la atención primaria como eje y un crecimiento hospitalario organizado.
- La modificación de las políticas retributivas, homogeneizando los niveles básicos retributivos en todo el país y contemplando criterios como la cantidad y calidad del trabajo efectuado. Igualmente fomentar la formación continuada y la participación de los profesionales en la gestión.
- Es imprescindible fomentar el trabajo en equipo
- Es necesario articular un modelo asistencial más equilibrado dentro de un sistema integrado de salud, en el que cada una de las partes se vea formando parte del todo y en el que tanto profesionales como ciudadanos compartan decisiones y responsabilidades.
- En cuanto a la formación, varias medidas podrían ponerse, tales como:
 - Incorporar a la profesión los valores del compromiso, la excelencia, que conforman el denominado «nuevo profesionalismo».
 - Articular medidas que lleven a equilibrar las plazas de pregrado con las de formación sanitaria especializada y éstas con las necesidades reales del SNS.
 - Impulsar el desarrollo de la formación troncal de las especialidades médicas.
 - Avanzar en el desarrollo de las áreas de capacitación específica, dentro de una o varias especialidades en Ciencias de la Salud.
 - Fomentar la cultura de la formación continuada y el desarrollo profesional continuo, como garantía de seguridad para los pacientes y estímulo para los profesionales.
- Incorporar las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación a la asistencia sanitaria.
- Es necesario impulsar iniciativas que den a los ciudadanos información y formación suficiente, para conocer no sólo lo que corresponde a su proceso asistencial, sino también la necesidad del cumplimiento de los tratamientos y del uso adecuado de los servicios sanitarios.
- Resulta también urgente iniciar la formación de pacientes, al modo de los programas de paciente experto y paciente tutor.
- Cada vez es más difusa la barrera entre la atención sanitaria y la socio-sanitaria; se hace necesaria no sólo una mayor coordinación de la asistencia, sino también la coordinación de la gestión de los servicios.

Proposición no de Ley sobre Planificación de recursos humanos del sistema sanitario⁷⁰, de la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados

El 15 de diciembre la Comisión de Sanidad y Consumo, aprueba una Proposición no de ley en la que insta al Gobierno, en colaboración con las Comunidades Autónomas a:

- Implementar el Registro de Profesionales Sanitarios
- Realizar un estudio sobre necesidades de profesionales sanitarios y, especialmente, de profesionales en cuidados de enfermería.
- Elaborar un sistema de información común sobre los recursos humanos en el SNS
- Desarrollar un Observatorio de los Recursos Humanos del SNS, como instrumento esencial de cohesión y garantía de la igualdad de oportunidades, de la no discriminación y de la libre circulación y movilidad de los profesionales. Esta medida no supondrá aumento del gasto público.

Reconocimiento de las cualificaciones de las profesiones sanitarias

A lo largo de 2010, el MSPSI ha realizado el reconocimiento a efectos profesionales de los títulos extranjeros de profesionales sanitarios señalados en la [Tabla 5.1](#), en virtud de lo dispuesto en el anexo X, del RD 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado. En este período, tal como se muestra en la [Tabla 5.1](#) el mayor número de títulos profesionales reconocidos para el ejercicio ha sido el de enfermera de cuidados generales (419), médico (218) y médico especialista (210).

Reconocimiento con efectos profesionales de títulos extranjeros de especialista en Ciencias de la Salud, obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea

Se aprueba y entra en vigor, el RD 459/2010⁷¹, de 16 de abril, por el que se regulan las condiciones para el reconocimiento de efectos profesionales a títulos extranjeros de especialista en Ciencias de la Salud, obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea. Este RD desarrolla el artículo 18 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

⁷⁰ Proposición no de Ley sobre Planificación de recursos humanos del sistema sanitario: http://www.congreso.es/public_oficiales/L9/CONG/BOCG/D/D_500.PDF

⁷¹ RD 459/2010 <http://www.boe.es/boe/dias/2010/05/03/pdfs/BOE-A-2010-6960.pdf>

Tabla 5.1 Títulos de profesionales sanitarios de la UE reconocidos para ejercicio profesional en España en 2010.

TÍTULOS	NÚMERO
Enfermera especialista obstétrico-ginecológica (Matrona)	52
Enfermera responsable de cuidados generales	419
Farmacéutico	17
Fisioterapeuta	61
Logopeda	1
Médico	218
Médico Especialista	210
Nutricionista-Dietista	1
Odontólogo	47
Óptico-Optometrista	7
Podólogo	1
Psicólogo especialista en Psicología Clínica	1
Terapeuta Ocupacional	3
Veterinario	14
Fuente	Subdirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Dicho reconocimiento se realizará, conforme a lo que, en su caso, establezcan los tratados y convenios internacionales que resulten de aplicación, entre los que se encuentra la Directiva 2005/36/CE, citada en el punto anterior. El reconocimiento tendrá efectos profesionales, pero no académicos.

Los requisitos definidos por el RD para el reconocimiento fueron los siguientes:

- a) Estar en posesión del título español o, en su caso, resolución de homologación o reconocimiento del título extranjero que se requiere en España para acceder a la formación especializada.
- b) Poseer un título extranjero de especialista que tenga carácter oficial y habilite para el ejercicio profesional en el país en el que se ha obtenido.
- c) Haber realizado la formación especializada en un centro acreditado a tal fin.
- d) Acreditar la formación especializada recibida: duración, tiempo de dedicación a la misma, retribuciones y si tiene experiencia profesional en el país de origen con respecto a la especialidad.
- e) Conocimiento suficiente del idioma castellano, debidamente acreditado.
- f) No estar inhabilitado para el ejercicio profesional en el país de origen por sentencia judicial o sanción administrativa firme.

A lo largo de 2010, se realizaron más de 1.000 solicitudes, de las que un 53,9% corresponden a hombres y un 46,1% a mujeres. El 95% de las solicitudes son de médicos especialistas; el 4,5 % de matronas y el 0,5 % son de psicólogos clínicos, bioquímicos y farmacéuticos especialistas. Las solicitudes provienen en su gran mayoría de países de Iberoamérica, especialmente de Cuba, Argentina y Venezuela. Las especialidades más solicitadas son pediatría y sus áreas Específicas, y anestesiología y reanimación.

5.2 Formación sanitaria especializada

Desarrollo de los trabajos de formación troncal

En relación con el desarrollo de la formación troncal de las especialidades en Ciencias de la Salud, se presentó en febrero de 2010 un documento denominado “*La troncalidad en las especialidades en Ciencias de la Salud*”, dicho documento reflejaba las conclusiones del Grupo de Trabajo de Troncalidad de la Comisión de RRHH y los acuerdos alcanzados en el mismo.

En la Comisión de Recursos Humanos del SNS, se acordó iniciar la elaboración de un Proyecto de Real Decreto de Troncalidad, que incluyera los acuerdos del grupo de trabajo y los informes solicitados a la Comisión Permanente del CNECS. Para ello, se constituyó otro grupo de trabajo con la participación de todas las comunidades autónomas y de los Ministerios de Defensa, Educación y Sanidad, Política Social e Igualdad, que ha trabajado en la elaboración de un borrador de Proyecto de Real Decreto que regulará la incorporación de criterios de troncalidad en la formación de determinadas especialidades en Ciencias de la Salud, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, como desarrollo de los artículos 19, 23, 24, 35 y 29 de la Ley 44/2003. Este proyecto, supondrá un cambio evolutivo y profundo de nuestro sistema de FSE, tanto en lo que se refiere a la obtención del título de especialista (troncalidad) como a la alta especialización de los profesionales del sistema (áreas de capacitación específica).

Por otro lado, en el seno del CNECS y con representantes de las comisiones nacionales de las especialidades consideradas troncales se ha trabajado en la definición de competencias de cada uno de los troncos propuestos por el Grupo de Trabajo de Troncalidad antes citado (tronco médico, tronco quirúrgico, tronco de laboratorio y diagnóstico clínico y tronco de imagen clínica) y en el diseño de la metodología de evaluación de dichas competencias.

Programas oficiales de formación en especialidades en Ciencias de la Salud

Durante el año 2010 se han publicado los siguientes programas formativos de especialidades en Ciencias de la Salud:

- Cirugía Plástica, Estética y Reparadora: Orden SAS/1257/2010⁷², de 7 de mayo.
- Enfermería Familiar y Comunitaria: Orden SAS/1729/2010⁷³ de 17 de junio.
- Enfermería Pediátrica: Orden SAS/1730/2010⁷⁴, de 17 de junio.

⁷² Orden SAS/1257/2010:

http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/Cirugia_Plastica_Eestetica_y_Reparadora_new.pdf

⁷³ Orden SAS/1729/2010:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/OrdenSASprogEnfermFyC.pdf>

⁷⁴ Orden SAS/1730/2010:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/OSASprogEnfermeriaPedia.pdf>

Accreditación de centros y unidades docentes para la FSE

En 2010, continuó el desarrollo de las Unidades Docentes Multiprofesionales, en las que se forman especialistas que, aún requiriendo para su acceso a la FSE distinta titulación universitaria, inciden en campos asistenciales afines. Así pues, se aprobaron los Requisitos de Acreditación de las Unidades Docentes Multiprofesionales de Obstetricia y Ginecología⁷⁵, UDM de Salud Mental⁷⁶ y UDM de Salud Laboral⁷⁷. También se establecieron unos requisitos provisionales para la acreditación de UDM de Atención Familiar y Comunitaria, UDM de Geriátrica y UDM de Pediatría que permitieron acreditar de forma provisional unidades docentes de estas especialidades y contar, por primera vez, con plazas de formación de las especialidades de enfermería familiar y comunitaria (144), enfermería geriátrica (12) y enfermería pediátrica (52).

Además se acreditaron 5 nuevos centros docentes y 220 nuevas unidades docentes o incrementos de la acreditación docente, 98 de ellas corresponden a UDM que se incorporan a la formación en especialidades en Ciencias de la Salud. En las especialidades que no forman parte de UDM, los mayores incrementos de la capacidad docente se produjeron en las especialidades de neurología con 4 nuevas plazas, dermatología con 7 y medicina interna con 8.

	2009	2010	Incremento
Solicitudes de acreditación docente	539	736	17%
Acreditaciones de nuevos centros docentes	5	5	0%
Acreditaciones de UD	141	220	36 %
Acreditaciones de UDM	8	98	91%
Desacreditaciones	3	5	40%
Fuente	Subdirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad		

Oferta de plazas de formación sanitaria especializada

La Orden SAS/2158/2010⁷⁸, de 28 de julio, por la que se modifica la Orden de 27 de junio de 1989, por la que se establecen las normas reguladoras de las pruebas selectivas para el acceso a plazas de formación sanitaria especializada, supuso una modificación en los contenidos de la convocatoria anual de oferta de plazas de formación sanitaria especializada (Orden SAS/2448/2010⁷⁹ y Orden SAS/2447/2010⁸⁰). Las novedades incorporadas en la convocatoria de 2010 son:

- Modificación del peso del baremo académico en la puntuación final, pasando del 25% a un 10%.
- Supresión de los méritos profesionales de enfermería.

⁷⁵ Requisitos de Acreditación de las Unidades Docentes Multiprofesionales de Obstetricia y Ginecología: http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/UDM_OBTETRICIA_GINECOLOGIA.pdf

⁷⁶ Requisitos de acreditación UDM de Salud Mental: http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/UDM_de%20Salud_Mental.pdf

⁷⁷ UDM de Salud Laboral: http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/UDM_SALUD_LABORAL.pdf

⁷⁸ Orden SAS/2158/2010 <http://www.boe.es/boe/dias/2010/08/07/pdfs/BOE-A-2010-12707.pdf>

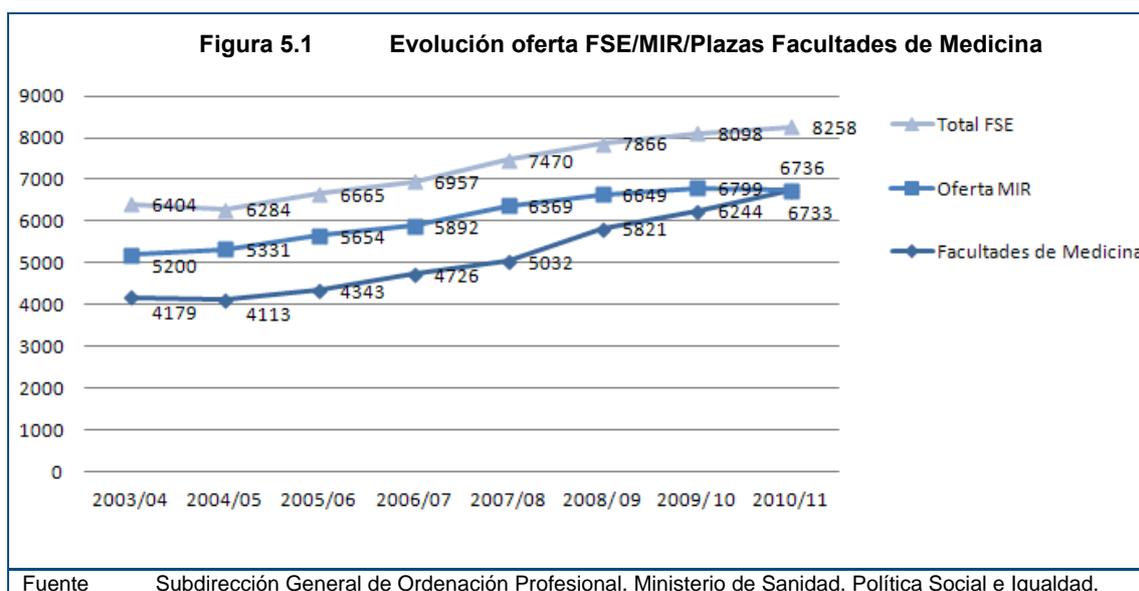
⁷⁹ Orden SAS/2448/2010 <http://www.boe.es/boe/dias/2010/09/22/pdfs/BOE-A-2010-14540.pdf>

⁸⁰ Orden SAS/2447/2010 <http://www.boe.es/boe/dias/2010/09/22/pdfs/BOE-A-2010-14539.pdf>

- Desaparición de la admisión condicional a las pruebas.
- Establecimiento de un cupo máximo de adjudicación de plazas para aspirantes no comunitarios sin permiso de residencia, en una primera vuelta (10% para médicos, 5% para farmacéuticos y 2% para enfermeros).
- Contemplar, por primera vez, la posibilidad de adjudicación de plazas de médicos en una segunda vuelta cuanto queden vacantes en el primer llamamiento.

La oferta de plazas de formación sanitaria especializada para la convocatoria 2010/2011 ascendió a 8.241, 143 plazas más que el año anterior (un 2% más). Del total de plazas, 7.398 corresponden a la convocatoria general para médicos, farmacéuticos, psicólogos, químicos, biólogos, bioquímicos y radiofísicos, mientras que 843 son para la formación de especialidades de enfermería (un 38% más que en la convocatoria anterior). Por titulaciones, las plazas que se ofertaron para el sistema de residencia se distribuyen de la siguiente manera: 6.736 para médicos, 254 para farmacéuticos, 135 para psicólogos, 60 para químicos, biólogos y bioquímicos y 34 para radiofísicos. En régimen de alumnado, la oferta incluyó 145 plazas para médicos y 44 para farmacéuticos.

La oferta global de plazas de formación sanitaria especializada se ha incrementado un 30% desde la convocatoria 2003-04. En el caso de las plazas para médicos el incremento desde la convocatoria 2003-04 hasta la actualidad supone un 29.3%. Este incremento ha tenido su correlación con el incremento en el número de plazas de las Facultades de Medicina de nuestro país, que en el mismo período ha sido del 61.1%, de tal forma que las plazas de MIR⁸¹ de la convocatoria 2010-11 (6.736) son similares a las plazas de las Facultades de Medicina en el curso 2010-11 (6.733) (Figura 5.1).



⁸¹ El dato al que hace referencia corresponde a la oferta de plazas de formación especializada para médicos por el sistema de residencia (sistema MIR). La Convocatoria 2010-11 también incluye 145 plazas de formación para médicos por el régimen de alumnado. Así pues, el total de plazas ofertadas para médicos es de 6.881.

Desarrollo de las pruebas selectivas y la adjudicación de plazas de la convocatoria 2009 para el acceso en 2010

En las siete pruebas selectivas que se celebraron el 23 de enero de 2010 participaron un total de 22.638 aspirantes, de entre los 27.541 admitidos a examen. En el caso de los médicos, el 85,5 % de los admitidos a prueba se presentan al examen y este porcentaje desciende al 79,34% en el conjunto de las siete titulaciones.

Se introdujo una novedad de interés en el examen de médicos, la inclusión de 25 preguntas sustentadas en imágenes (fotografías, imágenes radiográficas, etc.), como información clínica de apoyo, a la incluida en el enunciado. Este tipo de preguntas multirrespuesta permite explorar y evaluar de forma más completa las habilidades clínicas básicas en un recién graduado en Medicina.

La adjudicación de las plazas de FSE llevada a cabo en 2010, que corresponde a las convocadas en 2009 tanto de médicos⁸² como enfermeros⁸³, fue, prácticamente, completa, siendo esto una diferencia destacable con respecto a los procedimientos de adjudicación de años anteriores (Tabla 5.3 y Tabla 1.2)

	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10
Nº plazas	89	244	301	91	3
Fuente	Subdirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad				

El fenómeno de movilidad internacional de los profesionales sanitarios, particularmente en el caso de los médicos, tiene su correlato en estas pruebas selectivas, en las que 281 plazas, un 4%, han sido adjudicadas a ciudadanos comunitarios y 2.087, un 30%, a ciudadanos nacionales de terceros países.

FASE DE SELECCIÓN Convocatoria 2009/2010	Médicos	Farmac.	Químic.	Biólóg.	Psicólo.	Radiofís.	Enferm.	TOTAL
	Presentados a examen	11.525	1.049	180	360	2.293	216	7.015
% Presentados/admitidos	85,5	90,74	71,15	82,76	86,24	78,26	79,34	83,53
Ratio presentados/plaza	1,66	3,45	5,81	9,23	17,5	6,35	11,48	
FASE DE ADJUDICACIÓN Convocatoria 2009/2010	Médicos	Farmac.	Químic.	Biólóg.	Psicólo.	Radiofís.	Enferm.	TOTAL
	Plazas ofertadas	6.944	304	31	39	131	34	611
Plazas adjudicadas	6.941	303	31	38	131	34	611	8.089
Plazas sin adjudicar	3	1	-	1	-	-	-	5
Último nº de orden con plaza adjudicada	11.342	438	33	38	134	34	1.235	--
Fuente	Subdirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad							

⁸² Convocatoria de plazas médicos FSE 2009 <http://www.boe.es/boe/dias/2009/09/22/pdfs/BOE-A-2009-14989.pdf>

⁸³ Convocatoria de plazas enfermeros FSE 2009 <http://www.boe.es/boe/dias/2009/09/22/pdfs/BOE-A-2009-14989.pdf>

Residentes en formación

Al finalizar 2010, el número de profesionales en formación de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud ascendía a 23.372. Todas las titulaciones muestran una elevada proporción de mujeres, salvo la especialidad de radiofísica hospitalaria (Tabla 5.5).

Entre las comunidades autónomas, Madrid, Andalucía y Cataluña lideran la lista de los territorios con mayor número de especialistas en formación en términos absolutos, en concordancia con el número de centros sanitarios terciarios y servicios de referencia de estas comunidades. En relación a las cifras de población, la Comunidad Foral de Navarra es la que tiene un mayor número de residentes en formación 78,6/100.000 habitantes, seguida de Cantabria (66,7/100.000 h.) y Madrid (65/100.000 h.).

Total Médicos: 20.606	HOMBRES	7.047	34,2%
	MUJERES	13.559	65,8 %
Total Farmacéuticos: 1.004	HOMBRES	195	19,4 %
	MUJERES	809	80,5 %
Total Químicos: 94	HOMBRES	25	26,6 %
	MUJERES	69	73,4 %
Total Biólogos: 141	HOMBRES	44	31,2 %
	MUJERES	97	68,8 %
Total Psicólogos: 414	HOMBRES	74	17,9 %
	MUJERES	340	82,1 %
Total Radiofísicos: 96	HOMBRES	65	67,7 %
	MUJERES	31	32,3 %
Total Enfermeros: 1.017	HOMBRES	70	6,9 %
	MUJERES	947	93,1 %
TOTAL ESPECIALISTAS EN FORMACIÓN: 23.372			
Fuente	Subdirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad		

En la mayoría de las titulaciones, el número de residentes en formación procedentes de países de la Unión Europea y de países extracomunitarios es escaso, salvo en los médicos. El 77,4% de los médicos en formación tienen nacionalidad española, un 3% son ciudadanos de otros estados del Espacio Económico Europeo y un 17,6% son nacionales de terceros países. El espectro de procedencia de los médicos residentes foráneos es muy amplio y abarca los cinco continentes, pero mantiene preferencia por los estados latinoamericanos, con Perú, Colombia y República Dominicana a la cabeza.

En 2010, sin incluir las especialidades en régimen de alumnado, 5.694 nuevos especialistas completaron su formación, entre los que destacamos 1.379 médicos de familia, 279 anestesiólogos o 326 pediatras, por tratarse de especialidades con alta demanda de profesionales en nuestro SNS. (Tabla 5.6)

ALERGOLOGÍA	44	M. FAMILIAR Y COMUNITARIA	1.379
ANÁLISIS CLÍNICOS	74	M. FÍSICA Y REHABILITACIÓN	72
ANATOMÍA PATOLÓGICA	57	M. INTENSIVA	115
ANESTESIOLOGÍA Y REAN.	279	M. INTERNA	228
ANGIOLOGÍA Y C. VASCULAR	31	M. NUCLEAR	24
APARATO DIGESTIVO	108	M. PREVENTIVA Y S. P.	53
BIOQUÍMICA CLÍNICA	56	MICROBIOLOGÍA Y PARASITO.	52
CARDIOLOGÍA	110	NEFROLOGÍA	83
C. CARDIOVASCULAR	17	NEUMOLOGÍA	79
C. GRAL. Y A.D.	91	NEUROCIRUGÍA	28
C. ORAL Y MAXILOFACIAL	26	NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	30
C. ORTOPÉDICA Y TRAUM.	167	NEUROLOGÍA	103
C. PEDIÁTRICA	11	OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	208
C. PLÁSTICA	29	OFTALMOLOGÍA	145
C. TORÁCICA	16	ONCOLOGÍA MÉDICA	73
DERMATOLOGÍA	59	ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	37
ENDOCRINOLOGÍA	54	OTORRINOLARINGOLOGÍA	68
ENF. SALUD MENTAL	143	PEDIATRÍA	326
ENF. OBSTÉTRICO-GINECOL	353	PSICOLOGÍA CLÍNICA	48
FARMACIA HOSPITALARIA	123	PSIQUIATRÍA	180
FARMACOLOGÍA CLÍNICA	12	RADIODIAGNÓSTICO	200
GERIATRÍA	35	RADIOFÍSICA HOSPITALARIA	26
HEMATOLOGÍA Y HEMOT.	85	REUMATOLOGÍA	38
INMUNOLOGÍA	17	UROLOGÍA	51
M. DEL TRABAJO	51		
Observaciones	No se incluyen las especialidades en régimen de alumnado.		
Fuente	Subdirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad		

5.3 Formación continuada de los profesionales sanitarios

Actuaciones relacionadas con la Formación Continuada y con el Sistema Acreditador

Durante el año 2010, las principales actuaciones del Pleno de la Comisión de Formación Continuada fueron dirigidas a la implementación autonómica del Sistema Acreditador de la Formación Continuada, a través de los órganos específicos de acreditación, manteniendo criterios comunes para garantizar la calidad en el conjunto del SNS.

La descentralización territorial no fue completa, 11 comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia, Murcia, Navarra, País Vasco y Valencia) disponían de un sistema acreditador completamente operativo. Las comunidades autónomas de Castilla y León, Extremadura, La Rioja y Madrid presentaban un desarrollo parcial y 2 comunidades autónomas (Asturias y Canarias) no disponían de un sistema operativo, pero han realizado importantes avances para lograrlo.

A modo de resumen, el Sistema Acreditador en su conjunto, recibió 36.693 actividades para su valoración como actividades de formación continuada, de ellas se han acreditado un 90.12%. La distribución de las actividades de formación sanitaria acreditadas según los profesionales sanitarios a las que van dirigidas se detalla en la [Tabla 5.7](#).

Tabla 5.7 Porcentaje de actividades acreditadas para la Formación Continuada según el nivel académico. 2010.	
Graduados (*)	57,31
Técnicos de Grado Superior (**)	2,78
Técnicos de Grado Medio (***)	3,26
Multidisciplinares	33,19
Otros (****)	1,92
Observaciones	(*) Se refiere a: médicos; farmacéuticos; dentistas; veterinarios; fisioterapeutas; enfermeros; terapeutas ocupacionales; podólogos; optico-optometristas; logopedas; nutrición humana (dietista nutricional). (**) Se refiere a: T.S. anatomía patológica y citología; T.S. dietética; T.S. documentación sanitaria; T.S. higiene bucodental; T.S. imagen para el diagnóstico; T.S. ortoprotésica; T.S. prótesis dental; T.S. radioterapia; T.S. salud ambiental; T.S. audioprótesis. (***) Se refiere a: T. cuidados auxiliares de enfermería; T. auxiliares de farmacia; T.S. emergencias sanitarias. (****) Se refieren a: biólogos, químicos, bioquímicos, físicos y psicólogos, especializados en Ciencias de la Salud.
Fuente	Subdirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Certificación del Curso de Protección Radiológica de los profesionales que llevan a cabo procedimientos de radiología intervencionista

Durante 2010, el número de cursos solicitados para su acreditación han sido 19 y el número de profesionales médicos que lo han superado fueron 405. La distribución por especialidad de los profesionales que han superado con éxito el curso de segundo nivel se detalla en la [Tabla 5.8](#).

Tabla 5.8 Profesionales calificados como aptos en el curso de protección radiológica de segundo nivel, según su especialidad médica. 2010.	
Anestesiología y Reanimación	2
Angiología y Cirugía Vasculat	97
Cardiología	150
Cirugía Cardiovascular	4
Cirugía Ortopédica y Traumatología	1
Cirugía Torácica	1
Aparato Digestivo	17
Medicina de la Educación Física y el Deporte	1
Medicina Intensiva	2
Medicina Preventiva y Salud Pública	1
Neurología	6
Radiodiagnóstico	87
Urología	36
TOTAL	405
Fuente	Subdirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

6 Análisis de la prestación farmacéutica

6.1 Introducción

En el año 2004, el gasto de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud (SNS) alcanzó el 20,53% del gasto sanitario público. En 2009, este porcentaje se había contenido hasta el 17,80%, llegando a la cifra de 12.506 millones de euros. La difícil situación económica de nuestro país obligó a que en 2010, se adoptaran varias disposiciones para garantizar la reducción del déficit público y contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario público. Estas medidas se adoptaron a partir del acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 18 de marzo de 2010 y se concretaron en varias disposiciones legales.

En concreto, los cambios que se produjeron en 2010 afectaron, entre otros, a los siguientes aspectos de la prestación farmacéutica:

- Se redujeron los precios de los medicamentos genéricos financiados por el SNS.
- Se estableció una regulación más precisa de los descuentos de los distribuidores a las oficinas de farmacia.
- Se modificó el sistema de fijación y revisión de los precios de los medicamentos y la forma del cálculo del precio de los productos farmacéuticos.
- Se reformó el sistema de precios de referencia. Se actualizaron los márgenes de dispensación de las oficinas de farmacia y la escala de deducciones de las farmacias por volumen de ventas, esta escala será conjunta incluyendo las recetas de las Mutualidades del Estado.
- Se establecieron unas deducciones sobre determinados medicamentos dispensados por las oficinas de farmacia y a través de las compras por los servicios sanitarios del SNS.
- Se redujeron los precios de los productos sanitarios.
- Se reguló la dispensación en dosis unitarias y el procedimiento para la adquisición centralizada de medicamentos y productos sanitarios.

El conjunto de todas estas disposiciones, unido a las actuaciones propias de cada servicio de salud, tuvo como consecuencia que, por primera vez desde la instauración de la prestación farmacéutica, se produjera una reducción efectiva del gasto farmacéutico a través de recetas médicas del SNS, con un descenso en 2010 del 2,38% sobre el del año anterior.

A continuación, se detallan las medidas adoptadas durante 2010 y el impacto de las mismas en la facturación.

6.2 Medidas de contención del gasto farmacéutico adoptadas en el año 2010

Debido al contexto en el que estaba inmersa la economía española en los primeros meses de 2010 y con el fin de contribuir a la reducción del déficit público español, el Gobierno publicó en marzo y en mayo de 2010, dos Reales Decretos-Ley con una serie de medidas para la contención y reducción del gasto farmacéutico público, que debían ser adoptadas con urgencia, con el fin de asegurar la necesaria sostenibilidad del SNS.

En la sesión extraordinaria del Consejo Interterritorial del SNS del 18 de marzo de 2010, se aprobó de manera unánime el documento “Acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del SNS”, entre las que se proponía la adopción de medidas de control del gasto farmacéutico. Estas medidas se incluyeron en el Real Decreto-Ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud; que además de una reducción general en el precio de los medicamentos genéricos, incluyó una serie de modificaciones concretas de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. También se modificaron el Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano, y el Real Decreto 618/2007, por el que se regula el procedimiento para el establecimiento, mediante visado, de reservas singulares a las condiciones de prescripción y dispensación de medicamentos. Todos estos cambios condujeron a una serie de medidas sobre descuentos y márgenes de las farmacias, ajustes en el sistema de precios de referencia, modificación del sistema de fijación y revisión de los precios de los medicamentos y mejoras en los procedimientos de intervención, entre otros.

Con posterioridad, el Gobierno aprobó el 20 de mayo de 2010, el Real Decreto-ley 8/2010, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, que complementaron las deducciones en la facturación de los medicamentos no genéricos con cargo al SNS y reducción en los precios de los productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica, la ampliación del régimen de dispensación en unidosis, y la incorporación a la Ley de Contratos del Sector público de la facultad de adquisición centralizada de medicamentos y productos sanitarios en el SNS.

A continuación, se van a detallar las medidas recogidas en cada uno de estos Reales-Decretos-ley.

Real Decreto-ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud

Está vertebrado en dos partes: la primera introduce medidas para la contención a corto plazo del gasto farmacéutico y, la segunda establece modificaciones normativas con el fin de favorecer un mejor control económico.

1) **Reducción del precio de los medicamentos genéricos:**

El procedimiento para la financiación pública de los medicamentos y productos sanitarios se regula en los artículos 88 a 97 de la Ley 29/2006, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, en donde se establece que los medicamentos deben ser incluidos en la financiación pública del SNS para que formen parte de la prestación farmacéutica, y asimismo están sometidos a la intervención de sus precios, medida imprescindible para la sostenibilidad del sistema sanitario. La fijación individual del precio industrial máximo de un medicamento corresponde a la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, adscrita al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Para las revisiones globales de precios, el Gobierno, previo acuerdo de la Comisión Delegada para Asuntos Económicos, puede proceder a una revisión de todos o de una parte de los medicamentos del sistema.

Con este fundamento se lleva a cabo esta medida de la reducción del precio de los medicamentos genéricos, para conseguir una contención a corto plazo del gasto público farmacéutico. Así, en el Real Decreto-ley 4/2010 se establece que:

- Para los medicamentos genéricos financiados con fondos públicos por el SNS, incluidos en el Sistema de precios de referencia (o pendientes de incorporación), el precio industrial máximo (PVL) se reducirá teniendo en cuenta la diferencia porcentual existente entre el precio de venta al público, impuestos incluidos, y el correspondiente precio de referencia, de acuerdo a una escala progresiva que puede alcanzar hasta el 30% de reducción. Esta reducción de precio será igualmente aplicable a los medicamentos genéricos que, aun estando integrados en el sistema de precios de referencia, formen parte de conjuntos inactivos (Tabla 6.1).

Diferencia porcentual entre el precio de referencia y el PVP IVA			Porcentaje de reducción
Desde	Hasta		
0	1	30	
1,01	5	25	
5,01	10	20	
10,01	25	15	
25,01	En adelante	0	
Observaciones	* PVP IVA es el precio de venta al público con IVA incluido		
Fuente	Real Decreto-ley 4/2010, de 26 de marzo		

Los medicamentos genéricos según lo establecido en la Ley 29/2006, no pueden superar el precio de referencia del conjunto correspondiente. Cuanto más bajo sea el precio de un medicamento genérico, mayor será la diferencia porcentual respecto al

de referencia y menor será el porcentaje de reducción correspondiente, con lo cual así se penaliza menos a los medicamentos con menor precio. Ejemplo:

	PVP Iva	Precio	Diferencia	Porcentaje	PVL	PVP Iva
Medicamento 1	65,18	86,87	24,97%	15%	35,49	55,40
Medicamento 2	86,87	86,87	0,00%	30%	38,96	60,82

- Para los medicamentos genéricos no incluidos en el Sistema de precios de referencia, se establece un 30% de reducción del precio industrial máximo (PVL).

Los medicamentos cuyo PVP+IVA⁸⁴ sea igual o inferior a 3,12 euros, están excluidos de la reducción de precios. También se establece, que en ningún caso, los medicamentos afectados podrán tener un PVP+IVA inferior a 3,12 euros.

Se adopta un régimen transitorio de aplicación de esta reducción, fijándose un período de implantación progresivo. Para la facturación de recetas de los medicamentos afectados por las reducciones, la entrada en vigor de los nuevos precios se aplicó desde el 1 de julio de 2010.

2) **Modificaciones Normativas:**

2.1 Modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios.

- **Regulación de los descuentos de los distribuidores a las oficinas de farmacia:**

Modificación del Artículo 3, apartado 6:

En la anterior redacción de la Ley no existía un límite para los descuentos por pronto pago o por volumen de compras que realizasen los distribuidores a las oficinas de farmacia, siempre que no se incentivara la compra de un producto frente al de sus competidores y quedara reflejado en la correspondiente factura. La modificación de este artículo 3.6 establece unos límites máximos en los descuentos de los distribuidores a las oficinas de farmacia, hasta un máximo de un 5% para los medicamentos financiados con cargo al SNS, ampliable hasta un 10% en el caso de medicamentos genéricos. Esta regulación permitirá repercutir los descuentos que se venían aplicando en beneficio del propio sistema.

- **Modificación del sistema de fijación y revisión de los precios de los medicamentos en los siguientes artículos:**

Como ya se ha indicado anteriormente los medicamentos están sometidos a la intervención de sus precios y en los artículos 88 a 97 de la Ley 29/2006, se regula el procedimiento de financiación pública.

- **Modificación del Artículo 90, apartado 2:**

- Para la financiación de los medicamentos con fondos públicos, se indica que se tendrán en cuenta todos los precios de los medicamentos en los Estados Miembros de la Unión Europea, eliminándose la referencia anterior en la que se tomaba en consideración el precio medio del medicamento en la UE. Esta modificación permitirá tomar como referencia el precio en cualquiera de los Estados de la UE, mejorando así el sistema y el fin que se persigue.

- Se establece que, de acuerdo con los criterios de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, será el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad el que fije el precio industrial máximo (PVL) de los medicamentos genéricos, agilizándose así el procedimiento. Debido a esta reforma, se suprime la disposición transitoria décima de la

⁸⁴ * PVP IVA es el precio de venta al público con IVA incluido

Ley, que establecía el proceso de fijación del precio de los genéricos. Para los medicamentos no genéricos no hay modificación, y continúa siendo la Comisión Interministerial de Precios la que fija el precio industrial máximo de los que vayan a ser incluidos en la prestación farmacéutica del SNS.

- Modificación del Artículo 91, apartado 6:

Queda suprimido este apartado que indicaba que no podría revisarse o modificarse el precio de un medicamento o producto sanitario antes de que transcurriera un año desde la fijación inicial o de su modificación. Esta supresión permite garantizar la viabilidad de las revisiones de precios, sin sujeción a plazos de carácter temporal, para que cuando las circunstancias lo requieran, se puedan aplicar en beneficio del SNS.

- Modificación del Artículo 91, apartado 3:

Otorga al Consejo de Ministros la competencia para revisar globalmente o fijar las condiciones de revisión periódica de los precios industriales o, en su caso, de los precios de venta al público, para todos o una parte de los medicamentos y productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del SNS. Antes sólo se indicaba la referencia a los precios industriales y ahora se añaden los precios de venta al público, ampliando esta facultad para el caso de los productos sanitarios a los que aún no se aplica el sistema de precios industriales.

• Reforma del sistema de precios de referencia:

La Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios establece en su artículo 93, el sistema de precios de referencia en relación con la financiación pública de medicamentos del SNS. El precio de referencia corresponde a la cuantía con la que se financian las presentaciones de medicamentos incluidas en cada uno de los conjuntos que se determinen, siempre que se prescriban y dispensen a través de receta médica oficial del SNS. Todos los medicamentos financiados que tengan el mismo principio activo e idéntica vía de administración y cuenten, al menos, con un genérico, pasan a formar parte de un conjunto.

- Modificación del Artículo 93, apartados 2, 5, 6 y 7:

- El precio de referencia para cada conjunto pasa a calcularse con el coste/tratamiento/día menor de las presentaciones de medicamentos en él agrupadas (antes era la media aritmética de los tres costes/tratamiento/día menores).
- Establece la revisión obligada de los precios de referencia como mínimo una vez al año.
- Indica que la bajada del umbral mínimo para estos precios no podrá ser inferior a 1,56 euros PVP+IVA (antes estaba establecido en 2 euros).
- Integración automática de las presentaciones de medicamentos en los conjuntos existentes desde el momento de su comercialización.
- Modifica la gradualidad en la reducción de precios. Cuando por la aplicación del sistema de precios de referencia el precio industrial de un producto se vea afectado en más de un 50% (antes era un 30%), puede asumir la rebaja del precio hasta alcanzar el precio de referencia en un año o fraccionarlo en dos años en mínimos de un 50% (antes era el 30% y varios años).
- Reducción del 30% del precio de los medicamentos (antes era del 20%), para los que no exista genérico autorizado en España, pero sí genérico o biosimilar en Europa (antes solo genérico).

Estas modificaciones se aplicaron en la facturación de marzo de 2011, con la entrada en vigor de la nueva Orden SPI/3052/2010, de 26 de noviembre, por la que se determinan los conjuntos de medicamentos, y sus precios de referencia, y por la que se regulan determinados aspectos del sistema de precios de referencia.

- Unificación de la información sobre recetas:

Modificación del Artículo 97: se incluye expresamente en la gestión de información agregada de recetas del SNS, las recetas de la Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado (MUFACE), de la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) y del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS). Indicándose que por Real Decreto se establecerá el procedimiento para aplicar una escala conjunta de deducciones a la facturación de medicamentos de cada oficina de farmacia, incluyendo a las recetas con cargo a los fondos públicos de las CCAA y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, las recetas de las Mutualidades.

En la Disposición transitoria segunda del RDL 4/2010: se establece que hasta que no entre en vigor el Real Decreto antes mencionado, la escala conjunta de aportaciones por volumen de ventas se aplicará exclusivamente a la facturación de recetas con cargo a los fondos de las CCAA y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Esta escala comenzó a aplicarse desde el 1 de julio de 2010.

- Inclusión de las órdenes de dispensación para contabilizar las aportaciones de la industria:

Modificación de la Disposición adicional sexta, apartados 1 y 2: para contabilizar las aportaciones de la Industria, se tendrán en cuenta las recetas y las órdenes de dispensación (antes sólo recetas). Además, las aportaciones pasan a efectuarse sobre ventas reales en lugar de hacerse con estimaciones de ventas, de manera que para el caso de no producirse errores bastará con una sola liquidación cuatrimestral que no precise regularización, ahorrando tiempo y costes en su tramitación.

- Aclaración del cálculo del precio industrial máximo para los productos sanitarios:

Modificación de la Disposición transitoria octava: se establece que el cálculo del PVL de los productos sanitarios se realizará partiendo de su PVP correspondiente (antes PVP actual). Con esto, una vez se desarrolle la normativa para establecer los márgenes comerciales de distribución y dispensación de los productos sanitarios, el cálculo del precio industrial máximo se determinará en función del PVP que en ese momento tenga el producto sanitario.

2.2 Modificación del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes de dispensación de especialidades farmacéuticas de uso humano.

Modificación del artículo 2:

- Actualización de los márgenes de dispensación de las oficinas de farmacia:

La intervención de la fijación del precio de los medicamentos afecta a la fijación de los precios industriales y a los márgenes de distribución y dispensación. Según establece la Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios en su artículo 90.1, los márgenes de la dispensación de los medicamentos son fijados por el Gobierno, previo acuerdo de la Comisión Delegada para Asuntos Económicos, de forma general o por grupos o sectores, tomando en consideración criterios de carácter técnico-económico y sanitario. Y en el artículo 91.4 se indica que corresponde igualmente al Consejo de Ministros la revisión de estas cuantías. La modificación de este artículo del Real Decreto 823/2008, posibilita la inclusión de 2 nuevos márgenes de las oficinas de farmacia por dispensación y venta al público de medicamentos:

- Medicamentos cuyo PVL sea superior a 200 euros e igual o inferior a 500 euros, el margen se fija en 43,37 euros por envase (hasta ahora se aplicaba la cantidad de 38,37 euros por envase).
- Medicamentos cuyo PVL sea superior a 500 euros, el margen se fija en 48,37 euros por envase (hasta ahora se aplicaba la cantidad de 38,37 euros por envase).

Este nuevo escalado supone un incremento del margen fijo que se venía aplicando, en 5 y 10 euros respectivamente para cada uno de los tramos, con la finalidad de equilibrar el impacto global por la aplicación de las medidas de contención del gasto farmacéutico.

- Modificación de la escala de deducciones en la facturación mensual de cada farmacia.

El Real Decreto-Ley 5/2000 de 23 de junio, estableció por primera vez una escala de deducciones que debían aplicar las oficinas de farmacia a la facturación mensual por las recetas de medicamentos dispensados con cargo a fondos públicos. La escala se ha ido modificando en varias disposiciones.

En este Real Decreto-ley 4/2010, se modifica la escala de deducciones del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, y se establece una escala de deducciones conjunta de las farmacias por volumen de ventas, que se aplicará para las recetas u órdenes de dispensación de medicamentos dispensados con cargo a los fondos públicos de las CC.AA., del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, y de las Mutualidades (MUFACE, MUGEJU e ISFAS). La nueva escala de deducciones, permitirá que paguen menos las farmacias que menos facturan e incluso que un cierto número de farmacias dejen de pagar, y que aumente la aportación de las que tienen la facturación más elevada ([Tabla 6.2](#)).

Ventas totales a PVP IVA hasta - Euros	Deducción – Euros	Resto hasta -	Porcentaje
0,00	0,00	37.500,00	0,00
37.500,01	0,00	45.000,00	7,80
45.000,01	585,00	58.345,61	9,10
58.345,62	1.799,45	120.206,01	11,40
120.206,02	8.851,53	208.075,90	13,60
208.075,91	20.801,83	295.242,83	15,70
295.242,83	34.487,04	382.409,76	17,20
382.409,77	49.479,75	600.000,00	18,20
600.000,01	89.081,17	En adelante	20,00
Fuente	Real Decreto-ley 4/2010, de 26 de marzo.		

En la Disposición final séptima del Real Decreto-ley 4/2010, se establece que la entrada en vigor de los nuevos márgenes y la nueva escala de deducciones, entrará en vigor el 1 de julio 2010.

2.3 Modificación del Real Decreto 618/2007, de 11 de mayo, por el que se regulan los requisitos y el procedimiento para el establecimiento de reservas singulares, mediante visado, a las condiciones de prescripción y dispensación de los medicamentos.

— Regulación de la dispensación de determinados medicamentos desde el ámbito hospitalario a pacientes no ingresados.

Se añade un nuevo apartado 4 en el artículo 2:

Se podrán establecer reservas singulares, para que sin necesidad de visado, se puedan dispensar a los pacientes no hospitalizados en los Servicios de Farmacia de los hospitales, determinados medicamentos:

- De prescripción médica restringida (Medicamentos de Uso hospitalario, de Diagnóstico hospitalario o de Especial control médico).
- Sujetos a reservas singulares por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
- Financiados sólo en algunas indicaciones o de aportación reducida.

Esta medida persigue regular la dispensación de estos medicamentos desde el ámbito hospitalario, potenciando su uso adecuado, su mayor vigilancia y supervisión, que repercutirá en un mejor control económico del consumo de esos medicamentos.

Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público

En el Capítulo V, se establecen las medidas en materia de Sanidad, recogidas en los artículos 8 al 13.

— **Deducciones sobre los medicamentos dispensados por las oficinas de farmacia al SNS.**

Las oficinas de farmacia aplicarán en la facturación de los medicamentos que se dispensen con cargo a la prestación farmacéutica del SNS, una deducción del 7,5% en las ventas a PVP, excepto para los medicamentos genéricos y los medicamentos afectados por el sistema de precios de referencia, a los que no se aplicarán estas deducciones. Para los

medicamentos que aun estando integrados en el sistema de precios de referencia formen parte de conjuntos inactivos, sí serán aplicables las deducciones.

En el caso de medicamentos huérfanos las deducciones serán del 4%.

Los descuentos se aplican entre todos los agentes de la cadena farmacéutica. La distribución aplica una deducción del 7,5 ó 4% sobre el precio de venta del distribuidor y el laboratorio farmacéutico sobre el precio industrial máximo.

Para evitar que las deducciones obligatorias del 7,5% ó 4% no intervengan con el límite de descuentos del 5% establecido el Real Decreto-ley 4/2010, se dispone que las deducciones se realicen sin perjuicio de ese límite.

Además, el RDL establece que la aplicación de la escala de deducciones de las farmacias del RD 823/2008, se efectuará una vez aplicadas las deducciones.

En este Real Decreto-Ley se modifica el artículo 90, apartado 1 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, ampliando las facultades otorgadas al Gobierno para fijar no sólo los márgenes de distribución y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios, sino también las deducciones aplicables a la facturación de los mismos al SNS.

Las deducciones se aplicarán a los medicamentos que se dispensen a partir del 1 de junio de 2010, estableciéndose que la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, publicará y mantendrá actualizada la relación de medicamentos afectados por las deducciones.

Estas deducciones suponen un cambio sobre anteriores medidas, ya que los descuentos posibilitan la reducción de la factura farmacéutica pública, sin afectar a los precios de los medicamentos.

— **Deducciones sobre las compras de medicamentos realizadas por los servicios sanitarios del SNS.**

Las mismas deducciones se establecen en compras de medicamentos a través de los servicios de farmacia hospitalarios, de los centros de salud y de las estructuras de atención primaria. Las deducciones se aplicarán sobre el precio de compra.

— **Reducción de los precios de los productos sanitarios.**

El PVP de los productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del SNS se reducirá en un 7,5%, a excepción de los absorbentes de incontinencia de orina cuya reducción será del 20%.

Se establece un período de aplicación de los ajustes de precios, y en el Nomenclátor del 1 de agosto de 2010 se incluirán ya los nuevos precios.

No obstante, el Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA) de los productos sanitarios, desde el 1 de julio de 2010, por aplicación de la Ley 26/2009, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2010, pasa del 7% al 8%

— **Autorización para la dispensación de dosis individualizadas de medicamentos**

Se modifica el artículo 19, apartado 8, de la Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, estableciéndose que mediante Resolución y en el plazo de 6 meses desde la entrada en vigor de este Real Decreto-Ley, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios podrá autorizar la dispensación de unidades concretas para los grupos de medicamentos y/o patologías que se determinen, con el fin de ajustar las unidades dispensadas a la duración del tratamiento. Además, se regula que será el Ministerio el que establecerá el sistema de cálculo del PVP y los márgenes comerciales correspondientes.

En abril de 2011, se incluyeron por primera vez en la financiación pública del SNS formatos monodosis de paracetamol y de ibuprofeno.

— **Adquisición centralizada de medicamentos y productos sanitarios.**

Se modifica la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público, al introducir una nueva disposición adicional, en la que se regula la posibilidad de adquisición centralizada de suministros de medicamentos y productos sanitarios que se contraten en el ámbito estatal. La contratación de estos suministros se efectuará por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, siendo la financiación a cargo del organismo o entidad peticionarios. También se establece que las comunidades autónomas y las entidades locales, previo acuerdo con el Ministerio, puedan adherirse voluntariamente para la totalidad o sólo para determinadas categorías de productos.

Asimismo, se establece que mediante acuerdos marco con uno o varios empresarios, se fijarán las condiciones a que habrán de ajustarse los contratos de suministro de medicamentos y productos sanitarios a adjudicar durante un período determinado.

Además del Real Decreto-Ley 5/2000, otra disposición normativa publicada por el Ministerio, que ha contribuido al ahorro en la factura farmacéutica en 2010 ha sido la aplicación de la:

Orden SAS/3499/2009, de 23 de diciembre, por la que se determinan los nuevos conjuntos de medicamentos y sus precios de referencia, y se revisan los precios de referencia determinados y revisados por Orden SCO/3803/2008, de 23 de diciembre

El artículo 93, de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, establece el sistema de precios de referencia en la financiación con fondos públicos de medicamentos prescritos y dispensados a través de receta médica oficial del SNS.

Este sistema establece que, como mínimo una vez al año, se aprobarán nuevos conjuntos de medicamentos y que la revisión de los precios de referencia podrá efectuarse transcurrido un año. Así pues, el Ministerio a través de la ORDEN SAS/3499/2009, ha determinado los nuevos conjuntos de medicamentos y sus precios de referencia, y se han revisado los precios de referencia de conjuntos ya establecidos, que serán aplicables desde mayo de 2010, y que supone una bajada sobre los precios anteriores.

El precio de referencia corresponde a la cuantía con la que se financian las presentaciones de medicamentos incluidas en cada uno de los conjuntos que se determinen, siempre que se prescriban y dispensen a través de receta médica oficial del Sistema Nacional de Salud. Todos los medicamentos financiados por el Sistema Nacional de Salud que tengan el mismo principio activo e idéntica vía de administración y cuenten al menos con un genérico, pasan a formar parte de un conjunto.

Este sistema tiene establecido que los medicamentos genéricos no podrán superar el precio de referencia del conjunto correspondiente, ni tampoco las presentaciones de medicamentos que no dispongan de igual presentación en medicamentos genéricos.

En la dispensación de medicamentos afectados por el sistema de precios de referencia, hay que tener en cuenta que:

- Cuando se prescriba un medicamento que forme parte de un conjunto y que tenga un precio superior al de referencia, el farmacéutico deberá sustituirlo por el de menor precio e idéntica composición cualitativa y cuantitativa en principios activos, forma farmacéutica, vía de administración, dosificación y presentación que el medicamento prescrito y, en caso de igualdad de precio, por el medicamento genérico.

- Cuando la prescripción se efectúe por principio activo, el farmacéutico dispensará el medicamento de menor precio y, en caso de igualdad de precio, un genérico.

Uno de los objetivos de este sistema es el fomento de la competencia de precios, lo que conlleva que los medicamentos incluidos en cada conjunto tiendan a disminuir sus precios con el fin de poderse dispensar, con lo que se logra una tendencia continua en el sistema a la bajada de los precios de los medicamentos.

Asimismo y con el fin de facilitar la dispensación de los medicamentos prescritos por principio activo, así como las sustituciones establecidas para el farmacéutico, se establece en esta Orden el sistema de información sobre precios menores correspondientes a las presentaciones de medicamentos, incluidas o no en el sistema de precios de referencia.

- En mayo de 2010, se publicó la primera actualización de la información de precios menores.
- En julio de 2010, se efectúa una segunda actualización de precios menores, con el fin de tener en cuenta la bajada de los precios de los medicamentos genéricos y la modificación de los márgenes en los medicamentos con el PVL mayor de 200 euros, según lo establecido en el Real Decreto-ley 4/2010

6.3 Análisis de resultados de la facturación de recetas médicas del SNS en 2010

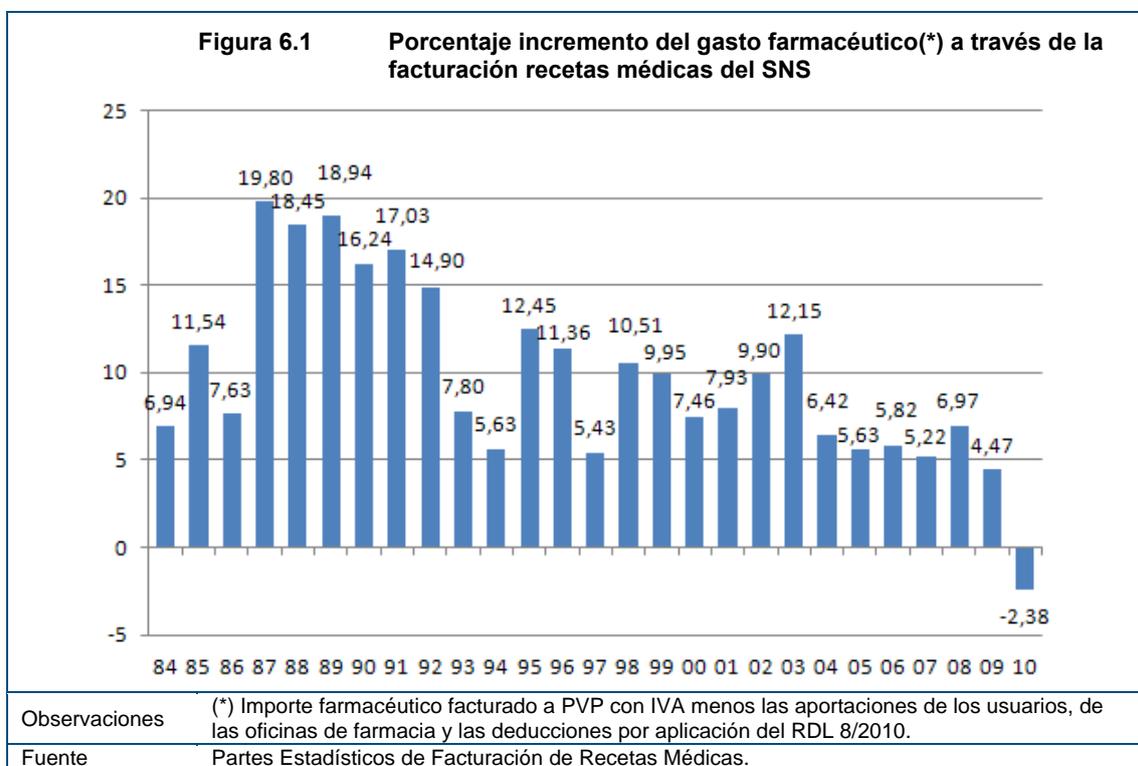
La prestación farmacéutica comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad, según lo establecido en la exposición de motivos de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios y el Anexo V del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización.

El gasto farmacéutico generado por la facturación de recetas médicas del SNS supone una importante partida del gasto sanitario público, en 2009 representó el 17,80%, y es uno de los principales componentes en los que más pueden incidir las políticas de control del gasto sanitario (Tabla 6.3).

Tabla 6.3 Gasto sanitario y gasto farmacéutico. Periodo 2004-2010.							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total Gasto Sanitario Público (Millones de euros) ⁽¹⁾	46.348,90	50.586,84	55.683,29	60.226,56	66.625,88 (*)	70.274,70 (*)	(**)
Gasto Farmacéutico en recetas médicas SNS (Millones de euros) ⁽²⁾	9.515,36	10.051,33	10.636,06	11.191,07	11.970,96	12.505,69	12.207,68
% Gasto Farmacéutico/Total Gasto Sanitario	20,53	19,87	19,10	18,58	17,97	17,80	
Observaciones	(*) Datos provisionales. (**) Dato no disponible.						
Fuente	(1) Estadística Gasto Sanitario Público (Gasto Real). (2) Partes Estadísticas de Facturación de Recetas Médicas. El gasto corresponde al importe farmacéutico facturado a PVPIVA menos las aportaciones de los usuarios, de las oficinas de farmacia y las deducciones por aplicación del RDL 8/2010.						

Las actuaciones que se han llevado a cabo para garantizar el uso racional de los medicamentos y hacer posible la sostenibilidad de la prestación farmacéutica han contribuido a la contención del crecimiento del gasto farmacéutico, que a través de la facturación de recetas médicas del SNS desde el año 2004, se ha situado en cifras de crecimiento interanuales entre el 5 y el 6%, muy por debajo de incrementos de años anteriores, alcanzándose en 2009 un 4,47%. En los años 90, el crecimiento interanual de gasto se situaba en torno al 10%, y en 1984 llegó a crecer casi el 20%.

En 2010, el dato anual del gasto farmacéutico generado por la facturación de recetas médicas del SNS con cargo a los fondos públicos de las CC.AA. y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, fue de 12.207,68 millones de euros, lo que ha supuesto un descenso de un 2,38% sobre la facturación de 2009. Es la primera vez que se consigue en la gestión del SNS que la factura farmacéutica se reduzca en relación con el año anterior (Figura 6.1).



En la [Tabla 6.4](#) se muestra la evolución mensual del gasto farmacéutico a lo largo de 2010 y el incremento sobre el mismo período de 2009:

	GASTO (*) (millones €)	% Δ 10/09
ENERO	1.071,80	1,29
FEBRERO	1.026,60	2,41
MARZO	1.120,80	,27
ABRIL	1.117,30	2,87
MAYO	1.083,60	,02
JUNIO	1.023,90	-2,52
JULIO	977,3	-6,85
AGOSTO	892,4	-6,80
SEPTIEMBRE	970,3	-7,34
OCTUBRE	965,7	-9,96
NOV EMBRE	973,5	-7, 6
DICIEMBRE	984,4	-7,85
AÑO	12.207,68	-2,38
Observaciones	Gasto farmacéutico (*) es el Importe farmacéutico facturado a PVP con IVA menos las aportaciones de los usuarios, de las oficinas de farmacia y las deducciones por aplicación del RDL 8/2010.	
Fuente	Partes Estadísticas de Facturación de Recetas Médicas.	

- En **junio de 2010**, es cuando empieza a decrecer la factura farmacéutica, con un descenso del 2,52%:
 - El 1 de junio entraron en vigor las deducciones del 7,5% (el 4% en el caso de los medicamentos huérfanos) aplicadas a los medicamentos dispensados con cargo a fondos públicos, que no sean genéricos, ni estén afectados por el sistema de precios de referencia (Real Decreto-ley 8/2010).
 - Desde el 1 de mayo ya estaban en vigor los nuevos conjuntos y precios de referencia (Orden SAS/3499/2009, de 23 de diciembre).
- En **julio de 2010**, el descenso fue de un 6,85%, ya que además de las deducciones del RDL 8/2010, el 1 de julio entraron en vigor:
 - La reducción del precio de los medicamentos genéricos (Real Decreto-Ley 4/2010):
 - Se bajaron los precios a 4.324 presentaciones de medicamentos genéricos incluidos en el Sistema de Precios de Referencia.
 - Se bajaron los precios a 617 presentaciones de medicamentos genéricos no incluidos en el Sistema de Precios de Referencia.
 - La modificación de la escala conjunta de deducciones (Real Decreto-Ley 4/2010).
 - La modificación de los precios de los medicamentos cuyo PVL era superior a 200 euros, aunque en este caso los precios a PVPIVA se incrementaron en 5 y 10 euros, (Real Decreto-ley 4/2010).
- En **agosto de 2010**, el descenso fue de un 6,80%. Además de las anteriores medidas adoptadas por el Gobierno para reducir el gasto público en materia farmacéutica, el 1 de agosto de 2010 entraron en vigor la rebaja del 7,5% de los precios de los productos sanitarios y del 20% en los absorbentes de incontinencia de orina.
- En **octubre de 2010**, implantadas todas las medidas de contención del gasto, fue el mes con mayor descenso de la facturación, un 9,96%.

Ahorros generados por las medidas adoptadas en 2010

Con las medidas adoptadas en 2010 se han conseguido los efectos económicos esperados. El ahorro generado a través de la facturación de recetas médicas del SNS con cargo a los fondos públicos de las CCAA y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, ha sido de 849 millones de € (Tabla 6.5).

	AHORROS (Millones €)	INCREMENTOS (Millones€)
Reducción del precio de los medicamentos genéricos	185,7	-
Modificación de la escala conjunta de deducciones	-	61
Modificación de los márgenes de dispensación de las oficinas de farmacia	-	2,95
Deducciones del 7,5% y 4% previstas en el RDL8/2010	408,28	-
Reducción de los precios de los productos sanitarios	185	-
Aplicación Orden SAS/3499/2009, revisión precios de referencia	136	-
Modificación IVA productos sanitarios	-	2,3
TOTAL	914,98	66,25
AHORRO FINAL		848,73
Fuente	Partes Estadísticas de Facturación de Recetas Médicas.	

- **Deducciones por la aplicación del Real Decreto-Ley 4/2010:**

La aplicación de este Real Decreto-Ley, ha supuesto un ahorro en 2010 de 386,75 millones de euros. A continuación, se detalla este ahorro en las diferentes medidas adoptadas:

- Reducción del precio de los medicamentos genéricos:
 - Para los medicamentos genéricos incluidos en el Sistema de Precios de referencia: La bajada de los precios ha supuesto un ahorro en la factura farmacéutica, desde su aplicación el 1 de julio hasta el final de 2010, de 170,2 millones de euros.
 - Para los medicamentos genéricos no incluidos en el Sistema de Precios de Referencia: La bajada de los precios ha supuesto un ahorro en la facturación de recetas de 15,5 millones de euros.
- Modificación de la escala conjunta de deducciones:

La escala de deducciones conjunta a la facturación de medicamentos de cada oficina de farmacia, se modificó el 1 de julio de 2010. El objetivo de la nueva escala es que las aportaciones de las farmacias sean más equitativas, las que menos facturan paguen menos o dejen de pagar y las que tienen mayor facturación aporten más. Esta escala se aprobó para realizar las deducciones sobre la facturación conjunta con las recetas de las Mutualidades. Pero hasta que no entró en vigor el RD que desarrolle esta escala conjunta, únicamente se está aplicando la nueva escala de deducciones, desde 1 de julio de 2010, a la facturación de recetas con cargo a los fondos de las CCAA y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Por ello, la evaluación final de la aplicación de esta escala es difícil, al no incluirse aún las ventas de la facturación de las recetas de las Mutualidades.

Las aportaciones desde julio de 2010 han disminuido respecto a los meses anteriores. Las aportaciones de las oficinas de farmacia en el período julio a diciembre de 2010, han supuesto un total de 202,86 millones de euros. Si se hubiera mantenido la tendencia del primer semestre del % de aportación sobre el importe facturado, las

aportaciones en el segundo semestre de 2010 habrían supuesto 61 millones de euros más (Tabla 6.6).

	APORTACIONES. OF. FARMACIA (Millones de €)	% APORT. O.F. s/PVPIVA(*)
ENERO	46,98	3,96
FEBRERO	42,60	3,75
MARZO	51,87	4,16
ABRIL	51,90	4,18
MAYO	48,35	4,02
JULIO	43,46	3,64
Enero-Junio	285,16	3,96
JULIO	33,49	2,96
AGOSTO	32,50	3,15
SEPTIEMBRE	34,08	3,03
OCTUBRE	32,95	2,94
NOVIEMBRE	34,66	3,06
DICIEMBRE	35,18	3,08
Julio-Diciembre	202,86	3,03
AÑO 2010	488,02	3,51
Observaciones	Aportaciones de las oficinas de farmacia sobre el Importe farmacéutico facturado a PVP con IVA.	
Fuente	Partes Estadísticas de Facturación de Recetas Médicas.	

- Modificación de los márgenes de dispensación de las oficinas de farmacia:
 - Medicamentos cuyo PVL sea superior a 200 euros e igual o inferior a 500 euros: se incrementa en 2,2 millones de euros la facturación desde su aplicación desde julio hasta diciembre de 2010.
 - Medicamentos cuyo PVL sea superior a 500 euros: el incremento del margen fijo ha supuesto en estos 6 meses un incremento de la factura farmacéutica de 0,75 millones de euros.
- **Deducciones por la aplicación del Real Decreto-ley 8/2010:**

La aplicación de este Real Decreto-Ley ha supuesto un ahorro en 2010, de 593,3 millones de euros, debido a las:

 - Deducciones del 7,5% y 4%:

Las deducciones del 7,5% aplicadas a los medicamentos dispensados que no sean genéricos, ni estén afectados por el sistema de precios de referencia (4% en el caso de los medicamentos huérfanos), han supuesto una deducción total en 2010, desde su entrada en vigor el 1 de junio, de 408,3 millones de euros (Tabla 6.7).

	DEDUCCIÓN RDL 8/2010 (Millones €)
JUNIO	58,92
JULIO	60,46
AGOSTO	51,68
SEPTIEMBRE	58,56
OCTUBRE	60,06
NOVIEMBRE	58,55
DICIEMBRE	60,06
AÑO 2010	408,28
Fuente	Partes Estadísticas de Facturación de Recetas Médicas.

- **Reducción de los precios de los productos sanitarios:**
 - Para los absorbentes de incontinencia de orina, el ahorro en la facturación, desde su aplicación en agosto hasta diciembre de 2010, ha supuesto 105 millones de euros.
 - La bajada del resto de los productos sanitarios, el ahorro ha sido de 80 millones de euros en esos últimos 5 meses de 2010.
- **Deducciones por la aplicación de la Orden SAS/3499/2009, de 23 de diciembre:**

Esta Orden actualiza los conjuntos y sus precios de referencia desde mayo de 2010, lo que ha supuesto un ahorro desde mayo a diciembre de 2010 de 136 millones de euros.
- **Modificación del IVA de los productos sanitarios:**

La Ley 26/2009, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2010, estableció que el Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA) de los productos sanitarios, desde el 1 de julio de 2010, pasaba del 7% al 8%. Este aumento del IVA ha repercutido en un incremento de 2,3 millones de euros, en la facturación de productos sanitarios, desde julio a diciembre de 2010.

6.4 Datos de consumo de la facturación farmacéutica a través de receta médica del SNS en 2010

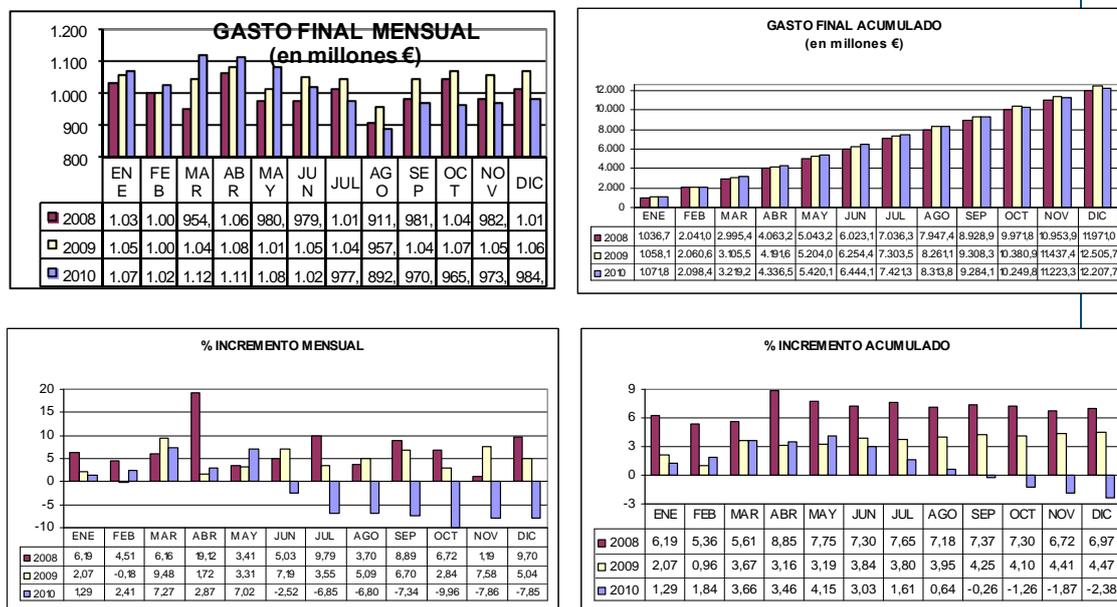
Gasto farmacéutico

En la [Figura 6.2](#), se muestra la evolución mensual y acumulada del gasto farmacéutico⁸⁵ en los últimos 3 años y los porcentajes de incremento. Se pueden observar los resultados del descenso del gasto desde junio de 2010, comentados anteriormente.

El gasto farmacéutico ha pasado de un crecimiento del 6,97% en 2008, a un decrecimiento del -2,38% en 2010.

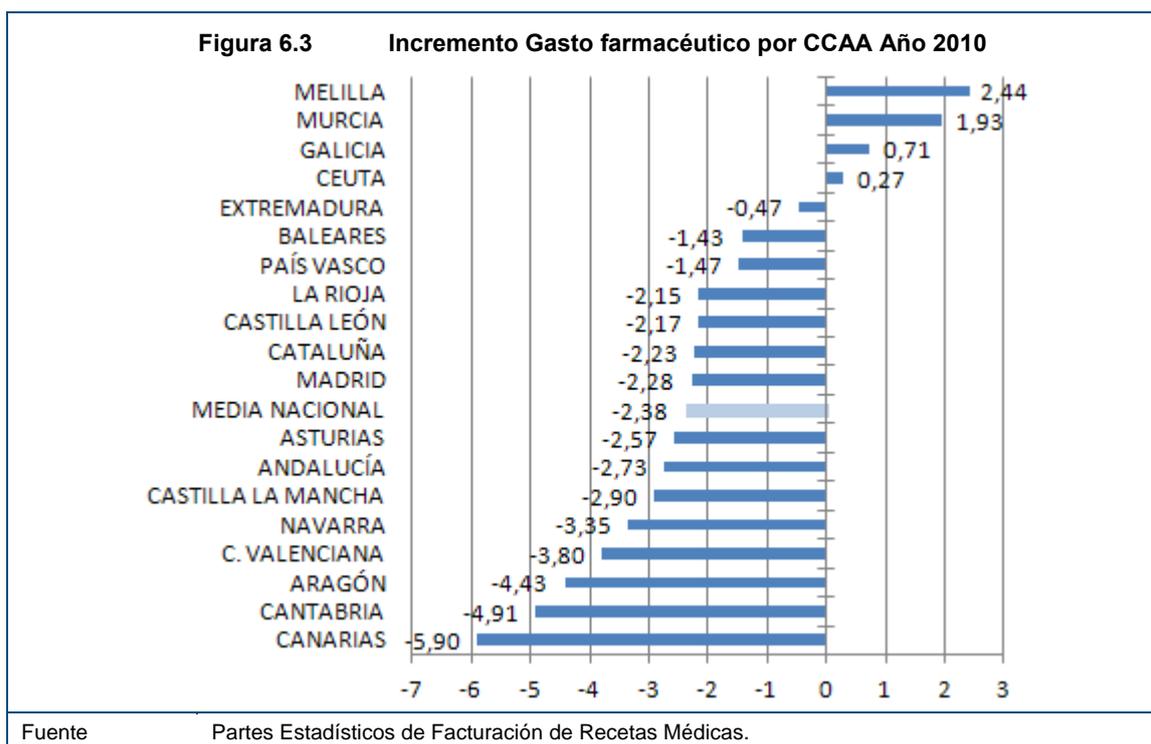
⁸⁵ Gasto farmacéutico. es el Importe farmacéutico facturado a PVP con IVA menos las aportaciones de los usuarios, de las oficinas de farmacia y las deducciones por aplicación del RDL 8/2010

Figura 6.2 Gasto farmacéutico a través recetas médicas SNS – Años 2008, 2009 y 2010



Observaciones (*) Importe farmacéutico facturado a PVP con IVA menos las aportaciones de los usuarios, de las oficinas de farmacia y las deducciones por aplicación del RDL 8/2010.
 Fuente Partes Estadísticas de Facturación de Recetas Médicas.

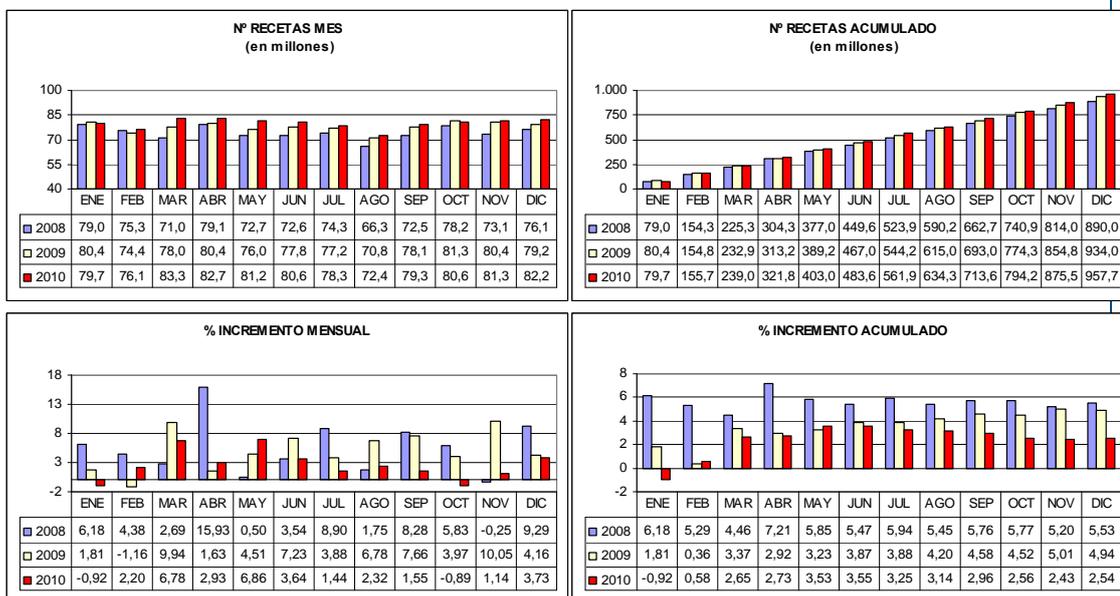
En el análisis por comunidades autónomas del incremento del gasto farmacéutico en 2010 respecto a 2009, Canarias (-5,90%), Cantabria (-4,91%), Aragón (-4,43%) y la Comunidad Valenciana (-3,80%), son las que han tenido una mayor reducción de la factura farmacéutica. Mientras que Melilla (2,44%), Murcia (1,93%), Galicia (0,71%) y Ceuta (0,27%), son las que han registrado mayores incrementos (Figura 6.3).



Recetas médicas del SNS facturadas

En 2010, el número de recetas facturadas ha supuesto un total de 957,7 millones, un 2,54% más que las correspondientes a 2009. Sin embargo, también ha habido una contención, porque a pesar de que el crecimiento de 2010 sobre 2009 sea positivo, en años anteriores los incrementos fueron mayores, como en 2009 sobre 2008 cuando se situó en un 4,94% o el de 2008 sobre 2007 cuando el crecimiento fue de un 5,53% (Figura 6.4).

Figura 6.4 Número de recetas médicas SNS facturadas – Años 2008-2009 y 2010



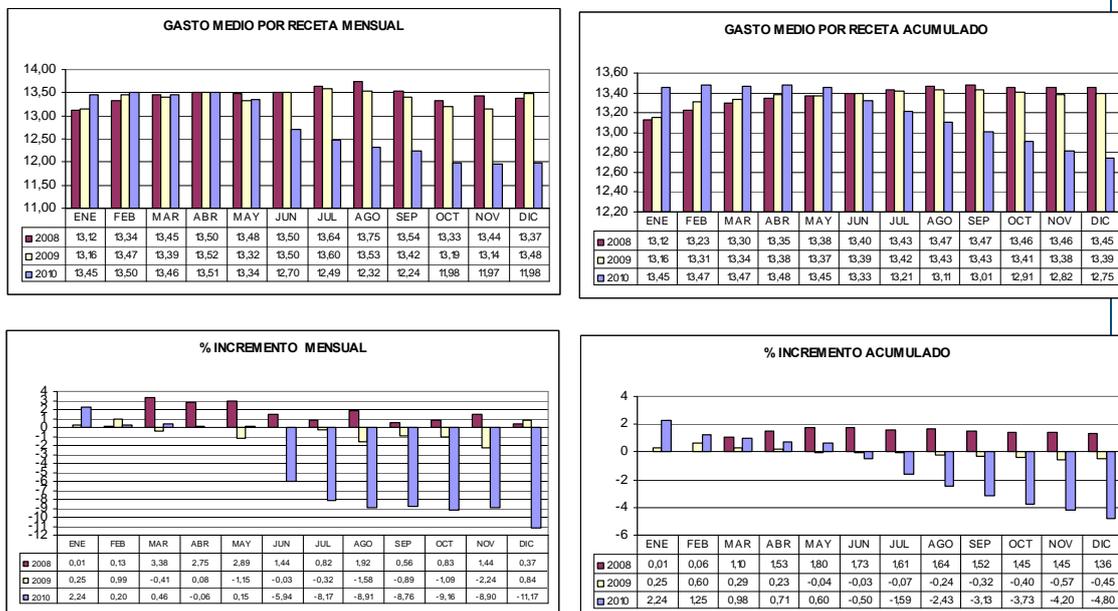
Fuente: Partes Estadísticas de Facturación de Recetas Médicas.

Gasto medio por receta

El gasto medio por receta⁸⁶, ha tenido una bajada importante desde junio de 2010, que disminuyó un 5,94% respecto al mismo mes de 2009 y esta bajada fue aumentando paulatinamente hasta diciembre en que llegó a tener el mayor decrecimiento, un 11,17%. El gasto medio por receta del año 2010 ha sido de 12,75 euros, lo que ha supuesto un descenso medio del 4,80% respecto al año anterior (Figura 6.5).

⁸⁶ Gasto medio por receta: gasto farmacéutico/número de recetas facturadas

Figura 6.5 Gasto medio por receta – Años 2008, 2009 y 2010



Observaciones Gasto medio por receta: Gasto farmacéutico entre el nº de recetas facturadas.
 Fuente Partes Estadísticas de Facturación de Recetas Médicas.

Consumo de medicamentos genéricos

En el año 2010, el consumo de medicamentos genéricos ha supuesto el 27,39% del total de envases de medicamentos facturados. En enero de 2010, el consumo era del 25,25% y en diciembre este porcentaje se incrementó al 30,15%.

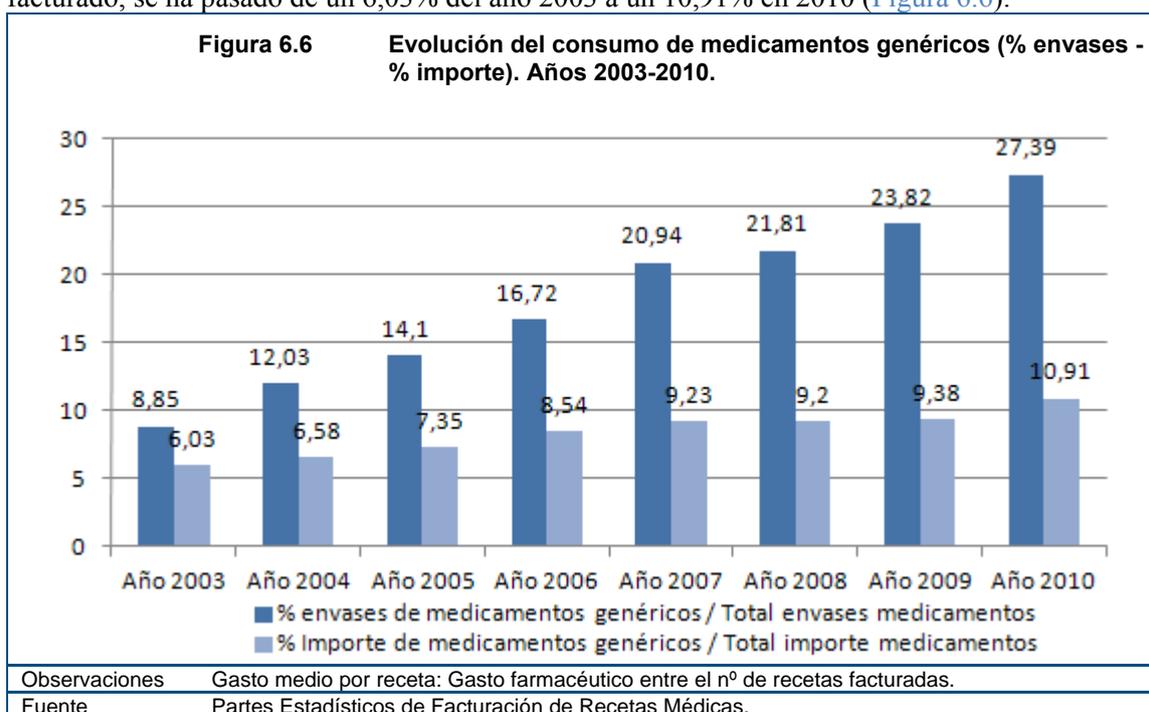
En relación al importe facturado, un 10,91% corresponde a medicamentos genéricos. En julio el porcentaje disminuyó a un 9,97%, debido a la bajada de los medicamentos genéricos del Real Decreto-ley 4/2010. En los meses siguientes ha ido aumentando ya que a su vez va creciendo el número de envases facturados (Tabla 6.8).

Tabla 6.8 Evolución del consumo de medicamentos genéricos (% envases - % importe).

AÑO 2010	EFG/TOTAL MEDICAMENTOS	
	% ENVASES	% IMPORTE
ENERO	25,25	10,38
FEBRERO	25,24	10,65
MARZO	25,92	10,94
ABRIL	26,15	11,21
MAYO	26,32	11,25
JUNIO	27,12	11,97
JULIO	27,27	9,97
AGOSTO	27,97	10,4
SEPTIEMBRE	28,48	10,64
OCTUBRE	29,01	10,75
NOVIEMBRE	29,49	11,09
DICIEMBRE	30,15	11,5
AÑO 2010	27,39	10,91

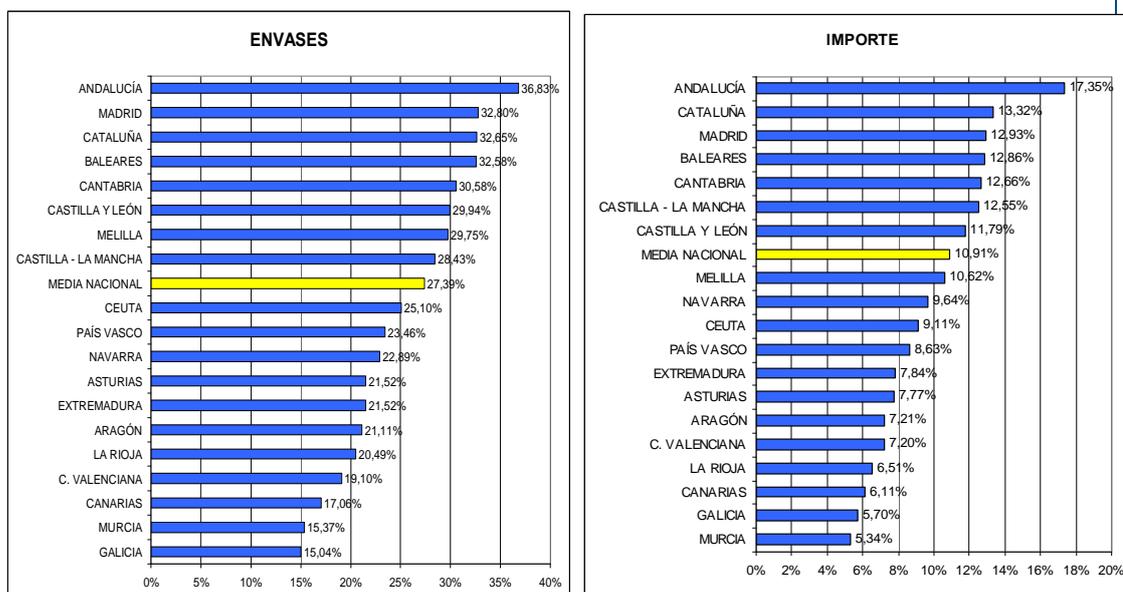
Fuente Sistema de Información Alcántara.

La incorporación de los medicamentos genéricos en el consumo ha sido creciente año a año. En 2010 se ha superado en más de 3 veces el porcentaje de consumo en envases de genéricos frente al total de medicamentos de 2003, de un 8,85% ha crecido a un 27,39%. Y en el importe facturado, se ha pasado de un 6,03% del año 2003 a un 10,91% en 2010 (Figura 6.6).



En el año 2010, Andalucía (36,83%), Madrid (32,80%), Cataluña (32,65%) y Baleares (32,58%) son las comunidades autónomas que han tenido mayor porcentaje de consumo de envases de genéricos respecto al total de medicamentos, asimismo son las comunidades autónomas con los mayores porcentajes en importe. Con los porcentajes más bajos de utilización de genéricos se encuentran Galicia (15,04%), Murcia (15,37%) y Canarias (17,06%), que a su vez son las comunidades con los porcentajes de consumo de genéricos más bajos en importe (Figura 6.7).

Figura 6.7 Consumo de medicamentos genéricos sobre total de medicamentos por CCAA - (% envases - % importe) – Año 2010



Fuente Sistema de información Alcántara.

Consumo de medicamentos por subgrupos químico-terapéuticos

El subgrupo de mayor consumo en número de envases es el de los Antiulcerosos: Inhibidores de la bomba de protones (A02BC), que representa un 7,32% del total de envases. Le siguen los Ansiolíticos: Derivados de la benzodiazepina (N05BA) con un 5,06%, y el tercer puesto lo ocupan los Hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG CoA reductasa (C10AA) con un 5,05% del total. Los diez primeros subgrupos representan el 36,22% del total de unidades vendidas de medicamentos.

Los Antiulcerosos: Inhibidores de la bomba de protones (A02BC) es el subgrupo que tiene la Dosis por habitante día (DHD) más elevada (112,14), esta DHD ha ido creciendo anualmente (en 2009 era de 106,07), debido a la prevalencia de los trastornos en los que estos medicamentos son efectivos. El Coste tratamiento día (CTD) de este subgrupo ha sido de 0,33 euros en 2010, (el descenso respecto a 2009 fue de 0,35 euros) (Tabla 6.9).

SUBGRUPO TERAPÉUTICO ATC4	Nº ENVASES (Millones)	% envases sobre total	% Δ 10/09	NºDDD(1) (Millones)	DHD (2)	Importe PVP (Millones €)	CTD(3) (€)	TOTAL
A02BC	Antiulcerosos: Inhibidores de la bomba de protones	68,87	7,32%	5,87 %	1.924,56	112,14	626,09	0,33
N05BA	Ansiofíticos: Derivados de la benzodiazepina	47,64	5,06%	1,62 %	875,62	51,02	118,38	0,14
C10AA	Hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG CoA reductasa	47,51	5,05%	9,65 %	1.246,00	72,60	820,09	0,66
N02BE	Analgésicos y antipiréticos: Anilidas	37,26	3,96%	-4,07 %	357,74	20,84	102,09	0,29
M01AE	Antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos: Derivados del ácido propiónico	31,9	3,39%	-4,37 %	544,05	31,7	144,01	0,26
B01AC	Inhibidores de la agregación plaquetaria, excluyendo heparina	31,77	3,38%	4,96 %	899,98	52,44	341,86	0,38
C09AA	Inhibidores de la ECA, monofármacos	20,96	2,23%	0,64 %	1.029,59	59,99	97,55	0,09
C09CA	Antagonistas de angiotensina II, monofármacos	19,71	2,09%	2,18 %	913,27	53,21	502,61	0,55
N06AB	Antidepresivos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	18,6	1,98%	5,15 %	726,43	42,33	325,31	0,45
A10BA	Hipoglucemiantes: Biguanidas	16,44	1,75%	3,61 %	349,17	20,34	39,96	0,11
% s/ TOTAL		36,22%						
Observaciones	1) DDD: Dosis Diaria Definida. (2) DHD: Dosis habitante día. (3) CTD: Coste tratamiento día.							
Fuente	Sistema de información Alcántara. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2010 (INE).							

En relación con el importe, el primer puesto lo ocupa el subgrupo de los Hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG CoA reductasa (C10AA), fármacos de elección para el tratamiento de la hipercolesterolemia, con un 6,19% sobre el total facturado. En el segundo puesto están los Antiulcerosos: Inhibidores de la bomba de protones (A02BC) con el 4,73% y el tercer lugar los Adrenérgicos y otros agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias (R03AK), con el 4,35% del total. Los diez primeros subgrupos representan el 35,54% del importe total facturado de medicamentos.

Decrece un 10,41% el importe facturado en 2010, del subgrupo de los Hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG CoA reductasa (C10AA) respecto a 2009, ya que el CTD del subgrupo ha descendido aun 0,66 en 2010 (en 2009 supuso 0,83 euros), al haberse reducido de forma importante el CTD de principios activos de este subgrupo como la Atorvastatina y Simvastatina (Tabla 6.10).

Tabla 6.10 Diez primeros subgrupos terapéuticos de mayor consumo en importe. Año 2010.

SUBGRUPO TERAPÉUTICO ATC4		Importe PVP (Millones €)	% sobre total importe	% Δ 10/09	NºDDD(1) (Millones)	DHD (2)	Nº ENVASES (Millones)	CTD(3) (€)
C10AA	Hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG CoA reductasa	820,09	6,19%	-10,41 %	1.246,00	72,60	47,51	0,66
A02BC	Antiulcerosos: Inhibidores de la bomba de protones	626,09	4,73%	-1,68 %	1.924,56	112,14	68,87	0,33
R03AK	Adrenérgicos y otros agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias	575,79	4,35%	2,86 %	252,61	14,72	8,42	2,28
C09CA	Antagonistas de angiotensina II, monofármacos	502,61	3,80%	-3,78 %	913,27	53,21	19,71	0,55
C09DA	Antagonistas de angiotensina II y diuréticos	448,85	3,39%	3,81 %	432,83	25,22	15,46	1,04
N03AX	Otros antiepilépticos	429,98	3,25%	10,78 %	133,77	7,79	7,86	3,21
N06AX	Otros antidepresivos	350,68	2,65%	6,51 %	278,62	16,23	10,68	1,26
B01AC	Inhibidores de la agregación plaquetaria, excluyendo heparina	341,86	2,58%	-5,59 %	899,98	52,44	31,77	0,38
N06AB	Antidepresivos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	325,31	2,46%	-5,12 %	726,43	42,33	18,60	0,45
N05AX	Otros antipsicóticos	283,78	2,14%	7,22 %	53,44	3,11	2,77	5,31
%s/TOTAL		35,54%						
Observaciones		1) DDD: Dosis Diaria Definida. (2) DHD: Dosis habitante día. (3) CTD: Coste tratamiento día.						
Fuente		Sistema de información Alcántara. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2010 (INE).						

Consumo de medicamentos por principios activos

El Omeprazol es el principio activo de mayor consumo en envases (51,87 millones de envases), un 5,51% del total de envases facturados. Está considerado el fármaco de elección del grupo de los antiulcerosos, su DHD ha aumentado a 88,56 en 2010, (en 2009 era de 84,42), y su CTD es el más bajo de su grupo, 0,11 euros.

El Paracetamol ocupa la segunda posición con el 3,65% del total y el Ácido acetilsalicílico en su indicación de antiagregante plaquetario, el tercer puesto con el 2,64% del importe. Los 10 primeros principios activos suponen el 24,57% del total de envases facturados de medicamentos (Tabla 6.11).

Tabla 6.11 Diez primeros principios activos de mayor consumo en envases. Año 2010.

PRINCIPIO ACTIVO ATC5	Nº ENVASES (Millones)	% envases sobre total	% Δ 10/09	NºDDD(1) (Millones)	DHD (2)	Importe PVP (Millones)	CTD(3) (€)	
A02BC01 Omeprazol	51,87	5,51%	4,83%	1.519,85	88,56	165,62	0,11	
N02BE01 Paracetamol	34,31	3,65%	-3,42%	346,15	20,17	94,00	0,27	
B01AC06 Ácido acetilsalicílico (Antiagregante)	24,85	2,64%	5,14%	712,56	41,52	59,74	0,08	
M01AE01 Ibuprofeno	23,50	2,50%	-6,83%	407,09	23,72	88,57	0,22	
C10AA01 Simvastatina	21,11	2,24%	10,76%	407,13	23,72	79,70	0,20	
A10BA02 Metformina	16,44	1,75%	3,61%	349,17	20,34	39,96	0,11	
C10AA05 Atorvastatina	16,39	1,74%	7,24%	580,41	33,82	535,55	0,92	
N05BA06 Lorazepam	14,87	1,58%	3,92%	332,39	19,37	31,28	0,09	
N02BB02 Metamizol sódico	14,62	1,55%	2,42%	54,26	3,16	36,25	0,67	
C09AA02 Enalapril	13,16	1,40%	2,13%	656,76	38,27	37,81	0,06	
% S/Total	24,57%							
Observaciones	1) DDD: Dosis Diaria Definida. (2) DHD: Dosis habitante día. (3) CTD: Coste tratamiento día.							
Fuente	Sistema de información Alcántara. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2010 (INE).							

En relación con el importe, la Atorvastatina ocupa la primera posición facturando 535,55 millones de euros, un 4,05% sobre el importe total. Decece su facturación un -15,41% respecto a 2009, descendiendo el CTD hasta 0,92 euros (en 2009 era de 1,21 euros), porque se ha incluido en el Sistema de Precios de Referencia al activarse su conjunto en mayo de 2010. El Salmeterol y otros agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias ocupa la segunda posición con el 2,75% del importe total y el Clopidogrel representa el 1,87% del total facturado. El antiepiléptico Pregabalina, incluido en la financiación en 2005, ha seguido en 2010 aumentando su facturación, teniendo un crecimiento sobre 2009 del 17,56%. Estos diez principios activos suponen prácticamente el 18,42% del importe total facturado (Tabla 6.12).

Tabla 6.12 Diez primeros principios activos de mayor consumo en importe. Año 2010.

PRINCIPIO ACTIVO ATC5	Importe PVP (Millones)	% sobre total importe	% Δ 10/09	NºDDD(1) (Millones)	DHD (2)	Nº ENVASES (Millones)	CTD(3) (€)	
C10AA05 Atorvastatina	535,55	4,05%	-15,41%	580, 1	33,82	16,39	0,92	
R03AK06 Salmeterol y otros agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias	364,24	2,75%	0,67%	149,31	8,70	4,98	2,44	
B01AC04 Clopidogrel	247,59	1,87%	-10,79%	138,41	8,06	4,94	1,79	
R03AK07 Formoterol y otros agentes contra síndromes obstructivos de las vías respiratorias	211,38	1,60%	6,90%	102,19	5,95	3,41	2,07	
R03BB04 Tiotropio, bromuro	198,96	1,50%	7,05%	112,95	6,58	3,77	1,76	
N05AX08 Risperidona	189,51	1,43%	0,72%	38,03	2,22	2,09	4,98	
N03AX16 Pregabalina	181,90	1,37%	17,56%	48,11	2,80	2,96	3,78	
N06AB10 Escitalopram	175,61	1,33%	8,88%	218,81	12,75	5,61	0,80	
N05AH03 Olanzapina	168,20	1,27%	2,38%	37,16	2,17	1,38	4,53	
A02BC01 Omeprazol	165,62	1,25%	-15,31%	1.519,85	88,56	51,87	0,11	
% S/Total	18,42%							
Observaciones	1) DDD: Dosis Diaria Definida. (2) DHD: Dosis habitante día. (3) CTD: Coste tratamiento día.							
Fuente	Sistema de información Alcántara. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2010 (INE).							

Consumo de productos sanitarios

Los productos sanitarios representan sobre el consumo total de la prestación farmacéutica el 2% de las recetas y el 3,5% del importe facturado.

Los absorbentes para la incontinencia de orina es el grupo con mayor número de envases facturados, 6,66 millones, un 36% del total de productos. El segundo puesto lo ocupan los apósitos, seguido de las gasas. Los 5 primeros grupos facturan el 78% de todos los productos sanitarios (Tabla 6.13).

Grupo	Nº Envases (Millones)	% sobre total 2010	% Δ 10/09
Absorbentes para la incontinencia urinaria	6,66	36,1%	6,89%
Apósitos	3,46	18,77%	-4,32%
Gasas	2,08	11,28%	-5,05%
Tejidos elásticos lesiones o malformaciones	1,35	7,32%	-1,26%
Bolsas de colostomía	0,8	4,31%	3,73%
TOTAL 5 GRUPOS	14,35	77,78%	1,22%
Fuente	Sistema de información Alcántara.		

En relación con el importe, los absorbentes ocupan el primer puesto facturando 284,38 millones de euros, un 57,84% sobre el total de los productos. Los absorbentes han tenido un descenso en su facturación del -0,32% sobre 2009, aunque el nº de envases aumentó un 6,89%, debido a la bajada del 20% establecida en el Real Decreto-ley 8/2010 (Tabla 6.14).

Grupo	Importe (Millones)	% sobre total 2010	% Δ 10/09
Absorbentes para la incontinencia urinaria	284,38	57,84%	-0,32%
Apósitos	61,14	12,44%	7,92%
Bolsas de colostomía	49,07	9,98%	0,41%
Bolsas de ileostomía	16,97	3,45%	9,54%
Sondas	13,96	2,84%	6,85%
TOTAL 5 GRUPOS	425,53	86,55%	-0,84%
Fuente	Sistema de información Alcántara.		

7 Investigación en el Sistema Nacional de Salud

7.1 Análisis del contexto de la Investigación Biomédica en España

La investigación biomédica pretende generar conocimiento con el fin de resolver los problemas de salud del ser humano. La Administración General del Estado, en un decidido impulso por apoyar la investigación biomédica y amparada por el artículo 44.2 de la Constitución que establece que los poderes públicos promoverán la investigación científica y técnica en beneficio del interés general, aprobó el **Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica** (Plan Nacional de I+D+i) 2008-2011.

Este plan es el instrumento de programación del sistema español de Ciencia, Tecnología y Empresa y contiene la **Acción Estratégica de Salud** (AES), cuyo objetivo es generar conocimiento para preservar la salud y el bienestar de la ciudadanía, así como para el desarrollo de los aspectos preventivos, diagnósticos, curativos, rehabilitadores y paliativos de la enfermedad, reforzando e incrementando para ello la competitividad y capacidad de I+D+I del Sistema Nacional de Salud (SNS) y de las empresas relacionadas con el sector.

Además de la AES, que gestiona el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), las actuaciones de carácter transversal del Plan Nacional, dirigidas por tanto a todas las áreas de conocimiento, cuentan con una participación muy destacada del área de biomedicina, como son proyectos de investigación fundamental no orientada convocados por el Ministerio de Ciencia e Innovación, (biología fundamental y de sistemas, biomedicina y medicina clínica y epidemiología), lo cual refleja el importante grado de desarrollo de este sector en nuestro país.

7.2 La investigación biomédica gestionada por el Instituto de Salud Carlos III

El Instituto de Salud Carlos III es un organismo público de investigación y de apoyo científico de carácter nacional, que contribuye a la vertebración, planificación, fomento y coordinación de la investigación en el Sistema Nacional de Salud, tiene la doble misión de:

- Fomento de la investigación biomédica en los centros propios del ISCIII (Investigación Intramural), siendo agente ejecutor de la investigación.
- Fomento de la investigación biomédica en el conjunto del Estado (Investigación Extramural), comportándose por tanto como Agencia de financiación.

Investigación intramural

A través de sus centros propios realiza actividades en tres áreas clave:

- a) Prestación de servicios científico-técnicos de referencia nacional y apoyo científico técnico a la AGE y al SNS, orientada en el diagnóstico, referencia y vigilancia en

tres áreas principales: enfermedades infecciosas, enfermedades crónicas y determinación de factores ambientales que afectan a la salud.

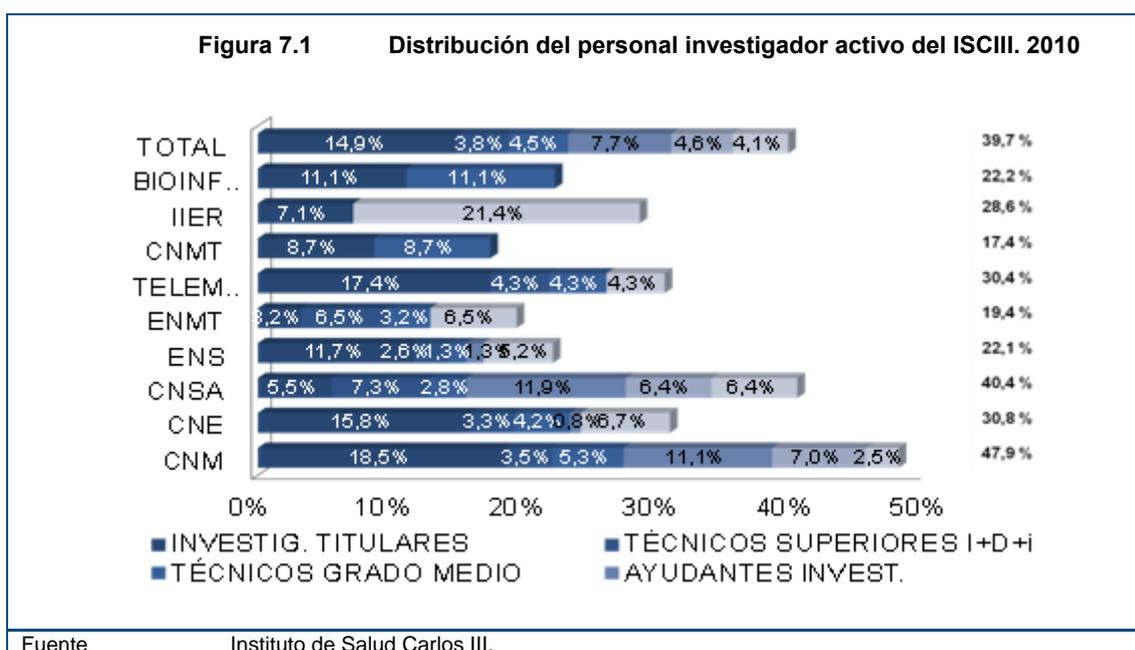
- b) Investigación biomédica de excelencia a través de líneas prioritarias: enfermedades infecciosas, enfermedades tropicales, emergencias microbiológicas, estrategias medioambientales, enfermedades raras, tecnologías de la información y las comunicaciones aplicadas a la salud y bioinformática, así como investigación básica relacionadas con enfermedades infecciosas, inmunología, biología celular y patología molecular
- c) Formación científico-técnica sanitaria dirigida fundamentalmente a profesionales de la salud, orientada a la transferencia inmediata de los avances y progresos en la gestión y organización institucional en el entorno científico, sanitario y de salud pública, así como en la enfermedad profesional y relacionada con el trabajo.

Las actividades de prestación de servicios y docencia conviven con actividades de investigación y/o formación, aunque hay otras unidades en las que su cometido es exclusivamente la investigación. Estas actividades, con diferente grado de dedicación, se llevan a cabo en los siguientes centros del ISCIII:

- Centros propios del ISCIII
 - *Centro Nacional de Microbiología (CNM)*
 - *Centro Nacional de Epidemiología (CNE)*
 - *Centro Nacional de Medicina Tropical (CNMT)*
 - *Centro Nacional de Sanidad Ambiental (CNSA)*
- Instituto de Investigación de Enfermedades Raras (IIER)
- Unidad de Telemedicina
- Escuela Nacional de Sanidad (ENS)
- Escuela Nacional de Medicina en el Trabajo (ENMT)

Recursos humanos

El número total de trabajadores de los centros propios del ISCIII es de 892 y de ellos, un 39,7% pertenecen a las escalas de Organismos Públicos de Investigación (OPIS), en sus diferentes categorías y de acuerdo a la siguiente distribución ([Figura 7.1](#)):



Resultados de investigación

La investigación que se lleva a cabo en los centros propios del ISCIII, así como los indicadores de resultados, publicaciones científicas y análisis comparativo con otros OPIS, se esquematiza a continuación.

Tabla 7.1 Proyectos de investigación obtenidos por el ISCIII en convocatorias de concurrencia competitiva en el periodo 2008-2010.

	2008	2009	2010	TOTAL
	Proyectos	Proyectos	Proyectos	
Plan Nacional I+D+i (MICINN)	12	7	11	30
Acción Estratégica en Salud (ISCIII)	24	26	12	62
Convocatorias Europeas	11	9	11	31
Otras Agencias	8	5	9	22
TOTAL	55	47	43	145

Fuente: Instituto de Salud Carlos III.

Los investigadores del ISCIII, participan en las 7 Redes Temáticas de Investigación Cooperativa (RETICs), de las 22 existentes (Tabla 7.2).

Asimismo, los investigadores del ISCIII participan en cuatro Consorcios de Investigación Biomédica en Red (CIBERs): CIBER Enfermedades Respiratorias, CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBER Enfermedades Neurodegenerativas y CIBERER de Enfermedades Raras (Tabla 7.3).

Tabla 7.2 Participación de los investigadores del ISCIII en las RETICs.

TIPO DE RED	CENTRO ISCIII
Red de Biobancos	IIER
RTICC: Red Temática de Investigación Cooperativa en Cáncer	CNM
COMBIOMED: Red Temática de Invest. Cooperativa en Biomedicina Computacional	BIOINFORMÁTICA
RETICEF: Red Temática de Investigación en Envejecimiento y Fragilidad	INVESTEN
RIS: Red de Sida	CNM / CNE
REIPI: Red Española de Investigación en Patología Infecciosa	CNM
RICET: Red de Invest. Cooperativa en Enfermedades Tropicales	CNM /CNMT
RICET: Red de Invest. Cooperativa en Enfermedades Tropicales (Coordinación)	CNMT
Observaciones	IIERR-Instituto de Investigación de Enfermedades Raras,CNM-Centro Nacional de Microbiología, INVESTEN-Investigación en Enfermería, CNE-Centro Nacional de Epidemiología, CNMT-Centro Nacional de Medicina Tropical
Fuente	Instituto de Salud Carlos III.

Tabla 7.3 Participación de los investigadores del ISCIII en los CIBERs.

TIPO DE RED	CENTRO ISCIII
CIBERES: Enfermedades Respiratorias	CNM
CIBERESP: Salud Pública y Epidemiología	CNM/ENS/CNE
CIBERNED: Enfermedades Neurodegenerativas	CNM/CNE
CIBERER: Enfermedades Raras	IIERR
Observaciones	CNM-Centro Nacional de Microbiología, ENS: Escuela Nacional de Sanidad, CNE-Centro Nacional de Epidemiología, IIERR-Instituto de Investigación de Enfermedades Raras
Fuente	Instituto de Salud Carlos III.

Investigación extramural

La investigación extramural tiene dos apartados claramente diferenciados: la investigación extramural participada y la investigación extramural competitiva.

Investigación extramural participada

La investigación extramural participada es la que se financia, no en base de concurrencia competitiva, sino sobre la base de decisiones estratégicas y estructurales, dotando económicamente a una serie de instituciones con personalidad jurídica propia, en las que el Instituto de Salud Carlos III codirige y gestiona estos proyectos.

En la investigación extramural participada se establecen dos grandes líneas: la de fomento, coordinación y tutela de fundaciones y consorcios, y la de convenios con las comunidades autónomas.

Entre estas acciones podemos destacar las Fundaciones Carlos III, los Centros de Investigación Biomédica en Red (**CIBER**), los Consorcios de Apoyo a la Investigación Biomédica en Red (**CAIBER**) y los convenios que se llevan a cabo con las comunidades para establecer los Programas de estabilización de investigadores e intensificación de la actividad investigadora en el Sistema Nacional de Salud.

FUNDACIONES

El ISCIII ha introducido nuevas fórmulas de gestión con personalidad jurídica propia con el objetivo de dotar de mayor autonomía a los centros y grupos de investigación, consiguiendo mayor flexibilidad y eficiencia en la toma de decisiones y en la ejecución de la actividad científica.

En este proceso de transformación organizativa y modernización destacan las Fundaciones: La Fundación Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas Carlos III (CNIO), La Fundación Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III (CNIC) y La Fundación Centro Nacional de Investigación en Enfermedades Neurodegenerativas (CIEN).

El presupuesto de las tres Fundaciones en los tres últimos años ha sido 116,36 millones de euros, y han creado un total de 1.808 puesto de trabajo

CIBER

Los CIBER se encuentran dentro de las ayudas destinadas a financiar estructuras estables de investigación cooperativa, en el área de Biomedicina y Ciencias de la Salud, en el marco de la iniciativa Ingenio 2010, programa CONSOLIDER.

Los Centros de Investigación Biomédica en Red (**CIBER**) son consorcios para la investigación, con personalidad jurídica propia, sin contigüidad física, que tienen como objetivo la investigación monográfica sobre una patología o problema de salud determinado, definido de una forma amplia.

Actualmente existen 9 CIBERs, con la participación de 397 grupos de investigación, la inversión realizada en este Plan Nacional ha sido de 134,05 millones de euros. La Comunidad Autónoma con más representación es Cataluña (42,46%) y la Comunidad de Madrid (24,40%).

En la [Figura 7.2](#) adjunta se reflejan el número de CIBERs en los que participa cada Comunidad Autónoma.

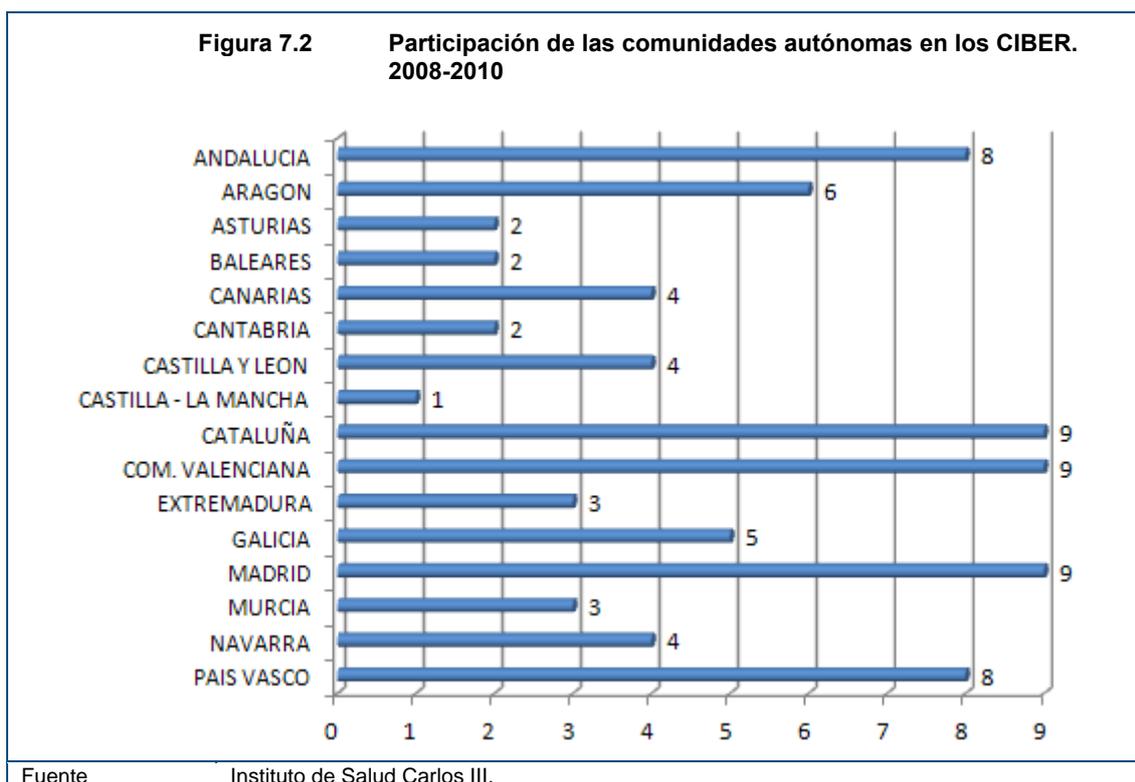
En este período se han creado 1.214 puestos de trabajo de distintas categorías en los diferentes CIBERs.

CAIBER

Los Consorcios de Apoyo a la Investigación Biomédica en Red (**CAIBER**) tienen por objeto los estudios relacionados con los problemas más relevantes de salud de la población española, como el cáncer, enfermedades raras, enfermedades neurológicas y mentales, enfermedades crónicas o cardiovasculares.

El objetivo principal del CAIBER es fortalecer la estructura de las unidades que lo componen, con el fin de promover la salud y el bienestar de los ciudadanos. Esto se realiza a través de la constitución de una red cualificada para la realización de ensayos clínicos financiados y priorizados con determinados fondos públicos o a requerimientos de ISCIII, carentes de interés comercial.

En los tres últimos años la aportación que han recibido los CAIBER ha sido de 30 millones de euros, y se han dotado con 204 puestos de trabajo.



ESTABILIZACIÓN E INTENSIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA EN EL SNS

A finales del 2005 se establece el Programa de Estabilización de Investigadores e Intensificación de la Actividad Investigadora en el Sistema Nacional de Salud. El Programa se desarrolla mediante la formalización de convenios de colaboración entre el Instituto de Salud Carlos III y las comunidades autónomas de acuerdo con lo establecido en el Plan Nacional de I+D+I vigente.

El objetivo de este programa es apoyar la contratación estable de los investigadores de las instituciones del Sistema Nacional de Salud incorporados a través del Programa de Recursos Humanos y Difusión de la Investigación del Instituto de Salud Carlos III. Con el Programa de Intensificación se libera al investigador de parte de su actividad asistencial, con el fin de simultanear la actividad asistencial con la investigadora en el Sistema Nacional de Salud.

Al programa de estabilización de investigadores se le ha dotado con un importe de 2,16 millones de euros, que se traduce en 77 investigadores estabilizados. Los investigadores que han sido intensificados para ser liberados de su actividad asistencial han sido 445, con una inversión en este programa de 13,17 millones de euros.

Investigación extramural competitiva

El Instituto de Salud Carlos III planifica, fomenta y coordina la investigación y la innovación biomédica sanitaria, conforme a las directrices establecidas por los Planes Nacionales de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica, impulsando la coordinación con

las comunidades autónomas y la sinergia con los fondos estructurales y el Programa Marco de la UE.

El VI Plan Nacional de I+D+I 2008-2011, se estructura en cuatro áreas directamente relacionadas con los objetivos generales del plan, y ligadas a programas instrumentales que persiguen objetivos concretos y específicos, para tal fin se contemplan un conjunto de instrumentos agrupados en varias líneas instrumentales de actuación.

En la cuarta área, se enmarca la Acción Estratégica de Salud, cuyo objetivo general es generar conocimiento para preservar la salud y el bienestar de la ciudadanía, así como desarrollar los aspectos preventivos, diagnósticos, curativos, rehabilitadores y paliativos de la enfermedad, reforzando e incrementando para ello la competitividad y capacidad de I+D+I del Sistema Nacional de Salud y de las empresas relacionadas con el sector.

Los objetivos específicos de la Acción Estratégica de Salud se concretan en:

- 1.- Aumentar la inversión pública y privada en I+D+I en salud.
- 2.- Aumentar el número y la calidad de los recursos humanos en I+D+I en salud.
- 3.- Aumentar la producción científica y la dimensión internacional de la I+D+I en salud.
- 4.- Aumentar la transferencia de conocimiento y tecnología en salud.

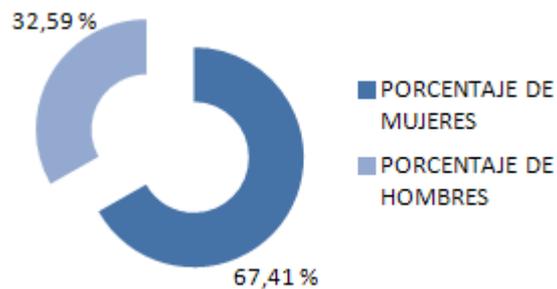
Para dar cumplimiento a estos objetivos, la Acción Estratégica de Salud propone las siguientes líneas de actuación: recursos humanos, proyectos de investigación, infraestructuras, articulación del sistema, fortalecimiento institucional y actuaciones complementarias de refuerzo de las anteriores. Cada línea se articula a través de diferentes subprogramas y, en su caso, modalidades.

En la línea de actuación de recursos humanos se han financiado 896 ayudas para la formación de jóvenes investigadores, con una inversión total de 81 millones de euros. La cuantía anual ha sido de 27 millones de euros, lo que corresponde aproximadamente a 299 ayudas anuales, con una distribución por género de un 67,41% de mujeres (Tabla 7.4).

Tabla 7.4 Distribución por género de las ayudas de la Acción Estratégica en Salud 2008-2010 en la línea de RRHH.

AYUDAS RR HH AES	CONVOCATORIAS 2008-2010		
	Mujeres	Hombres	TOTAL
PREDOCTORALES EN INVESTIGACIÓN (PFIS)	124	68	192
PREDOCTORALES EN GESTIÓN INVESTIGACIÓN (FGIN)	20	4	24
CONTRATOS RIO HORTEGA	117	46	163
BOLSAS DE AMPLIACIÓN DE ESTUDIOS	43	62	105
CONTRATOS SARA BORRELL	89	38	127
CONTRATOS MIGUEL SERVET	61	50	111
CONTRATOS TÉCNICO DE APOYO	144	30	174
TOTAL	598	298	896
Fuente	Instituto de Salud Carlos III.		

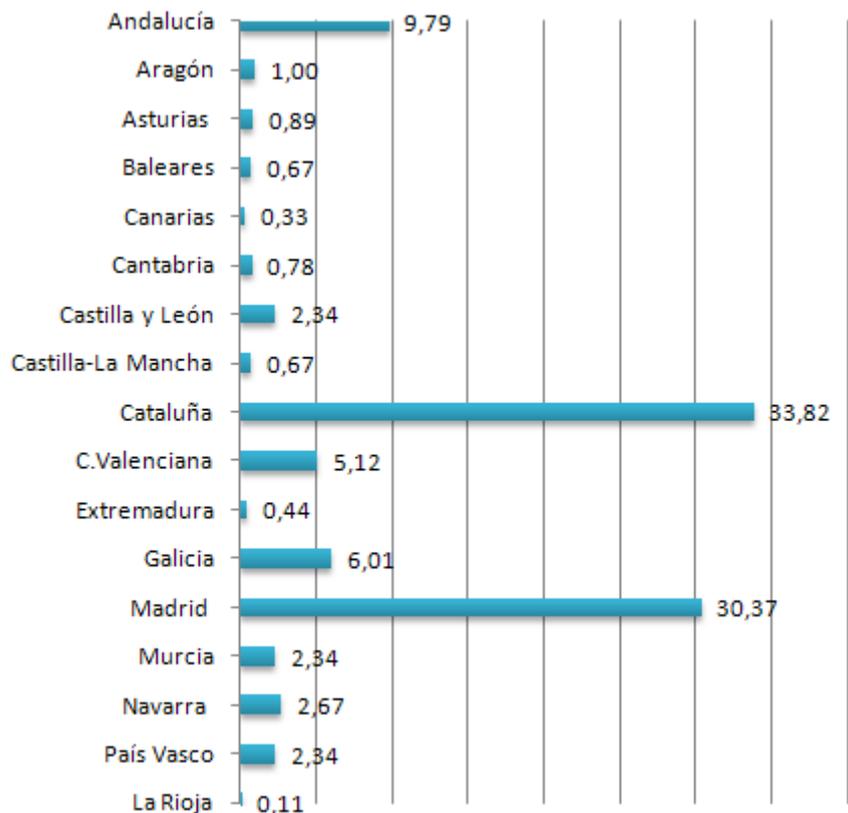
Figura 7.3 Porcentaje de mujeres y hombres en la línea de RRHH. 2008-2010



Fuente Instituto de Salud Carlos III.

La distribución geográfica de estas ayudas se plasma en la [Figura 7.4](#).

Figura 7.4 Ayudas (%) para la formación de jóvenes investigadores distribuidas según comunidad autónoma. 2008-2010

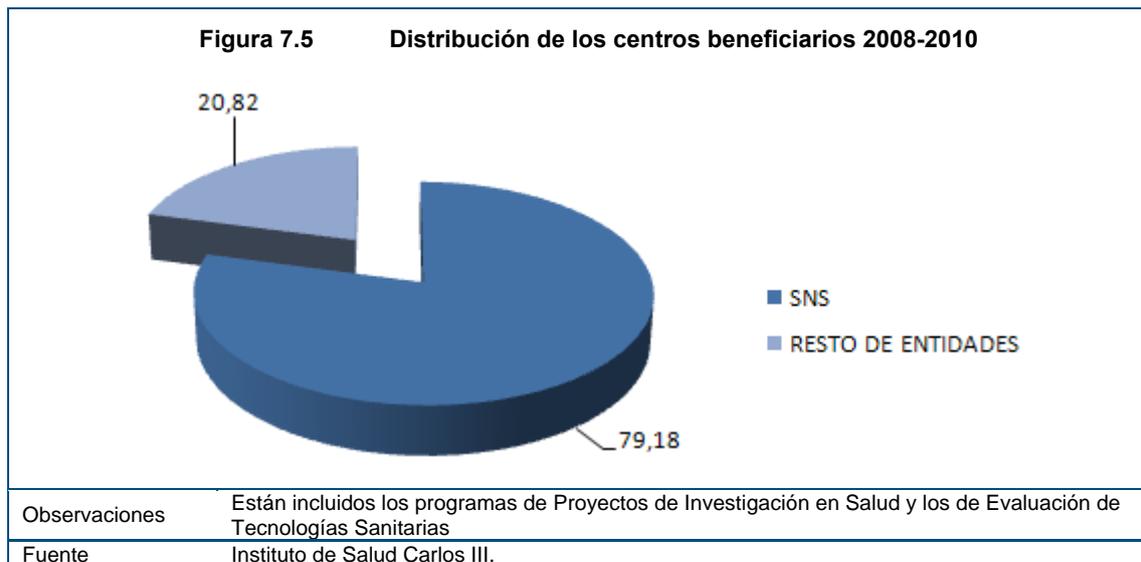


Fuente Instituto de Salud Carlos III.

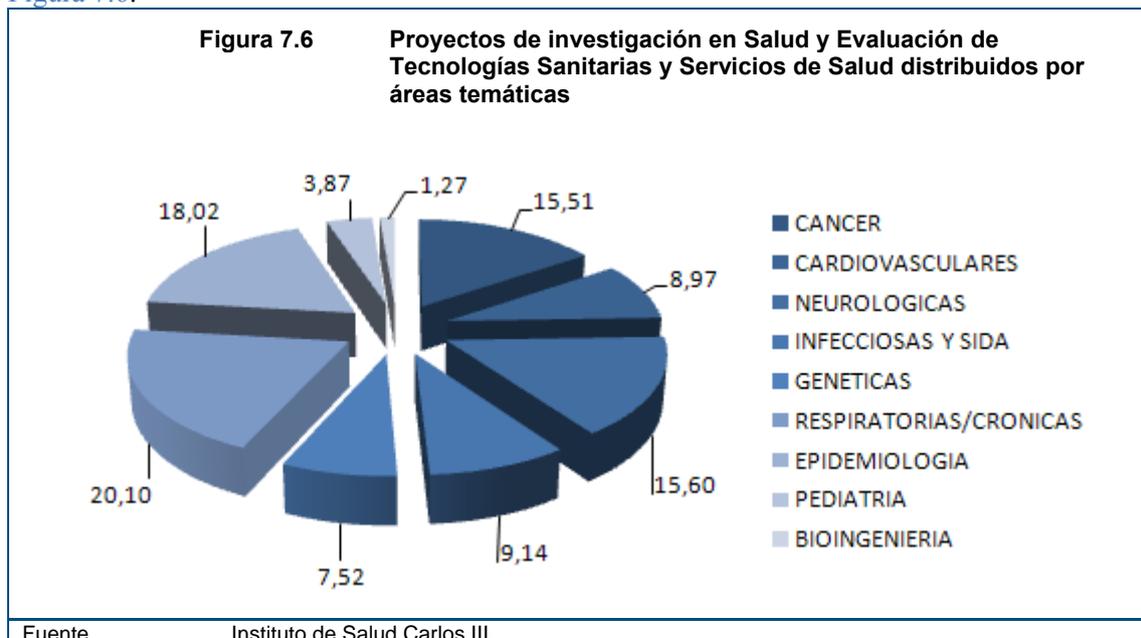
El número de Proyectos de Investigación en Salud ha ido en aumento en el período 2008-2010, partiendo de 643 proyectos en 2008, hasta los 702 proyectos en 2010. Si a esta cantidad se le agregan los proyectos financiados en la convocatoria de Proyectos de Investigación de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Servicios de Salud de las convocatorias 2008 y 2009, resulta una financiación total de 2.353 proyectos financiados con una cuantía de 230,50 millones de euros.

Las Comunidades Autónomas con mayor representación, respecto al total de financiación, han sido: Cataluña (32,34%), Madrid (24,22%) y Andalucía (10,41%).

Por el carácter sanitario de esta línea de actuación de la Acción Estratégica en Salud, los centros beneficiarios de estas ayudas han sido mayoritariamente los centros del Sistema Nacional de Salud. (Figura 7.5)



La distribución de estos 2.353 proyectos por áreas temáticas de conocimiento se refleja en la Figura 7.6.



Para hacer posible una investigación de calidad, reflejo de la innovación tecnológica llevada a cabo en este período, se ha dotado al SNS de 109 infraestructuras por un valor de 22,29 millones de euros, a través de la Línea de actuación de Ayudas para la adquisición de Infraestructuras Científico Tecnológicas.

Con la Línea de actuación de la Articulación del Sistema se ha consolidado el Subprograma de Redes Temáticas de Investigación Cooperativa, objetivo fijado en el Programa Ingenio 2010. La dotación total para el trienio ha sido de 112,19 millones de euros, distribuidos entre las 22 Redes existentes. Las últimas incorporadas al programa han sido la Red de Biobancos Hospitalarios (11,98 millones de euros) y la Red de Innovación y Tecnologías Médicas y Sanitarias (4,99 millones de euros).

La línea de fortalecimiento institucional ha promovido la financiación de aquellos Institutos de Investigación Sanitaria (IIS) que han alcanzado un nivel de excelencia en sus resultados, para promover su conversión o consolidar su posición como centros de referencia internacional en el campo de la investigación biomédica, mediante la concesión, en régimen de concurrencia competitiva.

Las líneas de financiación del IIS se concretan en dos programas, el de mejora de las infraestructuras de investigación, PROMIS, y el de captación de talento, ISIS (contratación de investigadores senior para institutos de investigación sanitaria). En los años 2009 y 2010 la dotación de las ayudas recibidas ha ascendido a 14 millones de euros.

Hasta el presente momento se han acreditado por parte del ISCIII 13 IIS: 5 en la Comunidad de Madrid, 5 en Cataluña, y 1 en Galicia, Comunidad Valenciana y Andalucía respectivamente (Tabla 7.5).

INSTITUTOS ACREDITADOS	CC.AA.
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA SANT PAU	CATALUÑA
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (IIS-FJD)	MADRID
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN HOSPITAL UNIVERSITARIO VALLE DE HEBRÓN	CATALUÑA
INSTITUTO RAMÓN Y CAJAL DE INVESTIGACIÓN SANITARIA (IRYCIS)	MADRID
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE	VALENCIA
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (i+12)	MADRID
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD GERMANS TRIAS Y PUJOL	CATALUÑA
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA	MADRID
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS AUGUST PI Y SUNYER (IDIBAPS)	CATALUÑA
INSTITUTO DE BIOMEDICINA DE SEVILLA (IBIS)	ANDALUCIA
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN DE SANTIAGO (IDIS)	GALICIA
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (IdiPAZ)	MADRID
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE BELLVITGE (IDIBELL)	CATALUÑA
Fuente	Instituto de Salud Carlos III.

8 La mejora de la calidad, eficiencia y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud

En los informes de años anteriores, se hizo una descripción de los objetivos que se proponían los servicios de salud, de las estrategias para alcanzarlos y de las distintas fórmulas de gestión que empleaban. Podría afirmarse que el patrón común de funcionamiento en los servicios de salud es el de un Plan de Salud plurianual, que propone los grandes objetivos y cuya elaboración es responsabilidad de la Consejería o Departamento de Salud. Los servicios de salud fijan su estrategia partiendo de los objetivos del Plan de salud a través de documentos como los planes estratégicos, líneas estratégicas o planes directores. La situación de crisis económica ha obligado a modificar la estrategia para poder mantener las prestaciones con menos recursos. Para ello, los servicios de salud han llevado a cabo acciones para reducir los gastos en todos los capítulos del presupuesto, pero también medidas dirigidas a mejorar la eficiencia de los servicios, que se basan en la mejora de la productividad. Estas últimas requieren reorganización y mejora de la calidad. La adaptación a la nueva situación se ha producido en varios aspectos (Tabla 8.1):

- Acciones para mantener la calidad de los servicios y mejorar la corresponsabilidad de los ciudadanos en el acceso a las prestaciones.
- Cambios en la organización dirigidos a mejorar la eficiencia.
- Mejoras en la gestión de recursos humanos.
- Mejoras en la gestión de compra de bienes y servicios, para reducir el gasto corriente.
- Actividades para impulsar el uso racional del medicamento.

A continuación, se resumen las distintas acciones que se han adoptado durante 2010 para asegurar la sostenibilidad del sistema de salud. La información para este capítulo ha sido facilitada por las comunidades autónomas y el INGESA, y se encuentra completa en los anexos correspondientes.

8.1 Acciones para mantener la calidad de los servicios y mejorar la corresponsabilidad de los ciudadanos en el acceso a las prestaciones

Conforme con la información facilitada por las comunidades, los planes de salud no se han modificado como consecuencia de la situación económica. Parece lógico que aquellos que se elaboren a partir de ahora sí tendrán en la sostenibilidad del sistema una de sus prioridades, como ya ocurre en la comunidad de Murcia, que ha elaborado el Plan de salud 2010-2015 en plena crisis, y que se enfoca a fortalecer el sistema de gestión y los programas de prevención y atención del cáncer; y contempla además acciones específicas como la creación de gerencias de área y planes para mejorar la utilización del medicamento.

Tabla 8.1 Mejora de la eficiencia y de la calidad en el Sistema Nacional de Salud.	
Mantener la calidad de los servicios y mejorar la corresponsabilidad de los ciudadanos	<ul style="list-style-type: none"> - Centros de alta resolución - Integración de atención primaria y atención especializada - Programas de prevención y tratamiento de determinadas enfermedades - Evaluación previa de nuevos servicios - Planes de seguridad de pacientes - Escuelas de pacientes
Cambios de organización para mejorar la eficiencia	<ul style="list-style-type: none"> - Gerencias de área - Planes integrados de atención al cáncer y enfermedades crónicas - Mejora de la capacidad de resolución de atención primaria - Consultas no presenciales entre médicos de atención primaria y especializada - Implantación de la historia clínica electrónica - Centros de referencia. Fusión de servicios especializados. Cooperación con otras comunidades autónomas - Hospitales de día, a domicilio y cirugía ambulatoria. Mejora del rendimiento de instalaciones - Mayor peso a los indicadores de eficiencia en los contratos de gestión. - Gestión de la demanda en atención primaria
Cambios en la gestión de recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción salarial - Suspensión de ascensos de grado en carrera profesional - Disminución de contratación temporal - Amortización de vacantes y suspensión de ofertas de empleo público - Reducción de productividad variable y jornadas extraordinarias
Mejoras de gestión de compra de bienes y servicios	<ul style="list-style-type: none"> - Centralización de compras, concursos de determinación de tipo y precio - Mejora de logística, unificación de almacenes, reducción de existencias - Negociación de contratos con reducción de precios. - Mejora de la eficiencia energética - Ajuste del consumo de productos sanitarios
Uso racional del medicamento	<ul style="list-style-type: none"> - Receta electrónica - Sistemas de ayuda a la prescripción - Prescripción por principio activo - Programas para pacientes polimedicados y frágiles - Presupuestos con base poblacional - Dispensación por farmacias dependientes de servicios de salud en centros sociosanitarios. Suministro directo de productos sanitarios - Dispensación de medicamentos de especial control en hospitales - Concursos de adquisición de medicamentos para hospitales
Fuente	Elaborado por el Observatorio del SNS a partir de la información remitida por las comunidades y ciudades autónomas al cierre del presente informe.

Sin embargo, a pesar de que los planes de salud no se hayan modificado, los servicios de salud se están adaptando a la difícil situación buscando mejorar el acceso a los servicios y la equidad, poniendo en funcionamiento centros de alta resolución, fortaleciendo la atención primaria y la integración con la atención especializada; desarrollando los programas de prevención y atención de cáncer de mama y colorrectal, e implantado servicios de telemedicina y trabajo en red. La evaluación de nuevos servicios, previa a su implantación, también es una medida que se ha adoptado en varias comunidades autónomas. Además, en todos los servicios de salud se mantienen, e incluso se amplían, los planes de seguridad de pacientes.

La implicación de los pacientes en su estado de salud se busca a través de las escuelas de pacientes, las campañas informativas sobre la prescripción por principio activo y la factura informativa, acciones que comienzan a desplegarse en varias comunidades autónomas.

8.2 Cambios en la organización dirigidos a mejorar la eficiencia

El ajuste del gasto puede conseguirse con medidas concretas sobre la gestión de recursos humanos, gasto corriente y más específicamente sobre el gasto farmacéutico, que producen reducciones en el corto plazo y son necesarias. Sin embargo, la mejora de la eficiencia, que supone ahorros a largo plazo, requiere sobre todo mejorar la organización del sistema de salud, el rendimiento de sus instalaciones, la gestión clínica, el flujo de pacientes entre niveles asistenciales, la evaluación previa de los servicios que se introducen y la estrategia de colaboración público privada.

La cooperación, integración o coordinación entre atención primaria y atención especializada es motivo de preocupación y de acciones para mejorarla en todos los servicios de salud. Esta mejora de la continuidad de la asistencia se lleva a cabo con medidas de organización de carácter genérico, como la unificación de las gerencias, o con disposiciones más específicas. Ejemplos de esto último, son los planes integrados para la atención del cáncer o las enfermedades crónicas, las acciones para mejorar la capacidad de resolución de atención primaria o las consultas no presenciales entre médicos de primaria y especialistas antes de derivar a determinados pacientes. Todas estas mejoras requieren la utilización intensiva de las tecnologías de la información y de la comunicación, por lo que todos los servicios de salud han continuado el desarrollo e implantación de los proyectos de historia clínica electrónica.

También en esta línea de mejora de la continuidad y calidad de la asistencia, pueden incluirse los cambios en la planificación de recursos, creando centros de referencia para procesos complejos o poco frecuentes; la fusión de servicios especializados como los laboratorios, y la colaboración entre comunidades autónomas para la atención de procesos poco frecuentes o de alta especialización.

El impulso a la gestión clínica, la gestión por procesos y el enfoque de las gerencias a la mejora de la eficiencia se buscan a través de modificaciones en los contratos de gestión, que ahora dan más peso a los indicadores de eficiencia y asignan los recursos teniendo en cuenta estos indicadores. Otro signo de esta búsqueda de más eficiencia es la financiación prospectiva de los centros hospitalarios que comienza a instaurarse en alguna comunidad.

Otros cambios importantes en la organización son las nuevas estructuras que fusionan la gestión de atención primaria con la atención especializada (gerencias de área) o que unifican gerencias de atención primaria. Estos cambios tienen el valor añadido de que facilitan la unificación de las compras y la logística.

En atención especializada se promueven las alternativas a la hospitalización tradicional, como la hospitalización de día y a domicilio; la cirugía mayor y menor ambulatorias; y los centros de alta resolución. Además, se impulsan acciones para eliminar estancias evitables y consultas externas canceladas por no asistencia del paciente.

Otras acciones en atención especializada son la mejora del rendimiento de las instalaciones, que permite aumentar el número de intervenciones quirúrgicas y reducir la actividad extraordinaria y la utilización de recursos concertados, todo ello sin impacto en la lista de espera o incluso reduciéndola. En alguna comunidad se profundiza en esta línea fomentando la competitividad entre centros públicos, y entre el sector público y el privado.

En atención primaria destacan algunas medidas de gestión de la demanda para impulsar el acceso directo, con cita previa, a las consultas de enfermería, así como la consulta médica no presencial, también con cita previa y constancia en la historia clínica. La unificación de puntos de atención continuada en atención primaria es otra estrategia que han adoptado varias comunidades.

8.3 Mejoras en la gestión de recursos humanos

La principal contención en el gasto en recursos humanos durante el año 2010, se produjo por la reducción salarial de los empleados públicos. En algunas comunidades autónomas esta medida se vio complementada por la suspensión del reconocimiento del ascenso de grado en la carrera profesional o al menos de sus efectos económicos. Además, todos los servicios de salud profundizaron en las medidas para el control del absentismo, la disminución de contratos de sustituciones, la no cobertura de vacantes, la restricción en la concesión de permisos y licencias, y la disminución de los contratos por acumulación de tareas o no contemplados en la plantilla orgánica.

La amortización de vacantes y suspensión de las ofertas de empleo público, así como la disminución de la productividad variable y la retribución de jornadas extraordinarias, han sido otras medidas adoptadas para el control del gasto del Capítulo I.

La disminución salarial en algunas ocasiones se ha trasladado a los centros y servicios concertados, a través de la reducción de precios que han tenido lugar en varias comunidades.

8.4 Mejoras en la gestión de compra de bienes y servicios para reducir el gasto corriente

En materia de reducción de gasto corriente todas las comunidades coinciden en los esfuerzos por centralizar las compras, en los concursos de determinación de tipo y precio y en mejorar la logística. Otra medida que se introduce en algunas comunidades es la unificación de almacenes y la reducción de las existencias. Los esfuerzos para reducir el Capítulo II del presupuesto se centran también en la mejora de la eficiencia energética y en la negociación de contratos de adquisición de prótesis y material sanitario fungible, así como de telefonía y de prestación de servicios, consiguiendo reducción de precios o al menos el mantenimiento de los mismos.

Los conciertos para la prestación de servicios asistenciales han visto reducida su actividad, sus precios y además en varias comunidades se ha adoptado el criterio de imputar este gasto a los servicios propios (hospitales), como medida de control. La restricción del uso de conciertos, como ya se ha indicado antes, también es una estrategia adoptada por varios servicios de salud.

Además de la estrategia general de conseguir mejores condiciones para la adquisición de bienes y servicios, en el caso de los productos sanitarios para pacientes crónicos (tiras reactivas, absorbentes de incontinencia), se han revisado los protocolos asistenciales para ajustar su consumo y se han revisado los catálogos de productos de la prestación ortoprotésica.

La mejora de la facturación a terceros incentivando el cobro en los contratos de gestión y mejorando los sistemas de información necesarios para ello, es una acción que han llevado a cabo varias comunidades.

8.5 Actividades para impulsar el uso racional del medicamento

Durante el año 2010, se produjeron importantes cambios en la normativa que regula la prestación farmacéutica, que se analizan en el capítulo correspondiente, y que fueron la causa de una importante reducción del gasto. Por otra parte, todos los servicios de salud llevan a cabo acciones para mejorar la prescripción, adquisición y dispensación de medicamentos.

La receta electrónica (Tabla 8.2) ha continuado su implantación en varias comunidades como un instrumento que permite un mejor control de la dispensación, mejorando la seguridad de los pacientes, y una reducción de la presión asistencial en atención primaria. Además, son varios los servicios de salud que introducen sistemas de ayuda para facilitar la prescripción por principio activo, que promueve el consumo de los medicamentos genéricos y de menor precio. Los sistemas de prescripción y receta electrónica también facilitan el estudio del consumo por paciente y los programas especiales para pacientes polimedcados y frágiles, que se implantan en varios servicios de salud.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	% DE ENVASES DISPENSADOS POR EL SISTEMA DE RECETA ELECTRÓNICA			% IMPORTE FACTURADO POR EL SISTEMA DE RECETA ELECTRONICA		
	2010	2009	2008	2010	2009	2008
	Andalucía	62,95	55,23	45,87	62,47	56,24
Aragón	0,42	0,19	0,08	0,49	0,22	0,08
Asturias	-	-	-	-	-	-
Baleares	62,30	40,85	11,10	62,7	41,18	11,50
Canarias	45,08	18,40	2,99	39,95	16,19	2,76
Cantabria	2,54	0,060	-	2,74	0,062	-
Castilla y León	0,026	0,003	-	0,025	0,004	-
Castilla-La Mancha	0,34	0,23	-	0,39	0,26	-
Cataluña	-	-	2,68	-	-	2,62
C. Valenciana	10,81	8,39	1,52	13,43	10,32	1,11
Extremadura	59,12	39,95	1,11	61,12	42,93	1,29
Galicia	56,89	14,41	-	57,60	14,30	-
Madrid	-	-	-	-	-	-
Murcia	-	-	-	-	-	-
Navarra	0,65	-	-	0,60	-	-
País Vasco	-	-	-	-	-	-
Rioja	-	-	-	-	-	-
INGESA	-	-	-	-	-	-
Observaciones	(-) Sin datos.					
Fuente	Información facilitada por las CCAA para la confección de este Informe.					

En la comunidad de Cataluña se han instaurado los presupuestos con base poblacional, que también son frecuentes en otras comunidades, pero en este caso añadiendo la transferencia del riesgo a los proveedores de servicios.

La dispensación de medicamentos en centros sociosanitarios por farmacias dependientes de los servicios de salud (hospitales y atención primaria), y el suministro directo de productos sanitarios (absorbentes, tiras reactivas y apósitos) son otras medidas para mejorar la calidad y reducir costes que están presentes en varias comunidades.

La dispensación de medicamentos de especial control a pacientes ambulatorios en los hospitales, junto con programas para mejorar la prescripción y adquisición de determinados medicamentos (hormona de crecimiento y tratamientos de fertilidad) son cada vez más frecuentes, como un medio para mejorar el control de la adherencia al tratamiento, la seguridad en la dispensación y la reducción de coste.

En los servicios de atención especializada son frecuentes las comisiones para la evaluación de nuevos medicamentos y elaboración de guías desde hace tiempo. Sin embargo a esta función se añade, cada vez con más frecuencia, la adquisición de medicamentos por concurso y para varios hospitales.

ACRÓNIMOS

A

AEMPS	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AES	Acción Estratégica de Salud
AETS	Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
AGE	Administración General del Estado
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AT	Accidentes de tráfico
ATFAR	Trans Atlantic Taskforce on Antimicrobial Resistance
AUNETS	Plataforma de Agencias y Unidades de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

B

BRCV	Bacteriemia relacionada con cateter venoso
BZ	Bacteriemia Zero

C

CAIBER	Consortios de Apoyo a la Investigación Biomédica en Red
CC.AA.	Comunidades Autónomas
CCAES	Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias
CCST	Comité Científico para la Seguridad Transfusional
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CIBER	Consortios de Investigación Biomédica en Red
CIBERER	CIBER Enfermedades Raras
CIBERES	CIBER Enfermedades Respiratorias
CIBERESP	CIBER Epidemiología y Salud Pública
CIBERNED	CIBER Enfermedades Neurodegenerativas
CIEN	Fundación Centro Nacional de Investigación en Enfermedades Neurodegenerativas
CLD	Cuidados de Larga Duración
CMBDAH	Conjunto Mínimo Básico de Datos de Altas Hospitalarias
CNE	Centro Nacional de Epidemiología
CNECS	Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud
CNIC	Fundación Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III
CNIO	Fundación Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas Carlos III
CNM	Centro Nacional de Microbiología
CNMT	Centro Nacional de Medicina Tropical
CNSA	Centro Nacional de Sanidad Ambiental
COMBIOMED	Red Temática de Investigación Cooperativa en Biomedicina Computacional

CS	Componente sanguíneo
CSUR	Centros y Unidades de Referencia
CSUR-SNS	Centros y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud
CTD	Coste Tratamiento Día
CVC	Catéter venoso central

D

DGSP y SE	Dirección General de Salud Pública y Salud Exterior
DTPa	Difteria, tétanos y pertussis de células completas
DTPa	Difteria, tétanos y pertussis acelular
DVA	Documento de Voluntades Anticipadas
DDD	Dosis Diaria Definida
DHD	Dosis Habitante Día

E

EARCAS	Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios
EBA	European Blood Alliance
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control – Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades
EFSA	European Food Safety Authority
EGSP	Estadística de Gasto Sanitario Público
EMA	European Medicines Agency
ENMT	Escuela Nacional de Medicina en el Trabajo
ENS	Escuela Nacional de Sanidad
EPA	Encuesta de Población Activa
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EU	European Union
EUBIS	European Blood Inspection System
EUCERD	European Union Committee of Experts on Rare Diseases
EURORDIS	Asociación de Pacientes con Enfermedades Raras a nivel Europeo
EUROSTAT	Oficina de Estadística de la Unión Europea
EU-SILC	European Survey on Income and Living Conditions

F

FCS	Fondo de Cohesión Sanitaria
FDA	Food and Drug Administration
FESTO	Farmacéutico especialista sin título oficial
FSE	Formación Sanitaria Especializada

G

GPC	Guía de Práctica Clínica
GTEI	Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas

GT-IRA	Grupo de Trabajo de Insuficiencia Respiratoria Aguda
GT-POG	Grupo de Trabajo de Seguridad, Calidad y Gestión

H

HFA-DB	Health For All Database
HLH	Linfocitosis Hemofagocítica
HSH	Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres
HV	Hemovigilancia

I

IFD	International Federation of Diabetes
IGAE	Instituto de Estudios Fiscales
IIER	Instituto de Investigación de Enfermedades Raras
IIS	Institutos de Investigación Sanitaria
IMC	Índice de Masa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estadística
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
INVESTEN	Unidad de coordinación y desarrollo de la investigación en enfermería
IPC	Índice de Precios al Consumo
ISCIH	Instituto de Salud Carlos III
ISFAS	Instituto Social de las Fuerzas Armadas
ISIS	Ayuda de contratación de investigadores senior para institutos de investigación sanitaria
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IVE	Interrupción voluntaria del embarazo

L

LNI	Lesiones no intencionales
-----	---------------------------

M

MEH	Ministerio de Economía y Hacienda
MESTO	Médico especialista sin título oficial
MICINN	Ministerio de Ciencia e Innovación
MIR	Médico Interno Residente
MSPSI	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
MUFACE	Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado
MUGEJU	Mutualidad General Judicial

N

NAYADE	Sistema de Información Nacional de Aguas de Baño
--------	--

NIAID/NIH	National Institutes of Health - National Institute of Allergy and Infectious Diseases
NZ	Neumonía Zero

O

OCDE/OECD	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OGHA	Office of Global Health Affairs
OMS/WHO	Organización Mundial de la Salud / World Health Organization
OPIs	Organismos Públicos de Investigación

P

PEC	Pacto de Estabilidad y Crecimiento
PET	Tomografía por emisión de positrones
PIB	Producto Interior Bruto
PP	Puntos porcentuales
PPC	Precio paritario de compra
PROMIS	Ayuda de mejora de las infraestructuras de investigación
PVL	Precio industrial máximo
PVP	Precio venta al público

R

RD	Real Decreto
RDL	Real Decreto-Ley
REIPI	Red Española de Investigación en Patología Infecciosa
RETICEF	Red Temática de Investigación en Envejecimiento y Fragilidad
RETICs	Redes Temáticas de Investigación Cooperativa
RICET	Red de Investigación Cooperativa en Enfermedades Tropicales
RIS	Red de SIDA
RRHH	Recursos Humanos
RTICC	Red Temática de Investigación Cooperativa en Cáncer

S

SCS	Sistema de Cuentas de Salud
SEEPROS	Sistema Europeo de Cuentas Integradas de Protección Social
SEMFyC	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
SEMICYUC	Sociedad Española de Medicina Intensiva y Cuidados Críticos
SGOP	Subdirección General de Ordenación Profesional
SILC	European Survey on Income and Living Conditions
SINAC	Sistema de Información Nacional de Agua de Consumo
SINASP	Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
SIRIPQ	Sistema de Intercambio Rápido de Información de Productos Químicos

SI-SNST	Sistema de Información del Sistema Nacional para la Seguridad Transfusional
SNS	Sistema Nacional de Salud
SNST	Sistema Nacional para la Seguridad Transfusional

T

TAM	Tasa Anual Media de crecimiento
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
TEA	Trastorno del Espectro Autista
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
TMG	Trastorno Mental Grave
TOC	Trastorno Obsesivo Compulsivo

U

UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UD	Unidad Docente
UDI	Usuarios de Drogas Inyectadas
UDM	Unidad Docente Multiprofesional
UE	Unión Europea
UE/AEE	Unión Europea / Área Económica Europea
UEM	Unión Económica y Monetaria

V

v-ECJ	Variante de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
VENICE	Vaccine European New Integrated Collaboration Effort
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VIH-SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana – Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
VNO	Virus del Nilo Occidental

X

XMRV Xenotropic Murine leukemia Related Virus



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

www.mpsi.es