Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

MEMORIA 2021

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD

INTRODUCCIÓN

Presentada para su aprobación en sesión plenaria del Consejo
de 6 de abril de 2022

Introducción

La presente Memoria de actividades del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), ha sido elaborada por la Secretaría Técnica del Consejo Interterritorial del SNS, desde la constitución de este órgano de coordinación en abril de 1987. Como principal instrumento de configuración del Sistema, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, atribuye al Consejo Interterritorial del SNS, en su artículo 69, la finalidad de promover la cohesión del mismo y la coordinación entre las Comunidades Autónomas, las Ciudades con Estatuto de Autonomía y la Administración General del Estado, a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio.

La información recogida en la presente Memoria, está referida a la actividad desarrollada por el Consejo Interterritorial del SNS en el año 2021, tanto en su funcionamiento en Pleno como a través de Comisiones, Ponencias y Grupos de Trabajo que se han mantenido activos durante este ejercicio. Asimismo, se recogen datos relativos al Comité Consultivo, órgano dependiente del Consejo Interterritorial del SNS, a través del que se ejerce la participación social en el SNS.

La pandemia causada por la COVID-19 ha sometido al Sistema Nacional de Salud (SNS) a una tensión sin precedentes y ha puesto de relieve, más que nunca, el papel imprescindible del Consejo Interterritorial del SNS, como órgano clave para garantizar la cohesión del SNS, a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en el ámbito de la salud, en todo el territorio del Estado.

Como indica su Reglamento, es el órgano de coordinación, cooperación, comunicación e información entre la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas, y las Ciudades con Estatuto de Autonomía materia de sanidad, y constituye el principal instrumento colaborativo para la configuración de un SNS cohesionado.

El Consejo Interterritorial del SNS es un órgano que ha mantenido desde su constitución una actividad muy regular y constante, y ya se observaba una tendencia al alza en los últimos cinco años Se pone de relieve la actividad desempeñada por el Consejo Interterritorial del SNS en el año 2021 que, entre sesiones plenarias y reuniones de sus órganos dependientes, ha alcanzado la suma de 246 reuniones, con una alta participación de representantes y expertos de las distintas Administraciones y demás sectores que integran las diferentes comisiones y grupos de trabajo.

ÍNDICE

Índice

ACTIVIDAD AÑO 2021 ..... *6*

PLENO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD *12*

COMPOSICIÓN *13*

REUNIONES DEL PLENO DEL CONSEJO *15*

COMISIÓN DELEGADA DEL CISNS, COMISIONES, SUBCOMISIONES, GRUPOS DE TRABAJO Y REUNIONES BILATERALES *34*

COMISIÓN DELEGADA DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SNS *35*

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA *40*

PONENCIA DE ALERTAS Y PLANES DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA *55*

PONENCIA DE CRIBADO POBLACIONAL *61*

PONENCIA DE PROGRAMA Y REGISTRO DE VACUNACIONES *63*

PONENCIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD *70*

PONENCIA DE SALUD LABORAL *77*

PONENCIA DE SANIDAD AMBIENTAL *80*

PONENCIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA *84*

GRUPO DE TRABAJO SOBRE ACTUALIZACIÓN DE LAS DECLARACIONES DE ACTUACIONES COORDINADAS *87*

GRUPO DE TRABAJO PARA ESTRATEGIA COMUNICATIVA FRENTE A LA FATIGA PANDÉMICA *88*

GRUPO DE TRABAJO EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL SNS FRENTE A LA PANDEMIA *89*

GRUPO DE TRABAJO DE EVENTOS DEPORTIVOS MASIVOS *91*

COMISIÓN CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO *93*

COMISIÓN PERMANENTE DE FARMACIA *95*

COMISIÓN DE PRESTACIONES, ASEGURAMIENTO Y FINANCIACIÓN *99*

COMITÉ ASESOR PARA LA PRESTACIÓN CON PRODUCTOS DIETÉTICOS *104*

COMITÉ DE DESIGNACIÓN DE CENTROS, SERVICIOS Y UNIDADES DE REFERENCIA *106*

COMISIÓN DE SEGUIMIENTO DEL FONDO DE COHESIÓN SANITARIA *108*

COMISIÓN DE SALUD DIGITAL *110*

SUBCOMISIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS PARA LA SALUD DIGITAL *113*

SUBCOMISIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN *115*

COMITÉ TÉCNICO DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS *118*

COMISIÓN DE TRASPLANTES *120*

SUBCOMISIÓN DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS *125*

SUBCOMISIÓN DE DOCENCIA DE LA COMISIÓN DE TRASPLANTES *126*

COMISIÓN DE ASUNTOS RELACIONADOS CON LOS CONSEJOS DE LA UE *127*

REUNIONES BILATERALES SANIDAD-AGRICULTURA *129*

COMITÉ CONSULTIVO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD *131*

COMISIÓN PERMANENTE DEL COMITÉ CONSULTIVO DEL SNS *139*

ANEXOS-ACUERDOS CISNS *144*

ACTIVIDAD AÑO 2021

Actividad año 2021

Ante una pandemia como la ocasionada por la COVID-19, la actividad del Consejo Interterritorial de SNS se ha visto multiplicada exponencialmente, tanto en número de reuniones, como en la creación de grupos de trabajo o reuniones bilaterales, orientadas a la toma de decisiones en determinadas materias específicas. Así, la generalización del uso de sistemas de videoconferencias en la organización de estas reuniones, ha permitido incrementar los encuentros, hacerlos regulares, como demuestra, de nuevo, la elevada frecuencia de reuniones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), que ha abordado de forma conjunta todas y cada una de las decisiones adoptadas, no solo durante la vigencia del estado de alarma sino más allá del mismo, sirviendo como un foro de encuentro también entre comunidades autónomas.

Si se realiza una comparativa de los últimos cinco años, en el año 2021 se ha continuado con la intensa actividad de cooperación que se inició en el año 2020 a causa del COVID-19. En este sentido, hasta el año 2019, el número de reuniones se mantenía estable en cómputo anual. Dicha estabilidad se vio interrumpida por la pandemia derivada de la COVID-19, de forma que la actividad se ha multiplicado prácticamente por cuatro, al tener lugar 236 reuniones en 2020 y 246 reuniones en 2021 en contraposición con las 81 reuniones de 2019.

De esta manera, la actividad se ha visto incrementada, principalmente, en el Pleno, como órgano máximo de coordinación del Consejo Interterritorial del SNS. Así, en 2021 se llevaron a cabo 52 reuniones, casi 10 veces más que las que tuvieron lugar en 2019. 50 de estos plenos tuvieron carácter urgente y extraordinario, para realizar un análisis, seguimiento y valoración de la situación epidemiológica del COVID-19 y de la vacunación frente al COVID-19.

Asimismo, la actividad de la Comisión de Salud Pública y la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica, Alertas de Salud Pública y Planes de Preparación y Respuesta, claves para la coordinación de la pandemia, ha aumentado considerablemente. Además, la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones también ha incrementado su actividad, debido a la necesidad de coordinar la vacunación contra la COVID-19. En concreto, la Comisión de Salud Pública ha pasado de celebrar 11 reuniones en el año 2019 a celebrar 51 reuniones en el año 2021.

Por otro lado, desde el comienzo de la pandemia se han realizado reuniones bilaterales de Sanidad con las distintas Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía, con el objetivo de abordar los aspectos más críticos derivados de dicha situación. Asimismo, se han llevado a cabo reuniones bilaterales monográficas en los ámbitos de Agricultura, Educación…, para tratar aspectos sectoriales con respecto a la vuelta a la nueva normalidad.

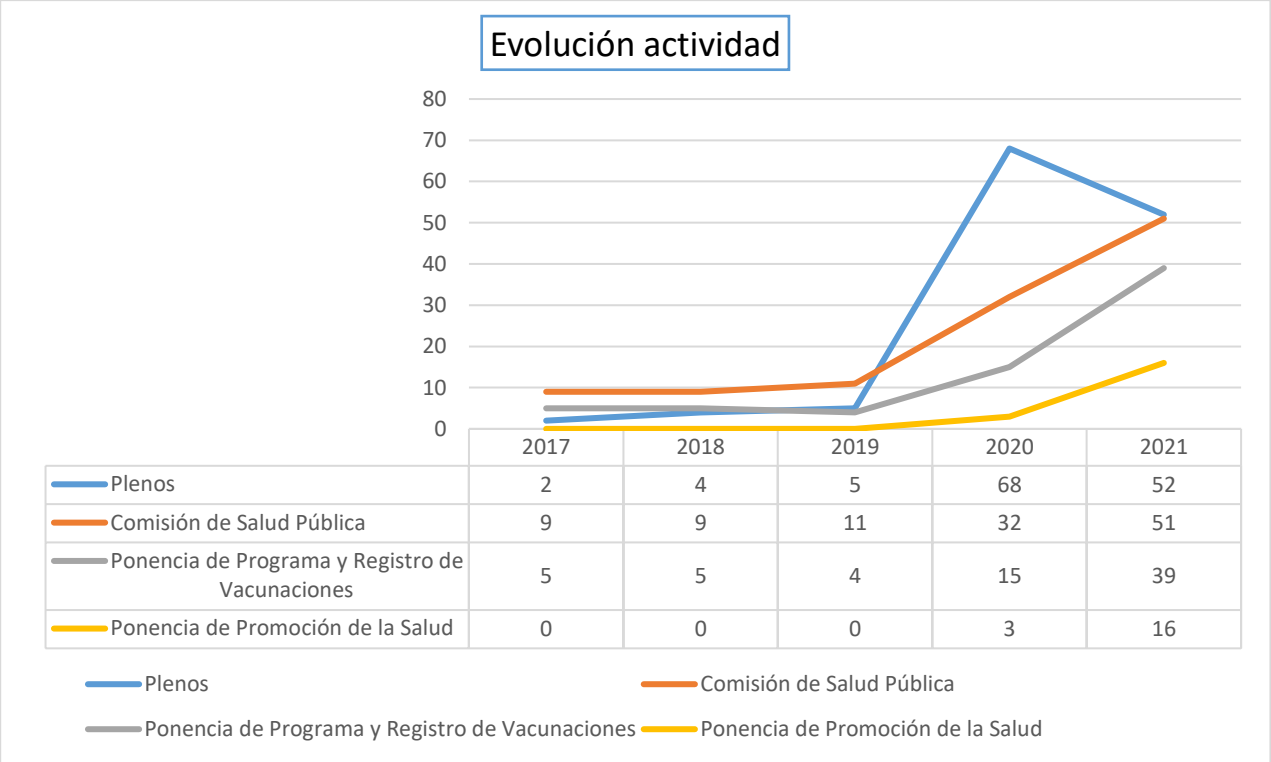
Las reuniones mantenidas a lo largo del año 2021 han sido las siguientes:

	Reuniones
PLENOS CONSEJO INTERTERRITORIAL	52
Comisión Delegada del Consejo Interterritorial	2
COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA	51
Ponencia de Alertas de Salud Pública y Planes de Preparación y Respuesta	23
Ponencia de Cribado Poblacional	3
Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones	39
Ponencia de Promoción de la Salud	16
Ponencia de Salud Laboral	5
Ponencia de Sanidad Ambiental	4
Ponencia de Vigilancia Epidemiológica[1]	7
Grupo de Trabajo sobre Actualización de las Declaraciones de Actuaciones Coordinadas[2]	1
Grupo de Trabajo para Estrategia Comunicativa frente a la Fatiga Pandémica	1
Grupo de Trabajo Evaluación del Desempeño frente a la Pandemia.	1
Grupo de Trabajo de Eventos Deportivos Masivos[2]	1
COMISIÓN CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO	1
COMISIÓN PERMANENTE DE FARMACIA	7
COMISIÓN DE PRESTACIONES, ASEGURAMIENTO Y FINANCIACIÓN	5
Comité Asesor para la prestación con productos dietéticos	1
Comité de Designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia.	2
COMISIÓN SEGUIMIENTO DEL FONDO DE COHESIÓN SANITARIA	2
COMISIÓN DE SALUD DIGITAL[2]	3
Subcomisión de Servicios y Tecnologías para la Salud Digital	1
Subcomisión de Sistemas de Información	3
Comité Técnico del Conjunto Mínimo Básico de Datos	1
COMISIÓN DE TRASPLANTES	5
Subcomisión de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos	1
Subcomisión de Docencia de la Comisión de Trasplantes	1
COMISIÓN DE ASUNTOS RELACIONADOS CON LOS CONSEJOS DE LA UE	2
REUNIÓN BILATERAL SANIDAD-AGRICULTURA	1
COMITÉ CONSULTIVO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	2
Comisión Permanente del Comité Consultivo	2
Total reuniones	**246**

[1] Las reuniones de 25 de marzo, 16 de junio y 14 de julio fueron conjunta Ponencia de Vigilancia y Ponencia de Alertas

[2] Nueva constitución en 2021

A continuación, el gráfico pone de relieve los órganos del Consejo Interterritorial del SNS que han aumentado su actividad de forma más reseñable en 2021:



	2017	2018	2019	2020	2021
Plenos	2	4	5	68	52
Comisión de Salud Pública	9	9	11	32	51
Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones	5	5	4	15	39
Ponencia de Promoción de la Salud	0	0	0	3	16

Y los datos desagregados de los últimos 5 años:

	2017	2018	2019	2020	2021
Pleno	2	4	5	68	52
Comisión Delegada	6	5	5	0	2
Comisión de Salud Pública	9	9	11	32	51
Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta		1	3	51	23
Ponencia de Cribado Poblacional					3
Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones	5	5	4	15	39
Ponencia de Promoción de la Salud	-	-	-	3	16
Ponencia de Salud Laboral	3	1	3	12	5
Ponencia de Sanidad Ambiental	1	3	3	2	4
Ponencia de Vigilancia Epidemiológica	4	2	3		7
Grupo de Trabajo Estaciones de Esquí	-	-	-	1	0
Grupo de Trabajo para el Estudio de medidas para paliar la falta de médicos especialistas	2	2	0	0	0
Grupo de Trabajo para Estrategia Comunicativa frente a la Fatiga Pandémica	-	-	-	2	1
Grupo de Trabajo Evaluación del desempeño del SNS frente a la pandemia	-	-	-	4	1
Grupo de Trabajo Medidas Festivos Diciembre y Vacaciones Navideñas	-	-	-	2	0
Grupo de Trabajo DAC'S	0	0	0	0	1
Grupo de Trabajo de Eventos Deportivos Masivos	0	0	0	0	1
Comisión Contra la Violencia de Género	1	0	1	2	1
Comisión Permanente de Farmacia	3	4	7	7	7
Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación	2	4	3	1	5
Comité Asesor para la Prestación Ortoprotésica	1	0	2	0	0
Comité Asesor para la prestación con productos dietéticos					1
Comité de Designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia	3	5	5	2	2
Comisión Seguimiento del Fondo de Cohesión Sanitaria	2	1	2	1	2
Comisión de Salud Digital	0	0	0	0	3
Subcomisión de Servicios y Tecnologías para la Salud Digital	0	0	0	0	1
Subcomisión de Sistemas de Información	3	0	2	1	3
Comité Técnico del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)	2	1	1	0	1
Comisión de Coordinación de la Inspección en el SNS	0	1	3	0	0
Grupo de Trabajo de Reproducción Humana Asistida	-	-	3	1	0
Comisión de Trasplantes	3	4	4	3	5
Subcomisión de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos	1	1	1	1	1
Subcomisión de Docencia de la Comisión de Trasplantes	1	1	1	1	1
Comisión para Asuntos relacionados con los Consejos de la Unión Europea	2	2	2	0	2
Comisión Institucional de la Talidomida	-	1	0	0	0
Comité Científico Técnico de la Talidomida	1	0	0	0	0
Reunión Bilateral Sanidad-Agricultura	-	-	-	14	1
Reunión Bilateral Sanidad-Cultura	-	-	-	1	0
Reunión Bilateral Sanidad-Turismo	-	-	-	1	0
Reunión Bilateral Situación de la Pandemia	-	-	-	5	0
Comité Consultivo	1	2	4	2	2
Comisión Permanente Comité Consultivo	1	3	4	0	2
TOTAL	**57**	**59**	**77**	**237**	**246**

En la siguiente tabla se muestra la fecha en la que se han realizado las reuniones.

	Nº	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic
PLENOS	52	04.13 20.28	03.10 17.24	03.10 15.17 18.22 24.31	07.14 21.28	05.12 19(2) 26	02.09 16.23 30	07.14 20.28	04.11 18.25	01.08 15.22 29	13.27	04.10. 24(2)	02.15 29
Comisión Delegada	2						25					18	
Comisión de Salud Pública	51	08.14 18.21 28	03.04 05.09 16.17 25	04.11 18.22 25.30	08.15 20.27 30	04.11 13.18 25	01.08 15.22	01.06 22	03.26 31	07.16 23	05.19 26	16.23 30	07.16 21.29
Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta	23	05.14 18	04.18 26	10	14	06.13 20.27	08	05.12 20	04.26	16.24		19	17.29
Ponencia de Cribado Poblacional	3										18.29		17
Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones	39	07.13 20	02.05 12.17 24	03.11 17.24	07.09 14.21 28	05.17 18.26 28	02.09 16.23 29	07.21		01.15 22.30	13.20 27	17.30	15
Ponencia de Promoción de la Salud	16		01.16	02.16	13.27	11.25	15			14.28	19	02.23	01.20
Ponencia de Salud Laboral	5	12	04			18				14	25		
Ponencia de Sanidad Ambiental	4	26	18	04									21
Ponencia de Vigilancia Epidemiológica	7			25*	20		16*	14*		28	18	23	
Grupo de Trabajo sobre Actualización de las Declaraciones de Actuaciones Coordinadas	1					25							
Grupo de Trabajo para la Estrategia Comunicativa frente a la Fatiga Pandémica	1							08					
Grupo de Trabajo Evaluación del Desempeño frente a la Pandemia	1									02			
Grupo de Trabajo de Eventos Deportivos Masivos	1								02				
Comisión contra la Violencia de género	1											15	
Comisión Permanente de Farmacia	7		08			04.17		13			20		20.23
Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación	5	29					09	05			21	11	
Comité Asesor Prestación productos dietéticos	1											22	
Comité de Designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia	2			24							06		
Comisión Seguimiento del Fondo de Cohesión Sanitaria	2					12						15	
Comisión de Salud Digital	3							22			07	03	
Subcomisión de Servicios y Tecnologías para la Salud Digital	1									16			
Subcomisión de Sistemas de Información	3					12	21			14			
Comité Técnico del Conjunto Mínimo Básico de Datos	1					27							
Comisión de Trasplantes	5		23		07		28			09			14
Subcomisión de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos	1						08						
Subcomisión de Docencia de la Comisión de trasplantes								09					
Comisión de Asuntos Relacionados con la UE	2						10						02
Reunión Bilateral Sanidad-Agricultura	1					06							
Comité Consultivo	2						17					12	
Comisión Permanente C. Consultivo	2						07					04	
TOTAL	**246**	**18**	**25**	**24**	**19**	**29**	**25**	**18**	**10**	**22**	**17**	**21**	**18**

* Estas reuniones fueron conjunta Ponencia de Vigilancia y Ponencia de Alertas

PLENO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Composición

1 DE ENERO DE 2021

PRESIDENTE: Sr. D. SALVADOR ILLA ROCA
Ministro de Sanidad
SECRETARIA: Sra. Dª. SILVIA CALZÓN FERNÁNDEZ
Secretaria de Estado de Sanidad

CONSEJEROS/AS:

- Sra. Dª. Gotzone Sagardui Goikoetxea. Consejera de Salud. (País Vasco).
- Sra . Dª Alba Vergés i Bosch. Consejera de Salud. (Cataluña).
- Sr. Julio García Comesaña. Consejero de Sanidad. (Galicia).
- Sr. D. Jesús Ramón Aguirre Muñoz. Consejero de Salud y Familias. (Andalucía).
- Sr. D. Pablo Ignacio Fernández Muñiz. Consejero de Salud. (Asturias).
- Sr. D. Miguel Javier Rodríguez Gómez. Consejero de Sanidad. (Cantabria).
- Sra. Dª. Sara Alba Corral. Consejera de Salud. (La Rioja).
- Sr. D. Manuel Villegas García. Consejero de Salud. (Murcia).
- Sra. Dª Ana Barceló Chico. Consejera de Sanidad Universal y Salud Pública. (C. Valenciana).
- Sra. Dª. Sira Repollés Lasheras. Consejera de Sanidad. (Aragón).
- Sr. D. Jesús Fernández Sanz. Consejero de Sanidad. (Castilla-La Mancha).
- Sr. D. Blas Gabriel Trujillo Oramas. Consejero de Sanidad. (Canarias).
- Sra. Dª. María Santos Induráin Orduna. Consejera de Salud. (Navarra).
- Sr. D. José Mª Vergeles Blanca. Consejero de Sanidad y Políticas Sociales. (Extremadura).
- Sra. Dª. Patricia Juana Gómez i Picard. Consejera de Salud. (Islas Baleares).
- Sr. D. Enrique Ruiz Escudero. Consejero de Sanidad. (Madrid).
- Sra. Dª. Verónica Casado Vicente. Consejera de Sanidad. (Castilla y León).
- Sr. D. Fco. Javier Guerrero Gallego. Consejero de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. (Ceuta).
- Sr. D. Mohamed Mohamed Mohand. Consejero de Economía y Políticas Sociales. (Melilla).

31 DE DICIEMBRE DE 2021

PRESIDENTA: Sra. Dª. CAROLINA DARIAS SAN SEBASTIÁN
Ministra de Sanidad

SECRETARIA: Sra. Dª SILVIA CALZÓN FERNÁNDEZ
Secretaria de Estado de Sanidad

CONSEJEROS/AS:

- Sra. Dª. Gotzone Sagardui Goikoetxea. Consejera de Salud. (País Vasco).
- Sr. D. Josep María Argimon i Pallàs. Consejero de Salud. (Cataluña). (26-05-21)*
- Sr. D. Julio García Comesaña. Consejero de Sanidad. (Galicia).
- Sr. D. Jesús Ramón Aguirre Muñoz. Consejero de Salud y Familias. (Andalucía).
- Sr. D. Miguel Javier Rodríguez Gómez. Consejero de Sanidad. (Cantabria).
- Sra. Dª. Sara Alba Corral. Consejera de Salud. (La Rioja).
- Sra. Dª. Ana Barceló Chico. Consejera de Sanidad Universal y Salud Pública. (C. Valenciana).
- Sra. Dª. Sira Repollés Lasheras. Consejera de Sanidad. (Aragón).
- Sr. D. Jesús Fernández Sanz. Consejero de Sanidad. (Castilla-La Mancha).
- Sr. D. Blas Gabriel Trujillo Oramas. Consejero de Sanidad. (Canarias).
- Sra. Dª. María Santos Induráin Orduna. Consejera de Salud. (Navarra).
- Sr. D. José Mª Vergeles Blanca. Consejero de Sanidad y Políticas Sociales. (Extremadura).
- Sra. Dª. Patricia Juana Gómez i Picard. Consejera de Salud. (Islas Baleares).
- Sr. D. Enrique Ruiz Escudero. Consejero de Sanidad. (Madrid).
- Sr. D. Alejandro Vázquez Ramos. Consejero de Sanidad. (Castilla y León) (21-12-2021) *
- Sr. D. Alberto Gaitán Rodríguez. Consejero de Sanidad. (Ceuta). (27-01-21) *
- Sra. Dª. Francisca Ángeles García Maeso. Consejera de Salud Pública. (Melilla). (13-08-21) *

* Fecha de nombramiento en el cargo

Reuniones del Pleno del Consejo

A continuación, se detallan el Orden del Día y los Acuerdos adoptados en los Plenos del Consejo Interterritorial del SNS, realizados a lo largo del año 2021.

PLENO 193 (4 de enero de 2021 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Actualización sobre vacunas frente a COVID-19.

PLENO 194 (13 de enero de 2021 a las 16.30). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Actualización sobre vacunas frente a COVID-19

PLENO 195 (20 de enero de 2021 a las 16.00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Actualización sobre vacunas frente a COVID-19

PLENO 196 (28 de enero de 2021 a las 16.00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Actualización sobre vacunas frente a COVID-19.
3. Información sobre la aplicación Radar-Covid.
4. Acuerdo sobre la aplicación de la Estrategia de Vacunación frente a Covid19 en España.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

1 Aprobar el Acuerdo sobre la aplicación de la Estrategia de Vacunación frente a Covid19 en España, con el voto en contra de las Comunidades Autónomas del País Vasco, Cataluña, Galicia y Castilla y León. **ANEXO 1.** *(Ver acuerdos-anexos).* ***(1347)***

PLENO 197 (3 de febrero de 2021 a las 16.00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Actualización sobre vacunas frente a COVID-19.

PLENO 198 (10 de febrero de 2021 a las 16.00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Actualización sobre vacunas frente a COVID-19.
3. Información sobre Foro de Investigación Sanitaria.

PLENO 199 (17 de febrero de 2021 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Actualización sobre vacunas frente a COVID-19.
3. Coordinación de actuaciones en relación con campañas agrícolas.
4. Actuaciones en materia de lucha contra el cáncer.

PLENO 200 (24 de febrero de 2021 a las 16.00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Actualización sobre vacunas frente a COVID-19.
3. Acuerdo sobre la actualización de la estrategia en cáncer.
4. Actuaciones en materia de COVID-19-Estrategia Cáncer.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

*2 Aprobar la actualización de la Estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud 2021. **(1348)**.*

3 Aprobar el Acuerdo sobre la pandemia de la COVID-19 y la prevención y el control del cáncer, enmarcado en la Estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud 2021. **ANEXO 2.** *(Ver acuerdos-anexos). **(1349)***

PLENO 201 (3 de marzo de 2021 a las 16.00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Actualización sobre vacunas frente a COVID-19.

PLENO 202 (10 de marzo de 2021 a las 16.00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Actualización sobre vacunas frente a COVID-19.
3. Acuerdo sobre la declaración de actuaciones coordinadas frente al COVID-19 con motivo de la festividad de San José y de la Semana Santa 2021, a los efectos de lo establecido en el artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

4 Aprobar el Acuerdo sobre la Declaración de Actuaciones Coordinadas frente a COVID-19 con motivo de la festividad de San José y de la Semana Santa 2021, a los efectos de lo establecido en el artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, con el voto en contra de la Comunidad de Madrid. **ANEXO 3.** *(Ver acuerdos-anexos). **(1350)**.*

PLENO 203 (15 de marzo de 2021 a las 19.30). Extraordinario

1. Actualización urgente de la campaña de vacunación.

PLENO 204 (17 de marzo de 2021 a las 16.00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Actualización sobre vacunas frente a COVID-19.

PLENO 205 (18 de marzo de 2021 a las 18:00). Extraordinario

1. Declaración del PRAC sobre vacuna AstraZeneca.

PLENO 206 (22 de marzo de 2021 a las 18:00). Extraordinario

1. Actualización Estrategia Vacunación COVID-19.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

5 *Aprobar el Acuerdo de la Comisión de Salud Pública de fecha 22 de marzo de 2021, sobre la reanudación de la vacunación con AstraZeneca.* ***(1351)***

PLENO 207 (24 de marzo de 2021 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Actualización sobre vacunas frente a COVID-19.
3. Medidas en relación a actuaciones coordinadas frente a COVID-19 para la Semana Santa.

PLENO 208 (31 de marzo de 2021 a las 11:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Actualización sobre vacunas frente a COVID-19.
3. Análisis de la Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

PLENO 209 (7 de abril de 2021 a las 20:00). Extraordinario

1. Declaración del PRAC sobre vacuna AstraZeneca y acuerdos que procedan.
2. Situación epidemiológica COVID-19.
3. Actualización sobre vacunas frente a COVID-19.
4. Acuerdo por el que se establecen criterios de aplicación del artículo 6.2 de la Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

6 *Aprobar el Acuerdo de 7 de abril de 2021 en relación con la estrategia de Vacunación, con el voto en contra de la Comunidad de Madrid.* **ANEXO 4.** *(Ver acuerdos-anexos).* ***(1352)***

7 *Aprobar el Acuerdo por el que se establecen criterios de aplicación del artículo 6.2 de la Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, con el voto en contra de las Comunidades Autónomas de Andalucía y Galicia.* **ANEXO 5.** *(Ver acuerdos-anexos).* ***(1353)***

PLENO 210 (14 de abril de 2020 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Actualización sobre vacunas frente a COVID-19.
3. Certificado Verde Digital.
4. Creación de un grupo técnico del CISNS para la elaboración de Manual de buenas prácticas para la aplicación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

8 *Aprobar la creación de grupo técnico del CISNS para la elaboración del Manual de buenas prácticas para la aplicación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.* ***(1354)***

PLENO 211 (21 de abril de 2021 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Actualización sobre vacunas frente a COVID-19.
3. Informe sobre el ensayo clínico “CombivacS”.
4. Información sobre las bases para reforzar y ampliar las capacidades del Sistema Nacional de Salud.

PLENO 212 (28 de abril de 2021 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Actualización sobre vacunas frente a COVID-19.

PLENO 213 (5 de mayo de 2021 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Actualización sobre vacunas frente a COVID-19.
3. Información sobre Certificado Verde Digital.
4. Informe Anual de Violencia de Género 2018-2019.
5. Sello de Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud (convocatoria 2019) en las estrategias de salud sexual, salud reproductiva y actuaciones sanitarias frente a la violencia de género.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

9 *Aprobar el listado de Buenas Prácticas del SNS correspondientes a la Convocatoria de 2019, a las que se otorga el sello de Buena Práctica del SNS para 3 estrategias del SNS y que corresponden a: E. Salud Sexual (9); E. Salud Reproductiva (13); Actuaciones frente a la violencia de género (2).* ***(1355)***

PLENO 214 (12 de mayo de 2021 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Actualización sobre vacunas frente a COVID-19.
3. Acuerdo de aprobación del Informe Anual de Violencia de Género 2018-2019.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

10 Aprobar el Informe Anual de Violencia de Género 2018-2019. ***(1356)****.*

PLENO 215 (19 de mayo de 2021 a las 16:00). Extraordinario.

Conjunta con la Conferencia Sectorial de Educación

1. Previsiones para la planificación y desarrollo del curso 2021-2022.

PLENO 216 (19 de mayo de 2021 a las 18:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Vacunación frente a COVID-19 y Acuerdos que procedan.
3. Declaraciones de Actuaciones Coordinadas: Propuesta para la actualización.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

11 Aprobar incluir en la actualización de la estrategia de vacunación frente a COVID-19 al personal de las Embajadas y Consulados de España en determinados países especialmente afectados por la pandemia por COVID-19, con el voto en contra de la Comunidad Autónoma del País Vasco. ***(1357)***

12 Aprobar que, sin perjuicio de lo acordado por la Comisión de Salud Pública, en su sesión del 18 de mayo de 2021, las personas mayores de 60 años que han recibido una dosis de la vacuna de AZ y rechacen la administración de una segunda dosis de Pfizer, puedan, excepcionalmente, y previa firma de consentimiento informado, recibir una segunda dosis de la vacuna de AZ, con el voto en contra la Comunidad Autónoma del País Vasco. ***(1358)***

13 Aprobar la creación de un grupo de trabajo del Ministerio de Sanidad con las Comunidades Autónomas que decidan participar, que se encargue de elaborar un documento para la actualización de las Declaraciones de Actuaciones Coordinadas vigentes, con el voto en contra de las Comunidades Autónomas del País Vasco y de Cataluña. ***(1359)***

PLENO 217 (26 de mayo de 2021 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Vacunación frente a COVID-19.
3. Actualización de las Declaraciones de Actuaciones Coordinadas.
4. Acuerdo sobre la emisión y entrega de certificados interoperables de vacunación, de resultados negativos de pruebas diagnósticas y de recuperación del COVID-19 (Certificado Digital UE-COVID).
5. Acuerdo sobre establecimiento de los criterios de distribución de créditos para la financiación

del Plan anual de trabajo 2021 de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

6. Acuerdo sobre establecimiento de los criterios de distribución de créditos destinados al programa de reasentamiento y reubicación de refugiados del ejercicio 2021.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

14 Aprobar el Acuerdo sobre la emisión y entrega de certificados interoperables de vacunación, de resultados negativos de pruebas diagnósticas y de recuperación del COVID-19 (Certificado Digital UE-COVID). **ANEXO 6** *(Ver acuerdos-anexos).* ***(1360)***

15 Aprobar los criterios de distribución de créditos para la financiación del Plan anual de trabajo 2021 de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. **ANEXO 7** *(Ver acuerdos-anexos).* ***(1361)***

16 Aprobar el Acuerdo sobre establecimiento de los criterios de distribución de créditos destinados al programa de reasentamiento y reubicación de refugiados del ejercicio 2021. **ANEXO 8** *(Ver acuerdos-anexos).* ***(1362)***

PLENO 218 (2 de junio de 2021 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Vacunación frente a COVID-19.
3. Certificado COVID Digital de la UE.
4. Actualización de Declaraciones de Actuaciones Coordinadas y Acuerdos que procedan.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

17 Aprobar el Acuerdo adoptado en la Conferencia Sectorial de Educación, sobre la Declaración de Actuaciones coordinadas en Salud Pública frente a la COVID-19 para centros educativos durante el curso 2021-2022, con el voto en contra de las Comunidades Autónomas de Cataluña, Galicia, Andalucía, Murcia y Comunidad de Madrid. **ANEXO 9** *(Ver acuerdos-anexos).* ***(1363)***

18 Aprobar el Acuerdo sobre la Declaración de Actuaciones Coordinadas frente a la COVID-19, con el voto en contra de las Comunidades Autónomas de Cataluña, Galicia, Andalucía, Murcia y la Comunidad de Madrid. **ANEXO 10** *(Ver acuerdos-anexos).* ***(1364)***

PLENO 219 (9 de junio de 2021 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Vacunación frente a COVID-19 y Acuerdos que procedan.
3. Certificado COVID Digital de la UE.
4. Declaración de Actuaciones Coordinadas y Acuerdos que procedan.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

19 Aprobar el Acuerdo sobre la modificación de la Declaración de Actuaciones Coordinadas frente a la COVID-19. **ANEXO 11** *(Ver acuerdos-anexos).* ***(1365)***

PLENO 220 (16 de junio de 2021 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Vacunación frente a COVID-19.

3. Certificado COVID Digital de la UE.

PLENO 221 (23 de junio de 2021 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Vacunación frente a COVID-19.
3. Certificado COVID Digital de la UE.
4. Informe sobre criterios de flexibilización en el uso de mascarillas.
5. Acuerdo sobre el Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho (Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia).
6. Acuerdo sobre criterios de reparto de fondos del Programa de desarrollo de políticas de cohesión sanitaria, de formación para facultativos/as médicos/as, odontólogos/as, farmacéuticos/as y enfermeros/as y de educación sanitaria de la población para favorecer el uso racional de medicamentos. (Disposición Adicional 6ª del Real Decreto-ley 1/2015).

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

20 Aprobar el Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho (Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia). ***ANEXO 12*** *(Ver acuerdos-anexos).* ***(1366)***

21 Aprobar los criterios de reparto de fondos del Programa de desarrollo de políticas de cohesión sanitaria, de formación para facultativos/as médicos/as, odontólogos/as, farmacéuticos/as y enfermeros/as y de educación sanitaria de la población para favorecer el uso racional de medicamentos. (Disposición Adicional 6ª del Real Decreto Legislativo 1/2015). ***ANEXO 13*** *(Ver acuerdos-anexos).* ***(1367)***

PLENO 222 (30 de junio de 2021 a las 12:00). Ordinario

1. Lectura y aprobación, en su caso, de las actas núm. 123 a 192, correspondientes a las sesiones celebradas desde el 14 de octubre de 2019 al 28 de diciembre de 2020.
2. Aprobación de la Memoria de Actividades del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, del año 2019.
3. Situación epidemiológica COVID-19.
4. Vacunación frente a COVID-19.
5. Certificado COVID Digital de la UE.
6. Información sobre fondos europeos de recuperación en el ámbito sanitario: Plan de inversión en equipos de alta tecnología del SNS (Plan INVEAT) y Propuesta de aprobación del acuerdo de criterios para la distribución de fondos con cargo al presupuesto del Ministerio de Sanidad y en el marco del componente 18 “Plan de inversiones en equipos de alta tecnología del Sistema Nacional de Salud”, del Plan de recuperación, transformación y resiliencia (MRR) del Gobierno de España, y distribución de crédito en el ejercicio presupuestario 2021.
7. Propuesta de elección de representantes de las Comunidades Autónomas para las reuniones del Consejo de empleo, política social, sanidad y consumidores (EPSCO) de la Unión Europea.
8. Proyectos normativos:

8.1. Proyecto de Orden por la que se actualizan los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.
8.2. Proyecto de Real Decreto por el que se aprueba el Reglamento sobre protección de la salud contra los riesgos derivados de la exposición a las radiaciones ionizantes.
8.3. Proyecto de Real Decreto por el que se aprueban los Estatutos del Consejo General de Colegios de Ópticos-Optometristas.
8.4. Proyecto de Orden por la que se aprueban las normas de correcta preparación extemporánea de radiofármacos.
8.5. Proyecto de Orden por la que se actualiza el anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, en lo relativo al catálogo común de prótesis externas de miembro superior y miembro inferior, ortoprótesis para agenesias, sillas de ruedas, órtesis y productos para la terapia del linfedema.
8.6. Proyecto de Real Decreto por el que se establecen los criterios sanitarios para la prevención y el control de la legionelosis.
8.7. Proyecto de Real Decreto por el que se establecen los criterios de calidad en Medicina Nuclear.
8.8. Proyecto de Real Decreto por el que se modifica el Real Decreto 1662/2000, de 29 de septiembre, sobre productos sanitarios para diagnóstico "in vitro", con objeto de regular la venta al público y la publicidad de los productos de autodiagnóstico para la COVID-19.
8.9. Proyecto de Real Decreto por el que se regula la organización y funcionamiento de los registros nacionales en materia de reproducción humana asistida.

9. Propuesta de aprobación del acuerdo de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación sobre la inclusión de los sistemas de monitorización continua de glucosa intersticial en tiempo real para pacientes adultos (de 18 años o más) con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y riesgo de hipoglucemias graves (al menos un episodio de hipoglucemia grave durante el año previo o por hipoglucemias inadvertidas), que realicen terapia intensiva con insulina en condiciones clínicas determinadas.
10. Propuesta de aprobación del acuerdo de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación sobre la inclusión en cartera común de servicios de las válvulas endobronquiales para fuga aérea persistente.
11. Propuesta de aprobación del acuerdo del Comité de Designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia para la Designación de 21 CSUR nuevos, redesignación de 6 CSUR y revocación de 3 CSUR.
12. Propuesta de aprobación del acuerdo del Comité de Designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia para la aprobación del Procedimiento de derivación a los CSUR que participan en las ERN, a través del Sistema de información del fondo de cohesión sanitaria (SIFCO) para facilitar el acceso a las ERN de los profesionales y pacientes del SNS.
13. Propuesta de aprobación del acuerdo de la Comisión Permanente de Farmacia sobre la fijación del precio de la primera CAR-T pública ARI 0001.
14. Comité de Evaluación del desempeño del SNS durante la pandemia.
15. Información sobre el borrador de Estrategia de Salud Digital del SNS.
16. Acuerdo para la creación de la Comisión de Salud Digital.

17. Documento marco para Vigilancia Nacional de la Resistencia a Antimicrobianos.
18. Propuesta de aprobación del Informe Anual sobre Violencia de Género. Año 2020.
19. Ruegos y Preguntas.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

22 *Aprobar la Memoria de Actividades del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, del año 2019.* ***(1368)***

23 *Aprobar el plan de inversión en equipos de alta tecnología del SNS (Plan Inveat) y el Acuerdo de criterios para la distribución de fondos con cargo al presupuesto del Ministerio de Sanidad y en el marco del componente 18 "Plan de inversiones en equipos de alta tecnología del sistema nacional de salud", del plan de recuperación, transformación y resiliencia (MRR) del Gobierno de España.* **ANEXO 14** *(Ver acuerdos-anexos).* ***(1369)***

24 *Aprobar el sistema de elección de representantes de las Comunidades Autónomas en las formaciones del Consejo de la Unión Europea de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores, según el ciclo de rotaciones que establece el Acuerdo de la Conferencia para Asuntos relacionados con las Comunidades Europeas.* **ANEXO 15** *(Ver acuerdos-anexos).* ***(1370)***

25 *Darse por informado del Proyecto de Orden por la que se actualizan los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.* ***(1371)***

26 *Darse por informado del Proyecto de Real Decreto por el que se aprueba el Reglamento sobre protección de la salud contra los riesgos derivados de la exposición a las radiaciones ionizantes.* ***(1372)***

27 *Darse por informado del Proyecto de Real Decreto por el que se aprueban los Estatutos del Consejo General de Colegios de Ópticos-Optometristas.* ***(1373)***

28 *Darse por informado del Proyecto de Orden por la que se aprueban las normas de correcta preparación extemporánea de radiofármacos.* ***(1374)***

29 *Darse por informado del Proyecto de Orden por la que se actualiza el anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, en lo relativo al catálogo común de prótesis externas de miembro superior y miembro inferior, ortoprótesis para agenesias, sillas de ruedas, órtesis y productos para la terapia del linfedema.* ***(1375)***

30 *Darse por informado del Proyecto de Real Decreto por el que se establecen los criterios sanitarios para la prevención y el control de la legionelosis.* ***(1376)***

31 *Darse por informado del Proyecto de Real Decreto por el que se establecen los criterios de calidad en Medicina Nuclear.* ***(1377)***

32 *Darse por informado del Proyecto de Real Decreto por el que se modifica el Real Decreto 1662/2000, de 29 de septiembre, sobre productos sanitarios para diagnóstico "in vitro", con objeto de regular la venta al público y la publicidad de los productos de autodiagnóstico para la COVID-19.* ***(1378)***

33 *Darse por informado del Proyecto Real Decreto por el que se regula la organización y*

funcionamiento de los registros nacionales en materia de reproducción humana asistida. ***(1379)***

34 *Aprobar el Acuerdo de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación sobre la inclusión de los sistemas de monitorización continua de glucosa intersticial en tiempo real para pacientes adultos (de 18 años o más) con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y riesgo de hipoglucemias graves (al menos un episodio de hipoglucemia grave durante el año previo o por hipoglucemias inadvertidas), que realicen terapia intensiva con insulina en condiciones clínicas determinadas.* **ANEXO 16** *(Ver acuerdos-anexos).* ***(1380)***

35 *Aprobar el Acuerdo de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación sobre la inclusión en cartera común de servicios de las válvulas endobronquiales para fuga aérea persistente.* ***(1381)***

36 *Aprobar el Acuerdo del Comité de Designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) para la Designación de 21 CSUR nuevos, redesignación de 6 CSUR y revocación de 3 CSUR.* **ANEXO 17** *(Ver acuerdos-anexos).* ***(1382)***

37 *Aprobar el Acuerdo del Comité de Designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia para la aprobación del Procedimiento de derivación de pacientes a un Centro, Servicio o Unidad de Referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud (SNS) para la presentación de su caso en una Red Europea de Referencia (ERN).* **ANEXO 18** *(Ver acuerdos-anexos).* ***(1383)***

38 *Aprobar el acuerdo de la Comisión Permanente de Farmacia sobre la fijación del precio de la primera CAR-T pública ARI 0001.* ***(1384)***

39 *Darse por informado sobre las actuaciones del Comité de Evaluación del desempeño del SNS durante la pandemia.* ***(1385)***

40 *Aprobar la creación de la Comisión de Salud Digital.* ***(1386)***

41 *Darse por informado del proyecto para la Vigilancia Nacional de la Resistencia a Antimicrobianos del Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN).* ***(1387)***

42 *Aprobar el Informe Anual sobre Violencia de Género. Año 2020.* ***(1388)***

PLENO 223 (7 de julio de 2021 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Vacunación frente a COVID-19.
3. Certificado COVID Digital de la UE.
4. Manual Buenas Prácticas de Eutanasia.
5. Acuerdo relativo a los criterios para la distribución de fondos a las Comunidades Autónomas para estrategias para la mejora de los Sistemas de Información del SNS en el año 2021.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

43 *Aprobar el Manual de Buenas Prácticas sobre Eutanasia, en cumplimiento de la Disposición Adicional Sexta de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la Eutanasia.* ***(1389)***

44 *Aprobar los criterios para la distribución de fondos a las Comunidades Autónomas para*

la mejora del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud en el año 2021. **ANEXO 19** *(Ver acuerdos-anexos).* ***(1390)***

PLENO 224 (14 de julio de 2021 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Vacunación frente a COVID-19.
3. Certificado COVID Digital de la UE.
4. Propuesta de acuerdo de distribución de crédito a las Comunidades Autónomas para el ejercicio 2021 por importe de 398.993.103,00 euros con cargo al presupuesto del Ministerio de Sanidad y en el marco del componente 18 "Plan de inversiones en equipos de alta tecnología del sistema nacional de salud" (C18.I1), del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia del Gobierno de España.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

45 *Aprobar la Propuesta de distribución de crédito a las Comunidades Autónomas para el ejercicio 2021 por importe de 398.993.103,00 euros con cargo al presupuesto del Ministerio de Sanidad y en el marco del componente 18 "Plan de inversiones en equipos de alta tecnología del sistema nacional de salud" (C18.I1), del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia del Gobierno de España".* **ANEXO 20**. *(ver acuerdos-Anexos)* ***(1391)***

PLENO 225 (20 de julio de 2021 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Vacunación frente a COVID-19.
3. Certificado COVID Digital de la UE.

PLENO 226 (28 de julio de 2021 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Vacunación frente a COVID-19.
3. Certificado COVID Digital de la UE.
4. Propuesta de designación de representantes para el Comité Institucional de la Estrategia Española de Medicina Personalizada de Precisión.
5. Propuesta de aprobación de los criterios para la distribución de Fondos a las Comunidades Autónomas destinados a la financiación de la "Estrategia frente a Enfermedades Raras, Enfermedades Neurodegenerativas (incluido ELA)" en el año 2021.
6. Propuesta de distribución de Fondos a las Comunidades Autónomas para la mejora de los Sistemas de Información del SNS en el año 2021.
7. Propuesta de aprobación del Programa de medidas para mejorar la eficiencia y sostenibilidad del SNS en el ámbito de la prestación farmacéutica y sus criterios de distribución.
8. Propuesta de aprobación del Programa de medidas para mejorar la eficiencia y sostenibilidad del SNS en el ámbito de la salud digital y sus criterios de distribución.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

46 *Aprobar la designación de seis miembros en representación de las Comunidades Autónomas en el Comité Institucional de la Estrategia Española de Medicina Personalizada de Precisión.* ***(1392)***

47 *Aprobar los criterios para la distribución de Fondos a las Comunidades Autónomas destinados a la financiación de la "Estrategia frente a Enfermedades Raras, Enfermedades Neurodegenerativas (incluido ELA)" en el año 2021.* **ANEXO 21** *(ver acuerdos-Anexos)* ***(1393)***

48 *Aprobar la distribución de Fondos a las Comunidades Autónomas para la mejora de los Sistemas de Información del SNS en el año 2021, cuyos criterios de reparto fueron aprobados por el Consejo Interterritorial del pasado 7 de julio.* **ANEXO 22** *(ver acuerdos-Anexos)* ***(1394)***

49 *Aprobar el Programa de medidas para mejorar la eficiencia y sostenibilidad del SNS en el ámbito de la prestación farmacéutica y sus criterios de distribución.* **ANEXO 23** *(ver acuerdos-Anexos)* ***(1395)***

50 *Aprobar el Programa de medidas para mejorar la eficiencia y sostenibilidad del SNS en el ámbito de la salud digital, con las cinco áreas propuestas y sus criterios de distribución.* **ANEXO 24**. *(ver acuerdos-Anexos)* ***(1396)***

PLENO 227 (4 de agosto de 2021 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Vacunación frente a COVID-19.
3. Certificado COVID Digital de la UE.
4. Medidas para los eventos deportivos multitudinarios de la Liga Nacional de Fútbol Profesional, Liga de la Asociación de Clubs de Baloncesto (ACB) y otras competiciones deportivas.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

51 *Aprobar las Medidas para los eventos deportivos multitudinarios, incluidos los de Liga Profesional de Fútbol y Liga de la Asociación de Clubs de Baloncesto (ACB).* **ANEXO 25** *(ver acuerdos-Anexos)* ***(1397)***

PLENO 228 (11 de agosto de 2021 a las 09:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Vacunación frente a COVID-19.

PLENO 229 (18 de agosto de 2021 a las 09:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Vacunación frente a COVID-19.

PLENO 230 (25 de agosto de 2021 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.

2. Vacunación frente a COVID-19.
3. Resolución de la Dirección General de Salud Pública por la que se establece el Sistema de Información del SNS para el seguimiento de la vacunación frente a la COVID-19, a los efectos de lo previsto en el artículo 65bis de la Ley 16/2003. (Sustituye a la Resolución de 16 de diciembre de 2020).

PLENO 231 (1 de septiembre de 2021 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Vacunación frente a COVID-19.
3. Acuerdo sobre medidas para los eventos deportivos multitudinarios, incluidos los de la Liga Profesional de Fútbol y la Liga ACB.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

52 Aprobar las Medidas para los eventos deportivos multitudinarios, incluidos los de Liga Profesional de Fútbol y Liga de la Asociación de Clubs de Baloncesto (ACB). **ANEXO 26** *(ver acuerdos-Anexos)* ***(1398)***

PLENO 232 (8 de septiembre de 2021 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Vacunación frente a COVID-19.

PLENO 233 (15 de septiembre de 2021 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Vacunación frente a COVID-19.

PLENO 234 (22 de septiembre de 2021 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Vacunación frente a COVID-19.
3. Propuesta de aprobación del plan de optimización de la utilización de analgésicos opioides en el dolor crónico no oncológico en el SNS.
4. Comité de Evaluación del Desempeño del SNS durante la pandemia.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

53 Aprobar el Plan de optimización de la utilización de analgésicos opioides en el dolor crónico no oncológico en el SNS. **(1399)**

54 Aprobar la designación como miembros del equipo de planificación y coordinación de la evaluación del desempeño del SNS durante la pandemia. ***(1400)***

PLENO 235 (29 de septiembre de 2021 a las 8:00). Extraordinario

1. Acuerdo sobre la modificación de las medidas para los eventos deportivos multitudinarios, incluidos los de la Liga Profesional de Fútbol y la Liga ACB.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

55 Aprobar la modificación de las Medidas para los eventos deportivos multitudinarios, incluidos los de Liga Profesional de Fútbol y Liga de la Asociación de Clubs de Baloncesto (ACB). **ANEXO 27** *(ver acuerdos-Anexos)* **(1401)**

PLENO 236 (13 de octubre de 2021 a las 16:00). Extraordinario

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Vacunación frente a COVID-19.
3. Propuesta de acuerdo de distribución de fondos a las CC. AA y Ciudades Autónomas para promoción de la salud y prevención del cáncer en el año 2021.
4. Propuesta de acuerdo de distribución de fondos a las CC. AA y Ciudades Autónomas para el sistema de Red de Vigilancia en Salud Pública.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

56 Aprobar el Acuerdo de distribución de fondos a las Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas para la promoción de la salud y la prevención del cáncer en el año 2021. **ANEXO 28** *(ver acuerdos-Anexos)* ***(1402)***

57 Aprobar el Acuerdo de distribución de fondos a las Comunidades y Ciudades Autónomas para el sistema de Red de Vigilancia en Salud Pública. **ANEXO 29** *(ver acuerdos-Anexos)* ***(1403)***

PLENO 237 (27 de octubre de 2021 a las 16:00). Extraordinario.

1. Situación epidemiológica COVID-19.
2. Vacunación frente a COVID-19.
3. Información sobre la convocatoria de designación de nuevos CSUR.
4. Acuerdo sobre la modificación de las medidas para los eventos deportivos multitudinarios, incluidos los de la Liga Profesional de Fútbol y la Liga ACB.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

58 Aprobar el Acuerdo sobre la modificación de las Medidas para los eventos deportivos multitudinarios, incluidos los de Liga Profesional de Fútbol y Liga de la Asociación de Clubs de Baloncesto (ACB). **ANEXO 30** *(ver acuerdos-Anexos)* ***(1404)***

PLENO 238 (4 de noviembre de 2021) a las 13:00 horas. Extraordinario

1. Propuesta de Acuerdo de criterios para la distribución de Fondos a las Comunidades Autónomas para la obtención de plasma a través de plasmaféresis en el año 2021.

2. Propuesta de Acuerdo de criterios para la distribución de fondos con cargo al presupuesto del Ministerio de Sanidad y en el marco del componente 18 “formación de profesionales sanitarios en el ámbito de los planes de formación continuada” (c18.i4), del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

3. Modificación del programa de desarrollo de medidas para mejorar la eficiencia y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Salud Digital.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

59 *Aprobar los criterios para la distribución de Fondos a las Comunidades Autónomas para la obtención de plasma a través de plasmaféresis en el año 2021.* **ANEXO 31** *(ver acuerdos-Anexos)* ***(1405)***

60 *Aprobar los criterios para la distribución de fondos con cargo al presupuesto del Ministerio de Sanidad y en el marco del componente 18 "formación de profesionales sanitarios en el ámbito de los planes de formación continuada" (c18.i4), del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.* **ANEXO 32** *(ver acuerdos-Anexos)* ***(1406)***

61 *Aprobar la modificación del programa de desarrollo de medidas para mejorar la eficiencia y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Salud Digital.* **ANEXO 33** *(ver acuerdos-Anexos)* ***(1407).***

PLENO 239 (10 de noviembre de 2021, a las 18:00 horas.) Extraordinario

1. Propuesta de Acuerdo para la distribución de los fondos de Farmaindustria para el programa de desarrollo de medidas para mejorar la eficiencia y la sostenibilidad del SNS en el ámbito de la salud digital.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

62 *Aprobar la distribución de los fondos de Farmaindustria para el programa de desarrollo de medidas para mejorar la eficiencia y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la salud digital.* **ANEXO 34** *(ver acuerdos-Anexos)* ***(1408)***

PLENO 240 (24 de noviembre de 2021, a las 15,30 horas.) Extraordinario.

1. Situación epidemiológica.
2. Vacunación frente a COVID-19
3. Propuesta de Acuerdo de distribución de fondos a las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía para la financiación de programas de políticas de cohesión sanitaria, de formación para facultativos/as médicos/as, odontólogos/as, farmacéuticos/as y enfermeros/as y de educación sanitaria de la población para favorecer el uso racional de los medicamentos y el desarrollo del plan nacional de donación de médula ósea por importe de 28.198.679,52 euros.
4. Propuesta de Acuerdo distribución de fondos a las Comunidades Autónomas para el Programa de desarrollo de medidas para mejorar la eficiencia y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la prestación farmacéutica, procedentes del Convenio suscrito el 29 de diciembre de 2016, entre el Ministerio de Hacienda y Función Pública y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con Farmaindustria, por importe de 39.815.620 euros.
5. Información sobre la distribución de crédito del Componente 18 del Mecanismo de Recuperación y Resiliencia a INGESA para la formación continuada de profesionales sanitarios para el ejercicio presupuestario 2021.
6. Acuerdo para la implementación de las medidas sanitarias del "Catálogo de Medidas Urgentes del Plan de Mejora y Modernización contra la Violencia de Género".
7. Modificación de las Medidas para los eventos deportivos multitudinarios, incluidos los de Liga Profesional de Fútbol y Liga de la Asociación de Clubs de Baloncesto (ACB).

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

63 *Aprobar la distribución de fondos a las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía para la financiación de programas de políticas de cohesión sanitaria, de formación para facultativos/as médicos/as, odontólogos/as, farmacéuticos/as y enfermeros/as y de educación sanitaria de la población para favorecer el uso racional de los medicamentos y el desarrollo del plan nacional de donación de médula ósea por importe de 28.198.679,52 euros.* ***ANEXO 35.*** *(Ver acuerdos-Anexos)* ***(1409)***

64 *Aprobar la distribución de fondos a las Comunidades Autónomas para el Programa de desarrollo de medidas para mejorar la eficiencia y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la prestación farmacéutica, procedentes del Convenio suscrito el 29 de diciembre de 2016, entre el Ministerio de Hacienda y Función Pública y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con Farmaindustria, por importe de 39.815.620 euros.* ***ANEXO 36.*** *(Ver acuerdos-Anexos)* ***(1410)***

65 *Aprobar el Acuerdo para la implementación de las medidas sanitarias del "Catálogo de Medidas Urgentes del Plan de Mejora y Modernización contra la Violencia de Género".* ***ANEXO 37.*** *(Ver acuerdos-Anexos)* ***(1411)***

66 *Aprobar la modificación de las Medidas para los eventos deportivos multitudinarios, incluidos los de Liga Profesional de Fútbol y Liga de la Asociación de Clubs de Baloncesto (ACB).* ***ANEXO 38.*** *(Ver acuerdos-Anexos)* ***(1412)***

PLENO 241 (24 de noviembre a las 17 horas) Extraordinario.

Conjunto con la CONFERENCIA SETORIAL DE MEDIO AMBIENTE.

1. Aprobación del Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente.
2. Ruegos y preguntas.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

67 *Aprobar el Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente.* ***ANEXO 39*** *(Ver acuerdos-Anexos)* ***(1413)***

PLENO 242 (2 de diciembre a las 09 horas) Ordinario. Córdoba.

1. Aprobación, en su caso, de las actas núm. 123 a 239, correspondientes a las sesiones celebradas desde el 14 de octubre de 2019 al 10 de noviembre de 2021.
2. Aprobación de la Memoria de Actividades del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del año 2020.
3. Situación epidemiológica COVID-19.
4. Vacunación frente a COVID-19.
5. Designación del Consejero de Sanidad de Castilla- La Mancha para representar a las Comunidades Autónomas, durante el primer semestre de 2022 en las reuniones del Consejo de empleo, política social, sanidad y consumidores (EPSCO) de la Unión Europea.
6. Aprobación de la Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud.
7. Aprobación del Abordaje del Alzheimer y otras demencias en el Sistema Nacional de Salud. (Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del SNS).
8. Aprobación del Abordaje del Parkinson y parkinsonismos. (Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud).

9. Aprobación del Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación sobre la Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud.
10. Aprobación del Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación sobre Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud.
11. Aprobación del Plan de Prevención de VIH y otras ITS 2021-2030.
12. Aprobación de la Estrategia de Salud Mental.
13. Aprobación de la Evaluación del Programa de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores expuestos al amianto "PIVISTEA" 2018.
14. Aprobación del Acuerdo aprobado en el pleno del 21 de octubre de 2021 de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación sobre la propuesta de actualización y concreción de la cartera común de servicios de genética recogida en el anexo III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
15. Aprobación de los Acuerdos validados en el pleno del 2 de noviembre de 2021 por el Grupo Institucional del Plan para el Abordaje de las Terapias Avanzadas en el Sistema Nacional de Salud.
16. Aprobación del Acuerdo aprobado en el pleno del 11 de noviembre de 2021 de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación sobre la propuesta de actualización de la cartera común de servicios en lo relativo a la atención de la salud bucodental recogida en el anexo II del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
17. Información sobre la nueva convocatoria de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR).
18. Proyectos normativos:
    - 18.a. Real Decreto por el que se modifica el Real Decreto 1802/2008, de 3 de noviembre, por el que se modifica el Reglamento sobre notificación de sustancias nuevas y clasificación, envasado y etiquetado de sustancias peligrosas, aprobado por el Real Decreto 363/1995, de 10 de marzo, con la finalidad de adaptar sus disposiciones al Reglamento (CE) Nº 1907/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo (Reglamento REACH).
    - 18.b. Real Decreto por el que se regula la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud, el procedimiento y criterios para la creación y revisión de los títulos de especialista en ciencias de la salud y de los diplomas de área de capacitación específica, el acceso y la formación de las áreas de capacitación específica y se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación.
    - 18.c. Real Decreto por el que se actualiza el Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.
    - 18.d. Real Decreto por el que se regulan los productos sanitarios.
    - 18.e. Orden Ministerial por la que se crea la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, se regula su composición y funcionamiento y el procedimiento de acreditación de actividades formativas.
19. Ruegos y Preguntas.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS.

68 Aprobar, respectivamente, las actas números 123 a 239, correspondientes a las sesiones celebradas desde el 14 de octubre de 2019 al 10 de noviembre de 2021, con el voto en contra de la Comunidad Madrid. ***(1414)***

69 *Aprobar la Memoria de actividades del año 2020, con el voto en contra de la Comunidad de Madrid.* ***(1415)***

70 *Aprobar la designación del Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha para representar a las Comunidades Autónomas, durante el primer semestre de 2022 en las reuniones del Consejo de empleo, política social, sanidad y consumidores (EPSCO) de la Unión Europea, según el ciclo de rotaciones que establece el Acuerdo de la Conferencia para Asuntos relacionados con las Comunidades Europeas.* ***(1416)***

71 *Aprobar la Estrategia de Salud Digital.* ***ANEXO 40.*** *(Ver acuerdos-Anexos)* ***(1417)***

72 *Aprobar el Abordaje del Alzheimer y otras demencias en el Sistema Nacional de Salud. (Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del SNS)* ***ANEXO 41.*** *(Ver acuerdos-Anexos)* ***(1418)***

73 *Aprobar el abordaje del Parkinson y parkinsonismos. (Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud).* ***ANEXO 42.*** *(Ver acuerdos-Anexos)* ***(1419)***

74 *Aprobar el informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación sobre la Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud.* ***ANEXO 43.*** *(Ver acuerdos-Anexos)* ***(1420)***

75 *Aprobar el Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación sobre Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud.* ***ANEXO 44.*** *(Ver acuerdos-Anexos)* ***(1421)***

76 *Aprobar el Plan de Prevención de VIH y otras ITS 2021-2030.* ***ANEXO 45****. (Ver acuerdos-Anexos)* ***(1422)***

77 *Aprobar la Estrategia de Salud Mental.* ***ANEXO 46.*** *(Ver acuerdos-Anexos)* ***(1423)***

78 *Aprobar la Evaluación del Programa de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores expuestos al amianto "PIVISTEA" 2018.* ***ANEXO 47.*** *(Ver acuerdos-Anexos)* ***(1424)***

79 *Aprobar el Acuerdo aprobado en el pleno del 21 de octubre de 2021 de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación sobre la propuesta de actualización y concreción de la cartera común de servicios de genética, recogida en el Anexo III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.* ***ANEXO 48.*** *(Ver acuerdos-Anexos)* ***(1425)***

80 *Aprobar los Acuerdos validados en el pleno del 2 de noviembre de 2021 por el Grupo Institucional del Plan para el Abordaje de las Terapias Avanzadas en el Sistema Nacional de Salud, con el voto en contra de la Comunidad de Madrid.* ***ANEXO 49.*** *(Ver acuerdos-Anexos)* ***(1426)***

81 *Aprobar el Acuerdo aprobado en el pleno del 11 de noviembre de 2021 de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación sobre la propuesta de actualización de la cartera común de servicios en lo relativo a la atención de la salud bucodental, recogida en el Anexo II del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, con el voto en contra de la Comunidad Autónoma del País Vasco.* ***ANEXO 50.*** *(Ver acuerdos-Anexos)* ***(1427)***

82 *Darse por informado del proyecto de Real Decreto por el que se modifica el Real Decreto 1802/2008, de 3 de noviembre, por el que se modifica el Reglamento sobre notificación de sustancias nuevas y clasificación, envasado y etiquetado de sustancias peligrosas, aprobado por el Real Decreto 363/1995, de 10 de marzo, con la finalidad de adaptar sus disposiciones al Reglamento (CE) Nº 1907/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo (Reglamento REACH).* ***(1428).***

83 *Darse por informado del proyecto de Real Decreto por el que se regula la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud, el procedimiento y criterios para la creación y revisión de los títulos de especialista en ciencias de la salud y de los diplomas de área de capacitación específica, el acceso y la formación de las áreas de capacitación específica y se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación.* ***(1429)***

84 *Darse por informado del proyecto de Real Decreto por el que se actualiza el Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.* ***(1430)***

85 *Darse por informado del proyecto de Real Decreto por el que se regulan los productos sanitarios.* ***(1431).***

86 *Darse por informado del proyecto de Orden Ministerial por la que se crea la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, se regula su composición y funcionamiento y el procedimiento de acreditación de actividades formativas.* ***(1432).***

PLENO 243 (15 de diciembre a las 16 horas) Extraordinario.

1. Aprobación, en su caso, de las actas núm. 240, 241 y 242 correspondientes a las sesiones celebradas el 24 de noviembre y el 2 diciembre de 2021.
2. Situación epidemiológica COVID-19.
3. Vacunación frente a COVID-19.
4. Aprobación del Plan de Acción de Atención Primaria 2022-2023 | Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

87 *Aprobar las actas núm. 240, 241 y 242 correspondientes a las sesiones celebradas el 24 de noviembre y el 2 diciembre de 2021. (****1433****)*

88 *Aprobar el Plan de Acción de Atención Primaria 2022-2023. Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria.* ***ANEXO 51*** *(Ver acuerdos-Anexos) (****1434****)*

PLENO 244 (29 de diciembre a las 16 horas) Extraordinario.

1. Aprobación, en su caso, del acta núm. 243 correspondiente a la sesión celebrada el 15 de diciembre de 2021.
2. Situación epidemiológica COVID-19.
3. Vacunación frente a COVID-19.
4. Acuerdo de Medidas para los eventos deportivos multitudinarios, incluidos los de Liga Profesional de Fútbol y Liga de la Asociación de Clubs de Baloncesto (ACB).

CONCLUSIONES Y ACUERDOS ADOPTADOS

89 *Aprobar las Medidas para los eventos deportivos multitudinarios, incluidos los de Liga Profesional de Fútbol y Liga de la Asociación de Clubs de Baloncesto (ACB).* ***ANEXO 52*** *(Ver acuerdos-Anexos) (****1435****).*

COMISIÓN DELEGADA DEL CISNS, COMISIONES, SUBCOMISIONES, GRUPOS DE TRABAJO Y REUNIONES BILATERALES

Comisión Delegada del CISNS

PROPONENTE: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
ACUERDO PLENO CONSEJO: 13 de enero de 2003.
FECHA CONSTITUCIÓN: 28 de enero de 2003.
PRESIDENTA: Secretaria de Estado de Sanidad.

PARTICIPANTES

CCAA

- País Vasco	- José Luis Quintas Díaz
- Cataluña	- Meritxell Masó i Carbó / Aina Plaza Tesías
- Galicia	- Alberto Fuentes Losada
- Andalucía	- Catalina Monserrat García Carrasco
- Asturias	- Lidia Clara Rodríguez García
- Cantabria	- Adrián Aguinagalde / Reinhard Wallman
- La Rioja	- Bernabé Palacín Sáenz / Pello Latasa Zamalloa
- Murcia	- Isabel Ayala / Andrés Torrente Martínez
- C. Valenciana	- Isaura Navarro Casillas
- Aragón	- José Mª Abad Díez
- Castilla-La Mancha	- Regina Leal Eizaguirre
- Canarias	- Conrado Domínguez Trujillo
- Navarra	- Carlos Artundo Purroy (Vicepresidente)
- Extremadura	- Vicente Caballero Pajares
- Baleares	- Atanasio García Pineda
- Madrid	- Antonio Zapatero Gaviria / Juan González Armengol / Cristina Pérez Arancón
- Castilla y León	- Manuel Mitadiel Martínez
- Ceuta	- Rebeca Benarroch Benarroch
- Melilla	- Juan Luis Cabanillas Moruno

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **Secretaría de Estado de Sanidad**: Silvia Calzón Fernández (Presidenta)
- **Secretario General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS**: Alfredo González Gómez (Secretario) / Juan Fernando Muñoz Montalvo (Secretario)
- **D. Gral. de Salud Pública**: Pilar Aparicio Azcárraga
- **DG de Ordenación Profesional**: Vicenç Martínez Ibáñez
- **DG de Cartera Común de Servicios SNS y Farmacia**: Patricia Lacruz Gimeno
- **Director del CCAES**: Fernando Simón Soria
- **AEMPS**: Mª Jesús Lamas Díaz (Directora) / Antonio Blázquez Pérez / Carmen Ruiz Villán
- **INGESA**: Belén Hernando Galán / María José Gemar Arjona

REUNIONES

A continuación, se detallan las reuniones celebradas, así como su Orden del Día.

COMISIÓN DELEGADA. (25 de junio de 2021). Videoconferencia

1. Lectura y aprobación, en su caso, de las actas núm. 64 y 65, correspondientes a las sesiones celebradas los días 8 de octubre y 29 de noviembre de 2019.
2. Propuesta de elección de representantes de las Comunidades Autónomas para las reuniones del Consejo de empleo, política social, sanidad y consumidores (EPSCO) de la Unión Europea.
3. Modificación del procedimiento y propuesta para la designación de un vocal en el Consejo Rector de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, en representación de las Mutualidades de funcionarios.
4. Informe resumen-actividad de la Comisión Delegada relativa a la participación de las CCAA en diversos órganos de la Administración General del Estado.
5. Información sobre fondos europeos de recuperación en el ámbito sanitario: Plan de inversión en equipos de alta tecnología del SNS (Plan INVEAT) y Propuesta de aprobación del acuerdo de criterios para la distribución de fondos con cargo al presupuesto del Ministerio de Sanidad y en el marco del componente 18 “Plan de inversiones en equipos de alta tecnología del Sistema Nacional de Salud”, del Plan de recuperación, transformación y resiliencia (MRR) del Gobierno de España, y distribución de crédito en el ejercicio presupuestario 2021.
6. Situación y evolución de la pandemia y el proceso de vacunación en España.
7. Proyectos normativos:
   - 7.1 Proyecto de Orden por la que se actualizan los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.
   - 7.2 Proyecto de Real Decreto por el que se aprueba el Reglamento sobre protección de la salud contra los riesgos derivados de la exposición a las radiaciones ionizantes.
   - 7.3 Proyecto de Real Decreto por el que se aprueban los Estatutos del Consejo General de Colegios de Ópticos-Optometristas.

7.4 Proyecto de Orden por la que se aprueban las normas de correcta preparación extemporánea de radiofármacos.

7.5 Proyecto de Orden por la que se actualiza el anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, en lo relativo al catálogo común de prótesis externas de miembro superior y miembro inferior, ortoprótesis para agenesias, sillas de ruedas, órtesis y productos para la terapia del linfedema.

7.6 Proyecto de Real Decreto por el que se establecen los criterios sanitarios para la prevención y el control de la legionelosis.

7.7 Proyecto de Real Decreto por el que se establecen los criterios de calidad en Medicina Nuclear.

7.8 Proyecto de Real Decreto por el que se modifica el Real Decreto 1662/2000, de 29 de septiembre, sobre productos sanitarios para diagnóstico "in vitro", con objeto de regular la venta al público y la publicidad de los productos de autodiagnóstico para la COVID-19.

7.9 Proyecto de Real Decreto por el que se regula la organización y funcionamiento de los registros nacionales en materia de reproducción humana asistida.

8. Propuesta de aprobación del acuerdo de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación sobre la inclusión de los sistemas de monitorización continua de glucosa intersticial en tiempo real para pacientes adultos (de 18 años o más) con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y riesgo de hipoglucemias graves (al menos un episodio de hipoglucemia grave durante el año previo o por hipoglucemias inadvertidas), que realicen terapia intensiva con insulina en condiciones clínicas determinadas.
9. Propuesta de aprobación del acuerdo de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación sobre la inclusión en cartera común de servicios de las válvulas endobronquiales para fuga aérea persistente.
10. Propuesta de aprobación del acuerdo del Comité de Designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia para la Designación de 21 CSUR nuevos, redesignación de 6 CSUR y revocación de 3 CSUR.
11. Propuesta de aprobación del acuerdo del Comité de Designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia para la aprobación del Procedimiento de derivación a los CSUR que participan en las ERN, a través del Sistema de información del fondo de cohesión sanitaria (SIFCO) para facilitar el acceso a las ERN de los profesionales y pacientes del SNS.
12. Propuesta de aprobación del acuerdo de la Comisión Permanente de Farmacia sobre la fijación del precio de la primera CAR-T pública ARI 0001.
13. Comité de Evaluación del desempeño del SNS durante la pandemia.
14. Información sobre el borrador de Estrategia de Salud Digital del SNS.
15. Acuerdo para la creación de la Comisión de Salud Digital.
16. Documento marco para Vigilancia Nacional de la Resistencia a Antimicrobianos.
17. Propuesta de aprobación del Informe Anual sobre Violencia de Género. Año 2020.
18. Ruegos y Preguntas.

COMISIÓN DELEGADA. (18 de noviembre de 2021). Videoconferencia.

1. Lectura y aprobación, en su caso, del acta nº 66 correspondientes a la sesión celebrada el 25 de junio de 2021.
2. Situación epidemiológica y vacunación frente a COVID-19.
3. Propuesta de designación del representante de las Comunidades Autónomas para las reuniones del Consejo de empleo, política social, sanidad y consumidores (EPSCO) de la Unión Europea.
4. Informe resumen-actividad de la Comisión Delegada relativa a la participación de las CCAA en diversos órganos de la Administración General del Estado.
5. Informe sobre la Estrategia Nacional de Salud Digital.
6. Abordaje del Alzheimer y otras demencias en el SNS. (Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del SNS).
7. Abordaje del Parkinson y parkinsonismos. (Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del SNS).
8. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación sobre la Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del SNS
9. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación sobre Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud.
10. Evaluación del Programa de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores expuestos al amianto "PIVISTEA" 2018.
11. Acuerdo aprobado en el pleno del 21 de octubre de 2021 de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación sobre la propuesta de actualización y concreción de la cartera común de servicios de genética recogida en el anexo III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
12. Acuerdos validados en el pleno del 2 de noviembre de 2021 por el Grupo Institucional del Plan para el Abordaje de las Terapias Avanzadas en el Sistema Nacional de Salud.
13. Acuerdo aprobado en el pleno del 11 de noviembre de 2021 de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación sobre la propuesta de actualización de la cartera común de servicios en lo relativa a la atención de la salud bucodental recogida en el anexo II del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
14. Información sobre la nueva convocatoria de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR).
15. Para conocimiento: situación en la que se encuentran otros Planes (Plan de Acción para la Atención Primaria y Comunitaria; Plan de Prevención de VIH y otras ITS 2021-2030; Estrategia de Salud Mental)
16. Proyectos normativos:
    - 16.1. Orden Ministerial por la que se crea la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, se regula su composición y funcionamiento y el procedimiento de acreditación de actividades formativas.
    - 16.2. Real Decreto por el que se regulan los productos sanitarios.
    - 16.3. Real Decreto por el que se modifica el Real Decreto 1802/2008, de 3 de noviembre, por el que se modifica el Reglamento sobre notificación de sustancias nuevas y

clasificación, envasado y etiquetado de sustancias peligrosas, aprobado por el Real Decreto 363/1995, de 10 de marzo, con la finalidad de adaptar sus disposiciones al Reglamento (CE) Nº 1907/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo (Reglamento REACH)

16.4. Real Decreto por el que se regula la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud, el procedimiento y criterios para la creación y revisión de los títulos de especialista en ciencias de la salud y de los diplomas de área de capacitación específica, el acceso y la formación de las áreas de capacitación específica y se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación.

16.5. Real Decreto por el que se actualiza el Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.

17. Ruegos y Preguntas.

Comisión de Salud Pública

ACUERDO PLENO CONSEJO: 14 de diciembre de 1992.
FECHA CONSTITUCIÓN: 12 de enero de 1993.
COORDINADOR: Dirección General de Salud Pública.

PARTICIPANTES

CCAA

- País Vasco	- Itziar Larizgoitia Jáuregui / Koldo Iñaki Cambra
- Cataluña	- Xabier Llebaria Samper / Carmen Cabezas / Jacobo Mendioroz
- Galicia	- Raquel Zubizarreta Alberdi / Carmen Durán Parrondo
- Andalucía	- José María de Torres Medina / David Moreno Pérez / Ulises Ameyugo Catalán
- Asturias	- Sergio Vallés García / Rafael Cofiño Fernández / Miguel Ángel Prieto García / María Rosario Canga Libano
- Cantabria	- Reinhard Wallmann / Manuel Galán Cuesta / Juan José Sánchez Asensio
- La Rioja	- Pello Latasa Zamalloa / Eva Martínez Ochoa
- Murcia	- José Carlos Vicente López / José Jesús Guillén Pérez / Jaime Jesús Pérez Martínez / Juan Madrigal de Torres
- C. Valenciana	- Ofelia Gimeno Forner / Blanca Navarro Cubells / Inmaculada Clemente Paulino
- Aragón	- Francisco Javier Falo Forniés / Luis Gascón Andreu
- Castilla-La Mancha	- Juan J. Camacho Parejo / Julia M. Ruiz / Gonzalo Gutiérrez
- Canarias	- José Juan Alemán Sánchez
- Navarra	- Mª Ángeles Nuín Villanueva
- Extremadura	- Mª Pilar Guijarro Gonzalo
- Baleares	- María Antonia Font Oliver / Mariví Martín Humanes
- Madrid	- Mª José Esteban Niveiro / Elena Andradas Aragonés / Araceli Arce Arnáez
- Castilla y León	- Mª del Carmen Pacheco Martínez / Cristina Ruiz
- Ceuta	- Rebeca Benarroch Benarroch / José María Sánchez Romero Margarita Medina
- Melilla	- José Ruiz Olivares / Juan Luis Cabanillas Moruno

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **D.G. de Salud Pública**: Pilar Aparicio Azcárraga (Coordinadora) / Aurora Limia Sánchez / Pilar Campos Esteban / Jorge del Diego Salas / María Dolores Ramiro González / Fernando Carreras Vaquer / Mª Vicenta Labrador Cañadas/ Mª Soledad Justo Gil / Montserrat García Gómez / María Terol Claramonte / Covadonga Caballo Diéguez / Esther Medina Bermejo / Ana Gil Luciano / Julio César Doncel / Santiago Granado Araña / Mª Aránzazu López Franco (Secretaria)
- **CCAES**: Fernando Simón Soria / Mª José Sierra Moros / Berta Suárez Rodríguez
- **Instituto de Salud Carlos III**: Raquel Yotti / Manuel Cuenca Estrella / Cristóbal Belda Iniesta / Marina Pollán
- **AEMPS**: Mª Jesús Lamas Díaz / Agustín Portela Moreira
- **INGESA**: Mª José Gemar Arjona / Sara Pupato Ferrari / Mª Antonia Blanco Galán
- **D.G. Salud Digital y Sistemas de Información para el SNS**: Juan Fernando Muñoz Montalvo
- **Plan Nacional sobre SIDA**: Julia del Amo Valero
- **Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital (MAETD):** Santiago Graña

REUNIONES

A continuación, se detallan las reuniones realizadas, así como su Orden del Día.

C. SALUD PÚBLICA (8 de enero de 2021). Extraordinaria.

1. Actualización de la pandemia por SARS-CoV-2 en España:
   - Situación actual.
   - Variante VOC 202012/01.
   - Vacunación.
2. Ruegos y preguntas.

C. SALUD PÚBLICA (14 de enero de 2021). Ordinaria.

1. Actualización de la pandemia por SARS-CoV-2 en España, situación actual.
2. Estrategia de Vigilancia en Salud Pública.
3. Presentación y aprobación, si procede, del 2º ESTUDIO DE SEROPREVALENCIA EN ESPAÑA.
4. Presentación y aprobación, si procede, del Plan estratégico para la eliminación del sarampión y la rubeola en España 2020 2024.
5. Información sobre los informes de las CCAA del HBSC 2018.
6. XXXI REUNIÓN DE LA COMISIÓN NACIONAL DE COORDINACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE SIDA el 25 de febrero de 2021.
   i. EVALUACIÓN FINAL EXTERNA DEL PLAN ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH Y OTRAS ITS 2017-2020 y la REVISIÓN DE PLANES DE ITS DE LAS CCAA.
   ii. Presentación del Plan de Eliminación del VIH en España 2021-2030.
7. Ruegos y preguntas.

C. SALUD PÚBLICA (18 de enero de 2021). Extraordinaria.

1. Situación actual.
2. Actualización de la estrategia de vacunación de la Covid-19.

C. SALUD PÚBLICA (21 de enero de 2021). Extraordinaria.

1. Actualización de la pandemia por SARS-CoV-2 en España.
   - Situación actual.
   - Integración de la secuenciación genómica en vigilancia.
   - Vacunación:
     i. Presentación y aprobación, si procede, del documento “Estrategia de vacunación frente a COVID 19 en España”.
     ii. Presentación y aprobación, si procede, del CALENDARIO COMÚN DE VACUNACIÓN A LO LARGO DE TODA LA VIDA. Calendario recomendado año 2021.

iii. Presentación y aprobación, si procede, del documento "VACUNACIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS ADULTAS (≥18 AÑOS) CON CONDICIONES DE RIESGO".
iv. Presentación y aprobación, si procede, del documento "VACUNACIÓN ESPECÍFICA EN MENORES Y ADOLESCENTES (<18 AÑOS) CON CONDICIONES DE RIESGO".

2. Ruegos y preguntas.

C. SALUD PÚBLICA (28 de enero de 2021). Extraordinaria.

1. Aprobación, si procede, de las actas de las sesiones celebradas los días 18 y 29 de diciembre y 8 de enero.
2. Actualización de la pandemia por SARS-CoV-2 en España:
   - Situación actual.
   - Información sobre variantes.
   - Vacunación.
3. Ruegos y preguntas.

C. SALUD PÚBLICA (3 de febrero de 2021). Extraordinaria.

1. Covid-19:
   a. Situación actual.
   b. Variante británica.
   c. Medidas.
   d. Vacunación.
   e. Centros educativos.
2. Ruegos y preguntas.

C. SALUD PÚBLICA (4 de febrero de 2021). Extraordinaria.

1. Aprobación, si procede, de la versión 2 del documento "MEDIDAS DE PREVENCIÓN, HIGIENE Y PROMOCIÓN DE LA SALUD FRENTE A COVID-19 PARA CENTROS EDUCATIVOS EN EL CURSO 2020-2021".
2. Aprobación, si procede, de la actualización 3 de la Estrategia de Vacunación Covid-19.
3. Ruegos y preguntas.

C. SALUD PÚBLICA (5 de febrero de 2021). Extraordinaria.

<u>Puntos para discusión y aprobación:</u>

1. Edad de administración de la vacuna de AstraZeneca:
   a. Opción 1: 18 a 55 años.
   b. Opción 2: 18 a 65 años.
2. Definición de colectivos para iniciar la vacunación con AstraZeneca (personal en activo realizando funciones en el ejercicio activo de su profesión), orden de prelación:
   a. Personal Instituciones Penitenciarias.

b. Otros sociosanitarios (no vacunados en grupos anteriores, ej. personal que atiende servicios de drogodependencias).
c. Fisioterapeutas.
d. Personal de oficinas de farmacia.
e. Protésicos dentales.
f. Logopedas.
g. Psicología clínica.
h. Salud pública de la gestión de la pandemia.

3. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (9 de febrero de 2021). Extraordinaria. Audioconferencia

1. Covid-19:
   a. Situación actual.
   b. Variantes.
   c. Vacunación.
2. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (16 de febrero de 2021). Extraordinaria.

1. Covid-19:
   a. Situación epidemiológica actual.
   b. Medidas.
   c. Variantes.
   d. Vacunación.
2. Aprobación, si procede, de las actas de los días 14, 21 y 28 de enero.
3. Ruegos y preguntas.

C. SALUD PÚBLICA (17 de febrero de 2021). Extraordinaria.

1. Votación de modificaciones en la Actualización 3 de la Estrategia de Vacunación frente a Covid-19 en España.

C. SALUD PÚBLICA (25 de febrero de 2021). Extraordinaria.

1. Aprobación, si procede de las actas del 18 de enero y del 3 y 4 de febrero de 2021.
2. Covid-19:
   a. Situación actual.
   b. Variantes.
   c. Medidas de respuesta coordinada para el control de la transmisión de Covid-19:
      i. Medidas en residencias.
      ii. Medidas para la Semana Santa.
   d. Estrategia de Vacunación. Actualización.
3. Ruegos y preguntas.

C. SALUD PÚBLICA (4 de marzo de 2021). Extraordinaria.

1. Aprobación, si procede de las actas del 5 y 9 de febrero de 2021.
2. Covid-19.
   a. Situación actual.
   b. Variantes.
   c. App Radar Covid.
   d. Estrategia de Vacunación frente al COVID-19.
   e. Presentación y aprobación, si procede, de la actualización "Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19".
   f. Presentación y aprobación, si procede, del documento "Medidas en residencias de ancianos".
   g. Presentación y aprobación, si procede, del documento "Propuesta de medidas de salud pública frente a COVID-19 para las fiestas de semana santa 2021".
3. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (11 de marzo de 2021). Extraordinaria.

1. Presentación y aprobación, si procede, de las actas pendientes.
2. COVID-19:
   a. Situación actual.
   b. Variantes.
   c. Estrategia de Vacunación frente a COVID-19. Puntos para avanzar en la actualización 5 y aprobación si procede:
      i. Indicación de Vacuna de AstraZeneca en personas entre 55 y 65 años.
      ii. Grupos de riesgo.
      iii. Situación de la evaluación de la vacuna de Jansen por parte de la EMA.
3. Presentación y aprobación si procede del documento "Medidas de Prevención COVID en centros universitarios, Versión 3. (Enviado el 8 de marzo a los miembros de la CSP).
4. Ruegos y preguntas.

C. SALUD PÚBLICA (18 de marzo de 2021). Ordinaria.

1. Presentación y aprobación, si procede, de las actas de los días 5 y 9 de febrero de 2021.
2. COVID-19:
   a. Situación actual.
   b. Variantes.
   c. Actuaciones en Sanidad Exterior.
   d. Vacunas.
3. Recomendaciones de vacunación frente a herpes zóster*
4. Recomendaciones para abordaje de la fragilidad en situación de crisis sanitaria generada por la COVID-19*
5. Ruegos y preguntas.

* Los documentos correspondientes a los puntos 3 y 4 se presentarán en la CSP del día 18 de marzo y se plantearán para su aprobación (tras las incorporaciones que se realicen) en la próxima CSP.

C. SALUD PÚBLICA (22 de marzo de 2021). Extraordinaria.

1. Reanudación de la vacunación con la vacuna de AZ lo antes posible.
2. Extensión de la indicación de la vacuna de AZ hasta los 65 años.
3. Reanudación de la vacunación con AZ empezando con las cohortes de 65 a 55 años (el criterio edad es el prioritario en la estrategia de vacunación por ser la edad el factor determinante para riesgo de enfermedad grave y mortalidad).
4. Campaña de comunicación común (estudios de efectividad que justifican ampliar a 65 años. Importancia de vacunar cuanto antes a las personas con mayor riesgo de hospitalizaciones/UCI (grupo de 65 a 55 en el caso de AZ). La vacuna de AZ es segura y efectiva (evaluación de la EMA).

C. SALUD PÚBLICA (25 de marzo de 2021). Extraordinaria.

1. Presentación y aprobación, si procede, de las actas del 16 y 17 de febrero de 2021.
2. Presentación y aprobación, si procede, de la Memoria Anual 2020 de la Comisión de Salud Pública.
3. Covid-19:
    a. Situación actual.
    b. Variantes.
    c. Estrategia de vacunación frente al COVID.
4. Presentación y aprobación, si procede, de la actualización del documento "ACTUACIONES DE RESPUESTA COORDINADA PARA EL CONTROL DE LA TRANSMISIÓN DE COVID-19".
5. Aprobación, si procede, de Recomendaciones de vacunación frente a herpes zóster.
6. Aprobación, si procede de Recomendaciones para abordaje de la fragilidad en situación de crisis sanitaria generada por la COVID-19.
7. Presentación y aprobación, si procede, del CONSENSO SOBRE LA ADOPCIÓN DE LA MEDIDA DE PROHIBICIÓN DE FUMAR Y CONSUMIR CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS EN LAS TERRAZAS AL AIRE LIBRE EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE HOSTELERÍA Y RESTAURACIÓN. *
8. Presentación y aprobación, si procede, de las LINEAS DE ACTUACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL. *
9. Ruegos y preguntas:
    a. Cribado (aviso de envió de documentos después de la reunión):
        i. Presentación y aprobación, si procede, del PROTOCOLO DE CRIBADO NEONATAL DE HIPOTIROIDISMO CONGENITO.
        ii. Presentación y aprobación, si procede, del PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. INFORME DE EVALUACIÓN. Año 2019.

* Los puntos 7 y 8 se presentarán para aprobación en momento posterior. El punto 9.a se presentará en la siguiente CSP (después de SS) pero se envían los documentos.

C. SALUD PÚBLICA (30 de marzo de 2021). Extraordinaria.

1. Covid-19:
   a. Situación actual.
   b. Variantes.
   c. Estrategia de Vacunación frente al COVID-19.

C. SALUD PÚBLICA (8 de abril de 2021). Extraordinaria.

1. Aprobación, si procede de las actas de los días 25 de febrero y 4 de marzo de 2021.
2. Covid-19:
   a. Situación actual.
   b. Variantes.
   c. Vacunas.
3. Presentación y aprobación, si procede, del PROTOCOLO DE CRIBADO NEONATAL DE HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO.
4. Presentación y aprobación, si procede, del PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. INFORME DE EVALUACIÓN. Año 2019.
5. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (15 de abril de 2021). Extraordinaria.

1. Aprobación, si procede de las actas de los días 11 y 18 de marzo de 2021.
2. Covid-19:
   a. Situación actual.
   b. Aspectos a actualizar la Estrategia de vacunación frente a Covid-19.
   c. Medidas de prevención para eventos y actividades multitudinarias.
3. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (20 de abril de 2021). Extraordinaria.

1. Aprobación si procede de Documento de "Propuesta de actualización 6 de la Estrategia de Vacunación frente al Covid-19 en España".
2. Aprobación del Documento de Medidas de prevención para eventos y actividades multitudinarias.
3. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (27 de abril de 2021). Extraordinaria.

1. Aprobación, si procede de las actas de los días 22 y 25 de marzo de 2021.
2. Covid-19:
   a. Situación actual.
   b. Variantes.

c. Vacunas.
3. Medidas EBAU.
4. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (30 de abril de 2021). Extraordinaria.

1. Covid-19:
    a. Situación actual.
    b. Estrategia de vacunación frente a Covid-19 en España.
    c. Radar COVID. Nueva versión con lectura de códigos QR en establecimientos públicos.

C. SALUD PÚBLICA (4 de mayo de 2021). Extraordinaria.

1. Covid-19:
    a. Situación actual.
    b. Variantes.
    c. Vacunas.
2. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (11 de mayo de 2021). Extraordinaria.

1. Covid-19:
    a. Situación actual.
    b. Variantes.
    c. Vacunas.
2. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (13 de mayo de 2021). Extraordinaria.

1. Presentación y aprobación, si procede del documento MEDIDAS DE PREVENCIÓN, HIGIENE Y PROMOCIÓN DE LA SALUD FRENTE A COVID-19 PARA CENTROS EDUCATIVOS EN EL CURSO 2021-2022.
2. Información sobre la Resolución por la que se establece el Plan Estratégico del control epidemiológico ambiental del SARS-CoV-2 en aguas residuales.
3. Presentación de los Informes relativos a SINAC 2020 y NAYADE 2020, en relación con la Fiscalización de gestión realizada por el Tribunal de Cuentas durante 2018-2019, sobre la calidad de la información notificada.
4. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (18 de mayo de 2021). Extraordinaria.

1. Covid-19:
    a. Presentación y aprobación, si procede, del documento MEDIDAS DE PREVENCIÓN, HIGIENE Y PROMOCIÓN DE LA SALUD FRENTE A COVID-19 PARA CENTROS EDUCATIVOS EN EL CURSO 2021-2022.

b. Estrategia de vacunación frente a Covid-19 en España.

2. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (25 de mayo de 2021). Extraordinaria.

1. Aprobación, si procede, de las actas de los días 30 de marzo y 8 y 15 de abril de 2021.
2. Covid-19:
   a. Situación actual.
   b. Variantes.
   c. Vacunas.
3. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (1 de junio de 2021). Extraordinaria.

1. Aprobación, si procede, de las actas de los días 20, 27 y 30 de abril de 2021.
2. Covid-19:
   a. Situación actual.
   b. Variantes.
   c. Presentación y aprobación, si procede, de la actualización del documento de "Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19" que incluye como nuevo Anexo las recomendaciones para eventos multitudinarios.
   d. Vacunas.
3. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (8 de junio de 2021). Extraordinaria.

1. Aprobación, si procede, de las actas de los días 4, 11 y 13 de mayo de 2021.
2. Covid-19:
   a. Situación actual.
   b. Variantes.
   c. Presentación y aprobación, si procede, del documento MEDIDAS DE PREVENCIÓN, HIGIENE Y PROMOCIÓN DE LA SALUD FRENTE A COVID-19 PARA LAS ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE DIRIGIDAS A LA POBLACIÓN INFANTIL Y JUVENIL 2021.
   d. Vacunas.
3. Aprobación, si procede, de las recomendaciones de vacunación frente a la gripe para la temporada 2021-2022.
4. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (15 de junio de 2021). Extraordinaria.

1. Aprobación, si procede, de las actas de los días 18 y 25 de mayo y 1 de junio de 2021.
2. Covid-19:
   a. Situación actual.

b. Variantes.
c. Información sobre la revisión de la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19 realizada por la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta.
d. Vacunas.

3. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (22 de junio de 2021). Extraordinaria.

1. Aprobación, si procede, del acta de la sesión extraordinaria del 8 de junio de 2021.
2. Covid-19:
    a. Situación actual.
    b. Variantes.
    c. Presentación y aprobación, si procede, de la actualización de la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19.
    d. Presentación y aprobación, si procede, de la actualización 8 de la *Estrategia de Vacunación Frente a Covid-19 en España.*
    e. Presentación de la actualización del *PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN PARA LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES FRENTE A LA EXPOSICIÓN AL SARS-CoV-2.*
    f. Presentación de la actualización de la *GUÍA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA COVID-19* EN *LAS EXPLOTACIONES AGRÍCOLAS QUE VAYAN A CONTRATAR A PERSONAL TEMPORERO.*
    g. Presentación del documento *MEDIDAS DE PREVENCIÓN, HIGIENE Y PROMOCIÓN DE LA SALUD FRENTE A COVID-19 PARA CENTROS EDUCATIVOS EN EL CURSO 2021-2022.*
3. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (1 de julio de 2021). Ordinaria.

1. Covid-19:
    a. Situación actual.
        i. Incidencia acumulada (IA) por edades.
        ii. Situación internacional.
    b. Brotes asociados a viajes de fin de estudios de estudiantes.
    c. Variantes.
    d. Estrategia de vacunación.
    e. Actualización de medidas frente a COVID-19 en centros universitarios para el curso 21-22.
2. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (6 de julio de 2021). Extraordinaria.

1. COVID-19:

a. Situación actual, valoración.
b. Estrategia de vacunación.

2. Aprobación si procede del documento "Medidas de Prevención, Higiene y Promoción de la Salud frente a COVID-19 para Centros Universitarios en el Curso 2021-2022".
3. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (22 de julio de 2021). Extraordinaria.

1. COVID-19:
   a. Situación actual.
   b. Variantes.
   c. Estrategia de vacunación.
   d. Presentación y aprobación, si procede, del "POSICIONAMIENTO DE LA PONENCIA DE ALERTAS, PLANES DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA SOBRE LAS PRUEBAS RÁPIDAS DE DETECCIÓN DE ANTÍGENOS DE SARS-CoV-2 PARA AUTODIAGNÓSTICO".
   e. Modificación del Real Decreto 1662/2000 sobre productos sanitarios para diagnóstico in vitro, para la inclusión de productos de autodiagnóstico para la COVID-19.
2. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (3 de agosto de 2021). Extraordinaria.

1. Aprobación, si procede, de las actas de los días 15 y 22 de junio y 1 de julio.
2. COVID-19:
   a. Situación actual.
   b. Variantes.
   c. Estrategia de Vacunación.
   d. Propuesta de Acuerdo de la CSP: Recomendaciones para Promover la Vacunación frente a COVID-19 en Mujeres Embarazadas.
3. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (26 de agosto de 2021). Extraordinaria.

1. Covid-19:
   a. Situación actual.
   b. Estrategia de vacunación.
2. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (31 de agosto de 2021). Extraordinaria.

Reunión monográfica: Compartir experiencias y buenas prácticas para la vacunación frente al COVID-19.

C. SALUD PÚBLICA (7 de septiembre de 2021). Extraordinaria.

1. Aprobación, si procede, de las actas de las reuniones de la CSP celebradas los días 6 y 22 de julio de 2021.
2. Covid-19:
   a. Situación actual.
   b. Estrategia de vacunación:
      i. Presentación y aprobación si procede de la administración de dosis adicionales en personas que han recibido una pauta completa de vacunación frente a COVID-19.
   c. Presentación y aprobación, si procede, de la *Guía de actuación ante la aparición de casos de COVID-19 en centros educativos.*
3. Reunión ordinaria presencial en Menorca.
4. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (16 de septiembre de 2021). Extraordinaria.

1. Aprobación, si procede, de las actas de las reuniones de la CSP celebradas los días 3 y 26 de agosto de 2021.
2. Covid-19:
   a. Situación actual.
   b. Variantes.
   c. Estrategia de vacunación.
3. Vacuna herpes zóster.
4. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (23 de septiembre de 2021). Extraordinaria.

1. Aprobación, si procede, de las actas de los días 23 de agosto y 7 de septiembre de 2021.
2. Covid-19:
   a. Situación actual.
   b. Variantes.
   c. Estrategia de vacunación.
3. Centro Estatal de Salud Pública.
4. Estrategia de Vigilancia en Salud Pública.
5. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (5 de octubre de 2021). Extraordinaria.

1. Aprobación, si procede, del acta de la reunión celebrada el 16 de septiembre de 2021.
2. Covid-19.
3. Vacunación de la gripe.
4. Herpes zóster.
5. Discusión formal y aprobación, si procede, de la administración de dosis adicional de la vacuna frente a la COVID-19 en la cohorte de edad acordada y fecha a partir de la cual se iniciará dicha vacunación.

6. Cronograma de la discusión de la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública (13 de octubre, fecha límite para recibir comentarios y 19 de octubre, discusión de la estrategia en la reunión de la CSP).
7. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (19 de octubre de 2021). Extraordinaria

1. Covid-19
2. Estrategia de Vigilancia en Salud Pública
3. Varios

C. SALUD PÚBLICA (26 de octubre de 2021). Extraordinaria

1. Aprobación, si procede, del acta de la sesión celebrada el 23 de septiembre de 2021
2. Covid-19:
    a. Situación actual
    b. Vacunas
3. Aprobación, si procede, de dosis de refuerzo en personas vacunadas con Janssen.

**La reunión continuará con la distribución de Fondos Europeos.

C. SALUD PÚBLICA (16 de noviembre de 2021). Ordinaria

1. Aprobación, si procede, de las actas de las sesiones del 16 de septiembre y 5, 19 y 26 de octubre de 2021.
2. Covid-19
3. Presentación y aprobación, si procede, de la actualización del documento "Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19"
4. Presentación y aprobación, si procede, del proyecto sobre ampliación de REGVACU al resto de vacunaciones del calendario (ya enviado el documento propuesta)
5. Presentación y aprobación si procede del Plan Estratégico de Salud Medioambiental
6. Presentación y aprobación, si procede:
    a. Incorporación de la hiperplasia suprarrenal congénita al programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas del SNS. Este punto es prioritario que se incluya en esta Comisión para poder llevarlo posteriormente a la Comisión de Prestaciones y a la Norma en desarrollo.
    b. Protocolo del cribado neonatal de la fenilcetonuria.
    c. Indicadores de calidad y sistema de información del Programa de Cribado Neonatal de Hipoacusia del SNS.
7. Presentación y aprobación, si procede, de la Evaluación del programa de vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos al amianto «PIVISTEA» 2018
8. Presentación y aprobación, si procede, del calendario de reuniones ordinarias de la Comisión de Salud Pública para el año 2022.
9. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (23 de noviembre de 2021). Extraordinaria

1. Covid-19. Situación actual

2. Presentación y aprobación, si procede, de la actualización del documento "Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19"
3. Estrategia vacunación
4. Sistema de información de vacunaciones en España
5. Información sobre el acuerdo para la implementación de las medidas sanitarias del "Catálogo de Medidas Urgentes del Plan de Mejora y Modernización contra la Violencia de Género"
6. Presentación y aprobación, si procede, del Plan de Prevención y Control de la infección por el VIH y las ITS 2021-2030.
7. Varios.

C. SALUD PÚBLICA (30 de noviembre de 2021). Extraordinaria

1. COVID 19
   a. Situación actual: Nacional e internacional
   b. Variantes
      i. Ómicron
   c. Estrategia de vacunación
2. Varios

C. SALUD PÚBLICA (7 de diciembre de 2021). Extraordinaria

1. Estrategia de vacunación
   a. Vacunación infantil
2. Varios

C. SALUD PÚBLICA (16 de diciembre de 2021). Extraordinaria

1. COVID 19:
   a. Situación actual
   b. Estrategia de vacunación
2. Varios

C. SALUD PÚBLICA (21 de diciembre de 2021). Extraordinaria

1. Aprobación, si procede, de las actas de los días 16, 23 y 30 de noviembre de 2021
2. COVID 19:
   a. Situación actual
3. Varios

C. SALUD PÚBLICA (29 de diciembre de 2021). Extraordinaria

Monográfica: Situación de la Covid-19.

Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta

ACUERDO COMISIÓN SALUD PÚBLICA: 22 de febrero de 2012. Ratificado por el Pleno del Consejo de 27 de junio de 2012
FECHA CONSTITUCIÓN: 23 de mayo de 2012.
COORDINADOR: Dirección General de Salud Pública.

PARTICIPANTES

CCAA

- País Vasco	- Fernando González Carril
- Cataluña	- Jacobo Mendioroz / Ana Isabel Martínez Mateo
- Galicia	- Alberto Malvar Pintos
- Andalucía	- Nicola Lorusso
- Asturias	- Mario Juan Margolles Martíns
- Cantabria	- Adrián Hugo Aginagalde Llorente / Manuel Galán Cuesta
- La Rioja	- Eva Martínez Ochoa
- Murcia	- Ana Mª García Fulgueiras
- C. Valenciana	- Hermelinda Vanaclocha Luna / Francesc Botella Quijal
- Aragón	- Juan Pablo Alonso Pérez de Agreda
- Castilla-La Mancha	- Gonzalo Gutiérrez Ávila / Bibiana Puente Rodríguez
- Canarias	- Álvaro Torres Lana / Araceli Alemán Herrera
- Navarra	- Aurelio Barricarte Gurréa / Manuel García Cenoz
- Extremadura	- Juan Antonio Linares Dopido / Julián Mauro Ramos Aceitero
- Baleares	- Antonio Nicolau Riutort / Magdalena Salom Castell
- Madrid	- Mª Ángeles Lopaz Pérez / Araceli Arce Arnáez / María Ordobás Gavín
- Castilla y León	- Mª del Carmen Pacheco Martínez / Cristina Ruiz Sopeña
- Ceuta	- Ana Isabel Rivas Pérez
- Melilla	- Daniel Castrillejo Pérez

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **Instituto de Salud Carlos III**: Amparo Larrauri / Isabel Jado García / Carmen Cañavate Cañavate / Inma Casas Flecha / Rosa Cano Portero / Pedro Arias Bohigas
- **DG Salud Pública-S.G. Sanidad Exterior**: Fernando Carreras Vaquer / Miguel Dávila Cornejo
- **D.G. Salud Pública-S.G. Sanidad Ambiental y Salud Laboral**: Montserrat García Gómez
- **INGESA**: María Antonia Blanco Galán
- **Ministerio de Defensa**: Elga Mayo Montero
- **Ministerio de Interior**: Pilar Gómez Pintado.
- **CCAES**: Fernando Simón Soria / Mª José Sierra Moros / Berta Suárez Rodríguez / Lucía García San Miguel / Elena Vanessa Martínez Sánchez / Bernardo Guzmán Herrador / Esteban Aznar Cano

REUNIONES

La mayoría de las reuniones se han realizado por videoconferencia. A continuación, se detallan las reuniones realizadas, así como su Orden del día.

PONENCIA DE ALERTAS. (5 de enero de 2021)

1. Protocolo secuenciación.
2. Ruegos y preguntas.

PONENCIA DE ALERTAS. (14 de enero de 2021)

1. Discusión sobre el documento "Integración de la secuenciación genómica en la vigilancia del SARS-CoV-2.
2. Otros temas.
3. Ruegos y preguntas.

PONENCIA DE ALERTAS. (18 de enero de 2021)

1. Discusión sobre el documento "Integración de la secuenciación genómica en la vigilancia del SARS-CoV-2".
2. Otros temas.
3. Ruegos y preguntas.

PONENCIA DE ALERTAS. (4 de febrero de 2021)

1. Valoración de la situación y medidas adoptadas. Comentarios sobre el documento de acciones coordinadas.
2. Revisión de la puesta en marcha de la integración de la secuenciación en la vigilancia y situación de nuevas variantes.
3. Situación en centros educativos.
4. Cuarentena en profesionales vacunados.
5. Ruegos y preguntas.

PONENCIA DE ALERTAS. (18 de febrero de 2021)

1. Actualización de la estrategia de vigilancia.
2. Propuesta de actuaciones en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial.
3. Información sobre brotes en centros educativos y actualización de la guía de actuación en centros educativos.
4. Información sobre la vigilancia de variantes.
5. Ruegos y preguntas.

PONENCIA DE ALERTAS. (26 de febrero de 2021)

1. Documento de actuaciones coordinadas.
2. Secuenciación y variantes.

3. Medidas en Semana Santa.
4. Organización 2021.
5. Otros, ruegos y preguntas.

PONENCIA DE ALERTAS. (10 de marzo de 2021)

1. Estrategia de secuenciación.
2. Manejo de casos y contactos por variantes y vacunaciones.
3. Medidas en Semana Santa y San José.
4. Ruegos y Preguntas.

PONENCIA DE ALERTAS. (14 de abril de 2021)

1. Revisión de los datos a enviar al CCAES y de los informes derivados.
2. Estrategia de secuenciación.
   2.a Revisión de la situación y acciones de mejora. Revisión de la integración de los resultados en SIVIES
   2.b Acuerdo sobre la modificación de las variables de recogida de información en SIVIES
3. Valorar la necesidad de modificar las recomendaciones de manejo de casos y contactos en relación a las variantes de SARS-CoV-2 y a las personas vacunadas.
4. Ruegos y preguntas

PONENCIA DE ALERTAS. (6 de mayo de 2021)

1. Aspectos relativos a la secuenciación.
   a. Información sobre la reunión de la Red de Laboratorios de Secuenciación del pasado miércoles y formación del Comité Coordinador de la Red.
   b. Información en SIVIES
2. Información sobre la cuarentena con relación a viajeros internacionales
3. Estrategia de Vigilancia- discusión y valoración sobre aspectos que deben ser revisados en función de los nuevos escenarios de coberturas vacunales.

PONENCIA DE ALERTAS. (13 de mayo de 2021)

- Discusión de la actualización de la estrategia de vigilancia
- Otros asuntos

PONENCIA DE ALERTAS. (20 de mayo de 2021)

1. Discusión de la propuesta de documento sobre recomendaciones para eventos masivos
2. Ocio nocturno
3. Discusión de nuevo borrador de estrategia

PONENCIA DE ALERTAS. (27 de mayo de 2021)

- Estudio de brotes en residencias del ECDC
- Revisión del Documento de Acciones de Respuesta (Recomendaciones para la organización de eventos y actividades multitudinarias)

PONENCIA DE ALERTAS. (8 de junio de 2021)

1. Protocolo de brotes de COVID-19 en residencias.
2. Modificación de la ley de uso de mascarillas.
3. Situación de las variantes en España.
4. Otros.

PONENCIA DE ALERTAS. (5 de julio de 2021)

- Valoración de la situación epidemiológica y actuaciones recomendadas
- Revisión de la Estrategia Nacional de Vigilancia

PONENCIA DE ALERTAS. (12 de julio de 2021)

Punto único: valoración de la situación epidemiológica y las medidas adoptadas en las CCAA

PONENCIA DE ALERTAS. (20 de julio de 2021)

1. Repatriación de los estudiantes españoles procedentes de Malta.
2. Valoración de la situación epidemiológica.
3. Posicionamiento de la Ponencia sobre las pruebas rápidas de detección de antígenos de SARS-CoV2 para autodiagnóstico.
4. Priorización en el estudio de contactos.

PONENCIA DE ALERTAS. (4 de agosto de 2021)

1. Discusión y aceptación del documento: Adaptación de las medidas en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial en un contexto de alta transmisión comunitaria.
2. Priorización de actuaciones ante la detección de casos covid-19 en situación de aumento de la transmisión comunitaria.
3. Modificaciones en la Estrategia.
4. Ruegos y Preguntas:
   - Test de antígenos para el certificado de recuperación.
   - Revisión del Plan de Preparación y respuesta de 2020 (a sugerencia de Cantabria).
   - Secuenciación de casos en vacunados (a sugerencia de Canarias).

PONENCIA DE ALERTAS. (26 de agosto de 2021)

1. Dificultades por parte de las CCAA para implementar las medidas de salud pública referentes a trabajadores de centros socio-sanitarios no vacunados. Posibilidad de extender estas medidas a trabajadores de centros sanitarios.
2. Guía de actuación en centros educativos. Comentarios al documento actualizado revisado por la Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad y la Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral.
3. Otros:
    - Propuesta de Murcia: estrategia de secuenciación de casos completamente vacunados
    - Breve comentario del CCAES: Simulacro Fiebre Valle Rift
    - Propuesta de Galicia: Fondos Europeos para Vigilancia

PONENCIA DE ALERTAS. (16 de septiembre de 2021)

1. Integración de la secuenciación en la vigilancia del COVID-19.
2. Revisión del documento de Actuaciones coordinadas.

PONENCIA DE ALERTAS. (24 de septiembre de 2021)

Finalizar la actualización del documento "Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión del COVID-19" para elevarlo a la CSP

PONENCIA DE ALERTAS. (19 de noviembre de 2021)

- Documento de acciones coordinadas para el control de la transmisión de COVID
- Centros educativos: cuarentenas en aulas de educación infantil y primaria
- Posicionamiento sobre el uso de certificados digitales para regular diferentes actividades en las comunidades autónomas
- Grupo de trabajo para medidas específicas durante las fiestas navideñas
- Ruegos y preguntas

PONENCIA DE ALERTAS. (17 de diciembre de 2021)

- Revisión de la situación ante aumento de la incidencia y la irrupción y rápida expansión de Ómicron: revisión de diferentes aspectos de la estrategia ante la nueva situación
    - Cuarentenas de contactos
    - Auto-test de antígenos: gestión de los positivos
    - Errata en gestión en el ámbito laboral
    - Modificación en el documento de manejo de casos en centros educativos
- Notificación a SiViEs (dudas respecto a la cumplimentación de algunas variables)

PONENCIA DE ALERTAS. (29 de diciembre de 2021)

Discusión sobre posibles modificaciones del manejo de casos y contactos en el contexto de la situación epidemiológica actual.

Ponencia de Cribado Poblacional

ACUERDO COMISIÓN SALUD PÚBLICA: 3 de abril de 2009. Pleno Consejo 3 de junio de 2009
FECHA CONSTITUCIÓN: Año 2009. Reactivada noviembre de 2017
COORDINADOR: Dirección General de Salud Pública.

PARTICIPANTES

- País Vasco	- Antonio Arraiza Armendáriz
- Cataluña	- Laia Asso Ministral
- Galicia	- Ángel Gómez Amorín
- Andalucía	- María Jesús Campos Aguilera
- Asturias	- José María García Blanco
- Cantabria	- Begoña Porras
- La Rioja	- Mª Yolanda Ruiz del Prado / Eva Martínez Ochoa
- Murcia	- Olga Monteagudo Piqueras
- C. Valenciana	- Susana Castan
- Aragón	- Luis Gascón Andreu
- Castilla-La Mancha	- Pilar Calatrava Arroyo
- Canarias	- Mariola de la Vega
- Navarra	- Nieves Ascunze
- Extremadura	- Rosa María Lopez
- Baleares	- María del Carme Medà Bolunya
- Madrid	- María Dolores Lasheras / Sara Santos Sanz
- Castilla y León	- María Teresa Jiménez López

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **Dirección General de Salud Pública**: Mª Vicenta Labrador Cañadas / Marta Navarro Gómez
- **S.G. Cartera de Servicios del SNS y Fondos de Compensación**: María Luisa Vicente Saiz
- **INGESA**: Antonia Blanco Galán

REUNIONES

La mayoría de las reuniones se han realizado por videoconferencia. A continuación, se detallan las reuniones realizadas, así como su Orden del Día.

PONENCIA CRIBADO. (18 de octubre de 2021). Videoconferencia

1. Propuesta de incorporación al programa de cribado neonatal de la hiperplasia suprarrenal congénita.
2. Propuesta de incorporación al programa de cribado neonatal de la inmunodeficiencia combinada grave.

PONENCIA CRIBADO. (29 de octubre de 2021). Videoconferencia

Fondos europeos destinados a los programas de cribado de cáncer colorrectal y cáncer de cérvix.

1. Aclaraciones sobre plazos
2. Actividades objeto de financiación
3. Aclaraciones sobre otros aspectos de la gestión de los fondos.

PONENCIA CRIBADO. (17 de diciembre de 2021). Videoconferencia

1. Proyecto de Orden de modificación del Real Decreto de cartera de Servicios. Estado de situación.
2. Programa de cribado neonatal de hipoacusia
   - Sistema de información
   - Documentos en elaboración
   - Informes RedETS
3. Programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas
   - Protocolos aprobados/en elaboración/pendientes
   - Sistema de información
   - Informes RedETS
4. Programas de cribado de cáncer
   - Fondos Europeos
   - Cribado cáncer de cérvix.
     - Acciones Estrategia en cáncer/Trabajos Ponencia
   - Cribado de cáncer de pulmón
   - Estudio de Impacto de la Pandemia por Covid-19 sobre la Prevención y el Control del Cáncer en el Sistema Nacional de Salud.
   - Sistema de información de programas de cribado de cáncer del SNS
   - Programas de cribado de cáncer y mutualidades.
   - Informes RedETS
5. Programa de cribado prenatal
6. Cribado del virus de la hepatitis C
7. Otros programas de cribado
8. Planificación Programas de cribado 2022-2025

Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones

ACUERDO PLENO CONSEJO: 18 de diciembre de 1991
FECHA CONSTITUCIÓN: 18 de febrero de 1992.
COORDINADOR: Dirección General de Salud Pública.

PARTICIPANTES

CCAA

- País Vasco	- José Mª Arteagoitia Axpe / Fernando González Carril
- Cataluña	Carmen Cabezas / Luis C. Urbiztondo / Montserrat García / Eva Borràs / Mercedes Nieto Muñoz / Montserrat Martínez Marcos
- Galicia	- José Antonio Taboada Rodríguez / Victoria Nartallo / Susana Miras Carballal
- Andalucía	- David Moreno Pérez
- Asturias	- Ismael Huerta González / Marta Huertas
- Cantabria	- Manuel Galán Cuesta / María del Mar Navarro Córdoba / Ángela Fernández
- La Rioja	- Eva María Martínez Ochoa
- Murcia	- Pedro Bernal González / Jaime Jesús Pérez-Martín
- C. Valenciana	- José Antonio Lluch Rodrigo / Eliseo Pastor Villalba
- Aragón	- Manuel Méndez Díaz
- Castilla-La Mancha	- Arturo Caballero Carmona / Rosa Mª Modesto González
- Canarias	- Amós José García Rojas
- Navarra	- Aurelio Barricarte Gurrea / Manuel García Cenoz / Nieves Ascunce
- Extremadura	- Rosa López García / Mercedes Nieto Muñoz-Casillas / Mª José Macías Ortiz
- Baleares	- Antonia Galmés Truyols
- Madrid	- Mª Dolores Lasheras Carbajo / Soledad Cañellas Llabrés
- Castilla y León	- Mª Jesús Rodríguez Recio / Cristina Ruíz Sopeña
- Ceuta	- Francisco Javier Carrillo de Albornoz Piquer / José María Sánchez Romero / Margarita Medina Vinuesa
- Melilla	- Luisa Fernanda Hermoso / José Ruiz Olivares

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **SG Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública**: Pilar Campos Esteban / Aurora Limia Sánchez / Laura Sánchez-Cambronero Cejudo / Marta Soler Soneira / Carmen Olmedo Lucerón / Sonia Fernández Conde / José Antonio Navarro Alonso / Elena Cantero Gudino / Ana Fernández Dueñas / Sara Carbajal
- **AEMPS**: Agustín Portela Moreira / Alicia Pérez González / Mª Dolores Montero Corominas / Edurne Lázaro / Antonio López Navas / César Hernández / Ana Sagredo
- **SG Sanidad Exterior (MS)**: Inmaculada Vera Gil
- **Ministerio del Interior:** Pilar Gómez Pintado / Marián López
- **Ministerio de Defensa**: Antonio Joaquín Piñeyroa Sierra / Clara María Bravo Villaseñor
- **INGESA**: María Antonia Blanco Galán
- **Centro Nacional de Epidemiología:** Josefa Masa Calles /Marta Soler Soneira
- **Centro de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES)**: María José Sierra Moros / Susana Monge Corella
- **Secretaría de Estado de Sanidad**: Blanca Botello / María Santaolaya
- **Instituto de Salud Carlos III:** Raquel Yotti
- **Modelos matemáticos:** David Expósito, David Moriña, Pepe Almagro, José Luis Aznarte
- **Salud Laboral:** Monserrat García Gómez
- **GT Vacunación COVID (personas no incluidas en la Ponencia)**: Inmaculada Cuesta Esteve / María Fernández Prada / Federico De Montalvo Jaaskelainen / Vicente Bellver Capella / Josep Lobera / Pablo Cabrera / Celia Díaz / José Antonio Navarro Alonso / José Javier Gómez Marco / Javier Díez Domingo / Dolores Montero / Edurne Lázaro / Amparo Larrauri / David Expósito Singh / José Luis Aznarte / José Almagro / Mayte Pérez Olmeda / Jesús Castilla
- **GT Vacunación COVID infantil (personas no incluidas en la Ponencia a GT Vacunación COVID):** Ángel Hernández Merino / Antonio Soriano Arandes / Carlos Rodrigo Gonzalo de Liria

REUNIONES

La mayoría de las reuniones se han realizado por videoconferencia. A continuación, se detallan las reuniones realizadas, así como su Orden del Día.

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (7 de enero de 2021). Videoconferencia

1. Actualización situación epidemiológica.
2. Actualización de vacunas.
3. Actualización 2ª etapa y definición grupo 3 (otro personal sanitario).
4. Guía técnica de Pfizer.
5. Propuesta de Guía técnica de Moderna.
6. Ruegos y preguntas.

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (13 de enero de 2021)

1. Actualización de vacunas COVID-19.
2. Actualización 2 de la Estrategia.
3. Ruegos y preguntas.

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (20 de enero de 2021)

1. Actualización 2 de la Estrategia.
2. Guía técnica de la vacuna de Moderna.
3. Utilización de la vacuna AZ/Oxford.
4. Ruegos y preguntas.

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (2 de febrero de 2021)

1. Introducción
2. Utilización de vacuna AZ
3. Otros temas/ruegos y preguntas

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (5 de febrero de 2021)

1. Discusión de aspectos no consensuados en la CSP.
2. Otros temas/ruegos y preguntas.

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (12 de febrero de 2021)

1. Guía técnica AZ.
2. Próximos grupos a vacunar.
3. Vacunación de personas que han pasado la enfermedad.
4. Ruegos y preguntas.

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (17 de febrero de 2021)

1. Fallos vacunales.
2. Próximos grupos a vacunar.

3. Definición de grupos de riesgo.
4. Ruegos y preguntas.

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (24 de febrero de 2021)

1. Datos de vigilancia y vacunación en residencias de mayores
2. Actualización AEMPS
3. Revisión Actualización 4
4. Ruegos y preguntas

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (3 de marzo de 2021)

1. Introducción.
2. Temas a incluir en la próxima actualización.
3. Ruegos y preguntas.

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (11 de marzo de 2021)

1. Introducción.
2. Utilización de vacuna AZ.
3. Posible utilización de vacuna Janssen.
4. Otros temas, ruegos y preguntas.

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (17 de marzo de 2021)

1. Suspensión temporal vacuna AZ.
2. Puntos Actualización 5.
3. Ruegos y preguntas.

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (24 de marzo de 2021)

1. Introducción
2. Discusión de la Actualización 5 de la Estrategia
3. Ruegos y preguntas

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (7 de abril de 2021)

1. Edad de utilización de la vacuna de AZ
2. Segunda dosis en personas vacunadas con la primera dosis.

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (9 de abril de 2021)

1. Disponibilidad de vacunas para el año 2021 y asignación
2. Necesidades para 2022 y 2023
3. Ruegos y preguntas

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (14 de abril de 2021)

1. Introducción
2. Discusión de la Actualización 5 de la Estrategia
3. Ruegos y preguntas

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (21 de abril de 2021)

1. Resultados de estudios en marcha
2. Ruegos y preguntas

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (28 de abril de 2021)

1. Actualización de vacunas
2. Puntos pendientes Estrategia
3. Ruegos y preguntas

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (5 de mayo de 2021)

1. Actualización de vacunas
2. Puntos pendientes Estrategia
3. Ruegos y preguntas

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (17 de mayo de 2021)

1. Actualización de vacunas
2. Puntos pendientes Estrategia
3. Ruegos y preguntas

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (18 de junio de 2021)

1. Resultados del estudio Combivacs
2. Revisión de propuesta

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (26 de mayo de 2021)

1. Actualización de vacunas
2. Puntos pendientes Estrategia
3. Ruegos y preguntas

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (28 de mayo de 2021)

1. Recomendaciones campaña gripe 2021-2022
2. Vacunación herpes zóster
3. Coberturas de vacunación

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (2 de junio de 2021)

1. Actualización de vacunas
2. Puntos pendientes Estrategia
3. Ruegos y preguntas

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (9 de junio de 2021)

1. Actualización de vacunas
2. Puntos pendientes Estrategia
3. Ruegos y preguntas

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (16 de junio de 2021)

1. Actualización de vacunas
2. Puntos pendientes Estrategia
3. Ruegos y preguntas

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (21 de junio de 2021)

1. Actualización de vacunas
2. Puntos pendientes Estrategia
3. Ruegos y preguntas

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (29 de junio de 2021)

1. Disponibilidad de vacuna Shingrix para el año 2021
2. Ruegos y preguntas

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (7 de julio de 2021)

1. Actualización de vacunas
2. Puntos pendientes Estrategia
3. Ruegos y preguntas

PROGR. Y REG. VACUNACIONES (21 de julio de 2021)

1. Actualización de vacunas
2. Puntos pendientes Estrategia
3. Ruegos y preguntas

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (1 de septiembre de 2021)

1. Actualización de vacunas
2. Puntos pendientes Estrategia
3. Ruegos y preguntas

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (15 de septiembre de 2021)

1. Actualización de vacunas
2. Puntos pendientes Estrategia
3. Ruegos y preguntas

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (22 de septiembre de 2021)

1. Actualización de vacunas
2. Puntos pendientes Estrategia
3. Ruegos y preguntas

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (30 de septiembre de 2021)

1. Actualización vacunas
2. Puntos pendientes Estrategia
3. Ruegos y preguntas

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (13 de octubre de 2021)

1. Actualización vacunas
2. Puntos pendientes Estrategia
3. Ruegos y preguntas

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (20 de octubre de 2021)

1. Actualización vacunas
2. Puntos pendientes Estrategia
3. Ruegos y preguntas

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (27 de octubre de 2021). Presencial

1. Evaluación programas vacunación - Coberturas de vacunación
    a. Coberturas de vacunación
    b. Próxima solicitud y monitorización a medio plazo
    c. Después del 2º Estudio de Seroprevalencia en España
2. Estudio de efectividad de vacunación frente a MenB
3. Grupos de trabajo de la Ponencia de vacunas
4. Ruegos y preguntas

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (17 de noviembre de 2021)

1. Actualización vacunas
2. Puntos pendientes Estrategia
3. Ruegos y preguntas

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (30 de noviembre de 2021)

1. Actualización vacunas
2. Puntos pendientes Estrategia
3. Ruegos y preguntas

P. PROGR. Y REG. VACUNACIONES (15 de diciembre de 2021)

1. Actualización vacunas
2. Puntos pendientes Estrategia
3. Ruegos y preguntas

Ponencia de Promoción de la Salud

ACUERDO DE SALUD PÚBLICA: 25 de junio de 1998

FECHA CONSTITUCIÓN: 5 de noviembre de 1998

COORDINADOR: Dirección General de Salud Pública.

PARTICIPANTES

CCAA

- País Vasco	- Beatriz Nuin González / Koldo Cambra
- Cataluña	- Carmen Cabezas Peña/ Laia Asso Ministral / Conxa Castell i Abat
- Galicia	- Silvia Suárez Luque / Ana Cruces Maneiro / Elvira Iñiguez Pichel
- Andalucía	- Mª Dolores Fernández Pérez / Dolores Rodríguez/ Matilde Calero
- Asturias	- José Ramón Hevia Fernández/ Matilde Sánchez Fernández
- Cantabria	- Jaime Pardo/ Sonia Calvo / Manuel Galán Cuesta
- La Rioja	- Pilar Díez Ripollés/ José Ignacio Aguado Martín / María José López de Valdivieso / Jefe Unidad COVID centros educativos
- Murcia	- Olga Monteagudo Piqueras/ Mª Isabel Espín Ríos
- C. Valenciana	- Inmaculada Clemente Paulino / Rosana Peiró Pérez / Joan Quiles Izquierdo / Blanca Navarro Cubells / Vicent Villanueva
- Aragón	- Mercedes Febrel Bordejé
- Castilla-La Mancha	- Pilar Calatrava Arroyo / Arturo Caballero Carmona/ Rosa Modesto
- Canarias	- Carmen T. Pitti González / Mª José García Mérida / Benito Robaina Rodríguez
- Navarra	- Arantxa Legarra Zubiría / Mª José Pérez Jarauta
- Extremadura	- Eulalio Ruiz Muñoz
- Baleares	- Catalina Núñez Jiménez/ Elena Tejera Rifé / Elena Cabeza Irigoyen
- Madrid	- Julia Domínguez Bidagor/ Juan Carlos Diezma
- Castilla y León	- María Teresa Jiménez López/ Natalia Gutiérrez/ Cristina Martín

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad**: Pilar Campos Esteban / Ana Gil Luciano / María Terol Claramonte / Jara Cubillo Llanes / Alberto Martín-Pérez Rodríguez / Soledad Justo Gil / Lyliam Roxana Tuesta Reina
  Roberto Ravelo Mireles, Angélica Bonilla Escobar, Edith Pérez Alonso
- **Centro Coordinador de Alertas y Emergencias (CCAES)**: Berta Suárez Rodríguez / Silvia Rivera Ariza / Bernardo Guzmán Herrador
- **INGESA**: Teresa García Ortiz

REUNIONES

Todas las reuniones se han realizado por videoconferencia. A continuación, se detallan las reuniones realizadas, así como su Orden del Día.

P. DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (1 de febrero de 2021)

1. Bienvenida.
2. Presentación de los principales cambios en la actualización del documento de medidas en centros educativos.
3. Dudas o comentarios a la actualización del documento.
4. Ronda de participación:
   - Situación actual en relación a los centros educativos en vuestras comunidades autónomas: medidas, dificultades, situación epidemiológica, dudas, propuestas…
   - Información sobre el número de alumnos/as máximo por aula en cada etapa educativa.
   - Situación actual en centros universitarios.
5. Próximos pasos.

P. DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (16 de febrero de 2021)

1. Bienvenida.
2. Seguimiento de la situación de centros educativos y COVID-19:
   - Actualización de información por parte de la SG de Promoción, Prevención y Calidad del Ministerio de Sanidad.
   - Ronda de participación de CCAA.

P. DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (2 de marzo de 2021)

1. Aprobación acta-resumen de la reunión de la Ponencia de Promoción de la Salud del 16/02/2021.
2. Medidas en centros universitarios:
   - Revisión de la actualización.
   - Ronda de participación de las CCAA.
3. Casos y brotes en centros educativos (CCAES):
   - Actualización de la información.
   - Guía de actuación en casos y brotes.
   - Informes de seguimiento de situación epidemiológica en Centros Educativos de las CCAA.
4. Medidas en centros educativos:
   - Actualización de la información recopilada sobre actividades matinales y extraescolares, ratios de alumnos/as y mascarillas transparentes.
   - Ronda de participación de las CCAA.
5. Ruegos y preguntas. Propuestas de temas a trabajar en próximas reuniones.
6. Próxima convocatoria.

P. DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (16 de marzo de 2021)

1. Acogida y puesta al día (documento universidades, cambios documento educación).
2. Ronda de estado de la situación:
   - Por parte de CCAA.
   - Actualización de información sobre brotes por parte del CCAES.
3. Lluvia de ideas de aspectos clave a desarrollar para el curso 2021-2022.
4. Ruegos y preguntas.
5. Próxima convocatoria.

P. DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (13 de abril de 2021)

1. Aprobación acta-resumen de la reunión de la Ponencia de Promoción de la Salud 16/03/2021.
2. Puesta al día de avances en medidas de prevención, higiene y promoción de la salud COVID-19 (Área de Promoción de la Salud), y casos-brotes en centros educativos (CCAES).
3. Presentación de propuesta de temas a incluir en las Medidas 2021-2022 y medidas para la EBAU.
4. Ronda de CCAA con aportaciones a los documentos y situación en CCAA.
5. Ruegos y preguntas.
6. Próxima convocatoria.

P. DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (27 de abril de 2021)

1. Aprobación acta-resumen de la reunión de la Ponencia de Promoción de la Salud 13/04/2021.
2. Puesta al día de avances en medidas de prevención, higiene y promoción de la salud COVID-19 (Área de Promoción de la Salud), actualización de medidas EBAU y casos-brotes en centros educativos (CCAES).
3. Ronda de CCAA con aportaciones a los documentos y situación en CCAA.
4. Presentación de revisión de la evidencia y cuestionario de lecciones aprendidas durante la pandemia.
5. Ronda con aportaciones sobre lecciones aprendidas durante la pandemia.
6. Ruegos y preguntas.
7. Próxima convocatoria.

P. DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (11 de mayo de 2021)

1. Bienvenida.
2. Aprobación, si procede, del resumen de la última Ponencia Ordinaria del 27 de octubre de 2020 y del resumen de la última Ponencia monográfica de Educación del 27 de abril de 2021.
3. Presentación del documento técnico sobre Vigilancia de Equidad y Determinantes Sociales de la Salud del Grupo de Trabajo.
4. Actualización de asuntos relacionados con COVID-19 y centros educativos.

5. Descanso.
6. Propuesta de trabajo para Escuelas Promotoras de Salud.
7. Actualización de varios temas:
   - Presentación de la Guía de Acción Comunitaria para Ganar Salud.
   - Actuaciones de prevención del consumo de alcohol, prevención de fragilidad y plan de capacitación para profesionales.
8. Preguntas y otros temas de interés.

P. DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (25 de mayo de 2021)

1. Bienvenida.
2. Aprobación, si procede, del resumen de la última Ponencia Ordinaria del 11 de mayo de 2021.
3. Actualización de avances en medidas de prevención, higiene y promoción de la salud frente a COVID-19 para centros educativos en el curso 2021-2022.
4. Medidas de prevención, higiene y promoción de la salud para las actividades de tiempo libre dirigidas a la población infantil y juvenil 2021: recomendaciones específicas para campamentos o actividades de tiempo libre con pernocta.
5. Debate.
6. Ruegos y preguntas.

P. DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (15 de junio de 2021)

1. Bienvenida.
2. Aprobación, si procede, del resumen de la última Ponencia monográfica del 25 de mayo de 2021.
3. Actualizaciones del documento de medidas de prevención, higiene y promoción de la salud frente a COVID-19 para centros educativos en el curso 2021-2022.
4. Ronda de aportaciones y actualización de situación en las CCAA.
5. Ruegos y preguntas.
6. Próxima ponencia.

P. DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (14 de septiembre de 2021)

1. Bienvenida.
2. Actualización sobre las medidas de prevención, higiene y promoción de la salud frente a COVID-19 para centros educativos en el curso 2021-2022. Ministerio de Sanidad.
3. Ronda de aportaciones y actualización de situación en las CCAA.
4. Ruegos y preguntas.
5. Despedida y próxima Ponencia.

P. DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (28 de septiembre de 2021)

1. Bienvenida.
2. Aprobación, si procede, de acta de la Ponencia anterior.
3. Actualización de información por parte del Ministerio de Sanidad.
4. Seguimiento y actualización por parte de las CCA.
5. Ruegos y preguntas.

6. Despedida y próxima Ponencia.

P. DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (19 de octubre de 2021)

1. Bienvenida.
2. Aprobación, si procede, del acta de la Ponencia anterior.
3. Actualización de información por parte del Ministerio de Sanidad.
4. Ronda de participación por parte de las CCAA.
5. Ruegos y preguntas.
6. Despedida y próxima Ponencia.

P. DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (2 de noviembre de 2021)

1. Aprobación, si procede, del resumen de la reunión anterior.
2. Actualización por parte del Ministerio.
3. Ronda de actualización de CCAA, con especial atención a centros universitarios.
4. Ruegos y preguntas.

P. DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (23 de noviembre de 2021)

1. Bienvenida.
2. Aprobación, si procede, del resumen de la reunión anterior.
3. Actualización por parte del Ministerio.
4. Propuesta de posible flexibilización de medidas.
5. Ronda de valoración de propuesta de flexibilización.
6. Despedida y próximas Ponencias.

P. DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (1 de diciembre de 2021)

1. Bienvenida.
2. Actualización de líneas de trabajo en promoción de la salud y equidad y prioridades – Ministerio de Sanidad.
3. Puesta en común por parte de las Comunidades Autónomas.
4. Descanso activo.
5. Asuntos varios de interés:
    - Lista de chequeo de análisis preliminar de equidad en Estrategias, Programas y Actividades (2021): revisión y aprobación, si procede.
    - Mecanismos de coordinación en promoción de la salud y prevención.
    - Puesta al día del estado de los grupos de trabajo de la Ponencia de Promoción de la Salud:
        - GdT de Promoción de la Salud en la Escuela
        - GdT sobre competencias en Promoción de la Salud
6. Lluvia de ideas sobre las prioridades de la Ponencia de Promoción de la Salud en 2022 (mediante utilización de herramienta interactiva).
7. Ruegos y preguntas.
8. Despedida.

P. DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (20 de diciembre de 2021)

1. Bienvenida.
2. Aprobación, si procede, del resumen de la reunión anterior.
3. Actualización por parte del Ministerio
4. Ronda de CCAA.
5. Despedida y próximas Ponencia.

Ponencia de Salud Laboral

ACUERDO COMISIÓN SALUD PÚBLICA: 4 de octubre de 2011. Ratificado en el Pleno del Consejo de 27 de junio de 2012.
FECHA CONSTITUCIÓN: 10 de mayo de 1989.
COORDINADOR: Dirección General de Salud Pública.

PARTICIPANTES

CCAA

- País Vasco	- Aitor Guisasola Yeregi
- Cataluña	- Rafael Panadés Valls / Laura Ramírez Salvador
- Galicia	- Mª Isabel González García
- Andalucía	- Carmen Rodríguez Camacho / Francisco Arroyo Yanes
- Asturias	- Esperanza María Alonso Jiménez
- Cantabria	- Carmen Amalia Gómez Chomón
- La Rioja	- Lourdes Miralles Martínez-Portillo
- Murcia	- Bienvenida Carpe Carpe
- C. Valenciana	- Valentín Esteban Buedo
- Aragón	- Nieves Martínez Arguisuelas / María Luisa Mena
- Castilla-La Mancha	- Fernando Cebrián Gómez
- Canarias	- Irene López Jorge
- Navarra	-Iñaki Moreno / Jesús Fernández Baraibar
- Extremadura	- Santiago Briz Blázquez / Mª Remedios Sanguino Corbacho
- Baleares	- Mª Victoria Martín Humanes / Antonia Galmés Truyols
- Madrid	- Mª Fernanda González Gómez / María Dolores Insausti Macarrón
- Castilla y León	- Mercedes Elvira Espinosa / Mª Teresa Jiménez López / María Conde del Caño / Susana Moro del Campo
- Ceuta	-
- Melilla	- Luisa Fernanda Hermoso Castro

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **Subdirectora General de Salud Ambiental y Salud Laboral**: Covadonga Caballo Diéguez
- **Jefa del Área de Salud Laboral**: Monserrat García Gómez
- **Jefa de Servicio Área de Salud Laboral:** Carmen Álvarez González
- **Técnico Superior del Área de Salud Laboral**: Alín Manuel Gherasim / Joaquín Estévez Lucas
- **Área de Salud Laboral**: Luz María Montoya / Juan María Roldán Romero

- REUNIONES

Todas las reuniones se han realizado por videoconferencia. A continuación, se detallan las reuniones realizadas, así como su Orden del Día.

PONENCIA DE SALUD LABORAL (12 de enero de 2021). Videoconferencia

1. Aprobación del resumen de la reunión de la Ponencia de SL de 17.12.2020.
2. Informe sobre la Estrategia de vacunación COVID-19.
3. Documentar el rechazo a la vacunación.
4. Priorización de personal sanitario y sociosanitario.
5. Grupos de población a priorizar en la vacunación frente a COVID-19. Situación laboral: personal esencial, entornos cerrados, condiciones de precariedad.
6. Nueva versión del documento de Prevención y Control de la Infección por SARS-CoV-2.
7. Síntomas persistentes en afectados COVID-19.
8. Otros asuntos.

PONENCIA DE SALUD LABORAL (4 de febrero de 2021). Videoconferencia

1. Aprobación resumen reunión anterior.
2. Consentimiento informado de vacunación frente al coronavirus en las empresas.
3. Consejo de Ministros: COVID-19 como enfermedad profesional.
4. Medidas de prevención, higiene y promoción de la salud frente a COVID-19 para centros educativos en el curso 2020-2021.
5. Actualización del Procedimiento SPRL: revisar vulnerables para IT (INSS) y tras vacunación. Manejo personas vacunadas.
6. Priorización trabajadores esenciales para vacunación.
7. Otros asuntos.

PONENCIA DE SALUD LABORAL (18 de mayo de 2021). Videoconferencia

1. Aprobación resumen reunión anterior.
2. Actualización del Procedimiento SPRL y COVID-19.
3. Apartado “Ámbito laboral” de la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19.
4. Personas vacunadas y reincorporación al trabajo.
5. Guía para la prevención y control de la COVID-19 en las explotaciones agrícolas que vayan a contratar a personal temporero.
6. Monográfico RESP.
7. Estrategia ESST.
8. Plan Sumamos Salud-Economía.
9. Otros asuntos

PONENCIA DE SALUD LABORAL (14 de septiembre de 2021). Videoconferencia

1. Cambios en el Procedimiento para SPRL.

2. Vacunación Covid-19 obligatoria en personas trabajadoras en centros sociosanitarios.
3. Pruebas diagnósticas a personas trabajadoras de centros sociosanitarios.
4. Localización de personas trabajadoras expuestas al amianto en colaboración con la TGSS.
5. Otros asuntos.

PONENCIA DE SALUD LABORAL (25 de octubre de 2021). Videoconferencia

1. Cambios en el Procedimiento para SPRL.
2. Propuesta de modificación de la Ley 2/2021.
3. Monográfico de Salud Laboral de la RESP.
4. Estrategia y RD de Vigilancia en Salud Pública.
5. PIVISTEA
6. Otros asuntos.

Ponencia de Sanidad Ambiental

ACUERDO PLENO CONSEJO: 13 de julio de 1988.
FECHA CONSTITUCIÓN: 10 de mayo de 1989.
COORDINADOR: Dirección General de Salud Pública.

PARTICIPANTES

CCAA

- País Vasco - Cristina Ortiz
- Cataluña - Ramón Casáls Fábregas / María Soledad García Prado
  Marisa Boatella Luque / Pilar Cortés Gimeno
  Anna Cuadras Andreu / Marta Dilmé Martos /
  Anna Fernández Visa / Marta Negra Agell / Pere Serra Costa
  Cristian Paso Mateu / Cristina Portolés Gordillo
  Andreu Queralt López / Assumpta Vila Surribas / Irene Corbella
- Galicia - Isabel Acitores Foira / Manuel Álvarez Cortiñas
  César Eiriz Iglesias / Ángeles Golpe Galdo / Paz Gulías Lamas
  Francisco Malvido Pousada / Mónica Martínez Rouco
  Ana Meijome Núñez / Paula Sánchez García / Inés Mato Naveira
  Olga Valera Tourón / Rosa Barcala Moldes / Olga López Lobariñas
  Pilar Cabrera Castellanos / Inmaculada Guimaraens Méndez
  Victoria Eugenia Hazañas Ruiz / Mirian Rebeca Martínez Soto
- Andalucía - David Macías Magro / Carolina Sánchez Peña
  Francisco José Marchena Fernández / Ulises Ameyugo Catalán
- Asturias - Ana Isabel Alonso Fernández / Alberto Florentino Cáceres
  Aurelia Marta Gómez Marcos / María Jesús Pérez Pérez
  María Isabel Rodríguez Pérez / José María Ropero Mateos
  Marta Amparo Rojo Sempau /Ana Álvarez-Castelao García
  Sobison Arsene Mananandro / Francisco Ramiro Boy Méndez
  Javier Cortina Fernández / Ana Isabel Fernández Martín
  José María Guerra Martínez / Fernando Gutiérrez González
  Carlos Martínez López / Susana Pedreira Menéndez

	Ángela Riego García / Carlos Rodríguez Antuña
	Néstor Romero Ramos / María Pilar Suárez Oliveira
- Cantabria	- María Ángeles Lumbreras Fernández de Nograro
- La Rioja	- María Jesús Chavarri Ancín / Fernando Escorza Muñoz
	Rosario Martínez
- Murcia	- Manuel José Méndez Romera / Pedro Jesús Úbeda Ruiz
- C. Valenciana	- Lidia Ferrer Bosch / Aurora Hernández Jiménez
	Natalia Hernanz / Vicent Villanueva Ballester
	Concha Calatayud Galiana / Josefa Gomar Fayos
- Aragón	- María Icíar Alonso Urreta / Ana Centelles Escorihuela
	María Inmaculada Escorihuela Vitalés / Ana Lafoz Guillén
	Antonio García Poveda / Cristina Hierro García
	María Pilar Jiménez Molinos / Amparo López Martínez
	Eva Marzo Lleixa / Blanca Medrano Engay /Antonio Español
	María Jesús Domper / Mª Ángeles Roca
- Castilla-La Mancha	- Fernando Cebrián Gómez / Inmaculada Martínez Domínguez
	Laura Morante García / Federico Rubio Palomino
	María José Bagur Fuster / Raquel Cabornero Sanz
	José Manuel Camisón / Rafael Cobo Bueno
	Almudena Columé Díaz / Cristina Gallego Amador
	Almudena González Gascón y Marín / Leticia Loaisa Rufo
	Carmen González Molina / Guadalupe Martínez Juárez
	Riansares Martínez Muñoz / Pablo Martínez Sánchez
	Ana Mata Rivera / Llanos Merino García / Karina Ortega Soto
	Gloria Planelles Miranda / Milagros Plaza Peláez
	Enrique de Prada / Isabel Puch García / Juan José Roca
	Rubén Rodríguez Corrochano / José Luis Serrano Fernández
- Canarias	- Julia Campos Díaz / Manuel Herrera Artiles
- Navarra	- José María Barricarte Urrea / Teresa Ferrer Gimeno
	Marta García Esteban / Beatriz Agudo García
	Jacinto Irisarri Orta / Eva Oses Santisteban
	Cristina Saldaña Zabalegui
- Extremadura	- Mª Soledad Acedo Grande / Encarnación Bermejo Gómez

	María Isabel Contreras Ledo / Marina Contreras
- Baleares	- Mercedes Alemany / Marta Bosch / Mercedes Gumà Tora
	Sion López / Aixa Matheu / Brigitte Palmer / Kika Panedes Morey
- Madrid	- Sara Boleas Ramón / María de la O Álvarez Rodríguez
	Raquel Doménech Gómez / Noemí Gandía Alabau
	Elena Herrero Martín / Teresa López González
	Patricia Martínez Téllez / Purificación Pedroche Arévalo
	Ana Sanz Cillero
- Castilla y León	- Isabel García Herrero / Irene Arcones Ríos
	Alegría Arias Gómez / Consuelo Carmona Sáez
	Luis Familiar Martín / Julia García Gómez
	Beatriz Martín Ballesteros / Esmeralda Piedra Ruiz
- Ceuta	-
- Melilla	- Flor Roche Magistris

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **Ministerio de Sanidad. DG de salud Pública. SG de Sanidad Ambiental y Salud Laboral**: Covadonga Caballo Diéguez / Esther Martín de Dios / María Luisa González Márquez / María Isabel Ortega Crespo / Lucía Bans Pereira / Jorge Tébar Luján / David Cano Gómez / Ana de Rivas Bravo / Rubén Córdoba Gazolaz / Francisco Vargas / Margarita Palau / Santiago González / Esperanza Guevara
- **Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Sanidad Ambiental**: Argelia Cataño / Ana Cañas
- **Ministerio de Trabajo y Economía Social**: María Macarena Montalbán Gordón
- **Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico**: Almudena Ovejas Zapata / María Teresa Palomar Nieto

REUNIONES

Todas las reuniones se han realizado por videoconferencia (salvo los representantes del Ministerio de Sanidad). A continuación, se detallan las reuniones realizadas, así como su Orden del Día.

PONENCIA DE SANIDAD AMBIENTAL (26 de enero de 2021). Biocidas. Videoconferencia

1. Formación de inspectores en el control de las obligaciones del Reglamento 528/2012 relativo a la comercialización y el uso de biocidas.

PONENCIA DE SANIDAD AMBIENTAL (18 de febrero de 2021). Reach. Videoconferencia

1. Formación de inspectores en el control de las obligaciones del Reglamento (CE) 1907/2006 en relación con la autorización de sustancias químicas.
2. Preparación del proyecto armonizado de inspección REF-9.

PONENCIA DE SANIDAD AMBIENTAL (4 de marzo de 2021). Videoconferencia

1. Estrategia de Salud y Medio Ambiente.
2. Trasposición DWD 2020/2184:
   a. Situación administrativa actual.
   b. Propuesta de infracciones.
   c. Trabajos previstos.
3. Presentación de la GUIA PARA LA APROBACIÓN DE UN PSA.
4. Situación actual de presencia de SRAS-COV2 en aguas residuales.
5. Otros Asuntos.

PONENCIA DE SANIDAD AMBIENTAL (21 de diciembre de 2021). Videoconferencia

1. Proyecto de Real Decreto de Biocidas

Ponencia de Vigilancia Epidemiológica

ACUERDO COMISIÓN SALUD PÚBLICA: 22 de febrero de 2012. Ratificado por el Pleno del Consejo de 27 de junio de 2012.
FECHA CONSTITUCIÓN: 23 de mayo de 2012.
COORDINADOR: Dirección General de Salud Pública.

PARTICIPANTES

CCAA

- País Vasco	- Fernando González Carril
- Cataluña	- Jacobo Mendioroz / Ana Isabel Martínez Mateo
- Galicia	- Alberto Malvar Pintos
- Andalucía	- Nicola Lorusso/ Virtudes Gallardo
- Asturias	- Ismael Huerta González / Mario Juan Margolles Martins
- Cantabria	- Luis Javier Vitoria Raymundo / Trinidad Valle Madrazo
- La Rioja	- Eva Martínez Ochoa
- Murcia	- Ana Mª García Fulgueiras
- C. Valenciana	- Hermelinda Vanaclocha Luna / Empar Giner Ferrando
- Aragón	- Juan Pablo Alonso Pérez de Agreda
- Castilla-La Mancha	- Gonzalo Gutiérrez Ávila
- Canarias	- Álvaro Torres Lana / Araceli Alemán Herrera
- Navarra	- Jesús Castilla Catalán
- Extremadura	- Juan Antonio Linares Dopido / Julián Mauro Ramos Aceitero
- Baleares	- Antonio Nicolau Riutort / Magdalena Salom Castell
- Madrid	- Araceli Arce Arnáez / María Ordobás Gavín
- Castilla y León	- Mª del Carmen Pacheco Martínez / Cristina Ruiz Sopeña
- Ceuta	- Ana Isabel Rivas Pérez
- Melilla	- Daniel Castrillejo Pérez

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **Ministerio de Interior (Sanidad Penitenciaria):** Pilar Gómez Pintado
- **Ministerio de Defensa:** Elga Mayo Montero
- **Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología:** Rosa Cano Portero / Pedro Arias Bohigas
- **S.G. Sanidad Exterior**: Miguel Dávila Cornejo / Fernando Carreras Vaquer
- **INGESA**: Antonia Blanco Galán
- **CCAES:** Fernando Simón Soria / Mª José Sierra Moros / Elena Vanesa Martínez Sánchez / Pilar Soler Crespo / Sonia Fernández Balbuena / Silvia Rivera Ariza

REUNIONES

La mayoría de las reuniones se han realizado por videoconferencia. A continuación, se detallan las reuniones realizadas, así como su Orden del Día.

P. VIGILANCIA Y ALERTAS (25 de marzo de 2021). Videoconferencia

1. Propuesta de líneas prioritarias para el desarrollo de la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública.
2. Cierre de la información epidemiológica de 2019 y 2020.
3. Reflexiones sobre la notificación de las enfermedades transmisibles
4. Ruegos y preguntas

P. VIGILANCIA EPIDEM. (20 de abril de 2021). Videoconferencia

Discusión de la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública (VSP)

P. VIGILANCIA Y ALERTAS (16 de junio de 2021). Videoconferencia

1. Información sobre los créditos habilitados para la vigilancia en salud pública recogidos en el punto 18.13 "Aumento de capacidades de respuesta ante crisis sanitarias del componente 18 "Renovación y ampliación de las capacidades del Sistema Nacional de Salud (SNS) del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

P. VIGILANCIA Y ALERTAS. (14 de julio de 2021). Videoconferencia

1. Descripción de la vigilancia en salud pública en las Comunidades Autónomas y Ceuta y Melilla.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (28 de septiembre de 2021). Presencial

1. Presentación del documento de propuesta de acuerdo de criterios para la distribución de crédito por importe de 13.000.000,00 euros a las Comunidades Autónomas para el sistema de información de la red vigilancia en salud pública

P. VIGILANCIA EPIDEM. (18 de octubre de 2021). Videoconferencia

Discusión de la Estrategia y el Real Decreto de Vigilancia en Salud Pública.

P. VIGILANCIA EPIDEM. (23 de noviembre de 2021). Videoconferencia

1. Presentación de la herramienta WASPSS por parte de la AEMPS
2. Información sobre los grupos mixtos de trabajo, técnicos de salud representantes de vigilancia y personal de Tecnologías de la Información, para el desarrollo del nodo central de la red de vigilancia en salud pública

Grupo de trabajo sobre Actualización de las Declaraciones de Actuaciones Coordinadas

ACUERDO PLENO CONSEJO: 19 de mayo de 2021.
CONSTITUCIÓN: 25 de mayo de 2021.
COORDINADOR: Secretaria de Estado de Sanidad

MIEMBROS

CCAA

- Galicia	- Alfredo Fuentes Losada
- Andalucía	- Ulises Pablo Ameyugo Catalán
- Asturias	- Miguel Ángel Prieto García
- La Rioja	- Pello Latasa Zamalloa
- Castilla-La Mancha	- Juan José Camacho Parejo
- Canarias	- Conrado Domínguez Trujillo
- Extremadura	- Juan Antonio Linares Dopico / Mª Jesús López Fernández
- Baleares	- Mª Antonia Font Oliver
- Madrid	- Araceli Arce Arnáez

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **Ministerio de Sanidad**: Fernando Simón Soria / Mª José Sierra Moros / Eduardo Toledano Villanueva / Mónica Fernández Muñoz / Blanca del Rocío Botello Díaz / Aurea Morillo García

REUNIONES

A continuación, se detallan las reuniones realizadas, así como su Orden del Día.

GT DACS (25 de mayo de 2021). Videoconferencia

Valorar las medidas y recomendaciones establecidas en las distintas Declaraciones de Actuaciones Coordinadas con la finalidad de mantenerlas, derogarlas, modificarlas o proponer nuevas medidas o recomendaciones.

Grupo de Trabajo para Estrategia Comunicativa frente a la Fatiga Pandémica

ACUERDO PLENO CONSEJO: 4 de noviembre de 2020.
FECHA CONSTITUCIÓN: 13 de noviembre de 2020.
COORDINADOR: Dirección General de Salud Pública.

PARTICIPANTES

CCAA

- Cataluña	- Laura de Andrés
- Asturias	- Marta Pisano González
- Cantabria	- Adrián Hugo Llorente Aguinagalde
- Castilla-La Mancha	- Teresa Rodríguez Cano
- Canarias	- Yolanda Pérez Ramírez
- Navarra	- Jokin Lecumberri
- Baleares	- Nuria Togorés Fernández
- Madrid	- Pilar Mestre Ortega
- Castilla y León	- Irene Muñoz
- Ceuta	- Rebeca Benarroch Benarroch

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **Ministerio de Sanidad**: Pilar Aparicio Azcárraga/ Mercedes Pastor / Gregorio Martínez Gutiérrez / Laura Sánchez-Cambronero Cejudo / Ana Gil Luciano / Jara Cubillo Llanes / Alberto Martín-Pérez Rodríguez
- **Federación Española de Municipios y Provincias**: Luis Mecati Granado
- **Instituto de Salud Carlos III**: João Forjaz / María Romay Barja / Carmen Rodríguez Blázquez / Antonio González-Herrera / María Falcón
- **CSIC:** Margarita del Val

REUNIONES

A continuación, se detallan las reuniones realizadas, así como su Orden del Día.

GT EST. COM. FATIGA PANDEMICA (8 de julio de 2021). Videoconferencia

1. Valoración de situación actual y estrategias de comunicación.

Grupo de trabajo Evaluación del Desempeño del SNS frente a la Pandemia

ACUERDO PLENO CONSEJO: 7 de octubre de 2020.
FECHA CONSTITUCIÓN: 16 de octubre de 2020.
COORDINADOR: Dirección General de Salud Pública.

PARTICIPANTES

CCAA

- Cataluña	- Rosa María Vivanco Hidalgo
- Galicia	- Carmen Durán Parrondo
- Andalucía	- Alfonso García Rosas
- Asturias	- Rafael Cofiño Fernández
- Cantabria	- Reinhard Wallmann
- La Rioja	- Pello Latasa Zamalloa
- C. Valenciana	- Salvador Peiró Moreno
- Aragón	- Sandra García Armesto
- Navarra	- Carlos Artundo Purroy/ Pedro Gullón Tosio
- Extremadura	- María Pilar Guijarro Gonzalo
- Baleares	- María Antonia Font Oliver
- Madrid	- Elena Andradas Aragonés
- Castilla y León	- María José Pérez Boíllos
- Ceuta	- Rebeca Benarroch Benarroch

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **Gabinete de la Secretaría de Estado de Sanidad**: José Luis Alcázar / Jesús Ruiz Cayuso / Blanca Botello

REUNIONES

A continuación, se detallan las reuniones realizadas, así como su Orden del Día.

GT EVAL. DEL DESEMPEÑO DE LA PANDEMIA (2 de septiembre de 2021). Videoconferencia

Concretar la propuesta definitiva de quiénes integrarán el GRUPO DE PLANIFICACIÓN Y COORDINACIÓN de la evaluación independiente del desempeño del SNS frente a la pandemia COVID19.

Grupo de Trabajo de Eventos Deportivos Masivos

ACUERDO PLENO CONSEJO: 28 de julio de 2021.
FECHA CONSTITUCIÓN: 2 de agosto de 2021.
COORDINADOR: Dirección General de Salud Pública.

MIEMBROS

CCAA

- País Vasco	- Koldo Inaki Cambra Contín
- Cataluña	- Laia Asso Ministral
- Galicia	- Carmen Durán Parrondo
- Andalucía	- Ulises Pablo Ameyugo Catalán
- Asturias	- Miguel Ángel Prieto García
- Cantabria	- Luis Javier Viloria Raymundo
- La Rioja	- Pello Latasa Zamalloa
- Murcia	- Jaime Jesús Pérez Martín
- C. Valenciana	- Carmen Barona Vilar
- Aragón	- Luis Gascón Andreu
- Castilla-La Mancha	- Juan José Criado Álvarez
- Canarias	- Conrado Domínguez Trujillo
- Extremadura	- Gustavo González Ramírez
- Baleares	- Margarida Frontera Borrueco
- Madrid	- Mª José Esteban Niveiro
- Castilla y León	- Carmen Pacheco Martínez
- Ceuta	- José María Sánchez Romero

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **Ministerio de Sanidad**: Pilar Aparicio Azcárraga / Pilar Campos Esteban / Berta Suárez Rodríguez / María Ramiro González

REUNIONES

A continuación, se detallan las reuniones realizadas, así como su Orden del Día.

GT DE EVENTOS DEPORTIVOS MASIVOS (2 de agosto de 2021). Videoconferencia

1. Aforos.
2. Organización de los accesos, sectorización, y movimiento de asistentes.
3. Uso de la mascarilla.
4. Consumo de bebida/comida.
5. Tabaco y productos relacionados.
6. Ventilación de espacios interiores.
7. Registro y trazabilidad de los asistentes.
8. Indicaciones sanitarias.
9. Medidas de información y señalización.
10. Medidas de limpieza, higiene y desinfección.
11. Salud de los trabajadores.

Comisión contra la Violencia de Género

ACUERDO PLENO CONSEJO: 22 de septiembre de 2004.
FECHA CONSTITUCIÓN: 17 de noviembre de 2004.
COORDINADOR: Observatorio de Salud de las Mujeres (D.G. Salud Pública)

PARTICIPANTES

CCAA

- Cataluña	- Anna Mompart Penina
- Galicia	- Mar de la Peña Cristiá
- Andalucía	Mª Jesús Campos
- Asturias	- Inés Zamarillo Rojo
- Cantabria	- Purificación Ajo Bolado
- La Rioja	- M. Antonia Aretio Romero
- Murcia	- Marina Tourné García
- C. Valenciana	- Isabel Navarro
- Aragón	- Asunción Cisneros Izquierdo
- Castilla-La Mancha	- M. Teresa Marín Rubio
- Canarias	- Mª Dolores Amador Demetrio
- Navarra	- Monserrat de la Fuente Hurtado
- Extremadura	- Mª Pilar Guijarro Gonzalo
- Baleares	- Regina Muntaner Fernández
- Madrid	- Milagros de Borbón y Cruz
- Castilla y León	- Lydia Salvador Sánchez
- Ceuta	- Malika Al-lal Haddu

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **Secretaría de Estado de Igualdad**: Ana Varela Mateos / Macarena Gamir Limares
- **INGESA**: Rosa María Ortega
- **D. Gral. de Salud Pública**: Pilar Aparicio Azcárraga / Soledad Justo Gil
- **Observatorio de Salud de las Mujeres**: Rosa M. López Rodríguez

- **REUNIONES**

A continuación, se detalla la reunión celebrada, así como su Orden del Día.

C. VIOLENCIA DE GÉNERO del 15 de noviembre. Videoconferencia

- Aprobación del Acta de la Reunión anterior *(11 diciembre 2020)*
- Plan de Mejora y Modernización contra la Violencia de Género.
    - Propuesta técnica. MEDIDAS 4 y 5. Aprobación
- Protocolo Común de actuación sanitaria frente a la Violencia Sexual en el Sistema Nacional de Salud. Estado de situación trabajos técnicos
- Informe Anual VG 2021. Estado de situación trabajos técnicos
- Ruegos y preguntas

Comisión Permanente de Farmacia

ACUERDO COMISIÓN DELEGADA: 25 de febrero de 2003
FECHA CONSTITUCIÓN: 1 de julio de 2004.
COORDINADOR: D. G. de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia.

PARTICIPANTES

CCAA

- País Vasco	- Jon Iñaki Betolaza San Miguel
- Cataluña	- Caridad Pontes García
- Galicia	- Silvia Reboredo García
- Andalucía	- Carlos Gustavo García Collado / Dolores Bejarano
- Asturias	- Lidia Clara Rodríguez García
- Cantabria	- Jorge Bernardo de la Puente Jiménez / Flora Pérez Hernández
- La Rioja	- Pilar Sáenz Ortiz / Sara Palacios Lacruz / Mónica Rodrigo Fernández / Gonzalo Aparicio Rodríguez
- Murcia	- Casimiro Jiménez Guillén
- C. Valenciana	- José Manuel Ventura Cerdá
- Aragón	- Ana Cristina Bandrés Liso / Mónica Izuel Rami
- Castilla-La Mancha	- Carmen Encinas Barrios / Juan Carlos Valenzuela Gómez
- Canarias	- Rafael Molero Gómez
- Navarra	- Antonio López Andrés / Ana Azparren
- Extremadura	- Concepción Carmona Torres
- Baleares	- Atanasio García Pineda
- Madrid	- Mª José Calvo Alcántara / Ainhoa Aranguren Oyarzábal
- Castilla y León	- Nieves Martín Sobrino
- Hospital Clínic Barcelona	- Manuel Juan Otero / Rosa García Miralles / Mónica Núñez García / Gemma Lorente

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **D.G. de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia**: Patricia Lacruz Gimeno (Presidenta) / Mª Dolores Fraga Fuentes / Mª Luisa García-Vaquero Donaire / Javier García del Pozo / Carlos Martín Saborido / Alicia Benedí González / Almudena Laviña Rodríguez / Mª del Carmen Pérez Zarza / Lara Echarri Martínez / Ángela Smits Cuberes
- **Instituto de Salud Carlos III**: Jesús González Enríquez
- **INGESA**: Carmen del Castillo Vázquez
- **AEMPS**: Mª Jesús Lamas Díaz / Antonio Blázquez Pérez / Antonio López Navas
- **Ministerio de Defensa (ISFAS)**: Antonio Ramos Melego / Ana Betegón Sanz
- **Ministerio de Justicia (MUGEJU)**: Jesús Miguel Rubio Colavida
- **Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (MUFACE)**: Javier Arias Fernández

REUNIONES

Las reuniones se realizaron por videoconferencia. A continuación, se detallan las reuniones realizadas, así como su Orden del Día.

C. PERMANENTE FARMACIA. (8 de febrero de 2021). Videoconferencia

1. Aprobación de las actas de 8 de septiembre de 2020 y 13 de octubre de 2020.
2. Medidas de apoyo a la farmacia rural.
3. Modelos para la financiación de nuevas indicaciones en medicamentos incluidos en la prestación del SNS: medicamentos inmunooncológicos.
4. Situación de las inmunoglobulinas en el SNS.
5. Organización asistencial para la indicación y administración de LUXTURNA.
6. Información sobre Nodo SNSFarma.
7. "Seguimiento de autorizaciones de uso de medicamentos de terapia avanzada de fabricación no industrial".
   - Información general sobre las nuevas solicitudes (responsable: comunidad autónoma origen de la solicitud).
   - Estado de las solicitudes admitidas a trámite (responsable: AEMPS).
8. Ruegos y preguntas.

C. PERMANENTE FARMACIA. (4 de mayo de 2021). Videoconferencia

1. Fijación de precio del medicamento ARI0001 (Presentación por Cataluña).
2. Proyecto de Real Decreto de publicidad de medicamentos y productos sanitarios.
3. Aspectos destacados a considerar en la reforma de la Ley de Garantías y Uso racional de Medicamento.
4. Plan para la optimización de los analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico en el SNS.
5. SEVEM-Propuesta de un acuerdo/convenio específico e independiente para que cada CCAA pueda acceder a los informes. (Presentación por Comunitat Valenciana).
6. Protocolo farmacoclínico de voritegen neparvovec (Luxturna).
7. Aplicación de la modificación en la aportación farmacéutica recogida en la ley de Presupuestos Generales del Estado 2021 (Presentación por Castilla y León).
8. Seguimiento de autorizaciones de uso de medicamentos de terapia avanzada de fabricación no industrial:

   - Información general sobre las nuevas solicitudes (Presentación por comunidad autónoma origen de la solicitud).

   - Estado de las solicitudes admitidas a trámite (Presentación por AEMPS).
9. Ruegos y preguntas.

C. PERMANENTE FARMACIA. (17 de mayo de 2021). Extraordinaria. Videoconferencia

Punto único del orden del día. Fijación del precio ARI-0001.

C. PERMANENTE FARMACIA. (13 de julio de 2021). Videoconferencia

1. Aprobación de las actas de 8 de febrero de 2021, 4 de mayo de 2021 y extraordinaria de 17 de mayo de 2021.
2. Aprobación del Plan para la optimización de los analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico en el SNS.
3. Información sobre el Diploma de experto/especialista universitario en evaluación de medicamentos y tecnologías sanitarias en el Sistema Nacional de Salud.
4. Plan para el abordaje de las terapias avanzadas:
    a. Informe de seguimiento del Plan (con datos hasta 31 de marzo 2021).
    b. Información sobre la actualización de los criterios y estándares para la utilización de los CAR-T en el SNS.
    c. Información sobre la actualización de los anexos del procedimiento para la valoración de solicitudes realizadas por los/las especialistas del SNS de medicamentos CAR-T por el grupo de expertos en la utilización de medicamentos CAR.
    d. Información próxima convocatoria.
5. Seguimiento de autorizaciones de uso de medicamentos de terapia avanzada de fabricación no industrial:

    - Información general sobre las nuevas solicitudes (responsable: comunidad autónoma origen de la solicitud).
    - Estado de las solicitudes admitidas a trámite (responsable: AEMPS).

6. Aprobación del protocolo farmacoclínico del uso de atezolizumab en cáncer de pulmón microcítico y cáncer de mama triple negativo en VALTERMED.
7. Información del Plan de mejora de los Sistemas de Información corporativos.
8. Aprobación de la Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de los/as enfermeros/as: diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2 e hipertensión arterial.
9. Información sobre el borrador del documento de tramitación fast track en el procedimiento de estudio de financiación y precio de los medicamentos en el SNS.
10. Información sobre el Proyecto de Real Decreto de publicidad de medicamentos y productos sanitarios.
11. Información sobre los JPA sobre anticuerpos monoclonales.
12. Programa de desarrollo de medidas para mejorar la eficiencia y la sostenibilidad del SNS.
13. Ruegos y preguntas.

C. PERMANENTE FARMACIA. (20 de octubre de 2021). Presencial y Videoconferencia

1. Aprobación del acta del 13 de julio de 2021
2. VALTERMED
   a. Informe de situación
   b. Informes descriptivos de resultados registrados
3. Medidas para la mejora de la transparencia en el marco de la política farmacéutica
   a. Propuesta de publicación de la priorización de los IPT por la CPF
   b. Propuesta de publicación de información desagregada por ATC sobre la facturación de medicamentos dispensados en las oficinas de farmacia en el SNS
4. Compensación de medicamentos de alto impacto sanitario administrados en la derivación de pacientes vía SIFCO
5. Información sobre el borrador del documento de tramitación acelerada en el procedimiento de estudio de financiación y precio de los medicamentos en el SNS
6. Información sobre el Diploma de experto/especialista universitario en evaluación de medicamentos y tecnologías sanitarias en el Sistema Nacional de Salud.
7. Información sobre los JPA sobre anticuerpos monoclonales.
8. Seguimiento de autorizaciones de uso de medicamentos de terapia avanzada de fabricación no industrial:
   - Información general sobre las nuevas solicitudes (responsable: comunidad autónoma origen de la solicitud).
   - Estado de las solicitudes admitidas a trámite (responsable: AEMPS).
9. Ruegos y preguntas.

C. PERMANENTE FARMACIA. (20 de diciembre de 2021). Extraordinaria. Videoconferencia

1. Tratamientos frente al COVID19

C. PERMANENTE FARMACIA. (23 de diciembre de 2021). Extraordinaria Videoconferencia

1. Tratamientos frente al COVID19

Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación

ACUERDO COMISIÓN DELEGADA: 25 de febrero de 2003
FECHA CONSTITUCIÓN: 30 de junio de 2004.
COORDINADOR: DG de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia.

PARTICIPANTES

CCAA

- País Vasco	- Frumencio Molinero Gutiérrez / Xabier Elexpe Uriarte / Mikel Sánchez Fernández / Javier Arestes / Nico Sánchez
- Cataluña	- Alex Guarga Rojas / David Magem Luque / Cristina Casanovas-Guitart / Mariola Pons Viges / Carles Pérez Vicenç / Marta Chandre i Jofré / Teresa Altadill Colominas / Laura Ruano Burgos / Ales Guarga Rojas / Mariona Pons Viges / María José Álvarez Zaragoza / Xus Labordena Barceló / Assumpta Ricart Conesa / Ana Pozo González / Mercè Obach Cortadellas
- Galicia	- Francisco López Roig / Elena Rego Romero / Mª Luz Varela Román
- Andalucía	- Mª Ángeles Marqués Aranda / Gema García Mejido / Isabel Ródenas Luque / José Joaquín González-Ripoll Garzón / José Ramón Ledesma / Josefa Aldana Espinal
- Asturias	- Lidia Clara Rodríguez García / Montserrat Bando Amat / José María Blanco González
- Cantabria	- Jorge de la Puente Jiménez / María Ángeles Pereda García / Trinitario Pina Murcia / Jesús Martín Lázaro / Flora Pérez Hernández / Yolanda García Zorrilla / Marta Gómez-Lainz
- La Rioja	- Ana Mª López Barahona
- Murcia	- Inmaculada Barceló Barceló / Josefina Marín López / Isabel Ayala Vigueras / Jesús Ángel Sánchez / Federico Martínez
- C. Valenciana	- Cristina Ruiz Cavanilles / Teresa de Rojas Galiana / Consuelo Peris Piqueras / Jaime Peris
- Aragón	- Mª Soledad Corbacho Malo / Miguel Carroquino Bazán / José María Abad Díez / María Asunción Tapias de la Fuente / Jesús Obón Nogués

- Castilla-La Mancha	- Carmen Encinas Barrios / José Antonio Ballesteros Cavero / Enma Catalán Rueda / Mª Eugenia Medina Chozas / Manuel Laguna / Isabel López San Román / César Fernández Buey / Manuel Riquelme
- Canarias	- Elizabeth Hernández González / Pedro Serrano Aguilar / Amado Rivero / Ana Toledo / Cristina Valcárcel / Himar González
- Navarra	- Nancy Gonzalo Herrera / Javier Lafita / Javier Apezteguia Urroz / Antonio López Andrés
- Extremadura	- Mª Concepción Gutiérrez Montaño / Dolores Zapata
- Baleares	- Eusebio Castaño Riera / Atanasio García Pineda / Eusebi Castaño Riera / Ignacio García
- Madrid	- Marta Cortés García / Marisa Martín Sánchez
- Castilla y León	- Eduardo Gutiérrez Abejón / Purificación de la Iglesia Rodríguez / Ana Álvarez Requejo / Mª Teresa Breñas Villalón / Concepción Learra Martínez / Pilar Santamaría Valdés / Luis Calvo Garrido / Pilar Herrero Gil / Begoña González Bustillo / Ana Serrano Gonzalez de Mendibil

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **D.G. de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia**: Patricia Lacruz Gimeno / Cristina González del Yerro Valdés / Pilar Díaz de Torres / Carmen Pérez Mateos / Piedad Ferré de la Peña / Félix Lucio Arranz / Eugenia Orejas Pérez / Magdalena Pérez Jiménez / Mª Luisa Vicente Saiz / / Luis Platas Gutiérrez
- **D.G. Salud Pública**: María Vicenta Labrador Cañadas
- **Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS**: Belén Crespo Sánchez-Eznarriaga / Mercedes Alfaro Latorre
- **Ministerio de Justicia (MUGEJU)**: Jesús Miguel Rubio Colavida
- **Ministerio de Defensa (ISFAS)**: Antonio Ramos Melego / Ana Betegón Sanz
- **Ministerio de Hacienda y Función Pública-MUFACE**: María Carmen Marcos Pérez / María Jiménez / Emilia Velasco
- **INGESA**: Justo Puente / Teresa García
- **Instituto de Salud Carlos III**. **Ministerio de Ciencia e Innovación:** Jesús González Enríquez

REUNIONES

A continuación, se detallan las reuniones realizadas, así como su Orden del Día.

REUNIÓN COMISIÓN (29 de enero de 2021). Videoconferencia

1. Aprobación del acta de la reunión de 14 de julio de 2020.
2. Información sobre el Brexit.
3. Información sobre actuaciones realizadas desde la última reunión en:
   3.1. Prestación ortoprotésica.
   3.2. Estudios de monitorización (EM):
      a. Informe de situación de los diferentes estudios en marcha. Informe final del EM de Válvula endobronquial y toma de decisiones sobre su situación en cartera de servicios.
      b. Puesta en marcha del EM del DAVI.
      c. Información sobre actuaciones para la mejora del procedimiento.
   3.3. Otros: Protonterapia y Sistema flash nuevos colectivos.
4. Información sobre proyectos europeos (atención temprana, salud bucodental, genética).
5. Decisiones sobre inclusión en cartera: Cirugía robótica; Sistemas de monitorización continua de glucosa; Nutrición enteral a pacientes adultos con insuficiencia renal crónica; Cribado neonatal de la enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce y homocistinuria.
6. Información sobre convocatoria de solicitudes para el Plan de trabajo de la Red de Agencias 2021.
7. Información sobre Centros, servicios y unidades de referencia (CSUR) y Redes Europeas.
8. Otros temas.
9. Ruegos y preguntas.

REUNIÓN COMISIÓN (9 de junio de 2021). Videoconferencia

1. Aprobación del acta de la reunión de 29 de enero de 2021.
2. Aprobación del Plan de Inversión en Equipos de Alta Tecnología (Plan InvEAT).
3. Valoración Sistema Flash de monitorización de glucosa en líquido intersticial (FreeStyle Libre®) para pacientes <65 años con DM2.
4. Información sobre proyectos legislativos en marcha y otros acuerdos de la CPAF:
   - Resoluciones de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia por la que se hace público el acuerdo de la CPAF de 29 de enero de 2021 sobre válvulas endobronquiales para fuga aérea persistente y sobre los sistemas de monitorización continua de glucosa intersticial en tiempo real en la cartera común de servicios del SNS.
   - Información sobre el proyecto de orden para actualizar el anexo VI del RD 1030/2006 de prestación ortoprotésica.
   - Información consulta pública previa del Proyecto de orden de actualización de la cartera de servicios comunes del SNS.
   - Información sobre el borrador del Anteproyecto de Ley de medidas de equidad, universalización y cohesión del SNS.
5. Ruegos y preguntas.

REUNIÓN COMISIÓN (5 de julio de 2021). Videoconferencia

1. Aprobación del acta de la reunión de 9 junio de 2021.
2. Seguimiento Plan InvEAT.
3. Información sobre el desarrollo de los trabajos realizados por el grupo de Salud Bucodental.
4. Información del estado de los Estudios de Monitorización.
5. Información sobre las Plataforma de almacenamiento de datos usadas con los Sistema de Monitorización Continua de glucosa.
6. Información en el Desarrollo de Cartera de Servicios de genética en el SNS.
7. Lectores oculares: situación implantación en el marco de las CCAA.
8. Información sobre los Informes de Evaluación de TTP finalizados:
   - Coste efectividad de la trombectomia mecánica para el tratamiento del ictus isquémico
   - Eficiencia de la oxigenoterapia de alto flujo para el tratamiento de dificultades respiratorias en pediatría
   - Desfibrilador automático implantable (DAI) para prevención primaria de la muerte súbita cardíaca en España. Eficacia, seguridad y eficiencia.
9. RedETS. Plan de trabajo 2021.
10. Ruegos y preguntas.

REUNIÓN COMISIÓN (21 de octubre de 2021). Videoconferencia

1. Aprobación del acta de la reunión mantenida el 5 de julio de 2021.
2. Información de Situación sobre el Plan invEAT
3. Puntos Informativos relacionados con Prestaciones de la Cartera de Servicios Comunes del SNS:
   a. Cribado Población en Toxoplasmosis e Inmunodeficiencias Severas
   b. Situación Estudios de Monitorización
   c. Información de situación de pacientes sometidos a Protonterapia durante el primer semestre de 2021 por CCAA
4. Puntos a Acordar relacionados con Prestaciones de la Cartera de Servicios Comunes del SNS:
   a. Ampliación Cartera de servicios en Salud Bucodental
   b. Actualización Cartera de Servicios de Genética en el SNS
   c. Mantenimiento del Sistema de Monitorización de glucosa mediante sensores tipo flash en la Cartera de Servicios
5. Otros Temas
   a. Indicación de Uso del Robot Da Vinci
   b. Asistencia Sanitaria Trasfronteriza. Acuerdo para solicitar información sobre el seguimiento de pacientes
   c. RedETS. Información sobre el Plan de trabajo 2021/2022
6. Ruegos y preguntas.

REUNIÓN COMISIÓN (11 de noviembre de 2021). Videoconferencia

Monográfica: Propuesta de actualización de la cartera común de servicios de salud bucodental en el Sistema Nacional de Salud

Comité Asesor para la Prestación con Productos Dietéticos

REGULACIÓN: Orden 2 de junio de 1998 / Orden 16 de noviembre 2010
FECHA CONSTITUCIÓN: 17 de noviembre de 1998
COORDINADOR: D.G. de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia.

PARTICIPANTES

CCAA

- Cataluña	Laura Ruano Burgos / Clara Salvadó Trias
- Galicia	María José Álvarez Sánchez
- Andalucía	Daniel Palma Morgado
- Asturias	María Covadonga Calleja Fernández
- Cantabria	Flora Pérez Hernández
- La Rioja	Mónica Rodrigo Fernández
- C. Valenciana	Carmen Albelda Puig
- Castilla-La Mancha	Jesús María Núñez Martin
- Canarias	Fideliza de la Nuez Viera
- Navarra	Cristina Agudo Pascual / Lourdes Muruzábal
- Madrid	Ainhoa Arangures Oyarzabal
- Castilla y León	Eduardo Gutiérrez Abejón

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **D.G. de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia**: Patricia Lacruz Gimeno / Cristina González del Yerro Valdés / Eugenia Orejas Pérez / Mª Dolores Gómez-Marino Arroyo / Ana María López Jiménez
- **Instituto de Salud Carlos III**: Iñaki Imaz Iglesia
- **AESAN**: Mª Dolores Gómez Vázquez
- **Ministerio de Defensa (ISFAS)**: Mar Cejudo Rodríguez
- **Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (MUFACE)**: Javier Arias Fernández
- **Expertos**: Amaya Bélanger Quintana / Miguel León Sanz / Consuelo Pedrón Giner

REUNIONES

A continuación, se detallan las reuniones realizadas, así como su Orden del Día.

C. ASESOR del 22 de noviembre. Videoconferencia

1. Lectura y aprobación del Acta de la reunión anterior.
2. Información normativa publicada BOE desde la última reunión.
3. Análisis de la oferta de productos dietéticos desde el último Comité.
4. Análisis del Consumo de productos dietéticos desde el último Comité.
5. Información incidencias actualización mensual del Nomenclátor en la CC.AA.
6. Información situación y propuestas de actualización de la Cartera de Servicios de Productos Dietéticos.
7. Información autorización de la dispensación de productos dietéticos:
   Renovación de informes y procedimiento de coordinación para facilitar los tratamientos a personas que se desplazan entre CC.AA. (Receta electrónica)
8. Otros temas a comentar
   - Incidencias de reclasificación y contenido en fibra.
   - Clasificación de productos infantiles.
   - Productos sin lactosa para lactantes. (canales de venta y distribución)
   - Fórmulas tipo HMAA de adultos (galactosemia)
9. Ruegos y preguntas.

Comité de Designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia

REGULACIÓN: Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las Bases del Procedimiento para la Designación y Acreditación de los Centros Servicios y Unidades de Referencia del SNS.
CONSTITUCIÓN: 28 de noviembre de 2006.
COORDINADOR: D. G. de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia.

PARTICIPANTES

CCAA

- País Vasco - Mayra López Rodríguez
- Cataluña - Elisa Segarra Morera / Elisa Betriu Sngüesa / Mercè Obach Cortadellas
- Galicia - Francisco José López Rois / Mª Luz Valera Román
- Andalucía - Mª Ángeles Marqués Aranda / Gema García Megido / Isabel Ródenas Luque / Covadonga Noriega
- Asturias - Elvira Muslera Canclini
- Cantabria - Mª Concepción Fariñas Álvarez / Virginia Flor Morales
- La Rioja - Mª Luisa Fernández Fontecha
- Murcia - Isabel Ayala Vigueras
- C. Valenciana - Teresa de Rojas / Consuelo Peris Piqueras
- Aragón - Mª Asunción Tapias de la Fuente
- Castilla-La Mancha - Julián Vieco García
- Canarias - Víctor Naranjo Sintes
- Navarra - Mª José Lasanta Sáez / Laura Barriuso Lapresa
- Extremadura - Mª Concepción Gutiérrez Montaño / Manuela Rebollo Vela
- Baleares - Onofre Sans Tous
- Madrid - Pilar Sánchez-Pobre Bejarano / Francisco Javier García Sánchez
- Castilla y León - Ana Álvarez Requejo / Purificación de la Iglesia Rodríguez

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **D.G. Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia**: Patricia Lacruz Gimeno / Cristina González del Yerro Valdés / Carmen Pérez Mateos / Pilar Usón Jaso / Mª Luisa Vicente Saiz / Mª Teresa Martínez Force / Gabriela Villarroel Soto
- **Instituto de Salud Carlos III**: Jesús González Enríquez

- **D.G. Salud Pública**: Yolanda Agra Valera / Ana Mª de la Cruz Caballero / Sara Cristina Pupato Ferrari
- **D.G. Salud Digital y Sistemas de Información para el SNS**: Carlos Alberto Molina Carrón / Aitor Molinero Perdiguero / Saúl Miñarro Seva
- **INGESA**: Juan Álvarez Orejón

REUNIONES

A continuación, se detallan las reuniones realizadas, así como su Orden del Día.

COMITÉ CSUR (24 de marzo de 2021). Videoconferencia

1. Lectura y aprobación del acta de la reunión anterior.
2. Propuesta designación nuevos CSUR (Enfermedades autoinmunes sistémicas, Angioedema hereditario, Inmunodeficiencias primarias, Enfermedades autoinflamatorias, Cirugía vitreorretiniana pediátrica, Catarata compleja en niños, Distrofias hereditarias de retina).
3. Propuesta redesignación CSUR (Asistencia integral del adulto con cardiopatía congénita).
4. Ruegos y preguntas.

COMITÉ CSUR (6 de octubre de 2021). Videoconferencia

1. Lectura y aprobación del acta de la reunión anterior.
2. Aplicación informática para la Gestión integral del proyecto CSUR: Presentación de los módulos de la aplicación de designación y redesignación.
3. Convocatoria CSUR noviembre 2021.
4. Información de los Grupos de expertos CSUR.
5. Ruegos y preguntas.

Comisión de Seguimiento del Fondo de Cohesión Sanitaria

ACUERDO PLENO CONSEJO: 16 de junio de 2004.
CONSTITUCIÓN: 12 de julio de 2004.
COORDINADOR: DG de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia.

PARTICIPANTES

CCAA

- País Vasco	- Frumencio Molinero
- Cataluña	- Iván Planas Mirot
- Galicia	- Mª Mercedes Suárez Domínguez
- Andalucía	- Mª Ángeles Marqués Aranda / Isabel Ródenas
- Asturias	- Juan José Álvarez Fernández
- Cantabria	- Jorge de la Puente Jiménez
- La Rioja	- Carmen Sáenz Pastor
- Murcia	- Isabel Ayala / Susana Valbuena
- C. Valenciana	- Rosaura Folcs Mari / Mª José Tarazona
- Aragón	- Javier Artajo Jarque / Francisco Amorós
- Castilla-La Mancha	- María Eugenia Medina Chozas
- Canarias	- Ana Mª Pérez Alfonso / Javier Quesada Rueda / Rita Tristancho
- Navarra	- Laura Terreros
- Extremadura	- José Ramón López Bardón
- Baleares	- Alfonso Macías Aymar / Ángel Cogolludo
- Madrid	- Pilar Sánchez-Pobre Bejarano / Israel Martín Herrera
- Castilla y León	- Ana M. Álvarez Requejo

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **Presidenta:** Dª Patricia Lacruz Gimeno
- **Subdirección General de Cartera de Servicios y Fondos de Compensación**: Cristina González del Yerro Valdés / Belén Alonso Durán / Carmen Pérez Mateos / Esther Sánchez González
- **S.G. de Servicios Digitales de Salud**: Estela Vázquez López / María Pilar Vivas Caballero / José Carlos Estévez García

REUNIONES

A continuación, se detallan las reuniones realizadas, así como su Orden del Día.

C. SEGUIM. FONDO COHESIÓN SANITARIA (12 de mayo de 2021). Videoconferencia

1. Resultados de la Liquidación conjunta del FCS y FOGA de 2021.
2. Información sobre el procedimiento de derivación de pacientes en Redes Europeas.
3. Información de los estudios llevados a cabo por el Grupo de Trabajo de Anexo II.
4. Ruegos y preguntas.

C. SEGUIM. FONDO COHESIÓN SANITARIA (15 de noviembre de 2021). Videoconferencia

1. Examen y aprobación de las actas de las reuniones de la Comisión de seguimiento del Fondo de cohesión sanitaria (FCS) celebradas los días 4 de junio de 2019, 10 de julio de 2020 y 12 de mayo de 2021.
2. Presentación para su aprobación del listado de Procedimientos Ambulatorios aprobado por el Grupo de Trabajo de Anexo II para continuar con el proceso de valoración económica con las aportaciones de las comunidades autónomas e INGESA y calendario de aplicación.
3. Información sobre la tramitación de la Liquidación 2021 Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS) y Fondo de Garantía Asistencial (FOGA).
4. Ruegos y preguntas.

Comisión de Salud Digital

ACUERDO PLENO CONSEJO: 30 de junio de 2021.
FECHA CONSTITUCIÓN: 22 de julio de 2021.
COORDINADOR: D.G. de Salud Digital y Sistemas de Información para el SNS.

PARTICIPANTES

CCAA

- País Vasco - Mikel Sánchez Fernández / Martín Begoña Oleaga / Carmen Recaldo / Inmaculada Moro / Ana Bustindure
- Cataluña - Pol Pérez Sust
- Galicia - Alberto Fuentes Losada / Benigno Rosón Calvo
- Andalucía - Isaac Túnez Fiñana / Juan Antonio Gómez Palomeque
- Asturias - María Elena Llorente Fernández / Fernando Mantilla Gómez
- Cantabria - Santiago García Blanco
- La Rioja - Alberto Lafuente Jiménez / Sergio Martínez Astola
- Murcia - Manuel Escudero Sánchez / Carlos García
- C. Valenciana - Mª Llanos Cuenca González
- Aragón - Juan Ignacio Coll Clavero
- Castilla-La Mancha - Regina Leal Eizaguirre / Eladio Linares Morcillo
- Canarias - Conrado Domínguez Trujillo
- Navarra - Carlos Artundo Purroy / Gregorio Achútegui Basagoiti / Javier Turumbay
- Extremadura - Ceciliano Franco Rubio / Ana Isabel Martínez Albarrán / Vicente Alonso
- Baleares - Juli Fuster Culebras / Manuel Palomino Chacón / Mª Carmen Moreno / Ángel Cogolludo
- Madrid - Francisco Luis Sánchez / Mª Luz de los Mártires Almingol / Francisco Ramón García Lombardía
- Castilla y León - Mª Ángeles Cisneros Martín / José Ramón Garmendia Leiza
- Ceuta - Rebeca Benarroch Benarroch
- Melilla - Juan Luis Cabanillas Moruno / Daniel Castrillejo Pérez

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **Presidente:** Alfredo González Gómez / Juan Fernando Muñoz Montalvo
- **Ministerio de Sanidad**: Noemí Cívicos Villa / Sara Pupato Ferrari / Mónica Fernández Muñoz / Luis Márquez Alcañiz / Mercedes Alfaro Latorre / Mª Fé Lapeña Gutiérrez / Jesús Rubí Navarro / Mª Dolores Tomé Cotarelo / Lucía Escapa Castro / Guillermo Areán Fernández / Enrique Quintanilla Cabañero / Mª Rocío Rodríguez Temiño
- **Mutualidad MUFACE**: Myriam Pallarés Cortón

- **Mutualidad MUGEJU**: José Juan Tomás Porter
- **Mutualidad ISFAS**: José Luis Modrego Navarro / Ana Betegón Sanz / Antonio Vázquez
- **INGESA**: Belén Hernando Galán / José Mª Vinagre Bachiller

REUNIONES

A continuación, se detallan las reuniones realizadas, así como su Orden del Día.

C. SALUD DIGITAL (22 de julio de 2021). Videoconferencia

1. Debate y aprobación, si procede, de la propuesta de Reglamento interno de la Comisión de Salud Digital.
2. Debate de la propuesta de criterios de distribución de fondos destinados a la digitalización del Sistema Nacional de Salud.
3. Información sobre el estado de elaboración y contenido de la Estrategia de Salud Digital en el Sistema Nacional de Salud.

C. SALUD DIGITAL (7 de octubre de 2021). Videoconferencia

1. Aprobación, si procede, del acta de la reunión de la CSD del 22 de julio de 2021.
2. Aprobación, si procede, de los cambios en el Reglamento interno de organización y funcionamiento de la CSD, y de los Acuerdos internos de funcionamiento de las Subcomisiones.
3. Revisión de comentarios de la Estrategia de Salud Digital en el SNS y acuerdo sobre el borrador para su información pública, distribución a organizaciones y elevación al Consejo Interterritorial del SNS.
4. Distribución definitiva de fondos Farmaindustria.
5. Relanzamiento Historia Clínica Digital del SNS (HCDSNS).
6. Espacio de datos SNS.
7. Ruegos y Preguntas.

C. SALUD DIGITAL (3 de noviembre de 2021). Videoconferencia

- **Punto único:** Modificación del programa de desarrollo de medidas para mejorar la eficiencia y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Salud Digital.

Subcomisión de Servicios y Tecnologías para la Salud Digital

ACUERDO PLENO CONSEJO: 30 de junio de 2021.
FECHA CONSTITUCIÓN: 16 de septiembre de 2021.
COORDINADOR: D.G. de Salud Digital y Sistemas de Información para el SNS.

PARTICIPANTES

CCAA

- País Vasco	- Carmen Recalde Langarica
- Cataluña	- Jordi Gabaldà Azofra, Carlos Gallego Pérez
- Galicia	- Benigno Rosón Calvo / Luis Ricardo López Pérez
- Andalucía	- Juan Antonio Gómez Palomeque / Ismael Vargas Piña
- Asturias	- Fernando Mantilla Gómez María / Esther Llut Mañueco
- Cantabria	- Rocío Montalbán Carrasco / Santiago García
- La Rioja	- Sergio Martínez Astola / Juan Carlos Oliva Pérez
- Murcia	- Manuel Escudero Sánchez
- C. Valenciana	- Enrique Bausá / Rosa García
- Aragón	- Samuel Moñux Salvador
- Castilla-LM	- Eladio Linares Morcillo
- Canarias	- Mª Jesús Millán Muñoz
- Navarra	- Javier Turrumbay Ranz / Joaquín Sanz Ureta
- Extremadura	- Ana Isabel Martínez Albarrán
- Baleares	- Mª del Carmen Moreno Gutiérrez / Sebastià Matas Riera
- Madrid	- Francisco Luis Sánchez Prieto
- Castilla y León	- Miguel Villa Arranz / Juan Carlos Peciña de Frutos
- Ceuta	-
- Melilla	-

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **Ministerio de Sanidad**: Noemí Cívicos Villa, Mercedes Alfaro Latorre, Lucía Escapa Castro, Mª Fé Lapeña Gutiérrez, Guillermo Areán Fernández, Carlos Molina Carrón
- **INGESA**: José Mª Vinagre Bachiller

REUNIONES

A continuación, se detallan las reuniones realizadas, así como su Orden del Día.

SUBCOMISIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS PARA LA SALUD DIGITAL" (16 de septiembre de 2021). Videoconferencia.

1. Debate y aprobación, si procede, del borrador de Acuerdo interno de organización y funcionamiento de la Subcomisión.
2. Revisión del estado de los proyectos COVID.
3. Financiación en Componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia para las Comunidades Autónomas.
4. Propuesta de proyectos susceptibles de ser financiados por fondos FARMAINDUSTRIA.
5. Procedimiento para la justificación y el seguimiento de los fondos FARMAINDUSTRIA.
6. Propuestas de creación de Grupos de Trabajo.

Subcomisión de Sistemas de Información

ACUERDO: 6 de noviembre de 2000.
FECHA CONSTITUCIÓN: 30 de noviembre de 2000.
COORDINADOR: Subdirección General de Información Sanitaria.

PARTICIPANTES

CCAA

- País Vasco	- Luis Javier Echavarría González de Garibay / Mikel Sánchez Fernández / Carmen Recalde
- Cataluña	- Catalina Sais Sunyé / Carolina Sais Sunye
- Galicia	- Benigno Rosón Calvo / Raquel Vázquez / Jorge Prado / Consuelo Carballeira / Eladio Andión
- Andalucía	- Mª Ángeles Marqués Aranda / Francisco Pérez Torres
- Asturias	- Luis Martínez Escotet
- Cantabria	- Santiago García Blanco
- La Rioja	- Mª del Milagro Martín Nozal / Belén Ruiz
- Murcia	- Joaquín Palomar Rodríguez
- C. Valenciana	- Enrique Bausá Llamazares / Mª Llanos Cuenca González
- Aragón	- Federico E. Arribas Monzón / Mª del Pilar Rodrigo Val
- Castilla-LM	- Carmen Encinas Barrios / Alfonso Abaigar Martínez / Emma Catalán Rueda
- Canarias	- Hilda Sánchez Janáriz / Sara Trujillo Alemán
- Navarra	- Javier Apezteguia Urroz / Javier Turrumbay Ranz
- Extremadura	- Luis Lozano Mera / Ana Isabel Martínez Albarrán
- Baleares	- Antonia Salvá Fiol / Alfonso Villegas Rey
- Madrid	- Francisco Sánchez / Maravillas Izquierdo Martínez
- Castilla y León	- Teresa Sanz Bachiller / Ana Medina Luezas / Mª José Pérez Boíllos
- Ceuta	-
- Melilla	- Luisa Fernanda Hermoso Castro

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **S.G. de Información Sanitaria**: Mercedes Alfaro Latorre (Presidenta) / Marta Aguilera Guzmán / Belén Crespo Sánchez-Eznarriaga / Mª Ángeles Gogorcena Aoiz / Belén Martín Águeda /

Francisco José Sánchez Laguna / Enrique Regidor Poyatos / Nieves Calcerrada Díaz-Santos / Alicia Estirado Gómez / Miguel de Bustos Guadaño / Luz Fidalgo García / Félix Miguel García / Monserrat Neira León / Cristina Sanz Sebastián / Marina Paz Sánchez

- **S.G. de Promoción, Prevención y Calidad (D.G. de Salud Pública)**: Soledad Justo Gil
- **D.G. de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia**: Alicia Benedí González / Juan Luis Moreno González
- **D.G. de Salud Digital y Sistemas de Información del SNS**: Mª Fé Lapeña Gutiérrez / Mª Dolores Tomé Cotarelo / Alexander Zlotnik / Ángel Martín Serrano
- **Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (MUFACE)**: Juan Carlos Pérez Fuertes / Mª Eugenia Mateos Pérez / Juan Carlos Pérez Fuertes
- **Ministerio de Justicia (MUGEJU)**:
- **INGESA**: Juan Álvarez Orejón
- **Ministerio de Defensa (ISFAS)**: Antonio Ramos Melego / Ana Betegón Sanz

REUNIONES

A continuación, se detallan las reuniones realizadas, así como su Orden del Día.

SUBCOMISIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN (12 de mayo de 2021). Presencial

1. Apertura de la sesión y aprobación del acta de la reunión anterior
2. Base de datos de TSI: Cambios en la BD derivados de la Ley Presupuestos Generales del Estado
3. Historia Clínica del SNS: relanzamiento del proyecto, proyectos europeos
4. Receta Electrónica: situación interoperabilidad (Europa)
5. PaRIS: cambios en el planteamiento del proyecto y colaboración de las comunidades autónomas en el piloto
6. Estadística de Centros de Atención Especializada (SIAE): proyecto de renovación del SIAE
7. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE): trabajos preparatorios ENSE 2022
8. Certificado defunción digital: informe de situación
9. Sistemas de información y Registros Asistenciales (RAE-CMBD/BDCAP): Informe de situación.
10. Ruegos y preguntas

SUBCOMISIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN (21 de junio de 2021). Presencial

1. Apertura de la sesión y aprobación del acta de la reunión anterior (mayo 2021).
2. Descentralización de fondos para la mejora del Sistema de Información Sanitaria.
3. Situación del Servicio de Historia Clínica Digital del Sistema nacional de Salud.
4. Certificado de Defunción Digital: recogida de opinión y propuestas de las Comunidades Autónomas.
5. Ruegos y preguntas.

SUBCOMISIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN (14 de septiembre de 2021). Presencial

1. Apertura de la sesión y aprobación del acta de la reunión anterior (junio 2021).
2. Nueva estructura y organización de los órganos de participación del Sistema Nacional de Salud en materia de Información Sanitaria y Salud Digital.
3. Estrategia de Salud Digital.
4. Actuaciones para el impulso del Servicio de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud.
5. Ruegos y preguntas.

Comité Técnico del Conjunto Mínimo Básico de Datos

ACUERDO PLENO CONSEJO: 13 de julio de 1988
FECHA CONSTITUCIÓN: 10 de mayo de 1989
COORDINADOR: Subdirección General de Sistemas de Información Sanitaria

PARTICIPANTES

CCAA

- País Vasco - Carlos Jiménez del Rio / Luís Javier Ehevarría González de Garibay
- Cataluña - Carolina Sais Sunye
- Galicia - Consuelo Carballeira Roca
- Andalucía - Jesús Trancoso Estrada
- Asturias - Ana Roces Fernández
- Cantabria - Germán Romero Ruiz
- La Rioja - Eloísa Ibáñez Villambiste
- Murcia - Joaquín A. Palomar Rodríguez
- C. Valenciana - Julia Calabuig Pérez /Inmaculada Ferreros Villar
- Aragón - Federico Arribas Monzón
- Castilla-La Mancha - Carmen García Colmenero
- Canarias - Hilda Sánchez Jánariz
- Navarra - Isabel García Romero
- Extremadura - Blanca Pérez García
- Baleares - Antonia Salva Fiol / Micaela Ramis Murillo
- Madrid - Francisco L. Sánchez Prieto
- Castilla y León - Fernando Peña Ruíz / Ana Medina Luezas

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **Ministerio de Sanidad:** Mª Ángeles Gogorcena Aoiz, Cristina Sanz Sebastián, Mª. Dolores Pastor Sanmillán, Julia Romero Alonso.
- **INGESA**: Juan Álvarez Orejón

REUNIONES

A continuación, se detalla la reunión realizada, así como su Orden del Día.

COMITÉ CMBD (27 de mayo de 2021). Videoconferencia

- Aprobación del acta anterior
- RAE 2019
- Carga RAE 2020
    - Periodo de carga
    - Situación de las comunidades
- Actuaciones en relación CIE10ES
- Otros proyectos: estimación de pesos y costes; indicadores icmbd
- Ruegos y preguntas

Comisión de Trasplantes

ACUERDO PLENO CONSEJO: 26 de marzo de 1990.
FECHA CONSTITUCIÓN: 29 de junio de 1990.
COORDINADOR: Organización Nacional de Trasplantes.

PARTICIPANTES

CCAA

- País Vasco	- Joseba Ignacio Aranzábal Pérez / Esther Corral Lozano
- Cataluña	- Jaume Tort Bardolet
- Galicia	- Encarnación Bouzas Caamaño / Marta Álvarez Vázquez / Marisa López
- Andalucía	- José Miguel Pérez Villares
- Asturias	- Dolores Escudero Augusto
- Cantabria	- Eduardo Miñambres García
- La Rioja	- Fernando Martínez Soba
- Murcia	- Pablo Ramírez Romero / Ricardo Robles Campos
- C. Valenciana	- Rafael Zaragoza Crespo
- Aragón	- Raquel Montoiro Allué
- Castilla-La Mancha	- Mª José Sánchez-Carretero
- Canarias	- Gemma García Poignon
- Navarra	- José Roldán Ramírez
- Extremadura	- Luis López Sánchez
- Baleares	- Miguel Agudo García
- Madrid	- Francisco del Río Gallegos / Alonso Mateos
- Castilla y León	- Pablo Ucio Mingo

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **Organización Nacional de Trasplantes:** Beatriz Domínguez-Gil/ Enrique Caracuel / Elisabeth Coll / Gloria de la Rosa / Dolores Hernández / Jorge Galloso / Beatriz Mahíllo / Rosario Marazuela / Raúl Muñoz / Alicia Pérez / María Valentín / Itziar Martínez / Mª Dolores Perojo / Amparo Luengo

REUNIONES

A continuación, se detallan las reuniones realizadas, así como su Orden del Día.

C. TRASPLANTES (23 de febrero de 2021). Videoconferencia

1. Propuesta y adopción del orden del día.
2. Lectura y aprobación del acta de la reunión de 12 de noviembre de 2020.
3. Donación y trasplante en relación a la Covid-19:
    3.1. Revisión general de la actividad en 2020.
    3.2. Recomendaciones para profesionales y documento de posicionamiento SEMICYUC-ONT.
    3.3. Derivación de pacientes PATHI entre CCAA por motivos relacionados con la COVID-19.
    3.4. Análisis de datos COVID-19 y trasplante.
    3.5. Proyecto de investigación "Impacto de la epidemia COVID-19 sobre el desarrollo del proceso de la donación de órganos, ONT- Grupo RECCAL", basado en el Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación.
4. Donación y trasplante de órganos:
    4.1. Hoja de exclusión de pacientes trasplantados renales.
    4.2. Modificación final acordada para el procedimiento de trasplante cardiaco en asistolia.
    4.3. Nombramiento del Presidente del Grupo de Expertos de Bioética.
    4.4. Proyecto de investigación sobre trasplante renal a adulto con inducción de tolerancia mediante trasplante de progenitores hematopoyéticos.
    4.5. Proyecto de investigación sobre trasplante hepático como tratamiento de las metástasis hepáticas de cáncer colorrectal irresecables.
5. Donación y trasplante de progenitores hematopoyéticos:
    5.1. Revisión tarifas REDMO nuevos procedimientos.
    5.2. Previsiones y presupuesto Plan Médula Ósea 2021.
6. Asuntos internacionales:
    6.1. Revisión de la Directiva Europea Tejidos y Células.
    6.2. Máster Alianza en donación y trasplante de órganos, tejidos y células 2021.
7. Otros asuntos de interés:
    7.1. Designación de los representantes nombrados para formar parte de la Subcomisión Nacional de Seguridad en órganos, tejidos y células.
    7.2. Trasplante de útero.
    7.3. Otros asuntos a propuesta de miembros de la Comisión.

C. TRASPLANTES (7 de abril de 2021). Videoconferencia

1. Propuesta y adopción del orden del día.
2. Lectura y aprobación del acta de la reunión de 23 de febrero de 2021.
3. Donación y trasplante en relación a la Covid-19
4. Subvenciones 2021.
5. Donación y trasplante de órganos:
   5.1. Actividad de donación y trasplante de órganos 2020 y criterios de distribución.
   5.2. Informes Donación en Asistolia 2020.
   5.3. Proyecto de investigación sobre trasplante hepático como tratamiento de las metástasis hepáticas de cáncer colorrectal irresecables.
   5.4. Primer trasplante cardiaco neonatal de donante en asistolia.
   5.5. Protocolos de trasplante cardiaco de donante en asistolia.
   5.6. Procesos de re-acreditación de los CSUR de trasplantes.
6. Donación y trasplante de progenitores hematopoyéticos:
   6.1. Aprobación de las Tarifas de REDMO.
7. Asuntos internacionales:
   7.1. Máster Alianza en donación y trasplante de órganos, tejidos y células 2021.
8. Otros asuntos de interés.

C. TRASPLANTES (28 de junio de 2021). Videoconferencia

1. Propuesta y adopción del orden del día.
2. Lectura y aprobación del acta de la reunión de 7 de abril de 2021.
3. Donación y trasplante en era covid-19.
4. Subvenciones 2021.
5. Renovación subcomisiones de la comisión de trasplantes.
6. Donación y trasplante de órganos:
   6.1. Protocolo de utilización local de riñones de donante fallecido ABO incompatible.
   6.2. Registro Español de Enfermos Renales (REER).
   6.3. Trasplante cardiaco de donante en asistolia.
   6.4. Recomendaciones nacionales sobre donación en asistolia controlada en posibles donantes con enfermedades neurodegenerativas.
   6.5. Máquinas de perfusión en los trasplantes de órganos sólidos.
   6.6. Revisión criterios Centros, Servicios y Unidades de Referencia.
7. Donación y trasplante de progenitores hematopoyéticos:
   7.1. Revisión y Aprobación de las Tarifas de REDMO.
   7.2. Ampliación de centros en el Ensayo Clínico RELEASE.
   7.3. Acuerdos de colaboración entre maternidades y empresas en donación SCU.
8. Donación y trasplante de tejidos:
   8.1. Situación del Plan Nacional de Tejidos.
   8.2. Real Decreto Productos Sanitarios.

9. Asuntos internacionales:
   9.1. Máster Alianza en donación y trasplante de órganos, tejidos y células 2021.
   9.2. Revisión de la Directiva 2002/98/EC sobre Seguridad y Calidad en sangre y componentes de sangre y de la Directiva 2004/23/EC sobre Seguridad y Calidad en tejidos humanos y células, y sus actos de implementación.
10. Otros asuntos de interés:
   10.1. Subcomisión Nacional de Seguridad de Órganos, Tejidos y Células.

C. TRASPLANTES (9 de septiembre de 2021). Videoconferencia

1. Propuesta y adopción del orden del día.
2. Lectura y aprobación del acta de la reunión de 28 de junio de 2021.
3. Actividad de donación y trasplante en era covid-19.
4. Donación de órganos y prestación de ayuda a morir.
5. Otros asuntos de interés.

C. TRASPLANTES (14 de diciembre de 2021). Videoconferencia

1. Propuesta y adopción del orden del día

2. Lectura y aprobación del acta de la reunión de 9 de septiembre de 2021

3. Actividad de donación y trasplante en era COVID-19

4. Donación y trasplante de órganos

   4.1 Recomendaciones nacionales sobre donación en asistolia controlada en pacientes con enfermedades neurodegenerativas.

   4.2 Donación tras la prestación de ayuda a morir. Argumentario, texto para Manual de Buenas Prácticas y Protocolo Nacional.

   4.3 Trasplante cardiaco de donante en asistolia controlada.

   4.4 Colaboración para la donación de órganos y tejidos en centros sanitarios del sector privado en colaboración con el sector sanitario público.

   4.5 Revisión criterios Centros, Servicios y Unidades de Referencia.

5. Donación y trasplante de progenitores hematopoyéticos

   5.1 Actualización Plan Nacional de Médula Ósea. Donantes inscritos.

   5.2 Acreditación de unidades de obtención de progenitores hematopoyéticos.

   5.3 Plan Nacional de Sangre de Cordón Umbilical 2020-2025.

6. Asuntos internacionales

   6.1. Reunión Red Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante y Máster Alianza en donación y trasplante de órganos, tejidos y células 2021.

6.2. Revisión de la Directiva 2002/98/EC sobre Seguridad y Calidad en sangre y componentes de sangre y de la Directiva 2004/23/EC sobre Seguridad y Calidad en tejidos humanos y células, y sus actos de implementación.

7. Otros asuntos de interés

7.1. Revisión acuerdo CIT de febrero 2018 sobre estudio, trasplante y seguimiento de receptores en clínicas privadas en una CA distinta a la de residencia. Propuesta de La Rioja y Navarra.

7.2. Revisión circular Nº 1/2019 sobre los procedimientos necesarios a seguir para la derivación de pacientes para trasplante entre Comunidades Autónomas. A propuesta de Andalucía y Madrid.

7.3. Transporte de órganos. MDCG 2021-24. Guidance on classification of medical devices.

Subcomisión de Trasplante de progenitores hematopoyéticos

ACUERDO COMISIÓN TRASPLANTES: 8 de mayo de1997.
FECHA CONSTITUCIÓN: 27 de junio de 1997.
COORDINADOR: Organización Nacional de Trasplantes.

PARTICIPANTES

CCAA

- País Vasco
- Andalucía
- Aragón
- Esther Corral
- Antonia Álvarez
- Raquel Montoiro

OTRAS ORGANIZACIONES

- **Expertos**: Enric Carreras / Juliana Villa / Nuria Marieges / Ana Lluch / Cristina Arbona Castaño / Luis Javier García Frade / José Luis Vicario / Sergi Querol / Jorge Gayoso / Jaime Sanz Caballer / Fermín Sánchez-Guijo / Christelle Ferrá / Rocío Parody / Javier López / Marta González Vicent / Ana Sastre

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- **Organización Nacional de Trasplantes**: Beatriz Domínguez-Gil (Presidenta) / Dolores Hernández / Esther Bernabé / Bibiana Ramos

REUNIONES

A continuación, se detallan las reuniones realizadas, así como su Orden del Día.

SUBCOMISIÓN TPH (8 de junio de 2021). Videoconferencia

1. Propuesta y adopción del Orden del día.
2. Lectura y aprobación del acta anterior.
3. Informe actividades REDMO 2020.
4. Memoria de TPH 2020.
5. Actividades Comité de Expertos TPH.
6. Estrategia Nacional de TPH 2018-2022: Evolución tipajes HLA.
7. Ruegos y preguntas.

Subcomisión de Docencia de la Comisión de Trasplantes

COORDINADOR: Organización Nacional de Trasplantes.

SUBCOMISIÓN DE DOCENCIA (9 de julio de 2021)

Orden del Día:

1. Evaluación de las subvenciones: Actividad y Formación.
2. Revisión de la asignación provisional.
3. Futuras acciones de la Subcomisión de Docencia.
4. Otros asuntos de interés a propuesta de los miembros de la Subcomisión de Docencia.

PARTICIPANTES

CCAA

Por parte de las CCAA

- Gemma García Poignon, Coordinadora Autonómica de Trasplantes de Canarias
- Eduardo Miñambres, Coordinador Autonómico de Trasplantes de Cantabria
- Marta Álvarez Vázquez, Coordinación Autonómica de Trasplantes de Galicia
- Rafael Zaragoza, Coordinador Autonómico de Trasplantes de la C. Valenciana

AGE

- Beatriz Domínguez-Gil, Directora de la Organización Nacional de Trasplantes
- Elisabeth Coll, Jefa de Servicio Área Médica de la ONT
- Enrique Caracuel, Secretario General de la ONT
- María Dolores Perojo, Jefa de Servicio de la Unidad de Apoyo a la Dirección de la ONT

Comisión de Asuntos relacionados con Consejos de la UE

ACUERDO PLENO CONSEJO: 28 de junio de 2005.
CONSTITUCIÓN: 21 de julio de 2005.
COORDINADOR: Subdirección General de Relaciones Internacionales.

COMISIÓN CARCUE (10 de Junio de 2021). Videoconferencia

PARTICIPANTES

CCAA

- País Vasco	- Imanol Zuloaga / Nuria Pascual
- Aragón	- Sira Repollés Lasheras / Sandra García Armesto
- Cataluña	- Josep A. Pujante / Mª Teresa Alay

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- Silvia Calzón Fernández	- Presidenta
- Pilar Pasarón Polo	- Secretaria
- Ministerio de Sanidad	- José Ramón del Prado / Marta Pérez / Leticia Copano
- REPER	- Francisco Sevilla Pérez / Santiago Rodríguez Uriel

ORDEN DEL DÍA

1. Aprobación del Acta de la reunión de la Comisión celebrada el 2 de diciembre de 2019.
2. Temas que se tratarán en el próximo Consejo de Ministros EPSCO del 15 de junio de 2021, en el área de salud.
3. Ruegos y preguntas.

COMISIÓN CARCUE (2 de Diciembre de 2021). Videoconferencia

PARTICIPANTES

CCAA

- Castilla-La Mancha - Carmen Encinas Barrios / Emma Catalán Rueda / Julián Vieco García / Jesús García Verdugo
- Aragón - Sandra García Armesto

ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO

- Pilar Pasarón Polo - Secretaria
- Ministerio de Sanidad - Raquel Granados / Miguel Ángel Ortiz
- REPER - Francisco Sevilla Pérez / Lucía Merino / Santiago Rodríguez Uriel

ORDEN DEL DÍA

1.- Aprobación del Acta de la reunión de la CARCUE celebrada el 10 de junio 2021.
2.- Temas que se tratarán en el próximo Consejo de Ministros EPSCO del 7 de diciembre de 2021, en el área de salud.
3.- Ruegos y preguntas.

Reuniones Bilaterales Sanidad-Agricultura

Ha tenido lugar una reunión bilateral entre los Ministros de Sanidad y de Agricultura, Pesca y Alimentación, y los representantes de las comunidades autónomas.

PARTICIPANTES

	SANIDAD	AGRICULTURA
Adm. Gral. del Estado	Dª Carolina Darias San Sebastián	
País Vasco	Sra. Dª Gotzone Sagardui Goikoetxea	Sra. Dª Mª Aránzazu Tapia Otaegui
Cataluña	Sra. Dª Alba Vergés i Bosch	Sra. Dª Teresa Jordá i Roura
Galicia	Sr. D. Julio García Comesaña	
Andalucía	Sr. D. Jesús Ramón Aguirre Muñoz	Sra. Dª Carmen Crespo Díaz
La Rioja	Sra. Dª. Sara Alba Corral	Sra. Dª. Eva Hita Lorite
Murcia	Sr. D. Juan José Pedreño Planes	Sr. D. Antonio Luengo Zapata
C. Valenciana	Sra. Dª. Ana Barceló Chico	Sra. Dª. Mireia Mollá Herrero
Aragón	Sra. Dª. Sira Ripollés Lasheras	Sr. D. Joaquín Olona Blasco
Castilla-La Mancha	Sr. D. Jesús Fernández Sanz.	Sr. D. Francisco Martínez Arroyo
Canarias	Sr. D. Blas Gabriel Trujillo Oramas	
Navarra	Sra. Dª. María Santos Indurain Orduna	Sra. Dª. Itziar Gómez López
Extremadura	Sr. D. José Mª Vergeles Blanca	Sra. Dª. Begoña García Bernal
Baleares	Sra. Dª. Patricia Juana Gómez i Picard	
Madrid	Sr. D. Enrique Ruiz Escudero	
Castilla y León	Sra. Dª. Verónica Casado Vicente	Sr. D. Jesús Julio Carnero García
Castilla y León	Sra. Dª. Verónica Casado Vicente	
Ceuta	Sr. D. Alberto Gaitán Rodríguez	
Melilla	Sr. D. Mohamed Mohamed Mohand	

Otros participantes:

- Ministro de Política Territorial y Función Pública: Miquel Iceta i Llorens
- Secretaria del CISNS y Secretaria de Estado: Silvia Calzón Fernández
- SG de Salud Digital, Información e Innovación: Alfredo Gonzalez Gómez
- Subsecretario de Sanidad: Francisco Hernández Spínola
- DG de Ordenación Profesional. Vicenç Martínez Ibáñez.
- DG de Cartera de Servicios SNS y Farmacia: Patricia Lacruz Gimeno
- DG de Salud Pública: Pilar Aparicio Azcárraga
- Director CCAES: Fernando Simón Soria
- Directora de la AEMPS: María Jesús Lamas Díaz
- Presidente de la FEMP: Abel Caballero Álvarez
- S.G. de Cooperación Autonómica: Violeta Tomás Gutiérrez

REUNIONES

A continuación, se detalla la reunión realizada, así como su Orden del Día.

REUNIÓN BILATERAL SANIDAD-AGRICULTURA (6 de mayo de 2021)

1. Valoración de la situación epidemiológica COVID-19.
2. Actualización de la guía para la prevención y control de la COVID-19 en las explotaciones agrícolas que vayan a contratar a temporeros.

Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud

COMITÉ CONSULTIVO DEL SNS

REGULACIÓN: Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS (Art. 67).
CONSTITUCIÓN: 17 de febrero de 2004.
PRESIDENTA: Secretaria de Estado de Sanidad.

COMPOSICIÓN

El Comité Consultivo está integrado por 32 miembros, distribuidos de la siguiente manera:

- Seis representantes de la Administración General del Estado.
- Seis representantes por parte de las comunidades / ciudades autónomas.
- Cuatro representantes de la Administración Local.
- Ocho representantes de organizaciones empresariales.
- Ocho representantes organizaciones sindicales.

ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO

- Secretaria de Estado de Sanidad (Presidenta).
- Subdirectora General de Gestión de Proyectos e Innovación (Secretaria).
- Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación.
- Directora General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia.
- Director General de Ordenación Profesional.
- Secretario General Técnico.

COMUNIDADES AUTÓNOMAS

- Aragón.
- Castilla-La Mancha.
- Canarias.
- Navarra.
- Extremadura.
- Islas Baleares.

ADMINISTRACIÓN LOCAL

- Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP).

ORGANIZACIONES EMPRESARIALES

- Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE).
- Confederación Española de Pequeña y Mediana Empresa (CEPYME).

ORGANIZACIONES SINDICALES

- Confederación Sindical de Comisiones Obreras (CC.OO.).

- Unión General de Trabajadores (UGT).
- Confederación Intersindical Gallega (CIG).
- Euskal Langileen Alkartasuna (ELA-STV).

COMITÉ CONSULTIVO DEL SNS (17/06/21)

PARTICIPANTES

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	
- Aragón - Castilla La-Mancha - Canarias - Navarra - Extremadura - Baleares	- Félix Asín Sañudo - María Teresa Marín Rubio - - Carlos Artundo Purroy - Vicente Caballero Pajares - Guadalupe Pulido Román
ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO	
- Secretaría de Estado de Sanidad	- Silvia Calzón Fernández (Presidenta)
- Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS	- Rocío Rodríguez Temiño (Secretaria) / Alfredo González Gómez
- D. G. de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia	- Patricia Lacruz Gimeno
- Dirección General de Ordenación Profesional	- Vicent Martínez Ibáñez
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)	- Antonio Blázquez Pérez
- D.G. de Salud Pública - Centro de Alertas y Emergencias Sanitarias	- Covadonga Caballo Diéguez / Yolanda Agra Varela - Fernando Simón Soria
ADMINISTRACIÓN LOCAL	
- Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP)	- Luis Enrique Mecati Granado / Gema Rodríguez López
ORGANIZACIONES EMPRESARIALES	
- Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE).	- Emili Esteve Sala / María Aláez / Carlos Magdaleno Fernández / Carlos Gallinal Sánchez / / Jesús Gómez Montoya / Cristina Rivero / Mauricio Ocaña Fernández
- Confederación Española de la Pequeña y Mediana Empresa (CEPYME).	- Teresa Díaz de Terán López
ORGANIZACIONES SINDICALES	
- Confederación Sindical de Comisiones Obreras (CC.OO.).	- Paula Guisande Boronat / Agustín Reoyo Jiménez / Rosa María Cuadrado Abad
- Unión General de Trabajadores (UGT).	- Miguel Ángel Zamarrón Moreno / Ana Isabel Gracia Villanueva / Ana Francés Roger
- Confederación Intersindical Gallega (CIG). - Confederación Sindical Euskal Langileen Alkartasuna (ELA/STV).	

ORDEN DEL DÍA

1. Lectura y aprobación, si procede, de las Actas Nº 43, 44 y 45, correspondiente a las sesiones celebradas los días 7 de octubre de 2019, 13 de febrero y 9 de marzo de 2020.
2. Información sobre fondos europeos de recuperación en el ámbito sanitario.
3. Situación y evolución de la pandemia y el proceso de vacunación en España.
4. Proyectos normativos susceptibles de informe:
   - 4.1. Proyecto de Orden por la que se actualizan los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.
   - 4.2. Proyecto de Real Decreto por el que se aprueba el Reglamento sobre protección de la salud contra los riesgos derivados de la exposición a las radiaciones ionizantes.
   - 4.3. Proyecto de Real Decreto por el que se aprueban los Estatutos del Consejo General de Colegios de Ópticos-Optometristas.
   - 4.4. Proyecto de Orden por la que se aprueban las normas de correcta preparación extemporánea de radiofármacos.
   - 4.5. Proyecto de Orden por la que se actualiza el anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, en lo relativo al catálogo común de prótesis externas de miembro superior y miembro inferior, ortoprótesis para agenesias, sillas de ruedas, órtesis y productos para la terapia del linfedema.
   - 4.6. Proyecto de Real Decreto por el que se establecen los criterios sanitarios para la prevención y el control de la legionelosis.
   - 4.7. Proyecto de Real Decreto por el que se establecen los criterios de calidad en Medicina Nuclear.
   - 4.8. Proyecto de Real Decreto por el que se regula la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud, el procedimiento y criterios para la creación y revisión de los títulos de especialista en ciencias de la salud y de los diplomas de área de capacitación específica, el acceso y la formación de las áreas de capacitación específica y se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación.
   - 4.9. Proyecto de Real Decreto por el que se modifica el Real Decreto 1662/2000, de 29 de septiembre, sobre productos sanitarios para diagnóstico "in vitro", con objeto de regular la venta al público y la publicidad de los productos de autodiagnóstico para la COVID-19.
   - 4.10. Proyecto de Real Decreto por el que se regula la organización y funcionamiento de los registros nacionales en materia de reproducción humana asistida.
5. Ruegos y Preguntas.

COMITÉ CONSULTIVO DEL SNS (12/11/21)

PARTICIPANTES

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	
- Aragón - Castilla La-Mancha - Navarra - Extremadura - Baleares. - Canarias	- José María Arnal Alonso. - María Teresa Martín Rubio - Idoia Gaminde Inda - Vicente Caballero Pajares - Guadalupe Pulido Román - Elizabeth Hernández González
ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO	
- Secretaría de Estado de Sanidad - Subsecretaria de Sanidad. - Secretario General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS. - Secretaría General Técnica. - D. G. de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia. - Dirección General de Ordenación Profesional. - D.G. de Salud Pública - Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) - INGESA.	- Silvia Calzón Fernández (Presidenta) - Octavio Rivera Atienza (Secretario) - Juan Fernando Muñoz Montalvo. - Mónica Fernández Muñoz. - Patricia Lacruz Gimeno - Vicent Martínez Ibáñez - Pilar Aparicio Azcárraga. - María Jesús Lamas - Dª Belén Hernando Galán / María José Gemar Arjona.
ADMINISTRACIÓN LOCAL	
- Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP)	- Gema Rodríguez López
ORGANIZACIONES EMPRESARIALES	
- Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE). - Confederación Española de la Pequeña y Mediana Empresa	- Emili Esteve Sala (Vicepresidente) / José Ramón Luis Yagüe / María Aláez / Carlos Gallinal Sánchez / Mauricio Ocaña Fernández - Miguel Canales Gutiérrez.
ORGANIZACIONES SINDICALES	
- Confederación Sindical de Comisiones Obreras (CC.OO.). - Unión General de Trabajadores (UGT). - Confederación Intersindical Gallega (CIG). - Confederación Sindical Euskal Langileen Alkartasuna (ELA/STV).	- Agustín Reoyo Jiménez / Humberto Muñoz Beltrán/ Rosa María Cuadrado Abad / Carlos Bravo Fernández - Miguel Ángel Zamarrón Moreno (Vicepresidente) / Ana Francés Roger / /Josefa Avalos.

ORDEN DEL DÍA

1. Lectura y aprobación, si procede, del Acta Nº46, correspondiente a la sesión celebrada el 17 de junio de 2021.

2. Para informe:
   a. Estrategia Nacional de Salud Digital.
   b. Abordaje del Alzheimer y otras demencias en el SNS. *(Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del SNS).*
   c. Abordaje del Parkinson y parkinsonismos. *(Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del SNS).*
   d. Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del SNS: Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación.
   e. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud: informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación.
   f. Evaluación del Programa de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores expuestos al amianto "PIVISTEA" 2018
   g. Acuerdo aprobado en el pleno del 21 de octubre de 2021 de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación sobre la propuesta de actualización y concreción de la cartera común de servicios de genética recogida en el anexo III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
   h. Acuerdos validados en el pleno del 2 de noviembre de 2021 por el Grupo Institucional del Plan para el Abordaje de las Terapias Avanzadas en el Sistema Nacional de Salud. En concreto:

3. Para conocimiento:
   a) Situación en la que se encuentran otros planes (Plan de Acción para la Atención Primaria y Comunitaria, Plan de Prevención de VIH y otras ITS 2021-2030, Estrategia de Salud Mental)
   b) Acuerdo aprobado en el pleno del 10 de noviembre de 2021 de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación sobre la propuesta de actualización de la cartera común de servicios en lo relativa a la atención de la salud bucodental recogida en el anexo II del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
4. Proyectos Normativos
   a. Orden Ministerial por la que se crea la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, se regula su composición y funcionamiento y el procedimiento de acreditación de actividades formativas.
   b. Real Decreto por el que se regula la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud, el procedimiento y criterios para la creación y revisión de los títulos de especialista en ciencias de la salud y de los diplomas de área de capacitación específica, el acceso y la formación de las áreas de capacitación específica y se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación.

c. Real Decreto por el que se regulan los productos sanitarios
d. Real Decreto por el que se modifica el Real Decreto 1802/2008, de 3 de noviembre, por el que se modifica el Reglamento sobre notificación de sustancias nuevas y clasificación, envasado y etiquetado de sustancias peligrosas, aprobado por el Real Decreto 363/1995, de 10 de marzo, con la finalidad de adaptar sus disposiciones al Reglamento (CE) Nº 1907/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo (Reglamento REACH)
e. Real Decreto por el que se actualiza el Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.

5. Ruegos y Preguntas.

Comisión Permanente del Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud

Comisión Permanente del Comité Consultivo del SNS

ACUERDO COMITÉ CONSULTIVO: 13 de julio de 2004
CONSTITUCIÓN: 23 de julio de 2004
PRESIDENTA/E: Subdirectora General de Gestión de Proyectos e Innovación / Jefe del Gabinete Técnico del Subsecretario de Sanidad (Octubre a Diciembre 2021)

COMPOSICIÓN

La Comisión Permanente del Comité Consultivo está integrada por 8 miembros, distribuidos de la siguiente manera:

- Dos representantes de la AGE.
- Un representante por parte de las Comunidades / Ciudades autónomas.
- Un representante de la Administración Local.
- Dos representantes de las Organizaciones empresariales.
- Dos representantes de las Organizaciones sindicales.

COMISIÓN PERMANENTE DEL COMITÉ CONSULTIVO DEL SNS (07/06/21)

PARTICIPANTES

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	
- Aragón	- Félix Asín Sañudo
ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO	
- Presidenta - DG de Ordenación Profesional	- Rocío Rodríguez Temiño - Sandra Bentolila
ADMINISTRACIÓN LOCAL	
- Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP)	- Gema Rodríguez López
ORGANIZACIONES EMPRESARIALES	
- Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE). - Confederación Española de la Pequeña y Mediana Empresa (CEPYME).	- Cristina Rivero - Teresa Díaz de Terán López
ORGANIZACIONES SINDICALES	
- Confederación Sindical de Comisiones Obreras (CC.OO.). - Unión General de Trabajadores (UGT).	- Agustín Reoyo Jiménez - Josefa Ávalos

ORDEN DEL DÍA

1. Informe-Resumen de la reunión de 27 de septiembre de 2019, de la Comisión Permanente del Comité Consultivo.
2. Estudio y valoración de temas a incluir en el orden del día del próximo Pleno del Comité Consultivo del CISNS.
3. Ruegos y preguntas.

COMISIÓN PERMANENTE DEL COMITÉ CONSULTIVO DEL SNS (04/11//21)

PARTICIPANTES

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	
- Aragón	- Félix Asín Sañudo
ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO	
- Gabinete Técnico Subsecretaría. Presidente	- D. Octavio Rivera Atienza
- DG. Ordenación Profesional	- Vincenç Martínez
- SG de Sanidad Ambiental y Salud Laboral	- Covadonga Caballo Diéguez.
- SG Información Sanitaria	- Mercedes Alfaro Latorre
- INGESA	- Mª José Gemar Arjona
- AEMPS	- José Ignacio Contreras
	-
ADMINISTRACIÓN LOCAL	
- Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP)	- Gema Rodríguez López
ORGANIZACIONES EMPRESARIALES	
- Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE).	- Jesús Cubero
- Confederación Española de la Pequeña y Mediana Empresa (CEPYME).	- Teresa Díaz de Terán López
ORGANIZACIONES SINDICALES	
- Confederación Sindical de Comisiones Obreras (CC.OO.).	- Agustín Reoyo Jiménez
- Unión General de Trabajadores (UGT).	- Josefa Ávalos Medina

ORDEN DEL DÍA

1- Informe-Resumen de la reunión de 7 de junio de 2021, de la Comisión Permanente del Comité Consultivo.

2- Estudio y valoración de temas a incluir en el orden del día del próximo Pleno del Comité Consultivo del CISNS.

   a. Orden Ministerial por la que se crea la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, se regula su composición y funcionamiento y el procedimiento de acreditación de actividades formativas.
   b. Real Decreto por el que se regula la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud, el procedimiento y criterios para la creación y revisión de los títulos de especialista en ciencias de la salud y de los diplomas de área de capacitación específica, el acceso y la formación de las áreas de capacitación específica y se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación.

c. Real Decreto por el que se regulan los productos sanitarios
d. Real Decreto por el que se modifica el Real Decreto 1802/2008, de 3 de noviembre, por el que se modifica el Reglamento sobre notificación de sustancias nuevas y clasificación, envasado y etiquetado de sustancias peligrosas, aprobado por el Real Decreto 363/1995, de 10 de marzo, con la finalidad de adaptar sus disposiciones al Reglamento (CE) Nº 1907/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo (Reglamento REACH)
e. Real Decreto por el que se actualiza el Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.
f. Real Decreto por el que se establecen los criterios técnicos sanitarios del suministro y control de la calidad de del agua de consumo.
g. Otros asuntos

3- Ruegos y preguntas.

Anexos – Acuerdos CISNS

ANEXO 1

ACUERDO SOBRE LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN FRENTE A COVID19 EN ESPAÑA

En el marco de la Estrategia europea de vacunas, la Unión Europea ha firmado hasta la fecha seis contratos de compra anticipada de vacunas con las compañías Pfizer/BioNTech. Moderna, AstraZeneca, Sanofi/GSK. Johnson & Johnson y CureVac para la adquisición de más de 1.600 millones de dosis. Asimismo, está pendiente de ultimar el contrato con Novavax y continúan las negociaciones con la compañía Valneva. Adicionalmente, la Unión Europea está negociando una ampliación de compra de dosis, tanto de Pfizer/BioNTech como de Moderna.

Se trata de un portfolio amplio de vacunas que permite asegurar que, según se vayan produciendo las correspondientes autorizaciones, la Unión Europea y España disponen de las dosis necesarias, de manera gradual, para toda la población.

Actualmente, la Comisión Europea ha autorizado el uso de las vacunas de las compañías Pfizer/BioNTech y Moderna, cuyo suministro ya se está produciendo en los Estados miembros, y en próximas fechas está previsto que la Agencia Europea de Medicamentos haga público el resultado de su evaluación sobre la vacuna de AstraZeneca desarrollada por la Universidad de Oxford.

Debe ponerse en su justo valor este proceso de compra en el marco de la Comisión Europea y los grupos de trabajo en los que participa España. Es la Unión Europea quien negocia, quien firma los contratos, quien se encarga de su seguimiento y quien trabaja para su efectivo cumplimiento.

Por otro lado, para poner en marcha la vacunación en los países de la Unión Europea, la Comisión publicó el pasado mes de octubre un documento que contenía los elementos clave a tener en cuenta en las estrategias nacionales de vacunación.

La Estrategia de Vacunación frente al COVID-19 en España ha tenido en cuenta este documento, así como las recomendaciones de organismos internacionales. Para la elaboración de la Estrategia se creó un Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación COVID-19, coordinado por el Ministerio de Sanidad a través de la Dirección General de Salud Pública, del que forman parte ocho miembros de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones (en adelante, Ponencia de Vacunas) del CISNS, especialistas de sociedades científicas, de bioética, sociología, metodología, así como expertos del Instituto de Salud Carlos III, de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) y del área de Salud Laboral del Ministerio.

La primera versión de la Estrategia, elaborada por este Grupo Técnico y enriquecida con las aportaciones de otros expertos y sociedades científicas, recibió el visto bueno de la Ponencia de Vacunas del CISNS y fue aprobada por la Comisión de Salud Pública el 2 de diciembre de 2020.

Se trata una Estrategia para todo el país, que se rige por robusto marco ético que incluye los principios de igualdad, necesidad, equidad, protección de las personas con discapacidad en situación de vulnerabilidad, interés superior del menor, beneficio social y reciprocidad. Asimismo, tiene una base técnica sólida, es coordinada y participada, teniendo en cuenta el marco común europeo, y nace

con la firme convicción de que se pueden lograr mayores resultados de aceptabilidad si la vacuna es voluntaria

El objetivo general de la Estrategia es reducir la morbimortalidad por COVID-19. Teniendo en cuenta que la disponibilidad de vacunas es progresiva, la Estrategia establece las líneas fundamentales que deben seguirse en el proceso de vacunación, incluyendo la priorización de diferentes grupos de población.

En este sentido, la Estrategia definió en una primera etapa, en la que la disponibilidad de vacunas es limitada, cuatro grupos de población, tras la evaluación realizada en función de los siguientes criterios: riesgo de morbilidad grave y mortalidad, riesgo de exposición, riesgo de impacto socioeconómico y riesgo de transmisión, teniendo en cuenta además los criterios de factibilidad y aceptación.

En base a esta evaluación se estableció la siguiente priorización de grupos para la primera etapa:

1. Residentes y personal sanitario y sociosanitario que trabaja en residencias de personas mayores y de atención a grandes dependientes.
2. Personal de primera línea en el ámbito sanitario y sociosanitario.
3. Otro personal sanitario y sociosanitario.
4. Personas consideradas como grandes dependientes (grado III de dependencia, es decir, con necesidad de intensas medidas de apoyo) que no estén actualmente institucionalizadas.

La Estrategia es un documento vivo, ágil y flexible, que ha de desarrollarse en los planes operativos de cada territorio y que necesita irse actualizando a medida que va avanzándose en el proceso de autorización de nuevas vacunas y de disponibilidad progresiva de dosis en nuestro país.

En este sentido, tal y como estaba previsto, el Grupo de Trabajo Técnico y la Ponencia de Vacunas del CISNS han revisado y actualizado la Estrategia en dos ocasiones, publicándose los documentos correspondientes los días 18 de diciembre de 2020 y 21 de enero de 2021.En la última actualización, y siguiendo los mismos criterios de evaluación empleados anteriormente, se acordó que las personas mayores de 80 años conformarán el primer grupo de la segunda etapa de la Estrategia.

El cumplimiento efectivo de la Estrategia de Vacunación frente a COVID-19 en todos sus términos es una obligación que incumbe a todos: poderes públicos y ciudadanía. No se trata sólo de una cuestión de responsabilidad, sino también de solidaridad con la población más vulnerable y con quienes experimentan una mayor exposición al virus. Seguir fielmente las indicaciones de dicha Estratega, que son las que nos han dado los expertos en base a criterios científicos y éticos, constituye la mejor garantía para lograr superar con rapidez y eficacia la pandemia y, por ello, no son admisibles ni atajos ni desviaciones indebidas respecto de lo que entre todos hemos acordado.

Igualmente, es necesario continuar avanzando en el proceso de vacunación con espíritu de colaboración, con la mirada puesta en las siguientes etapas y con el compromiso de contar con los medios y capacidades que nos permitan alcanzar los objetivos que todos compartimos.

A la vista de lo anterior, en su sesión de 28 de enero de 2021, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo previsto en el segundo párrafo del artículo 151.2.a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre

ACUERDA

1.- Reafirmar el compromiso de los miembros del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud con la Estrategia de Vacunación frente al COVID-19 en España que, junto con los planes de cada territorio que traen causa en la misma, constituye el mejor mecanismo para afrontar el proceso de vacunación en nuestro país de acuerdo a criterios técnicos, éticos y científicos.

2.- Continuar con el trabajo conjunto y coordinado de actualización de la Estrategia, definiendo los grupos a vacunar según la disponibilidad de dosis, a través del Grupo de Trabajo Técnico, la Ponencia de Vacunas y la Comisión de Salud Pública del CISNS.

3.- Extremar el seguimiento, análisis y control de la aplicación de la Estrategia de vacunación, adoptando las medidas preventivas y correctivas que resulten necesarias para garantizar que los procesos de vacunación se llevan a cabo de acuerdo con lo acordado en dicha Estrategia.

4.- Adoptar las decisiones que correspondan para contar con los medios y las capacidades necesarias para afrontar las siguientes etapas del proceso de vacunación, que vendrán determinadas por la aprobación de nuevas vacunas, el incremento en la llegada de dosis a nuestro país y la extensión de la población diana a la que administrarla.

5.- Seguir trabajando conjuntamente para que el registro de vacunación se desarrolle y actualice de forma efectiva tal y como recoge la Resolución de la Dirección General de Salud Pública, de 16 de diciembre 2020, por la que se establece el Sistema de Información para el seguimiento de la vacunación frente a la COVID-19.

Las Comunidades Autónomas de País Vasco, Cataluña, Galicia y Castilla y León han formulado voto particular negativo.

Conforme al segundo párrafo del artículo 151.2.a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, dado que este Acuerdo viene referido a un ámbito material en el que la Administración General del Estado tiene atribuidas funciones de coordinación general de la sanidad, de acuerdo con el orden constitucional de distribución de competencias, este Acuerdo será de obligado cumplimiento para todas las comunidades y ciudades autónomas integrantes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con independencia del sentido de su voto.

ANEXO 2

ACUERDO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE 24 DE FEBRERO DE 2021 SOBRE LA PANDEMIA DE LA COVID-19 Y LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL CÁNCER

ESTRATEGIA EN CÁNCER DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La pandemia causada por la Covid-19 está impactando en la atención al cáncer.

Ante la situación epidemiológica y dada la condición clínica general de los pacientes con cáncer, el sistema sanitario ha evolucionado para dar respuesta, en la medida en que los medios lo han permitido, al tratamiento y al seguimiento de los pacientes con cáncer. Entre los avances más significativos cabe destacar:

- Incorporación de la telemedicina y la telefarmacia para llevar a cabo las visitas de seguimiento de pacientes tanto en tratamiento como, sobre todo, en control post tratamiento.
- Creación de circuitos específicos para pacientes COVID-19 en unidades de oncología radioterápica y, en general en los circuitos asistenciales ambulatorios y hospitalarios.
- Reorientación de los lugares de atención y administración de tratamiento al paciente para minimizar el riesgo como, por ejemplo, la realización de analíticas de control en atención primaria y el tratamiento domiciliario.
- Modificación en el tratamiento del cáncer, como, por ejemplo, promover terapias de quimioterapia oral o neo-adyuvancia cuando era posible; o el hipofraccionamiento en tratamientos de oncología radioterápica fundamentalmente en cáncer de mama y también en otras localizaciones. La modificación de pautas de tratamiento se hizo siguiendo recomendaciones y consensos de sociedades científicas nacionales e internacionales.

No obstante, distintos estudios a nivel europeo han mostrado una reducción de los diagnósticos de cáncer respecto a años anteriores (Dinmohamed AG et al 2020) (Suarez et al 2020). Así pues, el impacto de la pandemia en la prevención del cáncer requerirá de un estudio profundo y detallado en los próximos meses.

Las causas de este descenso en los diagnósticos de cáncer podrían explicarse por las siguientes razones:

- Suspensión de los programas de cribado poblacional para evitar el riesgo adicional para personas invitadas a participar en estos programas y profesionales y la necesidad de dedicar muchos recursos asistenciales, profesionales y espacios físicos de dichos programas a la atención de la COVID-19.
- Acceso más difícil a los recursos de atención primaria y atención hospitalaria, con alargamiento de los tiempos de intervalo para evaluar síntomas no específicos de cáncer. También mayor dificultad de evaluación de los pacientes con síntomas iniciales vinculados a la teleconsulta.
- Alargamiento del tiempo de acceso a las pruebas de diagnóstico del cáncer, tanto en atención primaria como hospitalaria.

- Cambios en la actitud y predisposición para acudir a los servicios sanitarios por parte de las y los pacientes, motivados por el miedo al posible contagio. Modificación de pautas terapéuticas como, por ejemplo, promover terapias de quimioterapia oral o neo-adyuvancia cuando era posible; o el hipofraccionamiento en tratamientos de oncología radioterápica fundamentalmente en cáncer de mama y también en otras localizaciones. La modificación de pautas de tratamiento se hizo siguiendo recomendaciones y consensos de sociedades científicas nacionales e internacionales.

La actividad sanitaria, por la vulnerabilidad clínica de las personas con cáncer, no ha podido satisfacer todas sus necesidades clínicas, por protección y por la necesidad de reorientar las actividades asistenciales para hacer frente a la situación crítica que la pandemia ha originado. Se han producido:

- Reducción de las cirugías programadas de cáncer por limitación de acceso a reanimación postquirúrgica, reconversión de espacios y ocupación de camas de hospitales por pacientes con Covid19.
- Reducción de tratamientos que podían suponer un riesgo elevado para el paciente, en las circunstancias de la pandemia, como algunas quimioterapias en pacientes hematológicos.
- Reducción o freno a la actividad de ensayos clínicos, tanto por parte de los promotores como de los hospitales por razones de seguridad de los pacientes.
- Dificultad para garantizar el acompañamiento familiar en el proceso asistencial y, especialmente crítico, al final de la vida y la continuidad asistencial en el duelo.

Otro aspecto que debemos resaltar de forma positiva, es la respuesta que las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes han sido capaces de dar a lo largo de estos meses, con recomendaciones adaptadas a los avances del conocimiento sobre la causa de la pandemia a la situación asistencial y a las opciones diagnósticas y terapéuticas, así como programas de intervención y soporte dirigidos a las personas afectadas de cáncer. En este sentido, los sistemas de información telefónica y canales de atención no presencial (videoconsulta) a las personas con cáncer (pacientes y familiares) promovidos por dichas entidades, así como las páginas web han sido canales de comunicación eficaces y ágiles. También se ha abierto la discusión ética sobre el uso de recursos escasos en estas circunstancias aplicado al cáncer (Marron et al 2020), claramente situando la maximización de los beneficios clínicos como criterio para la toma de decisiones en este contexto, así como la necesidad de revisar con las y los pacientes las opciones terapéuticas existentes.

Como se ha señalado anteriormente, el impacto de la pandemia en la prevención del cáncer requerirá de un estudio profundo y detallado en los próximos meses. Sin embargo, ya se han publicado ejercicios de modelización del impacto que permiten asegurar que los retrasos en el diagnóstico o en el inicio de tratamiento serán relevantes. Por ejemplo, retrasar la cirugía 3 meses en tumores tiene un impacto relevante en la supervivencia, especialmente si el tumor es agresivo (Sud et al, 2020). Por otro lado, un estudio basado en datos de registros poblacionales en los que se modela el retraso diagnóstico mediante escenarios en los que las y los pacientes diagnosticados en circuitos rápidos son transferidos a circuitos convencionales; resultaba en una estimación del incremento de muertes a los 5 años respecto de las muertes esperadas por cánceres de mama, colon y recto y pulmón entre un 5,8 y 16%. Por lo tanto, tanto el retraso en diagnóstico como en el tratamiento inicial va a tener consecuencias significativas en la supervivencia y en la calidad de vida de los y las pacientes diagnosticados en este periodo. Es lógico, por tanto, plantear que se debe tratar de reducir el impacto con una rápida recuperación de la actividad diagnóstica terapéutica.

Un aspecto que no se debe olvidar es el impacto psicológico que todos estos cambios han tenido en los y las pacientes y en las personas que padecen algún síntoma que podría ser considerado de alto riesgo para cáncer. El sufrimiento por los retrasos en todo el proceso asistencial o el riesgo adicional que supone la infección por COVID cuando se padece cáncer, así como la percepción de riesgo para visitar el hospital son aspectos muy relevantes y que tendrán consecuencias en el futuro. El Observatorio del Cáncer de la AECC en su Estudio sobre el Diagnóstico del impacto emocional experimentado por las personas afectadas por cáncer durante la crisis de la COVID-19 pone de manifiesto el importante efecto del confinamiento sobre los niveles de malestar psicológico clínico en la población con cáncer, concretamente en las variables referidas a sintomatología ansiosa y depresiva (Yélamos et al, 2020). También el hecho de que los y las pacientes no pudieran acceder a los servicios asistenciales acompañados/as ha contribuido a que el sentimiento de soledad e indefensión aumentara. También ha afectado psicológicamente a los familiares puesto que se les negaba la posibilidad de estar y apoyar a las personas queridas. Finalmente, también debemos resaltar a los equipos de profesionales sanitarios como elemento clave en la respuesta a la pandemia.

Marco y objetivo del acuerdo

Este acuerdo surge de la moción aprobada en la Comisión de Sanidad y Consumo del Senado, en su sesión celebrada el día 13 de octubre de 2020 y se enmarca en la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, habiendo sido elaborado y consensuado por el Comité de Seguimiento y Evaluación (anexo).

El objetivo de esta propuesta es acordar prioridades de actuación a implementar en el Sistema Nacional de Salud con el objeto de mejorar la atención sanitaria a las personas con cáncer durante la pandemia de la COVID-19. Se trata de un documento de conjunto que necesariamente deberá adaptarse a la situación específica de cada Comunidad Autónoma.

Prioridades de actuación

El reto que plantea la pandemia y su evolución futura debe ser considerado de forma singular porque ha puesto de manifiesto la necesidad de impulsar las políticas de salud pública y de promoción de la salud, así como reforzar el sistema de atención oncológica en nuestro país. Es difícil plantear prioridades frente a un desafío del cual se conoce todavía poco y que no tiene respuestas claras.

Teniendo en cuenta este contexto y las limitaciones de conocimiento existentes se acuerda:

1. Evaluar el impacto de la pandemia mediante análisis de los datos asistenciales y epidemiológicos disponibles de todo el Sistema Nacional de Salud (SNS). El Ministerio de Sanidad elaborará un informe utilizando las fuentes de información disponibles sobre el impacto de la pandemia sobre el cáncer en colaboración con las comunidades autónomas, sociedades científicas y asociaciones de pacientes. Impulsar políticas sanitarias de promoción de la salud efectivas para disminuir la incidencia del cáncer y continuar los programas de cribado de cáncer, de eficacia demostrada, es una prioridad. La incertidumbre de la evolución de la epidemia de COVID19 en el futuro próximo y la posibilidad de tener que convivir periódicamente o de manera más sostenida con niveles significativos de casos de COVID19 en la población hace necesario plantear estrategias que, en este contexto,

permitan el cribado de toda la población diana con la periodicidad recomendada y, así, mantener el máximo beneficio de los cribados en nuestra población.

2. Impulsar políticas sanitarias de promoción de la salud efectivas para disminuir la incidencia del cáncer y continuar los programas de cribado de cáncer, de eficacia demostrada, es una prioridad. Es necesario reforzar las medidas de promoción de la salud en estilos de vida saludables, que tan afectadas se han visto con las medidas de confinamiento (tanto en la alimentación como en el ejercicio físico), en la prevención de la enfermedad, revisando las consecuencias que pueda haber tenido la pandemia en las coberturas de vacunación (VPH y HB). La incertidumbre de la evolución de la epidemia de COVID19 en el futuro próximo y la posibilidad de tener que convivir periódicamente o de manera más sostenida con niveles significativos de casos de COVID19 en la población hace necesario plantear estrategias que, en este contexto, permitan el cribado de toda la población diana con la periodicidad recomendada y, así, mantener el máximo beneficio de los cribados en nuestra población.

3. Reorientar los procesos asistenciales para reducir el tiempo desde la sospecha clínica hasta el primer tratamiento. Es importante priorizar la realización de estudios adicionales (colonoscopias, estudios diagnósticos de la mama adicionales, colposcopias, etc.) ante una prueba de cribado ya realizada sospechosa, salvo situaciones excepcionales. Se pueden utilizar priorizaciones en función del riesgo de malignidad de los resultados de la prueba de cribado (características de las lesiones mamográficas, valor de la prueba de detección de sangre oculta en heces...). Se debe promover una política de información pública que permita que la población invitada a pruebas de cribado tenga conocimiento de las medidas de seguridad frente al SARS-CoV2 disponibles durante el proceso del cribado.

4. Establecer criterios comunes sobre los aspectos asistenciales que deberían ser modificados tras el primer impacto de la pandemia:

    a. Para mejorar el proceso diagnóstico de cáncer en la atención primaria ante síntomas y signos de sospecha y si las condiciones de seguridad lo permiten:

        i. favorecer la evaluación de síntomas/signos de sospecha de cáncer a través de la consulta presencial.
        ii. Continuar las revisiones del programa del niño/a sano/a como fuente de detección de signos de sospecha de cáncer infantil.

    b. Asegurar el acceso a pruebas diagnósticas en atención primaria y hospitalaria a través de circuitos protegidos frente a la COVID-19.

    c. Poner en marcha planes para mantener una provisión basal de servicios de diagnóstico y tratamiento de cáncer durante los picos COVID-19. Se debe evitar que una pandemia pueda colapsar el sistema de diagnóstico de enfermedades como las oncológicas.

    d. Definir el rol de la teleconsulta, telemonitorización y la telefarmacia en el seguimiento de las y los pacientes tratados de cáncer de acuerdo con el contexto asistencial para los pacientes con cáncer en cada fase de su enfermedad.

e. Promover estrategias terapéuticas que reduzcan las visitas sanitarias y tengan evidencia científica sólida y provenga de consenso de sociedades científicas, como el hipofraccionamiento en cáncer de mama.

f. Establecer mecanismos para mantener de forma segura la cirugía del cáncer, así como el tratamiento sistémico o radioterapia en situaciones de riesgo de infección epidémico (centros específicos para la cirugía, priorización casos).

g. Las y los pacientes con cáncer y que sean COVID-19 positivos son un grupo de especial atención y su terapia debe ser adaptada a la situación clínica y a la progresiva consolidación de la evidencia clínica sobre su tratamiento óptimo.

h. Disponer de protocolos adecuados a las circunstancias que permitan garantizar el acompañamiento presencial durante todo el proceso de la atención a las personas con cáncer, especialmente el acompañamiento familiar presencial al final de la vida con la adecuada protección.

i. Asegurar la atención al dolor, atención psicológica y los cuidados paliativos, así como la atención tanto presencial en las instalaciones sanitarias como domiciliaria, con objeto de mantener la calidad de vida de cada paciente y su familia.

j. Facilitar información a las y los pacientes, así como a la población de forma continuada sobre las medidas de protección frente a la COVID-19 para garantizar su seguridad durante su atención presencial dentro de lo razonable y del conocimiento existente.

5. Estratificar el riesgo de resultado de salud adverso en función del tipo de tumor, características de cada paciente y situación clínica que permita tomar decisiones basadas en criterios acordados previamente para establecer prioridades de acceso a diagnóstico y/o tratamiento basándose en recomendaciones y consensos de sociedades científicas nacionales e internacionales. Se deberían revisar los ejemplos discutidos estos meses (por ejemplo, Hanna et al, 2020 o Curigliano, 2020) para establecer criterios compartidos que eviten la discusión caso a caso, siempre que nos encontremos en un contexto de escasez de recursos asistenciales. En este sentido es importante mantener la evaluación multidisciplinar de los casos de las personas con cáncer, habilitando las herramientas necesarias para ello.

En el plazo de seis meses tras la aprobación por el pleno del Consejo Interterritorial del SNS se evaluará la implementación de este acuerdo.

Bibliografía

Dinmohamed AG, Visser O, Verhoeven R et al. Fewer cancer diagnoses during the Covid-10 epidemic in the Netherlands. Lancet Oncol 2020 (published online April 30, 2020)

Hanna T, Evans G, Booth C. Cancer, COVID-19 and the precautionary principle: prioritizing treatment during a global pandemic. Nature Rev Clin Oncol 2020; 17:268-70.

Marron JM, Joffe S, Jagsi R et al. Ethics and resource scarcity: ASCO recommendations for the oncology community during the COVID pandemic. J Clin Oncol 2020 (available April 28, 2020).

Sud A, Jones ME, Broggio J et al. Collateral damage: the impact on outcomes from cancer surgery of the COVID-19 pandemic. Ann Oncol 2020; 31: 1065-74

Maringe C, Spicer K. Morris M et al. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. Lancet Oncol 2020; 21:1023-34.

Trias-Llimós S, Alustiza A, Prats C, et al. The need for detailed COVID-19 data in Spain. www.thelancet.com/public-health Published online October 9, 2020. doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30234-6.

Suárez J, Mata E, Guerra A, et al. Impact of the COVID-19 pandemic during Spain's state of emergency on the diagnosis of colorectal cancer. J Surg Oncol. 2020;1-5. https://doi.org/10.1002/jso.26263

Obispo B., Rogado J et al. Do breast cancer patients with COVID-19 have a poor prognosis? Experience in a hospital in Madrid. Ann Oncol (abstract) Accesible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7506445/

Special Report: COVID-19's Impact on Breast Cancer Care. Accesible en: https://www.breastcancer.org/treatment/covid-19-and-breast-cancer-care

Curigliano G, Banerjee S, Cervantes A et al. Managing patients during the COVID-19 pandemic: an ESMO Multidisicplinary expert consensus. Ann Oncol 2020; 31:1320-36.

Gukenberger M, Belka C Bezjak A et al. Practice recommendations for lung cancer radiotherapy during the COVID-19 pandemic: An ESTRO-ASTRO consensus statement. Radiother Oncol 2020; 146:223-9.

Yélamos Agua C, De Haro Gázquez D, Fernández Sánchez B y Berzal Pérez E. Covid-19-Emergencia en Cáncer. Diagnóstico del impacto emocional experimentado por las personas afectadas por cáncer durante la crisis del Covid-19. Observatorio del Cáncer de la Asociación Española Contra el Cáncer 2020. Accesible en: http://observatorio.aecc.es/sites/default/files/informes/Covid19-Impacto-Emocional- 2020.pdf

Posicionamiento de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria sobre Telefarmacia. Recomendaciones para su implantación y desarrollo. Farm Hosp. 2020;44(4):174-81. https://www.sefh.es/fh/197_09consenso0211515esp.pdf

COMITÉ DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA EN CÁNCER DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Comité Institucional:

Andalucía: David Vicente Baz. Aragón: Isabel Cano del Pozo. Asturias (Principado de): Beatriz López Ponga. Baleares (Islas): Carmen Sánchez-Contador Escudero y Mª Eugenia Carandell Jäger. Canarias: Mariola de la Vega Prieto. Cantabria: Mar Sánchez Movellán. Castilla y León: Ana Álvarez Requejo y Purificación de la Iglesia Rodríguez. Castilla- La Mancha: María Peña Díaz Jara. Cataluña: Josep Alfons Espinás Piñol. Comunidad de Valencia: Dolores Salas Trejo. Extremadura: Pablo Borrega García. Galicia: Sociedad Española de Psico-Oncología (SEPO): Agustina Sirgo Rodriguez y Carmen Meseguer Hernández Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas (SEHOP): Ana Fernández-Teijeiro Álvarez. Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP): Xavier Matías-Guiu. Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH): Ramón García Sanz. Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC): Begoña Barragán García. Registro Español de Tumores Infantiles (RETI): Rafael Peris Bonet. Asociación Española de Pediatría (AEP): Adela Cañete Nieto. Sociedad Española de Inmunología (SEI): Ignacio Melero Bermejo. Sociedad Carmen Durán Parrondo. Madrid (Comunidad de): Elena Bartolomé Benito. Murcia (Región de): Olga Monteagudo Piqueras. Navarra (Comunidad Foral): Ruth Vera García. País Vasco: Mikel Sánchez Fernández. Rioja (La): Edelmira Vélez de Mendizábal y Javier Pinilla Moraza. INGESA (Ceuta y Melilla): Antonia Blanco Galán.

Comité Técnico:

Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM): Álvaro Rodríguez-Lescure. Sociedad Española de Epidemiología(SEE): Alberto Ruano Raviña. Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP): Carmen Corral Romero. Asociación Española contra el Cancer (AECC): Ana Fernández Marcos. Federación Española de Padres de Niños con Cáncer (FEPNC): Carmen Menéndez Llaneza. Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO): Ángeles Peñuelas Saiz. Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA): Antonia Gimón Revuelta. Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR): Jorge Contreras Martínez. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC): Merce Marzo Castillejo. Asociación Española de Cirujanos (AEC): José Luis Ramos Rodriguez. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN): Vicente Gasull Molinera. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG): Fátima Santolaya Sardinero. Asociación Española de Investigación sobre el Cáncer (ASEICA): Xosé R. Bustelo. Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH): Estela Moreno Martínez. Personas expertas: Pilar Garrido López, Nieves Ascunce Elizaga.

Ministerio de Sanidad

Dirección General de Salud Pública: Pilar Aparicio Azcárraga. Directora General. Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad: Pilar Campos Esteban. Subdirectora General. Yolanda Agra. Subdirectora General Adjunta. Pilar Soler Crespo. Rosa Mª López

Rodríguez. Sonia Peláez Moya. Victoria Labrador Cañadas. Rocío Fernández González. Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral: Montserrat García Gómez Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia: Carmen Pérez Mateos. Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS: Enrique Regidor Poyatos Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición: Marta García Solano. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios: Blanca García-Ochoa Martín. Instituto de Salud Carlos III: Marina Pollán Santamaría.

Madrid, a 24 de febrero de 2021

ANEXO 3

ACUERDO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SNS SOBRE LA DECLARACIÓN DE ACTUACIONES COORDINADAS FRENTE A LA COVID-19 CON MOTIVO DE LA FESTIVIDAD DE SAN JOSÉ Y DE LA SEMANA SANTA DE 2021.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó en julio de 2020 el ***Plan de respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19***, que establece las capacidades de preparación y respuesta que se deben garantizar en nuestro país para actuar frente a un incremento de la transmisión del SARS-CoV-2. El documento de ***Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19*** se estableció como desarrollo de los indicadores y actuaciones propuestas en el Plan de Respuesta Temprana, y establece el marco de actuación para una respuesta proporcional a distintos niveles de alerta definidos mediante la evaluación del riesgo según el conjunto de indicadores epidemiológicos, de capacidad asistencial, y de salud pública.

Ante la tendencia ascendente en el número de casos que se observó en octubre en España y la mayoría de países europeos, el Gobierno declaró *el* ***Estado de Alarma mediante el Real Decreto 926/2020***, de 25 de octubre, que se prolongará hasta el 9 de mayo de 2021.

En los últimos días, la situación en España en cuanto a datos de incidencia acumulada (IA) ha mejorado en comparación a los meses de enero y febrero, pero a fecha de 8 de marzo continuamos en IA de 142,24 a 14 días y de 62,73 a 7 días, lejos del objetivo de 50 casos por 100.000 habitantes que nos situaría en nivel de riesgo bajo o de menos de 25 que nos situaría en un escenario de nueva normalidad según lo establecido en el documento de Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19. De igual forma, el porcentaje de positividad ha disminuido en las últimas semanas, aunque sigue situándose por encima del 5% y los indicadores de ocupación hospitalaria, especialmente el que hace referencia a camas de UCI que se sitúa alrededor del 25%, continúan en niveles altos o muy altos, observándose además un descenso muy lento.

Se observa también en las últimas semanas, que la velocidad de descenso en la IA se ha ralentizado, viéndose incluso en algunas CCAA una situación de meseta en la cual ya no se está produciendo un descenso.

La vacunación frente a la COVID-19 ha permitido que avance el proceso de inmunización de la población más vulnerable, los profesionales sanitarios y el personal esencial. Sin embargo, aunque ya podemos observar resultados esperanzadores, aún no se ha alcanzado una cobertura vacunal suficiente ni en España ni en el resto de Europa que garantice la protección generalizada de la población. El porcentaje de población vacunada es todavía muy insuficiente para hablar de inmunidad, siendo actualmente las medidas no farmacológicas las únicas verdaderamente eficaces.

Adicionalmente, tenemos que tener presente la aparición de variantes del SARS-CoV-2 que, por lo que se refleja en los países de mayor circulación presentan una mayor capacidad de transmisión y alguna de ellas podría incidir sobre la capacidad de respuesta inmunitaria.

Todos estos aspectos nos obligan a ser extremadamente cautelosos a la hora de mantener las medidas de limitación de actividades no esenciales y de control de la movilidad de cara a los días festivos con motivo de la festividad de San José y de la Semana Santa, puesto que tradicionalmente, son

frecuentes los desplazamientos nacionales e internacionales que producen un gran aumento en la movilidad de la población, así como el aumento de las celebraciones, reuniones y agrupaciones de personas que pueden generar un mayor riesgo de transmisión del SARS-CoV-2. Dentro de las personas que se desplazan, hay que tener en cuenta que un grupo numeroso en esta categoría se corresponde con quienes cursan estudios universitarios y regresan a sus domicilios familiares durante las vacaciones. Si no se cumplen las medidas de prevención, este colectivo de estudiantes supone un potencial riesgo para los miembros de la unidad familiar, más si entre ellos existe población vulnerable.

Estas propuestas se ven apoyadas por la información procedente de los estudios epidemiológicos sobre el comportamiento de la enfermedad, que indican que la mayoría de las infecciones se producen principalmente por contacto cercano y exposiciones prolongadas y esta transmisión es muy superior en lugares cerrados y con afluencia de muchas personas, especialmente si no se observen las medidas de distanciamiento e higiene y prevención durante todo el tiempo. Resaltar también que el establecimiento de restricciones a la entrada y salida de personas del territorio de cada comunidad autónoma se ha asociado en diferentes etapas de la pandemia a una mejora de los indicadores de control de la transmisión en las zonas de aplicación.

Sin perjuicio de todo lo anterior, debe contemplarse un tratamiento específico a las Comunidades autónomas de Islas Baleares y Canarias, por las peculiaridades geográficas y logísticas que implica la insularidad.

También es necesario tener en cuenta que la población actualmente está sufriendo lo que se ha denominado fatiga pandémica y diferentes estudios realizados muestran el impacto emocional en la población durante estos meses y a su vez, la tendencia descendente de algunos parámetros de percepción del riesgo. Por ello, es importante explicar a la población los motivos de las restricciones que van a implantarse durante este periodo y conseguir la máxima coordinación y dar coherencia a las medidas recomendadas.

Así, tanto la situación actual y lo que hemos aprendido a lo largo de este año de pandemia, nos obliga a establecer actuaciones coordinadas en aras a prescindir de actividades no esenciales donde no pueda garantizarse el cumplimiento de las medidas preventivas, así como a evitar viajes innecesarios, a la vez que mantener las medidas que hasta ahora han demostrado ser efectivas para el control de la pandemia, centradas en la limitación del número de personas no convivientes en las reuniones, especialmente en interiores, recomendación de relacionarse en grupos de convivencia estables (burbujas sociales), así como del resto de medidas preventivas ya instauradas.

Basándonos en todo lo expuesto, es fundamental establecer un marco común de actuaciones coordinadas y de recomendaciones, dando cuenta a la población con suficiente antelación, todo ello de conformidad con el artículo 65.2.c) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, el artículo 151.2.a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, del Régimen Jurídico del Sector Público, así como con el artículo 13 del Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2.

A la vista de lo anterior, en su sesión de 10 de marzo de 2021, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud:

ACUERDA:

PRIMERO. Que sean declaradas como actuaciones coordinadas en salud pública frente a la COVID-19, durante el periodo comprendido entre el 17 y el 21 de marzo de 2021 en aquellos territorios en los que sea festivo el día 19 de marzo; y desde el 26 de marzo al 9 de abril de 2021, en todo el territorio las siguientes:

1. Medidas de obligado cumplimiento.

1.1. Limitación de la movilidad territorial.

La movilidad estará limitada por el cierre perimetral de todas las comunidades y ciudades autónomas y sujeta a las excepciones reguladas en el artículo 6 del Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre.

Lo anterior no será de aplicación a las comunidades autónomas de Islas Canarias e Islas Baleares. La entrada en sus territorios se limitará a los supuestos establecidos en el Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre.

1.2. Limitación de movilidad en horario nocturno.

Se limitará el derecho de movilidad nocturna como máximo a partir de las 23:00 horas y hasta las 6:00 horas.

1.3. Limitación de la permanencia de grupos de personas en los espacios públicos o privados.

Se limitará la permanencia de grupos de personas a un máximo de 4 en espacios públicos cerrados y 6 en espacios públicos abiertos, salvo que se trate de convivientes. En espacios privados las reuniones se limitarán a convivientes.

Aquellas comunidades y ciudades autónomas que se rijan por medidas más restrictivas que las contempladas en el apartado primero.1 de este acuerdo, serán quienes decidan la conveniencia o no de flexibilizarlas, teniendo en cuenta que ello supondría una modificación de los hábitos establecidos hasta ahora y que están siendo cumplidos por la ciudadanía.

2. Recomendaciones:

2.1. Medidas generales de actuaciones de respuesta según el nivel de alerta.

Se recomienda no bajar el nivel de alerta en el que se encuentra la comunidad o ciudad autónoma desde las dos semanas previas al inicio de la Semana Santa, aunque los indicadores sean favorables, y por ello mantener las medidas establecidas en ese momento, o aumentarlas si la evolución de los indicadores así lo exigiese.

2.2. Medidas en relación a celebraciones y eventos masivos.

No se celebrarán eventos masivos de cualquier índole que impliquen aglomeración o concentración de personas.

Los eventos en espacios cerrados seguirán las normas de aforo y otras medidas establecidas en el documento de ***Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19*** según el nivel de alerta de cada comunidad o ciudad autónoma, y tendrán también en cuenta lo establecido en el artículo 7.3 y 4 del ***Real Decreto 926/2020,*** de 25 de octubre y lo establecido por los Decretos de las comunidades y ciudades autónomas.

2.3 . Campaña de comunicación conjunta.

Se considera pertinente realizar una campaña institucional para evitar la relajación de comportamientos, con el lema ***No "salvamos semanas", salvamos vidas.***

Para ello el CISNS se compromete a hacer un esfuerzo de comunicación para favorecer la correcta aplicación de las medidas de control propuestas en este documento. Este esfuerzo debe incluir la integración en las estrategias de comunicación de elementos dirigidos a reducir el impacto de la "fatiga pandémica" en las medidas de control y plantear los escenarios de riesgo previstos, incluyendo la esperanza que aportan los buenos resultados de las vacunas utilizadas para el control de la epidemia.

2.4 Coordinación con la Federación Española de Municipios y Provincias

Estas medidas deben ser coordinadas en la medida de lo posible con las entidades locales.

SEGUNDO. La Comunidad Autónoma de Madrid ha formulado voto particular negativo a este Acuerdo y la Comunidad Autónoma de Cataluña no ha emitido voto.

Este Acuerdo de declaración de actuaciones coordinadas obliga a todas las comunidades autónomas y ciudades autónomas, con independencia del sentido de su voto, de acuerdo con lo previsto en el segundo párrafo del artículo 151.2.a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, sobre los Acuerdos de Conferencia Sectorial referidos a un ámbito material, el sanitario, en el que la Administración General del Estado tiene atribuidas funciones de coordinación general.

Esta declaración de actuaciones coordinadas se adopta conforme al artículo 65.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, y en ejercicio de la facultad atribuida por el artículo 13 del Real Decreto 926/2020, al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, bajo la presidencia de la Ministra de Sanidad, de adoptar cuantos acuerdos procedan, con la finalidad de garantizar la necesaria coordinación en la aplicación de las medidas contempladas en ese real decreto.

TERCERO. La declaración de actuaciones coordinadas producirá efectos desde su notificación a las comunidades y ciudades autónomas y hasta que se apruebe por la Ministra de Sanidad la finalización de su vigencia, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con audiencia de todas las comunidades y ciudades autónomas.

Madrid, 10 de marzo de 2021

ANEXO 4

ACUERDO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE 7 DE ABRIL DE 2021 EN RELACIÓN CON LA ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN

Con fecha 7 de abril de 2021, y tras la señal generada a partir de los datos disponibles sobre los casos notificados de eventos trombóticos después de la vacunación con Vaxzevria (vacuna frente a la COVID-19 de Oxford/AstraZeneca), el Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia (PRAC) de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) ha finalizado la evaluación concluyendo que, tras la administración de Vaxzevria, pueden aparecer, muy raramente, trombosis en combinación con trombocitopenia, en localizaciones poco habituales como los senos venosos cerebrales, las venas esplácnicas o el territorio arterial.

Esto se ha reflejado en cambios en la ficha técnica del medicamento. Por una parte, se ha descrito en la sección de Advertencias y Precauciones especiales de empleo la aparición de estos eventos raros mayoritariamente en mujeres de menos de 60 años y en las dos semanas posteriores a la administración de la vacuna, aunque no se han podido identificar factores de riesgo específicos para su aparición. Por otra parte, se incluyen como efectos adversos poco frecuentes en la sección de Reacciones Adversas, lo que indica una relación causal altamente probable. El PRAC recomienda a profesionales sanitarios y ciudadanos vigilar la posible aparición de signos y síntomas de trombosis y trombocitopenia para su diagnóstico y tratamiento precoz.

Las conclusiones de la evaluación resaltan que los beneficios globales de la vacuna en la prevención de la COVID-19 superan los riesgos y que el uso de la vacuna durante las campañas de vacunación debe considerar también la situación de la pandemia, así como la disponibilidad de alternativas en cada país.

A raíz de las conclusiones de la EMA, la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones (Ponencia de Vacunas), reunida en sesión de urgencia en la tarde del mismo día 7 de abril, acordó proponer la modificación de la Estrategia de Vacunación en los términos establecidos en el apartado primero del presente Acuerdo.

A la vista de lo anterior, en su sesión de 7 de abril de 2021, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud:

ACUERDA

PRIMERO. - Que, con la información disponible a fecha de hoy, y por principio de precaución, se utilizará la vacuna Vaxzevria (Oxford/AstraZeneca) en personas a partir de los 60 años de edad.

SEGUNDO. - Que sea la Comisión de Salud Pública la que establezca los criterios a seguir respecto a los grupos de población a administrar dicha vacuna en este tramo de edad, continuando con la vacunación.

La Comunidad Autónoma de Madrid ha formulado voto particular negativo a este Acuerdo y la Comunidad Autónoma de País Vasco y la Ciudad Autónoma de Ceuta, han emitido voto de abstención.

Este Acuerdo obliga a todas las comunidades autónomas y ciudades autónomas, con independencia del sentido de su voto, de acuerdo con lo previsto en el segundo párrafo del artículo 151.2.a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, sobre los Acuerdos de Conferencia Sectorial referidos a un ámbito material, el sanitario, en el que la Administración General del Estado tiene atribuidas funciones de coordinación general.

ANEXO 5

ACUERDO POR EL QUE SE ESTABLECEN CRITERIOS DE APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 6.2, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY 2/2021, DE 29 DE MARZO, DE MEDIDAS URGENTES DE PREVENCIÓN, CONTENCIÓN Y COORDINACIÓN PARA HACER FRENTE A LA CRISIS SANITARIA OCASIONADA POR EL COVID-19

El Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, estableció un conjunto de medidas para garantizar el control de la transmisión de esta enfermedad, y asegurar la respuesta compartida por parte del conjunto de las autoridades sanitarias.

Las comunidades autónomas, en ejercicio de sus competencias en esta materia, han venido dictando y aplicando medidas en el marco del Real Decreto-ley 21/2020. A su vez, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se han ido aprobando Acuerdos, como, entre otros, el referido al Plan de Respuesta Temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19, aprobado el 16 de julio de 2020, o el Acuerdo de 14 de agosto de ese mismo año, para que fueran declaradas por el Ministro de Sanidad una serie de medidas de control en relación con los locales de ocio, los establecimientos de hostelería y restauración, los centros sociosanitarios de carácter residencial; en relación con los eventos y actividades multitudinarios, respecto a cribados con PCR en grupos específicos, en relación con el consumo de alcohol no autorizado en la vía pública, y el consumo de tabaco y asimilados.

La Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, es resultado de la tramitación parlamentaria como Proyecto de Ley del Real Decreto-ley 21/2021, y consecuentemente, lo reproduce casi en su literalidad; no obstante, existen algunas novedades que el legislador ha introducido durante la tramitación en las Cortes Generales.

Entre esas novedades, se encuentra, en el artículo 6, la regulación del uso obligatorio de mascarillas en el exterior. Si en el Real Decreto-Ley 21/2020 se imponía el uso de la mascarilla en espacios públicos abiertos o en el exterior de embarcaciones y buques, cuando no fuera posible guardar la distancia interpersonal, la Ley 2/2021 impone el uso de mascarillas siempre en espacios públicos cerrados o abiertos, incluido el exterior de las embarcaciones o buques. Cabe recordar que el uso de la mascarilla como medida de prevención se respalda por la existencia de evidencia científica de la capacidad de transmisión del COVID-19 a través de aerosoles, evidencia que fue reforzándose durante el año 2020, como que quedó reflejada en el documento, de 18 de noviembre de 2020, *Evaluación del riesgo de transmisión de SARS-CoV-2 mediante aerosoles. Medidas de prevención y recomendaciones,* de la Dirección General de Salud Pública. Esta evidencia refuerza la idea de que la distancia de seguridad puede ser en ocasiones una medida, por sí sola, cuya eficacia no es definitiva. Así, han parecido entenderlo, en su mayoría, las autoridades sanitarias autonómicas, que han impuesto el uso de mascarilla en exteriores, con independencia de que se pueda o no mantener la distancia de seguridad.

Todo lo anterior debe entenderse sin perjuicio de las excepciones que, de igual manera, aparecen tanto en el Real Decreto Ley 21/2020 como en la Ley 2/2021: no es exigible el uso de mascarillas a las personas que presenten algún tipo de enfermedad o dificultad respiratoria que pueda verse agravada por ese uso o que, por su situación de discapacidad o dependencia, no dispongan de

autonomía para quitarse la mascarilla, o bien presenten alteraciones de conducta que hagan inviable su utilización. El punto 2 del artículo 6 de la Ley 2/2021 añade que tampoco será exigible en el caso de ejercicio de deporte individual al aire libre, ni en los supuestos de fuerza mayor o situación de necesidad o cuando, por la propia naturaleza de las actividades, el uso de la mascarilla resulte incompatible con arreglo a las indicaciones de las autoridades sanitarias. Este último inciso permite adaptar por parte de las autoridades sanitarias, la obligatoriedad del uso de la mascarilla a diversas circunstancias y actividades ante las cuales se deben aplicar la norma estatal y las correspondientes normas o resoluciones autonómicas. Por el mismo motivo, es muy conveniente que las administraciones que forman parte del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acuerden unos criterios comunes de interpretación y aplicación de la norma contenida en el artículo 6.2 de la Ley 2/2021, puesto que una multiplicidad de interpretaciones podría generar cierta confusión en la ciudadanía y dificultar la aplicación de la norma y de las decisiones de las diversas autoridades sanitarias.

Por todo ello, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en su sesión del día 7 de abril de 2021, de acuerdo con lo previsto en el segundo párrafo del artículo 151.2.a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre,

ACUERDA

Primero: Aprobar los criterios de aplicación del artículo 6.2. segundo párrafo, de la Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, que figuran en el Anexo.

La aplicación de los referidos criterios se entiende sin perjuicio del cumplimiento, por parte de las autoridades sanitarias y de la ciudadanía, de lo dispuesto en el resto del artículo 6 sobre la obligatoriedad del uso de mascarillas y sus excepciones.

Segundo: Las comunidades autónomas de Galicia y de Andalucía han formulado voto particular negativo a este Acuerdo.

Conforme al segundo párrafo del artículo 151.2.a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, dado que este Acuerdo viene referido a un ámbito material en el que la Administración General del Estado tiene atribuidas funciones de coordinación general de la sanidad, de acuerdo con el orden constitucional de distribución de competencias, este Acuerdo será de obligado cumplimiento para todas las comunidades y ciudades autónomas integrantes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con independencia del sentido de su voto.

ANEXO

CRITERIOS DE APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 6.2 SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY 2/2021, DE 29 DE MARZO, DE MEDIDAS URGENTES DE PREVENCIÓN, CONTENCIÓN Y COORDINACIÓN PARA HACER FRENTE A LA CRISIS SANITARIA OCASIONADA POR EL COVID-19.

La regulación prevista en el artículo 6.2, segundo párrafo, establece que no será exigible el uso de mascarilla en el caso del ejercicio de deporte individual y permite que se pueda exceptuar el uso de la mascarilla cuando, por la propia naturaleza de las actividades, ese uso resulte incompatible, con arreglo a las indicaciones de las autoridades sanitarias.

1. Se equiparan al ejercicio de deporte individual las actividades que supongan un esfuerzo físico de carácter no deportivo, al aire libre y de forma individual, manteniendo, en todo caso, la distancia mínima de 1,5 metros con otras personas que no sean convivientes.

2. Se entienden por actividades incompatibles con el uso de la mascarilla, las siguientes:

   2.1 - El baño en el mar, lagos, embalses, ríos o en otras zonas de baño; así como en piscinas, en el exterior o cubiertas.

   2.2 - La práctica de deporte en el medio acuático, sea éste natural o artificial.

   2.3 - Los periodos de descanso antes o después del baño o la práctica de deporte en el medio acuático, en el entorno del mismo.

   - En el caso del descanso en las playas, ríos o en entornos asimilados, o en piscinas no cubiertas, el citado periodo solo podrá extenderse a aquél en que la persona permanezca en un punto determinado y respetando la distancia mínima de 1,5 metros con otras personas que no sean convivientes, y sin que la agrupación de personas pueda superar el número máximo permitido.
   - En el caso de piscinas cubiertas o en el caso de que ese descanso se realice a bordo de embarcaciones, solo se entenderá por periodo de descanso el estrictamente necesario entre intervalos de actividad.

   2.3 - Las actividades de socorrismo o rescate cuando requieren acceder al medio acuático.

   2.5 - Los momentos estrictamente necesarios para comer o beber, en lugares en los que esté autorizado.

3. Se consideran actividades compatibles con el uso de mascarilla:
   3.1 - El paseo por los accesos a playas, lagos y demás entornos naturales.
   3.2 - El paseo a la orilla del mar y de los demás entornos acuáticos.
   3.3 - El uso de vestuarios de piscinas públicas o comunitarias, salvo en las duchas.
   3.4 - La permanencia en el exterior o interior de establecimientos de hostelería fuera de los momentos estrictamente necesarios para comer o beber.

ANEXO 6

ACUERDO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SOBRE LA EMISIÓN Y ENTREGA DE CERTIFICADOS INTEROPERABLES DE VACUNACIÓN, DE RESULTADOS NEGATIVOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y DE RECUPERACIÓN DEL COVID-19 (CERTIFICADO DIGITAL UE-COVID)

La Organización Mundial de la Salud elevó el pasado 11 de marzo de 2020 la situación de emergencia de salud pública ocasionada por la COVID-19 a pandemia internacional.

Tras más de un año de esta declaración, comienza a apreciarse una tendencia descendente en el número de casos en los Estados miembros de la Unión Europea, debida tanto a las distintas medidas adoptadas para hacer frente a la pandemia y prevenir y controlar el incremento de casos, como a la evolución favorable del proceso de vacunación.

En este contexto, la Comisión Europea presentó el pasado 17 de marzo una propuesta de regulación de certificados interoperables de vacunación, de resultados negativos de pruebas diagnósticas y de recuperación del COVID-19, que tienen como objetivo facilitar la libre circulación en la Unión Europea durante la pandemia de COVID-19, garantizando a su vez la protección de la salud pública.

Esta propuesta se encuentra actualmente en proceso de elaboración, en el que intervienen también el Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea. Tras el acuerdo institucional adoptado el pasado 20 de mayo, se espera que la aprobación del Reglamento Europeo se produzca en la semana del 7 de junio y que, a partir del 1 de julio, los certificados puedan estar operativos en todo el territorio de la Unión.

Este Reglamento, que tendrá alcance general y eficacia directa desde el momento de su entrada en vigor, tiene por objeto establecer un marco de interoperabilidad y confianza para la expedición, verificación y aceptación de certificados, así como la base jurídica para el tratamiento de los datos personales necesarios para expedir tales certificados y de la información necesaria para confirmar y verificar su autenticidad y validez. En él se dispone que los Estados miembros de la Unión Europea están obligados a expedir los tres certificados UE COVID-19, tanto en formato digital como en papel, según la elección del titular del certificado.

Por tanto, una vez aprobada esta regulación, las autoridades sanitarias competentes, en nuestro caso, las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad, deberán comenzar a expedir certificados según lo dispuesto en la normativa europea.

El ordenamiento jurídico español ya contempla, en el artículo 27, apartado segundo, de la Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, la posibilidad de que los datos necesarios para el seguimiento y la vigilancia epidemiológica del COVID-19, puedan ser utilizados para la emisión por la autoridad sanitaria competente de certificados de pruebas diagnósticas o de vacunación.

Asimismo, esta Ley establece en su artículo 23, la obligación de facilitar a la autoridad de salud pública competente todos los datos necesarios para el seguimiento y la vigilancia epidemiológica

del COVID-19 que le sean requeridos, en el formato adecuado y de forma diligente, incluidos, en su caso, los datos necesarios para la identificación personal.

Todo ello, de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE, en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y en lo establecido en los artículos ocho.1 y veintitrés de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Si bien la regulación europea establece la base jurídica para la emisión de los certificados en cada Estado Miembro, la existencia de distintas autoridades sanitarias competentes en España, dado nuestro modelo de organización territorial, hace necesario delimitar adicionalmente de forma específica las obligaciones de las distintas Administraciones Públicas en el proceso de emisión y entrega de certificados digitales, con el objetivo de garantizar la correcta aplicación de la normativa europea y el cumplimiento de los derechos de los particulares que se recogen en la misma.

Asimismo, desde finales del pasado mes de marzo, el Ministerio de Sanidad y los distintos representantes designados por las comunidades y ciudades autónomas vienen trabajando intensamente y con muy buenos resultados en los procesos técnicos, operativos y funcionales necesarios para hacer posible la implantación en España del Certificado Digital en los ajustados plazos establecidos por las instituciones europeas.

Por todo ello, este Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en virtud de la competencia exclusiva sobre la coordinación de la sanidad atribuida al Estado por el artículo 149.1.16ª de la Constitución Española, y de la las funciones de coordinación atribuidas a este órgano en particular a través del artículo 148.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, viene a establecer que las autoridades sanitarias de las comunidades y ciudades autónomas son las competentes para la emisión y entrega de los certificados digitales regulados en la normativa europea. Todo ello, sin perjuicio de la actuación del Ministerio de Sanidad como autoridad sanitaria en su ámbito de competencia, como es el caso de la Sanidad Exterior.

Además, el Ministerio de Sanidad complementará a las autoridades sanitarias competentes como proveedor alternativo del servicio de emisión y entrega del certificado digital, a petición del interesado, y en formato únicamente electrónico, con la intención de facilitar la extensión del certificado a toda la ciudadanía y sobre la base del principio de servicio efectivo a los ciudadanos establecido en el artículo 3.1.a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre.

A la vista de lo anterior, en su sesión de 26 de mayo de 2021, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud:

ACUERDA

1. Las comunidades y ciudades autónomas serán, con carácter general, la autoridad sanitaria competente para la emisión y entrega a los ciudadanos de los certificados digitales, tanto en formato electrónico como en papel, según lo establecido en la normativa europea por la que se regula el Certificado Digital UE-COVID.

2. Las comunidades y ciudades autónomas emitirán los certificados digitales a petición del interesado, independientemente del servicio de salud de adscripción de éste, pudiendo consultar para ello, en caso de ser necesario, el registro central de vacunación (REGVACU) y el sistema de información de resultados de pruebas diagnósticas SERLAB-Cov19. Para ello, el Ministerio de Sanidad pondrá, en todo caso, a disposición de las comunidades y ciudades autónomas los medios técnicos necesarios para la realización de dichas consultas de manera sencilla, fiable y segura.

3. El Ministerio de Sanidad actuará como autoridad sanitaria en la emisión y entrega de certificados digitales en su ámbito de competencia, según lo establecido en la normativa europea por la que se regula el Certificado Digital UE-COVID, en particular en los puntos de Sanidad Exterior, así como en otros casos tasados que se determinen mediante Resolución del órgano competente.

4. El Ministerio de Sanidad actuará también como proveedor alternativo del servicio de emisión y entrega del certificado digital, a petición del ciudadano, y únicamente en formato electrónico, en base al principio de servicio efectivo a los ciudadanos regulado en el artículo 3.1.a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre.

ANEXO 7

CRITERIOS PARA LA DISTRIBUCIÓN DE CRÉDITOS DESTINADOS A LA FINANCIACIÓN DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO 2021 DE LA RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

PROPUESTA DE DISTRIBUCIÓN A LAS CCAA
CRÉDITO PRESUPUESTARIO 26.09.313A.457
SEGÚN EL PLAN DE TRABAJO ANUAL 2021

Agencia / Unidad de Evaluación	% sobre Crédito total	Cuantía sobre Crédito total
AETSA, Andalucía	16,7	887.000 €
IACS, Aragón	17,3	924.000 €
SESCS, Canarias	16,8	892.500 €
AQuAS, Cataluña	13,7	728.000 €
Avalia-t, Galicia	16	854.000 €
UETS, Madrid	5,9	315.000 €
Osteba, País Vasco	13,6	724.500 €
TOTAL	**100,0**	**5.325.000 €**

ANEXO 8

ACUERDO PARA LA DISTRIBUCIÓN DE LA PARTIDA PRESUPUESTARIA DESTINADA A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS, PARA LA FINANCIACIÓN DEL PROGRAMA DE REASENTAMIENTO Y REUBICACIÓN DE REFUGIADOS

COMUNIDAD AUTONOMA	*SOLICITANTES DE PROTECCION INTERNACIONAL Nº UNIDADES DE REPARTO 2020*	*IMPORTE (EN EUROS)*
ANDALUCÍA	*69.135*	*245.125*
ARAGÓN	*25.855*	*91.671*
ASTURIAS, PRINCIPADO DE	*12.371*	*43.863*
BALEARS, ILLES	*2.848*	*10.098*
CANARIAS	*16.335*	*57.917*
CANTABRIA	*10.094*	*35.789*
CASTILLA Y LEÓN	*31.690*	*112.360*
CASTILLA-LA MANCHA	*23.780*	*84.314*
CATALUÑA	*36.458*	*129.265*
COMUNITAT VALENCIANA	*49.339*	*174.936*
EXTREMADURA	*5.490*	*19.465*
GALICIA	*22.379*	*79.347*
MADRID, COMUNIDAD DE	*142.629*	*505.705*
MURCIA, REGIÓN DE	*8.655*	*30.687*
NAVARRA, COMUNIDAD FORAL DE	*12.906*	*45.759*
PAÍS VASCO	*19.550*	*69.316*
RIOJA, LA	*3.594*	*12.743*
CEUTA	*339*	*1.203*
MELILLA	*123*	*437*
TOTAL	*493.570*	*1.750.000*

ANEXO 9

ACUERDO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, ADOPTADO EN COORDINACIÓN CON LA CONFERENCIA SECTORIAL DE EDUCACIÓN, SOBRE LA DECLARACIÓN DE ACTUACIONES COORDINADAS EN SALUD PÚBLICA FRENTE AL COVID-19 PARA CENTROS EDUCATIVOS DURANTE EL CURSO 2021-2022.

El 27 de agosto de 2020, tras varios meses de trabajo intenso, se consensuaron y establecieron las medidas frente a COVID-19 para centros educativos, en el Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, adoptado en coordinación con la Conferencia Sectorial de Educación, sobre la Declaración de Actuaciones Coordinadas en Salud Pública frente al COVID-19 para centros educativos durante el curso 2020-2021‡. Estas medidas consolidaron el trabajo realizado en los meses previos para retomar la actividad educativa presencial adoptando medidas para garantizar que la misma se realizaba de la forma más segura posible.

Este Acuerdo, junto con los documentos técnicos de medidas de prevención, higiene y promoción de la salud frente al COVID-19 trabajados y actualizados a lo largo del curso por Sanidad y Educación, han permitido el adecuado funcionamiento de los centros educativos durante el curso y han permitido mantener abiertos los centros, y que el impacto de COVID en los mismos haya sido bajo.

En ese sentido, España ha sido un modelo internacional a seguir, gracias a la capacidad para mantener la apertura de los centros educativos durante las distintas olas epidémicas que han tenido lugar desde septiembre de 2020.

La educación se considera una actividad esencial y un derecho de la infancia y adolescencia a proteger, y por ello, dada la valoración de la situación en la fecha actual, se hace necesario establecer medidas de prevención, higiene y promoción de la salud frente al COVID-19 para el curso 2021-2022 que posibiliten la máxima presencialidad en un entorno seguro y saludable, con la flexibilidad necesaria en función del escenario epidemiológico.

La situación actual de la pandemia cuenta con varios elementos a tener en cuenta que hacen necesario revisar y actualizar el Acuerdo del 27 de agosto de 2020. Por un lado, los avances en la estrategia de vacunación permiten estimar que un alto porcentaje de la población sea vacunado a lo largo de 2021. No obstante, la vacunación va avanzando por grupos poblacionales y en el momento actual la vacunación a población infantil está pendiente de definir. Dada la evolución de la estrategia de vacunación, se prevé un impacto positivo en la morbimortalidad y en el control de la pandemia, que aumentará según se aumente la cobertura de la población vacunada. Según la evidencia disponible, podemos afirmar que la eficacia de las vacunas aprobadas en la actualidad es alta y, por tanto, el riesgo de enfermar tras la exposición al virus es muy bajo. Sin embargo, no se puede

‡ https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Acuerdo_CISNS_CSE_Actuaciones_coordinadas_en_salud_publica_para_centros_educativos_27.08.20.pdf

descartar la posibilidad de infección y que las personas vacunadas, aunque no desarrollen síntomas, puedan transmitir la infección a otros individuos.

Por otro lado, la dimensión mundial de la pandemia hace necesario mantener un escenario de prudencia, y a su vez tener en consideración el contexto de la circulación de variantes de mayor impacto para la salud pública, con posible escape a la inmunidad.

Con el objeto de ajustar al mayor grado posible las medidas a la situación epidemiológica, se plantean escenarios en función del nivel de alerta en cada territorio, tal y como se describe en el documento de Actuaciones[§] de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19, de fecha 26 de marzo de 2021. Se plantean dos escenarios posibles: uno que incluye el nivel de nueva normalidad y los niveles de alerta 1 y 2, y un segundo escenario que incluye los niveles de alerta 3 y 4. La indicación de cambio de escenario la establecerá la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma para cada provincia, o para el nivel territorial que decida. Se recomienda que, para decidir este nivel territorial, se tenga en cuenta tanto los aspectos epidemiológicos como los relacionados con la organización educativa. Dicho cambio se mantendrá durante 2 semanas hasta reevaluación.

La organización por escenarios permite flexibilizar la distancia interpersonal para nueva normalidad, nivel 1 o 2 de alerta, como recogen las recomendaciones de los organismos internacionales, y ser más estricto si se pasa a niveles 3 y 4 de alerta, donde se sabe que aumenta el riesgo de transmisión en edad adolescente. Además, posibilita que los centros sean conscientes de que hay más transmisión comunitaria para reforzar las medidas y concienciar a la comunidad educativa.
Los escenarios se revisarán a lo largo del curso, ajustándose a la baja o haciéndose más exigentes, según avance la vacunación del alumnado y según la valoración que hagan de la evolución epidemiológica de la pandemia los órganos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

De cara al curso 2021-2022, se han diseñado las medidas teniendo en cuenta a fecha actual la situación epidemiológica, la estrategia de vacunación frente a COVID-19, la revisión de la evidencia científica disponible y las lecciones aprendidas, la gestión de la incertidumbre de la evolución de la pandemia a nivel internacional, y el consenso de que se deben preservar los centros educativos abiertos por su impacto en la salud, el bienestar emocional, la equidad y el nivel educativo en la infancia y adolescencia.

Al igual que en el curso 2020-2021, es necesario garantizar la presencialidad al menos hasta los 14 años (2º de la ESO), dada la menor independencia a esas edades; pero se hace necesario reforzar la presencialidad también en cursos superiores, por motivos de rendimiento académico, bienestar emocional y equidad. Para ello, será necesario realizar un refuerzo en estas etapas superiores (a partir de 3º de la ESO).

Para la prevención de la transmisión del SARS-CoV-2 es necesario mantener medidas de limitación de contactos como la distancia interpersonal y la limitación de número de personas; medidas de prevención personal, como la higiene de manos o el uso de la mascarilla o la vacunación frente a

§ https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actuaciones_respuesta_COVID_26.03.2021.pdf

COVID-19; limpieza, ventilación y una adecuada gestión de casos y contactos. Además, la publicación del documento de Evaluación del riesgo de la trasmisión de SARS-CoV2 mediante aerosoles aportó mayor conocimiento sobre la dinámica de la transmisión, y aunque no implica medidas de prevención muy diferentes de las ya recomendadas, sí hace necesario reforzar las existentes. El uso correcto de mascarilla, la distancia física interpersonal y la ventilación han demostrado su eficacia en diferentes entornos para la reducción de la transmisión de SARS-CoV-2 mediante aerosoles. Sin embargo, es necesario incidir en la necesidad de un ajuste adecuado de la mascarilla y de utilizarla siempre en espacios interiores compartidos, incluso a distancias mayores de 2 metros. Asimismo, se debe limitar el número de personas en espacios interiores. Todas estas medidas se contemplan en los centros educativos.

Respecto a la limitación de contactos, se recomienda el mantener una distancia interpersonal de al menos 1,5 metros en las interacciones en el centro educativo. Sin embargo, dentro del aula, la evidencia científica y las recomendaciones de organismos internacionales indican que se puede flexibilizar esta distancia en especial en escenarios de baja transmisión comunitaria, y especialmente para la población infantil, manteniendo un tamaño de los grupos adecuado. Por ello se ha flexibilizado la distancia interpersonal dentro del aula de 1,5 metros a 1,2 metros a partir de 5º de Educación Primaria, con el fin de garantizar la presencialidad con seguridad (con un número de alumnos por aula como máximo acorde a la normativa vigente). Esta flexibilización de la distancia en el aula es una de las medidas que ha sido revisada respecto al curso 2020-2021.

Sin embargo, en el escenario de mayor transmisión, a partir de 3º de la ESO, se establece que la distancia será de 1,5 metros o bien clases al aire libre, debido a que los adolescentes presentan una capacidad de transmisión similar a las personas adultas y se ha comprobado con la experiencia del curso 2020-2021 que una distancia de 1,5 metros es suficiente para mantener las aulas seguras, aunque exista una alta transmisión comunitaria. En el caso de no ser posible estas dos opciones, y de manera excepcional, se plantea recurrir a la semipresencialidad a partir de 3º de la ESO a Bachillerato, priorizando la asistencia de alumnado con dificultades sociales o académicas.

Respecto a la limitación de contactos en las etapas de menor edad, desde Educación Infantil hasta 4º de Educación Primaria se establece la organización por Grupos de Convivencia Estable, una propuesta organizativa que ya estaba contemplada en las medidas del curso 2020-2021. Los Grupos de Convivencia Estable (GCE) se definen como grupos formados por un número limitado de alumnos/as junto al tutor/a, garantizando la estanqueidad en todas las actividades que se realicen dentro del centro educativo y evitando la interacción con otros grupos, limitando al máximo el número de contactos. A cambio, dentro del grupo no sería necesario guardar la distancia interpersonal de manera estricta, por lo que sus miembros pueden socializar y jugar entre sí, interaccionando con mayor normalidad. Idealmente, se debe minimizar el número de personas adultas que interaccionan con cada grupo, siendo la figura fundamental el tutor o tutora. Esta alternativa, además, posibilitará el estudio de contactos rápido y más sencillo si se diera algún caso. Para 5º y 6º de Educación Primaria se plantean dos opciones de organización posibles en el aula, mediante GCE o manteniendo la distancia de 1,5 metros, y pudiendo flexibilizar hasta 1,2 metros.
Respecto a las medidas de prevención personal, la evidencia se mantiene con respecto al curso anterior, por lo que se incide en la continuidad de las medidas del curso previo, de higiene de manos e higiene respiratoria, y el uso de la mascarilla obligatoria a partir de los 6 años de edad con independencia del mantenimiento de la distancia interpersonal o la pertenencia a un grupo de convivencia estable.

A su vez, cobran especial relevancia las medidas de limpieza y ventilación. Esta última se ha reforzado a lo largo del curso 2020-2021, en línea con la evidencia de transmisión por aerosoles, y entre las medidas esenciales está la importancia de priorizar cuando sea posible las actividades al aire libre y de una ventilación natural de los espacios a poder ser de forma permanente y cruzada.
A su vez, es fundamental el asegurar el acceso a un menú saludable para todo el alumnado, por lo que se resalta el papel esencial de los comedores, siendo prioritario el mantenimiento de este servicio ya sea en el centro educativo o para llevar a domicilio, y la necesidad de implementar medidas que faciliten que se puedan cumplir las medidas de distancia e higiene en los comedores o espacios alternativos habilitados para tal fin.

La Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, recoge que "En cualquier caso, deberá asegurarse la adopción de las medidas organizativas que resulten necesarias para evitar aglomeraciones y garantizar que el alumnado y trabajadores puedan cumplir las indicaciones de distancia o limitación de contactos, así como las medidas de prevención personal, que se indiquen por las autoridades sanitarias y educativas". Este Acuerdo recoge estas medidas a aplicar, basándose en el documento de medidas en centros educativos frente a COVID-19 para el curso 2021-2022 aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 18 de mayo de 2021**. La evolución de la situación epidemiológica, la diversidad y heterogeneidad de algunas de las medidas adoptadas en los diferentes territorios y la necesidad de alinear los esfuerzos conjuntos de todas las autoridades sanitarias, aconsejan establecer un mínimo común de medidas que deberán ser adoptadas por las comunidades y ciudades con estatuto de autonomía en el ámbito competencial que les es propio, utilizando la figura de la Declaración de Actuaciones Coordinadas en Salud Pública prevista en el artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Estas medidas se acuerdan teniendo en cuenta la situación epidemiológica actual y se adaptarán al escenario existente en cada momento, ajustándose a la baja o haciéndose más exigentes, según la valoración que hagan de la evolución epidemiológica de la pandemia los órganos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

En concreto la Declaración de Actuaciones Coordinadas incluirá 27 medidas, y 6 recomendaciones para su aplicación por las administraciones competentes, tomando en consideración las propuestas discutidas en el seno de la Conferencia Sectorial de Educación.

La Declaración de Actuaciones Coordinadas, que viene referida a un ámbito material en el que la Administración General del Estado tiene atribuidas funciones de coordinación general de la sanidad, de acuerdo con el orden constitucional de distribución de competencias, incluirá a todas las comunidades y ciudades con estatuto de autonomía y surtirá los efectos previstos en el artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

** https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Medidas_centros_educativos_Curso_2021_2022.pdf

ACUERDA:

PRIMERO. Que sean declaradas como actuaciones coordinadas en salud pública, de acuerdo con lo establecido en el artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, las siguientes medidas:

I. **Medidas referidas a centros educativos**

A) Apertura de los centros educativos/presencialidad

1. Con carácter general, la actividad lectiva será presencial para todos los niveles y etapas del sistema educativo, garantizándola al menos hasta el segundo curso de la Educación Secundaria Obligatoria en todos los escenarios de transmisión.

2. La suspensión generalizada de la actividad lectiva presencial de forma unilateral por parte de una Comunidad Autónoma o Ciudad Autónoma, únicamente se adoptará ante situaciones excepcionales, tras la presentación en el Consejo Interterritorial del SNS.

3. Los centros educativos se mantendrán abiertos durante todo el curso escolar asegurando los servicios de comedor, así como el apoyo lectivo a menores con necesidades especiales o pertenecientes a familias socialmente vulnerables, siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita, en base a las indicaciones de las autoridades sanitarias.

4. Los centros educativos promoverán que las reuniones de coordinación y aquellas otras actividades no lectivas que sean posible, se realicen de forma telemática.

B) Coordinación efectiva

5. Se constituirá un grupo de coordinación y seguimiento de la evolución de la pandemia por las Consejerías competentes en materia de Sanidad y Educación a nivel autonómico.

6. Todos los centros educativos designarán a una persona responsable para los aspectos relacionados con COVID que debe estar familiarizada con todos los documentos relacionados con centros educativos y COVID-19 vigentes. Esta persona actuará como interlocutor con los servicios sanitarios a requerimiento de la unidad de salud pública correspondiente o por propia iniciativa cuando deba consultar algún asunto y deberá conocer los mecanismos de comunicación eficaz que se hayan establecido con los responsables sanitarios de su ámbito territorial.

C) Limitación de contactos:

7. De forma general, se mantendrá una distancia interpersonal de al menos 1,5 metros en las interacciones entre las personas en el centro educativo.

8. Dentro del aula, se debe mantener una distancia interpersonal de 1,5 metros, pudiéndose flexibilizar a 1,2 metros, con el fin de garantizar la presencialidad.

9. A partir de 3º de la ESO, en el escenario de niveles de alerta 3 y 4, se mantendrá la distancia interpersonal de al menos 1,5 metros o se realizarán las clases al aire libre. De manera excepcional, si no es posible garantizar la presencialidad con las dos opciones anteriores, se pasaría a semipresencialidad, priorizando la asistencia de alumnado con dificultades sociales o académicas.

10. En el caso de la Formación Profesional, cuando sea de aplicación, se adoptarán las medidas que correspondan a su ámbito profesional de referencia.

11. Desde educación infantil hasta el 4º curso de educación primaria, la organización del alumnado se establecerá, con carácter general, en grupos de convivencia estable, en cuyo ámbito no se aplicarán criterios de limitación de distancia. Se debe garantizar la estanqueidad del grupo de convivencia estable en todas las actividades que se realicen dentro del centro educativo. Los cursos de 5º y 6º de Educación Primaria podrán organizarse como Grupo de Convivencia Estable o manteniendo la distancia de 1,5 metros, con posibilidad de flexibilizar a 1,2 metros.

12. Si la transmisión es muy baja (nueva normalidad) se permitirá que los grupos de convivencia estable interaccionen con otros grupos del mismo curso, sobre todo al aire libre.

13. Se evitarán aquellas actividades en el centro educativo que conlleven la mezcla de alumnado de diferentes grupos de convivencia o clases en las que no se pueda mantener la distancia mínima interpersonal.

14. Los eventos deportivos o celebraciones que tengan lugar en los centros educativos se realizarán siempre que se pueda al aire libre y acorde a las mismas condiciones que sus homólogos en el ámbito comunitario.

D) Medidas de prevención personal

15. Se realizará una higiene de manos de forma frecuente y meticulosa al menos a la entrada y salida del centro educativo, antes y después del patio, de comer y siempre después de ir al aseo.

16. El uso de la mascarilla será obligatorio a partir de 6 años de edad con independencia del mantenimiento de la distancia interpersonal o la pertenencia a un grupo de convivencia estable, sin perjuicio de las exenciones previstas en el ordenamiento jurídico.

17. El alumnado recibirá educación para la salud para posibilitar una correcta higiene de manos e higiene respiratoria y el uso adecuado de la mascarilla.

E) Limpieza, desinfección y ventilación del centro

18. Se recomienda ventilación natural cruzada, si es posible de forma permanente, repartiendo los puntos de apertura de puertas y ventanas en lugar de concentrar la apertura en un solo punto. Se deberá ventilar con frecuencia las instalaciones del centro, a poder ser de manera permanente, incluyendo al menos durante 15 minutos al inicio y al final de la jornada,

durante el recreo, y siempre que sea posible entre clases, garantizando además una buena ventilación en los pasillos; y con las medidas de prevención de accidentes necesarias.

19. Se intensificará la limpieza, en especial en los baños y en las superficies de mayor uso.

F) Comedores escolares

20. Los comedores, o espacios alternativos habilitados para las comidas, permitirán la distancia interpersonal de al menos 1,5 metros, salvo en el caso de pertenecientes a un mismo grupo de convivencia estable. Se asignarán puestos fijos durante todo el año para el alumnado y se garantizará la estanqueidad en el caso de los grupos de convivencia estable, maximizando la distancia de al menos 1,5 metros entre grupos de convivencia estable. Se reforzarán asimismo las medidas de ventilación.

G) Transporte escolar

21. En el transporte escolar colectivo será obligatorio el uso de mascarilla a partir de 6 años de edad, sin perjuicio de las exenciones previstas en el ordenamiento jurídico, y recomendable en niñas y niños de 3 a 5 años. Se asignarán a asientos fijos al alumnado para todo el curso escolar, salvo que, en base a la situación epidemiológica, las autoridades sanitarias determinen un uso más restrictivo o más flexible del mismo.

H) Gestión de casos y Actuación ante brotes

22. Ante la aparición de casos en el centro educativo, las medidas de prevención y control se llevarán a cabo por parte de la unidad de Salud Pública de la comunidad o ciudad autónoma en base al documento técnico elaborado por la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta:"Guía de actuación ante la aparición de casos de COVID-19 en centros educativos", que tiene como ejes de actuación los siguientes:
    - Evitar la asistencia al centro de personas sintomáticas.
    - Aislamiento precoz y referencia al sistema sanitario de personas con síntomas.
    - Mantenimiento de la actividad extremando precauciones hasta confirmar o descartar la infección en la persona sintomática
    - Cuarentena de los contactos estrechos en los términos que decida la unidad de Salud Pública de la comunidad o ciudad autónoma en base a la "Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19".

23. El centro educativo informará, explícitamente y con confirmación de recepción de la información, a los padres, madres y otras figuras parentales, o al alumnado mayor de edad, de que el alumnado con cualquier sintomatología aguda no puede acceder al centro educativo. Los centros educativos pueden establecer mecanismos para la identificación de síntomas en los alumnos a la entrada al mismo o una declaración responsable de los progenitores.

24. No acudirán al centro educativo aquellas personas que tengan síntomas compatibles con COVID-19, ya sean parte del alumnado, profesorado u otro personal, así como aquellas que se encuentren en aislamiento por diagnóstico de COVID-19 o en período de cuarentena por contacto estrecho con un caso de COVID-19.

25. Los trabajadores vulnerables al COVID-19 mantendrán las medidas de protección de forma rigurosa, de acuerdo con la evaluación realizada por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y su informe sobre las medidas de prevención, adaptación y protección necesarias, siguiendo lo establecido en el Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2.

26. Se informará y formará a las personas trabajadoras sobre los riesgos de contagio y propagación de la COVID-19, con especial atención a las vías de transmisión y las medidas de prevención y protección adoptadas en el centro.

27. La realización de actividades y modalidades formativas en centros no educativos atenderá a los criterios de prevención y control establecidos para el sector correspondiente.

II. **Recomendaciones referidas a centros educativos.**

28. Se priorizará en la medida de lo posible la utilización de espacios al aire libre.

29. En las etapas educativas superiores al 4º curso de Educación Primaria el alumnado podrá así mismo organizarse en grupos de convivencia estable en la medida de lo posible.

30. Se priorizará la comunicación con las familias mediante teléfono, correo electrónico, mensajes o correo ordinario, facilitando las gestiones administrativas de forma telemática.

31. Se recomienda el control temperatura corporal en el domicilio antes de acudir al centro educativo, tanto para el alumnado como para el personal trabajador.

32. Se recomendará a la ciudadanía la priorización del transporte activo (andando o en bicicleta) en rutas seguras a la escuela como opción de movilidad que mejor garantiza la distancia interpersonal, siendo además una opción más saludable y que evita compartir espacios cerrados.

33. Se emprenderán acciones para prevenir el estigma o discriminación en relación con la COVID-19, cuidando de manera especial las situaciones de mayor vulnerabilidad emocional y social que hayan podido producirse como consecuencia esta pandemia.

SEGUNDO. Para el adecuado seguimiento de la evolución de la pandemia, y la posible adopción de medidas de forma coordinada, se continuará celebrando semanalmente una reunión del pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Estas sesiones serán convocadas con la citada periodicidad por los órganos competentes para ello. Asimismo, el Ministerio de Educación y Formación Profesional convocará las reuniones que considere necesarias de la Comisión General de Educación, con objeto de analizar el impacto de la pandemia en los centros educativos.

TERCERO: Todas las medidas y recomendaciones contempladas en la Declaración de Actuaciones Coordinadas se deberán adaptar de acuerdo con la evolución de la situación epidemiológica, a las indicaciones de las autoridades sanitarias y a las guías, protocolos y procedimientos de actuación existentes o que se desarrollen en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para cada escenario previsto de transmisión del SARS-CoV-2.

Asimismo, se tomarán las medidas oportunas y se garantizarán los recursos materiales y humanos necesarios para dar respuesta a lo establecido en las medidas consensuadas por ambos sectores (sanidad y educación) en el documento: "Medidas de prevención, higiene y promoción de la salud frente a COVID-19 para centros educativos en el curso 2021-2022", que se actualizará según avance la evidencia científica, la situación epidemiológica y la estrategia de vacunación.

Las medidas incluidas en el documento de Medidas de Prevención, Higiene y Promoción de la Salud frente a COVID-19, así como las destacadas en este documento, se adoptarán en todo caso de acuerdo con lo que dispongan al efecto las Administraciones educativas y sanitarias competentes.

CUARTO. En los supuestos en que la ejecución de las actuaciones contempladas en la Declaración de Actuaciones Coordinadas requiera de la adopción, por parte de las comunidades y ciudades con estatuto de autonomía, de algún acto o disposición, estos se adoptarán a más tardar el 1 de julio de 2021.

QUINTO. Esta Declaración de Actuaciones Coordinadas entrará en vigor una vez finalizado el curso escolar 2020-2021. La Declaración de Actuaciones Coordinadas en salud pública frente al COVID-19 para centros educativos durante el curso 2020-21, de fecha 27 de agosto de 2020 seguirá estando vigente hasta el fin del curso escolar 2020-2021.

SEXTO. Las Comunidades Autónomas de Cataluña, Galicia, Andalucía, Madrid y Región de Murcia han formulado voto particular negativo a este Acuerdo. Asimismo, la Comunidad Autónoma del País Vasco no ha participado en la votación de este Acuerdo.

La presente declaración de actuaciones coordinadas obliga a todas las comunidades y ciudades con estatuto de autonomía, con independencia del sentido de su voto, de acuerdo con lo previsto en el segundo párrafo del artículo 151.2.a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, sobre los Acuerdos de Conferencia Sectorial referidos a un ámbito material, el sanitario, en el que la Administración General del Estado tiene atribuidas funciones de coordinación general.

SÉPTIMO. La Declaración de Actuaciones Coordinadas producirá efectos hasta que se apruebe por el Ministro de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con audiencia de todas las comunidades y ciudades con estatuto de autonomía, la finalización de su vigencia.

Madrid, 2 de junio de 2021

ANEXO 10

ACUERDO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SOBRE LA DECLARACIÓN DE ACTUACIONES COORDINADAS FRENTE A LA COVID-19.

Debido a la evolución ascendente en el número de casos de COVID-19 en el inicio de la segunda ola epidémica de esta enfermedad, el Gobierno declaró *el* ***Estado de Alarma mediante Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre***, que fue **prorrogado por** ***Real Decreto 956/2020, de 3 de noviembre***, hasta el pasado 9 de mayo de 2021. En esa fecha, quedó sin efecto el Estado de Alarma en un escenario de evidente mejoría de la situación epidemiológica, propiciado por un ritmo constante en la vacunación, que está logrando un incremento progresivo y estable del nivel de inmunidad de la población. Así lo ponen de manifiesto los principales indicadores de evolución de la epidemia y de su impacto en el sistema asistencial. La Incidencia acumulada de casos de COVID-19 en los 14 días antes del 01 de junio de 2021 era de 118,54 por cada 100.000 habitantes a nivel nacional, con nueve comunidades autónomas o ciudades con estatuto de autonomía por debajo de los 100 casos por 100.000 habitantes, pero todavía otras tres por encima de 180. La ocupación hospitalaria y de camas de UCI en esa fecha se encontraba en 3,60% y 12,85% respectivamente y todos los indicadores presentan tendencias descendentes, suaves pero estables en prácticamente todas las CCAA.

Gracias a la estrategia de vacunación implementada en España, se han administrado hasta la fecha de esta declaración 27.607.247 dosis de vacuna que han permitido vacunar, por el momento, con la pauta completa al 20,4% de la población y con una dosis al 38,8%, pero sobre todo ha permitido proteger en gran medida a la mayor parte de la población de 60 años o más, los más vulnerables a la COVID-19. Estos datos nos permiten prever un mantenimiento de la evolución favorable observada en las últimas semanas. No obstante, la población menor de 60 años todavía no está inmunizada contra este virus y, por lo tanto, se deben mantener medidas no farmacológicas para el control de la transmisión para toda la población, dirigiéndose especialmente a estos grupos más jóvenes, hasta que se consigan coberturas de vacunación adecuadas para la totalidad de la población diana.

Además, aunque la evolución de la epidemia en los últimos meses sea favorable, la situación epidemiológica todavía dista de ser la deseable y el incremento de la circulación de personas, al no estar ya limitados los movimientos (excepto los confinamientos locales, que sean ratificados judicialmente), junto con las variantes del SARS-CoV-2 surgidas en otros países, podrían incidir sobre la capacidad de respuesta en caso de introducción del virus, entrañando mayores riesgos de repunte de los casos de COVID-19.

Es preciso, en este contexto, adaptar y coordinar las actuaciones de las autoridades sanitarias competentes de cara a la evolución de la pandemia de los próximos meses, que estará especialmente marcada por la vacunación, atendiendo al nivel de alerta epidemiológica.

Esta Declaración de Actuaciones Coordinadas revisa y actualiza las declaraciones previas que continuaban vigentes para adaptarlas a la situación actual y propone actuaciones comunes para escenarios que se encuentran fuera de los niveles de alerta definidos en el documento “Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19”, aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud,

mientras no se alcancen coberturas de vacunación de al menos el 70% de la población con pauta completa.

En atención a todo lo expuesto, es fundamental establecer un marco común de actuaciones coordinadas y de recomendaciones, dando cuenta a la población con suficiente antelación, todo ello de conformidad con el artículo 65.2.c) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, el artículo 151.2.a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, del Régimen Jurídico del Sector Público, así como el artículo 24 de la Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

A la vista de lo anterior, en su sesión del 2 de junio de 2021, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud:

ACUERDA:

PRIMERO. Que sean declaradas como actuaciones coordinadas en salud pública frente a la COVID-19 en todo el territorio las siguientes:

3. Medidas acordadas.

A) Locales de ocio nocturno y discotecas:

- La apertura de los locales de ocio nocturno se podrá autorizar cuando la situación epidemiológica de la unidad territorial de referencia para el control de la COVID-19 de la Comunidad Autónoma en la que se encuentre el local esté fuera de los niveles de riesgo o en nivel de alerta 1 de acuerdo al documento "Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19". En ambos escenarios se seguirán las recomendaciones que se proponen para el nivel de alerta 1 en dicho documento.

- El consumo de bebidas y alimentos, tanto en zonas interiores como exteriores, se hará sentado en mesas, debiendo asegurarse el mantenimiento de la debida distancia de seguridad un mínimo 1,5 metros entre las sillas de diferentes mesas.

- No se podrán superar el 50% de aforo máximo en el interior del local. Las terrazas al aire libre de estos establecimientos podrán ocupar la totalidad de las mesas permitidas siempre asegurando la distancia entre mesas antes mencionada.

- Las mesas tendrán un límite de 6 personas en interior y de 10 personas en exterior

- El horario de cierre de estos establecimientos será como máximo a las 02:00 horas, pudiendo ampliarse hasta las 3:00 horas.

- Sin perjuicio de lo anterior, cuando la unidad territorial de referencia para el control de la COVID-19 de la Comunidad Autónoma en la que se encuentre el local esté en nivel de alerta 2, siempre y cuando los indicadores complementarios para la estimación del nivel de alerta presenten una evolución favorable, la Comunidad Autónoma podrá valorar autorizar la apertura de locales de ocio nocturno con las restricciones que se proponen en el documento "Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19".

B) Hostelería y restauración:

En los establecimientos de hostelería, restauración y terrazas, así como en los bares y restaurantes de playa:

- En los territorios fuera de los niveles de riesgo el aforo permitido será de 50% en interior pudiéndose incrementar en un 10% si se aplican medidas de control de riesgos que garanticen un alto nivel de ventilación y control de la calidad del aire. En las terrazas al aire libre se podrán ocupar la totalidad de las mesas permitidas debiendo asegurarse el mantenimiento de la debida distancia de seguridad un mínimo 1,5 metros entre las sillas de diferentes mesas. Se permite el servicio y consumo en barra, manteniendo la distancia antes mencionada. Las mesas tendrán un límite de 6 personas en interior y de 10 en exterior.

- En los niveles de alerta 1 a 4 se seguirá lo establecido en el documento de "Actuaciones de Respuesta Coordinada para el control de la transmisión de COVID-19" aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y publicado en la página web del Ministerio de Sanidad, que establece que las medidas pueden adaptarse y contextualizarse a cada comunidad autónoma y territorio, según la evolución de la situación epidemiológica.

- El horario de cierre de estos establecimientos será como máximo a la 01:00h y se dejará de servir a las 24:00 horas).

C) Eventos y actividades multitudinarias no ordinarias

- Se aplicarán las medidas de control de riesgos de transmisión del SARS-CoV-2 propuestas en el documento de "Actuaciones de Respuesta Coordinada para el control de la transmisión de COVID-19" aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y publicado en la página web del Ministerio de Sanidad a todos los eventos multitudinarios que cumplan la definición incluida en dicho documento.

- Los organizadores de los eventos multitudinarios, en coordinación con las autoridades locales, deberán realizar una evaluación del riesgo del mismo conforme a lo previsto en el documento "Recomendaciones para eventos y actividades multitudinarias en el contexto de nueva normalidad por COVID-19 en España", acordado en la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. En función de esta evaluación, se deberán implementar las medidas específicas adicionales de reducción de riesgos de transmisión si fuera necesario. Esta evaluación de riesgo debe estar disponible para las autoridades sanitarias en caso de que se requiera.

D) Medidas sobre vacunación frente a COVID-19

- Las comunidades autónomas o ciudades con estatuto de autonomía implementarán la campaña de vacunación siguiendo la estrategia de vacunación frente a COVID-19 aprobada por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

y a propuesta de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones de dicho Consejo Interterritorial.

- Las comunidades autónomas deberán disponer de todos los materiales, equipos y recursos necesarios para la administración de las vacunas que provea el Ministerio de Sanidad.

- Las comunidades autónomas o ciudades con estatuto de autonomía aportarán la información procedente de los registros y sistemas de información de vacunas, o de cualquier otro sistema con información de interés en el marco de sus competencias el Registro Estatal de Vacunación frente al SARS-CoV-2 (REGVACU) gestionado por el Ministerio de Sanidad.

E) Medidas relativas al Estudio Nacional de Seroprevalencia ENE-COVID

- El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acuerda realizar la quinta ronda del Estudio Nacional de Seroprevalencia ENE-COVID tras alcanzar el objetivo de cobertura de vacunación del 70% de la población y, en todo caso, antes de que finalice el año 2021.

F) Medidas en relación con los cribados en población asintomática

- Los cribados en población asintomática que no pertenezca a colectivos sujetos a cribados rutinarios, se realizarán cuando se estime necesario y siempre bajo el criterio de la unidad de Salud Pública de la comunidad o ciudad autónoma.

- Los cribados poblacionales que no pertenezca a colectivos sujetos a cribados rutinarios, tendrán un objetivo concreto definido en su protocolo técnico y seguirán las directrices incluidas en la "Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19" de la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud publicada en la página web del Ministerio de Sanidad.

- Los cribados que se realicen en el ámbito laboral deberán enmarcarse dentro de la vigilancia de la salud de los trabajadores llevada a cabo por parte de los servicios de prevención de riesgos laborales.

- La información de interés que resulte de la experiencia en la utilización de estos cribados se compartirá en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud con el fin de aumentar el conocimiento y la buena práctica de estas medidas.

G) Medidas para reforzar la coordinación con las Entidades Locales

- Las comunidades autónomas o ciudades con estatuto de autonomía seguirán manteniendo reuniones periódicas con la federación de municipios y provincias de su ámbito territorial con el objetivo de coordinar acciones comunes de control de la transmisión del virus y de la evolución de la estrategia de vacunación

- Las Consejerías competentes en materia de Sanidad comunicarán a las Entidades Locales de aquellos ámbitos territoriales con especial incidencia o interés desde el punto de vista de la evolución de la pandemia, toda la información necesaria para valorar la situación y coordinar

la adopción de las medidas de control de la transmisión y de coberturas de la estrategia de vacunación en su ámbito territorial.

H) Consumo de tabaco y productos relacionados

- No se permitirá fumar en la vía pública o en espacios al aire libre cuando no se pueda respetar una distancia mínima interpersonal de, al menos, 2 metros. Esta limitación será aplicable también para el uso de cualquier otro dispositivo de inhalación de tabaco, pipas de agua, cachimbas o asimilados.
- No se permitirá fumar, consumir otros productos del tabaco, ni consumir cigarrillos electrónicos en el área destinada al público de los eventos y actividades multitudinarias no ordinarias al aire libre.

Aquellas comunidades y ciudades con estatuto de autonomía que se rijan por medidas más restrictivas que las acordadas en este punto 1, serán quienes decidan sobre la conveniencia de flexibilizarlas.

4. Recomendaciones para reforzar la coordinación con las Entidades Locales:

A) Se recomienda trabajar conjuntamente con las Entidades Locales para favorecer la reorganización del reparto del espacio público a favor de realizar actividades al aire libre conforme a las necesidades derivadas de la evolución de la pandemia, incluyendo caminar e ir en bici, y en detrimento del espacio público dedicado al vehículo motorizado privado.

B) A su vez se recomienda trabajar conjuntamente con las Entidades Locales en la atención a la población en situación de vulnerabilidad, la participación y fomento de otras fórmulas de cooperación con la sociedad civil.

SEGUNDO. Dejar sin efectos la Declaración de Actuaciones Coordinadas en salud pública para responder ante la situación de especial riesgo derivada del incremento de casos positivos por COVID-19, de fecha 14 de agosto de 2020, la Declaración de Actuaciones Coordinadas en salud pública frente al COVID-19 en relación con la vacunación frente a la gripe, de fecha 27 de agosto de 2020, la Declaración de Actuaciones Coordinadas en salud pública frente al COVID-19 para reforzar la aplicación de las medidas de control de la COVID-19 en los próximos meses, de fecha 9 de septiembre de 2020 y la Declaración de Actuaciones Coordinadas en salud pública para responder a la situación de especial riesgo que se deriva de la asistencia de público a acontecimientos deportivos profesionales de carácter internacional durante la fase de transmisión no controlada de infecciones causadas por el SARS-CoV-2, de fecha 28 de octubre de 2020.

TERCERO. Las Comunidades Autónomas de Cataluña, Galicia, Andalucía, Madrid y Región de Murcia han formulado voto particular negativo a este Acuerdo. La Comunidad Autónoma de Castilla y León y la Ciudad Autónoma de Melilla han formulado voto particular de abstención a este Acuerdo. Asimismo, la Comunidad Autónoma del País Vasco no ha participado en la votación de este Acuerdo.

La presente declaración de actuaciones coordinadas obliga a todas las comunidades y ciudades con estatuto de autonomía, con independencia del sentido de su voto, de acuerdo con lo previsto en el segundo párrafo del artículo 151.2.a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del

Sector Público, sobre los Acuerdos de Conferencia Sectorial referidos a un ámbito material, el sanitario, en el que la Administración General del Estado tiene atribuidas funciones de coordinación general

CUARTO. La declaración de actuaciones coordinadas producirá efectos desde su notificación a las comunidades y ciudades con estatuto de autonomía, y hasta que se apruebe por la Ministra de Sanidad la finalización de su vigencia, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con audiencia de todas las comunidades y ciudades con estatuto de autonomía.

Madrid, 2 de junio de 2021

ANEXO 11

ACUERDO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SOBRE MODIFICACION DE LA DECLARACIÓN DE ACTUACIONES COORDINADAS FRENTE A LA COVID-19.

En su sesión del 2 de junio de 2021, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordó que fueran declaradas actuaciones coordinadas frente a la COVID-19 una serie de medidas y recomendaciones relativas al ocio nocturno, al a hostelería y a la restauración, a los eventos y actividades multitudinarias no ordinarias, al consumo de tabaco y productos relacionados, a las medidas sobre vacunación, al Estudio Nacional de Seroprevalencia ENE-COVID, a las medidas de cribado en asintomáticos y a la coordinación con las Entidades Locales.

Asimismo, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordó dejar sin efectos la Declaración de Actuaciones Coordinadas en salud pública para responder ante la situación de especial riesgo derivada del incremento de casos positivos por COVID-19, de fecha 14 de agosto de 2020, la Declaración de Actuaciones Coordinadas en salud pública frente al COVID-19 en relación con la vacunación frente a la gripe, de fecha 27 de agosto de 2020, la Declaración de Actuaciones Coordinadas en salud pública frente al COVID-19 para reforzar la aplicación de las medidas de control de la COVID-19 en los próximos meses, de fecha 9 de septiembre de 2020 y la Declaración de Actuaciones Coordinadas en salud pública para responder a la situación de especial riesgo que se deriva de la asistencia de público a acontecimientos deportivos profesionales de carácter internacional durante la fase de transmisión no controlada de infecciones causadas por el SARS-CoV-2, de fecha 28 de octubre de 2020.

La regulación de las medidas de control de la COVID-19 en el ámbito del ocio nocturno, antes de la Declaración de Actuaciones Coordinadas de 2 de junio, se encontraba en la citada Declaración de Actuaciones Coordinadas, de fecha 14 de agosto de 2020, así como en el documento de "Actuaciones de Respuesta Coordinada para el control de la transmisión de COVID-19", aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. La Declaración de Actuaciones Coordinadas de 2 de junio estableció medidas comunes para la situación fuera de los niveles de riesgo previstos en el citado documento, y una remisión al mismo para adaptar las actuaciones en los niveles 1 a 4 de riesgo.

Por otra parte, conviene recordar y explicitar que todas medidas y recomendaciones previstas en la citada Declaración de Actuaciones Coordinadas de 2 de junio se deben revisar y flexibilizar en función de la evolución de la pandemia.

En atención a todo lo expuesto, de conformidad con el artículo 65.2.c) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, el artículo 151.2.a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, del Régimen Jurídico del Sector Público, así como el artículo 24 de la Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a

la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud:

ACUERDA:

PRIMERO. Modificar la declaración de actuaciones coordinadas frente a la COVID-19, de 2 de junio de 2021 en el sentido siguiente:

1. Se eliminan los subapartados A), B) y C) del punto 1 del apartado PRIMERO y se reordenan correlativamente el resto de subapartados del mismo.

2. Se añade un nuevo párrafo al final del apartado PRIMERO, en los siguientes términos: *Las medidas y recomendaciones acordadas en este apartado podrán ser objeto de revisión y flexibilización a medida y en consonancia con la evolución de los datos epidemiológicos.*

3. Se añade un nuevo punto 3 al apartado PRIMERO con la siguiente redacción:

3. ***Recomendaciones sobre locales de ocio nocturno y discotecas y sobre eventos y actividades multitudinarias no ordinarias***.

a) *Locales de ocio nocturno y discotecas:*

- *La apertura de los locales de ocio nocturno se podrá autorizar en función de la evolución de los datos epidemiológicos y en base a las recomendaciones del documento "Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19".*
- *El horario de cierre de estos establecimientos será como máximo a las 02:00 horas, pudiendo ampliarse en función de la evolución de los datos epidemiológicos.*

b) *Eventos y actividades multitudinarias no ordinarias*

- *Se aplicarán las medidas de control de riesgos de transmisión del SARS-CoV-2 propuestas en el documento de "Actuaciones de Respuesta Coordinada para el control de la transmisión de COVID-19" aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y publicado en la página web del Ministerio de Sanidad a todos los eventos multitudinarios que cumplan la definición incluida en dicho documento.*
- *Los organizadores de los eventos multitudinarios, en coordinación con las autoridades locales, deberán realizar una evaluación del riesgo del mismo conforme a lo previsto en el documento "Recomendaciones para eventos y actividades multitudinarias en el contexto de nueva normalidad*

por COVID-19 en España", acordado en la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. En función de esta evaluación, se deberán implementar las medidas específicas adicionales de reducción de riesgos de transmisión si fuera necesario. Esta evaluación de riesgo debe estar disponible para las autoridades sanitarias en caso de que se requiera.

SEGUNDO. La Comunidad Autónoma del País Vasco decidió no participar en la votación.

La presente declaración de actuaciones coordinadas obliga a todas las comunidades y ciudades con estatuto de autonomía, con independencia del sentido de su voto, de acuerdo con lo previsto en el segundo párrafo del artículo 151.2.a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, sobre los Acuerdos de Conferencia Sectorial referidos a un ámbito material, el sanitario, en el que la Administración General del Estado tiene atribuidas funciones de coordinación general.

TERCERO. Esta modificación de la declaración de actuaciones coordinadas frente a la COVID-19 de 2 de junio de 2021, producirá efectos desde su notificación a las comunidades y ciudades con estatuto de autonomía, y hasta que se apruebe por la Ministra de Sanidad la finalización de su vigencia, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con audiencia de todas las comunidades y ciudades con estatuto de autonomía.

Madrid, 9 de junio de 2021

ANEXO 12

Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho

Las recomendaciones incluidas en el presente documento se revisarán anualmente.

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD

ÍNDICE

1.- Resumen ejecutivo…… **3**

2.- La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia……. **3**

3.- La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el *médico/a responsable*…….. **4**

3.1. *Entrevista clínica*…… **4**

3.2. *Herramientas de apoyo*…… **5**

3.3. *Interconsulta a un profesional sanitario experto/a*..... **7**

4.- El papel del médico/a consultor/a……. **7**

5.- Bibliografía…… **8**

6.- Anexo. *Herramienta de evaluación ACE*……. **9**

CONTROL DE REVISIONES Y MODIFICACIONES		
Nº	**Fec**	**Descripción de modificaciones**

1.- Resumen Ejecutivo

El objetivo de este documento es establecer un **conjunto de recomendaciones** que ayuden a los médicos y médicas responsables a valorar la situación de incapacidad de hecho de los pacientes que soliciten la prestación de ayuda para morir. Estas recomendaciones, que serán revisadas periódicamente, **han sido aprobadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud**, en cumplimiento del artículo 5.2 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

La valoración de la situación de incapacidad de hecho corresponde al **médico/a responsable**, quien debe partir de la misma actitud que se tiene ante cualquier paciente que solicita una determinada prestación. Como es habitual en la práctica clínica, esta valoración comienza por una **entrevista clínica**, durante la cual el médico/a responsable valora la capacidad de comprensión, apreciación, razonamiento y expresión de una elección por parte del paciente.

Todo ello sin perjuicio de que, ante un resultado no concluyente, el médico/a responsable pueda recurrir a **herramientas de apoyo o a la interconsulta con un profesional sanitario experto/a**. Una vez el médico/a responsable ha valorado la situación de capacidad o incapacidad de hecho, el **médico/a consultor/a corrobora, en su caso, la existencia de esa situación,** emitiendo un informe favorable o desfavorable que deberá constar en la historia clínica del paciente.

2.- La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia

El artículo 1 de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (en adelante, LORE) determina que su objeto consiste en *regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse*.

El artículo 5.1, apartado a, determina entre los requisitos para poder recibir la prestación de ayuda para morir que **la persona debe ser capaz y consciente en el momento de la solicitud**. Además de no encontrarse en una situación de incapacidad jurídica, deberá tener capacidad de hecho para realizar la solicitud.

El artículo 3, apartado h, define la "situación de incapacidad de hecho" como aquella *situación en la que el paciente* ***carece de entendimiento y voluntad suficientes para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo****, con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica*.

El artículo 9, relativo al procedimiento a seguir cuando se aprecie que existe una situación de incapacidad de hecho, determina que en tal caso ***el médico responsable está obligado a aplicar lo previsto en las instrucciones previas o documento equivalente.*** Cuando el médico/a responsable considere que el paciente sufre una incapacidad de hecho, pero no exista un documento de instrucciones previas o documento análogo legalmente reconocido, **deberá denegar la solicitud** de ayuda para morir, por escrito y de manera motivada. En caso de existir dicho documento se

continuará con el procedimiento de solicitud de ayuda para morir, teniendo en cuenta lo dispuesto en el mismo.

El artículo 5.2 en su inciso final señala que la valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico/a responsable se hará **conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud** contenidos en el presente documento.

3.- La valoración de la Situación de Incapacidad de Hecho por el Médico/a Responsable

En la práctica clínica, es habitual que el personal facultativo tome decisiones diagnósticas sobre la capacidad de los pacientes, especialmente cuando deben tomar decisiones sobre su cuerpo y su salud, mediante el proceso de **consentimiento informado**.

La valoración de la capacidad de hecho es una función que la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LAP) atribuye al médico/a que trata al paciente.

Así, el artículo 9.3, apartado a de la LAP establece que se otorgará el consentimiento por representación cuando el paciente *no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación*, entre otros supuestos.

En el supuesto de la prestación de la ayuda para morir, **la valoración de la situación de incapacidad de hecho corresponde al médico/a responsable**, quien coordina toda la información y la asistencia sanitaria del paciente.

El protocolo para la valoración de la situación de incapacidad de hecho se estructura en tres fases: 1) el desarrollo de una **entrevista clínica** al paciente, 2) la posibilidad de que el médico/a responsable recurra a determinadas **herramientas de apoyo** y 3) la **interconsulta con un profesional sanitario experto/a** en la valoración de situaciones de capacidad o incapacidad, sí el médico/a responsable no ha alcanzado un resultado concluyente.

3.1.- La entrevista clínica

En la mayoría de ocasiones, el profesional confirma el ejercicio del consentimiento informado a través del **diálogo durante el proceso deliberativo**, sin que se utilicen instrumentos específicos para la valoración de la capacidad.

En el desarrollo de esa entrevista con el paciente, el médico/a responsable partirá de la presunción de capacidad del paciente para tomar decisiones acerca de su propia vida.

El proceso deliberativo clínico para verificar la situación de incapacidad de hecho **deberá constar en la historia clínica** de forma explícita y reflejar con detalle los diferentes aspectos de la valoración realizada.

El médico/a responsable tendrá en consideración los siguientes **criterios generales de valoración:**

a) Capacidad de **comprensión**: si la persona entiende la información que se le proporciona

b) Capacidad de **apreciación**: si interioriza adecuadamente la mencionada información en el proceso de toma de decisiones o las posibles consecuencias de las distintas alternativas.

c) **Razonamiento coherente**: si hace un uso lógico de la información en el proceso de toma de decisiones.

d) **Expresión de una elección**: si al final logra tomar una decisión y comunicarla, de forma voluntaria y libre de coacciones externas.

Además de estos criterios, el médico/a responsable debe asegurar que **la incapacidad no tenga su origen en un déficit de información, a dificultades comunicativas o a elementos culturales**, que deben ser abordados específicamente. En particular, el médico/a responsable debe asegurarse de que el paciente cuenta con la información completa sobre su situación clínica, su pronóstico y los cursos de acción posibles.

3.2.- Herramientas de apoyo

En pacientes en los que, por sus diagnósticos previos, enfermedad actual o por sospecha clínica durante la entrevista, el médico/a responsable tenga alguna duda sobre la capacidad del paciente, **el uso de instrumentos específicos** en la valoración de la capacidad para la toma de decisiones asistenciales **resulta aconsejable**, pero de forma **complementaria y posterior a la valoración clínica** general y a la deliberación con la persona enferma. El uso de estas herramientas de apoyo deberá ser recogido en la historia clínica por el médico/a responsable.

Por un lado, el deterioro cognitivo puede afectar a aspectos claves en la toma de decisiones. Pacientes con un **deterioro cognitivo leve o demencia leve** (*Global deterioration scale* 3 o 4) habitualmente preservan su capacidad de decidir sobre asuntos de gran relevancia sobre su salud.

Por otro lado, sujetos con **deterioros cognitivos más severos** (*Global deterioration scale* >5) habitualmente no preservan la capacidad de decidir sobre procesos que tengan una gran repercusión sobre su salud.

Si atendemos a la prueba **Minimental State Examination (MMSE)** (versión internacional de 30 puntos), puede afirmarse que:

- Una puntuación mayor de 24 puntos MMSE habitualmente se asocia a una situación de capacidad.
- Puntuaciones entre 20 a 24 representan una zona gris de incertidumbre.
- Puntuaciones por debajo de 20 puntos aumentan la probabilidad de incapacidad de hecho.
- Esta probabilidad se incrementaba por debajo de 16 puntos, siendo poco probable por tanto que una persona con una puntuación menor a 16 puntos fuese considerado capaz.

Por tanto, en fases intermedias de demencia, con puntuaciones entre 17 y 23, el MMSE no resultaría fiable como herramienta para evaluar la capacidad de hecho. También sería necesario tener en cuenta las fluctuaciones que se puedan producir en pacientes con enfermedades neurodegenerativas, con periodos de mayor lucidez y episodios confusionales.

En cualquier caso, **las herramientas cognitivas o escalas funcionales no permiten identificar alteraciones en la apreciación**, por lo que no se recomiendan como herramientas para la valoración de la capacidad de la persona, al menos no de forma aislada.

En este sentido, cuando existan dudas sobre la capacidad del paciente tras la entrevista clínica, es recomendable utilizar los siguientes instrumentos de evaluación de la capacidad:

- ***Aid to Capacity Evaluation*** **(ACE)** o Ayuda para la evaluación de la capacidad.

Se trata de una entrevista semiestructurada, de preguntas abiertas y cerradas, con un tiempo de realización medio de 4,5 minutos y validado en nuestro medio**.** Esta herramienta evalúa la **comprensión** de la información, la habilidad del paciente para **decidir y comunicar** una decisión médica concreta y la existencia de trastornos mentales que puedan interferir con la toma de decisiones.

El ACE clasifica al paciente en cuatro categorías: **capaz, probablemente capaz, probablemente incapaz e incapaz.** Se recomendaría utilizar el instrumento ACE en **personas con puntuaciones inferiores a 24 puntos en el MMSE**, para confirmar su capacidad de hecho para solicitar la ayuda para morir.

Disponible en el **Anexo** y en la dirección web:

https://www.fundacionmf.org.ar/files/fa5fcc1287de9e47f3ee26180726a782.pdf

- **MacArthur de Evaluación de la Capacidad para Tratamiento (MacCAT-T)**

Las preguntas formuladas permiten obtener respuestas de una manera en la que se refleja el grado de habilidad del paciente en cuatro áreas: 1) **Comprensión** de la información recibida, 2) **Apreciación** del significado de esa información para el propio paciente, 3) **Razonamiento** para comparar las alternativas teniendo en cuenta sus consecuencias y 4) **Expresión** de una decisión elegida.

El MacCAT-T es una herramienta más compleja que el ACE y el tiempo que requiere para su realización es más largo, pero podría ser de utilidad cuando hay dudas sobre la capacidad de apreciación del sujeto en alguna de las cuatro áreas descritas, siempre que sea necesario realizar una exploración en mayor profundidad.

Disponible en:

https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=389_004a894f-2ae8-4770-901a-5095ac1009b7.pdf

3.3.- Interconsulta a un profesional sanitario experto/a

En el caso de que, tras haber realizado la entrevista clínica y haber recurrido a alguna de las herramientas de apoyo propuestas, el médico/a responsable no alcance un resultado concluyente sobre si el paciente padece o no una situación de incapacidad de hecho, se recomienda una interconsulta con un facultativo/a experto/a en la valoración de este tipo de situaciones o de la patología del paciente. La interconsulta con un profesional sanitario experto/a es independiente de la consulta que de acuerdo con la LORE hay que realizar al médico/a consultor.

4.- El papel del Médico/a Consultor/a

La valoración de la situación de incapacidad de hecho corresponde al médico/a responsable. No obstante, una vez realizada la valoración, el médico/a responsable deberá consultar a **un médico/a consultor/a con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente**, quien no podrá pertenecer al mismo equipo del médico/a responsable.

El médico/a consultor/a, tras estudiar la historia clínica y, en su caso, examinar al paciente, deberá redactar un informe sobre la concurrencia o no de los requisitos establecidos en el artículo 5.2. de la LORE:

- Tener la **nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento** que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses.
- Tener **mayoría de edad** legal.
- Sufrir una **enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante** en los términos establecidos en la LORE, certificada por el médico/a responsable.
- Haber suscrito con anterioridad un **documento de instrucciones previas**, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos.
- Padecer o no una **situación de incapacidad de hecho**.

  El informe elaborado por el médico/a consultor/a se incluirá en la **historia clínica del paciente**. Este informe podrá ser favorable o desfavorable:

- Cuando el informe del médico/a consultor/a sea **favorable** a la valoración realizada por el médico/a responsable, se continuará con el procedimiento de prestación de ayuda para morir.

Si ambos coincidiesen en que el paciente es incapaz de hecho, se habrá de fundamentar la decisión sobre la solicitud de ayuda para morir en el contenido del **documento de instrucciones previas o documento análogo**, siempre que dicho documento exprese de forma clara e inequívoca las circunstancias en las que la persona solicita, para un momento de incapacidad, la ayuda para morir, y se pueda dar por sentado que su deseo no ha cambiado.

Si ambos coincidiesen en que **el paciente no padece una situación de incapacidad de hecho**, se seguirá el procedimiento previsto en el artículo 8 de la LORE.

Cuando haya discrepancia respecto a la incapacidad de hecho entre el médico/a responsable y el médico/a consultor la decisión se elevará al pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación.

5.- Bibliografía

Álvarez Marrodán I, Baón Pérez B, Navío Acosta M, et al.. Validación española de la entrevista MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment para evaluar la capacidad de los pacientes para consentir tratamiento. Med Clin (Barc). 2014;143(5):2011-4).

Alvaro LC, ed. Competencia en demencia. Manual de uso clínico. Editorial Médica Panamericana. Madrid 2018.

Boada M, Robles A, eds. Documento Sitges 2009. Capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: reflexiones, derechos y propuestas de evaluación. Editorial Glosa. Barcelona, 2009.

Hernando Robles P, Lechuga Pérez X, Solé Llop P, et al. Validación, adaptación y traducción al castellano del MacCAT-T: herramienta para evaluar la capacidad en la toma de decisiones sanitarias. Rev Calid Asist. 2012;27(2):85-91.

Mondragón JD, Salame L, Kraus A, De Deyn PP. Clinical Considerations in Physician-Assisted Death for Probable Alzheimer's Disease: Decision-Making Capacity, Anosognosia, and Suffering. Dement Geriatr Cogn Dis Extra. 2019 Jun 18;9(2):217-226.

Moraleda Barba S, Ballesta Rodríguez MI, Delgado Quero AL, et al.. Adaptación y validación al español del cuestionario Aid to Capacity Evaluation (ACE), para la valoración de la capacidad del paciente en la toma de decisiones médicas [The adaptation and validation to Spanish of the questionnaire Aid to Capacity Evaluation (ACE), for the assessment of the ability of patients in medical decision-making]. Aten Primaria. 2015 Mar;47(3):149-57.

Navío Acosta M,Ventura Faci T, ed. Manual de Consulta en Valoración de la Capacidad. Editorial Médica Panamericana. Madrid 2014.

Price A, McCormack R, Wiseman T, Hotopf M. Concepts of mental capacity for patients requesting assisted suicide: a qualitative analysis of expert evidence presented to the Commission on Assisted Dying. BMC Med Ethics. 2014 Apr 22;15:32.

Sessums LL, Zembrzuska H, Jackson JL. Does this patient have medical decision-making capacity? JAMA. 2011 Jul 27;306(4):420-7.

Simón-Lorda, P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2008, vol XXVIII, nº 102, pp. 325-348,.

Ventura T, Navío M, Alvarez I, Baón B, ed. Herramienta de Evaluación de la Capacidad para Tratamiento (MacCATcat-T): adaptación española. Editorial Médica Panamericana. Madrid 2014.

ANEXO. Herramienta de evaluación ACE

Ficha para evaluación ACE (adaptada de Moraleda Barba y colbs.) con ejemplos de preguntas abiertas (PA) y preguntas cerradas (PC)

Adaptadas de:

www.fundacionmf.org.ar/files/fa5fcc1287de9e47f3ee26180726a782.pdf

Nombre: Decisión: Fecha: Día: ____ Mes: _____ Año: _____ Hora:_____ Evaluador:		
CRITERIOS	Preguntas acerca de	Puntuación
EVALUAN LA CAPACIDAD DE ENTENDIMIENTO	**1. Capaz de comprender el problema médico** PA. ¿Qué problemas está teniendo Ud. en este momento? PC. ¿Tiene Ud. [nombre específicamente el problema sobre el que se está evaluando la toma de decisión]?	Si- dudoso- no
	2. Capaz de comprender el procedimiento/tratamiento propuesto PA. ¿Cuál es el procedimiento/tratamiento para [nombre el problema sobre el que se está tomando la decisión]? PC. ¿Podría recibir/someterse/tratarse con [nombre específicamente el tratamiento/conducta propuesta]?	Si- dudoso- no
	3. Capaz de comprender alternativas al procedimiento/tratamiento propuesto	Si- dudoso- no

	PA. ¿Hay algún otro tratamiento o conducta posible para [nombre el problema sobre el que se está tomando la decisión]? PC. ¿Podría ser sometido/recibir [nombre específicamente el/los tratamientos/conductas alternativos]?	
	4. Capaz de comprender la opción de rechazar el tratamiento/procedimiento PA. ¿Qué ocurriría si Ud. no estuviera de acuerdo con comenzar/continuar [nombre específicamente del procedimiento]? PC. ¿Se puede Ud. negar a [nombre el procedimiento]?	Si- dudoso- no
EXPLORAN EL RAZONAMIENTO	**5. Consecuencias de aceptar el tratamiento/procedimiento** PA. ¿Qué le pasará si usted recibe [nombre el tratamiento propuesto]? PC. ¿Puede [nombre el tratamiento propuesto] causar problemas/efectos secundarios/la muerte?	Si- dudoso- no
	6. Las consecuencias de rechazar el tratamiento PA. ¿Qué podría pasar si usted no recibe [nombre el tratamiento propuesto]? PC. ¿Podría usted enfermarse/morir si no recibe [nombre el tratamiento propuesto]?	Si- dudoso- no
PATOLOGÍA MENTAL QUE PUEDA AFECTAR LA CAPACIDAD	**Detectar un contexto de depresión** PA. ¿Puede ayudarme a entender por qué ha decidido [aceptar / rechazar] el tratamiento?	Si- dudoso- no

	PC. ¿Siente que está siendo castigado? ¿Cree usted que es una mala persona? ¿Siente que merecería ser usted ser tratado?	
	Detectar un estado de psicosis o delirio PA. Puede ayudarme a entender por qué ha decidido [aceptar / rechazar] el tratamiento? PC. ¿Cree que alguien está tratando de perjudicarlo? ¿Confía usted en su médico?	Si- dudoso- no
RESULTADO	**Definitivamente capaz [ ]** **Probablemente capaz [ ]** **Probablemente incapaz [ ]** **Definitivamente incapaz [ ]** Comentarios: (Ej. necesidad de una segunda evaluación, de una evaluación por otro especialista, de mayor información y discusión con el paciente)	

ANEXO 13

PROGRAMA DE DESARROLLO DE POLÍTICAS DE COHESIÓN SANITARIA, DE FORMACIÓN PARA FACULTATIVOS/AS MÉDICOS/AS, ODONTÓLOGOS/AS, FARMACÉUTICOS/AS Y ENFERMEROS/AS Y DE EDUCACIÓN SANITARIA DE LA POBLACIÓN PARA FAVORECER EL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS.

Marco de aplicación de la Disposición Adicional 6ª del Texto Refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios

2021

El texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios aprobado mediante el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, prevé en su Disposición adicional sexta que la industria farmacéutica realice aportaciones al Sistema Nacional de Salud en función de su volumen de ventas.

El apartado 3 de esta Disposición, en la redacción dada a la misma en la Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la 29/2006, establece que las cantidades a ingresar se destinarán a la investigación, en el ámbito de la biomedicina, en cantidad suficiente para financiar las necesidades de investigación clínica que se lleve a cabo, a través de la iniciativa sectorial de investigación en biomedicina y ciencias de la salud, ingresándose en la caja del Instituto de Salud Carlos III. El resto de fondos se destinarán al *desarrollo de políticas de cohesión sanitaria, programas de formación para facultativos médicos, odontólogos, farmacéuticos, y enfermeros, así como a programas de educación sanitaria de la población para favorecer el uso racional de los medicamentos, según la distribución que determine el Ministerio de Sanidad previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, ingresándose en el Tesoro Público.*

A. PROGRAMAS

En desarrollo de lo previsto en esta disposición, y dando continuidad a las actividades desarrolladas en ejercicios anteriores se definen los siguientes **PROGRAMAS** con una dotación estimada de 47.981.185,02 euros.

1. DESARROLLO DE POLÍTICAS DE COHESIÓN SANITARIA

1.1. PROGRAMA DE MEJORA DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

1.1.1. PROGRAMAS DE MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON FRAGILIDAD, COMORBILIDAD, ENFERMEDADES CRÓNICAS O NECESIDADES DE ATENCIÓN COMPLEJAS.
1.1.2. PROGRAMAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES POLIMEDICADOS.
1.1.3. PROGRAMAS DE DEPRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS INNECESARIOS.
1.1.4. PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, ASÍ COMO OTRAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS PRIORITARIAS DE GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA ASOCIADAS A LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA.
1.1.5 PROGRAMAS DE OPTIMIZACIÓN EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS.

Los Programas se desarrollarán en el marco de la Estrategia para el abordaje de la cronicidad y de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS), así como de otras estrategias tanto nacionales como autonómicas que contemplen acciones encaminadas a la mejora de la farmacoterapia y de la utilización de los medicamentos.

Los Programas serán gestionados por las Comunidades Autónomas.

1.2. PROGRAMAS DE DESARROLLO DEL PROCESO DE LA RECETA ELECTRÓNICA, SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA APOYO A LA PRESCRIPCIÓN Y ADAPTACIÓN AL NOMENCLÁTOR MAESTRO.

Los Programas se desarrollarán en el marco del diseño, implantación y mejora de los sistemas de información relacionados con la gestión de la prestación farmacéutica.

Los Programas serán gestionados por las Comunidades Autónomas.

1.3 PROGRAMAS DE DESARROLLO DE MEDIDAS PARA GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y MEJORAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE SUS PRESTACIONES.

Los programas se desarrollarán en el marco del diseño, implantación y seguimiento de medidas para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de la prestación farmacéutica, incluyendo la formación e impulso de Comités o grupos de trabajo que promuevan el uso racional de los medicamentos mediante la elaboración de protocolos, guías y recomendaciones para el uso adecuado y seguro de los medicamentos que contribuyan a la sostenibilidad, homogeneidad y la equidad de la prestación farmacéutica a los y a las pacientes.

Los Programas serán gestionados por las Comunidades Autónomas.

1.4. PROGRAMA PARA LA CONSOLIDACIÓN DE LOS INFORMES DE POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO DE LOS MEDICAMENTOS EN EL SNS.

El plan se desarrollará en el marco del diseño, implantación y seguimiento de medidas cuyo objetivo sea el despliegue del "Plan para la consolidación de los informes de posicionamiento terapéutico de los medicamentos en el Sistema Nacional de Salud".

El Programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas.

1.5. PLAN DE OPTIMIZACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE LOS ANALGÉSICOS OPIOIDES EN DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO EN EL SNS.

El programa se desarrollará en el marco del diseño, implantación y seguimiento de medidas cuyo objetivo sea el despliegue del "Plan de optimización de la utilización de los analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico en el Sistema Nacional de Salud".

El Programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas.

1.6. PROGRAMA DE GESTIÓN DE MEDICAMENTOS EMERGENTES EN EL SNS.

El programa se desarrollará en el marco del diseño, implantación y seguimiento de medidas cuyo objetivo principal sea mejorar la capacidad del SNS para anticiparse a los retos que suponen la incorporación de nuevos medicamentos con una estrategia integral que aborde la identificación de los medicamentos emergentes (horizon scanning), siendo aquellos que van a ser autorizados por el organismo regulador con un horizonte temporal de 3-5 años, el análisis de su impacto y las líneas de planificación que se consideren necesarias.

El Programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas.

1.7. PROGRAMA DE POTENCIACIÓN DE LA CULTURA DE ANÁLISIS CRÍTICO DE LA BIBLIOGRAFÍA PUBLICADA EN EL CAMPO DE MEDICAMENTOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

El programa se desarrollará en el marco del diseño, implantación y seguimiento de medidas cuyo objetivo principal sea potenciar la cultura de análisis crítico de la literatura científica publicada en el campo de los medicamentos entre los profesionales sanitarios. Las habilidades en lectura crítica son un requisito básico para una toma de decisiones clínicas informadas en la utilización óptima de los medicamentos, por lo que una lectura crítica rigurosa e independiente contribuirá a una mejor toma de decisiones.

El Programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas.

1.8. PROGRAMA DE DESARROLLO DE LAS NUEVAS MEDIDAS DE FARMACOVIGILANCIA. APOYO AL DESARROLLO DE LA LEY DE GARANTIAS Y DEL PLAN DE ACTUACIONES EN EL SISTEMA ESPAÑOL DE FARMACOVIGILANCIA DE MEDICAMENTOS DE USO HUMANO.

El Programa se desarrollará en el marco del diseño e implantación de medidas de farmacovigilancia, tanto las incluidas en el R.D Legislativo 1/2015, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, como las incluidas en el plan de actuaciones en el Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano, basado en el trabajo conjunto de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y los órganos competentes en farmacovigilancia de las Comunidades Autónomas (CCAA), de los que dependen los Centros Autonómicos de Farmacovigilancia (CCAAFV).

El Programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas.

1.9 PLAN ESTRATEGICO Y DE ACCION PARA REDUCIR EL RIESGO DE SELECCIÓN Y DISEMINACION DE RESISTENCIAS A LOS ANTIBIOTICOS.

El Programa se desarrollará en el marco del diseño, implantación y seguimiento de medidas del «Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos» que abarque medicina humana y veterinaria, para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias antimicrobianas.

El Programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas.

1.10. PLAN NACIONAL DE DONACIÓN DE MÉDULA ÓSEA COMO ESTRATEGIA DE SALUD DEL PLAN DE CALIDAD DEL SNS.

El objetivo fundamental del Plan Nacional de Médula Ósea es la mejora progresiva de la autosuficiencia de donantes, alcanzando al menos el 35% al finalizar el año 2022. El Plan incluye acciones estratégicas encaminadas a aumentar el número de donantes de médula ósea y a la progresiva modificación de la composición poblacional del Registro Español de Donantes de Médula Ósea (REDMO), atrayendo a los donantes solicitados con más frecuencia con campañas de divulgación y promoción específicas. Con estos fondos, también se apoya la realización de los tipajes HLA (o determinación de los antígenos HLA) de los donantes registrados en REDMO, tipajes que han de realizarse conforme a los estándares consensuados a nivel nacional en el seno del Plan.

Se fija la cantidad de 178.780 € para la realización de actividades de información a los donantes de médula ósea. Esta cantidad fija se distribuirá proporcionalmente entre las CCAA de acuerdo con el criterio poblacional del último censo publicado por el Instituto Nacional de Estadística.
Así mismo, se fija una cantidad de 200.000 € para publicidad que se distribuirá entre todas las CCAA.

Se propone la financiación por parte del Ministerio de Sanidad del 50% de los tipajes HLA de los nuevos donantes de médula ósea que se

prevé sean registrados durante el año 2020 (20.000). La cuantía del tipaje de este número de donantes asciende a 900.000€. El otro 50% será financiado por las CCAA. La financiación de tipajes por parte del Ministerio irá dirigida a cada CA en función del número de nuevos donantes previsto para el mencionado año.

Los datos correspondientes al número total de donantes de médula ósea y por CCAA los proporciona la ONT, así como también propone las cantidades que deben adjudicarse de los fondos destinados al Plan Nacional de Donación de Médula Ósea.

El Programa será gestionado por las CCAA en cooperación con la ONT, con una asignación total de 1.278.780 €.

1.11. MEDIDAS PARA MEJORAR LA AUTOSUFICIENCIA EN PLASMA HUMANO EN EL SNS.

España registra cerca de 1.700.000 donaciones de sangre al año, la mayoría de las cuales son de sangre total (95%), y una pequeña parte, se obtienen por el procedimiento de aféresis (5%).

El plasma se ha convertido en un elemento estratégico para el Sistema Nacional de Salud en su conjunto, ya que supone una fuente importante de materia prima destinada al fraccionamiento para la producción farmacéutica. Los productos más comúnmente obtenidos son: Albúmina, Inmunoglobulinas IV inespecíficas, Factor VIII antihemofílico, Alfa1-Antitripsina y, menos frecuentemente, Antitrombina III y Factor IX.

Se trata de productos cuya disponibilidad está sujeta por una parte a la capacidad de donación/producción de plasma del país, y por otra a su nivel de consumo.

En el momento actual, la posibilidad de obtener más plasma mediante la donación de sangre total convencional es poco mejorable. El plasma adicional sólo puede conseguirse mediante donaciones de plasma por aféresis (plasmaféresis). Por tanto, las medidas a desarrollar deben enmarcarse en alcanzar los siguientes objetivos:

1. Aumentar la base de donantes de plasma de forma progresiva
2. Establecer programas permanentes de plasmaféresis
3. Establecer indicadores comunes de monitorización de consumo, y de sus indicaciones.

El Programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas.

1.12. PROGRAMA DE DESARROLLO DE POLITICAS DE COHESION EN ENFERMADES RARAS.

El Programa se desarrollará en el marco del diseño, implantación y seguimiento de rutas asistenciales para el acceso al diagnóstico genético de personas y familias afectadas o con sospecha de padecer enfermedades raras de base genética en el Sistema Nacional de Salud.

En el marco de la Estrategia de Enfermedades Raras del SNS, se desarrollan acciones para mejorar el conocimiento sobre la frecuencia de las mismas en el SNS, así como actualización de la evidencia en su manejo.

Este programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad.

1.13. PROGRAMA DE DESARROLLO DE LAS TERAPIAS DE ELEVADO IMPACTO SANITARIO, SOCIALY/O ECONÓMICO PARA GARANTIZAR EL ACCESO A LOS TRATAMIENTOS Y LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

El programa incluye el desarrollo de protocolos farmacoclínicos, la creación de Comités Autonómicos para la dirección y el seguimiento de estrategias de tratamientos complejos, especialmente las terapias avanzadas, las actividades de coordinación interprofesional para la utilización, la mejora de los sistemas de información para la gestión, así como la implantación de planes nacionales o autonómicos.

El programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas.

1.14 PROYECTOS e SALUD:

1.14.1. PLATAFORMA DE INTEROPERABILIDAD DE RECETA ELECTRÓNICA, HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA Y TARJETA SANITARIA Y SUS APLICACIONES DE SOPORTE A LAS POLÍTICAS DE COHESIÓN Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO.

El objetivo de este programa es evolucionar funcionalmente y reforzar tecnológicamente (con el HW, SW y los servicios necesarios) el Nodo central del SNS y las aplicaciones que sobre él corren y que dan soporte a las políticas de cohesión y el uso racional del medicamento en el SNS, tanto desde el punto de vista operativo, como son Tarjeta Sanitaria, HCDSNS, Receta electrónica, sistemas de compensación de actividad y farmacia entre CCAA y entre países, servicios derivados de la implantación de la directiva transfronteriza para el intercambio de información clínica y administrativa que permita la cohesión y el uso racional del medicamento entre los diversos sistemas sanitarios etc., como desde el punto de vista de las aplicaciones que les dan el soporte necesario para su funcionamiento diario, como el registro de centros, las ayudas a la prescripción, los servicios semánticos, el registro de profesionales del SNS, los sistemas de información que dan soporte a las competencias de farmacia en la fijación de precios, publicidad de los medicamentos, etc., que sirven de herramienta a las políticas de uso racional del medicamento del Ministerio.

1.14.2. VALTERMED: DESARROLLO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA DETERMINAR EL VALOR TERAPÉUTICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO IMPACTO SANITARIO Y ECONÓMICO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD E INTEGRACIÓN CON LOS SISTEMAS DE PRESCRIPCIÓN Y GESTIÓN DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS PARA FOMENTAR EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD.

El objetivo del programa es desarrollar un sistema de información para determinar el valor terapéutico en la práctica clínica real de los medicamentos de alto impacto sanitario y económico en el SNS.
Con ello, se pretende disponer de información óptima para la adecuada toma de decisiones en la gestión macro, meso y micro de la prestación farmacéutica en las distintas etapas del ciclo del medicamento.

1.14.3. CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA DEL SNS.

El objetivo de este programa es desarrollar actuaciones de mejora, consolidación y difusión de todos los subsistemas de información que conforman el Sistema de Información Sanitaria establecido en la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS que permiten la obtención de indicadores comunes del SNS de apoyo a la toma de decisiones estratégicas en políticas de cohesión, mejora de la calidad y eficiencia asistencial y uso racional del medicamento, con especial atención a los las relacionados con el RAECMBD y la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria.

1.14.4. DESARROLLO, ADQUISICIÓN E IMPLANTACIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN INNOVADORAS

APLICADAS A ESTRATEGIAS Y PROCESOS COMPARTIDOS POR VARIAS CCAA.

El objetivo de este programa es analizar, dentro del marco de los procesos compartidos por varias CCAA, la definición común de las necesidades y, en su caso, realizar los desarrollos, adquisiciones y/o prestación de servicios por o a través del Ministerio para todas aquellas CCAA interesadas en dichas tecnologías, reduciendo los costes y tiempos de puesta en funcionamiento y reduciendo la variabilidad de estas actuaciones en el SNS, actuando de facto como una política de cohesión. A modo de ejemplo incluye los sistemas de estratificación de la población, los sistemas informáticos de gestión de pacientes crónicos, la plataforma de innovación sanitaria, la web de la red de agencias evaluadoras de tecnologías sanitarias, así como la prestación de servicios tecnológicos habilitantes para el resto de proyectos como la identificación y firma electrónica de profesionales sanitarios para los proyectos de Receta electrónica e Historia Clínica Digital del SNS.

Entre los proyectos de interés se incluye la adaptación de los sistemas de información para mejorar las capacidades de vigilancia nacionales mediante la integración en la Red Nacional de vigilancia epidemiológica de sistemas de vigilancia de la infección asociada a la asistencia sanitaria existentes y el estudio de necesidades y es su caso desarrollo, de las herramientas informáticas que permitan la implantación completa de la vigilancia de las Enfermedades de Declaración Obligatoria garantizando la compatibilidad entre los sistemas de las CCAA y de la Administración General del Estado.

El Ministerio de Sanidad ha desarrollado una herramienta de gestión de la información relacionada con las alertas sanitarias de interés Nacional e Internacional que requiere una 2ª fase de desarrollo para modificarla y adaptarla a las nuevas necesidades identificadas tras un periodo inicial de uso en el marco del Sistema de Alerta Precoz y Respuesta.

1.14.5. PROYECTO DE DESARROLLO EL REGISTRO ESTATAL DE PROFESIONALES SANITARIOS.

El objetivo de este programa es disponer de la operatividad del Registro Estatal con la finalidad de la planificación de recursos humanos, y de garantía para los pacientes además de servir de herramienta para avanzar en la cohesión y calidad del SNS. Además, su creación y funcionamiento viene a dar cumplimiento a la exigencia del derecho comunitario para acreditar la buena práctica profesional en el marco de libre prestación de servicios.

1.14.6. PROYECTOS CORPORATIVOS DE COORDINACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN CIENCIAS DE LA SALUD.

El objetivo de este programa es promover la gestión del conocimiento para ofrecer a los y a las profesionales sanitarios/as el acceso ágil y eficiente a los recursos científicos de calidad, que les sirvan de ayuda en su actividad y permitan aumentar la calidad de la asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud.

Un objetivo fundamental en materia de calidad sanitaria es la detección, evaluación, implementación y diseminación de buenas prácticas del Sistema Nacional de Salud, especialmente las identificadas en el marco de las Estrategias de Salud del SNS, con el fin de compartir conocimientos y experiencias para disminuir la variabilidad de la práctica clínica, e impulsar una asistencia sanitaria basada en la evidencia científica, orientada hacia la excelencia y la mejora continua.

1.14.7. IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE MONITORIZACIÓN DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS EN EL MARCO DEL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES: COBERTURAS DE VACUNACIÓN Y ESTIMACIÓN DE RIESGO EN LA POBLACIÓN FRENTE A LA EXPOSICIÓN DE FACTORES QUÍMICOS.

El objetivo de este programa es implementar el sistema de información que permita evolucionar tecnológicamente en la necesaria monitorización del cumplimiento de los objetivos estratégicos para el control de las enfermedades inmunoprevenibles a nivel nacional e internacional, específicamente en relación con las coberturas de vacunación. Asimismo, se contempla incluir un elemento adicional en el marco del control de enfermedades no transmisibles: medir el nivel de riesgo en la población frente a la exposición de agentes químicos y

aproximación al "umbral" que determina la aparición de enfermedades no transmisibles (biomonitoring).

1.14.8. DESARROLLO E INTEGRACION DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN RED DE VIGILANCIA EN SALUD.

El objetivo de este programa es avanzar de manera armónica en la integración de sistemas de información que son necesarios para mejorar la vigilancia en salud pública, entre ellas las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, la vigilancia de factores de riesgo químicos o biológicos presentes en el aire, suelo, ambientes interiores y productos de consumo y los relacionados con el cambio climático, además de los relativos a la vigilancia de la salud laboral.

Asimismo, se incluirá la plataforma que permita facilitar la evaluación de la realización de los programas de detección precoz de la infección por VIH en centros comunitarios, su rendimiento, el intercambio de buenas prácticas y resultado para lo que es importante disponer de información estandarizada y común en todos los centros donde se lleva a cabo este tipo de programas. Se pretende implementar la plataforma web ya diseñada para facilitar la recogida de información de las actividades de detección precoz de la infección que se realiza a nivel comunitario, así como establecer el flujo de información en todos los niveles implicados (centro, CCAA, Departamento). Además, de iniciar el desarrollo del sistema de información de vigilancia de salud laboral (SISAL) en el marco de la norma que se propone aprobar para la creación de la red estatal de vigilancia en salud pública.

Dentro de la Vigilancia de Salud Laboral, planificar acciones preventivas adecuadas es importante para conocer cuál es la carga de enfermedad que se atribuye a una determinada exposición. Por ello, el planteamiento a determinadas enfermedades laborales, como es el caso de profundizar en el estudio de los riesgos laborales de la sílice en España, identificando los sectores productivos que concentran el mayor número de casos y su distribución geográfica, su distribución por sexo y edad, así como las tasas por actividad económica y ocupación.

Otra actividad a incluir en este Programa es la Asistencia Técnica para la Evaluación del Programa de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores que han estado expuestos al Amianto (PIVISTEA), una vez transcurridos 4 años desde la exposición. Constituye un programa de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores que se ha ido implantando progresivamente en las comunidades autónomas desde el año 2004. Se trata de una evaluación táctica y estratégica., centrada, además de en la evaluación de resultados, procesos y estructura del Programa, también en la pertinencia y suficiencia del mismo; y, por supuesto, en el impacto sobre la salud de los trabajadores que han estado expuestos al amianto. Los resultados se presentan a través de la descripción de las variables que se recogen en las fichas de evaluación y los indicadores propuestos para la evaluación cuantitativa en el documento de evaluación del programa.

El desarrollo de los proyectos e-Salud será gestionado por el Ministerio de Sanidad.

1.15. PLAN DE DESARROLLO DE PLATAFORMA DE COMPRAS CENTRALIZADAS.

El objetivo de este programa es mantener y mejorar la plataforma de compras centralizadas.

El desarrollo será gestionado por el INGESA, con una asignación de **300.000 €.**

1.16. AMPLIACIÓN Y MEJORA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

1.16.1 PROGRAMA DE AMPLIACIÓN Y MEJORA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CARTERA COMÚN DE SERVICIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y FARMACIA.

El objetivo de este programa es desarrollar y mejorar sistemas de información relacionados con las competencias de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia.

Este programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad.

1.16.2 PROGRAMA DE AMPLICACIÓN Y MEJORA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA.

El objetivo de este programa es desarrollar y mejorar sistemas de información y estudios relacionados con las competencias de la Dirección General de Salud Pública que permitan obtener información para la toma de decisiones estratégicas y para abordar necesidades específicas de la población.
Este programa incluirá la información y mecanismos necesarios para conocer periódicamente los datos de los indicadores de las Estrategias de Salud del SNS.

Este programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad.

1.17 PROGRAMA DE DESARROLLO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA EN EL AMBITO DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

El objetivo de este programa es completar las áreas deficitarias de información en el SNS e integrar y mejorar los subsistemas de información existentes relativos al conocimiento de la salud de la población y la estructura y actuaciones del sistema sanitario, así como a establecer estrategias que mejoren la toma de decisiones en políticas de cohesión y uso racional del medicamento. Se priorizarán actuaciones estratégicas para el desarrollo del Sistemas de Información Sanitaria establecido en la Ley de Calidad y Cohesión del SNS: normalización, extracción de datos, análisis y mejora de la calidad de todos los procesos de tratamiento de la información.
De especial relevancia es el sistema de información para determinar el valor terapéutico en la práctica clínica real de los medicamentos de alto impacto sanitario y económico en el SNS (VALTERMED). Con ello, se pretende disponer de información óptima para la adecuada toma de decisiones en la gestión macro, meso y micro de la prestación farmacéutica en las distintas etapas del ciclo del medicamento.

Este Programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas.

1.18. EVOLUCIÓN DE LA SEGURIDAD LIGADAS A LA PROTECCIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN QUE GESTIONAN LOS PROCESOS DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE LA ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES.

La ONT está realizando desde el 2020 un enorme esfuerzo en las aplicaciones informáticas de las que se surte para desarrollar la actividad profesional de una manera segura para los usuarios, posibilitando que en todo momento se disponga de sistemas informatizados lo suficientemente seguro frente a amenazas externas, que permita que los usuarios externos -Comunidades Autónomas, centros hospitalarios, coordinadores de trasplantes y profesionales de SNS-, así como los trabajadores de la ONT en formas de trabajo no presencial puedan acceder con las necesarias garantías a los datos contenidos en la ONT. En este punto la ONT pretende mejorar y aumentar los niveles de seguridad de las infraestructuras físicas que soportan dichos aplicativos.

Esto permitirá disponer de una fiabilidad en la operativa diaria de la ONT y transmitir a la ciudadanía la tranquilidad de una plena y segura operatividad de la Organización ante cualquier situación crítica que pueda acontecer, para con ello optimizar en materia de cohesión el SNS en el

ámbito de la donación y trasplante.

El objetivo en concreto es evolucionar y reforzar las infraestructuras físicas para dotar de una mayor seguridad y estabilidad ante los nuevos modelos de ciberataques y nuevas formas de trabajo, así como de proporcionar un marco seguro de trabajo a todos los profesionales de la Organización Nacional de Trasplantes y a los usuarios externos.

El programa será gestionado en su totalidad por la ONT y se financiará con 186.000 € correspondientes en su totalidad al capítulo 6 de gastos.

1.19. DESARROLLO DE MEDIDAS ENMARCADAS EN LOS DISTINTOS PLANES/ESTRATEGIAS QUE SE ACUERDEN EN EL SENO DE LA COMISIÓN PERMANENTE DE FARMACIA.

Los Programas se desarrollarán en el marco del desarrollo, adaptación, implantación y mejora de medidas dirigidas a los acuerdos adoptados en el seno de la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del SNS.

El Programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas.

1.20. DESARROLLO DE MEDIDAS ENMARCADAS EN LOS PLANES Y ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN.

Estas medidas se desarrollarán en el marco de los Planes y Estrategias de Promoción de la Salud y Prevención, aprobados en el seno de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS.

El Programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad.

1.21. APOYO AL DESARROLLO DE LOS PLANES ANUALES DE AUDITORIAS.

Las medidas se desarrollarán para mejorar la coordinación y alcanzar mayores tasas de cobertura a la actuales en el desarrollo de las actividades de auditoría que el Ministerio de Sanidad realiza en el proceso de acreditación docente para la formación especializada en ciencias de la salud y el proceso de designación de los Centros y
Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud.

2. PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA

2.1. PROGRAMAS DE FORMACIÓN CONTINUADA EN EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS, FARMACÉUTICOS, ENFERMEROS E INSPECTORES DEL SNS.

El objetivo de este programa es dar continuidad a las estrategias de formación continuada en el uso racional de los medicamentos.
En este año se prestará especial atención a la formación independiente en materia de uso racional de medicamentos, así como de análisis crítico de la literatura científica publicada y se priorizarán las actuaciones orientadas a la disminución de las resistencias antimicrobianas.

El Programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas.

2.2. PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA PARA MÉDICOS INSPECTORES EN LA EVALUACIÓN DE CENTROS DOCENTES, Y CENTROS, SERVICIOS Y UNIDADES DE REFERENCIA.

El objetivo de este programa es la realización de actividades formativas para garantizar la cohesión del SNS en la evaluación docente y de los centros, servicios y unidades de referencia (CSUR).

Este programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad.

2.3. PROGRAMA DE FORMACIÓN EN MATERIA DE NORMALIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA.

El objetivo de este programa es la realización de actividades formativas para garantizar la homogeneidad de todos los sistemas de información sanitaria y la comparabilidad de los indicadores en el conjunto del SNS y en relación con ámbitos supranacionales e internacionales.

Este programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad.

2.4. PROGRAMA DE FORMACIÓN EN MATERIA DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DE PACIENTES PARA PROFESIONALES DEL SNS.

El objetivo de este programa es la realización de actividades formativas para garantizar la cohesión del SNS en materia de calidad asistencial y seguridad de pacientes.

Este programa incluirá el desarrollo de acciones formativas para la mejora del conocimiento en el abordaje de los pacientes con determinados problemas de salud, especialmente en cáncer del adulto e infantil, cuidados paliativos, enfermedad cardiovascular, ictus, neurodegenerativas y salud mental en la infancia y adolescencia Incluirá formación en seguridad del paciente y prevención de la infección asociada a la asistencia sanitaria a los profesionales clínicos del SNS y en especial, aunque no exclusivamente, a los profesionales sanitarios del bloque quirúrgico y los cuidados críticos.

Asimismo, comprenderá el desarrollo de acciones para mejorar el conocimiento sobre los incidentes de seguridad para el aprendizaje notificados en los centros sanitarios de las diferentes CCAA y para mejorar el conocimiento sobre los aspectos que condicionan la calidad y seguridad asistencial en la atención primaria.

Este programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad.

2.5. PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA PROFESIONALES SOCIOSANITARIOS EN FACTORES DETERMINANTES DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES/CRONICAS Y EN EVALUACION DE INTERVENCIONES.

El objetivo de este programa es la realización de actividades formativas para garantizar la cohesión del SNS en materia de determinación de factores determinantes de enfermedades no transmisibles/crónicas y en evaluación de intervenciones en promoción de la salud en el ámbito local con enfoque de equidad.

Este programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad.

2.6. PROGRAMA DE PROFUNDIZACIÓN EN ACTITUDES DE LA POBLACIÓN HACIA LA VACUNACIÓN: DUDAS Y NEGATIVAS.

El objetivo de este programa es la realización de actividades formativas para profundizar en actitudes de la población hacia la vacunación.

Este programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad.

2.7. PROGRAMA DE FORMACION PARA LA GESTION DE ALERTAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS EN EL MARCO DEL SISTEMA DE ALERTA PRECOZ Y RESPUESTA.

El objetivo de este programa es la realización de actividades formativas para garantizar la cohesión del SNS en materia de gestión de alertas y emergencias sanitarias en el marco del Sistema de Alerta Precoz y Respuesta.

Este programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad.

2.8. PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA EN MATERIA DE RESISTENCIAS A LOS ANTIBIÓTICOS.

El objetivo de este programa es la realización de actividades formativas enmarcadas en el «Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos».

Este programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas.

2.9. PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA EN EVALUACIÓN DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS SANITARIAS EN EL SNS.

El objetivo de este programa es la realización de actividades formativas para mejorar los conocimientos y habilidades necesarias para poder realizar una óptima evaluación tanto de medicamentos como de tecnologías sanitarias en el ámbito de la incorporación de estos a la cartera común, así como de su selección y utilización en el SNS.

Este programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas.

2.10. DESARROLLO, ADAPTACIÓN Y MEJORA DE MEDIDAS DIRIGIDAS A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA INDICACIÓN, USO Y AUTORIZACIÓN DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS DE USO HUMANO POR PARTE DE LOS ENFERMEROS.

Los Programas se desarrollarán en el marco del desarrollo e implantación de la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros en virtud de lo establecido en el Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de enfermeros.

Este programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas.

2.11. PROGRAMA DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN A PROFESIONALES EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

El objetivo de este programa es la realización de actividades formativas y de capacitación en prevención y control de las ITS enmarcadas en el «PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y LAS ITS 2021-2030». Incorporará los elementos de innovación sobre pruebas rápidas y las auto-tomas para el diagnóstico de ITS dirigidos a los diferentes perfiles profesionales.

Este programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad.

2.12. PROGRAMAS DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN A PROFESIONALES EN EL ABORDAJE DE LA CRONICIDAD DE LA INFECCIÓN POR EL VIH.

El objetivo de este programa es la realización de actividades formativas y de capacitación para una optimización de los sistemas de cara a abordar la cronicidad de la infección por el VIH enmarcadas en el «PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y LAS ITS 2021-2030». Incorporará los elementos de innovación sobre pruebas rápidas y las auto-tomas para el diagnóstico de ITS.

Este programa será gestionado por el Ministerio de Sanidad.

2. PROGRAMA DE MEDIDAS DE PARTICIPACIÓN DE PACIENTES: RED DE ESCUELAS DE SALUD PARA LA CIUDADANIA

El objetivo de este programa es desarrollar actividades en el seno de la Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía orientadas a coordinar, potenciar y compartir conocimiento, con el fin de formar e informar a pacientes y a la ciudadanía que participen en las decisiones en todo el SNS y por tanto sirva para la cohesión del sistema. Incluye el desarrollo, mantenimiento, análisis y mejora de la plataforma web de la red de escuelas de salud pata la ciudadanía. Así como acciones formativas sobre el uso seguro de los medicamentos para pacientes y cuidadores y formación para cuidadores de pacientes con demencias.

El desarrollo será gestionado por el Ministerio de Sanidad.

3. PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA ORIENTADO A PROMOVER EL USO RACIONAL DE MEDICAM DIRIGIDO A LA CIUDADANÍA

El objetivo de este proyecto es desarrollar el programa de educación sanitaria orientado a promover el uso racional de medicamentos dirigido a la ciudadanía.

El programa de educación sanitaria se desarrollará a través de la plataforma de formación on-line de la Escuela Nacional de Sanidad, centro de referencia nacional del ISCIII, siendo formación abierta, gratuita, acreditada y adaptada a las necesidades de la ciudadanía.

El programa será desarrollado por el Ministerio de Sanidad y la implementación en la plataforma de formación on-line será gestionado por el ISCIII, y tendrá una asignación
de **300.000 euros.**

4. PLAN DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN INDEPENDIENTE A TRAVÉS DEL ISCI

El objetivo de este plan es el fomento de la investigación clínica pública e independiente y la realización de actividades tendentes a la traslación de la innovación y avances de la investigación, en particular en materia de terapias avanzadas, al Sistema Nacional de Salud.

El Plan de apoyo a la investigación clínica independiente se gestionará a través del Instituto de Salud Carlos III integrado en la Acción Estratégica en Salud 2013-2016 y de acuerdo a la propuesta de líneas específicas prioritarias del Ministerio de Sanidad.

El desarrollo será gestionado por el ISCIII, y tendrá una asignación **de 5.500.000 euros.**

B. CRITERIOS PARA EL REPARTO DE LOS FONDOS

Programas gestionados por las CCAA

El reparto de fondos destinados al desarrollo de los programas establecidos en el presente programa y gestionados por Comunidades Autónomas se hará en base a los siguientes criterios:

- Una cantidad fija igual a cada Comunidad Autónoma
- La cantidad restante será distribuida proporcionalmente entre las Comunidades Autónomas de acuerdo con criterio poblacional según el último censo publicado por el Instituto Nacional de Estadística, teniendo en cuenta el resultado del Programa del ejercicio anterior a la vista del certificado del estado de ejecución de las subvenciones recibidas y la Memoria de actuaciones correspondiente al Programa del ejercicio anterior.

En el caso de los fondos destinados al desarrollo del Plan Nacional de Donación de Médula Ósea, se fijan los siguientes criterios:

- **La cantidad de 178.780 euros** para "Información a los Donantes de médula ósea. Esta cantidad **fija** se distribuirá proporcionalmente de acuerdo con el criterio poblacional del último censo publicado por el Instituto Nacional de Estadística.
- **La cantidad de 200.000 euros** para promoción del Plan nacional de Donación de Médula ósea
- **La cantidad de 900.000 euros** destinados al Tipaje (o determinación de los antígenos HLA), del donante para conocer su compatibilidad.

Los datos correspondientes al número total de donantes de médula ósea por Comunidades Autónomas los proporciona la ONT, así como también propone las cantidades que deben adjudicarse como parte de los 1.278.780 euros de los fondos destinados al Plan Nacional de Donación de Médula Ósea.

Los fondos serán transferidos a las Comunidades Autónomas en el ejercicio 2021.

Antes del 31 de marzo de 2022, las Comunidades Autónomas remitirán a la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia del Ministerio de Sanidad la información sobre el estado de ejecución del programa a 31 de diciembre de 2021, indicando las cuantías totales de compromiso de créditos, obligaciones reconocidas y pagos realizados en el ejercicio, detallado por cada una de las aplicaciones presupuestarias del presupuesto de gastos del Estado desde las que se realizaron las transferencias de crédito. Además, se acompañará una memoria sobre la actividad desarrollada. Dicha información será tenida en cuenta en la adopción de los acuerdos de distribución de fondos de 2022.

Las memorias y justificación de estos fondos deberán hacer referencia a todas y cada una de las acciones recogidas en los siguientes programas, con expresión completa de los objetivos alcanzados.

Programas gestionados por el Ministerio de Sanidad

El cómputo global de los fondos destinados a Programas gestionados por el Ministerio de Sanidad será la cantidad resultante una vez descontado el importe del Plan Nacional de donación de médula ósea, el Plan de Apoyo a la Investigación Independiente y el Plan de Desarrollo de Plataformas de Compra Centralizada.

ANEXO 14

ACUERDO DE CRITERIOS PARA LA DISTRIBUCIÓN DE FONDOS CON CARGO AL PRESUPUESTO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y EN EL MARCO DEL COMPONENTE 18 "PLAN DE INVERSIONES EN EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD" (C18.I1), DEL PLAN DE RECUPERACIÓN, TRANSFORMACIÓN Y RESILIENCIA (MRR) DEL GOBIERNO DE ESPAÑA, EN EL EJERCICIO PRESUPUESTARIO 2021, Y DISTRIBUCIÓN DE CRÉDITO POR IMPORTE DE 398.993.103,00 EUROS.

El Plan de inversiones en equipos de alta tecnología del Sistema Nacional de Salud (Plan INVEAT) se enmarca como inversión 1 en el componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia aprobado por el Gobierno de España el 27 de abril de 2021 que recoge 110 inversiones y 102 reformas con un presupuesto de 140.000 millones de euros procedentes de fondos europeos, entre 2021 y 2026, que se sustenta en cuatro ejes de transformación: la transición ecológica, la transformación digital, la cohesión social y territorial y la igualdad de género. A su vez se divide en 10 políticas tractoras que recogen 30 componentes. El Plan INVEAT cuenta con una dotación de **796.100.000 €** (400.000.000 € en 2021 y 396.100.000 € en 2022).

El **objetivo principal** de este Plan es incrementar la **supervivencia global** y la **calidad de vida** de las personas mediante el **diagnóstico de enfermedades en estadios tempranos**, posibilitando la **intervención terapéutica rápida**, con especial atención a las patologías de mayor impacto sanitario, presente y futuro, del SNS, como son las enfermedades crónicas, las enfermedades oncológicas, las enfermedades raras y las enfermedades neurológicas. Todo ello, consolidando la **equidad** en el **acceso** a la alta tecnología y mejorando la **calidad asistencial** y la **seguridad** de **pacientes** y **profesionales**.

Los **objetivos específicos** que se persiguen son:

1. Reducir la obsolescencia del parque tecnológico de equipos de alta tecnología del SNS, garantizando la renovación del 100% de los equipos que tienen 12 o más años, y adicionalmente, de los aceleradores lineales (ALP) y equipos de Tomografía Computerizada (TC) de 10-11 años, en línea con las recomendaciones de las Sociedades Científicas.
2. Elevar como mínimo un 15%, la tasa media de densidad de equipos de alta tecnología por 100.000 habitantes, con objeto de mejorar la equidad en el acceso en todo el territorio nacional, acercar el servicio a los/las pacientes y situar al SNS, de forma progresiva, en la media europea.

Ambos objetivos redundarán en aumentar las capacidades diagnósticas de los centros del SNS mediante la mejora de las características técnicas que presentan los nuevos equipos respecto a los que se renuevan, permitiendo así la adecuación de la banda tecnológica a las prestaciones actuales y futuras de los centros sanitarios.

Como **hitos/objetivos** de la actuación trasladados a la **Comisión Europea (CE)** se definen los siguientes:

Hito 1. Aprobación del **Plan INVEAT** en el **CISNS**. El plazo estimado comunicado a la Comisión Europea (CE) se sitúa en el Q4 de 2021. Está previsto que la aprobación se produzca el 30 de junio de 2021. Cabe destacar que el 9 de junio de 2021 fue aprobado por consenso en la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación).

Objetivo 1. Instalación y puesta en funcionamiento de los equipos de alta tecnología seleccionados como financiables en el presente Plan. La meta comunicada a la CE es de 750 equipos instalados en el Q4 de 2023. El número de equipos a financiar con el Plan INVEAT es de 847, por lo que se ha realizado la planificación con un sobredimensionamiento respecto a la meta a alcanzar para mayor garantía (entre otros mecanismos previstos).

Se han establecido, tanto a nivel del SNS como para cada comunidad autónoma e INGESA, los **objetivos, indicadores y metas** para garantizar la consecución de los objetivos establecidos en el Plan, siendo de obligado cumplimiento. Todo ello para una adecuada seguimiento y valoración del cumplimiento de los objetivos que se establecen.

A nivel de SNS, los objetivos, indicadores, metas y plazos máximos para su consecución son:

OBJETIVOS	INDICADOR	META	PLAZO MÁXIMO
Reducir la **obsolescencia** del parque tecnológico de equipos de alta tecnología del SNS, garantizando la **renovación del 100% de los equipos**[6] **que tienen 12 o más años**[7], y adicionalmente, de los **aceleradores lineales y TC de 10-11 años**, en línea con las recomendaciones de las SSCC.	% de equipos de 12 o más años (de más de 10 años en el caso de aceleradores lineales y TC) instalados y puestos en funcionamiento respecto a los elegidos como financiables	≥95%	Septiembre 2023
Elevar como mínimo un 15%, la **tasa media de densidad de equipos de alta tecnología por 100.000 habitantes**, con objeto de mejorar la equidad en el acceso en todo el territorio nacional, acercar el servicio a los/las pacientes y situar al SNS, de forma progresiva, en la media europea	Tasa media de densidad de los equipos objeto del Plan por 100.000 habitantes	≥15%	Septiembre 2023
Para verificar que la ejecución del Plan se realiza conforme a lo previsto se establecen, inicialmente, los siguientes indicadores de seguimiento:			
Realizar las adquisiciones en tiempo y forma	% de equipos licitados respecto a los elegidos como financiables	100%	Segundo cuatrimestre 2022
	% de equipos adjudicados respecto a los elegidos como financiables	100%	Tercer cuatrimestre 2022

Para las **CCAA** y el **INGESA** son los siguientes:

INDICADOR	% de equipos instalados y puestos en funcionamiento respecto a los elegidos como financiables	% de equipos licitados respecto a los elegidos como financiables	% de equipos adjudicados respecto a los elegidos como financiables
Andalucía	≥95% (Nº total=137)	100%	100%
Aragón	≥95% (Nº total=28)	100%	100%
Asturias	≥95% (Nº total=16)	100%	100%
Baleares	≥95% (Nº total=21)	100%	100%
Canarias	≥95% (Nº total=39)	100%	100%
Cantabria	≥95% (Nº total=19)	100%	100%
Castilla La Mancha	≥95% (Nº total=34)	100%	100%
Castilla y León	≥95% (Nº total=39)	100%	100%
Cataluña	≥95% (Nº total=101)	100%	100%
Comunidad Valenciana	≥95% (Nº total=78)	100%	100%
Extremadura	≥95% (Nº total=22)	100%	100%
Galicia	≥95% (Nº total=77)	100%	100%
La Rioja	≥95% (Nº total=8)	100%	100%
Madrid	≥95% (Nº total=140)	100%	100%
INGESA	≥95% (Nº total=2)	100%	100%
Murcia	≥95% (Nº total=33)	100%	100%
Navarra	≥95% (Nº total=13)	100%	100%
País Vasco	≥95% (Nº total=40)	100%	100%

[6] Instalados en centros de titularidad y gestión pública y siendo de explotación pública.

[7] Con objeto de identificar la intervención más eficiente, en términos de sostenibilidad y medioambiente, para las resonancias magnéticas se han establecido criterios de renovación que permiten considerar la influencia del upgrade (ver página 75-76)

Tasa de densidad media por 100.000 habitantes	ALP	TC	RM	Gamma camaras SPECT-TC	TC plan	PET-TC	BRAQUI	AV	AN	HEMO
Andalucía	0,51	1,73	1,1	0,39	0,17	0,17	0,19	0,58	0,11	0,69
Aragón	0,50	1,91	1,8	0,21	0,21	0,14	0,21	0,43	0,21	0,57
Asturias	0,65	2,12	1,9	0,37	0,09	0,18	0,28	0,46	0,18	0,46
Baleares	0,42	2,04	2,0	0,59	0,08	0,17	0,08	0,85	0,08	0,76
Canarias	0,67	1,82	1,7	0,53	0,13	0,18	0,18	0,98	0,13	0,84
Cantabria	0,68	1,70	1,4	0,00	0,17	0,34	0,34	0,85	0,17	0,51
Castilla La Mancha	0,19	1,94	1,2	0,28	0,19	0,24	0,19	0,19	0,09	0,47
Castilla y León	0,58	1,81	1,5	0,23	0,12	0,19	0,08	0,46	0,12	0,27
Cataluña	0,51	1,60	1,5	0,31	0,14	0,16	0,10	0,67	0,13	0,49
Comunitat Valenciana	0,69	1,82	1,8	0,29	0,14	0,12	0,10	0,67	0,06	0,59
Extremadura	0,45	2,41	1,3	0,09	0,36	0,09	0,00	0,18	0,00	0,45
Galicia	0,58	2,06	1,5	0,45	0,17	0,10	0,10	0,65	0,17	0,58
La Rioja	0,61	1,54	1,5	0,61	0,31	0,61	0,31	0,61	0,00	0,61
Madrid	0,72	1,78	2,2	0,43	0,14	0,21	0,11	0,84	0,11	0,85
INGESA	0,00	1,20	1,2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,60
Murcia	0,34	2,04	1,8	0,14	0,14	0,20	0,14	0,68	0,14	0,54
Navarra	0,88	2,21	1,6	0,00	0,29	0,15	0,15	0,29	0,15	0,59
País Vasco	0,71	1,81	1,4	0,40	0,04	0,09	0,09	0,57	0,04	0,57

El **alcance** de este Plan es la inversión en equipos de alta tecnología de titularidad y gestión pública en centros, también, de titularidad y gestión pública del SNS, contemplando los siguientes tipos de equipos:

EQUIPOS	
Acelerador Lineal de Partículas (ALP)	Resonancia Magnética (RM)
Equipo de Braquiterapia Digital (BRAQUI)	Equipos de Hemodinámica (HEMO)
Tomografía Computarizada de planificación (TC PLAN)	Gammacamara SPECT-CT
Angiografía Neurorradiología (AN)	Tomografía por emisión de positrones y TC (PET-TC)
Angiografía Vascular (AV)	Tomografía Computarizada (TC)

Para la **estimación costes unitarios** se ha utilizado un Informe elaborado por la AIReF[1] en 2019 sobre gasto hospitalario en el SNS en el que figuran los costes de adquisición de los equipos, tomándose el importe bajo del rango que determina este documento. Estos costes se han empleado para todos los equipos a excepción de las TC, las resonancias magnéticas y las salas de hemodinámica dado que los precios incluidos por la AIReF corresponden a equipos de banda tecnológica básica. Por ello, para estos equipos se han utilizado referencias de la Comunidad Autónoma de Madrid según importes establecidos en licitaciones anteriores.

[1] Disponible en: https://www.airef.es/wp-content/uploads/2020/10/SANIDAD/PDF-WEB-Gasto-hospitalario-del-SNS.pdf

Los costes estimados por cada tipo de equipo son los siguientes:

Equipos	Precios unitarios estimados (con IVA)	Precios unitarios estimados (sin IVA)
ALP	2.519.424 €	2.082.169 €
TC 64 cortes	477.950 €	395.000 €
RM 1,5 T	908.105 €	750.500 €
PET-TAC	1.683.715 €	1.391.500 €
Gammacámaras SPECT-TC	517.127 €	427.378 €
BRAQUI	509.507 €	421.080 €
AV	787.761 €	651.042 €
AN	1.249.625 €	1.032.748 €
HEMO (biplano)	955.900 €	790.000 €

Estos costes han sido los utilizados para el cálculo de la propuesta de distribución de fondos, considerando la aplicación del IGIC (7%) en Canarias.

Para alcanzar los objetivos se han abordado **dos ámbitos de inversión**: renovación y ampliación, siendo el hito a alcanzar la instalación de, al menos, 750 equipos de alta tecnología en el SNS.
Para cuantificar cuantos equipos se adquirían y de qué tipo se han seguido los siguientes pasos:

a) **Renovación:** para ello, se ha aplicado el modelo de priorización consensuado al inventario disponible, considerando los costes estimados, de tal manera que son elegibles todos los equipos del SNS que superen los 12 años de antigüedad, independientemente de su intensidad de uso (en línea con las recomendaciones internacionales y nacionales), y adicionalmente, los ALP y los TC a partir de los 10 años, siguiendo las recomendaciones de las sociedades científicas españolas. El total asciende a 585 equipos.

b) **Ampliación:** se ha establecido un **fondo finalista competitivo,** con el fin de que las CCAA y el INGESA pudieran presentar proyectos para la ampliación de su dotación de equipos. Este fondo finalista está dotado de la diferencia entre el presupuesto total y el estimado para la renovación. Así pues, se han seleccionado 262 (el 90% de los presentado). Los proyectos seleccionados fueron clasificados en dos categorías directamente elegibles y en reserva 1. Estos proyectos han sido valorados por el grupo coordinador del Plan en base a criterios definidos en el modelo objetivo de priorización, siendo especialmente relevantes la tasa de densidad media de equipos por 100.000 habitantes y el esfuerzo inversor realizado en renovación.

La Ley 11/2020, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 2021 incluye en el Servicio 50 - Mecanismo de Recuperación y Resiliencia, una partida presupuestaria específica para el Plan de inversión en equipos de alta tecnología sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, con una dotación de 400 millones de euros. Asimismo, está previsto que en el ejercicio 2022 esta partida presupuestaria se mantenga con una dotación de 396,1 millones de euros. En este importe se reserva un crédito plurianual de 255.000€ para auditoría, seguimiento y control interno del Plan por parte del Ministerio. Así mismo se reservará 1.864.005,00 € para adquisición de equipos de alta tecnología por parte del INGESA.

Para la ejecución del Plan se realizará la **distribución de los fondos a las CCAA** en dos fases correspondientes a los ejercicios 2021 y 2022.

Los **criterios para la distribución de crédito** se realizan para garantizar los objetivos definidos en el Plan y es equivalente al presupuesto estimado de adquisición de:

1. Número de equipos contenidos en el alcance del Plan, con 12 o más años, así como, adicionalmente, los ALP y las TC de 10-11 años instalados en centros de titularidad y gestión pública, siendo los equipos de explotación pública.

2. Número de equipos seleccionados en el fondo competitivo de ampliación, dotado de la diferencia entre el presupuesto total y el estimado para la renovación. Las Comunidades Autónomas e INGESA presentaron un total de 292 proyectos para la ampliación de su dotación de equipos, que fueron valorados por el grupo coordinador del Plan en base a criterios definidos en el modelo objetivo de priorización, siendo especialmente relevantes la tasa de densidad media de equipos por 100.000 habitantes y el esfuerzo inversor realizado en renovación. De ellos, se seleccionaron 262 (el 90% de los presentados) descartándose 30 por tratarse de equipos no contenidos en el alcance del Plan o bien no ser financiables con el fondo de ampliación (solicitudes de upgrade o equipos que son susceptibles de renovación). Los proyectos seleccionados fueron clasificados en dos categorías: elegibles y en reserva tipo 1.
3. Número de equipos con bandas tecnológicas altamente sofisticadas (nivel 3/situaciones especiales) solicitados por las CCAA, siendo el criterio de compensación el que el equipo fuera instalado en un centro de referencia del SNS (CSUR).

Estos criterios de distribución, contemplados en el Plan INVEAT, fueron aprobados por la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, en su reunión del 9 de junio de 2021.

Para la ejecución del Plan se realizará la distribución de los fondos a las CCAA en dos fases correspondientes a los ejercicios 2021 y 2022. Para la distribución 2021 se ha asignado a cada comunidad autónoma e INGESA la parte proporcional que le corresponde respecto a la cuantía estimada para renovación, ampliación (elegibles) y la compensación de bandas tecnológicas nivel 3/situaciones especiales. En la distribución prevista en 2022 se asignará a cada comunidad autónoma e INGESA la parte proporcional pendiente de la anterior más la parte correspondiente a ampliación (reserva 1).

La **distribución de créditos a las CCAA para el ejercicio 2021** se presenta en la siguiente tabla:

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Presupuesto total estimado para RENOVACIÓN	Presupuesto asignado en los proyectos de AMPLIACIÓN (Ronda 1: elegidos)	Presupuesto asignado para compensar equipos bandas tecnológicas nivel 3/situaciones especiales	TOTAL	Porcentaje del total	TOTAL A DISTRIBUIR
Andalucía	85.205.736 €	53.996.307 €	1.736.321 €	140.938.364 €	19,04%	75.965.100 €
Aragón	17.082.137 €	6.975.249 €	315.695 €	24.373.081 €	3,29%	13.136.973 €
Asturias	3.250.060 €	9.313.116 €	315.695 €	12.878.871 €	1,74%	6.941.650 €
Baleares	12.767.928 €	2.997.374 €	315.695 €	16.080.997 €	2,17%	8.667.580 €
Canarias	21.416.558 €	16.814.533 €	315.695 €	38.546.787 €	5,21%	20.776.533 €
Cantabria	10.680.376 €	3.759.567 €	315.695 €	14.755.638 €	1,99%	7.953.218 €
Castilla La Mancha	10.959.936 €	14.615.849 €	315.695 €	25.891.480 €	3,50%	13.955.383 €
Castilla y León	21.735.058 €	15.093.045 €	473.542 €	37.301.645 €	5,04%	20.105.407 €
Cataluña	63.160.639 €	29.556.669 €	1.420.626 €	94.137.934 €	12,72%	50.739.894 €
Comunidad Valenciana	38.408.361 €	41.499.387 €	1.262.779 €	81.170.527 €	10,96%	43.750.524 €
Extremadura	16.388.052 €	908.105 €	0 €	17.296.157 €	2,34%	9.322.545 €
Galicia	32.024.533 €	18.343.554 €	315.695 €	50.683.782 €	6,85%	27.318.315 €
La Rioja	6.894.083 €	908.105 €	0 €	7.802.188 €	1,05%	4.205.342 €
Madrid	100.922.431 €	3.345.650 €	2.841.253 €	107.109.334 €	14,47%	57.731.416 €
Murcia	24.117.892 €	955.900 €	157.847 €	25.231.639 €	3,41%	13.599.732 €
Navarra	11.451.611 €	3.889.240 €	0 €	15.340.851 €	2,07%	8.268.645 €
País Vasco	28.218.881 €	1.864.005 €	631.389 €	30.714.275 €	4,15%	16.554.846 €
Total general	504.684.272 €	224.835.656 €	10.733.622 €	740.253.550 €	100,00%	398.993.103 €

Asimismo en 2021 se reservará 1.004.690€ destinado a la adquisición de equipos de alta tecnología por parte del INGESA.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Inicialmente, las comunidades autónomas deberán aportar la siguiente documentación para el adecuado seguimiento, control interno del Ministerio de Sanidad y justificación de los fondos europeos la siguiente información, en 3 periodos temporales:

1. En un periodo máximo de 2 meses tras la transferencia del crédito:
   - Certificado de la generación de crédito en la Consejería competente en materia de sanidad o, en su caso, en aquel órgano que vaya a ejecutar el gasto para el fin previsto en el Plan.

2. Trimestralmente, la información para la monitorización de los indicadores establecidos en el Plan INVEAT.

3. Antes del 30 de junio de 2022 y antes del 31 de agosto de 2023.
   – Expediente de Contratación Administrativa completo. Para su adecuada certificación se necesita remitir toda la documentación correspondiente al expediente completo de licitación, incluyendo las segundas licitaciones, a excepción de aquella que se encuentre publicada en la plataforma de contratación del estado y, en su caso, en el perfil del contratante del organismo o ente del órgano de contratación que licita. En esa

documentación se debe incluir los logos comunitarios del programa que financia el bien(es)/servicio(s) que se licita(n).
- Certificado del Interventor/a General de la Comunidad Autónoma de ejecución del gasto para el fin previsto.
- Otra documentación económico-financiera justificativa de la ejecución de la inversión (pedidos, facturas, certificado de instalación del equipo, etc..).
- Breve memoria explicativa, *con fotos del bien instalado* en su caso.

Cabe destacar que se prevén visitas de verificación de la existencia/uso de la inversión previa a la certificación y/o una vez ya instalada la inversión. Los equipos deberán estar identificados como adquiridos a partir del Plan INVEAT. Se trasladará desde el Ministerio de Sanidad la imagen que debe aparecer.

En caso de detectarse desviaciones que puedan comprometer el retorno de los fondos por el insuficiente cumplimiento por parte de las administraciones participante en el mismo, el Ministerio de Sanidad se reserva el derecho de adoptar las medidas necesarias para su corrección con el fin de preservar el efectivo cumplimiento del Plan INVEAT. En este mismo sentido, señalar que, de ser necesario, se realizará una revisión del coste estimado con los datos a 30 de junio de 2022, de tal forma, que se podrá generar una posible modificación de la contribución financiera inicialmente prevista conforme a los hitos correspondientes.

Por tanto y si procediera, los hitos y objetivos del Plan INVEAT podrán actualizarse en función de la revisión del coste estimado como consecuencia de la posible reprogramación de hitos/objetivos efectuada, en su caso, por parte de alguna(s) Comunidad(es) Autónoma(s) o del INGESA. En este caso y por parte del Ministerio se evaluará y en qué medida, si esta cuestión afecta al coste del Plan inicialmente estimado.

OBLIGACIONES Y CONSECUENCIAS DE INCUMPLIMIENTO

Sin perjuicio de las condiciones generales que se desarrollan para el Plan INVEAT se ha previsto, en su caso, la confección de un anexo específico de condiciones para la Comunidad Autónoma que participe en el Plan aportando licitaciones y/o convocatorias independientes a las de Acuerdo Marco del INGESA. En especial, será necesario en aquellos casos en que se pudieran conciliar licitaciones o convocatorias elegibles efectuadas, de forma previa o incluso paralela, sin poner en peligro la obtención de la ayuda de la Unión Europea, tal y como indican el Reglamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de febrero de 2021 por el que se establece el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia (MRR) y del resto de normas concordantes que sean de aplicación al Plan INVEAT tanto de ámbito nacional como comunitario.

No obstante, lo anterior y en cumplimiento de las orientaciones trasladas por la Secretaría General de Fondos Europeos en lo relativo a las orientaciones para la transferencia de fondos a las CCAA para financiar medidas con el MRR, es preciso destacar las obligaciones a las que las CCAA, responsables de la ejecución de las actuaciones, quedan sometidas, siendo éstas las establecidas en la normativa reguladora del MRR, y, en particular, en lo relativo a (enumeración no exhaustiva):

- Rendir la información, fiable y trazable, de seguimiento establecida en el apartado de “seguimiento y evaluación” en la consecución de los objetivos establecidos, así como de seguimiento de coste y ejecución de gasto con la periodicidad establecida.
- Cumplir con los hitos, objetivos y el calendario para la instalación y puesta en marcha de los equipos financiados con el Plan INVEAT.
- Financiar los equipos seleccionados e incluidos en los anexos del presente Plan, pudiéndose superar este número una vez satisfecha las adquisiciones de los seleccionados.
- Requisitos de pista de auditoría. Se deberá guardar la trazabilidad de cada una de las medidas y cada uno de los perceptores finales de los fondos, así como de disponer de un sistema que permita calcular y seguir los objetivos cuyo nivel de consecución cada CA tiene que reportar. Esta obligación de pista de auditoría alcanza a la relativa al cumplimiento de hitos y objetivos y medición de indicadores.

- Comunicación sobre la financiación comunitaria de las medidas incluidas en el Plan INVEAT, como inversión del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.
- Comunicación, en su caso, de las medidas aplicadas con el fin de evitar doble financiación de los equipos incluidos en el Plan INVEAT por parte de las CCAA.
- Sometimiento a las actuaciones de control de las instituciones comunitarias.
- Sometimiento a las actuaciones de la autoridad de control o de las entidades que actúen bajo su coordinación o responsabilidad.
- Obligación de aseguramiento de la regularidad del gasto subyacente y de la adopción de medidas dirigidas a prevenir, detectar, comunicar y corregir el fraude y la corrupción, prevenir el conflicto de interés.
  En cuanto a la regularidad del gasto, se llama la atención sobre el cumplimiento, en su caso, de la normativa sobre Ayudas de Estado en general y, en particular, respecto a los controles que se han aplicar para garantizar que el diseño de inversiones cumple dicha normativa en las medidas que se ejecuten por las CCAA, con especial referencia a los supuestos en los que vayan a participar varias administraciones públicas, en los que se debe tener especial cuidado con las reglas de acumulación de ayudas y las de incompatibilidad entre ayudas comunitarias, así como con las intensidades máximas, procurando que las categorías de ayudas, en la medida de lo posible, no sean concurrentes sino complementarias y que los gastos elegibles no sean los mismos.
  Tanto para el propósito de control del cumplimiento de lo anterior como en relación con la prevención de la doble financiación, la Base de Datos Nacional de Subvenciones (BDNS) se configura como una herramienta fundamental, por lo que las CCAA deberán utilizarla, en su caso, como herramienta de consulta en el procedimiento de concesión de ayudas e insistir en la necesidad de cumplir adecuadamente, por su parte, con las obligaciones de suministro de información a la misma (Real Decreto 130/2019, de 8 de marzo).

Las CCAA deben cumplir los hitos y objetivos, en tiempo y forma, establecidos en el presente Plan para que pueda retener finalmente los fondos transferidos. A continuación, se detallan las consecuencias que tendrían los posibles incumplimientos por parte de las CCAA, establecidas en la Ley 11/2020, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 2021 y en el Real Decreto Ley 36/2020, de 30 de diciembre, por el que se aprueban medidas urgentes para la modernización de la Administración pública y para la ejecución del Plan de Recuperación y Resiliencia. Se destacan las siguientes:

- No lograr, en todo o en parte, los objetivos previstos: reintegro al menos cuando el incumplimiento impida el retorno de fondos europeos al Tesoro y en el importe del retorno no percibido en relación con las medidas de la responsabilidad de la Comunidad Autónoma.
- No acreditar el logro de los objetivos por falta de fiabilidad de los indicadores reportados: reintegro al menos cuando el incumplimiento impida el retorno de fondos europeos al Tesoro y en el importe del retorno no percibido en relación con las medidas de la responsabilidad de la Comunidad Autónoma.
- Cualquier irregularidad que afecte a medidas bajo su responsabilidad determinada en cualquier control desarrollado por autoridades nacionales o comunitarias que recaiga sobre aquellas y que impida el retorno de fondos al Tesoro: reintegro del importe del retorno no percibido en relación con las medidas de la responsabilidad de la Comunidad Autónoma.
- No utilización de las cantidades recibidas para las medidas para las que se transfirieron: reintegro de fondos al Estado por el importe indebidamente utilizado.

> Es relevante destacar que las CCAA se responsabilizarán del importe de aquellos equipos adquiridos en el marco de licitaciones propias cuya certificación no sea aceptada por la Comisión Europea (posibles pérdidas de pista de auditoria u otras cuestiones). Así pues, la asignación del Ministerio de Sanidad para el Plan INVEAT habrá de ser devuelta al Tesoro conforme se determine por el Ministerio de Hacienda y la financiación de esos equipos se deberá de cubrir con fondos nacionales que provengan de la(s) Autonomía(s) afectada(s).

Cualquier ajuste a la baja en la financiación europea derivado de correcciones sobre el coste estimado o sobre la contribución financiera deberá ser asumido por las CCAA, mediante la devolución de los créditos implicados. A estos efectos, en caso de cualquier incumplimiento puesto de manifiesto en el desarrollo de las actuaciones de control de la autoridad nacional o de instituciones comunitarias que dé lugar a una merma en el retorno de Fondos, esta se trasladará

a la comunidad autónoma que corresponda en aplicación de lo señalado en el artículo 7 de la Ley General de Subvenciones.

MEDIDAS DE INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y VISIBILIDAD

De conformidad con el Reglamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de febrero de 2021, por el que se establece el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia, se establece que serán subvencionables, a partir del 1 de febrero de 2020, las medidas de los planes de recuperación y resiliencia, que deben ser compatibles con los retos y prioridades pertinentes de cada país, determinados en el marco del Semestre Europeo.

Las actuaciones de comunicación, convocatoria, publicidad, resolución y notificación derivadas de la aportación del Estado al Plan INVEAT cumplirán los requisitos de publicidad, según los cuales en todas las actuaciones que se deriven de los instrumentos contractuales o convencionales realizados con cualquier persona física o jurídica, pública o privada, se insertará la imagen institucional, que ha de incluir siempre el Escudo de España y la denominación del Ministerio, tal como se establece en el Real Decreto 1465/1999, de 17 de septiembre, por el que se establecen criterios de imagen institucional y se regula la producción documental y el material impreso de la Administración General del Estado y, en la Resolución de 28 de febrero de 2020, por la que se actualiza el Manual de Imagen Institucional, adaptándolo a la nueva estructura de departamentos ministeriales de la Administración General del Estado.

El artículo 34 del citado reglamento establece las medidas de información, comunicación y publicidad, en particular, indica que los perceptores de fondos de la Unión harán mención del origen de la financiación y velarán por darle visibilidad, incluyendo el emblema de la Unión y una declaración de financiación adecuada que indique “financiado por la Unión Europea-NextGenerationEU”. En todas las medidas de información y comunicación que lleve a cabo el beneficiario, se deberá reconocer el apoyo del fondo en la operación mostrando el emblema de la Unión Europea.

En consecuencia, en Plan INVEAT, actuación financiada por el Ministerio de Sanidad, con cargo a los PGE 2021, se incluirá en la documentación, actos o cualquier medida de publicidad que se hiciera, el logo de la Unión Europea y del Ministerio de Sanidad.

Madrid, a 30 de junio de 2021

ANEXO 15

El Acuerdo de la Conferencia para asuntos Relacionados con la Unión Europea, de 10 de diciembre de 2018 establece, en lo que se refiere a Sanidad, que el ciclo de rotaciones quedaría conformado de la siguiente forma:

2021: 2º semestre: Cataluña

2022: 1er semestre: Castilla-La Mancha
2º semestre: Galicia

2023: 1er semestre: Canarias
2º semestre: Andalucía

2024: 1er semestre: Navarra
2º semestre: Asturias

2025: 1er semestre: Extremadura
2º semestre: Cantabria

2026: 1er semestre: Islas Baleares
2º semestre: La Rioja

2027: 1er semestre: Comunidad de Madrid
2º semestre: Murcia

2028: 1er semestre: Castilla y León
2º semestre: Comunidad Valenciana

2029: 1er semestre: País Vasco
2º semestre: Aragón

ANEXO 16

Resolución de X de X de 2021, de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se hace público el acuerdo de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación de 29 de enero de 2021 sobre los sistemas de monitorización continua de glucosa intersticial en tiempo real en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.

El artículo 9 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, regula la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación. Entre sus funciones contempla el estudio y elevación de las correspondientes propuestas al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre las cuestiones que expresamente se le encomienden, relacionadas con el aseguramiento, la ordenación de prestaciones y su financiación, así como la valoración de las repercusiones de una técnica, tecnología o procedimiento sobre la salud de la población, sobre la organización del sistema sanitario, de las repercusiones éticas, legales y sociales y su impacto económico, de modo que permita realizar las propuestas sobre su posible inclusión en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Dicha Comisión está presidida por la persona titular de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia y compuesta por representantes de diferentes unidades del Ministerio de Sanidad, del Instituto de Salud Carlos III y de cada una de las comunidades autónomas, de las mutualidades de funcionarios (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

Las propuestas sobre la actualización de la cartera común de servicios formuladas por la Comisión se plasman en las correspondientes órdenes de actualización, de acuerdo con lo establecido en la Orden SCO/3422/2007, de 21 de noviembre, por la que se desarrolla el procedimiento de actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. No obstante, hay acuerdos de la mencionada Comisión que no implican la modificación de la cartera común de servicios, ya que se limitan a interpretar o aclarar el contenido del mencionado Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, pero tienen repercusión sobre los usuarios, por lo que se ha considerado necesario dar la máxima difusión a los mismos.

Mediante la Resolución de 28 de agosto de 2018, de esta Dirección General, por la que se determina el sometimiento del sistema de monitorización de glucosa mediante sensores (tipo flash) a estudio de monitorización y se establecen sus requisitos específicos, se concretaron los criterios para facilitar estos dispositivos a niños de 4-17 años con diabetes mellitus tipo 1.

Mediante Resolución de esta Dirección General de 26 de abril de 2019 se publicitó el acuerdo de la citada Comisión sobre el sistema de monitorización de glucosa mediante sensores (tipo flash) en adultos con diabetes mellitus tipo 1 en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Mediante Resolución de 30 de noviembre de 2020, de esta Dirección General se hizo público el acuerdo de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación de 14 de julio de 2020 sobre el sistema de monitorización de glucosa mediante sensores (tipo flash) en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud para nuevos colectivos de pacientes insulinodependientes.

Dados los acuerdos de la reunión de 29 de enero de 2021 de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, esta Dirección General resuelve:

Hacer público el siguiente acuerdo de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, que fue elevado al Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de X de X de 2021:

- Los sistemas de monitorización continua de glucosa intersticial en tiempo real (MCG-TR) podrán ser indicados en el Sistema Nacional de Salud por los endocrinólogos, como alternativa a las tiras reactivas de glucemia, para pacientes adultos (de 18 años o más) con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y riesgo de hipoglucemias graves (al menos un episodio de hipoglucemia grave durante el año previo o por hipoglucemias inadvertidas), que realicen terapia intensiva con insulina (múltiples dosis diarias o con bomba de insulina), y requieran realizar al menos seis punciones digitales al día para la automonitorización de la glucosa en sangre (AMGS) y que muestren una adecuada motivación para mantener una buena adherencia al dispositivo.

- Instrucción estandarizada: Previo al uso del dispositivo, los usuarios habrán recibido una instrucción estandarizada que incluya:

    - Procedimiento de implantación y retirada del sensor e instrucciones sobre la duración y características del sensor en función del dispositivo.
    - Información al paciente sobre el circuito de retirada del material fungible (dónde, cuándo y cómo) de acuerdo a la gestión de cada Centro.
    - Obtención e interpretación de los datos (valores numéricos y tendencias) para la toma de decisiones.
    - Recomendaciones de uso.
    - Limitaciones de la información aportada por el dispositivo.
    - Situaciones en las que debe realizarse la medición de glucemia capilar, para su calibración.
    - Información sobre el programa de descarga y la aplicación móvil para la gestión de datos y la monitorización remota de los mismos por cuidadores y profesionales sanitarios. La empresa debe acreditar que cumple con las medidas de seguridad exigidas en la normativa vigente a nivel europeo (Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE [Reglamento general de protección de datos]) y español de protección de datos (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y Esquema Nacional de Seguridad).
    - Información sobre cómo comunicar los defectos técnicos del sensor, transmisor o receptor que tengan implicaciones de cara a la garantía y sustitución de los dispositivos y qué material tiene que conservar para estas comprobaciones.
    - Que el paciente haya recibido una educación diabetológica adecuada y que haya demostrado que está suficientemente preparado para utilizar e interpretar los resultados del MCG-TR.

- Criterios de retirada de la financiación del dispositivo: No se continuará indicando el sistema de MCG-TR por parte del endocrinólogo cuando se produzca alguna de estas circunstancias:

    - Falta de adherencia a las recomendaciones establecidas: frecuencia de uso del sensor (<70% del tiempo), calibraciones, visitas médicas y refuerzos educativos programados.

- No se alcanzan los objetivos de control preestablecidos para cada paciente, tras una fase inicial de 12 meses o a lo largo del seguimiento, con el inicio de la MCG-RT y/o la tasa de ocurrencia de hipoglucemias graves y/u otras complicaciones graves superen la tasa del año previo al inicio del uso del dispositivo.
- Se produzcan reacciones cutáneas asociadas al adhesivo del sensor u otros efectos adversos causados por el dispositivo, en cuyo caso el especialista valorará la sustitución del dispositivo por otro tipo de dispositivo de monitorización financiado en el Sistema Nacional de Salud.
- El paciente sigue utilizando un número de tiras de glucemia capilar similar al que venía usando antes de facilitarle el sensor.
- Falta de motivación o limitación funcional adquirida que impida el manejo adecuado del sistema a lo largo del seguimiento.
- A solicitud del paciente.

- Calendario de incorporación de la financiación de los sistemas de monitorización continua de glucosa intersticial en tiempo real en aquellos pacientes que reúnan todos los requisitos anteriormente indicados: Fecha límite 30 de junio de 2022.

Madrid, a 30 de junio de 2021

ANEXO 17

ACUERDO DEL COMITÉ DE DESIGNACIÓN DE CENTROS, SERVICIOS Y UNIDADES DE REFERENCIA (CSUR) PARA LA DESIGNACIÓN DE 21 CSUR NUEVOS, REDESIGNACIÓN DE 6 CSUR Y REVOCACIÓN DE 3 CSUR.

Aprobado en el Pleno del Consejo interterritorial de 30 de junio de 2021

Designación de 21 CSUR:

■ Enfermedades autoinmunes sistémicas (6 CSUR):

- Hospital U. La Paz (Madrid), para adultos.
- Hospital U. 12 de Octubre (Madrid), para adultos.
- Hospital General U. Gregorio Marañón (Madrid), para adultos.
- Hospital U. Marqués de Valdecilla (Cantabria), para adultos.
- Hospital U. Vall D'Hebron (Cataluña), para niños y adultos.
- Hospital Clínic de Barcelona y Hospital de Sant Joan de Déu (Cataluña), para niños y adultos.

■ Angiodema hereditario (3 CSUR):

- Hospital U. La Paz (Madrid), para niños y adultos.
- Hospital U. Vall D'Hebron (Cataluña), para niños y adultos.
- Hospital U. Virgen Del Rocío (Andalucía), para niños y adultos.

■ Inmunodeficiencias primarias (adultos y niños) (4 CSUR):

- Hospital General U. Gregorio Marañón (Madrid), para niños y adultos.
- Hospital U. La Paz (Madrid), para niños y adultos.
- Hospital Clínic de Barcelona y Hospital de Sant Joan de Déu (Cataluña), para niños y adultos.
- Hospital U. Virgen Del Rocío (Andalucía), para niños y adultos.

■ Enfermedades autoinflamatorias (3 CSUR):

- Hospital U. Vall D'Hebron (Cataluña), para adultos.
- Hospital Clínic de Barcelona y Hospital de Sant Joan de Déu (Cataluña), para niños y adultos.
- Hospital U. Virgen Del Rocío (Andalucía), para niños y adultos.

■ Cirugía vitroretiniana pediátrica (1 CSUR):

- Hospital de Sant Joan de Déu (Cataluña), para niños.

■ Catarata compleja en niños (2 CSUR):

- Hospital U. La Paz (Madrid), para niños.

- Hospital de Sant Joan de Déu (Cataluña), para niños.

■ Distrofias hereditarias de retina (2 CSUR):

- H.U. de Donostia (País Vasco), para niños y adultos.
- H.U. de Bellvitge y Hospital de Sant Joan de Déu (Cataluña), para niños y adultos.

-Redesignación y no redesignación de CSUR para la atención de la asistencia integral del adulto con cardiopatía congénita, tras estudio de los correspondientes informes de reevaluación de 9 CSUR (auditorias) y valoración de sus conclusiones y el resto de documentos presentados por los centros.

En concreto:

■ Renovar la designación de 6 CSUR del SNS para Asistencia integral del adulto con cardiopatía congénita:

- Hospital U. 12 de Octubre (Madrid), para adultos.
- Hospital General U. Gregorio Marañón (Madrid), para adultos.
- Hospital U. Vall D'Hebron (Cataluña), para adultos.
- Hospital U. y Politécnico La Fe (C. Valenciana), adultos.
- Hospital Clínic de Barcelona (Cataluña), para adultos.
- Hospital U. Virgen Del Rocío y Hospital U. Virgen Macarena (Andalucía), para adultos.

■ Revocar la designación de 3 CSUR del SNS para asistencia integral del adulto con cardiopatía congénita:

- Hospital U. Reina Sofia (Córdoba), para adultos.
- Hospital U. La Paz (Madrid), para adultos.
- Hospital U. Ramón y Cajal (Madrid), para adultos.

Madrid, a 30 de junio de 2021

ANEXO 18

PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES A UN CENTRO, SERVICIO O UNIDAD DE REFERENCIA (CSUR) DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS) PARA LA PRESENTACIÓN DE SU CASO EN UNA RED EUROPEA DE REFERENCIA (ERN)

(Documento acordado por el Comité de Designación el 16 de diciembre de 2020 e informada la Comisión de Seguimiento del Fondo de cohesión sanitaria el 12 de mayo de 2021)

De acuerdo con lo regulado en el Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, el Comité de Designación de centros, servicios y unidades de referencia, tiene entre sus funciones la de proponer el procedimiento de derivación de los usuarios a los CSUR.

Las gestiones a realizar por las Comunidades Autónomas para la atención de los pacientes en Centros/CSUR ubicados en otra Comunidad Autónoma se efectuarán siempre a través del Sistema de Información del Fondo de Cohesión (SIFCO).

El Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, en su artículo 21 sobre redes europeas de referencia (ERN), recoge que corresponde al Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del CISNS, a propuesta del Comité de Designación de CSUR, establecer el procedimiento para que los CSUR del SNS designados de acuerdo al Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, puedan pertenecer o colaborar con las ERN.

Coincidiendo con las Convocatorias de la Comisión Europea para optar a ser miembro de pleno derecho o centro nacional asociado (miembro afiliado) a las ERN, dicho procedimiento se ha articulado en el SNS a través de los siguientes acuerdos del Comité de Designación de CSUR, ratificados por el CISNS:

- Acuerdo para facilitar que los prestadores de asistencia sanitaria puedan acceder a ser miembros de las ERN, ratificado el 13 de abril de 2016.
- Acuerdo para facilitar que los prestadores de asistencia sanitaria puedan acceder a ser centros nacionales asociados (miembros afiliados) de las ERN, ratificado el 15 de diciembre de 2018.
- Acuerdo para facilitar que los prestadores de asistencia sanitaria puedan acceder a ser miembros de las ERN, ratificado el 14 de octubre de 2019.

De acuerdo con la legislación vigente y los citados acuerdos, en España para que un centro pueda acceder a ser miembro de pleno derecho o centro nacional asociado (miembro afiliado) a una ERN, es preciso que sea previamente CSUR del SNS en el área objeto de atención de la red de la que solicite formar parte y disponga del correspondiente informe favorable de la Comunidad Autónoma donde está ubicado y del Comité de Designación de CSUR, así como de la declaración por escrito del Ministerio de Sanidad certificando que su participación en la correspondiente ERN es conforme con la legislación nacional.

Por tanto, con el fin de mejorar la atención de los pacientes con enfermedades raras y complejas que requieran que su caso sea estudiado en una ERN, es necesario concretar diferentes aspectos

relacionados con la derivación de los pacientes a los Centros/CSUR integrados en las ERN, para que estos valoren el proceso de atención del paciente y si fuera preciso lo presenten para que sea estudiado en la correspondiente ERN. Esta derivación no supondrá traslado del paciente, únicamente se remitirá la documentación necesaria para la valoración y estudio del caso clínico.

La derivación del caso clínico deberá realizarse a uno de los Centros/CSUR participantes en la ERN correspondiente, que deberá estar designado para la atención de una de las patologías incluidas o similares al área objeto de atención de dicha ERN y relacionada con el diagnóstico principal motivo de la derivación.

En el caso de que el Centro/CSUR, tras revisar el caso clínico y coordinarse con el centro de origen, concluyera que el paciente deba trasladarse para ser atendido en un Centro o CSUR del SNS, está derivación se realizará por el procedimiento habitual de derivación de pacientes entre Comunidades Autónomas a través de SIFCO, generando una nueva orden de asistencia.

Por todo ello, el Comité de Designación de CSUR acuerda el siguiente procedimiento de derivación a los Centros/CSUR participantes en las ERN para valorar la presentación de un caso clínico en la correspondiente ERN:

A. ASISTENCIA EN CENTRO/CSUR DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PARA VALORACIÓN DEL CASO CLÍNICO Y SI PROCEDE SU PRESENTACIÓN EN LA CORRESPOONDIENTE ERN:

- Aquellos casos clínicos que hubieran de ser revisados por alguna de las ERN aprobadas por la Comisión Europea (CE), serán remitidos, por la comunidad autónoma de origen del paciente a un Centro/CSUR del SNS que forme parte de la ERN que deba revisar el caso.

- La atención se realizará en Centros acordados por el CISNS como de referencia del SNS y designados a tal efecto por el Ministerio de Sanidad y que además han sido designados por la CE como miembros de pleno derecho o afiliados a una ERN, previa conformidad del Ministerio de Sanidad.

- Los Centros/CSUR que se integren en las ERN se comprometen a atender a los pacientes de otras Comunidades Autónomas cuando éstas soliciten la asistencia a través de SIFCO. Sólo podrán rechazar una solicitud en casos debidamente justificados.

- La atención en los Centros/CSUR a los pacientes derivados de otras Comunidades se hará en las mismas condiciones y con idénticas garantías que a los ciudadanos residentes en la Comunidad donde se ubique el Centro/CSUR (Artículo 2.4 del Real Decreto 1302/2006), incluida la revisión de los casos y remisión a las ERN.

- Para la atención en un Centro/CSUR por revisión de casos y remisión a las ERN, el caso clínico del paciente deberá ser remitido por la Comunidad Autónoma en la que está siendo atendido. Todos los trámites del proceso de derivación se registrarán y validarán a través del SIFCO.

- En caso de que se produzcan cambios de los criterios en función de los cuales un Centro/CSUR se designó de referencia o se modifiquen las circunstancias por las que se le concedió la conformidad del ministerio para integrarse en una ERN; el centro deberá comunicarlo a la mayor brevedad al

Comité de Designación de CSUR a través de la Comunidad Autónoma correspondiente.

- Cuando, por circunstancias excepcionales, el Centro/CSUR no pueda prestar la atención solicitada deberá ponerlo inmediatamente en conocimiento del Centro que le solicitó la asistencia. Así mismo, deberá comunicarlo al Comité de Designación de CSUR a través de la Comunidad Autónoma correspondiente, señalando el tiempo previsible en que durará la incidencia.

- Todos los Centros/CSUR deberán contar con un registro de los pacientes cuyos casos revisan como parte del proceso de valoración por la ERN.

B. DERIVACIÓN DE PACIENTES A LOS CENTROS/CSUR PARTICIPANTES EN LAS ERN PARA VALORAR LA PRESENTACIÓN DE SU CASO EN LA CORRESPONDIENTE ERN:

Comprende las siguientes etapas:

***1. Solicitud de Asistencia a un Centro/CSUR*:**

La solicitud se dirigirá solamente a uno de los Centros/CSUR participantes en la correspondiente ERN y no a varios a la vez. En el caso de que, por circunstancias excepcionales debidamente justificadas, no fuera admitida la solicitud por el centro solicitado, éste lo comunicará a la Comunidad que remite el paciente, quien reiniciará el proceso de solicitud a otro Centro/CSUR que forme parte de la misma ERN.

La solicitud de asistencia a través del SIFCO comprenderá la cumplimentación de los datos correspondientes a:

Datos del paciente:

- Datos de identificación y residencia del paciente.

Datos de identificación del Centro sanitario solicitante:

- Datos del Centro sanitario.
- Datos del Servicio o Unidad clínica que solicita la asistencia.
- Datos identificativos del facultativo responsable de la atención del paciente.

Todo esto, con el fin de facilitar la comunicación directa entre los facultativos responsables del paciente del centro solicitante y del Centro/CSUR.

Datos del Centro/CSUR al que se le solicita la asistencia:

- Datos identificativos del Centro/CSUR. Sólo se puede solicitar la asistencia a aquellos Centros/CSUR cuya designación haya sido acordada por el CISNS y que además hayan sido designados por la Comisión Europea como miembros de pleno derecho o afiliados, previa conformidad del Ministerio de Sanidad, en la ERN en la que se solicita sea estudiado el correspondiente caso clínico.

Informe clínico del paciente que deberá incluir inexcusablemente:

- Breve resumen de la historia clínica del paciente relacionado con el motivo de la derivación, recogiendo la razón clínica por la que se solicita la misma.
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados (**CIE10ES**) relacionados con el motivo de la derivación.
- Otros datos que se considere oportuno reseñar.

Asistencia solicitada:

- ERN, que deberá estar entre las designadas por la Comisión Europea, en la que se solicita sea estudiado el caso del paciente para su valoración y si procede presentación del caso por uno de los Centros/CSUR del SNS que participa en la misma.
- Diagnóstico principal (**CIE10ES**) por el que se deriva al paciente.
- La atención solicitada por este concepto siempre implicará traslado de documentación no del paciente, siendo preciso indicar si se solicita uno de los siguientes procedimientos:
  - Valoración del caso, que tiene por objeto la discusión del mismo entre el centro de origen del paciente y el Centro/CSUR para decidir si es susceptible de presentación a una ERN.
  - Presentación del caso, si procede, para estudio en una ERN.

***2. Aceptación de la solicitud por el Centro/CSUR solicitado*:**

Con el fin de demorar al mínimo la atención a los pacientes y garantizar la continuidad de la asistencia, el Centro/CSUR deberá realizar la **aceptación para la valoración o presentación en la ERN del caso clínico del paciente en el plazo máximo de 15 días** desde que recibió la solicitud.

La aceptación incluirá la comunicación de la fecha prevista de valoración del caso o de presentación del caso en la ERN.

Para ello, el Centro/CSUR solicitado deberá cumplimentar a través del SIFCO la siguiente información:

Aceptación para la valoración o presentación en la ERN del caso clínico del paciente:

Una vez recibida la propuesta, el Centro/CSUR deberá aceptar la misma y comunicar la fecha prevista de valoración del caso o de presentación del caso en la ERN.

En el caso de que, por causas excepcionales, no se aceptara la atención se deberán justificar expresamente los motivos de la denegación.

La aceptación comprenderá los siguientes datos:

- Datos identificativos del Centro sanitario.
- Servicio o Unidad clínica que valorará/presentará el caso clínico.
- Fecha de valoración del caso o de presentación del caso en la ERN.
- Preparación de la valoración/presentación del caso clínico: el Centro/CSUR que va a revisar el caso, comunicará al centro que ha solicitado la atención la documentación e información clínica necesaria.

3. Valoración del caso en el Centro/CSUR y, si procede, presentación a una ERN

El centro que ha solicitado la asistencia, una vez obtenida la aceptación del Centro/CSUR solicitado, deberá remitir a este la documentación que se le ha solicitado para la valoración y/o presentación del caso en la ERN.

Si el Centro/CSUR que va a revisar el caso clínico, tras comentarlo con el centro solicitante, considera que no es candidato a ser presentado para su estudio en una ERN y que puede recibir atención en un CSUR u otro centro del SNS, cerrará el episodio e informará al centro solicitante para que continúe con la atención del paciente según proceda.

4. Atención realizada:

El Centro/CSUR que realiza la valoración o presentación en la ERN del caso clínico del paciente deberá incorporar al SIFCO, al finalizar el episodio, los datos relativos a la atención realizada. En concreto, se indicará:

Datos del paciente:
- Datos de identificación y residencia del paciente.

Datos del Centro/CSUR que ha realizado la valoración o presentación del caso clínico en la ERN:
- Centro sanitario.
- Servicio y Unidad clínica.
- Datos de identificación del facultativo responsable de la atención.

Tipo de atención realizada:
- ERN para la que se ha valorado la presentación del caso clínico o ERN en la que se ha presentado el caso, según proceda.
- Diagnóstico principal y diagnósticos secundarios (**CIE10ES** codificado al máximo nivel de desagregación, indicando el correspondiente marcador POA1 o POA2).
- Indicar si la atención realizada corresponde a:
  - Valoración de un caso clínico para presentación en una ERN.
  - Presentación de un caso clínico en una ERN y comunicación de las conclusiones del estudio al centro de solicitante para que continúe con la atención del paciente según proceda.

Informe clínico: Incluirá un breve resumen de la valoración del caso para la presentación en una ERN o de la presentación del caso en la ERN y de las recomendaciones derivadas relacionadas con el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente.

Si el Centro/CSUR que ha revisado el caso clínico, tras comentarlo con el centro solicitante, considera que no es candidato a ser presentado para su estudio en una ERN y que el paciente puede recibir atención en un CSUR u otro centro del SNS, cerrará el episodio e informará al centro solicitante para que continúe con la atención del paciente según proceda.

Una vez presentado el caso clínico a la ERN, tras emitir el correspondiente informe clínico, el Centro/CSUR cerrará el episodio y el centro de origen continuará con la atención del paciente según proceda.

Asimismo, recogerá la información correspondiente en el Registro de pacientes.

Madrid a 30 de junio de 2021

ANEXO 19

CRITERIOS PARA LA DISTRIBUCIÓN DE FONDOS A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS PARA LA MEJORA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL AÑO 2021

El Presupuesto de Gastos del Ministerio de Sanidad para el ejercicio 2021, recoge un crédito de 2.006.950,00 euros en la aplicación presupuestaria 26.03.313E.458, que se destina a financiar determinadas actuaciones que deben llevar a cabo las comunidades autónomas para la construcción y mantenimiento del Sistema de Información Sanitaria común.

Las actuaciones que se financian se dirigen en 2021 a tres objetivos finalistas:

- Suministro de los datos de 2020 de la Base de datos Clínicos de Atención Primaria del SNS (BDCAP-SNS) en el segundo semestre de 2021.

- Completar la cobertura y contenidos previstos del Registro de Actividad de Atención Especializada (RAE-CMBD), específicamente en las áreas de urgencias y hospital de día, cumpliendo los plazos establecidos de remisión de los datos.

- Incorporar herramientas que favorezcan la política común de normalización de datos en el SNS acordada en la Subcomisión de Sistemas de Información, así como las actividades de formación que contribuyan al desarrollo del Sistema de Información Sanitaria y a la interoperabilidad en el SNS.

La distribución de fondos para estrategias de mejora del Sistema de Información del SNS son:

- 50% de manera lineal, aplicando un importe mínimo a cada comunidad autónoma beneficiaria y al INGESA (Ceuta y Melilla).

- 50% por criterios poblacionales según las cifras del Padrón municipal publicadas en Real Decreto 1147/2020, de 15 de diciembre.

Las cuantías de reparto en dichos fondos se muestran en el cuadro siguiente:

AÑO 2021: Distribución del Crédito para SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA DEL SNS						
COMUNIDADES AUTONOMAS	PADRÓN 1 ENERO 2021	% Población	26.07.313B.458	LINEAL	POBL	TOTAL
Total	**44.569.094**		**2.006.950,00 €**	**1.003.475,00 €**	**1.003.475,00 €**	**2.006.950,00 €**
Andalucía	8.464.411	18,99	253.293,75 €	62.717,19 €	190.576,56 €	253.293,75 €
Aragón	1.329.391	2,98	92.648,48 €	62.717,19 €	29.931,29 €	92.648,48 €
Asturias, Principado de	1.018.784	2,29	85.655,15 €	62.717,19 €	22.937,96 €	85.655,15 €
Balears, Iles	1.171.543	2,63	89.094,53 €	62.717,19 €	26.377,34 €	89.094,53 €
Canarias	2.175.952	4,88	111.708,84 €	62.717,19 €	48.991,65 €	111.708,84 €
Cantabria	582.905	1,31	75.841,32 €	62.717,19 €	13.124,13 €	75.841,32 €
Castilla y León	2.394.918	5,37	116.638,87 €	62.717,19 €	53.921,68 €	116.638,87 €
Castilla-La Mancha	2.045.221	4,59	108.765,42 €	62.717,19 €	46.048,23 €	108.765,42 €
Cataluña	7.780.479	17,46	237.895,00 €	62.717,19 €	175.177,81 €	237.895,00 €
Comunidad Valenciana	5.057.353	11,35	176.583,70 €	62.717,19 €	113.866,51 €	176.583,70 €
Extremadura	1.063.987	2,39	86.672,90 €	62.717,19 €	23.955,71 €	86.672,90 €
Galicia	2.701.819	6,06	123.548,75 €	62.717,19 €	60.831,56 €	123.548,75 €
Madrid, Comunidad de	6.779.888	15,21	215.366,65 €	62.717,19 €	152.649,46 €	215.366,65 €
Murcia, Región de	1.511.251	3,39	96.743,07 €	62.717,19 €	34.025,88 €	96.743,07 €
Rioja, La	319.914	0,72	69.920,07 €	62.717,18 €	7.202,89 €	69.920,07 €
Ceuta	84.202	0,19	33.254,40 €	31.358,58 €	1.895,82 €	33.254,40 €
Melilla	87.076	0,20	33.319,10 €	31.358,58 €	1.960,52 €	33.319,10 €

Fuente: Real Decreto 1147/2020, de 15 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2020.

ANEXO 20

ACUERDO DE DISTRIBUCIÓN DE CRÉDITO A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS PARA EL EJERCICIO 2021 POR IMPORTE DE 398.993.103,00 EUROS CON CARGO AL PRESUPUESTO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y EN EL MARCO DEL COMPONENTE 18 "PLAN DE INVERSIONES EN EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD" (C18.I1), DEL PLAN DE RECUPERACIÓN, TRANSFORMACIÓN Y RESILIENCIA (MRR) DEL GOBIERNO DE ESPAÑA

El pasado 30 de junio de 2021 el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el Plan de inversiones en equipos de alta tecnología del Sistema Nacional de Salud (Plan INVEAT), que se enmarca como inversión 1 en el componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia aprobado por el Gobierno de España el 27 de abril de 2021. El Plan INVEAT cuenta con una dotación de **796.100.000 €** (400.000.000 € en 2021 y 396.100.000 € en 2022).

El **objetivo principal** de este Plan es incrementar la **supervivencia global** y la **calidad de vida** de las personas mediante el **diagnóstico de enfermedades en estadios tempranos**, posibilitando la **intervención terapéutica rápida**, con especial atención a las patologías de mayor impacto sanitario, presente y futuro, del SNS, como son las enfermedades crónicas, las enfermedades oncológicas, las enfermedades raras y las enfermedades neurológicas. Todo ello, consolidando la **equidad** en el **acceso** a la alta tecnología y mejorando la **calidad asistencial** y la **seguridad** de **pacientes** y **profesionales**.

Los **objetivos específicos** que se persiguen son:

1. Reducir la obsolescencia del parque tecnológico de equipos de alta tecnología del SNS, garantizando la renovación del 100% de los equipos que tienen 12 o más años, y adicionalmente, de los aceleradores lineales (ALP) y equipos de Tomografía Computerizada (TC) de 10-11 años, en línea con las recomendaciones de las Sociedades Científicas.

2. Elevar como mínimo un 15%, la tasa media de densidad de equipos de alta tecnología por 100.000 habitantes, con objeto de mejorar la equidad en el acceso en todo el territorio nacional, acercar el servicio a los/las pacientes y situar al SNS, de forma progresiva, en la media europea.

Ambos objetivos redundarán en aumentar las capacidades diagnósticas de los centros del SNS mediante la mejora de las características técnicas que presentan los nuevos equipos respecto a los que se renuevan, permitiendo así la adecuación de la banda tecnológica a las prestaciones actuales y futuras de los centros sanitarios.

El **alcance** de este Plan es la inversión en equipos de alta tecnología de titularidad y gestión pública en centros, también, de titularidad y gestión pública del SNS, contemplando los siguientes tipos de equipos:

EQUIPOS	
Acelerador Lineal de Partículas (ALP)	Resonancia Magnética (RM)
Equipo de Braquiterapia Digital (BRAQUI)	Equipos de Hemodinámica (HEMO)
Tomografía Computarizada de planificación (TC PLAN)	Gammacamara SPECT-CT
Angiografía Neurorradiología (AN)	Tomografía por emisión de positrones y TC (PET-TC)
Angiografía Vascular (AV)	Tomografía Computarizada (TC)

Para alcanzar los objetivos se han abordado **dos ámbitos de inversión**: renovación y ampliación, siendo el hito a alcanzar la instalación de, al menos, 750 equipos de alta tecnología en el SNS.

Para cuantificar cuantos equipos se adquirían y de qué tipo se han seguido los siguientes pasos:

a) **Renovación:** para ello, se ha aplicado el modelo de priorización consensuado al inventario disponible, considerando los costes estimados, de tal manera que son elegibles todos los equipos del SNS que superen los 12 años de antigüedad, independientemente de su intensidad de uso (en línea con las recomendaciones internacionales y nacionales), y adicionalmente, los ALP y los TC a partir de los 10 años, siguiendo las recomendaciones de las sociedades científicas españolas. El total asciende a 585 equipos.

b) **Ampliación:** se ha establecido un **fondo finalista competitivo,** con el fin de que las CCAA y el INGESA pudieran presentar proyectos para la ampliación de su dotación de equipos. Este fondo finalista está dotado de la diferencia entre el presupuesto total y el estimado para la renovación. Así pues, se han seleccionado 262 (el 90% de los presentado). Los proyectos seleccionados fueron clasificados en dos categorías directamente elegibles y en reserva 1. Estos proyectos han sido valorados por el grupo coordinador del Plan en base a criterios definidos en el modelo objetivo de priorización, siendo especialmente relevantes la tasa de densidad media de equipos por 100.000 habitantes y el esfuerzo inversor realizado en renovación.

La Ley 11/2020, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 2021 incluye en el Servicio 50 - Mecanismo de Recuperación y Resiliencia, una partida presupuestaria específica para el Plan de inversión en equipos de alta tecnología sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, con una dotación de 400 millones de euros. Asimismo, está previsto que en el ejercicio 2022 esta partida presupuestaria se mantenga con una dotación de 396,1 millones de euros. En este importe se reserva un crédito plurianual de 255.000€ para auditoría, seguimiento y control interno del Plan por parte del Ministerio. Así mismo se reservará 1.864.005,00 € para adquisición de equipos de alta tecnología por parte del INGESA.

Para la ejecución del Plan se realizará la **distribución de los fondos a las CCAA** en dos fases correspondientes a los ejercicios 2021 y 2022.

Los **criterios para la distribución de crédito** se realizan para garantizar los objetivos definidos en el Plan y es equivalente al presupuesto estimado de adquisición de:

1. Número de equipos contenidos en el alcance del Plan, con 12 o más años, así como, adicionalmente, los ALP y las TC de 10-11 años instalados en centros de titularidad y gestión pública, siendo los equipos de explotación pública.
2. Número de equipos seleccionados en el fondo competitivo de ampliación, dotado de la diferencia entre el presupuesto total y el estimado para la renovación. Las Comunidades Autónomas e INGESA presentaron un total de 292 proyectos para la ampliación de su dotación de equipos, que fueron valorados por el grupo coordinador del Plan en base a criterios definidos en el modelo objetivo de priorización, siendo especialmente relevantes la tasa de densidad media de equipos por 100.000 habitantes y el esfuerzo inversor realizado en renovación. De ellos, se seleccionaron 262 (el 90% de los presentados) descartándose 30 por tratarse de equipos no contenidos en el alcance del Plan o bien no ser financiables con el fondo de ampliación (solicitudes de upgrade o equipos que son susceptibles de renovación). Los proyectos seleccionados fueron clasificados en dos categorías: elegibles y en reserva tipo 1.

3. Número de equipos con bandas tecnológicas altamente sofisticadas (nivel 3/situaciones especiales) solicitados por las CCAA, siendo el criterio de compensación el que el equipo fuera instalado en un centro de referencia del SNS (CSUR).

Estos criterios de distribución fueron aprobados en la sesión plenaria del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud celebrada el pasado 30 de junio de 2021.

Para la ejecución del Plan se realizará la distribución de los fondos a las CCAA en dos fases correspondientes a los ejercicios 2021 y 2022. Para la distribución 2021 se ha asignado a cada comunidad autónoma e INGESA la parte proporcional que le corresponde respecto a la cuantía estimada para renovación, ampliación (elegibles) y la compensación de bandas tecnológicas nivel 3/situaciones especiales. En la distribución prevista en 2022 se asignará a cada comunidad autónoma e INGESA la parte proporcional pendiente de la anterior más la parte correspondiente a ampliación (reserva 1).

La **distribución de créditos a las CCAA para el ejercicio 2021** se presenta en la siguiente tabla:

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Presupuesto total estimado para RENOVACIÓN	Presupuesto asignado en los proyectos de AMPLIACIÓN (Ronda 1: elegidos)	Presupuesto asignado para compensar equipos bandas tecnológicas nivel 3/situaciones especiales	TOTAL	Porcentaje del total	TOTAL A DISTRIBUIR
Andalucía	85.205.736 €	53.996.307 €	1.736.321 €	140.938.364 €	19,04%	75.965.100 €
Aragón	17.082.137 €	6.975.249 €	315.695 €	24.373.081 €	3,29%	13.136.973 €
Asturias	3.250.060 €	9.313.116 €	315.695 €	12.878.871 €	1,74%	6.941.650 €
Baleares	12.767.928 €	2.997.374 €	315.695 €	16.080.997 €	2,17%	8.667.580 €
Canarias	21.416.558 €	16.814.533 €	315.695 €	38.546.787 €	5,21%	20.776.533 €
Cantabria	10.680.376 €	3.759.567 €	315.695 €	14.755.638 €	1,99%	7.953.218 €
Castilla La Mancha	10.959.936 €	14.615.849 €	315.695 €	25.891.480 €	3,50%	13.955.383 €
Castilla y León	21.735.058 €	15.093.045 €	473.542 €	37.301.645 €	5,04%	20.105.407 €
Cataluña	63.160.639 €	29.556.669 €	1.420.626 €	94.137.934 €	12,72%	50.739.894 €
Comunidad Valenciana	38.408.361 €	41.499.387 €	1.262.779 €	81.170.527 €	10,96%	43.750.524 €
Extremadura	16.388.052 €	908.105 €	0 €	17.296.157 €	2,34%	9.322.545 €
Galicia	32.024.533 €	18.343.554 €	315.695 €	50.683.782 €	6,85%	27.318.315 €
La Rioja	6.894.083 €	908.105 €	0 €	7.802.188 €	1,05%	4.205.342 €
Madrid	100.922.431 €	3.345.650 €	2.841.253 €	107.109.334 €	14,47%	57.731.416 €
Murcia	24.117.892 €	955.900 €	157.847 €	25.231.639 €	3,41%	13.599.732 €
Navarra	11.451.611 €	3.889.240 €	0 €	15.340.851 €	2,07%	8.268.645 €
País Vasco	28.218.881 €	1.864.005 €	631.389 €	30.714.275 €	4,15%	16.554.846 €
Total general	504.684.272 €	224.835.656 €	10.733.622 €	740.253.550 €	100,00%	398.993.103 €

Asimismo en 2021 se reservará 1.004.690€ destinado a la adquisición de equipos de alta tecnología por parte del INGESA.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Inicialmente, las comunidades autónomas deberán aportar la siguiente documentación para el adecuado seguimiento, control interno del Ministerio de Sanidad y justificación de los fondos europeos la siguiente información, en 3 periodos temporales:

1. En un periodo máximo de 2 meses tras la transferencia del crédito:

   - Certificado de la generación de crédito en la Consejería competente en materia de sanidad o, en su caso, en aquel órgano que vaya a ejecutar el gasto para el fin previsto en el Plan.

2. Trimestralmente, la información para la monitorización de los indicadores establecidos en el Plan INVEAT.

3. Antes del 30 de junio de 2022 y antes del 31 de agosto de 2023.
   - Expediente de Contratación Administrativa completo. Para su adecuada certificación se necesita remitir toda la documentación correspondiente al expediente completo de licitación, incluyendo las segundas licitaciones, a excepción de aquella que se encuentre publicada en la plataforma de contratación del estado y, en su caso, en el perfil del contratante del organismo o ente del órgano de contratación que licita. En esa documentación se debe incluir los logos comunitarios del programa que financia el bien(es)/servicio(s) que se licita(n).
   - Certificado del Interventor/a General de la Comunidad Autónoma de ejecución del gasto para el fin previsto.
   - Otra documentación económico-financiera justificativa de la ejecución de la inversión (pedidos, facturas, certificado de instalación del equipo, etc..).
   - Breve memoria explicativa, *con fotos del bien instalado* en su caso.

Cabe destacar que se prevén visitas de verificación de la existencia/uso de la inversión previa a la certificación y/o una vez ya instalada la inversión. Los equipos deberán estar identificados como adquiridos a partir del Plan INVEAT. Se trasladará desde el Ministerio de Sanidad la imagen que debe aparecer.

En caso de detectarse desviaciones que puedan comprometer el retorno de los fondos por el insuficiente cumplimiento por parte de las administraciones participante en el mismo, el Ministerio de Sanidad se reserva el derecho de adoptar las medidas necesarias para su corrección con el fin de preservar el efectivo cumplimiento del Plan INVEAT. En este mismo sentido, señalar que, de ser necesario, se realizará una revisión del coste estimado con los datos a 30 de junio de 2022, de tal forma, que se podrá generar una posible modificación de la contribución financiera inicialmente prevista conforme a los hitos correspondientes.

Por tanto y si procediera, los hitos y objetivos del Plan INVEAT podrán actualizarse en función de la revisión del coste estimado como consecuencia de la posible reprogramación de hitos/objetivos efectuada, en su caso, por parte de alguna(s) Comunidad(es) Autónoma(s) o del INGESA. En este caso y por parte del Ministerio se evaluará y en qué medida, si esta cuestión afecta al coste del Plan inicialmente estimado.

OBLIGACIONES Y CONSECUENCIAS DE INCUMPLIMIENTO

Sin perjuicio de las condiciones generales que se desarrollan para el Plan INVEAT se ha previsto, en su caso, la confección de un anexo específico de condiciones para la Comunidad Autónoma que participe en el Plan aportando licitaciones y/o convocatorias independientes a las de Acuerdo Marco del INGESA. En especial, será necesario en aquellos casos en que se pudieran conciliar licitaciones o convocatorias elegibles efectuadas, de forma previa o incluso paralela, sin poner en peligro la obtención de la ayuda de la Unión Europea, tal y como indican el Reglamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de febrero de 2021 por el que se establece el Mecanismo de

Recuperación y Resiliencia (MRR) y del resto de normas concordantes que sean de aplicación al Plan INVEAT tanto de ámbito nacional como comunitario.

No obstante, lo anterior y en cumplimiento de las orientaciones trasladas por la Secretaría General de Fondos Europeos en lo relativo a las orientaciones para la transferencia de fondos a las CCAA para financiar medidas con el MRR, es preciso destacar las obligaciones a las que las CCAA, responsables de la ejecución de las actuaciones, quedan sometidas, siendo éstas las establecidas en la normativa reguladora del MRR, y, en particular, en lo relativo a (enumeración no exhaustiva):

- Rendir la información, fiable y trazable, de seguimiento establecida en el apartado de "seguimiento y evaluación" en la consecución de los objetivos establecidos, así como de seguimiento de coste y ejecución de gasto con la periodicidad establecida.
- Cumplir con los hitos, objetivos y el calendario para la instalación y puesta en marcha de los equipos financiados con el Plan INVEAT.
- Financiar los equipos seleccionados e incluidos en los anexos del presente Plan, pudiéndose superar este número una vez satisfecha las adquisiciones de los seleccionados.
- Requisitos de pista de auditoría. Se deberá guardar la trazabilidad de cada una de las medidas y cada uno de los perceptores finales de los fondos, así como de disponer de un sistema que permita calcular y seguir los objetivos cuyo nivel de consecución cada CA tiene que reportar. Esta obligación de pista de auditoría alcanza a la relativa al cumplimiento de hitos y objetivos y medición de indicadores.
- Comunicación sobre la financiación comunitaria de las medidas incluidas en el Plan INVEAT, como inversión del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.
- Comunicación, en su caso, de las medidas aplicadas con el fin de evitar doble financiación de los equipos incluidos en el Plan INVEAT por parte de las CCAA.
- Sometimiento a las actuaciones de control de las instituciones comunitarias.
- Sometimiento a las actuaciones de la autoridad de control o de las entidades que actúen bajo su coordinación o responsabilidad.
- Obligación de aseguramiento de la regularidad del gasto subyacente y de la adopción de medidas dirigidas a prevenir, detectar, comunicar y corregir el fraude y la corrupción, prevenir el conflicto de interés.
  En cuanto a la regularidad del gasto, se llama la atención sobre el cumplimiento, en su caso, de la normativa sobre Ayudas de Estado en general y, en particular, respecto a los controles que se han aplicar para garantizar que el diseño de inversiones cumple dicha normativa en las medidas que se ejecuten por las CCAA, con especial referencia a los supuestos en los que vayan a participar varias administraciones públicas, en los que se debe tener especial cuidado con las reglas de acumulación de ayudas y las de incompatibilidad entre ayudas comunitarias, así como con las intensidades máximas, procurando que las categorías de ayudas, en la medida de lo posible, no sean concurrentes sino complementarias y que los gastos elegibles no sean los mismos.
  Tanto para el propósito de control del cumplimiento de lo anterior como en relación con la prevención de la doble financiación, la Base de Datos Nacional de Subvenciones (BDNS) se configura como una herramienta fundamental, por lo que las CCAA deberán utilizarla, en su caso, como herramienta de consulta en el procedimiento de concesión de ayudas e insistir en la necesidad de cumplir adecuadamente, por su parte, con las obligaciones de suministro de información a la misma (Real Decreto 130/2019, de 8 de marzo).

Las CCAA deben cumplir los hitos y objetivos, en tiempo y forma, establecidos en el presente Plan para que pueda retener finalmente los fondos transferidos. A continuación, se detallan las consecuencias que tendrían los posibles incumplimientos por parte de las CCAA, establecidas en la Ley 11/2020, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 2021 y en el Real Decreto Ley 36/2020, de 30 de diciembre, por el que se aprueban medidas urgentes para la modernización de la Administración pública y para la ejecución del Plan de Recuperación y Resiliencia. Se destacan las siguientes:

- No lograr, en todo o en parte, los objetivos previstos: reintegro al menos cuando el incumplimiento impida el retorno de fondos europeos al Tesoro y en el importe del retorno no percibido en relación con las medidas de la responsabilidad de la Comunidad Autónoma.
- No acreditar el logro de los objetivos por falta de fiabilidad de los indicadores reportados: reintegro al menos cuando el incumplimiento impida el retorno de fondos europeos al Tesoro y en el importe del retorno no percibido en relación con las medidas de la responsabilidad de la Comunidad Autónoma.
- Cualquier irregularidad que afecte a medidas bajo su responsabilidad determinada en cualquier control desarrollado por autoridades nacionales o comunitarias que recaiga sobre aquellas y que impida el retorno de fondos al Tesoro: reintegro del importe del retorno no percibido en relación con las medidas de la responsabilidad de la Comunidad Autónoma.
- No utilización de las cantidades recibidas para las medidas para las que se transfirieron: reintegro de fondos al Estado por el importe indebidamente utilizado.

  Es relevante destacar que las CCAA se responsabilizarán del importe de aquellos equipos adquiridos en el marco de licitaciones propias cuya certificación no sea aceptada por la Comisión Europea (posibles pérdidas de pista de auditoria u otras cuestiones). Así pues, la asignación del Ministerio de Sanidad para el Plan INVEAT habrá de ser devuelta al Tesoro conforme se determine por el Ministerio de Hacienda y la financiación de esos equipos se deberá de cubrir con fondos nacionales que provengan de la(s) Autonomía(s) afectada(s).

Cualquier ajuste a la baja en la financiación europea derivado de correcciones sobre el coste estimado o sobre la contribución financiera deberá ser asumido por las CCAA, mediante la devolución de los créditos implicados. A estos efectos, en caso de cualquier incumplimiento puesto de manifiesto en el desarrollo de las actuaciones de control de la autoridad nacional o de instituciones comunitarias que dé lugar a una merma en el retorno de Fondos, esta se trasladará a la comunidad autónoma que corresponda en aplicación de lo señalado en el artículo 7 de la Ley General de Subvenciones.

MEDIDAS DE INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y VISIBILIDAD

De conformidad con el Reglamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de febrero de 2021, por el que se establece el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia, se establece que serán subvencionables, a partir del 1 de febrero de 2020, las medidas de los planes de recuperación y resiliencia, que deben ser compatibles con los retos y prioridades pertinentes de cada país, determinados en el marco del Semestre Europeo.

Las actuaciones de comunicación, convocatoria, publicidad, resolución y notificación derivadas de la aportación del Estado al Plan INVEAT cumplirán los requisitos de publicidad, según los cuales en todas las actuaciones que se deriven de los instrumentos contractuales o convencionales realizados con cualquier persona física o jurídica, pública o privada, se insertará la imagen institucional, que ha de incluir siempre el Escudo de España y la denominación del Ministerio, tal como se establece en el Real Decreto 1465/1999, de 17 de septiembre, por el que se establecen criterios de imagen institucional y se regula la producción documental y el material impreso de la Administración General del Estado y, en la Resolución de 28 de febrero de 2020, por la que se actualiza el Manual de Imagen Institucional, adaptándolo a la nueva estructura de departamentos ministeriales de la Administración General del Estado.

El artículo 34 del citado reglamento establece las medidas de información, comunicación y publicidad, en particular, indica que los perceptores de fondos de la Unión harán mención del origen de la financiación y velarán por darle visibilidad, incluyendo el emblema de la Unión y una declaración de financiación adecuada que indique “financiado por la Unión Europea-NextGenerationEU”. En todas las medidas de información y comunicación que lleve a cabo el beneficiario, se deberá reconocer el apoyo del fondo en la operación mostrando el emblema de la Unión Europea.

En consecuencia, en Plan INVEAT, actuación financiada por el Ministerio de Sanidad, con cargo a los PGE 2021, se incluirá en la documentación, actos o cualquier medida de publicidad que se hiciera, el logo de la Unión Europea y del Ministerio de Sanidad.

ANEXO 21

CRITERIOS PARA LA DISTRIBUCIÓN DE FONDOS A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS PARA ESTRATEGIAS FRENTE A ENFERMEDADES RARAS, ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS (INCLUIDA ELA) AÑO 2021

1. Los fondos para la estrategia frente a enfermedades raras, que ascienden a 1.409.035 €, se distribuirán a todas las CCAA (excepto País Vasco y Navarra) y Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, siguiendo un criterio poblacional según las cifras del padrón publicadas en el Real Decreto 1147/2020, de 15 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2020.

La propuesta de distribución para las estrategias frente a enfermedades raras se muestra en el cuadro adjunto:

Distribución de Crédito para Estrategia frente a enfermedades raras		
COMUNIDAD AUTONOMA	**Padrón 2020**	**Total (€)**
Total	**44.569.094**	**1.409.035**
Andalucía	8.464.411	**267.599,14**
Aragón	1.329.391	**42.028,19**
Asturias, Principado de	1.018.784	**32.208,47**
Baleares, Illes	1.171.543	**37.037,89**
Canarias	2.175.952	**68.791,90**
Cantabria	582.905	**18.428,32**
Castilla y León	2.394.918	**75.714,42**
Castilla-La Mancha	2.045.221	**64.658,89**
Cataluña	7.780.479	**245.976,89**
Comunitat Valenciana	5.057.353	**159.886,30**
Extremadura	1.063.987	**33.637,55**
Galicia	2.701.819	**85.416,98**
Madrid, Comunidad de	6.779.888	**214.343,59**
Murcia, Región de	1.511.251	**47.777,63**
Rioja, La	319.914	**10.113,96**
Ceuta	84.202	**2.662,01**
Melilla	87.076	**2.752,87**
Fuente: *Real Decreto 1147/2020, de 15 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2020.*		

2. Los fondos para las estrategias frente enfermedades neurodegenerativas (incluido ELA), que ascienden a 1.409.035 €, se distribuirán a todas las CCAA (excepto País Vasco y Navarra) y Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla siguiendo un criterio poblacional según las cifras del padrón publicadas en el Real Decreto 1147/2020, de 15 de diciembre, por el que se declaran oficiales

las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2020.

La propuesta de distribución para las estrategias frente a enfermedades neurodegenerativas (incluido ELA) se muestra en el cuadro adjunto:

Distribución de Crédito para Estrategia frente a enfermedades neurodegenerativas (inc ELA)		
COMUNIDAD AUTONOMA	**Padrón 2020**	**Total (€)**
Total	**44.569.094**	**1.409.035,00**
Andalucía	8.464.411	**267.599,14**
Aragón	1.329.391	**42.028,19**
Asturias, Principado de	1.018.784	**32.208,47**
Baleares, Illes	1.171.543	**37.037,89**
Canarias	2.175.952	**68.791,90**
Cantabria	582.905	**18.428,32**
Castilla y León	2.394.918	**75.714,42**
Castilla-La Mancha	2.045.221	**64.658,89**
Cataluña	7.780.479	**245.976,89**
Comunitat Valenciana	5.057.353	**159.886,30**
Extremadura	1.063.987	**33.637,55**
Galicia	2.701.819	**85.416,98**
Madrid, Comunidad de	6.779.888	**214.343,59**
Murcia, Región de	1.511.251	**47.777,63**
Rioja, La	319.914	**10.113,96**
Ceuta	84.202	**2.662,01**
Melilla	87.076	**2.752,87**
Fuente: Real Decreto 1147/2020, de 15 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2020.		

ANEXO 22

ACUERDO DE DISTRIBUCIÓN DE FONDOS A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS PARA LA MEJORA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL SNS EN EL AÑO 2021

El Presupuesto de Gastos del Ministerio de Sanidad para el ejercicio 2021, recoge un crédito de 2.006.950,00 euros en la aplicación presupuestaria 26.03.313E.458, que se destina a financiar determinadas actuaciones que deben llevar a cabo las comunidades autónomas para la construcción y mantenimiento del Sistema de Información Sanitaria común.

El Consejo Interterritorial del SNS aprobó en la sesión plenaria del 7 de julio de 2021 las actuaciones que se financian y que se dirigen en 2021 a tres objetivos finalistas:

- Suministro de los datos de 2020 de la Base de datos Clínicos de Atención Primaria del SNS (BDCAP-SNS) en el segundo semestre de 2021.

- Completar la cobertura y contenidos previstos del Registro de Actividad de Atención Especializada (RAE-CMBD), específicamente en las áreas de urgencias y hospital de día, cumpliendo los plazos establecidos de remisión de los datos.

- Incorporar herramientas que favorezcan la política común de normalización de datos en el SNS acordada en la Subcomisión de Sistemas de Información, así como las actividades de formación que contribuyan al desarrollo del Sistema de Información Sanitaria y a la interoperabilidad en el SNS.

Igualmente aprobó los criterios de distribución de fondos para estrategias de mejora del Sistema de Información del SNS en los siguientes términos:

- 50% de manera lineal, aplicando un importe mínimo a cada comunidad autónoma beneficiaria y al INGESA (Ceuta y Melilla).

- 50% por criterios poblacionales según las cifras del Padrón municipal publicadas en Real Decreto 1147/2020, de 15 de diciembre.

En aplicación de lo anterior, las cuantías de reparto e dichos fondos se muestran en el cuadro siguiente:

AÑO 2021: Distribución del Crédito para SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA DEL SNS						
COMUNIDADES AUTONOMAS	PADRÓN 1 ENERO 2021	% Población	26.07.313B.458	LINEAL	POBL	TOTAL
Total	**44.569.094**		**2.006.950,00 €**	**1.003.475,00 €**	**1.003.475,00 €**	**2.006.950,00 €**
Andalucía	8.464.411	18,99	253.293,75 €	62.717,19 €	190.576,56 €	253.293,75 €
Aragón	1.329.391	2,98	92.648,48 €	62.717,19 €	29.931,29 €	92.648,48 €
Asturias, Principado de	1.018.784	2,29	85.655,15 €	62.717,19 €	22.937,96 €	85.655,15 €
Balears, Iles	1.171.543	2,63	89.094,53 €	62.717,19 €	26.377,34 €	89.094,53 €
Canarias	2.175.952	4,88	111.708,84 €	62.717,19 €	48.991,65 €	111.708,84 €
Cantabria	582.905	1,31	75.841,32 €	62.717,19 €	13.124,13 €	75.841,32 €
Castilla y León	2.394.918	5,37	116.638,87 €	62.717,19 €	53.921,68 €	116.638,87 €
Castilla-La Mancha	2.045.221	4,59	108.765,42 €	62.717,19 €	46.048,23 €	108.765,42 €
Cataluña	7.780.479	17,46	237.895,00 €	62.717,19 €	175.177,81 €	237.895,00 €
Comunidad Valenciana	5.057.353	11,35	176.583,70 €	62.717,19 €	113.866,51 €	176.583,70 €
Extremadura	1.063.987	2,39	86.672,90 €	62.717,19 €	23.955,71 €	86.672,90 €
Galicia	2.701.819	6,06	123.548,75 €	62.717,19 €	60.831,56 €	123.548,75 €
Madrid, Comunidad de	6.779.888	15,21	215.366,65 €	62.717,19 €	152.649,46 €	215.366,65 €
Murcia, Región de	1.511.251	3,39	96.743,07 €	62.717,19 €	34.025,88 €	96.743,07 €
Rioja, La	319.914	0,72	69.920,07 €	62.717,18 €	7.202,89 €	69.920,07 €
Ceuta	84.202	0,19	33.254,40 €	31.358,58 €	1.895,82 €	33.254,40 €
Melilla	87.076	0,20	33.319,10 €	31.358,58 €	1.960,52 €	33.319,10 €

Fuente: Real Decreto 1147/2020, de 15 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2020.

ANEXO 23

PROGRAMA DE MEDIDAS PARA MEJORAR LA EFICIENCIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SNS EN EL ÁMBITO DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA Y SUS CRITERIOS DE DISTRIBUCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

Con fecha 29 de diciembre de 2016 el Ministerio de Hacienda y Función Pública y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad suscribieron con Farmaindustria un convenio de colaboración, en cuya cláusula segunda se prevén una serie de medidas compensatorias y correctoras si el gasto correspondiente al segmento de medicamentos originales no genéricos superase los niveles de la tasa de referencia de crecimiento del Producto Interior Bruto de medio plazo de la economía española prevista en el artículo 12.3 de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril. En concreto, en la cláusula segunda de dicho convenio se prevén, entre otras cuestiones, las reglas que operan en la determinación de las medidas compensatorias y correctoras para su aplicación en la ejecución del convenio.

El objetivo del convenio se centra en establecer y articular un espacio de colaboración entre las partes para la consecución de objetivos comunes en materia de sostenibilidad del SNS, mejora de la eficiencia, racionalización del gasto farmacéutico público, acceso de los pacientes a la innovación de forma equitativa en todo el territorio español y promover la ubicación y selección de estas actividades en un marco regulatorio predecible.

La Comisión de Seguimiento en su reunión 19 de diciembre de 2019 aprobó distintos Acuerdos y entre ellos, las medidas compensatorias, con transferencia económica, a efectuar en ejecución de este convenio correspondiente al ejercicio 2018 y en concreto a la diferencia entre el importe total de la compensación calculado en la fase 2 (190.460,39 miles €) y el importe acordado para hacerse efectivo en la fase 1 (121.187,11 miles), que asciende a 69.273,28 miles €, considerando los criterios para su determinación acordados por esta Comisión.

Posteriormente, en su reunión del 22 de julio de 2020, acordó la aprobación de las medidas compensatorias con transferencia económica correspondientes al ejercicio 2019, y según lo previsto, se propone hacer efectiva en la primera fase una compensación monetaria a efectuar en ejecución de este convenio equivalente al 75% de 254.056,46 miles de euros, la cual asciende a 190.542,34 miles de euros.

Todo ello, porque las compensaciones monetarias se articulan en una doble fase, de manera que con los datos de avance del ejercicio se cuantifican dichas compensaciones y se establece, en una primera fase, una aportación inicial hasta un porcentaje máximo del 75% de la compensación calculada. Posteriormente, en una segunda fase se procede a la cuantificación definitiva de las compensaciones, descontándose las cantidades abonadas con ocasión de la primera fase. El importe total de ambos acuerdos asciende a 259.815.620,00 euros.

Ambos acuerdos fueron informados por la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos con fecha 18 de diciembre de 2020.

Tras acuerdo de la Comisión de Seguimiento y posterior informe en la CDGAE, se han materializado los ingresos por parte de los laboratorios asociados a Farmaindustria en el Tesoro y se ha generado el crédito correspondiente en el Ministerio de Sanidad.

El importe que se destina del total citado al presente programa es de 39.815.620,00 euros.

2. PROGRAMAS

Los proyectos y las medidas para el desarrollo del presente programa serán gestionados por las Comunidades Autónomas y podrán destinarse a gastos de personal e inversiones. En todos los proyectos se contemplará el desarrollo de modelos de datos e interfaces de intercambio que faciliten la interoperabilidad y la federación de repositorios de datos con objeto de mejorar la calidad y cohesión del SNS.

1. DESARROLLO, ADAPTACIÓN Y MEJORA DE MEDIDAS DIRIGIDAS A LA GESTIÓN ÓPTIMA E INNOVADORA DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN TODOS SUS ÁMBITOS Y EN TODAS SUS ETAPAS.

Los Programas se desarrollarán en el marco del desarrollo, adaptación, implantación y mejora de medidas destinadas a la gestión óptima de la prestación farmacéutica.
Entre otras cabe destacar:

a. Desarrollo de medidas destinadas a programas de uso racional del medicamento, con especial atención a las establecidas en el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria del SNS.
b. Desarrollo de medidas que mejoren la prestación farmacéutica en el ámbito sociosanitario.
c. Desarrollo de medidas que aporten soluciones ante el reto demográfico, englobando desde la perspectiva de la farmacoterapia, el abordaje de cambios demográficos y epidemiológicos en salud vinculados a las sociedades desarrolladas como el envejecimiento y la baja natalidad, la alta prevalencia de enfermedades crónicas, el crecimiento de la soledad no deseada, la existencia de desigualdades en salud debidas a factores sociales y territoriales, incluyendo el abordaje de zonas con necesidades especiales por razón de despoblación, ruralidad o vulnerabilidad social.
d. Desarrollo de medidas destinadas a programas para reducir la incertidumbre clínica, a la promoción de la lectura crítica de la evidencia científica y para la mejora de la toma de decisiones y la evaluación de resultados en salud de las intervenciones sanitarias.
e. Desarrollo de estructuras, equipamientos y tecnologías que faciliten la investigación traslacional, la investigación clínica independiente y la producción de medicamentos de fabricación no industrial, en línea con lo establecido en el Plan para el Abordaje de las Terapias Avanzadas del SNS.
f. Desarrollo de medidas enmarcadas en el Plan para la consolidación de los IPT del SNS.
g. Desarrollo de medidas enmarcadas en el Plan para la optimización de los analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico en el SNS.

h. Desarrollo de medidas enmarcadas en el Plan de garantías de abastecimiento de medicamentos.
i. Desarrollo de medidas enmarcadas en el Plan nacional de resistencia de antibióticos.
j. Desarrollo de medidas para la implantación de los nuevos modelos de gestión y de contratos basados en los nuevos modelos de financiación como el pago por resultados y otras fórmulas innovadoras.
k. Desarrollo de protocolos de actuación y herramientas de soporte a la selección de marcadores e información de resultados de determinaciones y diagnósticos, así como al seguimiento de resultados, directamente o mediante conexión con otros repositorios de datos.
l. Desarrollo de políticas de incentivación individuales y/o colectivas para mejorar la utilización de los medicamentos en el SNS y la prescripción costeefectiva, con especial atención a la utilización de medicamentos de alto impacto, medicamentos genéricos y medicamentos biosimilares.
m. Mejora en los procedimientos de compra centralizada.

2. DESARROLLO, ADAPTACIÓN Y MEJORA DE PROYECTOS E-SALUD DIRIGIDOS A LA GESTIÓN ÓPTIMA DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN TODOS SUS ÁMBITOS Y EN TODAS SUS ETAPAS.

Los Programas se desarrollarán en el marco del desarrollo, adaptación, implantación y mejora de los sistemas de información relacionados con la gestión de la prestación farmacéutica.

Entre otras cabe destacar:

a. Aplicativos de prescripción, en todos los ámbitos de la prestación, incorporando herramientas de apoyo a los/las profesionales que promuevan un uso racional del medicamento.
b. Aplicativos de validación farmacéutica, preparación, dispensación, administración de medicamentos.
c. Sistemas de información para la prescripción, preparación, dispensación y administración de la prestación en el entorno socio-sanitario
d. Aplicativos que permitan la captura de información clínica existente para la evaluación de resultados en salud asociada a la farmacoterapia y la transferencia de datos a sistemas de información de la prestación farmacéutica y viceversa, con especial atención a la integración de los resultados en salud en VALTERMED.
e. Sistemas de información y prescripción para dar respuesta a las necesidades de los nuevos modelos de financiación de medicamentos en el SNS (modelo de pago por resultados, etc.)
f. Sistema de gestión de solicitudes y recogida sistemática de resultados de los medicamentos en situaciones especiales.
g. Sistemas de información para facilitar la coordinación de la atención farmacéutica comunitaria con la atención farmacéutica y sanitaria de las estructuras sanitarias del SNS.
h. Incorporación de nuevas técnicas de procesamiento y análisis de datos.
i. Sistemas de información económico – financiera del consumo de medicamentos hospitalarios y productos sanitarios, así como sobre su precio efectivo de adquisición.
j. Sistemas de información económico – financiera relativa a la adquisición de medicamentos de uso hospitalario y productos sanitarios y en la integración de los sistemas de catálogos de productos, gestión de almacenes y depósitos, pedidos, facturación y registro contable y presupuestario.

k. Cuantos otros desarrollos y mejoras que impliquen una mejora en el uso racional del medicamento en cualquier ámbito de la prestación.

3. MODERNIZAR LAS ESTRUCTURAS, EQUIPAMIENTOS Y TECNOLOGÍA DE LOS CENTROS SANITARIOS Y SOCIOSANITARIOS.

Los Programas se desarrollarán en el marco de la modernización de estructuras, equipamientos y tecnología de los centros sanitarios y sociosanitarios con objeto de mejorar la farmacoterapia de los/las pacientes.

Entre otras cabe destacar:

a. Desarrollo de proyectos de telefarmacia y telemedicina.
b. Adecuación de la disponibilidad de equipos y recursos materiales a las necesidades actuales y futuras.
c. Desarrollo de medidas para la mejora de la atención farmacéutica, incluyendo la inversión necesaria para la robotización de los servicios.
d. Mejora de la capacidad del sistema para la realización de pruebas destinadas al seguimiento terapéutico y la toma de decisiones sobre tratamientos de alta complejidad.

4. DESARROLLO, ADAPTACIÓN Y MEJORA DE MEDIDAS DIRIGIDAS A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA INDICACIÓN, USO Y AUTORIZACIÓN DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS DE USO HUMANO POR PARTE DE LOS ENFERMEROS

Los Programas se desarrollarán en el marco del desarrollo e implantación de la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros en virtud de lo establecido en el Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de enfermeros.

5. DESARROLLO DE MEDIDAS QUE MEJOREN EL USO DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS.

Los Programas se desarrollarán en el marco del desarrollo, adaptación, implantación y mejora de medidas dirigidas a la gestión óptima de la prestación ortoprotésica (incluye endoprotésis y exoprótesis) así como a la referente al resto de productos sanitarios.

Entre otras cabe destacar:

a. Mejorar la gestión de la utilización de los productos sanitarios dispensados en oficina de farmacia y financiados por el SNS.
b. Mejorar la gestión de la utilización de las exoprótesis.
c. Mejorar la gestión de la utilización de las endoprótesis.

6. DESARROLLO DE MEDIDAS ENMARCADAS EN LOS DISTINTOS PLANES/ESTRATEGIAS QUE SE ACUERDEN EN EL SENO DE LA COMISIÓN PERMANENTE DE FARMACIA

Los Programas se desarrollarán en el marco del desarrollo, adaptación, implantación y mejora de medidas dirigidas a los acuerdos adoptados en el seno de la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del SNS.

3. CRITERIOS PARA EL REPARTO DE LOS FONDOS

El cómputo global de los fondos destinados al presente programa asciende a 39.815.620,00 €.

Los fondos serán transferidos a las Comunidades Autónomas en el último trimestre del ejercicio 2021 y el plazo temporal máximo para la ejecución de los proyectos/programas a emprender será, como máximo, de 3 años, a partir del ejercicio siguiente de la transferencia efectiva, es decir, desde 2022 hasta 2024 ambos inclusive.

El reparto de fondos se hará con una cantidad fija igual a cada Comunidad Autónoma, equivalente al 10% del total, y la cantidad restante distribuida proporcionalmente entre las comunidades y ciudades autónomas de acuerdo con criterio poblacional según el último censo publicado por el Instituto Nacional de Estadística.

A efectos de seguimiento conjunto, antes del 30 de junio de 2021, las Comunidades Autónomas remitirán a la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia del Ministerio de Sanidad la información sobre la planificación de ejecución del programa, con las propuestas de proyectos a financiar y los resultados esperados.

Antes del 31 de marzo de cada año, hasta el último año de ejecución, las Comunidades Autónomas remitirán a la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia información sobre el nivel de ejecución anual.

Por último, antes del 31 de marzo del año posterior a la ejecución final del fondo, las Comunidades Autónomas remitirán a la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia del Ministerio de Sanidad, la información sobre el estado de ejecución del programa indicando las cuantías totales de compromiso de créditos, obligaciones reconocidas y pagos realizados en el ejercicio, detallado por cada una de las aplicaciones presupuestarias del presupuesto de gastos del Estado desde las que se realizaron las transferencias de crédito. Además, se acompañará una memoria sobre la actividad desarrollada. Las memorias y justificación de estos fondos deberán hacer referencia a todas y cada una de las acciones recogidas en los siguientes programas, con expresión completa de los objetivos alcanzados.

Toda la información será tenida en cuenta en la adopción de los acuerdos de distribución de fondos de ejercicios posteriores.

ANEXO 24

PROGRAMA DE DESARROLLO DE MEDIDAS PARA MEJORAR LA EFICIENCIA Y LA SOSTENIBILIDAD DEL SNS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD DIGITAL

1. INTRODUCCIÓN

Con fecha 29 de diciembre de 2016 el Ministerio de Hacienda y Función Pública y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad suscribieron con Farmaindustria un convenio de colaboración, en cuya cláusula segunda se prevén una serie de medidas compensatorias y correctoras si el gasto correspondiente al segmento de medicamentos originales no genéricos superase los niveles de la tasa de referencia de crecimiento del Producto Interior Bruto de medio plazo de la economía española prevista en el artículo 12.3 de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril. En concreto, en la cláusula segunda de dicho convenio se prevén, entre otras cuestiones, las reglas que operan en la determinación de las medidas compensatorias y correctoras para su aplicación en la ejecución del convenio.

El objetivo del convenio se centra en establecer y articular un espacio de colaboración entre las partes para la consecución de objetivos comunes en materia de sostenibilidad del SNS, mejora de la eficiencia, racionalización del gasto farmacéutico público, acceso de los pacientes a la innovación de forma equitativa en todo el territorio español y promover la ubicación y selección de estas actividades en un marco regulatorio predecible.

La Comisión de Seguimiento en su reunión 19 de diciembre de 2019 aprobó distintos Acuerdos y entre ellos, las medidas compensatorias, con transferencia económica, a efectuar en ejecución de este convenio correspondiente al ejercicio 2018 y en concreto a la diferencia entre el importe total de la compensación calculado en la fase 2 (190.460,39 miles €) y el importe acordado para hacerse efectivo en la fase 1 (121.187,11 miles), que asciende a 69.273,28 miles €, considerando los criterios para su determinación acordados por esta Comisión.

Posteriormente, en su reunión del 22 de julio de 2020, acordó la aprobación de las medidas compensatorias con transferencia económica correspondientes al ejercicio 2019, y según lo previsto, se propone hacer efectiva en la primera fase una compensación monetaria a efectuar en ejecución de este convenio equivalente al 75% de 254.056,46 miles de euros, la cual asciende a 190.542,34 miles de euros.

Todo ello, porque las compensaciones monetarias se articulan en una doble fase, de manera que con los datos de avance del ejercicio se cuantifican dichas compensaciones y se establece, en una primera fase, una aportación inicial hasta un porcentaje máximo del 75% de la compensación calculada. Posteriormente, en una segunda fase se procede a la cuantificación definitiva de las compensaciones, descontándose las cantidades abonadas con ocasión de la primera fase. El importe total de ambos acuerdos asciende a 259.815.620,00 euros.

Ambos acuerdos fueron informados por la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos con fecha 18 de diciembre de 2020.

Tras acuerdo de la Comisión de Seguimiento y posterior informe en la CDGAE, se han materializado los ingresos por parte de los laboratorios asociados a Farmaindustria en el Tesoro y se ha generado el crédito correspondiente en el Ministerio de Sanidad.

El importe que se destina del total citado al presente programa es de 220.000.000,00 euros.

2. PROGRAMAS

Los proyectos y las medidas para el desarrollo del presente programa serán gestionados por las Comunidades Autónomas y podrán destinarse a gastos de personal e inversiones.

En todos los proyectos se contemplará el desarrollo de modelos de datos e interfaces de intercambio que faciliten la interoperabilidad y la federación de repositorios de datos, así como la puesta a disposición del SNS de la documentación y las licencias de uso no exclusivas y sin limitación de todos los desarrollos de sistemas de información que hayan sido financiados con cargo a estos programas, con excepción de aquellos productos de uso comercial de propiedad de terceros que puedan formar parte de los citados sistemas (por ejemplo software de base de datos).

Asimismo, podrán contemplarse proyectos cuyo objetivo sea incorporar modelos de datos o interfaces de comunicación a sistemas de información pre-existentes definidos por el Ministerio de Sanidad, siempre que las pruebas de integración sean validadas por dicho Ministerio.

ÁREA 1. DESARROLLO, ADAPTACIÓN Y MEJORA DE PROYECTOS E-SALUD DIRIGIDOS A LA GESTIÓN ÓPTIMA DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN TODOS SUS ÁMBITOS Y EN TODAS SUS ETAPAS.

Los Programas se desarrollarán en el marco del desarrollo, adaptación, implantación y mejora de los sistemas de información relacionados con la gestión de la prestación farmacéutica.

Entre otras iniciativas cabe destacar:

a. Aplicativos de prescripción, en todos los ámbitos de la prestación, incorporando herramientas de apoyo a los/las profesionales que promuevan un uso racional del medicamento.
b. Aplicativos de validación farmacéutica, preparación, dispensación, administración de medicamentos.
c. Sistemas de información para la prescripción, preparación, dispensación y administración de la prestación en el entorno socio-sanitario
d. Aplicativos que permitan la captura de información clínica existente para la evaluación de resultados en salud asociada a la farmacoterapia y la transferencia de datos a sistemas de información de la prestación farmacéutica y viceversa, con especial atención a la integración de los resultados en salud en VALTERMED y otros sistemas de información que sirvan de apoyo al análisis coste-efectividad de los medicamentos
e. Sistemas de información y prescripción para dar respuesta a las necesidades de los nuevos modelos de financiación de medicamentos en el SNS (modelo de pago por resultados, etc.)

f. Sistema de gestión de solicitudes y recogida sistemática de resultados de los medicamentos en situaciones especiales.
g. Sistemas de información para facilitar la coordinación de la atención farmacéutica comunitaria con la atención farmacéutica y sanitaria de las estructuras sanitarias del SNS.
h. Incorporación de nuevas técnicas de procesamiento y análisis de datos.
i. Sistemas de información económico – financiera del consumo de medicamentos hospitalarios y productos sanitarios, así como sobre su precio efectivo de adquisición.
j. Sistemas de información económico – financiera relativa a la adquisición de medicamentos de uso hospitalario y productos sanitarios y en la integración de los sistemas de catálogos de productos, gestión de almacenes y depósitos, pedidos, facturación y registro contable y presupuestario.
k. Cuantos otros desarrollos y mejoras que impliquen una mejora en el uso racional del medicamento en cualquier ámbito de la prestación.

ÁREA 2. IMPULSO DE LA ANALÍTICA DE DATOS

Los Programas de esta área se centrarán en el desarrollo, adaptación, implantación y mejora de los sistemas de almacenamiento y tratamiento masivo de datos de salud, incorporando soluciones orientados tanto al uso primario como secundario de los mismos. En todos ellos se contemplará explícitamente el uso de modelos de datos, diccionarios, semánticas, soluciones y tecnologías que aseguren la interoperabilidad con el SNS, así como la disponibilidad de los datos (en las condiciones apropiadas de seguridad, control de acceso, seudonimización o anonimización) para su utilización en el marco de un espacio nacional federado de datos de salud.

Entre otras iniciativas cabe destacar:

a. Aplicaciones para el análisis de grupos poblacionales específicos y/o patologías específicas, incluyendo su conexión con la historia clínica digital.
b. Sistema de gestión de solicitudes y recogida sistemática de resultados de los medicamentos y tratamientos, tanto de carácter experimental como ordinario.
c. Incorporación de nuevas técnicas de procesamiento y análisis de datos que permitan su uso como servicio.
d. Sistemas de información económico – financiera del consumo de medicamentos y productos sanitarios, así como sobre su precio efectivo de adquisición y en la integración de los sistemas de catálogos de productos, gestión de almacenes y depósitos, pedidos, facturación y registro contable y presupuestario.
e. Sistemas automatizados para el seguimiento y monitorización de patologías crónicas en personas no hospitalizadas.

Además de estas medidas, se considerarán de particular interés aquellas iniciativas que contribuyan a ampliar y reforzar la integración de los sistemas de información de las Comunidades Autónomas con los sistemas de información del SNS como la Historia Clínica Digital, la Receta electrónica interoperable, la tarjeta sanitaria individual y el resto de sistemas de información del SNS que permiten obtener una visión global de la atención sanitaria en España, aportando nuevos servicios a los ciudadanos y los profesionales a través de la recogida y análisis masivo de datos.

ÁREA 3. AMPLIACIÓN Y RENOVACIÓN DE LAS CAPACIDADES DIGITALES (INFRAESTRUCTURAS, EQUIPAMIENTOS Y TECNOLOGÍA) DE LOS CENTROS SANITARIOS Y SOCIOSANITARIOS

Los Programas de esta área se desarrollarán en el marco de la ampliación y la renovación de las infraestructuras, equipamientos y tecnologías de los centros sanitarios con objeto de mejorar los servicios que se proporcionan a los ciudadanos y aumentar la resiliencia del sistema en su conjunto. Se contemplarán explícitamente en todos los proyectos los aspectos de interoperabilidad e intercambio de información con el Ministerio de Sanidad.

Entre otras iniciativas cabe destacar:

a. Sistemas de información orientados a la gestión integral de los centros sanitarios de las CCAA, con especial atención a mejorar la continuidad asistencial de las personas y la colaboración entre los profesionales en los diferentes niveles asistenciales.
b. Desarrollo de proyectos de telefarmacia y telemedicina.
c. Adecuación de la disponibilidad de equipos y recursos materiales a las necesidades actuales y futuras.
d. Desarrollo de medidas para la mejora de la atención sanitaria en áreas de baja densidad de población, incluyendo la automatización o robotización de servicios como la dispensación de medicamentos o su entrega a los pacientes.
e. Mejora de la capacidad del sistema para la realización de pruebas destinadas al seguimiento terapéutico y la toma de decisiones sobre tratamientos de alta complejidad.
f. Sistemas automatizados de control y previsión de stocks en centros sanitarios.

En esta área, además de estas medidas, se considerarán de particular interés aquellas iniciativas que contribuyan a ampliar y reforzar la integración de los sistemas de información de las Comunidades Autónomas con los sistemas de información del SNS como los relacionados con la información sobre los profesionales sanitarios, los centros y establecimientos sanitarios, los datos clínicos de atención primaria, la verificación de medicamentos, o las listas de espera, entre otros.

ÁREA 4. DESARROLLO DE SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN Y ANÁLISIS DE IMÁGENES MÉDICAS

Los Programas de esta área se centrarán en medidas dirigidas a conseguir la transformación digital de los procesos de diagnóstico por la imagen médica (anatomía patológica, radiología, campañas cribado cáncer mama, oftalmología, dermatología, etc.), poniendo a disposición de los profesionales sanitarios, de manera oportuna y con independencia de su ubicación, los recursos (datos, imágenes) y los resultados (informes, interpretación) derivados del uso de técnicas de diagnóstico por imagen, al tiempo que se facilita el uso de las mismas y el acceso a los mejores especialistas, aumentando la eficiencia del sistema.

En todos ellos se contemplará explícitamente el desarrollo y uso de modelos de datos, diccionarios, semánticas, soluciones y tecnologías que aseguren la interoperabilidad con el SNS, así como la disponibilidad de los datos (en las condiciones apropiadas de seguridad, control de acceso,

seudonimización o anonimización) para su utilización en el marco de un espacio nacional federado de datos de salud.

Entre otras iniciativas cabe destacar:

a. Servicios Integrados de Diagnóstico por la Imagen accesibles de manera remota por toda la red sanitaria de una CA, que permitan compartir y optimizar el conocimiento de los mejores especialistas de la misma CA o de otras, por patologías, asegurando la accesibilidad y equidad en el empleo de estas técnicas.
b. Incorporación de nuevas tecnologías de análisis de datos para mejorar la calidad y los resultados del sistema de Salud Pública, tanto en el diagnóstico como en la prevención.
c. Soluciones de Diagnóstico asistido, basados en algoritmos desarrollados por los propios profesionales, conservando y mejorando el conocimiento en la organización.
d. Acceso, de manera transparente para los profesionales sanitarios y con independencia de la ubicación y el dispositivo, a los datos, informes y objetos de las técnicas de diagnóstico por imagen
e. Almacenamiento y tratamiento seguro e interoperable de los datos y los resultados en el ámbito del SNS.
f. Análisis de los datos mediante el empleo de tecnologías como IA/ML, PLN, conversión de voz a texto.
g. Modelos para la estandarización de informes.

Al igual que en el caso del área 2, se considerarán de particular interés aquellas iniciativas que contribuyan a ampliar y reforzar la integración de los sistemas de información de las Comunidades Autónomas con los sistemas de información del SNS, especialmente con la ampliación de la Historia Clínica Digital y los servicios asociados a ella.

ÁREA 5. DESARROLLO DE MEDIDAS ENMARCADAS EN LOS DISTINTOS PLANES/ESTRATEGIAS QUE SE ACUERDEN EN EL SENO DE LA COMISIÓN DE SALUD DIGITAL DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SNS

Los Programas de esta área se centrarán en el desarrollo de medidas que sirvan de soporte a la ejecución de los acuerdos adoptados en el seno de la Comisión de Salud Digital, del CISNS.

3. CRITERIOS PARA EL REPARTO DE LOS FONDOS

El cómputo global de los fondos destinados al presente programa asciende a 220.000.000,00 €.

Los fondos serán transferidos a las Comunidades Autónomas en el último trimestre del ejercicio 2021 y el plazo temporal máximo para la ejecución de los proyectos/programas a emprender será, como máximo, de 3 años, a partir del ejercicio siguiente de la transferencia efectiva, es decir, desde 2022 hasta 2024 ambos inclusive.
El reparto de fondos se hará con una cantidad fija igual a cada Comunidad Autónoma, equivalente al 10% del total, y la cantidad restante distribuida proporcionalmente entre las comunidades y ciudades autónomas de acuerdo con criterio poblacional según el último censo publicado por el Instituto Nacional de Estadística.

Los proyectos preferentes en su selección y desarrollo por parte de las Comunidades Autónomas serán aquellos dirigidos al desarrollo de los proyectos incluidos en el componente 18 del Plan para Recuperación, Transformación y Resiliencia del Gobierno de España, a la mejora de la prestación farmacéutica y a la evaluación de resultados de salud del SNS.

A los efectos de seleccionar proyectos presentados por las Comunidades Autónomas para su financiación a través de estos fondos, se dará prioridad a aquellos vinculados con los proyectos incluidos en el componente 18 del Plan para Recuperación, Transformación y Resiliencia del Gobierno de España, a la mejora de la prestación farmacéutica y a la evaluación de resultados de salud del SNS.

Las Comunidades Autónomas remitirán a la Dirección General de Salud Digital y sistemas de información para el Sistema Nacional de Salud, del Ministerio de Sanidad, la información sobre la planificación de ejecución del programa, con las propuestas de proyectos a financiar y los resultados esperados antes del 30 de abril de 2022, para permitir un seguimiento conjunto de los proyectos.

Antes del 30 de junio de cada año, hasta el último año de ejecución (2024), las Comunidades Autónomas remitirán a la Dirección General de Salud Digital y sistemas de información para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, la información sobre el nivel de ejecución anual.

Por último, antes del 31 de marzo del año posterior a la ejecución final del fondo, las Comunidades Autónomas remitirán a la Dirección General de Salud Digital y sistemas de información para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, la información sobre el estado de ejecución del programa indicando las cuantías totales de compromiso de créditos, obligaciones reconocidas y pagos realizados en el ejercicio, detallado por cada una de las aplicaciones presupuestarias del presupuesto de gastos del Estado desde las que se realizaron las transferencias de crédito. Además, se acompañará una memoria sobre la actividad desarrollada. Las memorias y justificación de estos fondos deberán hacer referencia a todas y cada una de las acciones recogidas en los siguientes programas, con expresión completa de los objetivos alcanzados.

Toda la información será tenida en cuenta en la adopción de los acuerdos de distribución de fondos de ejercicios posteriores.

ANEXO 25

ACUERDO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SOBRE MEDIDAS PARA LOS EVENTOS DEPORTIVOS MULTITUDINARIOS, INCUIDOS LOS DE LA LIGA PROFESIONAL DE FUTBOL Y LIGA ACB

La reactivación progresiva de eventos deportivos multitudinarios que se va a producir tras la pausa estival debe acompañarse de medidas preventivas y de control a fin de garantizar que se realicen en las máximas condiciones de seguridad, que disminuyan el riesgo de contagio y propagación de la COVID-19 hasta que mejore la situación epidemiológica actual y mientras ésta no se sitúe en niveles de normalidad.

Los eventos deportivos multitudinarios implican aglomeración de un gran número de personas, que pueden proceder de territorios con diferentes situaciones epidemiológicas, y que, por tanto, pueden contribuir a la transmisión de la COVID-19 si no se toman las medidas oportunas. Se celebran en espacios acotados, ya sean establecimientos, recintos, locales o similares, tanto al aire libre como en interiores, que disponen de una organización que permite la aplicación de medidas de control de la trasmisión de virus respiratorios como el SARS-CoV-2.

La gestión de este tipo de eventos requiere un abordaje en el que se deben tener en cuenta la situación epidemiológica, las características del evento y la posibilidad de adoptar medidas para mitigar los riesgos. En relación con los aspectos organizativos, es fundamental tener en cuenta la evaluación y control de aspectos como los aforos, la sectorización y trazabilidad de los asistentes, la necesidad de mantener la distancia entre asistentes, el uso obligatorio de la mascarilla, los accesos, el movimiento de asistentes en las zonas comunes, la posibilidad de aglomeraciones-avalanchas, las medidas de limpieza, higiene y desinfección, así como la ventilación de espacios interiores, la pertinencia de no permitir determinadas actividades como el consumo de bebida, comida, o tabaco y productos relacionados entre el público asistente, o el requerimiento a los asistentes relativos a la toma de temperatura.

En estos momentos, la campaña de vacunación avanza a gran velocidad. Las coberturas de vacunación que se están alcanzando junto con el número de personas con antecedentes de infección por SARS-CoV-2 hace pensar que, pasado el verano, un elevado porcentaje de la población estará inmunizada frente a COVID-19, sin olvidar, no obstante, que la pauta completa de vacunación no asegura de forma individual la imposibilidad de ser infectado o ser transmisor del virus a otras personas.

En este documento se incluyen medidas específicas para las competiciones deportivas de la Liga Nacional de Fútbol Profesional y la Liga de la Asociación de Clubs de Baloncesto (ACB), así como de otras competiciones y eventos deportivos multitudinarios.

Las medidas contenidas en este Acuerdo **son comunes y de mínimos para todo el territorio español para el periodo comprendido entre el 13 de agosto de 2021 y el 29 de agosto de 2021**. En la última semana de agosto se realizará una nueva evaluación de la situación.

Adicionalmente a este Acuerdo, las autoridades competentes podrán añadir otras medidas en base a la evolución de la pandemia, el impacto de las campañas de vacunación en la situación epidemiológica y cualquier nuevo conocimiento que se genere sobre el control de la transmisión de SARS-CoV-2.

Para el resto de eventos o actividades deportivas se tendrán en cuenta lo dispuesto en documentos existentes:

Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19[***]. Este documento propone criterios comunes para la interpretación de los indicadores básicos en el Sistema Nacional de Salud, y establece unos niveles de alerta que determinen actuaciones proporcionales al nivel de riesgo de transmisión de SARS-CoV-2 según la situación, la actividad y el contexto de cada territorio.

Recomendaciones para eventos y actividades multitudinarias en el contexto de nueva normalidad por COVID-19 en España[†††]. Este documento proporciona un marco general para evaluar los riesgos de transmisión de SARS-CoV-2 asociados con eventos o actividades multitudinarias y reducir su posible impacto mediante la adopción de medidas oportunas.

A la vista de lo anterior, en su sesión de 4 de agosto de 2021, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo previsto en el segundo párrafo del artículo 151.2.a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, así como en el marco de lo previsto en los artículos 69 y siguientes de la ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema nacional de Salud,

ACUERDA

Las siguientes medidas hasta el 29 de agosto de 2021:

1. AFOROS

Se propone un aforo máximo del 40%, para eventos en recintos abiertos y un aforo de 30% para eventos en recintos cerrados, garantizándose una distancia interpersonal de 1,5 metros.

Los asistentes a los eventos serán preferentemente personas abonadas y público local.

Los entrenamientos se realizarán preferentemente sin público y, en todo caso, con los límites de aforo máximo establecidos anteriormente.

2. ORGANIZACIÓN DE LOS ACCESOS, SECTORIZACIÓN, Y MOVIMIENTO DE ASISTENTES

El uso controlado de los espacios comunes por parte de los asistentes estará sujeta a un estricto control del personal del evento.

Organización de la entrada y salida al evento:

Los organizadores del evento deben garantizar el personal suficiente de seguridad dentro y fuera del lugar donde se desarrolle el evento para evitar aglomeraciones.

Se fijarán franjas horarias para el acceso escalonado del público por zonas y sectores, comenzando por aquellos más alejados de la salida. El procedimiento será inverso para la salida.

Organización sectorial del evento:

[***] https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actuaciones_respuesta_COVID_2021.06.02.pdf

[†††] https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Recomendaciones_eventos_masivos.pdf

Se establecerán sectores independientes, respetando en todo momento las normas de seguridad y evacuación. Se designará un punto de acceso por cada sector, y las zonas de paso y separación entre los sectores serán de al menos 2 metros de ancho.

Cada sector debe tener una zona de aseos independiente y delimitada, donde, igualmente, se garantice la distancia interpersonal (tanto en el acceso como en los aseos propiamente dichos).

Las localidades se preasignarán con anterioridad a la celebración del evento, aunque dicho evento sea de acceso gratuito.

Organización del movimiento de asistentes:

Se adoptarán las medidas que sean necesarias para evitar posibles aglomeraciones.

Se señalizarán claramente los accesos a zonas de aseos, garantizándose que se cumplen en ellos las medidas de distanciamiento, higiene y prevención y el uso adecuado de la mascarilla.

3. USO DE LA MASCARILLA

Se reforzará la vigilancia del cumplimiento de la obligatoriedad del uso de mascarilla durante la permanencia en el evento (incluida el área de aseos), así como en los momentos de entrada y salida del mismo.

Se debe reforzar la transmisión de este mensaje a los potenciales asistentes.

4. CONSUMO DE BEBIDA Y COMIDA

Con carácter general, no se permitirá la venta ni el consumo de alimentos y bebidas durante el evento deportivo.

Excepcionalmente se podrá permitir el consumo de agua (a través de un sistema itinerante para los asistentes, o portada por ellos mismos).

5. TABACO Y PRODUCTOS RELACIONADOS

No se permitirá el consumo de tabaco y de productos relacionados (DSLN o cigarrillos electrónicos y de productos a base de hierbas para fumar) durante el evento deportivo (tanto en espacios interiores como exteriores).

6. VENTILACIÓN DE ESPACIOS INTERIORES

Se recomienda la ventilación natural de forma permanente, para favorecer la circulación de aire y garantizar un barrido eficaz por todo el espacio. Si ésta no es posible, se utilizará ventilación forzada (mecánica), debiendo aumentarse el suministro de aire exterior y disminuir la fracción de aire recirculado al máximo, con el fin de obtener una adecuada renovación de aire.

La instalación, revisión y mantenimiento de los sistemas de ventilación mecánica se realizarán por técnicos profesionales cualificados para adaptar el sistema de ventilación forzada o mecánica a las especificaciones del establecimiento. Estos deben aplicar las buenas prácticas que el Ministerio de Sanidad recoge en su documento técnico‡‡‡.

‡‡‡ https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/

7. INDICACIONES SANITARIAS

Se recordará la obligación de respetar las indicaciones sanitarias en todo momento. No acudirán al evento deportivo las personas que presenten sintomatología compatible con COVID-19, así como aquellas que se encuentren en aislamiento por diagnóstico de COVID-19, o en periodo de cuarentena por contacto estrecho con un caso de COVID-19.

Se debe reforzar la transmisión de este mensaje a los potenciales asistentes.

8. MEDIDAS DE INFORMACIÓN Y SEÑALIZACIÓN

Antes de la celebración del evento deportivo se comunicarán los detalles de acceso, franjas horarias, medidas de seguridad sanitaria y condiciones de admisión.

Se dispondrá de carteles u otros medios informativos en los accesos principales y demás dependencias sobre las medidas preventivas y de seguridad sanitarias. Se señalizarán las rutas para mantener el distanciamiento y evitar aglomeraciones.

Se expondrá el aforo máximo y se establecerán sistemas de control del mismo.

Se realizarán, mediante megafonía y/o pantallas, los avisos que sean oportunos, en especial, se harán recordatorios de la obligatoriedad del uso de mascarilla durante la permanencia en el evento (incluida el área de aseos), así como en los momentos de entrada y salida del mismo.

9. MEDIDAS DE LIMPIEZA, HIGIENE Y DESINFECCIÓN

Disposición de un protocolo de limpieza y desinfección.

10. SALUD DE LOS TRABAJADORES

Los responsables de la empresa organizadora del evento deben poner en marcha los mecanismos necesarios para la protección de los trabajadores y asegurarse de que todo el personal trabajador y todas las personas que ingresen en el recinto sean conocedoras de las normas de prevención.

4 de agosto de 2021

Recomendaciones_de_operacion_y_mantenimiento.pdf

Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ANEXO 26

ACUERDO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SOBRE MEDIDAS PARA LOS EVENTOS DEPORTIVOS MULTITUDINARIOS, INCUIDOS LOS DE LA LIGA PROFESIONAL DE FUTBOL Y LIGA ACB

La reactivación progresiva de eventos deportivos multitudinarios que se va a producir tras la pausa estival debe acompañarse de medidas preventivas y de control a fin de garantizar que se realicen en las máximas condiciones de seguridad, que disminuyan el riesgo de contagio y propagación de la COVID-19 hasta que mejore la situación epidemiológica actual y mientras ésta no se sitúe en niveles de normalidad.

Los eventos deportivos multitudinarios implican aglomeración de un gran número de personas, que pueden proceder de territorios con diferentes situaciones epidemiológicas, y que, por tanto, pueden contribuir a la transmisión de la COVID-19 si no se toman las medidas oportunas. Se celebran en espacios acotados, ya sean establecimientos, recintos, locales o similares, tanto al aire libre como en interiores, que disponen de una organización que permite la aplicación de medidas de control de la trasmisión de virus respiratorios como el SARS-CoV-2.

La gestión de este tipo de eventos requiere un abordaje en el que se deben tener en cuenta la situación epidemiológica, las características del evento y la posibilidad de adoptar medidas para mitigar los riesgos. En relación con los aspectos organizativos, es fundamental tener en cuenta la evaluación y control de aspectos como los aforos, la sectorización y trazabilidad de los asistentes, la necesidad de mantener la distancia entre asistentes, el uso obligatorio de la mascarilla, los accesos, el movimiento de asistentes en las zonas comunes, la posibilidad de aglomeraciones-avalanchas, las medidas de limpieza, higiene y desinfección, así como la ventilación de espacios interiores, la pertinencia de no permitir determinadas actividades como el consumo de bebida, comida, o tabaco y productos relacionados entre el público asistente, o el requerimiento a los asistentes relativos a la toma de temperatura.

En estos momentos, la campaña de vacunación avanza a gran velocidad. Las coberturas de vacunación que se están alcanzando junto con el número de personas con antecedentes de infección por SARS-CoV-2 hace pensar que, pasado el verano, un elevado porcentaje de la población estará inmunizada frente a COVID-19, sin olvidar, no obstante, que la pauta completa de vacunación no asegura de forma individual la imposibilidad de ser infectado o ser transmisor del virus a otras personas.

En este documento se incluyen medidas específicas para las competiciones deportivas de la Liga Nacional de Fútbol Profesional y la Liga de la Asociación de Clubs de Baloncesto (ACB), así como de otras competiciones y eventos deportivos multitudinarios.

Las medidas contenidas en este Acuerdo **son comunes y de mínimos para todo el territorio español para el periodo comprendido entre el 01 de septiembre de 2021 y el 30 de septiembre de 2021, ambos inclusive**. En la última semana de septiembre se realizará una nueva evaluación de la situación.

Adicionalmente a este Acuerdo, las autoridades competentes podrán añadir otras medidas en base a la evolución de la pandemia, el impacto de las campañas de vacunación en la situación epidemiológica y cualquier nuevo conocimiento que se genere sobre el control de la transmisión de SARS-CoV-2.

Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Para el resto de eventos o actividades deportivas se tendrán en cuenta lo dispuesto en documentos existentes:

Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19[12]. Este documento propone criterios comunes para la interpretación de los indicadores básicos en el Sistema Nacional de Salud, y establece unos niveles de alerta que determinen actuaciones proporcionales al nivel de riesgo de transmisión de SARS-CoV-2 según la situación, la actividad y el contexto de cada territorio.

Recomendaciones para eventos y actividades multitudinarias en el contexto de nueva normalidad por COVID-19 en España[13]. Este documento proporciona un marco general para evaluar los riesgos de transmisión de SARS-CoV-2 asociados con eventos o actividades multitudinarias y reducir su posible impacto mediante la adopción de medidas oportunas.

A la vista de lo anterior, en su sesión del 01 de septiembre de 2021, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo previsto en el segundo párrafo del artículo 151.2.a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, así como en el marco de lo previsto en los artículos 69 y siguientes de la ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema nacional de Salud,

ACUERDA

Las siguientes medidas hasta el 30 de septiembre de 2021:

1. AFOROS

Se propone un aforo máximo del 60%, para eventos en recintos abiertos y un aforo de 40% para eventos en recintos cerrados, garantizándose una distancia interpersonal de 1,5 metros.

Los asistentes a los eventos serán preferentemente personas abonadas y público local.

Los entrenamientos se realizarán preferentemente sin público y, en todo caso, con los límites de aforo máximo establecidos anteriormente.

2. ORGANIZACIÓN DE LOS ACCESOS, SECTORIZACIÓN, Y MOVIMIENTO DE ASISTENTES

El uso controlado de los espacios comunes por parte de los asistentes estará sujeta a un estricto control del personal del evento.

Organización de la entrada y salida al evento:

---

12 https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actuaciones_respuesta_COVID_2021.06.02.pdf

13 https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Recomendaciones_eventos_masivos.pdf

Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Los organizadores del evento deben garantizar el personal suficiente de seguridad dentro y fuera del lugar donde se desarrolle el evento para evitar aglomeraciones.

Se fijarán franjas horarias para el acceso escalonado del público por zonas y sectores, comenzando por aquellos más alejados de la salida. El procedimiento será inverso para la salida.

Organización sectorial del evento:

Se establecerán sectores independientes, respetando en todo momento las normas de seguridad y evacuación. Se designará un punto de acceso por cada sector, y las zonas de paso y separación entre los sectores serán de al menos 2 metros de ancho.

Cada sector debe tener una zona de aseos independiente y delimitada, donde, igualmente, se garantice la distancia interpersonal (tanto en el acceso como en los aseos propiamente dichos).

Las localidades se preasignarán con anterioridad a la celebración del evento, aunque dicho evento sea de acceso gratuito.

Organización del movimiento de asistentes:

Se adoptarán las medidas que sean necesarias para evitar posibles aglomeraciones.

Se señalizarán claramente los accesos a zonas de aseos, garantizándose que se cumplen en ellos las medidas de distanciamiento, higiene y prevención y el uso adecuado de la mascarilla.

3. USO DE LA MASCARILLA

Se reforzará la vigilancia del cumplimiento de la obligatoriedad del uso de mascarilla durante la permanencia en el evento (incluida el área de aseos), así como en los momentos de entrada y salida del mismo.

Se debe reforzar la transmisión de este mensaje a los potenciales asistentes.

4. CONSUMO DE BEBIDA Y COMIDA

Con carácter general, no se permitirá la venta ni el consumo de alimentos y bebidas durante el evento deportivo.

Excepcionalmente se podrá permitir el consumo de agua (a través de un sistema itinerante para los asistentes, o portada por ellos mismos).

5. TABACO Y PRODUCTOS RELACIONADOS

No se permitirá el consumo de tabaco y de productos relacionados (DSLN o cigarrillos electrónicos y de productos a base de hierbas para fumar) durante el evento deportivo (tanto en espacios interiores como exteriores).

6. VENTILACIÓN DE ESPACIOS INTERIORES

Se recomienda la ventilación natural de forma permanente, para favorecer la circulación de aire y garantizar un barrido eficaz por todo el espacio. Si ésta no es posible, se utilizará ventilación forzada

(mecánica), debiendo aumentarse el suministro de aire exterior y disminuir la fracción de aire recirculado al máximo, con el fin de obtener una adecuada renovación de aire.

La instalación, revisión y mantenimiento de los sistemas de ventilación mecánica se realizarán por técnicos profesionales cualificados para adaptar el sistema de ventilación forzada o mecánica a las especificaciones del establecimiento. Estos deben aplicar las buenas prácticas que el Ministerio de Sanidad recoge en su documento técnico[14].

7. INDICACIONES SANITARIAS

Se recordará la obligación de respetar las indicaciones sanitarias en todo momento. No acudirán al evento deportivo las personas que presenten sintomatología compatible con COVID-19, así como aquellas que se encuentren en aislamiento por diagnóstico de COVID-19, o en periodo de cuarentena por contacto estrecho con un caso de COVID-19.

Se debe reforzar la transmisión de este mensaje a los potenciales asistentes.

8. MEDIDAS DE INFORMACIÓN Y SEÑALIZACIÓN

Antes de la celebración del evento deportivo se comunicarán los detalles de acceso, franjas horarias, medidas de seguridad sanitaria y condiciones de admisión.

Se dispondrá de carteles u otros medios informativos en los accesos principales y demás dependencias sobre las medidas preventivas y de seguridad sanitarias. Se señalizarán las rutas para mantener el distanciamiento y evitar aglomeraciones.

Se expondrá el aforo máximo y se establecerán sistemas de control del mismo.

Se realizarán, mediante megafonía y/o pantallas, los avisos que sean oportunos, en especial, se harán recordatorios de la obligatoriedad del uso de mascarilla durante la permanencia en el evento (incluida el área de aseos), así como en los momentos de entrada y salida del mismo.

9. MEDIDAS DE LIMPIEZA, HIGIENE Y DESINFECCIÓN

Disposición de un protocolo de limpieza y desinfección.

10. SALUD DE LOS TRABAJADORES

Los responsables de la empresa organizadora del evento deben poner en marcha los mecanismos necesarios para la protección de los trabajadores y asegurarse de que todo el personal trabajador y todas las personas que ingresen en el recinto sean conocedoras de las normas de prevención.

---

14 https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Recomendaciones_de_operacion_y_mantenimiento.pdf

Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

01 de septiembre de 2021

Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ANEXO 27

ACUERDO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SOBRE MEDIDAS PARA LOS EVENTOS DEPORTIVOS MULTITUDINARIOS, INCUIDOS LOS DE LA LIGA PROFESIONAL DE FUTBOL Y LIGA ACB

La reactivación progresiva de eventos deportivos multitudinarios producida tras la pausa estival debe acompañarse de medidas preventivas y de control a fin de garantizar su realización en las máximas condiciones de seguridad, disminuyendo el riesgo de contagio y propagación de la COVID-19.

Los eventos deportivos multitudinarios implican aglomeración de un gran número de personas, que pueden proceder de territorios con diferentes situaciones epidemiológicas, y que, por tanto, pueden contribuir a la transmisión de la COVID-19 si no se toman las medidas oportunas. Se celebran en espacios acotados, ya sean establecimientos, recintos, locales o similares, tanto al aire libre como en interiores, que disponen de una organización que permite la aplicación de medidas de control de la trasmisión de virus respiratorios como el SARS-CoV-2.

La gestión de este tipo de eventos requiere un abordaje en el que se deben tener en cuenta la situación epidemiológica, las características del evento y la posibilidad de adoptar medidas para mitigar los riesgos. En relación con los aspectos organizativos, es fundamental tener en cuenta la evaluación y control de aspectos como los aforos, la sectorización y trazabilidad de los asistentes, la necesidad de mantener la distancia entre asistentes, el uso obligatorio de la mascarilla, los accesos, el movimiento de asistentes en las zonas comunes, la posibilidad de aglomeraciones-avalanchas, las medidas de limpieza, higiene y desinfección, así como la ventilación de espacios interiores, la pertinencia de no permitir determinadas actividades como el consumo de bebida, comida, o tabaco y productos relacionados entre el público asistente, o el requerimiento a los asistente relativos a la toma de temperatura.

En estos momentos, existe un elevado porcentaje de población inmunizada frente a la COVID-19, sin olvidar, no obstante, que la pauta completa de vacunación no asegura de forma individual la imposibilidad de ser infectado o ser transmisor del virus a otras personas.

En este documento se incluyen medidas específicas para las competiciones deportivas de la Liga Nacional de Fútbol Profesional y la Liga de la Asociación de Clubs de Baloncesto (ACB), así como de otras competiciones y eventos deportivos multitudinarios.

Las medidas contenidas en este Acuerdo **son comunes y de mínimos para todo el territorio español para el periodo comprendido entre el 01 de octubre de 2021 y el 31 de octubre de 2021, ambos inclusive**.

Adicionalmente a este Acuerdo, las autoridades competentes podrán añadir otras medidas en base a la evolución de la pandemia, el impacto de las campañas de vacunación en la situación epidemiológica y cualquier nuevo conocimiento que se genere sobre el control de la transmisión de SARS-CoV-2.

Para el resto de eventos o actividades deportivas se tendrán en cuenta lo dispuesto en documentos existentes:

Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19[15]. Este documento propone criterios comunes para la interpretación de los indicadores básicos en el Sistema Nacional de Salud, y establece unos niveles de alerta que determinen actuaciones proporcionales al nivel de riesgo de transmisión de SARS-CoV-2 según la situación, la actividad y el contexto de cada territorio.

Recomendaciones para eventos y actividades multitudinarias en el contexto de nueva normalidad por COVID-19 en España[16]. Este documento proporciona un marco general para evaluar los riesgos de transmisión de SARS-CoV-2 asociados con eventos o actividades multitudinarias y reducir su posible impacto mediante la adopción de medidas oportunas.

A la vista de lo anterior, en su sesión del 29 de septiembre de 2021, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo previsto en el artículo 151.2 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, así como en el marco de lo previsto en los artículos 69 y siguientes de la ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema nacional de Salud,

ACUERDA

Las siguientes medidas hasta el 31 de octubre de 2021:

1. AFOROS

Se propone un aforo máximo de hasta un 100%, para eventos en recintos abiertos y un aforo máximo de hasta un 80% para eventos en recintos cerrados.

Los asistentes a los eventos serán preferentemente personas abonadas y público local.

Los entrenamientos se realizarán preferentemente sin público y, en todo caso, con los límites de aforo máximo establecidos anteriormente.

2. ORGANIZACIÓN DE LOS ACCESOS, SECTORIZACIÓN, Y MOVIMIENTO DE ASISTENTES

El uso controlado de los espacios comunes por parte de los asistentes estará sujeta a un estricto control del personal del evento.

Organización de la entrada y salida al evento:

Los organizadores del evento deben garantizar el personal suficiente de seguridad dentro y fuera del lugar donde se desarrolle el evento para evitar aglomeraciones.

Se fijarán franjas horarias para el acceso escalonado del público por zonas y sectores, comenzando por aquellos más alejados de la salida. El procedimiento será inverso para la salida.

Organización sectorial del evento:

---

[15] https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actuaciones_respuesta_COVID_2021.06.02.pdf
[16] https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Recomendaciones_eventos_masivos.pdf

Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Se establecerán sectores independientes, respetando en todo momento las normas de seguridad y evacuación. Se designará un punto de acceso por cada sector, y las zonas de paso y separación entre los sectores serán de al menos 2 metros de ancho.

Cada sector debe tener una zona de aseos independiente y delimitada, donde, igualmente, se garantice la distancia interpersonal (tanto en el acceso como en los aseos propiamente dichos).

Las localidades se preasignarán con anterioridad a la celebración del evento, aunque dicho evento sea de acceso gratuito.

Organización del movimiento de asistentes:

Se adoptarán las medidas que sean necesarias para evitar posibles aglomeraciones.

Se señalizarán claramente los accesos a zonas de aseos, garantizándose que se cumplen en ellos las medidas de distanciamiento, higiene y prevención y el uso adecuado de la mascarilla.

3. USO DE LA MASCARILLA

Se reforzará la vigilancia del cumplimiento de la obligatoriedad del uso de mascarilla durante la permanencia en el evento (incluida el área de aseos), así como en los momentos de entrada y salida del mismo.

Se debe reforzar la transmisión de este mensaje a los potenciales asistentes.

4. CONSUMO DE BEBIDA Y COMIDA

Con carácter general, no se permitirá la venta ni el consumo de alimentos y bebidas durante el evento deportivo.

Excepcionalmente se podrá permitir el consumo de agua (a través de un sistema itinerante para los asistentes, o portada por ellos mismos).

5. TABACO Y PRODUCTOS RELACIONADOS

No se permitirá el consumo de tabaco y de productos relacionados (DSLN o cigarrillos electrónicos y de productos a base de hierbas para fumar) durante el evento deportivo (tanto en espacios interiores como exteriores).

6. VENTILACIÓN DE ESPACIOS INTERIORES

Se recomienda la ventilación natural de forma permanente, para favorecer la circulación de aire y garantizar un barrido eficaz por todo el espacio. Si ésta no es posible, se utilizará ventilación forzada (mecánica), debiendo aumentarse el suministro de aire exterior y disminuir la fracción de aire recirculado al máximo, con el fin de obtener una adecuada renovación de aire.

La instalación, revisión y mantenimiento de los sistemas de ventilación mecánica se realizarán por técnicos profesionales cualificados para adaptar el sistema de ventilación forzada o mecánica a las

especificaciones del establecimiento. Estos deben aplicar las buenas prácticas que el Ministerio de Sanidad recoge en su documento técnico[17].

7. INDICACIONES SANITARIAS

Se recordará la obligación de respetar las indicaciones sanitarias en todo momento. No acudirán al evento deportivo las personas que presenten sintomatología compatible con COVID-19, así como aquellas que se encuentren en aislamiento por diagnóstico de COVID-19, o en periodo de cuarentena por contacto estrecho con un caso de COVID-19.

Se debe reforzar la transmisión de este mensaje a los potenciales asistentes.

8. MEDIDAS DE INFORMACIÓN Y SEÑALIZACIÓN

Antes de la celebración del evento deportivo se comunicarán los detalles de acceso, franjas horarias, medidas de seguridad sanitaria y condiciones de admisión.

Se dispondrá de carteles u otros medios informativos en los accesos principales y demás dependencias sobre las medidas preventivas y de seguridad sanitarias. Se señalizarán las rutas para mantener el distanciamiento y evitar aglomeraciones.

Se expondrá el aforo máximo y se establecerán sistemas de control del mismo.

Se realizarán, mediante megafonía y/o pantallas, los avisos que sean oportunos, en especial, se harán recordatorios de la obligatoriedad del uso de mascarilla durante la permanencia en el evento (incluida el área de aseos), así como en los momentos de entrada y salida del mismo.

9. MEDIDAS DE LIMPIEZA, HIGIENE Y DESINFECCIÓN

Disposición de un protocolo de limpieza y desinfección.

10. SALUD DE LOS TRABAJADORES

Los responsables de la empresa organizadora del evento deben poner en marcha los mecanismos necesarios para la protección de los trabajadores y asegurarse de que todo el personal trabajador y todas las personas que ingresen en el recinto sean conocedoras de las normas de prevención.

29 de septiembre de 2021

ANEXO 28

CRITERIOS PARA LA DISTRIBUCIÓN DE FONDOS A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER AÑO 2021

[17] https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Recomendaciones_de_operacion_y_mantenimiento.pdf

Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1**. Los fondos destinados al cribado poblacional de cáncer colorrectal,** que ascienden a 1.500.000,00 €, se distribuirán entre todas las Comunidades Autónomas y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, siguiendo como criterio la población diana (personas de 50 a 69 años) de estas actuaciones según las cifras del padrón publicadas por Real Decreto 1147/2020, de 15 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2020.

La propuesta de distribución para el cribado poblacional de cáncer colorrectal se muestra en el cuadro adjunto:

DISTRIBUCIÓN DE CRÉDITO PARA EL CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER COLORRECTAL POBLACIÓN DIANA DEL PROGRAMA: HOMBRES Y MUJERES DE 50 A 69 AÑOS			
COMUNIDAD O CIUDAD AUTÓNOMA	**Personas de 50-69 años**	**Porcentaje (%)**	**Distribución del crédito (€)**
TOTAL ESPAÑA	12.370.292	100	1.500.000,00
ANDALUCÍA	2.181.168	17,63	264.484,62
ARAGÓN	354.633	2,87	43.002,18
ASTURIAS, PRINCIPADO DE	312.297	2,52	37.868,59
BALEARS, ILLES	283.028	2,29	34.319,48
CANARIAS	585.604	4,73	71.009,32
CANTABRIA	167.309	1,35	20.287,60
CASTILLA Y LEÓN	699.750	5,66	84.850,46
CASTILLA - LA MANCHA	525.922	4,25	63.772,38
CATALUÑA	1.929.364	15,60	233.951,31
COMUNITAT VALENCIANA	1.333.062	10,78	161.644,77
EXTREMADURA	294.513	2,38	35.712,13
GALICIA	752.816	6,09	91.285,15
MADRID, COMUNIDAD DE	1.676.106	13,55	203.241,69
MURCIA, REGIÓN DE	360.165	2,91	43.672,98
NAVARRA, COMUNIDAD FORAL DE	170.538	1,38	20.679,14
PAÍS VASCO	620.096	5,01	75.191,76
RIOJA, LA	85.382	0,69	10.353,27
CEUTA	19.413	0,16	2.353,99
MELILLA	19.126	0,15	2.319,18
Fuente: Real Decreto 1147/2020, de 15 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2020.			

2. **Los fondos destinados al cribado poblacional de cáncer de cuello de útero,** que ascienden a 2.500.000,00 €, se distribuirán entre todas las Comunidades Autónomas y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, siguiendo como criterio la población diana de estas actuaciones (mujeres de 25 a 65 años) según las cifras del padrón publicadas por Real Decreto 1147/2020, de 15 de diciembre, por

el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2020.

La propuesta de distribución para el cribado poblacional de cáncer de cuello de útero se muestra en el cuadro adjunto:

DISTRIBUCIÓN DE CRÉDITO PARA EL CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER DE CÉRVIX POBLACIÓN DIANA DEL PROGRAMA: MUJERES DE 25 A 65 AÑOS			
Comunidad/ciudad autónoma	**Mujeres de 25 a 65 años**	**Porcentaje (%)**	**Distribución del crédito (€)**
TOTAL ESPAÑA	13.600.799	100	2.500.000
ANDALUCIA	2.436.951	17,92	447.942,62
ARAGÓN	367.111	2,70	67.479,67
ASTURIAS, PRINCIPADO DE	294.221	2,16	54.081,57
BALEARS, ILLES	348.033	2,56	63.972,90
CANARIAS	666.125	4,90	122.442,25
CANTABRIA	167.969	1,23	30.874,84
CASTILLA Y LEÓN	652.729	4,80	119.979,90
CASTILLA - LA MANCHA	564.722	4,15	103.803,09
CATALUÑA	2.207.921	16,23	405.843,99
COMUNITAT VALENCIANA	1.438.801	10,58	264.469,94
EXTREMADURA	296.722	2,18	54.541,28
GALICIA	764.949	5,62	140.607,36
MADRID, COMUNIDAD DE	2.033.609	14,95	373.803,22
MURCIA, REGIÓN DE	421.452	3,10	77.468,24
NAVARRA, COMUNIDAD FORAL DE	181.229	1,33	33.312,20
PAÍS VASCO	623.742	4,59	114.651,72
RIOJA, LA	89.146	0,66	16.386,17
CEUTA	22.631	0,17	4.159,87
MELILLA	22.736	0,17	4.179,17
Fuente: Real Decreto 1147/2020, de 15 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2020.			

Madrid, a 13 de octubre de 2021

Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ANEXO 29

CRITERIOS PARA LA DISTRIBUCIÓN DE CRÉDITO A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS PARA EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA RED DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA. AÑO 2021

El Ministerio de Sanidad tiene que distribuir, en el ejercicio 2021, entre todas las Comunidades Autónomas la cantidad de 13.000.000 € y se realiza con cargo al presupuesto de gasto del mencionado Departamento Ministerial, mediante la aplicación presupuestaria 26.50.07.310A.752

La distribución a las CCAA y Ciudades con Estatuto de Autonomía de los créditos de 2021 se harán de la siguiente manera:

- 40% de manera lineal, aplicando un importe mínimo a cada comunidad autónoma y a Ceuta y Melilla.
- 60% distribuido por criterios poblacionales. El criterio de distribución es el poblacional según las cifras del padrón publicadas en el Real Decreto 1147/2020, de 15 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2020.

La distribución de créditos a las Comunidades Autónomas para el ejercicio 2021 se presenta en la siguiente tabla:

Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Distribución del crédito para el sistema de información de la Red de Vigilancia en Salud Pública				
Comunidades Autónomas	**Padrón 2020**	**Crédito vigilancia fijo 40%**	**Crédito vigilancia variable 60%**	**Total crédito**
Total	**47.450.795,00**	**5.199.999,99**	**7.800.000,01**	**13.000.000,00**
Andalucía	8.464.411,00	273.684,21	1.391.386,72	1.665.070,93
Aragón	1.329.391,00	273.684,21	218.526,37	492.210,58
Asturias, Principado de	1.018.784,00	273.684,21	167.468,54	441.152,75
Balears, Illes	1.171.543,00	273.684,21	192.579,18	466.263,39
Canarias	2.175.952,00	273.684,21	357.684,75	631.368,96
Cantabria	582.905,00	273.684,21	95.818,39	369.502,60
Castilla y León	2.394.918,00	273.684,21	393.678,55	667.362,76
Castilla-La Mancha	2.045.221,00	273.684,21	336.195,08	609.879,29
Cataluña	7.780.479,00	273.684,21	1.278.961,42	1.552.645,63
Comunitat Valenciana	5.057.353,00	273.684,21	831.331,77	1.105.015,98
Extremadura	1.063.987,00	273.684,21	174.899,04	448.583,25
Galicia	2.701.819,00	273.684,21	444.127,19	717.811,40
Madrid, Comunidad de	6.779.888,00	273.684,21	1.114.483,46	1.388.167,67
Murcia, Región de	1.511.251,00	273.684,21	248.420,66	522.104,87
Navarra	661.197,00	273.684,21	108.688,10	382.372,31
País Vasco	2.220.504,00	273.684,21	365.008,24	638.692,45
Rioja, La	319.914,00	273.684,21	52.587,72	326.271,93
Ceuta	84.202,00	273.684,21	13.841,19	287.525,40
Melilla	87.076,00	273.684,21	14.313,64	287.997,85
Real Decreto 1147/2020, de 15 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2020.				

13 de octubre de 2021

Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ANEXO 30

ACUERDO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SOBRE LA MODIFICACIÓN DE LAS MEDIDAS PARA LOS EVENTOS DEPORTIVOS MULTITUDINARIOS, INCUIDOS LOS DE LA LIGA PROFESIONAL DE FUTBOL Y LIGA ACB

La reactivación progresiva de eventos deportivos multitudinarios producida debe acompañarse de medidas preventivas y de control a fin de garantizar su realización en las máximas condiciones de seguridad, disminuyendo el riesgo de contagio y propagación de la COVID-19.

Los eventos deportivos multitudinarios implican aglomeración de un gran número de personas, que pueden proceder de territorios con diferentes situaciones epidemiológicas, y que, por tanto, pueden contribuir a la transmisión de la COVID-19 si no se toman las medidas oportunas. Se celebran en espacios acotados, ya sean establecimientos, recintos, locales o similares, tanto al aire libre como en interiores, que disponen de una organización que permite la aplicación de medidas de control de la trasmisión de virus respiratorios como el SARS-CoV-2.

La gestión de este tipo de eventos requiere un abordaje en el que se deben tener en cuenta la situación epidemiológica, las características del evento y la posibilidad de adoptar medidas para mitigar los riesgos. En relación con los aspectos organizativos, es fundamental tener en cuenta la evaluación y control de aspectos como los aforos, la sectorización y trazabilidad de los asistentes, la necesidad de mantener la distancia entre asistentes, el uso obligatorio de la mascarilla, los accesos, el movimiento de asistentes en las zonas comunes, la posibilidad de aglomeraciones-avalanchas, las medidas de limpieza, higiene y desinfección, así como la ventilación de espacios interiores, la pertinencia de no permitir determinadas actividades como el consumo de bebida, comida, o tabaco y productos relacionados entre el público asistente, o el requerimiento a los asistente relativos a la toma de temperatura.

En estos momentos, existe un elevado porcentaje de población inmunizada frente a la COVID-19, sin olvidar, no obstante, que la pauta completa de vacunación no asegura de forma individual la imposibilidad de ser infectado o ser transmisor del virus a otras personas.

En este documento se incluyen medidas específicas para las competiciones deportivas de la Liga Nacional de Fútbol Profesional y la Liga de la Asociación de Clubs de Baloncesto (ACB), así como de otras competiciones y eventos deportivos multitudinarios.

Las medidas contenidas en este Acuerdo **son comunes y de mínimos para todo el territorio español para el periodo comprendido entre el 01 de noviembre de 2021 y el 30 de noviembre de 2021, ambos inclusive**.

Adicionalmente a este Acuerdo, las autoridades competentes podrán añadir otras medidas en base a la evolución de la pandemia, el impacto de las campañas de vacunación en la situación epidemiológica y cualquier nuevo conocimiento que se genere sobre el control de la transmisión de SARS-CoV-2.

Para el resto de eventos o actividades deportivas se tendrán en cuenta lo dispuesto en documentos existentes:

Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19[18]. Este documento propone criterios comunes para la interpretación de los indicadores básicos en el Sistema Nacional de Salud, y establece unos niveles de alerta que determinen actuaciones proporcionales al nivel de riesgo de transmisión de SARS-CoV-2 según la situación, la actividad y el contexto de cada territorio.

Recomendaciones para eventos y actividades multitudinarias en el contexto de nueva normalidad por COVID-19 en España[19]. Este documento proporciona un marco general para evaluar los riesgos de transmisión de SARS-CoV-2 asociados con eventos o actividades multitudinarias y reducir su posible impacto mediante la adopción de medidas oportunas.

A la vista de lo anterior, en su sesión del 27 de octubre de 2021, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo previsto en el artículo 151.2 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, así como en el marco de lo previsto en los artículos 69 y siguientes de la ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema nacional de Salud,

ACUERDA

Las siguientes medidas hasta el 30 de noviembre de 2021:

1. AFOROS

Se propone un aforo máximo de hasta un 100%, para eventos en recintos abiertos y un aforo máximo de hasta un 80% para eventos en recintos cerrados.

Los asistentes a los eventos serán preferentemente personas abonadas y público local.

Los entrenamientos se realizarán preferentemente sin público y, en todo caso, con los límites de aforo máximo establecidos anteriormente.

2. ORGANIZACIÓN DE LOS ACCESOS, SECTORIZACIÓN, Y MOVIMIENTO DE ASISTENTES

El uso controlado de los espacios comunes por parte de los asistentes estará sujeta a un estricto control del personal del evento.

Organización de la entrada y salida al evento:

Los organizadores del evento deben garantizar el personal suficiente de seguridad dentro y fuera del lugar donde se desarrolle el evento para evitar aglomeraciones.

Se fijarán franjas horarias para el acceso escalonado del público por zonas y sectores, comenzando por aquellos más alejados de la salida. El procedimiento será inverso para la salida.

[18] https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actuaciones_respuesta_COVID_2021.06.02.pdf
[19] https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Recomendaciones_eventos_masivos.pdf

Organización sectorial del evento:

Se establecerán sectores independientes, respetando en todo momento las normas de seguridad y evacuación. Se designará un punto de acceso por cada sector, y las zonas de paso y separación entre los sectores serán de al menos 2 metros de ancho.

Cada sector debe tener una zona de aseos independiente y delimitada, donde, igualmente, se garantice la distancia interpersonal (tanto en el acceso como en los aseos propiamente dichos).

Las localidades se preasignarán con anterioridad a la celebración del evento, aunque dicho evento sea de acceso gratuito.

Organización del movimiento de asistentes:

Se adoptarán las medidas que sean necesarias para evitar posibles aglomeraciones.

Se señalizarán claramente los accesos a zonas de aseos, garantizándose que se cumplen en ellos las medidas de distanciamiento, higiene y prevención y el uso adecuado de la mascarilla.

3. USO DE LA MASCARILLA

Se reforzará la vigilancia del cumplimiento de la obligatoriedad del uso de mascarilla durante la permanencia en el evento (incluida el área de aseos), así como en los momentos de entrada y salida del mismo.

Se debe reforzar la transmisión de este mensaje a los potenciales asistentes.

4. CONSUMO DE BEBIDA Y COMIDA

Con carácter general, no se permitirá la venta ni el consumo de alimentos y bebidas durante el evento deportivo.

Excepcionalmente se podrá permitir el consumo de agua (a través de un sistema itinerante para los asistentes, o portada por ellos mismos).

5. TABACO Y PRODUCTOS RELACIONADOS

No se permitirá el consumo de tabaco y de productos relacionados (DSLN o cigarrillos electrónicos y de productos a base de hierbas para fumar) durante el evento deportivo (tanto en espacios interiores como exteriores).

6. VENTILACIÓN DE ESPACIOS INTERIORES

Se recomienda la ventilación natural de forma permanente, para favorecer la circulación de aire y garantizar un barrido eficaz por todo el espacio. Si ésta no es posible, se utilizará ventilación forzada (mecánica), debiendo aumentarse el suministro de aire exterior y disminuir la fracción de aire recirculado al máximo, con el fin de obtener una adecuada renovación de aire.

La instalación, revisión y mantenimiento de los sistemas de ventilación mecánica se realizarán por técnicos profesionales cualificados para adaptar el sistema de ventilación forzada o mecánica a las especificaciones del establecimiento. Estos deben aplicar las buenas prácticas que el Ministerio de Sanidad recoge en su documento técnico[20].

7. INDICACIONES SANITARIAS

[20] https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Recomendaciones_de_operacion_y_mantenimiento.pdf

Se recordará la obligación de respetar las indicaciones sanitarias en todo momento. No acudirán al evento deportivo las personas que presenten sintomatología compatible con COVID-19, así como aquellas que se encuentren en aislamiento por diagnóstico de COVID-19, o en periodo de cuarentena por contacto estrecho con un caso de COVID-19.

Se debe reforzar la transmisión de este mensaje a los potenciales asistentes.

8. MEDIDAS DE INFORMACIÓN Y SEÑALIZACIÓN

Antes de la celebración del evento deportivo se comunicarán los detalles de acceso, franjas horarias, medidas de seguridad sanitaria y condiciones de admisión.

Se dispondrá de carteles u otros medios informativos en los accesos principales y demás dependencias sobre las medidas preventivas y de seguridad sanitarias. Se señalizarán las rutas para mantener el distanciamiento y evitar aglomeraciones.

Se expondrá el aforo máximo y se establecerán sistemas de control del mismo.

Se realizarán, mediante megafonía y/o pantallas, los avisos que sean oportunos, en especial, se harán recordatorios de la obligatoriedad del uso de mascarilla durante la permanencia en el evento (incluida el área de aseos), así como en los momentos de entrada y salida del mismo.

9. MEDIDAS DE LIMPIEZA, HIGIENE Y DESINFECCIÓN

Disposición de un protocolo de limpieza y desinfección.

10. SALUD DE LOS TRABAJADORES

Los responsables de la empresa organizadora del evento deben poner en marcha los mecanismos necesarios para la protección de los trabajadores y asegurarse de que todo el personal trabajador y todas las personas que ingresen en el recinto sean conocedoras de las normas de prevención.

27 de octubre de 2021

ANEXO 31

CRITERIOS PARA LA DISTRIBUCIÓN DE FONDOS A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER AÑO 2021

Los fondos para la mejora en la obtención de plasma mediante plasmaféresis, que ascienden a 2.200.000 €, se distribuirán a todas las Comunidades Autónomas. (excepto País Vasco, Comunidad Foral de Navarra, y Ciudades Autónomas), siguiendo este año por primera vez un criterio poblacional según las cifras del padrón publicadas en el Real Decreto 1147/2020, de 15 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2020.

La propuesta de distribución se muestra en la tabla adjunta:

Distribución de fondos PLASMAFÉRESIS		
COMUNIDAD AUTÓNOMA	POBLACIÓN	FONDOS ASIGNADOS
Andalucía	8.464.411	419.428,38
Aragón	1.329.391	65.873,97
Principado de Asturias	1.018.784	50.482,77
Islas Baleares	1.171.543	58.052,28
Canarias	2.175.952	107.822,75
Cantabria	582.905	28.884,10
Castilla - La Mancha	2.045.221	101.344,76
Castilla y León	2.394.918	118.672,95
Cataluña	7.780.479	385.538,19
Comunidad Valenciana	5.057.353	250.601,89
Extremadura	1.063.987	52.722,67
Galicia	2.701.819	133.880,50
La Rioja	319.914	15.852,37
Comunidad de Madrid	6.779.888	335.956,92
Región de Murcia	1.511.251	74.885,49
TOTAL	44.397.816	2.199.999,99
Fuente: Real Decreto 1147/2020, de 15 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2020.		

ANEXO 32

CRITERIOS PARA LA DISTRIBUCIÓN DE FONDOS CON CARGO AL PRESUPUESTO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y EN EL MARCO DEL COMPONENTE 18 "FORMACIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS EN EL ÁMBITO DE LOS PLANES DE FORMACIÓN CONTINUADA" (C18.I4), DEL PLAN DE RECUPERACIÓN, TRANSFORMACIÓN Y RESILIENCIA (MRR) DEL GOBIERNO DE ESPAÑA, EN EL EJERCICIO PRESUPUESTARIO 2021. PARTE 1: COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

1. Los fondos destinados a la formación de profesionales sanitarios en el marco de los planes de formación continuada, que ascienden a 3.00.000,00 €, se distribuirán entre todas las Comunidades Autónomas y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, siguiendo una distribución de forma lineal, con una cantidad fija, distribuida entre Comunidades y Ciudades Autónomas, de 1 millón de euros y otra cantidad variable, distribuida en base al criterio población, de 2 millones de euros.

   - Cantidad fija: 1.000.000 de euros. Lo que supone el 33.33 % del total del fondo, distribuida entre CCAA y Ciudades Autónomas.

   - Cantidad variable: 66.66 % del total del fondo. Este indicador se elabora en base a los últimos datos disponibles de fuentes oficiales (Real Decreto 1147/2020, de 15 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2020).

2. La propuesta de distribución de créditos a las Comunidades Autónomas para el ejercicio 2021, se muestra en el cuadro adjunto:

	Cantidad Fija (€)	Cantidad Variable según población (€)	Reparto total 2021 (€)	Distribución porcentual
TOTAL	999.999,83	2.000.000,00	2.999.999,83	**100%**
Total (excepto Ceuta y Melilla)	894.736,69	1.992.780,82	2.887.517,51	96,25%
Andalucía	52.631,57	356.765,82	409.397,39	13,65%
Aragón	52.631,57	56.032,40	108.663,97	3,62%
Asturias, Principado de	52.631,57	42.940,65	95.572,22	3,19%
Balears, Illes	52.631,57	49.379,28	102.010,85	3,4%
Canarias	52.631,57	91.714,04	144.345,61	4,81%
Cantabria	52.631,57	24.568,82	77.200,39	2,57%
Castilla y León	52.631,57	100.943,22	153.574,79	5,12%
Castilla-La Mancha	52.631,57	86.203,87	138.835,44	4,63%
Cataluña	52.631,57	327.938,83	380.570,40	12,69%
Comunitat Valenciana	52.631,57	213.161,99	265.793,56	8,86%
Extremadura	52.631,57	44.845,91	97.477,48	3,25%
Galicia	52.631,57	113.878,77	166.510,34	5,55%
Madrid, Comunidad de	52.631,57	285.764,99	338.396,56	11,28%
Murcia, Región de	52.631,57	63.697,60	116.329,17	3,88%
Navarra, Comunidad Foral de	52.631,57	27.868,74	80.500,31	2,68%
País Vasco	52.631,57	93.591,86	146.223,43	4,87%
Rioja, La	52.631,57	13.484,03	66.115,60	2,2%

La transferencia de fondos a las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla se presentará a Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en la segunda quincena del mes de noviembre.

ANEXO 33

PROGRAMA DE DESARROLLO DE MEDIDAS PARA MEJORAR LA EFICIENCIA Y LASOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL ÁMBITO DE SALUD DIGITAL

1. INTRODUCCIÓN

Con fecha 29 de diciembre de 2016 el Ministerio de Hacienda y Función Pública y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad suscribieron con Farmaindustria un convenio de colaboración, en cuya cláusula segunda se prevén una serie de medidas compensatorias y correctoras si el gasto correspondiente al segmento de medicamentos originales no genéricos superase los niveles de la tasa de referencia de crecimiento del Producto Interior Bruto de medio plazo de la economía española prevista en el artículo 12.3 de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril. En concreto, en la cláusula segunda de dicho convenio se prevén, entre otras cuestiones, las reglas que operan en la determinación de las medidas compensatorias y correctoras para su aplicación en la ejecución del convenio.

El objetivo del convenio se centra en establecer y articular un espacio de colaboración entre las partes para la consecución de objetivos comunes en materia de sostenibilidad del SNS, mejora de la eficiencia, racionalización del gasto farmacéutico público, acceso de los pacientes a la innovación de forma equitativa en todo el territorio español y promover la ubicación y selección de estas actividades en un marco regulatorio predecible.

La Comisión de Seguimiento en su reunión de 19 de diciembre de 2019 aprobó distintos Acuerdos y entre ellos, las medidas compensatorias, con transferencia económica, a efectuar en ejecución de este convenio correspondiente al ejercicio 2018 y en concreto a la diferencia entre el importe total de la compensación calculado en la fase 2 (190.460,39 miles €) y el importe acordado para hacerse efectivo en la fase 1 (121.187,11 miles), que asciende a 69.273,28 miles € considerando los criterios para su determinación acordados por esta Comisión.

Posteriormente, en su reunión del 22 de julio de 2020, acordó la aprobación de las medidas compensatorias con transferencia económica correspondientes al ejercicio 2019, y según lo previsto, se propone hacer efectiva en la primera fase una compensación monetaria a efectuar en ejecución de este convenio equivalente al 75% de 254.056,46 miles de euros, la cual asciende a 190.542,34 miles de euros.

Todo ello, porque las compensaciones monetarias se articulan en una doble fase, de manera que con los datos de avance del ejercicio se cuantifican dichas compensaciones y se establece, en una primera fase, una aportación inicial hasta un porcentaje máximo del 75% de la compensación calculada. Posteriormente, en una segunda fase se procede a la cuantificación definitiva de las compensaciones, descontándose las cantidades abonadas con ocasión de la primera fase. El importe total de ambos acuerdos asciende a 259.815.620,00 euros.

Ambos acuerdos fueron informados por la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos con fecha 18 de diciembre de 2020.

Tras acuerdo de la Comisión de Seguimiento y posterior informe en la CDGAE, se han materializado los ingresos por parte de los laboratorios asociados a Farmaindustria en el Tesoro y se ha generado el crédito correspondiente en el Ministerio de Sanidad.

El importe que se destina del total citado al presente programa es de 220.000.000, 00 euros.

2. PROGRAMAS

Los proyectos y las medidas para el desarrollo del presente programa serán gestionados por las Comunidades Autónomas y podrán destinarse a gastos de personal e inversiones.

En todos los proyectos se contemplará el desarrollo de modelos de datos e interfaces de intercambio que faciliten la interoperabilidad y la federación de repositorios de datos, así como la puesta a disposición del SNS de la documentación y las licencias de uso no exclusivas y sin limitación de todos los desarrollos de sistemas de información que hayan sido financiados con cargo a estos programas, con excepción de aquellos productos de uso comercial de propiedad de terceros que puedan formar parte de los citados sistemas (por ejemplo, software de base de datos).

Asimismo, podrán contemplarse proyectos cuyo objetivo sea incorporar modelos de datos o interfaces de comunicación a sistemas de información pre-existentes definidos por el Ministerio de Sanidad, siempre que las pruebas de integración sean validadas por dicho Ministerio.

ÁREA 1. DESARROLLO, ADAPTACIÓN Y MEJORA DE PROYECTOS DE SALUD DIGITAL DIRIGIDOS A LA GESTIÓN ÓPTIMA DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN TODOS SUS ÁMBITOS Y EN TODAS SUS ETAPAS.

Los Programas se desarrollarán en el marco del desarrollo, adaptación, implantación y mejora de los sistemas de información relacionados con la gestión de la prestación farmacéutica.
Entre otras iniciativas cabe destacar:

a. Aplicativos de prescripción, en todos los ámbitos de la prestación, incorporando herramientas de apoyo a los/las profesionales que promuevan un uso racional del medicamento.
b. Aplicativos de validación farmacéutica, preparación, dispensación, administración de medicamentos.
c. Sistemas de información para la prescripción, preparación, dispensación y administración de la prestación en el entorno socio-sanitario.
d. Aplicativos que permitan la captura de información clínica existente para la evaluación de resultados en salud asociada a la farmacoterapia y la transferencia de datos a sistemas de información de la prestación farmacéutica y viceversa, con especial atención a la integración de los resultados en salud en VALTERMED y otros sistemas de información que sirvan de apoyo al análisis coste-efectividad de los medicamentos.
e. Sistemas de información y prescripción para dar respuesta a las necesidades de los nuevos modelos de financiación de medicamentos en el SNS (modelo de pago por resultados, etc.).
f. Sistema de gestión de solicitudes y recogida sistemática de resultados de los medicamentos en situaciones especiales.
g. Sistemas de información para facilitar la coordinación de la atención farmacéutica comunitaria con la atención farmacéutica y sanitaria de las estructuras sanitarias del SNS.
h. Incorporación de nuevas técnicas de procesamiento y análisis de datos.
i. Sistemas de información económico – financiera del consumo de medicamentos hospitalarios y productos sanitarios, así como sobre su precio efectivo de adquisición.
j. Sistemas de información económico – financiera relativa a la adquisición de medicamentos de uso hospitalario y productos sanitarios y en la integración de los sistemas de catálogos de productos, gestión de almacenes y depósitos, pedidos, facturación y registro contable y presupuestario.
k. Cuantos otros desarrollos y mejoras que impliquen una mejora en el uso racional del medicamento en cualquier ámbito de la prestación.

ÁREA 2. IMPULSO DE LA ANALÍTICA DE DATOS.

Los Programas de esta área se centrarán en el desarrollo, adaptación, implantación y mejora de los sistemas de almacenamiento y tratamiento masivo de datos de salud, incorporando soluciones orientadas tanto al uso primario como secundario de los mismos. En todos ellos se contemplará explícitamente el uso de modelos de datos, diccionarios, semánticas, soluciones y tecnologías que aseguren la interoperabilidad con el SNS, así como la disponibilidad de los datos (en las condiciones apropiadas de seguridad, control de acceso, seudonimización o anonimización) para su utilización en el marco de un espacio nacional federado de datos de salud.

Entre otras iniciativas cabe destacar:

a. Aplicaciones para el análisis de grupos poblacionales específicos y/o patologías específicas, incluyendo su conexión con la historia clínica digital.
b. Sistema de gestión de solicitudes y recogida sistemática de resultados de los medicamentos y tratamientos, tanto de carácter experimental como ordinario.
c. Incorporación de nuevas técnicas de procesamiento y análisis de datos que permitan su uso como servicio.
d. Sistemas automatizados para el seguimiento y monitorización de patologías crónicas en personas no hospitalizadas.

Además de estas medidas, se considerarán de particular interés aquellas iniciativas que contribuyan a ampliar y reforzar la integración de los sistemas de información de las Comunidades Autónomas con los sistemas de información del SNS como la Historia Clínica Digital, la Receta electrónica interoperable, la tarjeta sanitaria individual y el resto de sistemas de información del SNS que permiten obtener una visión global de la atención sanitaria en España, aportando nuevos servicios a los ciudadanos y los profesionales a través de la recogida y análisis masivo de datos.

ÁREA 3. AMPLIACIÓN Y RENOVACIÓN DE LAS CAPACIDADES DIGITALES (INFRAESTRUCTURAS, EQUIPAMIENTOS Y TECNOLOGÍA) DE LOS CENTROS SANITARIOS Y SOCIOSANITARIOS.

Los Programas de esta área se desarrollarán en el marco de la ampliación y la renovación de las infraestructuras, equipamientos y tecnologías de los centros sanitarios con objeto de mejorar los servicios que se proporcionan a los ciudadanos y aumentar la resiliencia del sistema en su conjunto. Se contemplarán explícitamente en todos los proyectos los aspectos de interoperabilidad e intercambio de información con el Ministerio de Sanidad.

Entre otras iniciativas cabe destacar:

a. Sistemas de información orientados a la gestión integral de los centros sanitarios de las CCAA, con especial atención a mejorar la continuidad asistencial de las personas y la colaboración entre los profesionales en los diferentes niveles asistenciales.
b. Desarrollo de proyectos de telefarmacia y telemedicina.
c. Adecuación de la disponibilidad de equipos y recursos materiales a las necesidades actuales y futuras.
d. Desarrollo de medidas para la mejora de la atención sanitaria en áreas de baja densidad de población, incluyendo la automatización o robotización de servicios como la dispensación de medicamentos o su entrega a los pacientes.
e. Mejora de la capacidad del sistema para la realización de pruebas destinadas al seguimiento terapéutico y la toma de decisiones sobre tratamientos de alta complejidad.
f. Sistemas automatizados de control y previsión de stocks en centros sanitarios.

En esta área, además de estas medidas, se considerarán de particular interés aquellas iniciativas que contribuyan a ampliar y reforzar la integración de los sistemas de información de las Comunidades Autónomas con los sistemas de información del SNS como los relacionados con la información sobre los profesionales sanitarios, los centros y establecimientos sanitarios, los datos clínicos de atención primaria, la verificación de medicamentos, o las listas de espera, entre otros.

ÁREA 4. DESARROLLO DE SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN Y ANÁLISIS DE IMÁGENES MÉDICAS.

Los Programas de esta área se centrarán en medidas dirigidas a conseguir la transformación digital de los procesos de diagnóstico por la imagen médica (anatomía patológica, radiología, campañas cribado cáncer mama, oftalmología, dermatología, etc.), poniendo a disposición de los profesionales sanitarios, de manera oportuna y con independencia de su ubicación, los recursos (datos, imágenes) y los resultados (informes, interpretación) derivados del uso de técnicas de diagnóstico por imagen, al tiempo que se facilita el uso de las mismas y el acceso a los mejores especialistas, aumentando la eficiencia del sistema.

En todos ellos se contemplará explícitamente el desarrollo y uso de modelos de datos, diccionarios, semánticas, soluciones y tecnologías que aseguren la interoperabilidad con el SNS, así como la disponibilidad de los datos (en las condiciones apropiadas de seguridad, control de acceso, seudonimización o anonimización) para su utilización en el marco de un espacio nacional federado de datos de salud.

Entre otras iniciativas cabe destacar:

a. Servicios Integrados de Diagnóstico por la Imagen accesibles de manera remota por toda la red sanitaria de una CA, que permitan compartir y optimizar el conocimiento de los mejores especialistas de la misma CA o de otras, por patologías, asegurando la accesibilidad y equidad en el empleo de estas técnicas.
b. Incorporación de nuevas tecnologías de análisis de datos para mejorar la calidad y los resultados del sistema de Salud Pública, tanto en el diagnóstico como en la prevención.
c. Soluciones de Diagnóstico asistido, basados en algoritmos desarrollados por los propios profesionales, conservando y mejorando el conocimiento en la organización.
d. Acceso, de manera transparente para los profesionales sanitarios y con independencia de la ubicación y el dispositivo, a los datos, informes y objetos de las técnicas de diagnóstico por imagen.
e. Almacenamiento y tratamiento seguro e interoperable de los datos y los resultados en el ámbito del SNS.
f. Análisis de los datos mediante el empleo de tecnologías como IA/ML, PLN, conversión de voz a texto.
g. Modelos para la estandarización de informes.

Al igual que en el caso del área 2, se considerarán de particular interés aquellas iniciativas que contribuyan a ampliar y reforzar la integración de los sistemas de información de las Comunidades Autónomas con los sistemas de información del SNS, especialmente con la ampliación de la Historia Clínica Digital y los servicios asociados a ella.

ÁREA 5. DESARROLLO DE MEDIDAS ENMARCADAS EN LOS DISTINTOS PLANES/ESTRATEGIAS QUE SE ACUERDEN EN EL SENO DE LA COMISIÓN DE SALUD DIGITAL DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SNS

Los Programas de esta área se centrarán en el desarrollo de medidas que sirvan de soporte a la ejecución de los acuerdos adoptados en el seno de la Comisión de Salud Digital, del CISNS.

3. CRITERIOS PARA EL REPARTO DE LOS FONDOS

El cómputo global de los fondos destinados al presente programa asciende a 220.000.000,00€.

Los fondos serán transferidos a las Comunidades Autónomas en el último trimestre del ejercicio 2021 y el plazo temporal máximo para la ejecución de los proyectos/programas a emprender será, como máximo, de 3 años, a partir del ejercicio siguiente de la transferencia efectiva, es decir, desde 2022 hasta 2024 ambos inclusive.

El reparto de fondos se hará con una cantidad fija igual a cada Comunidad Autónoma, equivalente al 10% del total, y la cantidad restante (90% del importe), distribuida proporcionalmente entre las comunidades y ciudades autónomas de acuerdo con criterio poblacional según el último censo publicado por el Instituto Nacional de Estadística.

Los criterios para la distribución de los fondos fueron aprobados por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en la sesión plenaria del mismo, celebrada el día 4 de noviembre de 2021.

4. GESTIÓN DE LOS PROYECTOS

En la gestión de proyectos se debe tener en consideración que, al menos el 25% del importe recibido, se destinará a proyectos relacionados en el área 1, letras i) y j) de este programa de aplicación, vinculados a sistemas de información económico – financiera en materia de productos farmacéuticos y sanitarios o mejora de los sistemas de compra centralizada.

Por otra parte, al menos el 25% del importe recibido se destinará a tareas relacionadas con los siguientes proyectos facilitadores de la unidad, cohesión e interoperabilidad de datos en el Sistema Nacional de Salud: Historia Clínica Digital Interoperable del SNS, Tarjeta Sanitaria Individual, Receta Electrónica Interoperable, Registro Estatal de Profesionales Sanitarios, Sistema de Información para la Red de Evaluación de Medicamentos (REVALMED), Sistema de Información para determinar el Valor Terapéutico en la práctica Clínica real de los medicamentos de Alto Impacto Sanitario y Económico en el SNS (VALTERMED), Nodo de Verificación de Medicamentos (SNSFARMA), Receta y prestación Ortoprotésica, Registro Central de Vacunación (REGVACU) y Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

Para el resto de los proyectos de las áreas 2, 3, 4 y 5 se dará prioridad a aquellos vinculados con la Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud, con la mejora de la prestación farmacéutica y con la evaluación de resultados de salud del SNS.

Las Comunidades Autónomas remitirán a la Dirección General de Salud Digital y sistemas de información para el Sistema Nacional de Salud, del Ministerio de Sanidad, la información sobre la planificación de ejecución del programa, con las propuestas de proyectos a financiar y los resultados esperados antes del 30 de abril de 2022, para permitir un seguimiento conjunto de los proyectos.

Antes del 30 de junio de cada año, hasta el último año de ejecución (2024), las Comunidades Autónomas remitirán a la Dirección General de Salud Digital y sistemas de información para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, la información sobre el nivel de ejecución anual.

Por último, antes del 31 de marzo del año posterior a la ejecución final del fondo, las Comunidades Autónomas remitirán a la Dirección General de Salud Digital y sistemas de información para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, la información sobre el estado de ejecución del programa indicando las cuantías totales de compromiso de créditos, obligaciones reconocidas y pagos realizados en el ejercicio, detallado por cada una de las aplicaciones presupuestarias del presupuesto de gastos del Estado desde las que se realizaron las transferencias de crédito. Además, se acompañará una memoria sobre la actividad desarrollada. Las memorias y justificación de estos fondos deberán hacer referencia a todas y cada una de las acciones recogidas en los siguientes programas, con expresión completa de los objetivos alcanzados.

Toda la información será tenida en cuenta en la adopción de los acuerdos de distribución de fondos de ejercicios posteriores.

ANEXO 34

ACUERDO DE DISTRIBUCIÓN DE FONDOS DE FARMAINDUSTRIA PARA EL PROGRAMA DE DESARROLLO DE MEDIDAS PARA MEJORAR LA EFICIENCIA Y LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL ÁMBITO DE LA SALUD DIGITAL.

CRITERIOS PARA EL REPARTO DE LOS FONDOS

El cómputo global de los fondos destinados al presente programa asciende a 220.000.000,00 €.

Los fondos serán transferidos a las Comunidades Autónomas en el último trimestre del ejercicio 2021 y el plazo temporal máximo para la ejecución de los proyectos/programas a emprender será, como máximo, de 3 años, a partir del ejercicio siguiente de la transferencia efectiva, es decir, desde 2022 hasta 2024 ambos inclusive.

El reparto de fondos se hará con una cantidad fija igual a cada Comunidad Autónoma, equivalente al 10% del total, y la cantidad restante (90% del importe), distribuida proporcionalmente entre las comunidades y ciudades autónomas de acuerdo con criterio poblacional según el último censo publicado por el Instituto Nacional de Estadística.

Los criterios para la distribución de los fondos fueron aprobados por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en la sesión plenaria del mismo, celebrada el día 4 de noviembre de 2021.

GESTIÓN DE LOS PROYECTOS

En la gestión de proyectos se debe tener en consideración que, al menos el 25% del importe recibido, se destinará a proyectos relacionados en el área 1, letras i) y j) de este programa de aplicación, vinculados a sistemas de información económico – financiera en materia de productos farmacéuticos y sanitarios o mejora de los sistemas de compra centralizada.

Por otra parte, al menos el 25% del importe recibido se destinará a tareas relacionadas con los siguientes proyectos facilitadores de la unidad, cohesión e interoperabilidad de datos en el Sistema Nacional de Salud: Historia Clínica Digital Interoperable del SNS, Tarjeta Sanitaria Individual, Receta Electrónica Interoperable, Registro Estatal de Profesionales Sanitarios, Sistema de Información para la Red de Evaluación de Medicamentos (REVALMED), Sistema de Información para determinar el Valor Terapéutico en la práctica Clínica real de los medicamentos de Alto Impacto Sanitario y Económico en el SNS (VALTERMED), Nodo de Verificación de Medicamentos (SNSFARMA), Receta y prestación Ortoprotésica, Registro Central de Vacunación (REGVACU) y Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

Para el resto de los proyectos de las áreas 2, 3, 4 y 5 se dará prioridad a aquellos vinculados con la Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud, con la mejora de la prestación farmacéutica y con la evaluación de resultados de salud del SNS.

Las Comunidades Autónomas remitirán a la Dirección General de Salud Digital y sistemas de información para el Sistema Nacional de Salud, del Ministerio de Sanidad, la información sobre la planificación de ejecución del programa, con las propuestas de proyectos a financiar y los

resultados esperados antes del 30 de abril de 2022, para permitir un seguimiento conjunto de los proyectos.

Antes del 30 de junio de cada año, hasta el último año de ejecución (2024), las Comunidades Autónomas remitirán a la Dirección General de Salud Digital y sistemas de información para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, la información sobre el nivel de ejecución anual.

Por último, antes del 31 de marzo del año posterior a la ejecución final del fondo, las Comunidades Autónomas remitirán a la Dirección General de Salud Digital y sistemas de información para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, la información sobre el estado de ejecución del programa indicando las cuantías totales de compromiso de créditos, obligaciones reconocidas y pagos realizados en el ejercicio, detallado por cada una de las aplicaciones presupuestarias del presupuesto de gastos del Estado desde las que se realizaron las transferencias de crédito. Además, se acompañará una memoria sobre la actividad desarrollada. Las memorias y justificación de estos fondos deberán hacer referencia a todas y cada una de las acciones recogidas en los siguientes programas, con expresión completa de los objetivos alcanzados.

Toda la información será tenida en cuenta en la adopción de los acuerdos de distribución de fondos de ejercicios posteriores.

Distribución del crédito del convenio de Farmaindustria para los proyectos del Programa de Eficiencia y Sostenibilidad de Salud Digital

Comunidades autónomas	Padrón 2020	Crédito Fijo (10%)	Crédito variable (90%)	Crédito Cap IV	Crédito Cap VII	TOTAL CREDITO
Total	**47.450.795**	**21.999.999,87**	**198.000.000,00**	**55.000.000,00**	**165.000.000,00**	**220.000.000,00**
Andalucía	8.464.411	1.157.894,73	35.319.816,62	9.119.427,84	27.358.283,52	36.477.711,36
Aragón	1.329.391	1.157.894,73	5.547.207,75	1.676.275,62	5.028.826,87	6.705.102,49
Asturias, Principado de	1.018.784	1.157.894,73	4.251.124,39	1.352.254,78	4.056.764,35	5.409.019,13
Balears, Illes	1.171.543	1.157.894,73	4.888.548,53	1.511.610,82	4.534.832,45	6.046.443,27
Canarias	2.175.952	1.157.894,73	9.079.689,73	2.559.396,12	7.678.188,35	10.237.584,47
Cantabria	582.905	1.157.894,73	2.432.313,09	897.551,96	2.692.655,87	3.590.207,83
Castilla y León	2.394.918	1.157.894,73	9.993.378,70	2.787.818,36	8.363.455,08	11.151.273,44
Castilla-La Mancha	2.045.221	1.157.894,73	8.534.182,79	2.423.019,38	7.269.058,14	9.692.077,52
Cataluña	7.780.479	1.157.894,73	32.465.943,76	8.405.959,63	25.217.878,88	33.623.838,51
Comunitat Valenciana	5.057.353	1.157.894,73	21.103.037,24	5.565.232,99	16.695.698,98	22.260.931,97
Extremadura	1.063.987	1.157.894,73	4.439.744,92	1.399.409,91	4.198.229,74	5.597.639,65
Galicia	2.701.819	1.157.894,73	11.273.997,88	3.107.973,15	9.323.919,46	12.431.892,61
Madrid, Comunidad de	6.779.888	1.157.894,73	28.290.734,10	7.362.157,21	22.086.471,62	29.448.628,83
Murcia, Región de	1.511.251	1.157.894,73	6.306.062,90	1.865.989,41	5.597.968,23	7.463.957,64
Navarra	661.197	1.157.894,73	2.759.005,53	979.225,07	2.937.675,20	3.916.900,27
País Vasco	2.220.504	1.157.894,73	9.265.593,80	2.605.872,13	7.817.616,40	10.423.488,53
Rioja, La	319.914	1.157.894,73	1.334.919,09	623.203,46	1.869.610,37	2.492.813,83
Ceuta (INGESA)	84.202	1.157.894,73	351.353,36	377.312,02	1.131.936,07	1.509.248,09
Melilla (INGESA)	87.076	1.157.894,73	363.345,82	380.310,14	1.140.930,42	1.521.240,56

Real Decreto 1147/2020, de 15 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2020.

10 de noviembre de 2021

ANEXO 35

DISTRIBUCIÓN DE FONDOS A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y CIUDADES CON ESTATUTO DE AUTONOMÍA PARA LA FINANCIACIÓN DE PROGRAMAS DE POLÍTICAS DE COHESIÓN SANITARIA, DE FORMACIÓN PARA FACULTATIVOS/AS MÉDICOS/AS, ODONTÓLOGOS/AS, FARMACÉUTICOS/AS Y ENFERMEROS/AS Y DE EDUCACIÓN SANITARIA DE LA POBLACIÓN PARA FAVORECER EL USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS Y EL DESARROLLO DEL PLAN NACIONAL DE DONACIÓN DE MÉDULA ÓSEA POR IMPORTE DE 28.198.679,52 EUROS

CRITERIOS PARA EL REPARTO DE LOS FONDOS

➢ Programas gestionados por las CCAA

El reparto de fondos destinados al desarrollo de los programas establecidos en el presente programa y gestionados por Comunidades Autónomas se hará en base a los siguientes criterios:

- Una cantidad fija igual a cada Comunidad Autónoma.
- La cantidad restante será distribuida proporcionalmente entre las ComunidadesAutónomas de acuerdo con criterio poblacional según el último censo publicadopor el Instituto Nacional de Estadística, teniendo en cuenta el resultado del Programa del ejercicio anterior a la vista del certificado del estado de ejecución de las subvenciones recibidas y la Memoria de actuaciones correspondiente al Programa del ejercicio anterior.

En el caso de los fondos destinados al desarrollo del Plan Nacional de Donación de Médula Ósea, se fijan los siguientes criterios:

- **La cantidad de 178.780 euros** para "Información a los Donantes de médula ósea. Esta cantidad **fija** se distribuirá proporcionalmente de acuerdo con el criterio poblacional del último censo publicado por el Instituto Nacional de Estadística.
- **La cantidad de 200.000 euros** para publicidad del Plan nacional de Donación de Médula ósea
- **La cantidad de 900.000 euros** destinados al Tipaje (o determinación de los antígenos HLA), del donante para conocer su compatibilidad.

Los datos correspondientes al número total de donantes de médula ósea por Comunidades Autónomas los proporciona la ONT, así como también propone lascantidades que deben adjudicarse como parte de los 1.278.780 euros de los fondos destinados al Plan Nacional de Donación de Médula Ósea.

Los fondos serán transferidos a las Comunidades Autónomas en el ejercicio 2021.

Antes del 31 de marzo de 2022, las Comunidades Autónomas remitirán a la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia del Ministerio de Sanidad la información sobre el estado de ejecución del programa a 31 dediciembre de 2021, indicando las cuantías totales de compromiso de créditos, obligaciones reconocidas y pagos realizados en el ejercicio, detallado por cada una de las aplicaciones presupuestarias del presupuesto de gastos del Estado desde las que se realizaron las transferencias de crédito. Además, se acompañará una memoria sobrela actividad desarrollada. Dicha información será tenida en cuenta en la adopción de losacuerdos de distribución de fondos de 2022.

Las memorias y justificación de estos fondos deberán hacer referencia a todas y cada una de las acciones recogidas en los siguientes programas, con expresión completa delos objetivos alcanzados.

➢ Programas gestionados por el Ministerio de Sanidad

El cómputo global de los fondos destinados a Programas gestionados por el Ministerio de Sanidad será la cantidad resultante una vez descontado el importe del Plan Nacionalde donación de médula ósea, el Plan de Apoyo a la Investigación Independiente y el Plan de Desarrollo de Plataformas de Compra Centralizada.

A continuación, se incluye la propuesta de distribución territorial diferenciando la distribución del Plan Nacional de Donación de Médula Ósea y el resto de programas.

PROPUESTA DE DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE FONDOS 2021 PARA PROGRAMAS GESTIONADOS POR LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

La distribución para cada una de las comunidades autónomas e INGESA, atendiendo a los criterios de distribución acordados es la siguiente:

CCAA	POBLACION (*)	IMPORTE POR CRITERIO POBLACIONAL (EUROS)	IMPORTE FIJO (EUROS)	IMPORTE TOTAL (EUROS)
Andalucía	8.464.411,00	4.683.425,43	35.000,00	4.718.425,43
Aragón	1.329.391,00	735.562,54	35.000,00	770.562,54
Asturias	1.018.784,00	563.701,23	35.000,00	598.701,23
Baleares	1.171.543,00	648.223,99	35.000,00	683.223,99
Canarias	2.175.952,00	1.203.971,42	35.000,00	1.238.971,42
Cantabria	582.905,00	322.525,94	35.000,00	357.525,94
Castilla-La Mancha	2.045.221,00	1.131.636,93	35.000,00	1.166.636,93
Castilla y León	2.394.918,00	1.325.127,04	35.000,00	1.360.127,04
Cataluña	7.780.479,00	4.305.000,46	35.000,00	4.340.000,46
Ceuta (INGESA)	84.202,00	46.589,63	35.000,00	81.589,63
C. Valenciana	5.057.353,00	2.798.273,35	35.000,00	2.833.273,35
Extremadura	1.063.987,00	588.712,41	35.000,00	623.712,41
Galicia	2.701.819,00	1.494.937,78	35.000,00	1.529.937,78
Madrid	6.779.888,00	3.751.365,56	35.000,00	3.786.365,56
Melilla (INGESA)	87.076,00	48.179,84	35.000,00	83.179,84
Murcia	1.511.251,00	836.187,11	35.000,00	871.187,11
Navarra	661.197,00	365.845,52	35.000,00	400.845,52
País Vasco	2.220.504,00	1.228.622,40	35.000,00	1.263.622,40
La Rioja	319.914,00	177.010,94	35.000,00	212.010,94
TOTAL NACIONAL	**47.450.795,00**	**26.254.899,52**	**665.000,00**	**26.919.899,52**

(*) Cifras de población referidas a 1 de enero de 2020 (Real Decreto 1147/2020, de 15 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2020.)

PROPUESTA DE DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE FONDOS 2021 PARA EL PLAN NACIONAL DE DONACIÓN DE MÉDULA ÓSEA COMO ESTRATEGÍA DE SALUD DEL PLAN DE CALIDAD DEL SNS GESTIONADO POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

El Programa será gestionado por las CCAA, en cooperación con la ONT, con una asignación total de 1.278.780 €, según la distribución indicada en la tabla a continuación.

CCAA	Población INE 2020	Donantes	Información	Tipaje HLA	Promoción	Total Euros
Andalucía	8.464.411	3.212	31.892	160.545	35.678	228.112
Aragón	1.329.391	504	5.009	25.215	5.603	35.827
Asturias	1.018.784	386	3.838	19.323	4.294	27.456
Islas Baleares	1.171.543	444	4.414	22.221	4.938	31.573
Canarias	2.175.952	825	8.198	41.271	9.171	58.641
Cantabria	582.905	221	2.196	11.056	2.457	15.709
Castilla y León	2.394.918	908	9.023	45.424	10.094	64.542
Castilla-La Mancha	2.045.221	776	7.706	38.792	8.620	55.118
Cataluña	7.780.479	2.952	29.314	147.572	32.794	209.680
Com Valenciana	5.057.353	1.918	19.055	95.923	21.316	136.294
Extremadura	1.063.987	404	4.009	20.181	4.485	28.674
Galicia	2.701.819	1.025	10.180	51.245	11.388	72.813
Madrid	6.779.888	2.573	25.545	128.594	28.576	182.714
Murcia	1.511.251	573	5.694	28.664	6.370	40.728
Navarra	661.197	251	2.491	12.541	2.787	17.819
País Vasco	2.220.504	842	8.366	42.116	9.359	59.842
Rioja, La	319.914	121	1.205	6.068	1.348	8.622
CA de Ceuta	84.202	32	317	1.597	355	2.269
CA de Melilla	87.076	33	328	1.652	367	2.347
TOTAL	**47.450.795**	**18.000**	**178.780**	**900.000**	**200.000**	**1.278.780**

(*) Cifras de población referidas a 1 de enero de 2020 (Real Decreto 1147/2020, de 15 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2020.)

.

ANEXO 36

Distribución de fondos a las Comunidades Autónomas para el Programa de desarrollo de medidas para mejorar la eficiencia y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la prestación farmacéutica, procedentes del Convenio suscrito el 29 de diciembre de 2016, entre el Ministerio de Hacienda y Función Pública y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con Farmaindustria, por importe de 39.815.620 euros

CRITERIOS PARA EL REPARTO DE LOS FONDOS

El cómputo global de los fondos destinados al presente programa asciende a 39.815.620,00 €.

Los fondos serán transferidos a las Comunidades Autónomas en el último trimestre del ejercicio 2021 y el plazo temporal máximo para la ejecución de los proyectos/programas a emprender será, como máximo, de 3 años, a partir del ejercicio siguiente de la transferencia efectiva, es decir, desde 2022 hasta 2024 ambos inclusive.

El reparto de fondos se hará con una cantidad fija igual a cada Comunidad Autónoma, equivalente al 10% del total, y la cantidad restante distribuida proporcionalmente entre las comunidades y ciudades autónomas de acuerdo con criterio poblacional según el último censo publicado por el Instituto Nacional de Estadística. La distribución según estos criterios figura en el Anexo 1.

A efectos de seguimiento conjunto, antes del 30 de junio de 2021, las Comunidades Autónomas remitirán a la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia del Ministerio de Sanidad la información sobre la planificación de ejecución del programa, con las propuestas de proyectos a financiar y los resultados esperados.

Antes del 31 de marzo de cada año, hasta el último año de ejecución, las Comunidades Autónomas remitirán a la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia información sobre el nivel de ejecución anual.

Por último, antes del 31 de marzo del año posterior a la ejecución final del fondo, las Comunidades Autónomas remitirán a la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia del Ministerio de Sanidad, la información sobre el estado de ejecución del programa indicando las cuantías totales de compromiso de créditos, obligaciones reconocidas y pagos realizados en el ejercicio, detallado por cada una de las aplicaciones presupuestarias del presupuesto de gastos del Estado desde las que se realizaron las transferencias de crédito. Además, se acompañará una memoria sobre la actividad desarrollada. Las memorias y justificación de estos fondos deberán hacer referencia a todas y cada una de las acciones recogidas en los siguientes programas, con expresión completa de los objetivos alcanzados.

Toda la información será tenida en cuenta en la adopción de los acuerdos de distribución de fondos de ejercicios posteriores.

ANEXO 1. PROPUESTA DE DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE FONDOS 2021 PARA LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y CIUDADES AUTÓNOMAS.

La distribución para cada una de las comunidades autónomas y ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, atendiendo a los criterios de distribución acordados es la siguiente:

		IMPORTE EUROS		
CCAA	**POBLACION (*)**	**PONDERACIÓN POR HABITANTES**	**FIJO (**)**	**TOTAL**
Andalucía	8.464.411,00	7.031.401,98	22.119,79	**7.053.521,77**
Aragón	1.329.391,00	1.104.327,58	22.119,79	**1.126.447,37**
Asturias	1.018.784,00	846.305,77	22.119,79	**868.425,56**
Baleares	1.171.543,00	973.202,95	22.119,79	**995.322,74**
Canarias	2.175.952,00	1.807.567,38	22.119,79	**1.829.687,17**
Cantabria	582.905,00	484.220,27	22.119,79	**506.340,06**
Castilla-La Mancha	2.045.221,00	1.698.968,89	22.119,79	**1.721.088,68**
Castilla y León	2.394.918,00	1.989.462,84	22.119,79	**2.011.582,63**
Cataluña	7.780.479,00	6.463.258,40	22.119,79	**6.485.378,19**
Ceuta	84.202,00	69.946,76	11.059,90	**81.006,66**
C. Valenciana	5.057.353,00	4.201.152,56	22.119,79	**4.223.272,35**
Extremadura	1.063.987,00	883.855,98	22.119,79	**905.975,77**
Galicia	2.701.819,00	2.244.406,07	22.119,79	**2.266.525,86**
Madrid	6.779.888,00	5.632.065,59	22.119,79	**5.654.185,38**
Melilla	87.076,00	72.334,19	11.059,90	**83.394,08**
Murcia	1.511.251,00	1.255.399,02	22.119,79	**1.277.518,81**
Navarra	661.197,00	549.257,58	22.119,79	**571.377,37**
País Vasco	2.220.504,00	1.844.576,81	22.119,79	**1.866.696,60**
La Rioja	319.914,00	265.753,16	22.119,79	**287.872,95**
TOTAL NACIONAL	**47.450.795**	**39.417.463,78**	**398.156,22**	**39.815.620,00**

(*) Cifras de población referidas a 1 de enero de 2020 (Real Decreto 1147/2020, de 15 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2020.).
(**) En relación a las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, la transferencia se realiza al INGESA por lo que la cuantía fija corresponde al sumatorio de ambas.

24 de noviembre 2021

ANEXO 37

ACUERDO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS SANITARIAS DEL "CATÁLOGO DE MEDIDAS URGENTES DEL PLAN DE MEJORA Y MODERNIZACIÓN CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO". Medidas 4 Y 5 de dicho Catálogo.

La Resolución de 28 de julio de 2021, publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 27 de julio de 2021, por el **que se aprueba el Catálogo de Medidas Urgentes del Plan de Mejora y Modernización contra la Violencia de Género**. (BOE de 5 agosto 2021).

Como parte del diseño de dicho Plan, se realizó un diagnóstico preliminar cuyos resultados pusieron de manifiesto la necesidad de reforzar el trabajo en seis ámbitos fundamentales, siendo estos:

- La implicación del entorno de la víctima y del conjunto de la sociedad.
- La **detección temprana** en servicios públicos de proximidad
- El apoyo a la autonomía de las mujeres para que rompan con la violencia.
- La protección de los niños y las niñas frente a la violencia vicaria.
- El refuerzo de la protección y seguridad de las víctimas.
- La mejora de los protocolos de coordinación interinstitucional

Para el refuerzo de estos ámbitos, se publicó en dicho BOE, el Catálogo de **15 medidas urgentes.**

El ámbito de la **detección temprana,** centra su objetivo en consolidar los servicios públicos de proximidad como puertas de entrada fundamentales para la detección temprana, con especial atención a los centros de salud, a los servicios sociales, a los servicios especializados y al ámbito educativo.

Y dentro de este apartado se encuadran las **medidas 4 y 5** de dicho catálogo, relacionadas directamente con los **servicios sanitarios:**

Medida 4. **Elaboración de un instrumento validado estandarizado** para facilitar la detección de la violencia de género en los servicios de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud que será objeto de una implantación progresiva en todo el territorio del Estado.

Medida 5. **Formación específica** en la detección precoz, manejo de indicadores de sospecha, valoración del riesgo y desarrollo de destrezas para la entrevista, de los equipos profesionales involucrados en la atención integral y recuperación de las víctimas de violencia de género de atención primaria y hospitalaria (Medicina de Familia, Pediatría, Enfermería, Matronas, Trabajo Social, Urgencias, Salud mental y Toco-Ginecología), así como de la red de centros de Servicios Sociales, del ámbito educativo y de la Inspección de Trabajo y de los servicios consulares españoles en el extranjero. Protocolizar que la información obtenida sea adecuadamente encauzada hacia los recursos con pleno respeto a la voluntad de las víctimas.

Con relación a dichas **medidas 4 y 5 y** con el fin de facilitar su implementación, **este Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acuerda aprobar:**

1. INSTRUMENTO COMUN ESTANDARIZADO PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL SNS.

El Documento que se presenta ha sido diseñado y revisado en el seno de la **Comisión contra la Violencia de Género del CISNS**, se alinea con el ámbito de la Detección Temprana, contribuyendo a consolidar los servicios públicos sanitarios *(especialmente, de Atención Primaria)* como escenarios privilegiados para la detección temprana de la violencia de género.

Según datos de la Macroencuesta Violencia de Género de 2019 (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Plan Estadístico Nacional), el 66,9% de las mujeres que han sufrido violencia por parte de su pareja o expareja, a lo largo de la vida o en los últimos doce meses previos a la entrevista, no han buscado ayuda formal tras lo sucedido.

Del 33,1% de mujeres que sí han buscado ayuda formal tras haber sufrido violencia por parte de su pareja o expareja, un **27,07 %** se han puesto en contacto con algún servicio sanitario *(médico/a, centro de salud, servicio psicológico/psiquiatría, farmacia).* Suponen 1.380.606 mujeres. **Los servicios de salud, son el primer recurso al que las mujeres acuden a pedir ayuda**, en un porcentaje por encima del resto de servicios, siendo el siguiente, los Servicios Sociales, al que acuden el 7,2% (367.779).

La detección temprana desde los servicios sanitarios es crucial. La **magnitud** de la violencia contra las mujeres y el **impacto** que provoca en su **salud** (como en la de sus hijas e hijos), justifica la necesidad de incorporar herramientas sencillas que puedan usarse de forma rutinaria en los servicios de salud con el propósito de contribuir a dicha detección temprana.

El **Protocolo Común** para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género del SNS (aprobado por el CISNS en 2012), **recomienda para detectar de forma temprana y mejorar la atención sanitaria, preguntar sistemáticamente a todas las mujeres que acuden a consulta,** tanto si es la primera visita (apertura de historia clínica), como si se trata de consulta habitual y no constase en su historia clínica que se le hubiera preguntado alguna vez. Para ello, se sugiere la realización de preguntas exploratorias de abordaje psicosocial, planteando que el personal sanitario debe tener una actitud de alerta y búsqueda activa de conductas, síntomas o signos de sospecha.

Con relación al cumplimiento de la **MEDIDA 4, el** documento que se aprueba, tiene la misión de **complementar al Protocolo Común** de **Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud (2012)** en la consecución de pautas de actuación normalizadas y homogéneas, tanto para la detección temprana, como para la valoración e intervención ante los casos detectados y el seguimiento de los mismos.

Con el propósito de **facilitar la detección temprana de la violencia de género**, en este Instrumento Común Estandarizado, se muestran diversas herramientas validadas por los servicios de salud que integran el SNS para la clasificación y confirmación de los casos de violencia de género, así como la valoración del riesgo de los mismos.

En la actualidad, son ya siete las Comunidades Autónomas que han incorporado herramientas de detección temprana y de ayuda en el diagnóstico de la violencia de género, compilándolas en sus Guías y Protocolos sanitarios más recientemente actualizados:

- **Comunidad Valenciana**, utilizando el cuestionario de detección *Abuse Assessment Screen (AAS)* y el *Danger Assessment (DA)* para la evaluación del riesgo.
- **Comunidad Balear**, sirviéndose del *Woman Abuse Screening Tool (WAST)* versión corta, para la detección precoz del maltrato.

- **Castilla y León**, por medio del cuestionario Woman Abuse Screening Tool (WAST corto para la detección precoz, y el largo para confirmar el diagnóstico), adaptando los puntos de corte a la validación local
- **Galicia**, valiéndose del cuestionario *WAST en versión corta* para el diagnóstico precoz, y en caso de ser positivo, el cuestionario AAS. Para la evaluación del riesgo, se aplica el *Danger Assesstment (DA).*
- **País Vasco**. Cuestionario *WAST* para la detección.
- **La Rioja**, utiliza una adaptación del cuestionario *WAST adaptado* a sus características propias. Añade, además, *una pregunta* del Cuestionario *Abuse Assessment Screen (AAS)* sobre violencia de género en el pasado para los casos de mujeres sin pareja en el momento de la consulta.
- **Murcia.** Programa Integral Atención Mujer (PIAM). Atención al bienestar biopsicosocial de las mujeres; utiliza WAST corto con adaptación a mujeres sin pareja. En la red de recursos de Salud Mental, desde 2010 se utiliza cuestionario *Woman Abuse Screening Tool (WAST-Corto).*

Por tanto, este instrumento se constituye sobre la base de la evidencia científica, la experiencia, y lecciones aprendidas y compartidas entre los servicios de salud autonómicos, en el marco de trabajo de la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

2. FORMACIÓN ESPECÍFICA

Tal como señala el documento de criterios de calidad de la formación de profesionales sanitarios en materia de violencia de género, aprobado por el CISNS en 2008, las y los profesionales sanitarios del Sistema Nacional de Salud, al finalizar la formación básica en atención a la violencia de género, deben ser capaces de:

- Proporcionar una **atención integral, continuada y de calidad**, desde la perspectiva de género, aplicando el protocolo de actuación establecido.
- **Reconocer la violencia de género** como un problema de salud pública.
- Facilitar la **mejora de la calidad y de la equidad en la atención** sanitaria a las mujeres que sufren violencia de género.
- Apoyar a las Administraciones sanitarias en la **organización de esta formación** compartiendo los procesos, materiales y buenas prácticas

Asimismo, en relación con la actuación sanitaria se señala en dichos criterios de calidad de la formación, que recibir dicha formación debe capacitarles para:

- **Detectar y diagnosticar** signos y síntomas que aparecen en una situación de maltrato, manteniendo una actitud de alerta y prestando atención a los indicadores de sospecha.
- Realizar adecuadamente las siguientes **valoraciones:** biopsicosocial; de la seguridad y el riesgo; de la situación familiar y del entorno, y de los recursos con que cuentan las mujeres.
- Desarrollar **habilidades** de comunicación, escucha y comprensión, evitando victimizar y culpabilizar a las mujeres, a la vez que se respeten sus decisiones y su ritmo en el proceso de intervención.
- Desarrollar una **intervención interdisciplinaria** con el apoyo y colaboración del resto de profesionales del equipo.

- **Actuar con las hijas e hijos**, y otras personas dependientes y del entorno familiar, teniendo en cuenta las consecuencias que la situación de violencia ha podido producirles, y establecer, a su vez, las actuaciones de derivación y coordinación adecuadas.
- **Establecer un plan de consultas de seguimiento** y realizar el seguimiento de las **derivaciones** realizadas.

Por todo ello, se propone realizar un Plan de Formación específica, en el ámbito de la formación continuada que ya se viene haciendo desde CCAA, para reforzar la implementación de las pautas comunes y recomendaciones que se recogen en el INSTRUMENTO ESTANDARIZADO (Medida 4), así como el conocimiento de las herramientas facilitadoras que lo acompañan, procurando el desarrollo de destrezas y habilidades en la entrevista clínica con la mujer que sufre violencia de género. Dicho Plan se vehiculizará a través de cursos concretos organizados en el seno de la **Comisión contra la Violencia de Género** (CCAA + Ministerio), coordinando su organización desde el **Observatorio de Salud de las Mujeres** (OSM) como secretaría técnica de dicha Comisión) y en colaboración con la **Escuela Nacional de Sanidad** (ISCIII).

Para ello se propone la celebración de 3 cursos específicos:

- 1 para equipos sanitarios de Atención Primaria
- 1 para equipos de Salud Mental y
- 1 para equipos de atención al embarazo, parto y puerperio

Estos 3 cursos serán un complemento a la edición periódica del Diploma de Salud Pública y Género, que se viene realizando sobre diversos aspectos de la perspectiva de género en salud (investigación, análisis de datos, metodología para diseño de políticas públicas sanitarias, atención sanitaria a la violencia de género, etc.), que se realiza en colaboración con la Escuela Nacional de Sanidad (ISCIII) y coordina desde el OSM.

El formato de estos cursos responderá a formación de formadoras/es, estarán dirigidos al personal sanitario del conjunto del SNS, y a través de la Comisión contra la violencia de género del CISNS, cada CCAA propondrá el alumnado que, como referentes de VIOLENCIA DE GÉNERO, posteriormente deberán ser colaborador/a para extender dicha formación al resto de profesionales de su equipo. Deberá ser, al menos, 2 personas por cada CCAA más 1 por Ceuta y 1 por Melilla. Se realizarán a lo largo del año 2022, pudiéndose repetir nueva edición en 2023 para extender esta formación específica.

ANEXO 38

ACUERDO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SOBRE LA MODIFICACIÓN DE LAS MEDIDAS PARA LOS EVENTOS DEPORTIVOS MULTITUDINARIOS, INCUIDOS LOS DE LA LIGA PROFESIONAL DE FUTBOL Y LIGA ACB

La reactivación progresiva de eventos deportivos multitudinarios producida debe acompañarse de medidas preventivas y de control a fin de garantizar su realización en las máximas condiciones de seguridad, disminuyendo el riesgo de contagio y propagación de la COVID-19.

Los eventos deportivos multitudinarios implican aglomeración de un gran número de personas, que pueden proceder de territorios con diferentes situaciones epidemiológicas, y que, por tanto, pueden contribuir a la transmisión de la COVID-19 si no se toman las medidas oportunas. Se celebran en espacios acotados, ya sean establecimientos, recintos, locales o similares, tanto al aire libre como en interiores, que disponen de una organización que permite la aplicación de medidas de control de la trasmisión de virus respiratorios como el SARS-CoV-2.

La gestión de este tipo de eventos requiere un abordaje en el que se deben tener en cuenta la situación epidemiológica, las características del evento y la posibilidad de adoptar medidas para mitigar los riesgos. En relación con los aspectos organizativos, es fundamental tener en cuenta la evaluación y control de aspectos como los aforos, la sectorización y trazabilidad de los asistentes, la necesidad de mantener la distancia entre asistentes, el uso obligatorio de la mascarilla, los accesos, el movimiento de asistentes en las zonas comunes, la posibilidad de aglomeraciones-avalanchas, las medidas de limpieza, higiene y desinfección, así como la ventilación de espacios interiores, la pertinencia de no permitir determinadas actividades como el consumo de bebida, comida, o tabaco y productos relacionados entre el público asistente, o el requerimiento a los asistente relativos a la toma de temperatura.

En estos momentos, existe un elevado porcentaje de población inmunizada frente a la COVID-19, sin olvidar, no obstante, que la pauta completa de vacunación no asegura de forma individual la imposibilidad de ser infectado o ser transmisor del virus a otras personas.

En este documento se incluyen medidas específicas para las competiciones deportivas de la Liga Nacional de Fútbol Profesional y la Liga de la Asociación de Clubs de Baloncesto (ACB), así como de otras competiciones y eventos deportivos multitudinarios.

Las medidas contenidas en este Acuerdo **son comunes y de mínimos para todo el territorio español para el periodo comprendido entre el 1 de diciembre de 2021 y el 31 de diciembre de 2021, ambos inclusive**.

Adicionalmente a este Acuerdo, las autoridades competentes podrán añadir otras medidas en base a la evolución de la pandemia, el impacto de las campañas de vacunación en la situación epidemiológica y cualquier nuevo conocimiento que se genere sobre el control de la transmisión de SARS-CoV-2.

Para el resto de eventos o actividades deportivas se tendrán en cuenta lo dispuesto en documentos existentes:

Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19[******]. Este documento propone criterios comunes para la interpretación de los indicadores básicos en el Sistema Nacional

******

de Salud, y establece unos niveles de alerta que determinen actuaciones proporcionales al nivel de riesgo de transmisión de SARS-CoV-2 según la situación, la actividad y el contexto de cada territorio.

Recomendaciones para eventos y actividades multitudinarias en el contexto de nueva normalidad por COVID-19 en España[††††††]. Este documento proporciona un marco general para evaluar los riesgos de transmisión de SARS-CoV-2 asociados con eventos o actividades multitudinarias y reducir su posible impacto mediante la adopción de medidas oportunas.

A la vista de lo anterior, en su sesión del 24 de noviembre de 2021, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo previsto en el artículo 151.2 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, así como en el marco de lo previsto en los artículos 69 y siguientes de la ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema nacional de Salud,

ACUERDA

Las siguientes medidas hasta el 31 de diciembre de 2021:

1. AFOROS

Se propone un aforo máximo de hasta un 100%, para eventos en recintos abiertos y un aforo máximo de hasta un 80% para eventos en recintos cerrados.

Los asistentes a los eventos serán preferentemente personas abonadas y público local.

Los entrenamientos se realizarán preferentemente sin público y, en todo caso, con los límites de aforo máximo establecidos anteriormente.

2. ORGANIZACIÓN DE LOS ACCESOS, SECTORIZACIÓN, Y MOVIMIENTO DE ASISTENTES

El uso controlado de los espacios comunes por parte de los asistentes estará sujeta a un estricto control del personal del evento.

---

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actuaciones_respuesta_COVID_2021.06.02.pdf

†††††† https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Recomendaciones_eventos_masivos.pdf

ANEXO 39

PLAN ESTRATÉGICO SALUD Y MEDIO AMBIENTE

Plan Estratégico de Salud y Medioambiente

2022 - 2026



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD

MINISTERIO PARA LA TRANSICIÓN ECOLÓGICA Y EL RETO DEMOGRÁFICO

Prólogo

La relación de interdependencia entre el medio ambiente y la salud de la población es cada vez más relevante. Gozar de un medioambiente saludable es un factor crucial para un mejor estado de salud. Y, al contrario, la contaminación y una mala calidad ambiental pueden influir en la salud de manera inversa. La evidencia a este respecto es incuestionable. De la misma manera que la actividad humana modifica las características de su entorno, los factores ambientales influyen en la salud humana, ya sea de manera directa o indirecta. Como resultado, puede producirse una importante carga de enfermedad en las sociedades. Y como también sabemos, la carga de enfermedad no afecta a todas las personas por igual, sino que impacta con más fuerza en aquellos grupos de población con factores de vulnerabilidad.

El abordaje de este asunto es de vital importancia. Por ello, quiero subrayar la importancia de presentar el Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente. Un Plan que se dirige tanto a la ciudadanía como a profesionales, y que tiene el objetivo de abordar los riesgos para la salud derivados de los factores ambientales y sus condicionantes.

Se trata de un Plan ambicioso que establece líneas de intervención, con objetivos e indicadores concretos, para los factores de riesgo ambiental más relevantes. El Plan profundiza en el impacto de dichos factores en la salud, identifica nuevas amenazas, establece estrategias de respuesta, y plantea la evaluación los resultados.

Este Plan permite a España avanzar y trabajar en consonancia con los compromisos adquiridos con las iniciativas internacionales de la Unión Europea y la Organización Mundial de la Salud, respondiendo así a la necesidad de dotar a la sociedad española de una herramienta de gestión adecuada para afrontar los grandes desafíos ambientales de nuestro tiempo, con un enfoque *One Health.*

Este Plan cuenta con la participación de los agentes y profesionales más relevantes del campo de la salud pública y del medio ambiente, quienes con su participación, sus conocimientos, sus experiencias y su esfuerzo, han nutrido de forma importante este documento. Un documento coral y multidisciplinar cuyo fin no es otro que contribuir a la consecución de un mayor bienestar de la sociedad, y a un medio ambiente más saludable para todos.

Carolina Darias San Sebastián.

Ministra de Sanidad.

Sabemos que las condiciones ambientales en las que vivimos tienen un efecto directo o indirecto, puntual o acumulativo, sobre la salud humana. Una población expuesta a la degradación ambiental es una población más desprotegida ante la enfermedad.

La crisis sanitaria provocada por la COVID-19 ha situado la protección de la salud pública en el centro de las preocupaciones de la población. En ese marco, el interés social por los problemas de salud asociados a condicionantes ambientales es cada vez mayor. Hacer partícipes a los ciudadanos del sentido de urgencia con el que hemos de abordar el problema pasa por reforzar el conocimiento y la educación ciudadana.

La Ciencia lleva años alertando sobre los riesgos asociados a la contaminación atmosférica, el incremento de temperaturas, la explotación desmedida de recursos naturales, las prácticas agrícolas intensivas, la pérdida de biodiversidad y el deterioro de la función protectora de los hábitats naturales. Entrados en el siglo XXI, estas son evidencias que ningún responsable público puede ignorar. Debemos anticipar medidas de respuesta, fortalecer sistemas de prevención y alerta temprana.

Debemos actuar de manera urgente frente retos ambientales que inciden ya en la salud de los ciudadanos: los impactos del cambio climático, la contaminación del aire -incluidas la concentraciones peligrosas de partículas finas, dióxido de nitrógeno y ozono troposférico- que acentúa afecciones cardiovasculares y respiratorias, la exposición a productos químicos que pueden comportar trastornos endocrinos o riesgo de cáncer, la alteración de la calidad del agua, amenazada por contaminantes emergentes, el impacto sobre la salud resultante de la contaminación acústica o la presión sobre el hábitats que incrementa los riesgos de nuevas zoonosis.

No tenemos un minuto que perder en la integración de las alertas científicas, las recomendaciones sanitarias y las variables ambientales entre las prioridades de las políticas de salud pública. Ese es precisamente el objetivo de este Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente que aborda conjuntamente la respuesta a la emergencia climática y ambiental y las implicaciones que de ella se derivan para la salud de los ciudadanos.

Este Plan, al que nos comprometimos en la Declaración de Emergencia Climática de 2020, se suma a otras medidas en materia ambiental que tienen vocación de lograr un entorno saludable para los ciudadanos, como el Programa Nacional de Control de la Contaminación Atmosférica, que recoge las medidas necesarias para reducir nuestras emisiones contaminantes en esta década, el Índice de Calidad del Aire, herramienta básica de información al servicio de administraciones y ciudadanos, o el Plan marco de acción a corto plazo en caso de episodios de contaminación del aire ambiente, que garantiza una respuesta homogénea en todo el territorio ante situaciones de alta contaminación. Continuaremos avanzando, sobre la base de este Plan, en la integración de las variables ambientales y sanitarias en la acción pública.

Teresa Ribera Rodríguez.

Vicepresidenta Tercera del Gobierno y Ministra para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico.

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 13
2 MARCO NORMATIVO 17
3. SALUD Y MEDIOAMBIENTE 24
3.1. IMPACTO DE LOS FACTORES AMBIENTALES SOBRE LA SALUD HUMANA 24
3.2. EPIDEMIOLOGÍA AMBIENTAL 31
3.3. DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD 35
3.4. EVALUACIÓN ECONÓMICA DEL IMPACTO DEL MEDIO AMBIENTE EN LA SALUD 39
4. SITUACIÓN EN ESPAÑA 44
5. OBJETIVOS DEL PLAN ESTRATÉGICO 54
5.1. EJES TRANSVERSALES E INSPIRADORES 56
6. ÁREAS TEMÁTICAS 61
6.1. RIESGOS DEL CLIMA 66
6.2. TEMPERATURAS EXTREMAS 71
6.3. CALIDAD DEL AIRE 74
6.4. CALIDAD DEL AGUA 80
6.5. VECTORES TRANSMISORES DE ENFERMEDADES 86
6.6. PRODUCTOS QUÍMICOS 91
6.7. RESIDUOS 105
6.8. CONTAMINACIÓN INDUSTRIAL 110
6.9. RADIACTIVIDAD NATURAL 115
6.10. CAMPOS ELECTROMAGNÉTICOS 120
6.11. RADIACIÓN ULTRAVIOLETA 125
6.12. RUIDO 130
6.13. CALIDAD DE AMBIENTES INTERIORES 136
6.14. CIUDADES SALUDABLES 141
7. GESTIÓN, ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO 146
8. COMUNICACIÓN, FORMACIÓN Y PARTICIPACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO 149
9. SEGUIMIENTO, EVALUACION E INDICADORES DEL PLAN ESTRATÉGICO 154
9.1. INDICADORES DE GESTIÓN Y EJECUCIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO 155
9.2. INDICADORES POR ÁREA TEMÁTICA 156
9.3. PANEL DE CONTROL DEL PLAN ESTRATÉGICO 171
10.PROGRAMAS DE ACTUACIÓN EN SALUD Y MEDIO AMBIENTE 183
11.FINANCIACIÓN 184
12.BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS 185
CRÉDITOS Y AGRADECIMIENTOS 189

LISTADO DE TABLAS Y FIGURAS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cifras de las clasificaciones finales de las aguas de baño según su calidad en 2020 47
Tabla 2. Panel de control de objetivos e indicadores del PESMA..... 171
Tabla 3. Actuaciones comunes contempladas dentro de cada línea de intervención..... 184

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mortalidad relacionada con los diferentes factores ambientales 25
Figura 2. Distribución global de las muertes atribuibles al medio ambiente 25
Figura 3. Porcentaje de la carga de enfermedades atribuibles al medio ambiente en cada país 26
Figura 4. Enfermedades mortales con la mayor contribución del medio ambiente 27
Figura 5. Enfermedades que más afectan a menores de 5 años y la contribución (en color rosa) que tienen los factores ambientales en ellas 28
Figura 6. Principales factores a través de los que el medio ambiente afecta a la salud humana 30
Figura 8. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud6. ... 36
Figura 9. Condiciones de equidad en la salud 36
Figura 10. Descripción de los costes directos e indirectos producidos por la contaminación del aire..... 39
Figura 11. Costes directos e indirectos producidos por la contaminación del aire en el PIB de un país de la OCDE..... 40
Figura 12. Atribución de impactos seleccionados del cambio climático. Variación porcentual del PIB 41
Figura 13. Coste agregado del daño por país, incluyendo CO2 42
Figura 14. Estimación del coste agregado del daño por grupo de contaminantes, 2008-2012 . 43
Figura 15. Mortalidad por exposición a calor natural excesivo separado por sexos entre 2003 y 2018..... 46
Figura 16. Ejes transversales e inspiradores del Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente 60
Figura 17. Relación de los bloques y áreas temáticas del Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente 63

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AAPP	Administraciones Públicas	**CE**	Comisión Europea
ACE	Análisis de Coste-Efectividad	**CEDEX**	Centro de Estudios y Experimentación de Obras Públicas
ADN	Ácido desoxirribonucleico	**CEM**	Campos Electromagnéticos
AEMA-EEA	Agencia Europea de Medio Ambiente	**CEPE**	Comisión Económica Para Europa
AEMET	Agencia Española de Meteorología	**CIBER**	Centro de Investigación Biomédica en Red
AES	Acción Estratégica en Salud	**CIEMAT**	Centro de Investigaciones Energéticas, Medioambientales y Tecnológicas
AGE	Administración General del Estado	**CLP**	Reglamento sobre clasificación, envasado y etiquetado de sustancias y mezclas químicas
ARN	Ácido ribonucleico	**CMR**	Contrato de Transporte Internacional de Mercancías por Carretera
AUE	Agenda Urbana Española	**CNPIC**	Centro de protección de Infraestructuras Críticas
AVAC-QALY	Años de Vida Ajustados por Calidad	**CO**	Monóxido de carbono
AVAD-DALY	Años de Vida Ajustados por Discapacidad	**CO_2**	Dióxidos de carbono
AVD	Años Vividos con Discapacidad	**COP**	Conferencia de las partes
AVP	Años de Vida Perdidos	**COVID-19**	Enfermedad por coronavirus
BOE	Boletín Oficial del Estado	**COVNM**	Compuestos Orgánicos Volátiles No Metánicos
CAI	Calidad de Ambientes Interiores	**CREAL**	Centro de Investigación en Epidemiología Ambiental
CBD	Convenio de Diversidad Biológica	**CSIC**	Centro Superior de Investigaciones Científicas
CCAA	Comunidades Autónomas	**CSN**	Consejo de Seguridad Nuclear

CTE	Código Técnico de Edificación	**FNO**	Fiebre del Nilo Occidental
DE	Directiva Europea	**HAP**	Hidrocarburos Aromáticos Policíclicos
DMR	Directiva Marco de Residuos	**HBM**	Biomonitorización Humana
DSEAR	Depuración, Saneamiento, Eficiencia, Ahorro y Reutilización	**HBM4EU**	Proyecto de Biomonitorización Humana por Europa
ECHA	Agencia Europea de Sustancias y Mezclas Químicas	**HEBAR**	Herramienta Epidemiológica Basada en Aguas Residuales
EEEC	Estrategia Española de Economía Circular	**Hz**	Hercios
EESUL	Estrategia Española de Sostenibilidad Urbana y Local	**IAIA**	Asociación Internacional para la Evaluación de Impacto
EFSA	Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria	**ICA**	Índice de Calidad del Aire
EHAP	Plan de Acción de la UE de Medio Ambiente y Salud	**ICNIRP**	Comisión Internacional de Protección contra la Radiación No Ionizante
EIA	Evaluación de Impacto Ambiental	**INIA**	Instituto Nacional de Investigación y Tecnología Agraria y Alimentaria
EIS	Evaluación de Impacto en Salud	**INSST**	Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo
EMAU	Estrategia de Medio Ambiente Urbano	**INTCF**	Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses de España
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	**IPCC**	Panel Internacional del Cambio Climático
ETV	Enfermedad Transmitida por Vectores	**ISCIII**	Instituto de Salud Carlos III
EUPHA	Asociación Europea de Salud Pública	**ISPA**	Investigación Sanitaria del Principado de Asturias
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación	**LARES**	Análisis y Revisión del Estado de la Salud y Viviendas en Europa
FEB	Frecuencia Extremadamente Baja	**LGS**	Ley General de Sanidad
FEMP	Federación Española de Municipios	**LSP**	Ley de Salud Pública

MAPA	Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación	**ODS**	Objetivo de Desarrollo Sostenible
MEFP	Ministerio de Educación y Formación Profesional	**OE**	Objetivo Estratégico
MER	Mapas Estratégicos de Ruido	**OECC**	Oficina Española del Cambio Climático
MINCOTUR	Ministerio de Industria, Comercio y Turismo	**OIE**	Organización Mundial de Sanidad Animal
MINETAD	Ministerio de Energía, Turismo y Agenda Digital	**OMS**	Organización Mundial de la Salud
MINISDEF	Ministerio de Defensa	**ONU**	Organización de las Naciones Unidas
MIR	Ministerio del Interior	**OPS**	Organización Panamericana de la Salud
MITERD	Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico	**OSCC**	Observatorio de Salud y Cambio Climático
MITMA	Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana	**PAC**	Plan Estratégico de la Política Agrícola Común
MIU	Ministerio de Universidades	**PAN**	Plan de Acción Nacional
MPR	Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática	**PAR**	Plan de Acción de Ruido
MSAN	Ministerio de Sanidad	**PBT**	Persistentes, Bioacumulativas y Tóxicas
MTD	Mejores Tecnologías Disponibles	**PEMAR**	Plan Estatal Marco de Gestión de Residuos
NAYADE	Sistema de Información Nacional de Aguas de Baño	**PESMA**	Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente
NO_2	Dióxido de Nitrógeno	**PFAS**	Sustancias perfluoroalquiladas
NTP	Nota Técnica de Prevención	**PIB**	Producto Interior Bruto
O_3	Ozono	**PIMA**	Plan de Impulso al Medio Ambiente para la Adaptación al Cambio Climático en España
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos	**PM**	Material Particulado

PNACC	Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático	**SEE**	Sociedad Española de Epidemiología
PNIEC	Plan Nacional Integrado de Energía y Clima	**SESA**	Sociedad Española de Sanidad Ambiental
PNUMA	Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente	**SESPAS**	Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
PRTR	Registro Estatal de Emisiones y Fuentes Contaminantes	**SG**	Subdirección General
RADPAR	Prevención y Remediación del Radón	**SGALSI**	Subdirección General de Aire Limpio y Sostenibilidad Industrial
RCMSUE	Consejo de Ministros de Sanidad de la Unión Europea	**SGAR**	Sustancias Anticoagulantes de Segunda Generación
RD	Real Decreto	**SGSASL**	Subdirección General de Salud Ambiental y Sanidad Laboral
REACH	Reglamentos de registro, evaluación, autorización y restricción de sustancias y mezclas químicas	**SGSHAT**	Subdirección General de Sanidad e Higiene Animal y Trazabilidad
RECS	Red Española de Ciudades Saludables	**SIDA**	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido
RENAVE	Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica	**SIG**	Sistema de Información Geográfica
RF	Radiofrecuencia	**SILOE**	Sistema de Información sobre Piscinas
RITE	Reglamento de Instalaciones Térmicas de los Edificios	**SINAC**	Sistema de Información Nacional de Agua de Consumo
RRSS	Redes Sociales	**SNC**	Sistema Nervioso Central
SAO	Sustancias que Agotan la capa de Ozono	**SNS**	Sistema Nacional de Salud
SAR	Tasa de Absorción Específica	**SO_2**	Dióxido de azufre
SARS-CoV-2	Coronavirus de tipo 2 causante del Síndrome Respiratorio Agudo Severo	**SQI**	Sustancias Químicas Industriales
SCENIHR	Comité Científico sobre Riesgos Emergentes Identificados para la Salud	**UE-EU**	Unión Europea
SCIP	Sustancias Preocupantes en Productos	**US**	Estado Unidos de América

UV	Ultravioleta	**VLA**	Valores Límite de Exposición Ambiental
UVI	Índice Ultravioleta	**VVE**	Valor de Vida Estadístico
VAV	Valor de un Año de Vida	**ZA**	Zona de abastecimiento

RESUMEN EJECUTIVO

La elaboración del Plan Estratégico Salud y Medio Ambiente responde a la necesidad de dotar a la sociedad española de una herramienta de gestión adecuada para afrontar los grandes desafíos ambientales de nuestro tiempo. El Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente se imbrica y forma parte de la más amplia Estrategia de Salud Pública, mandatada en el articulado de la Ley de Salud Pública y amparada por el artículo 43 de la Constitución Española que contempla el derecho a la protección de la salud, ofrece la flexibilidad necesaria ante la variabilidad de los retos ambientales y en salud en un contexto que, como nos está demostrando la alarmante pérdida de biodiversidad, la crisis climática y la emergencia sanitaria derivada de la irrupción de la COVID-19, es sumamente dinámico, y exige por parte de los órganos que tutelan la salud y el medioambiente el máximo grado de adaptabilidad en los instrumentos de planificación utilizados.

El Plan Estratégico marca unas directrices generales que se deberán concretar en programaciones a más corto plazo (bienales), sujetas a un continuo nivel de evaluación y revisión. Así pues, este Plan Estratégico define las actuaciones dirigidas a los principales factores determinantes de la salud e identifica sinergias con políticas de otros departamentos y Administraciones. El Plan incluye el análisis del estado de la salud ambiental y sus determinantes, definiendo actuaciones que persigan un entorno más favorable para la salud.

El Ministerio de Sanidad en coordinación con el Ministerio de Transición Ecológica y Reto Demográfico han desarrollado este Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente en consonancia con los compromisos de las iniciativas internacionales de la Unión Europea (VII Programa de Medio Ambiente), Directivas y Reglamentos (productos químicos, REACH, biocidas, fitosanitarios, aguas, etc.) y demás legislación europea sobre salud y ambiente, OMS (Conferencia de Ostrava, 13º Programa General de Trabajo de la OMS (2019-2023), Europa 2020, Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (2015), el Pacto Verde Europeo (2019), el Acuerdo de París sobre cambio climático (2015) y la Estrategia de sostenibilidad de la UE para las sustancias químicas (2020) y la estrategia de la UE sobre la Biodiversidad hasta 2030 (2020).

El objetivo principal de este Plan Estratégico es promover entornos saludables que ayuden a conseguir los objetivos de salud de la población y disminuyan los riesgos derivados de los factores ambientales y sus condicionantes, disminuyendo la carga de enfermedades e identificando nuevas amenazas. Para ello, se facilitará el desarrollo de políticas en materia de salud ambiental, impulsando el enfoque “One Health” que sea incluyente con la biodiversidad.

El Plan Estratégico se divide en dos partes principales: un documento técnico que ha servido de elemento conductor y este documento estratégico que aporta el marco ejecutivo. El primero es un extenso documento en el que expertos nacionales de primer nivel en las principales áreas temáticas que tienen un mayor impacto sobre la salud pública realizan una evaluación del riesgo y sugieren unas líneas de intervención dentro de cada tema para lograr los objetivos prioritarios. De dicho documento técnico emerge este documento principal que contiene la

situación de los factores, los aspectos clave del Plan, las directrices y líneas de intervención a seguir. Bajo su marco, la situación de estas líneas estratégicas se evaluará cada dos años y, en base a ello, se generarán Programas de Actuación con las acciones prioritarias a desarrollar en ese plazo de ejecución menor y con la detallada intervención de los agentes ejecutores.

El objetivo principal del Plan Estratégico es contribuir a mejorar la calidad de vida del ser humano y la conservación del medio ambiente generando entornos saludables y actuando sobre los determinantes de la salud. La evidencia y la experiencia nos indica que los enfoques centrados en el tratamiento de enfermedades individuales son insuficientes para abordar los actuales desafíos sanitarios relacionados con el medio ambiente, en este sentido, se han tenido también especialmente en cuenta las desigualdades sociales y el impacto económico, así como la situación de partida en España de los 14 factores ambientales contemplados, con un resumen del impacto, en ocasiones cuantificado, sobre la salud poblacional y de las medidas y acciones que se han aplicado desde las diferentes Administraciones Públicas.

En el documento ejecutivo, una vez establecidos los objetivos y las líneas de intervención, se establecen los criterios de gestión, organización y coordinación del Plan Estratégico, así como las herramientas de comunicación, formación y participación para la consulta pública y la consecución de las acciones propuestas. En este sentido, el Plan contará con un seguimiento y evaluación a través de varios indicadores y un informe anual de los mismos. Estos indicadores se clasifican en indicadores de gestión, que evaluarán el grado de cumplimiento de la Estrategia, y los indicadores por área temática, que valorarán la evolución de la exposición a los factores ambientales y el impacto de ello en la salud de la población. En base a esta evaluación, se podrá valorar de una mejor manera la situación en ese momento y elegir las siguientes acciones prioritarias a desarrollar para el correcto cumplimiento del objetivo principal: disminuir los riesgos para la salud de la población derivados de los factores ambientales y construir entornos más saludables promotores de salud.

1. INTRODUCCIÓN

La Salud Pública es el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones Públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad, así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales.

La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública estableció que el entorno familiar, la educación, los bienes materiales, las desigualdades sociales y económicas, el acceso al trabajo y su calidad, el diseño y los servicios de las ciudades y barrios, la calidad del aire que se respira, del agua que se bebe y de los alimentos que se ingieren, los animales con los que convivimos, el ejercicio físico que se realiza, el entorno social y medioambiental de las personas, todo ello determina la salud. La OMS define la Sanidad Ambiental como “aquella disciplina que comprende los aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida y el bienestar social, que son determinados por factores sociales y psicosociales, ambientales, físicos; químicos y biológicos”; perspectiva a la que trata de responder el desarrollo de este Plan Estratégico. Asimismo, las acciones de gobierno, a cualquier nivel, y las intervenciones públicas o privadas, tienen en mayor o menor grado repercusiones sobre la salud. Es por ello, que el enfoque de la salud pública actual se dirige a conformar acciones que rebasan el ámbito de los servicios sanitarios y, por lo tanto, requieren nuevas formas de organización.

La salud de la población española no sólo se ha beneficiado de unos servicios sanitarios de calidad y de la excelencia de los profesionales que en ellos trabajan. También lo ha hecho de su entorno, su clima, su entramado social y familiar, su alimentación y de muchos otros factores que han contribuido a situarla entre los países con mejores indicadores de salud del mundo. Pero hay nuevas realidades que atender que nos recuerdan que una sociedad avanzada debe pensar en la población del futuro, sin esperar a solucionar los problemas cuando sus servicios sociales y sanitarios ya no puedan ofrecer respuestas. El creciente envejecimiento de la población, el aumento de familias monoparentales, el debilitamiento de las redes familiares y sociales acentuados por urbanismos dispersos, la generalización de los animales de compañía, la globalización y sus riesgos emergentes, el flujo de especies, el consumismo, el uso creciente de las nuevas tecnologías, el modo de vida sedentario, la creciente contaminación del medio ambiente, la pérdida de biodiversidad, los efectos del cambio climático o el turismo de masas, son algunos de estos nuevos fenómenos sociales. Estas nuevas realidades conviven con otras, que no por ser más antiguas están del todo resueltas, como la discapacidad física o intelectual, la salud mental, la inmigración, la pobreza, la reclusión penitenciaria o las distintas situaciones de exclusión social. Los servicios sanitarios y sociales solamente serán sostenibles si aseguramos para nuestra población los mejores niveles de salud y autonomía posibles en todos los tramos de la vida y con la garantía de la máxima igualdad.

La equidad es consustancial a la salud y sólo las sociedades que procuran la equidad consiguen buenos resultados en salud, abordando las causas de las desigualdades sociales en salud y adaptando las intervenciones a las necesidades de los distintos grupos poblacionales y

teniendo en cuenta determinantes biológicos como el sexo. Por otro lado, hoy las amenazas a la salud pública en el ámbito internacional no pueden detenerse o prevenirse mediante una sanidad de fronteras, de contención. Son la cooperación y la solidaridad las principales acciones de prevención, de ahí que no pueda abordarse la salud pública de cualquier territorio sin considerar la acción internacional como parte integrante de la política nacional de salud pública.

Debido a que la salud de la población está determinada por las políticas e intervenciones en otros ámbitos, es necesario que desde las Administraciones Públicas se asegure el marco normativo que maximice el nivel de salud sin detrimento de otros bienes sociales que contribuyen al bienestar de la sociedad. Los grandes retos de salud actuales sólo pueden abordarse con garantías de éxito si el conjunto de la sociedad se gobierna considerando y maximizando los resultados que las diversas actuaciones y normas tienen en la salud. La inclusión de la salud y equidad en todas las políticas requiere una organización que permita una adecuada coordinación entre el sector salud y otros sectores, buscando las sinergias en sus políticas o la necesaria protección de la salud, cuando éstas no sean posibles.

En el ámbito europeo e internacional la situación es semejante a la española. Existen directivas sobre los diferentes aspectos medioambientales que pueden afectar a la salud, pero ninguna que los agrupe. Similar a lo realizado en España, se han desarrollado trabajos que relacionan el cambio climático y la salud, y se proponen medidas preventivas y protectoras, como en el Acuerdo de París de 2015, bajo la Convención Marco de Naciones Unidas para el Cambio Climático. Además, en 2010 se publicó el documento "*The EU Environment and Health Action Plan*" (EHAP), en el que se sugirió dicha relación entre salud y medio ambiente, y se propusieron medidas para mejorar la situación actual.

En esta línea, también se han desarrollado trabajos centrados en considerar e integrar los vínculos entre la diversidad biológica y la salud en las políticas públicas; como los que realiza la OMS, la Secretaría del Convenio de Diversidad Biológica (CBD) o el recientemente creado Consejo de Expertos de Alto Nivel sobre One Health (OIE, FAO, PNUMA) para fortalecer la colaboración sobre el enfoque Una Salud o One Health.

Están surgiendo nuevos problemas ambientales, climáticos y sanitarios que requieren una rápida identificación y respuesta. Los ejemplos más recientes incluyen la gestión de residuos electrónicos, nano-partículas, micro plásticos y alteradores endocrinos (bisfenoles, dioxinas, ftalatos, etc.). La situación mundial está cambiando a un ritmo acelerado en lo que respecta al desarrollo tecnológico, nuevas formas de organización del trabajo, mayores migraciones y movimientos turísticos, cambio climático, pérdida de biodiversidad, modificación de ecosistemas y una creciente escasez de agua, lo cual genera una necesidad urgente de identificar esos cambios y problemas emergentes y darles una respuesta oportuna.

La sostenibilidad de los sistemas de salud se pondrá en riesgo si no se abordan seriamente las causas profundas de la enfermedad. Aproximadamente, un 10% del producto interior bruto (PIB) mundial se dedica a la atención sanitaria, pero la cantidad destinada a la promoción de la salud y prevención es muy baja. Las elevadas y recurrentes tasas de enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y enfermedades no transmisibles, causadas por un medio ambiente degradado, suponen una pesada carga para los servicios de salud y los presupuestos nacionales. Los recursos financieros y humanos asignados a la promoción y la prevención primaria siguen siendo insuficientes para reducir la sustancial carga de morbilidad, debida a

riesgos ambientales para la salud. Mientras las estructuras de precios no reflejen los costes de todas las consecuencias de las políticas, las tecnologías y los productos, dichos costes seguirán transfiriéndose al sector sanitario y a la ciudadanía.

Los enfoques centrados en el tratamiento de enfermedades individuales, en lugar de intervenir en los determinantes de la salud, serán insuficientes para abordar los actuales desafíos sanitarios relacionados con el medio ambiente. Es poco probable que mediante enfoques centrados en determinantes individuales se alcancen las mejoras previstas en materia de equidad en salud y bienestar. Es por ello, que para afrontar las causas profundas de la enfermedad se requiere una perspectiva integradora, definida frecuentemente por políticas en sectores clave distintos del sanitario. Incluso, el hecho de no abordar las causas profundas de la enfermedad, así como el uso excesivo de medicamentos y plaguicidas, podría contribuir a la generación de problemas tales como la resistencia a los antimicrobianos o a los insecticidas, lo que podría tener repercusiones sustanciales en la salud pública. En este contexto es donde destaca el enfoque *One Health*, el cual reconoce que la salud humana está íntimamente conectada con la salud del planeta, todos los seres vivos, los ecosistemas, nuestro medio ambiente común y los impulsores sistémicos pertinentes.

En este contexto, existen causas derivadas de políticas o actividades directamente conducentes a un aumento de los riesgos ambientales para la salud. Algunos ejemplos son aquellas decisiones relativas a la generación de energía, algunas prácticas agrícolas, la producción industrial o actividad empresarial y la ordenación del territorio que supongan un aumento de las emisiones, una exposición nociva o un aumento de la vulnerabilidad, que fomenten conductas poco saludables o aceleren el cambio climático. Es por ello que desde las Naciones Unidas se pretenden unas esas mismas herramientas políticas para tratar de revertir la tendencia. Es así como se han desarrollado los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) con numerosas metas en cada uno de ellos. Como se observará a lo largo del Plan, el ODS que vertebra este documento es el ODS 3 de Salud y Bienestar, a partir del cual se pretende recoger e impulsar con esta herramienta otros ODS como el 13 de Acción por el Clima.

Entre otras causas ambientales, el cambio climático es una amenaza primordial para alcanzar los ODS. Los impactos sobre la salud del cambio climático son muy amplios e incluyen impactos directos sobre los factores ambientales que aquí se tratan, pero también indirectos (migraciones, conflictos sobre los recursos naturales, cambios en la economía, etc.).

Por otro lado, hay que destacar que, en España, a través de la Ley 21/2013, de 9 de diciembre, de evaluación ambiental, se ha incorporado la obligación de tener en consideración el impacto en la salud tanto de proyectos como de planes y programas en sus respectivos procedimientos de evaluación ambiental. En este sentido, se considera necesario seguir avanzando en esta dirección e incorporar la evaluación de impacto en salud como una herramienta más para el ejercicio de la *Salud en Todas las Políticas* en línea con lo establecido en el artículo 35 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Por su parte, tanto el Convenio de Naciones Unidas sobre la Diversidad Biológica como la Organización Mundial de la Salud han reconocido la interrelación que existe entre la biodiversidad y la salud humana. La biodiversidad nos proporciona servicios esenciales para nuestra salud, en forma directa como fuente de alimentos o medicamentos y en forma indirecta como, por ejemplo, fuente de aire y agua limpios, y ofrece opciones para adaptarse a los

cambios. Un medio ambiente sano es, por tanto, la base insustituible de nuestra salud y nuestra calidad de vida.

Por todas las razones expuestas, el Ministerio de Sanidad (MSAN) ha promovido y coordinado la redacción de este **Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente,** que ha contado con la participación del Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico, así como de expertos cualificados en las principales áreas temáticas que tienen un mayor impacto sobre la salud pública.

Este Plan Estratégico es coherente con los compromisos de las iniciativas internacionales de la Unión Europea (VII Programa de Medio Ambiente), Directivas y Reglamentos (productos químicos, REACH, biocidas, fitosanitarios, aguas, etc.) y demás legislación europea sobre salud y ambiente, OMS (Conferencia de Ostrava, 13º Programa General de Trabajo de la OMS 2019-2023), Europa 2020, Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (2015), el Pacto Verde Europeo (2019), el Acuerdo de París sobre cambio climático (2015), la Estrategia Europea de Químicos para la Sostenibilidad (2020) y la Estrategia de la UE sobre biodiversidad para 2030 (2020).

Este Plan se integra dentro de la Estrategia de Salud Pública, que se encuentra actualmente en desarrollo. La Estrategia de Salud Pública, de acuerdo con la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, es el instrumento de planificación y coordinación de la salud pública, entendida como el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones Públicas para prevenir las enfermedades, así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales.

Antes de su aprobación, ha sido sometido a la participación pública de las partes interesadas para que su contenido refleje las opiniones y el conocimiento de las sociedades científicas, consumidores, organizaciones profesionales y administraciones competentes (Administración del Estado, Comunidades Autónomas y entidades locales) en la sanidad ambiental.

2 MARCO NORMATIVO

La Constitución Española estableció en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud, encomendando para ello a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS) estableció (Artículos 18, 19, 39 y 40) la obligación de prestar una especial atención a la salud ambiental en los programas del Sistema Nacional de Salud (SNS). El derecho a disfrutar de un medio ambiente saludable está recogido en el art. 45 de la Constitución Española. Sin embargo, el SNS necesita priorizar la protección de la salud frente a los riesgos ambientales como establece la LGS y la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (LSP) que fue publicada en BOE Nº 240 el 5 de octubre de 2011. El Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente se incluye, principalmente, en el marco de esta Ley que dedica numerosas referencias a la protección de la salud y promoción de ambientes saludables frente a los riesgos ambientales y a las actuaciones de las autoridades sanitarias en el ámbito de la sanidad ambiental en su articulado.

En el título preliminar, capítulo II de la LSP, Principios generales de la salud pública, art. 3 apartado b) se establece el "Principio de salud en todas las políticas. Las actuaciones de salud pública tendrán en cuenta las políticas de carácter no sanitario que influyen en la salud de la población, promoviendo las que favorezcan los entornos saludables y disuadiendo, en su caso, de aquellas que supongan riesgos para la salud".

- En el Título I, Derechos, deberes y obligaciones en salud pública, Capítulo III se encuentran los siguientes Artículos:

  Artículo 10. "*…las Administraciones sanitarias informarán sobre la presencia de riesgos específicos para la salud de la población. Esta información incluirá una valoración de su impacto en la salud, de las medidas que adopten las Administraciones sanitarias al respecto y de las recomendaciones para la población*".

  Artículo 11. "*Las Administraciones sanitarias exigirán transparencia e imparcialidad a las organizaciones científicas y profesionales y a las personas expertas con quienes colaboren en las* ***actuaciones*** *de salud pública, incluidas las de formación e investigación […]. A estos efectos, será pública la composición de los comités o grupos que evalúen acciones o realicen recomendaciones de salud pública, los procedimientos de selección, la declaración de intereses de los intervinientes, así como los dictámenes y documentos relevantes, salvo las limitaciones previstas por la normativa vigente*".

- En el Título II, Actuaciones de salud pública, Capítulo I (La vigilancia en salud pública), se hallan los siguientes artículos que, principalmente, requieren este documento de vigilancia de salud y medio ambiente:

  Artículo 12. "*La vigilancia en salud pública es el conjunto de actividades destinadas a recoger, analizar, interpretar y difundir información relacionada con el estado de la salud de la población y los factores que la condicionan, con el objeto de fundamentar las actuaciones de salud pública. […] la vigilancia de salud pública tomará en cuenta, al menos, los siguientes factores: […] Los riesgos ambientales sus efectos en la salud, incluida la presencia de los agentes contaminantes en el medio ambiente y en las personas, así como el impacto potencial en la salud de la exposición a emisiones electromagnéticas*".

- En el capítulo III, Prevención de problemas de salud y sus determinantes, en su artículo 19 apartado 2.

  "*Las Administraciones públicas, en el ámbito de sus respectivas competencias:*

  a) Dirigirán las acciones y las políticas preventivas sobre los determinantes de la salud, entendiendo por tales los factores sociales, económicos, laborales, culturales, alimentarios, biológicos y ambientales que influyen en la salud de las personas".

- El Capítulo VI (Protección de la salud de la población) del Título II (Actuaciones de salud pública) expone el modo en que la Estrategia debe proteger la salud de la población:

  Artículo 27. "*La protección de la salud es el conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios dirigidos a prevenir efectos adversos que los productos, elementos y procesos del entorno, agentes físicos, químicos y biológicos, puedan tener sobre la salud y el bienestar de la población. Las Administraciones públicas, en el ámbito de sus competencias, protegerán la salud de la población mediante actividades y servicios que actúen sobre los riesgos presentes en el medio y en los alimentos, a cuyo efecto se desarrollarán los servicios y actividades que permitan la gestión de los riesgos para la salud que puedan afectar a la población*".

  Artículo 28. "*La protección de la salud comprenderá el análisis de los riesgos para la salud, que incluirá su evaluación, gestión y comunicación. A tal efecto, se desarrollarán acciones sobre los factores desencadenantes de los riesgos […]. Serán sometidos a análisis los riesgos derivados de la exposición de las personas al entorno en el que viven y a los agentes presentes en el medio que puedan afectar a su bienestar físico, mental o social*".

  Artículo 30. "*De la sanidad ambiental.*

  1. La sanidad ambiental tiene como funciones la identificación, la evaluación, la gestión y la comunicación de los riesgos para la salud que puedan derivarse de los condicionantes ambientales; la vigilancia de los factores ambientales de carácter físico, químico o biológico y de las situaciones ambientales que afectan o pueden afectar a la salud; así como la identificación de las políticas de cualquier sector que reducen los riesgos ambientales para la salud.

2. Las Administraciones públicas implantarán programas de sanidad ambiental, coordinados por las Administraciones sanitarias, para elevar el nivel de protección de la salud ante los riesgos derivados de los condicionantes ambientales".

Artículo 31. "*Actuaciones del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en el ámbito de sanidad ambiental.*

1. Corresponde al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad hacer efectiva la coordinación del Estado con las Administraciones públicas y los organismos competentes, en el ejercicio de las actuaciones destinadas a la prevención y protección frente a riesgos ambientales para la salud.

2. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad promoverá que los servicios de ámbito estatal que ejerzan funciones en los ámbitos de identificación, evaluación, gestión y comunicación de los riesgos ambientales para la salud de la población, entre los que se incluirán, al menos, los riesgos relacionados con los productos químicos[1] y la salud y cambio climático, puedan actuar como centro de referencia nacional en dichos ámbitos.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, acreditará servicios que actuarán como centro de referencia nacional en los aspectos de identificación, evaluación y gestión y comunicación de los riesgos para la salud de la población derivados de riesgos ambientales.

3. La Estrategia de salud pública incluirá el análisis del estado de salud ambiental y sus determinantes e incorporará actuaciones que resulten en un entorno más favorable para la salud".

- El capítulo VII determina la aplicación en España de la evaluación de impacto en salud, es decir, la combinación de procedimientos, métodos y herramientas mediante la cual un programa o norma pueden ser evaluados en relación con sus efectos y la distribución de los mismos sobre la salud de la población. La necesidad de avanzar en la seguridad sanitaria aconseja que España sea de los países líderes en garantizar y promover la salud en sus acciones de gobierno, incluyendo, las actuaciones necesarias para que se evalúe el impacto en la salud humana de las diversas actuaciones públicas. La inclusión de la evaluación de impacto en salud en nuestro ordenamiento jurídico puede situarnos en el grupo de los países más avanzados, propiciando la innovación en el desarrollo de reformas relacionadas con la economía sostenible que a su vez garanticen la seguridad sanitaria. Estos preceptos tan novedosos están alineados con las estrategias más modernas y progresistas en materia de salud pública. La aplicación de la LSP evitaría numerosas enfermedades y un considerable ahorro de costes asistenciales para el Sistema Nacional de Salud.

- En el Título III se establece la misión y los objetivos de la Estrategia, así como su planificación y coordinación:

[1] Por "productos químicos" se han de entender tanto sustancias como productos químicos.

Artículo 44. *"Estrategia de Salud Pública.*

1. La Estrategia de Salud Pública, sin perjuicio de las que puedan aprobar las comunidades autónomas, tiene por finalidad propiciar que la salud y la equidad en salud se consideren en todas las políticas públicas y facilitar la acción intersectorial en esta materia.

2. La Estrategia definirá las áreas de actuación sobre los factores condicionantes de la salud e incorporará las acciones de investigación en salud pública contempladas en los artículos 47, 48 y 49 de la presente ley.

3. La Estrategia de Salud Pública, que aprobará el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, tendrá una duración quinquenal y será evaluada con periodicidad bienal".

Artículo 47. "*Centro Estatal de Salud Pública.*

3. El Centro Estatal de Salud Pública realizará el seguimiento y la evaluación de la Estrategia de Salud Pública y coordinará las acciones desarrolladas por los centros nacionales de salud pública".

Con respecto a la relación general entre la salud y el medio ambiente no existe más legislación. Sin embargo, algunas de las diferentes partes que forman el medio ambiente y que afectan a la salud sí que han sido reguladas. La normativa española que incluye las áreas que se desarrollan en este documento es la siguiente:

- Ley 26/2007, de 23 de octubre, de Responsabilidad Medioambiental.

- Ley 7/2007, de 9 de julio de Gestión Integrada de la Calidad Ambiental.
- Real Decreto 39/2017, de 27 de enero, por el que se modifica el Real Decreto 102/2011, de 28 de enero, relativo a la mejora de la calidad del aire.
- Real Decreto 678/2014 de 1 de agosto, por el que se modifica el Real Decreto 102/2011, de 28 de enero, relativo a la mejora de la calidad del aire. Concretamente se revisa el valor del sulfuro de carbono establecido en la disposición transitoria única del Real Decreto 102/2011, adaptándolo al valor recomendado por la OMS para la protección de la salud, el cual es considerablemente más elevado.
- Real Decreto 795/2010, de 16 de junio, por el que se regula la comercialización y manipulación de gases fluorados y equipos basados en los mismos, así como la certificación de los profesionales que los utilizan.
- Real Decreto 117/2003, de 31 de enero, sobre limitación de emisiones de compuestos orgánicos volátiles debidas al uso de disolventes en determinadas actividades.

- Ley 7/2021, de 20 de mayo, de cambio climático y transición energética.

- Ley 34/2007, de 15 de noviembre, de calidad del aire y protección de la atmósfera.

- Ley 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva entre hombres y mujeres.

- Real Decreto 102/2011, de 28 de enero, relativo a la mejora de la calidad del aire.

- Real Decreto 100/2011, de 28 de enero, por el que se actualiza el catálogo de actividades potencialmente contaminadoras de la atmósfera y se establecen las disposiciones básicas para su aplicación.

- Real Decreto 1042/2017, de 22 de diciembre, sobre la limitación de las emisiones a la atmósfera de determinados agentes contaminantes procedentes de las instalaciones de combustión medianas.

- Real Decreto 818/2018, de 6 de julio, sobre medidas para la reducción de las emisiones nacionales de determinados contaminantes atmosféricos.

- Real Decreto Legislativo 1/2001, de 20 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Aguas.

- Real Decreto 509/1996, de 15 de marzo, de desarrollo del Real Decreto-ley 11/1995, de 28 de diciembre, por el que se establecen las normas aplicables al tratamiento de las aguas residuales urbanas.

- Real Decreto 261/1996, de 16 de febrero, sobre protección de las aguas contra la contaminación producida por los nitratos procedentes de fuentes agrarias.

- Real Decreto 815/2013, de 18 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento de emisiones industriales y de desarrollo de la Ley 16/2002, de 1 de julio, de prevención y control integrados de la contaminación.

- Real Decreto 817/2015, de 11 de septiembre, por el que se establecen los criterios de seguimiento y evaluación del estado de las aguas superficiales y las normas de calidad ambiental.

- Real Decreto 849/1986, de 11 de abril, por el que se aprueba el Reglamento del Dominio Público Hidráulico que desarrolla los títulos preliminares, I, IV, V, VI, VII y VIII del texto refundido de la Ley de Aguas, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2001, de 20 de julio.

- Real Decreto 140/2003, de 7 de febrero, por el que se establecen los criterios sanitarios de la calidad del agua de consumo humano.

- Real Decreto 1341/2007, de 11 de octubre, sobre la gestión de la calidad de las aguas de baño.

- Real Decreto 742/2013, de 27 de septiembre, por el que se establecen los criterios técnico-sanitarios de las piscinas.

- Real Decreto 1620/2007, de 7 de diciembre, por el que se establece el régimen jurídico de la reutilización de las aguas depuradas.

- Real Decreto 1514/2009, de 2 de octubre, por el que se regula la protección de las aguas subterráneas contra la contaminación y el deterioro.

- Real Decreto 1311/2012, de 14 de septiembre, por el que se establece el marco de actuación para conseguir un uso sostenible de los productos fitosanitarios.

- Real Decreto 971/2014, de 21 de noviembre, por el que se regula el procedimiento de evaluación de productos fitosanitarios.

- Real Decreto 1054/2002, de 11 de octubre, por el que se regula el proceso de evaluación para el registro, autorización y comercialización de biocidas.

- Ley 8/2010, de 31 de marzo, por la que se establece el régimen sancionador previsto en los Reglamentos (CE) relativos al registro, a la evaluación, a la autorización y a la restricción de las sustancias y mezclas químicas (REACH) y sobre la clasificación, el etiquetado y el envasado de sustancias y mezclas (CLP), que lo modifica.

- Real Decreto 299/2016, de 22 de julio, sobre la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a campos electromagnéticos.

- Ley 37/2003, de 17 de noviembre, del Ruido.

- Real Decreto 1513/2005, de 16 de diciembre, por el que se desarrolla la Ley 37/2003, de 17 de noviembre, del Ruido, en lo referente a la evaluación y gestión del ruido ambiental.

- Real Decreto 1367/2007, de 19 de octubre, por el que se desarrolla la Ley 37/2003, de 17 de noviembre, del Ruido, en lo referente a zonificación acústica, objetivos de calidad y emisiones acústicas.

- Ley 42/2007, de 13 de diciembre, del Patrimonio Natural y de la Biodiversidad.

- Ley 22/2011, de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados.

- Real Decreto Legislativo 1/2016, de 16 de diciembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de prevención y control integrados de la contaminación.

- Real Decreto 630/2013, de 2 de agosto, por el que se regula el Catálogo español de especies exóticas invasoras.

- Ley 21/2013, de 9 de diciembre, de evaluación ambiental y sus posteriores modificaciones.

- Real Decreto Legislativo 7/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Suelo y Rehabilitación Urbana.

- Reglamento (CE) Nº 1907/2006 sobre el registro, la evaluación, la autorización y la restricción de sustancias y mezclas químicas.

- Reglamento (CE) Nº 1272/2008 relativo a la clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas químicas.

- Real Decreto 1054/2002, de 11 de octubre, por el que se regula el proceso de evaluación para el registro, autorización y comercialización de biocidas

- Reglamento (UE) Nº 528/2012 del parlamento europeo y del consejo de 22 de mayo de 2012 relativo a la comercialización y el uso de los biocidas

Como se puede comprobar, la salud ambiental está siendo abordada desde diferentes ámbitos. Sin embargo, la integración y coordinación de todos estos temas es necesaria para que las decisiones tomadas sean coherentes y sólidas. Existen ejemplos de normativas que pretenden realizar esa agrupación, como puede ser: la Ley 7/2021, de 20 de mayo, de Cambio Climático y Transición Energética, desarrollada por el Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico, o la Ley de evaluación ambiental. Esta última pretende la integración y el análisis de los impactos en salud (calidad del aire y protección de la atmósfera, calidad de las aguas, exposición a campos electromagnéticos, análisis de ruido, patrimonio natural y biodiversidad, etc.) de los proyectos sometidos a evaluación ambiental y en los planes y programas objeto de evaluación ambiental estratégica.

3. SALUD Y MEDIOAMBIENTE

3.1. IMPACTO DE LOS FACTORES AMBIENTALES SOBRE LA SALUD HUMANA

La salud humana y el medio ambiente están estrechamente relacionados ya que son muchos y diversos los factores que nos rodean e influyen sobre el organismo. El medio ambiente se define como el conjunto de circunstancias exteriores a un ser vivo; por lo que en la salud ambiental se incluyen todos los factores químicos, físicos, biológicos y sociales externos de una persona y la interacción entre ellos. Así pues, se excluyen los factores genéticos e intrínsecos del individuo.

Esta relación resulta de tanta importancia que se considera uno de los principales puntos de estudio por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este organismo dispone únicamente de un Departamento de Salud Pública, Medio Ambiente y Determinantes Sociales de la Salud que se ocupa de estos temas. Esta relevancia se hace aún más patente cuando se estima el peso que han tenido los factores ambientales sobre la salud humana en los últimos años. Como se puede observar en la Figura 1, se calcula que **un 24% de la carga mundial de morbilidad y un 23% de la mortalidad son atribuibles a factores medioambientales**. Respecto a la población mundial, esta cifra supone 12,6 millones de muertes cada año[1].



Figura 1. Mortalidad relacionada con los diferentes factores ambientales[1].

Sin embargo, no todas estas muertes se distribuyen de igual manera alrededor del planeta. Las condiciones de cada zona (sanitarias, industriales, económicas, sociales, etc.) y las circunstancias en las que viven las personas tienen una gran influencia en la manera en la que el medio ambiente afecta a la población. Por ejemplo, en el informe "Ambientes saludables y prevención de enfermedades" publicado por la OMS en 2006, se estima que el alto porcentaje de mortalidad calculado debido a causas medioambientales[2], se reducía a un 17% en las regiones desarrolladas. La OMS estima que el 50% de las diferencias en la distribución de las enfermedades no transmisibles más importantes dentro de las poblaciones, especialmente las enfermedades cardiovasculares y el cáncer de pulmón, se derivan de las desigualdades sociales en la exposición a factores de riesgo. Además, las medidas que se han venido tomando en las diferentes zonas para la mejora del medio ambiente y la mitigación de su efecto en salud muestran una gran influencia en la distribución global de las muertes debidas a estos factores. De esta manera, las muertes anteriormente mencionadas se reparten aproximadamente de la manera en que muestra la Figura 2. Cabe destacar que **en Europa se estima en 1,4 millones las muertes al año debidas a causas relacionadas con el medio ambiente**[1].

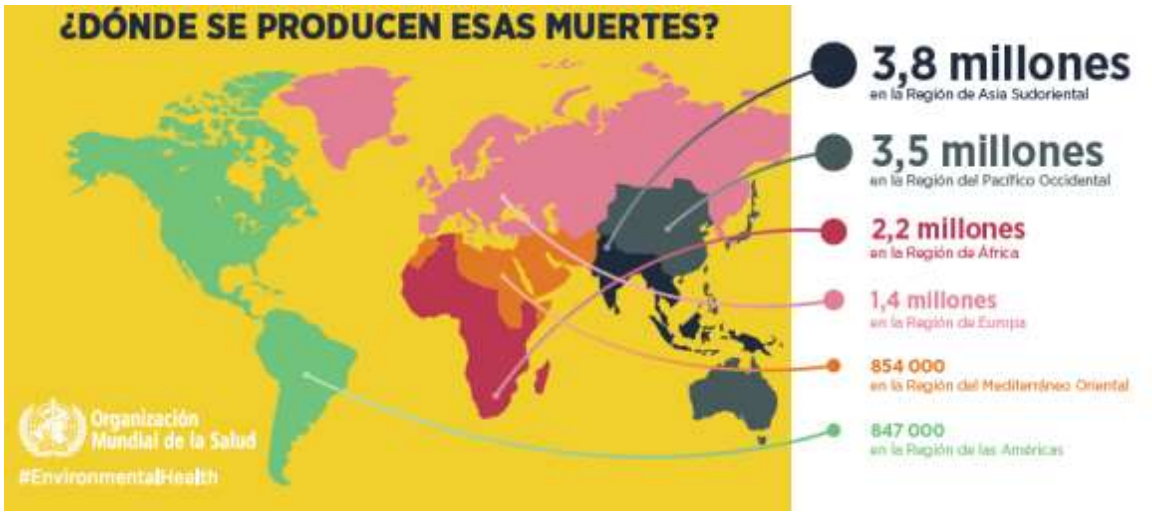


Figura 2. Distribución global de las muertes atribuibles al medio ambiente[1].

En el caso de las enfermedades debidas a factores ambientales, también se observa el mismo comportamiento que en las muertes. Como se puede observar en la Figura 3, **los países que presentan un menor desarrollo muestran las tasas más altas de morbilidad atribuible al medio ambiente**. Del mismo modo, los países del llamado primer mundo, entre los que se encuentra España, presentan tasas inferiores al 16%[3].



Figura 3. Porcentaje de la carga de enfermedades atribuibles al medio ambiente en cada país[3].

Cuando se analizan las causas ambientales de estas muertes, se puede ahondar en la relación entre el medio ambiente y la salud humana. De los 12,6 millones de muertes anteriormente mencionadas, unos 8,2 millones son debido a enfermedades no transmisibles. Principalmente, estas causas se desarrollan de la siguiente manera[1]:

- Accidentes cerebrovasculares – 2,5 millones de muertes anuales.
- Cardiopatía isquémica – 2,3 millones de muertes anuales.
- Traumatismos involuntarios – 1,7 millones de muertes anuales.
- Cánceres – 1,7 millones de muertes anuales.
- Enfermedades respiratorias crónicas – 1,4 millones de muertes anuales.
- Enfermedades diarreicas – 846.000 muertes anuales.
- Infecciones respiratorias – 567.000 muertes anuales.
- Afecciones neonatales – 270.000 muertes anuales.
- Paludismo – 259.000 muertes anuales.
- Traumatismos intencionados – 246.000 muertes anuales.

Dentro de todas las causas de mortalidad y enfermedades, existen algunas en las que el peso de los factores ambientales es mayor que para otras. Por ejemplo, prácticamente la totalidad de los casos de diarrea (94%) son debidos a factores ambientales, mientras que éstos presentan un menor peso en los casos SIDA. Es importante considerar que estos pesos siguen la tendencia observada con anterioridad de distribución global. En los países desarrollados,

aproximadamente el 20% de las infecciones respiratorias son atribuibles a causas ambientales y en los países en desarrollo ese porcentaje alcanza un 42%[2]. En la Figura 4 se muestran las cargas de importancia de los factores medioambientales en las enfermedades que causan el mayor número de muertes en la población mundial.

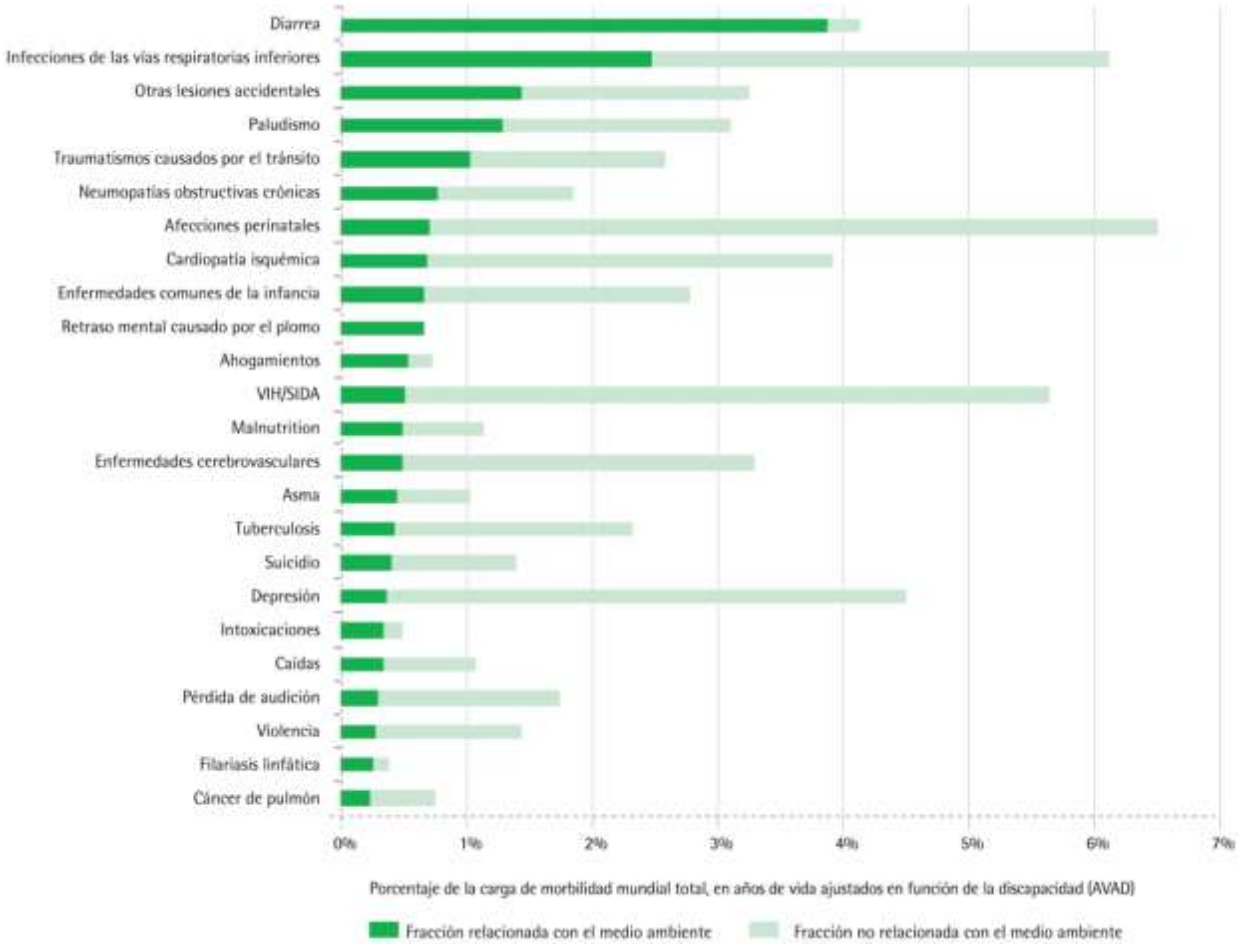


Figura 4. Enfermedades mortales con la mayor contribución del medio ambiente[2].

Dada la influencia de los factores ambientales sobre la salud, existen determinados grupos de población especialmente vulnerables. Entre ellos, los que más destacan son los **niños y niñas y las personas mayores, así como las personas con menos recursos socioeconómicos**.

Respecto a la infancia, anualmente se observan **1,7 millones de muertes en menores de 5 años**, principalmente por **infecciones respiratorias y diarreas** (Figura 5). Esto contrasta con las principales causas de muerte que se dan en adultos indicadas anteriormente, las cuales se centran en enfermedades no transmisibles y lesiones[1]. En los menores de cinco años, la tasa de mortalidad aumenta hasta un 26%. Con respecto al desarrollo de los países de origen de este grupo vulnerable, se estima que aquellos que viven en países menos desarrollados pierden ocho veces más años de vida que los del primer mundo debido a causas medioambientales[2].

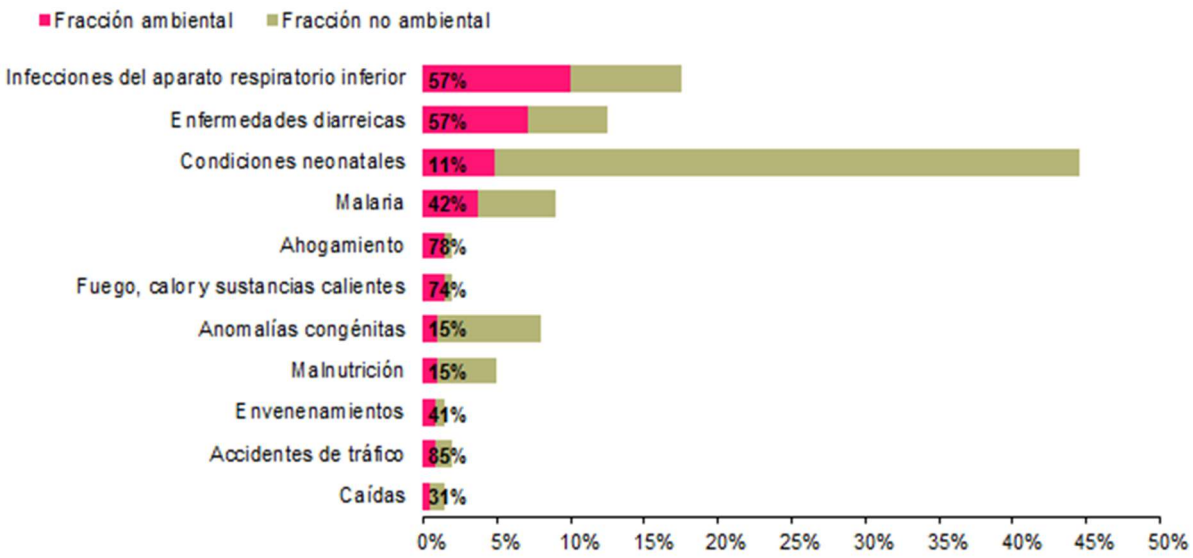


Figura 5. Enfermedades que más afectan a menores de 5 años y la contribución (en color rosa) que tienen los factores ambientales en ellas[3].

Una vez explicada y cuantificada la relevante relación que presentan el medio ambiente y la salud, es posible indicar los principales factores ambientales que la agravan. En este Plan se desarrollan los factores con un mayor componente social y antrópico ligado directamente a ámbitos y actividades urbanas del entorno más cercano del individuo.

Desde la OMS, se centra la visión de estas causas que se muestran en la Figura 6. En ellas, se agrupan todas las áreas que más influyen en la salud poblacional. Por ejemplo, en la contaminación del aire se tiene en cuenta el impacto de la **calidad del aire atmosférico** y la **calidad de ambientes interiores** sobre el organismo. La principal causa de diarreas y otras enfermedades contagiosas es el agua, por lo que la **calidad del agua** en todos sus ámbitos (de consumo humano, de baño, regeneradas, residuales, etc.) es de vital importancia si se quiere reducir las enfermedades derivadas de ella, como la legionelosis. Tanto a través del agua como del aire y de los alimentos, hay una gran cantidad de agentes químicos y biológicos que afectan al organismo de una manera adversa. Por ello, la adecuada protección de los recursos hídricos a través de los distintos instrumentos de gestión y planificación debe poder abordar desde el origen los retos actuales y futuros relacionados con el riesgo de las aguas para la salud humana. Además, la **gestión de los productos químicos** utilizados en prácticas agrícolas y la vigilancia de los **riesgos químicos emergentes** y de aquellos que funcionen como **alteradores endocrinos,** deben estar sólidamente estudiadas y controladas para proteger a la población. Así bien, hay que tener en cuenta que las mujeres son más sensibles a la exposición a estos alteradores endocrinos, especialmente en edad fértil. Dentro de estos productos químicos, también se pueden incluir todos aquellos contaminantes derivados de la **contaminación industrial** y derivados de residuos de medicamentos consumidos que afecten a través de cualquier vía de las mencionadas.

Numerosos estudios alertan de la creciente importancia e impacto del **cambio climático** y sus efectos derivados sobre la salud. El efecto principal sobre el que más se ha incidido es el aumento de la temperatura global a lo largo de los últimos años debido a la acción humana. Así pues, la mitigación y la adaptación de éste puede reducir el impacto de las **temperaturas**

extremas sobre los individuos y mejorar notablemente su salud. El aumento de la temperatura global, junto con otros factores derivados de éste, tiene incidencia en el hecho de que numerosas enfermedades que antes sólo se daban en climas más cálidos o tropicales lleguen a latitudes donde antes no podían desarrollarse.

Aun siendo un problema difícil de cuantificar, no hay que olvidar el fuerte impacto que las especies exóticas invasoras pueden tener sobre la salud (p. ej. el mosquito tigre, como **vector transmisor de enfermedades**, o el mejillón cebra en las redes de agua). Este impacto se estima que seguirá incrementándose en el futuro, siendo previsible el establecimiento de nuevas especies exóticas invasoras, de la mano del aumento del comercio y de las dinámicas y tendencias de las poblaciones humanas. Además, como otro factor principal el cambio climático puede favorecer el establecimiento y dispersión en España de especies exóticas propias de climas más cálidos. El establecimiento de estas especies puede resultar en el desarrollo de plagas que condicionen y afecten el rendimiento de los cultivos.

No sólo los factores ambientales que más intuitivamente se pueden observar afectan a la salud. Un factor que tiene incidencia diaria en la salud de la población como responsable, no solo de molestias, sino también enfermedades cardiovasculares, isquemia e insomnio, entre otras, es el **ruido**, ya sea aquel que se da en el ámbito laboral o en la vida cotidiana derivado del tráfico, ocio nocturno, aerogeneradores, etc. Otro factor es la **radiación ambiental** natural, que puede afectar a la población a través de la ingesta de agua o alimentos, la inhalación de gases radiactivos como el radón, o la simple exposición a la misma. La exposición a **campos electromagnéticos** de bajas frecuencias, frecuencias intermedias y radiofrecuencias, por el uso generalizado de la electricidad, las tecnologías de seguridad y los sistemas de telecomunicaciones (radio, internet, telefonía móvil 5G, Wi-Fi, etc.) requiere identificar, evaluar y controlar sus efectos sobre la salud humana.

Los últimos factores mencionados se dan, sobre todo, en los entornos urbanizados; siendo tan relevantes que convierten a éstos en otro factor ambiental perjudicial para la salud. Para ello, es importante trabajar en la **calidad del hábitat y ciudades verdes** para desarrollar un ecosistema propicio y armonizado en el que el ser humano pueda desarrollar su vida con el menor perjuicio para su salud.



Figura 6. Principales factores a través de los que el medio ambiente afecta a la salud humana[1].

3.2. EPIDEMIOLOGÍA AMBIENTAL

La epidemiología ambiental es una rama de la Epidemiología que utiliza los principios, razonamiento y métodos epidemiológicos para estudiar los efectos sobre la salud de la población derivados de la exposición a agentes externos físicos, químicos y biológicos. La epidemiología ambiental tiene en cuenta la influencias de los factores sociales, económicos y culturales y ambientales (urbanización, vivienda, transporte, energía, aire, agua, agricultura, industria, hábitos culturales, cambio climático, etc.).

Estudia la distribución de los agentes físicos, químicos y biológicos existentes en el medio ambiente que pueden actuar como determinantes de la enfermedad. La exposición a diversos agentes ambientales suele ser involuntaria y puede afectar a grandes grupos de población. Un ejemplo de ello, es la exposición al aire de mala calidad, al ruido o a picaduras de vectores transmisores de enfermedades. En este contexto, la epidemiología ambiental tiene como objetivos inferir la relación entre la exposición y sus efectos en la salud humana, identificando las causas ambientales de las enfermedades, como por ejemplo los contaminantes del aire y del agua, contaminantes de los alimentos o las características del entorno construido en las poblaciones, entre muchos otros.

En este sentido, el abordaje de la problemática ambiental debe considerar el análisis conjunto de tres aspectos claves: la salud, el ambiente y los determinantes sociales de la salud; ya que estos últimos se encuentran estrechamente relacionados con el proceso salud-enfermedad, y no deben considerarse como elementos aislados.

La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, establece, en su artículo 12, que la vigilancia de la salud pública tendrá en cuenta los riesgos ambientales y sus efectos en la salud. Asimismo, en el artículo 30 dedicado a la sanidad ambiental, la Ley establece que se desarrollarán, dentro de las funciones de dicha área, la identificación, la evaluación, la gestión y la comunicación de los riesgos para la salud que puedan derivarse de los condicionantes ambientales. De igual forma, se considera la vigilancia de los factores ambientales de carácter físico, químico o biológico y de las situaciones ambientales que afectan o pueden afectar a la salud.

El desarrollo de la epidemiología ambiental como disciplina se fundamenta en diversas características básicas (Figura 7). En primer lugar, se centra en las circunstancias de la exposición para clarificar las relaciones causales entre los agentes ambientales y sus efectos en las poblaciones expuestas. Este enfoque genera una visión integral de la problemática ambiental que permite desarrollar intervenciones más efectivas en su aplicación. Otra de sus características, es que la práctica de la epidemiología ambiental requiere la integración de los conocimientos de múltiples disciplinas, desde el ámbito científico al social y económico, generando un conjunto de información que involucre tanto datos cuantitativos como cualitativos. Para ello, es fundamental que la epidemiología ambiental investigue el origen de los problemas y sus posibles consecuencias, y evalúe no solo la eficacia de las acciones sino también su efectividad.

Además de las características mencionadas, la epidemiología ambiental requiere incorporar la visión de la población, de forma que se adapten a las necesidades evidenciadas. Este enfoque comprende la comunicación de resultados adaptada a las necesidades de los individuos, que permita una integración de las comunidades como agentes de cambio, desde una perspectiva participativa. A la par, la epidemiología ambiental debe ser capaz de reconocer la estrecha relación existente entre los aspectos socioeconómicos, el ambiente y la salud, y la correspondencia con las políticas en este sector. De esta manera, son ejes básicos del análisis integral de la epidemiología ambiental los determinantes económicos y el uso de recursos, que permite visibilizar y exteriorizar problemas de desigualdades e inequidades, debido a los gradientes socioeconómicos existentes.



Figura 7. Fundamentos básicos de la epidemiología ambiental.

Existen algunos aspectos que definen la complejidad del estudio de la epidemiología ambiental. Uno de estos aspectos comprende los múltiples tipos de riesgo ambiental existentes, resultado de diversas actividades humanas, y con vías de exposición variadas, tales como la inhalación, la ingestión y el contacto. La exposición puede estar condicionada en función de determinantes sociales como el género o el nivel educativo. Además, esta exposición puede generarse de manera simultánea o alterna. También, es importante resaltar que cada tipo de riesgo ambiental puede tener más de un efecto en la salud y muchas de estas enfermedades se caracterizan por ser multifactoriales, es decir, pueden ocurrir por la combinación de distintos agentes ambientales, genéticos y hábitos de vida.

Como se viene comentando, la epidemiología ambiental incluye numerosos factores que rodean a la salud pública. Especialmente importante es tener en cuenta los aspectos relacionados con la salud animal, debido al estrecho contacto que mantenemos con los animales a diferentes niveles. En este caso, el paradigma One Health y el enfoque multidisciplinar de los que se habla, podrían repercutir en un mayor impacto en la epidemiología ambiental enfocada a la salud pública. En parte, es debido a que, recopilando los diagnósticos de salud animal, se pueden crear alertas tempranas y modelos predictivos que permitan realizar intervenciones más efectivas para prevenir la enfermedad en origen, antes de afectar al ser humano.

Otro de los aspectos característicos de los riesgos ambientales es que pueden tener una variación espacio-temporal, en función de las condiciones geográficas, de género, socioeconómicas o normativas. Por otro lado, los efectos sobre la salud de ciertos contaminantes (radiaciones o metales pesados) se pueden dar por exposición aguda o crónica por diversas vías, a uno o varios agentes de forma simultánea (mezclas) a concentraciones bajas, lo que genera efectos a largo plazo difíciles de relacionar causalmente. En definitiva, todos estos aspectos deben ser tomados en cuenta para poder realizar un estudio adecuado y exhaustivo de la epidemiología ambiental.

El reto actual que se presenta para la epidemiología ambiental es poder desarrollar una perspectiva multidisciplinaria que fomente la identificación de los factores causales de la enfermedad y que se puedan desarrollar intervenciones más efectivas para prevenir la enfermedad, en el marco de la equidad y la promoción de ambientes saludables. En este sentido, la epidemiologia es una excelente herramienta para la reducción del impacto de los factores ambientales, que respalde las decisiones políticas públicas intersectoriales y aumento la concientización y sensibilización social sobre la protección del medio ambiente y el derecho a la salud humana.

En España, existen diversos organismos dedicados a la investigación y evaluación de la epidemiología ambiental, siendo uno de ellos el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Adscritos al ISCIII, se encuentran el Centro Nacional de Sanidad Ambiental, especializado en los aspectos sanitarios derivados de la contaminación medioambiental, y la Unidad de Epidemiología del Cáncer y Ambiental (Centro Nacional de Epidemiología), que proporciona información sobre la epidemiología del cáncer en España y sus determinantes, desde una perspectiva de salud pública. Otro organismo dependiente del ISCIII es el Centro de Investigación Biomédica en Red - Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), que centra sus actividades en conocer la magnitud y la distribución de los problemas de salud pública e identificar los factores determinantes de los mismos. Hay varias Centros de Investigación (CSIC, CIEMAT, etc.) y Universitarios que pueden aportar un valioso conocimiento sobre la influencia de los factores ambientales en la salud humana. Otras instituciones reconocidas por su labor en la sanidad ambiental son la Sociedad Española de Sanidad Ambiental (SESA), que se centra en el estudio e identificación de los factores de riesgo ambientales y sus efectos para la salud; y la Sociedad Española de Epidemiología (SEE),y la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) que promueven múltiples grupos de trabajos dedicados a los estudios, opiniones o valoraciones acerca de los problemas de salud de la sociedad, a la vez que fomentan el estudio y mejor conocimiento de la epidemiología, en todas sus vertientes.

Asimismo, se debe hacer mención del Centro de Investigación en Epidemiología Ambiental (CREAL), que se integra con el Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal). La investigación de este centro se fundamenta en seis programas: el respiratorio, cáncer, infancia, contaminación atmosférica, contaminación del agua y radiaciones. De forma general, la investigación del centro está orientada al desarrollo de políticas de protección de la salud, que permitan la disminución de las enfermedades y las discapacidades sociales debidas a las diversas exposiciones ambientales. También, se encuentran el Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA), que cuenta con un grupo de investigación dedicado a la Epidemiología ambiental y molecular del cáncer; y el Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia, que posee un grupo de Investigación de Epidemiología y Salud Pública, en el que parte de su investigación se centra en la Epidemiología Ambiental y el Desarrollo Infantil.

En la actualidad, la epidemiología ambiental se ha convertido en una disciplina fundamental para el estudio de cómo los factores ambientales, tanto físicos, químicos o biológicos, afectan a la salud de las poblaciones. En este sentido, el conocimiento aportado por la epidemiología ambiental permitirá evaluar las consecuencias que se deriven de diversos problemas ambientales que impliquen un riesgo para la salud. Es por ello, que el abordaje de la epidemiología ambiental en el Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente constituye un instrumento básico que contribuye a la consecución de los objetivos planteados en el mismo, tomando en consideración aspectos integrales de la sociedad y el desarrollo de intervenciones que sean efectivas y eficaces en su aplicación.

3.3. DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

Como se ha podido observar, la salud está determinada por las condiciones y circunstancias en las que las personas viven, y por el entorno, es decir: las condiciones socioeconómicas, la cultura y valores de la sociedad, las políticas que estén en marcha, el tipo y las condiciones de trabajo, la educación, el género, las condiciones de vivienda, los servicios sanitarios, etc. A estas circunstancias se las denomina **determinantes sociales de la salud**, y el hecho de que no estén distribuidos de forma equitativa en la población genera desigualdades en salud. Las **desigualdades sociales en salud** son las diferencias en salud injustas y evitables que se dan, de forma sistemática, entre los grupos socioeconómicos de una población y que son resultado de la desigual distribución de los determinantes sociales de la salud a lo largo de la escala social[4].

En las últimas décadas, se ha dedicado un considerable esfuerzo a demostrar las relaciones existentes entre las condiciones de salud de las distintas poblaciones y su desarrollo económico. Así, se han desarrollado diferentes modelos para explicar los determinantes sociales de la salud. En España se desarrolló el **Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud** por parte de la Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España en 2010 (Figura 8), basado en el marco desarrollado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Más recientemente, en 2018, el marco conceptual de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre Equidad, ya incorpora como factores estructurales aquellos relacionados con el entorno natural, la tierra y el clima[5].

Para avanzar hacia la equidad en salud, es necesario trabajar en estos determinantes sociales y a su vez adaptar las intervenciones y políticas a las distintas necesidades de los diferentes grupos poblacionales. Para ello, se debe tener en cuenta que las desigualdades sociales en salud no sólo se presentan en los grupos sociales más desfavorecidos, sino que muestran un gradiente a lo largo de toda la escala social, haciendo necesario un enfoque que aborde ambos. A su vez, se hace necesario trabajar con otros sectores además de salud para abordar estas desigualdades, así como fomentar la participación social en el desarrollo de las políticas.

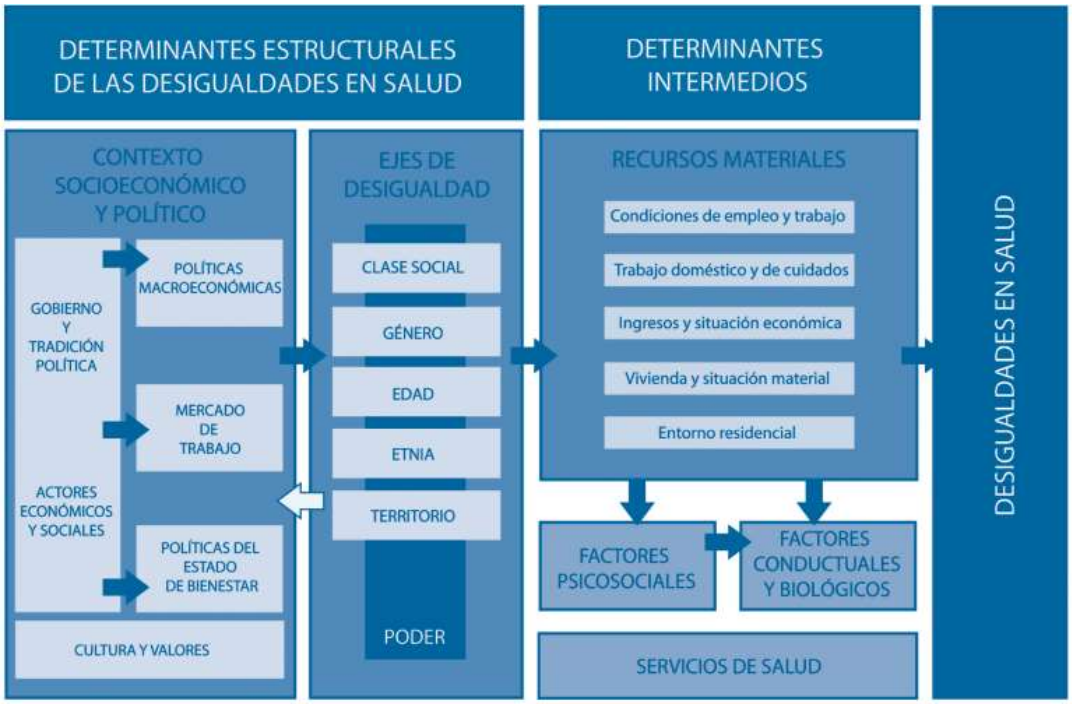


Figura 8. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud[6].

En el año 2018, la **Agencia Europea de Medio Ambiente** advirtió que son necesarias medidas específicas para proteger a las personas que poseen menos recursos frente a los diversos riesgos medioambientales[7]. A pesar de que la calidad medioambiental en Europa ha ido mejorando progresivamente en los últimos tiempos, algunos riesgos medioambientales, como la contaminación atmosférica y acústica, siguen contribuyendo a provocar enfermedades graves y muertes prematuras. Asimismo, otro factor que ha generado importantes consecuencias en la salud de la población son las temperaturas extremas. Sin embargo, las consecuencias generadas no han afectado a toda la población por igual, siendo un reflejo de las diferencias socioeconómicas y demográficas en la sociedad actual.

En la misma línea, la **Organización Mundial de la Salud** (OMS) ha señalado las diferencias entre el grado de equidad en salud y las desigualdades a las que se enfrentan los países en Europa. En particular, en el informe publicado en el año 2019, se describen varias condiciones esenciales que tienen impacto en la equidad de la salud, y en las cuales es necesario aplicar distintas políticas para mejorar el estado de salud de la población[8] (Figura 9).



Figura 9. Condiciones de equidad en la salud[8].

En particular, en las denominadas "condiciones de vida", se expone la temática de la contaminación del aire, discutida ampliamente en este Plan Estratégico. La polución del aire afecta de manera general a todas las personas. Sin embargo, el grado de exposición a dicha contaminación varía dependiendo de las condiciones socioeconómicas de segmento de la población. Por ejemplo, la concentración de contaminantes del aire en zonas urbanas con una alta densidad de población será mucho mayor que en otro tipo de zonas. La exposición prolongada a dichos contaminantes, así como a otros riesgos medioambientales, acarrea como consecuencia una mayor probabilidad de contraer enfermedades e incluso de incrementar la mortalidad.

El informe sobre desigualdades ambientales en salud en Europa[9], de la Oficina Regional de la OMS para Europa, analiza indicadores en cinco dominios: vivienda, servicios básicos, entornos urbanos y transporte, relacionadas con el trabajo y relacionadas con lesiones. Este informe destaca, no solo la distribución desigual de condiciones ambientales, sino que la variabilidad en vulnerabilidad de distintos subgrupos de población puede resultar a su vez en desigualdades en salud relacionadas con el medio ambiente. Por tanto, no sólo es necesario abordar las condiciones ambientales y su distribución desigual, si no que la vulnerabilidad a determinados factores ambientales también tiene una distribución desigual en la población.

Estos aspectos abordados por la OMS coindicen con algunos de los compromisos presentados en los **Objetivos de Desarrollo Sostenible**, como es **la reducción de las desigualdades**, y con los objetivos estratégicos de "*Health 2020*"[10] de la OMS, como mejorar la salud para todos y reducir las inequidades en la salud, así como también mejorar el liderazgo y la participación institucional en temas de la salud.

A nivel nacional, se trabaja en equidad en salud avanzando en las líneas de la **Estrategia Nacional de Equidad**, que incluye como líneas de trabajo principales: la vigilancia de equidad y determinantes sociales de la salud, avanzar en salud y equidad en todas las políticas, la integración de la equidad en las estrategias, programas y actividades y acciones dirigidas a mejorar la equidad en los primeros años de vida. A su vez, en 2013 se aprobó la **Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención** en el Sistema Nacional de Salud, con un enfoque de equidad y determinantes sociales de la salud, y con actuaciones en el entorno sanitario, educativo y local, favoreciendo entornos que promuevan la salud.

A su vez, alineado con las políticas y estrategias europeas dirigidas al compromiso con las personas en situación de pobreza o exclusión social, el MSAN, en conjunto con el entonces Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad, presentó la **Estrategia Nacional de prevención y lucha contra la pobreza y la exclusión social 2019-2023**[11], donde se ahonda en las desigualdades en salud de los grupos más desfavorecidos y en las acciones en salud a llevar a cabo. En este sentido, también se encuentra la **Estrategia Nacional contra la Pobreza Energética 2019-2024**. Aunado a ello, se ha desarrollado la Estrategia de Transición Justa, que forma parte del Marco Estratégico de Energía y Clima, y que plantea como objetivo optimizar los resultados de la transición ecológica para el empleo, de forma de asegurar que se aprovechen al máximo las oportunidades de esta transición y que nadie se quede atrás[12].

Por tanto, existen distintos ejes de desigualdad a tener en cuenta para analizar los indicadores y planificar las intervenciones, desde una perspectiva que incluya la posición socioeconómica, los ingresos, el territorio, la edad, el género, etc. A su vez, es relevante prestar una mayor

atención a grupos con una mayor vulnerabilidad, como puede ser la infancia, las personas de mayor edad o aquellas que presenten comorbilidades asociadas.

Otro aspecto considerado prioritario, tanto en este Plan Estratégico como en las iniciativas europeas, es la **comunicación y difusión de la información a la población**. En este aspecto, las diferencias socioeconómicas de una población afectan a la educación e información que reciben, lo que a su vez afecta a su salud. Por ello, una de las principales funciones de los sistemas de salud debe ser **aportar información a toda la población** sobre los posibles efectos adversos para la salud, así como capacitarla y dotarla de competencias y herramientas para actuar frente a ellos. La normativa, en particular en materia de salud pública, contempla que la población tiene derecho a ser informada por las Administraciones competentes sobre los posibles factores que puedan afectar su salud. Por ejemplo, el conocimiento de los niveles de exposición, de medidas preventivas y de actuaciones generales frente a los diversos factores ambientales que puedan repercutir en la salud, será fundamental para reducir el número de personas que puedan ser afectadas. Esto es de suma importancia, si se considera que todos los efectos adversos derivados de factores ambientales sobre la salud generan unos costes económicos. En este sentido, todos los recursos empleados para la concientización y sensibilización de la población, especialmente en sectores desfavorecidos social y económicamente, perseguirán el objetivo de reducir las tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a dichos factores ambientales. Esta inversión en educación también se debería extender a profesionales sanitarios, y no solo a la población.

Este Plan Estratégico presenta múltiples objetivos y líneas de intervención relacionados con la mitigación de los efectos en la salud causados por diversos riesgos medioambientales y se encuentran orientados a mejorar la calidad y atención en salud que recibe la población. Tanto las condiciones medioambientales como la vulnerabilidad a las mismas tienen una distribución desigual a lo largo de la población. Por todo ello, es necesario que se tomen medidas que permitan reducir las inequidades en salud y provean protección a la población en materia de salud.

3.4. EVALUACIÓN ECONÓMICA DEL IMPACTO DEL MEDIO AMBIENTE EN LA SALUD

Los factores ambientales implican diferentes efectos adversos sobre la salud de la población. Dichos perjuicios además conllevan unos costes económicos que repercuten de manera significativa sobre la sociedad.

La evaluación económica sanitaria es una herramienta de información cuyo objetivo es orientar y ayudar a los responsables en la toma de decisiones, de tal manera que los recursos destinados a la prevención de los impactos sanitarios ambientales se asignen de la forma más eficiente posible. Podemos encontrar diferentes tipos de análisis económicos que tratan de cuantificar el coste económico derivado del impacto sobre la salud de los factores ambientales, como los estudios que cuantifican económicamente la carga de enfermedad, los cuales atribuyen un valor monetario a cada efecto, directo o indirecto, producido por el factor de riesgo; o los Análisis Coste-Efectividad (ACE), que tratan de estimar la relación entre los costes de una determinada intervención y los beneficios que ésta reporta.

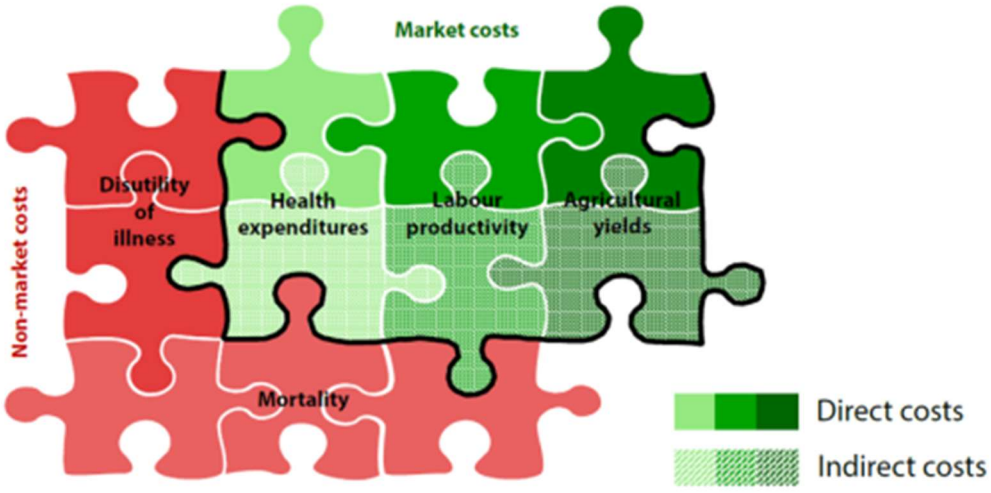


Figura 10. Descripción de los costes directos e indirectos producidos por la contaminación del aire[13].

Se pueden encontrar numerosos estudios que estiman las consecuencias económicas de los diferentes factores ambientales. Un ejemplo es el publicado en 2016 por la OCDE en el que se recogen las consecuencias económicas de la contaminación atmosférica y su variación respecto a políticas ambientales. En él se puede observar la situación actual y estimada para el futuro, si no se aplican políticas eficientes, de los costes directos (productividad laboral, gasto en salud y rendimiento agrícola) e indirectos (factores de producción, comercio internacional y bancario y cambios en precios) de la contaminación del aire. Estos costes podrían pasar del 0,3% del PIB actual de media en cada país de la OCDE al 1% en 2060, incrementando significativamente el peso de los costes indirectos, frente a los costes directos[13] (Figura 11).

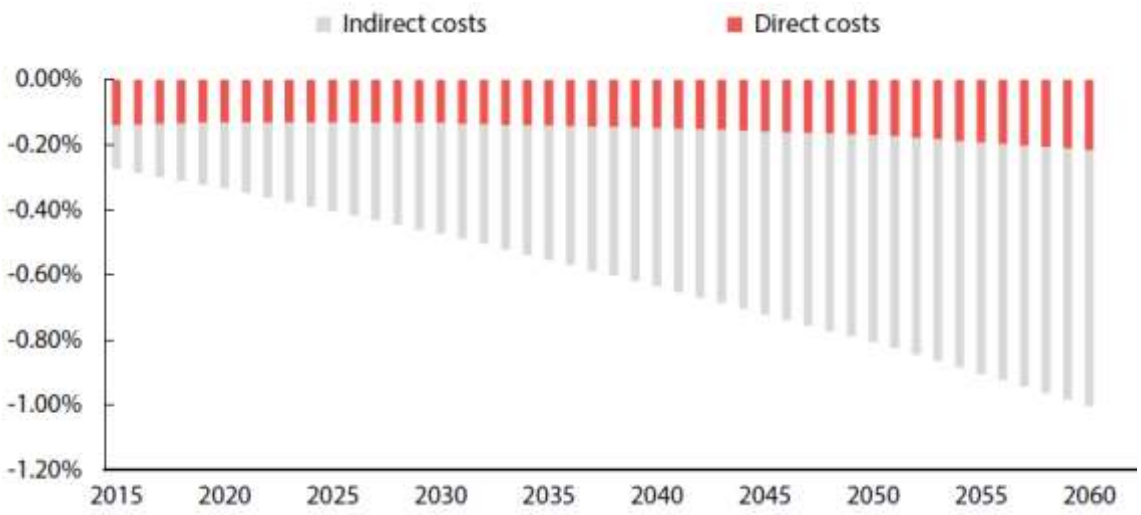


Figura 11. Costes directos e indirectos producidos por la contaminación del aire en el PIB de un país de la OCDE[13].

Otro estudio de similares características evalúa las consecuencias económicas del cambio climático, y sugiere que la ausencia de medidas para hacer frente al cambio climático podría tener un efecto negativo sobre el PIB mundial de entre el 1 y el 3,3% para el año 2060. La magnitud de estos impactos dependerá de la magnitud del escenario de cambio climático en que nos encontremos y, en parte, de la capacidad de adaptación al mismo a través de cambios en las tecnologías de producción, los patrones de consumo o los patrones de comercio internacional. En la Figura 12, se puede observar como la salud es uno de los aspectos que más contribuye a reducir el crecimiento económico derivado del cambio climático, estimando para el año 2060 que el impacto en la salud será responsable de una pérdida del 0,9% del PIB[14].

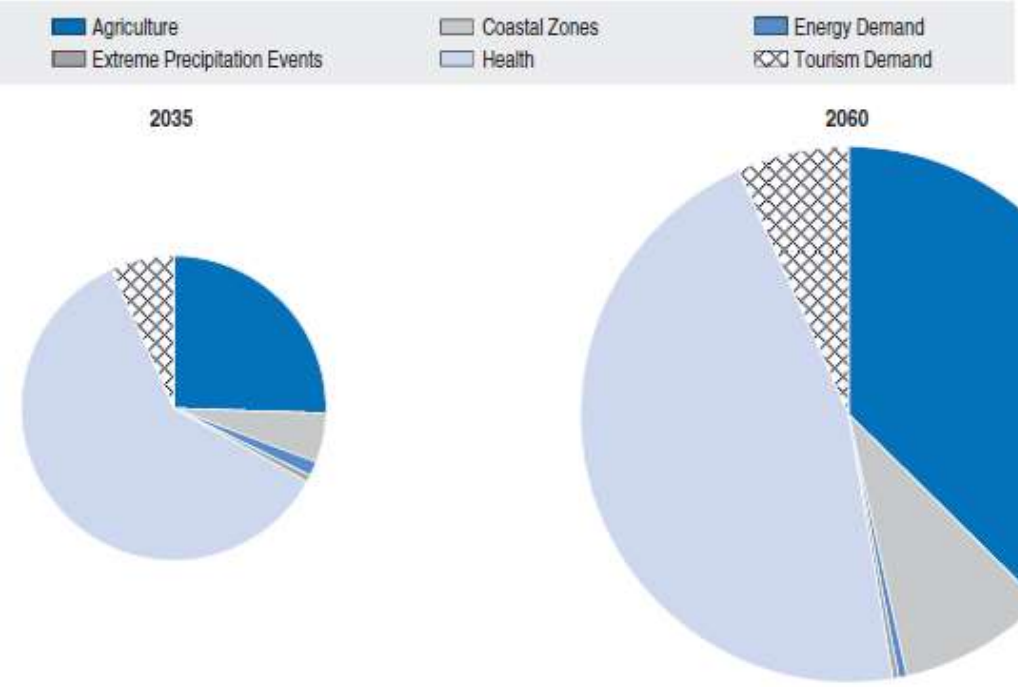


Figura 12. Atribución de impactos seleccionados del cambio climático. Variación porcentual del PIB[14].

Por otro lado, como ya se ha comentado, los estudios de Análisis Coste-Efectividad tienen en cuenta tanto los costes de implementar una determinada política como los beneficios que reporta; lo que hace posible priorizar entre diferentes intervenciones. Entre las medidas de efectividad más utilizadas y recomendadas en las evaluaciones económicas podemos destacar, los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC o QALY por sus siglas en inglés), los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD o DALY por sus siglas en inglés). Los AVAC son una medida de salud que combina la información sobre la esperanza de vida y la calidad de vida de los individuos de una forma genérica, lo que permite comparar los costes y beneficios de diferentes intervenciones sanitarias. Por otro lado, los AVAD son un indicador que combina los Años de Vida Perdidos (AVP) y los Años Vividos con Discapacidad (AVD), utilizados para calcular la carga total de la enfermedad incluyendo así la mortalidad y la morbilidad. El análisis es similar tanto si se utilizan AVAC como AVAD, siendo la principal diferencia el resultado obtenido, obteniendo en el primer caso el coste por AVAC ganado y en el segundo caso el coste por AVAD evitado.

Se puede encontrar un ejemplo de este tipo de análisis en el Euro-Proyecto RADPAR[15] (*Radon Prevention and Remediation* por sus siglas en inglés), el cual tenía como objetivo contribuir a la reducción de la carga para la salud pública de los cánceres de pulmón ocasionados por la exposición al radón residencial en los Estados Miembros de la Unión Europea. Los resultados obtenidos sugieren que las medidas de prevención son rentables incluso en zonas donde los niveles de radón no son elevados. En lo relativo a las medidas de mitigación, los resultados fueron menos claros y la rentabilidad dependía en gran medida de los niveles de radón existentes en la vivienda.

Otra metodología comúnmente empleada en evaluación económica sanitaria para valorar la mortalidad es el Valor de la Vida Estadística (VVE o VSL por sus siglas en inglés) y el Valor de

un Año de Vida (VAV o VOLY por sus siglas en inglés). Entendemos por Valor de la Vida Estadístico al valor, en unidades monetarias, que la sociedad atribuye a evitar que uno de sus miembros muera, mientras que por Valor de un año de Vida entendemos la pérdida de esperanza de vida, expresados como años de vida perdidos. Este tipo de metodologías se suelen emplear en el ámbito de políticas cuyo beneficio es evitar muertes por una determinada causa.

La Agencia Europea de Medioambiente (AEMA o EEA, por sus siglas en inglés), publicó la primera estimación sobre los costes de la contaminación del aire causada por las instalaciones industriales europeas. Este informe empleó un modelo simplificado de estimación para evaluar los costes para la salud y el medioambiente en 2009 causados por la emisión de contaminantes en las instalaciones industriales basado en el Valor de la Vida Estadística y el Valor de un Año de Vida. Los resultados estimaron que el daño causado por estas emisiones fue de, al menos, 102-169 millones de euros en 2009 en Europa[16].

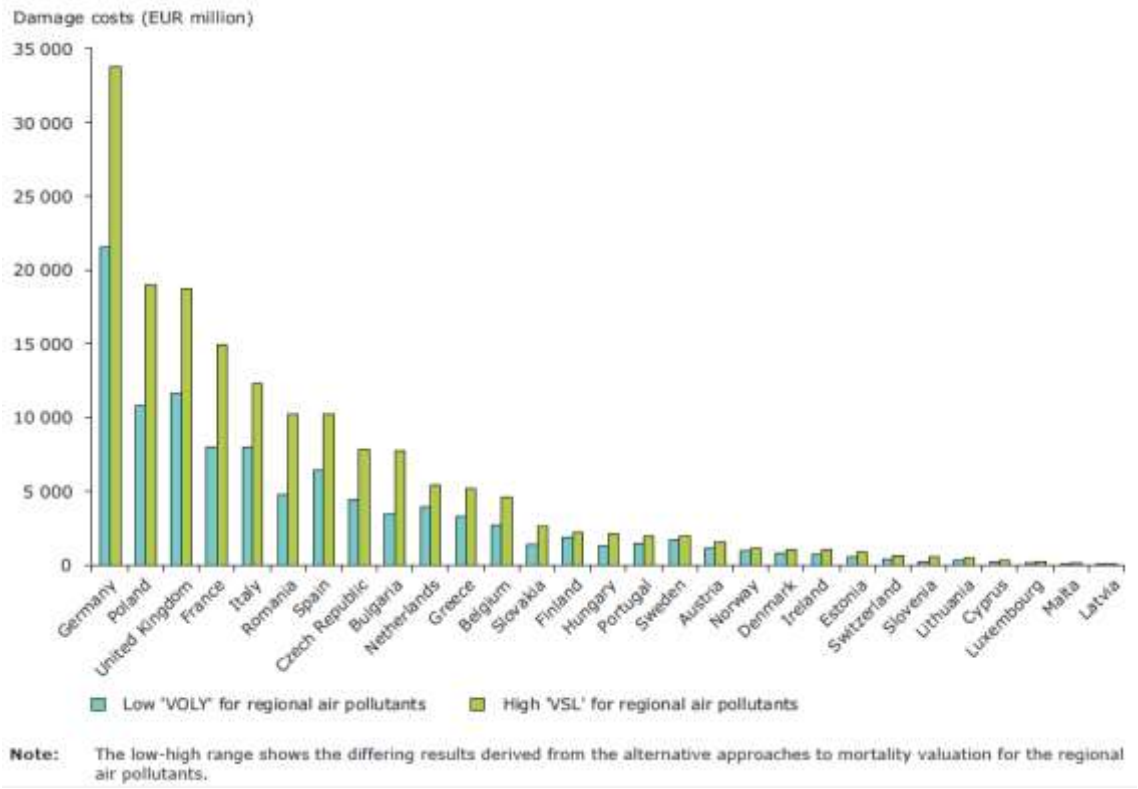


Figura 13. Coste agregado del daño por país, incluyendo CO_2[13].

Una actualización posterior de este informe estimó que el coste agregado del daño causado por las emisiones de las instalaciones industriales europeas fue como mínimo de 329 billones de euros en el periodo 2008-2012.

Pollutant group	Aggregated damage cost (billion EUR_{2005})				
	2008	2009	2010	2011	2012
Main air pollutants (NH_3, NO_x, PM_{10}, SO_2, NMVOCs)	58–168	47–136	44–129	43–124	40–115
CO_2	20–82	18–73	19–76	18–74	18–73
Heavy metals (As, Cd, Cr, Hg, Ni, Pb)	0.53	0.34	0.43	0.34	0.34
Organic pollutants (benzene, dioxins and furans, PAHs)	0.22	0.11	0.17	0.22	0.10
Sum	**79–251**	**65–209**	**64–206**	**62–199**	**59–189**

Figura 14. Estimación del coste agregado del daño por grupo de contaminantes, 2008-2012 (precios 2005)[14].

Las metodologías descritas tratan de valorar económicamente los efectos adversos que los factores ambientales producen en la salud de la población. Estos análisis tratan de orientar a los responsables en la toma de decisiones, si bien hay que tener presente las incertidumbres y limitaciones que presentan, por lo que los resultados obtenidos deben interpretarse y comunicarse con cautela, no pudiendo constituir la única base para la toma de decisiones. En todo caso, más allá de las pertinentes consideraciones éticas, es notorio y evidente el impacto económico y social de los factores de riesgo para la salud de tipo ambiental.

4. SITUACIÓN EN ESPAÑA

Los factores ambientales anteriormente explicados han mostrado su fuerte implicación en la salud de la población. En consecuencia, se están realizando estudios de vigilancia sobre algunos de ellos para conocer su situación en España. Asimismo, algunos de ellos cuentan con planes específicos que presentan, además de su estudio y monitorización, medidas específicas para revertir la situación desfavorable y mejorar la situación medioambiental. Un efecto derivado de la implantación de estos planes y proyectos es la mejora de la salud de la población española, ya que se minimiza el riesgo e impacto de dichos factores en ella. Sin embargo, actualmente no existe un documento unificado que tenga en cuenta todos estos factores que han sido analizados por separado y pueda enfocar las medidas a desarrollar desde un punto de vista integral de la relación entre el medio ambiente y la salud.

Parcialmente, se cuenta con el instrumento de la evaluación ambiental de planes, programas y proyectos que analiza una amplia gama de factores ambientales con incidencia en la salud humana. En este caso, sería útil crear un instrumento para unir esas partes en un instrumento de **Evaluación de Impacto en Salud** (EIS) que considere específicamente el impacto en salud, además del ambiental. En España, la EIS está recogida en el artículo 35 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Sin embargo, los procedimientos administrativos y el marco metodológico a seguir no quedan especificados en dicha ley; por lo que algunas CCAA han tomado la iniciativa desarrollando métodos propios. Por ejemplo, la Diputación de Barcelona está desarrollando, junto al ISGlobal, una herramienta para la evaluación del impacto en salud de las actuaciones que se realizan al espacio público, y que puede servir de guía[17].

Como se ha comentado, éste es un procedimiento con paralelismos al que plantea la Evaluación de Impacto Ambiental (EIA). Este proceso reglado en España por la Ley 21/2013, de 9 de diciembre, de evaluación ambiental tiene procedimientos claros y metodologías específicas para cuantificar y controlar los efectos que tienen ciertas intervenciones (planes, programas y proyectos) sobre el medio ambiente. Es por ello que muchos países de la Unión Europea han optado por desarrollar la EIS de forma integrada a la EIA, respetando las cuestiones de equidad, en lo que se ha definido como una Evaluación de Impacto Ambiental, en Salud y Social. En este sentido, algunas CCAA, como por ejemplo Andalucía, disponen ya de una amplia experiencia en la evaluación del impacto en salud integrada en las Evaluaciones de Impacto Ambiental.

El **cambio climático** provoca la alteración de numerosos factores en el medio ambiente, los cuales, a su vez, tienen una gran incidencia en la salud humana. Al ser tan relevante y amplio, se está tratando de abordar el problema desde diferentes flancos. Actualmente, se hace un **seguimiento** de los diversos **indicadores relacionados** con este factor (mortalidad por calor, casos de enfermedades tropicales, eventos climáticos extremos, etc.) por parte del MSAN para comprobar cómo se desarrolla en España[18]. En esta línea, se creó el **Observatorio de Salud y**

Cambio Climático (OSCC) que fue un instrumento de análisis, diagnóstico, evaluación y seguimiento de los efectos del cambio climático en la salud pública y en el Sistema Nacional de Salud. Desde un punto de vista más general, en 2006 la **Oficina Española de Cambio Climático** (OECC) desarrolló el **Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático** (PNACC) que constituye el instrumento de planificación básico para promover la acción coordinada y coherente frente a los efectos del cambio climático en España e incorpora la salud como uno de sus ámbitos de trabajo y en 2020 se ha aprobado el nuevo PNACC para el periodo 2021-2030. Desde el enfoque de la mitigación o reducción de las emisiones de gases de efecto invernadero, causa última del cambio climático, el Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana está desarrollando la **Estrategia para la rehabilitación energética en el sector de la edificación en España**, que presta especial atención al estado de confort térmico de las viviendas y a los supuestos de pobreza energética, aspectos ambos vinculados a la salubridad de las viviendas y a las condiciones de vida de quienes las habitan; y el MITERD el **Plan Nacional Integrado de Energía y Clima** (PNIEC). Este plan define los objetivos de reducción de emisiones de gases de efecto invernadero, de penetración de energías renovables y de eficiencia energética para determinar las líneas de acción más adecuadas. El PNIEC explicita los co-beneficios sobre la salud, estimando la reducción de muertes prematuras debidas a la contaminación atmosférica respecto a un escenario sin puesta en marcha de medidas. En el ámbito normativo, la importancia de este factor es de tal magnitud que se ha preparado una **Ley de Cambio Climático y Transición Energética** que legisla sobre estas medidas para asegurar el cumplimiento de los objetivos del Acuerdo de París[19], y que facilite la plena descarbonización de la economía española y la adaptación a los impactos inevitables del cambio climático, de modo que se garantice el uso racional y solidario de nuestros recursos, y la implantación de un modelo de desarrollo sostenible y resiliente.

Uno de los principales efectos fácilmente observables derivado del cambio climático son las **temperaturas extremas** que se alcanzan en latitudes donde antes no eran comunes. Este es un indicador especialmente significativo del avance del factor ambiental que tiene, por sí mismo, un gran impacto en la salud de la población. En lo relativo al calor, se estima que en España se dan cada año unas 1.300 muertes atribuibles a temperaturas excesivamente altas, lo que lo convierte en uno de los factores ambientales con mayor impacto en la salud. Además, ha demostrado su influencia en la exacerbación de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, neurológicas, partos prematuros, etc. Aunque las medidas de mitigación anteriores dirigidas a combatir el cambio climático van a ser, consecuentemente, útiles para reducir el incremento de la frecuencia e intensidad de temperaturas extremas que se darían en los peores escenarios posibles de cambio climático, en España ya existen acciones preventivas específicas para los impactos inevitables que se han empezado a observar. Más allá del cambio climático, también inciden en las temperaturas los cambios locales en el clima debidos a la urbanización, las islas de calor, la falta de vegetación, la canalización de cursos y masas de agua. La principal es la aplicación, desde 2004 por parte del MSAN, del **Plan Nacional de actuaciones preventivas de los efectos del Exceso de Temperaturas sobre la Salud**, que se activa cada verano entre los meses de junio y septiembre. Este Plan permite dar alertas específicas a cada zona del territorio y comunicar las medidas asociadas a cada alerta y recoger las muertes directamente relacionadas con los golpes de calor que notifican las CCAA. En la Figura 15 se puede comprobar que desde su aplicación se han reducido notablemente las muertes por golpes de calor y que la situación actual ha mejorado notoriamente[20]. Sin embargo, no existen tantas medidas respecto a las temperaturas extremadamente bajas, aunque se calcula que en España este factor es responsable de más de 1.050 muertes al año.

Por ello, es conveniente considerar ambos extremos como factores relevantes, ya que el impacto que tiene en la salud poblacional española es prácticamente equiparable.

En España, la **calidad del aire** atmosférico ha demostrado tener un fuerte impacto sobre la población. Se han realizado diversos estudios en el territorio español que estiman que los contaminantes presentes en el aire son causantes de alrededor de 31.000 muertes al año[21-23]. Además, también ha demostrado tener implicación en un amplio abanico de efectos adversos para el organismo, tales como graves enfermedades respiratorias y cardiovasculares[21-27]. Este efecto no sólo se produce en los individuos directamente expuestos, sino que los fetos también se ven afectados y se estima que el 17% de los partos prematuros son debidos a este factor medioambiental[28]. Los últimos datos publicados sobre la realidad española en un amplio estudio en el que participa el Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal) muestran el gran problema de España con la contaminación atmosférica; sobre todo con el NO_2, un gas asociado principalmente al tráfico rodado. A este respecto, Madrid se sitúa como la ciudad europea con mayor mortalidad debido a este contaminante, alcanzando hasta el 7% de los fallecimientos naturales, y Barcelona en la sexta posición con un 6% de dicha mortalidad[29].

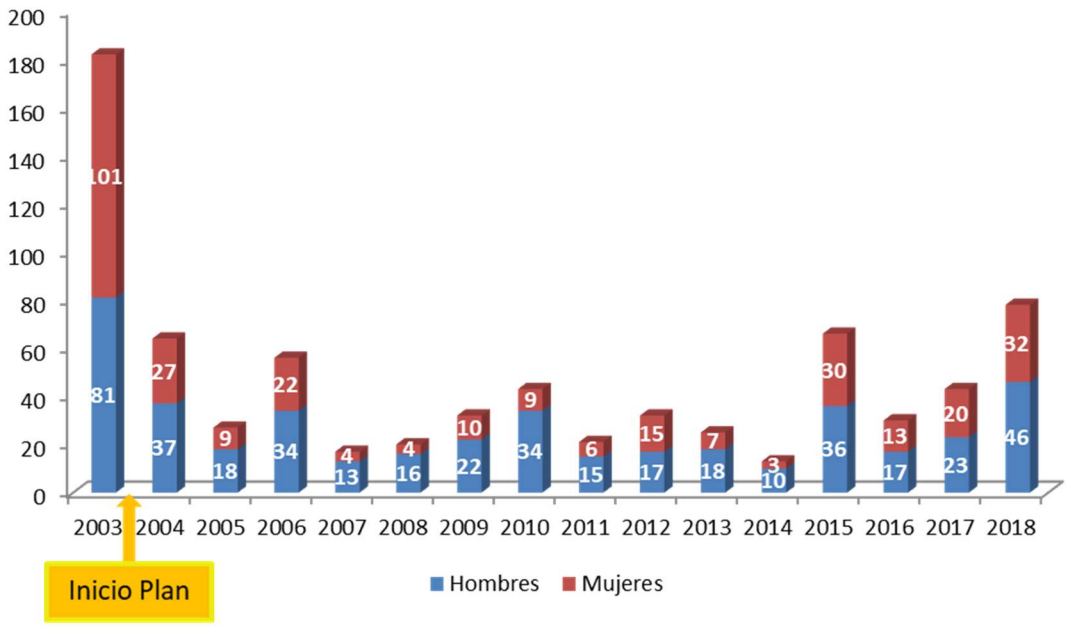


Figura 15. Mortalidad por exposición a calor natural excesivo separado por sexos entre 2003 y 2018[20].

En este contexto, la Subdirección General de Calidad de Aire Limpio y Sostenibilidad Industrial del Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico (MITERD) realiza la evaluación de la calidad de aire a partir de los datos que envían periódicamente las comunidades autónomas y determinadas entidades locales. Esta vigilancia se plasma anualmente en el informe de "Evaluación de la calidad del aire en España"[30]. Por otra parte, se han aprobado dos **Planes Nacionales de Calidad del Aire** en los que, además de esta evaluación, se incluyen medidas a realizar por los diferentes organismos relacionados para mejorar la situación. El primer Plan Aire empezó en el año 2013, mientras que el último (Plan Aire II) abarca el periodo 2017-2019[31]. En dicho Plan, se incluyen varias medidas relacionadas

con la salud en las que trabaja el MSAN y que pretenden conocer, en mayor profundidad, el impacto de la calidad del aire en la salud humana, para así poder disminuir la exposición de riesgo a la alta contaminación mediante recomendaciones sobre hábitos y actividades.

Estas y otras medidas tomadas en España relacionadas con la calidad del aire han mostrado la relevancia del factor y el beneficio para la salud pública y la economía del país si se mejora su situación. Las enfermedades derivadas de la exposición a una mala calidad del aire inducen y agravan numerosas enfermedades que reducen los años de vida y los días de actividad normal de una persona. Este hecho, junto al tratamiento de las mismas, supone un alto gasto en salud debido al impacto del medio ambiente. Se estima que en el año 2018 el ahorro derivado de la mejora de la calidad del aire en España ha superado los 5 millones de euros, correspondiendo dos de ellos a los factores de la salud[32]. Sin embargo, el gasto provocado por una mala calidad del aire sigue presentando grandes cifras. Por ejemplo, en 2014 este coste alcanzó los 38.000 millones de euros aproximadamente, un 3,5% del PIB español[13-14].

El gobierno central y las diversas Comunidades Autónomas (CCAA) están desarrollando sus propios planes adicionales para luchar contra la contaminación atmosférica. Desde el MITERD, se ha aprobado el **Programa Nacional de Control de la Contaminación Atmosférica** (PNCCA) para el periodo 2019-2022 que se deriva del Real Decreto 818/2018, de 6 de julio, sobre medidas para la reducción de las emisiones nacionales de determinados contaminantes atmosféricos y con el que se quiere dar cumplimiento a los valores establecidos para España en la Directiva (UE) 2016/2284 o Directiva de Techos. En el caso de las CCAA, prácticamente todas cuentan con algún plan de calidad del aire en el que bien se evalúa la situación del territorio o parte del mismo y, en algunos casos, se establecen medidas concretas para mejorarla para algunos contaminantes específicos.

La **calidad del agua** es un factor ambiental sometido a un control estricto desde hace muchos años en nuestro país. Debido a esta vigilancia y las medidas adoptadas, actualmente, no son frecuentes los episodios de una mala calidad del agua que afecten a la salud poblacional. Muchas de estas medidas se basan en la aplicación de productos químicos, elementos clave para obtener un alto nivel de la calidad del agua. En este ámbito, existen diversas herramientas del MSAN que se encargan de la monitorización de la calidad de las aguas de consumo (Sistema de Información Nacional de Agua de Consumo, SINAC), de baño (Sistema de Información Nacional de Aguas de Baño, NÁYADE) y de piscinas (Sistema de Información sobre Piscinas, SILOÉ). Gracias a ellas, se puede saber que, por ejemplo, en 2020 solo 65.133 (un 0,5% del total) determinaciones del agua de consumo humano arrojaron como resultado que no era apta para ello[33]. Además, desde la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) se realiza una vigilancia de salud de todos aquellos brotes y casos de enfermedades por una mala calidad del agua.

En cuanto a las aguas de baño, en la Tabla 1 se puede observar la clasificación que se hizo en el año 2020. Aunque se sigan observando estas cifras de poca calidad, son relativamente bajas y lo importante es que se detectan eficazmente y se pueden tomar medidas al respecto. Sin embargo, dicho factor medioambiental sigue teniendo un marcado impacto en la salud pública. Este hecho se puede observar por la cantidad de brotes de enfermedades transmitidas por el agua que se han observado en España. Por ejemplo, en 2019 se dieron 42 casos de criptosporidiosis y 5 de cólera en 2017.

Tabla 1. Cifras de las clasificaciones finales de las aguas de baño según su calidad en 2020[34].

Clasificación	Aguas marítimas	Aguas continentales
Excelente	1.840 (93,4%)	141 (52,2%)
Buena	93 (4,7%)	60 (22,2%)
Suficiente	22 (1,1%)	17 (6,3%)
Insuficiente	4 (0,2%)	14 (5,2%)
Sin clasificar	10 (0,5%)	38 (14,1%)

Los planes hidrológicos de cuenca son los instrumentos de planificación que aportan una visión integradora de la gestión de las aguas, aunando los aspectos de protección y recuperación ambiental con los de utilización y aprovechamiento de los recursos hídricos, teniendo en cuenta los riesgos para la salud humana. Se guían por los criterios de sostenibilidad ambiental, económica y social en el uso del agua mediante la gestión integrada y la protección a largo plazo de los recursos hídricos, fijando objetivos encaminados a la prevención del deterioro del estado de las aguas, protección y mejora del medio y de los ecosistemas acuáticos, reducción de la contaminación y prevención de los efectos de inundaciones y sequías. Los planes hidrológicos de cuenca se coordinan con diferentes planificaciones sectoriales a fin de armonizar las necesidades de los distintos sectores que inciden en el agua, tales como el uso del suelo, la política energética y la de regadíos y otros usos agrarios.

De manera complementaria, el Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico está elaborando un **Plan Nacional de Depuración, Saneamiento, Eficiencia, Ahorro y Reutilización** (DSEAR) con el objeto de priorizar y estudiar la viabilidad de medidas y actuaciones en depuración y saneamiento recogidas en los planes hidrológicos vigentes (2016-2021), así como la propuesta de otras medidas adicionales que permitan un mayor impulso del saneamiento, depuración y fomento de la reutilización a nivel nacional dentro de un marco de eficiencia y ahorro energético. De acuerdo con las cifras del Plan DSEAR, la inversión programada en el conjunto de los planes hidrológicos de cuenca en materia de saneamiento y depuración es de cerca de 10.400 millones de euros hasta el año 2033. La elaboración del Plan DSEAR se lleva a cabo de manera acompasada con la preparación del próximo ciclo de planificación hidrológica (2022-2027). De esta manera, las mejoras en materia ambiental de la calidad del agua conllevarán el mantenimiento, incluso la reducción, del riesgo para la salud que presenta una mala calidad del agua.

Otro de los indicadores de cambio climático que se han convertido en un factor ambiental de riesgo para la salud son los **vectores transmisores de enfermedades**. Como se ha comentado previamente, tanto la calidad del agua como el cambio climático están involucrados en este factor y la mejora de ambos también beneficiará la situación de éste. La globalización ha aumentado con creces su movilidad y el cambio climático ha permitido que vectores, tales como mosquitos o garrapatas, que antes no podían sobrevivir y actuar en las condiciones que se daban en España, ahora puedan hacerlo. El más relevante de ellos es el mosquito tigre (*Aedes albopictus*) del que se han encontrado ejemplares en numerosos municipios de toda la geografía española. Esto ha provocado que enfermedades que eran endémicas en otras latitudes, ahora se encuentren en España. A este hecho hay que sumarle la introducción de animales exóticos de compañía, los cuales pueden actuar como reservorios de enfermedades y exponerse a vectores presentes. Para controlar su expansión por el país, el MSAN realiza una **vigilancia entomológica** de la detección a nivel municipal de los principales vectores y las

potenciales enfermedades que pueden portar[35]. Todo ello se resumió en el **Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente a Enfermedades Transmitidas por Vectores**, cuya finalidad es la de disminuir el riesgo y reducir al mínimo el impacto global de este tipo de enfermedades emergentes[36]. Además, varias CCAA tienen o están desarrollando sus propios planes de actuación frente a este factor para una correcta vigilancia y una rápida actuación frente a los casos de estas enfermedades. En lo que respecta a la notificación de enfermedades, las CCAA notifican los casos y las confirmaciones que el ISCIII recoge a través de la **Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica** (RENAVE)[37].

Una gran parte de los problemas de salud causados por el agua en España se deben a los productos químicos que se incorporan a ella tras discurrir por zonas en las que están presentes. A su vez, dichos productos pueden ser ingeridos a través de los alimentos o incorporarse al organismo por otras vías. En España, durante el año 2019 se produjeron un total de 1.146 casos de hospitalizaciones por intoxicación por productos químicos, de los cuales fallecieron 9 individuos. La mayoría de estos casos se dan en niñas y niños de 2 a 6 años de edad y en adultos de entre 30 y 44 años, siendo el ámbito doméstico y el laboral los que más intoxicaciones presentan[38]. En estos casos, la acción más relevante que se realiza en el país para asegurar su menor impacto en salud es una correcta **gestión de productos y sustancias químicas**. Esta acción se centra en un riguroso registro de los mismos, tras una evaluación de su posible impacto y riesgo en la salud de la población que pueda estar expuesta a ellos, además del impacto medioambiental que puedan tener los compuestos que los conforman. Este registro se realiza, sobre todo, con los productos fitosanitarios, biocidas y las sustancias químicas industriales. Asimismo, este registro y gestión ha llevado a los organismos ocupacionales como el INSST a desarrollar diferentes **NTP** para proteger a los trabajadores y trabajadoras que están en contacto con estos productos químicos, disminuyendo así el mayor riesgo provocado por estos compuestos en la salud poblacional. No es posible comercializar productos químicos que se encuentran fuera de este marco reglamentario, que garantiza la responsabilidad ampliada a productor. En el caso de los productos biocidas, esta comercialización pasa por una autorización emitida por el Ministerio de Sanidad.

Un grupo de productos y sustancias químicas que destacan por su impacto en la salud son los **alteradores endocrinos**. Estos alteradores alteran el equilibrio hormonal y homeostasis corporal que influyen en la aparición de enfermedades. Existen evidencias epidemiológicas de las alteraciones endocrinas producidas por los alteradores endocrinos que los relacionan con patologías que incluyen, la obesidad y la diabetes, la reproducción femenina y masculina, los cánceres sensibles a las hormonas, el cáncer de próstata, la alteración de la tiroides y los sistemas de neurodesarrollo y neuroendocrinos[39]. Existen órganos y enfermedades más sensibles a este desequilibrio; como en el caso del cáncer de mama que, en España, ha aumentado notablemente y se han detectado 59.805 casos en 2019. Este aumento es debido, en parte, a que estos compuestos son de síntesis artificial y su uso extendido comenzó en la segunda mitad del siglo XX. La investigación de los efectos de estos alteradores es de una elevada complejidad, el conocimiento de los mismos ha avanzado en los últimos años y se van publicando estudios científicos más convincentes. Actualmente, las medidas que regulan el control de estos compuestos son las que se aplican a la gestión de productos químicos. Sin embargo, a nivel europeo se está desarrollando normativa y una estrategia comunitaria específica y se realizan estudios para prevenir sus efectos.

En el caso de la **contaminación industrial**, las medidas que se están tomando para su vigilancia y control están actualmente recogidas parcialmente dentro de otros factores

ambientales de riesgo que están relacionados con ella. En este sentido, como se ha visto anteriormente, tanto los agentes químicos liberados al aire, agua o suelo, como el ruido y las vibraciones emitidas por las actividades industriales son claros ejemplos de este tipo de contaminación. Es complicado atribuir muertes y enfermedades concretas a la contaminación industrial, ya que su efecto se combina con otros factores ambientales y los efectos se confunden. Aun así, su impacto en la salud pública es innegable y se ha demostrado la relación entre numerosas enfermedades (cáncer, problemas respiratorios y alérgicos, malformaciones congénitas y complicaciones en el embarazo, problemas cardiovasculares, etc.) y la distancia de la vivienda con industrias contaminantes. Por ello, es necesario controlar sus emisiones mediante una legislación apropiada y un sistema de inspección eficaz. Aunque la mayoría de grupos de contaminantes tienen su propia normativa, existe el **Real Decreto Legislativo 1/2016**, de 16 de diciembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de prevención y control integrados de la contaminación. Esta ley tiene por objeto "*evitar o, cuando ello no sea posible, reducir y controlar la contaminación de la atmósfera, del agua y del suelo, mediante el establecimiento de un sistema de prevención y control integrados de la contaminación, con el fin de alcanzar una elevada protección del medio ambiente en su conjunto*". Para su vigilancia, se creó el **Registro Estatal de Emisiones y Fuentes Contaminantes** que recoge la información sobre emisiones de determinadas sustancias contaminantes al aire, agua y suelo, accidentales, fuentes difusas y transferencias de residuos fuera de los complejos industriales.

Como se ha destacado en el apartado anterior, la **radiactividad natural** es un factor ambiental invisible que puede afectar al organismo de diferentes maneras. En este ámbito, el Consejo de Seguridad Nuclear (CSN) realiza una exhaustiva monitorización de los niveles de radiactividad que se observan en las diferentes zonas del país, pero la cuantificación de su impacto en la salud de la población es muy complicada. Sin embargo, se estima que la exposición media en España a la radiactividad natural fue la causante, en 2018, de alrededor de 5.600 cánceres. Con este objetivo se elaboró desde el MSAN el documento de "Análisis de los riesgos derivados de la exposición de la población a las sustancias radiactivas en el agua de consumo". El elemento radiactivo de origen natural que más impacto tiene en la salud humana es el radón. Por esta razón, se está elaborando el **Plan Nacional del Radón** Su objetivo es prevenir y controlar la exposición al radón desde diferentes ámbitos (materiales de construcción, exposición de la población, estudio en profundidad, etc.). Este ámbito es significativamente relevante, ya que el radón aporta la mitad de la radiactividad a la que estamos expuestos de manera natural. Hay evidencia científica que establece que el radón es responsable de unos 1.500 fallecimientos por cáncer de pulmón anualmente en España.

Los estudios realizados en nuestro país demuestran que los **niveles de exposición a campos electromagnéticos (CEM)** de Radiofrecuencia de la población española son muy inferiores a los considerados como inseguros por la **Recomendación *1999/519/CE*** del Consejo de Ministros de Sanidad de la Unión Europea (RCMSUE)*, relativa a la exposición del público en general a campos electromagnéticos (0 Hz a 300 GHz,* de 12 de julio de 1999), **el Real Decreto 1066/2001, de 28 de septiembre,** y la ***International Commission on Non Ionizing Radiation Protection*** (ICNIRP, 1998 y 2010).

Las evidencias revisadas hasta el momento por la OMS, UE, ICNIRP, Agencias, Comités y especialistas en evaluación de los riesgos de los CEM sugieren que los niveles medios de exposición observados en Europa no producen efectos adversos para la salud. El despliegue de las nuevas tecnologías de telecomunicación 5G no podrá superar los límites establecidos

por la legislación vigente. Serán necesarios estudios específicos para medir los niveles de exposición teniendo en cuenta las características de emisión de estas tecnologías.

La contaminación ambiental por **ruido** se ha convertido en un gran problema en las grandes ciudades por la gran incidencia que tiene en la salud y calidad de vida de la ciudadanía. Se considera que más de 9 millones de personas en España soportan a diario niveles de ruido por encima de los 55 dB(A), que es el valor óptimo aceptado por la OMS[40]. Más concretamente, se calcula que, en la ciudad de Madrid, entre 2003 y 2005, cada incremento de 1 dB(A) en el ruido ambiente causó 468 muertes entre los mayores de 65 años[41]. Además de las muertes, el ruido es el responsable de la aparición y desarrollo de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, metabólicas y, sobre todo, molestias, alteraciones del sueño y del desarrollo cognitivo[42]. Como en el caso anterior, existen **NTP** que protegen a los trabajadores y trabajadoras que más sufren este factor y una normativa que establece niveles máximos aceptables. Aún con esta legislación, los mapas estratégicos de ruido demuestran que una parte importante de la población está expuesta a niveles de ruido ambiental elevados y que es difícil conciliar la actividad diaria de una gran urbe y los niveles de ruido que son recomendados para un correcto mantenimiento de la salud. Desde Europa se han dictado recomendaciones para controlar las fuentes de ruido (tráfico rodado, lugares de ocio, obras, industrias, ferrocarriles, etc.)[43], las cuales han de adaptarse a la situación del país y tomar medidas específicas en la misma línea, ya que hay numerosos datos que las avalan para solucionar los problemas de ruido y contaminación acústica.

Una mala **calidad de ambientes interiores (CAI)** provoca numerosas enfermedades: respiratorias, infecciosas, alérgicas, asma e incluso cáncer[44]. Son numerosos los factores químicos (calidad del aire, tabaco, materiales de construcción y mobiliario, radón, etc.) como físicos (ruido, iluminación, confort térmico, humedad) y biológicos (microbios, virus y alérgenos)[45] que influyen en la salud de los ocupantes de los edificios. Además de la normativa que regula algunos de estos factores, los organismos que más se han centrado en el estudio de este factor son aquellos relacionados con la salud laboral ya que el centro de trabajo es uno de los lugares donde más tiempo suele pasar un individuo adulto, junto con la vivienda, con diferencias debido al género y edad. Debido a ello, el entonces Ministerio de Empleo y Seguridad Social publicó un documento divulgativo de **Calidad de Ambiente Interior en Oficinas**[46] para minimizar el impacto sobre los trabajadores y trabajadoras. El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo ha publicado numerosas Notas Técnica de Prevención (**NTP**) sobre diversos agentes orientados a la protección de la salud estableciendo unos criterios técnicos que mejoren la CAI. En este sentido hay que destacar una Nota Técnica de Prevención (**NTP**) para hacer frente al **Síndrome del Edificio Enfermo**[47]. No obstante, no hay que olvidar que varios de estos factores ambientales, por su amplia distribución, pueden afectar a toda la población en ambientes exteriores e interiores.

Por otra parte, la reglamentación española de obligado cumplimiento en materia de calidad del aire interior en los espacios en los que pueda haber personas de forma habitual incluye, además: el **Código Técnico de la Edificación** (CTE), cuya sección HS3 aplica “en los edificios de viviendas, al interior de las mismas, los almacenes de residuos, los trasteros, los aparcamientos y garajes; y, en los edificios de cualquier otro uso, a los aparcamientos y los garajes”; el **Reglamento de Instalaciones Térmicas de los Edificios** (RITE), de aplicación al resto de edificios no incluidos en el CTE; y el **Real Decreto 486/1997**, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo, que establece la ventilación efectiva que debe darse en los lugares de trabajo por cada trabajador.

Por otro lado, el ruido ambiental dentro de los edificios merece también una consideración, ya que la población urbana pasa en torno al 80-90% del tiempo dentro de los mismos. El estudio LARES (***Large Analysis and Review of European Housing and Health Status***) de la OMS[40], describe el ruido ambiental en el interior de los edificios debido a la actividad vecinal como la segunda fuente de ruido que afecta a la ciudadanía después del tráfico, detrás quedan el ruido de aviones y de actividades. El Documento Básico del **DB HR Protección frente al ruido**, del Código Técnico, es la normativa estatal que establece las condiciones acústicas en el interior de los edificios. Este documento se aprobó en 2009 y supone un gran paso hacia la mejora de la calidad acústica en el interior de los edificios, sin embargo, la mayoría del parque edificatorio tiene unas condiciones acústicas inferiores a las normativas actualmente. Se estima que sólo el 2% del parque de viviendas se construyó después, por lo que sólo esos cumplirían con las exigencias acústicas actuales.

Los diferentes factores ambientales que han sido citados tienen una gran importancia por sí mismos y deben ser vigilados, pero su control es un requisito imprescindible para mejorar la calidad de vida del ser humano y la conservación del medio ambiente. Por ello, se pueden incluir en una evaluación conjunta e integrada de la **calidad del hábitat y las ciudades verdes** que plasmen directamente estos objetivos. El diseño y la planificación urbana tienen un papel fundamental en la calidad de vida de nuestras ciudades. Una ciudad compacta, con mezcla de usos, de proximidad, con espacios libres y conectada con la naturaleza es una ciudad mejor posicionada ante los retos demográficos (vinculados principalmente al envejecimiento de la población) y climáticos del futuro más próximo. Hasta el punto de que un desarrollo descontrolado de los lugares de residencia de las personas puede llevar a la alteración de diversos factores ambientales que acaben afectando a la salud de las mismas. En este sentido, la necesidad de incrementar y restaurar la funcionalidad y conectividad de los paisajes naturales urbanos y periurbanos es una prioridad de la **Estrategia estatal de infraestructura verde y de la conectividad y restauración ecológicas**, elaborada en virtud de la Ley 42/2007, de 13 de diciembre, del Patrimonio Natural y de la Biodiversidad. Una planificación coherente de la infraestructura verde y su adecuada gestión, fomentando los espacios verdes y su conectividad, renaturalizando los cursos fluviales a su paso por la ciudad o considerando las necesidades de interconexión de hábitats en el ámbito urbano, contribuye igualmente a una vida más saludable de sus habitantes.

Asimismo, las llamadas ciudades verdes están desempeñando un elevado protagonismo como solución para impulsar el desarrollo sostenible de las ciudades que aseguren una alta calidad de vida de su población. En este ámbito, el Ministerio de Medio Ambiente promovió, en 2005, la **Red de Redes de Desarrollo Local Sostenible** por la que 18 redes provinciales y autonómicas pretendían promover un concepto de ciudad compacta, compleja, eficiente y cohesionada socialmente, considerando a su vez, el adecuado equilibrio entre el medio urbano y el rural. Un año después, los miembros de esta red crearon la **Estrategia de Medio Ambiente Urbano** (EMAU) con el fin de adaptar a la realidad española la Estrategia Temática Europea de Medio Ambiente Urbano y modificar el actual modelo existente de competencia entre los territorios basado en el consumo de recursos, por otro, fundamentado en el uso eficiente de los mismos, en la información y el conocimiento. En el año 2009, mediante estas plataformas se redactó la **Estrategia Española de Sostenibilidad Urbana y Local** (EESUL) para ampliar el ámbito de aplicación con un documento de referencia válido para todos los municipios españoles y facilitar el desarrollo de políticas locales más sostenibles. Otros documentos de información semejantes, publicados por los organismos competentes de los

temas medioambientales, son el **Libro Verde de Sostenibilidad Urbana y Local en la Era de la Información** y el **Portal del Conocimiento ECOURBANO**.

No ha sido hasta el año 2019, con la aprobación de la **Agenda Urbana Española**, cuando, apoyándose en la experiencia acumulada, pero con una visión actualizada y de conformidad con los compromisos internacionales adquiridos en el marco de las Agendas Urbanas Internacionales, se ha dado un nuevo impulso al desarrollo sostenible desde una visión integrada de los pueblos y ciudades, que tiene en cuenta no solo los factores ambientales, sino también los sociales y económicos, así como de manera transversal, los efectos de todos ellos en la salud de quienes las habitan. La Agenda Urbana Española pone de manifiesto además, el carácter esencial que el entorno tiene sobre la salud y reconoce la necesidad de que la toma de decisiones que repercuten en el diseño, la planificación y la forma de vida de los pueblos y ciudades cuenten, a priori, con una visión global que tenga en cuenta todos los elementos que de una u otra forma puedan incidir en el bienestar físico, mental y social de quienes las habitan: edad de la población, ciudades de proximidad, medioambientalmente saludables transporte sostenible y accesible, ciudades bien relacionadas con su contexto territorial e integradas con la naturaleza, etc.

A la hora de conocer la situación de la salud poblacional respecto a los factores ambientales mencionados y tomar medidas que la mejoren, la **biomonitorización** humana es un elemento fundamental. Con este sistema de vigilancia es posible conocer el grado de exposición de la población a contaminantes ambientales. La biomonitorización humana permite estudiar tendencias temporales y geográficas en la exposición de la población, identificar y eliminar posibles fuentes de exposición, estudiar la relación causa-efecto entre contaminantes y salud, identificar grupos de población más vulnerables, fijar prioridades en investigación sobre medioambiente y salud y comprobar la efectividad de las políticas adoptadas para reducir o eliminar la exposición de la población a contaminantes ambientales[48]. En este ámbito, las principales iniciativas se han tomado desde los organismos europeos competentes, la Agencia Europea de Medio Ambiente y la Comisión Europea. Dichos organismos han desarrollado el proyecto **HBM4EU** (2017-2021) con la colaboración de 28 países, entre ellos España, que pretende generar una base de datos conjunta y uniformada que permita comparar significativamente la exposición de diferentes zonas a la contaminación ambiental. Además, se podrá determinar los indicadores más útiles para este fin y relacionar los contaminantes ambientales con determinados efectos adversos del organismo. En España se han realizado diversos estudios de biomonitorización dentro de los proyectos DEMOCOPHES (estudios madre-hijo) o BEA (muestreo en adolescentes). Sin embargo, estos trabajos han sido realizados por organismos autónomos y muy dirigidos a un factor ambiental y grupo poblacional. Por ello, es importante crear una estrategia estatal de biomonitorización que permita conocer el estado actual del impacto de los factores medioambientales en la salud humana y conocer la evolución del mismo tras la aplicación de medidas correctoras.

Como se puede comprobar con este Plan Estratégico, el MITERD y el MSAN mantienen una estrecha colaboración en los temas de medio ambiente y su impacto en la salud. Por ello, una amplia variedad de los Planes y trabajos llevados a cabo por el MITERD tienen una relación directa en los factores ambientales que se recogen en el Plan. Todos ellos se pueden consultar fácilmente en la página web de dicho ministerio:
https://www.miteco.gob.es/es/ministerio/planes-estrategias/planes-y-estrategias-por-area-de-actividad/

5. OBJETIVOS DEL PLAN ESTRATÉGICO

La misión y el objetivo general del Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente (PESMA) es disminuir los riesgos para la salud de la población derivados de los factores ambientales y sus condicionantes; disminuyendo la carga de enfermedades causadas por ellos, identificando nuevas amenazas derivadas y facilitando el desarrollo de políticas en materia de salud ambiental.

Con el fin de alcanzar dicho objetivo, se plantean los siguientes objetivos estratégicos:

I. Avanzar en el cumplimiento y aplicación efectiva de la Ley 33/2011 de Salud Pública en el ámbito de la salud ambiental; especialmente las áreas siguientes: conocimiento de los riesgos, evaluación, gestión y comunicación en riesgos ambientales, vigilancia en sanidad ambiental y salud en todas las políticas.

II. Identificar y evaluar los nuevos riesgos y problemas emergentes, ambientales, climáticos y sanitarios que puedan implicar un riesgo para la salud.

III. Proteger la salud de la población y reducir la morbilidad y mortalidad atribuible a los efectos de los factores y determinantes ambientales.

IV. Aplicar líneas de intervención eficaces y efectivas basadas en las mejores evidencias científicas, en la equidad y la eficiencia para reducir o eliminar el impacto negativo de los factores ambientales en la salud pública y realizar un diagnóstico de situación sobre salud y medio ambiente

V. Revisar los procedimientos y metodologías de evaluación vigentes y realizar un protocolo de Evaluación de Impacto en Salud que garantice la correcta evaluación y gestión de los factores que puedan implicar un riesgo para la salud en futuras intervenciones.

VI. Planificar el ejercicio de las competencias de la Administración del Estado en sanidad ambiental para mejorar la coordinación con las CCAA, las entidades locales, las Sociedades Científicas y la sociedad civil en salud ambiental.

VII. Desarrollar las medidas más efectivas para prevenir, adaptarse y controlar los efectos del cambio climático sobre la salud humana.

VIII. Organizar sistemas de información y vigilancia de salud ambiental que aporten un mejor conocimiento científico del impacto de los factores ambientales. La información obtenida debe facilitar la adopción de medidas más eficaces para reducir o eliminar la exposición a factores ambientales de riesgo y promover modos de vida más saludables y sostenibles.

IX. Cumplir con los compromisos, responsabilidades y competencias de la Administración del Estado para conseguir los objetivos previstos en la legislación de la UE sobre salud y medio ambiente; la declaración de Ostrava; la Agenda 2030 para los Objetivos de Desarrollo Sostenible; el Acuerdo de París sobre Cambio Climático; la Estrategia mundial de la OMS sobre salud, medio ambiente y cambio climático; el enfoque “One Health”; el Séptimo Programa de Acción en materia de Medio Ambiente, el Plan de Acción de Contaminación Cero de la Unión Europea, el Pacto Verde Europeo y el Marco Mundial de la Diversidad Biológica posterior a 2020.

X. Promover la investigación, formación y comunicación del riesgo sobre los efectos adversos para la salud de los factores ambientales.

XI. Promover el enfoque de “Salud en todas las políticas” en otros sectores clave que tienen un impacto sobre la salud: energía, vivienda, trabajo, agricultura, industria, cambio climático, alimentación, transporte y planificación urbana.

XII. Construir entornos más saludables, promotores de salud, y potenciar la identificación, promoción y refuerzo de los activos para la salud de carácter ambiental, como por ejemplo poner en valor el papel de la conservación y restauración de la biodiversidad como elemento de prevención de impactos en salud.

5.1. EJES TRANSVERSALES E INSPIRADORES

El Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente es un instrumento de planificación estratégica dinámico y flexible, diseñado para ser aplicado de forma continua y que además será sometido a evaluación periódica. Uno de los objetivos estratégicos de este Plan Estratégico es que sea una referencia técnica para las CCAA, las entidades locales, las empresas y la sociedad civil en la promoción y aplicación de las medidas de protección de la salud y el medioambiente. El Plan estará vigente hasta 2026 y ha sido sometido a la aprobación de la Ponencia de Sanidad Ambiental y a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Con este Plan Estratégico, también se pretende dar un enfoque globalizador que perdure en el tiempo basado en la ciencia, utilizando todos los conocimientos de la amplia gama de redes de personas expertas en el ámbito ambiental y sanitario e incluyendo a las sociedades científicas. Además, se orienta hacia la protección de la población más vulnerable ante los riesgos medioambientales y fomenta la concienciación de la población sobre los problemas en la salud que puede causar la degradación del medio ambiente. De esta manera, se pretende recopilar e integrar el conocimiento interdisciplinar que requiere un trabajo tan amplio y variado como este, considerando todos aquellos ámbitos en los que tiene impacto.

Para hacer efectivo este enfoque globalizador, el Plan abarca diversos ejes transversales que permitirán un abordaje integral, la coordinación de las acciones intersectoriales y el desarrollo de intervenciones destinadas a beneficiar y proteger la salud. Como parte de los ejes transversales considerados en el Plan, se incluyen los mencionados a continuación:

1. **Equidad**

La OMS reclama que “Las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria han de estar respaldadas por un sector público con capacidad de acción y decisión, que se apoye en los principios de justicia, participación y colaboración intersectorial. Las intervenciones se refieren a los aspectos siguientes: coherencia de las políticas gubernamentales; intensificación de las medidas que promuevan la equidad y la financiación; y medición, evaluación y formación”.

En este sentido, el Plan considera que reforzar las medidas que promueven la equidad social debe ser un eje transversal sobre el que todas las acciones propuestas deben apoyarse y tener en cuenta a la hora de desarrollarse. Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estos determinantes son las condiciones sociales y económicas que influyen en las diferencias individuales y colectivas del estado de salud. Es abundante la evidencia científica que señala la relación entre determinantes sociales y salud pública.

Las políticas públicas, las formas de gobierno y las actuaciones de la administración sobre la salud pueden tener un gran impacto en la reducción de las desigualdades en salud,

socioeconómicas y de género, así como poner especial atención a colectivos más vulnerables, como son las personas de la tercera edad y en edad infantil.

2. Enfoque de género

La igualdad de género es un derecho humano fundamental, y es uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, que persigue "lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas". Uno de los ámbitos en los que es imprescindible la integración de la perspectiva de género es la salud. Incluir la perspectiva de género en el estudio de la Salud implica la atención de la misma, tanto en mujeres como en hombres, teniendo en cuenta tanto las diferentes características biológicas por el sexo, como los factores sociales de género.

La integración de la perspectiva de género en salud implica tener en cuenta los diferentes requerimientos de la mujer y del hombre en todas las fases del desarrollo de las políticas y programas. En este sentido, el abordaje de las perspectivas de género incluye que a todos se les pueda garantizar el acceso a los recursos en igualdad de condiciones, que las políticas públicas tengan en cuenta las desigualdades existentes, incluyendo los determinantes de la salud relacionados con el género, y que los resultados sean evaluados considerando tales inequidades, con el objetivo de poder corregirlas. Además, se avanza en el estudio sobre los efectos de los tóxicos ambientales en la salud humana, los cuales afectan de distinta forma según los momentos del desarrollo y con distinta intensidad y duración dependiendo de variables como la del sexo.

Basado en lo anterior, se considera la perspectiva de género en la salud como un eje transversal primordial. El Plan incorpora la perspectiva de género mediante la implementación de acciones específicas enfocadas a la mujer, tomando como base aquellos factores en los que existen evidencias de inequidades, especialmente en el ámbito sanitario. Así, la incorporación de la perspectiva de género en la salud pública permite mejorar la eficiencia, cobertura y equidad del Plan. El balance anual de cumplimiento y los indicadores irán desagregados por siempre que sea posible.

3. Transparencia y rendición de cuentas

En la actualidad, la transparencia y la rendición de cuentas son componentes básicos de los sistemas, ya que permiten informar y justificar los resultados obtenidos, basados en los principios de eficiencia, eficacia y legalidad. Para cumplir con estos principios, el Plan desarrolla un apartado de seguimiento y evaluación, en donde se indica la revisión y actualización de las actividades, plazos, financiación, entre otros aspectos.

Aunado a ello, se complementa el desarrollo de este eje transversal mediante un balance anual de cumplimiento del informe anual de indicadores, lo cuales serán utilizados para el seguimiento y la evaluación del Plan, así como para su mejora. Así pues, a los indicadores de gestión propios de un Plan como este y los específicos del área temática, se le suman aquellos que consideran el avance de cada uno de los puntos en los que se dividen las acciones del área. De esta manera, se pretende estructurar de una forma muy completa estos informes de evaluación para que sea un Plan transparente y con una fácil trazabilidad.

4. Sostenibilidad

Los planes y proyectos que incluyan la salud y el medio ambiente deben desarrollarse en un marco de sostenibilidad, a través de sus acciones y la toma de decisiones, más aún considerando el contexto climático y las crisis medioambientales y sanitarias actuales. Estas estrategias deben caracterizarse por ser limpias, sanas, verdes y seguras, además de cumplir con el uso racional de recursos, fomentando la colaboración y cooperación entre los diversos sectores, siendo el sistema sanitario uno de los primordiales, tal y como se establece en la Declaración de Ostrava, donde se identifica como una de las áreas clave, construir la sostenibilidad ambiental de los sistemas de salud y reducir su impacto ambiental.

El Plan considera la sostenibilidad como eje transversal en sus objetivos y acciones, que permiten un desarrollo equilibrado, respetuoso con el medio ambiente y basado en el bienestar social. Especialmente, el Plan se enfoca en entornos y ciudades saludables, donde se compaginan estrategias para favorecer la sostenibilidad del medio ambiente, la eficiencia y una mejora en la salud, donde la población se considera un actor principal.

5. Salud en Todas las Políticas

En España se han invertido muchos recursos en la asistencia sanitaria, y se disfruta de un Sistema Nacional de Salud que es uno de los mejores del mundo. Sin embargo, la evidencia científica apunta que la contribución potencial de la asistencia sanitaria a la reducción de la mortalidad es insuficiente y está, en cierto modo, sobredimensionada, desproporcionada, si la comparamos con otros determinantes como los factores biológicos (sexo, raza, herencia, etc.), el medio ambiente o los estilos de vida, los cuales tienen una mayor contribución potencial a la reducción de la morbilidad y mortalidad y a la mejora del nivel de salud.

Los estudios sobre la distribución de los gastos sanitarios señalan que la asistencia sanitaria absorbe entre un 80 – 90 %, mientras que los gastos dedicados a la promoción de estilos de vida y entornos ambientales saludables representan un 3 %. El aumento del gasto sanitario se basa en una visión reparadora cuando la enfermedad ya se ha presentado. Un enfoque basado en los determinantes sociales y ambientales de la salud sería más efectivo y eficiente para promover, prevenir y proteger la salud.

Bajo esta premisa, la OMS propuso la valoración de factores relacionados con la salud humana a la hora de implementar diferentes planes, programas e intervenciones, naciendo el concepto “Salud en todas las políticas”. Esta institución define dicho proceso como “un enfoque para la formulación de políticas que considera sistemáticamente las implicaciones para la salud de las decisiones en todos los sectores, buscando sinergias y evitando los efectos nocivos para la salud de las políticas fuera del sector de la salud para mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria”. Es decir, un concepto de colaboración interdisciplinar en todos los sectores y áreas políticas cuya coordinación venga supeditada al no empeoramiento y/o a la mejora de la salud de la población. Se puede comprobar que ésta es la estrategia que se plantea a lo largo del Plan y que embebe todas las acciones que plantea, reconociendo la naturaleza interdependiente del desarrollo social, económico y ambiental.

Además. este Plan se basa en el análisis interdisciplinar de los factores ambientales identificados en cada área temática por las aportaciones de todas las partes que han participado en el proceso de redacción del Plan. Íntimamente ligado a este análisis se

encuentra la Evaluación de Impacto en Salud (EIS). Una herramienta que permite cuantificar la magnitud de los impactos, positivos y negativos, resultantes de la implementación de cualquier plan, programa y distintas intervenciones en la salud humana. Gracias a esta herramienta se consigue realizar una priorización de las actuaciones en función de la magnitud de los impactos y la viabilidad de las medidas lo que facilita la implementación de distintas líneas de intervención que puedan prevenir y controlar los efectos de la exposición de los factores ambientales.

Es fundamental para el desarrollo exitoso del Plan que todas las medidas estén sustentadas y tengan un correcto seguimiento, por lo que se considera a la Evaluación del Impacto en Salud (EIS) como una parte indisociable del eje Salud en Todas las Políticas. Las acciones del Plan al respecto deben ir desde el propio desarrollo de protocolos de EIS de alta calidad hasta su aplicación en todos los riesgos, factores y medidas que se contemplan.

Es necesario avanzar en el desarrollo del artículo 35 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, regulando la EIS en la actividad normativa de la Administración General del Estado y en las estrategias, planes y programas. Para ello, es necesario desarrollar procedimientos, herramientas y metodologías de Evaluación de Impacto en Salud que garantice la aplicación del eje salud e inequidad en salud en todas las políticas implementadas. Un ambicioso objetivo que pretende alcanzar el Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente y que vertebra las futuras acciones y medidas de cualquier campo relacionado.

La Asociación Europea de Salud Pública (EUPHA), junto con la Asociación Internacional para la Evaluación de Impacto (IAIA), ha preparado un documento de referencia sobre las formas en que se puede abordar la salud humana dentro del proceso de EIA según lo establecido por la Directiva EIA modificada[49]. Este documento comparte con este Plan Estratégico los objetivos de establecer definiciones, establecer formas en las que el sector de la salud puede contribuir a este proceso y proporcionar un documento que complemente las orientaciones nacionales y regionales existentes sobre salud en EIA.

Como se ha mencionado, este Plan Estratégico pretende servir de ayuda para la amplia participación que tienen las CCAA en los procesos administrativos ambientales. Especialmente, lo realizan a través de las EIA y, se espera tras la ejecución del Plan, las EIS sobre planes, proyectos, programas y actividades sujetas a los procesos administrativos de Evaluación Ambiental y de Autorización Ambiental Integrados.

6. Enfoque “One Health”

Relacionado con el punto anterior, aparece otro enfoque multisectorial e interdisciplinar con la misma idea de dejar atrás el tratamiento y la consideración independiente de determinados factores como los que aquí se tratan. En este caso, es poco práctico aislar la salud humana de otras áreas como la seguridad alimentaria, la zoonosis, la microbiología y resistencia a antibióticos, la virología, la ecología, etc. Por ejemplo, para prevenir y detectar brotes de zoonosis y responder ante ellos, los distintos sectores deberían salvaguardar la integridad y salud de los ecosistemas naturales y seminaturales, compartir los datos epidemiológicos y de laboratorio y los gobernantes responder de manera conjunta a estos problemas que raramente entienden de fronteras.

Es por ello, que el Plan pretende analizar estos factores y plantear medidas interrelacionadas que busquen respuestas en común. La OMS denomina a este enfoque como *One Health* (Una Salud), el cual ha inspirado al Plan a colaborar con expertos en diferentes sectores (salud pública, salud animal, salud vegetal, medio ambiente, salud de los ecosistemas, etc.) para promover respuestas multisectoriales. Este enfoque resulta profundamente eficaz cuando se evalúan los beneficios que aporta el estado correcto de estos factores y la biodiversidad en la salud humana.

No todas las actividades propuestas en este Plan Estratégico podrán llevarse a cabo en un primer momento. Por esa razón, se publicarán Programas de Actuación específicos a corto plazo con el desarrollo en detalle de aquellas que se consideran más prioritarias y factibles para mejorar la salud ambiental de la población; en base a los ejes transversales considerados, el seguimiento y evaluación de la situación del momento y el conocimiento de los expertos.

Hay otras medidas de protección de la salud ambiental que ya están en proyecto, en ejecución o dependen de la cooperación con otras administraciones. La aprobación del Plan permitirá dar un fuerte impulso a estas actividades y fortalecerá los medios y recursos necesarios para garantizar su plena efectividad.

Los objetivos generales y específicos y las acciones previstas se adaptarán a las situaciones y circunstancias sanitarias, sociales, ambientales, económicas y políticas en cada etapa de ejecución. Como se plasma en la Figura 16, estos ejes transversales están presentes durante todo el Plan Estratégico para poder alcanzar realmente el objetivo principal.

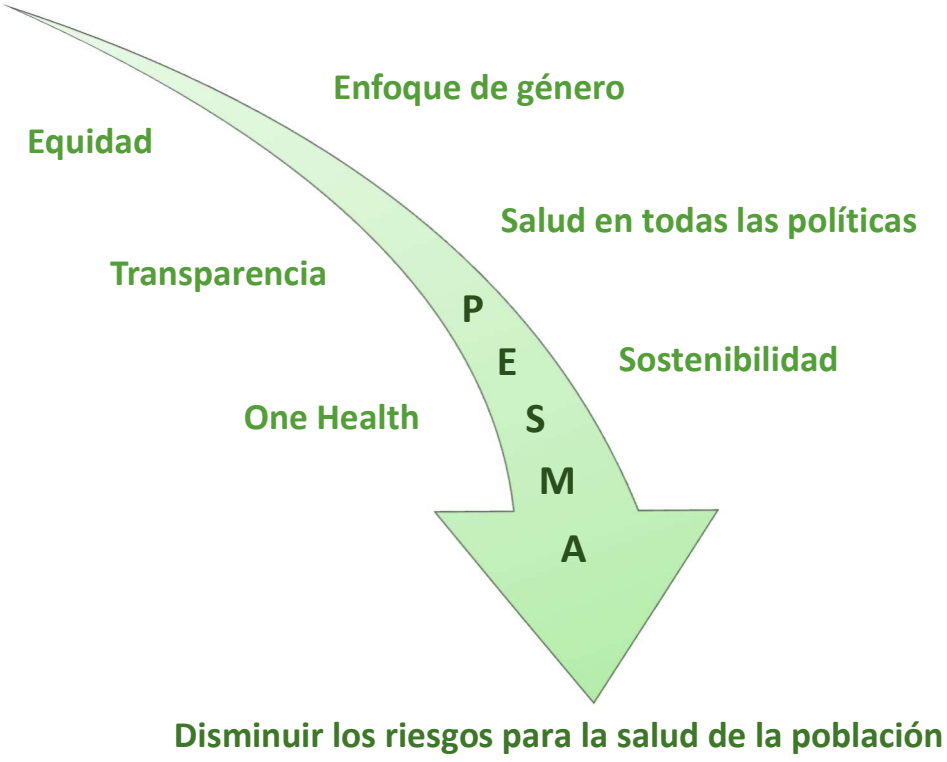


Figura 16. Ejes transversales e inspiradores del Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente.

6. ÁREAS TEMÁTICAS

Los factores de riesgo ambiental están íntimamente relacionados entre sí. La propuesta que se realiza desde el Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente contempla 14 áreas temáticas que tratan de abordar los factores de riesgo ambientales más importantes. Como se puede ver, esta propuesta, al igual que cualquier otra que pudiéramos hacer, no deja de tener ventajas e inconvenientes.

A la hora de plantear cómo agrupar los diversos factores que desde el medio ambiente afectan a la salud, podemos hacer una división entre factores cuyo origen es natural y otros cuyo origen es artificial. En el primer grupo se encuentran factores fuertemente vinculados al medio que nos rodea y en el que el ser humano tiene poco que decir, como es el caso de la radiactividad de origen natural o las altas temperaturas, y otros que están fuertemente asociados a actividades humanas, como los campos electromagnéticos o la calidad de los ambientes interiores. Lo normal, no obstante, es que no exista un límite claro entre ambos extremos. Así, por ejemplo, las temperaturas extremas son claramente un factor de riesgo ambiental de origen natural, pero sobre el que la actividad humana ejerce una importante modulación en medios fuertemente antropizados, como son las ciudades y las viviendas e incluso una modulación a largo plazo mediada por el cambio climático.

Otra posible subdivisión de los factores ambientales de riesgo podría hacer alusión a su carácter: físico, químico o biológico. El ruido, la radiactividad o la radiación UV son factores físicos de riesgo, mientras que los productos químicos o los residuos que nos rodean son una amenaza de índole química y los vectores que nos transmiten enfermedades son agentes netamente biológicos. Una mirada más detenida puede hacer ver que a veces esta frontera, en apariencia nítida, no lo es tanto: la contaminación atmosférica o la presencia de amianto en un entorno son agentes en principio químicos que nos pueden dañar nuestros pulmones también por mecanismos físicos, e incluso pueden relacionarse con una mayor incidencia de enfermedades infecciosas, como la COVID-19 ha puesto de manifiesto recientemente.

De hecho, no todos los factores que se consideran en el Plan tienen la misma importancia cuantitativa respecto a sus impactos; aunque, por el contrario, pueden generar debates sociales muy controvertidos. El ruido ambiental está, en tiempos recientes, adquiriendo la preponderancia que merece desde el punto de vista de la concienciación social, pero en muchos casos aún no se percibe como un riesgo sanitario de la dimensión que merece. Y, sin embargo, otros riesgos generan una controversia social mucho mayor que la dimensión del problema sanitario que han demostrado poder generar hasta la fecha, lo cual es de actualidad hoy en día con el despliegue de las redes 5G.

En otros casos incluso puede ser complicado hacer tangibles los riesgos ambientales. Así, por ejemplo, todos tenemos conciencia clara de lo que es el ruido, la contaminación o la radiactividad, pero a veces nos cuesta más ser conscientes de que vivir en ciudades más o menos “saludables”, en las proximidades de áreas industriales o en viviendas modernas rodeados de compuestos químicos artificiales supone una diferencia potencial de los riesgos a los que estamos expuestos cotidianamente. Incluso todos somos conscientes de que el cambio climático es, en sí mismo, un factor que tiene capacidad para afectar a nuestra salud, aunque no conozcamos a nadie que haya enfermado de “cambio climático”. Se podría considerar que

estos lugares o circunstancias tiene influencia en nuestra salud y no tienen entidad como tales, sino que constituyen el lugar de reunión de múltiples factores más tangibles e intuitivos que nos afectan, sometidos a numerosos condicionantes que actúan de forma diferente en hombres y mujeres. Así, volviendo al ejemplo del cambio climático, podemos ver que sus mecanismos efectores están relacionados con cómo está cambiando la distribución mundial de vectores o la frecuencia en intensidad de las sequias y olas de calor que son en a su vez factores de riesgo ambiental *per se.*

Esto nos lleva, a su vez, a un dilema conceptual: el riesgo de caer en redundancias. Es evidente que las áreas industriales, además de afectar a nuestra salud a través de la contaminación de los suelos y el entorno por químicos, también tiene influencia en relación a la contaminación atmosférica que en ellas se produce, el cual es un factor de riesgo (el principal) en sí mismo y que se trata en su capítulo correspondiente. Lo mismo se puede decir del capítulo dedicado a las ciudades saludables o al cambio climático, por ejemplo. En la redacción del Plan hemos tratado de eliminar las redundancias en la medida de lo posible, pero consideramos que estas también pueden ser necesarias en su justa medida para no perder profundidad de campo al abordar muchas de estas problemáticas. Creemos que el Plan no estaría completo si no abordáramos todas estas cuestiones como áreas de entidad propia, aun a riesgo de ser redundantes en el concepto, que no en las acciones que del Plan se derivan.

Por ello, se ofrece un Plan que estructura sus áreas temáticas en cuatro grandes bloques de analogía o afinidad, las cuales no pretenden ser, por las razones anteriormente expuestas, contenedores estancos y sin relación entre ellos, sino que deben ser consideradas como agrupaciones que faciliten el abordaje y a comprensión de las diversas problemáticas tratadas. Estos cuatro grandes bloques en los que se dividen las áreas temáticas son:

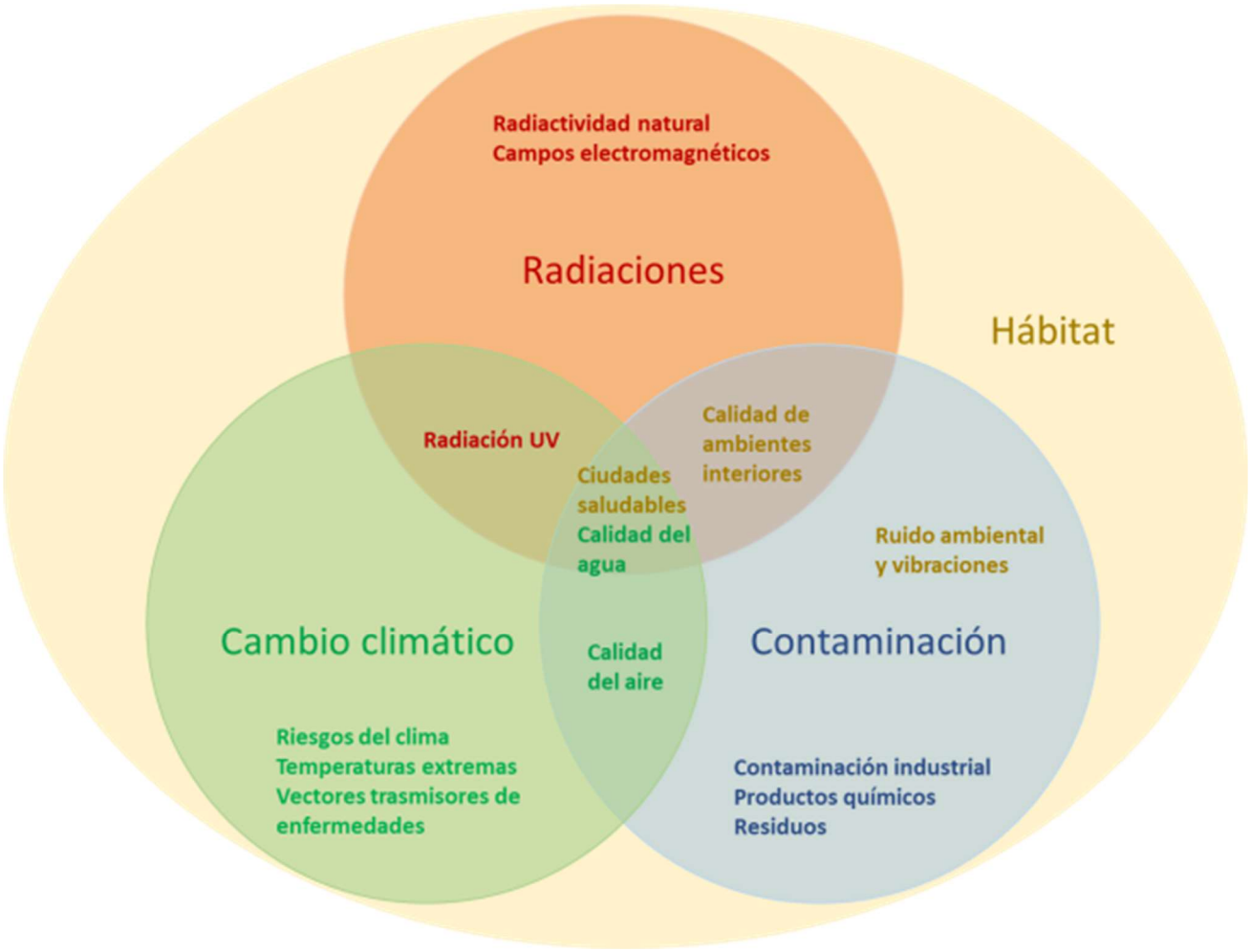


Figura 17. Relación de los bloques y áreas temáticas del Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente.

Cambio climático y salud:

1. Riesgos del clima.
2. Temperaturas extremas.
3. Calidad del aire.
4. Calidad del agua.
5. Vectores transmisores de enfermedades.

Contaminación:

6. Productos químicos.
7. Residuos.
8. Contaminación industrial.

Radiaciones:

9. Radiactividad natural.
10. Campos electromagnéticos.
11. Radiación ultravioleta.

Hábitat y salud:

12. Ruido.
13. Calidad de ambientes interiores.
14. Ciudades saludables.

Como se puede observar en la Figura 17, obviamente todos los factores ambientales acaban afectando nuestro hábitat y entorno. De esta manera es como afectan a la salud humana. Si no fuera así, no existiría una exposición a ellos y, por tanto, no tendrían impacto en la población. Por lo que, a pesar de existir factores más relacionados con el hábitat, éstos se pueden incluir en otros bloques según el enfoque que se le otorgue. El ejemplo más claro es el de las **ciudades saludables**; que, a pesar de presentar características propias, se ven afectadas por el resto de factores. Otro caso es el impacto del **ruido**, el cual se da sobre el entorno, pero se trata de contaminación acústica y física. Cabe comentar que, el texto de este Plan, en línea con las guías OMS y directivas europeas, y por simplicidad conceptual, recoge los términos "ruido" y "ruido ambiental", los cuales, junto con las vibraciones, forman parte de la contaminación acústica, y que la cual a su vez influye en la calidad acústica de nuestro entorno, un concepto bastante más amplio. En la **calidad de los ambientes interiores** afectan una gran cantidad de factores relacionados, desde cualquier tipo de contaminación del lugar (química, física y biológica) hasta radiaciones que se suelen concentrar en espacios interiores (p. ej. radón).

Desde otro punto, se encuentran los factores principalmente relacionados con el cambio climático y la salud. En éste, se encuentran factores propios que conviene abordar de manera conjunta por su interrelación con el cambio climático, como son: los **riesgos del clima**, las **temperaturas extremas** o **los vectores transmisores de enfermedades**. Sin embargo, también se observan otros factores afectados por el cambio climático, pero estrechamente relacionados con otros bloques. Un claro ejemplo de esto es la **calidad del aire.** Se ha englobado en el bloque de cambio climático, ya que es uno de los factores ambientales más influenciados por dicho cambio climático, aunque desde luego su principal alterador es la contaminación antropogénica por emisiones a la atmósfera (motivo por el que también lo hubiéramos podido englobar en el cloque de contaminación) y que además tiene un mayor impacto en un entorno urbano (por lo que se hubiera podido englobar en el bloque de hábitat). Si se ha englobado la calidad del aire en el bloque de cambio climático y no en otros, ha sido por afinidad con los otros factores con los que comparte agrupación y para llamar la atención sobre el hecho de que el cambio climático también tiene una clara repercusión sobre la calidad del aire que respiramos, es un mediador de la generación de ozono troposférico y aumenta la frecuencia e intensidad de situaciones de bloqueo atmosférico las cuales en ocasiones aumentan dramáticamente la contaminación de nuestras ciudades. Hablamos de calidad del aire, aunque también se hubiera podido hablar de contaminación atmosférica química o biológica (la contaminación atmosférica física se trata con el ruido), ya que constituye un término más amplio que engloba a éstas, así como a todas aquellas circunstancias y factores meteorológicos o climáticos naturales que la conforman.

En una parecida tesitura se encuentra la **calidad del agua**, a la que hay que añadir que, además, se ve afectada por la radiactividad natural (radón, isotopos radiactivos, etc.). En definitiva, situar un factor ambiental en un bloque temático u otro supone siempre una difícil decisión no exenta de cierto grado de arbitrariedad.

Como se ha expresado, la contaminación del medio ambiente tiene una gran influencia en diversos factores ambientales que pueden suponer un riesgo para la salud humana. Por ello, en este bloque se han decidido abordar disociadamente los orígenes principales de ésta, como puede ser la **contaminación industrial** o el uso y consumo de **productos químicos**. Estos temas tendrán mucha relación con los que se han especificado, ya que la contaminación industrial afecta en gran medida a la calidad del aire o los productos químicos a la del agua. Lo cual hará que se encuentren conceptos y acciones complementarias en varias de estas áreas que tratan, sin caer en redundancias inútiles, de reducir el riesgo de una manera eficaz desde varios enfoques. Otro de los temas incluidos en este bloque es la gestión de los **residuos**, la cual, si no se hace de manera correcta, puede dar lugar a una gran contaminación del medio ambiente. Al fin y al cabo, parte de la contaminación

antropogénica que aquí se trata es el resultado de una mala gestión de residuos que acaban liberándose al medio ambiente.

En el bloque de las **radiaciones** hay que distinguir las ionizantes (radiactividad natural, ultravioleta), con un impacto sobre la salud conocido, y las no ionizantes (campos electromagnéticos) para aplicar abordajes diferenciados. En este último caso el enfoque prioritario es la vigilancia de los límites de exposición establecidos por la UE y la OMS-ICNIR y la evaluación de riesgo de las nuevas tecnologías (5G). En el caso de la radiactividad natural y la radiación ultravioleta, sus causas son naturales y la manera de abordarlos se centra más en disminuir la exposición para reducir el riesgo de padecer enfermedades atribuibles a estas radiaciones.

La radiación ultravioleta puede tener origen natural (radiación solar), como la que se ha comentado, pero también puede ser artificial. En el caso de la radiación solar se incluye, además de la UV, otras frecuencias tales como la visible de alta energía (luz azul) o radiaciones en el espectro infrarrojo que pueden contribuir al daño cutáneo ocasionado por la radiación UV.

En la Figura 17 se pueden observar las interrelaciones que se han mencionado entre las diferentes áreas y bloques en los que se estructura el Plan. Este esquema expuesto pretende favorecer una mejor comprensión a la hora de abordar los diferentes factores que se tratan, clarificando la imposibilidad de tratarlos aisladamente y exponiendo la necesidad de una acción conjunta con enfoque de salud y medio ambiente como la que propone este Plan Estratégico.

6.1. RIESGOS DEL CLIMA

El Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente en relación con esta área temática del cambio climático tiene como misión ***PROTEGER LA SALUD DE LAS PERSONAS DE LOS EFECTOS ADVERSOS QUE CONLLEVA EL CAMBIO CLIMÁTICO***

El cambio climático no es sólo uno de los retos ambientales trascendentales a los que se enfrenta la humanidad a escala global, sino que influye sobre muchos sectores, alcanzando su máximo exponente en el área de la salud. Tanto por sus efectos directos como por los importantes efectos indirectos se debe integrar la salud en las políticas energéticas y climáticas para mejorar la salud pública.

La OMS calcula que el cambio climático causará unas 250.000 defunciones adicionales al año entre 2030 y 2050 como consecuencia de las modificaciones en las características de las enfermedades. Por otra parte, el coste económico de los daños directos para la salud del cambio climático se estima entre los 2.000 y los 4.000 millones de dólares (US$) de aquí al 2030.

Los extremos térmicos contribuyen directamente a las defunciones por enfermedades cardiovasculares y respiratorias, a enfermedades neurodegenerativas y muchas otras variables sanitarias. Además, en el actual contexto de cambio climático las olas de frío no van a desaparecer ni tampoco la morbimortalidad asociada a ellas. Por otro lado, las situaciones de bloqueo atmosférico asociadas al cambio climático redundan en un aumento de los niveles de contaminantes ambientales. Actualmente, el 95% de los europeos están expuestos a niveles superiores a los recomendados por la OMS y se prevé que el aumento de las temperaturas aumente esa carga.

A nivel mundial, el número de desastres naturales relacionados con la meteorología se ha más que triplicado desde los años sesenta. Cada año, esos desastres causan más de 60.000 muertes, sobre todo en los países en desarrollo. En España, la población residente en municipios costeros supera los 15 millones de personas (sobre un tercio del total). Los peligros derivados del cambio climático en las costas incluyen el aumento en la frecuencia e intensidad de temporales costeros y la inundación permanente por la subida del nivel del mar. Además, en algunas zonas, están aumentando la frecuencia y la intensidad de las inundaciones, las cuales contaminan las fuentes de agua dulce, incrementando el riesgo de enfermedades transmitidas por el agua y por vectores de enfermedades, que se ven favorecidos por el aumento de las temperaturas. Este hecho, junto a las sequías, disminuye la disponibilidad del agua destinada a consumo humano e incluso a otros usos, ya que implica menor cantidad y menor calidad de la misma. Estos fenómenos climáticos, como el incremento de sequías y los incendios forestales, también tienen un impacto en la salud en forma de contaminación atmosférica y empeoramiento de la calidad del aire.

Actualmente, el rendimiento de los cultivos destinados a la alimentación humana y animal se está viendo sensiblemente afectado debido al incremento de la frecuencia de fenómenos meteorológicos extremos. La ganadería y particularmente la pesca son también sectores muy sensibles al cambio climático. Más allá de una potencial escasez de alimento, un aumento en la temperatura media podría ampliar el pico estacional en verano de casos de algunas enfermedades transmitidas por alimentos.

Estos cambios del clima prolongan las estaciones de transmisión de importantes enfermedades transmitidas por vectores, alteran su distribución geográfica y modifican su incidencia y severidad. Enfermedades transmitidas por el agua (criptosporidiosis o giardiasis) y por vectores (leishmaniosis visceral, borreliosis de Lyme, encefalitis transmitida por garrapatas, virus del Nilo Occidental, fiebre del valle del Rift, el dengue y el chikungunya) son algunas de las enfermedades que se consideran más influenciables por el cambio climático observado en Europa. Además, está afectando a los movimientos y distribución de la fauna silvestre, particularmente a las rutas migratorias de aves silvestres que pueden actuar como transmisoras de enfermedades zoonóticas como la Influenza aviar o la Fiebre del Nilo Occidental.

El cambio climático también trae asociados nuevos riesgos que se consideraban poco probables, pero que con el cambio de condiciones se pueden manifestar de una manera que no se conoce detalladamente o para la que no se está preparado. Estos son los denominados riesgos emergentes y que el IPCC categoriza como riesgos de poca probabilidad, pero alto impacto. Algunos de estos riesgos relacionados con los factores que se han comentado pueden ser el colapso de la circulación termohalina de grandes mares o brotes de enfermedades infecciosas.

La pandemia del SARS-CoV-2 es un claro ejemplo de un tipo de riesgos emergentes que requiere mayor atención: los riesgos biológicos. Se trata de enfermedades que cambian su lugar de afección y propagación debido al cambio ecológico de las condiciones del planeta, ya que el hábitat de sus transmisores biológicos varía y pasa a afectar a zonas diferentes que no están preparadas. Por ello, además de tomar medidas para frenar estos cambios, es necesaria una vigilancia y evaluación exhaustiva de aquellos riesgos emergentes para ser conscientes de ellos y poder preparar una respuesta si llegara el caso.

El cambio climático constituye uno de los principales problemas medioambientales y de salud pública en el ámbito internacional y, por ello, la información y las medidas presentadas en este Plan van en la misma línea que los numerosos proyectos internacionales vigentes en este tema, como el **Acuerdo de París** y la **Estrategia Mundial de la OMS sobre Salud, Medio Ambiente y Cambio Climático**. El **ODS 13** trata sobre el cambio climático de forma específica, y sus metas se encuentran también respaldadas por este Plan, como es favorecer la adaptación a sus consecuencias, reducir el impacto en la salud e integrar las medidas contra el cambio climático en las políticas y planes nacionales. En la **Cumbre de Acción Climática**, en la que se firmó dicho Acuerdo, este tema también fue y sigue siendo prioritario para mantener el incremento de la temperatura por debajo de los 2º C y adaptarse a los riesgos derivados del mismo. En cuanto a su impacto en salud, el **13º Programa General de Trabajo** 2019-2023 de la OMS presenta objetivos muy en concordancia con los del presente Plan, como puede ser reducir un 10% la mortalidad derivada del clima.

En el ámbito nacional, esta área temática concuerda con el objetivo principal del **Plan Nacional Integrado de Energía y Clima** (PNIEC) 2021-2030 del MITERD, referido a la disminución de emisiones, para lo que se proponen medidas como el desarrollo de nuevas instalaciones de generación eléctrica con renovables, de cambio modal, usos más eficientes de los medios de transporte, renovación del parque automovilístico e impulso del vehículo eléctrico.

Asimismo, este apartado se relaciona con el objetivo del **Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático** (PNACC) 2021-230 del MITERD, el cual se centra en la integración de la adaptación al cambio climático en la planificación de los distintos sectores y/o sistemas. El PNACC define cerca de una veintena de ámbitos de trabajo, entre ellos uno específico sobre salud humana. Sin embargo, otros ámbitos de trabajo contienen líneas de acción de gran interés para prevenir los impactos del cambio climático en la salud: el impulso a la observación meteorológica para la alerta temprana y los

servicios de avisos de fenómenos meteorológicos y climáticos adversos, la actualización de las proyecciones regionalizadas de cambio climático para España (ámbito del clima y los escenarios climáticos), la gestión contingente de los riesgos de inundaciones (ámbito del agua y los recursos hídricos), la integración de los riesgos costeros en planes y programas que incluyen al espacio litoral (ámbito costas y océano) o el refuerzo de los sistemas de autoprotección ante desastres climáticos en comunidades en riesgo (ámbito reducción del riesgo de desastres). En el sector de la salud humana, el PNACC se alinea con las principales áreas de trabajo emprendidas desde el Ministerio de Sanidad: prevención de los efectos del exceso de temperaturas sobre la salud, preparación y respuesta frente a enfermedades transmitidas por vectores o actuaciones preventivas ante episodios de contaminación atmosférica. Para valorar el impacto del cambio climático en la salud y la eficacia de las medidas tomadas en relación al mismo, el MSAN dispone de unos **Indicadores de salud y cambio climático**, que recogen la evolución de numerosos efectos sobre la salud y el medio ambiente a lo largo del tiempo.

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

Prevención y protección de la salud

Objetivo	Acciones
Reducir la morbi-mortalidad debida a los eventos relacionados con el cambio climático.	a) Desarrollar un Plan de vigilancia de morbimortalidad asociada al cambio climático y riesgos emergentes. b) Desarrollar el Plan de Acción sobre la pobreza energética. c) Elaborar un paquete de medidas en cambio climático y salud de los trabajadores y trabajadoras. d) Elaborar mapas de riesgo de los factores relacionados con el impacto del cambio climático sobre la salud y una propuesta de un marco de actuación temprana y preventiva adaptado a los diferentes elementos de riesgo. e) Incorporar la consideración de aeroalérgenos, polvo sahariano e incendios forestales y desigualdades sociales por enfermedades mentales y por género. f) Mejorar la vigilancia activa del impacto de las temperaturas extremas durante todo el año. g) Mejorar la prevención ante fenómenos meteorológicos extremos como temporales, tormentas, ventiscas, etc., especialmente en zonas inundables. h) Desarrollar sistemas de información que integren datos de salud ambiental y animal con los de salud humana; con un enfoque *One Health*, para comprender mejor las dinámicas epidémicas de las enfermedades transmisibles y ser utilizado en los sistemas de vigilancia y alertas tempranas y en los planes de preparación y respuesta.

Gestión, organización y coordinación

Objetivo	Acciones
Establecer mecanismos de gestión que impulsen el trabajo y la coordinación de las actuaciones previstas entre todos los actores implicados, reforzando el enfoque One Health.	a) Ampliar y reforzar la Red Centinela de Vigilancia de las ETV (enfermedades de transmisión vectorial) a nivel estatal, integrando la vigilancia epidemiológica humana y animal y la vigilancia entomológica. b) Impulsar el Observatorio de Salud y Cambio Climático (S.G. de Sanidad Ambiental y S. Laboral, AEMET y Oficina de Cambio Climático, SGSHAT, SEE y SESA y Universidades y centros de investigación de referencia).

Formación y comunicación del riesgo

Objetivo	Acciones
Mejorar el conocimiento sobre la incidencia del cambio climático por parte de los profesionales de la salud y de otros profesionales, como los de la comunicación.	a) Establecer programas de formación para los profesionales de la salud para detectar riesgos y vulnerabilidades de forma temprana, prevenir los impactos y articular los correspondientes planes de prevención capaces de reducir estos impactos. b) Identificar los grupos sociales y los espacios más vulnerables frente a los distintos tipos de riesgos climáticos para lograr una mejor comunicación. c) Formar a los servicios de prevención de riesgos laborales de sindicatos y empresas, para proteger a los trabajadores y trabajadoras de los efectos del cambio climático que puedan sufrir en su puesto. d) Asociar la comunicación a los episodios de riesgo ligándola a los sistemas de alerta temprana, otorgando así una relevancia mayor a los mensajes. e) Realizar acciones de formación a los profesionales de los medios de comunicación en relación sobre el cambio climático, sus efectos y las posibles acciones de prevención de la salud. f) Desarrollar mensajes adaptados a los diferentes colectivos y situaciones a fin de mejorar su eficacia. g) Desarrollar campañas de comunicación y concienciación ciudadana sobre los beneficios que la conservación y restauración del medio ambiente y la biodiversidad tiene para la salud de la población y para la mitigación y reducción de los riesgos del cambio climático.

Investigación

Objetivo	Acciones
Mejorar el conocimiento acerca del impacto del cambio climático sobre la salud humana y animal y la biodiversidad y la efectividad de las medidas de adaptación.	a) Investigar y registrar los eventos meteorológicos extremos (sequías, lluvias torrenciales, olas de calor y frío, temporales marítimos, etc.) con el fin de poder evaluar su impacto final en la salud de la población. b) Potenciar el seguimiento de los riesgos alimentarios y la realización de estudios que integren datos de producción (incluyendo rendimiento y coste ambiental), epidemiológicos y climáticos. c) Investigar y registrar los cambios en los ciclos de actividad y distribución espacial de los principales vectores implicados en enfermedades influenciables por el cambio climático. d) Recopilar y analizar los datos de salud ambiental y animal para evaluar el impacto en el ecosistema, biodiversidad y en la salud humana y desarrollar sistemas de vigilancia, predicción y prevención eficaces para reducir el impacto de los factores de riesgo para la salud y bienestar de la población. e) Identificar los espacios degradados susceptibles de favorecer el establecimiento y reproducción de vectores transmisores de enfermedades, para su restauración. f) Investigar y caracterizar la naturaleza y el efecto de riesgos emergentes en zonas donde estén teniendo impacto.

Seguimiento, evaluación e indicadores

Objetivo	Acciones
Disponer de herramientas avanzadas de gestión de los riesgos.	a) Usar indicadores cuantificables y validados que evalúen la consecución de los objetivos propuestos, siendo desagregados, si fuese posible, en factores como sexo, edad, etc. b) Monitorizar los mapas de riesgo para realizar el seguimiento espacial y una correcta evaluación geográfica.

6.2. TEMPERATURAS EXTREMAS

El Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente en relación con esta área temática de las temperaturas extremas tiene como misión ***PROTEGER LA SALUD DE LAS PERSONAS DE LOS EFECTOS ADVERSOS DEL FRÍO Y DEL CALOR EXTREMOS***

El impacto de las olas de calor sobre la mortalidad en Europa quedó claramente de manifiesto en el verano de 2003, cuando solamente en España se registró un exceso de mortalidad atribuible a las altas temperaturas de 6.600 muertes. A raíz de este importante evento para la Salud Pública se implementa cada verano desde 2004 el "Plan Nacional de Actuaciones preventivas de los Efectos del Exceso de Temperaturas sobre la Salud" y, en 2015, se actualizó este plan con la incorporación de nuevos umbrales que mejoran la metodología aplicada.

Para el conjunto de toda España, el valor medio del incremento de la mortalidad por grado centígrado sobre la temperatura umbral es del 9,9%; siendo mayor el impacto para las causas respiratorias (15.3%) que para las circulatorias (9,9%). La mortalidad asociada al calor no se cuantifica únicamente con lo que se conoce como "golpe de calor", sino que también se relaciona con el agravamiento de patologías ya existentes (cardiovasculares y respiratorias, por causas renales, gastrointestinales e incluso neurológicas). Además, se ha relacionado el incremento de las temperaturas con el aumento en el número de partos que se producen, así como un aumento del número de nacidos con bajo peso y partos prematuros. Conviene destacar que el efecto de los extremos térmicos es mayor en ciertos grupos más vulnerables, especialmente en personas mayores. Estos efectos de las altas temperaturas son especialmente relevantes en un contexto de cambio climático, en el que las proyecciones nos indican un incremento progresivo de las altas temperaturas.

Por otra parte, es reseñable la menor atención que reciben las extremadamente bajas temperaturas respecto a las olas de calor; ya que, a pesar del constatado calentamiento global, ni las olas de frío ni la morbi-mortalidad asociada van a desaparecer. El número de olas de frío en España es mayor que el de olas de calor y los efectos de las olas de calor (3-4 días) se dan a más corto plazo que los efectos del frío, normalmente la mortalidad y los ingresos hospitalarios en relación al frío ocurren entre 7 y 14 días después de la bajada de las temperaturas.

A nivel de toda España, por cada grado en que la temperatura mínima diaria esté por debajo del umbral de definición de ola de frío la mortalidad diaria aumenta un 11,5%; siendo mayor el efecto para las causas respiratorias (19,4%) que las circulatorias (15,3%). Cada día que hay una ola de frío, la mortalidad media en cada capital de provincia se incrementa en 3,5 muertes al día (valor superior a las 3,0 que ocurría en los días de ola de calor).

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

Prevención y protección de la salud

Objetivo	Acciones
Reducir la mortalidad atribuible a episodios de calor y frio extremo.	a) Mejorar y actualizar al contexto de cambio climático el Plan Nacional de actuaciones preventivas de los efectos del Exceso de Temperaturas sobre la Salud. b) Desarrollar e iniciar el Plan Nacional de Actuaciones Preventivas por Bajas Temperaturas. c) Activar los Planes únicamente con el rebasamiento de un indicador de temperatura. Es decir, cuando la temperatura máxima o mínima diaria rebase la temperatura umbral de disparo de la mortalidad calculada.

Gestión, organización y coordinación

Objetivo	Acciones
Mejorar la coordinación de los planes de prevención de las diferentes administraciones.	a) Integrar dentro del Plan Nacional de Actuaciones Preventivas por Bajas Temperaturas los planes sobre el frío que hayan desarrollado las CCAA con el mismo objetivo.

Formación y comunicación del riesgo

Objetivo	Acciones
Mejorar la formación de los profesionales en materia de efectos sobre la salud de las temperaturas extremas y concienciar acerca de su importancia a las administraciones y población.	a) Formar a los agentes y profesionales de la salud en las acciones prioritarias sugeridas por la OMS para detectar riesgos y vulnerabilidades de forma temprana, prevenir los impactos y articular los correspondientes planes de prevención capaces de reducir estos impactos. b) Mejorar la comunicación del riesgo a la población y especialmente a los grupos vulnerables.

Investigación

Objetivo	Acciones
Obtener conocimientos necesarios para optimizar la efectividad de los planes de prevención.	a) Caracterizar y evaluar las Regiones Isotérmicas y alertas unificadas. b) Actualizar las temperaturas umbrales o temperaturas de disparo de la mortalidad. c) Establecer un Plan piloto para olas de frío que pretenda analizar, caracterizar y establecer las temperaturas umbrales y crear un sistema activo de vigilancia.

Seguimiento, evaluación e indicadores

Objetivo	Acciones
Evaluar el impacto de los planes de prevención.	a) Evaluar el funcionamiento y resultados del Plan Nacional de actuaciones preventivas de los efectos del Exceso de Temperaturas sobre la Salud. b) Evaluar si la zonificación de temperaturas umbrales en base a zonas isotérmicas definidas por la AEMET supone una mejora en salud pública en cuanto al sistema de alertas generadas. c) Construir un sistema de indicadores asociados al funcionamiento de los Planes.

6.3. CALIDAD DEL AIRE

El Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente en relación con esta área temática de calidad del aire tiene como misión ***PROTEGER LA SALUD DE LA POBLACIÓN FRENTE A LOS EFECTOS ADVERSOS DERIVADOS DE UNA MALA CALIDAD DEL AIRE***

La evidencia científica muestra que la contaminación del aire es responsable de una carga significativa de muertes, hospitalizaciones, causa y exacerbación de síntomas de numerosas enfermedades. El impacto de la contaminación en la salud a nivel global o regional se ha evaluado principalmente a partir de la morbilidad y mortalidad prematura, teniendo en cuenta tanto efectos a corto como a largo plazo. Recientemente la OMS en su última edición de la Guía de Calidad del Aire de 2021 ha revisado al alza el impacto negativo de la calidad del aire para la salud.

La calidad del aire en España sigue siendo un motivo serio de preocupación y continúa impactando seriamente en la calidad de vida de la ciudadanía. El problema es especialmente acuciante en las grandes zonas urbanas, donde reside un importante porcentaje de población. No se puede olvidar que la contaminación atmosférica continúa siendo la primera causa medioambiental de muerte prematura en la UE y que se estima que provoca más de 400.000 fallecimientos prematuros al año. Tal y como reveló un estudio de la Escuela Nacional de Sanidad, la contaminación fue causante de la muerte de más de 93.000 personas entre los años 2000 y 2009. Un estudio del ISCIII ha concluido que el dióxido de nitrógeno provocó más de 6.000 muertes evitables cada año en España, a las que habría que sumar casi otras 500 causadas por los niveles de ozono troposférico. De esta manera, hasta el 3% de las muertes anuales en España podrían deberse a la contaminación atmosférica. Según los datos del ISGlobal, este dato sería mucho mayor en las principales ciudades como Madrid y Barcelona, alcanzando un 6 y 7% de la mortalidad natural debido a la contaminación por $PM_{2.5}$ y NO_2, respectivamente[29]. Este problema presenta tan gran alcance, que las ciudades más pequeñas que rodean a estas capitales empiezan a presentar números semejantes.

También se han de tener muy presentes los elevados costes que este problema tiene para la sociedad, particularmente en términos de costes externos relacionados con la salud. Estos costes son difíciles de estimar, pero la OMS calculó que, en España, la contaminación del aire supuso la pérdida de más de 40.000 millones de dólares en 2010[50]. Un estudio de 2016[51] refiere que un incremento de 10 microgramos por metro cúbico de PM_{10} resulta en un incremento del 1,6% de absentismo debido a enfermedad en España. Estas cifras se traducen, para el año 2016[52], en 31.300 muertes prematuras anuales, 24.100 por $PM_{2.5}$, 1.500 por O_3 y 7.700 por NO_2. Aunque la principal fuente de la contaminación atmosférica en entornos urbanos es de origen antrópico, en España también es importante la entrada de material particulado que proviene de fuentes naturales, como es la advección de polvo del Sahara o de las erupciones volcánicas.

Dada la vulnerabilidad de la población infantil a los efectos de la mala calidad del aire, este impacto se produce incluso a concentraciones menores de contaminantes que en la población adulta. Por esta razón, la normativa de calidad del aire establece que los planes de calidad del aire podrán incluir además medidas específicas destinadas a proteger a los sectores vulnerables de la población, incluida la infantil. La exposición de esta a O_3 y PM se asocia con una mayor probabilidad de

bronquitis y otras enfermedades respiratorias en la etapa post-natal, mientras que la exposición intrauterina al dióxido de nitrógeno, dióxido de azufre y partículas tiene efectos negativos significativos sobre el crecimiento fetal y parámetros antropométricos de nacimiento.

También se desconoce cómo va a afectar el cambio climático a la calidad del aire en España, tanto por la interacción temperatura-contaminación como por las situaciones de bloqueo y estancamiento que impiden la dispersión de contaminantes y pueden dar como resultado el aumento de las concentraciones de diversos contaminantes, especialmente de dióxido de nitrógeno y partículas. Por otra parte, las altas temperaturas y una mayor insolación provocan un aumento de los niveles de ozono, un contaminante secundario cuya formación se ve favorecida bajo estas condiciones.

En el caso de que se produzcan picos de contaminación, éstos podrían abordarse por medio de un **Plan Marco de Acción a Corto Plazo en Caso de Episodios de Contaminación del Aire Ambiente** por partículas inferiores a 10 micras (PM_{10}), partículas inferiores a 2,5 micras ($PM_{2,5}$), dióxido de nitrógeno (NO_2), ozono (O_3) y dióxido de azufre (SO_2)[53]. El Plan establece unos valores y unas actuaciones homogéneas para todas las Administraciones de tal manera que el ciudadano disponga de información sobre los niveles de alerta por contaminación y sobre qué actuaciones se pudieran poner en marcha en cada uno de los niveles de actuación independientemente del ámbito geográfico en el que se encuentre. Como novedad, se introduce también la componente predictiva. Además, el Real Decreto 102/2011 establece la obligatoriedad de hacer planes de mejora de calidad del aire en las zonas en las que se superan los valores límites y valores objetivos establecidos en este Real Decreto, con lo que se persigue reducir los niveles de los contaminantes en aquellas zonas y mejorar sustancialmente la calidad del aire que se respira a medio y largo plazo.

Aunque en el caso del NO_2 la principal fuente sea el tráfico rodado, sólo el 26% de la contaminación por $PM_{2.5}$ es generada en las ciudades donde afectan (tráfico, actividades industriales, calefacciones, etc.)[29]. Este hecho recalca la necesidad de atajar el problema no sólo desde un punto de vista local, sino de una acción conjunta de manera regional, nacional e internacional como la que propone el Plan. Otra importante fuente de contaminación atmosférica es la quema de biomasa sobre la que se trata en Calidad de ambientes interiores, lo que resalta el enfoque interdisciplinar y la actuación conjunta que propone este documento.

La Agencia Europea de Medio Ambiente (AEMA) ha incluido recomendaciones a la salud en su índice de calidad del aire y el MITERD aprobó en 2019 un **Índice Nacional de Calidad del Aire** (ICA)[54], basado en una escala de colores como la de la AEMA y que incluye las recomendaciones a la salud para la población general y sensible. Con este índice, elaborado en base a la información de calidad del aire de las redes existentes, se puede conocer el estado de la calidad del aire y puede servir de base para la activación de medidas, además de cumplir con la obligación de la comunicación del riesgo establecida por el RD 102/2011, de 28 de enero, relativo a la mejora de la calidad del aire. El MITERD está trabajando junto con la AEMET en la integración de una componente predictiva en el ICA, de forma que se puedan anticipar las medidas en caso de previsión de episodios de contaminación.

Las líneas de intervención propuestas en este punto van en concordancia con los objetivos que establece la ciencia a través del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC), y están alineados con los objetivos del **Acuerdo de París** y la política europea en materia de clima. También van en concordancia con la **Convención del Aire** sobre contaminación transfronteriza a larga distancia y con el **Programa "Aire Puro**" para Europa, que persiguen la reducción de dióxido de azufre, óxidos de nitrógeno, partículas, metales pesados y ozono troposférico, entre otros contaminantes. Además, se favorece el cumplimiento del **ODS 3.9** (Reducir

la morbi-mortalidad por calidad del aire) y del **ODS 11.6** (Reducir el impacto ambiental en ciudades por calidad del aire). Otro objetivo compartido entre la OMS y este Plan Estratégico es el que se encuentra en el **13º Programa General de Trabajo** 2019-2023 y se basa en reducir la mortalidad por calidad del aire en un 5%. Como se comenta a continuación, este Plan Estratégico hace especial incidencia en los grupos vulnerables a este riesgo, tal y como indica el "*The EU Environment and Health Action Plan*" (EHAP). En este caso, se entiende como grupo vulnerable a la población infantil, personas mayores y mujeres embarazadas, donde además este Plan incluye a las mujeres en edad fértil y a personas enfermas o con patologías que pueden verse afectadas por la exposición a los factores ambientales.

Asimismo, esta área concuerda con el **I Programa Nacional de Control de la Contaminación Atmosférica** (PNCCA) del MITERD, que define objetivos y acciones para el cumplimiento de los compromisos de reducción de emisiones. Las medidas de este Programa van en consonancia tanto con las políticas de calidad de aire como con las energéticas y climáticas del **Plan Nacional Integrado de Energía y Clima** (PNIEC), que estima que, con las reducciones cuantificadas de emisiones de contaminantes atmosféricos, las muertes prematuras por contaminación atmosférica en el año 2030 se reducirían en torno a 2.400 personas (8.913 en el Escenario Tendencial hasta 6.521 en el Escenario Objetivo), una reducción en términos porcentuales del 27%. Algo más ambiciosas son las previsiones del Plan de Acción de Contaminación Cero, que sitúa esta reducción en un 55%, para lo que habría que trabajar ampliamente en estas acciones.

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

Prevención y protección de la salud

Objetivo	Acciones
Reducir la mortalidad y morbilidad atribuible a la exposición a la contaminación atmosférica en línea con los objetivos del PNCCA. *Garantizar la prevención de enfermedades derivadas de la contaminación atmosférica y la mala calidad del aire, a través de la vigilancia, análisis y evaluación de los datos instantáneos y acumulados de los medidores de contaminación, y las actuaciones que se deriven.*	a) Redactar un Plan de Prevención ante situaciones episódicas de contaminación en el que se establezca claramente un protocolo de actuación de las autoridades sanitarias ante este tipo de situaciones. b) Potenciar medidas estructurales encaminadas a disminuir las concentraciones medias de los contaminantes y mejorar la calidad del aire, especialmente en áreas metropolitanas y urbanas, como el cambio modal de transporte. Plan Nacional de Control de la Contaminación Atmosférica. c) Vigilar la calidad del aire en las zonas de más concentración de vehículos y entornos susceptibles, en especial los entornos escolares, e infantiles y sanitarios. d) Fomentar y promocionar las infraestructuras verdes en espacios identificados como de alta concentración de contaminación atmosférica como medidas de mitigación y reducción de la misma. e) Fomentar sistemas de vigilancia del polen y otros aeroalérgenos atmosféricos.

Gestión, organización y coordinación

Objetivo	Acciones
Mejorar la eficacia de la coordinación entre el MITERD y el MSAN en el ámbito de sus respectivas competencias.	a) Establecer una Comisión Técnica entre el Ministerio de Sanidad (MSAN) y el Ministerio para Transición Ecológica y el Reto Demográfico (MITERD). b) Incorporar mecanismos de coordinación con la Red de vigilancia de la calidad del aire dentro de las redes centinelas dependientes de las autoridades sanitarias. c) Traspasar los datos de medidores de calidad del aire a los espacios de análisis dependientes de las autoridades sanitarias, así como integrar profesionales de la salud pública en la gestión. d) Formar, a nivel nacional, un comité técnico capaz de asesorar a las diferentes Administraciones sobre qué medidas de actuación tomar en la lucha contra la contaminación atmosférica y su impacto en la salud. e) Coordinar y unificar la elaboración de protocolos de actuación en caso de episodios de contaminación por parte de las distintas administraciones con valores y actuaciones homogéneas. f) Establecer mecanismos de coordinación con las Comunidades Autónomas y Ayuntamientos para el desarrollo de las acciones que requieran de su intervención (zonas peatonales y de baja emisión, reducción del tráfico rodado, transporte público, etc.). g) Involucrar a empresas y otros agentes sociales en los aspectos de difusión, formación y compromisos en movilidad sostenible, calidad del aire, etc.

Formación y comunicación del riesgo

Objetivo	Acciones
Mejorar el conocimiento de los efectos de la mala calidad del aire por parte de la población y los profesionales.	a) Formación de los profesionales sanitarios sobre los riesgos en salud por la exposición a contaminación atmosférica y las estrategias relacionadas con su manejo y prevención. b) Elaborar información divulgativa fácilmente comprensible sobre cómo la contaminación atmosférica puede afectar a la salud de la población, especialmente a los grupos de riesgo, e implicar a los colectivos de educación ambiental y de educación para la salud. c) Elaborar un Programa de Información para la Protección de la Salud que ofrezca información y recomendaciones de forma diaria para las capitales y las áreas metropolitanas. d) Realizar campañas de concienciación y sensibilización para el fomento de hábitos y prácticas saludables y medioambientalmente sostenibles para mejorar la calidad del aire. e) Elaborar información divulgativa sobre la importancia de la biodiversidad para la reducción y mitigación de la contaminación atmosférica y la prevención de los efectos sobre la salud. f) Establecer un procedimiento para asegurar la comunicación a la población sensible, es decir, asegurarse de que los episodios de contaminación se informan a centros sanitarios, centros educativos, residencias de ancianos, etc. g) Facilitar a la población el acceso a la información sencilla y clara sobre calidad del aire que le capacite para proteger su salud.

Investigación

Objetivo	Acciones
Mejorar el conocimiento científico sobre los impactos sanitarios, económicos, sociales y ambientales de la contaminación atmosférica sobre la salud.	a) Establecer un Plan de Vigilancia Epidemiológico de los efectos de la contaminación atmosférica y estudios sobre el impacto en la salud en la que se caracterice la exposición de la población y se analice y cuantifique los efectos que la contaminación atmosférica tiene, a corto y largo plazo, sobre la salud en España. b) Realizar una estimación económica y social del impacto de la contaminación atmosférica en España. c) Analizar la influencia que el cambio climático tiene y va a tener en la contaminación atmosférica. d) Desarrollar nuevas líneas de I+D+i encaminadas a promover el conocimiento sobre la contaminación atmosférica, sus causas y dinámica. e) Impulsar estudios de investigación sobre los posibles efectos sobre la salud y el bienestar de otros factores ambientales como los olores o la biodiversidad

Seguimiento, evaluación e indicadores

Objetivo	Acciones
Monitorizar el impacto de las medidas de prevención.	a) Evaluar la morbilidad y mortalidad relacionada con la contaminación atmosférica, con datos desagregados. b) Avanzar en la determinación de enfermedades respiratorias a consecuencia de la contaminación en la población.

6.4. CALIDAD DEL AGUA

El Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente en relación con esta área temática de calidad de las aguas tiene como misión ***PROTEGER LA SALUD DE LAS PERSONAS DE LOS EFECTOS ADVERSOS DERIVADOS DE CUALQUIER TIPO DE CONTAMINACIÓN DE LAS AGUAS, EN CUALQUIERA DE SUS USOS***

El agua es necesaria para la vida y el desarrollo de los pueblos, en cantidad y calidad suficiente y fácilmente accesible a la población. El uso del agua en humanos se realiza para beber, preparar alimentos, higiene personal y para uso industrial, agrícola, doméstico y recreativo. Esta agua está afectada por la calidad del agua natural y, por tanto, por la calidad de los vertidos de agua residual depurada y el agua regenerada.

Por ello, desde 2010, la Asamblea General de las Naciones Unidas reconoce el derecho humano al abastecimiento de agua y al saneamiento para garantizar la protección de la población. Éste se define como el derecho de todas las personas a disponer de agua suficiente, salubre, aceptable, accesible y asequible tanto para el uso personal como doméstico.

Algunas de estas condiciones que debe cumplir el abastecimiento de aguas se ven condicionadas por ciertos aspectos ambientales. El primero de ellos es la disponibilidad del agua. La disponibilidad del agua está íntimamente relacionada con el fenómeno de cambio climático ya que éste altera el ciclo del agua. Esto hace que un marcado cambio climático condicione que el agua sea suficiente para su captación y su uso doméstico o personal. En España, se cuenta con algunas zonas que sufren frecuentemente sequias y que, por tanto, presentan una falta de agua suficiente para el desarrollo de la población.

Además, el cambio climático afecta al agua tanto en la cantidad como en la calidad. Por ejemplo, los cambios en las condiciones térmicas pueden favorecer la proliferación de cianobacterias particularmente en embalses y lagos, que pueden sintetizar toxinas con acción en hígado, piel y sistema nervioso; en aguas marinas, también pueden contribuir al aumento de la presencia de medusas y cianobacterias. Más allá de las sequías, existen otros fenómenos intrínsecamente relacionados al cambio climático que pueden afectar a la calidad del agua. Algunos ejemplos de ello pueden ser los temporales e inundaciones que contaminan las zonas de captación o los lugares de depuración y saneamiento de la misma. Algunas de las principales repercusiones de ello, es la incapacidad de captar agua para consumo en lagos o embalses y su exposición al organismo por inhalación de aerosoles generados por el oleaje.

Cabe destacar que un saneamiento y depuración de las aguas residuales que sea deficiente o ausente provocará la contaminación microbiológica y química del agua, dando lugar a una mayor exposición a la población a esta contaminación y por tanto aumentando el riesgo para la salud humana; aumentando los costes de los tratamientos necesarios para la potabilización del agua para su consumo humano. La importancia de la reutilización de agua regenerada en España se basa en la necesidad de contar con recursos que o bien sustituyen o bien complementan la disponibilidad de agua, preferentemente en zonas áridas y semiáridas, o en épocas de escasez por exceso de

demanda, por lo que estas aguas requieren asimismo cumplir con las garantías de calidad adecuadas que las hacen aptas para los distintos usos.

Como se comenta, el abastecimiento de agua de consumo es indispensable para la salud pública. Sin embargo, el uso masivo de agua que se realiza, no siempre para fines básicos, está mermando enormemente la estabilidad ecológica del territorio incluyendo las zonas costeras, especialmente en un clima mediterráneo pobre en agua. Los embalses retienen sedimentos que no llegan al mar y menos con un régimen normal (ligado a la pluviometría y el deshielo), por lo cual las costas sufren más erosión y empobrecimiento de nutrientes esenciales, repercutiendo en la salud humana con inundaciones costeras y reducción de alimentos de origen marino. Un enfoque holístico sobre la reducción de estas causas bajo el paradigma One Health como el que se propone es necesario para reestablecer y mantener el equilibrio salud ambiental, salud animal y salud humana.

La calidad del agua está amenazada por contaminantes emergentes, ya sean patógenos o químicos, por el uso creciente de múltiples productos químicos que terminan en el ciclo del agua. Por ejemplo, medicamentos y productos de cuidado personal, ingredientes de productos de consumo, materiales de las tuberías de distribución, nanopartículas y microplásticos, subproductos de desinfección y otros productos de transformación y que pueden actuar como alteradores endocrinos. Otro ejemplo son los microplásticos que no se tiene definido su repercusión en la salud a falta de estudios futuros. Esto genera nuevos retos a la hora de realizar un correcto tratamiento del agua, en este sentido, los productos químicos adecuados tienen un papel importante, así como los nuevos reglamentos de REACH.

La nueva normativa europea sobre agua de consumo humano, la Directiva (UE) 2020/2184 del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de diciembre de 2020 relativa a la calidad de las aguas destinadas al consumo humano, presenta una nueva perspectiva para afrontar la evaluación y gestión de nuevos riesgos hídricos y aspectos relacionados con el suministro del agua, así se controlan parámetros como la Legionella, uranio, ácidos haloacéticos o los PFAS y bisfenol A; una mayor transparencia al ciudadano sobre datos de calidad del agua y acceso al agua de grupos vulnerables.

La normativa actual en materia de protección de los recursos hídricos permite controlar la calidad de las aguas superficiales y subterráneas para que sean compatibles con los objetivos ambientales fijados, minimizando los riesgos para la salud humana de acuerdo con toda la información disponible y estableciendo las adecuadas medidas de protección de acuerdo con los usos a las que se destinan. Los planes hidrológicos de cuenca realizan, en ciclos de seis años, el diagnóstico de las presiones e impactos que provocan deterioros en la calidad de agua, así como programan las medidas a adoptar para alcanzar los objetivos ambientales, que incluyen, entre otras, las medidas relativas a la mejora del saneamiento y la depuración, así como las relativas al control y a la prevención de la contaminación difusa procedente de las actividades económicas, particularmente la agropecuaria.

La **Agenda 2030** marcada por la ONU presenta los Objetivos de Desarrollo Sostenible para los próximos 15 años. Uno de ellos, el **ODS 6**, corresponde específicamente a la calidad del agua y sus metas avanzan paralelas a los objetivos presentes en este apartado del Plan. Además, existen otros objetivos específicos, como el **ODS 3.9** (Reducir la morbi-mortalidad relacionada con la calidad del agua) y el **ODS 11.6** (Reducir el impacto ambiental en ciudades por calidad del agua), que asimismo se ven respondidos con las medidas propuestas en este documento. Dichas medidas también responden a la **Declaración de Ostrava**, que apunta a una agricultura sostenible en el uso del agua, y a la **Estrategia Mundial de la OMS sobre Salud, Medio Ambiente y Cambio Climático**.

En el ámbito nacional, esta área temática concuerda con el proceso de elaboración de los Planes Hidrológicos de Cuenca 2022-2027 y con el **Plan Nacional de Depuración, Saneamiento, Eficiencia, Ahorro y Reutilización** (PLAN DSEAR) del MITERD, cuyo objetivo es revisar las estrategias de intervención definidas en los actuales planes hidrológicos de segundo ciclo, y la preparación de los planes del tercer ciclo.

Asimismo, y dentro del marco del PNACC, se encuentra el **Plan de Impulso al Medio Ambiente para la Adaptación al Cambio Climático en España** (PIMA Adapta) del MITERD, que contempla actuaciones en el ámbito de la gestión del agua y del dominio público hidráulico, entre otros.

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

Prevención y protección de la salud

Objetivo	Acciones
Proteger la salud de las personas de los efectos adversos derivados de cualquier tipo de contaminación de las aguas; garantizando su acceso, salubridad, calidad y limpieza, en todos y cada uno de sus usos.	a) Mejorar el tratamiento de potabilización requerido en función de la calidad del agua de origen utilizando, como mínimo, filtración y desinfección en pequeñas zonas de abastecimiento. b) Mejorar la calidad del agua de consumo en el grifo del consumidor y tener en cuenta, para ello, la posibilidad de presencia de contaminantes emergentes. c) Incluir en la evaluación de riesgo a plaguicidas que, aunque su uso esté prohibido, sean de lenta y/o difícil eliminación, como el lindano. d) Mejorar la gestión de las aguas residuales y pluviales para proteger la calidad de las aguas destinadas a la producción de agua de consumo, así como las aguas de baño. e) Mejorar las instalaciones, evitando o sustituyendo materiales como el plomo en redes de distribución e instalaciones interiores, por otros inocuos, así como evaluando las fugas estructurales tanto en los sistemas de abastecimiento como en los de saneamiento y poniendo las medidas correctoras para remediarlo. f) Elaborar una metodología común para la evaluación y gestión de riesgo hídrico (Plan sanitario del agua) y su impacto en salud. Tanto para las zonas de abastecimiento como para las aguas de baño, piscinas/spas, aguas residuales y aguas regeneradas, fomentando su aplicación. g) Mejorar las herramientas analíticas, con resultados a tiempo real tanto en parámetros microbiológicos como en parámetros físico-químicos, promoviendo los ejercicios de intercomparación de métodos. h) Vigilar el uso masivo de agua que se realiza para proteger la estabilidad ecológica del territorio.

Objetivo	Acciones
	i) Implantar los sistemas más adecuados de depuración y regeneración para mejorar la calidad de las aguas y adecuarlas a sus usos posteriores. j) Incluir como declaración obligatoria la morbi-mortalidad relacionada con el uso de piscinas y su inclusión en la correspondiente Red de Vigilancia. k) Mejorar los sistemas de saneamiento, depuración, regeneración y reutilización, fomentando la instalación de redes separativas de aguas pluviales. l) Potenciar la utilización de soluciones basadas en la naturaleza para la mejora de la calidad del agua disponible para la población. m) Evaluar la eficacia y seguridad de los sistemas físicos, químicos y biológicos de prevención y control de la Legionella.

Gestión, organización y coordinación

Objetivo	Acciones
Mejorar la coordinación entre las administraciones competentes en materia de gestión del agua.	a) Implementar la nueva directiva europea de agua de consumo y el Protocolo de Agua y Salud europeo en relación con la salud humana. b) Mejorar la información en tiempo real del estado de las masas de agua y de los usos del agua. c) Mejorar la notificación de datos a los sistemas de información sanitarios: SINAC, NAYADE o SILOE. d) Mejorar la coordinación en la gestión de aguas residuales, regeneradas y su reutilización. e) Desarrollar un nuevo sistema de vigilancia epidemiológica basada en el control de las aguas residuales, denominada HEBAR. f) Incluir criterios de salud pública en la gestión integrada de las cuencas hidrográficas y promover la utilización de soluciones basadas en la naturaleza cuando sea factible. g) Mejorar la coordinación con empresas y asociaciones de usuarios para involucrarlas en los aspectos de difusión, formación y compromisos en calidad del agua de consumo que contribuyan a acelerar los objetivos presentes en el Plan.

Formación y comunicación del riesgo

Objetivo	Acciones
Mejorar la formación de los profesionales y la información y el conocimiento de la población sobre los efectos sobre la salud de la mala calidad de las aguas.	a) Establecer sistemas de formación específica sobre estrategias de evaluación y gestión del riesgo hídrico para la salud para el personal de la administración sanitaria y la administración hidráulica b) Fomentar que todo el personal propio o subcontratado implicado en las actividades de gestión, suministro, depuración, instalación o análisis del agua cuente con la formación necesaria para la actividad que desempeña dentro del mismo, mediante cualificaciones profesionales, créditos universitarios, etc. c) Campañas informativas dirigidas a los profesionales para el correcto uso de los productos químicos utilizados en el tratamiento del agua y sobre las operaciones de mantenimiento higiénico-sanitario de las instalaciones. d) Realizar campañas de información y educación para la ciudadanía en ahorro y consumo de agua sin riesgos para la salud y el correcto uso del agua regenerada. e) Desarrollar mecanismos de acción social eficaces para asegurar el derecho al agua de consumo a grupos vulnerables y fomentar la concienciación ambiental para la protección de los recursos hídricos. f) Introducir sistemas de alerta precoz ante cambios bruscos o inesperados en la calidad en aguas de baño. g) Establecer campañas de información y educación a los bañistas frente a los riesgos asociados al baño (especialmente prevención de ahogamientos, accidentes y riesgos microbiológicos).

Investigación

Objetivo	Acciones
Aumentar el conocimiento sobre el potencial impacto en la salud de la calidad de las aguas en ámbitos geográficos o de uso específicos.	a) Realizar la evaluación y gestión de riesgos de las zonas de captación de los puntos de extracción de aguas de captación destinadas a la producción de aguas de consumo; en las zonas de abastecimiento y en las instalaciones interiores de edificios públicos prioritarios. b) Desarrollar sistemas de vigilancia de cianobacterias y cianotoxinas en las zonas protegidas de áreas de captación o de aguas de baño. c) Desarrollar modelos matemáticos que ayuden a predecir la calidad de las zonas de baño con precisión. d) Desarrollar servicios digitales que permitan informar y predecir el estado de los recursos en tiempo (cuasi-)real. e) Realizar estudios epidemiológicos sobre la morbi-mortalidad sistemas de vigilancia y riesgos de exposición. f) Desarrollar tecnologías de depuración y regeneración adecuadas, principalmente con sistemas de menor afectación al medio ambiente y a la salud. g) Impulsar la evaluación del riesgo sobre la reutilización de agua residual regenerada y de la eficacia de sistemas físicos y fisicoquímicos para su tratamiento. h) Impulsar estudios de investigación sobre los riesgos de las nuevas instalaciones que pueden originar legionelosis, sobre los factores determinantes del crecimiento y dispersión de la Legionella y la dosis infectiva de este microorganismo.

Seguimiento, evaluación e indicadores

Objetivo	Acciones
Garantizar el cumplimiento de las medidas para mejorar la calidad de las aguas.	a) Elaboración de indicadores relacionados con el agua de consumo, agua de baño, aguas regeneradas y aguas residuales.

6.5. VECTORES TRANSMISORES DE ENFERMEDADES

El Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente en relación con esta área temática de vectores transmisores de enfermedades tiene como misión ***PROTEGER LA SALUD DE LAS PERSONAS DE LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS, GARRAPATAS Y OTROS VECTORES***

Las principales enfermedades transmitidas por vectores (ETV) representan el 17% de la carga mundial relacionada con enfermedades transmisibles, causando más de 700.000 muertes al año. En España, toma especial relevancia la vigilancia sobre los mosquitos de la especie *Aedes albopictus*. Este mosquito es una especie incluida en el Catálogo Español de Especies Exóticas Invasoras, relacionada con la transmisión de enfermedades como el dengue, el Zika y el Chikungunya. Además de estas enfermedades, la Fiebre del Nilo Occidental (FNO) supone también un alto riesgo en España, debido a que los mosquitos relacionados con su transmisión (*Culex pipiens, Culex perexiguus*), están bien establecidos en el territorio.

Otro mosquito propagador de enfermedades vectoriales es *Anopheles artoparvus,* relacionado con la transmisión de la Malaria, aunque su presencia no esta tan extendida como el *C. pipiens*. Otros artrópodos que están involucrados en la transmisión de este tipo de enfermedades son las garrapatas como *Ixodes ricinus, Hyalomma marginatum e Hyalomma lusitanicum,* relacionados con la enfermedad de Lyme y la Fiebre Hemorrágica de Crimea-Congo; los flebotomos (*Phlebotomus perniciosus* y *Phlebotomus arisi*), relacionados con la Leishmaniosis y las enfermedades causadas por flebovirus como Toscana o Granada; los piojos, transmisores de Tifus (causado por las bacterias *Rickettsia prowazekii* y *Bartonella quintana)* y las pulgas (*Xenopsilla cheopis* y *Ctenocephalides felis),* relacionadas con Tifus Murino. Hasta la fecha en España no se ha registrado la transmisión de ninguna enfermedad debida a picadura de chinche o de mosca negra.

La naturaleza de estas enfermedades hace que en algunos casos se desarrollen co-infecciones que condicionan la recuperación de los afectados. Esto es especialmente relevante en el caso de los enfermos de Lyme, donde patógenos como *Babesia*, *Bartonella*, *Ehrilichia* o *Rickettsia* empeoran el cuadro sintomático, dificultan el diagnóstico y el tratamiento, ya que la enfermedad no podrá resolverse sin abordad estas co-infecciones.

Gran parte de estas enfermedades transmitidas por vectores son zoonóticas, estando por lo tanto involucradas en su ciclo de transmisión diferentes especies animales, tanto silvestres como domésticas. Por ello, desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Naciones Unidas (FAO) y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) se promueve el fomento de la coordinación y cooperación entre las autoridades de Salud Pública, Sanidad Animal y Medio Ambiente en los diferentes países, dentro del concepto *One Health*.

Aunque se han dado ciertos casos autóctonos de las enfermedades mencionadas, el riesgo general es medio-bajo. Sin embargo, ciertos factores pueden aumentar la prevalencia de este tipo de enfermedades, así como la proliferación de sus vectores principales como son los cambios asociados al uso del suelo, el modelo urbanístico, movimientos migratorios, contaminación lumínica durante la

noche, los movimientos de población o el cambio climático. Un aspecto que puede resultar clave en el control de nuevas enfermedades de transmisión vectorial es el control exhaustivo de la entrada y salida de especies invasoras que pueden introducir nuevas enfermedades.

Debido a dichos factores, éste se ha convertido en un problema a nivel mundial. Por ello, la OMS cuenta con el **Plan de Acción sobre Entomología y Control de Vectores 2018-2023** y una estrategia de **Respuesta mundial para el control de vectores 2017-2030**.

Estos documentos se muestran en concordancia con los trabajos desarrollados en España sobre los vectores transmisores de enfermedades. Actualmente, desde el MSAN se cuenta con un **Plan Nacional de Preparación y Respuesta Frente a Enfermedades Transmitidas por Vectores** gracias al cual se ha podido observar, por ejemplo, que el mosquito tigre (*Aedes albopictus*) se encuentra bien establecido en la zona Este de la península y en Baleares y se han podido dar indicaciones adecuadas para su control. Las líneas de intervención que se muestran a continuación pretenden seguir la línea marcada por los trabajos anteriores y aumentar el control y la intervención de las ETV en España.

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

Prevención y protección de la salud

Objetivo	Acciones
Implantar sistemas eficaces de prevención y control temprano de brotes de enfermedades transmisibles por vectores.	a) Reforzar la vigilancia epidemiológica humana, animal y ambiental sobre todo en áreas de alto riesgo y establecer zonas de vigilancia especial del vector para evitar brotes o resurgimientos en zonas donde tradicionalmente la presencia de vectores sea positiva. b) Ampliar los planes de acción integrales y multisectoriales en los que estén involucrados las instituciones públicas y privadas que jueguen algún papel en la preparación y en la respuesta frente a la enfermedad (Plan Nacional de Preparación y Respuesta de enfermedades transmitidas por vectores), que incluya, además de las enfermedades transmitidas por Aedes, las transmitidas por el resto de los vectores mencionados. c) Identificar los factores ambientales vinculados al desarrollo de enfermedades zoonóticas con potencial repercusión sobre la salud humana. d) Identificar áreas degradadas donde se favorece el desarrollo y reproducción de vectores de enfermedades. e) Establecer, especialmente en las zonas de riesgo, medidas de control de los reservorios de enfermedades de transmisión vectorial. f) Fomentar el control integrado de plagas, la lucha biológica, la ordenación del medio y el uso racional de biocidas. g) Establecer Programas de Vigilancia entomológica: Vigilar

Objetivo	Acciones
	sistemáticamente en las épocas de crecimiento la población vectorial potencialmente transmisora del patógeno y la entrada de nuevas especies. h) Reforzar las medidas de control de vectores en las proximidades de los puertos y aeropuertos y humedales. i) Valorar la pertinencia de la inclusión de algunas enfermedades transmitidas por vectores como enfermedad de declaración obligatoria.

Gestión, organización y coordinación

Objetivo	Acciones
Mejorar la coordinación de las diferentes administraciones implicadas.	a) Desarrollar protocolos de trabajo para abordar la problemática de vectores o reservorios de forma transversal en los distintos territorios para homogenizar las actuaciones en caso de brote o casos. b) Aplicar coordinadamente, entre las diferentes administraciones y empresas de servicios de sanidad ambiental, las medidas necesarias para el control vectorial, la comunicación del riesgo en tiempo y forma y la gestión de los brotes. c) Crear un Comité de asesoramiento con la participación de entidades, instituciones y profesionales involucrados en el desarrollo de acciones en base al eje de *One Health*, por ejemplo, CCAES, MAPA, MITERD, ISCIII, universidades, etc. d) Evaluar, a nivel local, los riesgos ambientales y sociales para proponer las medidas de prevención adecuadas en cada contexto.

Formación y comunicación del riesgo

Objetivo	Acciones
Mejorar la formación de los profesionales y la concienciación de la ciudadanía.	a) Realizar intervenciones donde se informe a los profesionales sanitarios de los protocolos de actuación y detección precoz. b) Informar a la población que va a viajar hacia países endémicos sobre las consultas del viajero. c) Incrementar las intervenciones poblacionales que expliquen medidas preventivas contra los principales vectores. d) Fomentar el uso de tecnologías aplicadas a la gestión del control vectorial y la participación ciudadana para el cumplimiento de este objetivo, así como apoyar proyectos de Ciencia Ciudadana. e) Informar y comunicar el riesgo a grupos que puedan involucrarse desde el ámbito privado en el desarrollo de las acciones propuestas

Objetivo	Acciones
	(administradores de fincas, agricultores, ganaderos, cazadores, etc.).
	f) Realizar convenios con la Universidad, en especial con las Facultades de Veterinaria, para la capacitación en la identificación y control de vectores de enfermedades transmisibles y su registro y comunicación a los sistemas de vigilancia.

Investigación

Objetivo	Acciones
Mejorar el conocimiento acerca de la gestión del riesgo de las enfermedades transmitidas por vectores.	a) Promover el estudio de la dinámica de los reservorios. b) Analizar la ecología y entomología de las áreas endémicas o históricamente endémicas para evaluar los factores que condicionan la transmisibilidad de la enfermedad. c) Establecer un sistema de coordinación de recogida de datos y su puesta en común que facilite la evaluación del riesgo y el conocimiento del estado de la presencia de vectores y potenciar la recogida sistemática de datos entomológicos y de salud animal. d) Evaluar la pertinencia de utilizar técnicas de control vectorial. e) Valorar y vigilar el posible riesgo de la introducción de especies exóticas en el país que puedan suponer un aumento en el riesgo de transmisión de enfermedades vectoriales. f) Analizar los posibles efectos del cambio climático y la pérdida de biodiversidad en la distribución de vectores con mayor capacidad de transmisibilidad. g) Realizar estudios sobre la capacidad vectorial de los principales vectores en España. h) Estimar la población de asintomáticos en periodo de transmisión vírica que no acuden al hospital (quedan fuera de la red RENAVE) pero pueden generar una infraestimación del riesgo. i) Realizar estudios sobre los efectos diferenciados por sexo de los principales vectores y sus consecuencias. j) Colaborar con centros investigadores en enfermedades de países en desarrollo. k) Realizar estudios de vectores y sus patógenos a corto, medio y largo plazo, teniendo en cuenta los distintos hábitats. Esto es especialmente importante en las enfermedades transmitidas por garrapatas, ya que su fenología cambia en función del hábitat.

Seguimiento, evaluación e indicadores

Objetivo	Acciones
Evaluar el impacto en salud de los planes y la efectividad de las medidas de gestión de los vectores y de los brotes.	a) Elaborar indicadores relacionados con el control de enfermedades de transmisión vectorial. b) Elaborar informes con los resultados de la aplicación del Plan sobre las poblaciones de vectores capaces de transmitir enfermedades. c) Evaluar la red de vigilancia por el número instituciones que participan en ejercicios de vigilancia entomológica de vectores de transmisión de enfermedad. d) Realizar informes sobre vigilancia, control entomológico y epidemiología asociada a vectores.

6.6. PRODUCTOS QUÍMICOS

El Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente en relación con esta área temática de productos químicos tiene como misión ***PROTEGER LA SALUD DE LAS PERSONAS DE LOS EFECTOS ADVERSOS DERIVADOS DE LA EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS Y MEZCLAS QUÍMICAS***

El contacto con los productos químicos es un elemento cotidiano en nuestras vidas. El 98% de las actividades económicas precisan de productos químicos en su cadena productiva, algo que convierte a la industria química en un sector fundamental para garantizar nuestro bienestar, proteger nuestra salud y seguridad y hacer frente a los nuevos desafíos sociales y ambientales a través de la innovación. Pese al avance que estos han supuesto para el progreso, pueden existir consecuencias negativas para la salud o el medio ambiente debidas a la exposición a ciertas sustancias químicas.

Utilizamos habitualmente un incontable número de productos químicos en general con los más variados usos industriales, agrícolas, domésticos y de todo tipo, así como un determinado número de sustancias activas que se emplean para formular productos biocidas y fitosanitarios. Dado que la exposición a sustancias de este tipo puede tener efectos sobre la salud de las personas expuestas, desde hace años la UE desarrolla políticas encaminadas a la gestión de los productos químicos con el necesario objetivo de proteger la salud y el medio ambiente. Se trata de conseguir que las sustancias y mezclas químicas se produzcan y se utilicen de manera que se reduzcan al mínimo los efectos adversos.

Con este objetivo surgieron dos Reglamentos de carácter horizontal: el Reglamento de registro, evaluación, autorización y restricción de sustancias y mezclas químicas (REACH) y el Reglamento sobre clasificación, envasado y etiquetado de sustancias y mezclas químicas (CLP), cuyo fin es determinar si una sustancia o mezcla presenta propiedades que determinen su clasificación como peligrosa, de forma que sea comprensible y se pueda comunicar al público para que sea capaz de actuar ante ellas. Compartiendo objetivos, también surgió legislación específica como son los Reglamentos de comercialización y uso de biocidas y de comercialización de productos fitosanitarios.

Algunas de estas sustancias químicas pueden actuar como alteradores endocrinos. Éstos son compuestos químicos capaces de entrar en contacto con el organismo a través del agua, aire o alimentos y alterar el equilibrio hormonal y el desarrollo embrionario y provocar efectos adversos sobre la salud de un organismo o de su descendencia. El término engloba un grupo de sustancias químicas de diferente origen y estructura que se sintetizaron para cumplir funciones diversas, las cuales pueden ser persistentes y acumularse en los organismos vivos. La evidencia científica disponible apunta que las tendencias crecientes en ciertos efectos adversos observados en la fauna y en salud humana podrían ser atribuidas a la exposición a estas sustancias.

La Organización Mundial de la Salud participa activamente en los trabajos de convenios y acuerdos ambientales multilaterales relacionados con la protección de la salud humana y el medio ambiente frente a los efectos de la contaminación química. Además de los que se verán más adelante, un ejemplo de ello es el **Convenio de Rotterdam,** sobre el procedimiento de consentimiento fundamentado previo aplicable a ciertos plaguicidas y productos químicos peligrosos objeto de

comercio internacional. El **Séptimo Programa de Acción en materia de Medio Ambiente**, establece el objetivo a largo plazo de un entorno no tóxico y, a tal efecto, dispone que es necesario tomar medidas para garantizar que reduzcan al mínimo los efectos adversos significativos de los productos químicos sobre la salud humana y el medio ambiente.

Entre los productos químicos peligrosos debemos mencionar los contaminantes orgánicos persistentes (COP) regulados por los convenios internacionales como el Protocolo de contaminantes orgánicos persistentes del COP de la **Convención del Aire** sobre la contaminación atmosférica transfronteriza a gran distancia cuya revisión última, aunque España y la Unión europea lo han ratificado, todavía no ha entrado en vigor, así como por el **Convenio de Estocolmo** sobre COP, acuerdo internacional jurídicamente vinculante negociado en el ámbito del Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), que entró en vigor en España el 26 de agosto de 2004 y tiene por objetivo proteger la salud humana y el medio ambiente frente a los COP, eliminando y, cuando esto no sea posible, minimizando las liberaciones de estos peligrosos contaminantes. En línea con estos convenios y compartiendo su objetivo está el Reglamento (UE) 2019/1021 del Parlamento Europeo y del Consejo sobre COP.

De igual modo, el mercurio ha dado lugar al **Convenio de Minamata**, acuerdo internacional jurídicamente vinculante negociado en el ámbito del PNUMA, que entró en vigor el 16 de agosto de 2017 y tiene por objetivo proteger la salud humana y el medio ambiente de las liberaciones antropogénicas de mercurio y compuestos de mercurio. En línea con este convenio y compartiendo su objetivo está el artículo 10 del Reglamento (UE) 2017/852 del Parlamento Europeo y del Consejo sobre mercurio “Amalgama Dental” en sus apartados 1 al 3, establece restricciones para el uso de amalgamas dentales que contengan mercurio y además recoge la obligación de que cada Estado Miembro establezca, a más tardar el 1 de julio de 2019, un plan nacional relativo a las medidas que tenga previsto aplicar para la reducción gradual del uso de amalgama dental.

En relación con los productos fitosanitarios, incorporando los postulados establecidos en el **VI Programa Comunitario de Acción Medioambiental,** se dispone de legislación europea (Reglamento 1107/2009 sobre comercialización de productos fitosanitarios) y de la Directiva 2009/128/CE por la que se establece el marco de actuación comunitaria para conseguir un uso sostenible de los plaguicidas; la cual tiene por objeto reducir los riesgos y los efectos de la utilización de plaguicidas en la salud humana y en el medio ambiente y promover la gestión integrada de plagas y planteamientos o técnicas alternativos con el fin de reducir la dependencia del uso de plaguicidas. Esta directiva desarrollada en el Real Decreto 1311/2012, de 14 de septiembre contiene las disposiciones básicas relativas a la racionalización del uso de los plaguicidas para reducir los riesgos y efectos de su uso en la salud humana y el medio ambiente, y establece un **Plan de Acción Nacional** (PAN) requerido para su consecución. El primer PAN (2013 - 2017) para conseguir un uso sostenible de los productos fitosanitarios, de acuerdo con el mandato comunitario, se aprobó en la Orden AAA/2809/2012, de 13 de diciembre. Este PAN finalizó el 31 de diciembre de 2017 y como consecuencia de su revisión y actualización, se aprobó un Nuevo PAN, en diciembre de 2017, cuyo período de vigencia está comprendido entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2022. Posteriormente, mediante el Real Decreto 555/2019, de 27 de septiembre, se modificó el R.D 1311/2012 para establecer los indicadores de riesgo armonizado basado en peligros. Estos indicadores de riesgo servirán para estimar las tendencias de los riesgos derivados del uso de plaguicidas y se basan en estadísticas, elaboradas de conformidad con el Reglamento (CE) nº 1185/2009, sobre las cantidades de sustancias activas comercializadas en el mercado de productos fitosanitarios. Al combinar las estadísticas y la información sobre sustancias activas mencionadas en el Reglamento (CE) nº 1107/2009, incluidas las sustancias de bajo riesgo, las sustancias candidatas a la sustitución u otras sustancias activas, se establece un método de cálculo para producir un

indicador de riesgo armonizado basado en peligros, que calcule los posibles riesgos derivados del uso de los plaguicidas.

Con objeto de reducir los riegos y los efectos de la utilización de plaguicidas (biocidas y productos fitosanitarios) en la salud humana y en el medio ambiente es necesario fomentar la gestión integrada de plagas y de planteamientos o técnicas alternativos con el fin de reducir la dependencia del uso de plaguicidas (biocidas y productos fitosanitarios).

Es fundamental la supervisión de los sistemas de formación, tanto inicial como complementaria, de los distribuidores, asesores y usuarios profesionales de plaguicidas (biocidas y productos fitosanitarios), así como de los sistemas de certificación que registren dicha formación, de manera que quienes utilicen o vayan a utilizar plaguicidas sean plenamente conscientes de los posibles riesgos para la salud humana y el medio ambiente, y de las medidas apropiadas para reducirlos en la medida de lo posible.

Por otra parte, dentro de las sustancias y productos biocidas reguladas por el Reglamento (UE) Nº 528/2012 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de mayo de 2012, relativo a la comercialización y el uso de los biocidas, merecen especial atención debido a sus efectos sobre la salud y sobre el medio ambiente las sustancias anticoagulantes rodenticidas, en base a las cuales se realizan la gran mayoría de los productos químicos destinados al control de roedores. Estas sustancias presentan, en términos medio ambientales, un alto riesgo de envenenamiento para las especies no objetivo, de hecho, hay numerosos estudios que describen casos de especies silvestres envenenadas por sustancias rodenticidas muchas de ellas de alto valor ecológico, tanto en España como en otros países de la UE. Otro peligro ambiental derivado de estas sustancias es su alta persistencia en el medio ambiente. Todas las denominadas SGAR (Sustancias Anticoagulantes de Segunda Generación) se han identificado como sustancias PBT (Persistentes, bioacumulativas y tóxicas) y/o vPvB (muy persistentes y muy bioacumulativas). Asimismo, se han identificado resistencias en especies de roedores a varias de estas sustancias anticoagulantes, con los peligros que ello supone.

Si bien los SGAR son de especial preocupación porque no existen por el momento alternativas aceptables a su uso, otras sustancias activas biocidas son objeto de restricciones o prohibiciones, en base al resultado de la evaluación que realiza la Agencia Europea de Sustancias y Mezclas Químicas (ECHA) en colaboración con los Estados miembros de la UE mediante un Programa de revisión.

En cuanto al Reglamento REACH, el proceso de autorización es una herramienta de gestión de riesgo que permite controlar el uso de determinadas sustancias altamente peligrosas, entre otras sustancias, cancerígenas, mutagénicas y tóxicas para la reproducción (CMR), PBT, vPvB y otras de peligrosidad equivalente como los alteradores endocrinos, Como red de seguridad, el procedimiento de restricción supone la limitación de algunos usos o la prohibición de la comercialización de sustancias cuyos riesgos para la salud o el medio ambiente se consideran inaceptables. Ambos procesos, se encuentran contemplados en la **Estrategia de sostenibilidad para las Sustancias Químicas**[5] con el fin de aumentar y mejorar su eficacia.

La exposición a éstas y otras sustancias se evalúa actualmente a través de sus fuentes, de forma externa y, aunque permite estimar los niveles de contaminantes a los que podría estar expuesta la población, lleva asociadas grandes incertidumbres, es por ello que cada vez tiene más relevancia la utilización de la biomonitorización humana (HBM). La HBM, definida como la medida de la exposición interna a contaminantes en el ser humano, mediante el análisis de su concentración o la de sus metabolitos en cualquiera de sus matrices biológicas, se puede utilizar como una herramienta

transversal para realizar una valoración integrada de la exposición a cualquier producto químico, al tener en consideración todas las vías y fuentes de exposición, reduciendo por tanto la incertidumbre derivada de la estimación externa de la exposición ambiental.

Los productos químicos han sido motivo de preocupación internacional durante mucho tiempo y en este apartado del Plan se pretende dar respuesta a las inquietudes planteadas. Por ejemplo, la investigación en este tema concuerda con las propuestas del llamado "*The EU Environment and Health Action Plan*" (EHAP) de estudiar el efecto combinado de los productos químicos en la salud y el desarrollo de programas de biomonitorización humana en el ámbito europeo. En este último punto, las medidas que se proponen en el Plan se alinean con la participación que tiene España en el proyecto Human Biomonitoring for Europe (**HBM4EU)**, para armonizar la metodología y compartir datos de la biomonitorización humana. Respecto al ámbito de la seguridad química, el registro y tratamiento de los diferentes productos químicos detallados en el Plan, responde a la preocupación de la **Estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Salud, Medio Ambiente y Cambio Climático** y al **Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3.9** (Reducir la morbi-mortalidad relacionada con productos químicos).

En el ámbito europeo, el pasado octubre de 2020 la Comisión presentó su **Estrategia de sostenibilidad para las Sustancias Químicas**[55]. En consonancia con el Pacto Verde Europeo, el objetivo de la Estrategia es lograr un entorno sin sustancias toxicas, donde las sustancias químicas se produzcan y utilicen de tal manera que maximicen su contribución a la sociedad, pero se evite causar daños al planeta y a las generaciones actuales y futuras. Esta estrategia se alinea con el nuevo **Plan de Acción de Economía Circular**. Hasta este momento la política y reglamentaciones sobre productos químicos venían abordando, en gran medida, los peligros y riesgos de éstos desde un punto de vista de economía lineal, no circular. Pero si se desea incentivar la reutilización de los recursos, se debe garantizar que ello no conlleva reintroducir en el mercado sustancias químicas peligrosas, a través del reciclado de objetos y materiales fabricados. En este sentido, la Comisión ha identificado cuatro problemas que podían derivar en una economía circular toxica. Entre ellos, se encuentra el hecho de que los gestores de residuos no dispongan de información relativa al contenido en sustancias peligrosas de los materiales que reciclan. Para resolver este problema, se ha puesto en marcha una base de datos de sustancias de preocupación en artículos, con lo que se persigue que, cuando estos artículos se conviertan en residuos, los gestores de residuos conozcan la presencia de estas sustancias y con ello se mejore la gestión del residuo. Asimismo, esta base de datos se abrirá al consumidor para que realice una elección más consciente y contribuya así a promover la reducción del contenido en sustancias peligrosas de los artículos.

La citada Estrategia fomenta la innovación, buscando que sea la vía a través de la que lograr alternativas más seguras y sostenibles. Desde esta perspectiva innovadora se incentivan iniciativas como la englobada bajo el concepto *Safe and sustainable by Design* (Seguro y sostenible desde su Diseño), que promueve que diseñadores, investigadores, industrias y compañías tengan en cuenta el aspecto de la seguridad y sostenibilidad desde los estadios iniciales de desarrollo de un producto. Esta estrategia es el primer paso hacia una ambición de contaminación cero para un medio ambiente libre de tóxicos anunciado en el **Pacto Verde Europeo**. La estrategia impulsará la innovación para los productos químicos seguros y sostenibles, y aumentará la protección de la salud humana y el medio ambiente contra los productos químicos peligrosos.

La Estrategia de sostenibilidad para las Sustancias Químicas señala también que las sustancias per y polifluoroalquiladas (PFAS) requieren una atención especial, considerando el creciente número de casos detectados en el ámbito global y de la UE que reflejan episodios graves de contaminación del suelo y el agua, incluida el agua potable, y el número de personas afectadas por un espectro

completo de enfermedades. Las PFAS tienen aún usos en muchos sectores entre los que se encuentra la industria textil, por lo que deberían de tenerse muy en cuenta para su eliminación gradual, de manera que se disminuya la exposición de los consumidores y aumentar su protección.

En esta misma línea de apoyo a la innovación, la ECHA impulsa desde 2018 una estrategia para promover la sustitución de sustancias químicas de preocupación, por químicos más seguros. Esta estrategia complementa las reglamentaciones de productos químicos ya comentadas, al tiempo que contribuye a los objetivos globales de la UE de fomento de la innovación e impulso de la economía circular. Las actividades que la ECHA han puesto en marcha han estimulado la sustitución de sustancias de preocupación, al tiempo que han contribuido a reorientar el debate, de un enfoque orientado al cumplimiento (lo que puede derivar en sustituciones no deseadas) hacia uno centrado en la innovación que logre alternativas más seguras y efectivas.

Ya en el año 2012, la Comisión Europea, en su Comunicación sobre efectos combinados de químicos[56], expresó que la exposición a mezclas químicas suponía un mayor riesgo para la salud y el medio ambiente que los riesgos aceptados para sustancias aisladas. Desde la Unión Europea se está discutiendo, desde un enfoque pragmático, el mejor mecanismo para poder evaluar los riesgos, tanto de salud como medioambientales, de los efectos combinados de mezclas de sustancias químicas. En este sentido, la Estrategia de sostenibilidad para las sustancias químicas recoge entre sus propuestas la necesidad de tener en cuenta el efecto de esas mezclas químicas e integrarlo de manera más general en las evaluaciones de riesgo químico.

Por otro lado, la **Estrategia "de la granja a la mesa"** es el corazón del Pacto Verde Europeo, cuyo objetivo es hacer que los sistemas alimentarios sean justos, saludables y respetuosos con el medio ambiente. Con esta estrategia se pretende reducir significativamente la dependencia, el riesgo y el uso de los plaguicidas químicos, así como de los abonos y antibióticos y desarrollar técnicas agrícolas y pesqueras innovadoras que protejan las cosechas de plagas y enfermedades. La estrategia, asimismo, pretende contribuir a lograr una economía circular, de la producción al consumo.

Además, el Plan Estratégico de la Política Agrícola Común (PAC) de la Comisión Europea 2020 debe ser coherente con el Pacto Verde Europeo y contribuir a alcanzar los objetivos climáticos y medio ambientales de la Unión Europea. Una vez que se ponga en marcha la PAC post-2020 introduce un cambio profundo y los beneficiarios finales a las ayudas deben contribuir al fomento de un sector agrícola inteligente, resistente y diversificado que garantice la seguridad alimentaria y a intensificar el cuidado del medio ambiente y la acción por el clima.

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

Subtema: Sustancias químicas industriales, productos fitosanitarios y biocidas

Prevención y protección de la salud

Objetivo	Acciones
Proteger la salud pública frente a los riesgos producidos por la exposición a productos químicos que se encuentran en el mercado y a los que están expuestas las distintas poblaciones humanas de forma directa (trabajadores o consumidores) o indirecta (a través del medio ambiente).	a) Evaluar la peligrosidad, exposición y riesgo de las sustancias químicas. b) Contribuir a la finalización del Programa de revisión de sustancias activas biocidas de la ECHA c) Agilizar la gestión de los sistemas de registro y de los Informes de clasificación y etiquetado de sustancias y mezclas químicas. d) Fomentar el uso de productos sin peligrosidad o menos peligrosos para la salud y el medio ambiente y de técnicas que minimicen el riesgo de la exposición a productos biocidas y fitosanitarios, en concreto fomentar la gestión integrada de plagas. y aquellas herramientas que disponiendo de aval científico mejoren la productividad. e) Mejorar los sistemas de registro, información y vigilancia y evaluación epidemiológica de enfermedades producidas por exposición a productos químicos. f) Implantar estrategias de biomonitorización humana como herramienta para vigilar la relación entre exposición y los efectos potenciales en la salud. g) Identificar sustancias de alta peligrosidad que puedan requerir medidas específicas de gestión de riesgo (CMR, DE, sensibilizantes respiratorios) y promoción de su sustitución. h) Desarrollar un Código de Buenas Prácticas para el uso de productos rodenticidas en colaboración con los distintos agentes implicados i) Implementación y seguimiento del Plan Nacional para la reducción del uso de amalgamas dentales. j) Seguimiento y participación en las discusiones a nivel europeo sobre los efectos combinados de mezclas químicas. k) Fomentar el uso de sustancias y productos de bajo riesgo y reducir el uso de las sustancias candidatas a la sustitución. l) Promover prácticas agrícolas ecológicas que minimicen el uso de productos químicos peligrosos en la producción de alimentos. m) Fomentar iniciativas como “buena vecindad” para transmitir conocimientos y medidas de precaución entre agricultores, transeúntes

Objetivo	Acciones
	y residentes. n) Promover la reducción del uso de fitosanitarios y biocidas, tanto cualitativos como cuantitativos y, en especial en lo que se refiere a los productos fitosanitarios coherentes con el objetivo de reducción del 50% de las Estrategias de la Unión Europea “de la Granja a la mesa” y “Biodiversidad 2030”. o) Revisar los recursos disponibles para agilizar la evaluación de las sustancias activas en los programas europeos. p) Promover y colaborar en el establecimiento de medidas para eliminar aquellos productos químicos más peligrosos para la salud humana y el medioambiente, como los contaminantes orgánicos persistentes. q) Promover la sustitución y eliminación de las “nuevas” sustancias o grupo de sustancias químicas peligrosas que suponen un alto grado de exposición para la población, como es el caso de las PFAS.

Gestión, organización y coordinación

Objetivo	Acciones
Promover la coordinación y cooperación con otras instituciones con intereses en la materia en el ámbito de sus respectivas competencias: MITERD, MAPA, INTCF, CCAA, INIA e INSST.	a) Dar prioridad a la revisión de productos fitosanitarios o biocidas autorizados que contengan sustancias químicas recientemente clasificadas como CMR. b) Garantizar el cumplimiento efectivo del Plan de Acción Nacional (2018-2022) para conseguir un uso sostenible de los productos fitosanitarios. c) Recoger datos estadísticos que permitan identificar las tendencias en la utilización de productos fitosanitarios y biocidas que contengan sustancias activas especialmente preocupantes y los de bajo riesgo. d) Mejorar la vigilancia del cumplimiento legislativo y participación en proyectos europeos de inspección. e) Mejorar la coordinación con las autoridades competentes, con el fin de recabar datos cuantitativos sobre la presencia de sustancias rodenticidas y su relación medioambiental para especies no objetivo. f) Fortalecer el servicio de información toxicológica del Instituto Nacional de Toxicología y su participación en la Red Europea. g) Reforzar la inspección por las CCAA de los productos importados en la UE y el cumplimiento de los mismos con la regulación comunitaria, REACH, etc. h) Realizar un mayor esfuerzo de colaboración con terceros países para la implantación de los estándares europeos en sus procesos. i) Controlar los productos químicos que pueden adquirirse mediante comercio *online* u otro sistema de acceso a ellos no autorizado. j) Mejorar la coordinación y concretar las funciones y participación de las autoridades sanitarias autonómicas en la aplicación del Real Decreto 1311/2012, de 14 de septiembre, por el que se establece el marco de actuación para conseguir un uso sostenible de los productos fitosanitarios. k) Garantizar el desarrollo de la Estrategia de la UE" de la granja a la mesa" y su implementación nacional a través de la PAC post 2020.

Formación y comunicación del riesgo

Objetivo	Acciones
Mejorar la formación de los profesionales sobre el riesgo para la salud que puede originarse por la exposición a productos químicos, así como aumentar la conciencia sobre los mismos en toda la población.	a) Aumentar la formación/capacitación del personal técnico que realiza el control de los productos químicos de las CCAA competentes en el control del cumplimiento sobre aspectos relevantes de la legislación. b) Aumentar la formación/capacitación de los profesionales en evaluación de riesgos por exposición a sustancias químicas, así como en clasificación y etiquetado de productos químicos y en la identificación de propiedades de alteración endocrina. c) Mejorar la transparencia y la comunicación a la ciudadanía de la información sobre uso de productos químicos mediante campañas de concienciación, en colaboración con las asociaciones profesionales. d) Mejorar la difusión de información relevante sobre exposición a sustancias químicas para facilitar el acceso del público a esta información. e) Continuar brindando asesoramiento al sector en la labor de implementación de la legislación. f) Adecuar la formación de los distribuidores, asesores de la gestión integrada de plagas, del personal técnico de las empresas de Sanidad Ambiental y usuarios profesionales de plaguicidas (biocidas y fitosanitarios). g) Implementar la formación en toxicología y alteradores endocrinos a nivel de grado universitario en las carreras afines a las Ciencias de la salud. h) Promover y mejorar la información y sensibilización de la población respecto a los graves daños que el mercurio puede causar a la salud humana y difundir la información de consumo de productos que contengan altos niveles de mercurio, dirigidas especialmente a los colectivos más vulnerables (mujeres en edad fértil o embarazadas y niños menores de 16 años).

Investigación

Objetivo	Acciones
Promover las medidas necesarias para favorecer la investigación y la innovación.	a) Participar en actividades y grupos de trabajo para establecer nuevos procedimientos de evaluación o mejorar los existentes. b) Potenciar los estudios de biomonitorización humana (HBM) cuantitativos como herramienta para vigilar la relación entre exposición y los efectos potenciales en la salud. c) Participar en proyectos de validación de métodos de ensayo en el ámbito de la UE y de la OCDE. d) Contribuir con aportes científico-técnicos a los objetivos del Pacto Verde Europeo de la Comisión, en particular a la Estrategia de Sustancias Químicas para la Sostenibilidad, con el fin de impulsar un ambiente libre de tóxicos y el objetivo “cero contaminación” e) Apoyar la implementación y desarrollo de la Estrategia europea sobre plásticos y también, de manera más general, el impulso de la Economía Circular, mediante la base de datos de sustancias de preocupación en artículos (SCIP), así como con aportaciones y propuestas científicas, especialmente sobre microplásticos. f) Mejorar el conocimiento del universo de las sustancias químicas registradas en REACH para contribuir a lograr una estrategia reguladora integrada.

Seguimiento, evaluación e indicadores

Objetivo	Acciones
Conocer el grado de cumplimiento de las medidas, identificar las tendencias mediante el análisis de resultados.	a) Elaborar, con carácter periódico, un informe de los resultados de la aplicación del Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente sobre Gestión de Productos Químicos entre los que incluirá los productos biocidas, fitosanitarios y químicos industriales. b) Reforzar las metodologías de gestión de residuos para minimizar las liberaciones de sustancias peligrosas, en concreto, fomentar y certificar el sistema de gestión de efluentes de fitosanitarios.

Subtema: Alteradores endocrinos

Prevención y protección de la salud

Objetivo	Acciones
Mejorar la salud y el bienestar de la población mediante la reducción de la exposición de la población humana y de la presencia medioambiental de sustancias químicas que actúan como alteradores endocrinos.	a) Fomentar las actividades encaminadas a la evaluación e identificación de sustancias como alteradores endocrinos. b) Ampliar el conocimiento sobre la exposición de grupos vulnerables a alteradores endocrinos. c) Valorar la exposición humana a través del sistema de vigilancia en salud pública (Biomonitorización humana) de alteradores endocrinos en la población. d) Promover las actividades que se realicen sobre alteradores endocrinos dentro de la estrategia de sostenibilidad para las sustancias químicas y en especial a las referidas dentro de la clasificación y etiquetado.

Gestión, organización y coordinación

Objetivo	Acciones
Promover la coordinación y cooperación con otras instituciones con intereses en la materia: MITERD, MAPA, INDUSTRIA, TRABAJO, CCAA.	a) Promover medidas para reducir la presencia de alteradores endocrinos en productos de consumo y en el medio ambiente y la exposición de la población mediante los instrumentos legislativos adecuados para su regulación. b) Desarrollar una reglamentación nacional especifica en torno a los alteradores endocrinos (posibilidad de una Estrategia Nacional). c) Mejorar la coordinación con Universidades y Organismos de investigación para llevar a cabo la evaluación de los efectos de los alteradores endocrinos. d) Implementar una estrategia a nivel de la UE para un medioambiente no tóxico, de acuerdo con el VII Programa de Medioambiente, que aborde plenamente, entre otros aspectos, la problemática de los alteradores endocrinos, así como los efectos combinados de los productos químicos.

Formación y comunicación del riesgo

Objetivo	Acciones
Capacitar a los profesionales de la salud y potenciar una correcta comunicación a la ciudadanía.	a) Desarrollar un programa que incentive la capacitación de profesionales de la salud y otros agentes de la administración local y municipal para que sirvan de referencia a la ciudadanía y orienten las decisiones en política local. b) Mejorar la formación de profesionales en riesgo químico (conexión con gestión de químicos). c) Reforzar el papel de los profesionales de la salud para informar y sensibilizar a la población. d) Potenciar la transparencia y comunicación al público sobre seguridad de productos químicos de uso cotidiano informando sobre las mejores prácticas para limitar la exposición dando prioridad a las poblaciones de mayor riesgo. e) Mejorar la comunicación sobre las estrategias de prevención o control de los riesgos debidos a los alteradores endocrinos. f) Facilitar un etiquetado legible y comprensible por la ciudadanía.

Investigación

Objetivo	Acciones
Promover las medidas necesarias para favorecer la investigación y la innovación para entender y adaptar la reglamentación y gestión de la forma más eficaz.	a) Coordinar los programas de investigación en alteradores con los programas de investigación en riesgos químicos. b) Promocionar estudios clínicos epidemiológicos que incluyan exposición a alteradores endocrinos. c) Introducir un mecanismo de vigilancia precoz de alteradores emergentes poco estudiados.

Seguimiento, evaluación e indicadores

Objetivo	Acciones
Conocer el seguimiento y evaluación de las sustancias químicas que actúan como alteradores endocrinos.	a) Número de alteradores endocrinos en el informe de evolución del programa de revisión de sustancias activas. b) Sustancias recogidas en las listas de alteradores endocrinos actualizadas en la web www.edlists.org o cualquier otra recopilación de sustancias con actividad endocrina elaborada en el futuro por la Comisión Europea y sus Agencias ECHA, EFSA, etc. c) Número de sustancias identificadas como alteradoras endocrinas, y por tanto, incluidas en la lista de candidatas establecida en el artículo 59.1 del Reglamento REACH

Subtema: Biomonitorización Humana

Prevención y protección de la salud

Objetivo	Acciones
Contribuir a la mejora de la salud pública mediante la evaluación de la exposición de la población a las sustancias químicas.	a) Priorizar tanto las sustancias de mayor impacto y los grupos de población más vulnerables. b) Establecer valores de referencia de exposición de la población de estudio para las sustancias priorizadas. c) Identificar diferencias geográficas, grupos de población vulnerables o con mayor riesgo de exposición. d) Identificar los determinantes de exposición. e) Establecer valores guía en salud para las sustancias priorizadas. f) Establecer las recomendaciones de actuación a la población en función de los resultados.

Gestión, organización y coordinación

Objetivo	Acciones
Fomentar la consolidación de infraestructuras y herramientas armonizadas a escala nacional, alineadas con las estructuras europeas, para la realización de las campañas. Promover la coordinación y cooperación con otras instituciones con intereses en la materia: MITERD, MAPA, INDUSTRIA, TRABAJO, CCAA.	a) Establecer una estructura nacional de biomonitorización humana sólida y estable mediante la creación del Nodo Nacional de Biomonitorización Humana. b) Crear una Comisión Asesora de Biomonitorización Humana. c) Crear una red de laboratorios de biomonitorización humana a escala nacional, que se coordine con redes de laboratorios existentes. La red se recogerá en una base de datos dinámica que se actualizará periódicamente. d) Vincular las campañas de biomonitorización con otros programas de monitorización ambiental. e) Establecer medidas legislativas o preventivas basadas en la evidencia de los estudios de biomonitorización humana.

Formación y comunicación del riesgo

Objetivo	Acciones
Capacitar a los profesionales de la salud en el uso de la biomonitorización humana como herramienta con el objeto de que puedan actuar como elementos de referencia en sus ámbitos de actuación, facilitando así la participación ciudadana informada.	a) Desarrollar un programa que incentive la capacitación de profesionales de la salud y otros agentes de las administraciones autonómicas, locales y municipales para que sirvan de referencia a la ciudadanía y orienten las decisiones en política local. b) Concienciar a la población transmitiendo conocimientos generales básicos sobre la salud y exposición ambiental, estimulándolos a adoptar conductas que mejoren sus hábitos y potencien consumos responsables. c) Realizar campañas informativas periódicas en los medios de comunicación, colegios, etc. dirigidas al ciudadano sobre seguridad de productos químicos de uso cotidiano informando sobre las mejores prácticas para limitar la exposición. d) Realizar campañas dirigidas a asociaciones y ONGs por su papel en la comunicación con la ciudadanía. e) Crear una plataforma de información nacional.

Investigación

Objetivo	Acciones
Potenciar la investigación sobre Biomonitorización Humana e incluirla en las prioridades temáticas y líneas de investigación prioritarias de las convocatorias estatales y Autonómicas.	a) Incluir la Biomonitorización Humana en la Acción Estratégica en Salud (AES del ISCIII), Plan estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación y en los planes de investigación en materia de salud y medio ambiente de las CCAA. b) Implementar campañas periódicas de biomonitorización humana.

Seguimiento, evaluación e indicadores

Objetivo	Acciones
Verificar el funcionamiento de las acciones planteadas en esta línea de intervención *Evaluar el funcionamiento y efectividad del Nodo Nacional de Biomonitorización Humana.*	a) Número de informes de asesoría, valores guía recomendados por la Comisión Asesora de Biomonitorización Humana y Nº estudios revisados. b) Número de campañas de HBM realizadas y ámbito de cobertura (nacional, autonómico, local). c) Red de laboratorios: número laboratorios miembros, participación en ejercicios de intercomparaciones, métodos validados para los diferentes biomarcadores. d) Vinculación a programas de control: acuerdos de colaboración entre administraciones, informes oficiales emitidos. e) Evaluación del sistema participativo.

6.7. RESIDUOS

El Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente en relación con esta área temática de residuos tiene como misión ***PROTEGER LA SALUD DE LAS PERSONAS DE LOS EFECTOS ADVERSOS DE LA MALA GESTIÓN DE LOS RESIDUOS***

La política comunitaria y nacional en materia de medio ambiente se ha orientado desde sus inicios en la década de 1970 hacia la máxima protección de la salud humana y del medio ambiente, incluyendo en sus objetivos todo lo referente a la generación y gestión de los residuos. Además de la legislación básica en materia de residuos se han desarrollado diferentes iniciativas legislativas sobre determinados flujos de residuos, así como sobre diferentes tratamientos de los residuos (incineración y vertido), que siguen teniendo esos mismos objetivos.

No obstante, la alta variabilidad en la composición de los distintos tipos de residuos, así como la baja caracterización de qué población puede verse expuesta, así como la extensión de dicha exposición, ha dificultado la evaluación de potenciales efectos en salud derivados del contacto con los residuos o con los medios de recogida, transporte y tratamiento de los mismos. Para superar estas dificultades se ha propuesto, como medida preventiva transversal, la **prevención**, entendida como medidas adoptadas en las fases de concepción y diseño, de producción, de distribución y de consumo de una sustancia, material o producto, para reducir la cantidad de residuo y los impactos adversos sobre el medio ambiente y la salud humana de los residuos generados o el contenido de sustancias nocivas en materiales y productos.

Sin embargo, en muchas ocasiones, cuando no se puede evitar la generación de residuos, éstos deben gestionarse conforme a las primeras opciones de gestión de la jerarquía de residuos (preparación para la reutilización, reciclado y otras formas de valorización) tratando de evitar la peor de las opciones: la eliminación. Este principio de jerarquía es una de las herramientas claves de la **economía circular**, modelo que tiene como objetivo reducir el uso de recursos naturales destinados a producción, reducir cualquier tipo de impacto que puedan generar los residuos y maximizar su aprovechamiento evitando su eliminación.

Para que estas actividades se puedan realizar correctamente, es necesario conocer en profundidad la naturaleza de cada uno de los residuos que se generan para destinarlos a los tratamientos más adecuados. En línea con este propósito, los residuos se han separado por “fracciones” o flujos de residuos para los que, en algunos casos, se ha desarrollado normativa u objetivos específicos como, por ejemplo: biorresiduos, papel y cartón, aparatos eléctricos y electrónicos, pilas y baterías, textil y calzado, medicamentos, aceites de cocina, envases, neumáticos, vehículos, buques, aceites industriales, lodos de depuradoras, residuos mineros, residuos sanitarios. También se conocen los impactos asociados a algunos de los tratamientos a los que se someten los residuos: el vertido, la incineración/coincineración, etc. por lo que estas actividades disponen de regulación específica.

El amianto es un grupo de materiales fibrosos que tiene la capacidad de soportar grandes tensiones. Tiene poca termoconductividad y gran resistencia al ataque químico y, hasta la fecha, existen 6 tipos de amianto de origen natural. Por ello, este producto era ampliamente usado como aislante de

edificios, mantas ignífugas, envases de medicamentos, en industria automovilística y como aditivo al plástico[57]. Sin embargo, la IARC lo clasificó en el grupo 1 de carcinógenos y en 2002 su uso fue prohibido en España, debido a su asociación con problemas de salud como el cáncer de pulmón, la asbestosis y los derrames pleurales.

El caso concreto del amianto ha requerido consideración aparte, debido a su impacto directo en la salud de la población y, sobre todo, en los puestos de trabajo. Por ello, existe un amplio marco normativo sobre este material a través de la **Orden ministerial del 7 de diciembre de 2001**, por la que se modifica el anexo I del Real Decreto 1406/1989, de 10 de noviembre, sobre limitaciones a la comercialización y al uso de ciertas sustancias y preparados peligrosos. Además, por su implicación en las enfermedades profesionales se elaboró el **Real Decreto 396/2006**, de 31 de marzo, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud aplicables a los trabajos con riesgo de exposición al amianto, que llevo al desarrollo de un Protocolo de Vigilancia sanitaria especifica de los trabajadores y trabajadoras expuestos al amianto en España. Por último, en el Proyecto de Ley de residuos y suelos contaminados se ha incluido una disposición adicional mediante la que se obliga a censar las instalaciones y emplazamientos con amianto y a planificar su retirada. No obstante, es importante la coordinación de distintos ámbitos administrativos, competencial y territorial para seguir trabajando en la vigilancia de la salud por exposición al amianto, de acuerdo con el marco de la Resolución del Parlamento Europeo de 14 de marzo de 2013, sobre los riesgos para la salud en el lugar de trabajo relacionados con el amianto y perspectivas de eliminación de todo el amianto existente.

Sin embargo, aun habiéndose prohibido su manufactura y uso, actualmente sigue presente y su gestión como residuo sigue siendo un reto[58]. Sobre todo, existen ciertos remanentes de amianto en antiguas construcciones y se han encontrado cementerios de amianto espontáneos en diferentes puntos de la península[58]. A nivel global, la OMS estima que 125 millones de personas están expuestas en los lugares de trabajo, atribuyéndose a esta exposición el 10-15% de los cánceres de pulmón. Además, también se le atribuyen millones de muertes por exposición doméstica al amianto[59].

Esta área temática, aporta evidencia de los impactos adversos sobre la salud humana y el medio ambiente del conjunto de residuos generados y sus principales vías de tratamiento. En este sentido, su contenido concuerda con el objetivo principal del **Programa Estatal de Prevención de Residuos 2014-2020** del MITERD que consiste en desarrollar medidas que ayuden a reducir los residuos generados en 2020 con respecto a los del 2010.

La Comisión Europea presentó en diciembre de 2015 un paquete sobre economía circular con varias propuestas normativas entre las que se encontraban la modificación de la **Directiva Marco de Residuos** (DMR) y de otras directivas relacionadas (envases, vertederos, etc.). La Ley 22/2011, de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados, traspone al ordenamiento jurídico español la DMR, y, en coherencia con ésta, establece el marco para la regulación de la gestión de los residuos impulsando medidas que prevengan su generación y permitan un tratamiento más eficaz de los mismos que no comprometan el medio ambiente y la salud humana, en consonancia con lo establecido en la estrategia de economía circular. Dicha Ley será modificada próximamente para incorporar la revisión de la DMR aprobada en 2018. El nuevo proyecto se encuentra remitido por el Gobierno a las Cortes y contempla estrategias de prevención de generación de residuos y separación de flujos y nuevos compromisos con los sistemas de Responsabilidad Ampliada del Productor. Además, junto con el nuevo Proyecto de Real Decreto de envases y residuos de envases, propone restricciones a los plásticos de un solo uso,

Asimismo, estas nuevas propuestas legislativas coinciden con los objetivos del **Plan Estatal Marco de Gestión de Residuos** (PEMAR) 2016-2022 del MITERD, que se centran en orientar la política de residuos para asegurar la consecución de los objetivos legales y garantizar la protección de la salud humana y el medio ambiente. Además, recientemente se ha presentado **la Estrategia Española de Economía Circular** (EEEC), que se alinea tanto con el Pacto Verde Europeo y la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible como con los objetivos de los dos planes de acción de economía circular de la Unión Europea: "Cerrar el círculo: un plan de acción de la UE para la economía circular", el indicado de 2015, y "Un nuevo Plan de Acción de Economía Circular para una Europa más limpia y competitiva", de 2020.

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

Prevención y protección de la salud

Objetivo	Acciones
Minimizar los impactos de los residuos en salud global.	a) Caracterizar y mapear las zonas de mayor exposición y diseñar y divulgar medidas de protección que minimicen dicha exposición. b) Reforzar los métodos de gestión de residuos para minimizar las liberaciones de sustancias peligrosas, en concreto, fomentar y certificar sistemas de gestión de efluentes de fitosanitarios c) Reforzar la adecuada gestión de los residuos de amianto. d) Mejorar la evaluación del riesgo de suelos contaminados, generando guías para su estandarización. e) Mejorar la vigilancia epidemiológica y la caracterización de los efectos de los residuos sobre la salud humana. f) Proponer acciones conjuntas público-privadas para priorizar la restauración de espacios contaminados por mala gestión de residuos con mayor riesgo de exposición humana. g) Identificar medidas de biorremediación de suelos contaminados.

Gestión, organización y coordinación

Objetivo	Acciones
Mejorar la coordinación para impulsar el trabajo y la gestión de las actuaciones previstas.	a) Continuar con los trabajos desarrollados por la Comisión de Coordinación en materia de residuos y, en particular, los relativos a las memorias anuales de los gestores. b) Normalización y estandarización de las memorias de los gestores de residuos y el método de notificación de las mismas. c) Homogeneizar la normativa autonómica respecto a la gestión de residuos sanitarios. d) Asegurar la existencia de un mapa de acceso público de instalaciones de mayor riesgo relacionadas con la gestión de residuos. e) Crear planes de acción para la eliminación segura e integral del amianto, antes de 2028.

Formación y comunicación del riesgo

Objetivo	Acciones
Mostrar el interés e importancia a los principales efectos que pueden generar la exposición a ciertos residuos. *Proporcionar información, sensibilizar y responsabilizar a la población con relación a la correcta gestión de los residuos, especialmente los de origen doméstico.*	a) Redactar una monografía en la que se describa en detalle los principales impactos de los flujos de residuos en la salud. b) Diseñar e implementar estrategias público-privadas de comunicación y educación para la salud a las que se informe no solo de las bases de la economía circular sino también sobre efectos a corto y largo plazo de una incorrecta gestión de los residuos, especialmente de los domésticos. c) Elaborar materiales informativos sobre riesgos para la salud en relación a los residuos domésticos o de uso común, dirigidos a población general, así como acciones formativas y de sensibilización canalizadlas a través de estructuras sanitarias (Centros de Salud, Consejos de Salud) y comunitarias (asociaciones).

Investigación

Objetivo	Acciones
Incentivar la investigación para la reducción de residuos en el futuro, así como para la correcta gestión y remediación de los impactos ya generados.	a) Definir un plan nacional de investigación sobre los residuos y sus efectos en la salud. b) Mejorar los registros de calidad ambiental, con identificación y geolocalización de los diferentes puntos de máxima exposición de residuos para cada uno de los flujos de residuos. Mejora de la trazabilidad de los residuos. c) Mejora de la caracterización de la exposición humana en zonas de mayor prioridad relativa a instalaciones de gestión y tratamiento de residuos. d) Mejorar el diagnóstico por exposición al amianto y generar un registro de enfermedades relacionadas. e) Diseñar herramientas (cuestionario, diagnóstico de salud, etc.) para mejorar la recogida del historial de exposición humana en zonas poblacionales próximas a instalaciones de gestión de residuos, identificándose información de posibles factores de confusión que poder tener en cuenta en estudios epidemiológicos posteriores. f) Identificar efectos en salud preclínicos relacionados con contaminantes presentes en residuos, y creación de un registro de casos de morbi-mortalidad más específicamente relacionados, según la evidencia científica, con compuestos tóxicos presentes en distinto tipo de residuos. g) Llevar a cabo estudios epidemiológicos o de otro tipo de base individual tanto poblacional como de salud ocupacional, incluyendo cuando se vea pertinente la biomonitorización, para analizar los posibles impactos en la salud de las diferentes fracciones de residuo, no solo a nivel local sino a nivel regional y nacional en los casos o zonas donde se considere necesario.

Seguimiento, evaluación e indicadores

Objetivo	Acciones
Garantizar el enfoque de salud en la gestión de residuos.	a) Evaluar las intervenciones de sensibilización poblacional y de formación activa de profesionales de salud. b) Identificar un listado de enfermedades prioritarias relacionadas con la exposición a los residuos y a instalaciones de gestión de residuos.

6.8. CONTAMINACIÓN INDUSTRIAL

El Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente en relación con esta área temática de la contaminación industrial tiene como misión ***PROTEGER LA SALUD DE LAS PERSONAS DE LOS EFECTOS ADVERSOS DE LA CONTAMINACIÓN INDUSTRIAL***

Las sustancias nocivas emitidas de forma constante al medio ambiente por muchos tipos de instalaciones industriales pueden afectar tanto a los trabajadores y trabajadoras empleados en las fábricas como a las poblaciones que residen cerca de las instalaciones, así como al medio ambiente, lo cual repercute en la salud de las personas. Muchas de las sustancias que han sido recientemente cuantificadas en España presentan efectos carcinógenos o potencialmente carcinógenos contrastados[60].

En España, la prevalencia del cáncer es tal que el número de casos nuevos de cáncer en 2020 alcanzará los 277.394 (160.198 en hombres y 117.196 en mujeres), siendo los más frecuentes los de colon/recto, próstata y mama. En 2019, los tumores constituyeron la segunda causa de muerte en España (26,4% del total de fallecidos), aunque supuso la primera en varones (297,8 de cada 100.000 fallecidos)[61]. Aunque no todos los casos provienen específicamente de la contaminación industrial, éste es un factor que, sumado a los anteriores, puede tener incidencia en el desarrollo de cánceres y tumores.

Numerosos estudios internacionales muestran evidencias sobre el riesgo para la salud que supone vivir en la proximidad de áreas industriales emisoras de contaminantes, como el desarrollo o exacerbación de problemas respiratorios y alérgicos, malformaciones congénitas y complicaciones en el embarazo, problemas cardiovasculares, problemas neurológicos y mortalidad prematura.

En los últimos años se han acometido numerosas mejoras técnicas en los procesos de producción de la mayor parte de las grandes industrias en España y se ha disminuido en gran medida la liberación de contaminantes al medio ambiente., La creciente industrialización de muchas zonas de España durante las últimas décadas hace conveniente estudiar las consecuencias en la salud que podrían asociarse con la exposición a las emisiones de estas nuevas industrias.

En relación al posible desarrollo de sistemas de información y vigilancia de la contaminación industrial, existen propuestas sobre el uso de más datos individuales de registros de salud combinados con registros de datos ambientales y evaluación de la exposición para mejorar la vigilancia y monitorización de la contaminación industrial en sistemas de vigilancia.

Por último, en relación a los análisis coste-beneficio que supondría aplicar intervenciones de limpieza en sitios contaminados con tóxicos industriales, en otros países se han cuantificado los beneficios que supondrían las intervenciones realizadas y resultan ampliamente mayores a los costes de las mismas.

Cabe destacar que la industria en España está realizando un gran esfuerzo para adaptarse a todas las regulaciones vigentes y contribuir a la consecución de un medio ambiente menos contaminado y

saludable. La UE es el área con mayor regulación y seguridad en este ámbito y las empresas industriales invierten grandes cantidades de dinero en la adaptación continua de sus procesos y productos a la regulación y colaboran estrechamente mediante numerosas iniciativas voluntarias en la mejora del medioambiente y la sostenibilidad.

En España, como estado miembro y parte del Protocolo CEPE sobre los registros de emisiones y transferencias de contaminantes, se cuenta con el **Registro Estatal de Emisiones y Fuentes Contaminantes** (PRTR-España). El registro español tiene un alcance mayor que el regulado en la normativa europea e internacional, ya que incluye la obligación de reporte a más de 70 actividades industriales y para 115 sustancias contaminantes. También incluye información sobre las transferencias de residuos (según los códigos de la Lista Europea de Residuos) para su tratamiento final fuera del emplazamiento y sobre otras fuentes puntuales y difusas.

Los registros de emisiones industriales (PRTRs) son herramientas informativas de gran utilidad a la hora de analizar el desempeño ambiental de las tecnologías empleadas, en diferentes sectores industriales, en términos de emisión de sustancias contaminantes. Cuando estos análisis son empleados a la hora de establecer condiciones en los permisos ambientales de funcionamiento de estas industrias (Autorizaciones Ambientales Integradas), basadas en las Mejores Tecnologías Disponibles (MTD o BAT por sus siglas en inglés), sí pueden servir para ir conduciendo a la baja las emisiones industriales de cada sector de actividad. Esta aproximación es la que se sigue a nivel europeo, a través de la Directiva de Emisiones Industriales, y existen estudios, como el recientemente publicado por la OCDE sobre políticas basadas en MTD, que analizan la eficiencia de estas políticas en la reducción de la emisión de contaminantes por la industria.

A nivel global, esta área tiene una gran relevancia respecto a los **Objetivos de Desarrollo Sostenible**. Ya que no solo contribuye a los ODS que se vienen mencionando sobre salud y medio ambiente (ODS 3 de salud y bienestar, ODS 6 de agua limpia y saneamiento u ODS 13 de acción por el clima), sino que también tiene un gran peso en los ODS más relacionados con el desarrollo económico e industrial de una manera sostenible (ODS 7 de energía asequible y no contaminante, ODS 9 de industria, innovación e infraestructura u ODS 12 de producción y consumo responsable).

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

Prevención y protección de la salud

Objetivo	Acciones
Reducir la morbi-mortalidad asociada a la contaminación industrial mediante la vigilancia de las exposiciones humanas y animales y sus efectos sobre la salud.	a) Elaborar una Guía Metodológica con herramientas que faciliten la evaluación de los riesgos asociados a las actividades industriales, en línea con el documento de la SESA. b) Biomonitorizar las poblaciones en el entorno de determinadas áreas industriales emisoras de contaminantes para evaluar posibles riesgos de algunos de los compuestos emitidos. c) Monitorizar las inmisiones o concentraciones ambientales de sustancias contaminantes. d) Monitorizar la salud de las poblaciones residentes en el entorno de las áreas industriales emisoras de contaminantes a nivel de morbilidad, mortalidad y salud reproductiva, a partir de los registros sanitarios y civiles. e) Reducir la contaminación industrial en origen reforzando los controles en los diferentes sectores industriales para evitar el uso y generación de Contaminantes Orgánicos Persistentes. f) Desarrollo de iniciativas de restauración ecológica (soluciones basadas en la naturaleza) para reducir o eliminar la contaminación de origen industrial. g) Identificar y recuperar suelos contaminados. h) Elaborar mapas de enfermedades y contaminantes industriales a nivel nacional. i) Establecer valores límites de exposición ambiental (VLA) de contaminantes industriales, en especial de las sustancias que constituyen nuevos riesgos emergentes, como los alteradores hormonales.

Gestión, organización y coordinación

Objetivo	Acciones
Minimizar los riesgos asociados a suelos contaminados.	a) Gestionar los usos del suelo teniendo en cuenta las interacciones entre las zonas residenciales y determinadas actividades industriales e incluirlas en la EIS. b) Coordinar, junto con el MITERD, la aplicación efectiva de acciones de remediación o cambio de uso de suelos contaminados con tóxicos industriales cuando supongan un riesgo para la salud. c) Involucrar a las empresas en los aspectos de difusión, formación y compromisos en control de la contaminación industrial.

Formación y comunicación del riesgo

Objetivo	Acciones
Mejorar la formación de los profesionales y la concienciación de la población.	a) Fomentar la transparencia sobre la información ofrecida al ciudadano en materia de emisiones de contaminantes de las industrias. b) Habilitar un canal de comunicación rápido y eficaz sobre cualquier riesgo que se pudiera detectar para comunicar los riesgos a las autoridades y profesionales sanitarios; y a la población general evitando el alarmismo y acompañada de las actuaciones que se van a llevar a cabo. c) Elaborar materiales y vídeos informativos sobre la contaminación industrial y desarrollar sistemas de comunicación (página web, redes sociales). d) Realizar formaciones en salud medioambiental para profesionales sanitarios y de la administración, con especial interés en los profesionales pediátricos y los profesionales veterinarios, en efectos sobre la salud de las exposiciones a contaminación industrial. e) Realizar formaciones específicas sobre estrategias y herramientas de evaluación del riesgo para la salud por exposición a productos contaminantes dirigidas a los profesionales implicados en la evaluación de dichos riesgos.

Investigación

Objetivo	Acciones
Mejorar el conocimiento sobre el terreno de los riesgos sobre determinadas poblaciones.	a) Realizar estudios epidemiológicos de cohortes en poblaciones próximas a complejos industriales que posibiliten la estimación de las concentraciones de compuestos que se acumulan en el cuerpo humano y sus efectos en la salud y la estimación de la concentración ambiental (inmisión). b) Mejorar y afinar la medida de exposición de la población a la contaminación industrial (biomonitorización) mediante la utilización de biomarcadores de exposición (mediciones en sangre, orina o pelo). c) Estudiar y establecer valores de referencia para la salud (niveles de inmisión) de los distintos contaminantes industriales (COVs, HAP, etc.) actualmente no regulados. d) Identificar y caracterizar soluciones basadas en la naturaleza que tengan la capacidad de reducir la contaminación industrial. e) Evaluar el uso de la biomonitorización de la fauna urbana como herramienta para la recopilación de datos sobre el impacto que tienen las condiciones medioambientales en la aparición de las enfermedades.

Seguimiento, evaluación e indicadores

Objetivo	Acciones
Conocer la efectividad de las medidas.	a) Monitorizar la eficacia de las medidas propuestas que se lleven a cabo en esta área mediante indicadores de proceso y de resultado que permitan dicha valoración.

6.9. RADIACTIVIDAD NATURAL

El Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente en relación con esta área temática de la radiactividad natural tiene como misión ***PROTEGER LA SALUD DE LAS PERSONAS DE LOS EFECTOS ADVERSOS DERIVADOS DE LA RADIACTIVIDAD NATURAL***

La radiactividad natural tiene su origen en radionúclidos presentes en el agua, suelo, aire, así como en los rayos cósmicos (per se y por generación a su vez de radionúclidos en la alta atmosfera). En contraposición con la radiactividad de origen artificial, no tiene nunca efectos deterministas (causa-efecto) debido a su baja intensidad, sino que su efecto consiste en aumentar linealmente la probabilidad de desarrollar alteraciones en el ADN que den como resultado el desarrollo de procesos tumorales, sin que exista un umbral inferior que podamos considerar seguro.

El ser humano está expuesto desde sus orígenes a una radiactividad natural de fondo de media 2,4 mSv/año. La mitad de esa radiactividad se debe a la inhalación de radón y sus descendientes (1,2 mSv) y la otra mitad se debe en una proporción similar, aunque de mayor a menor a radionúclidos del suelo y los edificios (0,5 mSv), a los rayos cósmicos (0,4 mSv) y al agua y los alimentos (0,3 mSv).

Frente a gran parte de esa dosis nada podemos hacer -alimentos, viajes, etc.-, pero no debe ser motivo de alarma social, ya que es consustancial a nuestra vida como especie en la Tierra. No obstante, existen áreas donde se pueden tomar medidas que reduzcan esa exposición. La principal área de intervención sería la relacionada con el radón, al que se le da un apartado propio en este Plan Estratégico, pero también se pueden tomar medidas para reducir la exposición en materiales de construcción y en la debida al agua de consumo.

Quedan fuera de este apartado las exposiciones médicas (radiodiagnóstico o medicina nuclear), las cuales aportan de media otros 0,4 mSv/año y cuya minimización del riesgo se tiene suficientemente en cuenta por parte de los profesionales sanitarios. Tampoco la exposición a radiación procedente de la industria nuclear cuyo aporte en condiciones normales de operación es despreciable.

Una característica interesante de la radiactividad natural es la percepción del riesgo notablemente distorsionada por su asociación con desastres nucleares, radiactivos o bélicos, que hacen que el público en general sobreestime su importancia en algunos casos.

Mención aparte merece el radón. El radón es un gas noble más pesado que el aire procedente de la desintegración del Uranio o del Torio. De todos los radones descendientes de dicha desintegración el que tiene importancia desde el punto de vista que nos ocupa es el ^{222}Rn. Su importancia radica en dos factores: (1) contribuye con el 50% en magnitud de la dosis de radiactividad natural recibida de media y (2) es posible tomar medidas para reducir la exposición.

Su presencia está asociada a unas determinadas características geológicas, por lo que existen zonas en las cuales la magnitud de la exposición puede ser potencialmente mayor. El radón liberado a la atmosfera se diluye en esta y no tiene mayor interés, pero el problema radica en su posible acumulación en ambientes cerrados procedente principalmente de emanaciones del subsuelo,

aunque también del agua de consumo o de los materiales de construcción, pudiendo producir exposiciones potencialmente muy elevadas especialmente en zonas de alto riesgo geológico.

Realmente, la problemática no radica tanto en el radón en sí como en sus descendientes de vida corta, los cuales son sólidos y son captados y retenidos en el tejido broncopulmonar. Este mecanismo se magnifica en ambientes con aerosoles o partículas (polvo, humo, etc.), porque tienden a agregarse a las mismas, por lo que permanecen mucho tiempo en suspensión y la magnitud de su deposición pulmonar o bronquial es mayor. El radón es la segunda causa de cáncer de pulmón y la primera en las personas no fumadoras. Es el responsable de entre el 2 y el 14% de dichos cánceres, dependiendo de otros factores ambientales. Por todo ello, es necesario establecer la vigilancia y la adopción de medidas preventivas y, si procede, correctoras.

Dichas medidas incluyen acciones tales como realizar más medidas de radón especialmente en zonas de riesgo, mapear en detalle las mismas, evitar la entrada de radón en los edificios mediante medidas constructivas previas a la construcción o de remediación en edificios ya existentes, promover la reducción del tabaquismo como factor potenciador de sus efectos, así como realizar una correcta comunicación del riesgo a la población. Esta comunicación del riesgo debe ir acompañada de recomendaciones para una correcta ventilación; lo cual, además de ser una de las principales medidas frente al radón, va a favorecer la reducción de otros contaminantes.

La seguridad radiológica, como ya se ha mencionado, es un punto prioritario de la **Estrategia Mundial de la OMS sobre Salud, Medio Ambiente y Cambio Climático**, al cual se le trata de dar respuesta con las acciones planteadas en este apartado.

En el ámbito internacional, los objetivos de esta área temática van en concordancia con la **Directiva 2013/51/EURATOM** del Consejo, cuya finalidad es establecer los requisitos para la protección de la salud de la población con respecto a las sustancias radiactivas en las aguas destinadas al consumo humano. De la misma forma, esta área coindice con la **Directiva 2013/59/EURATOM**, que establece normas básicas de seguridad para la protección de la salud de las personas frente a los riesgos derivados de las radiaciones ionizantes.

Asimismo, en el ámbito nacional, los objetivos del área coinciden con lo expuesto en el **Real Decreto 314/2016** (que modifica el Real Decreto 140/2003, 1798/2010 y 1799/2010), que tiene como finalidad adoptar nuevos criterios básicos para la protección de la salud de la población contra los peligros derivados de las radiaciones ionizantes para las aguas de consumo.

De igual forma, los objetivos de esta área concuerdan, por ejemplo, con el **Plan del Radón** del MSAN, que tiene como finalidad establecer las bases para reducir los efectos sobre la salud debidos a las exposiciones a radón en ambientes interiores, y las modificaciones en el Real Decreto 732/2019, de 20 de diciembre, por el que se modifica el **Código Técnico de la Edificación**, del Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana, en el que se introduce una nueva sección HS6 en el «Documento Básico de Salubridad» dedicada específicamente a la protección de los edificios frente a la exposición al gas radón. En esta sección se establecen los requisitos que deberán cumplir los edificios para la protección de las personas frente a la exposición al radón y se recoge un listado de municipios en los que, en base a las medidas realizadas, se considera que hay una probabilidad significativa de que los edificios construidos sin soluciones específicas de protección frente al radón presenten concentraciones de radón superiores al nivel de referencia de 300 Bq/m^3. La nueva sección HS6 se aplica a todos los edificios de nueva planta que se construyan en estos términos municipales y también a los edificios existentes en estas zonas en los que se vaya a realizar una intervención de

reforma que afecte a algún elemento constructivo que influya en la concentración de radón, así como a las ampliaciones y a las zonas del edificio afectadas por un cambio de uso.

Además, esta área concuerda con lo expuesto por el Consejo de Seguridad Nuclear (CSN) en el documento de **Protección frente a la inmisión de gas radón en edificios**, que presenta la problemática de habitar en espacios con excesivas concentraciones de gas radón y define una normativa para afrontar la protección frente a la penetración del gas en viviendas nuevas. Además, el CSN ha publicado el **Mapa del potencial de radón en España**, el cual acompaña y favorece las acciones propuestas a continuación. El CTE incorpora una nueva sección "HS6: Protección frente a la exposición a radón" en el documento básico de salubridad.

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

Prevención y protección de la salud

Objetivo	Acciones
Reducir la exposición a radiactividad de origen natural procedente de fuentes evitables.	a) Implementar el Plan de Acción frente al Radón. b) Evaluación de la exposición ambiental en la población y su impacto en la salud humana. c) Implementar acciones de gestión del riesgo radiológico en aguas de consumo.

Gestión, organización y coordinación

Objetivo	Acciones
Mejorar la coordinación de los programas de control de la radiactividad ambiental	a) Designar a un grupo de referencia integrado por todas las administraciones competentes y órganos de investigación (CSN, MITERD, Industria, CIEMAT, etc.) que asesore a la Ponencia de Sanidad Ambiental del Ministerio de Sanidad. b) Establecer mecanismos de coordinación con las Comunidades Autónomas y Ayuntamientos, sobre todo en las zonas geográficas más afectadas por radón.

Formación y comunicación del riesgo

Objetivo	Acciones
Mejorar la formación de los profesionales y el conocimiento ciudadano sobre radiactividad y sus efectos.	a) Mejorar la capacitación de los inspectores sanitarios en materia de riesgos asociados a la radiactividad. b) Informar y sensibilizar en esta materia a la administración local y colectivos de interés, y diseñar una estrategia general de comunicación del riesgo estableciendo los mensajes, canales y destinatarios de manera que esta sea clara y creíble. c) Mejorar la información al ciudadano sobre las sustancias radiactivas en agua de consumo recogida en SINAC (Sistema de Información Nacional de Agua de Consumo). d) Realizar campañas de promoción de medidas de gas radón en zonas prioritarias. e) Proporcionar información y sensibilizar a la población con relación a la radiactividad natural por radón y establecer campañas de divulgación relacionadas con el gas radón, centros educativos y de salud, tejido comunitario, etc. f) Vincular las estrategias de comunicación de riesgos del radón y prevención del tabaquismo.

Investigación

Objetivo	Acciones
Ampliar el conocimiento de la exposición a radiactividad natural por zonas geográficas.	a) Evaluar el riesgo sanitario geográficamente y su impacto en la población. b) Tipificar parámetros radiactivos presentes en masas de agua y abastecimientos destinados al consumo humano y caracterizarlos con respecto al radón como factor contributivo a la exposición en ambientes interiores. c) Obtener valores de cribado y de dosis indicativa en paralelo que permita la modificación, sin perder eficacia, de los valores de límite de cribado. d) Desarrollar estudios específicos de la potencial correlación de la presencia de gas radón con otros factores de riesgo, como el tabaco, y enfermedades distintas del cáncer de pulmón. e) Promover la investigación sobre soluciones basadas en la naturaleza para el control de la radiactividad.

Seguimiento, evaluación e indicadores

Objetivo	Acciones
Conocer el grado de cumplimiento de las medidas propuestas.	a) Evaluar la eficiencia en la gestión de los abastecimientos de agua de consumo. b) Seguimiento de exposición a radiactividad natural en la población general.

6.10. CAMPOS ELECTROMAGNÉTICOS

El Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente en relación con esta área temática tiene como principal objetivo ***LA PROTECCIÓN SANITARIA DE LAS PERSONAS FRENTE A LA EXPOSICIÓN A LOS CAMPOS ELECTROMAGNÉTICOS***

La exposición a los campos electromagnéticos (CEM), especialmente los del espectro de Frecuencia Extremadamente Baja (FEB) y, en las dos últimas décadas, los de Radiofrecuencia (RF), han generado una cierta preocupación por su hipotética relación con diversos efectos agudos y crónicos sobre la salud humana.

El uso generalizado de teléfonos móviles, sistemas inalámbricos de telecomunicación (especialmente la wifi convencional), el despliegue de antenas de telefonía y en los próximos años la tecnología 5G, han provocado una cierta alarma por las posibles consecuencias sanitarias a largo plazo de la exposición a estos CEM.

Con el fin de proteger a la población de los posibles efectos para la salud derivados de la exposición a CEM el Consejo de la Unión Europea, basándose en las directrices de la ICNIRP, publicó en 1999, la Recomendación (1999/519/CE) relativa a la exposición del público en general a campos electromagnéticos (0 Hz a 300 GHz). Asumiendo los criterios de esta Recomendación, en 2001 se aprobó el Real Decreto 1066/2001, de 28 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento que establece condiciones de protección del dominio público radioeléctrico, restricciones a las emisiones radioeléctricas y medidas de protección sanitaria frente a emisiones radioeléctricas, el cual establece los límites de exposición a las emisiones radioeléctricas.

Sin embargo, el Real Decreto 1066/2001, de 28 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento que establece condiciones de protección del dominio público radioeléctrico, restricciones a las emisiones radioeléctricas y medidas de protección sanitaria frente a emisiones radioeléctricas sólo afecta a las ondas electromagnéticas (de radiofrecuencias) utilizadas en las telecomunicaciones, por lo tanto, no se han regulado los límites de emisión de las demás frecuencias del espectro electromagnético, como son los CEM de FEB (Ej.: líneas de alta tensión) que carecen de una regulación específica, para el público en general, aunque en la práctica las compañías eléctricas tienden a aplicar los límites de la Recomendación 1999/519 y los niveles del Real Decreto 299/2016 sobre la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores y trabajadoras contra los riesgos relacionados con la exposición a campos electromagnéticos. Sería conveniente actualizar la legislación y establecer unos límites de exposición de los efectos a corto y largo plazo que garanticen la protección de la población en línea con el marco planteado anteriormente.

La mayoría de las normas relativas a la exposición a campos electromagnéticos se basan en las recomendaciones de la Comisión Internacional de Protección contra la Radiación No Ionizante (ICNIRP, por sus siglas en inglés). Esta organización no gubernamental, reconocida formalmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS), evalúa los resultados de estudios científicos realizados en todo el mundo, y en base a ellos establece límites de exposición recomendados. En 2020, publicó una Guía para reducir la exposición a los campos electromagnéticos (100 kHz-300 GHz)[62] que

recogía los estudios más recientes sobre el tema, tanto experimentales como clínicos y epidemiológicos.

La principal conclusión de las evaluaciones de la OMS es que las exposiciones a niveles de CEM inferiores a los límites recomendados en las directrices internacionales de la ICNIRP no producen ninguna consecuencia conocida sobre la salud.

En el apartado de la telefonía, la tecnología 5G necesita un espectro en tres bandas de frecuencia, las cuales se han acordado en las Conferencias Mundiales de Radiocomunicaciones de la Unión Internacional de Telecomunicaciones. Estas bandas de frecuencia se encuentran definidas en el Plan Nacional 5G del Ministerio de Energía, Turismo y Agenda Digital (MINETAD).

En España, según el informe anual (2018) sobre la exposición del público en general a las emisiones radioeléctricas de estaciones de radiocomunicación (Dirección General de Telecomunicaciones y Tecnologías de la Información), el valor promedio fue de **0,66 µW/cm^2**. Todos los niveles medidos se encuentran muy por debajo de los límites de exposición establecidos (**10 W/m^2**) en el Real Decreto 1066/2001, de 28 de septiembre. En cumplimiento de este Real Decreto la tecnología 5G empleará las bandas de frecuencia de 700 MHz, 3,5 GHz y 26 GHz con unos niveles de referencia para público en general de entre 3.5 W/m^2, 10 W/m^2 y 10 W/m^2, respectivamente. Estos niveles son similares a los actuales para otras frecuencias y no es previsible que las nuevas tecnologías aumenten los niveles de emisión, aunque se necesitarán estudios que garanticen su cumplimiento.

Durante los últimos años, se han realizado multitud de estudios, tanto experimentales como clínicos y epidemiológicos, para valorar los efectos para la salud de los CEM. Hasta la fecha no se ha confirmado que el uso del teléfono móvil tenga efectos perjudiciales para la salud.

Se han publicado varias revisiones sistemáticas de los efectos sobre la salud de las RF, con especial atención a la relación entre uso del teléfono móvil y tumores cerebrales y otras enfermedades, como la hipersensibilidad electromagnética. En general, puede afirmarse que hay una ausencia de efectos adversos para salud derivados de la exposición a RF, según las conclusiones de las agencias y comités competentes en la evaluación de riesgos los CEM (ANSES, 2016, 2018; ARPANSA, 2014; CCARS, 2016; Health Council of Nederlands, 2016; Demers et al., 2014; Ministry of Health 2018, NZ, 2015; PHE, 2013; SCENIHR, 2015; SSM's Scientific Council on Electromagnetic Fields, 2014, 2016, 2018 y 2019).

El SCENIHR (*Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks*) es el órgano científico independiente que asesora a la Comisión Europea y elabora sus opiniones sobre los nuevos riesgos emergentes y una amplia variedad de asuntos, complejos y multidisciplinarios que requieren una evaluación exhaustiva ya que afectan a la salud pública, la seguridad del consumidor y el medio ambiente. En 2015, a instancias del Parlamento Europeo debido a la demanda social al respecto, se publicó el informe *Potential health effects of exposure to electromagnetic fields* (EMF)[63], en el cual se analizan los efectos en la salud de la exposición a campos electromagnéticos. Este informe concluye que los resultados de los estudios científicos hasta la fecha demuestran que, a niveles de exposición por debajo de lo establecido por la normativa en vigor, no existen efectos sanitarios adversos evidentes.

La evidencia actual de los resultados clínicos y epidemiológicos no permite establecer la existencia de una relación causal sólida entre exposición a las radiofrecuencias de la telefonía móvil y efectos adversos sobre la salud. Por lo tanto, la aplicación del Real Decreto 1066/2001, de 28 de septiembre, permite garantizar la salud de la ciudadanía frente a la exposición de las radiaciones radioeléctricas, y actualmente a la luz del conocimiento científico, no hay motivos sanitarios que justifiquen, a día de

hoy, un cambio de los límites de exposición establecidos en el anexo II del Real Decreto 1066/2001, de 28 de septiembre.

Por otro lado, en relación con la hipersensibilidad electromagnética, los estudios publicados no aportan evidencia convincente de una relación causal entre exposición a campos de radiofrecuencias y síntomas reportados por las personas que se declaran como hipersensibles a los mismos, y actualmente no existe base científica alguna para vincular la exposición a campos electromagnéticos (FEB y RF) y tales síntomas.

Las controversias que rodean a los CEM y las RF solo pueden ser aclaradas utilizando las evidencias que proporcionan los estudios más fiables, analizando sus resultados y validez metodológica sin prejuicios y sin sesgos que confirmen nuestras ilusiones o creencias subjetivas.

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

Prevención y protección de la salud

Objetivo	Acciones
Educar e informar a la población para hacer un uso responsable y seguro de las nuevas tecnologías y las telecomunicaciones que utilizan los CEM. *Mejorar la información sobre percepción del riesgo de la exposición a CEM de RF y FEB.*	a) Elaborar y difundir recomendaciones de uso y prudencia durante la infancia y población adulta. b) Elaborar una guía de evaluación del riesgo sobre CEM de FB (líneas de transporte de electricidad) que sea referencia para la emisión de informes en materia de salud ambiental, sobre medición de los niveles de exposición de la población. c) Desarrollar un programa preventivo de información y educación acerca del impacto sobre la salud del uso excesivo y dependiente de las pantallas (ordenadores, tabletas, consolas de videojuegos, teléfonos móviles, etc.) que impiden otras actividades formativas, sociales o culturales. d) Facilitar el acceso a la información sobre el SAR (Tasa de Absorción Específica) de los teléfonos móviles, dispositivos electrónicos y facilitar información sobre los niveles de exposición (CEM de FEB y RF) a los que habitualmente estamos expuestos en el ámbito doméstico, escolar o laboral.

Gestión, organización y coordinación

Objetivo	Acciones
Mejorar la gestión y coordinación de las administraciones competentes en la prevención y protección sanitaria frente a los CEM.	a) Valorar, en coordinación con otros Ministerios competentes, la prohibición del uso de los teléfonos móviles en la enseñanza secundaria, analizando todos los aspectos que puede acarrear esta medida. b) Crear la Comisión Interministerial prevista en la LGT en coordinación con el Ministerio de Industria. c) Promover la creación de un Centro de Investigación Biomédica en Red de Investigación (CIBER) sobre los CEM. d) Actualizar el RD1066/2001 para incluir las nuevas directrices de ICNIRP (2020). Elaborar una legislación específica sobre nivel de exposición de la población a CEM de FEB que respete las recomendaciones de la UE, OMS e ICNIRP.

Formación y comunicación del riesgo

Objetivo	Acciones
Educar y mejorar el uso responsable de las nuevas tecnologías relacionadas con CEM.	a) Elaborar materiales de información y educación sobre los CEM dirigidos a profesionales sanitarios, docentes y la ciudadanía en general. b) Realizar campañas de información sobre el uso seguro de los dispositivos y las tecnologías de telecomunicación y otros aparatos que generan CEM de RF y FEB. c) Informar y educar para la salud sobre el uso adecuado y seguro de las tecnologías de comunicación, teléfono móvil, internet, redes sociales, noticias falsas, etc. d) Incluir las recomendaciones propuestas por los expertos de este tema (ver área temática CEM y radiaciones no ionizantes) para un uso adecuado del teléfono móvil durante la infancia y adolescencia y para la población en la comunicación de los riesgos.

Investigación

Objetivo	Acciones
Promover la investigación y la difusión de los efectos de la exposición de la población a CEM de RF y FEB para mantener unos niveles de exposición razonables.	a) Identificar y promover la coordinación de los centros de investigación actuales para utilizar sus resultados en la aplicación de medidas efectivas de prevención e información sobre un uso apropiado de los productos y tecnologías de las telecomunicaciones. b) Realizar un inventario de los proyectos de investigación que están en marcha en nuestro país y de los resultados obtenidos. c) Elaborar una base de datos exhaustiva de los artículos relacionados publicados en las revistas indexadas de la especialidad. d) Difundir los resultados de investigación entre los profesionales de la salud, de los investigadores y la ciudadanía. e) Promover la investigación sobre los problemas que pueden generar las tecnologías de información sobre el aprendizaje escolar, trastornos mentales (depresión, ansiedad, adicción, redes sociales, etc.), acoso laboral o escolar, noticias falsas, bulos, relaciones familiares, amistades, uso excesivo del teléfono móvil, etc., con datos desagregados por sexo f) Realizar estudios específicos sobre los niveles de la exposición a redes basadas en 5G y sus impactos sobre la salud, con datos desagregados por sexo. Realización de estudios de exposición a los CEM de FEB. g) Estudiar y analizar las tasas actualizadas de prevalencia e incidencia de tumores del SNC y leucemias. Seguimiento de la evolución de las tendencias de estas tasas en la población española con datos desagregados por edad y sexo.

Seguimiento, evaluación e indicadores

Objetivo	Acciones
Garantizar el cumplimiento de los objetivos y acciones previstas en el Plan.	a) Evaluar los niveles de exposición de la población española publicados por el Ministerio de Industria y los resultados de los estudios de investigación sobre dosimetría. b) Realizar un seguimiento de las tasas de morbilidad y mortalidad de tumores del SNS y leucemias, con datos desagregados por sexo. c) Establecer un comité técnico que evalúe la evaluación de los objetivos y el grado de cumplimiento de las medidas previstas en las líneas de intervención.

6.11. RADIACIÓN ULTRAVIOLETA

El Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente en relación con esta área temática de radiación ultravioleta tiene como misión ***PROTEGER LA SALUD DE LAS PERSONAS DE LOS EFECTOS ADVERSOS DE LA ALTA EXPOSICIÓN A LA RADIACIÓN ULTRAVIOLETA***

La radiación ultravioleta (UV) forma parte del espectro electromagnético emitido por el sol. Cuando la radiación solar penetra en la atmósfera terrestre se atenúa por los procesos de dispersión y de absorción debido a los componentes de la atmósfera. Aun así, cuando alcanza la superficie de la Tierra, los efectos de la radiación UV sobre la salud de los seres vivos y el medio ambiente son muy diversos, como la acción mutagénica sobre el ADN y ARN o la desaparición y cambios en numerosos ecosistemas marinos y terrestres. Estos efectos están provocados principalmente por la variación de la UV originada por la disminución de la capa de ozono.

Los efectos nocivos de la radiación UV en seres humanos se manifiestan principalmente sobre la piel, los ojos y el sistema inmunológico. El efecto inmediato debido a una exposición intensa son el eritema actínico (quemadura solar), la inmunosupresión y el fotoenvejecimiento cutáneo. De entre todos los efectos adversos derivados de la exposición excesiva a radiación UV, el cáncer de piel en todos sus tipos es el más preocupante.

La OMS concluye que, a nivel mundial, la exposición excesiva a la radiación UV solar causó en el año 2000 la pérdida de aproximadamente 1,5 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD/DALY) (el 0,1% de la carga de morbilidad mundial total) y 60.000 muertes prematuras. Se estima que a nivel mundial se diagnostican cada año entre 2 y 3 millones de carcinomas cutáneos epiteliales y unos 132.000 melanomas malignos, y la tendencia general es de un aumento del 3-7% anual. Concretamente en España, mientras que la tasa de incidencia cruda de melanoma es de 8,76 casos por cada 100.000 habitantes, los datos de tasa de incidencia de carcinoma espinocelular aumentan hasta 38,16 y muy por encima se sitúa el carcinoma basocelular, con 113 casos por cada 100.000 habitantes.

Aunque en España, debido a la latitud, la dosis de radiación UV natural es de las más altas de Europa, la incidencia de cáncer de piel es significativamente menor a otros países de latitudes más altas. Sin embargo, sigue siendo un gran problema de salud pública y se comienza a considerar como una epidemia. No obstante, la radiación UV no es uno de los factores ambientales que más se ha estudiado y por lo tanto no se han tomado medidas institucionales en consecuencia.

A nivel global, la OMS ha publicado numerosas guías con recomendaciones sobre el cuidado de diferentes colectivos frente a la radiación; destaca el **Proyecto INTERSUN** que incluye consejos, actividades y medidas a desarrollar en este campo. Todas estas acciones se basan en el establecimiento de un **Índice UV Solar Mundial** por la OMS que mide fácilmente la intensidad de la radiación UV en la superficie terrestre y su capacidad de producir lesiones cutáneas.

Un elemento estrechamente relacionado con la exposición a altas dosis de radiación ultravioleta es la capa de ozono, la cual filtra una gran cantidad de esta radiación que llega a la Tierra y disminuye su incidencia sobre la población. Por ello, en 1987 se firmó el **Protocolo de Montreal,** que logró la

ratificación universal para proteger la capa de ozono de la Tierra, con la meta de eliminar el uso de sustancias que agotan la capa de ozono (SAO). Desde ese momento hasta 2014 se ha eliminado con éxito más del 98% de las SAO controladas, lo que ha ayudado a revertir los daños a la capa de ozono y disminuir el riesgo de este factor ambiental.

En el ámbito de la UE, la legislación sobre SAO se encuentra entre las más estrictas y avanzadas del mundo, yendo incluso más allá de lo requerido en la implementación del Protocolo de Montreal. El actual **Reglamento de ozono** (Reglamento (CE) 1005/2009) no sólo regula la producción de SAO y su comercio a granel, sino que también prohíbe su uso, limitándolo a ciertos permitidos. Asimismo, regula y monitorea no solo las sustancias cubiertas por el Protocolo de Montreal, sino también algunas otras. Sin embargo, y a pesar del éxito del Protocolo de Montreal en cuanto a la eliminación gradual de las SAO, éstas presentan una elevada vida media de permanencia en la atmósfera, lo que significa que es necesario que transcurran varias décadas sin emisiones para que sus concentraciones vuelvan a niveles adecuados.

En España, está vigente el **Real Decreto 1002/2002**, de 27 de septiembre, por el que se regula la venta y utilización de aparatos de bronceado mediante radiación ultravioleta. Por otra parte, la AEMET incluye la radiación UV como parámetro meteorológico de la predicción diaria. Por ello, las líneas de intervención propuestas en esta área siguen la senda de normalizar el Índice UV para la concienciación de la población y la equiparación de la legislación española sobre la radiación UV a la de países de nuestro entorno que han atajado el riesgo de este factor ambiental. De esta manera, se pretende contribuir al **ODS 3** de salud y bienestar y su meta de reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles.

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

Prevención y protección de la salud

Objetivo	Acciones
Prevención y control de los riesgos sanitarios asociados a la exposición a radiación UV.	a) Crear y adoptar distintivos de acreditación de entidades saludables frente al uso del sol, como los distintivos dermosaludables de productos o de escuelas saludables que formen al respecto. b) Desarrollar institucionalmente un decálogo de la fotoprotección de referencia. c) Promover que las personas tengan buenos hábitos de fotoprotección y se protejan de la radiación solar adecuadamente, especialmente subgrupos poblacionales con necesidades específicas de protección frente a la radiación solar (ej. Enfermos oncológicos) adecuadamente. d) Fomentar la existencia de sombras en lugares como patios de colegio o lugares públicos de gran afluencia de gente y potenciar la naturalización de espacios altamente transformados, especialmente urbanos e industriales para reducir la exposición a los rayos UV. e) Actualizar la normativa sobre los descansos en el trabajo y la obligatoriedad de proveer el material necesario y garantizar el uso de protectores solares en zonas no cubiertas, si es necesario estar al sol.

Gestión, organización y coordinación

Objetivo	Acciones
Mejorar la regulación en relación a la exposición a radiación UV.	a) Evaluar la viabilidad de una regulación estatal de las cabinas de bronceado. b) Incentivar las colaboraciones público-privadas en la consecución de los objetivos descritos en este Plan. c) Evaluar la viabilidad de una regulación estatal que establezca la obligatoriedad por parte de las empresas de proveer el material necesario, entre ellos protectores solares, a los trabajadores y trabajadoras que necesariamente deben trabajar en zonas no cubiertas y expuestos al sol d) Establecer un diálogo intersectorial con el objetivo de promover una regulación más precisa y adaptada a los avances tecnológicos en materia de fotoprotección y .valorar el desarrollo de un distintivo para fotoprotectores (cremas) solares que informe al consumidor sobre la protección que ofrece el producto frente a la radiación UV-A de manera más detallada.

Formación y comunicación del riesgo

Objetivo	Acciones
Promover que las personas tengan buenos hábitos de fotoprotección y se protejan de la radiación solar adecuadamente.	a) Fomentar el uso del índice UV en los medios de comunicación y otros canales de información de alta difusión durante todo el año cuando se difunda la información meteorológica diaria. b) Fomentar estrategias de formación en diferentes ámbitos relacionados con la exposición solar: personal docente, sanitario y empresas con trabajadores y trabajadoras cuyos puestos de trabajo requieran pasar mucho tiempo al aire libre. c) Realizar campañas publicitarias para educar acerca de los riesgos sobre la exposición a la radiación UV, medidas de fotoprotección, e índice UV, e incluyendo información visible en lugares de interés tales como playas y piscinas, etc. d) Educar acerca de los aparatos y sustancia que contribuyen a la destrucción de la capa de ozono y por tanto del aumento de exposición a la radiación UV. e) Informar en el ámbito social, municipal y escolar acerca de los riesgos sobre la exposición a la radiación UV, así como medidas de fotoprotección. f) Establecer actividades lúdicas e incentivadoras de fomento de medidas de protección solar y sobre las estrategias de fomento de la cultura de la fotoprotección. g) Realizar campañas de concienciación sobre los beneficios y riesgos de la exposición solar y sobre la importancia de la fotoprotección en el día a día. Asimismo realizar actividades y campañas de difusión tanto en foros de exposición solar intensa como en los eventos deportivos multitudinarios.
Formar a los profesionales sobre las fuentes cotidianas de gases que afectan a la capa de ozono.	h) Garantizar que el personal que manipule sustancias que agotan la capa de ozono disponga de la cualificación necesaria. i) Comunicar adecuadamente los requisitos para la comercialización y manipulación de dichas sustancias, y realizar un seguimiento de su cumplimiento.

Investigación

Objetivo	Acciones
Mejorar el conocimiento y la evidencia científica acerca de la radiación UV y su incidencia en la salud.	a) Estudiar las dosis eritemáticas recibidas en planos diferentes del horizontal en la población más vulnerable, como niñas y niños, o en la más expuesta, como trabajadores y trabajadoras al aire libre o deportistas. b) Realizar nuevos estudios sobre incidencias de patologías relacionadas con la sobreexposición solar. c) Investigar sobre los hábitos y actitudes de los diferentes sectores de la población para conocer la exposición potencial real en distintas situaciones de la vida y las estrategias de fotoprotección adoptadas en el presente. d) Investigar los resultados de las acciones formativas y estratégicas para conocer cambios en las actitudes y hábitos que lleven a disminuir la incidencia de patologías. e) Investigar sobre nuevas estrategias de fotoprotección y fomentar la investigación sobre los efectos beneficiosos en la salud de las personas tras la inclusión de los diferentes métodos de protección.

Seguimiento, evaluación e indicadores

Objetivo	Acciones
Evaluar el impacto de las medidas de prevención adoptadas.	a) Evaluar la evolución de las tasas de incidencia de enfermedades relacionadas con la radiación ultravioleta. b) Realizar estudios epidemiológicos de prevalencia, morbilidad y mortalidad de los diferentes grupos de riesgo y desagregados por sexo.

6.12. RUIDO

El Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente en relación con esta área temática tiene como misión ***PROTEGER LA SALUD DE LAS PERSONAS DE LOS EFECTOS ADVERSOS DERIVADOS DEL RUIDO***

La OMS estima que se han perdido 1,6 millones de años de vida saludable como resultado del ruido de tráfico, lo que coloca al ruido ambiental como segundo factor ambiental más perjudicial para la salud en la UE, sólo por detrás de la contaminación atmosférica. De forma más concreta, en los países del oeste de Europa se han perdido 61.000 años de vida en relación a enfermedad isquémica del corazón, 45.000 por problemas cognitivos en la población infantil, 900.000 por trastornos del sueño, 22.000 años por acufenos y cerca de 650.000 por otras molestias.

Los efectos para la salud en los que se ha encontrado mayor evidencia científica, más allá de los evidentes efectos auditivos, son aquellos no auditivos relacionados con problemas cardiovasculares, como puede ser la enfermedad isquémica del corazón o la hipertensión. En España se han realizados estudios que relacionan el ruido de tráfico con el aumento de la presión arterial, con la mortalidad por infarto de miocardio y la mortalidad por hipertensión. Además de efectos a largo plazo, se ha observado una asociación a corto plazo entre el ruido de tráfico y los ingresos hospitalarios por causas cardiovasculares.

La OMS en su documento **Guía de ruido ambiental para Europa** demostró que la exposición al ruido ambiental afecta a la enfermedad isquémica del corazón, crea molestias, alteraciones del sueño y afecta el desarrollo cognitivo al influir sobre el aprendizaje y comprensión lectora en niños y niñas. Para estas asociaciones y, principalmente, en relación al ruido de tráfico y aviones (los más estudiados), se concluyó que la calidad de la evidencia era generalmente moderada. En esta Guía se destaca la inclusión de, además del ruido derivado del transporte, el proveniente del ocio nocturno y de aerogeneradores; puntos que afectan notablemente tanto al ámbito rural como al metropolitano. Estudios posteriores a las guías de la OMS han aumentado la evidencia sobre la asociación entre el ruido y las enfermedades metabólicas y, concretamente en España, se ha observado el efecto a corto plazo del ruido de tráfico en variables adversas al nacimiento, incluyendo la mortalidad fetal, en la ciudad de Madrid. También se ha observado que la exposición a ruido de tráfico se relaciona con enfermedades respiratorias.

Cabe destacar que algunas asociaciones están basadas en estudios de baja calidad, en un número insuficiente de estudios o han quedado desactualizadas, por lo que es necesaria una mayor profundización. Por ejemplo, las asociaciones entre fuentes específicas de ruido con mortalidad, con hipertensión u otras enfermedades cardiovasculares, metabólicas, respiratorias o mentales, con desarrollo cognitivo o con variables adversas al nacimiento o sobre el sueño. En resumen, la evidencia existente hasta el momento muestra que el ruido ambiental tiene un impacto relevante sobre la salud pública, sobre enfermedades como las cardiovasculares que son la primera causa de morbilidad y mortalidad en el mundo. Aunque parte de la evidencia es de baja calidad, de confirmarse algunas asociaciones, el efecto del ruido podría ser incluso mayor.

El ruido ambiental es un problema para la salud en las grandes ciudades de todo el mundo, por ello el **EHAP** (*Environment and Health Action Plan*) propone, al igual que este Plan Estratégico, estudiar con mayor profundidad el efecto del mismo en la salud humana y el establecimiento de medidas para limitar la exposición a él. Cómo está construido el entorno condiciona a su vez los niveles de ruido y su exposición por parte de la población, por lo que se requieren actuaciones en el entorno para reducir sus niveles y su impacto en salud. Para ello, la OMS publicó la ya citada Guía, en la que desarrolla en profundidad los temas y objetivos que se plantean en el Plan. El EHAP también señala al ruido procedente de las actividades vecinales como un problema de salud y la guía de la OMS de 2018 "*Environmental Noise Guidelines for the European Region*" sitúa al ruido de actividades vecinales como la segunda fuente de molestias en relación con el ruido por detrás del ruido de tráfico. El ruido de actividades vecinales tal y como está definido en los documentos de la OMS, comprende el ruido producido por vecinos, mascotas, instalaciones y actividades comerciales. En lo referente a las condiciones acústicas en el interior de los edificios, el **Documento Básico DB HR Protección frente al ruido** del Código Técnico de la Edificación establece las exigencias básicas de aislamiento acústico (a ruido aéreo, impactos y ruido procedente del exterior), tiempo de reverberación y absorción acústica y las condiciones relativas al ruido y vibraciones de las instalaciones.

En el ámbito estatal la **Ley 37/2003**, de 17 de noviembre, del Ruido constituye la normativa básica aplicable para la protección contra el ruido ambiental. Esta Ley se ha desarrollado mediante el **Real Decreto 1513/2005**, de 16 de diciembre, que transpone la **Directiva 2002/49/CE** sobre evaluación y gestión del ruido ambiental, y **Real Decreto 1367/2007**, de 19 de octubre, que desarrolla todo lo referente a zonificación acústica, objetivos de calidad y emisiones acústicas.

En diciembre de 2018 se modificó el Anexo II del Real Decreto 1513/2005, sustituyendo los métodos de cálculo provisionales utilizados para la evaluación de los índices de ruido y la población expuesta, por una nueva metodología común europea de evaluación, establecida en la Directiva 2015/996/CE.

En marzo de 2020 se publicó la Directiva (UE) 2020/367 de la Comisión, de 4 de marzo de 2020, por la que se modifica el anexo III de la Directiva 2002/49/CE, en lo relativo al establecimiento de métodos de evaluación de los efectos nocivos del ruido ambiental.

Esta nueva directiva ha sido traspuesta mediante la Orden PCM/542/2021, de 31 de mayo, por la que se modifica el Anexo III del Real Decreto 1513/2005, sustituyendo los métodos de evaluación de los efectos nocivos del ruido, por nuevos métodos que toman en consideración las directrices sobre ruido ambiental para la región europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en las que se presentan las relaciones dosis-efecto de los efectos nocivos provocados por la exposición al ruido ambiental. Un factor importante relacionado con el ruido ambiental por su respuesta fisiológica son las vibraciones. Las alteraciones típicas de las vibraciones son las conocidas como respuestas de sobresalto (p.ej. aumento de la frecuencia cardíaca), las cuales se pueden normalizar rápidamente con la exposición continuada, continuar o se desarrollarse de modo gradual. Además, las alteraciones fisiológicas son frecuentemente menos sensibles que las reacciones psicológicas. Por todo ello, es difícil estudiar su impacto en la salud humana, añadiendo que suelen ir acompañadas por otros factores como el ruido.

Sin embargo, esta dificultad no oculta su impacto adverso en la salud de las personas, por lo que es necesario una mayor investigación sobre este factor. Por ahora, se pueden tomar medidas en aquellas áreas que se conocen y relacionan mejor, como hace el INSST en el ámbito laboral con la **NTP 963 Vibraciones: vigilancia de la salud en trabajadores expuestos**. Además, este es un factor que ya se considera en las EIA y debería incluirse en las EIS, así como su consideración como factor de riesgo para la salud y en las medidas que acompañan a esta distinción.

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

Prevención y protección de la salud

Objetivo	Acciones
Reducir la población expuestas al ruido ambiental e identificar y preservar zonas tranquilas en ciudades de más de 50.000 habitantes. *Analizar y cuantificar el impacto de la contaminación acústica sobre la morbi-mortalidad en España y su valoración económica.* Proteger la salud de las personas de los efectos derivados de las vibraciones.	a) Integrar adecuadamente la consideración de los efectos sobre la salud del ruido ambiental en las herramientas de evaluación y gestión del ruido ambiental, especialmente los Mapas estratégicos de Ruido (MER) y Planes de Acción (PAR), desarrollando guías y documentos técnicos. b) Adaptar y unificar los mapas estratégicos de ruido elaborados por las Autoridades Competentes para conseguir la coherencia y comparabilidad que permitan la integración de los diferentes resultados en indicadores globales de exposición al ruido. c) Transformar los Planes de Acción contra el Ruido en instrumentos útiles para mejorar el medio ambiente sonoro, con actuaciones adecuadamente priorizadas e indicadores para su seguimiento y evaluación. d) Establecer un marco metodológico simplificado para la evaluación de la contaminación acústica y la identificación de zonas tranquilas en ciudades de entre 50.000 y 100.000 habitantes. e) Desarrollar procedimientos, guías y buenas prácticas para detectar, proteger y crear nuevas zonas tranquilas, a partir de la pacificación del tráfico. f) Valorar la inclusión del ruido del ocio nocturno, espectáculos y comportamientos vecinales en las actuaciones que se derivan de la Directiva del Ruido y que actualmente sólo afectan a la industria y el transporte. g) Adaptar las metodologías de cálculo de los efectos sobre la salud del ruido ambiental a la realidad de España, a partir de estudios detallados en el territorio del Estado. h) Avanzar en la consideración de las vibraciones como factor de riesgo ambiental con impacto sobre la salud, asociado al ruido. i) Impulsar el correcto aislamiento acústico, tanto en las obras de rehabilitación de edificios como en nueva construcción.

Gestión, organización y coordinación

Objetivo	Acciones
Establecer vínculos entre el MSAN y el MITERD en relación a la contaminación acústica.	a) Crear un Grupo de Trabajo sobre Contaminación Acústica y Salud, entre el personal técnico del MSAN y MITERD y los organismos de investigación dependientes de la AGE, para asesorar y cooperar en el desarrollo de todas las tareas y trabajos que se lleven a cabo por parte de las autoridades municipales y autonómicas relacionados con la incidencia en la contaminación acústica en la salud. b) Conseguir el máximo grado de cumplimiento de las obligaciones de las Administraciones Públicas de evaluar el ruido ambiental y actuar para mejorar la calidad sonora, a través de la elaboración de MER y PAR. c) Exigir y asegurar el cumplimiento de la legislación en materia de contaminación acústica. d) Mejorar la coordinación con empresas para involucrarlas en los aspectos de difusión, formación y compromisos que contribuyan a reducir los impactos en contaminación acústica y conseguir los objetivos propuestos.

Formación y comunicación del riesgo

Objetivo	Acciones
Mejorar la formación de los profesionales en materia de contaminación acústica y concienciar acerca de su importancia a las administraciones y población.	a) Desarrollar y difundir guías de buenas prácticas para formar a las profesiones técnicas en la consideración de la contaminación acústica en el diseño de ambientes saludables y a los profesionales de la salud sobre los impactos de los factores ambientales, del ruido en particular. b) Difundir el impacto en salud y los co-beneficios en salud de reducir la exposición a la contaminación acústica desde el punto de vista de la promoción de la salud y la salud comunitaria. c) Establecer criterios mínimos comunes para regular y acreditar la formación del personal técnico de acústica ambiental. d) Apoyar las tareas de divulgación y difusión de la importancia del ruido ambiental para la salud y calidad de vida, y la responsabilidad de las personas en relación al ruido ambiental. e) Elaboración de una Guía para docentes y centros educativos con mejores prácticas para la concienciación en edades tempranas sobre el impacto del ruido en la salud.

Investigación

Objetivo	Acciones
	a) Analizar y cuantificar el efecto que el ruido tiene sobre la morbilidad y la mortalidad en España según diferentes grupos de edad, sexo y grupos de riesgo, según las fuentes del mismo.
	b) Analizar la incidencia que el ruido de ocio nocturno y de los aerogeneradores tiene sobre la salud en los residentes de zonas donde se instauran estas actividades de forma generalizada.
	c) Analizar el efecto de la contaminación acústica nocturna sobre el sueño.
	d) Investigar el efecto de la contaminación acústica en los centros educativos españoles.
	e) Realizar una estimación del impacto en salud y económico de la contaminación acústica a corto y largo plazo en España.
	f) Investigar los beneficios para la salud derivados de la presencia de las denominadas como zonas tranquilas por la Directiva 2004/49/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril de 2004 del ruido.
	g) Investigar y desarrollar un marco metodológico para la realización de mapas de ruido del ocio nocturno.
Mejorar el conocimiento existente sobre el ruido y sus efectos para la salud.	h) Desarrollar un marco metrológico adaptado a los nuevos instrumentos de medida de ruido en ciudades inteligentes, para evitar que dichos instrumentos se sigan implantando al margen de la metrología legal.
	i) Diseñar estudios ecológicos longitudinales de series temporales para evaluar el impacto del ruido sobre la salud de la población en los lugares donde haya datos de ruido en tiempo real para determinar los impactos a corto plazo sobre diferentes causas específicas de mortalidad y morbilidad.
	j) Diseñar estudios de cohortes para evaluar el impacto del ruido sobre la salud de la población para los municipios de más de 100.000 habitantes que disponen de mapas de ruido para detectar los impactos a largo plazo del ruido y las vibraciones.
	k) Realizar una evaluación económica del coste asociado a la contaminación acústica a través de sus impactos en la salud.
	l) Analizar la incidencia del ruido de actividades vecinales o proveniente de las instalaciones de los edificios en la salud.
	m) Estudiar la importancia de los factores culturales en las molestias y efectos perjudiciales sobre la salud provocadas por el ruido ambiental.
	n) Investigar sobre la percepción acústica y de vibraciones que tienen la ciudadanía, de sus viviendas, dependiendo de las características de estos riesgos.

Seguimiento, evaluación e indicadores

Objetivo	Acciones
Identificar y fomentar aquellas actuaciones que mayores beneficios conllevan desde el punto de vista de la contaminación acústica.	a) Desarrollar un conjunto sencillo y trasparente de indicadores, basado en los resultados de los trabajos de evaluación y gestión del ruido ambiental (MER y PAR), que permita evaluar a largo plazo la evolución y posible mejora de los problemas de contaminación acústica en España b) Evaluar la implementación de los Planes de Acción que deben abordar la solución de los problemas de contaminación acústica y la eficacia y eficiencia de los que ya se han implementado. c) Desarrollar mecanismos para la identificación, reconocimiento y difusión de buenas prácticas en relación a la gestión del ruido ambiental.

6.13. CALIDAD DE AMBIENTES INTERIORES

El Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente en relación con esta área temática tiene como misión ***PROTEGER LA SALUD DE LA POBLACIÓN FRENTE A LOS EFECTOS ADVERSOS PARA LA SALUD DERIVADOS DE UNA MALA CALIDAD AMBIENTAL INTERIOR***

Los riesgos para la salud para los ocupantes de espacios de interiores asociados a su mala calidad, en los países desarrollados, se han incrementado en los últimos años. Este hecho se asocia con cambios en la tipología constructiva de los edificios, cambios en la distribución horizontal y vertical del espacio interior, reducción y/o control mecánico de la ventilación, temperatura, humedad, luz artificial etc. También tienen peso los aspectos cognitivos, como el fomento del bienestar emocional y la salud mental, los cuales influyen en la salud humana desde el punto de vista de ambientes interiores.

La contaminación atmosférica, tanto del aire exterior como de ambientes interiores, se ha convertido en uno de los principales factores de riesgo sobre la salud de la población. Y, aunque en los países en desarrollo es mucho mayor debido a la quema de biomasa, en los países desarrollados están surgiendo otras causas de impacto que obligan a considerar a la calidad de ambientes interiores como un factor altamente importante en la salud.

Uno de los principales factores que influyen en la salud de los ocupantes de los espacios interiores es la calidad del aire, directamente relacionado con el ambiente exterior. Este aire interior se diferencia por dos hechos relevantes. Los tiempos de permanencia de las personas en interiores, que son habitualmente muy superiores a los de aire exterior, y mayores concentraciones para la mayoría de los contaminantes, debido al conjunto tanto de los provenientes del exterior como los generados en el interior y una ventilación inadecuada. La suma de estos dos hechos implica un mayor nivel de exposición y, por tanto, de riesgo para la salud de los ocupantes, como se ha demostrado en la aparición de efectos sobre el sistema respiratorio a largo plazo y efectos carcinogénicos.

Desde el punto de vista de la contaminación atmosférica y de calidad del aire en ambientes interiores, es necesario incidir en las emisiones de $PM_{2.5}$ y los Compuestos Orgánicos Volátiles No Metánicos (COVNM). En el caso de las $PM_{2.5}$, hay que destacar que una combustión ineficiente de la biomasa genera elevadas emisiones de contaminantes y que las partículas resultantes de la combustión residencial de madera incorporan varios constituyentes tóxicos, incluyendo compuestos carcinógenos y/o mutagénicos, como los carburos aromáticos policíclicos (HAPs), y pueden constituir un serio problema de salud pública. Por ello, es preciso reducir las emisiones de partículas finas derivadas de la quema de leña en chimeneas y estufas del sector residencial, además de establecer reglamentariamente requisitos de certificación para la biomasa utilizada en sistemas de calefacción y agua caliente sanitaria del sector residencial y fomentar el uso de sistemas más eficientes. En el caso de los COVNM, sus emisiones a nivel nacional están principalmente ligadas a factores de consumo doméstico (con una previsible tendencia creciente) como el uso de disolventes, pinturas, productos higiénicos de uso doméstico, plaguicidas domésticos o aerosoles. Por ello, es necesario fomentar el uso de productos de bajo impacto ambiental con reducido contenido en COVNM y el consumo sostenible de productos del uso doméstico de disolventes, tanto en pinturas, como en productos de construcción, productos para el hogar y cosméticos y otros artículos de aseo.

Otro hecho importante es que, en ambientes interiores, además de la presencia de contaminantes físicos (partículas PM_{10} y $PM_{2.5}$), químicos (benceno, dióxido de nitrógeno, formaldehido, dióxido de carbono, monóxido de carbono, naftaleno, etc.) o biológicos (bacterias, hongos y virus), hay que tener en cuenta los aspectos de confort como son: temperatura, iluminación, ruido, humedad relativa o velocidad del aire de ventilación.

Las prioridades están en 3 tipos de ambientes interiores bien diferenciados: edificios de uso particular; edificios públicos y de pública concurrencia no sanitarios utilizados por ocupantes con mayor riesgo, como son niñas y niños (guarderías, colegios de primaria y secundaria, etc.) y ancianos (residencias); y edificios públicos de uso sanitario (centros de salud, hospitales, etc.).

La relación de la calidad de aire interior con efectos adversos sobre la salud y su monitorización y comunicación son objetivos que se plantean tanto en este Plan Estratégico como en el llamado "*The EU Environment and Health Action Plan*" (EHAP). Más allá de ese documento internacional específico, la **Estrategia Mundial de la OMS sobre Salud, Medio Ambiente y Cambio Climático** también hace referencia a la seguridad radiológica necesaria para reducir el impacto del radón en interiores, tema ampliamente desarrollado en este apartado. Por otra parte, la *Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du Travail* (ANSES) de Francia, ha elaborado unas pautas de calidad del aire interior (***Qualité de l'air intérieur - Valeurs Guides de qualité d'Air Intérieur***) con el objetivo de abordar el impacto en salud y proporcionar información para gestionar dicho riesgo, tal y como se observa en este apartado.

En España, se dispone del **Reglamento de Instalaciones Térmicas en los Edificios** (RITE) del Ministerio de Industria, Turismo y Comercio y del entonces Ministerio de la Vivienda, que tiene como objetivo establecer las condiciones que deben cumplir las instalaciones destinadas a atender la demanda de bienestar térmico e higiene a través de las instalaciones de calefacción, climatización y agua caliente sanitaria. En este reglamento se incluyen distintas categorías de calidad del aire en función del uso del edificio o local, y para el cálculo del aporte de caudal de aire exterior se establecen 5 metodologías.

Por otro lado, existe el Real Decreto 732/2019, de 20 de diciembre, por el que se modifica el Código Técnico de la Edificación, aprobado por el Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo, por el que se aprueba el Código Técnico de la Edificación (CTE) y su Documento Básico de Salubridad "HS3. Calidad del aire interior" con el objetivo de eliminar los contaminantes que se produzcan de forma habitual durante el uso normal en los edificios de viviendas. Para ello, establece varias metodologías basadas en la concentración de CO_2 y en caudales mínimos de ventilación.

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

Prevención y protección de la salud

Objetivo	Acciones
Proteger la salud de las personas de los efectos adversos derivados de cualquier tipo de contaminación del aire interior. *Reducir los riesgos derivados de la exposición de la población al radón.*	a) Desarrollar una legislación nacional específica para los ambientes interiores para la obligación de la CAI de los edificios. b) Implementar el Plan de Acción frente al Radón. c) Promover y apoyar el desarrollo y rehabilitación del parque edificado saludable en base al CTE y criterios de salubridad europeos. d) Establecer métodos de referencia o utilizar aquellos que hayan demostrado su equivalencia para los análisis de los contaminantes. e) Establecer requisitos de certificación en la biomasa utilizada en sistemas de calefacción y agua caliente sanitaria del sector residencial. f) Reforzar las actuaciones para ampliar los espacios libres de humo en espacios como los establecimientos de hostelería, los vehículos privados y determinados espacios de uso público al aire libre (paradas de transporte, accesos a diferentes equipamientos públicos, etc.). g) Establecer valores de referencia para la salud de la población general de los compuestos químicos mayoritarios. h) Establecer criterios de ventilación de espacios interiores de pública concurrencia, tanto para los edificios con ventilación natural como mecánica. i) Desarrollar Planes de reducción en cantidad y de reducción del impacto adverso a la salud humana y al medio ambiente de los plaguicidas usados por las administraciones locales.

Gestión, organización y coordinación

Objetivo	Acciones
Establecer un marco general normativo y organizativo de la gestión de la calidad ambiental interior.	a) Desarrollar un sistema de vigilancia de Calidad de Ambientes de Interiores contando con MSAN, MITERD, MITMA, CCAA y otros agentes implicados para monitorizar los avances y necesidades en la CAI. b) Establecer mecanismos de coordinación con las Comunidades Autónomas y Ayuntamientos, sobre todo en las zonas geográficas más afectadas por radón. c) Establecer una coordinación con empresas para involucrarlas en los aspectos de difusión, formación y compromisos de calidad de ambientes interiores.

Formación y comunicación del riesgo

Objetivo	Acciones
Mejorar la formación de los profesionales y la información y el conocimiento de la población sobre los efectos de la mala calidad de ambientes interiores, incluido el radón.	a) Realizar una formación especializada por instituciones oficiales y asegurar que las formaciones ya impartidas sean reconocidas al cumplir una serie de requisitos mínimos exigidos por las administraciones públicas (AAPP) competentes. b) Realizar campañas de información a la población sobre los riesgos ambientales derivados de su exposición en ambientes interiores en y sobre medidas de prevención para reducir dicha exposición. c) Realizar campañas de sensibilización en relación a los riesgos para la salud de la exposición al humo del tabaco en domicilios. d) Vincular las estrategias de comunicación de riesgos del radón y prevención del tabaquismo. e) Informar y sensibilizar sobre el contenido de COVNM de los productos y disolventes de uso doméstico (plaguicidas, cosméticos, productos de limpieza y desinfección, etc.), f) Fomentar la etiqueta ecológica de la Unión Europea para pinturas de uso doméstico, productos de limpieza multiusos para el hogar y ciertos productos cosméticos, además de promover una etiqueta medioambiental para productos generadores de emisiones de COVNM a nivel de la Unión Europea y fomentar el uso de los de menor impacto. g) Concienciar, mediante campañas informativas y de sensibilización, sobre medidas encaminadas a la reducción de las emisiones de partículas finas derivadas de la quema de leña en chimeneas y estufas de uso doméstico. h) Realizar campañas de información y comunicación para el fomento de la eficiencia energética en el sector residencial y en el sector terciario y público. i) Difundir la información sobre la conveniencia para la calidad del ambiente interior del uso de productos con etiqueta EU Ecolabel. j) Informar y sensibilizar a la población sobre la importancia de un manejo higiénico correcto de los animales y de la aplicación de los tratamientos zooprofilácticos a los animales de compañía para preservar la salud humana.

Investigación

Objetivo	Acciones
Mejorar el conocimiento sobre el riesgo y el impacto en la salud de la mala calidad ambiental interior.	a) Evaluar los contaminantes prioritarios y métodos de análisis para su inclusión en la normativa. b) Facilitar la investigación sanitaria para determinar niveles de exposición de poblaciones con mayor riesgo, estudios de exposición a múltiples contaminantes, evaluación de impactos sobre la salud de múltiples contaminantes, etc. c) Realizar investigaciones pre normativas o metodológicas para determinar otros contaminantes presentes en aire de interiores y que también producen efectos sobre la salud. d) Evaluación del riesgo y de la eficacia de sistemas de desinfección del aire físicos y fisicoquímicos. e) Explorar la correlación entre los niveles de exposición a múltiples contaminantes y la antigüedad del inmueble y a la presencia o no de sistemas de ventilación mecánica controlada, diferenciando esto entre doble flujo, simple flujo o inexistencia (ventilación únicamente natural).

Seguimiento, evaluación e indicadores

Objetivo	Acciones
Garantizar el cumplimiento de las medidas para mejorar la CAI.	a) Establecer una serie reducida de indicadores de la CAI para contaminantes prioritarios en aquellos recintos específicos ocupados por poblaciones vulnerables.

6.14. CIUDADES SALUDABLES

El Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente en relación con esta área temática de la calidad del hábitat tiene como misión ***MEJORAR LA CALIDAD DEL HÁBITAT Y DISMINUIR LOS RIESGOS AMBIENTALES DE LAS CIUDADES EN LA SALUD DE LAS PERSONAS***

La planificación urbana y territorial es clave en la calidad de vida de las poblaciones. En relación con el urbanismo, diferentes aspectos determinan el entorno y el bienestar de sus habitantes; como la movilidad, los espacios verdes, la calidad del aire, la seguridad alimentaria, el paisaje o aspectos relacionados con la vivienda. La forma y el diseño del entorno urbano y su territorio circundante tienen un gran impacto en la salud de sus habitantes, tanto física como mental.

La salud del medio rural y urbano depende de las características de la población, el entorno natural y construido, el desarrollo económico y social, los modos de vida y los riesgos ambientales. Sin embargo, en el territorio se produce una interacción compleja de todos ellos que genera un impacto final muy importante y difícil de estimar. En este sentido, la gobernanza urbana es clave para afrontar aspectos como la vida activa, el envejecimiento saludable, la práctica de actividad física, una alimentación saludable y la obesidad, la cohesión social, la soledad y el aislamiento, el estrés, la depresión, la seguridad alimentaria, el control de lesiones por colisiones de tránsito y atropellamiento, etc.

Por tanto, la planificación y diseño urbano tiene una gran relevancia en salud, tanto por la capacidad del entorno de influir en las decisiones que toma la población en lo que se refiere a estilos de vida más saludables, como por políticas que disminuyan la contaminación y mitiguen el impacto en el cambio climático y sus consecuencias. La salud y la sostenibilidad comparten por tanto objetivos comunes en el entorno urbano.

El tradicional modelo mediterráneo que se daba en España propició las ciudades razonablemente densas, de tamaño medio, con espacios urbanos seguros, saludables y de calidad, equilibradas en servicios respecto de las zonas rurales, garantizando la convivencia y la diversidad social. No obstante, a partir de mediados de los 80, primó un modelo de desarrollo urbano disperso, con escasa densidad, mayor segregación social, fuerte impacto ambiental y alteración drástica de los valores naturales y rurales de los territorios circundantes. Estos diferentes modelos de crecimiento repercuten negativamente en la salud de la población, en el medio natural y rural, por alteración del medio físico.

Actualmente en España, el 80% de los habitantes (19% mayores de 65 años) se concentra en áreas urbanizadas que suponen sólo el 20% del territorio. De ellos, el 25% vive en aglomeraciones urbanas superiores al millón de habitantes y el 17% en las ciudades más grandes. Mientras tanto, los pueblos, que ocupan más de las 2/3 partes de territorio, presentan un notable vacío y retroceso demográfico. Esta situación plantea importantes desequilibrios territoriales, los cuales impactan de manera diferencial en la salud de la población.

Aunque, de forma generalizada, hay una tendencia a asociar la biodiversidad a los entornos rurales y aislados, no debe infravalorarse la importancia de la biodiversidad urbana. Son muchas las ciudades

y pueblos españoles que albergan, en sus términos municipales e incluso en el interior de sus cascos urbanos, una biodiversidad inesperadamente rica. Un jardín, un bosque, un lago, un río, los edificios antiguos, cualquier espacio puede resultar importante para proteger, cuidar y fomentar nuestra naturaleza contribuyendo al fomento de espacios verdes beneficiosos para el bienestar físico y mental de la ciudadanía.

Además de lo anterior, el cambio demográfico que están sufriendo los países más desarrollados supone un reto para el conjunto de la sociedad. Se estima que para 2050, los ancianos representarán más del 30% de la población europea, siendo España uno de los países con mayor ritmo de envejecimiento. Por ello, es necesario avanzar en una planificación urbana que responda al crecimiento de una población cada vez más envejecida, fomentado el envejecimiento activo, la vida independiente y la participación social y que responda del mismo modo a los criterios de ciudades amigables con las personas mayores definidas por la OMS.

Por todo ello, se requiere una visión holística e integrada y el compromiso intersectorial para la toma de decisiones que repercuten en la salud del colectivo. Las políticas y medidas que se tomen en base a lo anteriormente comentado, deben propiciar entornos ambientalmente más sostenibles, socialmente más inclusivos, económicamente más competitivos y, en consecuencia, más saludables.

A la consecución de estos objetivos responde la aprobación por parte del Consejo de Ministros de la **Agenda Urbana Española** (AUE)[64], que ofrece un marco estratégico en el que se identifica un decálogo de objetivos que, junto con los Objetivos específicos y las líneas de actuación, tienen como finalidad orientar e inspirar la adopción de políticas públicas más coherentes y coordinadas que propicien entornos medioambientalmente más sostenibles, socialmente más inclusivos, económicamente más competitivos y, en consecuencia, también más saludables, desde la plena conexión y el respeto a su contexto territorial, histórico y cultural.

La AUE responde además al cumplimiento de los compromisos adquiridos por España en relación con la Agenda 2030 y contribuye a la consecución de más de 90 de las 169 metas identificadas en los 17 ODS. Entre ellas, las relativas al **ODS 11** sobre ciudades sostenibles, el cual presenta metas específicas similares a las que propone este Plan Estratégico, como el ODS 11.2 (Promover el acceso al transporte seguro, accesible y sostenible) o el ODS 11.7A (Favorecer la unión entre zonas urbanas y rurales), entre otros. En este plano, también se encuentra relacionado el **ODS 3** de salud y bienestar. Estos ODS son los temas centrales de la **Red Europea de Ciudades Saludables**, que actualmente se encuentra en la Fase VII (2019-2024) de implementación coordinada por la Oficina Regional de la OMS para Europa, en la que destaca el diseño de entornos urbanos que mejoren la salud y el bienestar, el fomento de una mayor participación de la población, la inversión en las personas y la sostenibilidad. Lo mismo sucede con la **Declaración de Ostrava** y el **Marco de Sendai para la reducción del riesgo de desastres**. Finalmente, en programas internacionales de primer nivel como la **Cumbre de Acción Climática**, la **Estrategia de la UE sobre Biodiversidad** o el **Séptimo programa ambiental de la UE** se tratan objetivos prioritarios relacionados y que se presentan en el Plan, como pueden ser: los edificios de bajas emisiones, el transporte masivo sostenible, la implementación de planes de naturalización para las ciudades de más de 20.000 habitantes, la agricultura ecológica comunitaria o la disminución de la pobreza.

Esta área temática concuerda también con los objetivos propuestos en la **Estrategia Española de Movilidad Sostenible** (Ministerio de Transportes Movilidad y Agenda Urbana y MITERD), actualmente en elaboración, que plantea entre sus objetivos mejorar la salud de la ciudadanía, fomentando acciones contra la sedentarización, mejora de la calidad del aire y reducción de los niveles de ruido, mediante estrategias sostenibles como las que se proponen en el Plan. Asimismo,

también contribuye a la consecución de estos objetivos la **Estrategia estatal de infraestructura verde y de la conectividad y restauración ecológicas**.

Desde el Ministerio de Sanidad también se realizan medidas al respecto, en coordinación con la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), tanto a través de la **Red Española de Ciudades Saludables** (RECS) como a través de la **Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención** del Sistema Nacional de Salud[65]. En ésta se plantean distintos entornos prioritarios para la acción y entre los que se encuentra el entorno local, en el que se ha establecido una implementación local de la Estrategia[66-67], abordando de manera específica diferentes acciones como el compromiso político, el trabajo intersectorial para mejorar la salud y la identificación, visibilización y potenciación de los recursos comunitarios que existen en el municipio que pueden ayudar a la ciudadanía a mejorar su salud.

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

Prevención y protección de la salud

Objetivo	Acciones
Impulsar, desde el ámbito de la planificación urbana y rural, que se tengan en cuenta los elementos necesarios para mejorar las condiciones de salud y bienestar de la ciudadanía a la vez que se lucha contra el cambio climático; favoreciendo la vida activa, la convivencia, la igualdad de oportunidades y la equidad. *Propiciar entornos ambientalmente más sostenibles, socialmente más inclusivos, económicamente más competitivos y más saludables.*	a) Desarrollar e implementar los objetivos de la Agenda Urbana Española (AUE) y cumplir los compromisos adquiridos por España en relación con la Agenda 2030 que contribuye a la consecución de las metas del ODS 3 sobre salud y bienestar y del ODS 11 sobre ciudades y comunidades sostenibles. b) Aplicar el principio de “Salud en Todas las Políticas” fortaleciendo el trabajo intersectorial y desarrollar evaluaciones del impacto en la salud (EIS) de proyectos, planes y programas de temas urbanísticos, movilidad, vivienda, etc. con enfoque de equidad. c) Promover una movilidad sostenible multimodal alternativa al coche privado y formas de movilidad activa (desplazamientos a pie y uso de la bicicleta). d) Promover la accesibilidad de proximidad a los servicios básicos de las comunidades y garantizar la accesibilidad a pie, en bicicleta o transporte público a los mismos. e) Desarrollar planes específicos para potenciar la movilidad activa en los desplazamientos a los centros de trabajo, a los centros escolares y otros servicios esenciales. f) Promover medidas de reparto del espacio público para permitir un mayor volumen para la circulación segura de bicicletas y peatones. g) Promover el desarrollo de los planes para la biodiversidad y renaturalización urbanas, de acuerdo con el Plan estratégico de Patrimonio Natural y Biodiversidad, fortaleciendo el componente de salud y biodiversidad en ciudades.

Gestión, organización y coordinación

Objetivo	Acciones
Potenciar la sostenibilidad de entornos rurales y urbanos, reduciendo los efectos del cambio climático y la huella ecológica ocasionada por las actividades humanas, a la vez que respetando las condiciones del contexto territorial, el paisaje y los medios de vida tradicionales. *Promover la diversidad social y funcional en la construcción de la ciudad. Impulsar políticas de rehabilitación de viviendas y regeneración de barrios, incluyendo la perspectiva de género, que garanticen las condiciones mínimas de habitabilidad, seguridad, accesibilidad universal y eficiencia energética.*	a) Establecer programas específicos de coordinación entre el MITERD, el Ministerio de Agricultura, Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana, Ministerio de Trabajo, MSAN, CCAA y Ayuntamientos en el ámbito de sus respectivas competencias y acordar medidas eficaces que mejoren la calidad del hábitat y ciudades más sostenibles, eficientes, ecológicas y saludables. b) Establecer Planes Integrados de diversos riesgos ambientales en el ámbito urbano (contaminación, islas de calor, etc.). c) Incorporar profesionales en salud pública en los procesos de toma de decisiones relativos al tráfico y transporte. d) Promover colaboraciones público-privadas y alianzas para lograr la consecución de los objetivos urbanos de sostenibilidad y su impacto en salud. e) Establecer mecanismos de coordinación con las CCAA y ayuntamientos para el desarrollo de actuaciones como la creación de zonas de peatones y de bajas emisiones, reducción del tránsito, transporte público, etc.

Formación y comunicación del riesgo

Objetivo	Acciones
Aumentar la formación de los profesionales y la concienciación de la ciudadanía.	a) Desarrollar programas de formación sobre la relación entre salud, urbanismo, vivienda, cambio climático, transporte y movilidad, para profesionales de múltiples especialidades y ámbitos e impulsar la difusión de información mediante el empleo de nuevas tecnologías b) Elaborar guías y recomendaciones que recojan, con bases sólidas y consenso científico, los conocimientos en salud pública aplicables a la ordenación del territorio y la planificación urbana. c) Concienciar acerca de actitudes cívicas y los riesgos para la salud de la población, especialmente la infantil del contacto con fauna urbana o sus excrementos.

Investigación

Objetivo	Acciones
Aumentar el conocimiento existente acerca del impacto sobre la salud del medio urbano y sus determinantes. *Conseguir hacer extensible el conocimiento obtenido a nivel local en otros contextos.*	a) Valorar la validez y fiabilidad de los indicadores propuestos e investigar sus vínculos mediante herramientas epidemiológicas, humana y animal. b) Analizar la utilidad de los indicadores para el planteamiento de intervenciones, así como las combinaciones de medidas más eficaces para mejorar la salud de las poblaciones. c) Revisar experiencias locales y mejores prácticas en el desarrollo de pueblos y ciudades, tanto los casos de éxito como los fracasos. Estudiar posibles aplicaciones en otros contextos, fomentando la ciencia ciudadana. d) Evaluar el riesgo del contacto de la población infantil con diversos factores de riesgo ambientales en parques públicos (por ejemplo, partículas en suspensión, fauna urbana y sus excrementos, etc.). e) Estudiar la inclusión de Planes de Movilidad al Trabajo para los centros de trabajo de más de 200 personas. f) Analizar el impacto sobre la salud asociado a la calidad y biodiversidad de las áreas verdes urbanas y periurbanas. g) Evaluar el uso de la biomonitorización de la fauna urbana como herramienta para la recopilación de datos sobre el impacto que tienen las condiciones medioambientales en la aparición de las enfermedades. h) En las medidas urbanísticas, estimar el impacto social, costes económicos y carga en el sistema sanitario mediante estudios de evaluación de impacto en salud. i) Avanzar en el diseño de medidas que eviten la permanencia de especies no deseadas en hábitats urbanos.

Seguimiento, evaluación e indicadores

Objetivo	Acciones
Evaluar la efectividad de las acciones.	a) Seleccionar un sistema de indicadores adecuados que conecten el entorno y la salud del conjunto de indicadores descriptivos de la Agenda Urbana Española. b) Seguimiento de las tasas de morbilidad y mortalidad a enfermedades atribuibles al entorno.

7. GESTIÓN, ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO

La coordinación del Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente recae, en primer lugar, en el Ministerio de Sanidad y en el Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico. El principal objetivo y el enfoque del Plan ha sido crear unas líneas de intervención en los factores ambientales que afectan a la salud que sean dinámicas y adaptables a este ámbito que está en continuo cambio. Por lo tanto, la coordinación del Plan debe tener en cuenta tanto los datos técnicos y científicos que van apareciendo en las áreas contempladas, como la posibilidad de la gestión para la correcta ejecución de las acciones pertinentes. Para que todos estos procesos se desarrollen de una manera correcta y se implique a todos los agentes, se prevé el desarrollo de las siguientes Comisiones que, en caso necesario, se llevará a cabo a través de disposición normativa con el rango correspondiente:

- Comisión de Seguimiento Interdepartamental del Plan Estratégico.
- Comisión Técnica del Plan Estratégico: La Ponencia de Sanidad Ambiental de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud hará las funciones de la Comisión Técnica
- Comisión Ejecutiva del Plan Estratégico: La Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud hará las funciones de la Comisión Ejecutiva

Comisión de Seguimiento Interdepartamental del Plan Estratégico

La **Comisión de Seguimiento del Plan Estratégico** estará compuesta de la siguiente manera:

- **Presidencia:** Titular de la Secretaría de Estado de Sanidad.
- **Vicepresidencia:** Titular de la Secretaría de Estado de Medio Ambiente.
- **Secretaría:** Titular de la Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral.
- **Vocales:**
  - Dirección General de Salud Pública (MSAN): 4 vocales.
  - Dirección General de Salud Digital: 1 vocal
  - Dirección General de Calidad y Evaluación Ambiental (MITERD): 1 vocal.
  - Dirección General del Agua (MITERD): 1 vocal.
  - Oficina Española de Cambio climático (MITERD): 1 vocal.
  - Dirección General de la Costa y el Mar (MITERD): 1 vocal.
  - Dirección General de Biodiversidad, Bosques y Desertificación (MITERD): 1 vocal.
  - Dirección General de Sanidad de la Producción Agraria (MAPA): 1 vocal.
  - Dirección General de Agenda Urbana y Arquitectura (MITMA): 1 vocal.
  - Dirección General de Consumo (MIC): 1 vocal

- Dirección Ejecutiva de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (MIC): 1 vocal
- Dirección General de Evaluación y Cooperación Territorial (MEFP): 1 vocal
- Instituto de Salud Carlos III (ISCIII): 1 vocal.
- Agencia Estatal de Meteorología (AEMET): 1 vocal.
- Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC): 1 vocal.
- Centro de Investigaciones Energéticas, Medioambientales y Tecnológicas (CIEMAT): 1 vocal.
- Centro de Estudios y Experimentación de Obras Públicas (CEDEX): 1 vocal.
- Consejo de Seguridad Nuclear (CSN): 1 vocal.
- Administración autonómica: Cinco personas de las Consejerías de Salud de las comunidades autónomas, a propuesta del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, designadas de forma rotatoria por la persona titular de la Secretaría General de Sanidad, por un periodo de dos años. .
- Administración local (FEMP): 2 vocales.
- Sociedades científicas: 2 vocales.
- Organizaciones No Gubernamentales: 2 vocal.
- Organizaciones sectoriales: 2 vocal.

Las funciones principales que tendrá la Comisión de Seguimiento serán, entre otras:

- Garantizar la transparencia del cumplimiento del Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente.
- Contribuir a la consecución de las acciones desde el punto de vista sanitario y medioambiental.
- Coordinar las acciones del Plan y la información y medidas en el ámbito nacional con las que se establezcan a nivel internacional, en línea con las decisiones y compromisos que se adopten a nivel europeo y mundial en temas de salud y medio ambiente.

La convocatoria del mismo constará de una reunión ordinaria a lo largo del mes de junio y una extraordinaria (si fuese necesario) en el mes de noviembre. Esta Comisión podrá estar asesorada, a modo consultivo, por personas expertas en diversas temáticas en la lucha contra los riesgos ambientales y su impacto en la salud.

Comisión Técnica del Plan Estratégico

La **Ponencia de Sanidad Ambiental de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud** hará las funciones de la Comisión Técnica

Las funciones de la Comisión Técnica del Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente serán, entre otras:

- Gestionar y ejecutar el Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente.
- Elaborar y proponer el Programa de Actuación bienal.
- Elaborar los informes de evaluación del Plan y del Programa de Actuación bienal

La Comisión Técnica podrá proponer la designación de técnicos o grupos de apoyo constituidos por expertos en función de las temáticas a tratar o por cuestiones específicas que, por su complejidad, temática o ámbito, requieran su creación y definirá en su caso el ámbito de trabajo y marco temporal de actuación

Comisión Ejecutiva del Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente

La **Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud** hará las funciones de la Comisión Ejecutiva

Las funciones de la Comisión Ejecutiva serán, entre otras:

- Aprobar el Programa de Actuación bienal
- Informar y aprobar las evaluaciones y, en su caso, trasladarlas al CISNS para su aprobación
- La Comisión Ejecutiva podrá designar expertos o grupos de apoyo constituidos por expertos en función de las temáticas a tratar o por cuestiones específicas que, por su complejidad, temática o ámbito, requieran su participación en la Comisión Técnica y definirá, en su caso, el ámbito de trabajo y marco temporal de actuación.

8. COMUNICACIÓN, FORMACIÓN Y PARTICIPACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO

Para alcanzar los objetivos del Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente **2022-2026** es necesario que toda la sociedad **participe** y se **involucre** en él en sus distintos niveles: desde las Administraciones en la aplicación de medidas, pasando por los diferentes profesionales implicados, hasta la ciudadanía en su día a día.

Para ello es necesaria una **estrategia integral de educación, comunicación y participación** que lo acompañe en todo su desarrollo y ejecución. Este Plan Estratégico debiera incluir distintas **herramientas** que, si bien se solapan, se pueden diferenciar en:

- **Herramientas de información y comunicación**

  El Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente se podrá encontrar publicado en la **página web** del Ministerio de Sanidad. Al constar de una amplia variedad de riesgos ambientales para la salud, desde el **portal web** en el que se encuentra este Plan Estratégico se podrá acceder a otros portales **específicos para cada factor ambiental** tratado. En éstos, se especificarán los **objetivos** de prevención y protección de la salud y las **acciones** propuestas por el Plan en relación a ese **riesgo** determinado de forma accesible y con lenguaje claro y sencillo. Se generarán y difundirán los **materiales de comunicación y divulgación** necesarios para ello. El objetivo es que el Plan se comunique de manera que se pueda encontrar fácilmente en él las características fundamentales de cada **riesgo ambiental** y las **acciones** individuales y colectivas que pueden realizarse para prevenirlo o reducir su impacto.

  La comunicación del Plan incorporará en todo momento un enfoque positivo, enfatizando la mejora de los **determinantes ambientales** de la salud, la **Promoción de la Salud** y la prevención, resaltando la importancia de la creación y promoción de **entornos saludables** y el impulso a la identificación y mejora de los recursos **para la salud,** en sinergia con las acciones de la **Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud**, y con las estrategias de promoción de la salud de las comunidades autónomas para integrar estos aspectos en ellas. Igualmente debe prestarse atención a las **inequidades** en materia de salud y medio ambiente, tratando de reducirlas también a través de las acciones comunicativas. Para ello, se prestará especial atención a la elección de mensajes, formatos y canales de modo que sean lo más inclusivos que sea posible a la vez que tienen en cuenta las necesidades especiales de las poblaciones más afectadas.

  La comunicación se adecuará a cada **público identificado**, tanto en sus **contenidos** como en los **canales** utilizados para su difusión. Así se podrá encontrar tanto **contenidos técnicos**, destinados a profesionales, como **materiales divulgativos de comunicación y sensibilización,** dirigidos a la ciudadanía. También se realizará con inclusión de la perspectiva de género y utilizando un lenguaje inclusivo y no sexista.

Los **contenidos técnicos** se encuentran ampliamente desarrollados en el propio texto del Plan y son fácilmente accesibles para que las personas interesadas, en el ámbito profesional, comprendan y utilicen dicha información. No obstante, es preciso realizar **un esfuerzo extraordinario** para que el Plan se conozca, se difunda y se comunique entre el mayor número de profesionales en todo el ámbito estatal, para lo que se realizarán **acciones específicas** para darlo a conocer y se utilizarán canales efectivos en la comunicación con profesionales.

El diseño y la creación de **materiales específicos informativos, divulgativos y de sensibilización** se realizará por profesionales de la **comunicación, la educación para la salud** y la **educación ambiental**, en colaboración con las personas expertas de cada área temática que han participado en la elaboración del Plan u otras personas expertas en la materia. Para su difusión, se identificarán en el Plan los **canales de comunicación** más adecuados a cada público (formación de profesionales sanitarios, redes sociales, contenido web, aplicaciones móviles, televisión y radio, etc.); así como el formato de los mensajes y una programación que establezca el momento más adecuado para su difusión.

Una aplicación práctica de la comunicación del Plan, es el uso de las herramientas más eficaces que se pueden utilizar fácilmente, son aquellas que las diferentes normativas establecen de manera obligatoria para la comercialización de productos, como puede ser el etiquetado europeo o las campañas sobre la gestión de residuos.

No hay que olvidar que determinados riesgos ambientales que se tratan en el Plan afectan más a unos **grupos poblacionales que a otros**, por sus necesidades específicas de comunicación deben tenerse en cuenta y dirigir acciones de comunicación primordialmente a ellos. Un ejemplo de esto sería considerar la brecha digital de la población para garantizar la eficiente difusión de la información, especialmente a colectivos vulnerables. Los profesionales sanitarios pueden ser elementos clave en la **detección** de estos grupos y servir de canal de **difusión** del **mensaje**, por lo que habrán de tener la capacitación adecuada en la comunicación de dichos riesgos y contar con la colaboración y trabajar conjuntamente con profesionales de la comunicación y la educación ambiental y para la salud.

Otro de los elementos a incorporar en los sistemas educativos escolares y profesionales de manera transversal es la perspectiva “One Health” para generar conciencia de las sinergias entre los hábitos de vida, el respeto hacia el medio ambiente y la salud en la población.

En esta línea, se ha de considerar que las **diferencias socioeconómicas** que existen en una población se encuentran estrechamente relacionadas con la **educación e información que reciban**, lo que a su vez será determinante en la salud. Una de las principales funciones de los sistemas de salud debe ser **aportar información a toda la población** sobre los posibles efectos adversos para la salud, por lo que el Plan debe contemplar específicamente qué canales y contenidos son los apropiados para llegar a todos los niveles socioeconómicos. Es necesario que el Plan de comunicación de riesgos tenga en cuenta estas inequidades, para reducirlas.

Por otra parte, cuando el riesgo afecta a un determinado **territorio geográfico**, las autoridades deben disponer de un **sistema de alertas e información geográfica** para una **mejor comunicación del riesgo** y de las **recomendaciones para disminuir la exposición al mismo** (como ya sucede por ejemplo con el riesgo de temperaturas extremas). Esos sistemas de alertas se tienen que acompañar de adecuadas herramientas de comunicación a la población.

Además, estos sistemas permiten visualizar de una manera muy sencilla e intuitiva los posibles riesgos y su magnitud en las diferentes zonas geográficas. De esta manera, se pueden observar las zonas que sufren más estos riesgos, pudiendo tomar medidas prioritarias en ellas para una mejor **evaluación y gestión del riesgo.** Como se comenta, entre estas medidas destacan las de **comunicación del riesgo** a la población, donde dichas imágenes constituyen un recurso muy útil para su transmisión**.** Además, el seguimiento temporal de estas imágenes permite observar visualmente la **evolución del riesgo** en las zonas afectadas.

Por último, mencionar que debe implementarse una herramienta de información y gestión para una correcta implementación del Plan y la consecución de sus objetivos son los **sistemas de información geográfica** (SIG). Dado que un Plan como este que requiere de una acción conjunta y coordinada de las Administraciones Generales del Estado y las Comunidades Autónomas, es fundamental el uso de esta herramienta de información y gestión para poder realizar una correcta evaluación y gestión de los riesgos que se tratan.

- **Herramientas de formación y capacitación**

Una parte fundamental de la comunicación del Plan es la **formación continuada y la capacitación** en los contenidos y propuestas que se recogen en él a los distintos perfiles profesionales (sociosanitarios, educadores, empresarios, políticos, etc.) de diferentes ámbitos (comunidades autónomas, ayuntamientos, sistema educativo, organizaciones sociales y profesionales de todo tipo, etc.) y en diferentes momentos vitales (formación inicial de grado y postgrado, en ciclos formativos, formación laboral...) que vayan a estar en contacto en el presente o en el futuro bien con el público general o bien con públicos más especializados en relación con estos aspectos de salud y medio ambiente.

El objetivo es que todas estas personas puedan actuar como **mediadores** válidos de una información que sea veraz, basada en la mejor evidencia científica disponible, y puedan responder correctamente a las inquietudes de la población cuando se les planteen cuestiones de este tipo; además de colaborar con la educación y divulgación de la información recogida en el Plan.

Por ello, se realizarán **propuestas de formación continuada y capacitación presenciales y *online*** para que todas las personas que lo deseen puedan conocer el Plan a través de **acciones formativas presenciales** y, fundamentalmente, ***online*** (por ejemplo, con la realización de cursos *online* de salud y medio ambiente y sobre el Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente). Estas actividades formativas deben emanar de los órganos estatales, acordes con los avances científico-técnicos y normativos en todas las áreas temáticas.

Esta formación irá destinada, principalmente, a **profesionales** de todo tipo, en especial de temas relacionados con la salud y medio ambiente, que puedan colaborar en la formación y comunicación de los temas que se recogen en el Plan a través de su trabajo. Se prestará también especial importancia, y se motivará a participar en estas capacitaciones, además de a profesionales sociosanitarios y ambientales, a **personas con capacidad de decisión** en la materia en comunidades autónomas, ayuntamientos, organizaciones, etc.

Otro de los colectivos específicos a los que irán dirigidas estas formaciones y capacitaciones es el **personal educativo**. Al ser de especial relevancia que las nuevas generaciones crezcan educados y concienciados con los temas que aquí se tratan para lograr un verdadero cambio, es necesario que todo agente implicado en su educación esté correctamente formado. Esto implica

no sólo al profesorado especializado en estos temas, sino a **todo el colectivo**. Desde los docentes de todos los niveles hasta los educadores en el tiempo libre (formadores de formadores, monitores de tiempo libre, directores de actividades y tiempo libre, etc.).

También sería de enorme interés la realización de un **Congreso Nacional de Salud y Medio Ambiente,** en colaboración con otros Ministerios competentes, coordinado con las sociedades científicas, académicas y profesionales más relevantes en este ámbito y con la participación de las personas que han intervenido en la elaboración del Plan, así como de representantes de la sociedad civil y las entidades locales. Éste servirá también para difundir y poner en valor el Plan ante la sociedad y darle la mayor incidencia posible.

- **Herramientas de sensibilización y educación**

Disponer de información es importante para el cambio de comportamientos y estilos de vida, pero es necesario incidir también a nivel de actitudes y valores para motivar estos cambios, y es necesario que los entornos en los que las personas viven, estudian, trabajan y socializan hagan posible y más fácil adoptar decisiones saludables. Este enfoque de promoción de entornos saludables debe aplicarse al entorno urbano, a la escuela, los hogares, el ámbito laboral, los espacios de ocio, etc.

La transmisión de información no es eficaz por sí sola en el cambio de **actitudes, valores, comportamientos, hábitos y estilos de vida.** Estos procesos de cambio son mucho más complejos. En esto sentido, la creación y promoción de **contextos y entornos saludables** (en la escuela, el hogar, los trabajos, las ciudades, barrios y pueblos, etc.) es una herramienta de cambio necesaria para acompañar cualquier campaña de comunicación que se realice.

Es preciso poner en marcha estrategias educativas y comunicativas con capacidad de transformación. Las campañas informativas y educativas deben plantearse siempre en este contexto más amplio para que sean eficaces y posibiliten un cambio real. Para su puesta en marcha, la colaboración con otros Ministerios y entre el nivel estatal, autonómico y local es esencial y deben aprovecharse sinergias a través de estructuras ya existentes y crear nuevos espacios de colaboración intersectorial.

Para ello, el Plan contempla la realización de herramientas educativas y comunicativas como:

- Materiales informativos y divulgativos sobre el Plan para profesionales y la ciudadanía.
- Materiales educativos para el ámbito pedagógico en los distintos niveles educativos, apoyado por formación para el profesorado, en coordinación con el Ministerio de Educación y bajo su supervisión.
- Recopilación a nivel estatal de iniciativas y materiales de educación ambiental e identificación de buenas prácticas para otros centros educativos, organizaciones, administraciones, redes de salud comunitaria, etc. para su difusión.

- **Herramientas de participación social**

La participación es clave para asegurar la apropiación de las políticas y su desarrollo por parte de las personas interesadas, y debe ser planificada para que sea efectiva y contribuya a reducir el impacto de los determinantes ambientales en las desigualdades en salud, teniendo en cuenta la perspectiva de género.

Se diseñarán **herramientas** que promuevan y faciliten la participación en el marco del Plan Estratégico de los sectores sociales y profesionales implicados y de la ciudadanía en su conjunto, para su diseño, evaluación y mejora.

En este sentido se propone realizar **un proceso participativo inicial** (2021) para enriquecer el documento inicial, basado en distintas técnicas (participación online, grupos de trabajo, cuestionarios a personas expertas, etc.), otro **proceso participativo de evaluación intermedia** (2024) y un **proceso participativo de valoración final** del Plan (2026). En este se presentará también y se comunicará la evaluación del Plan, tanto sus aspectos generales como los de educación, sensibilización, comunicación y formación-capacitación.

9. SEGUIMIENTO, EVALUACION E INDICADORES DEL PLAN ESTRATÉGICO

El Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente **se revisará al menos cada cinco años** y se actualizarán las actividades, plazos, financiación, etc. que sean necesarias. La revisión del mismo se realizará en base a la evolución de los indicadores recogidos en los informes de seguimiento y evaluación del Plan y a la valoración de la Comisión.

Por otra parte, anualmente se publicará un **informe con los indicadores** utilizados para el seguimiento y la evaluación del Plan; que se dividen en los de gestión (globales) y los de resultados (por áreas temáticas). En dicho documento se podrá observar la línea base de la que parte cada indicador en el momento de la implantación del Plan y su evolución a través del tiempo y el desarrollo de las medidas y acciones del Plan. De esta manera, se podrá evaluar tanto la capacidad de llevar a cabo las acciones propuestas como la eficacia de las mismas.

Para ello se formularán dos grupos de indicadores:

A. Indicadores de gestión y ejecución del Plan.
B. Indicadores por área temática.

Los indicadores de gestión y ejecución tienen como finalidad evaluar el grado de avance de las medidas, y los indicadores por área temática, la efectividad de las mismas. Cada área temática tendrá una serie de indicadores que se calcularán con la periodicidad indicada para conocer la evolución de los niveles de contaminantes y las tasas de morbimortalidad y otros efectos sobre la salud ligados al medio ambiente.

Toda esta serie de indicadores en base a los objetivos y puntos de cada área temática se recoge en el cuadro de mando de la Tabla 2. Como se comenta a continuación, dichos indicadores son una guía de referencia para la evaluación de la Comisión y son los que se desarrollarán más en detalle en un documento propio y se presentarán actualizados en los informes de evaluación de los Programas de Actuación.

Con el objetivo de realizar un seguimiento y una evaluación del Plan con enfoque de equidad, se procura contar con indicadores que permitan desagregación territorial, así como en variables como la edad, sexo y otros desagregadores socioeconómicos, siempre y cuando sea posible.

9.1. INDICADORES DE GESTIÓN Y EJECUCIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO

El seguimiento del desarrollo y la gestión del Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente será realizado por la Comisión de Seguimiento. Este organismo publicará anualmente un informe en el que se evaluará el grado de cumplimiento de las acciones propuestas en cada área temática a través de los indicadores de gestión y ejecución seleccionados por la Comisión. De esta manera, se podrá realizar una correcta evaluación del avance del Plan y la continuación o puesta en marcha de las acciones que la Comisión considere convenientes.

Como documento estratégico de referencia, aquí se plantean unos indicadores generales para facilitar a la Comisión la tarea de evaluar la ejecución de los Programas de Actuación y las acciones propuestas para lograr los objetivos generales. Toda esta batería de indicadores se recoge en la Tabla 2 en relación a los objetivos que persiguen evaluar en cada área temática.

A propósito de los puntos en los que se dividen estas acciones, los indicadores por área temática presentes en el siguiente apartado sirven para evaluar el desarrollo y eficacia de la **Prevención y Protección de la Salud**. Asimismo, en este punto se recogen algunos ejemplos de indicadores generales de gestión y ejecución que pueden servir a la Comisión para evaluar el resto de puntos desarrollados en cada área temática. Estos indicadores podrían ser los siguientes:

- **Gestión, Organización y Coordinación**: Reuniones celebradas al respecto entre las administraciones y los organismos implicados y/o el sector.
- **Formación y Comunicación del Riesgo**: Cursos, ponencias, charlas y campañas de divulgación realizadas.
- **Investigación**: Proyectos de investigación y análisis potenciados, publicaciones científicas, estudios, etc.
- **Seguimiento, Evaluación e Indicadores**: Grado de ejecución y avance del Plan Estratégico y de las acciones recogidas en los Programas de Actuación.

Cabe destacar que estos indicadores son propuestas que se considera más adecuado detallar y desarrollar en profundidad junto con los Programas de Actuación que se publiquen bianualmente. De esta manera, se permite mantener la naturaleza flexible y adaptativa del Plan Estratégico según la valoración de la Comisión y las acciones prioritarias que se incluyan en dichos Programas.

En el Panel de Control del Plan, recogido en la Tabla 2, se puede observar la función de cada uno de estos indicadores, tal y como se ha comentado. Esta organización permite obtener una visión completa del avance general del Plan Estratégico y de todos sus puntos por separado, teniendo en cuenta la naturaleza de cada uno de ellos.

9.2. INDICADORES POR ÁREA TEMÁTICA

En este apartado se ofrece una batería de indicadores simplificada que sean considerados como una manera eficaz de valorar el avance en cada una de las áreas temáticas. En todas aquellas donde ha sido posible, se han incluido, como mínimo, un indicador de **exposición** y uno de **resultado**. Estos indicadores pretenden permitir una clara observación de las tendencias de una manera sencilla y manejable tras el análisis exhaustivo y las medidas que se toman a través de las acciones de cada área.

Como se ha comentado anteriormente, el Plan quiere servir de referencia para la acción adicional de las CCAA. Por ello, este documento establece un marco general dentro del cual las CCAA pueden desarrollar, -adicionalmente-, otros indicadores según la situación específica de cada una.

Finalmente, todos aquellos indicadores que se consideren oportunos para este objetivo serán ampliamente desarrollados en el documento de Seguimiento y Evaluación del Plan publicado por la Comisión.

1. Riesgos del clima

Nombre del Indicador	1.1. Alertas por eventos meteorológicos extremos
Descripción del indicador	Cuantificación de las alertas ocasionadas en España por eventos meteorológicos extremos relacionados con las temperaturas, precipitaciones, viento e intrusión de polvo Sahariano recogidos por el Plan MeteoAlerta de AEMET.
Objetivo	Evaluar la evolución de la cantidad de eventos meteorológicos extremos como efecto del impacto que tiene el cambio climático en la población española y su salud y seguridad. Observar qué poblaciones están más expuestas o son más vulnerables al impacto del cambio climático a través de estos eventos.

Nombre del Indicador	1.2. Mortalidad por exposición a fuerzas de la naturaleza
Descripción del indicador	Número de defunciones debidas a las temperaturas extremas y a desastres naturales derivados de situaciones meteorológicas extremas como tormentas, inundaciones y otras fuerzas de la naturaleza (ODS 13.1.1).
Objetivo	Relacionar y cuantificar el impacto del cambio climático en la salud de la población a través de su influencia en las condiciones meteorológicas que generan los desastres naturales. Analizar qué poblaciones están más expuestas o son más vulnerables al impacto del cambio climático a través de estos desastres naturales.

2. Temperaturas extremas

Nombre del Indicador	2.1. Alertas emitidas por calor extremo para la protección de la salud
Descripción del indicador	Cantidad y distribución de las alertas emitidas debido al calor extremo por el Plan Nacional de Actuaciones Preventivas de los Efectos del Exceso de Temperaturas Sobre la Salud.
Objetivo	Monitorizar los episodios de calor extremo por área geográfica y evaluar la emisión de alertas y recomendaciones por parte del Plan Nacional de Actuaciones Preventivas de los Efectos del Exceso de Temperaturas Sobre la Salud.

Nombre del Indicador	2.2. Mortalidad por exposición al calor y frio natural excesivo
Descripción del indicador	Expresa la tasa de mortalidad causada por la exposición al calor y frío natural excesivo en la población española.
Objetivo	Cuantificar el impacto de la exposición al calor y frío natural excesivo sobre la población española y su tendencia. Identificar los grupos poblacionales y los territorios más vulnerables y comparar entre regiones.

Nombre del Indicador	2.3. Mortalidad atribuible al exceso de temperatura
Descripción del indicador	Expresa la diferencia entre la mortalidad esperada con exceso de temperatura y la mortalidad base en base a la información proporcionada por MoMo y MoMo calor.
Objetivo	Detectar cambios en la tendencia de la mortalidad general (exceso de mortalidad) de manera muy inmediata. Ajustar la evaluación de la mortalidad observada debida a la exposición de la población a un exceso de la temperatura e identificar los grupos de alto riesgo y planificar intervenciones.

3. Calidad del aire

Nombre del Indicador	3.1. Superaciones de los límites de calidad del aire
Descripción del indicador	Proporción de ocasiones en las que se ha superado el valor límite establecido y el valor recomendado por la OMS de las concentraciones de los principales contaminantes atmosféricos (PM_{10} y $PM_{2.5}$, NO_2, O_3 y SO_2).
Objetivo	Evaluar el cumplimiento de la normativa en materia de calidad del aire en cuestión de superación de los niveles máximos de contaminantes atmosféricos.

Nombre del Indicador	3.2. Niveles medios de partículas en suspensión
Descripción del indicador	Medida de las concentraciones y niveles medios de partículas moleculares (PM10 y PM2.5) en suspensión en el aire.
Objetivo	Realizar un seguimiento de la evolución de estos contaminantes tan estrechamente relacionados con problemas de salud y evaluar detalladamente la exposición de diferentes poblaciones.

Nombre del Indicador	3.3. Ingresos hospitalarios de tipo urgente por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
Descripción del indicador	Ingresos de tipo urgente producidos en hospitales nacionales con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Como la EPOC está estrechamente relacionada con la calidad del aire, monitorizar su desarrollo en la población española permite obtener una medida fiable del impacto de la calidad del aire en la salud.
Objetivo	Evaluar el impacto sobre la salud de la población española de la calidad del aire a través del desarrollo y exacerbación de las principales enfermedades relacionadas con ella.

4. Calidad del agua

Nombre del Indicador	4.1. Zonas de abastecimiento con agua apta
Descripción del indicador	Cantidad de Zonas de abastecimiento (ZA) con más del 95% de los boletines de análisis aptos para el consumo humano por población abastecida en la ZA.
Objetivo	Conocer el nivel de cumplimiento establecido en la legislación vigente sobre la calidad sanitaria de las Zonas de abastecimiento y por intervalos de población.

Nombre del Indicador	4.2. Población que dispone de servicios de suministro de agua de consumo de manera segura
Descripción del indicador	Proporción de la población española que recibe suministro de agua de consumo con cobertura de manera segura (ODS 6.1.1).
Objetivo	Conocer la población que tiene fácil acceso a agua de consumo y reconocer zonas de riesgo para poder garantizar un acceso universal y equitativo al agua de consumo.

Nombre del Indicador	4.3. Zonas de baño con calidad excelente o buena
Descripción del indicador	Proporción de las zonas de baño de todo el territorio que cuentan con una clasificación anual de excelente o buena.
Objetivo	Conocer la calidad de las zonas de baño marítimas y continentales y la evolución de la gestión de las mismas para asegurar un buen estado sanitario de las aguas para que sean aptas para el baño.

Nombre del Indicador	4.4. Infecciones por *Legionella*
Descripción del indicador	Número de casos y brotes de enfermedades relacionadas con las infecciones por *Legionella*, como la legionelosis y la fiebre de Pontiac (legionelosis no neumónica).
Objetivo	Conocer el impacto en la población de las infecciones por las bacterias del género *Legionella* y los brotes resultantes para evaluar el estado de las instalaciones susceptibles de emitir Legionella y la emisión de aerosoles contaminantes,.

5. Vectores transmisores de enfermedades

Nombre del Indicador	5.1. Distribución de la presencia de los vectores transmisores de enfermedades
Descripción del indicador	Comparar la presencia y la ausencia de los principales vectores transmisores de enfermedades en las diferentes zonas de España.
Objetivo	Conocer la distribución real y las potenciales áreas de riesgo (donde coincide la presencia del vector y los casos de enfermedades) de los principales vectores transmisores de enfermedad que se encuentran en España y su impacto en la población.

Nombre del Indicador	5.2. Casos autóctonos de enfermedades transmitidas por vectores
Descripción del indicador	Cantidad y distribución de los casos autóctonos de las principales enfermedades transmitidas por vectores (Zika, dengue, Chikungunya, paludismo, Fiebre del Nilo Occidental, Enfermedad de Lyme, etc.) en las diferentes zonas de España.
Objetivo	Conocer la distribución real y las potenciales áreas de riesgo de los principales vectores transmisores de enfermedad que se encuentran en España.

6. Productos químicos

Nombre del Indicador	6.1. Gestión de productos químicos, productos fitosanitarios y biocidas
Descripción del indicador	- Cantidad de informes emitidos relativos a sustancias químicas industriales (SQI), productos fitosanitarios (F) y productos biocidas (B). - Cantidad de campañas implantadas, muestras recogidas y biomarcadores analizados,
Objetivo	- Monitorizar la actividad de la SGSASL (Ministerio de Sanidad) y de la SGALSI (Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico) en relación con la implementación de la legislación en la materia, cuyo objetivo es, entre otros, proporcionar un nivel elevado de protección de la salud humana frente a estos riesgos. - Evaluar el funcionamiento del Nodo Nacional de Biomonitorización Humana.

Nombre del Indicador	6.2. Incidencias producidas por exposición a productos químicos
Descripción del indicador	- Número de casos de intoxicación humana y animal relacionados con el uso de productos químicos, biocidas y fitosanitarios, excluyendo los casos de autolesión. - Número de incidencias notificadas al Sistema de Intercambio Rápido de Información de Productos Químicos (SIRIPQ) relacionadas con productos químicos.
Objetivo	- Identificar las sustancias que den lugar a intoxicaciones por productos químicos en trabajadores y trabajadoras o en la población general. - Mejorar el conocimiento de los efectos potenciales para la salud humana, biodiversidad y ecosistemas de los productos químicos. - Identificar los riesgos asociados a la intoxicación en la población, en la biodiversidad y en los ecosistemas y las circunstancias de los grupos afectados.

7. Residuos

Nombre del Indicador	7.1. Proporción de residuos reciclados
Descripción del indicador	Proporción de residuos municipales recogidos periódicamente y destinados a reciclado con respecto al total de los residuos municipales generados (ODS 11.6.1.).
Objetivo	Este indicador es una primera aproximación para identificar de forma temprana una mala gestión de los residuos y la integración del Sistema de gestión de residuos en una economía sostenible.

Nombre del Indicador	7.2. Residuos peligrosos generados y tratados
Descripción del indicador	Residuos peligrosos generados per cápita y proporción de residuos peligrosos tratados, desglosados por tipo de tratamiento (ODS 12.4.2).
Objetivo	Cuantificar la cantidad de residuos peligrosos generados per cápita y qué proporción de ellos se tratan en operaciones de valorización o eliminación.

8. Contaminación industrial

Nombre del Indicador	8.1. Concentración metales en población
Descripción del indicador	Concentraciones de metales traza como As, Cd, Cr, Ni, Pb, Zn y Hg en el organismo
Objetivo	Los metales traza son usados como biomarcadores debidos a que reflejan tanto exposiciones conocidas como desconocidas, no están afectados por el sesgo de recuerdo e integran todas las fuentes de exposición. Por lo que cuantificar la concentración de estos metales en tejido humano (sangre total, suero y orina) sirve como biomarcador de exposición de la población a la contaminación industrial.

Nombre del Indicador	8.2. Morbimortalidad por enfermedades relacionadas con contaminantes industriales
Descripción del indicador	Número de casos y tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades prevalentes que puedan servir de indicadores en determinadas áreas industriales según el caso (anemias tóxicas, edemas pulmonares, efectos tóxicos de metales, etc.).
Objetivo	Analizar y detectar cambios en la tendencia de la morbimortalidad de enfermedades relacionadas con contaminantes industriales. Estudiar la distribución de esta morbimortalidad en diferentes áreas geográficas para observar su potencial impacto en la, en relación con las zonas industriales.

9. Radiactividad natural

Nombre del Indicador	9.1. Captaciones de agua de consumo que superan los valores de referencia para radionucleidos
Descripción del indicador	Número y proporción de captaciones destinadas al agua de consumo humano que obtienen una caracterización negativa; incluyendo las de cribado, dosis indicativa, radón, etc.
Objetivo	Evaluar la tendencia del impacto de la radiactividad natural en las captaciones de agua dirigida al consumo humano y el desarrollo de las caracterizaciones de las mismas.

Nombre del Indicador	9.2. Población expuesta a niveles de radón superiores a 300 Bq/m^3 en sus domicilios
Descripción del indicador	Proporción de la población española estimada por el CSN expuesta en sus domicilios a niveles de radón superiores al nivel de referencia recomendado en España (300 Bq/m^3).
Objetivo	Comprobar la proporción de población la española que está expuesta en sus propios domicilios a niveles de radón por encima del valor que recomienda el Consejo de Seguridad Nuclear (300 Bq/m^3) establecido en el CTE.

10. Campos electromagnéticos

Nombre del Indicador	**10.1. Incidencia, morbilidad y mortalidad de tumores del SNC y leucemias.**
Descripción del indicador	Tasas estandarizadas de morbilidad, mortalidad e incidencia por 100.000 personas/año de casos nuevos anuales de tumores del Sistema Nervioso Central y leucemias.
Objetivo	Conocer y vigilar la evolución de las tendencias de las tasas de estas enfermedades para observar si existe alguna relación causal entre la exposición a CEM y las mismas.

11. Radiación Ultravioleta

Nombre del Indicador	11.1. Exposición radiación ultravioleta: índice UV (UVI)
Descripción del indicador	Medida del nivel de radiación UV diaria mediante el índice UV (UVI).
Objetivo	Cuantificar la dosis de radiación ultravioleta recibida por la población a través de un indicador sencillo (UVI) para permitir alertar a la población para utilizar factores de prevención y/o protección.

Nombre del Indicador	11.2. Enfermedades de la piel relacionadas con la radiación UV
Descripción del indicador	Estudio de la tasa de enfermedades cutáneas en la población relacionadas con la radiación UV.
Objetivo	Seguir la tendencia en tiempo, lugar y actividad para poder valorar el impacto y reducir estas enfermedades y problemas de la piel relacionadas con la radiación UV.

12. Ruido ambiental y vibraciones

Nombre del Indicador	12.1. Población expuesta
Descripción del indicador	Proporción de la población expuesta a niveles de contaminación acústica excesivos. Este indicador se subdivide en población expuesta en período nocturno y en el período de 24 horas. El indicador realiza una descripción global de la situación acústica en una aglomeración, y de la población expuesta al ruido.
Objetivo	Calcular la proporción de personas expuestas al ruido y como se distribuyen para poder valorar significativamente sus riesgos para la salud y el grado de afectación a nivel del territorio.

Nombre del Indicador	12.2. Efectos nocivos en salud de la exposición a niveles de ruido excesivos
Descripción del indicador	Cálculo de los efectos nocivos que tiene el ruido excesivo sobre la población expuesta. Se utilizan las relaciones dosis-efecto de valores diarios y nocturnos, como resultado del cálculo a través de la transposición del Anexo III de la Directiva (UE) 2020/367.
Objetivo	Comprobar los efectos en salud que tiene la exposición al ruido diurno y nocturno en la población española, así como su magnitud y los grupos vulnerables.

13. Calidad de ambientes interiores

Nombre del Indicador	13.1. Ingresos hospitalarios por neumonitis por hipersensibilidad
Descripción del indicador	Ingresos producidos en hospitales nacionales con diagnóstico de neumonitis por hipersensibilidad, también conocida como alveolitis alérgica extrínseca.
Objetivo	La neumonitis por hipersensibilidad está relacionada con la calidad de ambientes interiores, ya que está causada por hongos o bacterias presentes en humidificadores, sistemas de calefacción y aire acondicionado y a ciertos químicos que se encuentran en casas y oficinas. Por ello, este parámetro puede servir para evaluar una tendencia acerca de los diferentes impactos en salud de los ambientes interiores.

Nombre del Indicador	13.2. Niveles de contaminantes en ambientes interiores
Descripción del indicador	Medida de los niveles de los contaminantes biológicos (bacterias, hongos o sus subproductos), químicos (benceno, CO_2, CO, formaldehído, ozono, PM, etc.) y físicos (radón, amianto, ruido, etc.) más relevantes en la seguridad y calidad de ambientes interiores.
Objetivo	Medir las concentraciones de dichos contaminantes para asegurar una buena calidad en ambientes interiores y ver su evolución, con el fin de evaluar la exposición humana en interiores y su impacto en salud. Analizar la correlación con la antigüedad del inmueble, características constructivas o sistema de ventilación.

14. Calidad del hábitat y ciudades verdes

Nombre del Indicador	14.1. Modelo de ciudad (Batería de indicadores Agenda Urbana Española)
Descripción del indicador	Son muchos los aspectos de la ciudad que deben valorarse para saber si una ciudad se adecúa o no a los criterios de saludable. A tales efectos, con objeto de no duplicar indicadores se propone tener en cuenta los recogidos por la Agenda Urbana Española que, además, están alineados con los de la Agenda 2030. En concreto se proponen los indicadores descriptivos, de evaluación y de seguimiento relativos a los siguientes objetivos: OE. 2.3; 2.4; 2.5; 2 OE: 3.2 OE: 5.1; 5.2 OE: 6.1
Objetivo	Evaluar el modelo urbano de una ciudad en relación a aspectos como la compacidad, la dispersión, la re-naturalización de las zonas verdes, el espacio público accesible y seguro, la calidad del aire, la movilidad, etc.

Nombre del Indicador	14.2. Nivel de actividad física de la población
Descripción del indicador	Medición de la actividad física que realiza la población según su frecuencia, duración e intensidad y que incluye cualquier tipo de actividad física, ocio, trabajo, desplazamientos, etc.
Objetivo	Evaluar el comportamiento de la población en términos de actividad física y su relación con el modelo de ciudad. Puede funcionar como indicativo del tipo de ciudad que más favorece un transporte y ocio activo.

9.3. PANEL DE CONTROL DEL PLAN ESTRATÉGICO

Tabla 2. Panel de control de objetivos e indicadores del PESMA.

Área y Objetivos	Prevención y Protección	Gestión, Coordinación y Organización	Formación y Comunicación	Investigación	Seguimiento, Evaluación e Indicadores
1. Riesgos del clima	Reducir la morbi-mortalidad debida a los eventos relacionados con el cambio climático.	Establecer mecanismos de gestión que impulsen el trabajo y la coordinación de las actuaciones previstas entre todos los actores implicados, reforzando el enfoque One Health.	Mejorar el conocimiento sobre la incidencia del cambio climático por parte de los profesionales de la salud y de otros profesionales, como los de la comunicación.	Mejorar el conocimiento acerca del impacto del cambio climático sobre la salud humana y animal y la biodiversidad y la efectividad de las medidas de adaptación.	Disponer de herramientas avanzadas de gestión de los riesgos.
Indicadores	*1.1. Alertas por eventos meteorológicos extremos. 1.2. Mortalidad por exposición a fuerzas de la naturaleza.*	*Nº de informes del Observatorio de Salud y Cambio Climático.*	*Nº de campañas de divulgación realizadas sobre salud y cambio climático.*	*Nº de proyectos de investigación y análisis potenciados, publicaciones científicas, estudios, etc.*	*Grado de ejecución y avance del Plan Estratégico y de las acciones recogidas en los Programas de Actuación.*
2. Temperaturas extremas	Reducir la mortalidad atribuible a episodios de calor y frio extremo.	Mejorar la coordinación de los planes de prevención de las diferentes administraciones.	Mejorar la formación de los profesionales en materia de efectos sobre la salud de las temperaturas extremas y concienciar acerca de su importancia a las administraciones y población.	Obtener conocimientos necesarios para optimizar la efectividad de los planes de prevención.	Evaluar el impacto de los planes de prevención.

Área y Objetivos	Prevención y Protección	Gestión, Coordinación y Organización	Formación y Comunicación	Investigación	Seguimiento, Evaluación e Indicadores
Indicadores	*2.1. Alertas emitidas por calor extremo para la protección de la salud.* *2.2. Mortalidad por exposición al calor y frio natural excesivo.* *2.3. Mortalidad atribuible al exceso de temperatura.*	*Nº de reuniones mantenidas con el Grupo de Trabajo.* *Reuniones mantenidas con la Comisión Interministerial.*	*Alcance de la campaña "Verano y Salud".* *Nº de interacciones en RRSS (Twitter y Facebook).* *Nº de usuarios suscritos al Servicio de Suscripción de Alertas por Exceso de Temperaturas.*	*Nº de proyectos de investigación y análisis potenciados, publicaciones científicas y estudios sobre impacto en salud de las temperaturas extremas.*	*Grado de ejecución y avance del Plan Estratégico y de las acciones recogidas en los Programas de Actuación.*
3. Calidad del aire	Reducir la mortalidad y morbilidad atribuible a la exposición a la contaminación atmosférica en línea con los objetivos del PNCCA. Garantizar la prevención de enfermedades derivadas de la contaminación atmosférica y la mala calidad del aire a través de la vigilancia, análisis y evaluación de los datos instantáneos y acumulados de los medidores de contaminación, y las actuaciones que se deriven	Mejorar la eficacia de la coordinación entre el MITERD y el MSAN en el ámbito de sus respectivas competencias.	Mejorar el conocimiento de los efectos de la mala calidad del aire por parte de la población y los profesionales.	Mejorar el conocimiento científico sobre los impactos sanitarios, económicos, sociales y ambientales de la contaminación atmosférica sobre la salud.	Monitorizar el impacto de las medidas de prevención.

Área y Objetivos	Prevención y Protección	Gestión, Coordinación y Organización	Formación y Comunicación	Investigación	Seguimiento, Evaluación e Indicadores
Indicadores	*3.1. Superaciones de los límites de calidad del aire.* *3.2. Niveles medios de partículas en suspensión.* *3.3. Ingresos hospitalarios de tipo urgente por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.*	*Nº de reuniones de coordinación entre las administraciones implicadas.* *Actividad de las redes de vigilancia de la calidad del aire.*	*Nº de actividades formativas y divulgativas y campañas de sensibilización realizadas*	*Nº de proyectos de investigación y análisis potenciados, publicaciones científicas, estudios, etc.*	*Grado de ejecución y avance del Plan Estratégico y de las acciones recogidas en los Programas de Actuación.*
4. Calidad del agua	Proteger la salud de las personas de los efectos adversos derivados de cualquier tipo de contaminación de las aguas; garantizando su acceso, salubridad, calidad y limpieza, en todos y cada uno de sus usos.	Mejorar la coordinación entre las administraciones competentes en materia de gestión del agua.	Mejorar la formación de los profesionales y la información y el conocimiento de la población sobre los efectos sobre la salud de la mala calidad de las aguas.	Aumentar el conocimiento sobre el potencial impacto en la salud de la calidad de las aguas en ámbitos geográficos o de uso específicos.	Garantizar el cumplimiento de las medidas para mejorar la calidad de las aguas.
Indicadores	*4.1. Zonas de abastecimiento con agua apta.* *4.2. Población que dispone de servicios de suministro de agua de consumo de manera segura.* *4.3. Zonas de baño con calidad excelente o buena.* *4.4. Infecciones por Legionella.*	*Nº de reuniones de la Ponencia de Sanidad Ambiental con temática de aguas.* *Cumplimentación de SINAC, NAYADE y SILOE.*	*Nº de accesos ciudadanos a SINAC, NAYADE y SILOE.*	*Nº de proyectos de investigación sobre agua y salud.*	*Grado de ejecución y avance del Plan Estratégico y de las acciones recogidas en los Programas de Actuación.*

Área y Objetivos	Prevención y Protección	Gestión, Coordinación y Organización	Formación y Comunicación	Investigación	Seguimiento, Evaluación e Indicadores
5. Vectores transmisores de enfermedades	Implantar sistemas eficaces de prevención y control temprano de brotes de enfermedades transmisibles por vectores.	Mejorar la coordinación de las diferentes administraciones implicadas.	Mejorar la formación de los profesionales y la concienciación de la ciudadanía.	Mejorar el conocimiento acerca de la gestión del riesgo de las enfermedades transmitidas por vectores.	Evaluar el impacto en salud de los planes y la efectividad de las medidas de gestión de los vectores y de los brotes.
Indicadores	*5.1. Distribución de la presencia de los vectores transmisores de enfermedades.* *5.2. Casos autóctonos de enfermedades transmitidas por vectores.*	*Nº de encuestas entomológicas respondidas anualmente.* *Porcentaje de respuesta por parte de las CCAA a la encuesta entomológica.*	*Nº de actividades formativas y divulgativas y campañas de sensibilización realizadas*	*Nº de proyectos de investigación y análisis potenciados, publicaciones científicas, estudios, etc.*	*Grado de ejecución y avance del Plan Estratégico y de las acciones recogidas en los Programas de Actuación.*
6. Productos químicos. **Subtema: Sustancias químicas industriales, productos fitosanitarios y biocidas**	Proteger la salud pública frente a los riesgos producidos por la exposición a productos químicos que se encuentran en el mercado y a los que están expuestas las distintas poblaciones humanas de forma directa (trabajadores o consumidores) o indirecta (a través del medio ambiente).	Promover la coordinación y cooperación con otras instituciones con intereses en la materia en el ámbito de sus respectivas competencias: MITERD, MAPA, INTCF, CCAA, INIA e INSST.	Mejorar la formación de los profesionales sobre el riesgo para la salud que puede originarse por la exposición a productos químicos, así como aumentar la conciencia sobre los mismos en toda la población.	Promover las medidas necesarias para favorecer la investigación y la innovación.	Conocer el grado de cumplimiento de las medidas, identificar las tendencias mediante el análisis de resultados.

Área y Objetivos	Prevención y Protección	Gestión, Coordinación y Organización	Formación y Comunicación	Investigación	Seguimiento, Evaluación e Indicadores
Indicadores	*6.1. Gestión de productos químicos, productos fitosanitarios y biocidas.* *6.2. Incidencias producidas por exposición a productos químicos.*	*Nº de reuniones celebradas al respecto entre las administraciones y los organismos implicados y/o el sector.*	*Nº de actividades formativas y divulgativas y campañas de sensibilización realizadas*	*Nº de proyectos de investigación y análisis potenciados, publicaciones científicas, estudios, etc.*	*Grado de ejecución y avance del Plan Estratégico y de las acciones recogidas en los Programas de Actuación.*
Subtema: Alteradores endocrinos	Mejorar la salud y el bienestar de la población mediante la reducción de la exposición de la población humana y de la presencia medioambiental de sustancias químicas que actúan como alteradores endocrinos.	Promover la coordinación y cooperación con otras instituciones con intereses en la materia: MITERD, MAPA, INDUSTRIA, TRABAJO, CCAA.	Capacitar a los profesionales de la salud y potenciar una correcta comunicación a la ciudadanía.	Promover las medidas necesarias para favorecer la investigación y la innovación para entender y adaptar la reglamentación y gestión de la forma más eficaz.	Conocer el seguimiento y evaluación de las sustancias activas.
Indicadores	*6.1. Gestión de productos químicos, productos fitosanitarios y biocidas.* *6.2. Incidencias producidas por exposición a productos químicos.*	*Nº de reuniones celebradas al respecto entre las administraciones y los organismos implicados y/o el sector.*	*Nº de actividades formativas y divulgativas y campañas de sensibilización realizadas*	*Nº de proyectos de investigación y análisis potenciados, publicaciones científicas, estudios, etc.*	*Grado de ejecución y avance del Plan Estratégico y de las acciones recogidas en los Programas de Actuación.*

Área y Objetivos	Prevención y Protección	Gestión, Coordinación y Organización	Formación y Comunicación	Investigación	Seguimiento, Evaluación e Indicadores
Subtema: biomonitorización humana	Contribuir a la mejora de la salud pública mediante la evaluación de la exposición de la población a las sustancias químicas.	Fomentar la consolidación de infraestructuras y herramientas armonizadas a escala nacional, alineadas con las estructuras europeas, para la realización de las campañas. Promover la coordinación y cooperación con otras instituciones con intereses en la materia: MITERD, MAPA, INDUSTRIA, TRABAJO, CCAA.	Capacitar a los profesionales de la salud en el uso de la biomonitorización humana como herramienta con el objeto de que puedan actuar como elementos de referencia en sus ámbitos de actuación, facilitando así la participación ciudadana informada.	Potenciar la investigación sobre Biomonitorización Humana e incluirla en las prioridades temáticas y líneas de investigación prioritarias de las convocatorias estatales y Autonómicas.	Verificar el funcionamiento de las acciones planteadas en esta línea de intervención Evaluar el funcionamiento y efectividad del Nodo Nacional de Biomonitorización Humana.
Indicadores	*6.1. Gestión de productos químicos, productos fitosanitarios y biocidas.* *6.2. Incidencias producidas por exposición a productos químicos.*	*Nº de reuniones celebradas al respecto entre las administraciones y los organismos implicados y/o el sector.*	*Nº de actividades formativas y divulgativas y campañas de sensibilización realizadas*	*Nº de proyectos de investigación y análisis potenciados, publicaciones científicas, estudios, etc.*	*Grado de ejecución y avance del Plan Estratégico y de las acciones recogidas en los Programas de Actuación.*

Área y Objetivos	Prevención y Protección	Gestión, Coordinación y Organización	Formación y Comunicación	Investigación	Seguimiento, Evaluación e Indicadores
7. Residuos	Minimizar los impactos de los residuos en salud global.	Mejorar la coordinación para impulsar el trabajo y la gestión de las actuaciones previstas.	Mostrar el interés e importancia a los principales efectos que pueden generar la exposición a ciertos residuos. Proporcionar información, sensibilizar y responsabilizar a la población con relación a la correcta gestión de los residuos, especialmente los de origen doméstico.	Incentivar la investigación para la reducción de residuos en el futuro, así como para la correcta gestión y remediación de los impactos ya generados.	Garantizar el enfoque de salud en la gestión de residuos.
Indicadores	7.1. Proporción de residuos reciclados. 7.2. Residuos peligrosos generados y tratados.	*Nº de reuniones de la Comisión de Coordinación de Residuos del MITERD y sus Grupos de Trabajo.*	*Nº de actividades formativas y divulgativas y campañas de sensibilización realizadas*	*Nº de proyectos de investigación y análisis potenciados, publicaciones científicas, estudios, etc. sobre residuos y/o economía circular y salud.*	*Grado de ejecución y avance del Plan Estratégico y de las acciones recogidas en los Programas de Actuación.*
8. Contaminación industrial	Reducir la morbi-mortalidad asociada a la contaminación industrial mediante la vigilancia de las exposiciones humanas y animales y sus efectos sobre la salud.	Minimizar los riesgos asociados a suelos contaminados.	Mejorar la formación de los profesionales y la concienciación de la población.	Mejorar el conocimiento sobre el terreno de los riesgos sobre determinadas poblaciones.	Conocer la efectividad de las medidas.

Área y Objetivos	Prevención y Protección	Gestión, Coordinación y Organización	Formación y Comunicación	Investigación	Seguimiento, Evaluación e Indicadores
Indicadores	*8.1. Concentración metales en población.* *8.2. Morbimortalidad por enfermedades relacionadas con contaminantes industriales.*	*Nº de reuniones celebradas al respecto entre las administraciones y los organismos implicados y/o el sector.*	*Nº de actividades formativas y divulgativas y campañas de sensibilización realizadas*	*Nº de proyectos de investigación y análisis potenciados, publicaciones científicas, estudios, etc.*	*Grado de ejecución y avance del Plan Estratégico y de las acciones recogidas en los Programas de Actuación.*
9. Radiactividad natural	Reducir la exposición a radiactividad de origen natural procedente de fuentes evitables.	Mejorar la coordinación de los programas de control de la radiactividad ambiental.	Mejorar la formación de los profesionales y el conocimiento ciudadano sobre radiactividad y sus efectos.	Ampliar el conocimiento de la exposición a radiactividad natural por zonas geográficas.	Conocer el grado de cumplimiento de las medidas propuestas.
Indicadores	*9.1. Captaciones de agua de consumo que superan los valores de referencia para radionucleidos.* *9.2. Población expuesta a niveles de radón superiores a 300 Bq/m3 en sus domicilios.*	*Nº de reuniones del Grupo de Trabajo del Plan Nacional del Radón.*	*Nº de campañas de divulgación sobre radón realizadas.* *Acciones de difusión sobre radón y tabaquismo.*	*Nº de proyectos de investigación y análisis potenciados, publicaciones científicas, estudios, etc.*	*Grado de ejecución y avance del Plan Nacional de Radón.* *Grado de ejecución y avance del Plan Estratégico y de las acciones recogidas en los Programas de Actuación.*

Área y Objetivos	Prevención y Protección	Gestión, Coordinación y Organización	Formación y Comunicación	Investigación	Seguimiento, Evaluación e Indicadores
10. Campos electromagnéticos	Educar e informar a la población para hacer un uso responsable y seguro de las nuevas tecnologías y las telecomunicaciones que utilizan los CEM. Mejorar la información sobre percepción del riesgo de la exposición a CEM de RF y FEB.	Mejorar la gestión y coordinación de las administraciones competentes en la prevención y protección sanitaria frente a los CEM.	Educar y mejorar el uso responsable de las nuevas tecnologías relacionadas con CEM.	Promover la investigación y la difusión de los efectos de la exposición de la población a CEM de RF y FEB para mantener unos niveles de exposición razonables.	Garantizar el cumplimiento de los objetivos y acciones previstas en el Plan.
Indicadores	*10.1. Incidencia, morbilidad y mortalidad de tumores del SNC y leucemias.*	*Nº de reuniones de la Comisión Interministerial de Radiofrecuencias y Salud.*	*Nº de campañas divulgativas sobre el uso seguro de las tecnologías.*	*Nº de proyectos de investigación en materia de efectos en salud del uso de dispositivos digitales.*	*Grado de ejecución y avance del Plan Estratégico y de las acciones recogidas en los Programas de Actuación.*
11. Radiación ultravioleta	Prevención y control de los riesgos sanitarios asociados a la exposición a radiación UV.	Mejorar la regulación en relación a la exposición a radiación UV.	Promover que las personas tengan buenos hábitos de fotoprotección y se protejan de la radiación solar adecuadamente.	Mejorar el conocimiento y la evidencia científica acerca de la radiación UV y su incidencia en la salud.	Evaluar el impacto de las medidas de prevención adoptadas.

Área y Objetivos	Prevención y Protección	Gestión, Coordinación y Organización	Formación y Comunicación	Investigación	Seguimiento, Evaluación e Indicadores
Indicadores	*11.1. Exposición radiación ultravioleta: índice UV (UVI).* *11.2. Enfermedades de la piel relacionadas con la radiación UV.*	*Nº de reuniones nacionales e internacionales sobre radiación UV.*	*Alcance de la campaña "Verano y Salud".* *Nº de interacciones en RRSS (Twitter y Facebook).* *Nº de usuarios suscritos al Servicio de Suscripción de Alertas por Exceso de Temperaturas.*	*Nº de proyectos de investigación y análisis potenciados, publicaciones científicas, estudios, etc.*	*Grado de ejecución y avance del Plan Estratégico y de las acciones recogidas en los Programas de Actuación.*
12. Ruido	Reducir la población expuestas al ruido ambiental e identificar y preservar zonas tranquilas en ciudades de más de 50.000 habitantes. Analizar y cuantificar el impacto de la contaminación acústica sobre la morbi-mortalidad en España y su valoración económica. Proteger la salud de las personas de los efectos derivados de las vibraciones.	Establecer vínculos entre el MSAN y el MITERD en relación a la contaminación acústica.	Mejorar la formación de los profesionales en materia de contaminación acústica y concienciar acerca de su importancia a las administraciones y población.	Mejorar el conocimiento existente sobre el ruido y sus efectos para la salud.	Identificar y fomentar aquellas actuaciones que mayores beneficios conllevan desde el punto de vista de la contaminación acústica.

Área y Objetivos	Prevención y Protección	Gestión, Coordinación y Organización	Formación y Comunicación	Investigación	Seguimiento, Evaluación e Indicadores
Indicadores	*12.1. Población expuesta.* *12.2. Efectos nocivos en salud de la exposición a niveles de ruido excesivos.*	*Nº de reuniones de coordinación entre MITERD, MSAN, CCAA y FEMP en materia de ruido y salud.*	*Nº de actividades formativas y divulgativas y campañas de sensibilización realizadas*	*Nº de proyectos de investigación y análisis potenciados, publicaciones científicas, estudios, etc.*	*Grado de ejecución y avance del Plan Estratégico y de las acciones recogidas en los Programas de Actuación.*
13. Calidad de ambientes interiores	Proteger la salud de las personas de los efectos adversos derivados de cualquier tipo de contaminación del aire interior. Reducir los riesgos derivados de la exposición de la población al radón.	Establecer un marco general normativo y organizativo de la gestión de la calidad ambiental interior.	Mejorar la formación de los profesionales y la información y el conocimiento de la población sobre los efectos de la mala calidad de ambientes interiores, incluido el radón.	Mejorar el conocimiento sobre el riesgo y el impacto en la salud de la mala calidad ambiental interior.	Garantizar el cumplimiento de las medidas para mejorar la CAI
Indicadores	*13.1. Ingresos hospitalarios por neumonitis por hipersensibilidad.* *13.2. Niveles de contaminantes en ambientes interiores*	*Nº de informes en el ámbito del sistema de vigilancia de calidad de Ambientes Interiores.*	*Nº de actividades formativas y divulgativas y campañas de sensibilización realizadas*	*Nº de proyectos de investigación y análisis potenciados, publicaciones científicas, estudios, etc.*	*Grado de ejecución y avance del Plan Estratégico y de las acciones recogidas en los Programas de Actuación.*

Área y Objetivos	Prevención y Protección	Gestión, Coordinación y Organización	Formación y Comunicación	Investigación	Seguimiento, Evaluación e Indicadores
14. Ciudades saludables	Impulsar, desde el ámbito de la planificación urbana y rural, que se tengan en cuenta los elementos necesarios para mejorar las condiciones de salud y bienestar de la ciudadanía a la vez que se lucha contra el cambio climático; favoreciendo la vida activa, la convivencia, la igualdad de oportunidades y la equidad. Propiciar entornos ambientalmente más sostenibles, socialmente más inclusivos, económicamente más competitivos y más saludables.	Potenciar la sostenibilidad de entornos rurales y urbanos, reduciendo los efectos del cambio climático y la huella ecológica ocasionada por las actividades humanas, a la vez que respetando las condiciones del contexto territorial, el paisaje y los medios de vida tradicionales. Promover la diversidad social y funcional en la construcción de la ciudad. Impulsar políticas de rehabilitación de viviendas y regeneración de barrios, incluyendo la perspectiva de género, que garanticen las condiciones mínimas de habitabilidad, seguridad, accesibilidad universal y eficiencia energética.	Aumentar la formación de los profesionales y la concienciación de la ciudadanía.	Aumentar el conocimiento existente acerca del impacto sobre la salud del medio urbano y sus determinantes. Conseguir hacer extensible el conocimiento obtenido a nivel local en otros contextos.	Evaluar la efectividad de las acciones.
Indicadores	*14.1. Modelo de ciudad (Batería de indicadores Agenda Urbana Española).* *14.2. Nivel de actividad física de la población.*	*Nº de reuniones de la Red Española de Ciudades Saludables.*	*Nº de actividades formativas y divulgativas y campañas de sensibilización realizadas por la FEMP.*	*Nº de proyectos de investigación y análisis potenciados, publicaciones científicas, estudios, etc.*	*Grado de ejecución y avance del Plan Estratégico y de las acciones recogidas en los Programas de Actuación.*

10. PROGRAMAS DE ACTUACIÓN EN SALUD Y MEDIO AMBIENTE

La premisa que en todo momento ha marcado el enfoque del Plan ha sido la de crear un marco de referencia de las políticas públicas preventivas que sea dinámico y que permita adaptarse con naturalidad a los cambios que se produzcan en un entorno en permanente evolución. Para ello, se ha evitado prefijar de antemano medidas concretas en cada uno de las áreas temáticas, por lo que se irán acordando y planificando en función de las necesidades, prioridades y recursos disponibles en los Programas de Actuación **bienales**. De este modo podrán tener cabida medidas que hoy no contemplamos, pero que en los próximos años puedan resultar imprescindibles por su relevancia o urgencia.

El conjunto de acciones y medidas que se proponen en el Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente es muy amplio y ambicioso. Por ello, este Plan Estratégico pretende marcar las líneas estratégicas que se deben seguir, apoyadas por el conocimiento de los expertos del área, para poder alcanzar las metas propuestas.

El Plan Estratégico constituye un compendio de múltiples acciones, no todas las cuales tienen la misma prioridad y pueden diferir en su ámbito geográfico de aplicación. Por ello, para lograr los objetivos del Plan de una manera factible, se establecerán unas **acciones prioritarias**. La elección de dichas acciones se realizará en base a la **evaluación del riego** en el estado actual a través del seguimiento de este Plan Estratégico y coordinadamente con las **Comunidades Autónomas** y el resto de **agentes implicados** para valorar la viabilidad de las medidas.

Los Programas de Actuación especificarán las entidades responsables para el desarrollo de cada acción, el plazo de ejecución, los recursos necesarios y todos los demás detalles necesarios para una correcta ejecución de las medidas. El seguimiento continuo y la evaluación a través de los Programas de Actuación proporcionarán una realimentación de información sobre la idoneidad y eficacia de las acciones llevadas a cabo, así como de las líneas de actuación acordadas para la consecución de los objetivos del Plan.

Como establece el artículo 44 de la Ley General de Salud Pública, la Estrategia de Salud Pública tendrá una duración quinquenal y será evaluada con periodicidad bienal. Así pues, cada dos años se publicará el paquete de medidas prioritarias para ese periodo junto con la planificación de la ejecución de las mismas (responsables, recursos, plazos, etc.) en un documento que servirá como **Programa de Actuación** para poder llevarlas a cabo.

11. FINANCIACIÓN

Para llevar a cabo las acciones establecidas dentro de las líneas de intervención de las diferentes áreas temáticas, el Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente destinará los recursos necesarios para el desarrollo y ejecución de las mismas.

El Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente se realiza con fondos propios del Ministerio de Sanidad y del resto de administraciones y entidades implicadas. Como se ha mencionado anteriormente, en este documento se marcan las líneas a seguir para conseguir alcanzar los objetivos propuestos y de él derivarán los Programas de Actuación que concretarán la ejecución de las acciones. Por ello, es en estos programas donde se concretará la financiación necesaria para ello; ya que dependerá de la naturaleza y alcance de las acciones programadas.

Así, dentro de cada línea de intervención se contemplan una serie de actuaciones comunes a todas las áreas para poder llevarlas a cabo (Tabla 3). De esta manera, es posible realizar una estimación de los recursos que van a necesitar las diversas acciones de las cinco líneas de intervención que se plantean en cada área temática específica. No obstante, estas actuaciones se podrán ampliar en aquellos casos que se consideren necesarios y requieran de acciones específicas.

Tabla 3. Actuaciones comunes contempladas dentro de cada línea de intervención.

Prevención y protección de la salud	Gestión, organización y coordinación	Formación	Comunicación y divulgación	Investigación
Acreditaciones	Publicaciones	Cursos	Publicaciones y recursos materiales (folletos, revistas...)	Materiales
Materiales	Actividades	Materiales didácticos	Elementos audiovisuales (televisión, radio...)	Becas y ayudas
Certificados	Aplicaciones informáticas	Acreditaciones y certificados	Recursos informáticos (páginas web, blogs, RRSS…)	Publicaciones
Publicaciones		Becas y ayudas	Concursos y premios	
Otros	Otros	Otros	Actos y eventos	Otros

12. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

1. OMS (2012). Infografía del impacto del Medio Ambiente en la Salud. Disponible en: https://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/PHE-prevention-diseases-infographic-ES.pdf?ua=1
2. Prüss-Üstün A and Corvalán C (2006). Ambientes saludables y prevención de enfermedades. Hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/prevdisexecsumsp.pdf
3. Prüss-Üstün A, Wolf J, Corvalán C, Bos R, Neira M (2016). Preventing disease through healthy environments. A global assessment of the burden of disease from environmental risks. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565196
4. MSAN (2012). Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. Versión 1. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Guia_metodologica_Equidad_EPAs.pdf
5. Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas (2019). Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. ISBN: 978-92-75-32021-1. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/49505
6. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2010). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Disponible en: https://web.ua.es/es/iudesp/documentos/publicaciones/comision-para-reducir-lhttps-vuala-ua-es-index-php-as-desigualdades-en-salud-en-espana-2010.pdf
7. EEA (2018). Unequal exposure and unequal impacts: social vulnerability to air pollution, noise and extreme temperatures in Europe. Disponible en: https://www.eea.europa.eu/publications/unequal-exposure-and-unequal-impacts
8. OMS (2019). Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report. Disponible en: https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-equity-status-report-2019
9. OMS Regional Office for Europe (2019). Environmental health inequalities in Europe. Second assessment report. Disponible en: https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/environmental-health-inequalities-in-europe.-second-assessment-report-2019
10. Organización Mundial de la Salud (2013). Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. Disponible en: https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013
11. MSAN (2019). Estrategia Nacional de prevención y lucha contra la pobreza y la exclusión social. 2019-2023. Disponible en: https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/noticias/1553262965_estrategia_prev_y_lucha_pobreza_2019-23.pdf
12. MITERD (2020). Estrategia de Transición Justa. Marco Estratégico de Energía y Clima. Disponible en: https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/noticias/1553262965_estrategia_prev_y_lucha_pobreza_2019-23.pdf
13. OECD (2016). The economic consequences of outdoor air pollution. OECD Publishing. Disponible en: https://www.oecd.org/env/the-economic-consequences-of-outdoor-air-pollution-9789264257474-en.htm
14. OECD (2015). The economic consequences of climate change. OECD Publishing. Disponible en: https://www.oecd.org/env/the-economic-consequences-of-climate-change-9789264235410-en.htm
15. Comisión Europea (2012). RADPAR Project Recommendations on Radon Prevention and Remediation. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Marco_Neri/post/Can-someone-suggest-some-articles-about-Radon-gases-inside-houses-built-of-cement-blocks-rocks-etc/attachment/59d6272ec49f478072e9b346/AS%3A272186143641626%401441905642059/download/European+Commission_RADPAR+Project+2012+-+Recommendations+and+Respons.+from+13countries.pdf

16. EEA (2011). La AEMA revela que la contaminación atmosférica industrial le costó a Europa hasta 169.000 millones de euros en 2009. Nota de prensa. Disponible en: https://www.eea.europa.eu/es/pressroom/newsreleases/la-aema-revela-que-la
17. Diputación de Barcelona (2020). Guia per a incorporar la perspectiva de salut en els plans d'ordenació urbanística municipal. Disponible en: https://www.diba.cat/documents/7294824/330647106/GuiaPerIncorporarPerspectivaSalutEnElsPlansOrdenacioUrbanisticaMunicipal.pdf/c7390c9d-6d0f-c3f5-15de-5eb5af909137?t=1603915756353
18. MSAN (2017). Indicadores de Salud y Cambio Climático. Disponible en: https://www.MSAN.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/INDICADORES_FICHAS.pdf
19. UNFCCC (2015). Acuerdo de París. Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático. Disponible en; https://unfccc.int/files/meetings/paris_nov_2015/application/pdf/paris_agreement_spanish_.pdf
20. MSAN (2021). Plan Nacional de Actuaciones Preventivas de los Efectos del Exceso de Temperaturas sobre la Salud. Seguimiento Plan Nacional 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/planAltasTemp/2021/docs/Balance_Plan_Calor_2020.pdf
21. EEA (2011). Revealing the costs of air pollution from industrial facilities in Europe. EEA Techical report No.15/2011. Disponible en: https://www.eea.europa.eu/publications/cost-of-air-pollution
22. EEA (2014). Costs of air pollution from European industrial facilities 2008–2012 - an updated assessment. EEA Techical report No. 20/2014. Disponible en: https://www.eea.europa.eu/publications/costs-of-air-pollution-2008-2012
23. Ortiz C, Linares C, Carmona R, Díaz J (2017). Evaluation of short-term mortality attributable to particulate matter pollution in Spain. *Environmental Pollution*, 224:541-551.
24. Landrigan PJ, Fuller R et al. (2018). The Lancet Commission on pollution and health. *Lancet* 391:462-512. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32345-0
25. EEA (2018). Air Quality in Europe-2018 Report. EEA Report 12/2018. Copenhagen. Disponible en: https://www.eea.europa.eu/publications/air-quality-in-europe-2018
26. Díaz J, Ortiz C, Falcón I, Salvador C, Linares C (2018). Short-term effect of tropospheric ozone on daily mortality in Spain. *Atmospheric Environment,* 187:107-116. doi: https://doi.org/10.1016/j.atmosenv.2018.05.059
27. Linares C, Falcón I, Ortiz C, Díaz J (2018). An approach estimating the short-term effect of NO_2 on daily mortality in Spanish cities. *Environmental International,* 116:18-28. doi: 10.1016/j.envint.2018.04.002
28. Arroyo V, Linares C, Díaz J (2019). Premature Births in Spain: Measuring the impact of air pollution using time Series Analysis. *Science of the Total Environment*, 660:105-114. doi: https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2018.12.470
29. Khomenko S, Cirach M, Pereira-Barboza E, Mueller N, Barrera-Gómez J, Rojas-Rueda D, de Hoogh K, Hoek G, Nieuwenhuijsen M (2021). Premature mortality due to air pollution in European cities; an Urban Burden of Disease Assessment. *The Lancet Planetary Health*, 5(3):E121-E134. doi: https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30272-2
30. MITERD (2017). Evaluación de la calidad del aire en España. Disponible en: https://www.MITERD.gob.es/es/calidad-y-evaluacion-ambiental/temas/atmosfera-y-calidad-del-aire/informeevaluacioncalidadaireespana2017_tcm30-481655.pdf
31. MITERD (2017). Plan Nacional de Calidad del AIRE 2017-2019 (Plan Aire II). Disponible en: https://www.MITERD.gob.es/es/calidad-y-evaluacion-ambiental/temas/atmosfera-y-calidad-del-aire/planaire2017-2019_tcm30-436347.pdf
32. Vedrenne M, Borge R, Lumbreras J, Conlan B, Rodríguez ME, de Andrés JM, de la Paz D, Pérez J, Narros A (2015). An integrated assessment of two decades of air pollution policy making in Spain: Impacts, costs and improvements. *Science of The Total Environment,* 527:351-361. doi: https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2015.05.014
33. MSAN (2021). Calidad del agua de consumo humano en España, 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/INFORME_AC_2020.pdf
34. MSAN (2021). Calidad de las aguas de baño en España, 2018. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/saludAmbLaboral/calidadAguas/aguasBanno/docs/calidad_aguas_bano_accesible_2020.pdf

35. MSAN (2018). Vigilancia entomológica en aeropuertos y puertos frente a vectores importados de enfermedades infecciosas exóticas, y vigilancia de potenciales vectores autóctonos de dichas enfermedades. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/Encuesta_Vigilancia_Entomologica.2018.pdf
36. MSAN (2016). Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente a Enfermedades Transmitidas por Vectores. https://www.MSAN.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/DocsZika/Plan_Nac_enf_vectores_20160720.pdf
37. ISCIII (2018). Resultado de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual. Año 2016. https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/INFORMES%20RENAVE/RENAVE_INFORME_ANUAL_2016.pdf
38. FETOC (2020). Vigilancia epidemiológica de las intoxicaciones causadas por productos químicos y atendidas en los servicios de urgencias de hospitales españoles. Informe técnico anual. Disponible en: http://www.fetoc.es/toxicovigilancia/informes/informe_2019.pdf
39. Gore AC, Chapell VA, Fentosn SE, et al. (2015). Executive Summary to EDC-2: The Endocrine Society's Second Scientific Statement on Endocrine-Disrupting Chemicals. Endocrine Reviews, 36(6):593-602. doi: 10.1210/er.2015-1093
40. OMS Region for Europe (2007). Large analysis and review of European housing and health status (LARES). Disponible en: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/107476/lares_result.pdf
41. Recio A, Carmona R, Linares C, Ortiz C, Banegas JR, Días J (2016). Efectos del ruido urbano sobre la salud: estudios de análisis de series temporales realizados en Madrid. Instituto de Salud Carlos III, Escuela Nacional de Sanidad. Madrid. Disponible en: http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=18/10/2016-72b28c0577
42. Tobías A, Linares C, Díaz J (2013). El ruido de tráfico, un importante problema de salud pública en las grandes ciudades: de la pérdida de audición a causa de riesgo de muerte. *Actuarios*, 33:29-30. ISSN 2530-5425
43. OMS Region for Europe (2018). Environmental noise guidelines for the European Region. Disponible en: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/383921/noise-guidelines-eng.pdf
44. OSMAN (2011). Calidad del aire interior. Disponible en: https://www.diba.cat/c/document_library/get_file?uuid=c7389bc9-6b7b-4711-bdec-3ead4bc9a68b&groupId=7294824
45. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2010). Calidad de ambiente interior en edificios de uso público. Disponible en: http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020191.pdf
46. MITES (2015). Calidad de ambiente interior en oficinas. Disponible en: https://www.insst.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/Higiene/CAI%20en%20oficinas.pdf
47. INSHT (1991). NTP 289: Síndrome del edificio enfermo: factores de riesgo. Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/327166/ntp_289.pdf/7299d03d-aba7-4b06-8adb-5d5732fb5eb9
48. ISCIII (2017). La Iniciativa Europea de Biomonitorización Humana (HBM4EU) ya está en marcha. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-servicios-aplicados-formacion-investigacion/fd-centros-unidades/fd-centro-nacional-sanidad-ambiental/CARPETA_PDF/pdf_2017/20170208_Noticia_HBM4EU_KOM.pdf
49. European Public Health Association (2020). Human health: Ensuring a high level of protection. Disponible en: https://eupha.org/repository/sections/HIA/Human%20Health%20Ensuring%20Protection%20Main%20and%20Appendices.pdf
50. OMS Region for Europe (2015). Economic cost of the health impact of air pollution in Europe. Disponible en: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/276772/Economic-cost-health-impact-air-pollution-en.pdf?ua=1
51. Holub F, Hospido L, Wagner UJ (2016). Air pollution and labor supply: Evidence from social security data. *Working Papers* 2041, Banco de España. Disponible en: http://conference.iza.org/conference_files/environ_2016/wagner_u9362.pdf

52. EEA (2019). Air Quality Report. Disponible en: https://www.eea.europa.eu/publications/air-quality-in-europe-2019
53. MITERD (2021). Plan Marco de Acción a Corto Plazo en Caso de Episodios de Contaminación del Aire Ambiente por partículas inferiores a 10 micras (PM10), partículas inferiores a 2,5 micras (PM 2,5), dióxido de nitrógeno (NO2), ozono (O3) y dióxido de azufre (SO2). Disponible en: https://www.miteco.gob.es/es/calidad-y-evaluacion-ambiental/temas/atmosfera-y-calidad-del-aire/09072021planepisodios_tcm30-529218.pdf
54. MITERD (2020). Resolución de 2 de septiembre de 2020, de la Dirección General de Calidad y Evaluación Ambiental, por la que se modifica el Anexo de la Orden TEC/351/2019, de 18 de marzo, por la que se aprueba el Índice Nacional de Calidad del Aire. Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/2020/09/10/pdfs/BOE-A-2020-10426.pdf
55. Comisión Europea (2020). Estrategia de sostenibilidad para las sustancias químicas. Hacia un entorno sin sustancias tóxicas. Disponible en:
56. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX:52020DC0667&from=DEComisión Europea (2012). Efectos de la combinación de productos químicos. Mezclas de productos químicos. Disponible en: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012DC0252&from=en
57. OMS (2015). Asbesto crisotilo. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178803/9789243564814_spa.pdf;jsessionid=7DE25FB1A71F270F914AE7E4DBFF6DAE?sequence=1
58. García-López V (2021). Programas de eliminación del Amianto. Lecciones desde Polonia. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 24(1):62-63. doi: https://doi.org/10.12961/aprl.2021.24.01.06
59. OMS (2009). Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44203/9789241563871_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
60. Sociedad Española de Oncología Médica (2020). Las cifras del cáncer en España 2020. Disponible en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf
61. García-Pérez J, Boldo E, Ramis R, Pollán M, Pérez-Gómez B, Aragonés N, et al (2007). Description of industrial pollution in Spain. *BMC Public Health*, 7:40. doi: https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-40
62. ICNIRP (2020). ICNIRP guidelines for limiting exposure to electromagnetic fields (100 kHz to 300 gHz). Disponible en: https://www.icnirp.org/cms/upload/publications/ICNIRPrfgdl2020.pdf
63. Comisión Europea (2015). Potential health effects of exposure to electromagnetic fields (EMF). Disponible en: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/scientific_committees/emerging/docs/scenihr_o_041.pdf
64. MITMA (2019). Agenda Urbana Española. www.aue.gob.es
65. MSAN (2014). Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocionyPrevencion.htm
66. MSAN (2015). Implementación Local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Implementacion_Local.htm
67. MITMA (2020). ERESEE 2020: Actualización 2020 de la Estrategia a largo plazo para la Rehabilitación Energética en el Sector de la Edificación en España. Disponible en: https://www.mitma.gob.es/el-ministerio/planes-estrategicos/estrategia-a-largo-plazo-para-la-rehabilitacion-energetica-en-el-sector-de-la-edificacion-en-espana

CRÉDITOS Y AGRADECIMIENTOS

El Ministerio de Sanidad agradece y reconoce la participación de los expertos en la redacción de este Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente. Todas las personas que han colaborado en este trabajo son profesionales con una dilatada experiencia y de reconocido prestigio en sus respectivas áreas de conocimiento. Todos los expertos han colaborado con generosidad y competencia profesional.

Agradecimiento a M.ª Luisa Carcedo Roces, promotora de la elaboración de un Plan de Salud y Medio Ambiente en cumplimiento de la Ley 33/2011 de Salud Pública.

Coordinación general

Pilar Aparicio Azcárraga. Directora General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad

Covadonga Caballo Diéguez. Ministerio de Sanidad

Francisco Vargas Marcos. Ministerio de Sanidad

Santiago González Muñoz. Ministerio de Sanidad

Margarita Palau Miguel. Ministerio de Sanidad

Marta Muñoz Cuesta. Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico

Salvador Giménez Bru. TRAGSATEC. Ministerio de Sanidad

Colaboradores

- Capítulos generales:

Jesús de la Osa	Ayuntamiento de Zaragoza.
Ana Gil Luciano	Ministerio de Sanidad. S.G. de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública.
María Terol Claramonte	Ministerio de Sanidad. S.G. de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública.
Sara Fernández Moreno	TRAGSATEC. Ministerio de Sanidad.
Marian Mendoza García	TRAGSATEC. Ministerio de Sanidad.

- Por áreas temáticas:

1. Riesgos del clima

Coordinadora	Cristina Linares	ISCIII
	Isidro Mirón	ISCIII
	Paco Heras	OECC
	Rubén Bueno	Lokimica

	Andrés Iriso	Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

2. Temperaturas extremas

Coordinadora	Cristina Linares	ISCIII
	Carmen Iñiguez	Universitat de València
	Xavier Basagaña	ISGlobal, Barcelona
	Marc Sáez	Universidad de Girona
	Gerardo Sánchez	The UNEP-DTU Partnership, United Nations City, Copenhagen, Denmark

3. Calidad del aire

Coordinador	Julio Díaz	ISCIII
	Ferrán Ballester	Universidad de Valencia
	Xavier Basagaña	ISGlobal. Barcelona
	Antonio Daponte	Observatorio de Salud y Medio Ambiente de Andalucía (OSMAN)
	Pilar Morillo	ISCIII
	Xavier Querol	IDAEA, CSIC

4. Calidad del agua

Coordinadora	Esperanza Guevara	Ministerio de Sanidad
	Josefina Maestu	Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico
	Miguel Paraira	Aguas de Barcelona, AEAS
	María José Figueras	Universidad Rovira y Virgili
	Miguel Salgot	Universidad Autónoma de Barcelona
	Antonio Quesada	Universidad Autónoma de Madrid
	Cristina Villanueva	ISGlobal

5. Vectores transmisores de enfermedades

Coordinador	Fernando Simón	Ministerio de Sanidad
	Andrea Pastor Muñoz	TRAGSATEC, Grupo de Investigación en Salud Pública y Epidemiología (Universidad de Alcalá)
	Mª José Sierra Moros	Ministerio de Sanidad
	Lucía García San Miguel Rodríguez Alarcón	Ministerio de Sanidad
	Santiago González Muñoz	Ministerio de Sanidad

6. Productos Químicos

Coordinadora	Esther Martín de Dios	Ministerio de Sanidad
	Angustias Herrera Sebastián	Ministerio de Sanidad
	María Luisa González Márquez	Ministerio de Sanidad
Coordinador	Nicolás Olea	Universidad de Granada
	Mariana F. Fernández	Universidad de Granada
	Ildefonso Hernández	Universidad Miguel Hernández de Elche
	Ángel Nadal	Universidad Miguel Hernández de Elche
	Dolores Romano	Ecologistas en Acción
	Ana I. Cañas	Laboratorio Agroalimentario de Santander. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación
Coordinadora	Argelia Castaño	Centro Nacional de Sanidad Ambiental. ISCIII
	Rosa Cepeda	Centro Nacional de Sanidad Ambiental. ISCIII
	Marta Esteban	Centro Nacional de Sanidad Ambiental. ISCIII
	Jesús Ibarluzea	CIBERESP, Instituto de Investigación Sanitaria BIODONOSTIA
	Montserrat González-Estecha	Sociedad Española de Sanidad Ambiental
	Susana Pedraza-Díaz	Centro Nacional de Sanidad Ambiental. ISCIII

7. Residuos

Coordinador	Piedad Martín Olmedo	Escuela Andaluza de Salud Pública. DEMAP
	Andrea Pastor Muñoz	Tragsatec, Grupo de Investigación en Salud Pública y Epidemiología (Universidad de Alcalá)
	David A. Cáceres Monllor	Ministerio de Sanidad

8. Contaminación Industrial

Coordinadora	Rebeca Ramis Prieto	ISCIII
	Javier García Pérez	ISCIII
	Pablo Fernández Navarro	ISCIII
	Montserrat García Gómez	Ministerio de Sanidad
	Marc Marí-Dell'Olmo	Agencia de Salud Pública de Barcelona

9. Radiactividad natural

Coordinador	Enrique Estrada Vélez	Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León
	Roberto Gago Gutiérrez	Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León
Coordinador	Luis Santiago Quindós Poncela	Universidad de Cantabria
	Almudena García	Subdirección General de Inspección y Disciplina Ambiental. Comunidad de Madrid.
	Trinidad Dierssen Sotos	Universidad de Cantabria
	Elena Veiga Ochoa	ISCIII
	Jose Luis Arteche Garcia	AEMET en Cantabria
	Marta García Talavera	Consejo de Seguridad Nuclear

10. Campos electromagnéticos

Coordinador	Francisco Vargas Marcos.	Ministerio de Sanidad
	Santiago González Muñoz	Ministerio de Sanidad
	Enrique Arribas Garde	Universidad de Castilla-La Mancha
	Raquel Ramírez Vázquez	Universidad de Castilla-La Mancha

11. Radiación ultravioleta

Coordinadora	Pilar Utrillas	Universidad de Valencia
Coordinador	Gonzalo Blasco	Universidad de Granada
	José Aguilera Arjona	Universidad de Málaga
	Mª Victoria de Gálvez Aranda	Universidad de Málaga
	Mª José Marín Fernández	Universidad de Valencia
	José A. Martínez Lozano	Universidad de Valencia

12. Ruido ambiental y vibraciones

Coordinador	Julio Díaz Jiménez	ISCIII
	César Asensio Rivera	Universidad Politécnica de Madrid
	Jesús De la Osa Tomás	Ayuntamiento de Zaragoza
	Marc Sáez Zafra	Universidad de Girona. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)
	María Foraster Pulido	ISGlobal

13. Calidad de ambientes interiores

Coordinador	Saúl García Dos Santos-Alves	Centro Nacional de Sanidad Ambiental. ISCIII
	Paulino Pastor	Ambisalud Calidad ambiental S.L.
	Begoña Artiñano	Centro de Investigaciones Energéticas, Medioambientales y
	Rodríguez De Torres	Tecnológicas.
	Gemma Carrión	Aerobia Ambiental S.L.
	Jesús Alonso Herreros	ISCIII

14. Calidad del hábitat y ciudades verdes

Coordinador	Elena Boldo	ISCIII
	José Fariña Tojo	Escuela Técnica Superior de Arquitectura. Universidad Politécnica de Madrid
	Sonia Hernández Partal	Secretaría General de Vivienda. Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana
	Mercedes Martínez	Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid
	Julio A. Soria-Lara	Universidad Politécnica de Madrid
	Isabela Velázquez	Grupo de Estudios y Alternativas Gea21

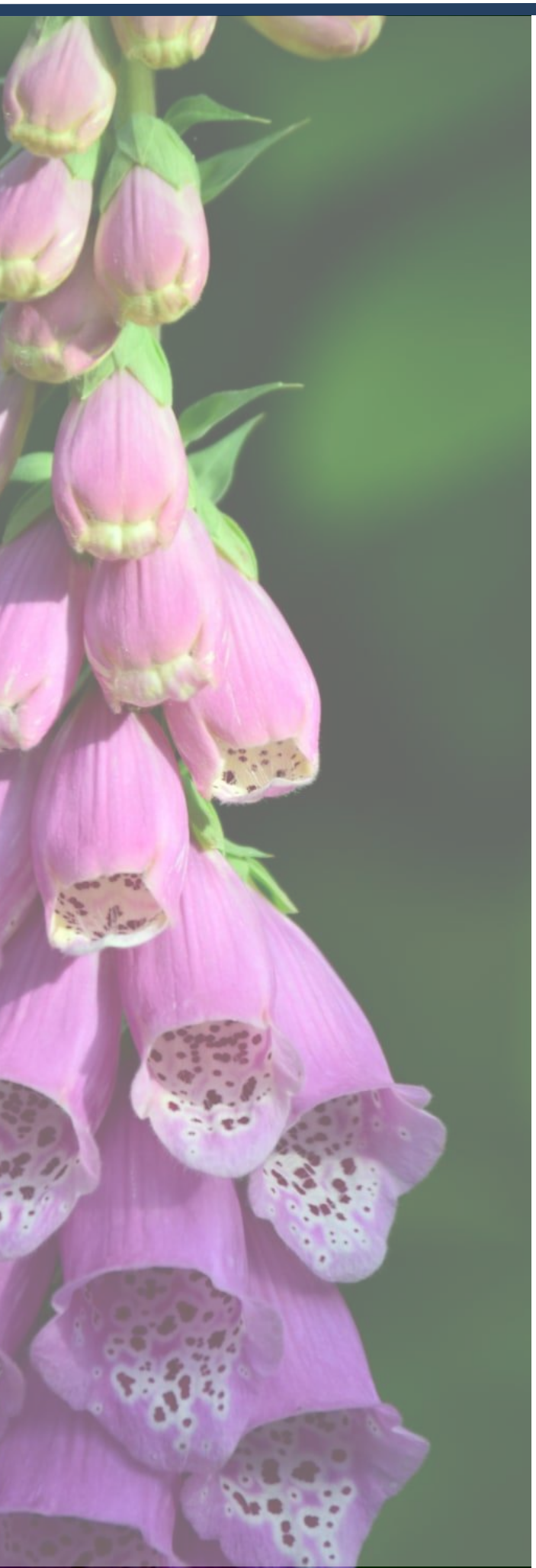
- De las Comunidades Autónomas:

Andalucía	José Vela Ríos
Aragón	Alberto Alcolea
Asturias	María Jesús Pérez Pérez
Castilla-La Mancha	Laura Ana Morante García Fernando Cebrián Gómez Federico Rubio Palomino María Inmaculada Martínez Domínguez
Castilla y León	Isabel García Herrero
Cataluña	Irene Corbella i Cordomí
Extremadura	María Soledad Acedo Grande

Galicia	Manuel Alvarez Cortiñas
	Inés Mato Naveira
Islas Baleares	Mercedes Gumà Tora
	Ramón Garcia Janer
	Kika Panadés Morey
	Mercedes Alemany Alemany
	María del Carmen Moreno Rabasco
	Pere Puigròs Nicolau
Islas Canarias	Manuel Herrera Artiles
La Rioja	Fernando Escorza Muñoz
Madrid	Fernando Fuster
	Carmen Fernández Aguado
	María de la O Álvarez
	José María Ordoñez
	Paloma Medrano
	Raquel Doménech
País Vasco	Jesús Ángel Ocio Armentia

ANEXO 40

ESTRATEGIA DE SALUD DIGITAL



ESTRATEGIA DE SALUD DIGITAL

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Secretaría General de Salud Digital,
Información e Innovación para el SNS

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD

1 RESUMEN EJECUTIVO 1

2 INTRODUCCIÓN 4

3 CONTEXTO DE DESARROLLO 6

3.1 Contexto Internacional 6
3.1.1 Naciones Unidas: los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 6
3.1.2 Organización Mundial de la Salud 7
3.1.3 La experiencia de otros países 8
3.1.4 Contexto de la Unión Europea 9

3.2 Contexto Nacional 11
3.2.1 La transformación digital en el sector público 11
3.2.2 España Digital 2025 12
3.2.3 Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia 13
3.2.4 Estrategia Española de Ciencia, Tecnología e Innovación 13
3.2.5 Estrategia Española de Inteligencia Artificial 13
3.2.6 Estrategia de Medicina personalizada 14

4 LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN ESPAÑA: EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 15

4.1 Indicadores de salud 16

4.2 Funcionamiento del sistema 16

4.3 Recursos y actividad 17

4.4 La percepción ciudadana 18

4.5 Los desafíos del SNS 19

5 ESTRATEGIA DE SALUD DIGITAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 23

5.1 Principios rectores de la Estrategia de Salud Digital 24

5.2 Objetivos estratégicos 24
5.2.1 Personas y Salud 24
5.2.2 Procesos de Valor 25
5.2.3 Información interoperable y de calidad 26
5.2.4 Innovación y atención sanitaria 5P 26

5.3 Líneas estratégicas 27

5.4 Áreas de intervención 28

5.5 Plan de actuaciones 29
5.5.1 Áreas de ejecución del Ministerio de Sanidad con la participación de las CCAA 30
5.5.2 Áreas de actuación de colaboración entre las Comunidades autónomas 34
5.5.3 Áreas de actuación de ejecución compartida Ministerio-Comunidades 41

6 GOBERNANZA DE LA ESTRATEGIA DE SALUD DIGITAL EN EL SNS 43

6.1 Órganos de gobierno 43

6.2 Modelo de trabajo 44

6.3 Modelo de selección de proyectos 44

6.4 Modelo de seguimiento de proyectos 45

6.5 Modelo de evaluación continua 45

7 MARCO DE DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE SALUD DIGITAL 47

7.1 Marco regulador 47

7.1.1 Normativa 47

7.1.2 Estándares 48

7.2 Capacitación de las personas 48

7.3 Marco temporal y económico 48

7.4 Comunicación y participación de las partes interesadas 49

8 RIESGOS Y OPORTUNIDADES 50

8.1 Riesgos 50

8.2 Oportunidades 52

9 ANEXOS 53

9.1 ANEXO I Estrategias de Salud Digital 53

9.1.1 IRLANDA 53

9.1.2 NUEVA ZELANDA 53

9.1.3 REINO UNIDO 54

9.1.4 ESTADOS UNIDOS 54

9.1.5 Proyecto alemán de historia clínica digital del paciente 55

9.2 ANEXO 2: Referencias y Bibliografía 56

1 Resumen ejecutivo

La Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud aspira a contribuir al mantenimiento de un buen nivel de salud en la población española y a fortalecer el sistema sanitario público mediante la capacidad transformadora de las tecnologías digitales dirigida a personas, profesionales de la salud, organizaciones proveedoras de servicios sanitarios y resto de agentes relacionados.

La Estrategia constituye el marco de referencia para el desarrollo de las diferentes iniciativas y actuaciones de las administraciones competentes en materia sanitaria, promoviendo que el Sistema Nacional de Salud aborde su transformación digital de manera armónica y coordinada. Este planteamiento se deriva tanto de su propia naturaleza - un sistema o conjunto de elementos relacionados entre sí- como de que, dicha transformación, persigue unos objetivos que son comunes para todos sus componentes.

La Estrategia se enfoca, fundamentalmente, a cuatro **objetivos estratégicos**:

1. Capacitar e implicar a las **personas** en el cuidado de su salud y en el control de la enfermedad y facilitar su relación con los servicios sanitarios promoviendo su participación en todos los niveles y fomentando su corresponsabilidad.
2. Maximizar el valor de los **procesos** para un mejor desempeño y rendimiento del sistema sanitario público, apoyando el trabajo de los y las profesionales y facilitando la comunicación entre ellos de manera que se asegure la continuidad asistencial y se refuerce la gobernanza de las organizaciones.
3. Adoptar políticas de gestión y gobierno de los **datos** que permitan disponer de una información interoperable y de calidad y crear un Espacio Nacional de Datos de Salud para la generación de conocimiento científico y la evaluación de los servicios.
4. Adecuar la evolución del SNS a las exigencias de la sociedad actual, aplicando políticas de **innovación** orientadas a la medicina 5P (Poblacional, Preventiva, Predictiva, Personalizada y Participativa).

La Estrategia se estructura en tres grandes **líneas de actuación** que sirven de eje para articular los contenidos e iniciativas asociados a la misma:

1. Desarrollo de **servicios sanitarios digitales** orientados a las **personas**, a las **organizaciones** y a los **procesos** que integran el sistema de protección de la salud, con un enfoque de equidad.
2. Generalización de la **interoperabilidad** de la información sanitaria.
3. Impulso a la **analítica de datos** relacionados con la salud, sus determinantes y el sistema sanitario.

Se identifican **diez áreas de intervención** en las que se espera que la transformación digital tenga un importante impacto positivo:

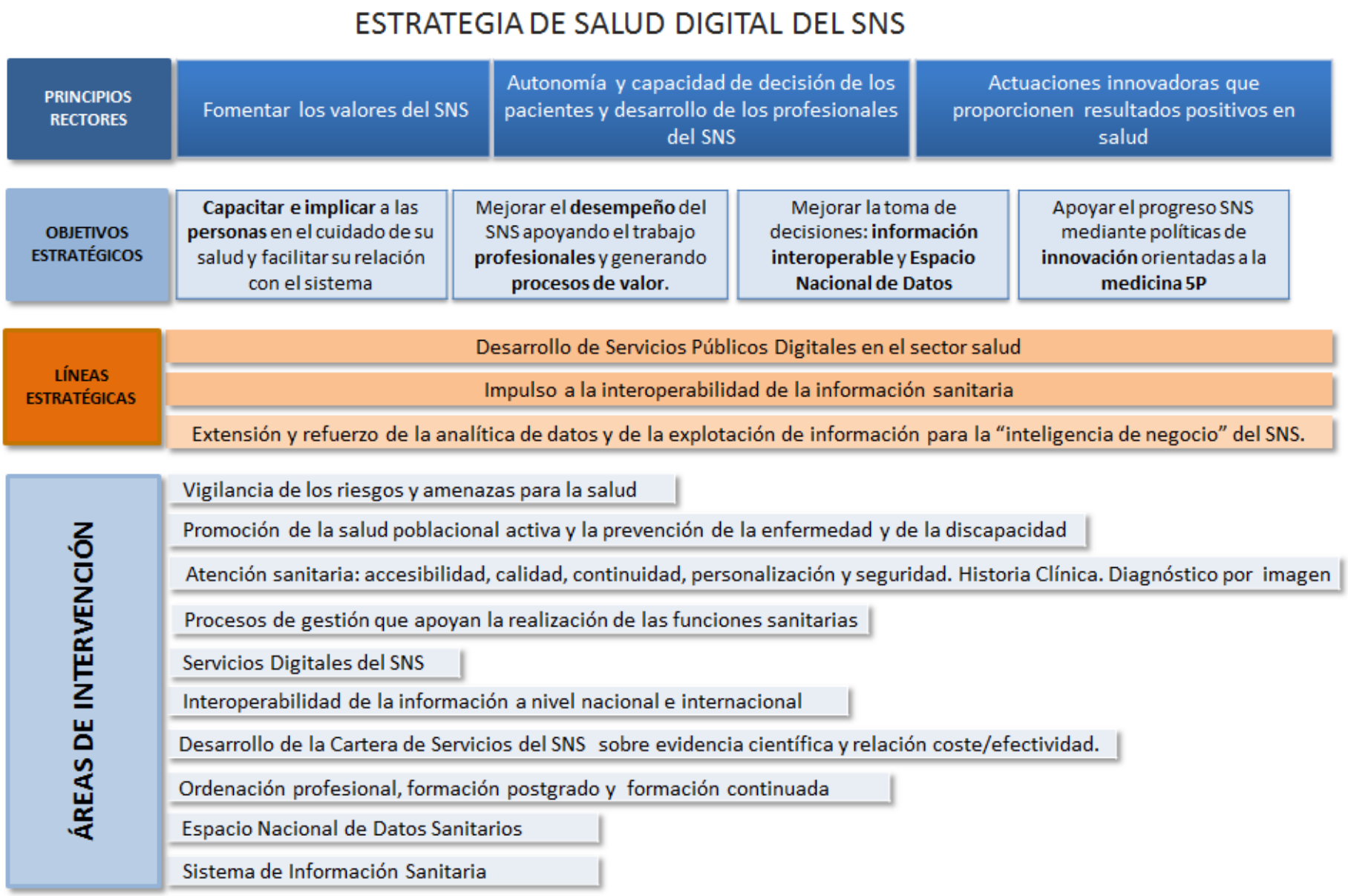
1. Vigilancia de los riesgos y amenazas para la salud
2. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de la discapacidad, con participación de la comunidad y enfoque de equidad

3. Atención sanitaria: accesibilidad a los servicios, capacidad resolutiva, personalización, continuidad de la atención y seguridad del paciente. Historia clínica digital y potenciación de la imagen en salud para diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
4. Procesos de gestión que apoyan la realización de las funciones sanitarias y su uso eficiente.
5. Interoperabilidad de la información a nivel nacional e internacional
6. Refuerzo de los servicios digitales del SNS
7. Desarrollo de la cartera de servicios del SNS bajo criterios de evidencia científica y de la relación coste/efectividad
8. Ordenación profesional, la formación sanitaria especializada y la formación de postgrado.
9. Creación de un Espacio Nacional de Datos Sanitarios para su tratamiento y análisis masivo y el establecimiento de condiciones habilitantes y recursos facilitadores para la generación y extracción de conocimiento.
10. Sistema de información sanitaria para la evaluación de la actividad, calidad, efectividad, eficiencia y equidad del SNS.

La Estrategia configura el espacio común en el que deben desarrollarse las iniciativas de transformación digital sobre la salud asociadas al sector público, desarrolladas por las diferentes administraciones competentes en materia sanitaria y los organismos públicos vinculados con el ámbito de la innovación y la investigación en salud y otras entidades implicadas.

Se describen los mecanismos para su Gobernanza y seguimiento, que se sitúan necesariamente dentro del marco del Consejo Interterritorial del SNS. La planificación estratégica de los proyectos y su programación económica será uno de los cometidos de los órganos de gobernanza de la Estrategia, junto con su seguimiento y evaluación.

La Estrategia de Salud Digital se desarrollará en el período temporal de 2021 a 2026, vinculado de manera fundamental con la ejecución de los fondos asociados al mecanismo de “Ayuda a la Recuperación para la Cohesión y los Territorios de Europa (REACT-EU)” y al “Mecanismo de Recuperación y Resiliencia”. Es relevante, asimismo, señalar la coordinación y posible participación en otros programas de la Unión Europea como Horizonte Europa, Digital Europe y Europe4Health.


ESTRATEGIA DE SALUD DIGITAL DEL SNS
PRINCIPIOS RECTORES
Fomentar los valores del SNS
Autonomía y capacidad de decisión de los pacientes y desarrollo de los profesionales del SNS
Actuaciones innovadoras que proporcionen resultados positivos en salud
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
Capacitar e implicar a las personas en el cuidado de su salud y facilitar su relación con el sistema
Mejorar el desempeño del SNS apoyando el trabajo profesionales y generando procesos de valor.
Mejorar la toma de decisiones: información interoperable y Espacio Nacional de Datos
Apoyar el progreso SNS mediante políticas de innovación orientadas a la medicina 5P
LÍNEAS ESTRATÉGICAS
Desarrollo de Servicios Públicos Digitales en el sector salud
Impulso a la interoperabilidad de la información sanitaria
Extensión y refuerzo de la analítica de datos y de la explotación de información para la "inteligencia de negocio" del SNS.
ÁREAS DE INTERVENCIÓN
Vigilancia de los riesgos y amenazas para la salud
Promoción de la salud poblacional activa y la prevención de la enfermedad y de la discapacidad
Atención sanitaria: accesibilidad, calidad, continuidad, personalización y seguridad. Historia Clínica. Diagnóstico por imagen
Procesos de gestión que apoyan la realización de las funciones sanitarias
Servicios Digitales del SNS
Interoperabilidad de la información a nivel nacional e internacional
Desarrollo de la Cartera de Servicios del SNS sobre evidencia científica y relación coste/efectividad.
Ordenación profesional, formación postgrado y formación continuada
Espacio Nacional de Datos Sanitarios
Sistema de Información Sanitaria

2 Introducción

La sociedad del siglo XXI encara retos demográficos, sociales, políticos y económicos de gran trascendencia y alto impacto en los sistemas de salud en todo el mundo.

Si bien los países de la Unión Europea presentan una situación de partida más favorable en sus sistemas sanitarios frente a otras regiones del mundo, mantienen importantes retos específicos y España, dentro del contexto europeo, se enfrenta asimismo a problemas concretos derivados de su estructura de población, su distribución territorial, su desempeño económico e industrial y su modelo organizativo.

La naturaleza universal y redistributiva de su sistema de protección de la salud a través de un Sistema Nacional de Salud constituye un pilar del Estado del Bienestar español y una de sus señas de identidad, por lo que su mantenimiento y extensión son demandas ciudadanas que requieren de una apuesta clara por las políticas y medidas más adecuadas para reforzarlo y asegurar su sostenibilidad a largo plazo.

A su vez, la crisis mundial provocada por la pandemia COVID-19 ha subrayado de manera dramática la necesidad de contar, por una parte, con recursos capaces de proporcionar cuidados y atención sanitaria en escenarios cambiantes y, por otra, la importancia de disponer de información precisa, completa y fiable, de manera prácticamente inmediata, para adoptar decisiones de enorme trascendencia sobre la vida de las personas y el funcionamiento de la sociedad en su conjunto.

Las tecnologías digitales avanzadas como el análisis masivo de datos ("*big data*"), la Inteligencia Artificial o el Internet de las cosas (IoT), tienen el potencial de transformar el sistema sanitario en diferentes aspectos, tanto relativos a la actividad diaria de los y las profesionales de la salud y su relación con los pacientes -apoyada cada vez más en el uso de datos y la comunicación- , como referidos a la anticipación a los riesgos, a la mayor precisión de los tratamientos médicos y al desarrollo de la investigación, sin olvidar la gestión global del sistema y sus recursos. Es decir, lo que la OMS entiende por salud digital: el campo del conocimiento y la práctica relacionado con el desarrollo y la utilización de las tecnologías digitales para mejorar la salud.

En el contexto actual, la penetración de los diferentes dispositivos móviles de carácter sanitario está facilitando la implicación de las personas en el cuidado de su salud, lo que constituye otra oportunidad para apoyar la evolución desde un enfoque reactivo de la atención sanitaria a un enfoque proactivo de salud integral, con el consiguiente impacto sobre el bienestar de la sociedad en su conjunto y sobre la sostenibilidad del sistema sanitario. Del mismo modo, la diversificación de las vías de acceso y comunicación *con* el sistema y *en* el sistema sanitario debe redundar en beneficio de las personas usuarias y en la mejora del desempeño profesional.

No obstante, la introducción de las tecnologías digitales en la sanidad presenta también numerosos aspectos complejos relacionados con los derechos de los pacientes, el acceso a las tecnologías, la transferencia de riesgos en la toma de decisiones, la medicalización innecesaria o los usos secundarios y la propiedad de los datos, por mencionar los más evidentes, que es imprescindible tener en cuenta.

Es preciso, por lo tanto, no perder la perspectiva de que la transformación digital de la sanidad debe estar, sobre todo, al servicio de las personas y servir tanto para implicar a cada individuo en el cuidado de su salud como para reforzar la relación profesional-paciente y profesional-profesional como elementos centrales en los procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la discapacidad, asistencia sanitaria y cuidados de la salud.

La Estrategia pretende centrarse en este enunciado y tener impacto tanto en la vigilancia como en la promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad, en la práctica clínica, en la planificación y la gestión sanitarias y en la investigación, facilitando el necesario cambio cultural, identificando y previniendo los riesgos asociados y generando el máximo valor posible para las personas, los y las profesionales y la sociedad en general.

Por último, la Estrategia de Salud Digital debe dotar de mayor transparencia al sistema sanitario público, tanto en lo relativo a las actuaciones realizadas como a su impacto en la situación de salud y, asimismo, hacer de la innovación el motor de su transformación.

3 Contexto de desarrollo

3.1 Contexto Internacional

3.1.1 Naciones Unidas: los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), aprobados en 2015 por las Naciones Unidas como parte de la **Agenda 2030** para el Desarrollo Sostenible, definen 17 grandes logros a alcanzar en ese horizonte temporal como elementos definitorios de un progreso global justo, sostenible e incluyente, centrado en poner fin a la pobreza, proteger el planeta y mejorar las vidas y las perspectivas de las personas en todo el mundo.

El **Objetivo número 3, "Salud y bienestar"**, se formula como **"Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades"** y, a la luz de las metas específicas que lo componen, existe un consenso cada vez mayor en torno a que el uso estratégico e innovador de tecnologías digitales y de vanguardia de la información y las comunicaciones serán factores determinantes en su consecución.

Por otro lado, en el **Objetivo 9, "Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización sostenible y fomentar la innovación",** se reconoce la importancia de las tecnologías digitales y las infraestructuras de comunicaciones en el desarrollo y el crecimiento, en particular para las pymes en los países menos avanzados, así como su impacto en la investigación y la innovación.

En el resto de sus 17 ODS y 169 metas, la digitalización y la incorporación de las tecnologías de la información y las comunicaciones aparecen como medios imprescindibles para el avance de la sociedad desde una perspectiva social económica y medioambiental.

En este marco, es preciso destacar el ODS 8 en lo relativo al crecimiento económico, en especial teniendo en cuenta la importancia y dinamismo del sector de la salud en España, el ODS 9 de Innovación y su importancia en la mejora de los tratamientos y el 10 de reducción de desigualdades, teniendo en cuenta que la brecha digital puede plantear riesgos muy importantes en el ámbito de la salud.

La perspectiva de los ODS y sus metas asociadas formará parte de la definición y seguimiento de los proyectos que componen la Estrategia, como medio de impulsar de manera armoniosa el progreso y el bienestar de todas las personas, en una sociedad cada vez más abierta, inclusiva, justa y solidaria.

3.1.2 Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS)[1] , que definía en el año 2012 la *eSalud* como "el uso de las tecnologías de la información y la comunicación para mejorar la salud y campos relacionados con la misma'' aprobó en la Asamblea General en mayo de 2018 la resolución WHA71.7 sobre Salud Digital, para "la elaboración, en estrecha consulta con los Estados Miembros, de una estrategia mundial sobre salud digital en la que se determinasen los ámbitos prioritarios, incluidos aquellos en los que la OMS debería centrar sus esfuerzos".

Dentro de la salud digital la OMS incluye a los consumidores digitales, con dispositivos inteligentes y conectados y abarca diferentes usos de las tecnologías para la salud, como el internet de las cosas, el aprendizaje automático, la inteligencia artificial, la informática avanzada, el análisis de grandes volúmenes de datos y la robótica.

La OMS considera que la Salud Digital es igualmente un acelerador de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)[2], al identificar estas tecnologías como facilitadores esenciales para garantizar que 1.000 millones de personas más se beneficien de la cobertura sanitaria universal, 1.000 millones de personas más estén mejor protegidas frente a las emergencias sanitarias y 1000 millones de personas más disfruten de una salud y un bienestar mejores (metas de los tres mil millones de la OMS incluidas en su 13.° Programa General de Trabajo, 2019-2023).

El pasado 5 de julio de 2020[3,] la OMS publicó una propuesta general para la prestación de servicios de Salud Digital que cada país pudiera utilizar y adaptar a sus circunstancias. La propuesta identifica tres niveles de actuación que incluyen a los desarrolladores de políticas públicas, como responsables del uso ético, seguro y sostenible de la tecnología aplicada en salud; a los y las profesionales, que utilizan las tecnologías para brindar servicios de atención médica efectiva a la población; y a la propia población, como beneficiaria de la Salud Digital para la mejora de su salud y bienestar. Como objetivos estratégicos incluye los siguientes:

- Promover la colaboración global y avanzar en la transferencia del conocimiento de la Salud Digital.
- Abogar por sistemas de salud habilitados por las tecnologías digitales y centrados en las personas.
- Avanzar en la implementación nacional de estrategias en Salud Digital.
- Fortalecer la gobernanza para la salud digital a nivel global, nacional y regional.
- Establecer ecosistemas nacionales de salud digital interoperable, así como reforzar la colaboración coordinada, promoviendo el uso del *big data* y la Inteligencia Artificial bajo los principios éticos adecuados y una revisión de las regulaciones.

1 WHA71.
2 https://www.agenda2030.gob.es/
3 Draft global strategy on digital health, https://www.who.int/docs/default-source/documents/gs4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf?sfvrsn=f112ede5_48

3.1.3 La experiencia de otros países

Una comparación internacional sistemática y extensiva de los sistemas sanitarios, el informe ***Smart Health Systems International comparison of digital strategies***[4], con un enfoque particular en la transformación digital, señala que el contexto y los desafíos de los sistemas sanitarios en Europa y en los países desarrollados son bastante semejantes.

Contrastando las estrategias digitales de los sistemas de salud en 17 países (Alemania, Australia, Bélgica, Dinamarca, Estonia, Francia, Israel, Italia, Canadá, Reino Unido, Países Bajos, Austria, Polonia, Portugal, Suecia, Suiza y España) de una serie de indicadores para generar un "índice de Salud digital".

Este estudio posiciona a España en la quinta posición, detrás de Estonia, Canadá, Dinamarca e Israel, señalando la posición ventajosa derivada de la implantación a nivel nacional de sistemas de identificación, historia clínica y receta digitales, portales del paciente y cita electrónica. Igualmente recoge el sólido desarrollo de las prácticas de seguridad y privacidad en el tratamiento de los datos, así como la amplia aplicación de estándares en la terminología y codificación de los datos.

Sin embargo, señala la pérdida de eficiencia conjunta que supone no contar con una **estrategia compartida de Salud Digital**, que incluya las estrategias de semántica, estandarización e interoperabilidad, diseñe capacidades para el acceso, intercambio y análisis masivo de los datos, planifique la incorporación de tecnologías digitales en todos los ámbitos asistenciales, establezca cómo aumentar la capacidad y autonomía de los pacientes respecto de su propia información, identifique cómo mejorar el trabajo de los y las profesionales, desarrolle e impulse modelos de cooperación con el sector privado y asegure la disponibilidad de información para la toma de decisiones, desde el nivel operacional al nivel estratégico.

Varios países cuentan ya con Estrategias de Salud Digital y en el ANEXO I se hace una breve descripción de algunas de ellas.

En resumen, todas estas iniciativas comparten una serie de elementos, entre los que es posible resaltar **tres**: la **capacidad** que las tecnologías ofrecen **a las personas**, dando origen a pacientes mucho más informados y mucho más exigentes, **el impacto de estas tecnologías** en la forma en la que se presta **el servicio** y, por último, las **posibilidades asociadas a** la recogida, intercambio y análisis masivo de los **datos** recogidos en todos los procesos (donde es posible contemplar la participación del sector privado en los términos que la legislación aplicable permita).

La conjunción de esos tres vectores determina la transformación global del sector sanitario.

4 https://www.bertelsmann-stiftung.de/en/our-projects/the-digital-patient/project-news/smarthealthsystems/

3.1.4 Contexto de la Unión Europea

La Unión Europea también ha identificado las tecnologías digitales hace tiempo como uno de los factores clave para el desarrollo de la Unión, no sólo en términos económicos sino en términos de cohesión, equidad y protección de los valores europeos, desde los primeros estudios de "benchmarking" de servicios públicos electrónicos y servicios de banda ancha en los primeros años 2000 a las iniciativas sectoriales más recientes, tanto en el ámbito de la salud como en el de la movilidad, la protección del medio ambiente o la energía.

Así, la *Resolución del Parlamento Europeo sobre la consecución de la transformación digital de la sanidad y los servicios asistenciales en el* ***Mercado Único Digital****, la capacitación de los ciudadanos y la creación de una sociedad más saludable*[5], considera que los sistemas sanitarios y asistenciales se enfrentan a importantes desafíos en el contexto del envejecimiento de la sociedad, una mayor esperanza de vida y un descenso constante de las tasas de natalidad que suscitan inquietudes sobre la sostenibilidad de la prestación de servicios de asistencia sanitaria en el futuro.

En este contexto, es necesario un cambio de paradigma hacia sistemas sanitarios con capacidad de reacción y de anticipación, en los que el mantenimiento de la buena salud sea el objetivo principal.

La **Comisión Europea (CE)** espera que la **Salud Digital** promueva la participación de las personas en la gestión de su propia salud poniendo el énfasis en los estilos de vida y la prevención, conecte a los diversos agentes de los sectores de la salud y la asistencia social, mejore la preparación para las emergencias y la respuesta a las epidemias, perfeccione los procedimientos, reduzca las ineficiencias y apoye la atención sanitaria orientada a los resultados mediante el análisis de los datos digitales sobre la salud.

A través de diversas normas y documentos de trabajo[6],[7] la CE establece como modelo de gran valor en la generación de conocimiento aquel que incluye, en un espacio común, datos propios de la atención sanitaria (historia clínica, receta electrónica, anatomía patológica, resultados de pruebas diagnósticas o procedimientos clínicos), la telemedicina y otras tecnologías digitales como las aplicaciones resultantes de las comunicaciones móviles 4G/5G, la inteligencia artificial y la supercomputación.

De este modo, la Estrategia Europea de Datos propugna la creación de un espacio de datos de salud europeo[8], idea que está presente también en la **Comunicación "Shaping Europe digital future"** propugnando que los registros sanitarios digitalizados, recopilados en un espacio europeo de datos de salud, pueden conducir a un mejor tratamiento de las principales enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades raras, pero también a la igualdad de acceso a servicios sanitarios de alta calidad para todas las personas" [9] .

5 2019/2804(RSP)
6 COM (2018) 233 final
7 SWD(2018) 126 final
8 COM (2020) 66 final
9 Communication-shaping-europes-digital-future-feb2020_en_4.pdf

Por último, la Comisión considera imprescindible la evaluación de las tecnologías sanitarias innovadoras, basada en pruebas evidentes, que permita reorientar el enfoque de la medicina moderna y avanzar en las nuevas perspectivas de la medicina personalizada.

Estas propuestas se recogen en la ***Nueva Agenda Europea 2019-2024***[10] que, en la segunda de sus prioridades "Desarrollar nuestra base económica: el modelo europeo para el futuro", asume que la transformación digital se seguirá acelerando y tendrá repercusiones de gran alcance. Esta nueva Agenda busca garantizar que Europa sea soberana desde el punto de vista digital y obtenga la parte del beneficio que le corresponde en esta evolución, siempre dentro del marco de los valores europeos.

Para ello, la UE debe trabajar en todos los aspectos de la revolución digital y la inteligencia artificial: infraestructuras, conectividad, servicios, datos, reglamentación e inversión. Esto implica impulsar iniciativas integradoras y multidisciplinares que permitan obtener el mayor beneficio posible de la transformación digital en el contexto de los valores europeos, fomentando la inclusión, la capacitación, la prosperidad y la sostenibilidad.

Es por lo tanto coherente que las decisiones tomadas a lo largo del año 2020 en la UE, en el escenario superpuesto de la pandemia COVID-19, refuercen la importancia de la digitalización como pilar de la recuperación en la UE. De hecho, así consta tanto en el paquete de recuperación y presupuesto 2021-2027, como en las recientes conclusiones adoptadas por el Consejo Europeo sobre mercado único y transformación digital[11].

En el mismo sentido, la propuesta de Reglamento del Consejo Europeo sobre el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia recoge expresamente en su Art.3 "Ámbito de Aplicación", como tales ámbitos de actuación entre otros, los relacionados con la transición digital y la salud[12].

El desarrollo de estas prioridades se materializa en una serie de planes y programas europeos de apoyo a la transformación digital de la salud a lo largo de los próximos años. Entre ellos, **EU4Health 2021-2027** – "Una visión de una Unión Europea más sana", a través del cual la UE proporcionará financiación a países de la UE[13] y el ***Programa Europa Digital,*** también con presupuesto propio, centrado en la construcción de las capacidades digitales estratégicas de la UE y en facilitar el amplio despliegue de tecnologías digitales también dentro del marco presupuestario plurianual.

Otros programas de la UE, como son el programa ***Horizonte Europa*** propuesto para la investigación y la innovación, así como el ***Mecanismo Conectar Europa*** para la infraestructura digital conforman el conjunto de mecanismos de la UE en este ámbito.

En concreto el programa ***"Europa Digital"*** que busca impulsar el liderazgo de Europa en este sector, se articula en torno a cinco grandes objetivos ("Computación de alto rendimiento", "Cloud, datos e inteligencia artificial", "Ciberseguridad" "Capacidades digitales avanzadas" y "Aceleración de los mejores usos de la tecnología") y plantea iniciativas específicamente

10 https://www.consilium.europa.eu/media/39964/a-new-strategic-agenda-2019-2024-es.pdf

11 COM(2020) 408 final

12 https://www.consilium.europa.eu/media/45932/021020-euco-final-conclusions-es.pdf

13 https://ec.europa.eu/health/funding/ eu4health

destinadas a la Sanidad –tanto desde la perspectiva del sector público como del privado- en cuatro de ellos.

Todos estos programas e iniciativas europeas proporcionan un marco y un soporte económico claves para el desarrollo de la **Estrategia de Salud Digital del SNS.**

No obstante, reconociendo las enormes posibilidades que ofrece la incorporación de las tecnologías más avanzadas a la sanidad, este proceso sólo puede acometerse desde una perspectiva integradora, centrada en los beneficios para todos los actores del sistema: pacientes, profesionales, gestores, sector económico de la sanidad y sociedad en general, y atenta a garantizar un uso ético, equitativo e inclusivo de todas las posibilidades que dichas tecnologías ofrecen.

Se trata, además, de un proceso que plantea una serie de cuestiones relacionadas con el cambio cultural[14], la transformación organizacional, la participación y la gobernanza que, si no se toman en consideración desde el primer momento, abocan el proceso al fracaso[15].

Por ello, los aspectos asociados a la gobernanza del proceso, a la gestión del cambio, a la capacitación y participación de las personas y a los valores del SNS se han tenido expresamente en cuenta en la elaboración de la Estrategia.

3.2 Contexto Nacional

3.2.1 La transformación digital en el sector público

Acometer la elaboración de una ***Estrategia de Salud Digital*** requiere de una revisión previa del marco de transformación digital del conjunto de la administración pública y de las iniciativas de digitalización sectoriales impulsadas por el resto de departamentos ministeriales.

Es necesario alinear el planteamiento y los objetivos de esta Estrategia con las líneas de acción establecidas en el plan ***Estrategia España Digital 2025***[16], del Ministerio de Asuntos Económicos e Inteligencia Artificial, así como con la ***Estrategia nacional de Inteligencia Artificial***[17], la ***Estrategia de Política Industrial para España 2030*** (en elaboración por el Ministerio de Industria, Comercio y Turismo) y con la ***Estrategia de Medicina Personalizada***, en elaboración por el Ministerio de Ciencia e Innovación.

Asimismo, la **Estrategia de Salud Digital** debe aprovechar las sinergias que puedan derivarse de los planes nacionales de investigación, en el marco de la nueva ***Estrategia Española de Ciencia, Tecnología e Innovación, 2021-2027***[18], así como de los programas europeos ya mencionados, como ***Digital Europe, Europe-4-Health y Horizonte Europa.***

14 Meskó B, Drobni Z, Bényei É, Gergely B, Győrffy Z. Digital health is a cultural transformation of traditional healthcare. mHealth 2017;3:38. doi: 10.21037/mhealth.2017.08.07

15 McKinsey "Promoting an overdue digital transformation in healthcare", 2019

16 https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2020/230720-Espa%C3%B1aDigital_2025.pdf

17 https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2020/021220-ENIA.pdf

18 https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/EECTI-2021-2027.pdf

La importancia de reforzar el Sistema Nacional de Salud forma parte asimismo de la estrategia "España 2050", en particular en el "Desafío 9: Ampliar las bases de nuestro bienestar futuro" y en ese sentido la Estrategia de Salud Digital aspira a dar soporte a otras estrategias desarrolladas por el Ministerio de Sanidad, entre ellas el Plan de Acción de Atención Primaria, en elaboración, el Plan de Salud Mental o el Plan Estratégico de Resistencia Antimicrobiana.

A continuación, se resumen los elementos más relevantes de las Estrategias con mayor impacto en la Estrategia de Salud Digital.

3.2.2 España Digital 2025

La Estrategia España digital 2025 se articula sobre 10 ejes, cada uno de los cuales incorpora una serie de medidas específicas para la consecución de una serie de metas que son: 100% de cobertura de población con acceso a internet de más de 100Mbps, 80% de personas con competencias digitales básicas, 20.000 especialistas en ciberseguridad, IA y datos, 50% de los servicios públicos disponibles vía apps y 25% de empresas utilizando IA y "*big data*".

El ámbito de la salud está presente de manera directa en el área de Ciberseguridad (servicios para el SNS) y en el de Competencias digitales (capacitación de los y las profesionales sanitarios) y, de modo indirecto, se verá beneficiado por las medidas de impulso a la conectividad digital y a la tecnología 5G.

Además, el eje número 7, que persigue "acelerar la digitalización del modelo productivo", identifica específicamente la Salud Digital como una de las áreas con capacidad de generar proyectos tractores que impulsen una transformación sectorial con efectos estructurales.

En concreto, prevé un proyecto tractor para la transformación digital del sector salud a través de la innovación, la investigación, la asistencia y el empoderamiento del paciente, con el fin último de aumentar la calidad de vida de la población.

Esta transformación del SNS se enfoca como el resultado de un desarrollo coordinado, interoperable, integrado y multidimensional que genere aplicaciones para todo el ecosistema bio sanitario: la salud pública y la epidemiología, la práctica clínica, la gestión sanitaria, las universidades, los centros de investigación y un pujante sector de empresas emergentes e innovadoras alrededor de la salud y los estilos de vida saludables, con claras sinergias entre todos. Adicionalmente, establece que se trabajará con el conjunto de los Departamentos ministeriales, y con los distintos niveles de las Administraciones Públicas, en la exploración gradual, lanzamiento e impulso de otras oportunidades estratégicas de digitalización de los servicios públicos.

3.2.3 Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia

En la misma línea, el **Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia**[19]**,** a través de su ***objetivo VI "Pacto por la Ciencia y la Innovación. Refuerzo a las capacidades del SNS"*** recoge también la necesidad de adoptar medidas para atender a los problemas del sistema sanitario que la crisis de la COVID-19 ha puesto de manifiesto, estableciendo nuevas bases para un sistema que precisa de la incorporación sistematizada de tecnologías digitales novedosas en todos los aspectos de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la discapacidad, la práctica clínica, la planificación, la gestión y la toma de decisiones.

Este Plan enuncia como uno de sus proyectos, la "Renovación y ampliación de las capacidades del SNS", estableciendo la necesidad de rediseñar el SNS para responder a las necesidades de la ciudadanía y anticipar retos futuros, mediante el refuerzo de las capacidades estratégicas de análisis y prevención; la preservación y el impulso del talento profesional, la mejora de la co-gobernanza, la cohesión y la eficiencia; la modernización tecnológica, la renovación de equipamientos y transformación digital; la reserva estratégica de productos sanitarios y farmacéuticos; la digitalización y accesibilidad por parte de los pacientes a sus propios datos médicos; y el impulso de un sector industrial acompasado con las necesidades sanitarias.

3.2.4 Estrategia Española de Ciencia, Tecnología e Innovación

Por su parte, la *Estrategia Española de Ciencia, Tecnología e Innovación 2021-2027*[20] define la salud como una de las líneas estratégicas de I+D+I, e incluye entre sus contenidos la medicina de precisión, el afrontamiento de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, las nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas y el abordaje del cáncer y la gerociencia.

Por ello, será necesario alinear y coordinar las acciones principales de ambas Estrategias, de manera que se creen las sinergias adecuadas para lograr los objetivos de ambas, en los que la identificación y priorización de las actuaciones a desarrollar, así como la I+D+i y la formación tienen una importancia especial

3.2.5 Estrategia Española de Inteligencia Artificial

La Estrategia de Inteligencia Artificial (IA) establece siete objetivos estratégicos o resultados a conseguir con su aplicación: la excelencia científica e innovación en Inteligencia Artificial, la proyección de la lengua española, la creación de empleo cualificado, la transformación del tejido productivo, la creación de confianza en el uso de la IA, la incorporación de valores humanistas a la IA y el desarrollo de una IA inclusiva y sostenible.

Dentro del eje estratégico 3 "Desarrollar plataformas de datos e infraestructuras tecnológicas que den soporte a la IA", la Estrategia, en línea con las iniciativas europeas, prevé el desarrollo del marco regulatorio de Open Data (de especial relevancia para la utilización secundaria de los datos sanitarios) y el impulso al Plan Nacional de Tecnologías del Lenguaje, de gran aplicación en el intercambio de información sanitaria.

[19] *https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2020/07102020_PlanRecuperacion.pdf*
[20] *Ministerio de Ciencia e Innovación*

Asimismo, dentro de la línea 5 “Potenciar el uso de la IA en la Administración Pública y en las misiones estratégicas nacionales” se contempla la creación de misiones estratégicas en el área de salud, con las que se integrarán algunos de los proyectos de esta Estrategia de Salud Digital.

Por último, en el último eje 7 “Establecer un marco ético y normativo que refuerce la protección de los derechos individuales y colectivos, a efectos de garantizar la inclusión y el bienestar social” resulta evidente la necesidad de mantener una colaboración estrecha y continua a lo largo de la ejecución de ambas estrategias.

3.2.6 Estrategia de Medicina personalizada

La Estrategia de medicina personalizada, en elaboración por parte del Ministerio de Ciencia e Innovación, definirá las prioridades de investigación y desarrollo de las denominadas ciencias “-ómicas” y, por tanto, las perspectivas de aplicación e incorporación de nuevas soluciones al SNS, incluyendo el uso de biomarcadores, así como las necesidades de datos para dicha investigación, pública y privada.

La incorporación de terapias avanzadas de efectividad probada debe formar parte de las iniciativas para impulsar soluciones de atención personalizada, que aumenten la eficacia de los tratamientos y la calidad de vida de las personas.

Además, en esta área, el impulso de la colaboración público-privada debe permitir acelerar la disponibilidad de soluciones probadas, seguras y accesibles para todas las personas.

4 La protección de la salud en España: el Sistema Nacional de Salud

La Constitución Española, en su artículo 43, reconoce para todas las personas el derecho a la protección de la salud. Sus normas de desarrollo concretan este derecho desde una perspectiva integral que incluye actividades de vigilancia, promoción y mantenimiento de la salud, preventivas, diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras, todas las cuales constituyen la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS).

El SNS articula las diferentes estructuras y servicios públicos para la protección de la salud en el conjunto del Estado, ofreciendo acceso universal a sus servicios, los cuales son financiados a través de los impuestos. La asistencia sanitaria está organizada en un primer ámbito de atención primaria donde equipos profesionales, fundamentalmente de medicina y enfermería, son responsables de la población de una zona promoviendo la promoción y preservación de su salud, tratando sus problemas prevalentes y asegurando un seguimiento continuo. De este modo, se refuerza la equidad en el acceso a los servicios, minimizando las barreras geográficas y de autonomía personal.

Del mismo modo, esta equidad se mantiene cuando se trata de acceder a los recursos de mayor complejidad y coste, poniendo en manos de los profesionales de medicina de familia y pediatría de atención primaria la decisión técnica de intervención del segundo ámbito asistencial en el proceso, contribuyendo simultáneamente a la eficiencia del sistema.

La vigilancia en salud pública se desarrolla a través de un conjunto de actividades destinadas a recoger, analizar, interpretar y difundir información relacionada con el estado de la salud de la población y los factores que la condicionan, con el objeto de fundamentar las actuaciones de las autoridades sanitarias ante los riesgos y amenazas para la salud.

Las competencias en materia sanitaria se encuentran ampliamente transferidas a las comunidades autónomas, salvo las reservadas en exclusiva al Estado (Bases y coordinación general de la sanidad, sanidad exterior, y legislación sobre productos farmacéuticos), correspondiendo al Ministerio de Sanidad el ejercicio de éstas, así como la propuesta y ejecución de la política del Gobierno en materia de salud, de planificación y asistencia sanitaria. El sistema sanitario público actúa fundamentalmente a través de recursos propios, hay un control de la gestión por los poderes públicos y existe una concurrencia del sector privado en algunas actividades concertadas.

La Estrategia de Salud Digital está dirigida, por lo tanto, a un sistema sanitario público cuya base se encuentra en el derecho a la protección de la salud reconocido en la Constitución Española y en la responsabilidad de las administraciones públicas. Se trata de un sistema muy arraigado en la sociedad, que se ha desarrollado incorporando valores esenciales de universalidad, equidad y solidaridad.

4.1 Indicadores de salud

Dentro del contexto de la Unión Europea,[21] España presenta buenos indicadores, entre otros aspectos, en esperanza de vida, tanto en términos absolutos como relacionada con el gasto sanitario, los años de vida saludable al nacer y a los 65 años, la mortalidad por cáncer o por enfermedades cardiovasculares, el porcentaje de población que declara necesidades insatisfechas de atención médica, la percepción de la salud personal, la cobertura vacunal o los trasplantes.

No obstante, se sitúa aún entre los países con mayor población fumadora, la obesidad está en aumento, sólo el 40% consume a diario frutas y verduras y el 36% de la población no practica ningún tipo de ejercicio físico.

4.2 Funcionamiento del sistema

La cartera de servicios del SNS es una de las más amplias de la UE y es gratuita en el momento de su uso, salvo en la prestación farmacéutica por receta que puede conllevar un copago en función de la renta. Como carencias en la cartera, el acceso a la atención odontológica está limitado a una serie de prestaciones básicas y la población aprecia que la atención a la salud mental debería ampliar sus servicios[22], observándose ratios de profesionales inferiores a los de otros países de nuestro entorno.

Es necesario señalar, no obstante, que la cartera de servicios del SNS es un instrumento dinámico que revisa y actualiza sus prestaciones y que progresivamente va incorporando a la asistencia sanitaria técnicas y tecnologías novedosas con evidencia científica demostrada.

Cada comunidad autónoma asume la responsabilidad operativa y económica de proteger la salud de sus habitantes, si bien dicha responsabilidad transciende fuera de sus límites geográficos puesto que, por una parte, la protección debe mantenerse cuando es necesaria en cualquier momento y lugar del SNS y, por otra, existen servicios que por su naturaleza deben concentrarse y compartirse. Para ello, las autoridades sanitarias disponen de una conferencia sectorial, el Consejo Interterritorial del SNS, donde se ordena y supervisa la cohesión, reciprocidad y compensación de servicios, en su caso, dentro del sistema sanitario público.

Las personas están identificadas para el conjunto del SNS a través de un único código de identificación personal, vinculado a la tarjeta sanitaria, que les permite el acceso a los centros y servicios sanitarios de todo el sistema en los términos normativamente previstos.

Del mismo modo, los centros, servicios y establecimientos sanitarios disponen de un sistema común de codificación en el SNS, se utilizan generalizadamente clasificaciones normalizadas de enfermedades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos y cada vez es mayor su uso

21 "Los sistemas sanitarios en los países de la Unión Europea". Características e indicadores de salud 2019. http://www.sanidad-ue.es/es/index
22 ENSE

para diagnósticos e intervenciones de enfermería. Del mismo modo se manejan codificadamente los medicamentos y se avanza en la normalización de los productos sanitarios.

Todo ello constituye la base que soporta y posibilita el flujo de datos e información y los servicios de interoperabilidad de la historia clínica o de la receta electrónica entre comunidades autónomas.

4.3 Recursos y actividad

El SNS tiene un total de 3.055 centros de salud y 10.067 consultorios de atención primaria. Dispone de una red 468 hospitales, propios o concertados, 321 de ellos son hospitales de agudos y 147 son de larga estancia. En estos dispositivos trabajan 665.985 profesionales, lo que supone una tasa de 14,3 por cada 1.000 habitantes.

Se cuenta con 3,2 profesionales de medicina y 4 profesionales de enfermería por cada 1.000 habitantes[23]. La ratio global en España (sector público y privado) se sitúa, respectivamente, en 4 /1.000h (en la media de los países de la OCDE) y en 5,8/1.000h (inferior a la media OCDE[24]).

La atención primaria atiende 365 millones de consultas ordinarias, 13 millones de visitas domiciliarias y 31 millones de urgencias[25]. Del mismo modo, los hospitales atienden 83 millones de consultas ambulatorias, 24 millones de urgencias y 4 millones de ingresos.

La tasa de equipos de Tomografía Axial Computerizada (TAC) y de resonancia magnética (en hospitales y atención ambulatoria) es de 1,9 y de 1,7 por 100.000 habitantes, respectivamente, lo que sitúa a España en una posición 13ª/26 y 7ª/25 entre los países de la UE-28.

Se destina un 9 % del PIB a gasto en salud, frente al 9,8% como media de los países de la UE, habiendo aumentado en línea con el PIB desde 2010, pasando de 2.736 $ (PPC) por habitante y año en 2010 a 3.616 $ en 2019 [26].

El gasto sanitario corresponde en un 70,5 % al sector público y en un 29,5% a la financiación privada[27], en este último caso con un importante peso de los pagos directos de los hogares para la adquisición de dispositivos y productos sanitarios (gafas, lentes de contacto o audífonos), la compra de medicamentos (incluido el copago farmacéutico) y la asistencia odontológica ambulatoria.

En el SNS un 13,9 % del gasto se destina a la Atención Primaria en 2018 (14,2% en 2002) y un 62,8 % a la Atención Hospitalaria en todas sus modalidades (53,6% en 2002).

---

23 https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS.htm (datos de 2019)
24 Las cifras de este colectivo deben manejarse con cautela dado que existe cierta variabilidad en los perfiles profesionales que cada país incluye en su cómputo.
25 Incluye toda la urgencia extrahospitalaria https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Estadisticas.htm
26 https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA
27 https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCSprincipalesResultados.pdf

En cuanto a las Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones (TIC), según el Índice SEIS 2020[28], el presupuesto global del conjunto de las comunidades autónomas en TIC en la sanidad ascendió en 2020 a 783.553 miles de euros con una variación del 10,77% respecto a 2019, año en el que el gasto sanitario en tecnologías se había reducido en un 2,95% respecto al año anterior. Con estos datos, el porcentaje del presupuesto TIC respecto al presupuesto global sanitario se sitúa, en 2020, en un 1,20%, con un incremento del 6 % sobre 2019. Estos valores contrastan con la media europea de inversión TIC en sanidad, que se sitúa en el 5%[29].

En lo que se refiere a los recursos humanos, el Índice SEIS muestra que el personal dedicado en exclusiva al uso de las TIC en los sistemas de salud autonómicos aumentó en un 5% en 2020 respecto a 2019 y se sitúa en torno al 0,8% en el SNS.

4.4 La percepción ciudadana

El grado de satisfacción con la atención recibida es positivo en general[30]; la atención primaria es el servicio mejor valorado (7,3 puntos sobre 10) y los ingresos hospitalarios obtienen 6,9 sobre 10, siendo las urgencias hospitalarias las menos satisfactorias (6,1 sobre 10).

Hay una clara percepción acerca de la equidad del SNS en la dimensión individual: el 86,7% de las personas encuestadas en el Barómetro Sanitario afirma que el género no influye en la prestación asistencial, el 70,8% que las prestaciones no dependen de la edad, el 69,6% que el nivel social no incide en la atención recibida y el 58,6% que ésta es independiente de la nacionalidad. Sin embargo, en la dimensión territorial, sólo el 37,7% de las personas entrevistadas consideran que hay igualdad en la prestación de los servicios sanitarios públicos si se reside en una u otra comunidad autónoma y el 43,4% si se vive en zona rural o zona urbana. Las listas de espera y la masificación de los servicios de urgencias son los problemas que en mayor proporción manifiestan percibirse en los estudios de opinión[31].

La crisis del COVID-19 no parece haber reducido la valoración ciudadana sobre la atención recibida [32] en el sistema sanitario, pero ha originado que el 84% de las personas encuestadas piense ahora que es urgente aumentar los recursos económicos, las plantillas de profesionales del sistema, la coordinación entre las comunidades autónomas y las instalaciones y recursos para la prevención de pandemias.

Por otro lado, un 22% de las personas que consultan en atención primaria, el 27% de quienes visitan a un especialista hospitalario y el 32% de las personas hospitalizadas manifiestan que no han podido participar en las decisiones que adoptan los médicos sobre su salud tanto como les hubiera gustado hacerlo.

Finalmente, los datos del Barómetro Sanitario –previos a la pandemia- muestran una valoración francamente positiva de la población de algunos servicios digitales, como la cita previa por internet (8,4 sobre 10), el acceso a los informes clínicos (7,9), la receta electrónica (8,8) o la consulta telefónica con el médico (8,1).

28 Sociedad Española de Informática de la Salud: Índice SEIS 2020.
29 Índice FENIN de madurez digital en Salud
30 https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm
31 https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm
[32] *Barómetro de septiembre del CIS http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3280_3299/3292/Es3292mar.pdf*

4.5 Los desafíos del SNS

El sistema sanitario español no puede sustraerse al **crecimiento continuo de la demanda sanitaria** con una población que vive más años y que, globalmente, envejece. Vivir más años es un bien deseable, sobre todo si la calidad de esa vida es la adecuada para llevar una existencia digna y justa: las sociedades responsables y desarrolladas buscan alargar la esperanza de vida en buena salud o libre de discapacidad de sus integrantes.

En este contexto, el sector de bienes destinados a la sanidad, -con una oferta creciente de servicios y soluciones eficaces-, es económicamente muy activo y con capacidad de inducir demanda, lo que debe contemplarse positivamente desde la perspectiva del desarrollo científico y económico. En el caso de un sistema nacional de salud esta visión hay que conciliarla con un balance adecuado de coste/efectividad en el uso de recursos, teniendo igualmente en cuenta el coste de oportunidad en las decisiones de la política sanitaria. La sanidad pública es un potente mecanismo de redistribución de renta y bienestar entre las personas, basado en la solidaridad, lo que la diferencia de la mera provisión de servicios y de la ley de la oferta y la demanda: la cuenta de resultados se mide en términos de ganancia de salud, de equidad y de utilización adecuada y eficiente de los recursos diagnósticos y terapéuticos.

Las diferencias entre las tasas de crecimiento del gasto sanitario y la limitación de las dotaciones presupuestarias han supuesto un desajuste continuo en el sistema sanitario público que no se ha llegado a resolver con las diferentes operaciones de saneamiento, créditos extraordinarios o acuerdos de la conferencia sectorial competente en materia fiscal y financiera que se han venido poniendo en marcha sucesivamente.

La búsqueda de ese **ajuste entre demanda/oferta** -y viceversa- que permita dar una respuesta efectiva a las necesidades de salud mediante diferentes modelos organizativos y financieros ha influido, sin duda, en que España haya apostado por un modelo que sitúa en una posición comunitaria una serie de recursos estructurados que se hacen cargo del cuidado general de la salud de una población adscrita, de modo que la Atención Primaria coordina y desempeña una labor de agencia ante el resto del sistema sanitario. Como se ha comentado anteriormente, con ello se pretende no solo garantizar la equidad llegando a todas las personas, la calidad de los servicios atendiendo los procesos en tiempo y forma mediante decisiones expertas, sino también la eficiencia del sistema modulando la discrecionalidad de la demanda de servicios sanitarios de mayor complejidad y coste, mediante respuestas proporcionadas a la naturaleza de los problemas de salud.

Las herramientas en las que se viene apoyando el SNS para desarrollar este modelo no se están mostrando todo lo eficaces que debieran para lograr sus objetivos. Por ejemplo, la **organización de los procesos asistenciales** en los que intervienen diferentes profesionales, unidades y ámbitos no forman parte, en general, de una cultura de trabajo multidisciplinar con un reparto de roles eficaz y dinámico. El sistema sanitario ha venido encontrando en la **insuficiencia de mecanismos de comunicación entre profesionales y unidades funcionales** una de sus principales debilidades: el hecho de trabajar tradicionalmente en compartimentos estancos ha dificultado la necesaria relación entre los y las profesionales de diferentes ámbitos

asistenciales que tratan a un mismo paciente, - e incluso dentro de un mismo ámbito- lo que, opera en detrimento de la calidad, provoca no pocas veces un uso inadecuado de los recursos y origina mermas en la eficiencia del sistema y en la seguridad del paciente.

Del mismo modo, se manifiestan déficits estructurales y organizativos en términos de **demoras asistenciales**. Las listas de espera[33], tanto para cirugía programada como para consultas y pruebas diagnósticas, constituyen un problema que preocupa a la ciudadanía y a los gestores; así, por ejemplo, a pesar de que la actividad quirúrgica del SNS presenta un alto dinamismo, (3,7 millones de intervenciones quirúrgicas anuales, un número 6 veces superior a las personas que se encuentran en lista de espera en un momento dado), los tiempos medios de espera en los últimos semestres se vienen situando en torno a los 120 días, demora que se ha visto incrementada en la situación pandémica [34].

Las consultas de ámbito hospitalario presentan igualmente demoras medias para primera consulta de 81 días[35]. En atención primaria, si bien la mitad de quienes solicitan cita para el día o el día siguiente la consigue, el resto la obtiene, como media, para 5,8 días después[36].

Los sistemas de **historia clínica electrónica** han avanzado de manera evidente en cuanto a su disponibilidad y accesibilidad desde los diferentes dispositivos de atención al paciente, si bien no son todavía percibidos como un activo imprescindible de relación entre profesionales y entre éstos y las personas usuarias. Los **sistemas de apoyo a la decisión** que se han adoptado hasta la fecha consisten fundamentalmente en ayudas genéricas con poco desarrollo de herramientas sustentadas en la gestión masiva de datos.

La diversificación de los **canales de relación,** que puede facilitar el acceso de los pacientes a los servicios y la organización de las agendas de los y las profesionales, en general ha sido tímida hasta la irrupción de la pandemia manteniéndose eminentemente unas agendas presenciales que, en muchas ocasiones, pueden tener alternativas más ágiles y adecuadas a la naturaleza de la intervención concreta a aplicar. Caben, igualmente, mejoras en la **información al paciente y a las personas de referencia** sobre la evolución de su proceso: una atención sanitaria de calidad exige que esta información se proporcione en tiempo y forma aprovechando las diferentes opciones de comunicación, disponibles hoy en día de manera generalizada.

A su vez, la introducción de **dispositivos digitales portátiles** orientados al manejo y control de las enfermedades, especialmente en el caso de las de curso crónico, dotan de una mayor autonomía y calidad de vida al paciente y le permiten interactuar con los servicios sanitarios. Su utilización necesita de un impulso decidido, siempre apoyado en su evaluación y seguimiento sistemáticos, de manera que su incorporación a la práctica clínica esté basada en una correcta relación coste/efectividad.

Es necesario, igualmente, **revisar la situación del Sistema de Información Sanitaria del SNS,** definido en el capítulo V de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS, que

[33] https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9
[34] https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/LISTAS_PUBLICACION_jun2020.pdf
[35] https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5139
[36] https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm

debe garantizar la normalización, comparabilidad, transparencia y accesibilidad dentro del marco legal de protección de datos personales.

El SNS cuenta con grandes bases de datos cuya explotación permite la generación de numerosos indicadores que dan cuenta de la situación de salud, factores determinantes, recursos del sistema, actividad, resultados y opinión y expectativas de la población y de los pacientes[37]. Este sistema de información, que constituye uno de los ejes vertebradores de la cohesión del SNS, se sustenta en registros y estadísticas específicos, existentes tanto a nivel estatal como en las CCAA y están sometidos a un importante grado de normalización.

Sin embargo, hay aspectos aún poco desarrollados como los relacionados con los determinantes socioeconómicos, culturales y medio-ambientales de la salud, o del entorno físico, social o familiar que tienen un papel relevante en el estado de salud de la población, así como progresar en el análisis de resultados en salud, información que enriquecería el conocimiento del mismo y, como consecuencia, facilitaría la priorización de políticas de salud.

A su vez, como consecuencia de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, se ha hecho más patente, si cabe, la necesidad de disponer de información compartida en tiempo real en el SNS, tanto para la **vigilancia y control epidemiológico** como para la respuesta de cuidados y asistencial a la población. De este modo, se han reforzado los sistemas de vigilancia y control de la evolución de la pandemia y habilitado sistemas de registro y explotación de la información sobre la enfermedad y su abordaje que permiten el seguimiento y control de la capacidad asistencial, la asignación efectiva de los recursos disponibles, que deben ser integrados con el resto de fuentes del Sistema de Información Sanitaria.

Los sistemas de información deben apoyar toda la actividad del SNS, desde la vigilancia en salud que permita la detección precoz de riesgos y la respuesta rápida a las amenazas para la población hasta la medicina personalizada buscando la mejor opción para cada paciente.

Por último, y en esta misma línea, uno de los desafíos fundamentales que tiene el sistema sanitario y las entidades relacionadas es el almacenamiento masivo de datos para el análisis avanzado de los mismos. Es necesario establecer un **Espacio Nacional de Datos Sanitarios**, que comprenda tanto los disponibles en el SNS como en otros repositorios de las administraciones sanitarias y sus organismos, de otras fuentes de las administraciones públicas, del ámbito académico o procedentes del Internet de las cosas (IoT), sobre el que aplicar metodologías y tecnologías digitales como el análisis masivo de datos ("*big data*") o herramientas de Inteligencia Artificial, "machine learning" (ML) o procesamiento de lenguaje natural (PNL).

En resumen, los retos que enfrenta en la actualidad el SNS requieren, por una parte, aumentar y mejorar la capacidad de actuación de las **personas** sobre su propia salud, y por otra, reforzar los mecanismos de **protección de la salud poblacional** y transformar **los procesos de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y la discapacidad, así como asistenciales** a partir de una lógica de integración de actuaciones en torno al paciente.

[37] https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/home.htm

Lo anterior debe traducirse en una mayor **calidad** de los servicios, un incremento de la **resolutividad**, una mayor **satisfacción** de pacientes y profesionales y una adecuada relación coste/efectividad de la gestión de los recursos que contribuya al **equilibrio financiero** del SNS.

Todo ello se relaciona, en última instancia, con la **gestión de los datos y del conocimiento** que éstos son capaces de generar, que debe actuar como motor de innovación de las políticas y actuaciones sanitarias tanto sectoriales como multisectoriales.

La incorporación de todas las tecnologías digitales presenta, además, retos específicos relacionados con el establecimiento de nuevos marcos organizativos y regulatorios, la capacitación digital de los profesionales sanitarios y de las personas, la ética, la protección de la privacidad y la humanización de la asistencia.

5 Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud

La Estrategia de Salud Digital del SNS (ESD-SNS) tiene como objetivo contribuir al mantenimiento de un buen nivel de salud en la población española y fortalecer el SNS, mediante la capacidad transformadora de las tecnologías digitales dirigidas a personas, profesionales de la salud, organizaciones proveedoras de servicios sanitarios y resto de agentes relacionados.

La Estrategia de Salud Digital se ha elaborado en un proceso participativo e iterativo de varias etapas, tomando como punto de partida la formulación de los objetivos estratégicos, derivados a su vez de los retos identificados en el análisis de la situación del SNS.

Consensuada en la Comisión de Salud Digital el 18 de octubre de 2021 y aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS en su reunión plenaria del 2 de diciembre, recoge el marco de trabajo de todas las administraciones y organizaciones que integran el SNS para la transformación de su funcionamiento mediante la incorporación planificada y sistemática de las tecnologías digitales, en todas las áreas de actividad – de vigilancia, de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y la discapacidad, asistencial, de investigación, de planificación y de gestión-, así como a todos los procesos de relación entre los actores del sistema.

La Estrategia debe considerarse como un instrumento de trabajo vivo y dinámico, que se revisará periódicamente en el seno de la Comisión de Salud Digital y, cuando proceda, en el Consejo Interterritorial del SNS.

Pretende, por lo tanto, ser una guía que permita al SNS obtener conjuntamente el mayor beneficio posible de las tecnologías digitales, incrementando la coordinación entre las funciones que componen el marco integral de la protección de la salud: promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo además los aspectos de docencia e investigación

Del mismo modo, debe facilitar la participación e implicación de los diferentes actores, teniendo en cuenta que la demanda ciudadana para desempeñar un papel activo e informado en su propia salud, se acrecienta cada día. De este modo, debe concernir a pacientes, profesionales sanitarios y no sanitarios, gestores y responsables de las políticas, así como al sector empresarial relacionado con la salud.

El bienestar y la salud de las personas son el resultado de un conjunto de elementos intrínsecos y extrínsecos al sistema sanitario como son, entre otros, la alimentación, el medio ambiente, los hábitos sociales, la educación, la cultura y los valores, que determinan, en gran medida, la ventura de los miembros de una sociedad concreta. Por ello, la ESD-SNS tiene igualmente vocación de integración con los demás sectores, públicos y privados, nacionales e internacionales que tienen capacidad de contribuir al logro de ese bienestar, para el conjunto de la sociedad y para cada uno de sus componentes.

El planteamiento de la Estrategia sigue la siguiente jerarquía:

- Principios rectores
- Objetivos Estratégicos
- Líneas Estratégicas
- Áreas de intervención
- Plan de actuaciones
- Sistema de gobernanza
- Marco de desarrollo
- Análisis de riesgos

5.1 Principios rectores de la Estrategia de Salud Digital

Los principios rectores son fundamentalmente los derivados del artículo 43 de la Constitución Española, que reconoce a todas las personas el derecho a la protección de la salud y de sus normas de desarrollo, siendo las más relevantes la Ley 14/1986, General de Sanidad, Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS y la Ley 33/2011, General de Salud Pública

- La Estrategia de Salud Digital aspira a impulsar los **valores del SNS**: la equidad, la cohesión, la participación, la integración de actuaciones, la sostenibilidad, la transparencia y la rendición de cuentas.

- Pretende aumentar la **autonomía y capacidad de decisión de los pacientes** y el **desarrollo de los profesionales** del SNS, desde el reconocimiento de que la protección de la salud es una tarea compartida que exige la comunicación entre los diferentes actores, sectores, estamentos y perfiles profesionales.

- Intenta **priorizar las actuaciones innovadoras** que proporcionen, con mayor evidencia, **resultados positivos en salud**. Dentro de su marco, las iniciativas que la componen deben acompañar a las circunstancias, propuestas y necesidades de las comunidades autónomas, para lograr un desarrollo sistémico de la transformación digital.

5.2 Objetivos estratégicos

Los objetivos están directamente vinculados con los retos identificados para el SNS y se articulan en **cuatro componentes: las personas, los procesos, los datos y la innovación en las ciencias de la salud.** Estos cuatro componentes deben reforzarse entre sí, incrementando la eficiencia del sistema en su conjunto.

5.2.1 Personas y Salud

Capacitar e implicar a las personas en el cuidado de su salud y facilitarles su relación con los servicios sanitarios, promoviendo su participación en todos los niveles y fomentando la corresponsabilidad

Las **personas** deben ser el foco de la transformación digital de la Sanidad, de manera que las políticas estén centradas en ellas y en su participación activa en cuidar de su salud,

incrementando la cultura y herramientas tanto de promoción de la misma como de prevención y/o buen control de la enfermedad.

A su vez, se trata de asegurarles un acceso fácil al SNS, diversificado y organizado en los diferentes servicios sanitarios, de modo que sean atendidas del modo más apropiado desde el punto de vista clínico, en tiempos adecuados y sin discontinuidad en los procesos de atención, garantizando la equidad y teniendo en cuenta la diversidad en el acceso a la tecnología digital.

5.2.2 Procesos de Valor

Fomentar el buen desempeño del sistema sanitario público mediante instrumentos de apoyo al trabajo de los y las profesionales y la generación de procesos de valor, entendiendo por tales aquellos que toman en consideración los resultados en salud, junto a los costes y la opinión y preferencia de los pacientes.

Se orientan a apoyar el **desempeño profesional** mediante tecnologías flexibles tanto para la relación con el paciente como para el trabajo multidisciplinar y herramientas digitales que den soporte a la actividad, a la toma de decisiones en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la discapacidad y asistencia clínica, así como al desarrollo de competencias. Se trata igualmente de facilitar el trabajo de las personas que gestionan y administran los recursos y centros sanitarios.

El rediseño de los procesos reforzando la lógica propia en cada caso (promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la discapacidad o asistencia clínica), simplificando y automatizando tareas, facilitando las decisiones, evitando la descoordinación y las actuaciones redundantes o innecesarias y asegurando el continuum asistencial y la sostenibilidad del sistema, deben ser resultados de la ejecución de la Estrategia.

Capacidades digitales del SNS

Es imprescindible potenciar las infraestructuras físicas y de conocimiento experto para poder afrontar las necesidades de la transformación digital y en particular de las actuaciones derivadas de la estrategia.

La infraestructura TIC es esencial para el acceso de las organizaciones, los profesionales y los usuarios a los servicios digitales en red, así como para permitir la implantación y despliegue de las aplicaciones de forma que no se vean limitadas por tiempos de respuesta ni capacidades de comunicación y proceso. La incorporación de recursos humanos capacitados en TIC para la salud a todos los niveles en el SNS es necesario para poder garantizar la realización de la Estrategia.

5.2.3 Información interoperable y de calidad

Mejorar la toma de decisiones en el SNS, dotándolo de una información interoperable y de calidad y de un Espacio de Datos que permita su uso secundario para la generación de conocimiento científico y para la evaluación de los servicios.

La transformación digital debe asegurar que todos los datos generados en y por el SNS estén disponibles para ser transformados en información interoperable entre los diversos actores del sistema y para la generación de conocimiento. El principio de datos FAIR por sus siglas en inglés (*findable, accessible, interoperable and reusable*) derivado del ámbito de la investigación, junto con la adecuada protección de los datos de carácter personal y el desarrollo y la aplicación de estándares éticos en su tratamiento, deben basar el desarrollo de los servicios digitales de salud.

Se trata, por una parte, de reforzar los sistemas de vigilancia en salud pública de manera que se doten de una mayor capacidad de coordinación, inmediatez y predicción para la anticipación a los riesgos y apoyo a la toma de decisiones de las autoridades sanitarias.

Por otra, se debe asegurar a las personas implicadas -profesionales y pacientes- la disponibilidad de la información necesaria para una mejor y más segura labor en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la discapacidad y de asistencia sanitaria, incluyendo además los aspectos de docencia e investigación.

Del mismo modo, se promueve una atención sanitaria orientada a los mejores resultados, mediante el análisis avanzado de los datos que debe proporcionar retornos de conocimiento a los y las profesionales y potenciar el trabajo de los investigadores para el desarrollo científico en el campo de la salud y en particular aumentar la solidez de la evidencia científica para la toma de decisiones en ámbito de la salud pública.

Para posibilitar la construcción del Espacio de Datos se deberá ampliar la definición y normalización de los conceptos de vigilancia, prevención, asistenciales y de gestión y asegurar la omnicanalidad, es decir, que los datos sanitarios de las personas sean comunes y transversales con independencia del punto de recogida o de acceso y atendiendo a lo establecido en el marco regulatorio vigente de protección de datos personales.

5.2.4 Innovación y atención sanitaria 5P

Adecuar el progreso del sistema sanitario a las exigencias de la sociedad actual, mediante políticas de innovación orientadas a la atención sanitaria 5P (Poblacional, Preventiva, Predictiva, Personalizada y Participativa).

La incorporación al SNS de tecnologías digitales debe impulsar su transformación hacia este nuevo paradigma, y traducirse en nuevos y mejores servicios acordes a las necesidades poblacionales, más adaptados a cada persona, con más autonomía y capacidad de decisión de los pacientes y compatibles con la sostenibilidad del sistema.

La innovación debe demostrar evidencia de sus beneficios y proporcionalidad y eficiencia del esfuerzo asistencial, para lo que se impulsará la compartición de experiencias entre diferentes comunidades autónomas, de modo que sea posible aprovechar los resultados de cada una en similares escenarios en materia de nuevos servicios digitales.

5.3 Líneas estratégicas

Constituyen los grandes ejes que vertebran los objetivos y actividades de la Estrategia de Salud Digital. Las líneas estratégicas tienen un carácter transversal y deben reforzarse mutuamente dentro de los proyectos concretos en los que se desagreguen los objetivos.

1. Desarrollo de **Servicios Públicos Digitales** en el sector salud.

   Esta línea debe tener un impacto directo en las estrategias de promoción y prevención, de prestación de asistencia sanitaria y de rehabilitación y reinserción social tras la enfermedad.

   Las posibilidades que las tecnologías digitales ofrecen en el aumento de la accesibilidad, capacidad y precisión diagnóstica y terapéutica, deben aplicarse evitando que su uso genere nuevas desigualdades. Para ello, es imprescindible tener en cuenta, en todas estas iniciativas, los aspectos de gestión del cambio, usabilidad, accesibilidad y capacitación digital, tanto de la ciudadanía como del conjunto de profesionales sanitarios. Deben atenderse especialmente las necesidades de los colectivos vulnerables, con problemas de salud crónicos, residentes en áreas mal comunicadas o con dificultades funcionales.

2. Impulso de la **interoperabilidad de la información sanitaria**, en el ámbito nacional e internacional, al servicio tanto de la vigilancia en salud como de las intervenciones sanitarias de cualquier naturaleza facilitando la toma de decisiones por las autoridades, gestores y profesionales sanitarios. A su vez, la disponibilidad de datos interoperables para usos secundarios generadores de conocimiento, dota de un extraordinario valor añadido a la información relacionada con la salud.

   Esta línea es clave para facilitar el trabajo de los y las profesionales de todos los ámbitos de la sanidad, reforzar la calidad asistencial y la seguridad del paciente. Busca igualmente aumentar la cohesión del SNS y mejorar los mecanismos de cooperación interadministrativos -nacionales e internacionales- cuya importancia ha puesto de manifiesto, ásperamente, la crisis del COVID-19.

   En este sentido, la capacidad de articular respuestas y servicios a nivel nacional e internacional en escenarios “VUCA” (es decir, caracterizados por su variabilidad, incertidumbre, complejidad y ambigüedad) depende muy estrechamente de la capacidad de disponer e intercambiar información precisa y homogénea en el momento necesario.

3. Extensión y refuerzo de la **analítica de datos y de la explotación de información** para la "inteligencia de negocio" del SNS.

   Esta línea de actuación contribuirá tanto a optimizar la toma de decisiones clínicas como las capacidades de planificación y anticipación al riesgo, la mayor efectividad de los servicios de vigilancia y el impulso de la investigación, básica y aplicada.

   La reutilización de la información clínica, enlazada con otras grandes fuentes de datos supone una gran oportunidad para la mejora de la calidad de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la discapacidad, la asistencia sanitaria, la investigación, la educación y la vigilancia epidemiológica.

   El objetivo es constituir un espacio de datos y los servicios asociados, alineados con el área de acción del DEP (Digital Europe Programme) en sanidad, European Health Data Space, en el que se integren las diferentes soluciones existentes en el ámbito del SNS, que permita trabajar con modelos compartidos de datos para el análisis avanzado, la simulación, la predicción y la personalización.

   La arquitectura física estará distribuida en las 17 CCAA y en una organización central, que facilite el acceso a los servicios compartidos. Esta puede asumir la infraestructura en caso de que alguna CCAA así lo requiera.

5.4 Áreas de intervención

Se identifican diez grandes áreas en el ámbito de la salud y del sistema sanitario en las que la aplicación de soluciones digitales puede tener un impacto positivo relevante:

1. Vigilancia de los riesgos y amenazas para la salud
2. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de la discapacidad, con participación de la comunidad y enfoque de equidad
3. Atención sanitaria: accesibilidad a los servicios, capacidad resolutiva, personalización, continuidad de la atención y seguridad del paciente. Historia clínica digital y potenciación de la imagen en salud para diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
4. Procesos de gestión que apoyan la realización de las funciones sanitarias y su uso eficiente.
5. Interoperabilidad de la información a nivel nacional e internacional
6. Refuerzo de los servicios digitales del SNS
7. Desarrollo de la cartera de servicios del SNS bajo criterios de evidencia científica y de la relación coste/efectividad
8. Ordenación profesional, la formación sanitaria especializada y la formación de postgrado.
9. Creación de un Espacio Nacional de Datos Sanitarios para su tratamiento y análisis masivo y el establecimiento de condiciones habilitantes y recursos facilitadores para la generación y extracción de conocimiento.
10. Sistema de información sanitaria para la evaluación de la actividad, calidad, efectividad, eficiencia y equidad del SNS, con una amplia oferta pública de

información de fácil acceso, en condiciones adecuadas de seguridad y protección de los datos personales.

La intervención sobre estas áreas implica, en todos los casos, la cooperación entre el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas, así como con otros departamentos ministeriales y con la Unión Europea, en las actuaciones que puedan reforzarse y complementarse entre sí**.**

5.5 Plan de actuaciones

El Plan de actuaciones contempla a las áreas de intervención y a las actividades asociadas caracterizándolas en función de que sea el Ministerio de Sanidad quien asuma su ejecución con la participación de las comunidades autónomas o sean las comunidades autónomas quienes las ejecuten de modo colaborativo, actuando en este caso el Ministerio de Sanidad como coordinador para facilitar la adopción de acuerdos y estándares que puedan extenderse al conjunto del SNS. A su vez, la Vigilancia Epidemiológica debe desarrollarse y gestionarse de manera integrada de manera que pueda ejercerse un eficaz ejercicio de las responsabilidades de las autoridades sanitarias.

El Ministerio de Sanidad desarrollará la interlocución con la Unión Europea, como titular de esta competencia; en el caso de los proyectos con financiación procedente de fondos europeos. El Ministerio de Sanidad actuará como punto único de contacto para la gestión de dichos fondos en esos proyectos.

La definición de las áreas de actuación de colaboración entre las comunidades autónomas se ha realizado a partir de la información suministrada por ellas mismas, identificando y agrupando iniciativas comunes que faciliten el desarrollo de proyectos compartidos, susceptibles de ser aplicados en todas las comunidades que lo deseen. En todos los casos se trata de generar proyectos escalables a nivel nacional en los que la participación de, al menos, dos comunidades autónomas, permita desde el inicio introducir criterios de interoperabilidad, el intercambio de información y la agregación o federación de datos con fines analíticos y de investigación Se tendrá en cuenta la experiencia de programas ya desarrollados en este sentido, como el Programa BIFAP financiado y gestionado por la Agencia Española de Medicamentos, en el que ya colaboran 9 Comunidades Autónomas.

En el caso de proyectos de transformación digital de la sanidad con financiación europea, este modelo de liderazgo compartido por las comunidades autónomas, con la coordinación del Ministerio de Sanidad, debe servir para obtener el máximo beneficio para el SNS y, en suma, de la sociedad en su conjunto.

5.5.1 Áreas de ejecución del Ministerio de Sanidad con la participación de las CCAA

a) Impulso a la interoperabilidad

Descripción general

Ampliación y mejora de los servicios de interoperabilidad del SNS que permiten la circulación de personas y de información clínica, tanto en su alcance funcional como en su soporte técnico, mejorando su usabilidad.

Actuaciones

- Fomentar la adopción de estándares y buenas prácticas para el funcionamiento de la Historia de Salud Digital y de la e-Receta interoperable del SNS
- Avanzar en la plena interoperabilidad de la información clínica entre servicios de salud y en la integración de los datos esenciales de cada persona en el conjunto del SNS, adoptando, preferentemente, modelos de datos clínicos con estándares abiertos.
- Reforzar el sistema de información de Población Protegida que dota a cada persona de una identidad única en el conjunto del SNS y establecer el acceso al mismo desde todos los centros sanitarios.
- Promover y apoyar los recursos de identificación digital necesarios para el acceso de profesionales y pacientes a los diferentes servicios digitales del SNS.
- Lograr la plena integración en los proyectos europeos de interoperabilidad de la historia clínica resumida y la e-Receta.
- Implantar un sistema de información de programas poblacionales de cribado que incluya los programas de la cartera común del SNS, para la evaluación y seguimiento de los mismos, contribuyendo a mejorar su cobertura y los tiempos para su abordaje clínico.
- Impulsar la cooperación interadministrativa, especialmente con los servicios sociales para la atención coordinada de las personas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad sanitaria y social.

b) Ampliación, integración y mejora del Sistema de Información Sanitaria Nacional

Descripción general

Revisión y ampliación de los sistemas de Información que conforman el SNS, con el refuerzo y extensión de sus capacidades analíticas y predictivas para el análisis, la evaluación y el soporte a la toma de decisiones en las políticas sanitarias.

Actuaciones

- Reforzar la adopción de modelos, estándares, procedimientos y buenas prácticas por todos los actores del SNS para facilitar el intercambio de datos y de información. Asimismo, las tecnologías digitales deben usarse para promover la colaboración entre las distintas comunidades autónomas en el desarrollo de servicios digitales propios e intercambiar resultados de los mismos, para su posible escalado en otros entornos.

- Incrementar la agregación y consolidación de la información a nivel nacional y reforzar el intercambio y la colaboración internacionales.
- Incorporar nuevas fuentes de datos, la integración de los mismos y la incorporación de nuevas herramientas de análisis y de presentación de información a través de la mejora del Portal de Información del SNS
- Desarrollar mecanismos que faciliten el acceso a los posibles actores interesados, la consulta y la re-utilización de la información, aplicando en cada caso las condiciones de uso determinadas por la legislación aplicable
- Establecimiento de indicadores de medición de resultados homogéneos con indicadores universales.

c) Refuerzo de los servicios digitales del SNS

Descripción general

Ampliación de las capacidades y prestaciones del SNS gestionadas por el Ministerio de Sanidad con la puesta en marcha de la Oficina Técnica de Digitalización del SNS.

Actuaciones

- Definir e implantar un modelo de gestión del servicio de sistemas y tecnologías de la información para las Comunidades autónomas en el SNS
- Mejorar la infraestructura tecnológica de los Servicios Públicos Digitales del SNS
- Implantar un registro de vacunaciones, que facilite el seguimiento de los planes de vacunación frente al COVID-19 y otras enfermedades y el análisis de las coberturas de vacunación y los grupos poblacionales.
- Implantar herramientas colaborativas para facilitar la coordinación de los agentes del SNS.
- Mejorar los sistemas de estratificación de riesgos poblacionales para el abordaje de la cronicidad.

d) Desarrollo de la Cartera de Servicios

Descripción general

Actuaciones de soporte al desarrollo de la Cartera de Servicios del SNS mediante la disponibilidad de información adecuada y oportuna que refuerce su sustento en la evidencia científica y en el análisis coste-efectividad, incorporando la opinión de los pacientes.

Actuaciones

- Apoyar tecnológicamente a la facturación farmacéutica y a la compensación económica de servicios prestados entre regiones y países.
- Facilitar la aplicación de criterios de efectividad mediante parámetros objetivos y cuantificables para disponer de información detallada en la negociación de precios con los proveedores y favorecer el sostenimiento financiero del SNS.
- Dar soporte a la evaluación de tecnologías sanitarias, así como a la definición de nuevos servicios y a la fijación de precios, facilitando la trazabilidad y el control del fraude de estos tipos de productos.

- Armonizar la implementación en la Cartera de Servicios SNS del diagnóstico molecular y los biomarcadores, con el diagnóstico de patologías y la financiación de los medicamentos que precisan de ellos.
- Evaluar la incorporación en la cartera de servicios del entorno europeo.

e) Ordenación de las profesiones sanitarias y su incorporación al SNS

Descripción general

Soporte tecnológico a la identificación de necesidades, planificación y coordinación de las políticas de recursos humanos del SNS mediante soluciones tecnológicas robustas, transparentes y flexibles

La implementación efectiva, homogénea y permanente del Registro de Profesionales Sanitarios del SNS es un elemento clave al que es preciso dedicar los recursos necesarios, de modo que pueda garantizarse su funcionamiento y utilización conjunta y coordinada.

Actuaciones

- Avanzar en el análisis de las necesidades de profesionales sanitarios, así como en la incorporación de nuevos perfiles clave para el desarrollo y ejecución de la ESD-SNS.
- Mejorar la planificación y la coordinación de las políticas de recursos humanos del SNS que permitan la formación e incorporación de los nuevos profesionales con la máxima celeridad y calidad.
- Facilitar el intercambio e interoperabilidad de la información de los CV de los y las profesionales.

f) Espacio Nacional de Datos Sanitarios

Descripción general

El objetivo es proporcionar al SNS una plataforma de datos y servicios asociados alineados con el área de acción del DEP (Digital Europe Programme) en sanidad, European Health Data Space, “Construir un espacio común de datos europeo para la adopción de tecnologías de IA”

De este modo se ofrecerá al conjunto del SNS (Ministerio de Sanidad, consejerías de sanidad, centros sanitarios, agencias sanitarias, institutos de investigación, sociedades científicas, profesionales, y otras partes interesadas) una Plataforma tecnológica de almacenamiento, archivo masivo (*Data lake* / *big data*), tratamiento y análisis con capacidades digitales avanzadas, para los datos procedentes de los sistemas de información del SNS y de otras fuentes, tanto clínicos como de gestión, epidemiológicos o de operaciones estadísticas relacionadas con la salud.

Esta plataforma de datos en la nube debe ser diseñada con criterios de interoperabilidad, capacidad de crecimiento, calidad, protección de datos, seguridad, trazabilidad y auditoría por parte de agentes propios del SNS y externos (AEPD, CCN…), así como segmentación, de modo que permita a las CCAA y organismos asociados contar –si lo desean- con sus propios almacenes de datos y al SNS en su conjunto, disponer de datos agregados y consolidados.

Sobre la base del repositorio de datos y las herramientas digitales avanzadas para el análisis, la simulación y la predicción, la plataforma proporcionará servicios específicos para los sistemas de información del SNS, de las CCAA, agencias estatales, centros sanitarios e investigadores y los propios pacientes. Deberá proporcionar igualmente información para el seguimiento y la evaluación de las Estrategias de Salud del SNS.

Asimismo, la plataforma dará soporte a la interoperabilidad con proyectos de la UE como European Health Data Space y otros más específicos como Genómica (1+ Million Genomes initiative), Imagen Medica de Cáncer, HSD/HCE (Historia de Salud Digital/Historia Clínica Electrónica), entre otros, teniendo en cuenta la necesidad de cumplimiento de estándares de confiabilidad del repositorio, así como a la interoperabilidad con otros proyectos de repositorios de datos de ámbito sanitario, como la infraestructura de investigación de medicina de precisión del ISCIII y otras que puedan desarrollarse en diferentes dominios e instituciones relacionados con la salud.

Finalmente, podrán definirse escenarios para la cooperación público-privada que permitan acometer iniciativas de particular interés para el Sistema Nacional de Salud con la participación de organizaciones empresariales.

Actuaciones

- Diseñar y poner en operación una plataforma *cloud* para el almacenamiento, procesamiento avanzado y **análisis masivo de datos procedentes del SNS** y organismos relacionados para su aplicación a la vigilancia en salud pública, a la práctica clínica, a la evaluación de servicios y a la investigación. La plataforma contará con espacios segmentados para las Comunidades autónomas y estará preparada para interoperar con el resto de nodos del *European Health Data Space*. Asimismo, la plataforma debe contemplar el uso de datos estructurados y no estructurados, incluyendo "*real world data*"
- Constituir, por parte del Ministerio de Sanidad, una Oficina Técnica de Normalización y Calidad del Dato Sanitario, que será la única responsable –con la colaboración de las CCAA- de la definición, revisión y actualización de estándares y normas para asegurar la gestión de datos, la interoperabilidad en el conjunto del SNS y con terceros interesados, así como la correcta seudonimización o anonimización de los datos y sus casos de aplicación.
- Establecer las condiciones habilitantes y los recursos facilitadores que permitan la generación y extracción de conocimiento aplicable a la prevención, diagnóstico y tratamiento, así como a la gestión del sistema sanitario y que definan un marco adecuado para la innovación tecnológica en colaboración con el sector privado,

proporcionado periódicamente información a la ciudadanía sobre el funcionamiento del conjunto del sistema.

- Proporcionar al conjunto del sistema herramientas de análisis y simulación (IA, ML, PNL, etc.) que permitan las actividades de vigilancia y control de riesgos para la salud, el seguimiento y control de los niveles de calidad de la asistencia sanitaria, así como la planificación, la toma de decisiones compartidas y la evaluación de las políticas públicas basadas en datos, incrementando la transparencia del sistema.
- Implantar herramientas y servicios de explotación provistos por la plataforma contribuirán a la mejora de las habilidades de los y las profesionales sanitarios en las tecnologías digitales avanzadas, así como en el impulso de la colaboración público-privada en el sector sanitario.

5.5.2 Áreas de actuación de colaboración entre las Comunidades autónomas

a) Promoción de la salud y prevención de la enfermedad y la discapacidad, con participación de la comunidad y enfoque de equidad.

Descripción general

Desarrollo de iniciativas que impulsen hábitos y estilos de vida saludables, mediante contenidos y tecnologías digitales, con la participación activa de la ciudadanía y las y los y las profesionales sanitarios, así como otros agentes educativos, sociales, etc. Adopción de soluciones que ayuden a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, las lesiones y la discapacidad. Incorporación de la capacitación digital de la ciudadanía y los y las profesionales como un elemento de la salud activa. Es de gran importancia la formación y la difusión de nuevas soluciones, modelos y herramientas digitales tanto entre los profesionales como entre los pacientes para garantizar la máxima eficiencia y empleabilidad.

Actuaciones

La digitalización debe contribuir a que la población tenga conocimiento y experiencia de "salud positiva". Consecuentemente, **disminuir el consumismo, la medicalización y la dependencia del sistema sanitario** alineándose con los objetivos contemplados en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad del SNS, adaptándolos a las etapas de la vida (infantil, juvenil, adulta y envejecida) y en sus distintos entornos donde se relaciona (familiar, educativo, social y laboral):

- Facilitar información y apoyo relevante y de calidad a la ciudadanía para que pueda adoptar y mantener un estilo de vida saludable.
- Proporcionar herramientas digitales que ayuden a la adopción y mantenimiento de estilos de vida saludables.
- Establecer un sistema de evaluación del impacto del uso de herramientas digitales en la dependencia del sistema sanitario.
- Posibilitar sinergias con actividades de otros sectores con influencia en la salud de la ciudadanía, facilitando la identificación y dinamización de los activos

comunitarios para la salud, la colaboración intersectorial y la evaluación del impacto.
- Ayudar a mejorar los entornos donde vivimos y trabajamos para que posibiliten estilos de vida más saludables.
- Facilitar la detección precoz y el abordaje de la fragilidad en las personas mayores a través de la atención multifactorial y los planes de intervención preventiva y seguimiento individualizado, con particular atención a la soledad no deseada.
- Dar soporte a la adherencia a los tratamientos y a la descripción farmacológica basada en la evidencia, en los casos necesarios.
- Desarrollar acciones formativas y campañas de difusión

b) Atención sanitaria

Descripción general

El objetivo es **reforzar las capacidades** de los centros de salud y de los hospitales, **mejorando la calidad de los servicios** para los pacientes y facilitando el **trabajo de los y las profesionales.**

Se trata de ampliar y mejorar los servicios dentro y fuera de los edificios sanitarios, trascendiendo el enfoque de la atención sanitaria basada en *el centro*, y facilitando la realización de determinadas prestaciones y servicios a través de una red de cuidados virtual e inteligente, centrada en el paciente e integrada en el proceso continuo de la salud.

La digitalización debe concebirse con un enfoque que integre todas las funciones que desarrolla el sistema sanitario, facilitando el desempeño específico de cada nivel asistencial y asegurando el trabajo conjunto sobre un mismo paciente. Debe adaptarse a las circunstancias de cada uno de los actores y a la evolución de la demanda de la sociedad.

Se pretende, por una parte, aprovechar las posibilidades que la tecnología ofrece para el manejo de la información y, por otra, diversificar las vías de comunicación con los pacientes y entre los diferentes profesionales. Los centros sanitarios digitales contribuirán a facilitar la relación telemática con los pacientes en aquellas actividades que no precisen actuaciones presenciales, a organizar las agendas de los y las profesionales en base a las nuevas formas de relación y a agilizar la comunicación entre ámbitos asistenciales.

La transformación digital debe fomentar paralelamente la disponibilidad de modelos, estándares, procedimientos y buenas prácticas al alcance de todos los y las profesionales del SNS. En concreto, debe contemplarse de manera específica, la integración normalizada mediante estándares de los dispositivos médicos de naturaleza profesional desplegados en los centros asistenciales, en los sistemas de información correspondientes.

Del mismo modo, debe contribuir a la adaptabilidad del sistema en situaciones de riesgo como la actual pandemia, para asegurar el nivel y la calidad de la prestación sanitaria en circunstancias de limitación del contacto físico o reducción de la

disponibilidad del personal sanitario. Para ello, debe proporcionarse formación a los profesionales sanitarios en el uso e indicaciones de tecnologías digitales avanzadas.

Debe igualmente impulsarse la adopción de entornos colaborativos tanto intra-centros como extra-centros, que faciliten dar soporte y potenciar las unidades monográficas interdisciplinares, teniendo siempre en cuenta que no todos los pacientes pueden utilizar consultas telemáticas, que hay procesos o situaciones que no pueden atenderse por esta vía y prestando atención a la brecha digital.

Este proyecto tiene una evidente relación con el proyecto de Transformación Digital de la Gestión Sanitaria, en la medida en que éste afecta a los procesos que soportan la actividad sanitaria que se describe más adelante, por lo que es necesario coordinar el diseño, interfaces e intercambios de información entre ambos.

En esta área debe impulsarse el proporcionar herramientas digitales de soporte a la decisión clínica según la "medicina basada en la evidencia", mediante la disponibilidad de guías de práctica clínica y vías clínicas computacionales.

Del mismo modo, es en esta área en la que debe acometerse la incorporación a la Historia Clínica de la información molecular, ambiental y social necesarias para una verdadera adopción de la medicina personalizada.

b.1 Centro de Salud Digital

Actuaciones

- Facilitar la accesibilidad de las personas al primer ámbito asistencial a través de herramientas digitales de comunicación, aplicables en determinados momentos de los procesos clínicos y especialmente relevantes para pacientes crónicos, zonas remotas o personas con dificultad para el desplazamiento a los centros de Atención Primaria, contemplando el acceso desde el domicilio y centros residenciales y teniendo en cuenta tanto la capacitación digital como las diversidades funcionales de las personas.
- 'Incorporar herramientas que permitan mejorar **la gestión del tiempo** de los y las profesionales, mediante la planificación de su actividad, una adecuada distribución de tareas entre los diferentes profesionales, ergonomía en el registro de datos y desburocratización, agilidad en el acceso a la información clínica, y posibilidad de diversificar el modo de relación con los pacientes a través de sistemas no presenciales.
- Poner a disposición de los y las profesionales la información clínica y diagnóstica pertinente y los sistemas de ayuda a la toma de decisiones que favorezcan el buen **desempeño de los servicios** y mejoren la capacidad resolutiva, asegurando el acceso desde los domicilios o los centros residenciales en su caso.
- Implantación de herramientas eficaces de relación entre profesionales y ámbitos asistenciales, incluidos aquellos que trabajan en centros sociosanitarios, que favorezcan la **continuidad asistencial,** la seguridad del paciente y la eficiencia operativa.

- Iniciativas que faciliten la convergencia con las estrategias de abordaje de la **cronicidad**, tanto para la gestión de pacientes como para la estratificación de la población y la adecuación de la población asignada a los y las profesionales en función de la carga de morbilidad y vulnerabilidad social.
- Incorporar herramientas que permitan capturar con facilidad información electrónica del medicamento eP: electronic Product Information, actualizada y dirigida a profesionales médicos y pacientes, por ejemplo, ficha técnica, prospecto y etiquetado.

b.2 Hospital Digital

Actuaciones

- Implantación de herramientas digitales que aseguren al paciente respuestas integradas y procesos bien ordenados, mejorando la **accesibilidad** de las personas remitidas por el primer ámbito asistencial, la **concatenación de actuaciones** y la **comunicación inter-ámbitos,** así como la posibilidad de diversificar el modo de relación con los pacientes a través de sistemas no presenciales.
- **Gestión de la actividad clínica**, mediante tecnologías digitales que faciliten la planificación y realización de la misma, sistemas electrónicos de registro, integración y recuperación de los datos, interconexión de equipos y otras iniciativas digitales que propicien la calidad de la práctica clínica.
- Mejorar los **sistemas de información departamentales,** introduciendo elementos de normalización que permitan su interoperabilidad y su integración en la historia clínica revisando el contenido funcional en áreas como laboratorios de análisis clínicos, UCI´s o Farmacia hospitalaria, entre otros.
- Implantación de soluciones tecnológicas que mejoren la **información** a pacientes y allegados y la **comunicación** entre ellos**,** ayudando a mantener el contacto entre la persona ingresada y su entorno y a informar a las personas allegadas autorizadas sobre su evolución. Estas soluciones se han manifestado claramente útiles en una situación de restricción del acceso a los centros sanitarios y, además, pueden contribuir a racionalizar en general el tránsito de visitantes en los procesos de hospitalización.
- Adopción de sistemas que faciliten el trabajo colaborativo entre centros, fomentando la utilización adecuada del mejor recurso para cada situación, maximizando la efectividad y la eficiencia, así como las relaciones con los Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR).

b.3 Historia de Salud Digital

Descripción general

Evolución de los actuales sistemas de historia clínica electrónica hacia una Historia Digital de Salud (HSD) en el marco de la nueva atención sanitaria 5P (Poblacional, Preventiva, Predictiva, Personalizada y Participativa), totalmente digital,

interoperable a nivel nacional e internacional y centrada en la persona/paciente (la información sigue al paciente), con el objetivo de asegurar tanto la calidad de su atención sanitaria como la eficiencia y equidad de las actuaciones del SNS.

Actuaciones

- Renovar, ampliar y normalizar las actuales HCE (Historias Clínicas Electrónicas) reorientándolas a un nuevo modelo de HSD (Historia de Salud Digital) integrado, tecnológicamente avanzado y compartido a nivel nacional, que constituya el elemento central de todo un sistema sanitario digital centrado en las personas.

Esta HSD debe ser inteligente, avanzando más allá del registro de la actividad realizada haciendo compatible la interacción y control del paciente sobre el uso de sus datos, con la incorporación de nuevas capacidades tecnológicas y nuevas fuentes de datos -por ejemplo, dispositivos IoT- que faciliten a los y las profesionales su actividad, incrementando su competencia en prevención, diagnóstico y tratamiento.

Esta nueva HSD será el punto central de los nuevos Servicios Digitales de Salud en el SNS, así como el eje de una aproximación activa y preventiva al bienestar de la ciudadanía, contribuyendo del mismo modo a la mejora de los sistemas de vigilancia de la salud.

b.4 Imagen Médica

Descripción general

Transformación Digital de los Procesos de Diagnóstico por la imagen médica (radiodiagnóstico, ecografía, TAC, RM, medicina nuclear, así como las imágenes procedentes de otras especialidades como anatomía patológica, medicina de laboratorio, oftalmología, dermatología, etc.) que permita poner a disposición de los y las profesionales sanitarios, de manera oportuna y con independencia de su ubicación, los recursos (datos, imágenes) y los resultados (informes, interpretación) derivados del uso de técnicas de diagnóstico por imagen, al tiempo que se facilita el uso de las mismas y el acceso a los mejores especialistas, aumentando la eficiencia del sistema.

Se trata de proporcionar:

- Acceso, de manera transparente para los y las profesionales sanitarios, y con independencia de la ubicación, a los datos, informes y objetos de las técnicas de diagnóstico por imagen
- Almacenamiento y tratamiento seguro e interoperable de los datos y los resultados
- Análisis de los datos mediante el empleo de tecnologías como IA/ML, PLN, conversión de voz a texto, entre otras.
- Acceso y guías clínicas y protocolos fármaco terapéuticos de carácter orientativo.
- Modelos para la estandarización de informes

Es decir, "Unidades funcionales de imagen clínica en salud" disponibles para todo el sistema sanitario de manera virtual para la aplicación de la imagen al diagnóstico, la evaluación pronóstica y la selección personalizada de los tratamientos.

Este proyecto tiene una gran relación con el de Espacio de Datos, dado que éste proporcionaría los servicios de repositorio y de analítica sobre los que conseguir el funcionamiento de estas "unidades funcionales de diagnóstico por la imagen", beneficiando además al conjunto del sistema de la compartición y agregación de datos.

Actuaciones

- Disponer de Servicios Integrados de Diagnóstico por la Imagen accesibles de manera remota por toda la red de servicios o unidades que trabajan con imagen en el SNS que permitan compartir y optimizar el conocimiento de los mejores especialistas por patologías, asegurando la accesibilidad y equidad en el empleo de estas técnicas.
- Apoyar la capacidad de resolución tanto de la atención primaria como del segundo nivel asistencial, mediante el acceso efectivo a las pruebas de diagnóstico por imagen.
- Incorporar nuevas tecnologías de análisis de datos para mejorar la calidad y los resultados del SNS, tanto en el diagnóstico como en los programas de detección precoz de las enfermedades.
- Servir de Proyecto Tractor en IA/ML con el avance de soluciones de Diagnóstico asistido, basados en algoritmos desarrollados por los propios profesionales, conservando y mejorando el conocimiento en la organización.

b.5 Atención Personalizada

Descripción general

Se orienta a diseñar, desarrollar y desplegar de manera operativa en la sanidad pública, dentro de la cartera de servicios, un modelo integral de prestación de servicios presenciales, remotos y virtuales específicamente diseñados para colectivos de pacientes que requieren una atención personalizada, continuada y sistemática, debido a su estado de salud u otras circunstancias personales, dentro del contexto general de Transformación Digital de la sanidad.

Mediante la incorporación de tecnologías como el IoT (internet de las cosas) o el *blockchain*, se busca asegurar niveles de atención, calidad y seguridad adecuados a las personas en estas circunstancias, evaluando, además, la extensión de determinados servicios a colectivos más amplios para mejorar la capacidad de prevención y anticipación mediante el empleo, por ejemplo, de dispositivos portables.

En este proyecto se contemplan asimismo iniciativas para la incorporación de Realidad Virtual, Aumentada y Mixta, así como laboratorios de impresión aditiva para

el prototipo y series cortas de dispositivos sanitarios innovadores personalizados e incluso dispositivos robotizados manejados remotamente.

El proyecto generará, asimismo, datos de gran valor para el posterior análisis tanto desde la perspectiva clínica como de investigación, para lo que será necesario establecer los adecuados marcos de colaboración público-privada.

Actuaciones

- Personalizar la cartera de servicios asistenciales (digitales y/o presenciales) a colectivos que lo requieran mediante la incorporación de tecnologías y dispositivos inteligentes para mejorar la calidad y cercanía de la atención, impulsando la integración de datos clínicos, genómicos y de otro tipo para el desarrollo de nuevos tratamientos que mejoren el SNS
- Capacitar a los pacientes en situaciones en las que su salud requiere una especial atención y cuidado en prevención y predicción de posibles procesos de agudización de su condición patológica.
- Gestionar con calidad, humanidad y eficiencia la atención a colectivos como los pacientes crónicos que requieren una atención personal en su estado de salud o las personas en situaciones de aislamiento o escasa movilidad, extendiendo las capacidades de los y las profesionales y servicios con nuevas herramientas tecnológicas y asistiéndoles con sistemas de soporte a la decisión clínica de cara a obtener mejores resultados de salud.
- Establecer mecanismos de relación con los servicios sociales, de manera que se facilite la atención coordinada de la salud y de la vulnerabilidad y falta de autonomía de las personas.
- Desarrollar guías y modelos, así como actualizar procesos y cuidados, para establecer procedimientos estandarizados para el empleo de nuevas soluciones y modalidades que aseguren y favorezcan la integralidad del modelo de atención personalizada, continuada y sistemática.

c) Transformación digital de los servicios de soporte de la actividad sanitaria

Descripción general

El proyecto pretender definir e implantar los sistemas de información necesarios para que los **procesos de gestión de los servicios de salud** cuenten con un soporte digital lo más amplio posible que garantice la disponibilidad de toda la información, la unicidad de los datos y la integración entre todos ellos.

Estos sistemas de información de carácter no clínico interactuarán con los sistemas de información asistenciales, integrándose con ellos en los casos apropiados a través de la HCD, y permitirán disponer de información agregada para las estructuras directivas acerca del funcionamiento de los servicios y mejorar su planificación y uso.

Los centros de salud y los hospitales desarrollan una serie de procesos no asistenciales, como son entre otros, la gestión de pacientes, el seguimiento de la actividad y ocupación de los diferentes servicios, la gestión económica y de personal, la

contratación, la gestión del equipamiento y de la infraestructura física que, por una parte, son imprescindibles como soporte de la actividad asistencial y, por otra, tienen un impacto directo en la eficiencia global del sistema y en su calidad.

Conseguir la transformación digital de estos procesos, su integración entre sí y con los sistemas asistenciales, y generar información agregada para la toma de decisiones es imprescindible para la sostenibilidad del sistema sanitario público

Actuaciones

El objetivo del proyecto es conseguir un entorno digital e integrado para las actividades de planificación, gestión y análisis de recursos (humanos, económicos, de equipamientos y productos sanitarios, de infraestructuras…) de los servicios de Salud y de proporcionar un soporte digital integrado a la actividad no asistencial de los centros sanitarios que mejore la calidad asistencial, facilite el trabajo de los y las profesionales y aumente la capacidad de resolución del sistema sanitario.

El proyecto incluye también la mejora de los sistemas de gestión administrativa de los centros que permitan la organización de la demanda asistencial y el trabajo en red de las diferentes estructuras relacionadas (centros de salud, centros y servicios hospitalarios, direcciones de centro y de área, inspecciones médicas, servicios de urgencias y emergencias y otros).

Las iniciativas en esta área deben asimismo contribuir a facilitar y flexibilizar la relación entre el paciente y el SNS, simplificando las gestiones de carácter organizativo o burocrático que no requieren del profesional sanitario.

5.5.3 Áreas de actuación de ejecución compartida Ministerio-Comunidades

a) Vigilancia Epidemiológica

Descripción general

El objetivo es disponer de sistemas de información avanzados en las CCAA que permitan generar un sistema de información integrado de Vigilancia Epidemiológica único, en tiempo cuasi-real. La conexión entre información y acción es el elemento que determina el valor y la utilidad de la vigilancia.

Actuaciones

- Asegurar la disponibilidad de un sistema con datos homogéneos y procesos de medición y recogida estandarizados, que proporcione información epidemiológica eficiente y fiable sobre el estado de salud, determinantes y problemas de salud de la población, en tiempo real en su caso, orientada a la toma de decisiones.
- Establecer elementos de coordinación efectiva entre las unidades de vigilancia y los centros asistenciales, con la atención primaria como eje asistencial.

- Integrar la Historia Clínica Electrónica (HCE) de las comunidades autónomas en los sistemas de vigilancia epidemiológica, tanto como fuente de datos como instrumento para el manejo de los casos individuales
- Incorporar herramientas de análisis, simulación, predicción y representación interactivos, con capacidad de georreferenciación y sistemas de alerta estandarizados e interoperables con otros componentes de los sistemas de información sanitaria útiles para la vigilancia de la salud.

6 Gobernanza de la Estrategia de Salud Digital en el SNS

La Estrategia de Salud Digital en el SNS requiere un modelo de gobernanza que permita aunar los esfuerzos de cada administración pública y de los organismos involucrados de manera coordinada y colaborativa para maximizar los resultados para las personas en general y para los usuarios del SNS y los y las profesionales del mismo en particular.

El modelo de gobernanza debe suponer una extensión y un refuerzo del modelo existente para el SNS, articulado a través del Consejo Interterritorial del SNS (CISNS).

A lo largo de los siguientes apartados se desarrollan los elementos que componen esta gobernanza, desde la perspectiva de los órganos de gobierno y del modelo organizativo.

6.1 Órganos de gobierno

La gobernanza de la Estrategia de Salud Digital se desarrollará a través de la Comisión de Salud Digital del Consejo Interterritorial del SNS y de sus dos subcomisiones, la Subcomisión de Sistemas de Información y Tecnologías para la Salud Digital y la Subcomisión de Información Sanitaria, de manera que la Comisión y sus dos subcomisiones permitan agilizar la toma de decisiones, mejorar la eficacia de los proyectos, favorecer las sinergias y la colaboración entre todos los actores del SNS y garantizar la sostenibilidad en el tiempo de las iniciativas que componen la Estrategia.

Asimismo, la Comisión y las dos subcomisiones serán las entidades encargadas del seguimiento y control de la ejecución de la Estrategia, proporcionando periódicamente al CISNS información del avance de la misma y de sus resultados.

La Subcomisión de Información Sanitaria será la responsable de la definición y validación de los aspectos funcionales en general y, en particular, de los relacionados con la normalización, los modelos de datos, y las pautas de explotación, articulando para ello la colaboración entre las comunidades autónomas y con las instituciones europeas e internacionales.

La Subcomisión de Sistemas de Información y Tecnologías para la Salud Digital será la responsable de la definición, coordinación y seguimiento de las componentes tecnológicas de los proyectos, así como de la verificación de las inversiones y resultados de los proyectos asociados con fondos europeos gestionados por el Ministerio de Sanidad.

Ambas subcomisiones crearán grupos de trabajo mixtos entre ellas para definir aspectos transversales, especialmente los relacionados con la interoperabilidad, el marco normativo y la reutilización de los datos.

Además, la Comisión de Salud Digital podrá constituir ponencias asociadas a iniciativas o proyectos concretos a las que podrá incorporar a expertos del ámbito académico, representantes de las mutuas, de las sociedades científicas, de las universidades, de las asociaciones profesionales o empresariales o de los sectores de las tecnologías sanitarias y digitales, según la necesidad.

6.2 Modelo de trabajo

La Estrategia de Salud Digital busca conseguir una transformación en el conjunto del sistema sanitario, desde la promoción y protección de la salud prevención y la prevención a la práctica asistencial y clínica, el entorno de trabajo de los y las profesionales y la explotación de la información, tanto sanitaria como de gestión.

En consecuencia, todos los proyectos que integran las diferentes líneas de la Estrategia presentan aspectos funcionales, asociados al ámbito sanitario, junto con aspectos tecnológicos, asociados a las tecnologías digitales y ambas partes resultan indisociables.

Por ello, se desea trabajar de modo que en todos los proyectos se cuente con equipos en los que, además de participar todas las comunidades autónomas con diferentes grados de implicación en función de sus prioridades y recursos, estén asimismo presentes especialistas de ambos entornos, buscando siempre la formación de equipos multidisciplinares de profesionales.

La implicación de los profesionales sanitarios del SNS en los procesos de definición y selección de las herramientas y sistemas de información es un elemento crítico de la gestión del cambio que conlleva la transformación digital.

Estos equipos reportarán periódicamente a ambas subcomisiones el grado de avance de los proyectos, de manera que sea posible identificar y sacar el máximo partido de los aspectos comunes o relacionados entre los diferentes proyectos, manteniendo una visión integrada de la Estrategia y su grado de implantación.

Asimismo, las subcomisiones serán las que informen a la Comisión de Salud Digital a los efectos de adoptar aquellas decisiones de carácter correctivo que puedan ser necesarias para asegurar el éxito de la Estrategia.

Finalmente, será la Comisión de Salud Digital la que a su vez informe al CNIS de manera periódica sobre el grado de avance de la Estrategia y el nivel de cumplimiento de sus objetivos.

6.3 Modelo de selección de proyectos

Las Subcomisiones analizarán las propuestas de proyectos de las Comunidades autónomas, y del Ministerio de Sanidad y establecerán un sistema de evaluación objetivo y transparente que permita seleccionar los más adecuados en función de

- Relación directa con los objetivos de esta Estrategia;
- Alineamiento con las líneas estratégicas de trabajo definidas;
- Pertenencia a los ámbitos de actuación (macroproyecto);
- Comunidades autónomas participantes y distribución del proyecto;
- Recursos, planificación, entregables e indicadores del proyecto; los indicadores deben ser medibles, indicando en valor de partida y los valores objetivos ligados al éxito del proyecto;
- Plan de gestión de riesgos del proyecto;

- Plan de formación (para el proyecto y para su posterior funcionamiento);
- Aportación del proyecto al conjunto del SNS en términos de reusabilidad, interoperabilidad, compartición de resultados, explotación de datos y, en general, a los resultados que aspira a conseguir la Estrategia de Salud Digital.

Para la revisión de los proyectos de acuerdo con los criterios de evaluación definidos, las Subcomisiones podrán designar un grupo de expertos -con participación de asociaciones profesionales, científicas o de pacientes- que elaborará la propuesta de proyectos, que deberá ser revisada por ambas subcomisiones y trasladada a la Comisión de Salud Digital para su aprobación.

La ejecución de los proyectos se llevará a cabo por el Ministerio de Sanidad o las Comunidades Autónomas con recursos propios o con la contratación de recursos externos, de acuerdo con sus respectivas necesidades y competencias, pudiendo contemplarse otros mecanismos como la compra pública innovadora o sistemas de compra agregada.

6.4 Modelo de seguimiento de proyectos

Las subcomisiones harán el seguimiento del avance de los proyectos a partir de los planes proporcionados para su aprobación, con la frecuencia que pueda resultar más adecuada y que no será inferior a una vez por semestre en el caso de los proyectos con financiación de fondos europeos coordinados por el Ministerio de Sanidad.

Ambas subcomisiones establecerán modelos de trabajo que faciliten no sólo la coordinación entre el trabajo de ambas sino también la compartición de información y la agilidad en la toma de decisiones.

El informe favorable de ambas subcomisiones será imprescindible, en el caso de proyectos financiados con fondos europeos coordinados por el Ministerio de Sanidad o con fondos propios del departamento, para la justificación de los fondos.

Además, la Comisión de Salud Digital elaborará al menos dos veces al año, un informe de seguimiento de la Estrategia de Salud Digital, a partir de la información de avance de los proyectos y de los indicadores de cada proyecto.

Este informe de seguimiento se elevará al Consejo Interterritorial del SNS, que periódicamente aprobará la publicación de informes de avance que den a conocer el avance en los indicadores establecidos, así como las inversiones efectuadas.

Asimismo, la Comisión de Salud Digital podrá proponer al Consejo Interterritorial del SNS la adopción de recomendaciones o resoluciones que permitan reforzar la implantación de los proyectos, con la colaboración de los pacientes, profesionales, organizaciones profesionales y demás agentes implicados y prestando especial atención a la información y la formación.

6.5 Modelo de evaluación continua

Las subcomisiones harán una evaluación de todos los proyectos, una vez terminados y al menos una vez un año después de su puesta en funcionamiento, con el propósito de valorar los resultados e incorporar las lecciones aprendidas en proyectos posteriores.

Además, la Comisión de Salud Digital elaborará una vez al año un balance de los proyectos finalizados en el año o que llevan un año en funcionamiento, que se elevará al Consejo Interterritorial del SNS.

7 Marco de desarrollo de la Estrategia de Salud Digital

La ejecución de la Estrategia de Salud Digital requiere de un marco de condiciones habilitantes y de una serie de recursos que la hagan posible. En cuanto a las condiciones habilitantes, las más relevantes son las normas y los estándares que conforman el marco regulador, así como la capacitación de las personas.

En cuanto a los recursos para hacerla posible, además del marco de gobernanza descrito en el apartado 7, en este apartado de detallan el marco temporal y económico, así como la comunicación y la participación de las partes interesadas.

7.1 Marco regulador

Este apartado hace referencia al conjunto de normas y estándares cuyo desarrollo es un elemento clave para la ejecución de la Estrategia.

7.1.1 Normativa

Las principales disposiciones regulatorias que enmarcan el desarrollo de la Estrategia, junto con la aplicación de los principios y normas éticas, deben garantizar la protección de los derechos digitales individuales y colectivos.

- Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
- Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud
- Ley 14/2007 de Investigación biomédica
- Ley 14/1986 General de sanidad
- Ley 33/2011, General de Salud Pública
- Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización
- Real Decreto 69/2015 que crea el RAE-CMBD
- Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual
- Real Decreto 1277/2003 , de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- RD 1093/2010 por el que se establece el Conjunto Mínimo de Datos de los Informes Clínicos (CMDIC) en el SNS.

Será aplicable el resultado del proyecto de reglamento “Data Governance Act” de la Unión Europea.

Por otra parte, será necesario abordar un proyecto normativo de salud digital que regule y enmarque la nueva relación de los servicios y profesionales sanitarios con las personas

usuarias, derivada de la incorporación de servicios digitales y de sus capacidades, así como el uso secundario de la información clínica y la aplicación de la IA para fines terapéuticos, en las necesarias condiciones de seguridad y respeto a la intimidad de las personas.

7.1.2 Estándares

En este aspecto, la Estrategia debe contar con recursos disponibles en todos los proyectos para acometer la definición y adopción de modelos y estándares compartidos en todas las áreas en las que no existen (incluyendo las ampliaciones necesarias para la Historia clínica digital) y la definición e implementación de ontologías.

En la medida de lo posible se hará uso de estándares abiertos internacionales, con especial referencia a los soportados por UNE, CEN, e ISO.

7.2 Capacitación de las personas

Como parte de cualquiera de los proyectos, es necesario incorporar una componente de formación y soporte que deberá estar disponible para todos los usuarios (ciudadanía y profesionales sanitarios) tanto antes de que el proyecto entre en funcionamiento como durante toda su vida útil.

La capacitación de los y las profesionales es un aspecto crítico para el desarrollo de la Estrategia. Por una parte, es preciso contar con profesionales sanitarios con conocimiento de las tecnologías digitales, así como profesionales de las tecnologías digitales con conocimientos del sector sanitario. Estos perfiles deben estar disponibles para todos los proyectos que se lancen, si es preciso acometiendo actividades de formación previas para los equipos de proyecto.

Dentro de las iniciativas del plan España digital 2025 en la línea de “Capacitación digital”, se prevé desarrollar un proyecto general de formación y capacitación digital especializada para los y las profesionales del sector sanitario, con el que deberán coordinarse las acciones formativas de los proyectos de esta Estrategia de Salud Digital.

7.3 Marco temporal y económico

La Estrategia de Salud Digital se desarrollará de 2021 a 2026, en el contexto de la ejecución de los fondos europeos asociados al Mecanismo de Recuperación y Resiliencia; esta financiación se verá complementada con financiación procedente de los presupuestos del Ministerio de Sanidad y los de las propias Comunidades Autónomas.

La financiación gestionada por el Ministerio de Sanidad, sea procedente de fondos europeos o sea del propio Ministerio de Sanidad, estará condicionada a la ejecución de los proyectos en el marco definido por esta Estrategia y el cumplimiento de los hitos propuestos.

La planificación de los proyectos, junto con la programación económica asociada deberá realizarse en el seno de las subcomisiones de la Comisión Nacional de Salud Digital, con una

planificación global para la totalidad de la Estrategia, una planificación anual global por áreas de actuación y una planificación anual operativa de cada sub proyecto.

Estos planes operativos deberán incorporar la información de los recursos asociados, así como los indicadores de avance del proyecto y los resultados esperados.

7.4 Comunicación y participación de las partes interesadas

La participación y colaboración de todos los actores del SNS es un elemento fundamental, primero para la elaboración de la Estrategia y después para su ejecución.

Una parte importante de los actores del SNS, en particular las Comunidades Autónomas y las Mutualidades están representados en el Consejo Interterritorial de Salud, que será por tanto el foro preferente de comunicación.

Adicionalmente, la colaboración con otros actores, en particular otras organizaciones del sector público, las asociaciones profesionales, de pacientes y de usuarios del SNS, y las asociaciones empresariales, tanto del sector sanitario como del tecnológico, es un elemento de importancia capital, por lo que se impulsará el diálogo con todos ellos.

8 Riesgos y Oportunidades

Se entiende como riesgo cualquier evento o condición incierta que, de producirse tiene un efecto negativo en uno o más objetivos de la Estrategia de Salud Digital y sus contenidos, tales como el alcance, el cronograma, el coste y la calidad.

Una oportunidad, por otro lado, es una circunstancia posible que, de materializarse, debe ser aprovechada para obtener un impacto positivo sobre la Estrategia de Salud Digital y sus contenidos.

En este sentido, resulta fundamental realizar un análisis y gestión de riesgos y oportunidades de la Estrategia, que permita establecer un proceso estandarizado para aumentar la probabilidad y el impacto de las oportunidades y disminuir la probabilidad y el impacto de los riesgos negativos en un proyecto.

La Comisión de Salud Digital como órgano competente para la dirección, seguimiento y control de la ejecución dispondrá de un inventario actualizado de riesgos de la Estrategia y sus proyectos, que elaborarán las subcomisiones.

8.1 Riesgos

El análisis de riesgos deberá realizarse de manera individualizada para cada proyecto de la Estrategia que se ponga en marcha y las subcomisiones de la Comisión de Salud Digital deberán mantener un catálogo de riesgos actualizado para la totalidad de la Estrategia y sus proyectos

A continuación, se presenta el inventario de riesgos inicial de la Estrategia:

Riesgo: Inexistencia de Modelo de Gobernanza	
Prevención:	1. Desarrollo de un modelo de gobernanza global de la Estrategia 2. Definición de roles y responsabilidades de cada uno de los participantes 3. Uso de técnicas de manejo, análisis y generación de equipos de alto rendimiento.
Riesgo: Resistencia al nuevo Modelo de Gobernanza	
Prevención:	1. Creación de la Comisión de Salud Digital 2. Compartición del modelo en el seno de la Comisión de Salud Digital
Riesgo: Estrategias digitales autonómicas en marcha que limitan cualquier aplicabilidad de una estrategia nacional	
Prevención:	**1.** Análisis de necesidades en el Comisión de Salud Digital
Riesgo: Incumplimiento de los plazos de ejecución de Proyectos	
Prevención:	1. Definición de planificaciones detalladas y realistas 2. Preparación de planes alternativos 3. Refuerzo de las capacidades de los equipos de proyecto
Riesgo: Recursos humanos reducidos en la Secretaría General de Salud Digital e Innovación para el SNS	
Prevención:	1. Dotación de nuevas plazas de empleados públicos. 2.Licitación de asistencias técnicas que refuercen las capacidades de Oficina de Proyectos
Riesgo: Recursos humanos reducidos en las Comunidades autónomas	
Prevención:	1. Inclusión en los proyectos de presupuesto destinado a la licitación de Oficinas Técnicas de proyecto 2. posibilidades de acometer proyectos de manera colaborativa entre dos o más comunidades 3. Ejecución del proyecto por el Ministerio
Riesgo: Falta de aceptación de los proyectos por los y las profesionales sanitarios o los usuarios	
Prevención:	1. Trabajar en todos los proyectos con equipos mixtos de profesionales sanitarios - digitales 2. Incorporar grupos de pacientes a la definición y validación 3. Efectuar pruebas de concepto con grupos no implicados en el desarrollo de los proyectos a lo largo de todo el ciclo de desarrollo 4. Proporcionar a los usuarios formación y soporte adecuados 5. Uso de técnicas de motivación y comunicación interpersonales que facilitan la difusión del proyecto
Riesgo: Complejidad de las soluciones, falta de sostenibilidad tecnológica o económica	
Prevención:	1. Impulsar la colaboración con el sector privado en la definición de los proyectos y en la búsqueda de soluciones. 2. Atraer innovadores que faciliten la evaluación de nuevas propuestas 3. implementar estrategias para implantación de nuevos proyectos de otros sectores 4. Incorporar herramientas de motivación de profesionales y ciudadanos en la ejecución de los proyectos
Riesgo: Falta de financiación europea adecuada	
Prevención:	1. Preparación de proyectos sólidos y realistas, con participación de varias Comunidades autónomas y estructura modular 2. Mejora de los instrumentos de contratación y gestión públicos 3. Desarrollo de modelos de co-financiación con el sector privado

Riesgo: Conflictos de intereses entre Comunidades autónomas en la definición y ejecución de proyectos compartidos	
Prevención:	1. Impulso político a la definición de proyectos de alcance nacional 2. Priorización de la financiación europea en función de la extensión del proyecto
Riesgo: Heterogeneidad en las implementaciones, falta de estándares	
Prevención:	1. Constituir la Oficina del Dato del Ministerio de Sanidad 2. Iniciar trabajos con las CCAA
Riesgo: Falta de mecanismos de vigilancia de calidad y de criterios éticos y deontológicos	
Prevención:	**1.** Poner en marcha grupo de trabajo específico entre ambas subcomisiones, con apoyo de AEPD y colegios profesionales
Riesgo: Ciberseguridad	
Prevención:	1. Impulsar proyectos compartidos en el área de ciberseguridad **2.** Reforzar colaboración con CCN

8.2 Oportunidades

En cuanto a las oportunidades, en el momento de elaboración de la Estrategia las más relevantes son:

- Experiencia de colaboración entre todos los actores del SNS para el intercambio y análisis de datos.
- Definición de espacios para la colaboración público-privada que permitan acometer inciativas de particular interés para el SNS, en el marco definido por sus órganos de gobernanza, con la participaciión de las asociaciones empresariales.
- Impulso de la Unión Europea y de la Organización Mundial de la Salud a las iniciativas de colaboración e intercambio de información y buenas prácticas, lo que redundará en el avance de los estándares y la interoperabilidad, críticos para la Estrategia. En este sentido la posición de España en los proyectos europeos de E-Health y de E-prescription es un activo que debe ser capitalizado en la Estrategia
- Disponibilidad de financiación en un marco temporal suficientemente amplio como para acometer los proyectos de la Estrategia teniendo en cuenta de manera adecuada la gestión del cambio y el soporte a los y las profesionales.

Del mismo modo que para los riesgos, es preciso efectuar un análisis concreto de oportunidades para cada uno de los proyectos que se pongan en marcha, manteniendo un catálogo actualizado para la totalidad de la Estrategia y sus proyectos.

9 ANEXOS

9.1 ANEXO I Estrategias de Salud Digital

9.1.1 IRLANDA

Irlanda ya en 2013 adoptó una **"Estrategia de e-salud"**, que podría considerarse "de primera generación", centrada en los aspectos de proporcionar infraestructuras y servicios de TI para el sistema sanitario (Identificador electrónico del paciente, Receta electrónica, teleasistencia a pacientes crónicos e historia clínica electrónica).

Su nueva Estrategia, actualizada en 2018[38], se enfoca en utilizar las tecnologías digitales para hacer del paciente el centro del sistema de salud; un paciente al que esas mismas tecnologías ofrecen unas capacidades de acción y decisión sobre su propia salud que obligan a reformular los modelos de relación del sistema en su conjunto.

9.1.2 NUEVA ZELANDA

En la misma línea, el "**Marco Estratégico de Salud Digital**" de **Nueva Zelanda**[39] establece el concepto de "ecosistema de salud" -la compleja red de interacciones entre los individuos, las organizaciones, las tecnologías, la información y los recursos que componen el sector de la salud- como base para una mejor comprensión de las posibles intervenciones y cursos de acción sobre el sistema sanitario.

Su marco estratégico busca identificar cómo deben proporcionarse los servicios en este ecosistema, creando un entorno digital que incentive la innovación y el uso efectivo de los datos y de las tecnologías. Los principios que orientan el marco estratégico son: "centrado en las personas", "dirigido por los usuarios", "accesible", "con garantía de privacidad y seguridad desde el diseño", "operado en cloud" y "maximizar el valor".

En cuanto a los objetivos estratégicos perseguidos, el marco aspira a asegurar el control por parte de las personas de su propia información sanitaria, mejorar los resultados de salud y la equidad del sistema, aumentar la calidad de los servicios prestados y utilizar los datos para la toma de decisiones basadas en la evidencia, tanto en el aspecto asistencial como en el de gestión.

[38] eHealth Strategy for Ireland https://ehealthireland.ie/Knowledge-Information-Plan/eHealth-Strategy-for-Ireland.pdf
[39] https://www.health.govt.nz/our-work/digital-health/digital-health-strategic-framework

9.1.3 REINO UNIDO

El **Reino Unido**, en el marco de su plan estratégico, **"NHS Long Term Plan"40** ha establecido la **"Transformación Digital"41** como una de las 13 áreas de acción, y al mismo tiempo que identifica como crítica la contribución de las tecnologías a la consecución de los objetivos definidos para las 12 áreas restantes, establece como objetivos concretos para esta transformación:

- Proporcionar acceso digital a los servicios del NHS, facilitando a los pacientes y sus cuidadores la gestión de su propia salud;
- Asegurar la capacidad del personal sanitario de acceder e interactuar con los datos de los pacientes desde cualquier ubicación;
- Utilizar sistemas de soporte a la decisión e Inteligencia Artificial para ayudar al personal sanitario a aplicar las mejores prácticas, eliminando la variabilidad clínica innecesaria y ayudando a los pacientes en la gestión de su salud;
- Utilizar técnicas predictivas para apoyar a los servicios locales a planificar su funcionamiento;
- Utilizar herramientas intuitivas para la captura de datos en el proceso sanitario, de manera que aumente la autonomía y capacidades del personal sanitario y reduzca su carga de trabajo administrativo;
- Proteger la privacidad de los pacientes, proporcionándoles el control sobre sus datos;
- Enlazar los datos clínicos, genómicos y de otro tipo para el desarrollo de nuevos tratamientos que mejoren el NHS, haciendo accesibles los datos capturados para la investigación y la obtención de métricas agregadas sobre el rendimiento y los servicios del NHS.
- Garantizar que los sistemas y los datos del NHS se mantienen correctamente protegidos, mediante las políticas de seguridad, la monitorización de los sistemas y la capacitación del personal del NHS.
- Generar y aplicar de manera rigurosa los estándares necesarios para asegurar la interoperabilidad y accesibilidad de los datos.
- Impulsar una industria digital de la salud líder a nivel mundial, fomentando un entorno atrayente para desarrolladores e innovadores.

9.1.4 ESTADOS UNIDOS

Finalmente, en esta panorámica del contexto mundial, en Estados Unidos, el **Departamento de Salud y Servicios para las personas (HHS)** ha incorporado la Estrategia de Gobierno Digital general, con sus principios de "centrada en el dato", "plataforma compartida", "centrada en el usuario", "seguridad y privacidad" y además, a través de la **FDA, la Agencia Federal del**

[40] *https://www.longtermplan.nhs.uk/*
[41] *https://www.longtermplan.nhs.uk/online-version/chapter-5-digitally-enabled-care-will-go-mainstream-across-the-nhs/*

Medicamento y la Alimentación, ha puesto en marcha un **Centro de Excelencia de Salud Digital**[42].

Este **Centro de Excelencia** tiene el propósito de "capacitar a las partes interesadas para mejorar el sistema sanitario impulsando la innovación digital sanitaria responsable de alta calidad", a través de unos objetivos que son:

- **Conectar y construir asociaciones** que aceleren el avance de la salud digital.
- **Compartir el conocimiento** para aumentar la sensibilización y la comprensión, impulsar las sinergias y difundir las mejores prácticas.
- **Innovar en los modelos regulatorios,** para reducir la sobrecarga asociada y aumentar la eficiencia del sistema, manteniendo los estándares de seguridad y eficacia de los productos.

9.1.5 Proyecto alemán de historia clínica digital del paciente

Tras dieciséis años de preparación, muchas dudas y resistencias sobre la seguridad de los datos, Alemania ha decidido poner en marcha su propia historia clínica electrónica (elektronische Patientenakte – ePA) a partir del 1 de enero de 2021, como una superación de los sistemas fragmentados en curso y con el objetivo de progresivamente cubriendo a la población afiliada a uno de los 105 seguros médicos obligatorios.

Siguiendo el impulso de Covid, tras un proyecto de ley en julio, el 14 de octubre de 2020 el Bundestag adoptó la ley para la regulación de los datos personales y el funcionamiento del FSE (registro electrónico del paciente) alemán y su creación automática. Como en otros países, el ciudadano es el propietario de los datos, tiene derecho a conocerlos y a verificar quién accede a ellos. La implementación llevará algún tiempo: a partir de mediados de 2021, los médicos de familia alemanes deberían poder conectarse, solo a partir de 2022 incluirán informes, radiografías o información pediátrica, así como datos históricos de vacunación.

(https://www-bundesgesundheitsministerium-de.translate.goog/elektronische-patientenakte.html?_x_tr_sl=de&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=nui,sc)

42 https://www.fda.gov/medical-devices/digital-health-center-excellence

9.2 ANEXO 2: Referencias y Bibliografía

WHA71.7 Digital health

https://www.who.int/publications-detail-redirect/10665-279505

Agenda 2030

https://www.agenda2030.gob.es/

Draft global strategy on digital health

https://www.who.int/docs/default-source/documents/gs4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf?sfvrsn=f112ede5_48

Digital Health: Europe is moving at different speeds (Bertelsman Stiftung)

#SmartHealthSystems: Bertelsmann Stiftung (bertelsmann-stiftung.de)

2019/2804(RSP) Resolución del Parlamento Europeo sobre la consecución de la transformación digital de la sanidad y los servicios asistenciales en el Mercado Único Digital, la capacitación de los ciudadanos y la creación de una sociedad más saludable

https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/B-9-2019-0239_ES.html

COM (2018) 233 final, COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN AL PARLAMENTO EUROPEO, AL CONSEJO, AL COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO Y AL COMITÉ DE LAS REGIONES relativa a la consecución de la transformación digital de la sanidad y los servicios asistenciales en el Mercado Único Digital, la capacitación de los ciudadanos y la creación de una sociedad más saludable

1_ES_ACT_part1_v2.docx (europa.eu)

SWD (2018) 126 final COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN AL PARLAMENTO EUROPEO, AL CONSEJO, AL COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO Y AL COMITÉ DE LAS REGIONES Hacia un espacio común europeo de datos

1_ES_ACT_part1_v2.docx (europa.eu)

COM (2020) 66 final COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN AL PARLAMENTO EUROPEO, AL CONSEJO, AL COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO Y AL COMITÉ DE LAS REGIONES Una Estrategia Europea de Datos

IMMC.COM%282020%2966%20final.SPA.xhtml.2_ES_ACT_part1_v2.docx (europa.eu)

Communication-shaping-europes-digital-future-feb2020_en_4.pdf

Una nueva agenda estratégica

https://www.consilium.europa.eu/media/39964/a-new-strategic-agenda-2019-2024-es.pdf

Reglamento (UE) **2021/241**, del Parlamento Europeo y del Consejo, por el que se establece el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia (RMRR), ha sido publicado el 18 de febrero en el Diario Oficial de la Unión Europea.

L00017-00075.pdf (boe.es)

Reunión extraordinaria del Consejo Europeo (1 y 2 de octubre de 2020) – Conclusiones

https://www.consilium.europa.eu/media/45932/021020-euco-final-conclusions-es.pdf

EUEproSalud 2021-2027 – Una visión de una Unión Europea más sana

EU4Health 2021-2027 – a vision for a healthier European Union | Salud pública (europa.eu)

Meskó B, Drobni Z, Bényei É, Gergely B, Győrffy Z. Digital health is a cultural transformation of traditional healthcare. mHealth 2017; 3:38. doi: 10.21037/mhealth.2017.08.07

McKinsey “Promoting an overdue digital transformation in healthcare”, 2019

España Digital 2025

https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2020/230720-Espa%C3%B1aDigital_2025.pdf

Estrategia Nacional de Inteligencia Artificial

https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2020/021220-ENIA.pdf

Estrategia Española de Ciencia, Tecnología e Innovación

https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/EECTI-2021-2027.pdf

Plan de Recuperación

https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2020/07102020_PlanRecuperacion.pdf

"Los sistemas sanitarios en los países de la Unión Europea". Características e indicadores de Salud 2019.
http://www.sanidad-ue.es/es/index

Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE)
Aesan - Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición

https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS.htm (datos de 2019)

Health Expenditure and financing (OECD)
https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA

Sistema de cuentas en Salud 2019
https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCSprincipalesResultados.pdf

Índice SEIS 2020

Índice FENIN de madurez digital en Salud

Barómetro Sanitario 2019
https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm

Barómetro de septiembre de 2020 del CIS
http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3280_3299/3292/Es3292mar.pdf

Inversión en sanidad: la vía española hacia la prosperidad 2021, elaborado por Analistas Financieros Internacionales (AFI) en colaboración con Farmaindustria
Inversión en sanidad: la vía española hacia la prosperidad. Farmaindustria y AFI. 2021

Prioritizing health: A prescription for prosperity | McKinsey

The Topol Review https://topol.hee.nhs.uk/

Espacio de datos, iniciativas regionales, nacionales y europeas avanzadas:

a) ATLAS VPM coordinado por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud https://www.atlasvpm.org/
b) Infraestructura de Medicina de Precisión asociada a la Ciencia y la Tecnología – IMPaCT https://www.isciii.es/QueHacemos/Financiacion/IMPaCT/Paginas/default.aspx
c) EuropeanHealth Data &Evidence Network (EHDEN), creada con fondos IMI2 de la UE https://www.ehden.eu/
d) Proyectos asociados al espacio de datos UE:
    - European Health Research and Innovation Cloud (HRIC) https://healthycloud.eu/
    - European Health Data Space (EHDS) https://tehdas.eu/
    - Gaia-X https://www.data-infrastructure.eu



Digitalis purpúrea

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD

ANEXO 41

ABORDAJE DEL ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. (ESTRATEGIA DE ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS DEL SNS).

ABORDAJE DEL ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS (Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud)

SANIDAD 2020

MINISTERIO DE SANIDAD

Abordaje del ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

Dentro de la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud

aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 2 de diciembre de 2021

SANIDAD 2021

MINISTERIO DE SANIDAD

Edita y distribuye:
© MINISTERIO DE SANIDAD
CENTRO DE PUBLICACIONES
PASEO DEL PRADO, 18. 28014 Madrid

NIPO:

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad. 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

COMITÉ DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

COMITÉ INSTITUCIONAL

Andalucía: Carmen Lama Herrera
Aragón: Vicente Alcubierre Moreu
Asturias: (Principado de): Beatriz López Ponga
Baleares (Islas): Benito Prosper Gutiérrez
Canarias: Roberto Gómez Pescoso
Cantabria: Antonia Mora González
Castilla La Mancha: Rodrigo Gutiérrez Fernández
Castilla y León: José Jolin Garijo
Cataluña: Sebastián J Santa Eugenia Gonzalez/ Eva M Melendo Azuela
Comunidad Valenciana: María Dolores Cuevas Cuerda
Extremadura: María Asunción Pons García
Galicia: Alfonso Alonso Fachado
Madrid (Comunidad de): Juan Carlos Ansede Cascudo
Murcia (Región de): Roque Martínez Escandell
Navarra (Comunidad Foral): Javier Apezteguia Urroz
País Vasco: Andony Arcelay Salazar
Rioja (La): José Miguel Acitores Augusto
INGESA (Ceuta y Melilla): Francisco de Asís Jové Dominguez

COORDINADORES CIENTÍFICOS

Jorge Matías-Guiu Guia
Inmaculada Gómez Pastor
Teresa Martín Acero
Laura Carrasco Marín
Rocío García-Ramos García

GRUPO DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS:

Coordinadora: Sociedad Española de Neurología (SEN): Teresa Moreno Ramos

Sociedad Española de Neurología-Sección Neuropsicología (SEN): Félix Viñuela Fernández

Sociedad Española de Enfermería Neurológica (SEDENE): Fidel López Espuela

Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSyS): Emilia Fernández Fernández

La Confederación Española de Alzheimer (CEAFA): Jesús M. Rodrigo - Cheles Cantabrana

Fundación Alzheimer España (FAE): Adolfo Toledano Gasca

COMITÉ TÉCNICO

SOCIEDADES CIENTIFICAS

Asociación de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP):
Miguel Anxo García Alvarez

Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSyS):
Rosario Luis-Yague López

Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI):
Purificación de Castro Lorenzo

Asociación Española de Enfermería en Neurociencias (AEEN):
Elena Fariñas Portalo

Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF):
Rafael Rodríguez Lozano

Asociación Española de Fisioterapeutas en Salud Mental (AEFSM):
Daniel Catalán Matamoros

Asociación E. de Logopedia, Foniatría y Audiología (AELFA):
Ramón López Higes-Sánchez

Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN):
Tomás Palomo Alvarez

Asociación Española de Urología (AEU):
Manuel Esteban Fuertes

Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO):
Ana Isabel Sánchez Albarrán

CIBER-BBN:
Juan Domingo Gispert López

CIBERNED:
Miguel Medina Padilla

Consorcio de Neuropsicología Clínica:
Joaquín Ibáñez Alfonso

Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria (FAECAP):
Lucía Serrano Molina

Federación de Asociaciones Españolas de Neuropsicología (FANPSE):
Maite Garolera Freixa

Sociedad Española de Enfermería Neurológica (SEDENE):
Fidel López Espuela

Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC):
Ana Molinero Crespo

Sociedad Española de Genética (SEG):
Santiago Rodríguez de Córdoba

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG):
Enrique Arriola Manchola

Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG):
Jesús M. López Arrieta

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFyC):
Araceli Garrido Barral

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG):
Jesús Alonso Fernández

Sociedad Española de Neurología – Sección Neuropsicología (SEN):
Pablo Duque San Juan

Sociedad Española de Neurología (SEN):
Jerónimo Sancho Rieger

Sociedad Española de Neurocirugía (SENEC):
Juan Antonio Barcia Albacar

Sociedad Española de Neurorehabilitación (SENR):
Manuel Murie Fernández

Sociedad Española de Neurorradiología (SENR):
Ana Ramos González

Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE):
Rosa Burgos Peláez

Sociedad Española de Oftalmología (SEO):
Francisco J. Muñoz Negrete

Sociedad Española de Psiquiatría (SEP):
Jorge Pla Vidal

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH):

Carlos García Collado

Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC):
María Isabel Mármol López

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN):
Pablo Baz Rodríguez

Sociedad Española de Inmunología (SEI):
Miguel Fernández Arquero

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR):
María Pilar de Lucas Ramos

Colegio Oficial de Psicólogos:
Raúl Espert Tortajada
Alicia Salvador Fernández-Montejo

ASOCIACIONES DE PACIENTES Y/O FAMILIAS

Confederación E. de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras demencias (CEAFA):
Jesús María Rodrigo Ramos

Fundación Alzheimer España (ALZFAE):
Micheline Antoine Selmes

MINISTERIO DE SANIDAD

Coordinación Técnica
Nuria Prieto Santos
Rocío Fernández González

Dirección General de Salud Pública
Pilar Aparicio Azcárraga

Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad
Pilar Campos Esteban
Yolanda Agras Varela
Marta Molina Olivas

Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación
Pedro Arias Bohigas
Francisco Javier Pérez Domínguez

Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia
Carmen Pérez Mateos
Esperanza Monzón de la Torre

Macarena Rodríguez Mendizábal

IMSERSO. Instituto de Mayores y Servicios Sociales
Ángeles Aguado Sánchez

Equipo redactor del Informe:
José Rodríguez Escobar
Nuria Prieto Santos
Jesús Casal
Rocío Fernández González
Rocío García-Ramos García
Jorge Matías-Guiu Guia
Inmaculada Gómez Pastor
Teresa Martín Acero
Laura Carrasco Marín

ÍNDICE

1 PRÓLOGO 11
2 INTRODUCCIÓN 13
3 METODOLOGÍA 15
4 ASPECTOS GENERALES 16
4.1 Definición de demencia 16
4.2 Clasificación 17
4.3 Factores de riesgo de las demencias 17
4.4 Epidemiología 18
4.5 Curso de la enfermedad 20
4.5.1 Clínica 20
4.5.2 Diagnóstico 23
4.5.3 Tratamiento 26
4.6 Situación de las demencias en España 28
4.6.1 Morbilidad en demencias 28
4.6.2 Mortalidad en demencias 29
4.6.3 Situación de la atención de las demencias 30
4.7 Demencia, dependencia y autonomía personal 32
5 ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS 34
5.1 Criterios de atención 34
5.1.1 Diagnóstico Precoz 34
5.1.2 Proceso de Atención 34
5.1.3 Cuidados Paliativos 35
5.1.4 Derechos y Autonomía del paciente 35
5.1.5 Atención a la familia 36
5.2 Criterios estratégicos y de gestión 36
5.2.1 Estimulación de la Reserva Cognitiva 36
5.2.2 Planes Integrales 36
5.2.3 Procesos Integrados de Atención/ Vías Clínicas 36
5.2.4 Mapa de Recursos 37
5.2.5 Participación 37

5.2.6 Seguridad de pacientes 37
5.3 Criterios de procesos de soporte 38
5.3.1 Capacitación de Profesionales 38
5.3.2 Fomento de la investigación 38
5.3.3 Sistemas de información 38
6 EVALUACIÓN 39
7 ABREVIATURAS 40
8 BIBLIOGRAFÍA 43

1 PRÓLOGO

La demencia es un síndrome clínico caracterizado por un deterioro adquirido que afecta a más de un dominio cognitivo, que representa un declinar respecto a un nivel previo y que es lo bastante grave para afectar al funcionamiento personal y social. Además, en la mayoría de los casos, se añaden síntomas conductuales y psicológicos. Dentro de los diferentes tipos, la enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia, constituyendo aproximadamente el 60-70% de los casos.

La edad es el principal factor de riesgo para el desarrollo de demencia. Por tanto, dado el incremento de la esperanza de vida y el progresivo envejecimiento de la población, la demencia representa un enorme reto para los sistemas de salud. Este hecho es relevante para la sociedad española, ya que es una de las que más envejece en el mundo debido al incremento de la esperanza de vida que ha provocado el espectacular avance social, económico y sanitario experimentado en los últimos 50 años.

El impacto de la demencia no solo es significativo en términos económicos, sino que también representa costes humanos considerables tanto para países, como para sociedades, familias e individuos. A eso hay que sumarle el prolongado tiempo de duración de la enfermedad.

La demencia es una causa importante de discapacidad y dependencia entre los adultos mayores de todo el mundo, siendo la enfermedad crónica que provoca mayor disminución de la autonomía personal. Representa así un claro exponente del concepto de enfermedad socio-sanitaria, en el que están incluidos no sólo el enfermo y el entorno cuidador/familia, sino también las instituciones sanitarias y sociales.

Los pacientes con demencia son el prototipo de pacientes vulnerables, tanto desde el punto de vista clínico como personal, familiar y social. Se hace necesario por tanto una intervención desde una perspectiva multidisciplinar, que incluya distintos ámbitos de actuación y con participación activa y coordinada de todos los profesionales implicados. Debe ser integrada y garantizar la continuidad asistencial de manera que profesionales y recursos se adapten a las necesidades cambiantes del paciente y los cuidadores en cada fase evolutiva de la enfermedad. Por ello, un aspecto importante es conseguir homogeneizar, bajo el principio de equidad, la atención que requieren estos pacientes, basándose en la mejor evidencia científica disponible, así como la formación, información y participación de los pacientes y sus familias.

En la sociedad actual y en la de futuro inmediato, la demencia se sitúa como un problema de complejo abordaje que requiere de la colaboración de instituciones, el movimiento asociativo, las familias y la sociedad en su

conjunto, para aliviar la carga y mejorar la calidad de vida que supone la aparición de esta enfermedad en la persona así como en el seno de la familia.

Para la elaboración de este documento se ha contado con los mismos actores involucrados en la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas, para que, avanzando más allá de la Estrategia global, se aborden los aspectos específicos de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Somos conscientes de que estas enfermedades constituyen un problema de gran magnitud, gravedad y complejidad bio-psico-político-social, por lo que se requieren actuaciones concretas, efectivas y eficientes desde el inicio en los distintos ámbitos del sistema sanitario y social mediante un modelo colaborativo basado en la coordinación entre niveles asistenciales y recursos. Con este documento, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social pretende que el abordaje de estas enfermedades sea equitativo y cohesionado en todo el Sistema Nacional de Salud, actuando como el marco sobre el que las diferentes Comunidades Autónomas desarrollen sus fórmulas organizativas.

Por ello, deseo manifestar nuestro agradecimiento a todos los que han participado en la elaboración de este documento por su dedicación y esfuerzo, ya que el resultado de su trabajo contribuirá sin duda a mejorar la calidad de la atención a las personas afectadas de enfermedad de Alzheimer y otras demencias y a sus familias.

Salvador Illa Roca

Ministro de Sanidad

2 INTRODUCCIÓN

La Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas tiene por función establecer, de forma consensuada, objetivos y recomendaciones viables y medibles que permitan reorientar la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población con este tipo de enfermedades. Esta iniciativa pretende que el Sistema Nacional de Salud pase de estar centrado en la enfermedad a orientarse hacia las personas, hacia la atención de las necesidades de la población en su conjunto y de cada individuo en particular, de manera que la asistencia sanitaria resulte adecuada y eficiente, se garantice la continuidad en los cuidados, se adapte a la evolución de la enfermedad en el paciente y favorezca su autonomía personal

El documento de Abordaje de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias pretende establecer criterios y rutas de abordaje para dar respuesta a las necesidades concretas de estos pacientes y elevar así la calidad y la seguridad asistencial, con una mayor eficiencia por parte del sistema desde la gestión y la coordinación de los recursos a través de los procesos integrados de atención. Se constituye como un instrumento de enorme utilidad ya que integra a los distintos agentes implicados, ofrece una alta calidad de sus propuestas al fundamentarse en la mejor evidencia científica disponible, y se plantea como una herramienta dinámica que permite su revisión, actualización y mejora continua.

El documento, en absoluta concordancia con la Estrategia, muestra decisiones a desarrollar para que se cumplan sus objetivos estableciendo los niveles de coordinación necesarios. El diagnóstico oportuno, la intervención temprana y la continuidad asistencial, así como el apoyo a las personas cuidadoras y la coordinación sociosantiaria, son herramientas imprescindibles para alcanzar estas metas. Solo desde la coordinación entre diferentes especialidades y profesionales de los servicios sanitarios y sociales que prestan atención a estos pacientes, conseguiremos mejorar su calidad de vida y garantizar la continuidad en los cuidados.

Se aborda la enfermedad en su conjunto, tratando los puntos relevantes en la cadena de acontecimientos desde el primer momento de diagnóstico precoz, el proceso de atención clínica, los cuidados paliativos en la enfermedad avanzada, así como la consideración de los derechos de la persona y la atención de la familia, convirtiendo al paciente en el centro de la atención. Todavía queda mucho por hacer para conseguir que los objetivos planteados sean una realidad, y estamos seguros que el tiempo nos enseñará nuevas decisiones que puedan introducirse para contribuir a la mejora del documento, pero consideramos que es un paso relevante para que líderes políticos, clínicos

y gestores impulsen el cambio, contando con la participación activa y real de los pacientes y sus cuidadores.

3 METODOLOGÍA

Este documento sobre el Abordaje del Alzheimer y otras Demencias se enmarca y es una continuación de la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del SNS aprobada en abril de 2016.

Para la elaboración de la misma se creó una estructura formada por dos comités, uno Técnico, formado por representantes de sociedades científicas y asociaciones de pacientes y familiares; y otro Institucional, formado por representantes de las consejerías con competencias en sanidad y en servicios sociales de las Comunidades Autónomas, y distintos departamentos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La dirección del proyecto recayó en la Subdirección de Calidad e Innovación dependiente de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.

Desde el principio, y así consta en el documento de la estrategia, se consideró necesario que, tras la aprobación, comenzara una segunda fase en la que las líneas, objetivos y recomendaciones se concretaran de una forma más operativa, en las distintas patologías que se agrupaban bajo el epígrafe de "enfermedades neurodegenerativas".

A tal fin, a mediados de 2016 se formaron seis grupos de trabajo, uno de los cuales tuvo como misión señalar aquellos aspectos particulares de la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias que no habían quedado recogidos en la estrategia general. Con el resultado de este trabajo y las aportaciones de los demás miembros de los comités obtuvimos el material con el que se ha confeccionado este documento.

No hemos querido repetir aquí de nuevo las mismas líneas, objetivos y recomendaciones que ya se habían publicado, sino hacer énfasis en los aspectos centrales con el objeto de facilitar el trabajo a las Comunidades Autónomas en su implantación y a las sociedades y asociaciones en la concreción de las metas a conseguir.

Por ello exponemos aquí aquellos elementos básicos para dar la respuesta sanitaria y social que las personas que sufren esta patología y sus familiares requieren y los hemos agrupado en tres categorías:

- Criterios de atención: Pautas que deben recibir todos los afectados y las personas que los cuidan.
- Criterios estratégicos y de gestión: Acciones fundamentales que deben llevar a cabo las Comunidades Autónomas para garantizar los criterios de atención.
- Criterios de soporte: Otras actuaciones imprescindibles para llevar a cabo una correcta atención.

4 ASPECTOS GENERALES

4.1 Definición de demencia

La demencia es un síndrome clínico caracterizado por un déficit adquirido en más de un dominio cognitivo, que representa una pérdida respecto al nivel previo y que reduce de forma significativa la autonomía funcional (Criterios de la Sociedad Española de Neurología (SEN), 2009)[1][2]. La demencia cursa frecuentemente con síntomas conductuales y psicológicos que producen importantes limitaciones en la actividad y restricciones a la participación.

Las demencias degenerativas son enfermedades caracterizadas por pérdida neuronal y sináptica y por el depósito cerebral de agregados proteicos insolubles intra y/o extracelulares. Cada tipo de depósito proteico tiende a seguir un patrón topográfico que se correlaciona con las características clínicas que definen a cada tipo de demencia. La demencia puede ser la manifestación clínica predominante, como en la Enfermedad de Alzheimer, o formar parte del cuadro clínico sin ser la manifestación predominante, como en la enfermedad de Parkinson. La mayoría de las demencias degenerativas son enfermedades que aparecen en edades avanzadas, a partir de los 65 años, y son de presentación esporádica, si bien en casi todas ellas existen formas hereditarias y formas de inicio precoz. Se inician de forma insidiosa, para seguir un curso progresivo e irreversible.

Tabla 1. Definición de demencia del Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias de la SEN.

Alteración adquirida y persistente en al menos dos de las siguientes esferas:

- Memoria
- Lenguaje
- Función visuoespacial
- Función ejecutiva
- Conducta (no explicable por déficit cognitivo)

Con una intensidad suficiente como para interferir con las actividades habituales del sujeto.

En ausencia de alteración del nivel de conciencia.

Se aconseja:

- Verificar la pérdida de capacidades cognitivas y funcionales mediante un informador fiable.
- Sustentar el diagnóstico en una evaluación neuropsicológica formal, preferiblemente longitudinal, realizada mediante test validados estandarizados para la edad y el nivel educativo

4.2 Clasificación

En la actualidad no se dispone de una metodología específica que permita abordar la clasificación de la demencia según criterios de "medicina basada en la evidencia". El criterio de clasificación más extendido es el etiológico. Se pueden considerar tres grandes categorías etiológicas: demencias degenerativas primarias (Enfermedad de Alzheimer, Demencia Frontotemporal, Demencias por Cuerpos de Lewy, Demencia Asociada a la Enfermedad de Parkinson (PDD y otras), demencias secundarias y demencias combinadas o mixtas (de etiología múltiple), que es el modelo que propone la SEN (2009)[3]. Otras formas de clasificar las demencias se basan en la presencia de otros síntomas neurológicos, edad de inicio o distribución topográfica. También se pueden clasificar según criterios no clínicos: neuropatológicos, moleculares, genéticos [4].

Para el presente análisis de situación se han seleccionado las siguientes demencias:

- Enfermedad de Alzheimer (EA)
- Demencia por Cuerpos de Lewy (DLB)
- Demencia Frontotemporal (DFT)
- Demencia Vascular (DV)

4.3 Factores de riesgo de las demencias

Los principales factores de riesgo de demencia no modificables son: edad (principal factor de riesgo para EA, DV y DLB), sexo (la EA es algo más frecuente en mujeres y la DV en hombres), antecedentes familiares (10-30% más riesgo de EA en familiares de primer grado de afectados) y alelo de la apolipoproteína E (APOE) (presencia de APOE 4 supone mayor riesgo de EA según estudios poblacionales y de casos y controles).

Los factores de riesgo vascular influyen sobre el riesgo de demencia. Esta relación es compleja y los resultados son difíciles de interpretar por su variabilidad y multitud de factores de confusión. La hipertensión en la edad media de la vida, especialmente si no se trata, se ha asociado a mayor riesgo de desarrollar EA o demencia en general. En edades avanzadas, en cambio, se ha observado asociación entre hipotensión arterial y demencia. El colesterol total elevado en la edad media de la vida se ha asociado a mayor riesgo de desarrollar EA o demencia en general, pero no DV. La diabetes mellitus (DM) se ha asociado a mayor riesgo de demencia en la mayoría de los estudios pero no en todos. La presencia del alelo APOE 4 aumenta el riesgo de EA en pacientes con DM tipo 2. La hiperhomocisteinemia se ha asociado a un mayor riesgo de EA y demencia en general. La anemia y alteraciones de los niveles

de la Hormona Estimulante del Tiroides (TSH) o de hormonas sexuales se han asociado a mayor riesgo de demencia.

La depresión aumenta en dos veces el riesgo de EA. Ser fumador activo (no el ser ex fumador) se asocia a un riesgo de casi el doble de padecer EA.

El consumo de ácidos grasos omega-3 (pescado, dieta mediterránea) podría reducir el riesgo de demencia, así como la realización de actividad física e intelectual se asocia a menor riesgo de EA o demencia en la mayoría de estudios longitudinales, sin poder determinar qué tipo y qué cantidad de actividad es necesaria ni el mecanismo por el que se produce esta asociación. El consumo moderado de alcohol, pero no el consumo excesivo ni la abstinencia, se asocia a un menor riesgo de EA y demencia.

El consumo de café se asocia a una reducción ligera pero significativa del riesgo de EA y la obesidad y el infrapeso se han asociado a mayor riesgo de demencia.

El antecedente de traumatismo craneal grave se asoció a mayor riesgo de EA en algunos estudios pero no en otros. Un nivel de escolarización bajo se asocia de forma consistente a un mayor riesgo de EA. Las personas casadas o con más relaciones sociales mostraron que podrían tener una menor incidencia de demencia, asimismo se ha observado mayor incidencia de demencia en pacientes con bajo nivel socioeconómico.

Podría existir un mayor riesgo de EA de forma consistente en pacientes con historia de exposición laboral a pesticidas y un menor riesgo de demencia en sujetos expuestos a consumo crónico de Antiinflamatorios No Esteroideos (AINE). Los sujetos vacunados de difteria, tétanos, poliomielitis o gripe tuvieron menor riesgo de demencia que los no vacunados en el Canadian Study of Health and Aging[(9).]

La Terapia Hormonal Sustitutiva no ha demostrado un beneficio consistente sobre el riesgo de demencia en mujeres posmenopáusicas mayores de 65 años pero datos de estudios observacionales sugieren que podría existir una ventana perimenopáusica en que ésta tendría un papel protector [(10).]

4.4 Epidemiología

Es complicado aportar datos exactos sobre la epidemiología de la demencia. Es probable que las cifras que se manejan actualmente infravaloren la cuantía del problema, ya que un porcentaje no desdeñable de casos quedan sin diagnosticar o no figuran en las estadísticas oficiales (hay estudios que apuntan a que ya en 2004 se estimaba una población afectada de ente 400.000

y 600.000 enfermos)[5] . A nivel internacional, algunos estudios estiman una prevalencia de demencia no detectada de hasta un 61%[46].

La incidencia global mundial de la demencia se estima alrededor de 7,5/1.000 personas-año. La aparición de nuevos casos se mantiene más o menos estable hasta los 65-70 años (5/1.000 personas-año) y a partir de entonces el crecimiento es exponencial (en torno a 15, 30, 50 y 70-75 /1.000 personas-año hacia los 75, 80, 85 y 90 años, respectivamente). La incidencia anual de demencia en un estudio realizado en España se estimó entre 10-15 casos por 1.000 personas-año en la población mayor de 65 años[6].

En la población europea se estima una prevalencia de demencia entre el 5,9 y el 9,4% en mayores de 65 años, según datos del consorcio EURODEM y de estudios posteriores[7]. La prevalencia se duplica aproximadamente cada 5 años, por ejemplo en EURODEM fue del 1% entre las personas de 60 a 65 años, 13% en las de 80 a 85 años, y del 32% en las de 90 a 95 años.

El progresivo envejecimiento de la población hace prever un incremento muy importante de las demencias en todo el mundo. En España, se calcula que, en 2050, uno de cada tres españoles tendrá más de 65 años. En 2004 las personas afectadas por demencia era de 431.000; si las previsiones de crecimiento son correctas, se calcula que en 2030 la cifra alcanzaría casi los 600.000 enfermos, y en 2050, cerca del millón.

La enfermedad de Alzheimer es la causa de demencia más frecuente (entre el 60 y el 80%); en segundo lugar aparece la demencia por patología mixta, vascular y Alzheimer, seguida de la demencia vascular (entre el 20 y el 30% del total), y ya a más distancia, la demencia por cuerpos de Lewy y la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson, demencia frontotemporal y demencias secundarias. A pesar de ser etiologías menos frecuentes, cabe destacar que la prevalencia acumulada de demencia, en pacientes con enfermedad de Parkinson de más de 10 años de evolución, es del 75%; es decir, 3/4 de los enfermos de Parkinson desarrollarán demencia a lo largo de su enfermedad. Por otro lado, si se tienen en cuenta únicamente los casos de demencia en paciente joven (<65 años), la demencia frontotemporal adquiere un papel más relevante (12-15% frente a un 25-35% de casos de EA entre los 45 y 65 años)[8].

La EA afecta a ambos sexos y su frecuencia aumenta exponencialmente con la edad. Según los resultados de un reciente metaanálisis[11], la prevalencia a nivel europeo en 2017 fue de un 6,88% en países del sur (España, Italia y Grecia), mientras que en países del norte fue del 4,31%. La prevalencia en hombres fue del 3,31% frente al 7,13% en mujeres. Del mismo modo, la incidencia de EA en el sur de Europa en las mujeres fue más alta que en hombres, 13,25 por 1000 personas-año frente a 7,02 por 1000 personas-año. A nivel nacional, algunos estudios de cohortes realizados han mostrado tasas de

incidencia de 10,8 por cada 1000 personas-año (IC 95%= 7,8-13,7) en personas de ≥75 años en una población de Gerona[12], mientras que en regiones más centrales la incidencia es de 7,4 por cada 1000 personas-año (IC 95%= 6,0-8,8) para población entre 65 y 90 años[13] . Respecto a la prevalencia, los datos son variados dependiendo de la población estudiada, los criterios diagnósticos usados, las herramientas de cribado cognitivo empleadas, el entorno, etc. En una revisión de estudios centrados en el periodo 1990-2008, los autores encontraron una prevalencia para mayores de 70 años que oscila desde un 2,6 % en regiones centrales y noroeste de Zaragoza hasta un 7,7% en el Prat de Llobregat, y según las estimaciones realizadas en esos momentos, 400000 personas tendrías EA[14].

La DV supone un 15,8% de todas las demencias. Un 5% de los mayores de 65 años tiene deterioro cognitivo de cualquier grado achacable a causa vascular. Aproximadamente un tercio de los pacientes que sufren un ictus presentan demencia en los tres meses siguientes. La DV es más frecuente en varones y a partir de los 85 años en mujeres. La prevalencia de DV en Europa es de 1,6% entre las personas mayores de 65 años y aumenta con la edad. En España las cifras de prevalencia cambian de unos lugares a otros desde el 1-2% de Pamplona o Toledo, al 6% en Gerona. La incidencia de DV por encima de los 65 años es de 3,4 casos por 1.000 personas-año, aumenta con la edad y es mayor en varones.

Sobre DLB, los estudios epidemiológicos poblacionales son escasos. En una revisión de siete estudios publicados entre 2001 y 2003, la prevalencia osciló entre el 0 y el 5%, y el porcentaje entre las demencias diagnosticadas, del 0 al 30,5%. En un estudio español posterior[16], la prevalencia en la población de más de 70 años fue del 1% y el porcentaje sobre el total de demencias del 8,9%.

En cuanto a DFT, se estima que un 10% de los casos de demencia degenerativa primaria corresponden a DFT y se la considera la segunda causa más frecuente de demencia en menores de 65 años.

4.5 Curso de la enfermedad

4.5.1 Clínica

Enfermedad de Alzheimer

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es una entidad anatomoclínica de naturaleza degenerativa y curso progresivo. Se caracteriza clínicamente por causar demencia y morfopatológicamente por la presencia de ovillos neurofibrilares y placas seniles. Sólo el 1-5% de los casos es familiar. Los

genes más frecuentemente asociados a esta enfermedad son el de la proteína precursora del amiloide (APP), el de la presenilina 1 (PSEN 1) y el de la presenilina 2 (PSEN 2). En la Enfermedad de Alzheimer de inicio senil, la presencia del alelo E4 en el gen de la apolipoproteína E (APOE) es el factor de riesgo genético de mayor potencia conocido, pero su valor predictivo es limitado.

En la forma de presentación típica de la EA aparece inicialmente un trastorno de la memoria episódica. Existen formas de inicio atípico infrecuentes que se presentan con un síndrome frontal, un cuadro de afasia progresiva, apraxia progresiva o un síndrome agnósico visual por atrofia cortical posterior. Con la evolución de la enfermedad hay un aumento progresivo de la dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria y se produce una pérdida de la capacidad para tomar decisiones (autonomía). La mayoría de los enfermos presenta también, en diverso grado, síntomas psicológicos y conductuales asociados, siendo los más frecuentes y precoces la apatía, la depresión, la ansiedad, la irritabilidad y las ideas delirantes. Las alucinaciones normalmente son infrecuentes y tardías. Las falsas identificaciones delirantes, la agitación, el vagabundeo y la agresividad pueden aparecer en fases avanzadas y causar graves problemas asistenciales. Otras alteraciones son los trastornos del sueño y del apetito. Todos estos síntomas no forman parte de la definición de la enfermedad, pero son frecuentes e importantes porque contribuyen a incapacitar al enfermo, causan gran estrés al paciente y al cuidador, suelen propiciar el internamiento del enfermo y se relacionan con una mortalidad mayor.

Demencia por cuerpos de Lewy

La demencia por cuerpos de Lewy (DLB) es la segunda causa de demencia degenerativa senil tras la EA. Representa el 10-15% de los casos en las series clínico-patológicas procedentes de unidades especializadas.

La DLB se caracteriza por la presencia de cuerpos de Lewy y neuritas de Lewy en la corteza cerebral y por la asociación de deterioro cognitivo fluctuante (con predominio del déficit de atención y visuoespacial), parkinsonismo y síntomas psicóticos.

El deterioro cognitivo es un hallazgo esencial para el diagnóstico de DLB y la forma de presentación clínica más frecuente. Suele manifestarse como episodios recurrentes de confusión sobre un fondo de deterioro progresivo.

Las alteraciones en el nivel de alerta (somnolencia, desconexión del entorno, mirada confusa o perdida) y el habla desorganizada son las características de las fluctuaciones de la DLB más específicas respecto a la

EA. El trastorno mnemónico puede no ser muy evidente al inicio, con una menor alteración de la memoria episódica que en la EA. Las alucinaciones visuales recurrentes son muy frecuentes y suelen ser precoces y persistentes.

Otras manifestaciones psiquiátricas de la DLB, aunque menos específicas, son: depresión, apatía, alucinaciones auditivas, ideas delirantes e identificaciones erróneas; todas ellas más frecuentes y precoces que en la EA y que en la Enfermedad de Parkinson. La importancia de la depresión ha sido reconocida recientemente y considerada un criterio de apoyo.

Los signos extrapiramidales están presentes en el 25-50% de los casos de DLB en el momento del diagnóstico y, en la mayoría, persisten a lo largo de toda la evolución en diferente intensidad. Sin embargo, aunque son un rasgo diagnóstico central, están ausentes en el 25% de los casos de DLB probable confirmados patológicamente, por lo que su presencia no es imprescindible para el diagnóstico. El parkinsonismo se presenta como un síndrome rígido acinético con predominio de los síntomas axiales, como inestabilidad postural y alteración de la marcha. Es menos frecuente el temblor en reposo. La combinación de deterioro cognitivo y síndrome motor causa una afectación considerablemente mayor de las actividades diarias de la que sería predecible sólo por el grado de demencia, por lo que en general, la incapacidad derivada es mayor que la producida en la EA.

La disfunción autonómica es frecuente en la DLB y en ocasiones es la manifestación inicial de la enfermedad. Lo más frecuente es la incontinencia urinaria (97%) y el estreñimiento (83%), mientras que el síncope afecta al 28%[(17)].

Demencia Frontotemporal

La demencia frontotemporal (DFT) es una enfermedad neurodegenerativa caracterizada por un cambio progresivo en la personalidad y el comportamiento y/o por una alteración temprana y progresiva del lenguaje, con relativa preservación de la memoria y las capacidades visuoespaciales en los estadios iniciales.

Conforme la enfermedad avanza, se observa apraxia bucofacial, disartria, dificultades cada vez más marcadas en la escritura y la lectura, y otros déficits cognitivos, como la alteración de la memoria de fijación y de funciones ejecutivas.

La exploración neurológica en fases iniciales de la DFT suele ser normal; sin embargo, con la evolución de la enfermedad aparecen generalmente reflejos de desinhibición cortical y, en ocasiones, signos parkinsonianos y de enfermedad de la motoneurona. Los síntomas parkinsonianos más comunes

son la rigidez y la bradicinesia. Los signos sugestivos de enfermedad de la motoneurona aparecen principalmente en la esfera bulbar, si bien se debe explorar la totalidad del cuerpo en busca de fasciculaciones, debilidad y atrofia muscular.

Demencia vascular

Bajo la denominación de demencia vascular (DV) se incluye un grupo de entidades clinicopatológicas en las que un daño cerebral vascular isquémico o hemorrágico produce un deterioro de diversas funciones cognitivas que, acompañado o no de trastornos psicológicos y conductuales, interfiere con la capacidad sociolaboral del individuo. El concepto de DV es amplio y heterogéneo e incluye diferentes tipos de enfermedades que, aun compartiendo la naturaleza vascular, responden a causas distintas y mecanismos etiopatogénicos diversos, y tienen manifestaciones clínicas y correlatos radiológicos dispares. Es por ello que suele hablarse más bien de demencias vasculares.

La mayor parte de los factores de riesgo vascular tradicionales se asocian significativamente a DV. Si la comparación se establece entre pacientes con ictus con y sin demencia, los resultados son poco orientativos. Los estados de hipercoagulabilidad se asocian a la DV subcortical. La acumulación en el cerebro de productos de glicación puede contribuir al desarrollo de DV.

El término demencia mixta se aplica a la combinación de EA y enfermedad vascular. Algunos autores incluyen la combinación de cualquier tipo de patología (amiloidopatía, sinucleinopatía, taupatía, enfermedad vascular). La combinación de distintas alteraciones es el hallazgo anatomopatológico más frecuente en los estudios poblacionales sobre la demencia.

4.5.2 Diagnóstico

El diagnóstico de demencia es clínico, basado en un deterioro cognitivo de inicio insidioso y curso progresivo no explicable por otras causas. Es importante seguir unos criterios comunes y actuales basados en las guías de práctica clínica e incorporar todos los avances que se van produciendo en cuanto a la mejora del diagnóstico de la enfermedad. El diagnóstico de certeza se basa en la aplicación de determinados criterios diagnósticos y en su caso, la demostración de las lesiones morfo-patológicas características de la enfermedad.

En la actualidad se ha generalizado el uso del término Deterioro Cognitivo Leve (DCL) para definir aquella alteración en el rendimiento intelectual con respecto al nivel que la persona tenía previamente, con una alteración objetiva

de un área cognitiva, que no repercute en su funcionamiento normal. La existencia de un DCL implica un riesgo elevado de desarrollar demencia.

Los datos de la entrevista clínica se deben recoger tanto del paciente como del familiar acompañante o cuidador, con objeto de confirmar que se trata de una pérdida cognitiva con respecto al estado previo y recopilar datos que el paciente no puede facilitar por sí mismo. En la entrevista clínica debe explorarse el estado emocional y conductual, el soporte familiar y la sobrecarga del cuidador.

Es necesaria una exploración breve general y neurológica convencional, con objeto de ayudar a diferenciar el tipo de demencia y detectar una posible comorbilidad. Se debe realizar un examen neuropsicológico que explore las funciones cerebrales de cuya alteración se deduce el diagnóstico de demencia. Los test breves son las opciones más recomendables en un primer nivel, pudiendo añadir otros test en caso de resultado negativo y sospecha persistente de deterioro cognitivo. Sin embargo, la mayoría de estos test breves no son útiles para detectar DCL debido a su baja sensibilidad. En estos casos, y en un segundo nivel asistencial, es conveniente una evaluación sistemática de las distintas áreas cognitivas con una exploración neuropsicológica formal[45].

Se recomienda un análisis de sangre (hemograma, bioquímica elemental, perfil tiroideo, vitamina B12 y ácido fólico, serología) en todos los enfermos. Además está indicada una exploración de neuroimagen morfológica, generalmente una Tomografía Axial Computarizada (TAC) para descartar otras enfermedades y detectar una posible comorbilidad. Se considerará realizar Resonancia Magnética Nuclear (RMN) cuando se necesite valorar daño vascular o se requiera estudiar con más precisión la distribución y valoración de las atrofias. La neuroimagen funcional, Tomografía computarizada de emisión monofotónica (SPECT) o la tomografía por emisión de positrones (PET) con FDG o con trazadores de amiloide, será útil para casos concretos.

Con respecto a la **EA**, los criterios diagnósticos clínicos más utilizados habitualmente para el diagnóstico son: DSM IV, DSM V, CIE 10, NIA-AA 2011 y NINCDS-ADRDA. En el campo de la investigación se están estudiando determinados biomarcadores para detectar los signos tempranos de los cambios más iniciales en el cerebro que puedan ayudar a predecir el riesgo de desarrollar la enfermedad o para determinar su presencia o ausencia, si bien por el momento no hay conclusiones claras y se necesitan más investigaciones para incorporar cualquier biomarcador como diagnóstico de EA en la práctica clínica diaria. El análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) no está indicado para el diagnóstico habitual de EA y se realiza sólo cuando se debe descartar otra enfermedad o para investigación. La determinación de las cifras de la isoforma fosforilada de la tau y de la tau total, así como del péptido ab42 puede

aumentar la especificidad del diagnóstico de EA en casos concretos. El estudio genético para demostrar la mutación patogénica de la APOE se hace en pacientes con historia de transmisión autosómica dominante de la enfermedad, de inicio presenil, con familiares de primer grado afectos, siempre y cuando se disponga del consentimiento informado y de un departamento adecuado para el consejo genético. No existe indicación de hacer cribado poblacional.

En cuanto a la **DLB**, se recomienda realizar el diagnóstico clínico utilizando los criterios de consenso de McKeith 2017[18] basados en los de 1996 ya validados y mejorados a partir de la opinión de expertos. Es muy importante realizar una amplia evaluación neuropsicológica que permita detectar el patrón característico de esta demencia, con predominio del trastorno visuoespacial, atencional y ejecutivo, a diferencia de la EA. Es recomendable realizar una RMN para evaluar lesiones vasculares y otras asociadas. Se pueden realizar otras pruebas complementarias para apoyar el diagnóstico como el PET-FDG para evaluar la presencia de hipometabolismo occipital para el diagnóstico diferencial entre DLB y EA. La SPECT cardíaca con MIBG también es útil para el diagnóstico diferencial entre EA y DLB, así como el uso de la polisomnografía para confirmar la presencia de trastorno de conducta del sueño REM[19].

Ante la sospecha de **DFT** se debe poner especial énfasis en la exploración de signos parkinsonianos y de enfermedad de motoneurona. La exploración neuropsicológica nos puede ser muy útil en el diagnóstico diferencial con la EA, especialmente en las fases iniciales. La RMN puede aportar más información que la TAC sobre la atrofia focal característica de estas enfermedades y las pruebas de neuroimagen funcional permiten reconocer alteraciones más precozmente. La electromiografía puede ser útil para confirmar una sospecha clínica de enfermedad de la motoneurona asociada a la DFT, aunque no debe llevarse a cabo sistemáticamente [20]. Alrededor de un 20-40% de los pacientes con DFT tiene antecedentes familiares de dicha enfermedad, lo que sugiere que en la etiología de la DFT existe un componente genético importante y puede ser aconsejable un estudio genético enmarcado en un programa de consejo genético. En los últimos años se han identificado varios genes causantes de DFT: MAPT (microtubule-associatedprotein tau) y GRN (progranulina) en el cromosoma 17, CHMP2B (chargedmultivesicularbodyprotein 2B) en el cromosoma 3, mutación del gen TARDBP en el cromosoma 1 y VCP (valosin-containingprotein) en el cromosoma 9 y la repetición del hexanucleotido no codificante GGGGCC en el gen C9ORF72. Esta última es la mutación más frecuente en la DFT (demencia frontotemporal) familiar (11%)[21].

Los criterios del National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Association Internationale pour la Recherche et l'Ensignement en Neurosciences (NINDS-AIREN)[25] establecen que para diagnosticar **DV**

probable debe haber demencia y evidencia de enfermedad vascular cerebral (signos focales y enfermedad vascular cerebral “relevante” en neuroimagen) y debe poderse establecer relación entre ambas, bien porque la demencia se inicia en los tres meses siguientes a un ictus registrado, bien porque el deterioro es brusco o de curso fluctuante o escalonado. Los criterios establecidos por los Alzheimer’s Disease Diagnostic and Therapeutic Centres (ADDTC) del estado de California se distinguen de los NINDS-AIREN[27] en que solo exigen la relación temporal ictus-demencia si la historia de accidentes vasculares se reduce a un solo episodio. Cuando no se dispone de neuroimagen, la escala de isquemia de Hachinski[28] permite predecir la ausencia de un componente vascular cerebral en pacientes con demencia cuando la puntuación es menor o igual a 4 con un alto grado de sensibilidad y especificidad, mientras que las puntuaciones superiores a 7 identifican a los pacientes con DV pura. Los pacientes que combinan EA y enfermedad vascular pueden tener cualquier puntuación. La exploración neurorradiológica es un imperativo para el diagnóstico de DV. No hay datos que permitan establecer una correlación directa causa-efecto entre el deterioro cognitivo y la enfermedad vascular cerebral sobre la sola base de la localización o el volumen de las lesiones isquémicas. No se ha acumulado evidencia suficiente para concretar un umbral de carga vascular o para especificar una localización necesaria de las lesiones corticales o subcorticales que definen la DV en neuroimagen. El diagnóstico de DV ha de basarse en la correlación entre el grado de carga vascular y los datos clínicos y neuropsicológicos. Hay múltiples escalas que cuantifican la carga lesional. Las hiperintesidades de la sustancia blanca que han de tenerse en cuenta como de origen vascular isquémico o como causantes de deterioro cognitivo o motor son las periventriculares extensas y las subcorticales parcheadas-confluentes o difusas.

4.5.3 Tratamiento

El tratamiento sintomático de los trastornos cognitivos y el manejo adecuado de los síntomas neuropsiquiátricos son estrategias ampliamente recomendadas por su impacto positivo en pacientes y cuidadores

En el abordaje de la patología concomitante (prevención cardiovascular, diabetes, osteoporosis…), se deben utilizar aquellos fármacos que mejoren la morbimortalidad y contribuyan al bienestar del paciente, valorando la retirada de aquellos tratamientos innecesarios o con escasa evidencia a favor de su uso.

Las personas con demencia avanzada en la última fase de la vida tienen un prolongado curso de discapacidad severa, además de presencia de comorbilidad múltiple con síntomas graves. En esta situación se debe facilitar que los pacientes tengan acceso a los cuidados paliativos con el objetivo de

aliviar el sufrimiento físico y psicológico, proporcionar confort y bienestar, dando atención profesional tanto a la persona con demencia como a sus cuidadores/familiares. Se recomienda la revisión de tratamientos farmacológicos valorando la retirada progresiva y controlada de los fármacos específicos de la demencia cuando el balance beneficio-riesgo deja de ser favorable para el paciente. Esta atención se enmarca en la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS.

Tratamiento farmacológico

Actualmente no existe un tratamiento específico para modificar el curso de la enfermedad. El tratamiento tiene por objeto mejorar los aspectos cognitivos y funcionales de la enfermedad, aunque posiblemente también modifique ciertos síntomas conductuales.

En la **EA** se cuenta con los denominados fármacos específicos, los inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepecilo, rivastigmina y galantamina) y la memantina, cuyo uso se establece según la gravedad de la demencia. Aunque estos medicamentos se utilizan ampliamente porque existen numerosos ensayos, revisiones y metanálisis que apoyan su utilización, actualmente existen controversias sobre si los beneficios que pueden aportar dichos tratamientos son pequeños y transitorios[48][49][50][51].

En el caso de la **DLB**, el tratamiento farmacológico puede exigir polimedicación y debe explicarse que determinados fármacos pueden mejorar unos síntomas pero empeorar otros. El 50% de estos pacientes que reciben antipsicóticos clásicos o atípicos, incluso a dosis bajas, pueden presentar una reacción de hipersensibilidad de gravedad variable, caracterizada por un deterioro del nivel de conciencia, declinar cognitivo y exacerbación del parkinsonismo; y en las formas graves puede aparecer incluso un síndrome neuroléptico maligno. Es recomendable el uso de inhibidores de la acetilcolinesterasa, preferentemente rivastigmina, para el tratamiento de los síntomas cognitivos y neuropsiquiátricos. También se recomienda el uso de levodopa en monoterapia a la dosis más baja eficaz para el tratamiento del síndrome parkinsoniano.

Con respecto a la **DFT**, el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) podría ayudar a reducir la sintomatología conductual. El uso de neurolépticos es controvertido, por su limitada eficacia y la posible sensibilidad a los efectos extrapiramidales. El uso de inhibidores de la acetilcolinesterasa para el tratamiento de la sintomatología cognitiva conductual de estos pacientes no está justificado[22].

El tratamiento farmacológico de la **DV** fundamentalmente se centra en el control de factores de riesgo cardiovasculares. El tratamiento de la hipertensión arterial es útil en aquellos pacientes con factores de riesgo y/o enfermedad vascular, donde se asociaría a una disminución del riesgo de DV y del asociado a infarto cerebral (demencia postictus). Aunque los inhibidores de la acetilcolinestarasa y la memantina producen una discreta mejora en la función cognitiva de los pacientes con DV, estos fármacos no han demostrado un beneficio claro en la impresión clínica global, además de los efectos adversos y el coste económico que suponen. Se debe individualizar su uso, pues se puede lograr un efecto beneficioso en aquellos pacientes con EA y enfermedad vascular asociada[47].

Tratamiento no farmacológico

Se entiende por terapia no farmacológica cualquier intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante. En relación a las demencias, estas terapias están orientadas a estimular el rendimiento cognitivo, potenciar la independencia y la autonomía de los pacientes con demencia así como incrementar su calidad de vida.

El número y tipo de terapias no farmacológicas es muy diverso, con una gran variedad de posibles intervenciones y programas, bien trabajando de forma individualizada o en terapia grupal. De todas ellas, la estimulación cognitiva es la que ha recibido mayor apoyo empírico. Existen trabajos y revisiones[45] que sustentan que la estimulación cognitiva aporta beneficios y ayuda a mantener algunas funciones cognitivas a la vez que mejora aspectos conductuales relacionados sobre todo con los trastornos del ánimo. Recientemente la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias ha realizado un Análisis de Efectividad y Coste-Efectividad del Entrenamiento Cognitivo como conjunto de intervenciones diseñadas específicamente para abordar los déficits en diferentes áreas de la cognición en adultos con diagnóstico de demencia.

4.6 Situación de las demencias en España

4.6.1 Morbilidad en demencias

La demencia aumenta notablemente la carga de comorbilidad de las personas afectadas, con una media de hasta 2,4 enfermedades crónicas más en estos pacientes, destacando la prevalencia de factores de riesgo vascular (hipertensión arterial en el 20,7% de los pacientes, diabetes mellitus en el

7,1%[29]) y los problemas derivados, tanto a nivel cerebral como cardiaco y periférico.

Mención especial merecen los procesos directamente atribuibles al deterioro cognitivo y funcional, como el riesgo de caídas -un 17,7% de los pacientes sufre alguna fractura-, la susceptibilidad a infecciones -un 14% ha padecido neumonía-, o las consecuencias de la pérdida de movilidad y una eventual postración, en estadios más avanzados.

Los síntomas depresivos constituyen el proceso psicopatológico más frecuente en estadios leves y moderados de la enfermedad, abarcando desde reacciones adaptativas a episodios de depresión mayor.

Un capítulo importante en cuestiones de morbilidad viene dado por los efectos secundarios de la medicación a la que están expuestos estos pacientes, con una media de más de 5 fármacos por persona.

Cabe destacar, finalmente, el riesgo aumentado de ingreso hospitalario que tienen los pacientes con enfermedad de Alzheimer (hasta 3,6 veces), habitualmente debido a complicaciones infecciosas en fases avanzadas de la enfermedad. Teniendo en cuenta que el manejo clínico de estas personas es más dificultoso (laboriosa anamnesis, mala tolerancia a procedimientos diagnósticos, riesgo de iatrogenia por polifarmacia), las estancias hospitalarias resultan más largas, complejas y costosas. La presencia de deterioro cognitivo durante una hospitalización es, además, un predictor fiable de deterioro funcional pasado dicho ingreso. La tasa de hospitalización por Enfermedad de Alzheimer (categoría G30 según la codificación CIE10) ajustada por edad por cada 100000 habitantes para ambos sexos fue 7 en el año 2018, alcanzando el máximo en el grupo de edad de 85-89 años con una tasa de 86.40 [31]. La estancia media hospitalaria en personas con el diagnóstico principal de Alzheimer (categoría G30 de CIE10) fue de 30.47 días en el año 2018[31], con las implicaciones que estos datos tienen en gestión sanitaria[7].

4.6.2 Mortalidad en demencias

La demencia es uno de los principales predictores de mortalidad, situándose al nivel de otros más frecuentemente citados como el cáncer o las enfermedades vasculares.

Se estima que la enfermedad de Alzheimer es responsable de un 4,9% de muertes en mayores de 65 años, riesgo que aumenta considerablemente con la edad, alcanzando un 30% en varones mayores de 85 años, y un 50% en mujeres de la misma edad. El riesgo relativo de mortalidad comparado con controles, teniendo en cuenta todos los grupos de edad, es de 1,9 para la enfermedad de Alzheimer y de 2,27 para otras demencias, riesgo en todo caso

estimado a la baja, dada la escasa declaración de demencia en los certificados de defunción.

La duración media probable de la enfermedad de Alzheimer es de 3,1 a 5,9 años, si bien en algunos casos puede ser superior a los 15-20 años, siendo menor cuanto más precoz sea su comienzo, peor sea la situación cognitiva y funcional (especialmente si concurren disfunción frontal, síntomas extrapiramidales, alteraciones de la marcha y riesgo de caídas), o exista comorbilidad sistémica.

Según los resultados de mortalidad en el año 2018 publicados por el INE[32] el grupo de tumores aparece como la primera causa de muerte (tasa de 230,86 fallecidos por cada 100.000 habitantes), muy seguida de la de las enfermedades del sistema circulatorio (230.49) y de las enfermedades del sistema respiratorio (101,81). Las enfermedades del sistema nervioso, que incluyen al Alzheimer y otras demencias, fueron la cuarta causa de muerte (50,15).

4.6.3 Situación de la atención de las demencias

De entre los 400.000 y los 600.000 casos de demencia que se calcula que existen en España, una gran parte se encuentran sin diagnosticar.

Existen pocos estudios en nuestro país que valoren dicha problemática. Un estudio poblacional realizado en Leganés[42] (un municipio del sur de Madrid) observó que el 70% de las personas con demencia no estaba diagnosticado por los servicios sanitarios. La proporción de demencias no diagnosticadas está íntimamente relacionada con la su gravedad de la misma, de forma que las más graves están diagnosticadas en un porcentaje mayor (64%) que las más leves (5%). Estas cifras que podrían ser vistas en principio como alarmantes o sobredimensionadas, no difieren sensiblemente con otros estudios realizados fuera de nuestro país. Así, en otras publicaciones europeas[43] se han descrito tasas de demencias (en cualquier estadio) sin diagnosticar entre el 74% y el 58%[44], similares a las publicadas en Estados Unidos (65%) o Canadá (64%).

Es importante el diagnóstico en la fase de enfermedad leve. Existe una cierta controversia sobre la necesidad de diagnosticar de forma precoz las demencias, ya que por el momento no existe un tratamiento curativo o modificador de la enfermedad. Sin embargo, parecen existir ciertos beneficios del este diagnóstico oportuno en fase de DCL, como son: iniciar tratamientos no farmacológicos, programar la intervención psicosocial más adecuada, promover recomendaciones sobre la conducción de vehículos, facilitar la toma de decisiones en la familia sobre aspectos sociosanitarios relacionados con el enfermo o reducir costes sanitarios asociados al uso de servicios a domicilio y especializados. A estos motivos, habría que añadir la importancia de tener un

sistema de salud preparado para el momento en que se descubran tratamientos modificadores de la enfermedad, sin contar con aquellos casos de demencias tratables que podrían quedar sin diagnóstico cuando el tratamiento es más eficaz[7].

La atención al paciente con demencia es compleja, multidisciplinar y requiere en gran medida el apoyo de tres pilares fundamentales: la familia, los servicios sanitarios y los servicios sociales.

La demencia genera una serie de necesidades que precisan una red de recursos sociales y sanitarios con profesionales expertos que puedan dar respuesta a estas necesidades, y garantizar la continuidad asistencial, estableciendo un abordaje integral, multidisciplinar y coordinado de cada caso.

Dentro de la atención sanitaria, el SNS reconoce 2 niveles asistenciales: la atención primaria (AP) y la atención especializada (AE). La función de los equipos de AP es fundamental a lo largo de todo el proceso de la demencia. Debido a su proximidad y contacto con los pacientes y familias, tienen la oportunidad de detectar precozmente los casos de deterioro cognitivo. El equipo de AP debe realizar la orientación diagnóstica de la demencia. El diagnóstico y el subtipo se confirmarán en AE. Todos los profesionales implicados en el equipo de AP y en AE realizarán un seguimiento compartido del paciente en toda su evolución clínica. Si se mantiene una buena comunicación, fluida y bidireccional entre los equipos de AP y sus referentes en AE se asegura la coordinación entre niveles y la continuidad asistencial. Entre los profesionales que intervienen hay que tener en cuenta el rol fundamental que juegan el gestor de casos y el del profesional de referencia.

Desde el punto de vista social, el objetivo es el acompañamiento a la persona afectada y a su red (familia, cuidadores), así como el mantenimiento de su calidad de vida. Al mismo tiempo se da seguimiento a la competencia, la independencia y la inclusión social valorando las áreas relacionadas con el autocuidado, la vida en el hogar y en la comunidad, así como las interacciones sociales.

Es recomendable la existencia de recursos específicos para la atención de personas con demencia y que la red de asistencia sociosanitaria disponga de recursos adecuados a cada fase de la enfermedad. Para optimizar el tratamiento integral de la demencia es recomendable que existan criterios de derivación, admisión y alta para cada recurso asistencial.

En España, dependiendo del IMSERSO, existe el Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, ubicado en Salamanca. Se configura como un centro sociosanitario especializado y avanzado en investigación, análisis,

conocimiento, evaluación y formación sobre el Alzheimer y otras demencias y en atención e intervención con las personas afectadas y sus familias.

Desde el inicio y durante todo el proceso, a través del Plan Individualizado de Atención y mediante la figura del gestor de casos, deben coordinarse todos los recursos, facilitando así el seguimiento, la aplicación y continuidad de la atención sanitaria de las personas con demencia y sus familiares; prestando en todo momento una atención multidisciplinar experta y personalizada.

En la atención a las demencias, como en las demás Enfermedades Neurodegenerativas, las asociaciones de pacientes dan soporte al abordaje integral de las personas afectadas, complementando el tratamiento con terapias no farmacológicas como la estimulación cognitiva, la fisioterapia, la logopedia, la terapia ocupacional y el apoyo psicológico. Las asociaciones son fundamentales a la hora de informar a los pacientes y a sus familiares. En este sentido desarrollan cursos de formación, charlas y talleres dirigidos tanto a cuidadores como a afectados.

Otro recurso del que disponen los pacientes con demencia y sus familiares es la Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía, cuyo objetivo es promover, compartir y desarrollar instrumentos que faciliten el empoderamiento de la ciudadanía mediante la mejora de la capacitación en salud y la autogestión de la enfermedad.

Por otro lado, en el ámbito de la investigación y dependiendo del Instituto de Salud Carlos III se cuenta con la Fundación Centro Investigación Enfermedades Neurológicas (CIEN) y el Centro de Investigación Biomédica en Red Enfermedades Neurodegenerativas (CIBERNED).

4.7 Demencia, dependencia y autonomía personal

La demencia es la enfermedad crónica que provoca mayor disminución de la Autonomía Personal, por encima de otras como el ictus, la enfermedad de Parkinson o las enfermedades cardiovasculares. Dado que el diagnóstico conlleva necesariamente una pérdida de la capacidad funcional del individuo, pronto comienza éste a depender de los cuidados de otra persona, habitualmente un pariente cercano (85% de los casos), lo que extiende el ámbito de afectación de la demencia.

Representa así un claro exponente del concepto de enfermedad que requiere atención sociosanitaria, en la que están incluidos no sólo el enfermo y el entorno cuidador/familia, sino también las instituciones sanitarias y sociales, públicas o privadas, implicadas en el proceso de atención a la persona con demencia[7].

Según la previsión del Libro Blanco de la Dependencia, elaborado por el IMSERSO[37], frente a los 163.334 del año 2005, en 2020 habrá en España un total de 246.412 mayores de 65 años en situación de gran dependencia. La mayor parte de ellos lo está por un diagnóstico de demencia, que da cuenta de un 88,67% del total de personas en esta situación. La discapacidad y la resultante dependencia constituyen así un elemento fundamental en el correcto diseño de estrategias de atención integral a la demencia, dentro del marco actual de la reciente Ley de Dependencia y de nuestra convergencia socio-económica con el resto de Europa. El crecimiento y desarrollo del estado de bienestar debe articularse en todo caso sin perder de vista la riqueza de relaciones sociales que nos caracteriza como país mediterráneo, y que ha sido la base de la atención a la demencia hasta la fecha.

Las personas con demencia pierden progresivamente la autonomía y su capacidad de tomar decisiones. El proceso de planificación anticipada de decisiones debería ser un elemento fundamental en la atención de los pacientes con demencia de manera que, iniciándolo precozmente garantizando así al máximo su integridad cognitiva, se establezca un plan conjunto que, en el caso de que el paciente pierda su capacidad de decidir, permita tomar decisiones sanitarias coherentes con sus deseos. Este documento de voluntades anticipadas o instrucciones previas deberá ser registrado en la historia clínica y actualizarse periódicamente.

5 ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

El abordaje de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias se llevará a cabo en el marco de las Líneas estratégicas de la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas, sus Objetivos generales y específicos e Indicadores.

5.1 Criterios de atención

5.1.1 Diagnóstico Precoz

- Las personas con sospecha de Demencia, derivadas desde atención primaria, serán atendidas en primera consulta por el neurólogo para el diagnóstico en un plazo no superior a 2 meses.
- Se recomienda un cribado activo por parte del médico de AP ante la detección de quejas de pérdida de memoria, declive cognitivo o funcional de la persona.
- En los pacientes con DCL, se debe hacer un seguimiento periódico para detectar un declinar cognitivo o un empeoramiento en los rendimientos de las pruebas cognitivas.

5.1.2 Proceso de Atención

- Las personas con EA y otras demencias dispondrán, desde el inicio, de un Plan Individualizado de Atención, que incluya:
    - Diagnóstico, valoraciones y terapéutica médica
    - Valoraciones y cuidados de enfermería
    - Valoraciones e intervenciones neuropsicológicas y de terapia de conducta
    - Valoración del riesgo social y elaboración de un itinerario social adecuado con la tramitación de las prestaciones y recursos que requiera
    - Plan individual de rehabilitación, incluyendo estimulación física, cognitiva y entrenamiento en AVD.
    - Identificación de profesionales de referencia.
    - Identificación de la persona cuidadora principal
    - Plan de Instrucciones previas

- En el Plan de atención individualizada se realizará un especial seguimiento de:
    - Prevención, detección y manejo de síntomas cognitivos y conductuales
    - Prevención de caídas y lesiones
    - Prevención de la desnutrición y detección precoz de la disfagia
    - Manejo de los problemas derivados de la incontinencia urinaria y fecal
    - Úlceras por presión
    - Trastornos del sueño
- Las personas con EA y otras demencias recibirán una completa valoración de la situación de dependencia de cara a la asignación y derivación a los distintos recursos sociales, con reevaluaciones periódicas en función de la evolución de la enfermedad.

5.1.3 Cuidados Paliativos

- Identificación temprana de personas con Alzheimer y otras Demencias en fase avanzada o al final de la vida.
- Los pacientes en esta situación recibirán atención de cuidados paliativos en su zona básica y área de salud, a nivel domiciliario y/o hospitalario y con los equipos de soporte específicos que precisen de acuerdo con sus necesidades y en el momento apropiado, adaptado a las distintas situaciones y delimitaciones territoriales. Esta atención se enmarca dentro de la Estrategia de Cuidados Paliativos[45].

5.1.4 Derechos y Autonomía del paciente

- Las personas con Alzheimer y otras Demencias recibirán la información y asesoramiento adecuados para que puedan ejercer sus derechos según contempla la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y los objetivos contenidos en la Línea Estratégica 5 de la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas.
- Se informará a las personas con Alzheimer y otras demencias de los aspectos legales y jurídicos sobre pensiones, solicitudes de discapacidad, incapacitación legal, etc.
- Se dará especial énfasis a la realización de las Instrucciones Previas y a otras decisiones legales y jurídicas. Deberá registrarse en la historia clínica la existencia de tal documento en el caso de que lo hubiera
- Todas las personas enfermas o sanas que participen en los ensayos clínicos sobre Alzheimer estarán amparadas por la legislación vigente y

en particular por el Real Decreto 1090/2015 por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los comités de ética de la investigación con medicamentos y el registro español de estudios clínicos.

5.1.5 Atención a la familia

- Realizar, desde el inicio, una valoración integral de la familia del paciente, acorde con los objetivos especificados en la línea estratégica 3 (Apoyo a las personas cuidadoras) de la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas
- Implantar protocolos de autorización permanente de acompañamiento del paciente con demencia por su cuidador/familiar con el fin de mejorar la accesibilidad de estos pacientes y de sus cuidadores/familiares a los servicios sanitarios

5.2 Criterios estratégicos y de gestión

5.2.1 Estimulación de la Reserva Cognitiva

- Las Comunidades Autónomas incluirán en sus programas de promoción de la salud, acciones para fomentar en la población general un estilo de vida que potencie la reserva cognitiva en aspectos como formación, actividades de ocio activas, lectura, alimentación y ejercicio físico.
- Se incluirán programas de estimulación cognitiva de prevención primaria, secundaria y terciaria del Alzheimer y otras Demencias a aquellas personas que cumplan los criterios contemplados en el Anexo 1 de la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del SNS.

5.2.2 Planes Integrales

- Las Comunidades Autónomas elaborarán planes integrales de Enfermedades Neurodegenerativas que incluya la atención sanitaria y social a las personas con Alzheimer y otras Demencias para la implantación de los objetivos contenidos en la estrategia.

5.2.3 Procesos Integrados de Atención/ Vías Clínicas

- Las Comunidades Autónomas implantarán procesos integrados de atención y/o vías clínicas, basados en la evidencia, para la coordinación efectiva y ágil de los recursos disponibles en atención primaria, especializada, recursos sociales y de dependencia, y los servicios de rehabilitación en todos sus aspectos. Se impulsara el papel del gestor de casos como figura coordinadora de todo el Proceso asegurando la continuidad asistencial.

- Se incluirá la normalización y simplificación de los trámites y la facilitación de los visados para la obtención de los procedimientos, preparados y ayudas diversas precisas entre Atención Primaria, Farmacia y Neurología.

5.2.4 Mapa de Recursos

- Las Comunidades Autónomas diseñarán un mapa de recursos sanitarios y sociales de atención al Alzheimer y otras Demencias en todos los niveles sanitarios (atención primaria y especializada) así como sociales, incluyendo su cartera de servicios.
- Ese mapa de recursos estará accesible y disponible en la página web de los servicios de salud y sociales de la Comunidad Autónoma y en folletos y otros dispositivos.

5.2.5 Participación

- Las Comunidades Autónomas desarrollará los objetivos contenidos en la Línea Estratégica 6 de la Estratega en Enfermedades Neurodegenerativas, especialmente en el fomento y participación de las asociaciones de familiares y pacientes de Alzheimer y otras Demencias.
- Realizar intervenciones, conjuntamente con los medios de comunicación, para disminuir el estigma asociado a esta enfermedad.

5.2.6 Seguridad de pacientes

- Las Comunidades Autónomas establecerán acuerdos formales para el seguimiento de los pacientes ingresados en ámbitos residenciales concertados y/o privados.
- Para evitar pérdidas y facilitar la seguridad de los pacientes, se establecerán estrategias de colaboración y acuerdos con ayuntamientos, bomberos, policía nacional, autonómica y local, protección civil, etc.
- Promover iniciativas sobre la eliminación de la contención mecánica y química en los pacientes con Alzheimer y otras Demencias. Valorar este tipo de medidas sólo si no existen otras alternativas, de manera que se mantenga únicamente por periodos breves de tiempo con el fin de prevenir situaciones que supongan un alto riesgo para el propio paciente. Debe hacerse un seguimiento que asegure una observación adecuada y se interrumpirán lo antes posible.

5.3 Criterios de procesos de soporte

5.3.1 Capacitación de Profesionales

- Los profesionales de Atención Primaria y otras especialidades recibirán sensibilización y formación en el abordaje de estas patologías, dentro del Plan de Sensibilización y Formación en Enfermedades Neurodegenerativas.

5.3.2 Fomento de la investigación

- La Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas fomentarán la creación de redes de investigación sobre el Alzheimer y otras demencias con el objetivo de compartir el conocimiento disponible y favorecer la investigación epidemiológica, etiológica, clínica, traslacional, sociosanitaria, de servicios, así como los ensayos clínicos.

5.3.3 Sistemas de información

- Potenciar el uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC) para el desarrollo de una historia clínica compartida entre los distintos niveles asistenciales sanitarios y sociales.

6 EVALUACIÓN

Para la evaluación del Abordaje a la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias se utilizarán una serie de indicadores y criterios de evaluación consensuados con las Comunidades Autónomas que se incluirán en un próximo informe de Evaluación de la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del SNS previsto para el año 2021.

7 ABREVIATURAS

ADAS: Escala de evaluación cognitiva

ADDTC: Alzheimer's Disease Diagnostic and Therapeutic Centres

AE: Atención Especializada

AINE: Antiinflamatorios No Esteroideos

AP: Atención Primaria

APOE: Apolipoproteína E

APP: proteína precursora del amiloide

ASS: Atención Sociosanitaria

AVC: Accidente cerebrovascular

AVD: Actividades de la Vida Diaria

BDCAP: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria

CAN: Centros de Atención Nocturna

CC.AA.: Comunidades Autónomas

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos

CHMP2B: chargedmultivesicularbodyprotein 2 B

CADASIL: Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy

CIEN: Fundación Centro Investigación Enfermedades Neurológicas

DCL: Demencia de cuerpos de Lewy

DDD: Dosis diaria definida

DFT: Demencia Frontotemporal

DLB: Demencias por cuerpos de Lewy

DLFT: Degeneración Lobular Frontotemporal

DM: Diabetes Mellitus

DSM: Diagnostic and statistical manual of Mental Health

DV: Demencia Vascular

EA: Enfermedad de Alzheimer

EAP: Equipos de Atención Primaria

EDAD: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia

ELA: Esclerosis Lateral Amiotrófica

ENSE: Encuesta Nacional de Salud de España

FDG: Fluorodesoxiglucosa

GRN: Progranulina

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

INE: Instituto Nacional de Estadística

ISRS: Recaptación de la Serotonina

LCR: Líquido Cefalorraquídeo

MAPT: Microtubule-associatedprotein tau

MCI: Deteriorio cognitivo leve

MIBG: Metaiodobenzylguanidine

MMSE: Mini-mental state examination

MPTP: Neurotoxina

MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

NIA-AA: National Institute on Aging – Alzheimer Association

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

NINCDS – ADRDA : National Institute of Neurologic, Communicative Disorders and Stroke - Alzheimer's Disease and Related Disorders Association

NINDS-AIREN: National Institute of Neurological Disorders and Stroke – Association Internationale pour la Recherche et l'Ensignement en Neurosciences

NPI: Inventario Neuropsiquiátrico

OMS: Organización Mundial de la Salud

PDD: Demencia asociada a la enfermedad de Parkinson

PEG: Polietilenglicol

PET: Tomografía por emisión de positrones

PGRN: Progranulina

PSEN 1: presenilina 1

PSEN 2: presenilina 2

RM: Resonancia Magnética

SEN: Sociedad Española de Neurología

RC: Reserva Congnitiva

RMN: Resonancia Magnética Nuclear

SAD: Servicio atención a domicilio.

SAAD: Sistema de Autonomía Personal y Atención a las situaciones de Dependencia

SISAAD: Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

SNS: Sistema Nacional de Salud

SPECT: Tomografía computarizada de emisión monofotónica

PET: Tomografía por emisión de positrones

TAC: Tomografía Axial Computerizada

TSH: Hormona Estimulante del Tiroides

VC: Vía Clínica

VCP: Valosin-containingprotein

8 BIBLIOGRAFÍA

1. Robles A1, Del Ser T, Alom J, Peña-Casanova J; Grupo Asesor del Grupo de Neurología de la Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología. Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. Neurología 2002; 17: 17-32.

2. Viñuela Fernández y J. Olazarán Rodríguez. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE DEMENCIA. Guía oficial para la práctica clínica en Demencias: conceptos, criterios y recomendaciones 2009. Editores: José Luis Molinuevo y Jordi Peña-Casanova.

3. M. Baquero Toledo, C. Carnero Pardo y M.D. Martínez Lozano. CLASIFICACIÓN. Guía oficial para la práctica clínica en Demencias: conceptos, criterios y recomendaciones 2009. Editores: José Luis Molinuevo y Jordi Peña-Casanova.

4. Sachdev PS, Blacker D, Blazer DG, Ganguli M, Jeste DV, Paulsen JS, et al. Classifying neurocognitive disorders: the DSM-5 approach. Nat Rev Neurol. 2014 Nov; 10(11):634-642.

5. Cristina Prieto Jurczynska, Miriam Eimil Ortiz, Carlos López de Silanes de Miguel, Marcos Llanero Luque.I nforme social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. http://www.fundaciondelcerebro.es/docs/imp_social_alzheimer.pdf

6. citardel Barrio JL, de Pedro-Cuesta J, Boix R, Acosta J, Bergareche A, Bermejo-Pareja F, Gabriel R, García de Yébenes MJ, García FJ, López-Pousa S, Manubens JM, Mateos R, Matías-Guiu J, Olivé JM, Reñé R, Rodríguez F, Saz P. Dementia, stroke and Parkinson's disease in Spanish populations: a review of door-to-door prevalence surveys. Neuroepidemiology. 2005;24(4):179-88.

7. Misiak B, Cialkowska-Kuzminska M, Frydecka D, Chladzinska-Kiejna S, Kiejna A. European studies on the prevalence of dementia in the elderly: time for a step towards a methodological consensus. Int J Geriatr Psychiatry. 2013. Dec; 28(12):1211-21.

8. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. 2011.

9. Verreault R(1), Laurin D, Lindsay J, De Serres G. Past exposure to vaccines and subsequent risk of Alzheimer's disease. MAJ. 2001 Nov 27; 165(11):1495-8.

10. I. Casado y T. Calatayud. EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO. Guía oficial para la práctica clínica en Demencias: conceptos, criterios y recomendaciones 2009. Editores: José Luis Molinuevo y Jordi Peña-Casanova.

11. Niu H, Álvarez-Álvarez I, Guillén-Grima F, Aguinaga-Ontoso I. Prevalence and incidence of Alzheimer's disease in Europe: A meta-analysis. Neurología. 2017 Oct; 32(8):523-532.

12. López-Pousa S, Vilalta-Franch J, Llinàs-Regla J, Garre-Olmo J, Román GC.Incidence of dementia in a rural community in Spain: the Girona cohort study. Neuroepidemiology. 2004; 23:170-7.

13. Bermejo –Pareja F, Benito León J, Vega S, et al. Incidence and subtypes of dementia in three elderly populations of central Spain. J Neurol Sci. 2008 Jan 15; 264(1-2):63-72

14. De Pedro Cuesta J, Virués-Ortega J, Vega S et al. Prevalence of dementia and major dementia subtypes in Spanish populations: a reanalysis of dementia prevalence surveys, 1990-2008. BMC Neurol. 2009 Oct 19; 9:55.

15. Mielke MM, Vemuri P, Rocca WA. Clinical epidemiology of Alzheimer's disease: Assessing sex and gender differences. Clin Epidemiol. 2014; 6:37—48

16. Sánchez C. Impacto sociosanitario de las enfermedades neurológicas en España. Informe FEEN. 2006 [julio de 2011]; Available from: http://www.feeneurologia.com/IMPACTO.pdf.

17. R. Reñé, J. Campdelacreu y J. Gascón. DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY. Guía oficial para la práctica clínica en Demencias: conceptos, criterios y recomendaciones 2009. Editores: José Luis Molinuevo y Jordi Peña-Casanova.

18. McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: fourth consensus report of the DLB consortium. Neurology 2017; 89:88–100

19. Sorbi S, Hort J, Erkinjuntti T, Fladby T, Gainotti G, Gurvit H, et al; EFNS Scientist Panel on Dementia and Cognitive Neurology. EFNS-ENS Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia. Eur J Neurol. 2012 Sep; 19(9):1159-79.

20. A. Lladó Plarrumani y R. Sánchez-Valle Díaz. DEGENERACIÓN LOBULAR FRONTOTEMPORAL. Guía oficial para la práctica clínica en Demencias: conceptos, criterios y recomendaciones 2009. Editores: José Luis Molinuevo y Jordi Peña-Casanova.

21. DeJesus-Hernandez M1, Mackenzie IR, Boeve BF, Boxer AL, Baker M, Rutherford NJ, et al. Expanded GGGGCC hexanucleotide repeat in noncoding region of C9ORF72 causes chromosome 9p-linked FTD and ALS. Neuron 2011; 72:245–256

22. Tsai RM, Boxer AL. Treatment of frontotemporal dementia. Curr Treat Options Neurol. 2014 Nov; 16(11):319.

23. P. Martínez-Lage, A. Frank y M. Valentí Soler. DEMENCIA VASCULAR. Guía oficial para la práctica clínica en Demencias: conceptos, criterios y recomendaciones 2009. Editores: José Luis Molinuevo y Jordi Peña-Casanova.

24. O'Brien JT1, Erkinjuntti T, Reisberg B, Roman G, Sawada T, Pantoni L, et al. Vascular Cognitive Impairment. Lancet Neurol 2003; 2: 89-98.

25. Román GC1, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, Cummings JL, Masdeu JC, Garcia JH, et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. Neurology 1993; 43: 250-260.

26. Lopez OL, Larumbe R, Becker JT, Rezek D, Rosen J, Klunk W et al. Reliability of NINDS-AIREN criteria for the diagnosis of vascular dementia. Neurology1994; 44: 1240-1245.

27. Moroney JT, Bagiella E, Desmond DW, Hachinski VC, Mölsä PK, Gustafson L, et al. Meta-analysis of the Hachinski Ischemic Score in pathologically verified dementias. Neurology. 1997 Oct; 49(4):1096-105.

28. Malone DC, McLaughlin TP, Wahl PM, Leibman C, Arrighi HM, Cziraky MJ, et al. Burden of Alzheimer's disease and association with negative health outcomes. Am J Manag Care. 2009 Aug; 15 (8):481-8.

29. NICE. Donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease. Review of NICE technology appraisal guidance 111. London: National Institute for

Health and Clinical Excellence; 2011 [15 de Julio de 2011]; Available from: http://www.nice.org.uk/guidance/TA217.

30. Encuesta de morbilidad hospitalaria. 2018

31. Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. Registro de Actividad de Atención Especializada – RAE-CMBD. Dirección de la web: https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/PUBLICOSNS

32. http://www.ine.es

33. Informe anual del IMSERSO 2016. http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/informeanual2016.pdf

34. Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20161231.pdf

35. Libro Blanco de la Dependencia. IMSERSO. http://www.ine.es

36. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2005. http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf

37. Gasón-Bayarri J., Reñé R, Del Barrio JL et al. Prevalence of dementia subtypes in El Prat de Llobregat, Catalonia, Spain: the PRATICON Study. Neuroepidemiology 2007; 28: 224-234.

38. The Economist Intelligence Unit Limited 2017. Assessing the socioeconomic impact of Alzheimer´s disease in western Europe and Canada. 2017

39. Mario Garcés. Las enfermedades neurodegenerativas en España y su impacto económico y social. Universidad Complutense de Madrid y la Alianza Española de las Enfermedades Neurodegenerativas. Madrid . Febrero 2016.

40. Zhu CW, Scarmeas N, Ornstein K, Albert M, Brandt J, Blacker D, et al. Health-care use and cost in dementia caregivers: Longitudinal results from the Predictors Caregiver Study. Alzheimers Dement. 2014 Mar 15. pii: S1552-5260(14)00007-7.

41. Zunzunegui Pastor MV, del Ser T, Rodriguez Laso A, Garcia Yebenes MJ, Domingo J, Otero Puime A.Non-detected dementia and use of the health services: implications for primary care. Aten Primaria. 2003 May 31;31(9):581-6.

42. Jankovic J. Parkinson disease: Clinical features and diagnosis. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 2008;79;368-376

43. Belbasis L, Bellou V, Evangelou E, Ioannidis JP, Tzoulaki I. Environmental risk factors and multiple sclerosis: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. Lancet Neurol. 2015 Feb 3. pii: S1474-4422(14)70267-4. doi: 10.1016/S1474-4422(14)70267-4. [Epub ahead of print]

44.http://www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf

45. Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., Del Ser, T.,…& Muñiz, R. (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 30(2), 161-178.

46. Lang, L., Clifford, A., Wei, L., Zhang, D., Leung, D. ... i Chen, R. (2017). Prevalence and determinants of undetected dementia in the community: a systematic literature review and a meta-analysis. A British Medical Journal Open, 7(2), e011146. doi: org/10.1136/bmjopen-2016-011146.

47. Guía de Demencias de la SEN 2018

48. Memantina para la demencia. Revisión sistemática Cochrane - Intervención Versión publicada: 20 marzo 2019 . Available at: https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003154.pub6/full/es.

49. Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. Haute Autorité de Santé. France. Available at: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours_de_soins_alzheimer.pdf#page=5&zoom=100,0,58.

50. Assessment report Acrescent International non-proprietary name: memantine hydrochloride / donepezil hydrochloride Procedure No. EMEA/H/C/002424. Available at: https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/acrescent-epar-refusal-public-assessment-report_en.pdf.

51. EFNS-ENS/EAN Guideline on concomitant use of cholinesterase inhibitors and memantine in moderate to severe Alzheimer's disease. European journal of neurology : the official journal of the European Federation of Neurological Societies ;Volume22, Issue6 June 2015 Pages 889-898.

ANEXO 42

ABORDAJE DEL PARKINSON Y PARKINSONISMOS. (ESTRATEGIA DE ENFERMEDADES NEURODEGENATIVAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD)

ABORDAJE DEL PARKINSON Y PARKINSONISMOS (Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud)

SANIDAD 2020

MINISTERIO DE SANIDAD

Abordaje del PARKINSON Y OTROS PARKINSONISMOS

Dentro de la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud

aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 2 de diciembre de 2021

SANIDAD 2021

MINISTERIO DE SANIDAD

Edita y distribuye:
© MINISTERIO DE SANIDAD
CENTRO DE PUBLICACIONES
PASEO DEL PRADO, 18. 28014 Madrid

NIPO:

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad. 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

COMITÉ DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

COMITÉ INSTITUCIONAL:

Andalucía: Carmen Lama Herrera
Aragón: Vicente Alcubierre Moreu
Asturias (Principado de): Beatriz López Ponga
Baleares (Islas): Ana Mª Espino Ibáñez
Canarias: Roberto Gómez Pescoso
Cantabria: Antonia Mora González
Castilla La Mancha: Rodrigo Gutiérrez Fernández
Castilla y León: José Jolin Garijo
Cataluña: Sebastián J. Santaeugenia González/Joan Carles Contel
Comunidad Valenciana: María Dolores Cuevas Cuerda
Extremadura: María Asunción Pons García
Galicia: Alfonso Alonso Fachado
Madrid (Comunidad de): Juan Carlos Ansede Cascudo
Murcia (Región de): Roque Martínez Escandell
Navarra (Comunidad Foral): Javier Apezteguia Urroz
País Vasco: Andony Arcelay Salazar
Rioja (La): José Miguel Acitores Augusto
INGESA (Ceuta y Melilla): Francisco de Asís Jové Dominguez

COORDINADORES CIENTÍFICOS

Jorge Matías-Guiu Guia
Inmaculada Gómez Pastor
Teresa Martín Acero
Laura Carrasco Marín
Rocío García-Ramos García

GRUPO DE PARKINSON Y PARKINSONISMOS:

Coordinador: Sociedad Española de Neurología (SEN). – Pablo Mir Rivera

Consorcio de Neuropsicología Clínica.- Yolanda Higueras Hernández

Sociedad Española de Enfermería Neurológica (SEDENE).- Beatriz González García

Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSyS).- Verónica Olmedo Vega

Federación Española de Parkinson.- Nuria Mansilla Fernández

COMITÉ TÉCNICO:

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Asociación de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP)
Miguel Anxo García Alvarez

Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSyS)
Rosario Luis-Yagüe López

Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI)
Purificación de Castro Lorenzo

Asociación Española de Enfermería en Neurociencias (AEEN)
Elena Fariñas Portalo

Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF)
Rafael Rodríguez Lozano

Asociación Española de Fisioterapeutas en Salud Mental (AEFSM)
Daniel Catalán Matamoros

Asociación E. de Logopedia, Foniatría y Audiología (AELFA)
Ramón López Higes-Sánchez

Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)
Tomás Palomo Alvarez

Asociación Española de Urología (AEU)
Manuel Esteban Fuertes

Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO)
Ana Isabel Sánchez Albarrán

CIBER-BBN
Juan Domingo Gispert López

CIBERNED
Miguel Medina Padilla

Consorcio de Neuropsicología Clínica
Joaquín Ibáñez Alfonso

Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria (FAECAP)
Lucía Serrano Molina

Federación de Asociaciones Españolas de Neuropsicología (FANPSE)
Maite Garolera Freixa

Sociedad Española de Enfermería Neurológica (SEDENE)
Fidel López Espuela

Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC)
Ana Molinero Crespo

Sociedad Española de Genética (SEG)
Santiago Rodríguez de Córdoba

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG)
Enrique Arriola Manchola

Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG)
Jesús M. López Arrieta

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)
Araceli Garrido Barral

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)
Jesús Alonso Fernández

Sociedad Española de Neurología – Sección Neuropsicología (SEN)
Pablo Duque San Juan

Sociedad Española de Neurología (SEN)
Jerónimo Sancho Rieger

Sociedad Española de Neurocirugía (SENEC)
Juan Antonio Barcia Albacar

Sociedad Española de Neurorehabilitación (SENR)
Manuel Murie Fernández

Sociedad Española de Neurorradiología (SENR)
Ana Ramos González

Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE)
Rosa Burgos Peláez

Sociedad Española de Oftalmología (SEO)
Francisco J. Muñoz Negrete

Sociedad Española de Psiquiatría (SEP)
Jorge Pla Vidal

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)
Carlos García Collado

Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)
María Isabel Mármol López

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
Pablo Baz Rodríguez

Sociedad Española de Inmunología (SEI)
Miguel Fernández Arquero

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)
María Pilar de Lucas Ramos

Colegio Oficial de Psicólogos
Raúl Espert Tortajada
Alicia Salvador Fernández-Montejo

ASOCIACIONES DE PACIENTES Y/O FAMILIAS

Federación Española de Parkinson
Alicia Campos Martín

MINISTERIO DE SANIDAD

Coordinación Técnica
Nuria Prieto Santos
Rocío Fernández González

Dirección General de Salud Pública
Pilar Aparicio Azcárraga

Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad
Pilar Campos Esteban
Yolanda Agra Varela
Marta Molina Olivas

Subdirección General de Información Sanitaria
Pedro Arias Bohigas
Francisco Javier Pérez Dominguez

Subdirección General de Farmacia
Esperanza Monzón de la Torre
Macarena Rodríguez Mendizábal

Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia
Carmen Pérez Mateos

IMSERSO. Instituto de Mayores y Servicios Sociales
Ángeles Aguado Sánchez

Equipo redactor del Informe:

José Rodríguez Escobar
Nuria Prieto Santos
Rocío Fernández González
Rocío García-Ramos García
Jorge Matías-Guiu Guia
Inmaculada Gómez Pastor
Teresa Martín Acero
Laura Carrasco Marín

ÍNDICE

1 PRÓLOGO 11
2 INTRODUCCIÓN 13
3 METODOLOGÍA 15
4 ASPECTOS GENERALES 17
4.1 Definición 17
4.2 Clasificación 17
4.3 Enfermedad de Parkinson 17
4.4 Degeneración corticobasal 23
4.5 Parálisis supranuclear progresiva 24
4.6 Atrofia Multisistémica 26
4.7. Situación en España de la Enfermedad de Parkinson 28
4.7.1 Morbi-mortalidad 28
4.7.2 Necesidades de Atención de los pacientes con Enfermedad de Parkinson en España 29
5 ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON Y OTROS PARKINSONISMOS 33
5.1 CRITERIOS DE ATENCIÓN 33
5.1.1 Diagnóstico temprano 33
5.1.2 Proceso de Atención 33
5.1.3 Cuidados Paliativos 35
5.1.4 Derechos y Autonomía del paciente 35
5.1.5 Atención a la familia y/o cuidadores: 36
5.2 CRITERIOS ESTRATÉGICOS Y DE GESTIÓN 36
5.2.1 Planes Integrales 36
5.2.2 Procesos Integrados de Atención/ Vías Clínicas 37
5.2.3 Mapa de Recursos 37
5.2.4 Participación: 38
5.3 CRITERIOS DE PROCESOS DE SOPORTE 38

5.3.1 Capacitación de Profesionales 38
5.3.2 Fomento de la investigación 38
5.3.3 Sistemas de información 38
6 EVALUACIÓN 39
ABREVIATURAS 40
BIBLIOGRAFÍA 42

1 PRÓLOGO

Los trastornos del movimiento componen un conjunto heterogéneo de enfermedades entre las que destaca la enfermedad de Parkinson por su elevada prevalencia y repercusión sociosanitaria.

La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurodegenerativo complejo, de aparición en la edad adulta, que afecta a las estructuras del cerebro encargadas del control y la coordinación del movimiento, así como del mantenimiento del tono muscular y de la postura.

Según la Organización Mundial de la Salud, es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente tras la enfermedad de Alzheimer. La enfermedad de Parkinson condiciona la calidad de vida de las personas que la sufren y se está convirtiendo en un problema de salud pública progresivamente mayor debido a su elevada frecuencia en relación con el envejecimiento de la población y la complejidad de su manejo.

Es un proceso crónico y progresivo. A pesar de que no existe tratamiento curativo, disponemos de un amplio arsenal terapéutico que permite el control sintomático en cada una de las fases de progresión de la enfermedad. Aun así, la enfermedad de Parkinson tiene un gran impacto sanitario y social sobre pacientes, familiares y personas cuidadoras, afectando a la satisfacción de las necesidades básicas y produciendo situaciones de dependencia e incapacidad. Su tratamiento por tanto debe ser individualizado, atendiendo a las situaciones personales, familiares, laborales y sociales de cada paciente, y por otra parte, interdisciplinar, en el que deberán intervenir diferentes profesionales sanitarios de manera conjunta y coordinada dependiendo de la progresión de la enfermedad. Por ello, un aspecto importante es conseguir homogeneizar, bajo el principio de equidad, la atención integrada que requieren estos pacientes sin interrumpir la continuidad asistencial, basándose en la mejor evidencia científica disponible, así como la formación, información y participación de los pacientes y sus familias.

Para la elaboración de este documento se ha contado con los mismos actores involucrados en la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas, para que, avanzando más allá de la Estrategia global, se aborden los aspectos específicos de la enfermedad de Parkinson y otros parkinsonismos.

Somos conscientes de que estas enfermedades constituyen un problema de gran magnitud, gravedad y complejidad bio-psico-político-social, por lo que se requieren actuaciones concretas, efectivas y eficientes desde el inicio en los distintos ámbitos del sistema sanitario y social mediante un modelo colaborativo basado en la coordinación entre niveles asistenciales y recursos. Con este documento, el Ministerio de Sanidad pretende que el abordaje de estas enfermedades sea equitativo y cohesionado en todo el Sistema Nacional de Salud, actuando como el marco sobre el que las diferentes Comunidades Autónomas desarrollen sus fórmulas organizativas.

Quisiera manifestar mi sincero agradecimiento a todos los que han participado en la elaboración de este documento por su dedicación y esfuerzo, ya que el resultado de su trabajo contribuirá sin duda a mejorar la calidad de la atención a las personas afectadas de enfermedad de Parkinson y otros parkinsonismos y a sus familias.

Salvador Illa Roca

Ministro de Sanidad

2 INTRODUCCIÓN

La Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas tiene por función establecer, de forma consensuada, compromisos apropiados y objetivos viables y medibles a desarrollar por parte de todas aquellas instituciones con competencias en prestar una asistencia de calidad.

El documento de Abordaje de la enfermedad de Parkinson y otros parkinsonismos se constituye como una herramienta basada en la evidencia científica y el consenso de todos los agentes implicados. Pretende establecer criterios y rutas de abordaje para dar respuesta a las necesidades concretas de estos pacientes y elevar así la calidad y la seguridad asistencial, con una mayor eficiencia por parte del sistema desde la gestión y la coordinación de los recursos a través de los procesos integrados de atención.

El documento, en absoluta concordancia con la Estrategia, muestra decisiones a desarrollar para que se cumplan sus objetivos estableciendo los niveles de coordinación necesarios para el beneficio de estos pacientes. Aborda la enfermedad en su conjunto, tratando los puntos relevantes en la cadena de acontecimientos desde el primer momento de diagnóstico precoz, el proceso de atención clínica, los cuidados paliativos en la enfermedad avanzada, así como la consideración de los derechos de la persona y la atención de la familia, convirtiendo al paciente en el centro de la atención.

El abordaje de la enfermedad de Parkinson y otros parkinsonismos requiere fomentar el trabajo en equipos interdisciplinares, formados por los diferentes profesionales de los servicios sanitarios y sociales implicados en la atención a estos pacientes, que garanticen la continuidad en los cuidados con la máxima participación del paciente y su entorno.

Todavía queda mucho por hacer para conseguir que los objetivos planteados sean una realidad, pero consideramos que es un paso relevante ya que el documento se constituye como un instrumento dinámico que permite su revisión, actualización y mejora continua, siendo los líderes políticos, los clínicos y los

gestores los impulsores de ese cambio, contando con la participación activa y real de los pacientes y sus cuidadores.

3 METODOLOGÍA

Este documento sobre el Abordaje del Parkinson y Parkinsonismos, se enmarca y es una continuación de la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del SNS aprobada en abril de 2016.

Para la elaboración de la misma se creó una estructura formada por dos comités, uno Técnico, formado por representantes de sociedades científicas y asociaciones de pacientes y familiares; y otro Institucional formado por representantes de las consejerías con competencias en sanidad y en servicios sociales de las Comunidades Autónomas, y distintos departamentos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La dirección del proyecto recayó en la Subdirección General de Calidad e Innovación dependiente de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.

Desde el principio, y así consta en el documento de la estrategia, se consideró necesario que, tras la aprobación, comenzara una segunda fase en la que las líneas, objetivos y recomendaciones se concretaran de una forma más operativa, en las distintas patologías que se agrupaban bajo el epígrafe de "enfermedades neurodegenerativas".

A tal fin, a mediados de 2016 se formaron seis grupos de trabajo, uno de los cuales tuvo como misión señalar aquellos aspectos particulares de la Enfermedad de Parkinson y los parkinsonismos que no habían quedado recogidos en la estrategia general. Con el resultado de este trabajo y las aportaciones de los demás miembros de los comités se obtuvo el material con el que se ha confeccionado este documento.

No hemos querido repetir aquí de nuevo las mismas líneas, objetivos y recomendaciones que ya se habían publicado, sino hacer énfasis en los aspectos centrales con el objeto de facilitar el trabajo a las Comunidades Autónomas en su implantación y a las sociedades y asociaciones en la concreción de las metas a conseguir.

Por ello exponemos aquí aquellos elementos básicos para dar la respuesta sanitaria y social que las personas que sufren esta patología y sus familiares requieren y los hemos agrupado en tres categorías:

Criterios de atención: Pautas que deben recibir todos los afectados y las personas que los cuidan.

Criterios estratégicos y de gestión: Acciones fundamentales que deben llevar a cabo las Comunidades Autónomas para garantizar los criterios de atención.

Criterios de soporte: Otras actuaciones imprescindibles para llevar a cabo una correcta atención.

4 ASPECTOS GENERALES

4.1 Definición

La Enfermedad de Parkinson (EP) y los parkinsonismos se caracterizan por presentar un síndrome rigido-acinético como signo cardinal de todo el proceso neurodegenerativo.

4.2 Clasificación

Los parkinsonismos considerados clásicamente y que abordaremos en esta revisión son: Atrofia Multisistémica (AMS), Parálisis Supranuclear Progresiva (PSP) y Degeneración Corticobasal (DCB).

Aunque hoy día se tiende a la clasificación patológica de las enfermedades es difícil realizarla en muchas de estas enfermedades, debido a la heterogeneidad patogénica de las mismas, englobadas bajo un mismo síndrome. Es claro que la EP y la AMS son sinucleinopatías, pero la PSP y la DCB son síndromes clínicos en los que la patología muestra una heterogeneidad muy importante, aunque predomina el depósito de proteína Tau.

4.3 Enfermedad de Parkinson

La enfermedad de Parkinson (EP) es el segundo trastorno neurodegenerativo más prevalente en la actualidad. Los signos clínicos cardinales (bradicinesia, rigidez, temblor en reposo e inestabilidad postural) corresponden a la pérdida de las neuronas dopaminérgicas de la parte compacta de la sustancia negra (SNpc), que ocasiona la denervación dopaminérgica de los ganglios basales. Los cuerpos de Lewy son las inclusiones intracitoplasmáticas típicas y están formados por α-sinucleína y ubiquitina entre otras proteínas.

Se desconoce la causa última de la EP, aunque diferentes teorías tratan de explicarla. Se piensa que es multifactorial, siendo los principales factores

intervinientes de naturaleza genética, tóxica y ambiental. Las alteraciones genéticas podrían predisponer a la acción de factores tóxicos externos que, conjugados, indujeran la enfermedad. El descubrimiento de mutaciones monogénicas como causa de la EP explica menos del 10% de los casos, considerándose idiopático el 90% restante. Los modelos de EP tanto en animales de experimentación como en cultivos celulares han sido, y siguen siendo, cruciales para el conocimiento de la etiología, la patogenia y la fisiopatología de la enfermedad. La EP se ha relacionado con consumir agua de pozo, con la exposición a la rotenona, la neurotoxina (MPTP), el paraquat, etilenbistiocarbamato de manganeso y herbicidas.

El envejecimiento constituye el factor no modificable más importante para padecer EP, ya que en todos los estudios se observa que la EP es una enfermedad relacionada con el incremento de la edad. Parece que el sexo también influye en el riesgo de padecer la enfermedad, de manera que la prevalencia y la incidencia son mayores en los hombres según muestran la mayor parte de los estudios[(32)].

Otros estudios epidemiológicos han detectado en cambio, factores protectores, como son el consumo de cafeína, tabaco y ejercicio físico[(2)].

La incidencia y la prevalencia de la EP aumentan con la edad. En España son muchos los estudios de prevalencia realizados. Los resultados de prevalencia obtenidos varían entre 700 y 1.100/100.000 habitantes en personas mayores de 70 años. Es importante resaltar que existe una proporción sustancial de EP que permanece no detectada[(3)].

Las manifestaciones de la enfermedad son patentes cuando la pérdida neuronal en la parte compacta de la sustancia negra es del 60-70% y la pérdida de dopamina en el estriado alcanza el 80%. No se sabe con certeza cuanto tiempo pasa hasta llegar a esta situación, pero se trata de un proceso lento de al menos varios años de duración. Este lapso de tiempo previo a que la enfermedad sea evidente se denomina premotor. Durante el periodo premotor se pueden observar algunas manifestaciones clínicas o síntomas no motores como alteraciones

cognitivo-conductuales, síntomas sensitivos (anosmia y dolor), síntomas autonómicos (disfunción urogenital, estreñimiento e hipotensión ortostática), el trastorno del sueño REM, una ligera pérdida de agilidad, la alteración de la escritura, y la dermatitis seborreica. Durante este periodo, en momentos de estrés, puede haber síntomas parkinsonianos transitorios.

Los síntomas que sirven de guía para el diagnóstico de la EP son el temblor, la rigidez y la bradicinesia. La alteración de los reflejos posturales es también característica de la EP, pero no está presente en las fases iniciales. El comienzo asimétrico es característico. Tanto es así que durante la evolución de la enfermedad casi siempre hay un hemicuerpo más afectado que el otro.

Los síntomas no motores de la EP constituyen a largo plazo, según el estudio multicéntrico longitudinal llevado a cabo en Sydney[4], los problemas más prevalentes e incapacitantes de la enfermedad.

Casi todos los pacientes tienen leves alteraciones cognitivas en el momento del diagnóstico, que son apenas perceptibles y afectan sobre todo a las funciones visuoespaciales y ejecutivas (es decir, la planificación, la secuenciación, la inhibición de estímulos interferenciales y la realización de tareas) y del aprendizaje. La demencia en la EP es un rasgo tardío que puede afectar hasta un 18-40% de los pacientes según estudios de prevalencia puntual[33]. Al realizar estudios longitudinales de seguimiento cognitivo, tras 20 años de evolución, se observa que la demencia puede alcanzar al 80% de los sobrevivientes con EP[4]. Si se presenta desde el inicio, deben plantearse otros diagnósticos diferentes a EP. Otras alteraciones son los síntomas neuropsiquiátricos como la depresión, ansiedad y apatía todos con una prevalencia entre el 30-50%. La disfagia aparece en etapas avanzadas de la enfermedad.

A pesar de los avances en neurogenética y neuroimagen funcional habidos durante los últimos años, la clínica sigue siendo la principal herramienta para el diagnóstico de la EP. El gold standard diagnóstico histórico, ha sido el hallazgo patológico de Cuerpos de Lewy en la autopsia.

En la práctica clínica el diagnóstico está basado en la presencia de una combinación de características motoras cardinales asociadas a unos síntomas de exclusión y en la respuesta a la L-Dopa. Han sido publicados dos criterios diagnósticos, uno por la UK Parkinson´s Disease Society Brain Bank, los más usados, y otro por National Institute of Neurologícal Disorders and Stroke (NINDS), recientemente actualizados[5]. La fiabilidad y validez de estos criterios están en proceso de validación.

A pesar de contar con herramientas como dichos criterios diagnósticos, los diferentes parkinsonismos guardan entre sí una importante similitud, especialmente en fases iniciales, lo que supone un reto a la hora de identificarlos correctamente.

Las técnicas de neuroimagen ayudan al diagnóstico diferencial con otros parkinsonismos. Las recomendaciones sobre la realización de los distintos procedimientos diagnósticos deben estar respaldadas por la evidencia científica actual disponible y valorarse para cada caso en concreto. Estas técnicas comprenden tanto la aplicación de la neuroimagen estructural (TC craneal, RM y sonografía transcraneal), como de la neuroimagen funcional (PET con F-fluordopa, PET-FDG, SPECT del transportador de la dopamina, la gammagrafía cardiaca con I131-metayodobencilguanidina…entre otros).

El tratamiento de la EP debe abordar los síntomas motores y no motores:

- *Tratamiento farmacológico*

Hasta el momento no hay ningún fármaco que haya demostrado un efecto neuroprotector sobre la evolución de la enfermedad.

No hay un fármaco de primera elección para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson inicial. Esta elección depende de las manifestaciones clínicas, el estilo de vida del paciente y la preferencia del enfermo, tras haber sido informado de los beneficios y riesgos a corto y largo plazo de los diversos fármacos[35].

La levodopa es eficaz en la EP inicial y tardía, y sigue siendo el fármaco más eficaz. Existen otros fármacos como son los agonistas dopaminérgicos, IMAO-B,

ICOMT, anticolinérgicos y amantadina que se utilizan para el tratamiento de los síntomas motores de la enfermedad.

La EP en tratamiento dopaminérgico desarrolla a largo plazo discinesias y complicaciones motoras (fin de dosis, off matutino, discinesias bifásicas, on-off impredecibles).

Actualmente están disponibles, como terapias de segunda línea, otras formas de administración y otros tratamientos para la EP avanzada como la levodopa en gel de infusión intestinal continua y apomorfina en perfusión subcutánea continua; indicadas para los pacientes con mal control motor con tratamiento oral. Estos tratamientos han demostrado reducir el tiempo off diurno y las discinesias. Aunque no están exentos de efectos secundarios derivados principalmente de la técnica, necesitan la colaboración del paciente y familia.

La psicosis tóxica de la enfermedad avanzada puede precisar de la reducción de dosis de fármacos dopaminérgicos, el uso de inhibidores de la colinestarasa así como neurolépticos (clozapina y quetiapina). Igualmente el tratamiento de la demencia debe realizarse con inhibidores de la colinesterasa. Esto, además puede ser eficaz en el tratamiento de las alucinaciones sin demencia.

También debe tratarse la depresión, la ansiedad y la apatía así como el resto de síntomas no motores por afectar de forma importante la calidad de vida de los pacientes.

- *Tratamiento quirúrgico*

La cirugía funcional de la EP se plantea actualmente para algunos pacientes seleccionados con el objetivo de mejorar el control de la sintomatología cuando la respuesta al tratamiento farmacológico resulta insuficiente.

Los pacientes menores de 70 años que tengan complicaciones motoras que no mejoren con el tratamiento médico convencional, que respondan bien a la levodopa, que tengan un buen estado general sin comorbilidades significativas y que no presenten una enfermedad mental activa clínicamente significativa como,

por ejemplo, depresión o demencia, son candidatos a la estimulación cerebral profunda.

La cirugía funcional de la EP debe realizarse en centros especializados con experiencia.

- *Tratamiento no farmacológico*

Con el objetivo de conseguir el mayor grado de funcionalidad posible que permita mantener una adecuada calidad de vida, mejorar su adaptación al entorno y aumentar su autonomía, se recomienda[6] que los pacientes con Parkinson reciban, desde el inicio, terapias rehabilitadoras adaptadas a las necesidades de cada persona y al estadio de la enfermedad. El tratamiento rehabilitador se debe realizar de una forma integral, incluyendo el abordaje de los trastornos motores, las alteraciones del lenguaje y de los trastornos deglutorios entre otros. Para ello se requiere un equipo transdisciplinar que incluya distintas disciplinas como:

- fisioterapia, para reducir la rigidez y mejorar la calidad de los movimientos, el control postural, la marcha y la estabilidad previniendo así las caídas
- logopedia, para prevenir y tratar alteraciones de la voz, de la comunicación, de las funciones orofaciales y deglutorias
- terapia ocupacional, para el entrenamiento de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria
- psicología con entrenamiento y experiencia en neuropsicología, para el abordaje de los aspectos emocionales, cognitivos y conductuales.
- nutrición y dietética, para prevenir la malnutrición en pacientes con EP que cursen con disfagia, controlar el exceso de peso o mantener la ingesta proteica adecuada.

4.4 Degeneración corticobasal[7]

La degeneración corticobasal (DCB) se considera una enfermedad rara, de prevalencia incierta, pero que no supera el 5% de los casos estudiados en consultas especializadas en trastornos del movimiento.

La DCB es un trastorno degenerativo del sistema nervioso central caracterizado por un cuadro de inicio insidioso y evolución progresiva en la edad adulta que combina sintomatología extrapiramidal y neuropsicológica.

Generalmente, comienza entre la sexta y la séptima década de la vida, y la duración media del proceso es de tres a siete años. Su presentación es esporádica y no se ha demostrado preferencia por uno u otro sexo.

El perfil clínico más sugestivo de DCB consiste en parkinsonismo rígido acinético asimétrico, en el que el miembro (generalmente superior) del lado más afectado presenta una exagerada hiperflexión espontánea de características distónicas, con tendencia a la levitación, negligencia motora y dificultad para realizar movimientos, de tipo apráxico, no justificable por la rigidez y la acinesia. Otros trastornos menos frecuentemente asociados son: mioclonias reflejas, discinesias bucolinguales, atetosis, temblor de reposo, distonía axial, síndrome pseudobulbar, síndrome piramidal y marcha apráxica.

La alteración cognitiva más frecuente son las dificultades práxicas globales y asimétricas, que apuntan hacia una alteración del hemisferio contralateral al hemicuerpo más gravemente afectado desde el punto de vista extrapiramidal (apraxias ideatoria e ideomotora si el miembro más afectado en el aspecto motor es el superior derecho, y constructiva y del vestido si es el izquierdo). Es habitual la apraxia melocinética focal contralateral al hemisferio más afectado.

Es excepcional que se presente demencia desde el inicio de la enfermedad, pero a medida que ésta avanza se suele dar hasta en el 46% de los casos a los seis años del inicio. La mayoría de los afectados por la DCB padecen trastornos cognitivos más limitados, como una apraxia o trastornos sensitivos corticales así como afasia progresiva no fluente.

Junto con la distonía focal, el parkinsonismo asimétrico y la apraxia, también asimétrica, es necesaria la ausencia de alteraciones precoces en el equilibrio y la marcha, para facilitar el diagnóstico diferencial con la PSP.

Los criterios de Boeve y más recientemente los de Amstrong son los propuestos para el diagnóstico[8]. Las pruebas de imagen como la TC craneal, la RM, el PET y SPECT pueden ayudar al diagnóstico[10] y su indicación debe valorarse individualmente. En cualquier caso, la fiabilidad de los criterios diagnósticos, incluso los últimos publicados es escasa. Las evidencias disponibles llevan a aconsejar que, mientras no exista confirmación histológica, los casos que cumplan clínicamente los criterios expuestos se denominen "síndrome corticobasal", dejando el término "degeneración corticobasal" para los casos en que exista confirmación histológica[12].

El tratamiento de este síndrome es puramente sintomático. El síndrome rígido acinético presenta escasa respuesta a levodopa. Hay que realizar un tratamiento dirigido al resto de los síntomas como las mioclonías y distonía. Además, se debe llevar a cabo tratamiento rehabilitador como entrenamiento cognitivo, terapia ocupacional, fisioterapia y logopedia para el control de la disfagia y la sialorrea, pues mejora mucho la calidad de vida de los pacientes.

4.5 Parálisis supranuclear progresiva[13]

La parálisis supranuclear progresiva (PSP) es una enfermedad degenerativa del sistema nervioso central que aparece en la edad adulta, es de curso progresivo y se caracteriza por un parkinsonismo rígido-acinético de predominio axial al que de forma precoz se suman alteraciones posturales y caídas, alteración oculomotora, parálisis seudobulbar y alteraciones cognitivas de características frontosubcorticales.

Es una enfermedad rara, aunque puede suponer entre el 4 y el 6% de todos los parkinsonismos; la prevalencia aumenta con la edad y es aproximadamente de 6-7 casos por 100.000 y la incidencia anual 0,3 a 1,1 casos por 100.000. La aparición

de la PSP es esporádica, sin un claro predominio por sexo, raza o región geográfica. Existen algunos casos familiares, en general asociados a mutaciones en el gen tau (17q21.1), con herencia autosómica dominante, aunque hay descritas otras mutaciones.

En la forma clásica las alteraciones oculomotoras, aunque son el signo más característico de la enfermedad, pueden faltar en las fases iniciales o incluso no aparecer nunca. De forma característica, se observa una parálisis de la mirada vertical, en especial de la infraversión, de carácter supranuclear (los movimientos oculares en la maniobra de “ojos de muñeca” están conservados); en fases avanzadas, la afectación puede ser en todos los planos. Más frecuente, pero menos característico, es el enlentecimiento de los movimientos sacádicos, que a menudo llega a la abolición. Son características también las alteraciones palpebrales en forma de disminución de la frecuencia del parpadeo, retracción palpebral, blefaroespasmo, blefarocolisis o apraxia de la apertura o el cierre palpebral. La coexistencia de distonía facial con las alteraciones oculomotoras confiere a estos sujetos un aspecto característico (cara de sorpresa, mirada congelada)

Los pacientes tienen un síndrome pseudobulbar con disartria precoz, que empeora con el curso, pudiendo llegar a anartria. La disfagia suele aparecer en estadios avanzados, al igual que la alteración de la movilidad lingual y la labilidad emocional, con risa y llanto espasmódicos.

Las alteraciones cognitivas y conductuales son la regla y están presentes ya en el primer año de enfermedad en más de la mitad de los sujetos y en algunos constituyen el primer síntoma. Es el prototipo de demencia frontosubcortical. Las más frecuentes son las alteraciones de la motivación y el ánimo, en forma de apatía y depresión, aunque no es raro el trastorno obsesivo compulsivo. Aunque menos frecuentes, también se han descrito desinhibición, disforia, ansiedad, irritabilidad y alteraciones psicóticas[14].

Las alteraciones del sueño están presentes en casi todos los casos. La más frecuente es el insomnio, con dificultad para conciliar y mantener el sueño; se han descrito también trastornos de la conducta asociados al sueño REM.

El diagnóstico de PSP es eminentemente clínico y la verificación diagnóstica tan sólo es posible con el estudio anatomopatológico[16][17]. La realización de pruebas de neuroimagen (RM Craneal, PET-FDG, PET-FDopa, DAT-SCAn o estudio sonográfico transcraneal) puede ayudar en la diferenciación de la PSP de otros parkinsonismos y debe valorarse de manera individualizada según las recomendaciones científicas actuales.

No existe un tratamiento eficaz. Los ensayos clínicos de tratamiento son muy escasos y en su mayoría de calidad limitada. La mayor parte de estudios son series de casos en los que los fármacos evaluados se han administrado de forma abierta y sin grupo control. Los fármacos dopaminérgicos pueden producir modestas y limitadas mejorías en algunos enfermos, pero en otros pueden inducir alucinaciones o discinesias.

Hay que realizar un abordaje sintomático de todos los problemas que presenten los pacientes e incluir terapias no farmacológicas para su rehabilitación y manejo: fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, psicología, etc.

4.6 Atrofia Multisistémica [18]

La atrofia multisistémica (AMS) es un proceso clinicopatológico neurodegenerativo que afecta a los sistemas autonómico, motor y cerebeloso, que se presenta de manera esporádica en torno a la sexta década de la vida, cuya prevalencia oscila entre 1,9 y 4,9 por 100.000 habitantes y que evoluciona durante 6 a 8 años.

Cuando se da un predominio de los síntomas parkinsonianos, hablamos de atrofia multisistémica-parkinsonismo (AMS-P). Esta variante representa el 8% de los parkinsonismos. Si predomina la clínica cerebelosa, se la conoce como atrofia

multisistémica-cerebelosa (AMS-C), la cual constituye entre el 29 y el 33% de las atrofias olivo-pontocerebelosas esporádicas en adultos.

El trastorno autonómico aparece en ambas presentaciones, con hipotensión ortostática en el 68% de los pacientes (15% con síncopes recurrentes) y clínica urogenital (incontinencia y retención urinarias, y disfunción eréctil en los hombres).

La AMS-P se inicia con hipocinesia y rigidez, a las que más tarde se puede añadir temblor (postural o de acción). La estabilidad se ve afectada, pero las caídas no se presentan precozmente, al contrario que en la parálisis supranuclear progresiva. Alrededor del 30% de los pacientes mejora con la levodopa, pero esta respuesta es pasajera, y es frecuente que se presenten discinesias secundarias orofaciales y cervicales. La AMS-C se presenta con ataxia en la marcha y en los movimientos de las extremidades, disartria escándida y alteraciones oculomotoras. El deterioro funcional suele ser más lento que en la forma parkinsoniana.

En algunos casos se suman otras alteraciones, como disfunción corticoespinal con hiperreflexia y signo de Babinski, anterocolis, nistagmo y descompensación sacádica en la mirada horizontal, estridor laríngeo y trastornos de la conducta en el sueño REM[19]. El deterioro cognitivo suele ser leve o moderado y se presenta en aproximadamente un tercio de los pacientes con un perfil frontal y subcortical durante la evolución del proceso[20].

El diagnóstico es eminentemente clínico. Los criterios diagnósticos se basa en los criterios de Gilman[21]. El diagnóstico definitivo exige una confirmación patológica. Las pruebas complementarias que pueden ayudar para el diagnóstico son la RM, la PET y SPECT, y su realización debe valorarse individualmente.

El tratamiento es puramente sintomático. Los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos de la disautonomía, distonía y resto de síntomas mejoran la calidad de vida de los pacientes [20].

4.7. Situación en España de la Enfermedad de Parkinson(¡Error! arcador no definido.)

4.7.1 Morbi-mortalidad

La Calidad de Vida es un concepto que engloba la propia evaluación del paciente sobre el impacto de su enfermedad, existiendo numerosas razones para una disminución en la calidad de vida en los pacientes con EP: movilidad reducida, caídas, complicaciones motoras, trastornos afectivos, trastornos del sueño… Muchos de estos aspectos pasan desapercibidos en la evaluación clínica rutinaria, y por lo tanto es necesario contar con instrumentos aplicables para la EP de medición de Calidad de Vida que se puedan aplicar de forma sistemática. Estos nos permitirán detectar los problemas e iniciar programas destinados a paliarlos.

La tasa de hospitalización por EP (categoría G20 según la codificación CIE10) ajustada por edad por cada 100000 habitantes para ambos sexos fue 4.3 en el año 2018, alcanzando el máximo en el grupo de edad de 75-79 años con una tasa de 20.08. La estancia media hospitalaria en personas con el diagnóstico principal de Parkinson (categoría G20 de CIE10) fue de 9.48 días en el año 2018[(22)].

Para medir la carga de enfermedad en la población se usa el parámetro Dissability Adjusted Life Years (DALY) como medida de mortalidad prematura y discapacidad, ya que equivale a años sanos de vida perdidos por una determinada condición. Se encuentran valores de DALY para la EP en España superiores a los del mundo y Europa (84 por 100.000 habitantes) con la discapacidad como principal factor contribuyente [(23)].

En España las tasas mortalidad ajustadas por edad por EP (categoría G20 según la codificación CIE10)[(24)] por cada 100000 habitantes han pasado de 2,62 en el año 1999 a 3.84 en el año 2018. Considerando también otros parkinsonismos (incluyendo la categoría G21 y G22 codificación CIE10) las tasas ajustadas de mortalidad por cada 100000 habitantes fueron 2,67 en el año 1999 y 3.93 en el año 2018, con una tasa de mortalidad específica mayor en varones (5.25 en varones frente 3.01 en mujeres en 2018).

Un estudio[25] realizado entre los años 1989 y 1998 encontró como dato interesante la existencia de un "gradiente de mortalidad" geográfica, de forma que la mortalidad más alta se encontró en las provincias del norte comparadas con las del sur de España, y también mayor en áreas rurales que en urbanas. Así se encontraron zonas de alta mortalidad en el área noreste del Bajo Ebro y Cataluña, sobre todo en Tarragona, y baja mortalidad en el sudeste, en un área que comprende a las provincias de Jaén, Granada, Almería, Albacete y Murcia. En ese periodo esta distribución parecía superponible al consumo de levodopa en España durante los años 1990-1995, con altas ventas en el norte y bajas en el sur, por lo que el patrón parece corresponder con áreas selectivas de infradiagnóstico de enfermedad de Parkinson, y no con factores etiológicos de aparición de la enfermedad. También en ese estudio se identificaron algunos municipios aislados o agrupados con alta mortalidad cerca de plantas industriales, por lo que no se puede excluir que estos "puntos calientes" no reflejaran la posibilidad de la existencia de factores genéticos y ambientales inductores de parkinsonismo, sugiriendo la necesidad de realizar estudios etiológicos concretos en esas zonas.

4.7.2 Necesidades de Atención de los pacientes con Enfermedad de Parkinson en España

La atención al paciente con EP y parkinsonismos es compleja. Tal y como aparece reflejado en la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad del SNS[37], el proceso de atención precisa estar bien planificado y organizado para atender las necesidades biopsicosociales tanto de los pacientes como de los familiares/cuidadores, asegurando de esta manera la continuidad asistencial, una atención de calidad y evitando la fragmentación de los cuidados.

Debe garantizarse la atención a las personas con EP en el sistema y ámbito más adecuado, y por los profesionales que mejor puedan dar respuesta a sus necesidades, fomentando una atención integral y transdisciplinar. Esto requiere en

gran medida el apoyo de tres pilares fundamentales: la familia, los servicios sanitarios y los servicios sociales.

A través de un único Plan Individualizado de Atención, desde el inicio y durante todo el proceso, deben coordinarse y gestionarse todos los recursos sanitarios y sociales, siendo fundamental para ello el desarrollo de circuitos integrados de atención (vías clínicas, rutas asistenciales, redes asistenciales…). Para facilitar el seguimiento, la aplicación y la continuidad de esta atención sociosanitaria es importante favorecer el impulso de la figura del gestor de casos.

La complejidad del manejo de la persona con EP aumenta especialmente en las fases avanzadas. A medida que la enfermedad progresa la ventana terapéutica para conseguir un buen control sintomático sin efectos adversos o complicaciones derivadas del tratamiento médico se estrecha, siendo necesario el abordaje en centros con experiencia. Es importante la identificación temprana de estos pacientes para que puedan optar a tratamientos de segunda línea individualizados que se adapten a sus necesidades.

Se cuenta con las siguientes Centros y Servicio de Unidades de Referencia para la “Cirugía de los trastornos del movimiento” en el SNS a día de hoy:

- Hospital U. Ramón y Cajal (Madrid)
- Complexo Hospitalario U. de Santiago (Galicia)
- Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves (Andalucía)
- Hospital U. Central de Asturias (Asturias)
- Hospital Clínic i Provincial de Barcelona (Cataluña)
- Hospital de Cruces (País Vasco)
- Hospital Universitario de la Princesa (Madrid)
- Hospital U. y Politécnico La Fe (Valencia)

También existen los siguientes Centros y Servicios de Unidades de Referencia de enfermedades raras que cursan con trastornos del movimiento:

- Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío (Andalucía)

- Hospital U. y Politécnico La Fe (C. Valenciana)
- Agrupació Sanitària Hospital Clínic-Sant Joan de Déu (Cataluña)
- Hospital U. Ramón y Cajal (Madrid)
- Hospital U. Clínico San Carlos (Madrid)
- Hospital General U. Gregorio Marañón (Madrid)

Las personas con EP avanzada en la última fase de la vida presentan una discapacidad severa y una gran comorbilidad. En esta situación, se debe facilitar el acceso a los Cuidados Paliativos, con el objetivo de aliviar el sufrimiento físico y psicológico, proporcionando confort y bienestar tanto al enfermo como a sus familiares/cuidadores. Esta atención se enmarca dentro de la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS[38].

Los motivos de consulta en urgencias de pacientes con EP son diversos, afectando de forma mayoritaria a pacientes en estadios avanzados con comorbilidades, movilidad reducida y menor calidad de vida. Cobran especial importancia los motivos relacionados con las terapias farmacológicas, tanto el inicio como el cambio o la retirada de tratamientos, ya que un inadecuado manejo de los mismos pueden producir en el paciente un deterioro físico y psicológico abrupto. Además, el hecho de que las terapias de segunda línea se estén empleando en un creciente número de pacientes en los últimos años, supone que sea necesaria la elaboración de protocolos en los Servicios de Urgencias que contemplen el abordaje de las complicaciones más frecuentes que pueden presentar estos pacientes como consecuencia de este tipo de dispositivos hasta ser valorados por la correspondiente unidad médico-quirúrgica o neurólogo de referencia.

La atención social debe ser un pilar importante en la atención a los pacientes con EP y otros parkisonismos. El desarrollo de recursos dirigidos tanto al mantenimiento funcional, retrasando la aparición de situaciones de dependencia, así como al soporte del entorno familiar y a la inclusión social, deben formar parte del espectro de servicios de atención a estos pacientes. Es recomendable que

existan criterios de derivación, admisión y alta para cada recurso asistencial de los servicios sociales.

La EP provoca una pérdida de la capacidad funcional del individuo, una disminución progresiva de la autonomía personal del individuo que pasa a depender de los cuidados de otra persona, habitualmente un familiar. El proceso de planificación anticipada de decisiones debería ser un elemento fundamental en la atención de estos enfermos para así establecer un plan conjunto que permita tomar decisiones sanitarias coherentes con sus deseos. Debe informarse y promoverse la realización del Documento de Instrucciones Previas o Voluntades Anticipadas debiendo quedar registrado en la historia clínica de cada paciente y actualizarse con cierta periodicidad.

En la atención a la EP, las asociaciones de pacientes pueden ofertar parte del tratamiento integral de las personas con Párkinson, que incluye la estimulación cognitiva, la fisioterapia, la logopedia, la terapia ocupacional y el apoyo psicológico. Las asociaciones, además, son un punto importante de referencia para aportar información a los pacientes y a sus familiares. En este sentido las asociaciones desarrollan cursos de formación, charlas y talleres sobre aspectos de la enfermedad dirigidos tanto a cuidadores como a afectados.

5 ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON Y OTROS PARKINSONISMOS

El abordaje de la enfermedad de Parkinson y parkinsonismos se llevará a cabo en el marco de las Líneas estratégicas de la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas y sus Objetivos generales y específicos.

5.1 CRITERIOS DE ATENCIÓN

5.1.1 Diagnóstico temprano

- Se promoverá la identificación temprana de signos y síntomas de la Enfermedad de Parkinson y otros parkinsonismos por parte de todos los profesionales sanitarios, especialmente en Atención Primaria.
- Las personas con sospecha de Parkinson y parkinsonismos, derivadas desde Atención Primaria, serán atendidos en primera consulta por el neurólogo en un plazo no superior a dos meses.

5.1.2 Proceso de Atención

- Las personas con Parkinson y parkinsonismo dispondrán, desde el inicio, de un único Plan Individualizado de Atención que incluya:
  - Diagnóstico, valoraciones y terapéutica médica.
  - Valoraciones y cuidados de enfermería.
  - Plan individual de rehabilitación, incluyendo las terapias de fisioterapia, logopedia, psicología, terapia ocupacional con entrenamiento en AVD, y nutrición.
  - Valoración de las situaciones de riesgo social y psicosocial potencial asociado a la trayectoria de la enfermedad y a las necesidades de apoyo

de cada persona. Elaboración de un itinerario social adecuado con la tramitación de las prestaciones y recursos que requiera.

- Identificación de profesionales de referencia
- Identificación de la persona cuidadora principal.
- Plan de Instrucciones previas, cuando la persona con EP o parkinsonismo haya recibido toda la información que precise y haya dispuesto del tiempo suficiente para afrontar su enfermedad y organizar su toma de decisiones.
- En el Plan de Atención Individualizada se realizará un especial seguimiento de:
  - Manejo de fluctuaciones motoras y discinesias. Prevención de caídas y lesiones.
  - Manejo de las disautonomías como hipotensión ortostática, síntomas gastrointestinales, alteraciones urinarias, disfunción sexual y dolor.
  - Prevención y manejo de la desnutrición. Detección temprana de la disfagia.
  - Prevención, detección y manejo de síntomas cognitivos y conductuales.
  - Trastornos del sueño.
  - Úlceras por presión.
  - Trastornos del habla y de comunicación.
  - Adherencia a la medicación y seguimiento de los efectos y seguridad de los fármacos.
- Todo paciente deberá tener una pauta de seguimiento en consultas de neurología que será adaptada en función de las necesidades individuales de la persona y del curso de la enfermedad
- Las personas con EP avanzada serán detectadas de forma temprana por parte de los neurólogos para valorar la indicación de tratamientos de segunda línea individualizados que se adapten a sus necesidades.

- En los casos en los que esté indicado, las personas con Parkinson tendrán acceso a tratamiento de cirugía de Parkinson u otros tratamientos de segunda línea en un plazo no superior a 6 meses.
- Las personas con Parkinson y parkinsonismos complejos o con necesidades específicas podrán solicitar una segunda opinión y/o ser valoradas en Unidades de Referencia o consultas específicas de trastornos del movimiento designadas por las Comunidades Autónomas.
- Las personas con EP y parkinsonismo recibirán información en relación a las prestaciones sociales y recursos que puedan beneficiarles acorde a su situación personal con evaluaciones periódicas. Recibirán información sobre solicitud de productos y dispositivos de apoyo, adaptaciones del domicilio; así como una especial valoración de la situación de dependencia y discapacidad.

5.1.3 Cuidados Paliativos

- Identificación temprana de personas con Parkinson y parkinsonismo en fase avanzada o al final de la vida.
- Los pacientes en esta situación recibirán atención de cuidados paliativos en su zona básica y área de salud, a nivel domiciliario y/o hospitalario y con los equipos de soporte específicos que precisen de acuerdo con sus necesidades y en el momento apropiado, adaptado a las distintas situaciones y delimitaciones territoriales. Esta atención se enmarca dentro de la Estrategia de Cuidados Paliativos.

5.1.4 Derechos y Autonomía del paciente

- Las personas con Parkinson y parkinsonismo recibirán la información y asesoramiento adecuados para que puedan ejercer sus derechos según contempla la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de

información y documentación clínica, las normativas autonómicas donde las hubiera, y los objetivos contenidos en la Línea Estratégica 5 de la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas.

- En el marco de la atención social, se les informará de los aspectos legales y jurídicos sobre pensiones, solicitudes de discapacidad, incapacitación legal, asesoramiento laboral, etc.
- Se dará especial énfasis a la realización de las Instrucciones Previas y a otras decisiones legales y jurídicas. Deberá registrarse en la historia clínica la existencia de tal documento en el caso de que lo hubiera.

5.1.5 Atención a la familia y/o cuidadores:

- Realizar, desde el inicio, una valoración integral de la familia del paciente, acorde con los objetivos especificados en la línea estratégica 3 (Apoyo a las personas cuidadoras) de la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas[40].
- En el marco de la atención social, se les informará de los aspectos legales y jurídicos sobre pensiones, solicitudes de discapacidad y valoración de dependencia, incapacitación legal, etc.
- Implantar protocolos de autorización de acompañamiento del paciente con EP por su cuidador/familiar con el fin de mejorar la accesibilidad de estos pacientes y de sus cuidadores/familiares a los servicios sanitarios.

5.2 CRITERIOS ESTRATÉGICOS Y DE GESTIÓN

5.2.1 Planes Integrales

- Las Comunidades Autónomas elaborarán planes integrales de Enfermedades Neurodegenerativas que incluya la atención sanitaria y social a las personas con Parkinson y parkinsonismo para la implantación de los objetivos contenidos en la estrategia.

5.2.2 Procesos Integrados de Atención/ Vías Clínicas

- Las Comunidades Autónomas implantarán procesos integrados de atención y/o vías clínicas, rutas o redes asistenciales, basados en la evidencia, para la coordinación efectiva y ágil de los recursos disponibles en atención primaria, atención hospitalaria, recursos sociales y de dependencia, y los servicios de rehabilitación en todos sus aspectos. Se impulsará la figura del gestor de casos como coordinador de todo el Proceso asegurando la continuidad asistencial y dinamizando la toma de decisiones efectiva y eficiente.
- Se incluirá la normalización y simplificación de los trámites para la obtención de los procedimientos, preparados y ayudas diversas precisas, así como para el acceso a la cirugía de Parkinson en los casos en los que exista indicación.

5.2.3 Mapa de Recursos

- Las Comunidades Autónomas diseñarán un mapa de recursos sanitarios y sociales de atención Parkinson y parkinsonismo en todos los niveles y áreas, incluyendo su cartera de servicios.
- Se identificará o, en su caso, se creará, al menos, un dispositivo multidisciplinar, Unidad o Consulta de Trastornos del Movimiento por Comunidad Autónoma.
- Ese mapa de recursos estará accesible y disponible en la páginas webs de los servicios de salud y sociales de la Comunidad Autónoma, en folletos y otros dispositivos.

5.2.4 Participación:

- Las Comunidades Autónomas desarrollará los objetivos contenidos en la Línea Estratégica 6 de la Estratega en Enfermedades Neurodegenerativas[40], especialmente en el fomento y participación de las asociaciones de familiares y pacientes de Parkinson y parkinsonismo.

5.3 CRITERIOS DE PROCESOS DE SOPORTE

5.3.1 Capacitación de Profesionales

- Los profesionales de Atención Primaria y otras especialidades recibirán sensibilización y formación en el abordaje de estas patologías, dentro del Plan de Sensibilización y Formación en Enfermedades Neurodegenerativas.

5.3.2 Fomento de la investigación

- La Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas fomentarán la creación de redes de investigación sobre el Parkinson y parkinsonismo con el objetivo de compartir el conocimiento disponible y favorecer la investigación epidemiológica, etiológica, clínica, traslacional, sociosanitaria, de servicios, así como los ensayos clínicos que se están llevando a cabo en los hospitales a nivel nacional.

5.3.3 Sistemas de información

- Potenciar el uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC) para el desarrollo de una historia clínica compartida entre los distintos niveles asistenciales sanitarios y sociales.

6 EVALUACIÓN

Para la evaluación del Abordaje al Parkinson y otros parkinsonismos se utilizarán una serie de indicadores y criterios de evaluación consensuados con las Comunidades Autónomas que se incluirán en un próximo informe de Evaluación de la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del SNS previsto para el año 2021.

ABREVIATURAS

AMS: Atrofia Multisistémica

AMS-C: atrofia multisistémica-cerebelosa

AMS-P: atrofia multisistémica-parkinsonismo

AP: Atención Primaria

APVP: años potenciales de vida perdidos

BDCAP: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria

CC.AA.: Comunidades Autónomas

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos

DALY: Dissability adjusted life years

DCB: Degeneración Corticobasal

DDD: Dosis diaria definida

ECP: Estimulación cerebral profunda

EDAD: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia

EP: Enfermedad Parkinson

ICAS: Infusión continua de apomorfina subcutánea

ICLI: Infusión continua de levodopa intraduodenal

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

INE: Instituto Nacional de Estadística

MPTP: Neurotoxina

MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

NINDSS: Nacional Institute of Neurological Disorder and Stroke

OMS: Organización Mundial de la Salud

PET: Tomografía por emisión de positrones

PSP: Parálisis Supranuclear Progresiva

REM: Rapid Eye Movement

RM: Resonancia Magnética

SAAD: Sistema de Autonomía Personal y Atención a las situaciones de Dependencia

SISAAD: Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

SNS: Sistema Nacional de Salud

SNpc: Parte compacta de la sustancia negra

SPECT: tomografía computarizada de emisión monofotónica

TAC: Tomografía Axial Computerizada

BIBLIOGRAFÍA

1. Ros Bernal F, Barcia C, Fernández Villalba E, de Pablos V, Herrero MT. Modelos experimentales en Enfermedad de Parkinson. Guía oficial de práctica clínica en la enfermedad de Parkinson 2010. Editores: Pedro García Ruiz-Espiga y Juan Carlos Martínez Castrillo
2. Rocío García-Ramos, Eva López Valdés, Loreto Ballesteros, Silvia de Jesús y Pablo Mir. Informe de la Fundación del cerebro sobre el impacto social de la Enfermedad de Parkinson. Disponible en: http://www.fundaciondelcerebro.es/docs/informe_parkinson.pdf
3. De Rijk MC, Tzourio C, Breteler MM, Dartigues JF, Amaducci L, Lopez-Pousa S, et al. Prevalence of parkinsonism and Parkinson's disease in Europe: the EUROPARKINSON Collaborative Study. European Community Concerted Action on the Epidemiology of Parkinson's disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1997 Jan;62(1):10-5.
4. Hely MA, Morris JG, Reid WG, Trafficante R. Sydney Multicenter Study of Parkinson's disease: non-L-dopa-responsive problems dominate at 15 years. Mov Disord. 2005 Feb;20(2):190-9.
5. Postuma RB, Berg D, Stern M, Poewe W, Olanow CW, et al. S clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease Mov Disord. 2015 Oct;30(12):1591-601
6. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Enfermedad de Parkinson. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_546_Parkinson_IACS_compl.pdf
7. J.L. Dobato Ayuso y M.A. Ponce. Degeneración Corticobasal. Guía oficial para la práctica clínica en Demencias: conceptos, criterios y recomendaciones 2009. Editores: Jose Luis Molinuevo y Jordi Peña-Casanova.
8. Armstrong MJ1, Litvan I, Lang AE, Bak TH, Bhatia KP, Borroni B, et al. Criteria for the diagnosis of corticobasal degeneration. Neurology 2013;80:496–503
9.
10. Alexander SK, Rittman T, Xuereb JH, Bak TH, Hodges JR, Rowe JB. Validation of the new consensus criteria for the diagnosis of corticobasal degeneration. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2014 Aug;85(8):925-9.
11. Hughes AJ, Daniel SE, Ben-Shlomo Y, Lees AJ. The accuracy of diagnosis of parkinsonian syndromes in a specialist movement disorder service. Brain 2002;125:861–70
12. Boeve BF. The multiple phenotypes of corticobasal syndrome and corticobasal degeneration: implications for further study. J Mol Neurosci 2011;45:350–3

13. C. Carnero Pardo. PARÁLISIS SUPRANUCLEAR PROGRESIVA. Guía oficial para la práctica clínica en Demencias: conceptos, criterios y recomendaciones 2009. Editores: Jose Luis Molinuevo y Jordi Peña-Casanova.
14. Liscic RM, Srulijes K, Gröger A, Maetzler W, Berg D. Differentiation of progressive supranuclear palsy: clinical, imaging and laboratory tools. Acta Neurol Scand. 2013 May;127(5):362-70.
15. Dickson DW, Ahmed Z, Algom AA, Tsuboi Y, Josephs KA. Neuropathology of variants of progressive supranuclear palsy. Curr Opin Neurol. 2010. Aug; 23(4):394-400.
16. Respondek G, Roeber S, Kretzschmar H, Troakes C, Al-Sarraj S, Gelpi E, et al. Accuracy of the National Institute for Neurological Disorders and Stroke/Society for Progressive Supranuclear Palsy and neuroprotection and natural history in Parkinson plus syndromes criteria for the diagnosis of progressive supranuclear palsy. Mov Disord. 2013 Apr;28(4):504-9.
17. Höglinger GU, Respondek G, Stamelou M, Kurz C, Josephs KA, Lang AE, Mollenhauer B, Müller U, Nilsson C, Whitwell JL, Arzberger T, Englund E, Gelpi E, Giese A, Irwin DJ, Meissner WG, Pantelyat A, Rajput A, van Swieten JC, Troakes C, Antonini A, Bhatia KP, Bordelon Y, Compta Y, Corvol JC, Colosimo C, Dickson DW, Dodel R, Ferguson L, Grossman M, Kassubek J, Krismer F, Levin J, Lorenzl S, Morris HR, Nestor P, Oertel WH, Poewe W, Rabinovici G, Rowe JB, Schellenberg GD, Seppi K, van Eimeren T, Wenning GK, Boxer AL, Golbe LI, Litvan I; Movement Disorder Society-endorsed PSP Study Group. Clinical diagnosis of progressive supranuclear palsy: The movement disorder society criteria. Mov Disord. 2017 Jun;32(6):853-864
18. M.A. Ponce Villares y J.L. Dobato Ayuso. ATROFIA MULTISISTÉMICA. Guía oficial para la práctica clínica en Demencias: conceptos, criterios y recomendaciones 2009. Editores: Jose Luis Molinuevo y Jordi Peña-Casanova.
19. Wenning GK, Geser F, Krismer F, Seppi K, Duerr S, Boesch S, et al; European Multiple System Atrophy Study Group. The natural history of multiple system atrophy: a prospective European cohort study. Lancet Neurol. 2013 Mar;12(3):264-74.
20. Asi YT, Ling H, Ahmed Z, Lees AJ, Revesz T, Holton JL. Neuropathological features of multiple system atrophy with cognitive impairment. Mov Disord. 2014 Jun;29(7):884-8.
21. Gilman S, Wenning GK, Low PA, et al. Second consensus statement on the diagnosis of multiple system atrophy. Neurology. 2008;71(9):670-676.
22. Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. Registro de Actividad de Atención Especializada – RAE-CMBD. Dirección de la web: https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/PUBLICOSNS

23. Cubo E, Alvarez E, Morant C, de Pedro Cuesta J, Martínez Martín P, Génova R, Freire JM. Burden of disease related to Parkinson's disease in Spain in the year 2000. Mov Disord. 2005 Nov;20(11):1481-7
24. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Disponible http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/G20
25. Jesús de Pedro-Cuesta*1, Eduard Rodríguez-Farré2,3 and Gonzalo Lopez- Abente. Spatial distribution of Parkinson's disease mortality in Spain,1989-1998, as a guide for focused aetiological research orhealth-care intervention. BMC Public Health 2009, 9:445 (1-14)
26. Lindgren P, S. van Campenhausen, Spottke EA, Siebert U, Dodel R. Cost of Parkinson's disease in Europe. Eur J Neurol 2005;12:68-73.
27. Findley L, Aujla M, Baker M, Beech C, Browman C, Holmes J, et al. Direct economic impact of Parkinson's disease: a research survey in the United Kingdom. Mov Disord 2003;18:1139-1189.
28. Winter Y, von Campenhausen S, Reese JP, Balzer-Geldsetzer M, Longo K, Spiga G et al. Costs of Parkinson's Disease and Antiparkinsonian Pharmacotherapy: An Italian Cohort Study. Neurodegener Dis. 2010;7:365-372.
29. Cubo E, Martínez Martin P, González M, Frades B; miembros del grupo ELEP. Impact of motor and non-motor symptoms on the direct costs of Parkinson's disease. Neurologia 2009;24:15-23.
30. Valldeoriola F, Puig-Junoy J, Puig-Peiró R; Workgroup of the SCOPE study. Cost analysis of the treatments for patients with advanced Parkinson's disease: SCOPE study. J Med Econ 2013;16:191-201
31. Puig-Junoy J, Puig Peiró R. Revisión de la evidencia económica sobre el uso de la estimulación cerebralprofunda en la enfermedad de Parkinson avanzada. Neurologia 2009;24:220-229.
32. Epidemiologìa de EP y su contextualización mundial. J Benito-León Rev Neurol. 2018 Feb 16;66(4):125-134
33. Demencia y deterioro cognitivo leve en la enfermedad de Parkinson: una revisión. Y. Bocanegra, N. Trujillo-Orrego, D. Pineda Rev Neurol 2014; 59 (12): 555-569.
34. Suwijn et al. The diagnostic accuracy of dopamine transporter SPECT imaging to detect nigrostriatal cell loss in patients with Parkinson's disease or clinically uncertain parkinsonism: a systematic review. EJNMMI Research (2015) 5:12
35. https://www.fisterra.com/guias-clinicas/enfermedad-parkinson/
36. Recomendaciones de Práctica Clínica en la Enfermedad de Parkinson. Grupo Andaluz de Trastornos del Movimiento. Sociedad Andaluza de Neurologia 2017
37. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en

https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

38. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Disponible en http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf
39. R Luquin et al. Consensus on the Definition of Advanced Parkinson's Disease: A Neurologists-Based Delphi Study (CEPA Study) Parkinsons Dis. 2017;2017:4047392. doi: 10.1155/2017/4047392. Epub 2017 Jan 23
40. Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud. Disponible en http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Est_Neurodegenerativas_APROBADA_C_INTERTERRITORIAL.pdf

ANEXO 43

INFORME DE EVALUACIÓN Y LÍNEAS PRIORITARIAS DE ACTUACIÓN SOBRE LA ESTRATEGIA EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y MUSCULOESQUELÉTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ESTRATEGIA EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y MUSCULOESQUELÉTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

INFORME DE EVALUACIÓN Y LÍNEAS PRIORITARIAS DE ACTUACIÓN

Índice

Índice de tablas ..... - 5 -
Índice de figuras ..... - 6 -

1 Introducción ..... - 8 -

2 Metodología ..... - 9 -

3 Resultados de los indicadores y conclusiones ..... - 13 -
3.1 Indicadores Globales ..... - 13 -
3.2 Línea estratégica 1. Equidad y salud en todas las políticas: promoción de la salud y prevención de la enfermedad ..... - 30 -
3.3 Línea estratégica 2. Capacitación y autonomía ..... - 49 -
3.4 Línea estratégica 3. Atención sanitaria y social ..... - 52 -
3.5 Línea estratégica 4. Gestión de información sanitaria y sistemas de información ..... - 66 -
3.6 Línea estratégica 5. Formación e investigación ..... - 71 -

4 Líneas de actuación prioritarias ..... - 85 -

5 Abreviaturas y acrónimos ..... - 88 -

6 Bibliografía ..... - 89 -

7 Anexos ..... - 91 -
Anexo I. Líneas Estratégicas y Objetivos ..... - 91 -
Anexo II. Fichas técnicas de los indicadores ..... - 95 -
Anexo III. Cuestionario a las CC. AA. ..... - 105 -
Anexo IV. Proyectos de investigación en ERyMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género ..... - 109 -
Anexo V. Buenas Prácticas (BBPP). ..... - 110 -

COMITÉ TÉCNICO

Coordinación Científica

Rosario García de Vicuña Pinedo. Jefe de Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa. Madrid

Sociedades científicas

Asociación Española de Fisioterapeutas: Mª Eugenia Sánchez Llanos

Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria: Mª José Peña Gascón

OpenReuma: Milena Gobbo Montoya

Sociedad Española de Fisioterapia y Dolor: Rafael Torres Cueco

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria: Francisco V. Martínez García

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria: Alejandro Tejedor Varillas

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia: Rafael Belenguer Prieto

Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria: Ildefonso Hernández Aguado

Sociedad Española de Reumatología: Juan Angel Jover

Sociedad Española de Medicina Interna. Coordinadora del Grupo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la: Patricia Fanlo

Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física: Rafael Peñalver Castellano

Asociaciones de pacientes

Asociación Española con la Osteoporosis y la Artrosis: Josep Vergés Milano

Coordinadora Española Asociaciones Espondilitis: Pedro Plazuelo Ramos

Coordinadora Nacional de Artritis y Confederación Española de personas afectadas por reumatismos: Antonio Ignacio Torralba Gómez-Portillo

Fundación Afectados Fibromialgia y Sociedad Española de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica: Antonio Collado Cruz.

Fundación Internacional de enfermedades Osteoarticulares: Josep Vergés Milano

Liga Reumatológica Española: Victoria Romero Pazos

Expertos/colaboradores:

Lydia Abásolo Alcázar

Loreto Carmona Ortells

Celia Iglesias

COMITÉ INSTITUCIONAL

Comunidades autónomas:

Andalucía: José Pérez Venegas

Aragón: Vicente Alcubierre Moreu

Asturias, Principado de: Luis Gago Argüello

Balears, Illes: Eusebio Castaño Riera, Antonio Juan Mas

Canarias: Javier Lobato González

Cantabria: Javier Rueda Gotor

Castilla y León: Belén Alonso Fernández, José Manuel Otto Terrer

Castilla-La Mancha: Carmen Encinas

Cataluña: Xavier Surís Armangué

Comunitat Valenciana: José Román Ivorra

Extremadura: María Teresa Porcel López

Galicia: Susana Romero Yuste

Madrid, Comunidad de: Pilar Sánchez-Pobre Bejarano, Ana Cristina García Álvarez

Murcia, Región de: Josefa Marín López

Navarra, Comunidad Foral de: Concepción Fito Manteca

País Vasco: Alberto Alonso Ruiz

Rioja, La: Juan Antonio López Martin

Ministerio de Ciencia e Innovación

Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT): Joseba Sanmartín Sola

Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones

Juan Antonio Martinez Herrera

Ministerio de Sanidad

Coordinación Técnica: Teresa Hernández Meléndez. Jefa de Servicio. Subdirección General de Calidad Asistencial. Ministerio de Sanidad

Dirección General Salud Pública: Pilar Aparicio Azcárraga.

Subdirección General de Calidad Asistencial: Yolanda Agra Varela.

Área de Prevención de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención: Soledad Justo Gil. Jefa de Servicio. Inés Zuza Santacilia. Técnica Superior

Subdirección General de Información Sanitaria: Juan Pablo Gómez Cuadrado. Técnico Superior. Félix Miguel García. Jefe de Área

Observatorio de Salud de las Mujeres: Rosa M. López Rodríguez. Coordinadora de Programas

INGESA (Ceuta-Melilla): Antonia Blanco Galán

Índice de tablas

Tabla 1. Tasa de altas hospitalarias por enfermedad osteoarticular por 1.000 personas (2017)

Tabla 2. Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de cadera por 1.000 personas (2017) desagregada por edad y sexo.

Tabla 3. Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de rodilla por 1.000 personas (2017) desagregada por edad y sexo

Tabla 4. Respuestas al cuestionario sobre la pregunta ¿Existe en su CC. AA. algún tipo de acción, estrategia, plan, programa, campaña etc., iniciados para al abordaje de las ERyMEs?

Tabla 5. Respuestas al cuestionario sobre la línea estratégica 3: Atención sanitaria y social

Tabla 6. Número de plazas de Fisioterapeuta/terapeuta ocupacional en AP (2017 y 2018)

Tabla 7. Número de procesos de IT por lumbago, cervicalgia, ciática, mialgia/miositis, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante (2017 a 2019)

Tabla 8. Duración media de procesos de IT por lumbago, cervicalgia, ciática, mialgia/miositis, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante (2017 a 2019)

Tabla 9. Duración media de procesos de IT desagregado por sexo para lumbago, cervicalgia, ciática, mialgia/miositis, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante (2017 a 2019)

Tabla 10. Datos de Incapacidad permanente por ERyMEs (años 2018 y 2019).

Tabla 11. Dosis diarias de AINE y analgésicos opiáceos por cada mil personas con y sin problemas osteoarticulares

Tabla 12. Situación de la HCDSNS a 31/01/2021

Tabla 13. Cuestionario a las CC. AA. ¿Existe en su CC. AA. disponibilidad de herramientas TIC de apoyo a la decisión clínica integradas en la HCE para ERyMEs tanto en atención primaria como en atención hospitalaria?

Tabla 14. Resultados del objetivo 8. Cuestionario a las CC. AA.

Tabla 15. Investigadores Principales (IP) y centros de la red RIER de la convocatoria 2012. (2013-2017).

Tabla 16. IP de los grupos clínicos asociados de la red RIER de la convocatoria 2016. (2017-2021).

Tabla 17. Fuentes de datos para los indicadores de la Estrategia en ERyMEs del SNS.

Tabla 18. Evolución del porcentaje de publicaciones que incluyen la investigación en determinantes sociales de entre las publicadas en ERyMEs.

Tabla 19. Evolución del porcentaje de proyectos de investigación en ERyMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género.

Tabla 20. Evolución del porcentaje de proyectos de investigación multicéntricos y pluridisciplinares en relación con patologías musculoesqueléticas de alto impacto social.

Índice de figuras

Figura 1. Prevalencia de enfermedad osteoarticular autodeclarada (16 y más años) por sexo. España 2011- 2017. Tasa por 100 habitantes

Figura 2. Prevalencia de enfermedad osteoarticular declarada por grupos de edad. España 2017.Tasa por 100 habitantes.

Figura 3. Prevalencia de enfermedad osteoarticular declarada en España desagregado por CC. AA. por 100 habitantes en el año 2017

Figura 4. Edad media de la población por comunidad autónoma. 2017 INE.

Figura 5. Prevalencia de artrosis, osteoporosis, síndromes lumbares y síndromes del cuello en AP (2017) por grandes grupos de edad y sexo por cada 100 personas asignadas en AP

Figura 6. Prevalencia de artrosis, osteoporosis, síndromes lumbares, síndromes del cuello y artritis reumatoide en AP (2017) por nivel de renta por cada 100 personas asignadas en AP.

Figura 7. Tendencia de la tasa de altas hospitalarias por enfermedad osteoarticular por cada 1.000 personas

Figura 8. Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de cadera en España desagregado por CC. AA. por 1.000 habitantes (2017).

Figura 9. Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de cadera en España desagregado por CC. AA. y por sexo por 1.000 habitantes (2017).

Figura 10. Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de rodilla en España desagregado por CC. AA. por 1.000 habitantes (2017).

Figura 11. Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de rodilla en España desagregado por CC. AA. y por sexo por 1.000 habitantes (2017).

Figura 12. Tasa de altas por fractura de cadera en ≥ de 65 años desagregada por CC. AA (2017). Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CMBD. MS

Figura 13. Tendencia de la tasa de altas por fractura de cadera en ≥ de 65 años desagregada por sexo (2013-2017)

Figura 14. Tendencia de la tasa de mortalidad intrahospitalaria tras fractura de cadera por cada 100 altas por dicho diagnóstico en España (2013-2017).

Figura 15. Tasa de mortalidad intrahospitalaria por fractura de cadera en España desagregado por CC. AA. por 1.000 habitantes en el año 2017.

Figura 16: Tendencia de la tasa de mortalidad por enfermedad osteoarticular ajustada por edad por cada 100.000 habitantes en España, año 1999 a 2017 y 2013 a 2017.

Figura 17: Tendencia de la tasa de mortalidad prematura por enfermedad osteoarticular por cada 100.000 habitantes en España, año 1999 a 2017 y 2013 a 2017

Figura 18. Personas con discapacidad por tipo de primera deficiencia que ocurre, porcentaje sobre el total. Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad. AÑO 2018

Figura 19. Prevalencia auto declarada de sobrepeso en población adulta (18 y más años) por sexo. España 1993- 2017. Tasa por 100 habitantes.

Figura 20. Distribución de la prevalencia de sobrepeso en población adulta (18 y más años). 2017. Tasa por 100 habitantes.

Figura 21. Prevalencia de obesidad auto declarada en población adulta (18 y más años) según sexo. España 1993-2017. Tasa por 100 habitantes

Figura 22. Distribución de la prevalencia de obesidad auto declarada en población adulta (18 y más años). Tasa por 100 habitantes.

Figura 23. Prevalencia de obesidad en población adulta (18 y más años) según sexo, nivel de estudios (Básico e inferior, intermedio y superior) y ocupación, de la más aventajada (I) a la más desaventajada (VI) del año 2017. Tasa por 100 habitantes.

Figura 24. Tendencia de la prevalencia de sedentarismo durante el tiempo de ocio en población adulta por sexo. España 1993- 2017. Tasa por 100 habitantes.

Figura 25. Distribución de la prevalencia de sedentarismo durante el tiempo de ocio en población adulta por CC. AA. en el año 2017 Tasa por 100 habitantes.

Figura 26. Prevalencia de sobrepeso, obesidad y sedentarismo en población adulta por sexo y nivel de estudios. España 2017. Tasa por 100 habitantes.

Figura 27. Prevalencia de sobrepeso, obesidad y sedentarismo en el tiempo libre en población adulta por clase social basada en la ocupación, de la más aventajada (I) a la más desaventajada (VI). España 2017. Tasa por 100 habitantes.

Figura 28. Prevalencia declarada de obesidad en población infantil (2 a 17 años) desagregado por sexo. España 2003-2017. Tasa por 100 habitantes.

Figura 29. Prevalencia declarada de obesidad en población infantil (2 a 17 años) según sexo, y clase social basada en la ocupación (I a VI) del año 2017. Tasa por 100 habitantes.

Figura 30. Distribución de la prevalencia declarada de obesidad en población infantil (2 a 17 años). Tasa por 100 habitantes.

Figura 31. Distribución de la prevalencia declarada de obesidad, sobrepeso y sedentarismo en personas sin y con enfermedad osteoarticular declarada. 2017. Tasa por 100 habitantes.

Figura 32. Número de procesos de IT por LUMBAGO, CERVICALGIA, CIÁTICA, MIALGIA/MIOSITIS, ARTRITIS REUMATOIDE, ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (2017 a 2019)

Figura 33. Distribución del porcentaje entre hombres y mujeres de los procesos de IT por lumbago, cervicalgia, ciática, mialgia/miositis, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante (2017 a 2019)

Figura 34. DDD de AINEs. Desagregado por sexo y grupos de edad por cada 1.000 personas sin y con problemas osteoarticulares. 2017

Figura 35. DDD de analgésicos opiáceos. Desagregado por sexo y grupos de edad por cada 1.000 personas sin y con problemas osteoarticulares. 2017

Figura 36. Porcentaje de publicaciones en ERyMEs que incluyen investigación en DSS. Línea de tendencia. 2013-2017

1 INTRODUCCIÓN

La Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (ERyMEs) fue aprobada por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) el 20 de diciembre de 2012, siendo el resultado del trabajo de coordinación y consenso entre instituciones, profesionales y pacientes.

La propia Estrategia incluía la evaluación que ahora abordamos como parte integrante de la misma al entender que las estrategias son documentos dinámicos con una periodicidad determinada, y que el propósito de la evaluación es valorar el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos, mediante la obtención de los resultados de los indicadores seleccionados y otros criterios de evaluación.

Tal y como se planteó en la Estrategia, la evaluación ha integrado la perspectiva de género de forma transversal, lo que ha permitido identificar las diferencias entre mujeres y hombres en este ámbito. También, cuando ha sido posible, se han incluido variables socioeconómicas en el análisis, como la clase social, nivel de estudios, u otras que han permitido identificar diferencias o desigualdades en la salud de las personas. La información ha sido proporcionada por las comunidades autónomas (CC. AA.), el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), el Ministerio de Sanidad, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT) y expertos de la Estrategia.

Es preciso resaltar los años de trabajo conjunto entre sociedades científicas, asociaciones de pacientes, CC. AA. y Ministerio de Sanidad orientados a hacer efectiva la implantación de esta Estrategia en el Sistema Nacional de Salud (SNS), y con ello conseguir mejorar la calidad de los servicios prestados en todo el territorio nacional y la calidad de vida de las y los pacientes.

2 METODOLOGÍA

La evaluación de una estrategia del SNS constituye un elemento indispensable dentro de la misma, ya que permite comprobar el resultado de los objetivos propuestos, demostrar su eficacia y conocer el progreso de cada comunidad autónoma.

Para ello, en esta Estrategia, se ha contado con el compromiso indispensable de todos los agentes implicados en su implementación (CC. AA., INGESA, Ministerio de Sanidad, sociedades científicas y asociaciones de pacientes), que han participado en la elaboración de los indicadores.

La información necesaria para la evaluación de los objetivos de la Estrategia se ha obtenido del Ministerio de Sanidad, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, el Ministerio de Ciencia e Innovación, las CC. AA. e INGESA. La evaluación de la implantación de la Estrategia comprende desde su aprobación en 2012 hasta el último año con datos disponibles.

La información de los indicadores que se presentan en este documento corresponde a los datos recogidos de los siguientes sistemas de información, respetando en todo caso las definiciones y procesos que tengan establecidos internamente:

- Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). (últimos datos del 2017): estudio periódico realizado desde 1987 por el Ministerio de Sanidad que recoge, entre otros datos, información sanitaria relativa a toda la población sobre el estado de salud. La ENSE se realiza con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística (INE) y tiene periodicidad quinquenal, alternándola cada dos años y medio con la Encuesta Europea de Salud. Ambas encuestas comparten un núcleo común que permite las comparaciones internacionales, ampliado en la versión española para poder responder a las necesidades de información de la administración sanitaria nacional y autonómica.
- Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). (últimos datos del 2017): recaba anualmente información clínica normalizada sobre la atención prestada por el nivel de atención primaria (AP), procedente de una amplia

muestra aleatoria (en torno al 10%) de las historias clínicas de la población asignada a dicho nivel de atención, y es representativa de cada comunidad autónoma.

- Registro de altas de hospitalización (CMBD) (últimos datos del 2017): El Conjunto Mínimo Básico de Datos – Hospitalización (CMBD-H) integra información administrativa y clínica de las y los pacientes ingresados en unidades de hospitalización, la cual es recogida y codificada sistemáticamente en los hospitales, para cada episodio de hospitalización, al alta de cada paciente. Los registros de alta son enviados al Ministerio de Sanidad por las CC.AA., de acuerdo con el modelo de datos establecido al efecto por acuerdo del CISNS. En estos indicadores se recogen los datos de los hospitales de agudos del SNS (públicos y privados de la red de utilización pública).
- Registro de mortalidad por causa de muerte, elaborado anualmente por el INE. Los datos sobre causas de muerte se obtienen del Certificado Médico de Defunción/Boletín Estadístico de Defunción, el Boletín Estadístico de Defunción Judicial y el Boletín Estadístico de Parto. Proporciona información sobre la mortalidad atendiendo a la causa básica de la defunción, su distribución por sexo, edad, residencia y mes de defunción. También ofrece indicadores que permiten realizar comparaciones geográficas y medir la mortalidad prematura: tasas estandarizadas de mortalidad y años potenciales de vida perdidos. La exhaustividad de la información que ofrece el registro de mortalidad, junto a la objetividad del fenómeno que recoge, convierten a los indicadores de mortalidad en un instrumento adecuado para la monitorización de los problemas de salud y el establecimiento de prioridades sanitarias.

Los indicadores necesarios para calcular el impacto de las ERyMEs sobre la Incapacidad Temporal y Permanente se han obtenido directamente de fuentes primarias del Instituto Nacional de la Seguridad Social, entidad gestora de la Seguridad Social, adscrita al Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.

Los resultados de los indicadores relacionados con la línea estratégica de

investigación e innovación se han obtenido en colaboración con:

- La Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT), fundación pública dependiente del Ministerio de Ciencia e Innovación, que recoge, entre otros, los datos de proyectos y resultados de investigación/innovación relativos a la atención a los pacientes con ERyMEs que dependen de convocatorias de organismos estatales e internacionales. Como fuentes de datos se han utilizado la base de datos bibliográfica SCOPUS, los registros de los proyectos de investigación de FECYT, y los del Servicio de Información Comunitario sobre Investigación y Desarrollo de la UE (CORDIS).
- La Red de Investigación en Inflamación y Enfermedades Reumáticas (RIER), red temática de investigación cooperativa en salud creada en 2013. Actualmente está compuesta por 15 grupos de investigación ubicados en hospitales del SNS, Universidades y centros del Consejo Superior de Investigaciones Científicas de las comunidades de Andalucía, Cantabria, Cataluña, Galicia y Madrid. La RIER registra todos los proyectos realizados por sus grupos de investigación en el Plan Nacional de I+D+i, proyectos europeos o internacionales, así como autonómicos y privados, junto a los resultados de investigación.

Además, se ha realizado un cuestionario estructurado (Anexo III) que ha sido cumplimentado por las CC. AA. para recoger datos sobre el grado de cumplimiento de aquellos objetivos para los que no tenemos otra fuente de información disponible.

Al realizar este informe de evaluación se han encontrado las siguientes limitaciones:

- Para calcular el indicador sobre población con discapacidad asociada a enfermedad osteoarticular autodeclarada (artritis/artrosis, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante), se decidió inicialmente utilizar los datos de la "Encuesta discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia" del Instituto Nacional de Estadística (INE), pero el último estudio publicado es de 2008 con datos de 2007, es decir, previo a la implantación de esta Estrategia. El INE tiene previsto publicar en 2021 una nueva encuesta para actualizar los datos sobre personas con discapacidad

en España, pero actualmente no disponemos de esos datos. Para subsanar este aspecto se ha utilizado la información de la *Base Estatal de datos de personas con discapacidad*, que, aunque no es un registro oficial de personas con reconocimiento de situación de discapacidad, dispone de información actualizada sobre las características de las personas valoradas a efectos de la calificación de su grado de discapacidad, para la realización de estudios epidemiológicos.

- La asimétrica implicación de representantes institucionales durante el proceso de evaluación ha podido ocasionar que, para algunos indicadores, sobre todo de las líneas estratégicas 1 y 3, la información relacionada con actividades o programas sobre ERyMEs esté infraestimada o no actualizada, y que los resultados obtenidos no sean representativos de todo el territorio.

- El proceso de redacción del informe de evaluación ha coincidido en gran parte con la pandemia COVID-19, lo que ha dificultado y ralentizado la recopilación y contraste de datos con fuentes originales no dependientes de sistemas de información estatales, por lo que la información recogida puede estar incompleta o no actualizada.

Este informe de evaluación ha sido revisado por la Coordinadora Científica de la Estrategia en ERyMEs y por un grupo de personas expertas, así como por el Observatorio de Salud de la Mujer del MS, y se han tenido en cuenta las aportaciones realizadas por los Comités, Técnico e Institucional, de la Estrategia, con el objetivo de que posteriormente sea publicado en la página web del Ministerio de Sanidad.

3 RESULTADOS DE LOS INDICADORES Y CONCLUSIONES

3.1 Indicadores Globales

Con el propósito de tener una visión integral de la evolución temporal de estas enfermedades se establecieron en el documento original de la Estrategia de ERyMEs los siguientes indicadores sobre prevalencia de enfermedad osteoarticular, ingresos hospitalarios relacionados, mortalidad y discapacidad asociada.

3.1.1 Prevalencia de enfermedad osteoarticular autodeclarada.

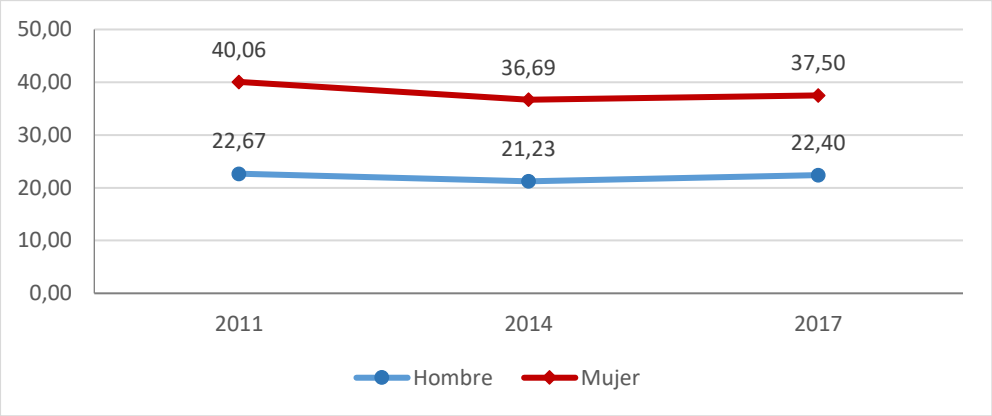
Para calcular este indicador se han obtenido los datos de la ENSE de 2011, 2014 y 2017, desagregados por sexo, de aquellas personas que declaran tener al menos una de las siguientes enfermedades o trastornos/síndromes:

Artritis reumatoide
Osteoporosis
Dolor de espalda crónico (cervical)
Dolor de espalda crónico (lumbar)

En caso de respuesta afirmativa a alguna de las anteriores, se pregunta a continuación si "lo ha padecido en los últimos 12 meses" y si "le ha dicho un médico que lo padece", contabilizándose las respuestas que cumplan estos dos requisitos. En el año 2017 se han obtenido además los datos desagregados por las variables sexo, grupo de edad y CC. AA.

Los resultados de la ENSE de 2011, 2014 y 2017 muestran los siguientes valores:

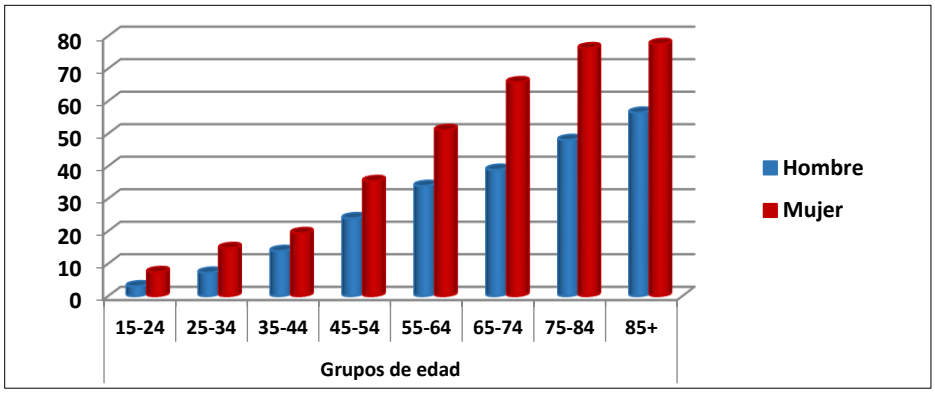
Figura 1. Prevalencia de enfermedad osteoarticular auto declarada (16 y más años) por sexo. Tasa por 100 habitantes.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE. 2011-2017. MS.

La distribución por grupos de edad muestra, como era esperable, el incremento de la prevalencia al aumentar la edad.

Figura 2. Prevalencia de enfermedad osteoarticular declarada por grupos de edad. España 2017.Tasa por 100 habitantes



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE. 2017. MS.

La distribución por CC. AA. muestra siempre valores superiores en las mujeres. En el año 2017, la prevalencia de la enfermedad osteoarticular declarada en España es **30,15%**, se observan grandes diferencias territoriales que van desde una prevalencia del 18, 6% en Melilla a 47,6% en el Principado de Asturias. Es importante tener en cuenta el posible efecto del envejecimiento de la población, ya que, según el INE, para el año 2017, Asturias es la comunidad autónoma con la edad media de la población más elevada, y Melilla es la que presenta una edad media menor[1].

Figura 3. Prevalencia de enfermedad osteoarticular declarada en España desagregado por CC. AA. por 100 habitantes en el año 2017 *Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE. 2017. MS*

[1] https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=3198#!tabs-grafico

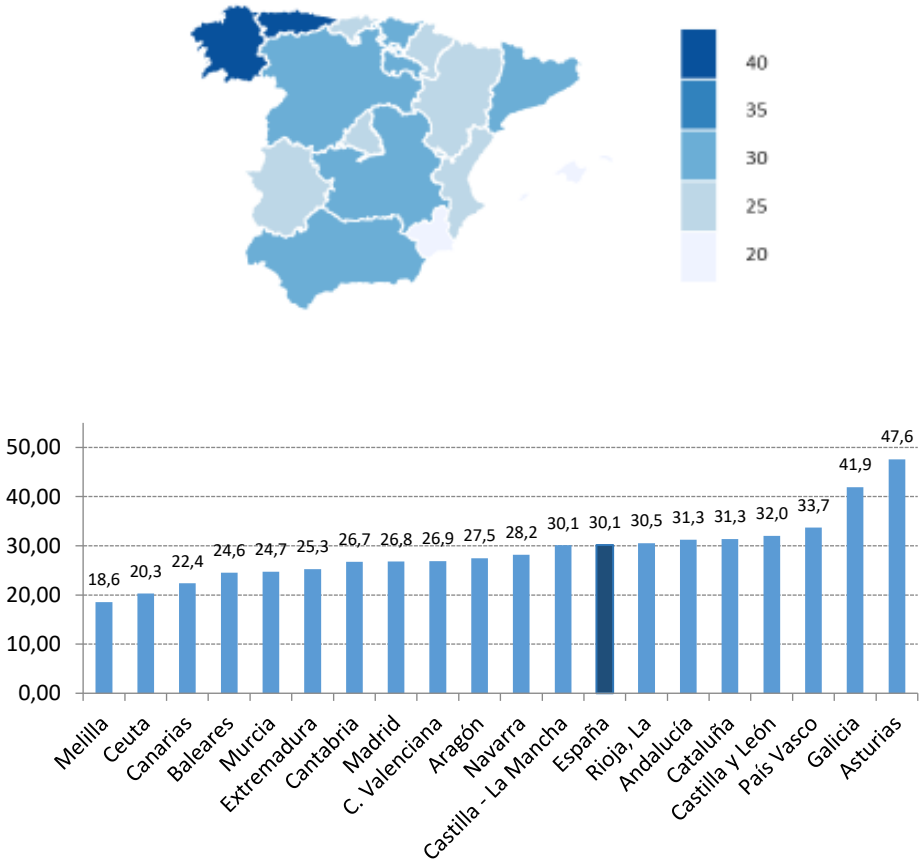
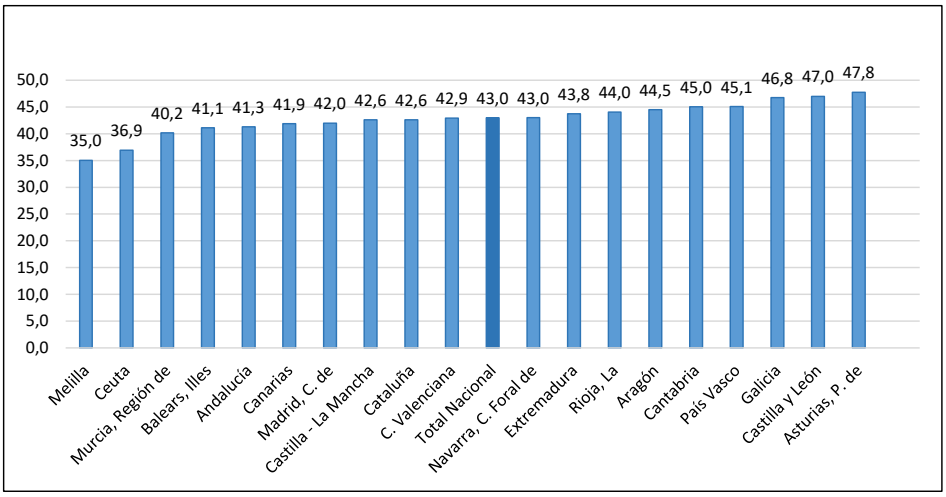


Figura 4. Edad media de la población por comunidad autónoma. 2017 INE.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de Indicadores de Estructura de la Población 2017. INE

3.1.2 Prevalencia de enfermedad osteoarticular en atención primaria

La prevalencia de enfermedades ostearticulares se ha evaluado mediante 5 indicadores:

Porcentaje de personas con osteoporosis en AP
Porcentaje de personas con artrosis en AP
Porcentaje de personas con síndromes lumbares en AP
Porcentaje de personas con síndromes del cuello en AP
Porcentaje de personas con artritis reumatoide en AP

Se han incluido en el numerador a todas aquellas personas en cuya historia clínica electrónica (HCE) figuraba el diagnóstico de osteoporosis, artrosis, síndromes lumbares, síndromes del cuello o artritis reumatoide; codificado con alguna de las clasificaciones en uso en AP (CIE9MC[2], CIE10ES[3] o CIAP2[4]). Para la explotación conjunta de los datos se han utilizado los siguientes códigos de la CIAP2:

Osteoporosis: código L95
Artrosis: códigos L89, L90 y L91
Síndromes lumbares: códigos L84, L86
Síndromes del cuello: código L83
Artritis reumatoide: código L88

Los porcentajes de estos diagnósticos en AP, según los datos disponibles, han pasado de 2,05 en 2012 a 2,80 en 2017 para osteoporosis (L95); de 5,54 en 2012 a 6,75 en 2017 para artrosis (L89, L90 y L91); de 4,11 a 6,83 en síndromes lumbares (L84, L86); de 2,38 a 3,16 en síndromes del cuello (L83); y de 0,45 en 2012 a 0,71 en 2017 en artritis reumatoide (L88). Los incrementos tal vez podrían reflejar los avances en los registros de AP a la hora de recoger patología osteoarticular.

La distribución por grupos de edad y sexo pone de manifiesto una mayor prevalencia en mujeres, y además esta diferencia se incrementa con la edad. En artrosis (figura 5) la prevalencia en las mujeres duplica a la de los hombres. La

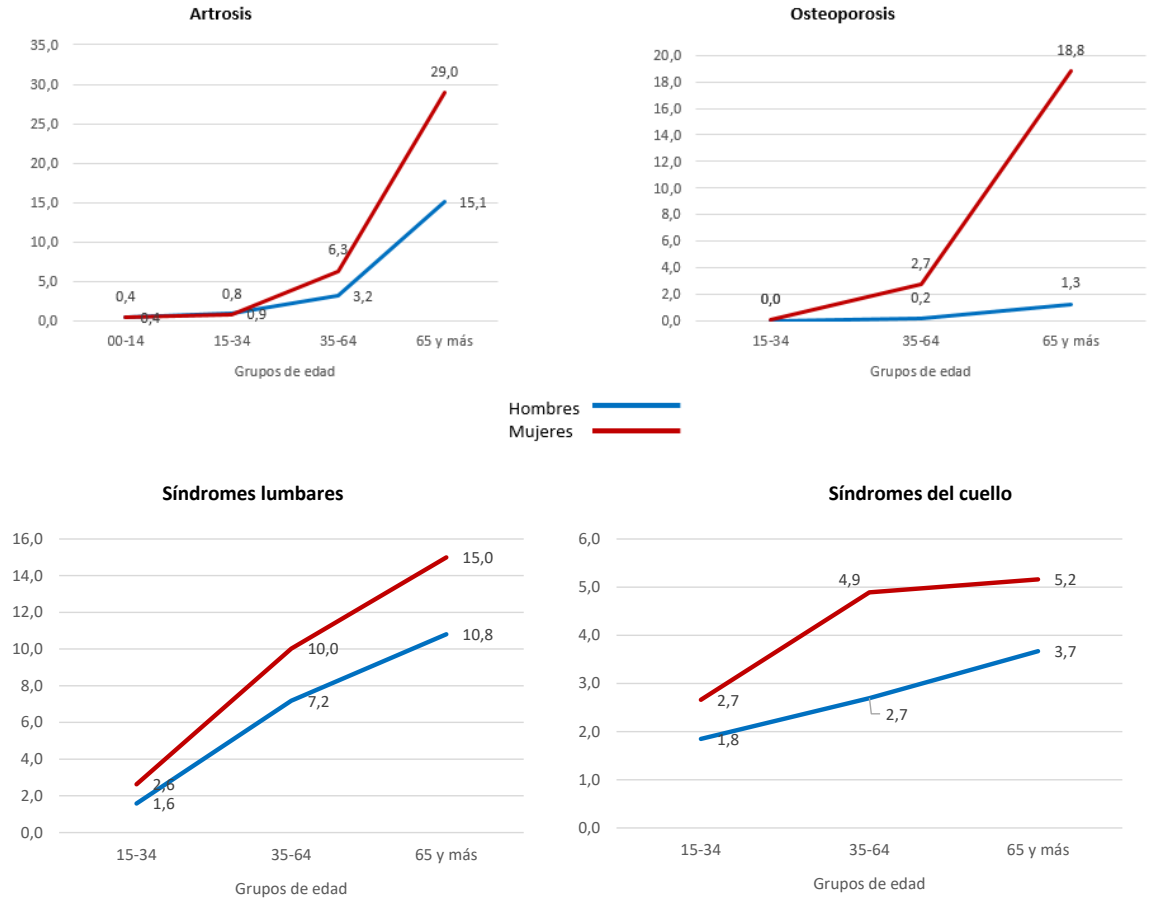
[2] CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES 9.ª REVISIÓN, MODIFICACIÓN CLÍNICA

[3] CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES 10.ª REVISIÓN, MODIFICACIÓN CLÍNICA. EDICIÓN ESPAÑOLA

[4] CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA, VERSIÓN 2

diferencia en la distribución por tramos de edad entre hombres y mujeres en aun más llamativo para la osteoporosis (figura 5), así, para el grupo de 35 a 64 años la prevalencia en hombres es de 0,2% frente a 2,7% en mujeres, pero para el grupo de 65 y más años la diferencia se acentúa considerablemente, siendo de 1,3% en hombres frente a 18,8% en mujeres. Los datos relativos a síndromes lumbares en AP siguen señalando una mayor prevalencia en mujeres en todos los grupos de edad (7,2 en hombres vs 10,0 en mujeres para el grupo de 35-64 años, y 10,8 vs 15,0 para el grupo de 65 y más años). En los síndromes del cuello las cifras son superiores en mujeres, aunque la diferencia no es tan marcada, y al aumentar la edad la prevalencia aumenta muy rápidamente en los hombres mientras que en mujeres se ralentiza. En artritis reumatoide las cifras de AP son también mayores en mujeres (1,7 en mujeres vs 1,1 en hombres para el grupo de 65 y más años).

Figura 5. Prevalencia de artrosis, osteoporosis, síndromes lumbares y síndromes del cuello en AP (2017) por grandes grupos de edad y sexo por cada 100 personas asignadas en AP



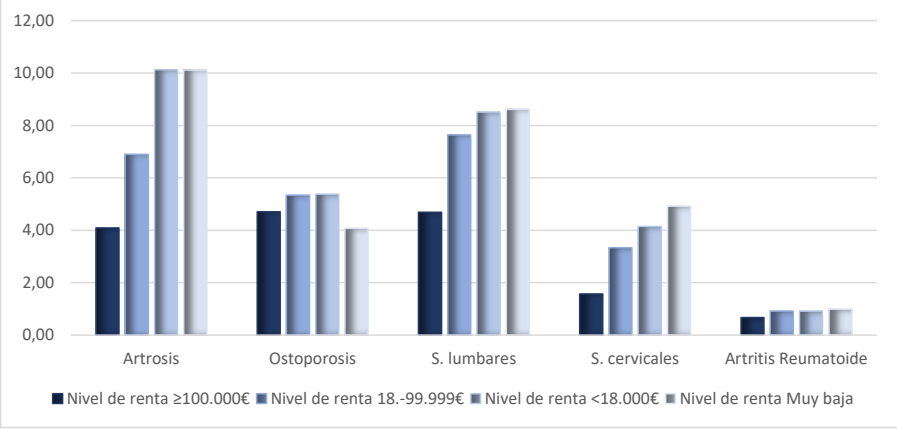
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de BDCAP (2017). MS

Al desagregar por situación laboral se observa que en artrosis, osteoporosis, síndromes lumbares y síndromes del cuello, los datos son ligeramente superiores en población desempleada, por ejemplo, en mujeres con artrosis la prevalencia en desempleadas es 6,2 frente a 3,9 en aquellas con una situación laboral activa, en varones también es superior en desempleados, aunque la diferencia es menor (3,0 vs 2,3). Sin embargo, en artritis reumatoide, al desagregar por su situación laboral las diferencias son mínimas tanto para hombres (0,4 en activos y en desempleados) como para mujeres (0,8 en activas y en desempleadas). Es importante tener en cuenta que en población activa empleada los episodios de los síndromes agudos en relación con la actividad laboral, algunos tan prevalentes como cervicalgia/dorsalgia/ lumbalgia, son un porcentaje desconocido solo registrado por las Mutuas de Trabajo, y podría alterar la proporción de persona empleada/desempleada.

Si desagregamos la prevalencia de estas patologías en AP por nivel de renta[5] y sexo, se observa que entre las mujeres, a medida que disminuye la renta, va aumentando la prevalencia de artrosis, síndromes lumbares, síndromes del cuello y artritis reumatoide; mientras que en la distribución en hombres no se ve ese patrón.

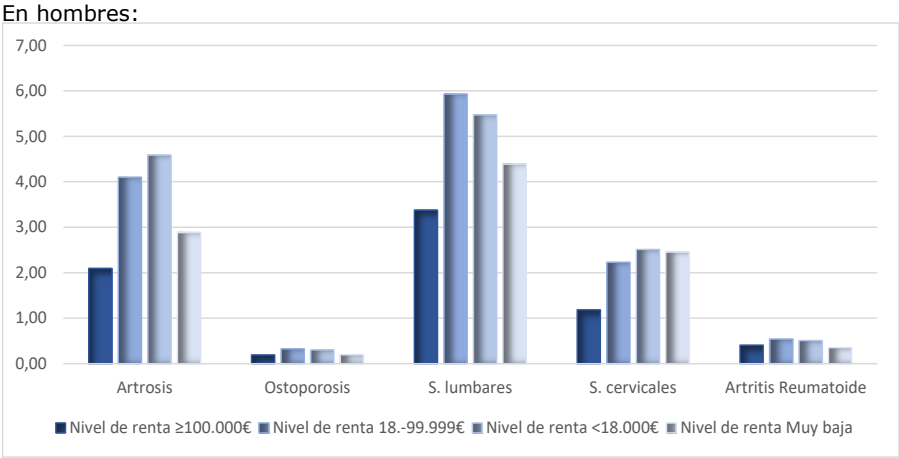
Figura 6. Prevalencia de artrosis, osteoporosis, síndromes lumbares, síndromes del cuello y artritis reumatoide en AP (2017) por nivel de renta por cada 100 personas asignadas en AP.

En mujeres:



[5] La asignación de un determinado nivel económico se realiza a partir del código de aportación farmacéutica contenido en la base de datos de TSI, según lo establecido en el RD-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Diseno_BDCAP.pdf.

En hombres:



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de BDCAP (2017). MS

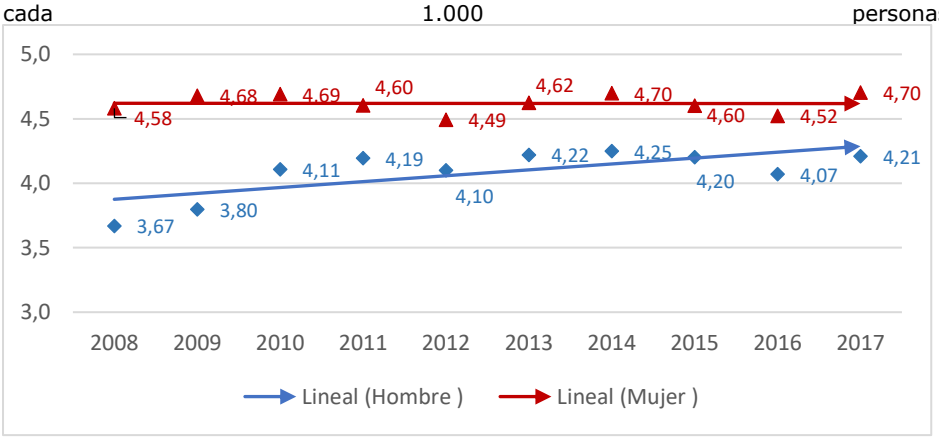
3.1.3 Tasa de altas hospitalarias por enfermedad osteoarticular

El registro de altas de hospitalización (CMBD) nos ha proporcionado datos de los 10 últimos años disponibles (2008 a 2017) sobre todas aquellas altas hospitalarias con los siguientes códigos de diagnóstico principal:

- hasta el año 2015, los códigos 710-739 de la clasificación CIE9MC
- a partir de 2016, los códigos M00-M99 de la clasificación CIE10ES

En estos 10 últimos años, la tasa presenta una tendencia estable en mujeres y ascendente en hombres.

Figura 7. Tendencia de la tasa de altas hospitalarias por enfermedad osteoarticular por cada 1.000 personas



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CMBD (2008 a 2017). MS

Según los datos obtenidos del CMBD esta tasa durante el año 2017 ha sido de 4,46 por 1.000 personas (4,21 en hombres y 4,70 en mujeres). Si desagregamos por grupos de edad, para el de 65 y más años la tasa ha sido 10,53 por 1.000, y

al separarla por sexo se observan valores superiores en mujeres (11,73 frente a 8,95 en hombres).

En la tabla siguiente se pueden ver las diferencias territoriales:

Tabla 1. Tasa de altas hospitalarias por enfermedad osteoarticular por 1.000 (2017)

Comunidad Autónoma	Hombres	Mujeres	Total
Andalucía	2,62	2,97	**2,8**
Aragón	6,26	6,73	**6,5**
Asturias (Principado de)	5,93	6,37	**6,16**
Baleares (Islas)	3,07	3,65	**3,36**
Canarias	1,95	2,19	**2,07**
Cantabria	3,9	4,54	**4,22**
Castilla y León	4,41	4,71	**4,56**
Castilla - La Mancha	3,09	3,42	**3,25**
Cataluña	4,98	5,84	**5,42**
Com. Valenciana	4,73	4,89	**4,81**
Extremadura	4,36	5,86	**5,12**
Galicia	4,41	5,06	**4,74**
Madrid (Com. de)	4,74	5,4	**5,08**
Murcia (Región de)	3,14	3,58	**3,36**
Navarra (Com. Foral de)	7,54	8	**7,78**
País Vasco	6,54	6,18	**6,36**
Rioja (La)	4,03	4,09	**4,06**
Ceuta	1,11	1,53	**1,32**
Melilla	1,42	1,43	**1,43**
Total	**4,21**	**4,7**	**4,46**

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CMBD (2017). MS

3.1.4 Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de cadera

A lo largo de los 5 últimos años con datos, la tendencia de esta tasa ha sido ascendente, pasando de 0,85‰ en 2013 a 0,97‰ en 2017, es decir, en estos cinco años, de 2013 a 2017, la tasa se ha incrementado un 14%.

Según los datos del CMBD esta tasa en el año 2017 ha sido 0,86 en hombres y 1,09 en mujeres, pero si desagregamos por grupos de edad, se observan importantes diferencias entre hombres y mujeres: en el grupo de 35 a 64 años la tasa de altas por artroplastia de cadera en hombres es muy superior a la de las mujeres (0,71 vs 0,38). Para el grupo de 65 y más años la tasa es algo superior en mujeres.

Tabla 2. Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de cadera por 1.000 (2017) desagregada por edad y sexo					
	00-14 años	15-34	35-64	65 y más	Total
Hombre	0,00	0,03	0,71	3,14	0,86
Mujer	0,00	0,03	0,38	4,31	1,09
Ambos	0,00	0,03	0,54	3,80	0,97

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CMBD (2017). MS

En la siguiente figura se pueden observar las diferencias territoriales en el año 2017 en la tasa de altas hospitalarias por artroplastia de cadera, se trata de diferencias muy marcadas con un rango que va de 0,39 a 1,73‰ en función de la comunidad o ciudad autónoma. Además, cuando desagregamos por sexo se observa que en casi todas las CC. AA. la tasa de altas hospitalarias por artroplastia es superior en mujeres a excepción de País Vasco y Navarra.

Figura 8. Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de cadera en España desagregado por CC. AA. por 1.000 habitantes (2017). *Elaboración propia a partir de datos de CMBD. MS*

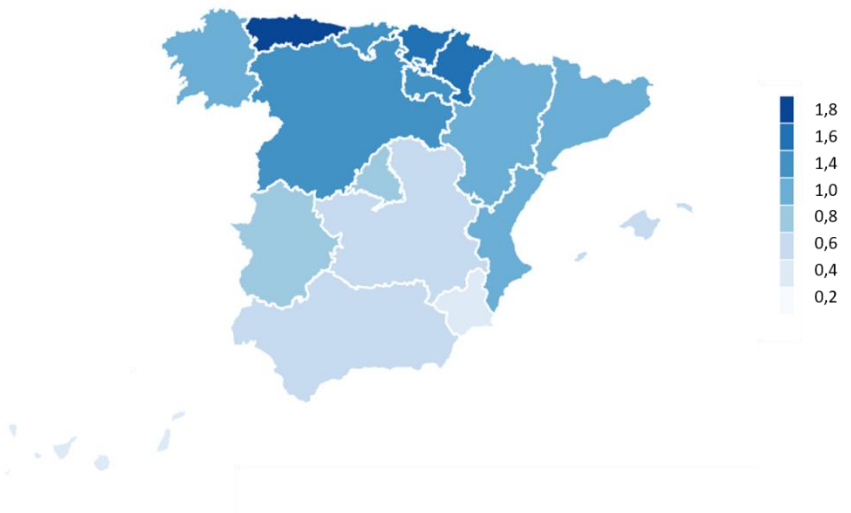
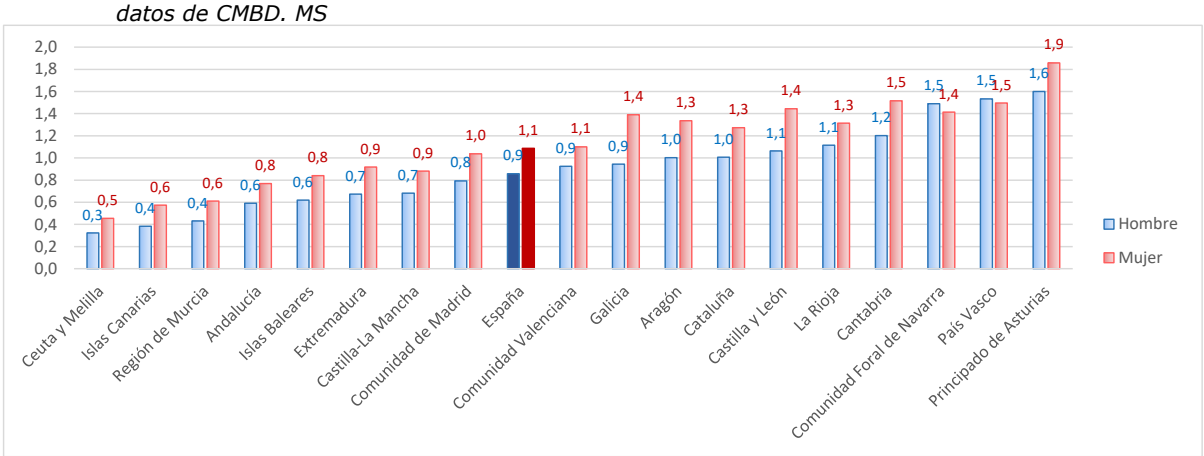


Figura 9. Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de cadera en España desagregado por CC. AA. y por sexo por 1.000 habitantes (2017). *Elaboración propia a partir de datos de CMBD. MS*



3.1.5 Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de rodilla

Esta tasa en el año 2017 ha sido 1,03‰, y de 4,34‰ para el grupo de 65 y más años. La proporción de altas por artroplastia de rodilla durante el año 2017 ha sido siempre superior en mujeres, incrementándose esta diferencia en el grupo de 65 y más años.

Tabla 3. Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de rodilla por 1.000 personas (2017) desagregada por edad y sexo

	00-14 años	15-34	35-64	65 y más	total
Hombre	0,00	0,01	0,39	3,07	0,69
Mujer	0,00	0,00	0,53	5,30	1,36
Ambos	0,00	0,01	0,46	4,34	1,03

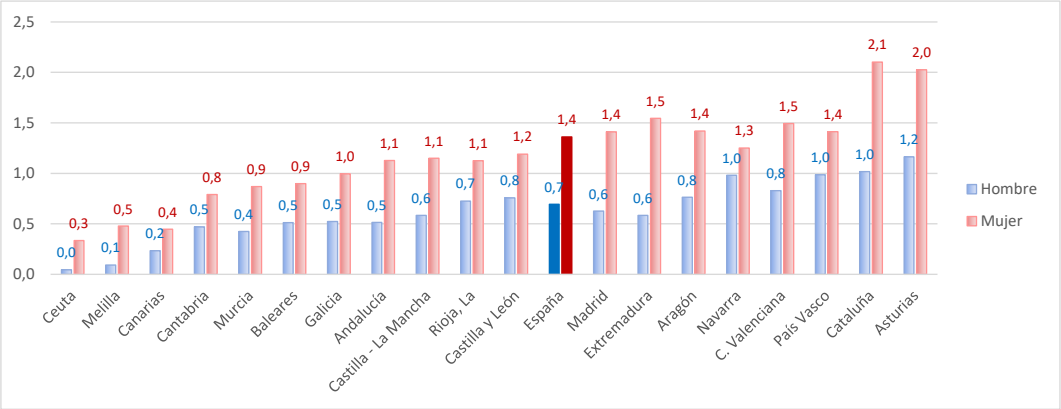
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CMBD (2017). MS

A lo largo de los cinco últimos años esta tasa ha ido aumentando, pasando de 0,88‰ en 2013 a 1,03‰ en 2017, lo que supone un incremento de un 17 %. En la siguiente figura se pueden observar las diferencias territoriales en el año 2017 cuya variabilidad es superior a la de la artroplastia de cadera, el rango tiene el valor mínimo en 0,19‰ y un máximo en 1,61‰.

Figura 10. Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de rodilla en España desagregado por CC. AA. por 1.000 habitantes en el año 2017. *Elaboración propia a partir de datos de CMBD. MS*



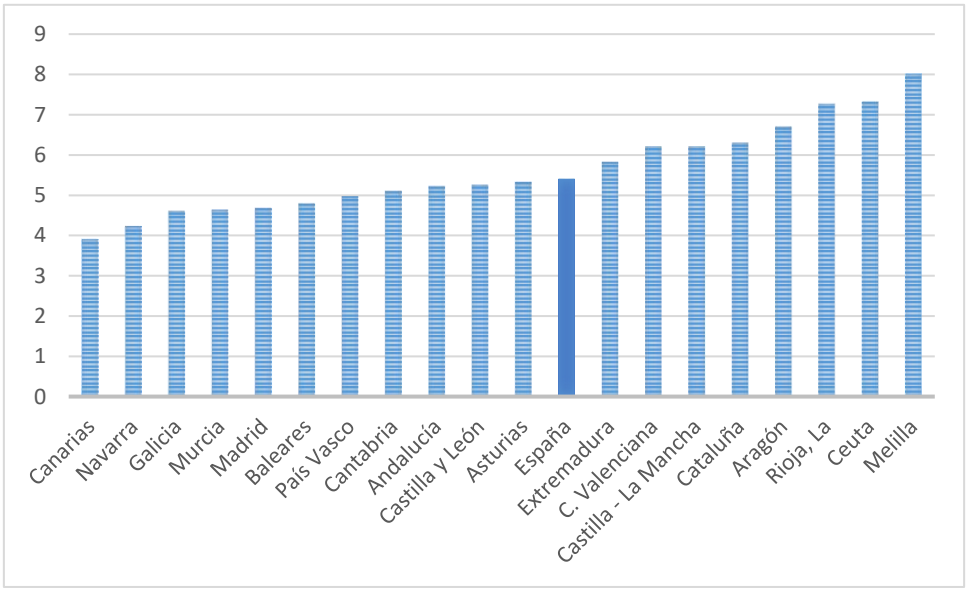
Figura 11. Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de rodilla en España desagregado por CC. AA. y por sexo por 1.000 habitantes en el año 2017. *Elaboración propia a partir de datos de CMBD. MS*



3.1.6 Tasa de altas por fractura de cadera en ≥ 65 años

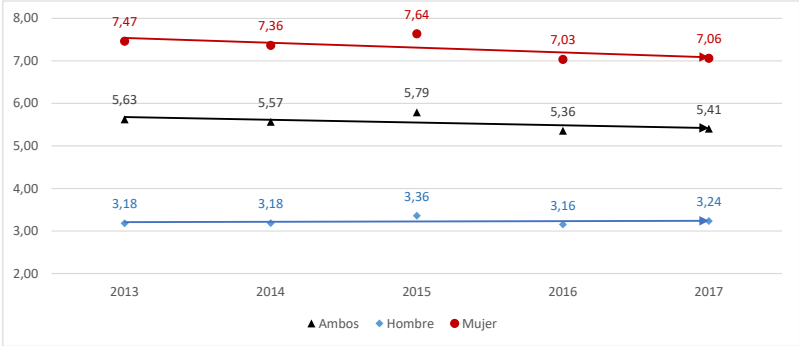
Para este grupo la tasa de altas en el año 2017 ha sido 5,41‰ personas de 65 y más años, la tasa en mujeres duplica a la de los hombres (7,06 en mujeres y 3,24 en hombres). Al desagregar por CC. AA. se observan diferencias territoriales, con un rango que tiene un mínimo en 3,91 y un máximo en 8,01‰ personas de 65 y más años.

Figura 12 Tasa de altas por fractura de cadera en ≥ de 65 años desagregada por CC. AA (2017). *Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CMBD. MS*



La tendencia de la tasa de altas por fractura de cadera en personas mayores, desde la implantación de esta Estrategia, ha sido descendente, y al desagregar por sexo se observa que sobre todo ha bajado la tasa en mujeres mayores de 65 años, que ha pasado de 7,47‰ en 2013 a 7,06‰ en 2017. En la siguiente figura puede observarse la evolución de la tasa en el periodo estudiado:

Figura 13 Tendencia de la tasa de altas por fractura de cadera en ≥ de 65 años desagregada por sexo (2013-2017)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CMBD. MS

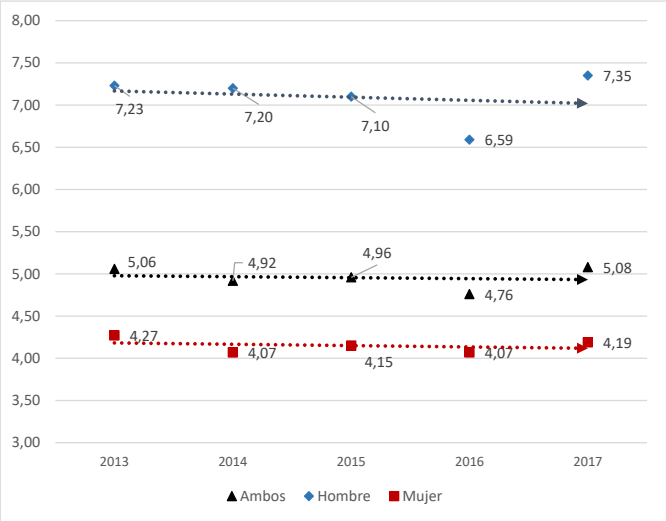
3.1.7 Tasa de mortalidad intrahospitalaria por fractura de cadera

En el año 2017 la tasa de mortalidad intrahospitalaria por fractura de cadera en España ha sido 5,08% (7,35% en hombres y 4,19% en mujeres), al desagregar este dato por grandes grupos de edad para los menores de 35 años es de 0%, para el de 35 a 64 años es de 0,97% y para el de 65 y más años es de 5,43 %.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD) en su informe Health at a Glance: Europe 2020 STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE incluye el tiempo hasta la cirugía en fractura de cadera como uno de los indicadores de calidad y resultados en la asistencia, y en su informe queda reflejado la mejoría del mismo en España. El porcentaje de pacientes de 65 y más años, que son intervenidos por cirugía por fractura de cadera dentro de los dos días posteriores al ingreso hospitalario, ha pasado de 42,5% en 2012 a 51,9% en 2017.

La mortalidad intrahospitalaria tras fractura de cadera por cada 100 altas con dicho diagnóstico desde el año 2013 al 2017 sigue una tendencia descendente, y al desagregar por sexo, se observa que siempre es más elevada en hombres.

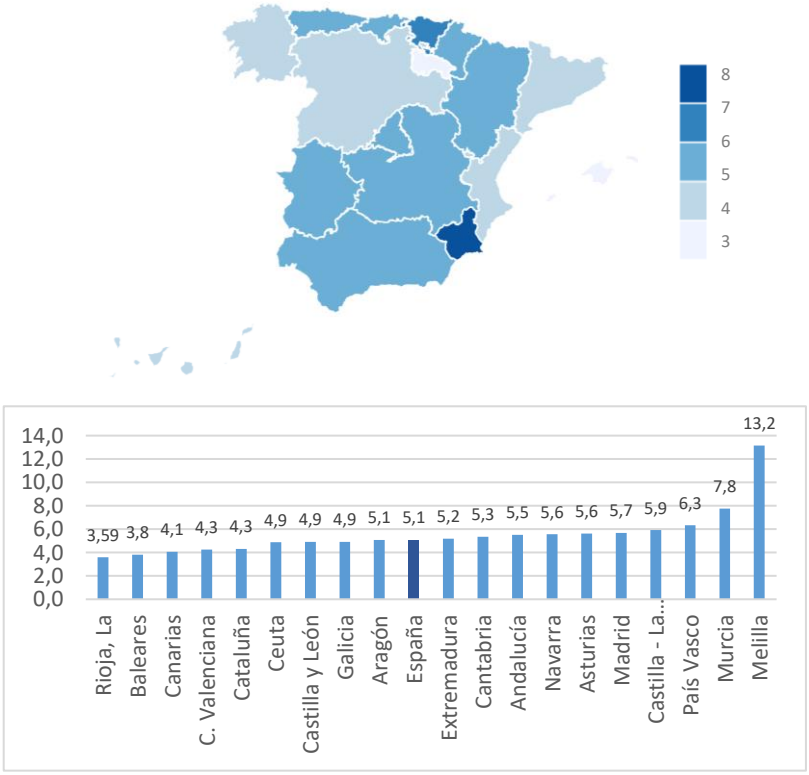
Figura 14. Tendencia de la tasa de mortalidad intrahospitalaria tras fractura de cadera por cada 100 altas por dicho diagnóstico en España (2013 a 2017)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Registro de Actividad de Atención Especializada RAE-CMBD.MS

Los datos de mortalidad intrahospitalaria tras fractura de cadera por cada 100 altas por dicho diagnóstico en el año 2017 ponen de manifiesto diferencias territoriales, observándose un valor mínimo de la tasa de 3,59% y un máximo de 13,16%.

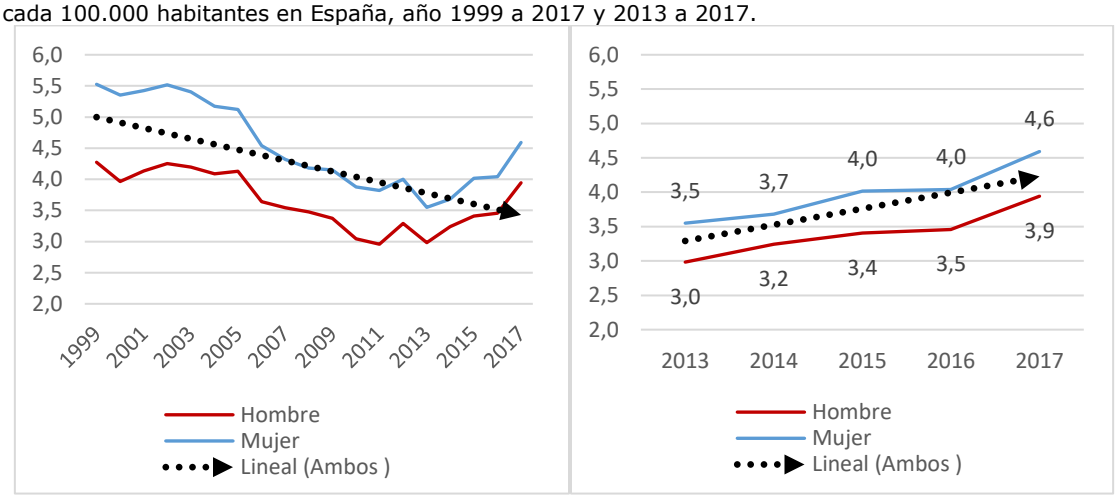
Figura 15. Tasa de mortalidad intrahospitalaria por fractura de cadera en España desagregado por CC. AA. por 1.000 habitantes en el año 2017. *Elaboración propia a partir de datos de CMBD. MS*



3.1.8 Tasa de mortalidad por enfermedad osteoarticular, ajustada por edad

El número de defunciones por enfermedad osteoarticular durante el año 2017 ha sido 4,35 por 100.000 habitantes, algo mayor en mujeres (4,59) que en hombres (3,94). Al observar la serie se ve una tendencia descendente cuando revisamos los datos de los últimos 20 años, pero, por el contrario, si se observan los datos de los 5 últimos años disponibles (2013 a 2017) el sentido de la tendencia cambia, circunstancia esta última que puede estar relacionada con mejoras en los registros.

Figura 16: Tendencia de la tasa de mortalidad por enfermedad osteoarticular ajustada por edad[6] por cada 100.000 habitantes en España, año 1999 a 2017 y 2013 a 2017.



Fuente: Defunciones según causa de muerte, INE y elaboración propia MSSSI.

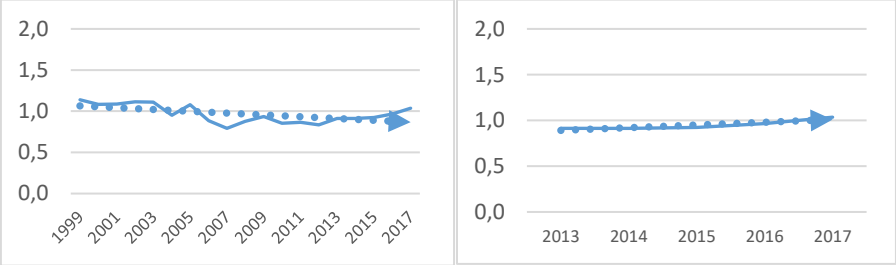
3.1.9 Tasa de mortalidad prematura por enfermedad osteoarticular

Este indicador hace referencia al número de defunciones en personas menores de 75 años por enfermedad osteoarticular, y su resultado durante el año 2017 ha sido 1,04 por 100.000 habitantes (1,08 en mujeres y 0,99 en hombres). Al observar los datos de los últimos 20 años se ve que la tendencia de la serie es

[6] https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/D/mortalidad-por-causa-de-muerte/anexos/notas-metodologicas

descendente, pero, al igual que sucedía con el indicador anterior, con los datos de los 5 últimos años disponibles (2013 a 2017) el sentido de la tendencia cambia ligeramente.

Figura 17: Tendencia de la tasa de mortalidad prematura por enfermedad osteoarticular por cada 100.000 habitantes en España, año 1999 a 2017 y 2013 a 2017.



Fuente: Defunciones según causa de muerte, INE y elaboración propia MS.

3.1.10 Porcentaje de población con discapacidad asociada a enfermedad osteoarticular autodeclarada (artritis/artrosis, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante)

Tienen la consideración de personas con discapacidad aquellas a quienes se les haya reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33%. Conforme a ello, las personas en que concurren dichas condiciones y que, por tanto, tienen la consideración de persona con discapacidad a 31 de diciembre de 2018, ascienden a 3.078.350, de las cuales 50,19% son hombres.

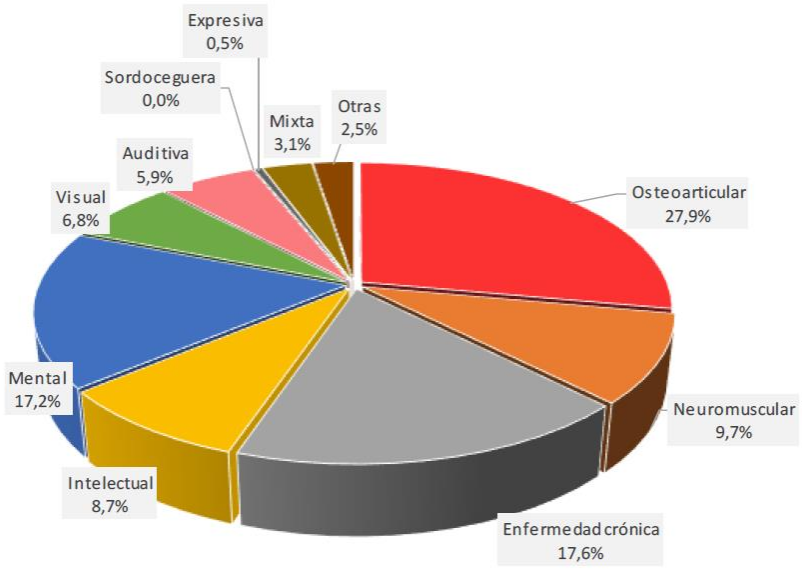
La Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia fue la fuente seleccionada para obtener la información de este indicador, pero la última Encuesta publicada disponible es de 2008, anterior a la implantación de la Estrategia, y actualmente no contamos con sus datos más recientes.

Para subsanar este aspecto se ha utilizado la información de la Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad, año 2018, que recoge información relativa al histórico de las personas que han solicitado el reconocimiento de la situación de discapacidad así como el resultado de las valoraciones, y aunque no es un registro oficial de personas con reconocimiento de situación de discapacidad, dispone de información actualizada sobre las características de las personas valoradas a efectos de la calificación de su grado de discapacidad, para la realización de estudios epidemiológicos. Dicha

información es el resultado de la agregación de los datos aportados por todas las comunidades y ciudades autónomas respecto a las valoraciones de discapacidad efectuadas con vigencia a fecha de 31 de diciembre de 2018.

En la discapacidad de una misma persona puede concurrir más de una deficiencia. Según los datos aportados por la Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad de 2018, la deficiencia informada en primer lugar como osteoarticular afecta a 883.296 personas (394.384 hombres y 488.912 mujeres), y supone el grupo más numeroso, **27,9%** sobre el total.

Figura 18. Personas con discapacidad por tipo de primera deficiencia que ocurre, porcentaje sobre el total. *Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad. AÑO 2018*



Conclusiones

- La prevalencia de enfermedad osteoarticular declarada muestra grandes diferencias territoriales y, como confirman los datos registrados en AP, es siempre superior en mujeres.
- Al desagregar por determinantes sociales se observa que la prevalencia de estas enfermedades en AP es superior en población desempleada, aunque estos datos pueden estar sesgados por la falta de información en episodios relacionados con actividad laboral, solo registrados por la Mutuas del Trabajo. Además, en mujeres, la prevalencia de artrosis, síndromes lumbares, síndromes del cuello y artritis reumatoide es mayor en aquellas con menor renta. Se considera necesario profundizar en la influencia de los

determinantes sociales, como el género, y su intersección en estas enfermedades.

- La tasa de altas por artroplastia cadera se ha incrementado un 14% en los cinco últimos años estudiados (2013-2017) y, aunque la tasa global es mayor en mujeres, para el grupo de menores de 65 años es muy superior en hombres. La tasa muestra grandes diferencias territoriales.
- La tasa de altas por artroplastia de rodilla también se ha incrementado un 17% en los cinco últimos años con datos. Esta tasa es siempre, en todos los grupos de edad estudiados, mayor en mujeres. Al igual que la de cadera la artroplastia de rodilla presenta una gran variabilidad territorial.
- Desde 2013 la tasa de altas por fractura cadera ha descendido, sobre todo en mujeres mayores de 65 años en las que ha pasado de 7,47‰ en 2013 a 7,06‰ en 2017.
- La tasa de mortalidad intrahospitalaria por fractura de cadera sigue una tendencia descendente desde 2013, siempre más elevada en hombres y con diferencias territoriales. La tasa de mortalidad por enfermedad osteoarticular ajustada por edad, sigue una tendencia descendente en los últimos 20 años, aunque se advierte un repunte si observamos los últimos 5 años con datos (2013 a 2017), circunstancia esta última que puede estar relacionada con mejoras en los registros.
- La causa más frecuente de declaración de discapacidad es la osteoarticular. Según los datos consultados, en 2018, las ERyMEs fueron la principal causa de la discapacidad en 883.296 personas. Mejorar el abordaje de la discapacidad de causa osteoarticular debería ser un reto de primer orden para el sistema sanitario.

3.2 Línea estratégica 1. Equidad y salud en todas las políticas: promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Objetivos	Indicadores	Fuente
1.1 Promover la acción intersectorial para desarrollar actuaciones de promoción de la salud y de prevención de las ERyMEs	Campañas, programas, planes o iniciativas para promoción de la salud musculoesquelética	CCAA
1.2 Promover espacios de participación social entre las administraciones públicas y la sociedad civil organizada.		
1.3 Aumentar el conocimiento de las ERyMEs y sus determinantes en la población general y por parte de las personas con responsabilidad en las administraciones públicas y en la población general.		
1.4 Aumentar el conocimiento de las ERyMEs y sus determinantes por parte de los responsables de las empresas y la población trabajadora		
1.5 Reducir la prevalencia de los factores de riesgo relacionados con las ERyMEs mediante la promoción de estilos de vida saludables y el desarrollo de políticas que promuevan entornos saludables.	Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población general Prevalencia de sobrepeso y obesidad en personas con enfermedad osteoarticular declarada Prevalencia de sedentarismo en personas en población general Prevalencia de sedentarismo con enfermedad osteoarticular declarada	Encuesta Nacional de Salud
2.1 Promover la equidad en las políticas, planes y programas que tengan impacto en la salud de la población mediante la disminución de las desigualdades sociales en salud (por género, nivel educacional, ocupacional, renta o territorio entre otros)		
1.6 Reducir la prevalencia de los factores de riesgo laborales que puedan causar o agravar las ERyMEs.	Prevalencia de trabajadores expuestos a factores de riesgo ergonómicos	Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo

En 2013, el mismo año en que se puso en marcha la Estrategia de ERyMEs, fue aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS (EPSP), enmarcada en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del SNS, con el objetivo general de fomentar la salud y el bienestar de la población promoviendo entornos y estilos de vida saludables.

Los objetivos recogidos en la Estrategia de ERyMEs están alineados con la EPSP, que aborda, con un enfoque de curso de vida, los factores protectores y de riesgo con mayor importancia desde el punto de vista de la cronicidad: alimentación saludable, actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol, sumando también el bienestar emocional y la seguridad del entorno, con el objetivo de prevenir lesiones no intencionales, y realiza un abordaje por entornos (sanitario, educativo, comunitario). Entre sus líneas estratégicas se incluyen: equidad en salud, reorientación de los servicios de salud, intersectorialidad en salud, empoderamiento en salud, entornos saludables y seguros, así como participación y acción comunitaria.

Las memorias de implementación de la EPSP[7] recogen toda las actuaciones, documentación y materiales que se han llevado a cabo, entre las que destacan:

- Documento de Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria vinculado con recursos comunitarios cuyo objetivo es integrar de manera sistemática la intervención sobre estilos de vida saludable en la práctica clínica de AP. Propone algoritmos de abordaje de los factores priorizados en la EPSP para facilitar la toma de decisiones en la consulta en población adulta.
- Plan de capacitación de profesionales sanitarios y del ámbito local, que incluye cursos sobre prevención de la fragilidad y las caídas en las personas mayores, estilo de vida, etc.; en los que se han formado 30.896 personas, de las 17 CC. AA. y las 2 Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.
- Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor y su Guía para desarrollar programas de actividad física multicomponente en recursos comunitarios y locales
- Desarrollo de la Web de estilos de vida saludable, cuya finalidad es proporcionar información útil y de calidad, ajustada a las diferentes necesidades de la ciudadanía; en ella se pueden encontrar recomendaciones, herramientas interactivas, vídeos y otros materiales y recursos de utilidad para hacer más saludables los estilos de vida.
- Publicación de las Recomendaciones nacionales para la población sobre actividad física para la salud y reducción del sedentarismo

3.2.1 Objetivo 1: Disminuir la carga de enfermedad de las ERyMEs.

3.2.1.1 Objetivo específico 1.1 Promover la acción intersectorial para desarrollar actuaciones de promoción de la salud y de prevención de las ERyMEs

[7] https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Memoria_Implementacion.htm

La intersectorialidad es también una de las líneas estratégicas de la EPSP. La implementación local de la EPSP, tiene el objetivo de adaptar las acciones de la EPSP a la realidad local, fomentar el trabajo intersectorial desde el enfoque de Salud en Todas las Políticas e identificar, coordinar y potenciar los recursos comunitarios para la promoción de estilos de vida y entornos saludables. Uno de los requisitos para la adhesión de los municipios es la creación de mesas de coordinación intersectorial donde estén representados, además del sector salud, otros sectores cuyas acciones tengan efectos en la salud de la población.

Para apoyar a los municipios en la puesta en marcha de estas mesas de coordinación intersectorial se elaboró la Guía para la implementación local y el curso online Salud Local que ha formado 8.317 profesionales sanitarios y del ámbito local entre 2015 y 2018.

A fecha 30 de octubre de 2020, hay 225 municipios adheridos a la EPSP y 133 en proceso de adhesión, y se han creado 194 mesas de coordinación intersectorial, contribuyendo a que las acciones de promoción de la salud y prevención tengan un enfoque intersectorial.

3.2.1.2 Objetivo específico 1.2 Promover espacios de participación social entre las administraciones públicas y la sociedad civil organizada

La implementación local de la EPSP incluye la Participación Ciudadana como un elemento clave y transversal de las mesas de coordinación intersectorial, a fin de promover la participación social, siendo la ciudadanía uno de los "sectores" priorizados para participar en las mismas. Esta participación está presente en aproximadamente un 60% de las mesas, con distintos grados de colaboración según las distintas modalidades de la Rueda de participación[8].

Además, con el objetivo de promover la participación comunitaria para mejorar la salud y el bienestar y reducir las desigualdades, se han elaborado las guías: "Participación Comunitaria: Mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud" y "Participar para ganar salud".

3.2.1.3 Objetivo específico 1.3 Aumentar el conocimiento de las ERyMEs y sus determinantes en la población general y por parte de las

[8] Página 58 de la Guía de la Implementación Local de la EPSP.

personas con responsabilidad en las administraciones públicas y en la población general.

Para obtener la información sobre la consecución de este objetivo se ha preguntado mediante un cuestionario dirigido a los representantes de la Estrategia en las CC. AA.

Nueve CC. AA. declaran haber realizado acciones, estrategias, planes, programas o campañas para mejorar el conocimiento de estas enfermedades e incluyen la línea estratégica de equidad y Salud en Todas las Políticas.

Tabla 4. Respuestas al cuestionario sobre la pregunta 1: ¿existe en su CCAA algún tipo de acción, estrategia, plan, programa, campaña etc, iniciados para al abordaje de las ERyMEs?

¿Existe en su CCAA algún tipo de acción, estrategia, plan, programa, campaña etc, iniciados para al abordaje de las ERyMEs?		¿incluye las siguientes líneas estratégicas?				
		Equidad y salud en todas las políticas: promoción y prevención	Capacitación y autonomía	Atención sanitaria y social	Gestión de la información sanitaria y Sistemas de Información	Formación e Investigación
Andalucía	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Aragón	-	-	-	-	-	-
Asturias (Principado de)	-	-	-	-	-	-
Baleares (Islas)	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Canarias	SI	SI	SI	NO	NO	NO
Cantabria	-	-	-	-	-	-
Castilla y León	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Castilla - La Mancha	SI	SI	NO	SI	NO	SI
Cataluña	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Com. Valenciana	SI	SI	SI	NO	NO	SI
Extremadura	-	-	-	-	-	-
Galicia	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Madrid (Com. de)	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Murcia (Región de)	-	-	-	-	-	-
Navarra (Com. Foral de)	-	-	-	-	-	-
País Vasco	-	-	-	-	-	-
Rioja (La)	NO					
Ceuta y Melilla	NO					

Fuente: elaboración propia con datos del Cuestionario dirigido a las CC. AA.

Algunas CC. AA. (C. de Madrid, Andalucía[9] y Cataluña[10]) declaran que tienen planes específicos para las ERyMEs, otras las incluyen en Planes Generales.

Canarias y Castilla y León disponen de procesos asistenciales integrados alineados con la Estrategia de ERyMEs, por ejemplo, Castilla y León los tiene para:

9 https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PAERMEV4.pdf

10 https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_actuacio/linies_dactuacio/estrategies_salut/malalties_reumatiques_i_de_laparell_locomotor

- Artrosis coxofemoral.
- Artrosis de rodilla.
- Fibromialgia.
- Proceso asistencial de lumbalgia y/ o radiculopatía de EEII.
- Prevención de fracturas por fragilidad.

Únicamente dos CC. AA. (Castilla y León, y Cataluña) informan que han realizado la evaluación de sus planes o actividades y aportan indicadores.

3.2.2 Objetivo 2: Disminuir las desigualdades sociales en salud desde un enfoque de los determinantes sociales de las ERyMEs.

3.2.2.1 Objetivo específico 1.5 Reducir la prevalencia de los factores de riesgo relacionados con las ERyMEs mediante la promoción de estilos de vida saludables y el desarrollo de políticas que promuevan entornos saludables Y

3.2.2.2 Objetivo específico 2.1 Promover la equidad en las políticas, planes y programas que tengan impacto en la salud de la población mediante la disminución de las desigualdades sociales en salud (por género, nivel educacional, ocupacional, renta o territorio entre otros)

Reducir las desigualdades sociales en salud producidas por razones geográficas, étnicas, culturales, de género, clase social, diversidad funcional u otros determinantes sociales de la salud es un objetivo de la Estrategia Nacional de Equidad y un principio rector de la EPSP. Para ello, se cuenta con la "Guía Metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud", que tiene el objetivo de proporcionar una herramienta práctica para facilitar la integración efectiva de la equidad tanto en el sector salud, como en otros sectores. A su vez, en el marco de la implementación local de la EPSP[11] ha desarrollado la "Herramienta breve de reflexión sobre cómo integrar la equidad

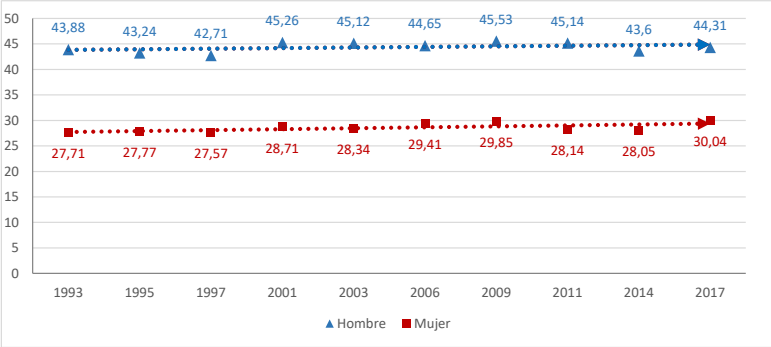
[11] https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Paso3_Avanzando_Implementacion.htm

en las políticas municipales". Además, desde un punto de vista de equidad en salud, cobran especial importancia las desigualdades sociales en salud existentes en población gitana. Estas desigualdades se analizan en detalle en las dos ediciones de la Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana realizadas hasta ahora (2006 y 2014), en las que se realiza un análisis comparativo con las Encuestas Nacionales de Salud más cercanas temporalmente a su edición.

Los indicadores de prevalencia de sobrepeso, obesidad y sedentarismo en el tiempo libre en la población adulta, se han desagregado por sexo, CC. AA., clase social según ocupación y nivel de estudios cuando ha sido posible.

La prevalencia auto declarada del **sobrepeso** (índice de masa corporal ≥25 Kg/m^2) en España, desde 1993 hasta 2017, se ha mantenido estable a lo largo de la serie, mostrando siempre valores superiores en hombres.

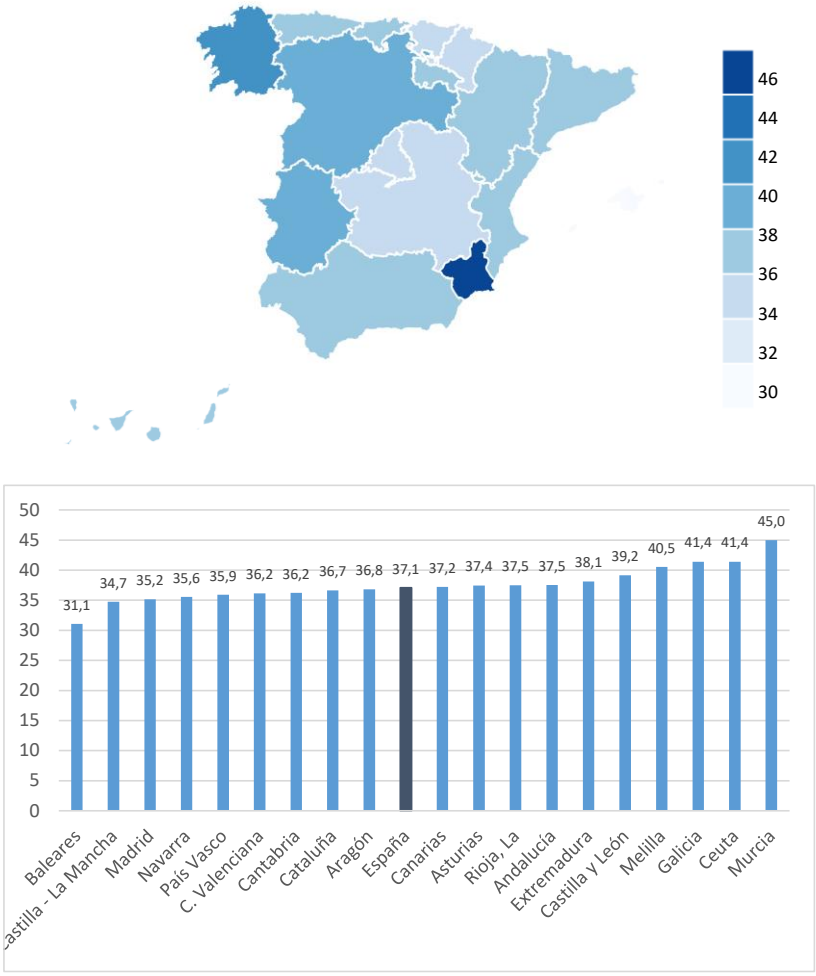
Figura 19. Prevalencia auto declarada de sobrepeso en población adulta (18 y más años) por sexo. España 1993- 2017. Tasa por 100 habitantes



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE. 1993-2017.

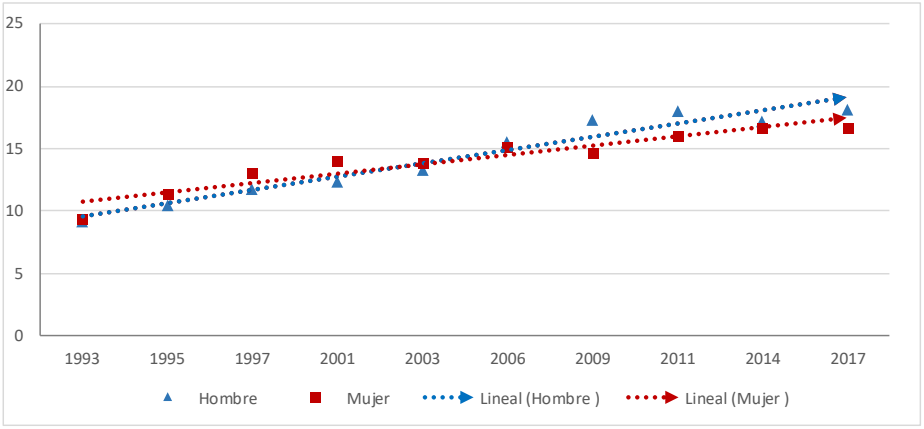
Para el año 2017 la prevalencia autodeclarada de sobrepeso en España ha sido de 37,07% (44,31 en hombres vs 30,04 en mujeres), al desagregar los datos de ese año por CC. AA. se observan diferencias territoriales que tienen un valor máximo de 44,98 y un mínimo de 31,08.

Figura 20. Distribución de la prevalencia auto declarada de sobrepeso en población adulta (18 y más años). Tasa por 100 habitantes. *Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE 2017*



La prevalencia autodeclarada de **obesidad** (índice de masa corporal ≥ 30 Kg/m^2) en España, desde 1993 hasta 2017, ha seguido una tendencia claramente ascendente, pasando de 9,22 % en 1993 a 17,43 % en 2017. Las diferencias entre hombres y mujeres son estrechas, aunque en hombres asciende más rápidamente.

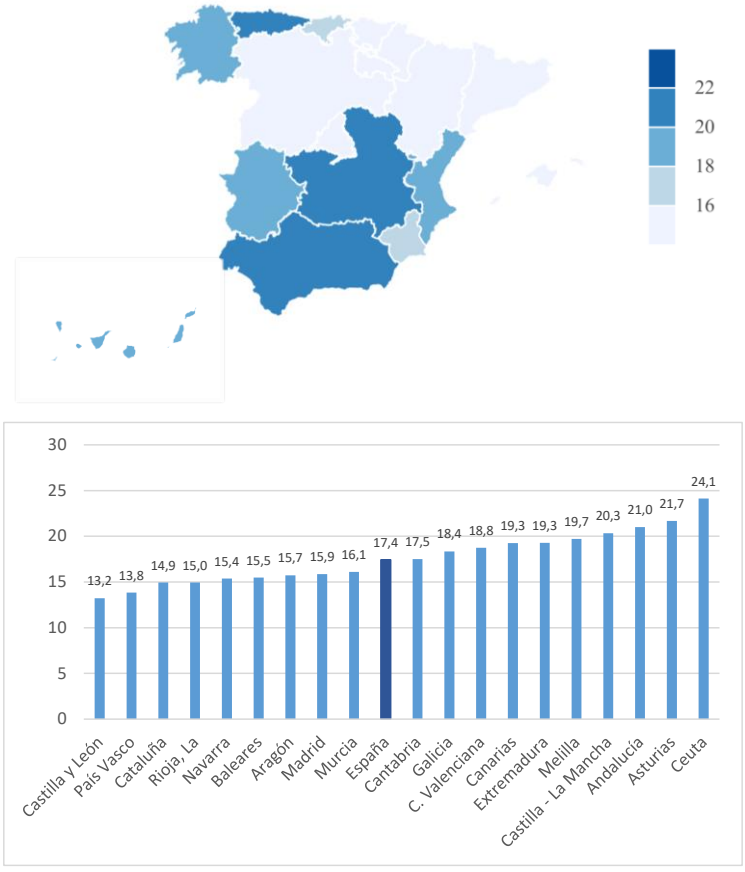
Figura 21. Prevalencia auto declarada de obesidad en población adulta (18 y más años) según sexo. España 1993-2017. Tendencia de la tasa por 100 habitantes.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE 2017

Se observan marcadas diferencias territoriales que quedan reflejadas en el mapa y la figura siguiente:

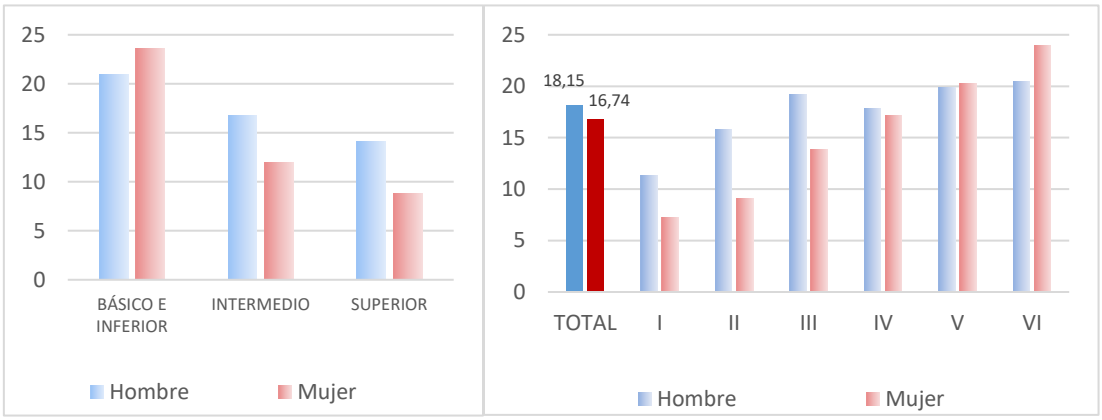
Figura 22. Distribución de la prevalencia auto declarada de obesidad en población adulta (18 y más años). Tasa por 100 habitantes. *Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE 2017*



La distribución de la prevalencia de obesidad en función del nivel de estudios y de la ocupación[12] muestra diferencias notables que reflejan las desigualdades existentes. En mujeres con nivel básico de estudios la prevalencia de obesidad en 2017 es de 23,65% y entre aquellas con nivel superior la prevalencia es 8,8%.

Al no disponer de la serie temporal de estos valores, no es posible determinar si el gradiente, según nivel de estudios y ocupación observado en la distribución de la prevalencia de obesidad, ha ido variando con el tiempo, por lo tanto, no es posible evaluar si las desigualdades se han ido reduciendo, manteniendo o si se han ampliado.

Figura 23. Prevalencia de obesidad en población adulta (18 y más años) según sexo, nivel de estudios (Básico e inferior, intermedio y superior) y ocupación, de la más aventajada (I) a la más desaventajada (VI) del año 2017. Tasa por 100 habitantes



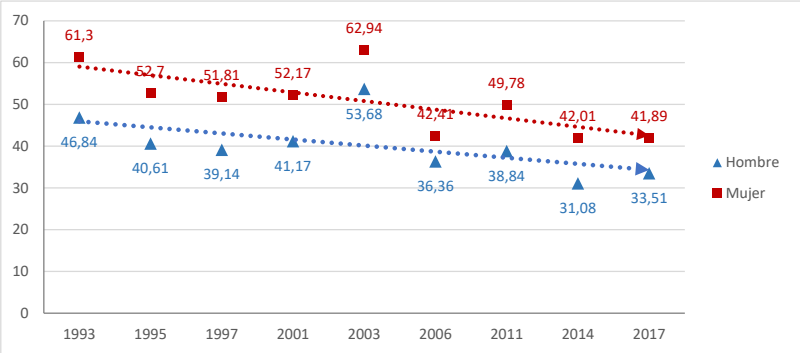
Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE. MS/INE

Los datos de la evolución de la prevalencia del **sedentarismo[13]** durante el tiempo de ocio en España entre los años 1993 a 2017 señalan una disminución de la tendencia, tanto en hombres como en mujeres, aunque los porcentajes de sedentarismo son siempre superiores en las mujeres, diferencia que se mantiene en toda la serie.

Figura 24. Tendencia de la prevalencia de sedentarismo durante el tiempo de ocio en población adulta por sexo. Tasa por 100 habitantes España 1993-2017

12 https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_Descrip_variab_comp.pdf

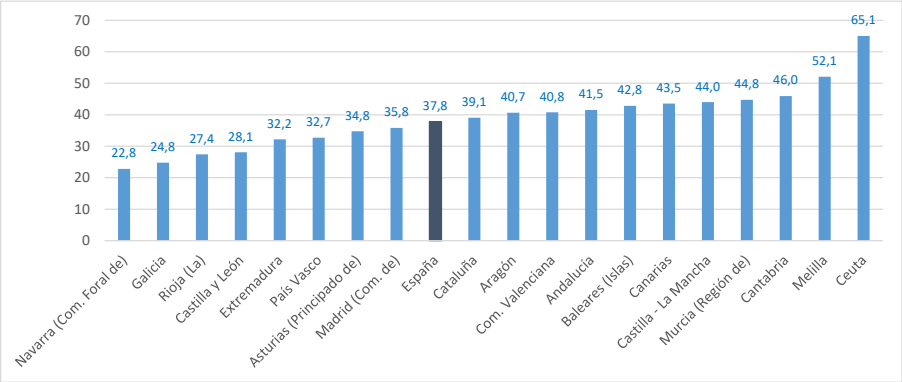
13 Llamamos sedentarismo a aquellas actividades que realizamos las personas sentadas o reclinadas, mientras estamos despiertas, y que utilizan muy poca energía (Ministerio de Sanidad).



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE 2017

La distribución de sedentarismo durante el tiempo de ocio muestra gran variabilidad entre las diferentes CC. AA., en el año 2017 el rango de la distribución tiene el mínimo en 22,79% y el máximo en 65,05%, con una media de 37,81%.

Figura 25. Distribución de la prevalencia de sedentarismo durante el tiempo de ocio en población adulta por CC. AA. en el año 2017 Tasa por 100 habitantes



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE 2017

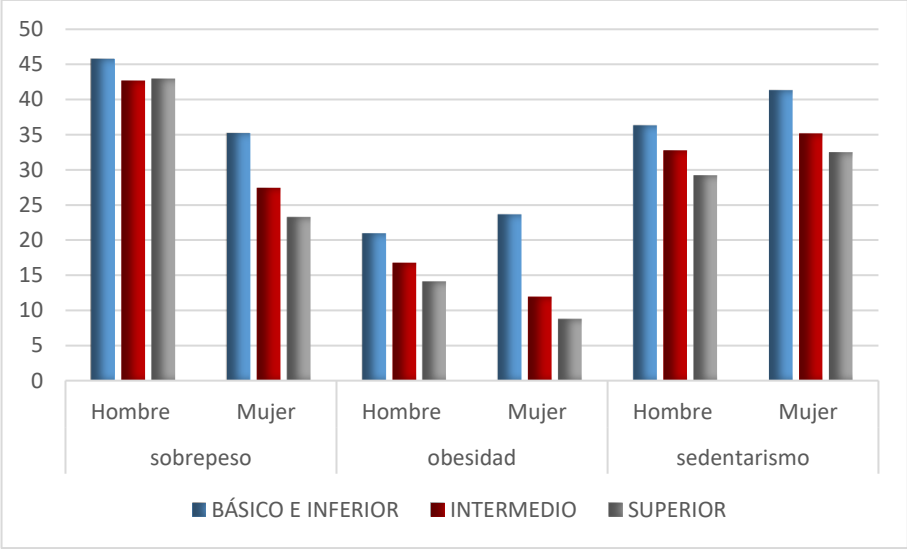
Respecto al sedentarismo en el trabajo o actividad principal, el 38,3% de la población mayor de 15 años, estudiante, trabajadora o dedicada a labores del hogar[14], permanece sentada la mayor parte de la jornada (hombres y mujeres en proporciones similares), y el 40,8% permanece de pie la mayor parte de su jornada laboral, sin efectuar grandes esfuerzos ni desplazamientos (siendo esta proporción mayor en mujeres: 46,6%).

[14] Informe #2 Actividad física, descanso y ocio. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017 Serie informes monográficos.https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ACTIVIDAD_FISICA.pdf

Se observa un aumento de la tendencia de quienes declaran pasar la mayor parte del tiempo sentados: en 2006 eran el 32,7% y en 2017 el 38,3%, siendo este último el dato más elevado de toda la serie desde 1993. El incremento se observa en hombres y mujeres por separado y en todas las clases sociales. En cambio, la proporción de los que declaran pasar la mayor parte de su jornada de pie, ha ido descendiendo desde 1993, manteniéndose estable desde 2006.

Al desagregar los datos de la ENSE de 2017 sobre prevalencia de sobrepeso, obesidad y sedentarismo en el tiempo libre, en función del nivel de estudios, se observa que en general disminuyen a medida que aumenta el nivel de estudios, y que esta diferencia observada es mayor en mujeres. Así, por ejemplo, la prevalencia de sobrepeso en mujeres con nivel de estudio básico es de 35,25% y para hombres de 45,79%, en cambio para el nivel de estudios superior la prevalencia es de 23,29% en mujeres y de 42,96% para hombres, es decir, que al mejorar el nivel de estudios la diferencia entre hombres y mujeres se incrementa siendo los resultados mucho más favorables para las mujeres. En obesidad y sedentarismo la tendencia es similar (figura 26).

Figura 26. Prevalencia de sobrepeso, obesidad y sedentarismo en población adulta por sexo y nivel de estudios. España 2017. Tasa por 100 habitantes.

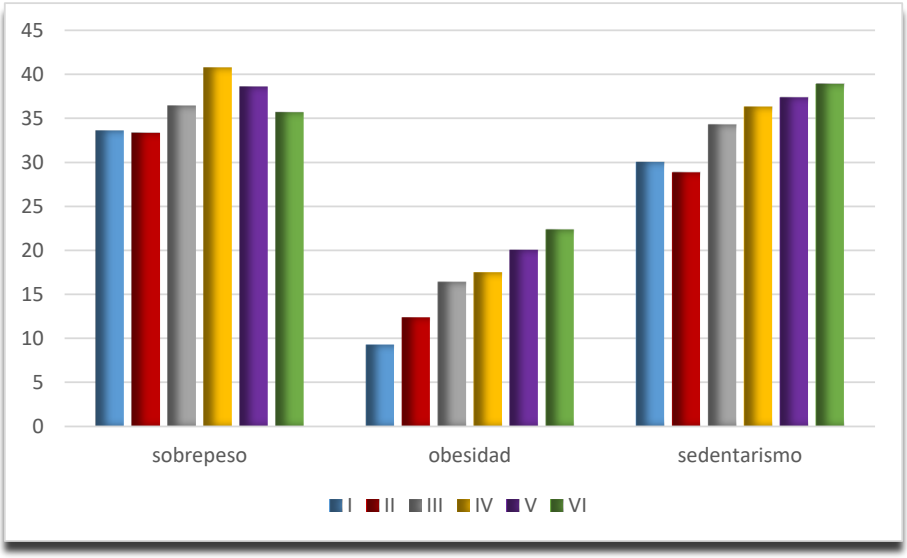


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSE 2017

Al observar los datos en función de la clase social basada en la ocupación de la persona (ver anexo I), no se ve una relación clara con la prevalencia de sobrepeso, sin embargo, obesidad y sedentarismo en el tiempo libre siguen un gradiente, de

manera que se van incrementando al disminuir la clase social basada en la ocupación.

Figura 27. Prevalencia de sobrepeso, obesidad y sedentarismo en el tiempo libre en población adulta por clase social basada en la ocupación, de la más aventajada (I) a la más desaventajada (VI). España 2017. Tasa por 100 habitantes.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ENSE 2017

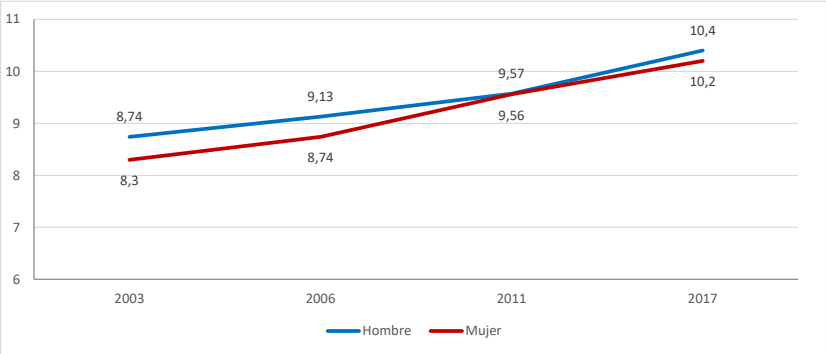
Al no disponer de la serie temporal de estos valores, no es posible determinar si el gradiente observado en la distribución de la prevalencia de obesidad y sedentarismo en el tiempo libre ha ido variando con el tiempo.

Estos resultados muestran la importancia de seguir favoreciendo que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su lugar de residencia, posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales y estructurales. Para ello, es fundamental identificar los mecanismos que pueden estar generando estas desigualdades, y poner en marcha actuaciones intersectoriales que permitan aumentar el acceso a alimentos saludables y generar entornos físicos y sociales en los que las elecciones saludables sean las más fáciles de tomar, a fin de reducir las desigualdades existentes que contribuyen a una distribución desigual de la carga de las ERyMEs en la población.

Prevalencia de obesidad en población infantil desagregada por sexo, clase social basada en la persona de referencia y CC. AA.:

La prevalencia declarada de obesidad en población infantil en España muestra un incremento tanto en niños como en niñas a lo largo de serie de encuestas para las que tenemos resultados (2003 a 2017)[15].

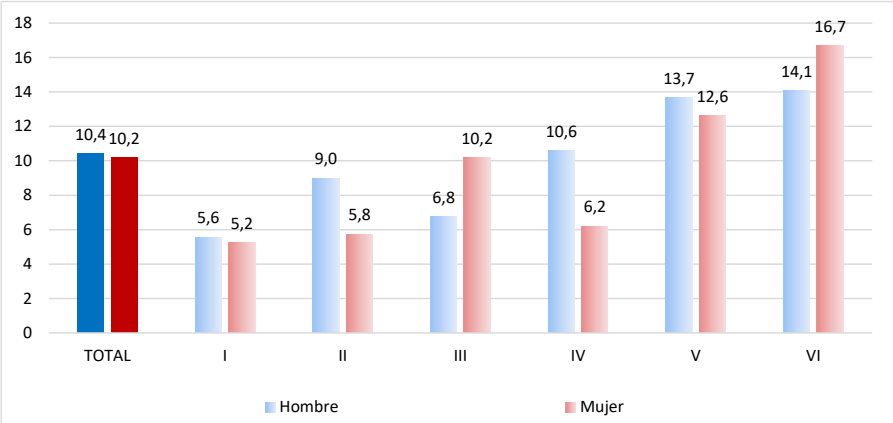
Figura 28. Prevalencia declarada de obesidad en población infantil (2 a 17 años) desagregado por sexo. España 2003-2017. Tasa por 100.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE 2017

La distribución de la prevalencia de obesidad infantil en función de la clase social basada en la ocupación de la persona de referencia muestra diferencias muy marcadas, así en la clase social más aventajada (I) la prevalencia de obesidad es de 5,6% en niños y 5,2% en niñas, mientras que para la clase social más desaventajada (VI) es de 14,1% en niños y 16,7% en niñas.

Figura 29. Prevalencia declarada de obesidad en población infantil (2 a 17 años) según sexo, y clase social basada en la ocupación, de la más aventajada (I) a la más desaventajada (VI) del año 2017. Tasa por 100 hab.

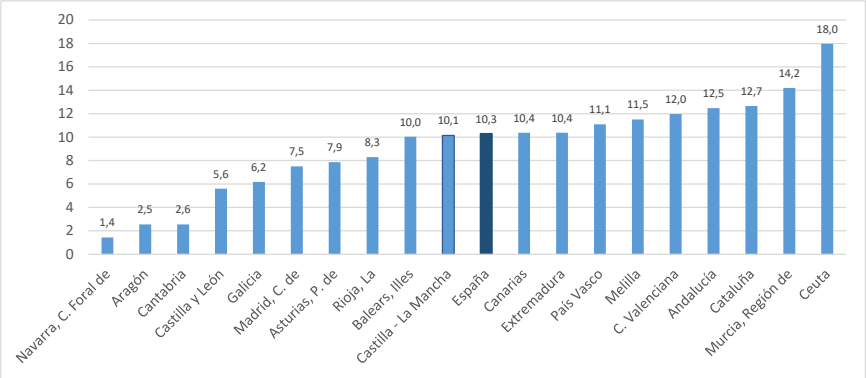


Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE 2017

[15] En este indicador el índice de masa corporal (IMC) se calcula a partir del peso y la talla declarados por la persona entrevistada (peso/talla). El IMC aplicable para definir la obesidad entre 2 y 17 años, se calcula en función del sexo y la edad usando los puntos de corte establecidos por Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH (Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320: 1-6).

La distribución de obesidad en población infantil por CC. AA. se ha obtenido con datos de 2017, la media global es de 10,1%, y se observan importantes diferencias territoriales con un rango muy amplio que tiene el mínimo en 1,4% y el máximo en 18%.

Figura 30. Distribución de la prevalencia declarada de obesidad en población infantil (2 a 17 años). Tasa por 100 habitantes.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE 2017

En la Encuesta sobre conductas de salud en escolares (estudio HBSC), en los resultados de la edición de 2018[16] se observa que en la adolescencia, entre 11 y 18 años, el 3,1% presenta obesidad y el 14,4% sobrepeso. Siendo mayor el porcentaje de sobrepeso en chicos (16,9%) frente a las chicas (11,8%). Esta tendencia se repite en obesidad, padeciendo los chicos mayor obesidad (3,6%) frente a las chicas (2,6%). Se observa que el sobrepeso es mayor en el grupo de menor edad (11-12 años) con un 15,5%, frente al grupo de mayor edad (17-18 años) que presenta 13,1%; en el caso de la obesidad no se observan estas diferencias. Por otro lado, hay un claro gradiente de mayor sobrepeso u obesidad a menor capacidad adquisitiva de la familia, con un 23,8% en los chicos y las chicas de familias de capacidad adquisitiva baja, 17,7% en los de capacidad adquisitiva media, y 13,5% en los de familias con mayor capacidad adquisitiva. Estas cifras ponen de manifiesto, que además de la educación para la salud, la cuestión relevante en materia de salud pública es la disponibilidad y el coste de la comida sana y nutritiva. Según un informe de la OMS, publicado en 2003, el

16 Estudio HBSC 2018: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/HBSC2018/HBSC2018_ResultadosEstudio.pdf

acceso a alimentos buenos y asequibles marca más la diferencia de lo que comen las personas que la educación para la salud que puedan recibir.[17]

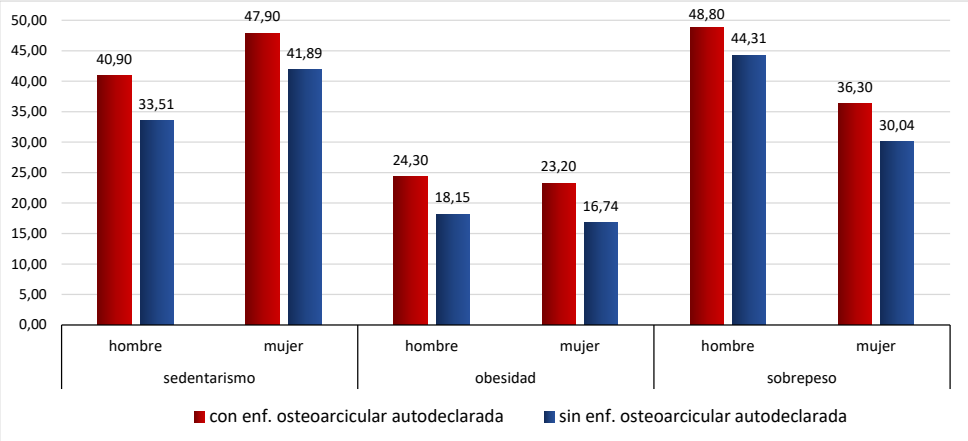
Es fundamental promover un buen comienzo en la vida con entornos y condiciones de vida que faciliten elegir la opción más saludable desde la primera infancia ya que contribuyen a alcanzar una mejor salud, facilitando adoptar estilos de vida saludables que permanecen en la edad adulta y favorecen un mejor desarrollo personal. Actuar en los primeros años de vida es la forma más eficaz de evitar las desigualdades duraderas. Por ello, es especialmente importante priorizar aquellas políticas e intervenciones con enfoque de equidad, que intervengan desde el embarazo y las edades más tempranas, en las que participen los diferentes sectores involucrados.

Sobrepeso, obesidad o sedentarismo en el tiempo libre, en personas con enfermedad osteoarticular

La prevalencia de sobrepeso, obesidad o sedentarismo en el tiempo libre en personas con enfermedad osteoarticular incluye a aquellas de 15 y más años que declaran tener al menos una de las siguientes enfermedades: artritis reumatoide, osteoporosis, dolor de espalda crónico (cervical y/o lumbar). En ellas la prevalencia de sobrepeso en 2017 ha sido 40,9%, frente a 37,07% en la población general; la prevalencia de obesidad ha sido 23,60%, seis puntos por encima de la media global (17,43%); y la de sedentarismo en el tiempo libre ha sido 45,40%, también superior a la media global de la población que ha sido 37,81%.

Figura 31. Distribución de la prevalencia declarada de obesidad, sobrepeso y sedentarismo en personas con y sin enfermedad osteoarticular declarada, desagregada por sexo. Tasa por 100 habitantes.

[17] Social determinants of health. The solid facts. Second edition. © Organización Mundial de la Salud, 2003: Editado por Richard Wilkinson y Michael Marmot



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE 2017

La mayor prevalencia de sobrepeso, obesidad y sedentarismo en estos pacientes puede ser un factor de riesgo de las ERyMEs o bien una consecuencia de ellas, en cualquier caso, parece necesario reforzar la promoción de estilos de vida saludable y de ejercicio físico adaptado a las ERyMEs que pudieran beneficiarse de él.

3.2.2.3 Objetivo específico 1.6 Reducir la prevalencia de los factores de riesgo laborales que puedan causar o agravar las ERyMEs.

Prevalencia de trabajadores expuestos a factores de riesgo ergonómicos**.**

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) realiza periódicamente la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo con el objetivo de aportar información estadística sobre las condiciones de trabajo y salud de los distintos colectivos de personas trabajadoras. Esta encuesta analiza la exposición los siguientes riesgos ergonómicos: posiciones dolorosas o fatigantes, levantar o mover personas, llevar o mover cargas pesadas y realizar movimientos repetitivos de manos o brazos.

Los riesgos de carácter ergonómico más extendidos siguen siendo la exposición, durante al menos una cuarta parte del tiempo de trabajo diario, a movimientos repetitivos de manos o brazos (que afecta al 69% de los trabajadores), las posiciones dolorosas o fatigantes (54%) y llevar o mover cargas pesadas (37%). La actividad de levantar o mover personas implica al 11% de las personas trabajadoras.

El informe de la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2015 6ª EWCS – España señala que desde 2010 ha aumentado significativamente la exposición a tres de los cuatro riesgos estudiados: las posiciones dolorosas o fatigantes (7,2 puntos porcentuales), llevar o mover cargas pesadas (6,1 puntos) y levantar o mover personas (4,2 puntos). También pone de manifiesto que los hombres manejan cargas pesadas en mayor proporción que las mujeres (43% y 29%, respectivamente), mientras que las mujeres levantan o mueven personas en mayor medida que los hombres (17% y 5%, respectivamente). Las actividades que presentan mayor frecuencia de riesgos ergonómicos son construcción, agricultura, comercio y hostelería y salud. El informe también señala que el 88% de las personas trabajadoras manifiesta que están "bien" o "muy bien" informadas sobre los riesgos para la salud y la seguridad en su trabajo, porcentajes similares a los obtenidos en 2010. El informe pone de manifiesto que la falta de información es especialmente frecuente en mujeres, menores de 35 años, personas trabajadoras por cuenta ajena, personas con contrato temporal o que trabajan sin contrato y aquellas que trabajan a tiempo parcial.

Conclusiones:

- En el abordaje de las ERyMEs hay importantes diferencias territoriales. Algunas CC. AA. cuentan con planes específicos, otras las incluyen en planes generales y otras tienen procesos asistenciales integrados en línea con esta Estrategia. Casi todas incluyen la equidad, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como línea estratégica en su abordaje. Según la información aportada por las CC. AA. la evaluación de las acciones o planes está poco desarrollada, tan sólo dos comunidades declaran haber evaluado los resultados y aportan los indicadores que utilizan. Hay que señalar que alguno de los Planes específicos es bastante reciente y aún no ha trascurrido el tiempo que ellos mismos han fijado para realizar su evaluación.

- En población adulta, la prevalencia auto declarada del sobrepeso en España, desde 1993 hasta 2017, se mantiene estable y muestra valores superiores en hombres. En relación a la obesidad, se aprecia una clara tendencia ascendente, no existiendo grandes diferencias entre hombres y mujeres. Los datos de la prevalencia del sedentarismo durante el tiempo

de ocio señalan una tendencia descendente, tanto en hombres como en mujeres.

- Al desagregar la prevalencia de sobrepeso, obesidad y sedentarismo en el tiempo libre por CC. AA., se observan diferencias que son especialmente importantes para la obesidad y el sedentarismo (con un rango de 13,2% a 24,1% y 22,79% a 65,05% respectivamente). Además, al desagregarlos en función de la clase social basada en la ocupación, tanto para la obesidad como el sedentarismo, se observa claramente un gradiente de manera que la prevalencia se incrementa al disminuir la clase social.

- En relación a la prevalencia declarada de obesidad en población infantil, para el periodo 2003 a 2017 se observa un incremento tanto en niños como en niñas a lo largo de la serie, con diferencias muy marcadas al desagregar por CC. AA. (en 2017 el rango tiene el mínimo en 1,4% y el máximo 18,0%), y por la clase social basada en la ocupación; y al igual que en población adulta, muestra las desigualdades existentes, ya que la prevalencia de obesidad sigue un gradiente siendo mayor en las clases sociales más desaventajadas.

- Dentro de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS se ha avanzado en el abordaje intersectorial, con enfoque de curso de vida y equidad en las acciones de promoción de la salud, particularmente en la promoción de estilos de vida y entornos saludables, así como en la prevención de factores de riesgo de las principales enfermedades crónicas, si bien es preciso continuar avanzando con el trabajo iniciado.

- En pacientes con enfermedad osteoarticular la prevalencia de sobrepeso, obesidad y sedentarismo es superior a la media. Todo esto puede suponer un factor de riesgo de las ERyMEs o ser una consecuencia de ellas, en cualquier caso, parece necesario reforzar objetivos de promoción de estilos de vida saludable en este tipo de pacientes, y en particular incrementar el ejercicio físico adaptado a las ERyMEs que pudieran beneficiarse de él.

- Estos resultados muestran la importancia de seguir favoreciendo que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud

independientemente de su lugar de residencia, posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales y estructurales. Por lo tanto, resulta básico reforzar la Línea estratégica 1: Equidad y salud en todas las políticas: promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

3.3 Línea estratégica 2. Capacitación y autonomía

Objetivos	Indicadores	Fuente
3.1 Promover programas de educación para la salud dirigidos a enfermos y personas cuidadoras, específicos según patologías y a personas sanas sobre estilos de vida saludables, con especial atención a grupos sociales vulnerables	Programas de educación para la salud que incorporan a personas cuidadoras de pacientes con ERyMEs por CCAA	CCAA
3.2 Promover la educación por pares: fomentar la participación de los enfermos y asociaciones de enfermos en la educación dirigida a ellos mismos y a sus cuidadores	Programas de educación por pares relacionados con ERyMEs.	CCAA

3.3.1 Objetivo 3: Fortalecer la capacidad de las personas enfermas y personas cuidadoras para hacerles co-responsables en la gestión de su salud y proporcionarles mayor autonomía.

En el **cuestionario** se ha preguntado acerca de esta línea estratégica y ocho CC. AA. han declarado haber realizado algún tipo de acción, estrategia, plan, programa, campaña etc., para mejorar la capacitación y autonomía de pacientes y personas cuidadoras. Tan solo una comunidad de las que han declarado tener implantada la Estrategia no ha incluido este aspecto de la misma.

El Ministerio de Sanidad cuenta con la Web **Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía** (https://www.redescuelassalud.es/) como instrumento de capacitación y autonomía de las personas. Esta propuesta se inauguró a finales de 2015, con el objetivo de promover, compartir y desarrollar instrumentos que faciliten el empoderamiento de las y los pacientes mediante la mejora de la capacitación en salud y autogestión de la enfermedad, incrementando así el conocimiento y la adquisición de competencias en cuidados y autocuidados, en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Además, tiene la finalidad de poder optimizar los recursos procedentes de las CC. AA. poniéndolos a disposición de pacientes, familiares y personas cuidadoras, con dos premisas esenciales, la actualización y calidad científico-técnica de los contenidos y por otra parte la comprensibilidad por parte de cualquier ciudadana o ciudadano.

La página web de la Red de Escuelas, fue creada a partir de la identificación y priorización de distintos colectivos ciudadanos, y sus aspectos de navegación y diseño fueron formulados por los mismos colectivos.

Desde 2015 se han ido incorporando a la Red nuevos recursos y nuevas entidades, tras la solicitud formal de las CC. AA. y demostrar que satisfacen los requisitos establecidos para formar parte del Comité Técnico de la Red. En el momento actual las entidades incluidas son: Programa Paciente Experto Cataluña, Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos, Escuela de Salud del País Vasco, Escuela de Salud de Navarra, Escuela Andaluza de Pacientes, Programa Paciente Activo de I. Baleares, Escuela de Salud de Murcia, Escuela cántabra de salud, Escuela de Salud y Cuidados de Castilla-La Mancha, Escuela de Salud de Aragón, Programa Paciente Activo de Asturias, el Programa Paciente Activo de la G. Valenciana y la Escuela Madrileña de Salud.

La siguiente tabla muestra la métrica de la página como seguimiento de su funcionalidad:

Año	Nº total visitas (sin spam)/año	Tiempo medio duración en página	Contenidos/ páginas visitadas	% visitantes mujeres	Dispositivo de consulta (% PC)
2016	5.595	3-10 minutos	20.329	68,2%	76,9 %
2017	5.934	3-10 minutos	22.505	67,8%	72 %
2018	7.023	3-10 minutos	35.022	68,4%	68,5 %

Se observa un incremento en el número total de visitas, a las cuales se les ha filtrado la contabilización del spam, que pueden desfigurar la idea del uso real de la web. Desde el punto de vista demográfico, las personas que usan en mayor medida este recurso son las mujeres de todos los grupos etarios, con la salvedad de más de 64 años, que son hombres. Además, en este periodo 2016-2018, se aprecia una tendencia ascendente en el grupo de 25 a 34 años, y un aumento del uso de dispositivos móviles en detrimento del uso del PC.

Esta página web surge como parte de las acciones de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS y su finalidad es proporcionar información útil y de calidad, ajustada a las diferentes necesidades de la ciudadanía; en ella se

pueden encontrar recomendaciones, herramientas interactivas, vídeos y otros materiales y recursos de utilidad para hacer más saludables los estilos de vida.

Específicamente en artritis reumatoide, la Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis) con la colaboración de OpenReuma (profesionales relacionados con la atención a ERyME) puso en marcha en 2018 **'Paciente Activo con Artritis Reumatoide'**, el primer programa formativo que se desarrolla en torno a esta patología, declarado de interés social por la Sociedad Española de Reumatología (SER). http://www.pacienteactivoconartritis.com/. El objetivo del programa es promover el rol del paciente como principal responsable del autocuidado en artritis reumatoide, a través de contenidos *on line* y talleres presenciales, facilitando la adquisición de las competencias necesarias para gestionar los síntomas de la enfermedad, mejorar la adherencia, incorporar estilos de vida saludables, y estrategias para enfrentarse al día a día con una mejor calidad de vida.

Conclusiones:

- Se observa un incremento del número de visitas a este tipo de contenidos relacionados con la Educación para la Salud lo que puede relacionarse con una mayor demanda de este tipo de formación por parte de pacientes y cuidadores.
- La formación en patología osteoarticular tiene gran importancia en general, y cobra mayor relevancia si se enfoca desde el punto de vista de las posibilidades que tiene para evitar retrasos diagnósticos en patología reumática y músculo esquelética inicialmente reversible.
- La administración debería trabajar conjuntamente con las asociaciones de pacientes y sociedades científicas para mantener la calidad de los contenidos relacionados.
- Las asociaciones de pacientes en materia de salud son un claro aliado y vehículo en la transmisión a los pacientes y ciudadanía en general.

3.4 Línea estratégica 3. Atención sanitaria y social

Objetivos	Indicadores	Fuente
4.2 Facilitar un sistema de derivación urgente o preferencial para los procesos en relación con ERyMEs que esté centrado en el paciente.	Unidades y mecanismos de acceso diferenciado (consultas de artritis precoz…)	CCAA
	Nº de fisioterapeutas en equipos de Atención Primaria	SIAP CCAA
4.4 Preservar la capacidad y reducir el impacto que producen las ERyMEs sobre la IT e IP	Incidencia y prevalencia de IT por ERyME por código CIE	INSS
	Duración media de las IT por ERyME	INSS
	Prevalencia de IP por ERyME	INSS
5.1 Establecer mecanismos de comunicación fluida orientada a compartir información clínica y de pruebas complementarias que garanticen la coordinación efectiva entre ámbitos asistenciales.	Herramientas de coordinación AP-AE: especialista consultor, sesiones compartidas AP-AE, PIC virtual, consultas no presenciales, protocolos de ERyMEs.	CCAA
5.2 Consensuar y coordinar los circuitos asistenciales entre los profesionales implicados para los procesos de las ERyMEs de mayor magnitud (mayor prevalencia y/o gravedad).		
6.1 Homogeneizar la práctica clínica, los procesos de diagnóstico y el tratamiento en las ERyMEs evitando la variabilidad no justificada.	Guías integradas de práctica clínica y otras iniciativas de mejora de la práctica clínica (procesos asistenciales integrados, protocolos, consensos) con cumplimiento de los criterios de calidad del SNS.	CCAA
6.3 Mejorar la seguridad de los enfermos con ERyMEs en los tratamientos crónicos.	Dosis diarias de antiinflamatorios no esteroideos por cada mil personas con problemas osteoarticulares	BDCAP
	Dosis diarias de analgésicos opiáceos por mil personas con problemas osteoarticulares	BDCAP
6.4 Identificar las necesidades de los pacientes en la esfera biopsicosocial.	Planes que incorporen el abordaje psicosocial de las ERyMEs	CCAA

Esta Línea Estratégica agrupa objetivos específicos y acciones de tres grandes objetivos generales: garantizar la prioridad en derivaciones que se beneficiarían de la intervención precoz, asegurar la continuidad asistencial y proporcionar una práctica clínica segura y de calidad.

3.4.1 Objetivo 4: Garantizar la prioridad de acceso en las derivaciones para procesos agudos con alto riesgo de discapacidad o incapacidad prevenible y con evidencia científica del beneficio de intervención precoz.

3.4.1.1 Objetivo Específico 4.2 Facilitar un sistema de derivación urgente o preferencial para los procesos en relación con ERyMEs que esté centrado en el paciente.

En el cuestionario dirigido a las CC. AA. nueve han respondido que tienen planes o estrategias para al abordaje de las ERyMEs (tabla 5), y de ellas siete han señalado que tienen desarrollado el objetivo 4 de la Línea Estratégica de atención sanitaria y social, y que tienen mecanismos, estrategias o iniciativas para priorizar en las listas de espera la atención a pacientes con patología inflamatoria que se beneficiarían de una intervención precoz.

Andalucía, I. Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia y C. de Madrid, manifiestan tener iniciativas para priorizar pacientes que podrían beneficiarse de un tratamiento más temprano.

- Galicia cuenta con estrategias para priorizar cualquier artropatía inflamatoria y las autoinmunes que cursen con artritis. Uno de los compromisos de su Estrategia 2020 es favorecer el diagnóstico y abordaje precoz de las enfermedades reumáticas inflamatorias para actuar terapéuticamente antes de que se produzca el daño estructural permanente e irreversible, y facilitar de este modo la remisión de la enfermedad que permita al paciente tener una buena calidad de vida.

- La Comunidad de Madrid, al amparo del convenio INSS/CM (2017-2020) publicado en el «BOE» núm. 271, de 8 de noviembre de 2017, ha puesto en marcha, mediante un piloto para tres zonas de salud, el Programa IT-ME en pacientes con Incapacidad Temporal (IT) de alrededor de una semana de duración y de origen musculoesquelético (ME) por enfermedad común. A estos pacientes se les ha ofertado una intervención temprana en alguno de los tres servicios de Reumatología del proyecto con la intención de mejorar su proceso, siempre en comunicación y coordinación con los médicos de familia y los Centros de Salud correspondientes. La eficacia del programa se ha obtenido comparando la duración de todas las bajas iniciadas en el año anterior y posterior a la implantación del programa, y los resultados han sido satisfactorios. En el Informe de actividades y eficacia del Programa IT-ME 2019-2020 se pone de manifiesto un porcentaje de acortamiento de la duración de todas las bajas IT-ME de alrededor del 6%, con un ahorro estimado de más de 5,5 millones de euros según los SI de la Comunidad de Madrid.

El modelo del Programa IT-ME además de derivar los pacientes en base a una sospecha diagnóstica de "enfermedad grave y discapacitante" deriva a pacientes "con discapacidad reciente y reversible", independientemente del diagnóstico, y complementa los sistemas de derivación precoz. Recientemente ha entrado en vigor el nuevo convenio 2021-2022 que incrementa considerablemente la cantidad destinada a financiar la mejora asistencial de los dos grupos de patologías que más relevancia tienen en términos de IT e IP: patología musculoesquelética y enfermedades mentales.

El desarrollo de este tipo de programas en las CC. AA. podría además impulsar una mejor relación del SNS con el tejido productivo que, en el momento actual, no está encontrando respuestas al enorme problema que supone la discapacidad para el trabajo.

La población de edad avanzada, en la que las enfermedades musculoesqueléticas son la principal causa de discapacidad reversible, también se beneficiaría de la derivación de estos pacientes a programas específicos.

Potenciar la comunicación permanente entre AP, especializada e inspección, y mejorar la integración de los diferentes niveles asistenciales en los sistemas de información debería ser una de las líneas prioritarias de actuación.

Tabla 5: Respuestas al cuestionario sobre la línea estratégica 3: Atención sanitaria y social

¿Existe en su CCAA mecanismos, estrategias, iniciativas para priorizar la atención de los pacientes con patología inflamatoria que se beneficiarían de la intervención precoz?		¿Para que patologías?				
		Artritis	Enfermedades autoinmunes	Espondiloartritis	Otras	En caso de otras, nombrar cuales
Andalucía	SI	SI	SI	SI	NO	
Baleares (Islas)	SI	SI	SI	SI	SI	S. RAYNAUD FRACTURA OSTEOPORÓTICA
Canarias	NO					
Cantabria	SI	SI	SI	SI	SI	CUALQUIER MUSCULOESQUELÉTICA
Castilla y León	NO					
Castilla - La Mancha	SI	-	-	-	-	
Cataluña	SI	SI	SI	SI	SI	OSTEOPOROSIS
Com. Valenciana	NO					
Galicia	SI	SI	NO	SI	SI	CUALQUIER ARTROPATÍA INFLAMATORIA
Madrid (Com. de)	SI	-	-	-	SI	IT ORIGEN MUSCULOESQUELÉTICO
Rioja (La)	NO					

Fuente: elaboración propia con datos del cuestionario (Anexo III)

El número de plazas de fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales integradas en la red asistencial de AP, que desarrollan funciones de atención directa, excluyendo las plazas de fisioterapeutas propios de los Servicios de Rehabilitación de AE, ha sido de 1.557 en 2017 y 1.585 en 2018.

Tabla 6. Número de plazas de Fisioterapeuta/terapeuta ocupacional en AP (2017 y 2018)

Comunidad Autónoma	2017	2018
Andalucía	311	308
Aragón	50	53
Asturias	78	72
Baleares	46	47
Canarias	41	53
Cantabria	64	61
Castilla y León	143	144
Castilla - La Mancha	162	130
Cataluña	-	-
C. Valenciana	186	185
Extremadura	85	85
Galicia	114	158
Madrid	188	200
Murcia	55	58
Navarra	10	7
País Vasco	0	0
Rioja, La	14	14
Ceuta y Melilla (INGESA)	10	10
España	**1557**	**1585**

Fuente: Elaboración propia. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). MS.

Las desigualdades territoriales que se observan podrían explicarse por la diferente organización de la provisión del servicio en las CC. AA., ya que no en todas estos profesionales dependen de AP.

Sería aconsejable incorporar indicadores de utilización de terapias no farmacológicas.

3.4.1.2 Objetivo Específico 4.4 Preservar la capacidad y reducir el impacto que producen las ERyMEs sobre la Incapacidad Temporal (IT) e Incapacidad Permanente (IP).

Incidencia de IT por ERyMEs por código CIE

Las enfermedades del capítulo CIE9.MC correspondiente a "Enfermedades del Sistema osteo-mioarticular y tejido conectivo" son las que ocasionan **mayor número de procesos de IT**. En 2014 se recogieron 3.977.656 procesos de IT, y de ellos 922.343 correspondieron a este apartado, es decir, el 23,2% de todos. Los tres diagnósticos más frecuentes en los procesos de IT durante ese mismo año fueron lumbago (259.388 procesos), cervicalgia (99.462) y ciática (84.600).[18]

Para evaluar este indicador se han obtenido los datos de los tres últimos años (2017,2018 y 2019) del número de procesos de IT por los siguientes diagnósticos CIE9.MC:

LUMBAGO-724.2

CERVICALGIA-723.1

CIATICA-724.3

ARTRITIS REUMATOIDE-714.0

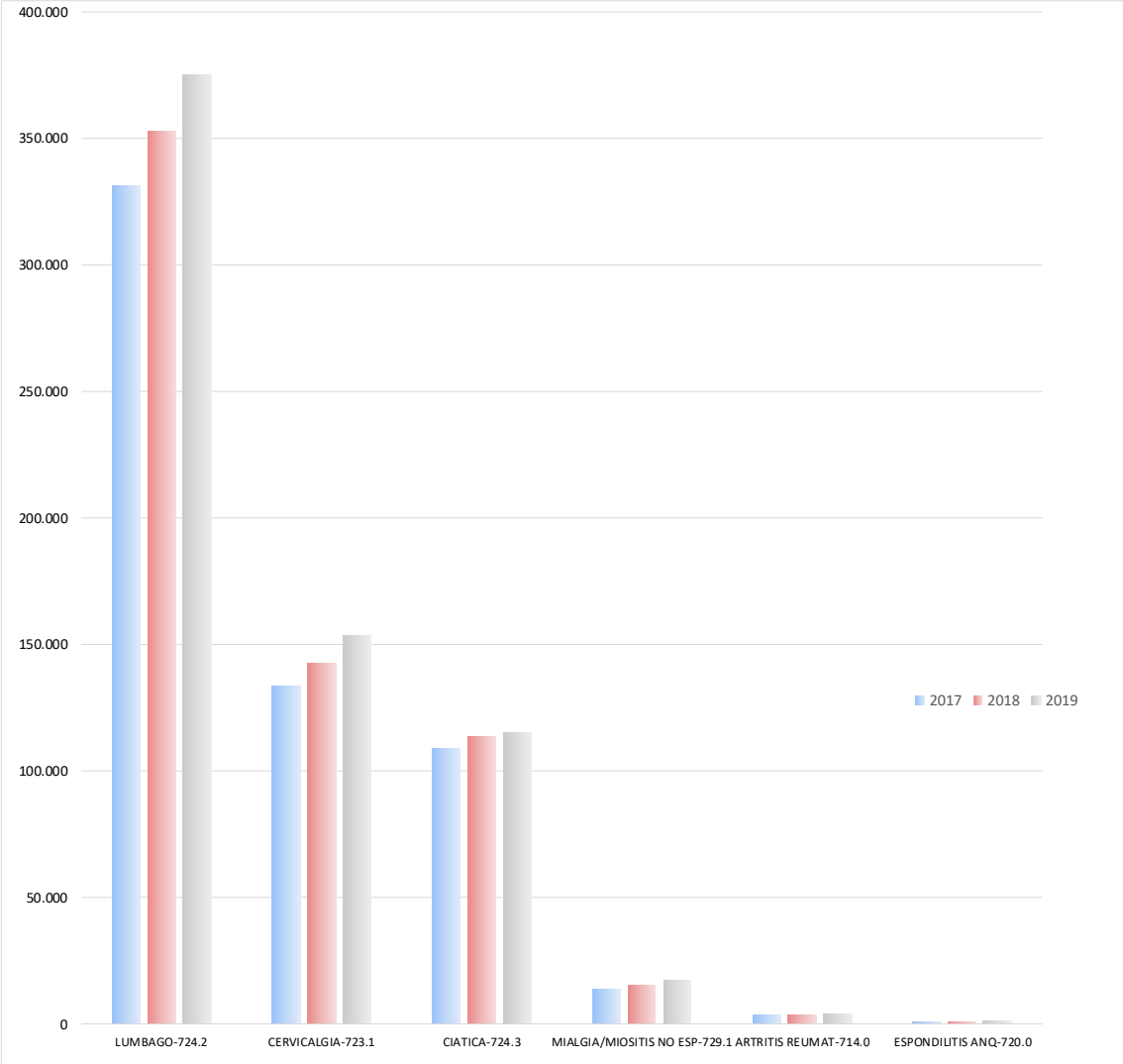
MIALGIA Y MIOSITIS NO ESPECIFICADO-729.1 (Fibromialgia M79.7 en CIE10MC)

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE-720.0

En todos estos códigos de clasificación se observa una **tendencia ascendente** en el número de procesos de IT en el periodo analizado, así en fibromialgia (mialgia y miositis no especificado) se detecta un incremento del 28% en estos tres años (13.574 en 2017 a 17.411 en 2019), en espondilitis anquilosante un 20% (1.016 en 2017 a 1.220 en 2019), y en cervicalgia un 15% (de alrededor de 130.000 procesos en 2017 a más de 150.000 en 2019).

Figura 32. Número de procesos de IT por LUMBAGO, CERVICALGIA, CIÁTICA, MIALGIA/MIOSITIS, ARTRITIS REUMATOIDE, ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (2017 a 2019)

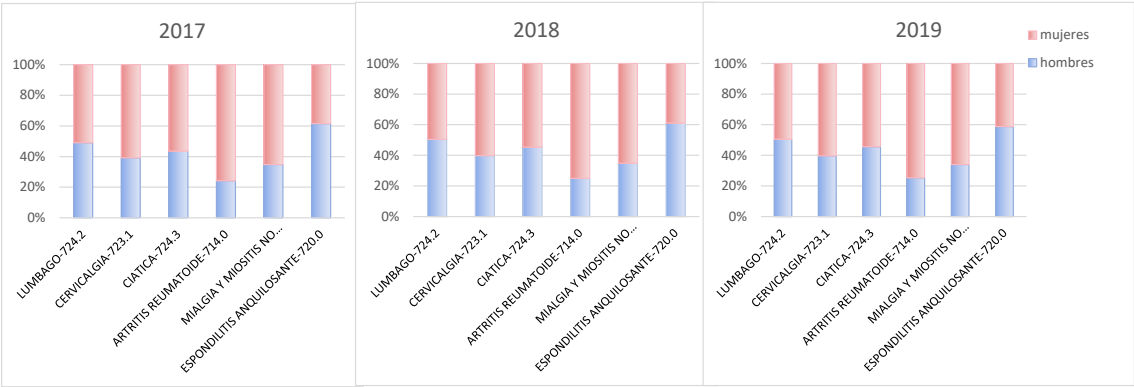
[18] Instituto Nacional de la Seguridad Social. Manual de tiempos óptimos de incapacidad temporal, 4ª edición. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2017. Disponible en: http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/d24cc76a-e1f4-49b6-b36f-fb8fc00a32a7/Manual+Tiempos+%C3%93ptimos+IT_Castellano_v4.0_+Accesibilidad.pdf?MOD=AJPERES&CVID=



Fuente: elaboración propia a partir de datos del INSS

En general los datos de IT para estas patologías muestran cifras mayores en mujeres, siendo esta diferencia más marcada en algunos diagnósticos como artritis reumatoide y fibromialgia.

Figura 33: Distribución del porcentaje entre hombres y mujeres de los procesos de IT por lumbago, cervicalgia, ciática, mialgia/miositis, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante (2017 a 2019)



Fuente: elaboración propia a partir de datos del INSS

El capítulo de dolor del esqueleto axial (lumbago, cervicalgia, ciática) es el que mayor número de procesos de IT ha generado, el número de procesos de cervicalgia y ciática ha sido superior en mujeres a lo largo de toda la serie. En los datos de estos tres años (2017 a 2019) se observa que las mujeres tienen más procesos de artritis reumatoide y fibromialgia, y los hombres de espondilitis anquilosante.

Tabla 7. Número de procesos de IT por lumbago, cervicalgia, ciática, mialgia/miositis, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante (2017 a 2019)

Diagnóstico	2017		2018		2019	
	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres
LUMBAGO-724.2	162.479	168.939	177.862	175.165	189.342	185.939
CERVICALGIA-723.1	52.261	81.202	56.701	85.709	60.812	92.678
CIATICA-724.3	47.452	61.342	51.347	61.991	52.369	62.512
ARTRITIS REUMATOIDE-714.0	783	2.461	817	2.463	908	2.678
MIALGIA Y MIOSITIS NO ESPECIFICADO-729.1	4.725	8.849	5.267	9.861	5.908	11.503
ESPONDILITIS ANQUILOSANTE-720.0	625	391	628	399	717	503

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INSS

Duración media de las IT por ERyMEs

Se ha obtenido la duración media en días de los procesos descritos en el epígrafe anterior (LUMBAGO, CERVICALGIA, CIÁTICA, MIALGIA/MIOSITIS, ARTRITIS REUMATOIDE, ESPONDILITIS ANQUILOSANTE) para los años 2017, 2018 y 2019. Con estos datos se advierte que en general la duración media ha ido aumentando, únicamente se ve una tendencia descendente en la duración media de IT por espondilitis anquilosante.

Tabla 8. Duración media de procesos de IT por lumbago, cervicalgia, ciática, mialgia/miositis, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante (2017 a 2019)

Diagnóstico	2017	2018	2019	
LUMBAGO-724.2	34	34	36	
CERVICALGIA-723.1	37	37	38	
CIATICA-724.3	60	59	62	
MIALGIA Y MIOSITIS NO ESPECIFICADO-729.1	47	50	51	
ARTRITIS REUMATOIDE-714.0	84	81	83	
ESPONDILITIS ANQUILOSANTE-720.0	89	82	79	

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INSS

Al desagregar por sexo también se observa un descenso en la duración media de los procesos de IT por artritis reumatoide en hombres, pasando de 85 días en 2017 a 78 en 2019.

Tabla 9. Duración media de procesos de IT desagregado por sexo para lumbago, cervicalgia, ciática, mialgia/miositis, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante (2017 a 2019)

Diagnóstico	Sexo	2017	2018	2019	
ESPONDILITIS ANQUILOSANTE-720.0	hombre	87	80	76	
	mujeres	91	85	83	
MIALGIA Y MIOSITIS NO ESPECIFICADO-729.1	hombre	27	28	28	
	mujeres	57	62	62	
ARTRITIS REUMATOIDE-714.0	hombre	85	81	78	
	mujeres	83	81	85	
CIATICA-724.3	hombre	58	56	59	
	mujeres	61	62	64	
CERVICALGIA-723.1	hombre	33	34	34	
	mujeres	39	40	41	
LUMBAGO-724.2	hombre	28	28	29	
	mujeres	40	41	42	

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INSS

En general, para los diagnósticos revisados, la duración media de los procesos de IT es superior en mujeres, sobre todo en los procesos por fibromialgia, lumbago y cervicalgia.

IP por ERyMEs

Se han obtenido los datos de IP de los años 2018 y 2019, y al desagregar por sexo se observa que en espondilitis anquilosante y dorsalgia el número de procesos es superior en hombres, y en fibromialgia y artritis reumatoide en mujeres. El grupo más numeroso de incapacidades permanentes es por dorsalgia (entendida como dolor del esqueleto axial). En total, el número de trabajadores con incapacidad permanente por estas enfermedades durante el año 2018 fue de 4.970, y en 2019 de 4.725.

Tabla 10. Procesos de Incapacidad permanente por ERyMEs (años 2018 y 2019)						
	2018			2019		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Artritis psoriásica	85	85	170	89	62	151
Fibromialgia	29	182	211	18	182	200
Espondilitis anquilosante	193	93	286	200	93	293
Artritis reumatoide	189	388	577	249	434	683
Dorsalgia	2.227	1.499	3.726	1.960	1.438	3.398
Total	**2.723**	**2.247**	**4.970**	**2.516**	**2.209**	**4.725**

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INSS

3.4.2 Objetivo 5: Garantizar la continuidad asistencial mediante el impulso de una atención multidisciplinar coordinada e integrada entre diferentes profesionales, ámbitos asistenciales y sectores.

3.4.2.1 Objetivos específicos 5.1 y 5.2

Establecer mecanismos de comunicación fluida orientada a compartir información clínica y de pruebas complementarias que garanticen la coordinación efectiva entre ámbitos asistenciales y

Consensuar y coordinar los circuitos asistenciales entre las y los profesionales implicados para los procesos de las ERyMEs de mayor magnitud (mayor prevalencia y/o gravedad).

En el cuestionario se ha preguntado sobre la existencia en la comunidad autónoma de alguna herramienta de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) que pudiera servir para facilitar las derivaciones y consultas desde la AP y permitir priorizar dichas derivaciones. Seis CC. AA. han respondido que tienen desarrolladas estas herramientas (Andalucía, I. Baleares, Castilla-La Mancha, C. Valenciana, Galicia y Madrid).

- En Andalucía han puesto en marcha vías de derivación WEB/FAX en patología de alto impacto y consultas de telemedicina.
- Baleares utiliza en AP un programa informático que estima la posibilidad de presentar una enfermedad inflamatoria articular y emplaza a solicitar

exploraciones complementarias en AE.

- La C. de Madrid ha implantado en los últimos años la derivación de pacientes desde AP a AH mediante tres modalidades: derivación normal, valoración previa por el especialista (VPE), y sospecha de malignidad (SM). Los volantes tipificados como VPE o SM son valorados en el día por un especialista que decidirá cuándo debe ser citado el paciente. Este sistema permite agilizar la atención precoz de pacientes con patologías que así lo requieran. Además, tiene la eConsulta, interconsulta clínica no presencial, que supone una solución transversal y centralizada que facilita la comunicación, transmisión de información clínica entre profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales y toma de decisiones ágiles a través de las tecnologías de información y comunicación (TIC). Estas herramientas permiten detectar de forma precoz problemas de salud que pueden ser atendidos de forma más eficiente en consultas monográficas o de alta resolución en el hospital. Existen consultas monográficas y unidades de experiencia que permiten citar al paciente de forma precoz en artritis precoz, artritis reumatoide de reciente comienzo, reumatología infantil, uveítis, espondiloartritis precoz, enfermedades autoinmunes sistémicas, centros de enfermedades inflamatorias mediadas por inmunidad, consultas de transición y consultas de embarazada con enfermedad reumática.

Las CC. AA. que han contestado afirmativamente tienen algún medio, implementado en su HCE, para solicitar valoración en otros ámbitos asistenciales, y cuentan con la posibilidad de priorizar dicha derivación.

3.4.3 Objetivo 6: Garantizar una práctica clínica de calidad, segura y basada en la evidencia científica disponible en los procesos diagnósticos y de tratamiento de personas con ERyMEs.

3.4.3.1 Objetivo Específico 6.3. Mejorar la seguridad de las personas enfermas con ERyMEs en los tratamientos crónicos.

Para evaluar este objetivo se ha propuesto obtener el número de dosis diarias definidas (DDD)[19] de antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos (AINE) y analgésicos opiáceos por cada 1000 personas y año, en personas con problemas osteoarticulares, en comparación con dicho consumo en la población general, lo que permite ver las diferencias entre ambos grupos.

La información se ha obtenido de la base de datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Los datos aportados corresponden a 2017 y pertenecen a 12 CC. AA. (23,2 millones usuarios), esta información se refiere a medicamentos prescritos y dispensados.

Tabla 11. Dosis diarias de AINE y analgésicos opiáceos por cada mil personas con y sin problemas osteoarticulares

CCAA	Dosis diarias de AINE		Dosis diarias de analgésicos opiáceos	
	por cada mil personas con problemas osteoarticulares	por cada mil personas	por cada mil personas con problemas osteoarticulares	por cada mil personas
Aragón	62,01	37,1	24,59	13,55
Asturias (Principado de)	59,41	37,58	19,44	11,86
Baleares (Islas)	43,34	26,47	21,59	12,31
Canarias	61,99	42,84	26,28	17,11
Cantabria	68,78	39,22	19,09	10,37
Castilla y León	78,12	51,28	25,84	16
Castilla - La Mancha	131,98	53,38	48,43	18,06
Extremadura	147,38	69,2	61,96	23,46
Galicia	100,06	56,24	43,39	22,81
Madrid (Com. de)	34,49	20,68	16,39	8,84
Navarra (Com. Foral de)	48,1	29,23	12,53	7,21
País Vasco	54,53	32,09	18,17	9,82

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de BDCAP (2017). MS

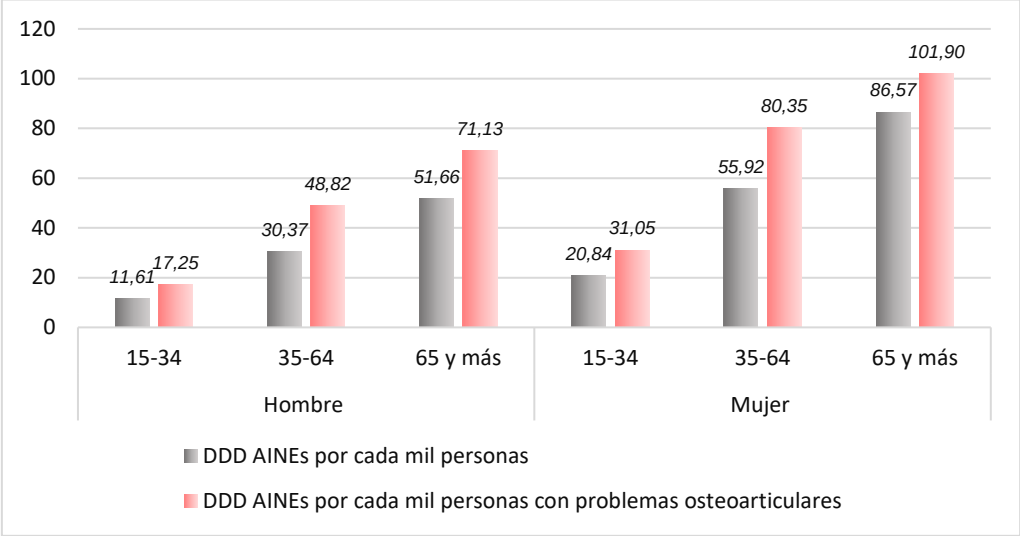
Durante el periodo 2013-2016 el consumo extra hospitalario de AINE en España ha pasado de 43,12 dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD) en el año 2013 a 37,89 DHD en el año 2016[20]. Según la información de 2017 de BDCAP la tasa de consumo media de AINE de las DDD por cada mil personas en 2017 ha sido de 38,2 (26,48 en hombres y 49,19 en mujeres), sin embargo, y según esta misma fuente, en las personas con problemas osteoarticulares el consumo de AINE en 2017 ha sido 62,24 (44,72 en hombres y 75,62 en mujeres) es decir, se

[19] El número de DDD puede interpretarse como el número de días para los que se ha prescrito un medicamento a una dosis estándar, asumiendo que la dosis diaria prescrita es la dosis estándar, que es fijada por la OMS para cada principio activo.

[20] https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antiinflamatorios-AINEs-periodo-2013-2016.pdf?x27133

incrementa un **63%**. En todos los tramos de edad el consumo es superior en mujeres, y como era esperable, tanto en las personas con problemas osteoarticulares como en las que no los tienen, al desagregar por grupos de edad se observa que las dosis de AINE se incrementan a medida que aumenta la edad (figura 34).

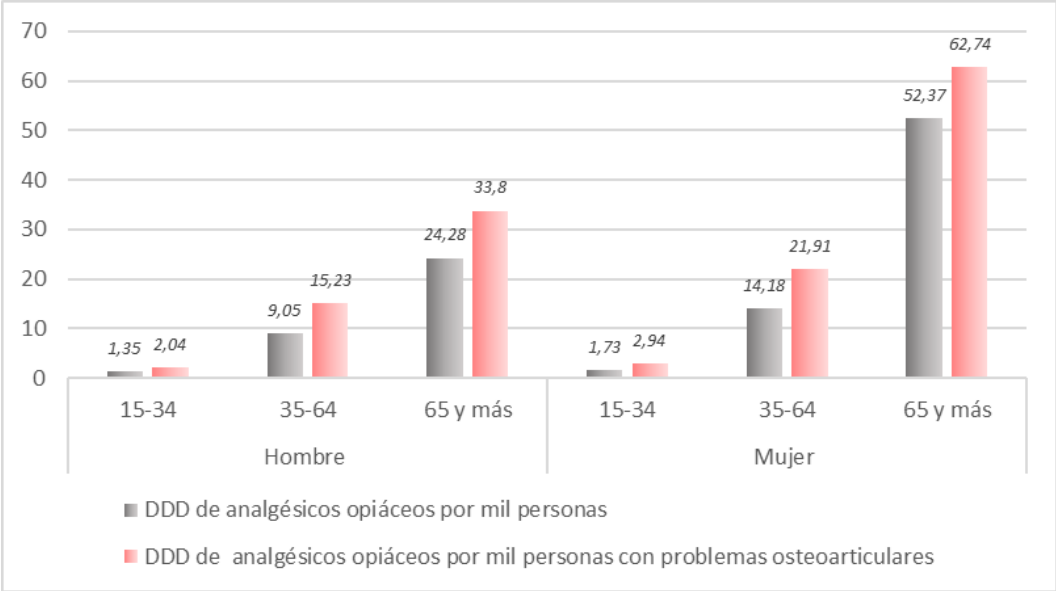
Figura 34 DDD de AINEs. Desagregado por sexo y grupos de edad por cada 1.000 personas sin y con problemas osteoarticulares.



Fuente: elaboración propia con datos de BDCAP 2017 (MS)

En el consumo de analgésicos opiáceos, en 2017 se observa un comportamiento similar, las DDD de analgésicos opiáceos por cada mil personas han sido 13,94, y en personas con problemas osteoarticulares 24,55, es decir un **76% superior**, tanto en hombres (16,03 vs 8,9) como en mujeres (31,05 vs 18,58). El número de DHD es muy superior en las mujeres en todos los grupos de edad, y hay un marcado incremento del número de dosis al aumentar la edad de las personas (figura 35).

Figura 35. DDD de analgésicos opiáceos. Desagregado por sexo y grupos de edad por cada 1.000 personas sin y con problemas osteoarticulares.



Fuente: elaboración propia con datos de BDCAP 2017 (MS)

El consumo de estos medicamentos, o lo que sería más exacto, la prescripción y venta de estos medicamentos, es más elevada en mujeres para cualquier grupo de edad.

Conclusiones:

- El desarrollo de los sistemas de información de atención primaria, en concreto de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria, ha permitido obtener datos que han servido para construir nuevos indicadores de evaluación para esta línea estratégica.
- Parece necesario impulsar la intercomunicación entre ámbitos asistenciales, entre atención primaria y atención especializada, y reforzar el desarrollo de herramientas que lo favorezcan.
- Andalucía, I. Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia y C. de Madrid, declaran tener iniciativas para priorizar pacientes que podrían beneficiarse de un tratamiento más temprano.
- Las desigualdades territoriales que se observan respecto al número de plazas de fisioterapeutas podrían explicarse por la diferente organización de la provisión del servicio en las CC. AA., ya que no en todas estos profesionales dependen de AP.
- Las ERyMEs son el capítulo que más procesos de IT producen, además, a lo largo de los tres últimos años con datos (2017 a 2019) la tendencia del número de procesos por los diagnósticos estudiados:

lumbago, cervicalgia, ciática, artritis reumatoide, fibromialgia y espondilitis anquilosante, ha sido ascendente. En general los datos de IT para estas patologías muestran cifras mayores en mujeres, siendo esta diferencia más marcada en algunos diagnósticos como fibromialgia y artritis reumatoide.

- En el periodo observado la duración media de los procesos de IT por los diagnósticos reumatológicas más frecuentes (lumbago, cervicalgia y ciática) ha ido aumentando. En general, la duración media de estos procesos de IT por ERyMEs es superior en las mujeres. Se observa una tendencia descendente en la duración media de los procesos de IT para enfermedades inflamatorias como artritis reumatoide y espondilitis anquilosante, probablemente alineado con un control más estricto de estas patologías.
- En IP el número de procesos es superior en hombres en espondilitis anquilosante y dorsalgia (dolor del esqueleto axial), y en mujeres en fibromialgia y artritis reumatoide.
- Potenciar la comunicación permanente entre atención primaria, especializada e inspección, y mejorar la integración de los diferentes niveles asistenciales en los sistemas de información debería ser una de las líneas prioritarias de actuación.
- El desarrollo de programas en las CC. AA., complementarios a los sistemas de derivación precoz, podría impulsar una mejor relación del SNS con el tejido productivo y contribuir en la mejora del problema que supone la discapacidad para el trabajo.
- Seis CC. AA. declaran tener herramientas TIC para facilitar y priorizar las derivaciones y consultas desde AP en estas enfermedades.
- Las DDD de antiinflamatorios no esteroideos y analgésicos opiáceos por cada mil personas con problemas osteoarticulares son 63% y 76% respectivamente superiores a las DDD en las personas sin estas patologías, es decir, el consumo de ambos grupos de medicamentos aumenta considerablemente en las personas con problemas osteoarticulares. Además, el consumo es siempre, en todos los grupos de edad, muy superior en mujeres.

3.5 Línea estratégica 4. Gestión de información sanitaria y sistemas de información

3.5.1 Objetivo 7: Promover la adecuación y desarrollo de las TIC aplicadas a la gestión y la atención sanitaria y social de las ERyMEs.

Objetivos	Indicadores	Fuente
7.3 Reforzar los sistemas de información electrónicos para garantizar la seguridad de los pacientes.	Herramientas de apoyo a la decisión clínica integradas en la Historia clínica electrónica para ERyMEs.	CCAA

3.5.1.1 Objetivo específico 7.1 Promover la consolidación de la Historia Clínica Digital compartida e interoperable para facilitar la coordinación en cada ámbito asistencial y entre ellos en tiempo real.

La Historia Clínica Digital compartida e interoperable constituye un sistema de interoperabilidad que permite la comunicación de contenidos extraídos de la Historia Clínica Electrónica (HCE) y otros sistemas de información de las CC. AA., que posibilita que la información clínica de cada paciente esté accesible tanto para profesionales autorizados como para la propia ciudadanía, en cualquier lugar del territorio nacional o del exterior.

Constituye un elemento de cohesión dentro del SNS, que contribuye a la mejora de la calidad de la atención sanitaria, la seguridad clínica y la continuidad asistencial.

La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS) está compuesta por varios documentos:

Historia Clínica Resumida (HCR)
Informe de Atención Primaria (ICAP)
Informe de Urgencias (ICU) Informe Alta Hospitalaria (ICA)
Informe Consulta Externa Especialidades (ICC)
Informe Pruebas de Laboratorio (IRPL)
Informe Pruebas de Imagen (IRPI)
Informe Cuidados de Enfermería (ICE)

Informe Otras Pruebas Diagnósticas (IROPD)

Entre los anteriores destaca la HCR, que es un conjunto mínimo de datos que incluye aquellos aspectos sobre la salud de cada paciente que pueden resultar más relevantes para garantizar una atención sanitaria segura. Se orienta en mayor medida hacia la atención asistencial de pacientes no programados, como casos de urgencia o accidente. La información que contiene es fundamentalmente la siguiente:

Información general sobre los datos del paciente.

Resumen médico de datos clínicos más relevantes (alergias, problemas médicos actuales, implantes médicos o intervenciones quirúrgicas de los últimos seis meses).

Listado actualizado de medicamentos.

Se trata de un documento de contenido dinámico que se genera en tiempo real, a demanda de un/una profesional o la/el paciente, a partir de contenidos clínicos previamente almacenados en la HCE, y presenta los datos considerados relevantes para una asistencia sanitaria no programada.

En España, la HCR se corresponde con la contemplada en el R.D. 1093/2010 de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el SNS.

En la Estrategia no se establecieron indicadores para evaluar el objetivo de *promover la consolidación de la Historia Clínica Digital compartida e interoperable para facilitar la coordinación en cada ámbito asistencial y entre ellos en tiempo real,* pero es importante señalar el gran desarrollo que desde la aprobación de la Estrategia en diciembre de 2012 ha tenido la HCDSNS. En la que a finales del año 2012 se encontraban integradas 10 CC. AA., con diferente grado de desarrollo en cada una de ellas, de manera que existía información clínica de 15.710.888 personas en condiciones de interoperabilidad[21],y que en enero de 2021 permite

[21] Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2012 Edición revisada. Junio de 2015

https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/infsns2012.pdf

que todas las CC. AA. estén interconectadas, siendo la singularidad que una de ellas está pendiente de poder consultar la información de usuarios de otras CC. AA. y que no permite la consulta de pruebas diagnósticas.

El 93% de la población de la base de datos de tarjeta sanitaria (BDTS-SNS) tiene referencia a algún contenido en la HCDSNS. Se estima que en la misma se encuentran disponibles más de 200 millones de documentos accesibles. La situación en 2021 puede observarse en la tabla siguiente.

Tabla 12. Situación de la HCDSNS a 31/01/2021

		Documentos												
Comunidad Autónoma	**Versión HCDSNS**	**HCR**	ICAP	ICU	ICA	ICC	IRPL	IRPI	ICE	IROPD	EUPS	**Total**	**Máximo**	**Aportación**	**Previsiones**
Andalucía	10	1			1						1	3	10	33%	
Aragón	9.5	1						1				2	10	22%	
Principado de Asturias	10	0	0	1	1	1			1			4	10	44%	ICAP + HCR en pruebas
Islas Baleares	9.5	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	10	100%	
Canarias	9.5	1		1	1	1						4	10	44%	ICAP + IRPL + IRPI + ICE
Cantabria	9.5	1										1	10	11%	
Castilla y León	9.5	1		1	1	1	1	1				6	10	67%	ICE
Castilla-La Mancha	10	1										1	10	11%	ICU + ICA
Cataluña	9.5	1										1	10	11%	
Comunidad Valenciana	10	1	1	1	1	1	1	1	1		1	9	10	100%	
Extremadura	9.5	1		1	1	1	1	1	1			7	10	78%	
Galicia	9.5	1										1	10	11%	ICU + ICA + ICC + ICE
Comunidad de Madrid	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9	10	100%	
Región de Murcia	9.5	1		1	1	1				1		5	10	56%	
Navarra	9.5	1	1	1	1	1						5	10	56%	IRPL
País Vasco	10	1							1			2	10	22%	IRPL+ ICU
La Rioja	9.5	1	1	1	1	1	1	1	1			8	10	89%	
INGESA	9.5	1		1	1	1				1		5	10	56%	
Total:		**17**	**5**	**11**	**12**	**11**	**6**	**7**	**7**	**4**	**2**	**82**	**180**	**46%**	

Tipos de documentos en emisión:		**82**	documentos x agentes
De un total de:		**180**	tipos autorizados posibles
Cobertura de emisión:		**45,56%**	

Documentos	
HCR	**Historia Clinica Resumida**
ICAP	Informe Clínico de Atención Primaria
ICU	Informe Clínico de Urgencias
ICA	Informe Clínico de Alta
ICC	Informe Clínico de Consulta
IRPL	Informe de Resultados de Pruebas de Laboratorio
IRPI	Informe de Resultados de Pruebas de Imagen
ICE	Informe de Cuidados de Enfermeria
IROPD	Informe de Resultados de Otras Pruebas Diagnosticas*
EUPS	EU Patient Summary**

Notas: ** No incluido en RD 1093/2010 - CMDIC*
*** En desarrollo*

Estados	
	Servicio activado, para Ciudadano y Profesional
	Documento en pruebas
	Sin servicios
	Esta versión cambiará próximamente

Fuente: Sistema HCDSNS. Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud. Informe de Situación 31/01/2021. MS[22]

3.5.1.2 Objetivo específico 7.2 Reforzar la existencia de herramientas de apoyo a la decisión clínica en formato electrónico para garantizar la calidad de la atención de las y los pacientes Y

3.5.1.3 Objetivo específico 7.3 Reforzar los sistemas de información electrónicos para garantizar la seguridad de las y los pacientes.

Para evaluar este objetivo, en el cuestionario dirigido a las CC. AA. se ha preguntado acerca de la existencia de herramientas TIC de apoyo a la decisión clínica basados en la evidencia e integradas en la HCE, específicas para las enfermedades reumáticas. De forma afirmativa han contestado siete CC. AA.

Baleares, Castilla-La Mancha, Galicia y La Rioja declaran contar con herramientas de apoyo a la decisión clínica, integradas en la HCE para ERyMEs, mediante alertas en la petición de pruebas radiológicas; y sólo Andalucía, C. Valenciana y Galicia responden que tienen alertas coste efectividad en la prescripción, tanto de atención primaria como de atención hospitalaria.

Teniendo en cuenta las respuestas se observa que el grado de implantación de estas herramientas de ayuda es muy limitado, y parece necesario reforzar el desarrollo de estos instrumentos que por una parte permiten generar e incorporar conocimiento y por otra incrementan las garantías de seguridad de las y los pacientes.

[22] Sistema HCDSNS Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud. Informe de Situación 31.012021.

Tabla 13. ¿Existe en su CCAA disponibilidad de herramientas TIC de apoyo a la decisión clínica integradas en la Historia clínica electrónica para ERyMEs tanto en atención primaria como en atención hospitalaria?

CCAA	¿Existe en su CCAA disponibilidad de herramientas TIC de apoyo a la decisión clínica integradas en la Historia clínica electrónica para ERyMEs?	Si en su CCAA existe disponibilidad de herramientas TIC de apoyo a la decisión clínica integradas en la Historia clínica electrónica para ERyMEs tanto en atención primaria como en atención hospitalaria, contestar si están incluidas las siguientes opciones:			
		¿Alertas de coste efectividad en la prescripción?	¿Alertas en la petición de pruebas complementarias radiológicas?		
			Alertas sobre repetición de radiografías simples	Alertas sobre repetición de TAC	Alertas sobre repetición de Resonancia Magnéticas
Andalucía	SI	SI	NO	NO	NO
Aragón	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Asturias (Principado de)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Baleares (Islas)	SI	NO	SI	SI	SI
Canarias	NO	NO	NO	NO	NO
Cantabria	NO	NO	NO	NO	NO
Castilla y León	NO	NO	NO	NO	NO
Castilla - La Mancha	SI	NO	SI	SI	SI
Cataluña	NO	NO	NO	NO	NO
Com. Valenciana	SI	SI	NO	NO	NO
Extremadura	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Galicia	SI	SI	SI	SI	SI
Madrid (Com. de)	SI	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Murcia (Región de)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Navarra (Com. Foral de)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
País Vasco	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Rioja (La)	SI	NO	SI	NO	NO
Ceuta y Melilla	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Cuestionario.

Conclusiones:

- Es importante destacar el desarrollo que, desde la aprobación de la Estrategia en diciembre de 2012, ha tenido la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud, en la que a finales del año 2012 se encontraban integradas 10 CC. AA. con diferente grado de desarrollo en cada una de ellas, y que en enero del 2021 permite que todas las CC. AA. estén interconectadas.

- Parece necesario reforzar el desarrollo de herramientas de apoyo a la toma de decisiones basados en la evidencia para su integración en la HCE, así como incorporar sistemas de alerta electrónicos sobre petición de pruebas radiológicas y prescripción, todo ello permitirá generar conocimiento y elevar las garantías de seguridad de las y los pacientes.

3.6 Línea estratégica 5. Formación e investigación

Objetivos	Indicadores	Fuente
8.1 Sensibilizar a los profesionales y administraciones sanitarias acerca de la importancia de la prevención y adecuada atención de las ERyMEs.	Jornadas formativas realizadas en relación con ERyMEs	CCAA
8.2 Promover y facilitar actividades de formación continuada de los profesionales implicados en la prevención y atención sanitaria y social de las ERyMEs desde un modelo biopsicosocial y una perspectiva multidisciplinar.	Nº profesionales que han recibido formación continuada acreditada en relación con las ERyMEs	CCAA
8.4 Incorporar la perspectiva de determinantes sociales de la salud, incluido el género, en todos los ámbitos de formación en estas enfermedades	Número de profesionales formados en determinantes sociales de la salud	CCAA
9.1 Potenciar redes de centros y/o grupos de excelencia en investigación en ERyMEs, que estén interconectados de una manera coordinada y cooperativa	Nº de redes acreditadas y grupos de investigación sobre ERyMEs	MS/ISCIII/CCAA.
9.3 Favorecer los estudios epidemiológicos incluyendo la investigación sobre determinantes sociales de la salud y desigualdades en salud que estén relacionados con las ERyMEs en los diferentes grupos de población y la evaluación del impacto en salud.	Porcentaje de publicaciones que incluyan la investigación en determinantes sociales de entre los publicados en ERyMEs	MS/ISCIII/CCAA
	Porcentaje de proyectos de investigación en ERyMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género	MS/ISCIII/CCAA
9.4 Promover la investigación clínica y de resultados en salud de estas patologías.	Porcentaje de proyectos de investigación multicéntricos y pluridisciplinares en relación con patologías musculoesqueléticas de alto impacto social	MS/ISCIII/CCAA

La línea 5 de la Estrategia aborda la formación en el diagnóstico, valoración y manejo de las ERyMEs, así como la promoción de la investigación de calidad en estas enfermedades.

3.6.1 Objetivo 8: Mejorar la formación de las y los profesionales implicados en el cuidado de las ERyMEs.

Objetivos específicos:

3.6.1.1 Objetivo específico 8.1.: Sensibilizar a las y los profesionales y administraciones sanitarias acerca de la importancia de la prevención y adecuada atención de las ERyMEs.

Con el propósito de evaluar este objetivo se ha preguntado a las CC. AA. sobre las actividades de formación llevadas a cabo por la administración, es decir, actividades institucionales para profesionales que se han realizado en los últimos

cinco años (2015 a 2019). Se han recibido once respuestas, y los resultados señalan que en nueve comunidades autónomas se han realizado actividades específicas sobre el manejo de las enfermedades reumáticas en el ámbito de la AP y, además, en cinco de ellas se han realizado jornadas para la difusión del conocimiento sobre las ERyMEs, dirigidas tanto a profesionales como a responsables asistenciales y equipos directivos.

Tabla 14. Resultado del cuestionario a las CC. AA. sobre el Objetivo Mejorar la formación de las y los profesionales implicados en el cuidado de las ERyMEs

CCAA	¿Se han realizados en los últimos cuatro años en su CCAA acciones formativas para los profesionales de atención primaria sobre el manejo de las ERyMEs?	¿Se han realizado alguna jornada para la difusión en los últimos cuatro años sobre las ERyMEs?
Andalucía	SI	SI
Aragón	-	-
Asturias (Principado de)	-	-
Baleares (Islas)	SI	SI
Canarias	NO	-
Cantabria	SI	-
Castilla y León	SI	NO
Castilla - La Mancha	SI	NO
Cataluña	SI	NO
Com. Valenciana	NO	NO
Extremadura	-	-
Galicia	SI	SI
Madrid (Com. de)	SI	SI
Murcia (Región de)	-	-
Navarra (Com. Foral de)	-	-
País Vasco	-	-
Rioja (La)	SI	SI
Ceuta y Melilla	-	-

Fuente: elaboración propia con datos del cuestionario a las CC. AA.

3.6.1.2 Objetivo específico 8.4.: Incorporar la perspectiva de determinantes sociales de la salud, incluido género, en todos los ámbitos de formación de estas enfermedades.

Para evaluar este objetivo se propuso recoger el número de profesionales que se habían formado en determinantes sociales de la salud (DSS). Desde el año 2015 al 2018 se ha instruido a 8.317 profesionales, sanitarios y del ámbito local, en DSS mediante el curso de Salud Local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, que incluye amplia formación en equidad y en DSS, y

está acreditado por la Comisión de Formación Continuada de Profesiones Sanitarias en el SNS.

En la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III, se celebró en 2019 en colaboración con el Observatorio de Salud de las Mujeres del MS, la edición correspondiente del Diploma de Salud Pública y Género para profesionales de los servicios sanitarios del conjunto del SNS, designados desde sus CCAA, para luego ser formadoras y formadores en su territorio.

3.6.2 Objetivo 9: Promover y reforzar las líneas de investigación de calidad sobre la atención de las ERyMEs.

Objetivos específicos

3.6.2.1 Objetivo específico 9.1 Potenciar redes de centros y/o grupos de excelencia en investigación en ERyMEs, que estén interconectados de una manera coordinada y cooperativa.

Las Redes temáticas de investigación cooperativa en salud (RETICS), cuyo objetivo es la realización de proyectos de investigación cooperativa de interés general, son estructuras organizativas formadas por la asociación al Instituto de Salud Carlos III de un conjunto variable de centros y grupos de investigación en biomedicina, de carácter multidisciplinar, dependientes de las diferentes Administraciones públicas o del sector privado y pertenecientes a un mínimo de cuatro comunidades autónomas.

En la actualidad existen 14 RETICS, siendo una de ellas la Red de Investigación en Inflamación y Enfermedades Reumáticas (RIER), operativa desde 2008, que articula la investigación cooperativa de calidad clínica y básica con especial énfasis en investigación traslacional, y en la que desde la aprobación de esta Estrategia (2013) podemos distinguir dos periodos:

I.- Red de Investigación en Inflamación y Enfermedades Reumáticas (2013-2016)

Estaba compuesta por 12 grupos de investigación de 5 comunidades autónomas (Andalucía, Cantabria, Cataluña, Galicia y Madrid) que sumaban un total de 185 personas investigadoras (Tabla 15).

El objetivo general del programa de la RIER de la convocatoria 2012 se definió como la generación de nuevo conocimiento sobre problemas pronósticos, terapéuticos y fisiopatológicos en la artritis reumatoide con el fin de mejorar la capacidad pronóstica, la exploración de marcadores de respuesta terapéutica, y la generación conocimiento básico sobre mecanismos fisiopatológicos alternativos o no abordados por las terapias de ese momento.

Tabla 15: Investigadores Principales (IP) y centros de la red RIER de la convocatoria 2012. (2013-2017).

Nombre IP	Centro
José Luis Pablos Álvarez	Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i+12) MADRID
Rosa Pérez Gomariz	Universidad Complutense de Madrid- Facultad de Biología (MADRID)
Javier Martín Ibáñez	Instituto de Parasitología y Biomedicina "López-Neyra" (IPBLN – CSIC) GRANADA
Amaya Puig Kröger	Instituto de Investigación Sanitaria H. Gregorio Marañón (IISGM) MADRID
Juan Jesús Gómez-Reino	Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago (IDIS) SANTIAGO DE COMPOSTELA
Mario Mellado García	Centro Nacional de Biotecnología (CNB – CSIC) MADRID
Benjamín Fernández	Instituto de Investigación Sanitaria H. Clinico San Carlos (IdISCC) MADRID
Mª Eugenia Miranda	Instituto de Investigación Sanitaria H. La Paz (IdiPAZ) MADRID
Miguel Ángel González-Gay	Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla (IDIVAL) SANTANDER
Juan Cañete	Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS) BARCELONA
Isidoro González Álvaro	Instituto de Investigación Sanitaria H. La Princesa (IIS- HUP) MADRID
Francisco Javier Blanco	Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC) A CORUÑA

Fuente: red RIER

- Publicaciones científicas

El modo mayoritario de diseminación de las investigaciones de la RIER fue la publicación de artículos en revistas científicas y la presentación de resultados en congresos nacionales e internacionales.

En el periodo 2013-2016 la producción científica de la RIER fue de 811 publicaciones indexadas de las que el 31% se realizó en colaboración entre dos o más grupos de la red.

El 60% de los artículos se publicaron en revistas situadas en el primer cuartil de su área de especialidad y la mitad de ellas, el 30%, en el primer decil. El Factor de Impacto (FI) total fue de 4.376, con un FI promedio por artículo de 5,40.

- Proyectos

En lo que se refiere a proyectos de investigación, en el periodo 2013-2016, se contabilizaron 131 proyectos activos en los grupos de la RIER. Un 47%

correspondieron a proyectos del Plan Nacional y el resto se distribuyeron entre proyectos europeos o internacionales (15%), autonómicos (8%) y privados (30%). Un 12% de los proyectos se realizaron en colaboración entre dos o más grupos de la red.

II.- Red de Investigación en Inflamación y Enfermedades Reumáticas (2017-2021)

La red vigente está compuesta por 15 grupos de investigación ubicados en hospitales del SNS, Universidades y centros del Consejo Superior de Investigaciones Científicas de las comunidades de Andalucía, Cantabria, Cataluña, Galicia y Madrid. A los 12 grupos del anterior proyecto, se unieron tres grupos clínicos asociados (Tabla 16). La red actual cuenta con 212 personas investigadoras.

Tabla 16: IP de los grupos clínicos asociados de la red RIER de la convocatoria 2016. (2017-2021).

Nombre IP	Centro
Eduardo Collantes	Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)
Antonio Fernández Nebro	Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA)
Javier Narváez	Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL)

Para el periodo 2017-2021 el objetivo científico general de la red se ha centrado en la generación de nuevos conocimientos sobre aspectos fisiopatológicos, pronósticos y terapéuticos de las enfermedades reumáticas, estructurándose en dos programas de investigación:

- Biomarcadores para una reumatología personalizada.
- Fisiopatología de las enfermedades reumáticas.

El programa de Biomarcadores tiene como objetivo identificar, desarrollar, validar y aplicar biomarcadores que podrían mejorar la atención de pacientes con enfermedades reumáticas. Las áreas específicas de interés en este programa se han dividido en cuatro tipos de biomarcadores: los de mecanismos de enfermedad, de clasificación o diagnóstico, de evolución y los de respuesta al tratamiento. Los beneficios que pueden derivarse de su aplicación van desde el descubrimiento de nuevas dianas farmacológicas, al diagnóstico precoz, o a la sub-clasificación de pacientes que compartiendo la misma enfermedad tienen diferente pronóstico. Además, también se buscan biomarcadores que permitan

evaluar rápidamente la eficacia de un tratamiento, o seleccionar fármacos basados en las mejores posibilidades de éxito. Todas estas mejoras con respecto a la práctica clínica actual forman parte del objetivo de este programa: obtener una mayor personalización de la Reumatología.

El objetivo general del programa de Fisiopatología es definir los procesos biológicos y moleculares que inician, dirigen y perpetúan las enfermedades crónicas inflamatorias como forma de diseñar nuevos reactivos inflamatorios e identificar posibles nuevas dianas de intervención terapéutica. Estudios longitudinales sugieren que un tratamiento intensivo temprano podría prevenir la persistencia y cronicidad de la enfermedad y muchas evidencias indican que la inflamación puede ser modificada por la terapia si se actúa rápidamente.

Como, de hecho, no existen medicamentos que curen la inflamación crónica, la investigación de los mecanismos celulares y de las redes moleculares implicadas en estas patologías resulta crucial para enfrentarnos a la enfermedad, a su diagnóstico y potencialmente conseguir su cura.

- Publicaciones científicas

En el periodo 2017-2020 la producción científica de la red ha sido de 798 publicaciones indexadas de las que el 30% se realizó en colaboración entre dos o más grupos de la red.

El 56% de los artículos se han publicado en revistas situadas en el primer cuartil de su área de especialidad y de ellas, el 41% es de primer decil. El Factor de Impacto total es 4.670, con un FI promedio por artículo de 5,85.

- Proyectos

En el periodo 2017-2020 se contabilizan 190 proyectos activos en los grupos de la RIER. Un 39% corresponden a proyectos del Plan Nacional y el resto se distribuyen entre proyectos europeos o internacionales (12%), autonómicos (9%) y privados (40%). Un 14% de los proyectos se realizaron en colaboración entre dos o más grupos de la red.

La Red de Investigación en Inflamación y Enfermedades Reumáticas (RIER) articula la investigación cooperativa de calidad clínica y basica con especial énfasis en la investigacin traslacional, ha mejorado la cooperacion con redes internacionales y ha favorecido la participación en proyectos transnacionales.

3.6.2.2 Objetivo específico 9.3 Favorecer los estudios epidemiológicos incluyendo la investigación sobre determinantes sociales de la salud y desigualdades en salud que estén relacionados con las ERyMEs en los diferentes grupos de población y la evaluación del impacto en salud.

Para evaluar la consecución de este objetivo se han establecido los dos indicadores siguientes:

- Porcentaje de publicaciones que incluyen la investigación en determinantes sociales de entre los publicados en ERyMEs,
- Porcentaje de proyectos de investigación en ERyMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género

En el marco del *Convenio entre la Fundación Española para la Ciencia y Tecnología F.S.P. (FECYT), fundación pública dependiente del Ministerio de Ciencia e Innovación, y el Ministerio de Sanidad, para el seguimiento de la línea de actuación de investigación e innovación de las estrategias de salud y la evaluación del SNS*, se ha trabajado para conseguir la información que ha permitido evaluar este objetivo.

Como fuentes de datos para la obtención de estos indicadores se han utilizado la base de datos bibliográfica SCOPUS (All Science Journal Classification Codes –ASJC-) de literatura peer review y contenido web de calidad, los registros de los proyectos de investigación de FECYT, que recogen, entre otros, los datos de proyectos y resultados de investigación/innovación relativos a la atención de pacientes con ERyMEs que dependen de convocatorias de organismos estatales e internacionales, y los de CORDIS (Servicio de Información Comunitario sobre Investigación y Desarrollo), que reúne proyectos financiados por los programas marco de investigación e innovación de la UE. Se han recogido datos desde 2013 hasta el último año con la información disponible (2017 para SCOPUS y 2020 para registros de FECYT y CORDIS).

Tabla 17. Fuentes de datos para los indicadores de la Estrategia en ERyMEs del SNS.

Indicador	Fuente	Numerador	Denominador	Periodo
Porcentaje de publicaciones que incluyen la investigación en determinantes sociales de entre los publicados en ERyMEs	SCOPUS	Nº de publicaciones en ERyMEs que incluyen la investigación en determinantes sociales	Nº de publicaciones en ERyMEs	2013-2017
Porcentaje de proyectos de investigación en ERyMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género	FECYT y CORDIS	Nº de proyectos de investigación en ERyMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género	Nº de proyectos de investigación en ERyMEs	2013-2020
Porcentaje de proyectos de investigación multicéntricos y pluridisciplinares en relación con patologías musculoesqueléticas de alto impacto social	FECYT y CORDIS	Nº de proyectos de investigación en ERyMEs multicéntricos y pluridisciplinares en relación con patologías musculoesqueléticas de alto impacto social	Nº de proyectos de investigación en ERyMEs	2013-2020

Fuente: FECYT

Porcentaje de publicaciones que incluyan la investigación en determinantes sociales de entre los publicados en ERyMEs:

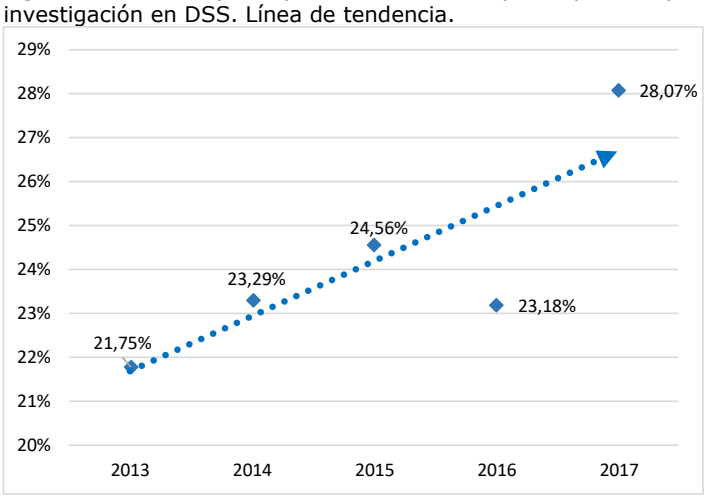
Para obtener el denominador de este indicador se ha utilizado la información proporcionada por la base de datos bibliográfica Scopus sobre las publicaciones en ERyMEs durante el periodo 2013-2017, y se han seleccionado aquellas que cuentan con al menos un autor o autora con filiación en una institución española. Se ha obtenido utilizando la propia taxonomía de las revistas incluidas en Scopus (All Science Journal Classification Codes –ASJC-) y el análisis de textos.

El numerador del indicador se ha elaborado seleccionando del listado anterior las publicaciones que incluían la investigación en los DSS relacionados con las ERyMEs.

El resultado de este indicador nos permite concluir que, de forma global, el número de publicaciones en ERyMEs en el periodo observado (2013 a 2017) que incluyen la investigación en determinantes sociales se ha incrementado

progresivamente desde 2013, pasando de 21,75% en 2013 a 28,07% en 2017, siguiendo una tendencia ascendente.

Figura 36. Porcentaje de publicaciones en ERyMEs que incluyen investigación en DSS. Línea de tendencia.



Fuente: FECYT. Base de datos bibliográfica SCOPUS

El número absoluto de publicaciones en ERyMEs también ha ido aumentando, pasando de 87.967 publicaciones en 2013 a 94.412 en 2017.

Tabla 18. Evolución del porcentaje de publicaciones que incluyen la investigación en determinantes sociales de entre las publicadas en ERyMEs

	2013	2014	2015	2016	2017	
Nº de publicaciones en ERyMEs	708	760	745	729	716	
Nº de publicaciones en ERyMEs que incluyen la investigación en determinantes sociales	154	177	183	169	201	
Porcentaje de publicaciones que incluyen la investigación en determinantes sociales de entre las publicadas en ERyMEs	21,75%	23,29%	24,56%	23,18%	28,07%	
Memorando						
Nº total de publicaciones	87.967	92.352	91.108	92.353	94.412	
Porcentaje de publicaciones en ERyMEs	0,80%	0,82%	0,82%	0,79%	0,76%	

Fuente: Elaborado por FECYT. Base de datos bibliográfica SCOPUS.
Nota: Sólo se consideran las publicaciones con al menos un autor afiliado a una institución española.

<u>Porcentaje de proyectos de investigación en ERyMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género:</u>

El denominador de este indicador se ha obtenido mediante el análisis de los proyectos de investigación, tanto los financiados por el Plan Estatal de I+D+I,

como aquellos financiados por el programa marco de investigación de la Comisión Europea que tienen como beneficiaria, al menos, a una persona investigadora española.

Para obtener la información en los proyectos estatales ha sido necesario recurrir al análisis de textos, porque la taxonomía de los proyectos no permite diferenciar los relacionados con las ERyMEs. En los proyectos europeos, aunque la taxonomía EuroSciVoc ha ayudado a clasificar los proyectos relacionados con las ERyMEs, se ha usado también el análisis de textos para la clasificación. A partir del registro de proyectos en ERyMEs, el numerador de ambos indicadores se ha obtenido seleccionando de ese listado los proyectos que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género.

En los **proyectos estatales** el resultado señala que del año 2013 al 2016, último año con información disponible, se han llevado a cabo 158 proyectos del Plan Estatal de I+D+I sobre ERyMEs, 2013 ha sido el año con mayor número de proyectos: 46, y 2016 el año en que ha habido menos: 34. Entre estos proyectos, los que han abordado desigualdades sociales y de género han sido 14: 7 en 2013, 2 en 2014, 3 en 2015 y 2 en 2016. En total, en estos cuatro años, de los 158 proyectos sobre ERyMEs dentro del Plan Estatal de I+D+I un 11,29% han tratado las desigualdades sociales y de género.

Durante estos cuatro años (2013 a 2016) se han llevado a cabo 22.413 proyectos del Plan Estatal de I+D+I, y de ellos el 0,7% (158) han sido sobre ERyMEs.

En los **proyectos europeos** del programa marco de investigación de la Comisión Europea se han seleccionado aquellos sobre ERyMEs con al menos una persona investigadora española como beneficiaria para el periodo 2013 a 2019. En total, durante estos siete años, se han realizado 40 proyectos de los cuales únicamente en 3 se han estudiado las desigualdades sociales y de género.

Durante estos años (2013 a 2019) se han registrado 8.016 proyectos del programa marco de investigación de la Comisión Europea con participación española, y de ellos el 0.5% (40) han abordado las ERyMEs.

Tabla 19. Evolución del porcentaje de proyectos de investigación en ERyMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Proyectos del Plan Estatal de I+D+I								
Nº de proyectos en ERyMEs	46	36	42	34				
Nº de proyectos de investigación en ERyMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género	7	2	3	2				
Porcentaje de proyectos de investigación en ERyMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género	15,22%	5,56%	7,14%	5,88%				
Memorando								
Nº total de proyectos del Plan Estatal	5.828	5.417	6.339	4.829				
Porcentaje de proyectos del Plan Estatal de I+D+I relacionados con ERyMEs	0,79%	0,66%	0,66%	0,70%				
Proyectos del Programa Marco Europeo de Ciencia e Innovación								
Nº de proyectos en ERyMEs	6	3	4	3	9	7	8	
Nº de proyectos de investigación en ERyMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género	0	0	0	0	2	1	0	
Porcentaje de proyectos de investigación en ERyMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	22,22%	14,29%	0,00%	
Memorando								
Nº total de proyectos europeos con participación española	1.219	647	1.253	1.213	1.194	1.162	1.328	
Porcentaje de proyectos europeos con participación española relacionados con ERyMEs	0,49%	0,46%	0,32%	0,25%	0,75%	0,60%	0,60%	

Fuentes: Elaborado por FECYT. Ministerio de Ciencia e Innovación, para los proyectos del Plan Estatal, y Portal de Datos Abiertos de la Unión Europea, para los proyectos europeos.

3.6.2.3 Objetivo específico 9.4 Promover la investigación clínica y de resultados en salud de estas patologías.

Porcentaje de proyectos de investigación multicéntricos y pluridisciplinares en relación con patologías musculoesqueléticas de alto impacto social

Este fue el indicador propuesto para evaluar la recomendación de impulsar proyectos de investigación multicéntricos y multidisciplinares en relación con las ERyMEs, recomendación incluida para implementar el objetivo general 9:

Promover y reforzar las líneas de investigación de calidad sobre la atención de las ERyMEs.

Para calcular este indicador se ha utilizado como denominador el número de los proyectos de investigación, tanto los financiados por el Plan Estatal de I+D+I como los financiados por el programa marco de investigación de la Comisión Europea que tienen al menos una persona investigadora española como beneficiaria; y para el numerador se han contabilizado sólo los proyectos multicéntricos y los coordinados[23].

En los **proyectos estatales**, del Plan Estatal de I+D+I, de 2013 a 2016, el porcentaje de proyectos multicéntricos y pluridisciplinares en relación con patologías musculoesqueléticas de alto impacto social dentro de todos los proyectos en ERyMEs del Plan Estatal de I+D+I, ha tenido un mínimo de 17,39% en 2013 y un máximo de 22,22% en 2014. El resultado señala que del año 2013 al 2016, último año con datos disponible, ha habido 158 proyectos sobre ERyMEs, y de estos 31 han sido multicéntricos y pluridisciplinares en relación con patologías musculoesqueléticas de alto impacto social, es decir el promedio del porcentaje de este indicador es de 19,62%. Este porcentaje se ha mantenido bastante estable a lo largo de los cuatro años para los que tenemos datos: 17,39% en 2013, 22,22% en 2014, 19,05% en 2015 y 20,59% en 2016.

Los **proyectos europeos** del programa marco de investigación de la Comisión Europea sobre ERyMEs de 2013 a 2019, que tienen al menos una persona investigadora española como beneficiaria, han sido 40 en total, de ellos el 65% (26) se consideran multicéntricos y pluridisciplinares.

Tabla 20. Evolución del porcentaje de proyectos de investigación multicéntricos y pluridisciplinares[24] en relación con patologías musculoesqueléticas de alto impacto social

[23] Un proyecto coordinado es una propuesta de investigación que presentan dos o más equipos de investigación (hasta un máximo de seis) de la misma entidad solicitante o de distintas entidades, liderados cada equipo por uno o dos investigadores/as principales.

[24] Se consideran como proyectos multicéntricos y pluridisciplinares los proyectos multicéntricos y los coordinados

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Proyectos del Plan Estatal de I+D+I								
Nº de proyectos en ERyMEs	46	36	42	34				
Nº de proyectos en ERyMEs multicéntricos y pluridisciplinares en relación con patologías musculoesqueléticas de alto impacto social	8	8	8	7				
Porcentaje de proyectos multicéntricos y pluridisciplinares en relación con patologías musculoesqueléticas de alto impacto social	17,39%	22,22%	19,05%	20,59%				
Proyectos del Programa Marco Europeo de Ciencia e Innovación								
Nº de proyectos en ERyMEs	6	3	4	3	9	7	8	
Nº de proyectos en ERyMEs multicéntricos y pluridisciplinares en relación con patologías musculoesqueléticas de alto impacto social	4	3	2	1	7	4	5	
Porcentaje de proyectos multicéntricos y pluridisciplinares en relación con patologías musculoesqueléticas de alto impacto social	66,67%	100,00%	50,00%	33,33%	77,78%	57,14%	62,50%	

Fuentes: Elaborado por FECYT. Ministerio de Ciencia e Innovación, para los proyectos del Plan Estatal, y Portal de Datos Abiertos de la Unión Europea, para los proyectos europeos

Conclusiones:

- Se debería reforzar la recomendación de mejorar el conocimiento de las ERyMEs, dirigidas tanto a profesionales como a responsables asistenciales y equipos directivos, mediante actividades formativas acreditadas o utilizando otros medios disponibles.
- La Red de Investigación en Inflamación y Enfermedades Reumáticas (RIER) que articula la investigación cooperativa de calidad clínica y básica con especial énfasis en la investigacin traslacional, ha mejorado la cooperacion con redes internacionales y ha favorecido la participación en proyectos transnacionales, con un aumento diferencial de los dedicados especificamente a ERyMEs en la participación española global.
- El número de publicaciones en ERyMEs que incluyen la investigación en determinantes sociales, se ha incrementado progresivamente, pasando de 21,75% en 2013 a 28,07% en 2017, siguiendo una tendencia ascendente.
- El número de proyectos de ERyMEs que abordan desigualdades sociales y de género es escaso, tanto en los proyectos estatales como en los

europeos. En total, de 2013 a 2016 se han llevado a cabo 158 proyectos sobre ERyMEs dentro del Plan Estatal de I+D+I, de los cuales 14 han tratado las desigualdades sociales y de género. Dada la alta prevalencia del sexo femenino en las ERyME, sería necesario potenciar la investigación en este ámbito, para evitar sesgos de género tanto en el diagnóstico como la evaluación de estas enfermedades que se podría traducir en desigualdades en el manejo.

- El porcentaje de proyectos del Plan Estatal de I+D+I sobre ERyMEs en la serie con datos disponibles es inferior al 1%, aunque se aprecia un nuevo repunte en los últimos años.

- El porcentaje de proyectos multicéntricos y pluridisciplinares en relación con patologías musculoesqueléticas de alto impacto social, dentro de todos los proyectos en ERyMEs del Plan Estatal de I+D+I ha sido 20%. Entre los proyectos del programa marco de investigación de la Comisión Europea, este porcentaje ha sido del 60%.

4 LÍNEAS DE ACTUACIÓN PRIORITARIAS

Hoy por hoy la Estrategia tiene un grado de implantación heterogéneo entre las CC. AA., algunas cuentan con planes específicos, otras incluyen a las ERyMEs en planes generales y otras tienen procesos asistenciales integrados relacionados.

Teniendo en cuenta los resultados de la evaluación podemos plantear las siguientes líneas de actuación prioritarias:

⇒ **Equidad y salud en todas las políticas: promoción de la salud y prevención de la enfermedad**

Es necesario realizar un abordaje integral de los factores de riesgo comunes a las enfermedades no transmisibles. Para ello, es fundamental desarrollar políticas de salud pública intersectoriales, que promuevan la creación de entornos que faciliten los estilos de vida saludables, en los que las elecciones más sencillas y asequibles sean las más saludables. Con un enfoque longitudinal que permita a las personas generar salud a lo largo de todas las etapas de la vida.

Es prioritario insistir en la implantación de planes específicos y medidas para prevenir la obesidad, especialmente en la infancia, y seguir impulsando las que han permitido disminuir el sedentarismo.

Junto a la elaboración de propuestas o planes concretos en ERyMEs, es necesario el compromiso institucional para incentivar y facilitar su implantación por parte de los profesionales.

Es importante promover una cultura evaluativa que visibilice el grado de desarrollo de las acciones o planes de ERyMEs, mediante indicadores estandarizados, con una política de difusión de resultados que alcance a todos los implicados.

⇒ **Capacitación y autonomía**

Se observa un incremento de la demanda de Educación para la Salud por parte de pacientes y cuidadores. Es necesario mantener y promover este tipo de contenidos a través de las diferentes redes de escuelas de salud para ciudadanos, pacientes y cuidadores, y hacer hincapié tanto en su difusión a grupos sociales vulnerables, como en mantener unos elevados estándares de

calidad en los contenidos.

La formación en estas enfermedades tiene gran importancia en general, y cobra mayor relevancia si se enfoca desde el punto de vista de las posibilidades que tiene para evitar retrasos diagnósticos en patología reumática y musculoesquelética potencialmente reversible. Administración, asociaciones de pacientes y sociedades científicas deberían trabajar conjuntamente para mantener la idoneidad y calidad de los programas.

⇒ **Atención sanitaria**

Potenciar la comunicación permanente entre atención primaria, especializada e inspección, y mejorar la integración de los diferentes niveles asistenciales en los sistemas de información debería ser una de las líneas prioritarias de actuación.

Es preciso mejorar la prevención y el abordaje de la discapacidad de causa osteoarticular. En este sentido, el desarrollo de programas en las CC. AA., complementarios a los sistemas de derivación precoz, podría impulsar una mejor relación del SNS con el tejido productivo y contribuir en la mejora del problema que supone la discapacidad para el trabajo. Además, estos programas deberían ampliarse a otros grupos especialmente vulnerables como ancianos, personas en situación de soledad o socialmente desfavorecidas.

El consumo de medicamentos antiinflamatorios y analgésicos opiáceos aumenta considerablemente en las personas con problemas osteoarticulares, que frecuentemente son pacientes polimedicados y con comorbilidades. La mayor prescripción y/o consumo en mujeres sugiere adoptar actuaciones que refuercen un uso adecuado, seguro y con perspectiva de género. Se debería reforzar la formación de los profesionales, pacientes y ciudadanos para evitar la excesiva medicalización de procesos que pueden beneficiarse de intervenciones no farmacológicas, especialmente desde el autocuidado.

Sería necesario incorporar indicadores para monitorizar tanto la utilización de terapias no farmacológicas, como el uso adecuado y seguro de medicamentos antiresortivos y osteoformadores, inmunosupresores, biológicos o sintéticos dirigidos.

⇒ **Gestión de información sanitaria y sistemas de información**

Es importante destacar el desarrollo que, desde la aprobación de la Estrategia en diciembre de 2012, ha tenido la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional

de Salud, que en enero del 2021 permite que todas las CC. AA. estén interconectadas.

Es necesario reforzar el desarrollo de herramientas digitales en la HCE, con dos objetivos prioritarios

- La incorporación directa de datos críticos a sistemas de información para monitorizar y evaluar resultados de salud que aporten valor y reduzcan actuaciones no eficientes.
- El apoyo a la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia, como sistemas de alerta electrónicos para facilitar la elección y adecuación en la prescripción de fármacos y exploraciones, que permitan disminuir la variabilidad, y elevar las garantías de seguridad de las y los pacientes.

⇒ **Investigación**

El número de proyectos de ERyMEs que abordan desigualdades sociales y de género es escaso, tanto en los proyectos estatales como en los europeos. Sería necesario potenciar la investigación en este ámbito, para evitar sesgos de género tanto en el diagnóstico como la evaluación de estas enfermedades que podría traducir desigualdades en el manejo.

Estas líneas de actuación prioritarias se abordan y tienen continuidad en la propia Estrategia en Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas del SNS que sigue vigente en todas sus líneas estratégicas y objetivos. En la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, que insta a aplicar íntegramente las estrategias nacionales de intervenciones multisectoriales de salud pública, para promover y facilitar un estilo de vida saludable y reducir los factores ambientales, socioeconómicos, laborales y educativos que pueden facilitar la aparición o empeorar la evolución de las ERyMEs. Y en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS que se crea con la misión de "establecer un conjunto de objetivos y recomendaciones para el Sistema Nacional de Salud que permitan orientar la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico y su atención integral."

5 ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.

AP	Atención primaria
AE	Atención especializada
BDCAP	Base de Datos Clínicos de Atención Primaria
CC. AA.	Comunidades autónomas
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CMBD/RAE-CMBD	Registro de Atención Especializada
CMBD-H	Conjunto Mínimo Básico de Datos – Hospitalización
DDD	Dosis Diarias Definidas
DHD	Dosis Diarias Definidas por mil habitantes y día
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
ENSE	Encuesta Nacional de Salud de España
EPSP	Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS
ERyMEs	Enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas
HCDSNS	Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud
HCE	Historia Clínica Electrónica
HCR	Historia Clínica Resumida
IMC	Índice de Masa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estadística
INGESA	Instituto de Gestión Sanitaria
INSST	Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo
IT	Incapacidad Temporal
IP	Incapacidad Permanente
RETICS	Redes temáticas de investigación cooperativa en salud
RIER	Red de Investigación en Inflamación y Enfermedades Reumáticas
SNS	Sistema Nacional de Salud
TIC	Tecnologías de Información y Comunicación
ZBS	Zona Básica de Salud

6 BIBLIOGRAFÍA

1 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD; 2013 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia_en_enfermedades_reumaticas_Accesible.pdf

2 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España 2017 [Internet]. Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD; 2018 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm

3 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe Encuesta Europea de Salud 2014 [Internet]. Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD; 2017 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/pdf/EESE14_inf.pdf

4 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS [Internet]. Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD; 2014 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf

5 Angulo-Pueyo, E., Ridao-Lopez, M., Seral-Rodríguez, M., Martínez-Lizaga, N., Estupiñán-Romero, F., Comendeiro-Maaloe, M., Ibañez-Beroiz, B., Librero-López, J., Millán-Ortuondo, E., Peiró-Moreno, S. y Bernal-Delgado, E. por el grupo Atlas VPM. 2017. Atlas de variaciones en cirugía ortopédica y traumatológica en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: https://www.atlasvpm.org/atlas/ortopedia-2017

6 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2020. Registro de Actividad de Atención Especializada. RAE-CMBD. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm

7 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2017. Patrones de mortalidad en España. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Patrones_Mortalidad_2017.pdf

8 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2020. Registro de mortalidad por causa de muerte Disponible en: https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/S/mortalidad-por-causa-de-muerte

9 OECD/European Union (2020), "Waiting times for hip fracture surgery", in Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/4315b545-en.

10 OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/82129230-en.

11 Instituto Nacional de Servicios Sociales. BASE ESTATAL DE DATOS DE PERSONAS CON VALORACIÓN DEL GRADO DE DISCAPACIDAD (Informe a 31/12/2018) [Internet]. Madrid: SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN Y EVALUACIÓN; 2020 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/bdepcd_2018.p

df

12 Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2015 6ª EWCS – España [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT); 2017 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/96082/Encuesta+Nacional+de+Condiciones+de+Trabajo+6%C2%AA+EWCS/abd69b73-23ed-4c7f-bf8f-6b46f1998b45

13 Red de Investigación en Inflamación y Enfermedades Reumáticas. https://red-rier.org/ 2020

14 Instituto Nacional de la Seguridad Social. Manual de tiempos óptimos de incapacidad temporal, 4a edición. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2017. Disponible en: http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/d24cc76a-e1f4-49b6-b36f-fb8fc00a32a7/Manual+Tiempos+%C3%93ptimos+IT_Castellano_v4.0_+Accesibilidad.pdf?MOD=AJPERES&CVID=

15 Social determinants of health. The solid facts. Second edition. © Organización Mundial de la Salud, 2003: Editado por Richard Wilkinson y Michael Marmot

16 Moreno C, Ramos P, Rivera F et al. La adolescencia en España: salud, bienestar, familia, vida académica y social. Resultados del Estudio HBSC 2018. Ministerio de Sanidad, 2020.

17 Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Descripcion de las variables compuesta. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_Descrip_variab_comp.pdf

18 Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #2 –ACTIVIDAD FÍSICA, DESCANSO Y OCIO. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019

19 Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. INFORME DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS. Utilización de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos en España durante el periodo 2013-2016. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antiinflamatorios-AINEs-periodo-2013-2016.pdf?x27133

20 Ministerio de Sanidad. Sistema HCDSNS Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud. Informe de Situación01.012020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/hcdsns/contenidoDoc/Inf_sit_HCDSNS_enero_2020.pdf

21 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2012 Edición revisada. Junio de 2015. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/infsns2012.pdf

22 Ministerio de Sanidad. e-Salud. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2018/Cap.8_e_Salud.pdf

7 ANEXOS

Anexo I. Líneas Estratégicas y Objetivos

Objetivos de la Estrategia en Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas del SNS	
Línea Estratégica	**Objetivos**
1. EQUIDAD Y SALUD EN TODAS LAS POLITICAS: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	**Objetivo 1: Disminuir la carga de enfermedad de las ERyMEs.**
	1.1 Promover la acción intersectorial para desarrollar actuaciones de promoción de la salud y de prevención de las ERyMEs
	1.2 Promover espacios de participación social entre las administraciones públicas y la sociedad civil organizada.
	1.3 Aumentar el conocimiento de las ERyMEs y sus determinantes en la población general y por parte de las personas con responsabilidad en las administraciones públicas y en la población general.
	1.4 Aumentar el conocimiento de las ERyMEs y sus determinantes por parte de los responsables de las empresas y la población trabajadora
	1.5 Reducir la prevalencia de los factores de riesgo relacionados con las ERyMEs mediante la promoción de estilos de vida saludables y el desarrollo de políticas que promuevan entornos saludables.
	1.6 Reducir la prevalencia de los factores de riesgo laborales que puedan causar o agravar las ERyMEs.
	Objetivo 2: Disminuir las desigualdades sociales en salud desde un enfoque de los determinantes sociales de las ERyMEs.
	2.1 Promover la equidad en las políticas, planes y programas que tengan impacto en la salud de la población mediante la disminución de las desigualdades sociales en salud (por género, nivel educacional, ocupacional, renta o territorio entre otros)
2: CAPACITACIÓN Y AUTONOMÍA	**Objetivo 3: Fortalecer la capacidad de los enfermos y sus cuidadores para hacerles co-responsables en la gestión de su salud y proporcionarles mayor autonomía.**
	3.1 Promover programas de educación para la salud dirigidos a enfermos y personas cuidadoras, específicos según patologías y a personas sanas sobre estilos de vida saludables, con especial atención a grupos sociales vulnerables

	3.2 Promover la educación por pares: fomentar la participación de los enfermos y asociaciones de enfermos en la educación dirigida a ellos mismos y a sus cuidadores.
3: ATENCIÓN SANITARIA Y SOCIAL	**Objetivo 4: Garantizar la prioridad de acceso en las derivaciones para procesos agudos con alto riesgo de discapacidad o incapacidad prevenible y con evidencia científica del beneficio de intervención precoz.**
	4.1 Garantizar equidad en el acceso a los recursos asistenciales según las necesidades.
	4.2 Facilitar un sistema de derivación urgente o preferencial para los procesos en relación con ERyMEs que esté centrado en el paciente.
	4.3 Establecer mecanismos y modelos de estratificación y predicción que permitan la identificación de subgrupos de población con diferentes niveles de necesidad y riesgo.
	4.4 Preservar la capacidad y reducir el impacto que producen las ERyMEs sobre la IT e IP
	Objetivo 5: Garantizar la continuidad asistencial mediante el impulso de una atención multidisciplinar coordinada e integrada entre los diferentes profesionales, ámbitos asistenciales y sectores.
	5.1 Establecer mecanismos de comunicación fluida orientada a compartir información clínica y de pruebas complementarias que garanticen la coordinación efectiva entre ámbitos asistenciales.
	5.2 Consensuar y coordinar los circuitos asistenciales entre los profesionales implicados para los procesos de las ERyMEs de mayor magnitud (mayor prevalencia y/o gravedad).
	5.3 Aumentar la capacidad resolutiva de atención primaria para los procesos más prevalentes.
	5.4 Promover la capacidad resolutiva de los servicios sanitarios de los servicios de prevención de riesgos laborales para los procesos más prevalentes de ERyMEs.
	Objetivo 6: Garantizar una práctica clínica de calidad, segura y basada en la evidencia científica disponible en los procesos diagnósticos y de tratamiento de personas con ERyMEs.
	6.1 Homogeneizar la práctica clínica, los procesos de diagnóstico y el tratamiento en las ERyMEs evitando la variabilidad no justificada.

	6.2 Mejorar la intervención terapéutica precoz de las ERyMEs en las que se ha demostrado evidencia de su efectividad.
	6.3 Mejorar la seguridad de los enfermos con ERyMEs en los tratamientos crónicos.
	6.4 Identificar las necesidades de los pacientes en la esfera biopsicosocial.
4: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	**Objetivo 7: Promover la adecuación y desarrollo de las TIC aplicadas a la gestión y la atención sanitaria y social de las ERyMEs.**
	7.1 Promover la consolidación de la Historia Clínica Digital compartida e interoperable para facilitar la coordinación en cada ámbito asistencial y entre ellos en tiempo real.
	7.2 Reforzar la existencia de herramientas de apoyo a la decisión clínica en formato electrónico para garantizar la calidad de la atención de los pacientes.
	7.3 Reforzar los sistemas de información electrónicos para garantizar la seguridad de los pacientes.
5: FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN	**Objetivo 8: Mejorar la formación de los profesionales implicados en el cuidado de las ERyMEs**
	8.1 Sensibilizar a los profesionales y administraciones sanitarias acerca de la importancia de la prevención y adecuada atención de las ERyMEs.
	8.2 Promover y facilitar actividades de formación continuada de los profesionales implicados en la prevención y atención sanitaria y social de las ERyMEs desde un modelo biopsicosocial y una perspectiva multidisciplinar.
	8.3 Mejorar las habilidades de comunicación de todos los agentes implicados en el cuidado de las ERyMEs.
	8.4 Incorporar la perspectiva de determinantes sociales de la salud, incluido el género, en todos los ámbitos de formación en estas enfermedades
	8.5 Promover actividades de formación y capacitación de los profesionales implicados en materia de IT e IP y otras prestaciones de la Seguridad Social.
	Objetivo 9: Promover y reforzar las líneas de investigación de calidad sobre la atención de las ERyMEs.
	9.1 Potenciar redes de centros y/o grupos de excelencia en investigación en ERyMEs, que estén interconectados de una manera coordinada y cooperativa
	9.2 Promover las líneas de investigación sobre genética, bases celulares y moleculares con traslación de los resultados a la práctica clínica.

	9.3 Favorecer los estudios epidemiológicos incluyendo la investigación sobre determinantes sociales de la salud y desigualdades en salud que estén relacionados con las ERyMEs en los diferentes grupos de población y la evaluación del impacto en salud.
	9.4 Promover la investigación clínica y de resultados en salud de estas patologías.

Anexo II. Fichas técnicas de los indicadores:

Indicadores globales

Prevalencia de enfermedad osteoarticular auto declarada
Fórmula de cálculo: [a / b] *100 Número de personas encuestadas de 15 y más años que manifiestan padecer algún tipo de enfermedad osteoarticular incluida en la encuesta .---------- x 100 Número de personas de dicha edad incluidas en la Encuesta
Definiciones: as preguntas de la encuesta se dirigen a la población de 15 y más años (cuestionario del adulto), se pregunta si padece o ha padecido "artrosis (excluyendo artritis)", "dolor de espalda crónico cervical", "dolor de espalda crónico lumbar" y "osteoporosis". En caso de respuesta afirmativa, se pregunta a continuación si "lo ha padecido en los últimos 12 meses" y si "le ha dicho un médico que lo padece". Se contabilizarán todas aquellas respuestas que cumplan estos dos requisitos..
Fuente de datos: Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) y Encuesta Europea de Salud en España (EESE). MS e INE
Desagregación: Comunidad autónoma, sexo, edad decenios (15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75-84, 85+)
Periodicidad trienal

Porcentaje de personas con osteoporosis en Atención Primaria **Porcentaje de personas con artrosis en Atención Primaria** **Porcentaje de personas con síndromes lumbares, en Atención Primaria** **Porcentaje de personas con síndromes del cuello en Atención Primaria** **Porcentaje de personas con artritis reumatoide en Atención Primaria**
Fórmula de cálculo: [a / b] *100 Nº de personas con diagnóstico de Osteoporosis/Artrosis/S Lumbares/S del cuello/Artritis Reumatoide, registrada en Atención Primaria. ----------x 100 Población asignada a Atención Primaria
Definiciones: se incluyen en el numerador todas aquellas personas en cuya historia clínica electrónica conste el diagnóstico de Osteoporosis, codificado con alguna de las clasificaciones en uso en Atención Primaria (CIE9MC, CIE10ES o CIAP2). Para la explotación conjunta de los datos se utilizarán los códigos siguientes de la Clasificación Internacional de Atención Primaria CIAP, versión2: Osteoporosis: código L95 Artrosis: códigos L89, L90 y L91 Síndromes lumbares: códigos L84, L86 Síndromes del cuello: código L83 Artritis Reumatoide: código L88
Fuente de datos: Base de datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). MS.
Desagregación: Comunidad autónoma, sexo, grandes grupos de edad (00-14, 15-34, 35-64, 65 +), nivel de Renta, situación laboral (activo / desempleado), estrato ZBS
Periodicidad anual
Observaciones: esta información no se obtiene de forma conjunta para enfermedad osteoarticular, sino para cada enfermedad (Osteoporosis, Artrosis, Síndromes lumbres/torácicos, Síndromes del cuello, Artritis reumatoide) por separado

Tasa de altas hospitalarias por enfermedad osteoarticular
Fórmula de cálculo: [a / b] *100 Número de altas por enfermedad osteoarticular, en un año ----------x 100 Población en ese año.
Definiciones: El numerador incluye todas aquellas altas hospitalarias con códigos de diagnóstico principal: - Hasta el año 2015, los códigos 710-739 de la clasificación CIE9MC - A partir de 2016, los códigos M00-M99 de la clasificación CIE10ES
Fuente de datos: Registro de Actividad de Atención Especializada RAE- CMBD. MS.
Desagregación: por CC. AA. , por sexo, y grandes grupos de edad (00-14, 15-34, 35-64, 65 +)
Periodicidad anual

Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de cadera
Fórmula de cálculo: [a / b] *100 Número de altas por artroplastia de cadera, en un año. ---------- x 100 Población en ese año.
Definiciones: Incluye las altas con código de procedimiento: Hasta el año 2015, los códigos 81.51 y 81.52 de la clasificación CIE9MC. A partir de 2016, los códigos 0SR90,0SRB0, 0SRA0,0SRE0, 0SRR0 y 0SRS0 de la CIE10ES
Fuente de datos: Registro de Actividad de Atención Especializada RAE- CMBD. MS
Desagregación: por CC. AA. , por sexo, y grandes grupos de edad (00-14, 15-34, 35-64, 65 +)
Periodicidad anual

Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de rodilla
Fórmula de cálculo: [a / b] *100 Número de altas por artroplastia de rodilla, en un año. ----------x 100 Población en ese año.
Definiciones: Incluye las altas con código de procedimiento: Hasta el año 2015 código 81.54 de la clasificación CIE9MC. A partir de 2016 códigos 0SRC0, 0SRD0, 0SRT0, 0SRU0, 0SRV0 y 0SRW0, de la CIE10ES. Téngase en cuenta que la clasificación no discrimina si la sustitución es sobre articulación nativa o protésica.
Fuente de datos: Registro de Actividad de Atención Especializada RAE- CMBD. MSCBS
Desagregación: por CC. AA. , por sexo, y grandes grupos de edad (00-14, 15-34, 35-64, 65 +)
Periodicidad anual

Tasa de altas por fractura de cadera en ≥ 65 años
Fórmula de cálculo: [a / b] *1000 Número de altas por fractura de cadera en persona de 65 y más años, en un año. ----------x 1000 Población de 65 y más años
Definiciones Incluye las altas con código de procedimiento: Hasta el año 2015 códigos 820 de la clasificación CIE9MC.

A partir de 2016 códigos S72.0, S72.1. S72.2, con séptimo carácter A, B, C, de la CIE10ES. Se excluyen las altas con el código de fractura periprotésica (T84.040A Y T84.041A)
Fuente de datos: Registro de Actividad de Atención Especializada RAE- CMBD. MSCBS
Desagregación: por CC. AA. y por sexo.
Periodicidad anual

Tasa de mortalidad hospitalaria por fractura de cadera
Fórmula de cálculo: [a / b] *100 Número de altas hospitalarias por fallecimiento debido al proceso analizado ----------x 100 Total de altas del proceso analizado
Definiciones: El denominador se incluye las altas de pacientes cuyo diagnóstico principal incluya: Hasta 2015: La categoría 820 (fractura de cadera) de la CIE9MC. Se excluyen las altas con el código de fractura periprotésica (996.44). A partir de 2016: Los códigos S72.0**(A, B, C), S72.1**(A,B,C),S72.2**(A,B,C) de la CIE10ES: Se excluyen las altas con el código de fractura periprotésica (T84.040A Y T84.041A). El numerador añade, a los códigos anteriores, el criterio de Éxitus como motivo del alta..
Fuente de datos: Registro de Actividad de Atención Especializada RAE- CMBD. MSCBS.
Desagregación: por CC. AA. , sexo, grandes grupos de edad (00-14, 15-34, 35-64, 65 +)
Periodicidad anual

Tasa de mortalidad por enfermedad osteoarticular ajustada por edad
Fórmula de cálculo: [a / b] *100.000 Número de defunciones por enfermedad osteoarticular, en un año. ----------x100.000 Población en ese año
Definiciones: se incluirán todas aquellas defunciones con los códigos M00-M99 de la CIE10. Para el ajuste de la tasa se usará como población estándar la población europea.
Fuente de datos: defunciones según causa de muerte, INE y elaboración propia MS.
Desagregación: por CC. AA. y por sexo.
Periodicidad anual

Tasa de mortalidad prematura por enfermedad osteoarticular
Fórmula de cálculo: [a / b] *100.000 Nº de defunciones en personas menores de 75 años por enfermedad osteoarticular, en un año ---------- x 100.000 Población de 0 a 74 años en ese año
Definiciones: se incluirán todas aquellas defunciones con los códigos M00-M99 de la CIE10. Para el ajuste de la tasa se usará como población estándar la población europea.
Fuente de datos: defunciones según causa de muerte, INE y elaboración propia MS
Desagregación: por CC. AA. y por sexo.
Periodicidad anual

Población con discapacidad asociada a enfermedad osteoarticular auto declarada
Fórmula de cálculo: [a / b] *1.000 Nº de personas que declaran padecer una discapacidad debida a enfermedad osteoarticular ---------- x 1.000 Población
Definiciones: Se siguen los criterios de la OMS en cuanto a la utilización de clasificaciones internacionales sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías.
Fuente de datos: Componentes: a) Encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud. INE. b) Proyecciones de población. INE
Desagregación: Por CC. AA. , grupos de edad, sexo y grado de discapacidad
Periodicidad Aproximadamente, cada 10 años
Observaciones: datos no disponibles a la fecha de este informe

Salud y equidad en todas las políticas: promoción de estilos de vida saludables y prevención de la enfermedad

Prevalencia de sobrepeso en población adulta
Fórmula de cálculo: [a / b] *100 Nº de personas de 18 y más años con un índice de masa corporal (IMC) definido como sobrepeso ----------x 100 Nº de personas encuestadas de 18 y más años
Definiciones: El índice de masa corporal (IMC) se calcula a partir del peso y la talla declarados por la persona entrevistada (peso en kilos/talla2). Se considera que una persona presenta sobrepeso cuando 25 Kg/m2 <= IMC < 30 Kg/m2.
Fuente de datos: Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) y Encuesta Europea de Salud en España (EESE). MSCBS e INE
Desagregación: por Comunidad Autónoma, Sexo, Nivel de estudios, Clase social.
Periodicidad: Trienal
Observaciones: Las clases Sociales en la ENSE2017 son las siguientes: I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias. II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/ as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas. III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia. IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas. V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as. VI. Trabajadores no cualificados.

Prevalencia de obesidad en población adulta
Fórmula de cálculo: [a / b] *100 Nº de personas de 18 y más años con un índice de masa corporal (IMC) definido como obesidad ----------x 100 Nº de personas encuestadas de 18 y más años
Definiciones: El índice de masa corporal (IMC) se calcula a partir del peso y la talla declarados por la persona entrevistada (peso/talla2). Se considera que una persona presenta obesidad cuando IMC es igual o superior a 30 Kg/m2.
Fuente de datos: Encuesta Nacional de Salud de España y Encuesta Europea de Salud en España. MSSSI/INE
Desagregación: por Comunidad Autónoma, Sexo, Nivel de estudios, Clase social.

Periodicidad: Trienal
Observaciones: Las clases Sociales en la ENSE2017 son las siguientes: I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias. II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/ as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas. III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia. IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas. V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as. VI. Trabajadores no cualificados.

Prevalencia de sedentarismo en el tiempo libre
Fórmula de cálculo: [a / b] *100 Nº de personas de 15 y más años con un grado de actividad física considerado sedentario ----------x 100 Nº de personas encuestadas de 15 y más años
Definiciones: Se considera sedentaria a toda persona que, en su tiempo libre, habitualmente no realiza ninguna actividad física como caminar, practicar deporte, gimnasia, etc.
Fuente de datos: Encuesta Nacional de Salud de España y Encuesta Europea de Salud en España. MSSSI/INE
Desagregación: por Comunidad Autónoma, Sexo, Nivel de estudios, Clase social.:
Periodicidad: Trienal
Observaciones: Las clases Sociales en la ENSE2017 son las siguientes: I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias. II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/ as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas. III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia. IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas. V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as. VI. Trabajadores no cualificados.

Prevalencia de obesidad en población infantil
Fórmula de cálculo: [a / b] *100 Nº de personas de 2 a 17 años con un índice de masa corporal (IMC) considerado como obesidad ----------x 100 Nº de personas encuestadas de 2 a 17 años
Definiciones: El índice de masa corporal (IMC) se calcula a partir del peso y la talla declarados por la persona entrevistada (peso/talla2). El IMC aplicable para definir el sobrepeso entre 2 y 17 años, se calcula en función del sexo y la edad usando los puntos de corte establecidos por Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH (Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320: 1-6)..
Fuente de datos: Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). MSCBS/INE
Desagregación: por Comunidad Autónoma, Sexo y Clase social.
Periodicidad Trienal
Observaciones: Las clases Sociales en la ENSE2017 son las siguientes: I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.

II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/ as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.
V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as.
VI. Trabajadores no cualificados.

Prevalencia de sobrepeso en personas de 15 y más años con enfermedad osteoarticular auto declarada
Fórmula de cálculo: [a / b] *100 Número de personas con un índice de masa corporal considerado como sobrepeso ----------x 100 Número de personas que declaran tener al menos una de las siguientes: Artritis reumatoide, Osteoporosis, Dolor de espalda crónico (cervical), Dolor de espalda crónico (lumbar).
Definiciones: Estas preguntas se dirigen a la población de 15 y más años (cuestionario del adulto), se pregunta si padece o ha padecido "artrosis (excluyendo artritis)", "dolor de espalda crónico cervical", "dolor de espalda crónico lumbar" y "osteoporosis". En caso de respuesta afirmativa, se pregunta a continuación si "lo ha padecido en los últimos 12 meses" y si "le ha dicho un médico que lo padece". Se contabilizarán todas aquellas respuestas que cumplan estos dos requisitos. El índice de masa corporal (IMC) se calcula a partir del peso y la talla declarados por la persona entrevistada (peso/talla2). Se considera que una persona presenta sobrepeso cuando 25 Kg/m2 ≤ IMC < 30 Kg/m2.
Fuente de datos: Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). MSCBS e INE
Desagregación: por sexo
Periodicidad trienal

Prevalencia de obesidad en personas >15años con enfermedad osteoarticular auto declarada
Fórmula de cálculo: [a / b] *100 Nº de personas con un índice de masa corporal considerado como obesidad ----------x 100 Nº de personas que declaran tener al menos una de las siguientes: Artritis reumatoide, Osteoporosis, Dolor de espalda crónico (cervical), Dolor de espalda crónico (lumbar).
Definiciones: Estas preguntas se dirigen a la población de 15 y más años (cuestionario del adulto), se pregunta si padece o ha padecido "artrosis (excluyendo artritis)", "dolor de espalda crónico cervical", "dolor de espalda crónico lumbar" y "osteoporosis". En caso de respuesta afirmativa, se pregunta a continuación si "lo ha padecido en los últimos 12 meses" y si "le ha dicho un médico que lo padece". Se contabilizarán todas aquellas respuestas que cumplan estos dos requisitos. El Índice de Masa Corporal (IMC) se calcula a partir del peso y la talla declarados por las personas entrevistadas. Se considera obesidad un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 30 Kg./m2.
Fuente de datos: Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). MSCBS e INE
Desagregación: por sexo.
Periodicidad trienal

Porcentaje de personas con enfermedad osteoarticular auto declarada

Fórmula de cálculo: [a / b] *100 Número de personas encuestadas de 15 y más años que manifiestan padecer algún tipo de enfermedad osteoarticular incluida en la encuesta. ---------- x 100 Número de personas de dicha edad incluidas en la Encuesta.
Definiciones: Las preguntas de la encuesta se dirigen a la población de 15 y más años (cuestionario del adulto), se pregunta si padece o ha padecido "artrosis (excluyendo artritis)", "dolor de espalda crónico cervical", "dolor de espalda crónico lumbar" y "osteoporosis". En caso de respuesta afirmativa, se pregunta a continuación si "lo ha padecido en los últimos 12 meses" y si "le ha dicho un médico que lo padece". Se contabilizarán todas aquellas respuestas que cumplan estos dos requisitos.
Fuente de datos: Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). MSCBS e INE
Desagregación: CC. AA. , Sexo, Edad decenios (15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75-84, 85+)
Periodicidad Trienal

Capacitación y autonomía

Programas de educación para la salud que incorporan a personas cuidadoras de pacientes con ERyMEs

Programas de educación por pares relacionados con ERyMEs por CC. AA.

Atención sanitaria y social

Detección y acceso precoz

Unidades y mecanismos de acceso diferenciado (consultas de artritis precoz…)

Nº de fisioterapeutas y médicos especialistas de rehabilitación adscritos a equipos de AP por CC. AA

Duración media de las IT por ERyMEs

Incidencia de IT por ERyMEs por código CIE
Fórmula de cálculo: [a / b] *1.000 Nº de procesos de IT diagnosticados como Artritis psoriásica, Artritis reumatoide, Espondilitis anquilosante, Dorsalgia o Fibromialgia ----------x 1.000 Nº de personas afiliadas el último día del año
Fuente de datos: INSS
Desagregación: por género
Periodicidad anual

Incidencia de IP por ERyMEs
Fórmula de cálculo: Número de procesos de IP diagnosticados como Artritis psoriásica, Artritis reumatoide, Espondilitis anquilosante, Dorsalgia o Fibromialgia
Fuente de datos: INSS
Desagregación: por género
Periodicidad anual

Coordinación y continuidad asistencial

Herramientas de coordinación AP-AE: especialista consultor, sesiones compartidas AP-AE, PIC virtual, consultas no presenciales, protocolos de ERyMEs.

Planes que incorporen el abordaje psicosocial de las ERyMEs

Mejora de la Práctica Clínica

Dosis diarias de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) por cada mil personas con problemas osteoarticulares
Fórmula de cálculo: [((a) / (b)*365)] *1.000 Nº de dosis diarias definidas (DDD) de AINES en un año, en personas con enfermedad osteoarticular ----------x 1.000 Nº de personas con enfermedad osteoarticular (multiplicado por 365 días)
Definiciones: Los AINES contienen los fármacos del Subgrupo farmacológico M01A-antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos, de la clasificación internacional ATC de la OMS. Se incluyen como problemas osteoarticulares los códigos del Capítulo L de la Clasificación Internacional en Atención Primaria -versión2 (CIAP2), a excepción de L26, L27, L73, L74, L77, L78 y L79
Fuente de datos: Base de datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). MS
Desagregación: por CC. AA. , por Grandes grupos de edad (00-14, 15-34, 35-64, 65 +) y por sexo.
Periodicidad anual
Observaciones: reportan 12 CC. AA.

Dosis diarias de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) por cada mil personas
Fórmula de cálculo: [((a) / (b)*365)] *1.000 Nº de dosis diarias definidas (DDD) de AINE en un año. ---------- x 100 Nº de personas (multiplicado por 365 días) en ese año
Definiciones: Los AINE contienen los fármacos del Subgrupo farmacológico M01A-antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos, de la clasificación internacional ATC de la OMS. El denominador incluye la población asignada a Atención Primaria.
Fuente de datos: Base de datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). MS
Desagregación: por CC. AA. , por Grandes grupos de edad (00-14, 15-34, 35-64, 65 +) y por sexo.
Periodicidad anual
Observaciones: reportan 12 CC. AA.

Dosis diarias de analgésicos opiáceos por 1.000 personas con problemas osteoarticulares
Fórmula de cálculo: [((a) / (b)*365)] *1.000 Nº de dosis diarias definidas (DDD) de analgésicos opiáceos en un año en personas con enfermedad osteoarticular

----------x 1.000 Nº de personas con enfermedad osteoarticular (multiplicado por 365 días)
Definiciones: Los analgésicos opiáceos contienen los fármacos del Subgrupo farmacológico N02A-analgésicos opiáceos, de la clasificación internacional ATC de la OMS. Se incluyen como problemas osteoarticulares los códigos del Capítulo L de la Clasificación Internacional en Atención Primaria -versión2 (CIAP2), a excepción de L26, L27, L73, L74, L77, L78 y L79.Desagregación: por CC. AA. , por grupos de edad y por sexo.
Fuente de datos: Base de datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). MS
Desagregación: por CC. AA. , por Grandes grupos de edad (00-14, 15-34, 35-64, 65 +) y por sexo.
Periodicidad anual
Observaciones: reportan 12 CC. AA.

Dosis diarias de analgésicos opiáceos 1.000 personas
Fórmula de cálculo: [((a) / (b)*365)] *1.000 Nº de dosis diarias definidas (DDD) de analgésicos opiáceos en un año en personas ----------x 1.000 Nº de personas (multiplicado por 365 días) en ese año
Definiciones: Los analgésicos opiáceos contienen los fármacos del Subgrupo farmacológico N02A-analgésicos opiáceos, de la clasificación internacional ATC de la OMS
Fuente de datos: Base de datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). MS
Desagregación: por CC. AA. , por grandes grupos de edad (00-14, 15-34, 35-64, 65 +) y por sexo.
Periodicidad Anual
Observaciones: reportan 12 CC. AA.

Guías integradas de práctica clínica y otras iniciativas de mejora de la práctica clínica (procesos asistenciales integrados, protocolos, consensos) con cumplimiento de los criterios de calidad del SNS.

Planes que incorporen el abordaje psicosocial de las ERyMEs

Gestión de la información

Herramientas de apoyo a la decisión clínica integradas en la Historia clínica electrónica.

Formación e Investigación

Jornadas realizadas en las CC. AA. en relación con ERyMEs

Nº profesionales que han recibido formación continuada en relación con las ERyMEs por CC. AA.

Nº de profesionales formados en determinantes sociales de la salud por CC. AA.

Nº de redes acreditadas y grupos de investigación sobre ERyMEs

Porcentaje de publicaciones que incluyan la investigación en determinantes sociales de entre los publicados en ERyMEs.

Porcentaje de proyectos de investigación en ERyMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y género.

Número de proyectos de investigación multicéntricos y pluridisciplinares en ERyMEs de alto impacto social.

Anexo III. Cuestionario a las CC. AA.

Criterios cualitativos de evaluación de la Estrategia para el abordaje de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (ERyMEs) del SNS.

Se consultará al Comité Técnico su opinión sobre los criterios e indicadores propuestos para evaluar la evolución e implementación de los objetivos y recomendaciones de la Estrategia de las ERyMEs del SNS aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS, el 20 de diciembre de 2012.

En la evaluación de la Estrategia para el abordaje de las ERyMEs del SNS se tendrán en cuenta las dos fuentes de información siguientes:

-Los indicadores con base en sistemas de información comunes del SNS, facilitados por la Subdirección General de Información sanitaria del MSCBS (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social)

-La información que se recogerá a través de este cuestionario.

Las preguntas sobre las que solicitamos información son las siguientes:

Pregunta número 1: ¿Dispone en su comunidad autónoma de alguna estrategia, programas, o iniciativas para el abordaje de las ERyMEs?

Está encuadrada los bloques: b.1. Equidad y salud en todas las políticas: promoción de la salud y prevención de la enfermedad, b.2 Capacitación y autonomía, b.3. Atención sanitaria y social, b.4 Gestión de la información y b. 5 formación e investigación.

Recoger al menos los siguientes datos para cada acción identificada:

1. ¿Existe en su comunidad autónoma ¿algún Tipo de acción, estrategia, plan, programa, campaña etc., iniciados para al abordaje de las ERyMEs?

   1.1. Indicar Si/No a las siguientes líneas estratégicas de la Estrategia en ERyMEs aprobadas en el CISNS.

   1.1.1. Equidad y salud en todas las políticas: promoción y prevención de la salud. Si/No

   ☐ Sí.

   ☐ No.

   1.1.2. Capacitación y autonomía: Fortalecer la capacidad de los enfermos y sus cuidadores para hacerles corresponsables en la gestión de su salud y proporcionarles mayor autonomía. Si/No

   ☐ Sí.

   ☐ No.

   1.1.3. Atención sanitaria y social: Garantizar la prioridad de acceso en las derivaciones para procesos agudos con alto riesgo de discapacidad o incapacidad prevenible y con evidencia científica del beneficio de intervención precoz. Si/No

   ☐ Sí.

   ☐ No.

   1.1.4. Gestión de la información sanitaria y Sistemas de Información: Promover la adecuación y desarrollo de las TIC aplicadas a la gestión y la atención sanitaria y social de las ERyMEs. Si/No

   ☐ Sí.

   ☐ No.

1.1.5. Formación e Investigación: Mejorar la formación de los profesionales implicados en el cuidado de las ERyMEs y promover y reforzar las líneas de investigación de calidad sobre la atención de las ERyMEs. Si/No

☐ Sí.

☐ No.

1.2. Indicar el enlace web de la estrategia o programa.

2. ¿Ha sido evaluada?

2.1 Indicar SI o NO.

☐ Sí.

☐ No.

2.2. En caso afirmativo indicar:

2.2.1. Fecha evaluación. Indicar la fecha del siguiente modo**:** 0X/YL/ 20MN

2.2.2. Indicadores utilizados.

En caso afirmativo: Listar los nombres de los indicadores, ficha técnica y los resultados.

2.2.3. Enlace web de informe de evaluación y conclusiones de principales o remitir PDF.

Pregunta nº 2: ¿Existe en su comunidad autónoma mecanismos, estrategias, iniciativas para priorizar la atención de los pacientes con patología inflamatoria que se beneficiarían de la intervención precoz?

Está encuadrada en el bloque b.3 atención sanitaria y social, b.3.1. Detección y acceso precoz.

Responde al objetivo de la Estrategia nº 4.2 que es: Facilitar un sistema de derivación urgente o preferencial para los procesos en relación con ERyMEs que esté centrado en el paciente.

Recoger al menos los siguientes datos para cada unidad identificada:

1. ¿Existe en su comunidad autónoma mecanismos, estrategias, iniciativas para priorizar las listas de espera la atención a pacientes con patología inflamatoria que se beneficiarían de una intervención precoz?

1. 1. Indicar SI o NO.

☐ Sí.

☐ No.

1.2. Indique para que patologías entre estas que a continuación se listan lo tienen contemplado en su comunidad autónoma

- Artritis: Si/No.

☐ Sí.

☐ No.

-Enfermedades autoinmunes: Si/No

☐ Sí.

☐ No.

- Espondiloartritis: Si/No

☐ Sí.

☐ No.

- Otras: Si/no.

☐ Sí.

☐ No.

- En caso de otras, nombrar cuales.

Pregunta nº 3: ¿Existe en su comunidad autónoma herramientas TIC que faciliten las derivaciones y consultas desde la atención primaria y / o que permitan priorizarlas?

Está encuadrada en el bloque b.3 atención sanitaria y social, b.3.1. Detección y acceso precoz.

Responde al objetivo de la Estrategia nº 4.2 que es: Facilitar un sistema de derivación urgente o preferencial para los procesos en relación con ERyMEs que esté centrado en el paciente.

Recoger al menos:

1. ¿Existe en su comunidad autónoma herramientas TIC que faciliten las derivaciones y consultas desde la atención primaria y que permitan priorizarlas?

1.1. - Si/no.

☐ Sí.

☐ No.

1.2 Describir brevemente en no más de 5 líneas.

Pregunta nº4: ¿Existe en su comunidad autónoma disponibilidad de herramientas TIC de apoyo a la decisión clínica integradas en la Historia clínica electrónica para ERyMEs tanto en atención primaria como en atención hospitalaria?

Está encuadrada en el bloque b.4: gestión de la información y da respuesta al objetivo 7.3: Reforzar los sistemas de información electrónicos para garantizar la seguridad de los pacientes

Recoger al menos los siguientes datos para cada herramienta de apoyo a la decisión clínica integradas en la Historia clínica electrónica para ERyMEs

1. ¿Existe en su comunidad autónoma disponibilidad de herramientas TIC de apoyo a la decisión clínica integradas en la Historia clínica electrónica para ERyMEs**?**

1. 1. Si/No.

☐ Sí.

☐ No.

2. Si en su comunidad autónoma existe disponibilidad de herramientas TIC de apoyo a la decisión clínica integradas en la Historia clínica electrónica para ERyMEs tanto en atención primaria como en atención hospitalaria, contestar si están incluidas las siguientes opciones:

- ¿Alertas de coste efectividad en la prescripción? Si/No.

☐ Sí.

☐ No.

- ¿Alertas en la petición de pruebas complementarias radiológicas?

  - Alertas sobre repetición de radiografías simples. Si/No.

☐ Sí.

☐ No

- Alertas sobre repetición de TAC. Si/No.

☐ Sí.

☐ No

- Alertas sobre repetición de Resonancia Magnéticas. Si/No.

☐ Sí.

☐ No.

Pregunta nº 5: ¿Se han realizados en los últimos cuatro años en su comunidad autónoma acciones formativas para los profesionales de atención primaria sobre el manejo de las ERyMEs?

Está encuadrada en el bloque b.5. Formación e investigación: Da respuesta al objetivo 8.1: información sobre el objetivo 8.1.: Sensibilizar a los profesionales y administraciones sanitarias acerca de la importancia de la prevención y adecuada atención de las ERyMEs.

Recoger al menos los siguientes datos

1. ¿Se han realizados en los últimos cuatro años en su comunidad autónoma acciones formativas para los profesionales de atención primaria sobre el manejo de las ERyMEs?

1.1 - Si/no.

☐ Sí.

☐ No

1.2. - Si la respuesta es sí, remitir programa o cronograma de las acciones formativas que se citen.

2. ¿Se han realizado alguna jornada para la difusión en los últimos cuatro años sobre las ERyMEs?

2.1. - Si/no.

☐ Sí.

☐ No

2.2. - Si la respuesta es sí, remitir programa de las jornadas formativas que se citen.

Muchas gracias por su colaboración

Anexo IV. Proyectos de investigación en ERyMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género

Proyectos europeos

RCN	YEAR	TITLE	COORDINATOR COUNTRY	PARTICIPANT COUNTRIES
211288	2017	PoC in-office device for identifying individuals at high risk of Osteoporosis and osteoporotic fracture	BE	ES;UK;AT;DE;BE;IR
212455	2018	Personalised Prognostic Models to Improve Well-being and Return to Work After Neck and Low Back Pain	ES	UK;DE;IT;ES;HR;NL;SE;PL;NO
207205	2017	HARMONIzation and integrative analysis of regional, national and international Cohorts on primary Sjögren's Syndrome (pSS) towards	EL	US;RS;ES;EL;SE;NL;IT;DE;FR;UK;CH;BE;NO

Proyectos estatales

REFERENCIA	CONVOCATORIA	TITULO_ESP
DEP2013-40908-R	2013	seguimiento longitudinal y modulacion genetica en fibromialgia. efectos del ejercicio fisico y la hidroterapia en dolor, salud y calidad de vida
PI15/01264	2015	desarrollo y validación de una herramienta de ayuda para la toma de decisiones para pacientes con artrosis de rodilla candidatos a artroplastia total primaria
PSI2014-57957-R	2014	tratamiento psicologico de la depresion en mujeres con fibromialgia: eficacia diferencial y factores predictores de resultado
PI13/00648	2013	caracterización de la salud autopercibida y estimación de utilidades a través de la nueva versión del cuestionario eq-5d en pacientes con trastorno depresivo, o artrosis de cadera o rodilla
DEP2015-70356-R	2015	coste-efectividad de un programa de ejercicio fisico de realidad virtual sobre el envejecimiento cerebral y motor en fibromialgia
PIE13/00024	2013	la paradoja de la obesidad en múltiples enfermedades prevalentes: un enfoque traslacional.
PI13/00518	2013	caracterización de la salud autopercibida y estimación de utilidades a través de la nueva versión del cuestionario eq-5d en pacientes con trastorno depresivo, o artrosis de cadera o rodilla
PI13/00560	2013	caracterización de la salud autopercibida y estimación de utilidades a través de la nueva versión del cuestionario eq-5d en pacientes con trastorno depresivo, o artrosis de cadera o rodilla
PSI2016-79566-C2-1-R	2016	intervencion para la autorregulacion de metas relacionadas con el ejercicio fisico en personas con fibromialgia: componentes motivacionales y volitivos
PI14/00993	2014	tratamiento al alta, adherencia y resultados clínicos tras fractura de cadera. cohorte poblacional con hasta 5 años de seguimiento en el sistema nacional de salud (estudio prev2fo).
PI15/00521	2015	estudio del metabolismo óseo y mineral de la población femenina postmenopáusica y masculina mayor de 50 años atendida por un centro de salud en cantabria.
PI13/01040	2013	impacto socioeconómico y sobre la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con lupus eritematoso sistémico y sus familiares en españa
PI13/00444	2013	determinantes clínicos y genéticos de eventos musculoesqueléticos en mujeres posmenopáusicas tratadas con inhibidores de la aromatasa por cáncer de mama. cohorte prospectiva b-able
DEP2016-78309-R	2016	evolucion de la condicion fisica, composicion corporal y fragilidad en personas mayores de 65 años. mediacion de la vitamina d y efectos de un programa de ejercicio

Anexo V. Buenas Prácticas (BBPP).

Se considera BUENA PRÁCTICA aquella intervención o experiencia realizada, relacionada con las líneas estratégicas del SNS, basada en el mejor conocimiento científico disponible, que haya demostrado ser efectiva, pueda ser transferible y represente un elemento innovador para el sistema sanitario. Desde el Ministerio de Sanidad se han trabajado las BBPP en diferentes áreas, entre ellas la violencia de género y las estrategias en salud. Desde la Estrategia en ERyMEs se ha participado en las convocatorias de BBPP de 2014 (6 obtuvieron la calificación de BBPP) y 2017 (5 obtuvieron la calificación de BBPP).

Convocatoria	CC. AA.	Entidad responsable	Nombre de la BBPP
2014	CASTILLA-LA MANCHA	CS Cervantes/Hospital Universitario Guadalajara	Concepción, implantación, ejecución y desarrollo de un proyecto de coordinación entre reumatología y Atención primaria en el área de salud de Guadalajara
2014	CASTILLA-LA MANCHA	Gerencia de Atención Integrada Talavera de la Reina	Salud y seguridad en parques bio saludables. Fisioterapia Comunitaria.
2014	CATALUÑA	Hospital General de Granollers	Modelo Integral de Atención a la lumbalgia
2014	CATALUÑA	Hospital Sant Joan de Déu	Monitorización en pacientes con artritis idiopática juvenil
2014	MADRID	Hospital Universitario La Princesa	Gestión racional y registro de terapias biológicas. Unidad de Terapias Biológicas (UTB)
2014	MURCIA	HCUVA	Consulta manejo de la remisión en artritis reumatoide
2017	CANARIAS	Hospital universitario de Gran Canaria Doctor Negrín	Programa para la prevención secundaria de fractura osteoporótica desde una Unidad multidisciplinar de un Hospital terciario
2017	CATALUÑA	Hospital Sant Joan de Déu	Programa para la mejora de la transición de la atención pediátrica a la adulta en adolescentes con patología reumática crónica.
2017	COMUNIDAD VALENCIANA	Hospital Universitario y Politécnico La Fe	Seguimiento y monitorización domiciliaria de pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas, tratados con fármacos modificadores de la enfermedad. estrategia MODER.

2017	COMUNIDAD VALENCIANA	Hospital General Universitario de Alicante	Atención a las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas mediante un modelo mixto virtual-presencial de consulta de reumatología en coordinación con atención primaria.
2017	GALICIA	Estructura Organizativa de Xestión Integrada (EOXI) de Vigo	Proceso Asistencial Integrado basado en la e-consulta. Implantación global desde Atención primaria a Reumatología

ANEXO 44

INFORME DE EVALUACIÓN Y LÍNEAS PRIORITARIAS DE ACTUACIÓN SOBRE ESTRATEGIA EN ICTUS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud

Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación.

COMITÉ TÉCNICO

Coordinación Científica

Jorge Matías-Guiu Guía. Jefe Servicio Neurología Hospital Clínico San Carlos
Eduardo Martínez Vila. Departamento de Neurología. Clínica Universitaria de Navarra
Patricia Simal Hernández. Servicio de Neurología. Unidad de Patología Cerebrovascular. Hospital Universitario Clínico San Carlos

Coordinación Técnica

Teresa Hernández Meléndez. Jefa de Servicio. Área de Calidad, Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad. Ministerio de Sanidad

Sociedades científicas

Asociación Española de Fisioterapeutas: Aitor Sánchez Garay
Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales: María González Sobrinos
Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria: Mª José Peña Gascón
Grupo Español de Neurorradiología Intervencionista: Fernando Fortea Gil
Sociedad Española de Cardiología: Francisco Marín Ortuño
Sociedad Española de Enfermería Neurológica: Alejandro Lendínez Mesa
Sociedad Española de Enfermería Neurológica: Mª Rosa Herrero Roldán
Sociedad Española de Geriatría y Gerontología: Esther Sancristóbal Velasco
Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias: Francisco Aranda Aguilar
Sociedad Española de Neurocirugía: Olga Mateo Sierra
Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria: Antoni Plana Blanco
Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación: Susana Moraleda Pérez
Sociedad Española de Medicina General: Mª Isabel Egocheaga Cabello
Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades coronarias: Francisca Inmaculada Pino Sánchez, Ricard Ferrer Roca
Sociedad Española de Medicina Interna: Raúl Quirós López
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria: Pablo Gregorio Baz Rodríguez
Sociedad Española de Neurología: María Alonso de Leciñana Cases
Sociedad Española de Neurología Pediátrica: Pedro Castro de Castro
Sociedad Española de Neurorrehabilitación: Joan Ferri Campos
Sociedad Española de Neurosonología: Jorge Pagola Pérez de la Blanca
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria: Jesús Ruiz Ramón

Asociaciones de pacientes

Federación Española de Daño Cerebral: Mar Barbero Lázaro
Federación Española de Ictus: Carmen Aleix Ferrer
Foro Español de Pacientes: Andoni Lorenzo Garmendia, José Luis Baquero Úbeda
Plataforma de Organizaciones de Pacientes: Maite San Saturnino, Carina Escobar

COMITÉ INSTITUCIONAL

Comunidades autónomas:

Andalucía: Joan Montaner Villalonga
Aragón: Gloria Martínez Borobio
Asturias, Principado de: Sergio Calleja Puerta
Balears, Illes: Eusebio Castaño Riera, Carmen Jiménez Martínez
Canarias: Francisco Javier Alfonso López
Cantabria: Enrique Palacio Portilla
Castilla y León: Juan Francisco Arenillas Lara, Purificación de la Iglesia Rodríguez
Castilla-La Mancha: Miguel Angel Atoche Fernández
Cataluña: Ana María Pérez del Campo, Natalia Pérez de la Ossa Herrero

Comunitat Valenciana: Pablo Rodríguez Martínez
Extremadura: Concepción Gutiérrez Montaño
Galicia: María del Mar Castellanos Rodrigo
Madrid, Comunidad de: Alfonso Martín Martínez
Murcia, Región de: Ana Morales Ortiz
Navarra, Comunidad Foral de: Nuria Aymerich Soler
País Vasco: Alfredo Rodríguez-Antigüedad Zarranz
Rioja, La: Mª Eugenia Marzo Sola

Ministerio de Sanidad

Dirección General Salud Pública: Pilar Aparicio Azcárraga.
Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad: Pilar Campos Esteban. Subdirectora General
Área de Calidad de la Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad: Yolanda Agra Varela. Subdirectora Adjunta
Área de Prevención de la Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad: Soledad Justo Gil. Jefa de Servicio. Inés Zuza Santacilia. Técnica Superior
Subdirección General de Cartera de Servicios del SNS y Fondos de Compensación: Piedad Ferré de la Peña. Consejera Técnica. Magdalena Pérez. Consejera Técnica
Subdirección General de Información Sanitaria: Mª Cruz Calvo Reyes. Técnica Superior. Félix Miguel García. Jefe de Área

Centro de Referencia Estatal al Daño Cerebral (CEADAC) IMSERSO

Inmaculada Gómez Pastor

INGESA (Ceuta-Melilla)

Antonia Blanco Galán

Índice:

1. Introducción
2. Metodología
3. Resultados de los indicadores. Conclusiones
4. Líneas prioritarias de actuación
5. Bibliografía
6. Abreviaturas y acrónimos
7. Anexos:

   I. Fichas técnicas de los indicadores

   II. Cuestionario

   III. Mapas de recursos de rehabilitación

Índice de tablas:

Tabla 1. Tasa de altas de hospitalización por ictus por 1.000 habitantes

Tabla 2. Casos nuevos con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en AP por cada 1.000 personas asignadas (2013 a 2017)

Tabla 3. Prevalencia registrada de HTA en AP por cada 100 personas asignadas (2017)

Tabla 4. Prevalencia registrada de DM tipo 2 en AP por cada 100 personas asignadas (2017)

Tabla 5. Prevalencia registrada de trastornos del metabolismo lipídico por cada 100 personas asignadas (2017)

Tabla 6. Prevalencia declarada de obesidad en España por 100 habitantes (2017)

Tabla 7. Prevalencia declarada de sedentarismo en España por 100 habitantes (2017)

Tabla 8. Pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular en tratamiento con anticoagulantes/antiagregantes por cada 100 pacientes atendidos en AP (2017)

Tabla 9. Porcentaje de personas de 65+ años con fibrilación auricular y valor INR entre 2 y 3 (9 CC. AA., 2017)

Tabla 10. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en tratamiento con antiagregantes por cada 100 pacientes atendidos en AP (2017)

Tabla 11. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en tratamiento con anticoagulantes por cada 100 pacientes atendidos en AP (2017)

Tabla 12. Porcentaje de personas de 65 y más años con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular y valor INR entre 2 y 3 (9 CC. AA., 2017)

Tabla 13. Tasas Ajustadas de Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (I60-I64) por 100.000 habitantes por CC. AA.

Tabla 14. Tasas Ajustadas de Mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares (I60-I64) por 100.000 habitantes por CC. AA.

Tabla 15. Campañas de información y actividades de formación realizadas en las CC. AA.

Tabla 16. Red asistencial de las CC. AA. según los criterios específicos (ANEXO II)

Tabla 17. Grado de nivel de implantación del Código Ictus en la comunidad autónoma

Tabla 18. Informacion aportada por las CC. AA. sobre hospitales que atienden ictus, hospitales que tienen implantado el Código Ictus de forma completa, y hospitales que teniendo implantado el Código Ictus realizan tratamiento de reperfusión endovascular de urgencia (24 h) en la atención del ictus.

Tabla 19. Plan individual de rehabilitación precoz. Inclusión del objetivo, acciones realizadas y porcentaje de cumplimiento del objetivo.

Tabla 20. Evaluación funcional al alta del plan de rehabilitación. Inclusión del objetivo, acciones realizadas y porcentaje de cumplimiento del objetivo.

Tabla 21. Número de CC. AA. que realizan acciones sobre el objetivo 3.3

Tabla 22. Mapa de recursos de rehabilitación. Acciones realizadas.

Tabla 23. Objetivo 4.1

Tabla 24. Intervenciones en AP dirigidas a ofrecer apoyo a las familias

Tabla 25. Profesionales a los que se han dirigido las actividades formativas en atención al ictus.

Índice de figuras:

Figura 1. Tasa de altas de hospitalización por ictus por 1.000 habitantes por sexo (2014 a 2018)

Figura 2. Casos nuevos con registro de enfermedad cerebrovascular en AP por cada 1.000 personas asignadas (2013 a 2017)

Figura 3. Personas con registro de HTA en AP por cada 100 personas asignadas (2013 a 2017)

Figura 4. Personas con registro de DM tipo 2 en AP por cada 100 personas asignadas (2013 a 2017)

Figura 5. Prevalencia de trastornos del metabolismo lipídico registrado en AP por cada 100 personas asignadas (2013 a 2017)

Figura 6. Prevalencia declarada de obesidad en población adulta (18 y más años) según sexo. España 1993-2017. Tasa por 100 habitantes

Figura 7. Prevalencia declarada de obesidad en población adulta (18 y más años) según tramos de edad y sexo. España 2017. Tasa por 100 habitantes

Figura 8. Prevalencia declarada de tabaquismo en población adulta por sexo. España 1993- 2017. Tasa por 100 habitantes

Figura 9. Prevalencia declarada de tabaquismo en población adulta por sexo y por tramos de edad. España 2017. Tasa por 100 habitantes

Figura 10. Prevalencia de sedentarismo en tiempo de ocio en población adulta por sexo. España 1993- 2017. Tasa por 100 habitantes

Figura 11. Mortalidad. Tasas Ajustadas de Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (I60-I64) por 100.000 habitantes. Línea de tendencia y variabilidad territorial.

Figura 12. Tasas Ajustadas de Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (I60-I64) por 100.000 habitantes, por sexo. Años 2008-2018.

Figura 13. Tasas Ajustadas de Mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares (I60-I64) por 100.000 habitantes. Años 2008-2018

1. Introducción

La Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud (SNS) fue aprobada por el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) el 26 de noviembre de 2008. En 2013 se llevó a cabo su primera evaluación, partiendo de los objetivos y de los indicadores establecidos en el documento original, y estableciendo el corte para la recogida de datos a fecha 30 de junio de 2011. Sus resultados indicaron que el grado de implementación de la Estrategia, según declararon las comunidades autónomas (CC. AA.), era aceptable, concluyendo que se habían iniciado todos los objetivos establecidos para cada una de las líneas estratégicas aunque su grado de consecución fuera variable.

Los extraordinarios avances en investigación básica, clínica y en neuroimagen de la última década han llevado a un conocimiento aún más profundo de las enfermedades cerebrovasculares, y han puesto de manifiesto la necesidad de actualizar la Estrategia para consolidar el objetivo principal de su primera edición: disminuir la incidencia y la morbimortalidad de los pacientes con ictus. Para acometer esta actualización se han llevado a cabo una serie de actuaciones, siendo una de ellas la realización de una nueva y completa evaluación, que ha permitido analizar la situación del ictus en España y el nivel de implementación de las diferentes líneas de esta Estrategia.

Esta evaluación ha puesto de manifiesto el logro de un gran número de objetivos, con el esfuerzo y la acción conjunta de todos los agentes implicados, que ha redundado en una significativa disminución de la mortalidad y una mayor equidad en el tratamiento del ictus en España.

2. Metodología

La evaluación de una Estrategia del SNS constituye un elemento indispensable dentro de la misma, ya que permite comprobar el grado de consecución de los objetivos propuestos, comprobar su eficacia y conocer el progreso de cada comunidad autónoma.

Para ello, en esta Estrategia, se ha contado con el compromiso indispensable de todos los agentes involucrados en su implementación (CC. AA., INGESA, Ministerio

de Sanidad, sociedades científicas y asociaciones de pacientes), con el objetivo de obtener y elaborar la información necesaria para su evaluación.

La evaluación de la implantación de la Estrategia comprende desde su aprobación hasta la actualidad, en función de la disponibilidad de los datos.

La información de los indicadores que se presentan en este documento corresponde a los datos recogidos de los siguientes Sistemas de Información:

- Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). (últimos datos del 2017): estudio periódico realizado desde 1987 por el Ministerio de Sanidad que recoge, entre otros datos, información sanitaria relativa a toda la población sobre el estado de salud. La ENSE se realiza con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística (INE) y tiene periodicidad quinquenal, alternándola cada dos años y medio con la Encuesta Europea de Salud Española (EESE). Ambas encuestas comparten un núcleo común que permite las comparaciones internacionales, ampliado en la versión española para poder responder a las necesidades de información de la administración sanitaria nacional y autonómica.
- Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). (últimos datos del 2017): recaba anualmente información clínica normalizada sobre la atención prestada por el nivel de Atención Primaria, procedente de una amplia muestra aleatoria (en torno al 10%) de las historias clínicas de la población asignada a dicho nivel de atención, y es representativa de cada comunidad autónoma.
- Registro de altas de hospitalización, CMBD / RAE-CMBD (últimos datos del 2018): El registro de altas hospitalarias reúne la información relativa al Conjunto Mínimo Básico de Datos, definido en 1987 por el CISNS para el conjunto de hospitales del SNS. El CMBD-H integra información administrativa y clínica de los pacientes ingresados en unidades de hospitalización, la cual es recogida y codificada sistemáticamente en los hospitales, para cada episodio de hospitalización, al alta del paciente. Los registros de alta son enviados al Ministerio por las CC. AA., de acuerdo con el modelo de datos establecido al efecto por acuerdo del CISNS. El RAE-CMBD se implanta

en 2016 como nuevo modelo de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos de las Altas Hospitalarias extendiendo el registro a otras áreas alternativas a la hospitalización (hospital de día, gabinetes de técnicas y procedimientos de alta complejidad y urgencias) y al sector privado. Su estructura, formato y contenidos, así como las normas para el registro y envío de la información se recogen en el Real Decreto 69/2015 de 6 de febrero. En estos indicadores se recogen los datos de los hospitales de agudos del SNS (públicos y red de utilización pública).

- Registro de mortalidad por causa de muerte, elaborado anualmente por el INE, los datos sobre causas de muerte se obtienen del Certificado Médico de Defunción/Boletín Estadístico de Defunción, el Boletín Estadístico de Defunción Judicial y el Boletín Estadístico de Parto. Proporciona información sobre la mortalidad atendiendo a la causa básica de la defunción, su distribución por sexo, edad, residencia y mes de defunción. También ofrece indicadores que permiten realizar comparaciones geográficas y medir la mortalidad prematura: tasas estandarizadas de mortalidad y años potenciales de vida perdidos. La exhaustividad de la información que ofrece el registro de mortalidad, junto a la objetividad del fenómeno que recoge, convierten a los indicadores de mortalidad en un instrumento adecuado para la monitorización de los problemas de salud y el establecimiento de prioridades sanitarias.

Para recabar datos sobre el grado de cumplimiento de aquellos objetivos que no disponen de indicador cuantitativo se ha realizado un cuestionario estructurado (Anexo II) que ha sido cumplimentado por las CC. AA.

Para expresar el grado de cumplimiento de cada objetivo y tomando como datos los declarados por las CC. AA., se ha utilizado una escala de cinco puntos:

- Objetivo no iniciado: alcanzado por 0-1 CC. AA.
- Objetivo iniciado: alcanzado por 2-10 CC. AA.
- Objetivo parcialmente conseguido: alcanzado por 11-14 CC. AA.
- Objetivo prácticamente conseguido: alcanzado por 15-16 CC. AA.
- Objetivo conseguido: 17 CC. AA. lo han logrado

3. Resultados de los indicadores y conclusiones

Línea estratégica 1. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Prevención primaria y secundaria

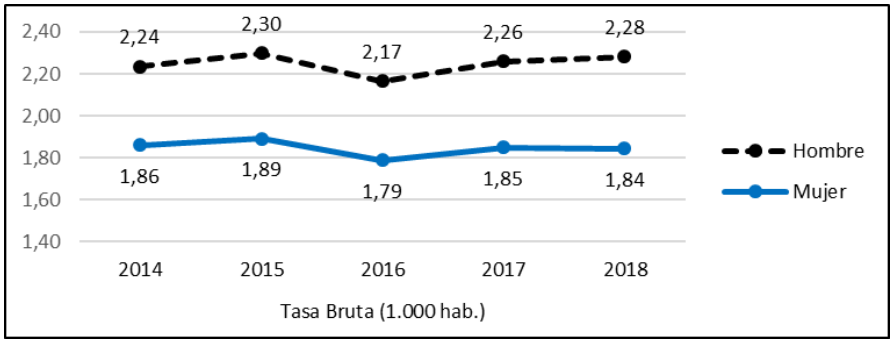
Objetivo general 1: Reducir la incidencia del ictus

Este objetivo general se evalúa a través de los siete objetivos específicos siguientes:

Objetivo	Grado de consecución
1.1. Detectar precozmente, incluir en programas de seguimiento y controlar a los pacientes de riesgo (hipertensos, diabéticos y dislipémicos)	Prácticamente conseguido
1.2. Invertir la tendencia actual de crecimiento de la prevalencia de obesidad en la población	No iniciado
1.3. Disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en la población adulta (> 15 años) en España (o cualquier Comunidad Autónoma) hasta el 28% (hombres 35% y mujeres 25%).	Prácticamente conseguido
1.4. Aumentar el porcentaje de población que realiza actividad física.	Conseguido
1.5. Los pacientes con cardiopatías embolígenas de alto riesgo recibirán tratamiento para prevención de ictus.	Parcialmente conseguido
1.6. Los pacientes con ictus y AIT (Ataque Isquémico Transitorio) deben mantener el control de los factores de riesgo y recibir tratamiento médico preventivo.	Prácticamente conseguido
1.7. Las CC. AA. pondrán en marcha medidas para conocer y aumentar el porcentaje de pacientes que mantienen la adherencia al tratamiento a los 5 años de su inicio.	Parcialmente conseguido

Como indicador para medir este objetivo general se ha seleccionado la **tasa de altas de hospitalización por ictus**, medida que puede servir como aproximación a la incidencia. Se han recogido datos de los últimos cinco años disponibles (2014 a 2018) que reflejan una tendencia bastante estable, con un mínimo de 1,97 altas por 1.000 habitantes en 2016, y un máximo de 2,09 en el año 2015, y una media para el periodo en torno a 2,04 altas por cada 1.000 habitantes. En la serie se observan siempre cifras mayores en hombres, esta diferencia se mantiene casi constante a lo largo de los cinco años (figura 1). También se observan diferencias territoriales más o menos constantes a lo largo de estos cinco años, siendo las cifras mayores Asturias, País Vasco y Galicia, y menores en Melilla, Baleares y Ceuta (tabla 1).

Figura 1: Tasa de altas de hospitalización por ictus por 1.000 habitantes por sexo (2014 a 2018)



Fuente: Registro de altas de hospitalización (RAE_CMBD). MS

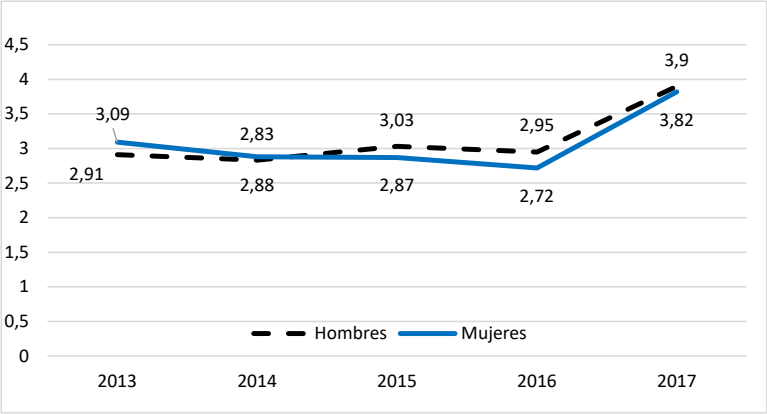
Tabla 1. Tasa de altas de hospitalización por ictus por 1.000 habitantes					
Comunidad Autónoma	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Andalucía	1,73	1,80	1,62	1,74	1,80
Aragón	2,13	2,43	1,91	2,16	2,16
Asturias, Principado de	3,03	3,21	3,16	2,99	3,24
Balears, Illes	1,48	1,34	0,66	1,41	1,44
Canarias	1,50	1,57	1,57	1,74	1,76
Cantabria	2,38	2,16	2,12	2,23	2,08
Castilla y León	2,46	2,37	2,32	2,22	2,55
Castilla-La Mancha	1,95	2,00	1,49	1,70	1,64
Cataluña	1,98	2,04	2,12	2,13	2,17
Comunitat Valenciana	2,32	2,36	2,32	2,33	2,25
Extremadura	2,35	2,53	2,25	2,15	2,24
Galicia	2,31	2,42	2,31	2,45	2,46
Madrid, Comunidad de	1,89	1,92	1,91	1,94	1,72
Murcia, Región de	2,19	2,13	1,79	1,92	1,91
Navarra, Comunidad Foral de	2,25	2,25	2,01	2,12	2,28
País Vasco	2,46	2,54	2,40	2,44	2,55
Rioja, La	2,35	2,40	2,35	2,20	2,27
Ceuta (Ingesa)	1,68	1,42	1,68	1,37	1,39
Melilla (Ingesa)	1,38	1,32	0,54	1,62	1,41
Total nacional	**2,05**	**2,09**	**1,97**	**2,05**	**2,06**

Fuente: Registro de altas de hospitalización (CMBD-H/RAE-CMBD). MS

La aproximación a la incidencia medida como **casos nuevos con diagnóstico de ictus[1] en atención primaria** se han obtenido de BDCAP, que recoge información clínica de una amplia muestra aleatoria de historias clínicas (4,7 millones) de personas atendidas en atención primaria (AP) representativa a nivel de CC. AA. del conjunto del SNS. A lo largo de la serie de cinco años se observa un valor máximo en 2017 (3,86 por cada 1.000 personas asignadas) y un mínimo en 2016 (2,86 por cada 1.000 personas asignadas), siendo escasa la diferencia entre hombres y mujeres (figura 2)

Figura 2: Casos nuevos con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en AP por cada 1.000 personas asignadas (2013 a 2017)

[1] Enfermedad cerebrovascular en historia clínica de AP (códigos CIAP2: K89 - Isquemia cerebral transitoria; K90 - Accidente cerebrovascular/ictus/apoplejía; K91 - Enfermedad cerebrovascular K89, K90 y K91).



Fuente: BDCAP. MS

En la información proporcionada se observan diferencias territoriales a lo largo de estos cinco años (tabla 2), es importante valorar que pueden deberse a diferencias en el registro más que a diferencias reales. También es necesario tener presente que BDCAP se basa en registros clínicos no destinados a ser fuente de estadísticas sanitarias, sino para la atención sanitaria.

Tabla 2.Casos nuevos con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en AP por cada 1000 personas asignadas (2013 a 2017)

Comunidad Autónoma	2013	2014	2015	2016	2017
Andalucía			3,26	2,98	3,30
Aragón	3,33	3,10	2,93	3,19	3,15
Asturias, Principado de	3,37	3,34	2,97	3,71	3,71
Balears, Illes	2,70	2,48	2,51	2,38	2,56
Canarias	2,94	3,08	3,33	2,85	2,88
Cantabria	2,32	2,52	2,40	2,00	2,17
Castilla y León	2,82	2,49	2,44	1,95	4,03
Castilla-La Mancha*	2,93	1,87	1,81	1,50	2,08
Cataluña	2,74	2,78	2,97	3,15	7,61
Comunitat Valenciana	5,88	4,99	4,93	5,13	5,01
Extremadura	1,62	1,02	1,06	1,21	1,28
Galicia	2,32	2,04	2,15	2,19	2,41
Madrid, Comunidad de	1,62	1,62	1,74	2,00	1,86
Murcia, Región de	1,99	2,17	1,98	1,79	1,94
Navarra, Comunidad Foral de	2,94	2,74	2,58	2,71	2,76
País Vasco	4,10	4,62	4,24	1,82	4,00
Rioja, La				2,70	2,41
Total	**3,00**	**2,86**	**2,95**	**2,83**	**3,86**

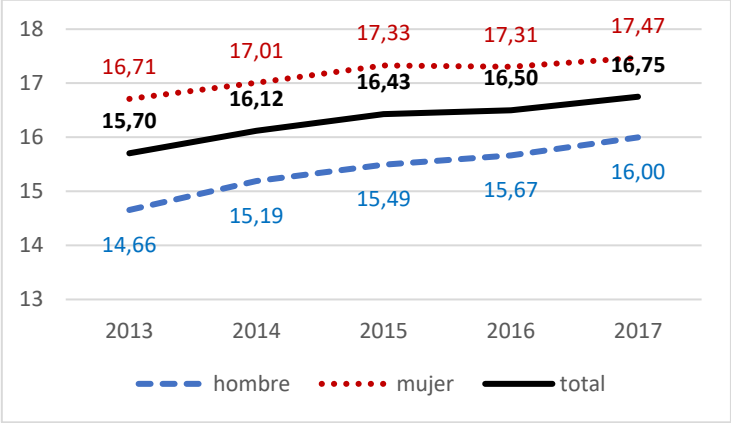
Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. MS (estimado)*

Objetivo específico 1.1: Detectar precozmente, incluir en programas de seguimiento y controlar a los pacientes de riesgo (hipertensos, diabéticos y dislipémicos)

Hipertensión Arterial

Se han obtenido los datos de prevalencia de Hipertensión Arterial (HTA) en AP en una serie de cinco años (2013 a 2017) de BDCAP como aproximación para estimar este objetivo, teniendo en cuenta la limitación del indicador para evaluar la detección precoz. Según estos datos la prevalencia en 2017, último año con datos, es de 16,75 por cada 100 pacientes asignados. A lo largo de toda la serie se observa una tendencia creciente en el diagnóstico de HTA en AP, así como unas cifras siempre superiores en mujeres.

Figura 3: Personas con diagnóstico de HTA en AP por cada 100 personas asignadas (2013 a 2017)



Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. MS

Por CC. AA. se observan diferencias territoriales en la prevalencia de HTA en AP, que va desde 9,87 por cada 100 personas asignadas en Castilla-La Mancha a 20,64 en la Comunidad Valenciana.

Tabla 3. Prevalencia de HTA en AP por cada 100 personas asignadas (2017)			
Comunidad Autónoma	**Hombre**	**Mujer**	**Total**
Andalucía	15,46	17,58	16,54
Aragón	18,66	20,16	19,42
Asturias, Principado de	17,80	19,36	18,62
Balears, Illes	15,50	15,57	15,54
Canarias	19,62	20,69	20,16
Cantabria	18,22	18,81	18,52
Castilla y León	19,19	20,95	20,08
Castilla-La Mancha	9,76	9,99	9,87
Cataluña	13,20	14,76	14,00
Comunitat Valenciana	20,19	21,08	20,64
Extremadura	10,78	13,09	11,95
Galicia	19,22	21,40	20,35
Madrid, Comunidad de	15,03	16,62	15,85
Murcia, Región de	16,68	18,43	17,55
Navarra, Comunidad Foral de	15,24	15,36	15,30
País Vasco	15,51	16,07	15,80
Rioja, La	17,26	18,01	17,64
Total	16,00	17,47	16,75

Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. MS

En el Cuestionario cumplimentado por las CC. AA. tan sólo una declara no tener un programa de seguimiento y control de pacientes con HTA en AP. En cuanto a la periodicidad del seguimiento la mayoría señalan que depende de la situación y estabilidad del paciente y que siguen las guías de práctica clínicas disponibles. No obstante, casi todas indican que como mínimo se hace cada seis meses.

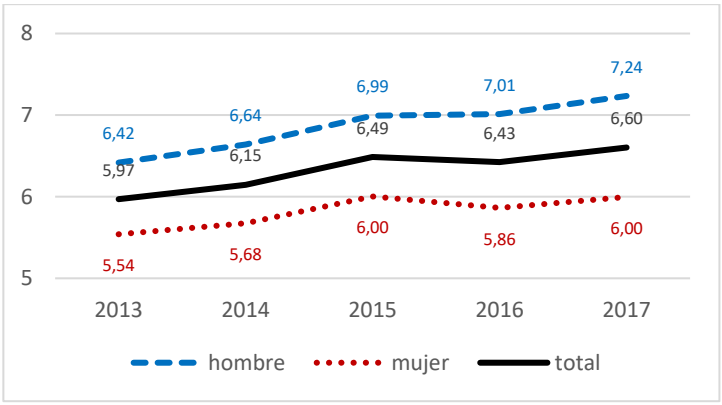
- Andalucía declara que desde el Plan Andaluz de Ictus se ha trabajado con AP en la elaboración de un documento (Atención Integral del Ictus en Atención Primaria) para el manejo de estos factores de riesgo.
- Asturias tiene un programa de seguimiento de patología cardiometabólica (2015) que controla, entre otros aspectos, la tensión arterial.
- Islas Baleares lo contempla en el programa de adulto y en el de atención a enfermedades crónicas en todas las consultas de AP médicas y de enfermería.
- Comunidad Valenciana también lo incluye en la Estrategia para la atención a pacientes crónicos.

- Canarias lo recoge en el Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Vascular Aterosclerótica (EVA) para profesionales de enfermería
- Castilla y León oferta en su Cartera de Servicios de AP los Servicios de prevención y promoción de la salud de forma longitudinal desde la infancia hasta la atención de las personas mayores, y tienen como criterio de calidad controles de tensión arterial con periodicidades diferentes según la edad. Incorpora también diferentes indicadores sobre HTA e ictus.
- Extremadura lo incorpora con detalle en su cartera de servicios de AP, en el que incluye la atención a pacientes con HTA y la prevención de patología cardiovascular en la infancia.
- La Rioja, en el marco del III Plan de Salud, incluye en la línea L08, sobre enfermedades cardiovasculares, el seguimiento y control de la HTA.

Diabetes Mellitus

Se han obtenido los datos de prevalencia de diabetes (DM) tipo 2 de los cinco últimos años disponibles (2013 a 2017) desagregada por sexo y CC. AA.. En la serie se observa una tendencia ascendente, teniendo datos siempre mayores en los hombres respecto a las mujeres, en 2017 la prevalencia de DM tipo 2 es de 6,6 por cada 100 personas asignadas en AP (7,24 en hombres y 6,00 en mujeres).

Figura 4: Personas con diagnóstico de DM tipo 2 en AP por cada 100 personas asignadas (2013 a 2017)



Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. MS

Por CC. AA. se observan diferencias territoriales en la prevalencia de DM tipo 2 en AP, que va desde 5,22 por cada 100 personas asignadas en Extremadura a 8,50 en Canarias.

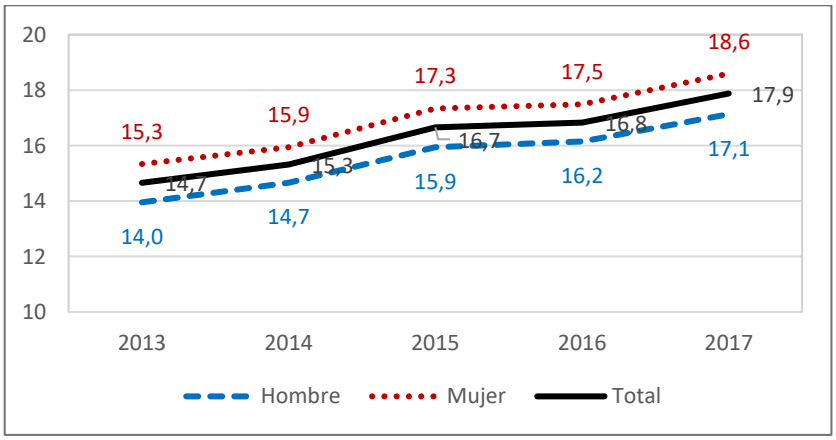
Tabla 4. Prevalencia de DM tipo 2 en AP por cada 100 personas asignadas (2017)			
Comunidad Autónoma	**Hombre**	**Mujer**	**Total**
Andalucía	8,20	7,13	7,65
Aragón	7,63	5,98	6,79
Asturias, Principado de	7,98	6,59	7,25
Balears, Illes	6,92	5,26	6,08
Canarias	8,82	8,18	8,50
Cantabria	6,50	5,17	5,82
Castilla y León	7,46	6,28	6,86
Castilla-La Mancha	6,51	5,16	5,83
Cataluña	6,07	5,01	5,53
Comunitat Valenciana	8,41	6,87	7,63
Extremadura	5,36	5,08	5,22
Galicia	8,21	6,67	7,41
Madrid, Comunidad de	6,10	4,78	5,41
Murcia, Región de	8,39	7,02	7,71
Navarra, Comunidad Foral de	6,22	4,86	5,53
País Vasco	6,41	5,07	5,73
Rioja, La	6,58	4,93	5,74
Total	7,24	6,00	6,60

Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. MS

Dislipemia

BDCAP puede proporcionar información sobre la prevalencia de trastornos del metabolismo lipídico en AP. Se han obtenido datos de los últimos cinco años disponibles desagregado por sexo y CC. AA.. Al igual que en los factores de riesgo de ictus tratados con antelación (HTA y DM) la tendencia a lo largo de la serie estudiada también es ascendente (figura 5), pasando de 14,7 en 2013 a 17,9 por cada 100 personas asignadas en AP en 2017; y la prevalencia es siempre superior en mujeres.

Figura 5: Prevalencia de trastornos del metabolismo lipídico en AP por cada 100 personas asignadas (2013 a 2017)



Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. MS

La prevalencia de trastornos del metabolismo lipídico en AP muestra importantes diferencias territoriales, así el rango de la misma entre las diferentes CC. AA. va de 5,52 en Castilla-La Mancha a 27,74 en Canarias (tabla 5). De nuevo es importante recordar que la información disponible procede de los registros clínicos en los sistemas de información de AP con finalidad asistencial.

Tabla 5. Prevalencia trastornos metabolismo lipídicopor cada 100 personas asignadas (2017)

Comunidad Autónoma	Hombre	Mujer	Total
Andalucía	11,89	12,42	12,16
Aragón	22,35	23,01	22,69
Asturias, Principado de	19,79	21,38	20,62
Balears, Illes	19,96	20,76	20,36
Canarias	25,98	29,44	27,74
Cantabria	19,49	21,71	20,63
Castilla y León	23,41	24,20	23,81
Castilla-La Mancha	5,74	5,30	5,52
Cataluña	11,91	14,78	13,37
Comunitat Valenciana	25,74	27,03	26,40
Extremadura	10,08	11,13	10,61
Galicia	22,02	24,21	23,16
Madrid, Comunidad de	17,00	18,33	17,69
Murcia, Región de	20,74	22,09	21,41
Navarra, Comunidad Foral de	22,71	24,11	23,42
País Vasco	18,10	19,37	18,75
Rioja, La	19,25	20,32	19,79
Total	**17,13**	**18,60**	**17,88**

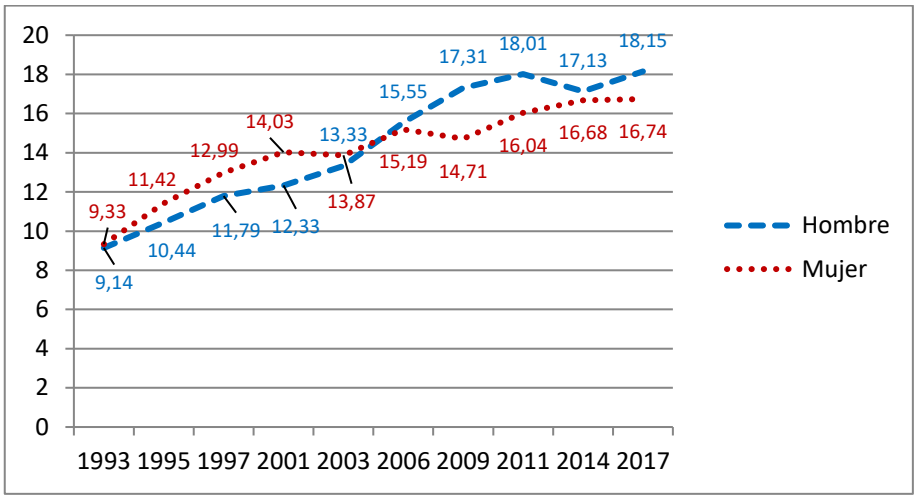
Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. MS

Todos los factores de riesgo abordados en este punto (HTA, diabetes y dislipemia) muestran una tendencia ascendente en los últimos cinco años con datos, lo que podría responder a un aumento de la frecuencia real sumado a un posible mayor diagnóstico y registro.

Objetivo específico 1.2. Invertir la tendencia actual de crecimiento de la prevalencia de obesidad en la población.

La prevalencia autodeclarada de la obesidad (índice de masa corporal ≥ 30 Kg/m^2) en España, desde 1993 hasta 2017, tiene una tendencia claramente ascendente, la media de 1993 era 9,22 % y la de 2017 es 17,43 %. Como se observa en la siguiente figura la tendencia es ascendente tanto en hombres como en mujeres.

Figura 6. Prevalencia de obesidad en población adulta (18 y más años) según sexo. España 1993-2017. Tasa por 100 habitantes



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). MS/INE

La distribución de obesidad por CC. AA. y sexo se ha obtenido con datos de 2017 (tabla 6); la media global es de 17,43% y muestra importantes diferencias territoriales, con un rango tiene un valor máximo de 24,13% y un mínimo de 13,22%.

Tabla 6. Prevalencia de obesidad en España por 100 habitantes (2017)

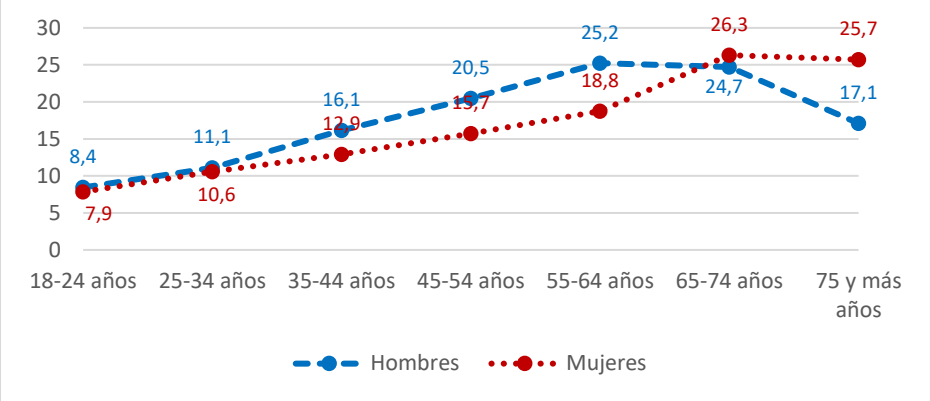
Comunidad Autónoma	Hombres	Mujeres	Total
Andalucía	22,5	19,54	21
Aragón	17,28	14,19	15,73
Asturias, Principado de	23,07	20,36	21,68
Balears, Illes	19,47	11,33	15,49
Canarias	17,17	21,4	19,26
Cantabria	19,28	15,63	17,5
Castilla y León	16,83	9,64	13,22
Castilla-La Mancha	20,25	20,39	20,32
Cataluña	12,29	17,46	14,94
Comunitat Valenciana	20,64	16,94	18,75
Extremadura	22,87	15,72	19,28
Galicia	18,68	18,02	18,35
Madrid, Comunidad de	17,12	14,73	15,87
Murcia, Región de	17,04	15,18	16,11
Navarra, Comunidad Foral de	16,98	13,77	15,37
País Vasco	14,21	13,48	13,84
Rioja, La	15,43	14,5	14,95
Ceuta	23,18	25,1	24,13
Melilla	21,01	18,42	19,72
Total	**18,15**	**16,74**	**17,43**

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud de España. 2017. MS

También se ha observado que la prevalencia de obesidad aumenta con la edad de

las personas, alcanzando el máximo en hombres en el grupo de 55 a 64 años, y en mujeres en el de 65 a 74 años.

Figura 7. Prevalencia de obesidad en población adulta (18 y más años) según tramos de edad y sexo. España 2017. Tasa por 100 habitantes

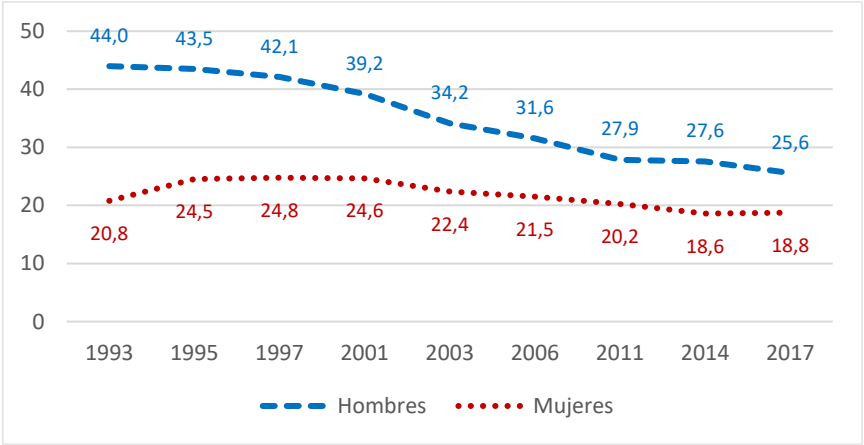


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud de España. 2017. MS

Objetivo específico 1.3. Disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en la población adulta (> 15 años) en España (o cualquier comunidad autónoma) hasta el 28% (hombres 35% y mujeres 25%)

La prevalencia del consumo de tabaco mantiene una tendencia descendente desde 1995 según los datos proporcionados por la Encuesta Nacional / Europea de Salud (ENSE/EESE), con descenso muy acusado en hombres. Así en 2017 el consumo declarado en mayores de 15 años fue de 22, 1%, siendo en todo momento menor en mujeres (18,8% vs 25,6% en hombres).

Figura 8. Prevalencia de tabaquismo en población adulta por sexo. España 1993- 2017. Tasa por 100 habitantes

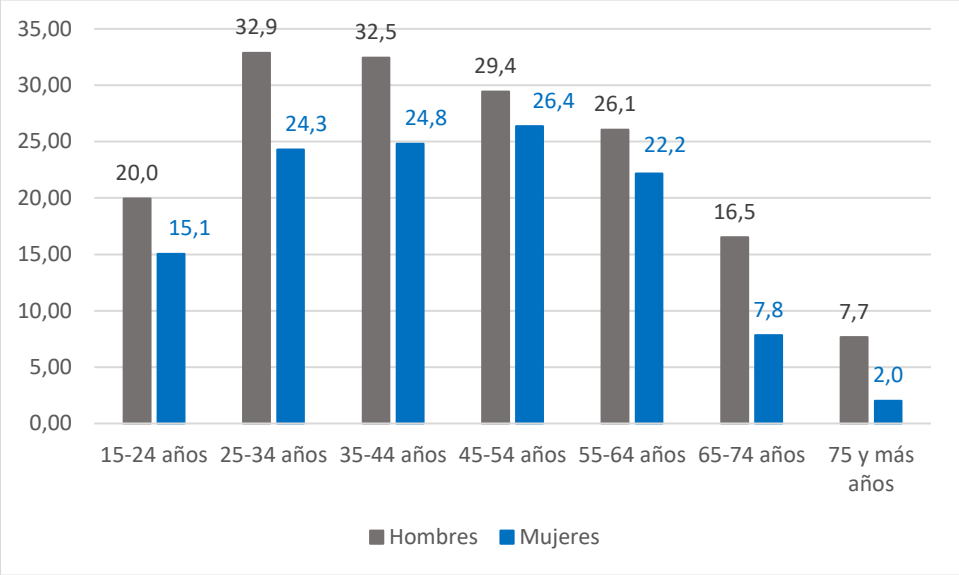


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). MS/INE

Al desagregar por tramos de edad en los datos de la Encuesta de 2017 se observan diferencias en la distribución entre hombres y mujeres, así el grupo con mayor

prevalencia de fumadores en hombres fue el de 25 a 34 años (32,9%), mientras que en mujeres éste corresponde al grupo de 45 a 54 años (26,4%), siendo este último el único grupo de población que permanece por encima del objetivo previsto.

Figura 9. Prevalencia de tabaquismo en población adulta por sexo y por tramos de edad. España 2017. Tasa por 100 habitantes



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). MS/INE

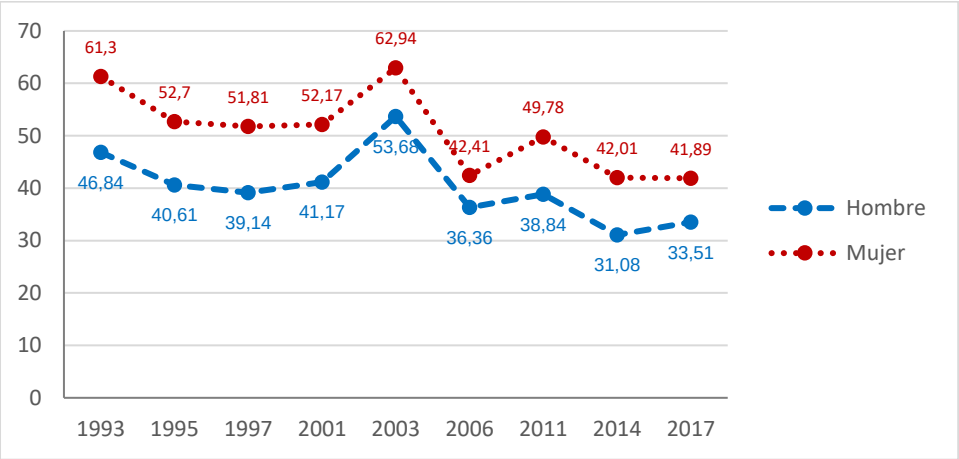
Objetivo específico 1.4 Aumentar el porcentaje de población que realiza actividad física.

Sedentarismo

Según la ENSE se considera sedentaria[2] a toda persona que, en su tiempo de ocio, habitualmente no realiza ninguna actividad física como caminar, practicar deporte, gimnasia, etc. Los datos de la evolución de la prevalencia del sedentarismo en tiempo de ocio en España entre los años 1993 al 2017 señalan una tendencia descendente, tanto en hombres como en mujeres.

[2] Llamamos sedentarismo a aquellas actividades que realizamos las personas sentadas o reclinadas, mientras estamos despiertas, y que utilizan muy poca energía (gasto energético menor de 1.5 METS). Los periodos sedentarios son aquellos periodos de tiempo en los que se llevan a cabo estas actividades que consumen muy poca energía, como por ejemplo, estar sentados durante los desplazamientos, en el trabajo o la escuela, en el ambiente doméstico y durante el tiempo de ocio.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid, 2015. Disponible en:
https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Recomendaciones_ActivFisica_para_la_Salud.pdf

Figura 10. Prevalencia de sedentarismo en tiempo de ocio en población adulta por sexo. España 1993-2017. Tasa por 100 habitantes



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). MS/INE

La distribución de sedentarismo muestra cifras mayores en mujeres y una gran variabilidad entre las diferentes CC. AA., con un amplio rango que va desde 22,79% hasta 65,05% en 2017, y teniendo una prevalencia media de 37,81 por 100 habitantes.

Tabla 7. Prevalencia de sedentarismo en España por 100 habitantes (2017)

Comunidad Autónoma	Hombres	Mujeres	Total
Andalucía	35,61	47,12	41,48
Aragón	36,04	45,12	40,65
Asturias, Principado de	30,61	38,52	34,76
Balears, Illes	35,46	50,03	42,81
Canarias	38,78	48,15	43,53
Cantabria	39,79	51,77	45,96
Castilla y León	24,05	32	28,07
Castilla-La Mancha	39,54	48,5	44,01
Cataluña	33,8	43,99	39,05
Comunitat Valenciana	37,08	44,28	40,75
Extremadura	29,71	34,62	32,19
Galicia	22,27	27,12	24,8
Madrid, Comunidad de	32,05	39,24	35,83
Murcia, Región de	44,06	45,47	44,77
Navarra, Comunidad Foral de	17,72	27,68	22,79
País Vasco	31,01	34,32	32,73
Rioja, La	26,62	28,22	27,44
Ceuta	56,94	73,26	65,05
Melilla	42,14	61,99	52,11
Total	**33,51**	**41,89**	**37,81**

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). MS/INE

Objetivo específico 1.5. Los pacientes con cardiopatías embolígenas de alto riesgo recibirán tratamiento para prevención de ictus.

En 2017, según los datos de la BDCAP, el número de pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular (FA) que han recibido tratamiento con anticoagulantes/antiagregantes ha sido de 78,5 por cada 100 pacientes atendidos en AP. Entre las CC. AA. que reportan datos sobre medicamentos se observan diferencias territoriales.

Tabla 8. Pacientes con fibrilación auriculas en tratamiento con anticoagulantes/anticoagulantes por cada 100 pacientes asignados (2017)

Comunidad Autónoma	Hombre	Mujer	Total
Aragón	85,2	84,4	84,9
Asturias, Principado de	82,3	83,5	82,9
Balears, Illes	81,1	84,3	82,6
Canarias	82,1	85,1	83,5
Cantabria	80,5	80,0	80,2
Castilla y León	87,2	88,3	87,7
Castilla-La Mancha	89,8	91,8	90,8
Extremadura	88,8	87,4	88,1
Galicia	86,6	89,3	87,9
Madrid, Comunidad de	61,1	63,0	62,0
Navarra, Comunidad Foral de	81,7	79,5	80,7
País Vasco	74,7	75,0	74,8
Total	77,8	79,2	78,5

Fuente: BDCAP. MS

Se han obtenido los datos de control de la razón normalizada internacional (INR), teniendo en cuenta la limitación de la información que aporta este indicador, en pacientes con diagnóstico de FA en BDCAP. Así, para la población con FA de 65 y más años el 58,9 % tienen un INR entre 2-3. Es importante comentar que el valor del parámetro es el último registrado de cada persona con el dato en el año, en este caso 2017, y que son datos de nueve CC. AA. También destacar que en BDCAP no aparece el dato cuando la n muestral es inferior a 30, por no alcanzar la suficiente potencia estadística para su explotación.

Tabla 9. INR. Porcentaje de personas con valor entre 2 y 3, fibrilación auricular, 65+ años, 9 CCAA (2017)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95 y más años	Total
Ambos	56,3	60,2	60,3	60,7	56,4	57,6	54,4	**58,9**
Hombre	56,1	60,8	61,8	62,6	58,6	60,7	...	**60,4**
Mujer	56,5	59,5	58,4	58,9	54,6	55,3	56,5	**57,3**

Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. MS

Objetivos específicos de prevención secundaria

Objetivo específico 1.6. Los pacientes con ictus y AIT (Ataque Isquémico Transitorio) deben mantener el control de los factores de riesgo y recibir tratamiento médico preventivo.

La base de datos BDCAP ha permitido obtener información del porcentaje de personas con enfermedad cerebrovascular y tratamiento con antiagregantes o anticoagulantes. Los datos son de 2017 y están desagregados por sexo y por CC. AA.. El porcentaje de pacientes con registro en la HC de enfermedad cerebrovascular en tratamiento con antiagregantes fue de 50,9% (54,7% en hombres vs 47,0% en mujeres), con un rango entre CC. AA. que va de 33,4% a 65,6% (ver tabla 10).

Tabla 10. Porcentaje de pacientes con enfermedad cerebrovascular en tratamiento con antiagregantes por cada 100 pacientes asignados (2017)

Comunidad Autónoma	Hombre	Mujer	Total
Aragón	60,9	53,8	57,5
Asturias, Principado de	59,0	57,2	58,1
Balears, Illes	64,7	60,2	62,6
Canarias	61,6	58,6	60,1
Cantabria	56,0	44,8	50,7
Castilla y León	62,2	56,7	59,6
Castilla-La Mancha	64,9	51,2	57,4
Extremadura	67,0	63,9	65,6
Galicia	61,3	55,9	58,6
Madrid, Comunidad de	43,3	38,4	40,9
Navarra, Comunidad Foral	55,1	48,6	52,2
País Vasco	42,4	26,3	33,4
Total	**54,7**	**47,0**	**50,9**

Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. MS

El porcentaje de pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en tratamiento con anticoagulantes fue de 18,4% (19,1 en hombres vs 17,8% en mujeres), con un rango entre las CC. AA. que reportan datos que va de 12,6% a 23,5%.

Tabla 11. Porcentaje de pacientes con enfermedad cerebrovascular en tratamiento con anticoagulantes por cada 100 pacientes asignados (2017)

Comunidad Autónoma	Hombre	Mujer	Total
Aragón	22,6	23,0	22,8
Asturias, Principado de	21,5	20,8	21,1
Balears, Illes	12,6	12,6	12,6
Canarias	17,9	19,7	18,8
Cantabria	21,4	20,2	20,8
Castilla y León	24,3	22,6	23,5
Castilla-La Mancha	17,1	15,0	15,9
Extremadura	21,5	22,6	22,0
Galicia	23,8	22,7	23,3
Madrid, Comunidad de	16,1	15,5	15,8
Navarra, Comunidad Foral de	22,5	19,7	21,2
País Vasco	14,7	11,2	12,8
Total	**19,1**	**17,8**	**18,4**

Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. MS

Dieciséis CC. AA. incluyen este objetivo en sus planes de atención al ictus (por ej.: Línea de Actuación Estratégica 13 de la Estrategia de ictus de Islas Baleares, etc.) o en algún otro documento relacionado (por ej.: Plan de Salud de Cantabria, etc.). Algunas de ellas incorporan en la historia clínica de AP protocolos de ayuda al seguimiento y a la toma de decisiones para estos pacientes.

Nueve CC. AA. declaran que evalúan este objetivo, en este sentido Islas Baleares indica que dispone de una batería de indicadores, con datos de los sistemas de información de AP, que evalúan factores de riesgo, antiagregación en prevención secundaria, y anticoagulación en pacientes ≥ 75 años con fibrilación auricular. Navarra envía cuatrimestralmente a los profesionales de AP indicadores de evaluación sobre porcentaje de pacientes con enfermedad cerebrovascular y prescripción de tratamiento antiagregante o anticoagulante, y porcentaje de pacientes con enfermedad cerebrovascular y medición de PA en el último año.

Objetivo específico 1.7. Las CC. AA. pondrán en marcha medidas para conocer y aumentar el porcentaje de pacientes que mantienen la adherencia al tratamiento a los 5 años de su inicio.

Para evaluar este objetivo no se estableció ningún indicador cuantitativo, no obstante, BDCAP permite obtener datos de INR en pacientes con enfermedad cerebrovascular, marcador biológico que puede aportar información sobre la adherencia a alguno de los tratamientos de estos pacientes. A partir de la

información disponible en BDCAP con datos del parámetro INR de nueve CC. AA. se ha observado que el 44,0% de la población de 65 y más años con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular tiene un INR entre 2-3. Son datos referidos al año 2017 y utilizando el último valor de INR recogido en el año.

Tabla 12. 2017 INR. Porcentaje de personas con valor entre 2 y 3, enfermedad cerebrovascular, 65+ años, 9 CCAA.

	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	Total
Ambos	36,0	39,5	47,2	48,1	45,8	40,4	**44,0**
Hombre	41,2	43,4	46,5	51,6	48,1	41,8	**46,3**
Mujer	...	34,1	48,2	44,7	43,9	39,6	**41,6**

Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. MS

Diez CC. AA. declaran que este es uno de los objetivos específicos de sus planes de atención al ictus o de sus planes de salud generales, y algunas lo tienen también incluido en el protocolo de pacientes polimedicados. Varias señalan que su Historia Clínica Electrónica (HCE) tiene funcionalidades que les permite conocer la adherencia al tratamiento de sus pacientes mediante el control y seguimiento de la dispensación de fármacos. Y la mayoría declaran que no evalúan este objetivo.

Diez CC. AA. han puesto en marcha medidas para reforzar la adherencia al tratamiento, así, por ejemplo:

- En Aragón se ha implantado el Plan Personal Ictus en OMI-AP (CIAP 89 y 90) para el seguimiento del paciente tras un ictus, este plan incluye una parte de adherencia, con el Test de Morinsky-Green.
- Islas Baleares ha iniciado el programa de formación entre iguales "Programa de Paciente Activo" en el que se trabaja la adherencia al tratamiento y las herramientas para favorecerlo.
- La Comunidad Valenciana realiza actividades formativas a población y profesionales en este sentido.
- Cantabria también hace educación sanitaria (Escuela de Pacientes) para incrementar la adherencia al tratamiento. Esto lo combina con medidas para estimar esta adherencia como la realización del Test Morisky-Green, para valora el cumplimiento terapéutico, en todas las visitas y sistemas personalizados de dosificación de medicación

- Castilla y León señala que la Cartera de Servicios de AP (2019) potencia mucho la adherencia terapéutica en todos los Servicios, tanto de actividades preventivas en las personas mayores como de patologías crónicas y concretamente en el servicio de Atención a la persona con tratamiento anticoagulante, aunque no específicamente en el tratamiento del ictus. Las dificultades encontradas tienen que ver con que la instauración de la receta electrónica ha supuesto una disminución de las consultas en las que el personal de enfermería aprovechaba para realizar adherencia terapéutica al aportar las recetas. Este aspecto se está trabajando con la instauración de medidas en la aplicación informática que establezcan "visitas para la adherencia, conciliación farmacológica y educación para la salud y autocuidados", App del usuario en conexión con la HCE, mejora de la hoja de medicación del paciente, y valoración de la adherencia cuando se detecta un resultado alterado en la cadencia de recogida de recetas del módulo de prescripción (revisión de la adherencia objetiva).

- Cataluña está desarrollando diferentes iniciativas como por ejemplo una App para el control de factores de riesgo y comunicación entre el paciente y el sistema de salud (especialista y primaria), que está en proceso de validación y homologación. Como dificultad señalan la complejidad para integrar la información recogida por la App y la historia clínica del paciente, y para acceder a un mayor volumen de pacientes.

- Extremadura ha puesto en marcha una funcionalidad en la HCE para evaluar la adherencia de los pacientes indirectamente, mediante el control y seguimiento de la dispensación de fármacos.

- Navarra tiene como objetivo empezar a trabajar en medidas de evaluar la adherencia real a tratamiento en pacientes con patologías crónicas. A fecha de hoy sólo disponen de datos sobre recogida de medicación en farmacias.

- País Vasco: monitoriza la adherencia en su aplicación de prescripción electrónica integrada en la historia clínica; y en su caso genera alertas

por incumplimiento.

Conclusiones

- Todos los datos de los factores de riesgo abordados en este punto (HTA, diabetes y dislipemia) muestran una tendencia ascendente en los últimos cinco años con datos, por lo que parece necesario mantener y reforzar las acciones encaminadas a promover estilos de vida saludables que contribuyan a frenar este incremento.
- Casi todas las CC. AA. tienen programa de seguimiento y control de pacientes con hipertensión arterial en AP.
- Se observa un gran desarrollo en los sistemas de información de AP, lo que permite suponer que el seguimiento y control de los grupos de riesgo irá avanzando y alcanzará mayor cobertura y calidad.
- En población adulta, la prevalencia autodeclarada de obesidad en España, desde 1993 hasta 2017 muestra una clara tendencia ascendente, no existiendo grandes diferencias entre ambos sexos.
- Se observa una tendencia descendente, tanto en hombres como en mujeres, en los datos de prevalencia declarada de sedentarismo durante el tiempo de ocio y de consumo de tabaco, a excepción este último en el grupo de mujeres de 45 a 54 años en que permanece por encima del objetivo.
- El 78,5% de los pacientes con diagnóstico de fibrilacion auricular en AP reciben tratamiento para prevención de ictus. Y para los pacientes de 65 y más años con esta patología el porcentaje de personas con valor de INR entre 2 y 3 es de 58,9 %.
- En todos los Planes de Salud generales o específicos de ictus de las CC. AA. se incluye el objetivo de mantener el control de los factores de riesgo y recibir tratamiento médico preventivo para los pacientes con enfermedad cerebrovascular.
- Diez CC. AA. tienen en marcha medidas para conocer y aumentar el porcentaje de pacientes con ictus que mantienen la adherencia al tratamiento a los 5 años de su inicio. Fundamentalmente son actividades de Educación para la Salud, test para valoración de la adherencia al

tratamiento en la consulta y medidas de control de la dispensación de fármacos integradas en la HCE.

Línea estratégica 2. Atención en fase aguda al paciente con ictus

Objetivo general 2: Disminuir la mortalidad al mes de producirse el ictus y aumentar la autonomía de los supervivientes.

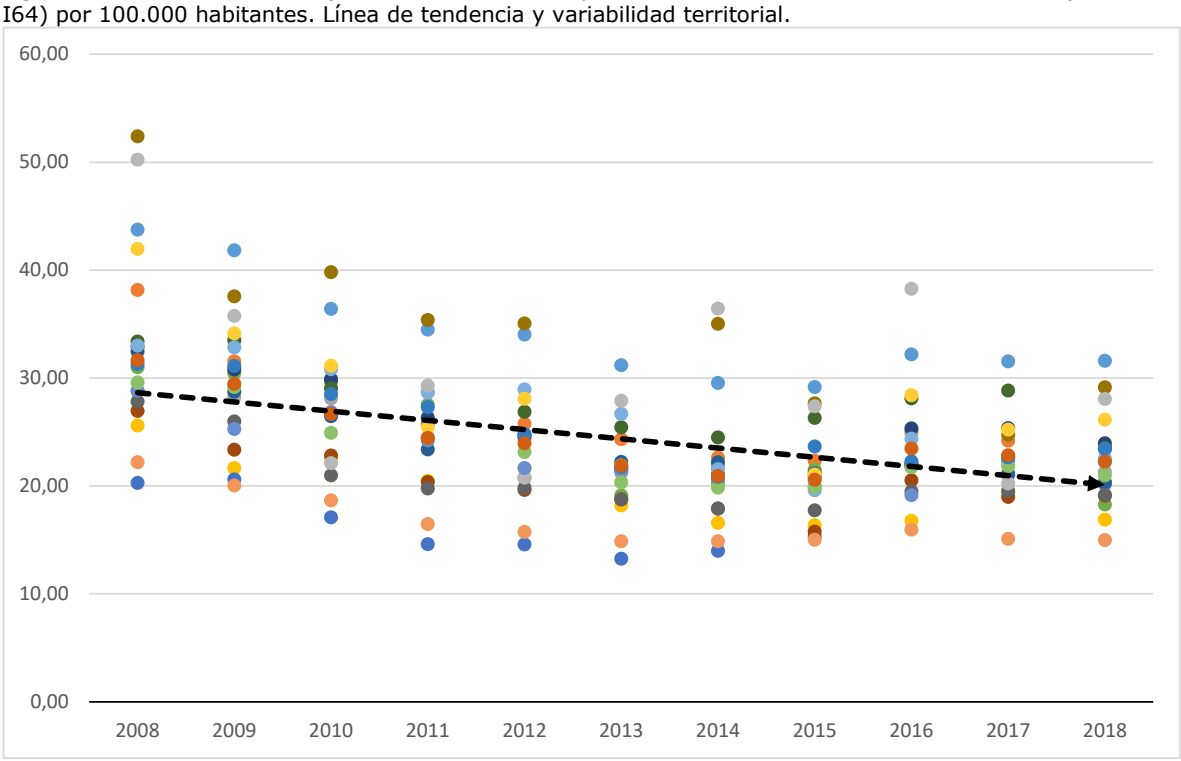
Este objetivo general se evalúa a través de los ocho objetivos específicos siguientes:

Objetivo	Grado de consecución
2.1. Aumentar el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento específico antes de las 4,5 horas desde el inicio de síntomas asumiendo los criterios de Helsingborg	Prácticamente conseguido
2.2. Desarrollar campañas de información y actividades de formación dirigidas a grupos de riesgo identificados, para aumentar el conocimiento de la población en los síntomas alarma y pautas de actuación.	Iniciado
2.3. Las CC AA dispondrán de una red asistencial de Unidades o Equipos de Ictus según los criterios establecidos en el ANEXO de esta Estrategia.	Conseguido
2.4. El Código Ictus estará implantado en todo el territorio de la Comunidad Autónoma, de modo que todo contacto personal o telefónico de un paciente o familiar con cualquier centro de salud, urgencias u hospital que no sea de referencia, active la derivación inmediata a las unidades y equipos de referencia.	Prácticamente conseguido
2.5. Las zonas básicas dispondrán de un Equipo o Unidad de Ictus de referencia en una isócrona que permita el acceso en 60 minutos por el medio establecido en su plan o programa.	Parcialmente conseguido
2.6. Todo hospital de referencia debe tener implantado el Código Ictus (según los criterios establecidos en el ANEXO de esta Estrategia) para la atención prioritaria de todos los pacientes con ictus, independientemente de su forma de llegada.	Conseguido
2.7. Todo hospital que atienda ictus y AIT tendrá implantada una vía clínica, protocolo o proceso asistencial de atención al ictus (véanse aclaraciones)	Prácticamente conseguido
2.8. Las CC AA promoverán pautas de actuación para la atención del ictus pediátrico.	Iniciado

Como indicador para evaluar este objetivo se utiliza la **tasa ajustada de mortalidad** por enfermedades cerebrovasculares por 100.000 habitantes. Se han obtenido datos de una serie amplia (2008 a 2018) para ver la evolución de este indicador desde el año en que se publicó la Estrategia en Ictus del SNS. Los datos

ponen de manifiesto un descenso de las tasas estandarizadas de mortalidad general por ictus a lo largo de la serie estudiada, con un mínimo alrededor de 2015: 20,59 por 100.000 habitantes. Se pueden observar grandes diferencias territoriales, no obstante, conviene subrayar que estas diferencias van disminuyendo a lo largo de la serie, así en 2008 el rango de la tasa tuvo el valor mínimo en 20,28 y el máximo en 52,40, mientras que en 2018 osciló entre 14,99 y 31,61.

Figura 11. Mortalidad. Tasas Ajustadas de Mortalidad por ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES (I60-I64) por 100.000 habitantes. Línea de tendencia y variabilidad territorial.



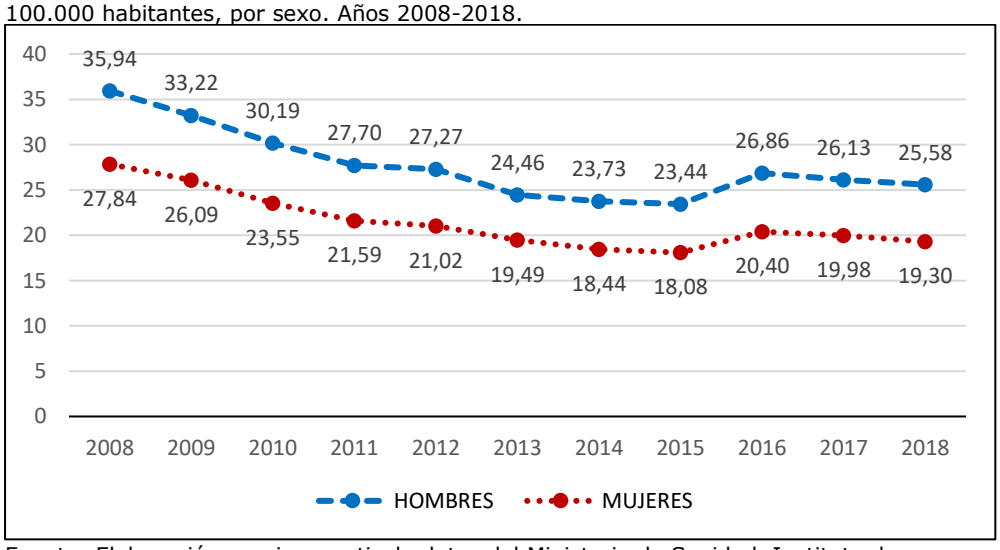
Fuente: Ministerio de Sanidad. Instituto de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte.

Tabla 13. Tasas Ajustadas de Mortalidad por ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES (I60-I64) por 100.000 habitantes											
Comunidad Autónoma	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Andalucía	43,76	41,85	36,40	34,48	34,02	31,18	29,53	**29,15**	32,20	31,55	31,61
Aragón	38,17	31,55	29,86	28,70	25,77	24,34	22,62	**22,33**	24,93	24,20	23,41
Asturias, Principado de	28,73	28,23	28,12	24,49	24,37	21,21	21,88	**21,42**	25,14	22,73	21,29
Balears, Illes	25,61	21,65	22,63	20,46	21,63	18,20	16,57	**16,36**	16,76	19,40	16,88
Canarias	20,28	20,61	17,09	14,59	14,57	13,26	13,98	**15,30**	22,05	21,03	20,17
Cantabria	31,00	30,43	29,63	27,53	20,73	**19,11**	20,27	21,48	21,91	22,57	18,28
Castilla y León	26,94	23,37	22,81	20,36	19,62	18,77	17,91	**15,77**	20,51	18,98	19,10
Castilla-La Mancha	32,46	28,72	26,47	23,39	24,58	22,23	22,18	**21,16**	21,84	21,12	20,35
Cataluña	27,81	25,97	20,97	19,75	19,82	18,74	17,91	**17,73**	19,50	19,52	19,18
Comunitat Valenciana	32,89	30,80	29,86	26,34	24,76	21,63	**21,03**	20,87	25,33	25,35	23,95
Extremadura	33,39	33,48	29,02	25,70	26,86	25,43	**24,50**	26,31	28,12	28,85	23,54
Galicia	32,99	32,82	30,82	28,65	28,95	26,69	21,54	**19,60**	24,39	22,70	22,51
Madrid, Comunidad de	22,19	20,03	18,65	16,46	15,75	**14,87**	14,88	15,01	15,97	15,08	14,99
Murcia, Región de	41,97	34,14	31,13	25,45	28,09	21,90	**20,79**	21,05	28,41	25,21	26,13
Navarra, Comunidad Foral de	28,83	25,28	26,84	24,21	21,66	21,47	20,68	19,94	**19,14**	22,34	22,25
País Vasco	29,60	29,16	24,93	24,43	23,14	20,34	**19,83**	19,91	21,74	21,85	20,99
Rioja, La	31,30	31,12	28,52	27,31	24,79	21,76	**20,84**	23,64	22,28	22,64	23,44
Ceuta	52,40	37,55	39,81	35,37	35,05	**21,50**	35,02	27,66	22,02	24,74	29,14
Melilla	50,22	35,76	22,11	29,29	20,76	27,89	36,42	27,39	38,27	**20,21**	28,07
Total nacional	**31,64**	**29,45**	**26,68**	**24,44**	**23,94**	**21,87**	**20,93**	**20,59**	**23,47**	**22,85**	**22,25**

Fuente: Ministerio de Sanidad. Instituto de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte.

La tasa ajustada de mortalidad por enfermedad cerebrovascular muestra diferencias entre hombres y mujeres que se mantienen más o menos constantes a lo largo de la serie estudiada, observándose datos de mortalidad mayores en hombres (25,58 en hombres vs 19,30 en mujeres por 100.000 habitantes en 2018).

Figura 12. Tasas Ajustadas de Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (I60-I64) por 100.000 habitantes, por sexo. Años 2008-2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad. Instituto de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte.

La **tasa ajustada de mortalidad prematura** (defunciones en menores de 75

años) por enfermedad vascular cerebral, por 100.000 habitantes, muestra una distribución con diferencias territoriales importantes, la media en 2018 es de 7,75 pero el rango de la tasa es amplio, siendo su valor mínimo 4,58 y el máximo 11,51. Al igual que la anterior, la tasa de mortalidad prematura presenta unos valores mínimos alrededor del año 2015.

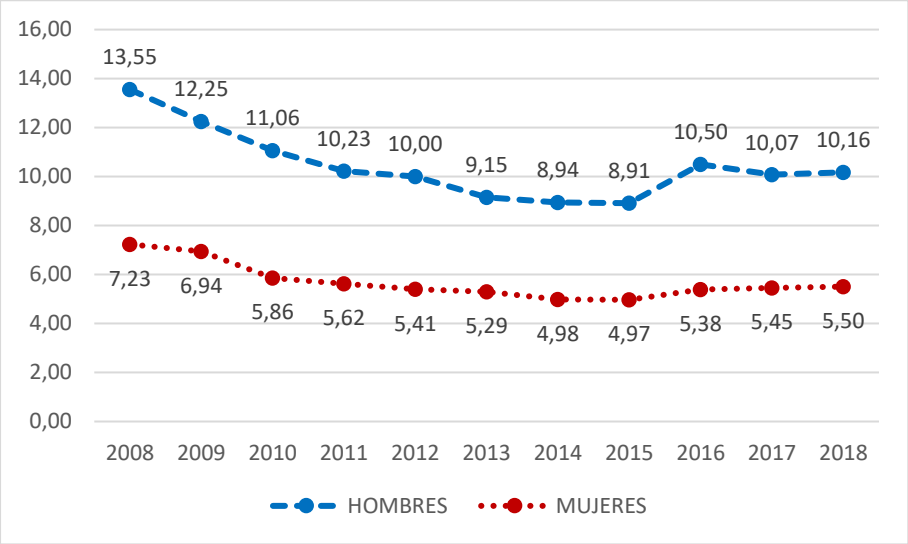
Tabla 14. Tasas Ajustadas de Mortalidad prematura por ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES (I60-I64) por 100.000 habitantes

Comunidad Autónoma	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Andalucía	13,78	13,29	10,87	10,39	10,38	9,73	9,11	9,35	10,20	10,15	10,64
Aragón	11,64	9,54	9,14	8,30	7,30	7,45	6,22	6,11	7,85	6,90	6,45
Asturias, Principado de	9,43	9,71	8,75	8,16	8,51	7,17	8,16	6,98	8,09	7,00	6,49
Balears, Illes	8,16	7,71	7,14	7,67	7,20	6,15	6,12	5,29	5,38	5,98	6,11
Canarias	8,69	8,18	5,97	5,66	5,48	5,28	5,90	6,03	8,53	7,84	7,28
Cantabria	11,49	9,77	9,62	10,87	6,07	6,36	6,00	6,56	7,38	8,09	6,38
Castilla y León	8,94	7,49	7,41	6,11	6,10	6,31	6,22	4,75	6,41	5,50	6,68
Castilla-La Mancha	9,89	9,48	7,77	6,70	7,71	6,81	6,24	6,95	6,46	7,37	6,70
Cataluña	9,18	8,22	6,75	6,57	6,89	6,46	5,74	5,98	6,60	6,72	6,79
Comunitat Valenciana	10,06	9,72	9,07	8,52	8,23	7,44	7,95	7,66	9,05	8,86	9,05
Extremadura	10,87	10,67	8,61	8,45	7,93	7,02	8,06	8,19	8,44	8,94	7,90
Galicia	10,29	10,06	9,34	8,65	8,18	8,42	6,72	6,06	7,82	7,49	7,51
Madrid, Comunidad de	7,05	5,89	5,81	5,23	4,64	4,62	4,65	5,09	5,30	5,00	4,58
Murcia, Región de	12,23	10,23	9,74	7,28	8,76	7,10	5,63	6,01	8,47	7,49	9,55
Navarra, Comunidad Foral de	7,55	7,79	7,64	7,56	5,03	5,70	6,30	6,79	5,98	7,53	8,07
País Vasco	9,11	8,95	8,58	8,00	7,46	6,64	6,72	6,59	7,31	7,27	7,28
Rioja, La	12,20	9,77	5,54	8,96	8,07	6,31	5,70	6,18	7,38	8,73	8,00
Ceuta	17,77	10,31	12,58	16,30	16,91	9,48	5,48	6,32	12,26	10,38	11,51
Melilla	20,07	12,84	5,66	10,84	4,53	10,75	17,73	8,43	11,39	3,04	9,69
Total nacional	**10,24**	**9,47**	**8,34**	**7,81**	**7,62**	**7,15**	**6,89**	**6,86**	**7,84**	**7,67**	**7,75**

Fuente: Ministerio de Sanidad. Instituto de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte.

La tasa ajustada de mortalidad prematura por enfermedad cerebrovascular muestra datos muy superiores en hombres (10,16 vs 5,50 en mujeres por 100.000 habitantes en 2018), que se mantienen a lo largo de la serie estudiada

Figura 13. Tasas Ajustadas de Mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares (I60-I64) por 100.000 habitantes. Años 2008-2018



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad. Instituto de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte.

Ambas tasas, la de mortalidad y la de mortalidad prematura, han descendido desde la implantación de esta Estrategia, teniendo un valor mínimo en el año 2015; muestran valores superiores en hombres y ponen de manifiesto diferencias territoriales.

Objetivo específico 2.1. Aumentar el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento específico antes de las 4,5 horas desde el inicio de síntomas asumiendo los criterios de Helsingborg.

Todas las CC. AA. incluyen este objetivo en sus Planes de Atención al Ictus o en sus Planes de Salud. Doce CC. AA. declaran que además evalúan dicho objetivo, y lo hacen mediante indicadores propios o por explotación de registros hospitalarios específicos de fibrinólisis y trombectomía. Algunos de los métodos utilizados para evaluar este objetivo y sus resultados son:

- Andalucía: el porcentaje de tratamiento de reperfusión se ha incluido como un indicador en los Acuerdos de Gestión Clínica y en los Contratos Programas de todos los hospitales. Hasta el año 2018 la información era cualitativa, según los informes que enviaban desde los centros, a partir del 2018 la información es la que aparece en CMBD para hacerla más objetiva y auditable.
- Aragón: este objetivo y los tratamientos de reperfusión se evalúan a través de una plantilla especifica de recogida de datos cumplimentada en cada uno de los hospitales que atienden a pacientes con ictus. Está en proceso de elaboración un cuadro de mandos que recoja terapias y tiempos (puerta

aguja[3], puerta T-TC, puerta ingle) a través de HCE, donde se ha creado un registro especifico.

- Islas Baleares aplica la fórmula:

  Nº de tratamientos específicos (fibrinólisis y/o trombectomía) realizados en menos de 4,5 horas/Nº de ictus isquémicos (incluido AIT)

  Los resultados que aporta son:

  Año 2018: 11% (100 tratamientos específicos realizados en las primeras 4,5 horas/953 ictus isquémicos)

  Año 2019: 11% (121 tratamiento específicos realizados en las primeras 4,5 horas/1.086 ictus isquémicos)

- Cantabria utiliza la siguiente fórmula de cálculo:

  Porcentaje ictus isquémicos que reciben tratamiento recanalizador en las primeras 4,5 horas = [nº de pacientes que reciben tratamiento recanalizador en las primeras 4,5 horas (fuente de datos: revisión historias clínicas) / nº pacientes con diagnóstico al alta de ictus isquémico (I63* según criterios CIE.10) en los distintos hospitales de Cantabria (fuente de datos: CMBD)] x 100.

  Los resultados que aporta son:

  Año 2017: 21,5%

  Año 2018: 25,7%

  Año 2019: 23,6%

- Castilla y León: La inclusión en la HCE Jimena_4 de los Registros de Código Ictus y de Reperfusión con las variables definidas en la Estrategia permitirá la obtención de estas tasas.

- Cataluña: evalúa este objetivo mediante el Registro prospectivo de Código Ictus de Cataluña (CICAT), cuyos resultados están publicados online y son actualizados semanalmente. Los resultados son:

  Nº de pacientes tratados con trombolisis endovenosa / nº de Código Ictus

[3] Tiempo total desde su llegada a la puerta de urgencias hasta el inicio de la fibrinólisis

2020: 31%

2019: 31%

Nº de pacientes tratados con trombectomia / nº Código Ictus

2020: 25%

2019: 24%

- Galicia: tiene implementado el registro VIXIA que recoge las activaciones de Códigos Ictus globales así como los pacientes tratados con activador tisular del plasminógeno recombinante (rtPA) y trombectomía mecánica.
- Extremadura: evalúa este objetivo a través de los registros de pacientes con ictus/AIT de las Unidades de Ictus. La fórmula que utiliza y los resultados obtenidos son:

  Nº de pacientes fibrinolisados/Nº de pacientes con ictus isquémico

  Nº de pacientes a los que se practica trombectomía mecánica en 4,5 horas/Nº de pacientes con ictus isquémico

  El 35% de los pacientes que sufren ictus han sido tratados mediante reperfusión farmacológica antes de las 4,5 horas. A un 5% se le realizan técnicas de neurointervencionismo.

- Madrid: utiliza el Registro de ictus de la Comunidad de Madrid[4]. Se ha producido un aumento de la activación de códigos para tratamiento (ventana temporal <4,5h) del 40% en el periodo 2014-2019 (fuente: Registro Código Ictus CM):

Año	Activaciones para tratamiento
2014	1090
2015	1287
2016	1527
2017	1636
2018	1655
2019	1846

De forma agregada y sobre el total de ictus se ha pasado de una activación

[4] Pastor S, de Celis E, Losantos García I, Alonso de Leciñana M, Fuentes B, Díez-Tejedor E; Multidisciplinary Committee of the Madrid Stroke Plan. Development of the Madrid Stroke Programme: Milestones and Changes in Stroke Trends and Mortality from 1997 to 2017. Neuroepidemiology. 2021;55(2):135-140. doi: 10.1159/000514077. Epub 2021 Mar 30. PMID: 33784695.

del Código Ictus del 36,4% de los casos en 2005 al 64,2% en 2015.

- Murcia: En el cuadro de mandos hay once indicadores sobre el manejo del ictus agudo. Evalúa el tiempo puerta-aguja de media en los pacientes que se someten a rtPA. La fórmula que utiliza y los resultados obtenidos son:

  tiempo puerta–aguja de cada paciente/ total pacientes tratados con rtPA

  2019: 37,5 min. media

- Navarra: evalúan el porcentaje de pacientes ingresados con infarto cerebral sometidos a fibrinólisis y también a los que se les hace trombectomía. Se recogía a partir del registro hospitalario y a partir de 2019 a través del Registro Ictus Navarra. La fórmula utilizada es:

  Nº de pacientes tratados TIV o TEV / Nº de pacientes ingresados por ictus isquémico en la UI.

  Porcentaje pacientes ingresados con infarto cerebral sometidos a fibrinólisis:

  2015 18%

  2017 21%

  2019 21,4%

  Porcentaje pacientes ingresados con infarto cerebral sometidos a trombectomía:

  2015 3,6%

  2017 6%

  2019 7%

- País Vasco: En los últimos contratos de gestión evaluados la práctica totalidad de las historias auditadas en todos los hospitales con unidades o equipos de ictus cumplían este objetivo (la evaluación es por centro).

- La Rioja: Se lleva un registro de todos los pacientes en que se activa Código Ictus.

  La media de tiempo de inicio de síntomas hasta fibrinólisis es de 134 minutos.

Tiempo síntomas-puerta: media 91 minutos

Tiempo puerta-TAC: 18 minutos

Tiempo puerta-aguja: 43 minutos.

Consensuar indicadores para medirlo facilitaría la evaluación del objetivo, promoviendo una cultura evaluativa de la calidad asistencial.

Objetivo específico 2.2. Desarrollar campañas de información y actividades de formación dirigidas a grupos de riesgo identificados, para aumentar el conocimiento de la población en los síntomas alarma y pautas de actuación.

Casi todas las CC. AA. incluyen este objetivo en su plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado. Se describen a continuación el número de campañas de información y actividades de formación realizadas en los últimos tres años (2017, 2018 y 2019):

Tabla 15. Campañas de información y actividades de formación realizadas en las CC.AA.

Comunidad Autónoma	Campañas de información			Actividades de formación		
	Realizadas	Evaluadas	En proceso	Realizadas	Evaluadas	En proceso
Andalucía	1	n.d.	n.d.	2	n.d.	n.d.
Aragón	3	3	1	1	1	1
Asturias, Principado de	1	0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Balears, Illes	5	n.d.	n.d.	6	6	2
Canarias	0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Cantabria	0	0	0	0	0	0
Castilla y León	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Castilla-La Mancha	0	0	0	n.d.	n.d.	n.d.
Cataluña	5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Comunitat Valenciana	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Extremadura	1	0	1	n.d.	n.d.	n.d.
Galicia	3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Madrid, Comunidad de	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Murcia, Región de	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Navarra, Comunidad Foral de	4	0	4	20	20	3
País Vasco	7	0	0	1	0	1
Rioja, La	1	n.d.	n.d.	1	n.d.	n.d.
Ingesa (Ceuta y Melilla)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Total	**31**	**3**	**6**	**31**	**27**	**7**

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Cuestionario –AnexoII-. (*n.d.: no disponible)*

Algunos de los comentarios aportados por las CC. AA. son:

- Andalucía: se han realizado distintas campañas de información a la población y actividades de formación por los distintos hospitales en el ámbito local y provincial, de forma anual coincidiendo con el Día Mundial del Ictus.

  La campaña institucional del Plan Andaluz del Ictus de alcance a toda la comunidad autónoma se ha trabajado en 2019 y se ha realizado de forma masiva (todos los hospitales, centros de salud e impactos en prensa de cada provincia) en 2020, el material va orientado a la prevención del ictus y al reconocimiento de signos y síntomas para activación de Código Ictus.

  Se han iniciado también campañas de conocimiento del ictus en colegios.

- Aragón: las campañas se realizan fundamentalmente a través de la asociación AIDA, en la que colaboran los integrantes del grupo de Ictus de Aragón, destinadas tanto a pacientes como a población general.

  El Día del Ictus, en colaboración con AIDA, se realizan actividades de toma de PA e información de síntomas a la población general.

  Se llevan a cabo actividades de información a las que se da difusión a través de notas de prensa y TV Regional

  Durante todo el año se desarrolla la campaña "Gánale Vida al Ictus", dirigida a informar a población general y afectados, difundida a través de web y medios con spot TV y folletos.

  Se realizan actividades de Paciente Experto a través del a Escuela de Pacientes de Aragón dirigidas a afectados.

  Se dispone de materiales para pacientes

- Asturias:

  En mayo de 2019 se inició la campaña informativa "GANA TIEMPO GANA VIDA" dirigida a población general y difundida mediante cartelería, web y redes sociales.

  Y también una serie de actividades que se describen a continuación:

  Programa Paciente Activo de Asturias dirigido a enfermos crónicos a través de la web: https://www54.asturias.es/pacas/portal/

  Escuela de Ictus del Hospital Central de Asturias, para enfermos con ictus y

familias, presencial, que está funcionando desde 2015

Guía "Preguntas y respuestas sobre el ictus. Escuela de Cuidados" para enfermos con ictus y familias, que utiliza para su difusión un libro y la web, realizada en 2019.

"Conocer el ictus". Charla formativa impartida en la Escuela de Salud de Oviedo, dirigida a población general, presencial, y realizada en Centros Sociales. Se está llevando a cabo desde 2015.

- Baleares. Realiza Jornadas acreditadas que abordan la formación de profesionales y la difusión a la población, workshop sobre el proyecto europeo ICTUSnet, así como eventos en el marco del Día del Ictus, campañas, etc. Por citar alguna de las más relevantes: I Caminata por el Ictus, Campaña "Ictus: Evita, aprende, actúa", etc. También se han realizado campañas relacionadas con la prevención de la hipertensión, la promoción de estilos de vida saludables, etc.
- Comunidad Valenciana. Se han realizado campañas dirigidas a profesionales y población general mediante jornadas, talleres y sesiones.
- Canarias ha llevado a cabo formación interna en hospitales y la campaña informativa *Canarias por la Salud* (2015).
- Cantabria, en el ámbito de Atención Primaria se ha realizado cartelería para colocar en los Centros de Salud recordando a la población los síntomas de alarma y el procedimiento para solicitar atención sanitaria.
- Castilla y León. En el "Aula de Pacientes", subportal del Portal de Salud, incluyen:

  Espacio de Cuidados y recomendaciones. En este espacio se encuentran contenidos (recomendaciones, infografías, guías, vídeos, etc.) relativos al "área de cuidados" de manera genérica, es decir, recomendaciones y actividades relacionadas con las necesidades de pacientes y cuidadores.

  Recomendaciones para personas con tratamiento anticoagulante. (vídeos, recomendaciones, guías…)

  Cuidados de fisioterapia: fisioterapia para paciente dependiente, ayudas para la marcha, y otros ejercicios terapéuticos (infografías, recomendaciones,

tablas de ejercicios, vídeos, etc.)

Cuidados del paciente encamado: movilizaciones, higiene, etc.(vídeos)

Información para personas cuidadoras: guías, vídeos, etc.

Guía para las personas cuidadoras y Guía para las personas cuidadoras en Lectura Fácil (ambas de elaboración propia)

Vídeos:

Cuidados higiénicos del paciente encamado (elaboración propia)

Movilización del paciente encamado (elaboración propia)

Recursos en Castilla y León (enlaces a entidades y organización de interés en la materia en Castilla y León)

Recursos en internet (enlaces a páginas y entidades de interés).

Fisioterapia en el paciente dependiente.

Publicación de Información sobre Días Mundiales relacionados con la Salud.

Espacio de las Asociaciones de Pacientes y Familiares: canal de comunicación estable entre la Administración Sanitaria y las Asociaciones de Pacientes y Familiares de la comunidad. Contiene un Directorio de las Asociaciones, que actualmente incluyen información de nueve asociaciones nacionales y de Castilla y León bajo el epígrafe de ICTUS.

Espacio sobre Pruebas Diagnósticas: información para pacientes y sus familiares relativa a pruebas diagnósticas por imagen (descripción, preparación previa, etc.).

La evolución anual del número de páginas a las que han accedido los usuarios del Aula de Pacientes, desde su inicio hasta el final del primer semestre de 2020 muestra el incremento que se ha producido en 2019 y en el primer semestre de 2020.

AÑOS	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ACCESOS	239.087	407.577	768.714	809.361	970.284	868.886	1.563.435	4.472.785	3.867.864

- Cataluña. Se han desarrollado las siguientes campañas:

Campaña RAPID, dirigida a población general y realizada en instalaciones en

lugares públicos de diferentes municipios en 2017.

Campaña "Te la jugues", en centros de educación primaria y secundaria, difundida a través del Departament Ensenyament, durante el año 2018

Campaña "Pren-te el pols", dirigida a población general y de riesgo, difundida a través de medios comunicación y farmacias durante el año 2018.

Marató TV3 "Ictus", dirigido a población general, a través de la televisión pública catalana, de un mes de duración en 2016.

Página web Fundació Ictus, para población de riesgo, difundida a través de su Web, de forma continua desde 2019.

- Extremadura, en 2017 realizó una campaña informativa para población general a través de radio y TV.
- Navarra. Una de las Estrategias de su Plan de Salud es la "Atención a las Urgencias Tiempo Dependientes", y uno de los programas incluidos es la "Capacitación Ciudadana frente a la Urgencia Vital" (que incluye el ictus). En 2017 se creó un Grupo de Trabajo de ictus encargado de llevar adelante este programa y el resto de temas relacionados con esta patología. En el Plan Docente Coordinado del Departamento de Salud todos los años se incluyen actividades formativas sobre ictus.

  Campañas de información:

  "Azucarillos que salvan vidas", dirigida a población que acude a centros de hostelería navarros, difundida a través del Colegio de Médicos de Navarra y en ruedas de prensa con ciudadanos que transmiten vivencia personal e inquietudes, se realiza de forma continua desde diciembre de 2019.

  Díptico sobre síntomas de ictus, dirigido a la población, difundida en los Centros de Salud, la planta de neurología y consultas de patología cerebrovascular, de forma continua desde 2018.

  App Rápida dirigido a la población con uso de móvil, difundida en rueda prensa en Colegio de Médicos para su presentación, en funcionamiento desde 15 octubre de 2019.

  Código QR en azucarillos para App Rápida dirigido a la población con uso de móvil, difundida en rueda prensa en Colegio de Médicos para su

presentación, en funcionamiento desde octubre de 2019.

- País Vasco ha realizado las siguientes campañas de información:

  Día del Ictus, dirigido a la población general, difundido por TV / radio / prensa, con una duración de 1 a 3 días y realizada anualmente (2017/2018/2019)

  EITB maratoia, dirigido a la población general, difundido por TV / radio / prensa, con una duración de 1 mes en 2018

  Plan "Freno al ictus", dirigido a la población general, difundido por radio y prensa, con una duración de 1-3 días en 2018

  Difusión Estudio Mujer e Ictus, dirigido a la población general, difundido por radio y prensa, con una duración de una semana en 2018

  OsasunEskola, dirigido a población general, pacientes y familiares. Difundido a través de internet y desarrollado de forma continua desde 2018, que se englobaría tanto en campaña de información como en actividades realizadas.

- La Rioja: coincidiendo con el Día del Ictus realiza la campaña informativa para población general, difundida a través de radio, televisión.

Objetivo específico 2.3. Las CC. AA. dispondrán de una red asistencial de Unidades o Equipos de Ictus según los criterios establecidos en el ANEXO de esta Estrategia.

Las CC. AA. incluyen este objetivo en sus planes de atención al ictus. Los datos de la red asistencial que han proporcionado las CC. AA. son los siguientes:

Tabla 16. Red asistencial de las CCAA según los criterios específicos (ANEXO 3)						
Comunidad Autónoma	Equipos de ictus (EI)		Unidades de ictus		Hospitales de referencia*	
	número	año de puesta en marcha	número	año de puesta en marcha	número	año de puesta en marcha
Andalucía	32	n.d.	10	n.d.	6	n.d.
Aragón	8	2010	2	2007	1	2016
Asturias, Principado de	4	n.d.	2	2008 y 2010	1	2010
Balears, Illes	4	2006 a 2009	1	2002	1	2002
Canarias	3	2015	4	2014	3	2014
Cantabria	0		1	2005	1	2005
Castilla y León	1	2011	5	2005 a 2019	3	2015 a 2019
Castilla-La Mancha	7	2008 a 2020	2	2008, 2018	2	2008, 2018
Cataluña	28	n.d.	14	n.d.	28	n.d.
Comunitat Valenciana	19	2011	6	2011	3	2011
Extremadura	2	2008 y 2017	2	2007 y 2015	2	2017 y 2020
Galicia	5	2017	4	2016	3	2016
Madrid, Comunidad de	13	n.d.	10	n.d.	8	n.d.
Murcia, Región de	7	2009 a 2010	1	2009	1	2008
Navarra, Comunidad Foral de	*ver comentario en texto*		1	n.d.	1	2005
País Vasco	n.d.	n.d.	5	2009 a 2012	4	2009 a 2012
Rioja, La	0		1	2014	1	2014
Ingesa (Ceuta y Melilla)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Total	**133**		**71**		**69**	

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Cuestionario –AnexoII-. (*n.d.: no disponible)*

Las CC. AA. que han respondido a este punto declaran tener 133 Equipos de Ictus, 71 Unidades de Ictus y 69 hospitales de referencia de acuerdo a los criterios especificados en el ANEXO II

- Andalucía indica que cuenta con 42 centros hospitalarios con capacidad de administrar tratamientos de reperfusión (32 Equipos de Ictus, 10 Unidades de Ictus y 6 centros de referencia). Con el objetivo de llegar a 1 cama de Unidad de Ictus x 100.000 habitantes siguiendo recomendaciones internacionales.
- Aragón señala que tiene un Equipos de Ictus en cada hospital de agudos, además tiene definidas dos Unidades de Ictus, y el resto de hospitales disponen de unas camas especificas denominadas "Áreas de Ictus", con el mismo protocolo de actuación que las Unidades, únicamente no disponen de guardia presencial de Neurólogo, si bien se ha organizado una Guardia de Neurovascular a nivel autonómico para atender a todos los Códigos Ictus. Hay ocho hospitales de referencia para tratamiento del ictus isquémico con fibrinólisis y un hospital de referencia para tratamiento por neurointervencionismo (trombectomía mecánica)

- Castilla y León tiene establecida una Red de Referencia y Nodos de Ictus, que se publicará en la "Estrategia de atención al ictus en Castilla y León. Atención en fase aguda" en fase de revisión, definida por cuatro Nodos de Ictus con sus respectivos Centros Terciarios de Ictus y Centros Satélites. Los niveles asistenciales de atención al ictus de estos últimos quedan reflejados en el documento, habiendo Centros primarios de ictus con Unidad de Ictus, y Centros con Equipo de Ictus con guardia localizada de neurología o asistencia neurológica a través de la prestación Teleictus.

- C. Valenciana configuró una red asistencial formada por hospitales con Equipos de Ictus, hospitales con Unidades de Ictus y hospitales de referencia de alta complejidad para el diagnóstico y tratamiento del ictus, en una isócrona de traslado de un máximo de 60 minutos en la que adquieren un papel fundamental el Servicio de Emergencias Sanitarias (SES).

- Navarra indica que la red asistencial de Equipos de Ictus no es específicamente de ictus, sino que está incluida dentro de la red asistencial de atención a todos los códigos de urgencia tiempo-dependiente (infarto agudo miocardio, traumatismo grave, etc.). Las necesidades y funciones de la Unidad de Ictus están expresadas en los protocolos asistenciales elaborados por el Servicio de Neurología.

Objetivo específico 2.4. El Código Ictus estará implantado en todo el territorio de la comunidad autónoma, de modo que todo contacto personal o telefónico de un paciente o familiar con cualquier centro de salud, urgencias, emergencias u hospital que no sea de referencia, active la derivación inmediata a las unidades y equipos de referencia.

En el Cuestionario todas las CC. AA. han respondido que tienen incluido este objetivo en sus planes de atención al ictus o en algún otro documento relacionado. Se les ha preguntade acerca del porcentaje de implantación del Codigo Ictus (CI) y las estimaciones que han proporcionado figuran en la tabla siguiente, es importante señalar que únicamente seis han aportado la fórmula que utilizan para calcularlo (tabla 17).

Tabla 17. Grado de implantación del Código Ictus en la comunidad autónoma

Comunidad autónoma	Porcentaje de implantación	Fórmula para su cálculo
Andalucía	100	n.d.
Aragón	100	n.d.
Asturias, Principado de	100	n.d.
Balears, Illes	100	n.d.
Canarias	100	Nº centros con capacidad de activación del Código / Nº total de centros
Cantabria	100	Nº zonas básicas de salud con CI implantado/ Nº total de zonas básicas de salud
Castilla y León	100	n.d.
Castilla-La Mancha	100	n.d.
Cataluña	85	Nº activaciones CI / Nº pacientes con ictus con criterios de activación
Comunitat Valenciana	100	n.d.
Extremadura	100	Nº áreas sanitarias con CI / Nº áreas sanitarias
Galicia	100	n.d.
Madrid, Comunidad de	92/82	Código Ictus extrahospitalario: 92% Nº llamadas SUMMA 112 en que se activa CI/ Nº ictus en ventana de tratamiento x 100 Sº de Urgencias: 82% (CMBD y Registro Código Ictus CAM): Nº activaciones CI (registro) / Nº ictus CMBD x 100
Murcia, Región de	100	n.d.
Navarra, Comunidad Foral de	100	Porcentaje de los dispositivos tanto de urgencias como de AP o de A.Hospitalaria que están obligados a seguir el protocolo establecido para CI
País Vasco	100	n.d.
Rioja, La	100	n.d.
Ingesa (Ceuta y Melilla)	n.d.	n.d.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Cuestionario –AnexoII-.

Trece CC. AA. declaran tener incorporado el sistema de **teleictus,** no lo tienen: Canarias, La Rioja, Cantabria y País Vasco, este último refiere que no es necesario dadas sus isócronas con Unidades de Ictus (toda la población tiene acceso en un máximo de unos 30 minutos a un hospital de referencia para la atención del ictus).

- Andalucía cuenta con Centro Andaluz de Teleictus (CATI) cuya implementación comenzó en enero de 2019, cubre 32 centros con capacidad para realizar al menos un TC-angioTAC, valoración de urgencia por un neurólogo "en remoto" y tratamiento de reperfusión intravenoso. Antes de la implantación del CATI, 5.695.869 habitantes (el 68% de la población andaluza) podían acceder a la atención especializada en ictus en menos de 30 minutos. Con la implantación de la red, esta cifra asciende a 7.832.988 (93,5% de la población andaluza) con una mejora significativa del campo de influencia, que permite disminuir la brecha de la atención aguda al ictus en las zonas rurales. En la actualidad, el proyecto del CATI

se encuentra en una fase de consolidación, recibiendo aproximadamente 1.000 consultas por año, con una tasa de tratamiento de reperfusión cercana al 30% y dispone de mecanismos para proporcionar feedback mensual, formación continua y mejoras en los protocolos y estrategias de atención.

- Aragón tiene implantado teleictus en los servicios de urgencias de los hospitales que atienden ictus, con conexión desde urgencias de hospitales periféricos a los servicios de Neurología de dos hospitales de referencia en Zaragoza capital.

- Baleares tiene desde 2006 un programa de teleictus para los hospitales que no disponen de neurólogo de guardia y tienen una isócrona superior a 60 minutos para el acceso al hospital de referencia de ictus.

- Castilla y León, dada la extensión y dispersión geográfica de la comunidad, implementó en el año 2013 la prestación teleictus en tres centros asistenciales, incrementándose en otros dos centros en el año 2016. Actualmente se está ofreciendo en cinco centros asistenciales a través de dispositivos de telepresencia con conexión por videoconferencia del centro Satélite con el neurólogo del Centro Terciario de Ictus. La prestación permite la valoración neurológica remota y la indicación del tratamiento de reperfusión con seguridad, conjuntamente con la evaluación de neuroimagen a través del Anillo Radiológico.

- Cataluña, hasta 2013, contaba con un sistema de teleictus en tres hospitales comarcales en conexión con su centro de referencia, en 2013 crea una red de teleictus única, en conexión con un neurólogo experto en patología vascular cerebral, inicialmente con doce hospitales comarcales y actualmente ampliado a catorce hospitales.

- Extremadura, en 2017, entró en vigor su Protocolo de Teleictus, previamente se llevó a cabo un proceso de instalación de equipos, sensibilización y formación en los servicios de Urgencias de todos los hospitales de la región. Actualmente todos los hospitales del Servicio Extremeño de Salud cuentan con un equipo de teleictus: nueve instalados en los servicios de Urgencias de hospitales comarcales y dos en las

Unidades de Ictus de los dos hospitales de referencia en ictus.

- Galicia tiene implementado el sistema de teleictus en toda la comunidad (Centro de Atención al Ictus) desde Julio de 2016.
- Murcia (Región de) está comenzando su implantación. Han realizado una experiencia piloto con el hospital más lejano del hospital de referencia y se irá implantando en el resto de hospitales de forma progresiva.

Prácticamente todas las CC. AA. llevan a cabo **registros de Código Ictus**, la mayoría cuentan con los registros de los servicios de emergencias (SAMU) y con registros propios de los centros, no obstante, hay algunas comunidades que están implantando registros específicos de ictus como el registro prospectivo de Código Ictus de Cataluña (CICAT) desde el año 2016, o el "Registro Ictus Navarra" que está operativo desde febrero de 2019.

En cuanto al **registro de pacientes que reciben tratamiento de reperfusión** casi todas las CC. AA. recogen esta información por centro, es decir, las Unidades de Ictus-Unidades de Referencia de Ictus cuentan con registros propios. Aquellas CC. AA. que cuentan con registros específicos recogen este aspecto dentro del mismo, en este sentido Andalucía inició en 2017 el registro ARTISTA (A Registry for Thrombectomy In Stroke Therapy from Andalucía).

Objetivo específico 2.5. Las zonas básicas dispondrán de un Equipo o Unidad de Ictus de referencia en una isócrona que permita el acceso en 60 minutos por el medio establecido en su plan o programa.

Casi todas las CC. AA. refieren que incluyen este objetivo en sus planes de ictus específicos, y segun sus repuestas, el porcentaje de zonas básicas de sus comunidades que disponen de un Equipo o Unidad de Ictus de referencia es del 100% en Andalucía, Aragón, Illes Balears, C. Valenciana, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia, Madrid, Navarra, País Vasco y La Rioja.

- En Asturias este porcentaje es de un 80% ya que las áreas básicas de salud de la zona más occidental de la región y algunas de las de la zona más oriental están fuera de la isócrona de 60 minutos de Equipo o Unidad de Ictus.
- En Castilla y León el proyecto Teleictus con dispositivos de Telepresencia

convertirá en centros útiles de ictus a todos los centros asistenciales de la comunidad, con independencia de su nivel asistencial, pero la dispersión geográfica de la comunidad condiciona que el porcentaje de ZBS con acceso a una Unidad o Equipo de Ictus en la isócrona de 60 minutos sea del 83% (= Número de ZBS que disponen de un dispositivo de referencia a menos de 60' / Número total de ZBS = 204 / 247).

- Extremadura: el porcentaje de ZBS que disponen de un Equipo, Unidad de Ictus o centro con teleictus de referencia es del 92% (= Número de ZBS que disponen de un dispositivo de referencia a menos de 60' / Número total de ZBS = 103 / 112)
- En Murcia este porcentaje es de un 90%

En situaciones de gran lejanía al centro de referencia hay comunidades que utilizan medios específicos, por ejemplo:

- Andalucía utiliza Teleictus: Centro Andaluz de Teleictus (CATI)
- Aragón utiliza videoconferencia desde urgencias de hospital periférico a Neurólogo vascular de guardia.
- Asturias también usa telemedicina, las áreas occidentales de Asturias se conectan por este método con el HU Central de Asturias, y la región oriental con el HU de Cabueñes (Gijón).
- Islas Baleares utiliza Teleictus.
- C. Valenciana, desde la implantación del Plan ha promovido la utilización de la telemedicina como mecanismo de acercamiento del especialista en Neurología al paciente con ictus.
- Castilla-La Mancha utiliza conferencia a tres con los equipos de AP o UVIS móviles con neurólogo.
- Castilla y León dispone de la prestación Teleictus con dispositivos de telepresencia con pantallas y cámaras web de muy alta resolución. Al mismo tiempo, el anillo Radiológico de SACyL conecta los catorce hospitales de la comunidad y permite el acceso a las imágenes radiológicas de cualquier paciente.
- Cataluña también utiliza Teleictus con catorce hospitales comarcales.

- Galicia utiliza telemedicina en estas situaciones.
- Extremadura cuenta con un Sistema de Telemedicina-Teleictus y utiliza también el sistema de comunicación de archivos: para la evaluación de la historia clínica, estudios analíticos y hallazgos de neuroimagen se usa el sistema de información del SES, Jara.
- Navarra utiliza telemedicina con el Hospital Reina Sofía de Tudela

Objetivo 2.6: Todo hospital de referencia debe tener implantado el Código Ictus (según los criterios establecidos en el ANEXO de esta Estrategia) para la atención prioritaria de todos los pacientes con ictus, independientemente de su forma de llegada.

Todas las CC. AA. declaran en su respuesta al Cuestionario que incluyen este objetivo como parte de sus planes de salud o planes de atención al ictus.

Tabla 18. Informacion aportada por las CC. AA. sobre hospitales que atienden ictus, hospitales que tienen implantado el Código Ictus de forma completa, y hospitales que teniendo implantado el Código Ictus realizan tratamiento de reperfusión endovascular de urgencia (24 h) en la atención del ictus.

Comunidad autónoma	Nº de hospitales que atienden ictus	Porcentaje de ellos que tienen Código Ictus implantado de forma completa	Nº de hospitales con Código Ictus implantado que aplican tratamiento de reperfusión endovascular de urgencia
Andalucía	**42**	**100%(*)**	**6**
Aragón	**8**	**100%**	**1**
Asturias, Principado de	**9**	**100%**	**n.d.**
Balears, Illes	**5**	**100%**	**1**
Canarias	**4**	**100%**	**3**
Cantabria	**3**	**100%**	**1**
Castilla y León[5]	**14**	**93%**	**4**
Castilla-La Mancha	**14**	**100%**	**2**
Cataluña	**28**	**100%**	**7**
Comunitat Valenciana	**26**	**100%**	**n.d.**
Extremadura	**11**	**100%**	**2**
Galicia	**14**	**100%**	**n.d.**
Madrid, Comunidad de	**23**	**100%**	**n.d.**
Murcia, Región de	**9**	**20%**	**1**
Navarra, Comunidad Foral de	**3**	**100%**	**1**
País Vasco	**5**	**100%**	**5**

5

La implantación de los dispositivos de Telepresencia convertirá a todos los centros de la comunidad en Centros Útiles en Ictus.

Rioja, La	**2**	**100%**	**2**
Ingesa (Ceuta y Melilla)	**n.d.**	**n.d.**	**n.d.**
Totales	**220**		

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportado por las CC. AA. al Cuestionario –AnexoII-.
(*) casi 100% de la red pública

De acuerdo a las respuestas al Cuestionario las CC. AA. suman un total de 220 hospitales que atienden ictus, de estos hospitales 212 tienen implantado el Código Ictus intrahospitalario de forma completa, lo que supone el **95,4 %** de todos ellos.

Objetivo específico 2.7. Todo hospital que atienda ictus y AIT tendrá implantada una vía clínica, protocolo o proceso asistencial de atención al ictus

Que incluirá como mínimo:

- los procesos diagnósticos, médicos y quirúrgicos necesarios, así como algoritmos decisorios y tiempos máximos de realización de neuroimagen, fibrinólisis, prevención de tromboembolismo y otros;
- los cuidados estandarizados de enfermería;
- proceso de rehabilitación precoz con valoración de déficit y de discapacidad e inicio de tratamiento;
- atención neuroquirúrgica y neurorradiológica intervencionista;
- la persona (gestor de casos u otra figura) que coordine el proceso asistencial y se adelante a las necesidades que les surgen a los pacientes durante el proceso.

Prácticamente todas las CC. AA. que responden tienen incluido este objetivo en sus planes de atención al ictus, hay once (Andalucía, Aragón, I. Baleares, C. Valenciana, Cantabria, Extremadura, Galicia, Madrid, R. de Murcia, País Vasco y La Rioja) que declaran tener implantadas vías clínicas, protocolos o procesos asistenciales de atención al ictus en el 100% de sus hospitales.

- En Castilla y León está diseñado el Proceso Asistencial de Accidente Cerebrovascular Agudo (ACVA), con indicador de porcentaje de ACVA con Presión Arterial (PA) controlada (PA < 140/90) y porcentaje de ACVA con FA y tratamiento anticoagulante. Actualmente tiene un centro certificado por la European Stroke Organisation (ESO) como Centro de Ictus.
- Cataluña responde que actualmente tiene seis centros certificados por la

ESO como Centros de Ictus y cinco centros en proceso de certificación por la ESO como Unidades de Ictus.

- Andalucía señala que cuenta con Planes Integrales Operativos Locales (PIOL), y a través de ellos se han configurado redes de profesionales para los nueve retos de salud priorizados por su incidencia en la población entre los que se encuentra el ictus.

La implantación de vías clínicas para la atención al ictus es un objetivo esencial para aquellos centros que atienden habitualmente pacientes con ictus. Sería deseable que estos centros contasen con la certificación de un sistema de auditoria externo como el de la ESO.

Objetivo específico 2.8. Las CC. AA. promoverán pautas de actuación para la atención del ictus pediátrico.

Según las respuestas recogidas en el cuestionario, este objetivo está incluido en los planes de atención al ictus de diez CC. AA., mientras que siete indican que no lo contemplan.

Para promover pautas de actuación en el ictus pediátrico se han llevado a cabo las siguientes acciones en los últimos tres años (2017 a 2019):

- Andalucía ha desarrollado el Código Ictus Pediátrico y los protocolos para llevarlo a cabo en cuatro provincias. Además, se han creado consultas de seguimiento de referencia para el ictus pediátrico en algunos grandes hospitales de la región. Se puede acceder a los protocolos de ictus pediátrico y a las acciones de formación en el mismo en el siguiente enlace: http://ictus-andalucia.com/atencion-al-ictus-agudo/#1619172277054-16648c0e-9ca3
- Aragón ha elaborado en 2020 el documento ATENCIÓN AL ICTUS PEDIÁTRICO EN ARAGÓN, siendo el hospital de referencia el HU Miguel Servet Maternoinfantil. El documento ha sido realizado por un equipo multiprofesional (pediatras, intensivistas pediátricos, neurólogos de vascular, radiólogos, radiólogos intervencionistas, rehabilitadores) y en este momento está en fase de formación e implantación.
- Islas Baleares: señala que desde 2014 está trabajando en la elaboración y difusión del protocolo dirigido al ictus pediátrico. El hospital de referencia

es el HU Son Espases. Se ha difundido el protocolo de actuación y detección precoz del ictus en pediatría coordinado con los distintos hospitales y con el transporte pediátrico del SAMU061. La Estrategia de Ictus de las Illes Balears, en su "ANEXO II. ORGANIGRAMA CODIGO ICTUS PEDIÁTRICO" contiene el esquema general de dicho protocolo. Así como también el "ANEXO III. ESQUEMA GENERAL DE MANEJO DEL ICTUS ISQUÉMICO POSTNATAL".

- C. Valenciana aporta la siguiente información:

  -En los hospitales que no son referencia para la atención al ictus pediátrico se activará el CI y a través de Centros de Información y Coordinación de Urgencias (CICU) se trasladará al hospital de referencia correspondiente, avisando al pediatra de guardia.

  -En los hospitales de referencia del CI Pediátrico se activa el CI intrahospitalario por el pediatra de guardia con llamada conjunta a radiología, anestesia, neuropediatría, Neurología y UCI pediátrica.

  Por la baja incidencia de este proceso en la edad pediátrica y la elevada especialización que se requiere para su correcto diagnóstico, que evite la activación de muchos falsos positivos, se contemplan como centros de referencia para la atención del ictus pediátrico aquellos hospitales con intervencionismo vascular 24h y con UCI pediátrica: Hospital General de Alicante, Hospital Universitari y Politecnic la Fe de Valencia, y Hospital Clínico Universitario de Valencia.

  El Plan de Atención al Ictus en la Comunitat Valenciana incluye un apartado sobre CI pediátrico.

- Cantabria declara que en la vía clínica de atención al ictus se ha incluido un protocolo de atención al ictus pediátrico.

- Cataluña responde que ha llevado a cabo la protocolización y puesta en marcha del circuito de Código Ictus pediátrico en febrero 2020. Con siete centros de referencia primarios y tres centros referencia terciarios (intervencionismo). El resto de centros refieren los pacientes a su centro primario o terciario de referencia, vehiculizado por el Sistema D'emergències Mèdiques (SEM) que dispone de un pediatra en la mesa de

coordinación para identificar posibles ictus e iniciar el circuito de Código Ictus pediátrico.

También se lleva a cabo el Registro prospectivo integrado en el Registro de Código Ictus CICAT

- Extremadura indica que en 2019 se creó un grupo de trabajo de atención al ictus pediátrico cuyas pautas de atención se recogen en el Protocolo de Atención al Ictus de Extremadura y en la actualización del Plan de Ictus.
- Madrid cuenta con un Plan de atención al ictus pediátrico en la Comunidad de Madrid y ha realizado las siguientes acciones:

  creación del plan de atención al Código Ictus Pediátrico con protocolo central derivado del Plan de atención que se ha implantado en todos los servicios de pediatría;

  creación de tres Unidades de Ictus Pediátrico (Hospital La Paz, Hospital 12 de Octubre y Hospital Gregorio Marañón) de guardia 24h que atienden a todos los pacientes derivados del resto de hospitales de la Comunidad de Madrid (distribución de traslados establecida por la mesa central del SUMMA 112);

  creación de una guardia de neurorradiología intervencionista pediátrica para tratamiento de reperfusión endovascular 24h/365días, en tres hospitales de referencia (H. La Paz, H. 12 de Octubre, H. Gregorio Marañón);

  plan de formación en ictus pediátrico en todos los hospitales con Servicio de Pediatría (incluido en contrato programa).
- Murcia señala que el CI pediátrico existe en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, y que en estos últimos años se ha realizado la puesta en marcha del mismo.
- Navarra indica que ha puesto en marcha un protocolo específico, consensuado con todos los profesionales implicados, que figura en la nueva actualización del "Documento Código Ictus". El hospital de referencia es el Complejo Hospitalario de Navarra.
- País Vasco ha desarrollado un protocolo específico para la atención del ictus

pediátrico en cada uno de los en los cuatro hospitales de referencia para la atención del ictus.

Conclusiones

- Ambas tasas, la de mortalidad y la de mortalidad prematura por ictus, han descendido desde la implantación de esta Estrategia, teniendo un valor mínimo en el año 2015. Los valores son superiores en hombres. Se mantienen diferencias territoriales, no obstante, es importante subrayar que la variabilidad de estas tasas entre CC. AA. se ha reducido considerablemente, consiguiendo una mayor equidad en el tratamiento del ictus.
- Todas las CC. AA. incluyen como objetivo en sus Planes de Atención al Ictus o en sus Planes de Salud aumentar el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento específico antes de las 4,5 horas desde el inicio de síntomas, y doce además evalúan dicho objetivo mediante indicadores propios o por explotación de registros hospitalarios específicos de fibrinólisis y trombectomía. Parece adecuado, para avanzar en el objetivo, consensuar con las CC. AA. los indicadores para medir y evaluarlo.
- Casi todas las CC. AA. incluyen entre sus objetivos la realización de campañas y actividades para difundir el conocimiento sobre los síntomas de alarma de ictus y cómo actuar en esta situación, pero hay diferencias territoriales muy importantes en cuanto al número de las actividades llevadas a cabo.
- Las CC. AA. declaran tener 133 Equipos de Ictus, 71 Unidades de Ictus y 69 hospitales de referencia de acuerdo a los criterios especificados.
- Todas las CC. AA. refieren que tiene implantado el Código Ictus, y quince de ellas señalan que el grado de implantación estimado es del 100%. Trece comunidades tienen incorporado el sistema de teleictus, y de las cuatro restantes una aclara que dadas sus isócronas con Unidades de Ictus no necesita este Sistema.
- Casi todas las CC. AA. llevan a cabo registros de Código Ictus, bien a través de registros de los propios centros o de los Servicios de emergencia, o por registros específicos de ictus de las comunidades. En cuanto al registro de

pacientes que reciben tratamiento de reperfusión casi todas las CC. AA. recogen este registro por centro.

- El porcentaje de zonas básicas que disponen de un Equipo o Unidad De Ictus de referencia en una isócrona que permite el acceso en 60 minutos es del 100% en Andalucía, Aragón, Illes Balears, C. Valenciana, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia, Madrid, Navarra, País Vasco y La Rioja.
- En situaciones de gran lejanía al centro de referencia la mayoría utilizan algún sistema de Telemedicina-Teleictus.
- Todas las CC. AA. declaran que sus hospitales de referencia tienen implantado el Código Ictus, segun sus datos hay un total de 220 hospitales que atienden ictus y en el 95,4% de ellos (212 hospitales) está implantado el Código Ictus intrahospitalario de forma completa.
- Sería recomendable desarrollar y consensuar el abordaje del ictus pediátrico ya que se observan importantes diferencias entre CC. AA. en cuanto al nivel de desarrollo de los planes para tratarlo.

Línea estratégica 3. Rehabilitación y reinserción

Objetivo general 3: aumentar el porcentaje de pacientes con ictus que son integrados plenamente en su vida personal y social.

Este objetivo general se evalúa a través de los objetivos específicos siguientes:

Objetivo	Grado de consecución
3.1. Todo paciente con ictus dispondrá desde el inicio del proceso de un plan individual de rehabilitación precoz que permita diagnosticar la discapacidad y el déficit, comenzar la intervención de rehabilitación adecuada y prever los recursos futuros.	Prácticamente conseguido
3.2. Todo paciente con ictus al alta de su plan de rehabilitación, recibirá una evaluación funcional como apoyo en su integración en la esfera social y laboral.	Parcialmente conseguido
3.3. El paciente y la familia recibirá en el hospital la adecuada formación e información para llevar a cabo los cuidados necesarios en el domicilio.	Parcialmente conseguido
3.4. Las CC AA establecerán los mecanismos necesarios para que el informe al alta sea accesible de forma inmediata por los equipos de AP.	No evaluado
3.5. Las CC AA dispondrán de un mapa de recursos sobre los distintos ámbitos de rehabilitación.	Prácticamente conseguido

Objetivo específico 3.1. Todo paciente con ictus dispondrá desde el inicio del proceso de un plan individual de rehabilitación precoz que permita diagnosticar la discapacidad/déficit, comenzar la intervención de rehabilitación adecuada y prever los recursos futuros.

Según las respuestas recogidas en el Cuestionario, este objetivo está incluido en casi todos los planes de atención al ictus de las CC. AA., y en once de ellas se han llevado a cabo acciones relacionadas. En Andalucía, Islas Baleares, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura, Navarra y País Vasco el porcentaje de centros en los que se cumple este objetivo es del 100%. Un dato que conviene destacar es que casi ninguna CC. AA. ha realizado la evaluación de este objetivo.

Tabla 19: Plan individual de rehabilitación precoz. Inclusión del objetivo, acciones realizadas y porcentaje de cumplimiento del objetivo.

Comunidades autónomas	Objetivo incluido en el plan de atención al ictus o documento relacionado	Acciones realizadas en relación al objetivo	Porcentaje de centros que cumplen el objetivo
Andalucía	sí	sí	100%
Aragón	sí	n.d	n.d
Asturias, Principado de	sí	no	n.d
Balears, Illes	sí	sí	n.d
Canarias	sí	sí	n.d
Cantabria	sí	sí	100%
Castilla y León	sí	sí	100%
Castilla-La Mancha	sí	sí	100%
Cataluña	sí	sí	n.d
Comunitat Valenciana	sí	sí	n.d
Extremadura	sí	sí	100%
Galicia	n.d	n.d	n.d
Madrid, Comunidad de	sí	sí	n.d
Murcia, Región de	sí	no	n.d
Navarra, Comunidad Foral de	sí	sí	100%
País Vasco	sí	sí	100%
Rioja, La	sí	sí	n.d
Ceuta y Melilla (INGESA)	n.d	n.d	n.d

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Cuestionario –AnexoII-.

Se describen a continuación algunos planes y actividades realizadas por las CC. AA. para cumplir el objetivo:

- En Canarias se ha dado formación para la rehabilitación precoz, y se han instalado herramientas como el sistema de realidad virtual NIRVANA en el hospital de Lanzarote, o el Sistema AMADEO ® en cada uno de los hospitales de referencia.
- En Cantabria este objetivo está incluido en el Plan de salud de Cantabria 2014-2019 y se ha llevado a cabo en todos los centros. No hay una evaluación específica aunque está documentado en los informes y registros clínicos.

  En la línea estratégica de enfermedades cardiocerebrovasculares. En el objetivo 50 (O50) refiere: Todo paciente con ictus dispondrá desde el inicio del proceso de un plan individual de rehabilitación precoz que permita diagnosticar la discapacidad/déficit, comenzar la intervención de rehabilitación adecuada y prever los recursos futuros.

- En Castilla y León está incluido en el IV Plan de Salud de Castilla y León, en la detección precoz del ictus. En todos los hospitales de la comunidad se inicia una rehabilitación precoz de los pacientes con ictus, que incluye la fisioterapia y logopedia, realizándose un informe de necesidades al alta. Todos los hospitales de la comunidad excepto los comarcales (11 de 14) disponen de terapeuta ocupacional. Se dispone de psicólogos clínicos en todos los centros, pero no está establecido el perfil de neuropsicólogo. Las fuentes de la información son la encuesta a los centros y las Relaciones de Puestos de Trabajo de los centros.
- En Cataluña: existen documentos relacionados en los que se aborda este objetivo, accesibles en los siguientes enlaces: https://treballsocialsanitariics.files.wordpress.com/2017/05/consens-catalc3a0-sobre-avaluacic3b3-i-tractament-del-pacient-postictus.pdf, y https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Aparell-circulatori/Documentacio/pdmac_2017_2019.pdf

  En cuanto a la evaluación de este objetivo declaran que existen registros locales, pero no un registro común para toda la comunidad.
- En Extremadura su Plan de Atención al Ictus incluye este objetivo. Todas las áreas de salud cuentan con un Servicio de Medicina Física y Rehabilitación que realiza una valoración del paciente.
- Navarra dispone de un Proyecto de Atención Integral al Ictus en el que se aborda este aspecto. En cuanto a la evaluación del objetivo señala que su Registro Ictus Navarra es muy reciente, y aunque está previsto que se evalúe la capacidad funcional de los pacientes a los 3-6 y 12 meses, todavía no ha sido posible hacerlo.
- País Vasco establece en el contrato programa, en el apartado relativo al ictus, que los pacientes con ictus tienen que ser evaluados e iniciar la rehabilitación en las primeras 24 horas. Al alta debe figurar el plan personalizado por parte del Servicio de Rehabilitación y en el informe debe figurar una evaluación funcional de su discapacidad. El 100% de los centros que atiende ictus son evaluados y cumplen estos objetivos.

En resumen, las CC. AA. refieren que el objetivo específico se encuentra dentro de sus Planes de atención al ictus, con proyectos para la rehabilitación precoz con participación de equipos multidisciplinares y mejora de sistemas informáticos, no obstante, se debería impulsar la evaluación del objetivo.

Objetivo específico 3.2. Todo paciente con ictus al alta de su plan de rehabilitación, recibirá una evaluación funcional como apoyo a su integración en la esfera social y laboral.

En quince CC. AA. el objetivo está recogido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento, y en once se han llevado a cabo acciones relacionadas, aunque en ninguna, al igual que en el objetivo específico 3.1, se ha realizado la evaluación del mismo.

Tabla 20: Evaluación funcional al alta del plan de rehabilitación. Inclusión del objetivo, acciones realizadas y porcentaje de cumplimiento del objetivo.

Comunidades autónomas	Objetivo 3.2 incluido en el plan de atención al ictus o documento relacionado	Acciones realizadas en relación al objetivo 3.2	Porcentaje de centros que cumplen el objetivo 3.2
Andalucía	sí	n.d	n.d
Aragón	sí	sí	n.d
Asturias, Principado de	sí	no	n.d
Balears, Illes	sí	sí	n.d
Canarias	sí	sí	35%
Cantabria	sí	sí	100%
Castilla y León	sí	no	n.d
Castilla-La Mancha	sí	sí	n.d
Cataluña	sí	sí	n.d
Comunitat Valenciana	sí	sí	n.d
Extremadura	sí	sí	100%
Galicia	n.d	n.d	n.d
Madrid, Comunidad de	sí	sí	100% Unidades Ictus
Murcia, Región de	sí	no	n.d
Navarra, Comunidad Foral de	sí	sí	100%
País Vasco	sí	sí	100%
Rioja, La	no	n.d	n.d
Ceuta y Melilla (INGESA)	n.d	n.d	n.d

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Cuestionario –AnexoII-.

Se describen a continuación algunas actividades realizadas por las CC. AA.:

- En Asturias: objetivo incluido en los Planes Claves de Atención

Interdisciplinar al Ictus

- En Aragón está incluido en el Plan de Atención al Ictus, y las actividades a realizar están recogidas en el *subproceso 9 Rehabilitación en fase de secuelas.*
- En Islas Baleares el objetivo está en la Estrategia de ictus de Illes Balears 2017-2021: el objetivo específico (OE) VII contempla aumentar el porcentaje de personas con ictus que se reintegran plenamente en su vida personal y social. En las líneas de actuación estratégicas (LAE) siguientes abordan temas relacionados con el objetivo de evaluación funcional como apoyo a su integración en la esfera social y laboral:

  LAE. 36. Asegurar el abordaje de la rehabilitación en la fase aguda de forma integral y precoz.

  LAE. 37. Considerar la rehabilitación en la fase aguda del ictus como un proceso continuo con la rehabilitación después del ingreso hospitalario.

  LAE. 38. Asegurar el abordaje de la rehabilitación en la fase subaguda de forma integral y precoz.

  LAE. 39. Facilitar la reinserción de las personas con ictus en su entorno familiar, social y laboral a través de una rehabilitación integral tanto clínica como funcional, cognitivo-emocional y social.
- En Cantabria: objetivo incluido en el Plan de salud de Cantabria 2014-2019. No hay una evaluación específica aunque está documentado en los informes que recibe el paciente.

  En la línea estratégica de enfermedades cardiocerebrovasculares, en el objetivo (O) 51 refiere que todo paciente con ictus al alta de su plan de rehabilitación recibirá una evaluación funcional como apoyo en su integración en la esfera social y/o laboral.
- En Castilla y León está incluido en el IV Plan de Salud de Castilla y León: Área 4. Disminuir carga de enfermedad.

  Objetivo general (OG) 17. Avanzar en la atención a las personas con enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares disminuyendo la morbilidad y la mortalidad:

Objetivo específico (OE) 50. Potenciar la rehabilitación en procesos cardio y cerebrovasculares en todas las áreas:

Medida 192. Conseguir una rehabilitación precoz y coordinada en los pacientes con ictus, estableciendo un Plan de Rehabilitación integral al alta dirigido a aumentar la autonomía de los pacientes supervivientes al ictus, consensuado por un equipo multidisciplinar e implicando de forma activa a la familia en el proceso de rehabilitación.

- En Extremadura el Plan de Atención al Ictus de Extremadura incluye este objetivo. Todas las áreas de salud cuentan con un Servicio de Medicina Física y Rehabilitación que realiza una valoración del paciente.

  Dentro del Plan las líneas de actuación en el ámbito de la rehabilitación del ictus son:

  LÍNEA 1: Dotación y organización de recursos para la rehabilitación de los pacientes con ictus en todos los hospitales públicos de Extremadura

  LÍNEA 2: Dotación de recursos específicos para neurorrehabilitación en Extremadura

  LÍNEA 3: Planificación del alta médica y la información al paciente y familiares. Dentro de las acciones de la Línea 3 tenemos:

  Elaboración de un protocolo específico para el alta médica al domicilio que incluya:

  - Planificación del alta hospitalaria desde los primeros días de ingreso.
  - Coordinación con el trabajador social del centro hospitalario.
  - Protocolo de información y educación de pacientes, familiares y otros cuidadores.
  - Información que el informe de alta debe contener sobre el proceso rehabilitador.

- En la Comunidad Foral de Navarra el objetivo está incluido en documentos redactados por el Servicio de Rehabilitación neurológica perteneciente al Grupo Proceso Ictus.

- La Comunidad Valenciana tiene el objetivo incluido en el Plan de Atención al Ictus en la Comunitat Valenciana (2019-2023).

  Al alta hospitalaria, se puede seguir su programa rehabilitador en régimen ambulatorio o bien, si las circunstancias funcionales impiden su desplazamiento, en régimen domiciliario.

  Los programas de rehabilitación intensiva hospitalaria que demuestran una mayor supervivencia y menor dependencia se caracterizan por:

  Corta estancia (entre 3 y 4 semanas).

  Alta intensidad (mínimo tres horas de tratamiento rehabilitador diario).

  Intervención de un equipo multidisciplinario experto.

- En el País vasco en todos los informes de alta Hospitalaria figura la puntuación del paciente en una escala funcional.

En resumen, quince CC. AA. incluyen el objetivo en sus planes y de ellas once han iniciado acciones para lograrlo.

El objetivo se encuentra en los planes de actuación en el ictus en diferentes CC. AA. con atención multidisciplinar de una manera coordinada, valorando la rehabilitación precoz y la integración en la esfera social y laboral.

Objetivo específico 3.3. El paciente y la familia recibirán en el hospital la formación adecuada e información para llevar a cabo los cuidados necesarios en el domicilio.

Dieciséis CC. AA. han contestado que incluyen el objetivo dentro del plan de atención del ictus o documento relacionado. Se han realizado acciones relacionadas con el mismo en trece CC. AA., y entre ellas seis (Asturias, Cantabria, Extremadura, Madrid, Navarra y País Vasco) cumplen el objetivo en el 100% de sus centros.

Tabla 21: Número de CC. AA. que realizan acciones sobre el Objetivo 3.3	Objetivo incluido en el plan de atención al ictus o documento relacionado	Acciones realizadas en relación al objetivo	Porcentaje de centros que cumplen el objetivo	Evaluación del objetivo
Andalucía	sí	n.d	n.d	n.d
Aragón	sí	n.d	n.d	n.d
Asturias, Principado de	sí	sí	100%	no

Balears, Illes	sí	sí	n.d	no
Canarias	sí	sí	70%	no
Cantabria	sí	sí	100%	no
Castilla y León	sí	sí	36%	no
Castilla-La Mancha	sí	sí	n.d	no
Cataluña	sí	sí	72%	sí
Comunitat Valenciana	sí	n.d	n.d	n.d
Extremadura	sí	sí	100%	no
Galicia	n.d	n.d	n.d	n.d
Madrid, Comunidad de	sí	sí	100%	sí
Murcia, Región de	sí	sí	1%	no
Navarra, Comunidad Foral de	sí	sí	100%	no
País Vasco	sí	sí	100%	n.d
Rioja, La	sí	sí	n.d	n.d
Ceuta y Melilla (INGESA)	n.d	n.d	n.d	n.d

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Cuestionario –AnexoII-. (n.d.: no disponible).

Se describen a continuación algunos planes y actividades realizadas por las CC. AA.:

- Asturias. Planes Clave de Atención Interdisciplinar al Ictus. Para la evaluación del objetivo se han puesto en marcha las Escuelas de Cuidados de Ictus en Oviedo y Gijón, y se está distribuyendo material formativo de elaboración propia en el resto de Hospitales.
- I. Baleares. Se recoge en la Línea actuación estratégica (LAE) 37: Considerar la rehabilitación en la fase aguda del ictus como un proceso continuo con la rehabilitación después del ingreso hospitalario. Y en las acciones siguientes:

  AC 201 Implicar de forma activa y precoz a la persona afectada y a los cuidadores en el proceso de rehabilitación, y

  AC 202 Establecer programas sistemáticos de educación y formación a las personas afectadas y a los cuidadores.

  Se realiza en la mayor parte de los centros hospitalarios tanto de agudos como de rehabilitación para los pacientes con ictus, pero los registros hospitalarios no están preparados para explotar esta información, aunque está previsto para la evaluación de la Estrategia Autonómica.
- Cantabria: Objetivo incluido en el Plan de salud de Cantabria 2014-2019.

Durante el ingreso hospitalario, los profesionales de rehabilitación informan a los pacientes y sus familiares sobre los cuidados necesarios en el domicilio, terapia ocupacional realiza un plan concreto y contacta en caso necesario con el Centro de Ayudas técnicas. Todos los pacientes reciben la guía "Rehabilitación tras un ictus, una guía para pacientes, cuidadores y familias" que recoge y amplia esta información.

- Castilla y León. Este objetivo está incluido en el IV Plan, Área 4, OG 17, OE 50, medida 192.
- Cataluña: realiza la evaluación de los objetivos a través de los audits hospitalarios que se realizan periódicamente, en los que se recogen datos de todos los pacientes ingresados por ictus en los hospitales de la red pública de Cataluña: Audit-4 (año 2013), pendiente de resultados del Audit-5 (2019)
- Extremadura: el objetivo está incluido en el Plan de Atención al Ictus de Extremadura.
- C. de Madrid: hay heterogeneidad entre los centros aunque en todos se programa formación para los cuidados domiciliarios (en desarrollo un plan central e integral de rehabilitación del Código Ictus). La evaluación del objetivo en los hospitales con Unidad de Ictus (10 hospitales de la CM) está protocolizada, y es un ítem que se recoge en el Registro Código Ictus, el valor estándar es >95%
- C. F. de Navarra: en sus centros hospitalarios se realizan charlas informativas a familiares de pacientes para que puedan llevar a cabo los cuidados necesarios en el domicilio. Declaran que resulta difícil obtener la información adecuada para la evaluación de este objetivo por no tener un buen sistema de registro de la fase subaguda/crónica del ictus.
- En País Vasco los pacientes ingresados en los centros de Rehabilitación (en Euskadi los ingresos de Rehabilitación se realizan en hospitales específicos para ello y no en los hospitales de agudos) reciben charlas y materiales formativos. Además cuenta con el programa OsasunEskola online.

En conclusión, dieciséis CC. AA. incluyen el objetivo en sus planes y trece de ellas refieren haber realizado acciones encaminadas a cumplir el objetivo, tan sólo dos

comunidades autónomas han realizado la evaluación del mismo.

El objetivo se encuentra recogido en los planes de actuación en el ictus en diferentes CC. AA. con atención multidisciplinar de una manera coordinada, valorando la rehabilitación precoz y la integración en la esfera social y laboral.

Objetivo específico 3.4. Las CC. AA. establecerán los mecanismos necesarios para que el informe al alta sea accesible de forma inmediata por los equipos de AP.

No se dispone datos de las CC. AA. con respecto a este objetivo específico 3.4

Objetivo específico 3.5. Las CC. AA. dispondrán de un mapa de recursos sobre los distintos ámbitos de rehabilitación.

Quince CC. AA. declaran que han puesto en marcha medidas para conseguir disponer de un mapa de recursos de rehabilitación.

Tabla 22: Mapa de recursos de rehabilitación. Acciones realizadas.

CC. AA.	Acciones realizadas en relación al objetivo
Andalucía	sí
Aragón	sí
Asturias, Principado de	sí
Balears, Illes	sí
Canarias	sí
Cantabria	sí
Castilla y León	sí
Castilla-La Mancha	no
Cataluña	sí
Comunitat Valenciana	sí
Extremadura	sí
Galicia	n.d
Madrid, Comunidad de	sí
Murcia, Región de	sí
Navarra, Comunidad Foral de	sí
País Vasco	sí
Rioja, La	sí
Ceuta y Melilla (INGESA)	n.d
Total	15

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Cuestionario –AnexoII-.
(n.d.: no disponible)

Se describen a continuación algunas de las actividades realizadas:

- Andalucía. En colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública se están mapeando dichos recursos y se está elaborando una web con el Servicio Andaluz de Salud en que el paciente podrá buscar en su entorno que tipo de recursos tiene accesibles (centros rehabilitación, fisioterapia, asociaciones etc.)
- Aragón. Se describen los centros de rehabilitación (Ver anexo III)
- Asturias. El mapa de recursos con respecto a la rehabilitación lo han dividido por áreas sanitarias. (Ver anexo III)
- I. Baleares. Recogido en la LAE. 40: Unificar la atención rehabilitadora en la comunidad autónoma de las Illes Balears. (Ver anexo III)
- Canarias. La rehabilitación en general no específica de ictus está distribuida en los hospitales públicos en siete islas.
- Extremadura. Dispone de un centro específico de neurorrehabilitación y de servicios de rehabilitación generales (servicios de rehabilitación, centros de salud con fisioterapia y centros de habilitación funcional) (Ver anexo III)
- En Castilla y León sus catorce centros asistenciales cuentan con Servicio de Rehabilitación y están dotados con recursos técnicos básicos para la recuperación de la capacidad motora (fisioterapeutas). Los hospitales de referencia y generales con especialidades (once centros) disponen de terapeutas ocupacionales. Se dispone de la prestación de logopedia en todas las áreas de salud, siendo con recurso propio en siete de los once centros, y en el resto se concierta.
- En Castilla-La Mancha: todos los Servicios de Rehabilitación de los hospitales y hospitales de Día cuentan con los recursos técnicos básicos para la recuperación de la capacidad motora.

  Toledo (adicionalmente el Hospital Nacional de Parapléjicos), Talavera de la Reina, Puertollano, Ciudad Real, Alcázar de San Juan, Cuenca, Guadalajara, Albacete, Valdepeñas, Manzanares, Tomelloso, Hellín, Almansa, Villarrobledo.
- C. de Madrid, en todos los hospitales de área de la comunidad existe Servicio de Rehabilitación, con Fisioterapia y actividad sistemática de

rehabilitación a los pacientes con ictus. Los hospitales con Unidad de Ictus cuentan además con logopedia y terapia ocupacional, y en todos los centros de especialidades existe consulta para fisioterapia ambulatoria. Por otro lado, los tres hospitales con Unidad de Ictus pediátrica cuentan con equipos de rehabilitación, fisioterapia y logopedia específicos para la atención a pacientes pediátricos.

- Navarra: en 2019 se creó un Grupo de Trabajo multidisciplinar llamado "Proceso Ictus". El objetivo es mejorar la atención al ictus en todas sus fases por lo que hay representantes de Neurología vascular, Medicina Interna de hospitales comarcales, Atención Primaria, Rehabilitación, Trabajo Social y personal de gestión de servicios centrales. Se elaboró un documento con un plan de recursos en los distintos ámbitos de rehabilitación. (Ver anexo III)

  En La Rioja, los pacientes que ingresan por ictus en el Hospital San Pedro son valorados por rehabilitación en la fase aguda, en las primeras 24 horas. Cuenta con recursos técnicos básicos para la recuperación motora (fisioterapeutas), y para terapia ocupacional, así como recursos técnicos especializados en la recuperación del lenguaje (logopedas) y en la valoración en la parte emocional y psicológica (neuropsicólogos). La rehabilitación es de forma tanto hospitalaria como ambulatoria. Algunos pacientes, pocos, jóvenes, se derivan al Instituto Guttman o al CEADAC.

  Los pacientes que no pueden ir a su domicilio se derivan a un centro de convalecencia cercano donde reciben fisioterapia.

- C. Valenciana: todos los hospitales deben formar parte de las redes asistenciales, junto con las Unidades de Ictus y los Equipos de Ictus de su ámbito de actuación[6], y tener implantadas vías clínicas, protocolos y procesos asistenciales de atención al ictus que incluyan como mínimo:

  - procesos diagnósticos médicos y quirúrgicos necesarios, así como algoritmos de decisión y tiempos;
  - cuidados estandarizados de enfermería;

[6] http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/PAICV1923C.pdf

- proceso de rehabilitación precoz con valoración de déficit y de discapacidad e inicio de tratamiento.

- País Vasco: se describen tres centros de rehabilitación en la Unidad de Ictus con atención tanto hospitalaria como ambulatoria. Estos centros disponen de recursos técnicos básicos para la recuperación de la capacidad motora y sensitiva (fisioterapeutas) así como para la recuperación específica del lenguaje (logopedas). Los centros hospitalarios son los siguientes:

  Hospital de Leza que atendería los pacientes de la provincia de Araba.

  Hospital de Amara que atendería los pacientes de la provincia de Gipuzkoa.

  Hospital de Gorliz que atendería los pacientes de la provincia de Bizkaia.

Se describe la existencia de recursos de rehabilitación del ictus en gran parte de las CC. AA., por lo que el objetivo podría considerarse prácticamente conseguido. Sería recomendable mantener objetivo orientándolo más a la accesibilidad de los mismos.

Objetivo General 4. Prestar atención y apoyo al paciente con discapacidad y a su familia.

Este objetivo general se evalúa a través de los tres objetivos específicos siguientes:

Objetivo	Grado de consecución
4.1. Los equipos de AP realizarán una valoración integral de los pacientes dados de alta y de sus cuidadores.	Iniciado
4.2. Desarrollar intervenciones en AP, dirigidas a ofrecer apoyo a las familias que cuidan y atienden a personas con ictus	Parcialmente conseguido
4.3 Establecer un sistema de coordinación entre las distintas instituciones con competencias y recursos sociales y sanitarios en las CC.AA. para organizar las prestaciones de apoyo a las personas con discapacidad residual tras el ictus y a sus cuidadores.	Iniciado

Objetivo específico 4.1. Los equipos de AP realizarán una valoración integral de los pacientes dados de alta y de sus cuidadores.

Varias CC. AA. exponen la realización de acciones en relación con el objetivo, no

obstante, se identifican dificultades a la hora de disponer de la información del número de equipos de AP que realizan valoración integral de pacientes dados de alta y de las personas que los cuidan.

Tabla 23: respuestas sobre el Objetivo 4.1	Objetivo incluido en el plan de atención al ictus o documento relacionado	Acciones realizadas en relación al objetivo	Porcentaje de centros que cumplen el objetivo	Evaluación del objetivo
Andalucía	no	no	n.d	n.d
Aragón	si	sí	n.d	n.d
Asturias, Principado de	sí	no	n.d	n.d
Balears, Illes	sí	n.d	100%	sí
Canarias	sí	sí	90%	no
Cantabria	sí	sí	100%	no
Castilla y León	sí	sí	100%	sí
Castilla-La Mancha	sí	sí	100%	no
Cataluña	sí	sí	n.d	no
Comunitat Valenciana	sí	n.d	n.d	n.d
Extremadura	sí	n.d	n.d	n.d
Galicia	n.d	n.d	n.d	n.d
Madrid, Comunidad de	sí	sí	>95%	sí
Murcia, Región de	sí	sí	n.d	n.d
Navarra, Comunidad Foral de	sí	sí	100%	sí
País Vasco	sí	sí	n.d	n.d
Rioja, La	no	n.d	n.d	n.d
Ceuta y Melilla (INGESA)	n.d	n.d	n.d	n.d
Total	14	10		

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Cuestionario –AnexoII-. (n.d.: no disponible)

Acciones realizadas por las CC. AA. en relación con este objetivo:

- Asturias: el objetivo está incluido en el Plan de Atención Interdisciplinar al Ictus
- Aragón: la valoración integral se hacía dentro del programa del crónico complejo o inmovilizado, pero actualmente se ha desarrollado el Plan personal de ictus en OMI-AP (CIAP k89-K90), un plan de actuación específico de seguimiento al paciente tras un ictus.

  El Plan de atención al ictus en Aragón (2019-2022) presenta el cuestionario post stroke checklist (PSC) que ayuda a los profesionales a identificar problemas post-ictus. Recoge aspectos de prevención secundaria, actividades de la vida diaria, movilidad y espasticidad.

- Baleares: el protocolo de atención domiciliaria disponible en AP remarca que en la visita domiciliaria al paciente se debe hacer una valoración integral que incluya la valoración clínica, la funcional y la social, así como asegurar una revisión del estado de salud con especial atención a la racionalización del tratamiento farmacológico. Se evalúa la cobertura de la atención domiciliaria en cada centro de salud, pero no en especial de pacientes con ictus.
- Cantabria: objetivo incluido en el Plan de Salud de Cantabria 2014-2019.En la cartera de servicios de AP, donde están definidas todas las actividades en los servicios de atención a la dependencia, se realizan las baremaciones de valoración de dependencia y el programa de inmovilizados, donde se realiza la evaluación del objetivo.
- Castilla y León: la valoración integral en AP tras el alta hospitalaria se realiza por el personal de enfermería que se pone en contacto en menos de 48 horas con los pacientes. También se realiza la valoración de las personas cuidadoras. La evaluación del objetivo se realiza en todos los centros de AP mediante indicadores propuestos en la cartera de servicios.

  En la Cartera de AP existen dos servicios para cuidadores (no específicos para personas con ictus): Atención a las personas cuidadoras y Educación para la Salud con grupos donde se trabaja en algunas áreas de salud con grupos de personas cuidadoras.
- C. de Madrid evalúa el objetivo a través de indicadores del contrato programa de centro y del cuadro de mando de AP:

INDICADOR	2017	2018	2019
Pacientes con ictus y cifras TA controladas*	Numerador:30.376 Denominador:62.121 Resultado: 48,98%	Numerador: 30.367 Denominador: 63.805 Resultado: 47,59%	Numerador: 31.441 Denominador: 66.583 Resultado: 47,22%
Pacientes con ictus y manejo efectivo del tratamiento**		Numerador: 12.241 Denominador: 105.577 Resultado: 11,59%	Numerador:13.350 Denominador:108.394 Resultado: 12,32%

* Número de pacientes con historia clínica activa y antecedentes de ictus con TA ≤ 140/90 / número de pacientes con historia clínica activa y antecedentes de ictus entre 14 y 79 años.

** Número de pacientes con historia clínica activa y antecedentes de ictus con manejo efectivo del tratamiento / número de pacientes con historia

clínica activa y antecedentes de ictus.

- Navarra: la valoración integral en AP es un elemento fundamental de la Estrategia Navarra de Atención Integrada al Paciente Crónico y pluripatológico. En la actualidad los pacientes con ictus y que además tengan dos o más de las siguientes patologías: EPOC, asma, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, hepática o renal, diabetes o demencia; pueden ser incluidos en esta estrategia.

  Esta valoración global está constituida por una valoración conjunta en AP por parte de medicina, enfermería y trabajo social; y permite realizar un análisis global de la situación del paciente, constituyendo la base para realizar un plan de atención individualizado.

  Se disponen indicadores de seguimiento de dicha estrategia para toda Navarra, para las tres áreas de Salud (Navarra Norte/Este, Estella y Tudela), para cada Centro de Salud y para cada Unidad Básica de Atención (UBA) en AP. De hecho, cada UBA puede acceder a dichos indicadores a través de un cuadro de mandos incluido en la historia clínica de Atención Primaria (actualización semanal).

- En País Vasco: al alta hospitalaria el Servicio de Neurología remite al médico o médica de AP del paciente información sobre su estado clínico, su situación funcional y necesidades específicas de atención. Los centros de AP realizan la evaluación del paciente en el domicilio y también de los cuidadores.

En resumen, diez CC. AA. han realizado acciones para conseguir que los equipos de AP realicen una valoración integral de los pacientes dados de alta y sus cuidadores, de los cuales solo cuatro de ellas lo ha evaluado por lo que se debería tomar más medidas que incidieran en este aspecto.

Sería recomendable mantener objetivo enfocado en la evaluación.

Objetivo específico 4.2. Desarrollar intervenciones en AP, dirigidas a ofrecer apoyo a las familias que cuidan y atienden a personas con ictus.

Hay once CC. AA. que informan de la puesta en marcha de este tipo de intervenciones.

Tabla 24: Intervenciones en AP, dirigidas a ofrecer apoyo a las familias	Intervenciones en AP	Detalle de las intervenciones
Andalucía	sí	Actividades formativas para pacientes y familias en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública , dentro del proyecto ESCUELA de PACIENTES
Aragón	sí	En el nuevo Plan de Ictus en OMI-AP se hace una valoración sociosanitaria y del cuidador principal, además de orientar a las familias en información sobre los trámites para la gestión de dependencia y en caso de que el profesional así lo valore se informa de asociación de ictus (AIDA)
Asturias, Principado de	no	
Balears, Illes	sí	Hay un programa de formación y apoyo entre iguales para cuidadores, no específico de ictus. A nivel comunitario se realizan talleres para personas cuidadoras de pacientes en situación de dependencia. Se ha editado material relacionado: protocolos, guías didácticas, etc.
Canarias	sí	A través de Unidad de Atención a Familiares (UAF) con enfermería de enlace de AP, pero dentro de la atención general (no específica de ictus).
Cantabria	sí	Se realiza el protocolo para el paciente inmovilizado y atención al cuidador. Se siguen las recomendaciones de la vía clínica del ictus.
Castilla y León	sí	Servicio de atención a la persona cuidadora: valoración de la persona y red de apoyo, Educación para la Salud individual. Se recomienda guía para las personas cuidadoras del aula de pacientes. Propuesta de inclusión en el servicio de educación grupal a cuidadores. Apoyo emocional. Reevaluación de la sobrecarga del cuidador. Reevaluación de la calidad de vida. Plan de intervención social establecido. Atención al duelo cuando proceda. Atención a cuidadores en general no específicas de ictus Coordinación con servicios sociales (CEAS) en cuidadores vulnerables, con riesgo de cansancio del cuidador y con cansancio del cuidador. REFERENCIAS: Carteras de AP [7] Guía de atención a persona cuidadora[8]
Castilla-La Mancha	sí	
Cataluña	n.d	
Comunitat Valenciana	sí	
Extremadura	n.d	
Galicia	n.d	
Madrid, Comunidad de	sí	En los planes de atención se hace referencia a la necesidad de valorar la sobrecarga del cuidador y derivarlo a enfermería/medicina para que lo incluya en el programa del cuidador, en marcha en AP desde 2013

[7] https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios/cartera-servicios-atencion-primaria.ficheros/1522344-cartera%20de%20servicios%202019.pdf

[8] https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guias-aula/personas-cuidadoras

Murcia, Región de	no	
Navarra, Comunidad Foral de	sí	En cuanto al apoyo económico, las familias que lo solicitan reciben una valoración de los servicios sociales del propio centro de salud o dependientes del ayuntamiento de la zona. Se realiza una valoración de la necesidad y se solicita ayuda a los servicios de atención domiciliaria (SAD) para que acuda una persona a ayudar en domicilio o, si precisa, compensación económica.
País Vasco	sí	Existen programas piloto en marcha, como el del Hospital Universitario de Basurto
Rioja, La	no	
Ceuta y Melilla (INGESA)	n.d	
Total	**11**	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Cuestionario –AnexoII-. (n.d.: no disponible)

Teniendo en cuenta las respuestas anteriores parece adecuado continuar con este objetivo, favoreciendo el desarrollo de intervenciones en AP dirigidas a ofrecer apoyo a las familias que cuidan a personas con ictus, así como avanzar en la evaluación de las actividades.

Objetivo específico 4.3. Establecer un sistema de coordinación entre las distintas instituciones con competencias y recursos sociales y sanitarios en las CC. AA. para organizar las prestaciones de apoyo a las personas con discapacidad residual tras el ictus y a sus cuidadores.

Trece CC. AA. indican que tienen incluido este objetivo en sus planes de atención al ictus, y siete de ellas han realizado acciones para conseguir un sistema de coordinación entre las distintas instituciones con competencias.

Las acciones llevadas a cabo para establecer este sistema de coordinación entre instituciones, según la información recogida en el Cuestionario, son:

- En Baleares, en el marco del "Plan de atención a las personas con enfermedades crónicas 2016-2021", en su Objetivo 6 se propone "Impulsar una coordinación eficaz entre los servicios sanitarios y los servicios sociales con el objetivo de asegurar una atención integral". Entre las acciones realizadas destaca la creación de una Comisión Sociosanitaria (CSS) con representación de las diferentes áreas y niveles asistenciales sanitarios y de todas las administraciones de servicios sociales (27 miembros). La misión de la CSS es la puesta en común y tratamiento coordinado de determinados casos extremadamente complejos por la situación social y sanitaria del paciente, además de ser un observatorio compartido sobre las

necesidades emergentes para la proyección de los recursos sociales y sanitarios.

Además, se está elaborando un convenio entre el Servicio de Salud y la Dirección General de Dependencia, por el cual las trabajadoras sociales sanitarias puedan acceder al sistema de información de Dependencia, y consultar determinados datos de los expedientes activos a fin de agilizar las gestiones y la coordinación entre Salud y Dependencia.

- Canarias: existe un convenio de colaboración con la Consejería de Derechos Sociales, Igualdad, Diversidad y Juventud; aunque no es específico del ictus si no general.
- En Cantabria desde los servicios de rehabilitación de centros hospitalarios hay una coordinación con el Centro de Accesibilidad y ayudas técnicas para la atención de estos pacientes ingresados, para su valoración en domicilio al alta hospitalaria con el fin de facilitar las ayudas técnicas y adaptaciones necesarias.
- En Castilla y León se han creado las Unidades de Convalecencia Sociosanitaria (UCSS) no específicas de ictus. Existe un convenio de colaboración entre la Gerencia de Servicios Sociales (GSS) y la Gerencia Regional de Salud (GRS). En la actualidad se está tramitando un acuerdo con la Diputación de Valladolid y Gerencia de Servicios Sociales para la creación de UCSS.

  Se ha elaborado un convenio de la GRS con la GSS por el que se establece la gestión conjunta de 114 plazas en residencias de personas mayores, en UCSS para prestar cuidados sanitarios y sociales, de baja intensidad.

  Estas unidades están orientadas para personas en situación de dependencia con un proceso crónico de enfermedad o patología asociada al envejecimiento, como el ictus. En estas unidades se garantiza la calidad de vida y atención integral continuada, promoviendo su autonomía y potenciando sus capacidades.
- En Cataluña se ha elaborado el documento "Consenso catalán sobre evaluación y tratamiento del paciente postictus" difundido a través de

sociedades científicas y colegios oficiales de enfermería y trabajo social[9].

- En Extremadura el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD) es el organismo con competencias en servicios sociales especializados.

  En la actualidad no se dispone de servicios específicos para la atención a las deficiencias permanentes (discapacidad residual) generadas por un ictus o por cualquier tipo de daño cerebral. Sin embargo, si el paciente se encuentra en una situación de dependencia, tendrán derecho a acceder a los siguientes servicios y/o prestaciones del sistema:

  -Prestación económica de cuidados en el entorno. El acceso a una plaza pública de tratamiento de promoción de la autonomía es compatible con la prestación económica de cuidados en el entorno, que se les concede a las personas con dependencia con el fin de facilitar que sean atendidas por personas de su entorno próximo.

  -Servicios de atención diurna. No hay centros diurnos específicos para este colectivo, pero hay 3800 plazas de atención a personas mayores con deterioro cognitivo (unos 230 centros) donde es frecuente que accedan este tipo de perfil si no son menores de 60 años.

  Igualmente, también existe un total de 740 plazas de atención en Centro de Día para personas con discapacidad en Extremadura, repartidas en 31 servicios, si bien para acceder a estas plazas se necesita un informe de adecuación del perfil de la persona por parte del CADEX. En esta red diurna de discapacidad no acceden personas con etiología de ictus si es el diagnóstico principal.

  -Ayuda a domicilio.

  -Servicios residenciales. El grado de dependencia que le haya sido reconocido a la persona le puede dar derecho al acceso a un servicio

9 https://www.lavanguardia.com/vida/20170517/422661092673/sociedades-medicas-catalanas-consensuan-un-documento-para-tratar-el-postictus.html

residencial público. En este sentido, las camas residenciales para personas con ictus que existen son las mismas que para el resto de personas dependientes. Cuando son mayores de 65 años disponen de centros residenciales para personas mayores.

-Camas sociosanitarias. En el resto de casos, Extremadura dispone de una red de camas con diferente intensidad de cuidados, que se tratan como recursos no finalistas y donde las personas con algún tipo de daño cerebral disponen de atención en la fase de deficiencias permanentes.

- En Navarra, de manera transversal, se está trabajando en varias líneas:

  -Plan de Atención Integral Sociosanitario (Distrito Tafalla). Incluye, entre otros, la detección y valoración conjunta a través de los Equipos Operativos de Zona Básica, de personas con necesidades sociosanitarias, el establecimiento de un plan conjunto de actuación con un/a gestor/a de casos bien identificado, así como los objetivos, tareas, calendario y responsables. Además, a nivel de Distrito se dispone de un Equipo de Coordinación Sociosanitaria con capacidad para la gestión directa de recursos asignados a este programa (Equipo de Soporte Domiciliario, centro de día con estancias diurnas y estancias residenciales temporales). Todo ello incorporando la intervención comunitaria conjunta por parte de ambos sistemas de protección.

  -Sistemas de información compartida (proyecto ANDIA Sociosanitario).

  -Definición de procesos de atención integrada, incluyendo el ámbito sociosanitario (por ej. "Atención Sociosanitaria a la persona cuidadora").

Al igual que en el resto del documento, para evaluar este objetivo también se han seguido las indicaciones ya previstas en la Estrategia de 2008.

Las respuestas obtenidas en este punto ponen de manifiesto que las acciones de coordinación sociosanitaria con equipos multidisciplinares llevadas a cabo por las CC. AA. tienen grados de desarrollo muy diferentes.

Conclusiones:

- La mayoría de las CC. AA. declaran que sus planes de atención al ictus incluyen el objetivo de proporcionar al paciente, desde el inicio del proceso,

un plan individual de rehabilitación precoz que permita diagnosticar la discapacidad/déficit, comenzar la intervención de rehabilitación adecuada y prever los recursos futuros. Muchas de ellas realizan acciones en este sentido en todos sus centros. No obstante, es reseñable el hecho de que ninguna CC. AA. manifiesta haber realizado la evaluación de este objetivo, por lo que se debería mantener el objetivo desarrollando este aspecto.

- Casi todos los planes de actuación en el ictus de las CC. AA. recogen el objetivo de proporcionar la evaluación funcional de los pacientes al alta de sus planes de rehabilitación.
- Prácticamente todas las CC. AA. incluyen en sus planes el objetivo de facilitar, a pacientes y familiares, en el hospital, la formación e información necesaria para llevar a cabo los cuidados en el domicilio, y la mayoría han realizado acciones en este sentido. Destaca el hecho de que solamente una comunidad autónoma ha realizado la evaluación de este objetivo.
- Se describe la existencia de un mapa de recursos de rehabilitación del ictus en gran parte de las CC. AA. por lo que el objetivo puede considerarse como prácticamente conseguido. Tal vez debería mantenerse el objetivo orientándolo más a la accesibilidad de los recursos de rehabilitación.
- Diez CC. AA. han realizado acciones para conseguir que los equipos de AP realicen una valoración integral de los pacientes dados de alta y sus cuidadores, de las ellas sólo cuatro las han evaluado, por lo que se debería impulsar el objetivo y enfocarlo hacia la evaluación.
- Once comunidades han realizado actividades en AP para apoyar a las familias que cuidan y atienden a personas con ictus. Parece necesario mantener este objetivo y avanzar en la evaluación de las actividades.
- En algunas CC. AA. se han iniciado acciones de coordinación sociosanitaria con equipos multidisciplinares, estando en grados de desarrollo muy diferentes.

Línea estratégica 4. Formación.

Objetivo general 5. Potenciar la formación de los y las profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de los pacientes con ictus.

Este objetivo general se evalúa a través del siguiente objetivo específico:

Objetivos	Grado de consecución
5.1. Disponer en las CCAA, de un Plan de Formación Continuada para todos los profesionales de AP, de los centros de urgencias y de emergencia y de los Equipos o Unidades de Ictus que garantice la pronta y correcta identificación, traslado y atención de los pacientes con ictus.	Prácticamente conseguido

Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, C. Valenciana, Madrid, R. de Murcia, Navarra, País Vasco y La Rioja, tienen incluidos entre sus objetivos la existencia de un Plan de Formación Continuada, para los profesionales involucrados, sobre identificación, traslado y atención de pacientes con ictus.

- Andalucía, han realizado múltiples actividades formativas desde el Plan Andaluz de Ictus, accesibles en el siguiente enlace http://ictus-andalucia.com/formacion/. Muchas de ellas están acreditadas a través de los sistemas de la Consejería de Salud, algunas se han organizado a través de IAVANTE, de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) y otras directamente desde el Plan:
    - curso de formación sobre "Indicación de trombectomía mecánica en ictus agudo" (IAVANTE - Formación Consejería de Salud y Familias) 2018.
    - curso y libro de ictus para atención primaria.
    - FURIA (formación de urgencias en ictus en Andalucía en todos los hospitales).
    - curso de formación sobre ictus pediátrico 2021.
    - curso sobre FA y anticoagulación (EASP).
    - EASP distintos recursos formativos, https://escueladepacientes.es/neurodegenerativas/ictus/guias-ictus

  Destacar que desde el Plan Andaluz de Ictus se ha organizado un congreso anual de ictus en el que participan todos los profesionales implicados en la

atención.

- Aragón, en su Plan de Atención al Ictus 2019-2022 plantea las líneas de formación. En el plan de formación anual del Servicio Aragonés de Salud y el plan de formación anual de cada sector sanitario se especifican los cursos acreditados en la atención al ictus en Aragón. Además de cursos para especialistas médicos, enfermería y fisioterapia, se hace formación para auxiliares y celadores en movilización de pacientes, técnicos de rayos, etc.
- C. Valenciana realiza campañas de concienciación entre profesionales sanitarios sobre la importancia del tratamiento preventivo antitrombótico (o antiagregante si hay contraindicación) en los pacientes con fibrilación aislada y mayores de 65 años para la prevención primaria del ictus.
- Castilla y León ha diferido para 2021-2022 el Plan de Formación en Ictus que diseñó para el ejercicio 2020, y que incluía formación específica para todos los profesionales implicados en el circuito asistencial al paciente con Código Ictus.
- Cataluña realiza los siguientes cursos oficiales promovidos por el Pla Director:
    - curso de enfermería de ictus con asistencia de 50 profesionales anualmente
    - curso online sobre ictus y Código Ictus para profesionales de urgencias y sistemas de emergencias médicas, accesible en el siguiente enlace: https://es.coursera.org/learn/ictus-agudo-escala-race
    - colaboración con actividades formativas de sociedades científicas, congresos e iniciativas como Angels Initiative
- Extremadura: el Plan de Atención al Ictus no recoge expresamente este objetivo, aunque prioriza la formación de los profesionales del sistema sanitario en el ámbito del ictus, sin embargo en la Estrategia de atención al ictus en fase aguda de Extremadura si está expresamente incluido.

  Los cursos formativos acreditados en el periodo 2017-2020 son:

    - Valoración funcional en el daño cerebral sobrevenido. Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Sociosanitaria. Terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas. - 23 T. ocupacionales y 6 fisioterapeutas.5,6 créditos. Presencial 25 horas
    - Enfermedades cerebrovasculares. Ictus. Manejo y tratamiento.

Asociación para la Formación en la Administración Pública (AFAP) de FSP-UGT. Médicos y enfermeros. 7 créditos. No presencial 35 horas

- Herramientas de evaluación de terapia ocupacional en daño cerebral adquirido (DCA). Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Sociosanitaria. Terapeutas ocupacionales, 20. 2,9 créditos. Presencial 20 horas
- Curso "Abordaje de neurorehabilitación ante un paciente con ictus agudo". Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Extremadura. Fisioterapeutas. 2,2 créditos. Presencial 13 horas
- Angels Day Extremadura formación multidisciplinar del Código Ictus. Sociedad Extremeña de Neurología (SEXNE). Médicos (46) y enfermeros (23). 1 crédito. Jornada Presencial de 8 horas
- Valoración funcional en el daño cerebral sobrevenido. Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Sociosanitaria.Terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas. - 15 T. ocupacionales y 5 fisioterapeutas.5,6 créditos. Presencial 25 horas

Algunos cursos previstos para 2020 se suspendieron temporalmente por la pandemia.

Durante el 2016, antes de la implantación del Protocolo de Teleictus, se realizaron sesiones formativas no acreditadas en todos los hospitales comarcales de la región (Coria, Plasencia, Navalmoral de la Mata, Mérida, Almendralejo, Don Benito, Talarrubias, Zafra y Llerena) sobre la atención al ictus mediante el sistema de Teleictus. Estas sesiones estaban dirigidas a médicos y enfermeros de Urgencias, Medicina Interna y Radiología.

- C. de Madrid, dentro del Plan de Formación Continuada en relación con la atención al ictus en 2017 se han realizado 27 actividades docentes acreditadas dirigidas a AP, SUMMA y Atención Hospitalaria para 786 profesionales con un total de 282,5 horas docentes impartidas. En 2018 han sido 20 actividades formativas dirigidas a 507 profesionales con un total de 260 horas docentes; y en 2019 un total de 35 actividades acreditadas para 785 profesionales y 296 horas docentes.
- Navarra, dentro del Grupo de Estrategia tiempo dependientes, en el que está incluido en Grupo de Trabajo Código Ictus, se ha organizado formación continuada para el año 2020 para todo el personal de atención extrahospitalaria y centros de salud.

  En 2018 y 2019 se han realizado cursos multidisciplinares de 80 personas

que incluían desde técnicos de ambulancias hasta médicos de urgencia. En 2019 se incorporó personal de radiología de urgencias. Esta iniciativa surgió desde la coordinación del Grupo de Trabajo Código Ictus que lleva a cabo Neurología vascular, y gracias a la colaboración entre el Departamento de coordinación de docencia del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, y la iniciativa Angels.

Catorce CC. AA. declaran que han realizado **actividades formativas propias acreditadas** oficialmente sobre la atención al ictus en los últimos tres años, diez de ellas aportan información desglosada sobre los profesionales a los que se han dirigido dichas actividades. Según estos datos la formación se ha encaminado principalmente a enfermeros/-as, médicos/-as de AP y otras especialidades médicas. No toda la información obtenida está desagregada, pero al menos durante los años 2017,2018 y 2019 se ha dado formación acreditada a 1.807 enfermeros/-as, 866 médicos/-as de AP, 522 de otras especialidades médicas, 217 médicos/-as de emergencias y 112, 174 neurólogos/-as, 168 médicos/-as de urgencias, 136 fisioterapeutas, 86 terapeutas ocupacionales, 63 pediatras, 38 médicos/-as rehabilitadores, 14 logopedas y 9 psicólogos/-as. No se recoge ninguna formación para neurólogos/-as infantiles. En total en estos tres años se ha formado a 6.256 profesionales.

Tabla 25. Profesionales a los que se han dirigido las actividades formativas en atención al ictus:

CCAA	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
	Neurólogos/-as			Méd. rehabilitadores			Méd. de urgencias			Emergencias y 112		
Aragón		14	6				2	3	7	5	3	10
Asturias, Principado de	25	25	30		10	10	10					40
Balears, Illes												
Cantabria												
Castilla y León	14			2			22	16	8	1	37	6
Extremadura			6						20			12
Madrid, Comunidad de	249 [a]	220 [a]	[e]	[a]	[a]	[e]	79 [b]	77 [b]	97 [b]	[b]	[b]	[b]
Murcia, Región de	1	1	1				1	1	1	1	1	1
Navarra, Comunidad Foral de	4	4	3				11	10	10	52	20	20
País Vasco		10	30	4	12			10	36	8		
TOTAL	**293**	**274**	**76**	**6**	**22**	**10**	**125**	**117**	**179**	**67**	**61**	**89**

CCAA	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
	Médicos/-as de AP			Enfermeros/-as			Fisioterapeutas			Terap. ocupacionales		
Aragón	34	71	49	35	272	132		18				
Asturias, Principado de	10	20	20	100	100	100		20	15		10	10
Balears, Illes	104		28	93		42	10		5	1		
Cantabria	10			79	50	42	14	6	13	5	2	
Castilla y León	14	38	17	65	43	54	11		1			
Extremadura						23		6	5		23	35
Madrid, Comunidad de	250 [c]	64 [c]	223 [c]	[c]	[c]	[c]	227 [d]	182 [d]	488 [e]	[d]	[d]	[e]
Murcia, Región de	1	1	1									
Navarra, Comunidad Foral de	53	129	164	73	110	128						
País Vasco		94	8	94	51	121	8	2	2			
TOTAL	**476**	**417**	**510**	**539**	**626**	**642**	**270**	**234**	**529**	**6**	**35**	**45**

CCAA	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
	Logopedas			Psicólogos/-as			Pediatras			Otras especialidades médicas		
Aragón												
Asturias, Principado de		4	4									
Balears, Illes	3		3	4		5				27		27
Cantabria										22	42	27
Castilla y León									2	96	51	38
Extremadura												8
Madrid, Comunidad de	[d]	[d]	[e]	[d]	[d]	[e]	[d]	[d]	[e]	[d]	[d]	[e]
Murcia, Región de												
Navarra, Comunidad Foral de							1	24	36	34	44	47
País Vasco										9	19	31
TOTAL	**3**	**4**	**7**	**4**	**0**	**5**	**1**	**24**	**38**	**188**	**156**	**178**

Elaboración propia a partir de los datos del Cuestionario –AnexoII-. ([a]datos agregados para Neurólogos y Méd. Rehabilitadores; [b]datos agregados para Urgencias, Emergencias y 112, [c]datos agregados para Médicos/-as y Enfermeros/-as de AP, [d]datos agregados para Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionales, Logopedas, Psicólogos, Pediatras y otras especialidades, [e]datos agregados además con Neurólogos y Médicos Rehabilitadores)

Conclusiones:

- Casi todas las CC. AA. tienen incluidos entre sus objetivos la existencia de un Plan de Formación Continuada para los profesionales involucrados, sobre identificación, traslado y atención de pacientes con ictus; y la mayoría han realizado actividades acreditadas propias en este sentido.

4. Líneas prioritarias de actuación

La Estrategia en Ictus del SNS fue evaluada en 2013 y entonces se determinó que estaba en desarrollo en todas las CC. AA. aunque con un grado de implantación heterogéneo, y que progresaba en todas sus metas. Actualmente, al comparar los nuevos resultados obtenidos, podemos confirmar que el grado de consecución de los objetivos va aumentando, y que las diferencias entre CC. AA., a la vista de los resultados de algunos indicadores, se van reduciendo.

Hoy por hoy, se han alcanzado en todas las CC. AA. algunos objetivos, como los de la línea estratégica de atención en fase aguda al paciente con ictus, relacionados con la disminución de la mortalidad al mes de producirse el ictus y aumentar la autonomía de los supervivientes. En este sentido, todas las CC. AA. declaran que disponen de una red asistencial de Unidades o Equipos de Ictus según los criterios establecidos en esta Estrategia, y que todos los hospitales de referencia tienen implantado el Código Ictus para la atención prioritaria de todos los pacientes con ictus, independientemente de su forma de llegada.

Por el contrario, hay objetivos que apenas se han iniciado como el de promover pautas de actuación para la atención del ictus pediátrico, o casi todos los objetivos relacionados con prestar atención y apoyo al paciente con discapacidad y a su familia, enmarcado en la línea estratégica de rehabilitación y reinserción. Incluso hay objetivos cuya implementación ha empeorado desde la anterior evaluación como es el de invertir la tendencia de crecimiento de la prevalencia de obesidad, incluido en el objetivo general de reducir la incidencia del ictus.

En el siguiente cuadro puede verse el resumen del grado de consecución de los 26 objetivos específicos de la Estrategia en Ictus del SNS en 2013 y 2020.

Línea Estratégica	Objetivo General	Objetivos específicos	Grado de consecución (2013)	Grado de consecución (2020)
1. Promoción y prevención de la salud: Prevención primaria y secundaria	1. Reducir la incidencia del Ictus	1.1. Detectar precozmente, incluir en programas de seguimiento y controlar a los pacientes de riesgo (hipertensos, diabéticos y dislipémicos).	Iniciado	Prácticamente conseguido
		1.2. Invertir la tendencia actual de crecimiento de la prevalencia de obesidad en la población.	Iniciado	No iniciado
		1.3. Disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en la población adulta (> 15 años) en España (o cualquier Comunidad Autónoma) hasta el 28% (hombres 35% y mujeres 25%).	Parcialmente conseguido	Prácticamente conseguido
		1.4. Aumentar el porcentaje de población que realiza actividad física.	Parcialmente conseguido	Conseguido
		1.5. Los pacientes con cardiopatías embolígenas de alto riesgo recibirán tratamiento anticoagulante o antiagregante	Iniciado	Parcialmente conseguido
		1.6. Los pacientes con ictus y AIT deben mantener el control de los factores de riesgo y recibir tratamiento médico preventivo.	Iniciado	Prácticamente conseguido
		1.7. Las CC AA pondrán en marcha medidas para conocer y aumentar el porcentaje de pacientes que mantienen la adherencia al tratamiento a los cinco años de su inicio.	Iniciado	Parcialmente conseguido
2. Atención en fase aguda al paciente con Ictus	2. Disminuir la mortalidad al mes de producirse el ictus y aumentar la autonomía de los supervivientes	2.1. Aumentar el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento específico antes de las tres horas desde el inicio de síntomas, asumiendo los criterios de Helsingborg.	Parcialmente conseguido (como objetivo)	Prácticamente conseguido
		2.2. Desarrollar campañas de información y actividades de formación a grupos de riesgo identificados, para aumentar el conocimiento de la población en los síntomas alarma y pautas de actuación.	Iniciado y muy escasamente evaluado	Iniciado
		2.3. Las CC AA dispondrán de una red asistencial de Unidades o Equipos de Ictus según los criterios establecidos en el ANEXO de esta Estrategia.	Parcialmente conseguido	Conseguido
		2.4. El Código Ictus estará implantado en todo el territorio de la CA, de modo que todo contacto personalo telefónico de un paciente o familiar con cualquier centro de salud, urgencias u hospital que no sea de referencia, active la derivación inmediata a las unidades y equipos de referencia.	Parcialmente conseguido	Prácticamente conseguido
		2.5. Las zonas básicas dispondrán de un Equipo o Unidad de Ictus de referencia en una isócrona que permita el acceso en 60 minutos por el medio establecido en su plan o programa.	Parcialmente conseguido	Parcialmente conseguido
		2.6. Todo hospital de referencia debe tener implantado el Código Ictus (según los criterios del ANEXO) para la atención prioritaria de todos los pacientes con ictus, independientemente de su forma de llegada.	Parcialmente conseguido	Conseguido
		2.7. Todo hospital que atienda ictus y AIT tendrá implantada una vía clínica, protocolo o proceso asistencial de atención al ictus	Iniciado	Prácticamente conseguido
		2.8. Las CC AA promoverán pautas de actuación para la atención del ictus pediátrico	Apenas iniciado	Iniciado
3. Rehabilitación y reinserción	3. Aumentar el porcentaje de pacientes con ictus que son integrados plenamente en su vida personal y social	3.1. Todo paciente con ictus dispondrá desde el inicio del proceso de un plan individual de rehabilitación precoz que permita diagnosticar la discapacidad y el déficit, comenzar la intervención de rehabilitación adecuada y prever los recursos futuros.	Prácticamente conseguido	Prácticamente conseguido
		3.2. Todo paciente con ictus al alta de su plan de rehabilitación, recibirá una evaluación funcional como apoyo en su integración en la esfera social y laboral.	Iniciado	Parcialmente conseguido
		3.3. El paciente y la familia recibirá en el hospital la adecuada formación e información para llevar a cabo los cuidados necesarios en el domicilio.	Parcialmente conseguido	Parcialmente conseguido
		3.4. Las CC AA establecerán los mecanismos necesarios para que el informe al alta sea accesible de forma inmediata por los equipos de AP.	Iniciado	No evaluado
		3.5. Las CC AA dispondrán de un mapa de recursos sobre los distintos ámbitos de rehabilitación.	Prácticamente conseguido	Prácticamente conseguido
	4. Prestar atención y apoyo al paciente con discapacidad y a su familia	4.1. Los equipos de AP realizarán una valoración integral de los pacientes dados de alta y de sus cuidadores	Iniciado	Iniciado
		4.2. Desarrollar intervenciones en AP, dirigidas a ofrecer apoyo a las familias que cuidan y atienden a personas con ictus.	Iniciado	Parcialmente conseguido
		4.3. Establecer en las CC AA un sistema de coordinación entre las distintas instituciones con competencias y recursos sociales y sanitarios para organizar las prestaciones de apoyo a las personas con discapacidad residual tras el ictus y a sus cuidadores.	Iniciado	Iniciado
4. Formación	5. Potenciar la formación de los y las profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de los pacientes con ictus	5.1 Disponer en las CC AA de un Plan de Formación Continuada para todos los profesionales de AP de los centros de urgencias y de los Equipos o Unidades de Ictus, que garantice la identificación pronta y correcta, el traslado y la atención de los pacientes con ictus.	Prácticamente conseguido	Prácticamente conseguido
5. Investigación	6. Potenciar la investigación en ictus	6.1. EIMSCy las CC AA promoverán, mediante su inclusión en las convocatorias de proyectos de investigación, líneas de investigación interdisciplinarias prioritarias en ictus	Iniciado	No evaluado
		6.2. EIMSCy las CC AA pondrán en marcha medidas que potencien la creación de redes acreditadas de centros de investigación y grupos de excelencia en ictus.	Iniciado	No evaluado

Para expresar el grado de cumplimiento de cada objetivo y tomando como datos los declarados por las CC.AA., se ha utilizado una escala de cinco puntos:

Objetivo no iniciado: Alcanzado por 0-1 CC.AA.

Objetivo iniciado: Alcanzado por 2-10 CC.AA.

Objetivo parcialmente conseguido: Alcanzado por 11-14 CC.AA.

Objetivo prácticamente conseguido: Alcanzado por 15-16 CC.AA.

Objetivo conseguido: 17 CCAA lo han logrado

Teniendo en cuenta las conclusiones de los resultados de la evaluación podemos plantear las siguientes líneas de actuación prioritarias:

⇒ **<u>Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Prevención primaria y secundaria</u>**

Es necesario realizar un abordaje integral de los factores de riesgo comunes a las enfermedades no transmisibles. Para ello, es fundamental desarrollar políticas de salud pública intersectoriales, que promuevan la creación de entornos que faciliten los estilos de vida saludables, en los que las elecciones más sencillas sean las más saludables. Con enfoque de curso de vida que permita a las personas generar salud a lo largo de todas las etapas de la vida, para alcanzar su máximo potencial en salud. En este sentido, contamos con la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, enmarcada en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS, y con el Plan de Actuación sobre Ictus en Europa 2018-2030 que insta a aplicar íntegramente las estrategias nacionales de intervenciones multisectoriales de salud pública, para promover y facilitar un estilo de vida saludable y reducir los factores ambientales (incluida la contaminación atmosférica), socioeconómicos y educativos que aumentan el riesgo de sufrir un ictus.

- **Prevención primaria**

  Todas las cifras de los factores de riesgo abordados (hipertensión, diabetes y dislipemia) así como de la obesidad, muestran una tendencia ascendente en los últimos cinco años con datos. Por lo que parece necesario **mantener y reforzar las acciones encaminadas a promover estilos de vida saludables** que contribuyan a frenar el incremento de la prevalencia de estos factores de riesgo.

  Impulsar la búsqueda activa de pacientes con fibrilación auricular puede valorarse como otra de las medidas para reducir la incidencia de ictus en nuestro medio.

- **Prevención secundaria**

  En todos los Planes de Salud generales o específicos de ictus de las CC. AA. se incluye el objetivo de mantener el control de los factores de riesgo y recibir tratamiento médico preventivo para los pacientes con ictus. Sería conveniente **adaptar las recomendaciones** a la nueva evidencia científica, y llevar a cabo actividades que, tal y como señala el Plan de Actuación sobre Ictus en Europa 2018-2030, garanticen el **acceso a estrategias preventivas clave**: consejos sobre el estilo de vida, antihipertensivos,

hipolipemiantes, antiplaquetarios, anticoagulantes, agentes hipoglucemiantes orales e insulina, endarterectomía carotídea y cierre del FOP (foramen oval permeable).

⇒ **Tratamiento agudo del ictus**

Todas las CC. AA. incluyen el objetivo de aumentar el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento específico antes de las 4,5 horas desde el inicio de síntomas, y muchas además evalúan dicho objetivo mediante indicadores propios o por explotación de registros hospitalarios específicos de fibrinólisis y trombectomía. Para impulsar este objetivo sería conveniente **consensuar con las CC. AA. los indicadores** para medirlo y evaluarlo, así como promover una cultura evaluativa, estableciendo objetivos claros y medibles.

Al igual que en el punto anterior deberían adaptarse las **recomendaciones en el tratamiento**, en concreto en el manejo del ictus isquémico y en la accesibilidad a tratamiento endovascular.

Parece aconsejable **acordar la estrategia de abordaje del ictus pediátrico** ya que según los resultados de este informe, hay importantes diferencias entre las CC. AA. en cuanto al nivel de desarrollo de los planes para tratarlo, y hacerlo en línea con la nueva evidencia existente.

⇒ **Rehabilitación y reinserción**

Se debería impulsar la creación de equipos que puedan **desarrollar sistemas integrados de rehabilitación a lo largo de todo el proceso**; así como todos los objetivos ya propuestos relacionados con la atención y apoyo al paciente con discapacidad y su familia, como la valoración de pacientes y cuidadores por equipos de AP, el fomento de intervenciones dirigidas a ellos desde AP, y el establecimiento de sistemas de coordinación entre instituciones implicadas en la atención a personas con discapacidad residual tras el ictus y a sus cuidadores.

5. Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf
2. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS - Encuesta Nacional de Salud de España 2017; [consultado el 3 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm
3. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS - Registro de Altas de los Hospitales del Sistema Nacional de Salud. CMBD; [consultado el 3 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm
4. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS - Estadísticas, Informes y Recopilaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Mortalidad; [consultado el 3 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/mortalidad.htm
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS [Internet]. Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD; 2014 [citado 3 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD; 2012 [citado 3 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Evaluación de la Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD; 2012
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. SG de Información Sanitaria e Innovación (MSSSI). Base de datos clínicos Atención Primaria BDCAP Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2014.
9. Ministerio de Sanidad. Registro de Atención Actividad Sanitaria Especializada (RAE-CMBD). Actividad y resultados de la hospitalización en el Sistema Nacional de Salud. Año 2018 [Publicación en Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad, 2021.
10. Norrving B, Barrick J, Davalos A, Dichgans M, Cordonnier C, Guekht A, Kutluk K, Mikulik R, Wardlaw J, Richard E, Nabavi D, Molina C, Bath PM, Stibrant Sunnerhagen K, Rudd A, Drummond A, Planas A, Caso V. Action Plan for Stroke in Europe 2018–2030. European

Stroke Journal [Internet]. 29 de octubre de 2018 [consultado el 3 de agosto de 2021];3(4):309-36. Disponible en: https://doi.org/10.1177/2396987318808719

11. Pagès-Puigdemont NP, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapeútica [Internet]. Ars Pharm; 2018 pp. 59(3): 163-172. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf
12. Pastor S, de Celis E, Losantos García I, Alonso de Leciñana M, Fuentes B, Díez-Tejedor E, et al. Development of the Madrid stroke programme: Milestones and changes in stroke trends and mortality from 1997 to 2017. Neuroepidemiology. 2021;55(2):135–40.
13. Prácticas seguras para el uso de anticoagulantes orales. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.

6. Abreviaturas y acrónimos

ACVA	Accidente Cerebrovascular Agudo
AIT	Ataque Isquémico Transitorio
AP	Atención Primaria
BDCAP	Base de Datos Clínicos de Atención Primaria
CC. AA.	Comunidades autónomas
CICAT	Registro Código Ictus Cataluña
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CMBD/RAE-CMBD	Registro de Atención Especializada
CMBD-H	Conjunto Mínimo Básico de Datos – Hospitalización
ENSE	Encuesta Nacional de Salud de España
ESO	European Stroke Organisation
EVA	Enfermedad Vascular Aterosclerótica
HCE	Historia Clínica Electrónica
HTA	Hipertensión Arterial
IMC	Índice de Masa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estadística
INGESA	Instituto de Gestión Sanitaria
INR	Índice Internacional Normalizado
rtPA	Activador tisular del plasminógeno recombinante
SAMU	Servicio de Atención Médica de Urgencia
SNS	Sistema Nacional de Salud
ZBS	Zona Básica de Salud

7. Anexos

Anexo I. Fichas técnicas de los indicadores:

Tasa de altas de hospitalización por ictus
Fórmula de cálculo: [a / b] *1.000 Nº de altas de hospitalización por ictus, en un año ----------x 1.000 Población en ese año
Definiciones: En el numerador se incluyen todas aquellas altas en las que figure como diagnóstico principal algún código de las categorías I60-I69 de la clasificación internacional de enfermedades CIE10ES y de las categorías 430-434 y 436-438 de la clasificación CIE9MC. Corresponde a la categoría ISHMT de la lista conjunta de la OMS.El cambio de clasificación (de CIE9MC a CIE10ES) tuvo lugar el 1 de enero de 2016 para la codificación de la información clínica en los hospitales.
Fuente de datos: Registro de altas de hospitalización (RAE_CMBD). Elaboración Ministerio de Sanidad. Estimaciones de población actual a 1 de Julio. INE
Desagregación: por CC. AA. y por sexo.
Periodicidad: Anual

Incidencia/Casos nuevos en un año de enfermedad cerebrovascular en Atención Primaria
Fórmula de cálculo: [a / b] *100 Nº de personas con diagnóstico de enf. cerebrovascular registradas en un año en AP ----------x 100 Nº de personas con Tarjeta Sanitaria Individual asignadas a AP
Definiciones: Se incluirán en el numerador todas aquellas personas con registro de enfermedad cerebrovascular en historia clínica de atención primaria (códigos CIAP2: K89, K90 y K91) y fecha de apertura en el año. K89 - Isquemia cerebral transitoria; K90 - Accidente cerebrovascular/ictus/apoplejía; K91 - Enfermedad cerebrovascular
Fuente de datos: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Ministerio de Sanidad
Desagregación: por CC. AA. y por sexo.
Periodicidad: Anual
Observaciones: 2013 y 2014, 15 CC. AA.. 2015, 16 CC. AA.. A partir de 2016, 17 CC. AA.. .

Prevalencia diagnosticada de hipertensión arterial en Atención Primaria
Fórmula de cálculo: [a / b] *100 Nº de personas con registro de hipertensión arterial en AP ----------x 100 Nº de personas con Tarjeta Sanitaria Individual asignadas a AP
Definiciones: Se incluirán en el numerador todas aquellas personas en las conste en su historia clínica el diagnóstico de HTA (códigos CIAP2: K86 y K87). K86 - Hipertensión no complicada; K87 - Hipertensión con afectación de órganos diana
Fuente de datos: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Ministerio de Sanidad
Desagregación: por CC. AA. y por sexo.
Periodicidad: Anual
Observaciones: 2013 y 2014, 15 CC. AA.. 2015, 16 CC. AA.. A partir de 2016, 17 CC. AA..

Prevalencia diagnosticada de DM tipo 2 (no insulino-dependiente) en Atención Primaria
Fórmula de cálculo: [a / b] *100 Nº de personas con diagnóstico de diabetes mellitus (DM) tipo 2 registradas en AP ----------x 100 Nº de personas con Tarjeta Sanitaria Individual asignadas a AP
Definiciones: Se incluirán en el numerador todas aquellas personas con registro de DM tipo 2 en historia clínica de atención primaria (código CIAP2: T90) T90 - Diabetes mellitus no insulinodependiente
Fuente de datos: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Ministerio de Sanidad
Desagregación: por CC. AA. y por sexo.
Periodicidad: Anual
Observaciones: 2013 y 2014, 15 CC. AA.. 2015, 16 CC. AA.. A partir de 2016, 17 CC. AA..

Prevalencia diagnosticada de trastornos del metabolismo lipídico en Atención Primaria
Fórmula de cálculo: [a / b] *100 Nº de personas con diagnóstico de trast. del metabolismo lipídico registradas en AP ----------x 100 Nº de personas con Tarjeta Sanitaria Individual asignadas a AP
Definiciones: Se incluirán en el numerador todas aquellas personas con registro de trastornos del metabolismo lipídico en historia clínica de atención primaria (código CIAP2: T93)

T93 - Trastornos del metabolismo lipídico
Fuente de datos: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Ministerio de Sanidad
Desagregación: por CC. AA. y por sexo.
Periodicidad: Anual
Observaciones: 2013 y 2014, 15 CC. AA.. 2015, 16 CC. AA.. A partir de 2016, 17 CC. AA..

Prevalencia de obesidad
Fórmula de cálculo: [a / b] *100 Nº de personas encuestadas con IMC por encima de los valores señalados en las definiciones ----------x 100 Total de personas incluidas en la encuesta
Definiciones: El índice de masa corporal (IMC) se calcula a partir del peso y la talla declarados por la persona entrevistada (peso/talla2). Se considera que una persona presenta obesidad cuando IMC es igual o superior a 30 Kg/m2.
Fuente de datos: Encuesta Nacional / Europea de Salud Española (ENSE/EESE). Elaboración Ministerio de Sanidad /INE.
Desagregación: por CC. AA., por sexo y grupos de edad.
Periodicidad Trienal

Prevalencia de fumadores diarios
Fórmula de cálculo: [a / b] *100 Nº de personas encuestadas mayores de 15 años que declaran consumir tabaco diariamente en el momento de la entrevista ---------- x 100 Total de personas encuestadas de 15 y más años (o 16 y más años según el año de la encuesta)
Definiciones: Se considera fumadora a toda aquella persona que consume tabaco a diario, independientemente de la cuantía
Fuente de datos: Encuesta Nacional / Europea de Salud Española (ENSE/EESE). Elaboración Ministerio de Sanidad/INE.
Desagregación: por CC. AA., por sexo y grupos de edad.
Periodicidad Trienal

Prevalencia de sedentarismo
Fórmula de cálculo: [a / b] *100 Número de personas que se declaran sedentarias ---------- x 100 Total de personas encuestadas
Definiciones: Se considera sedentaria a toda aquella persona que no hace ejercicio en el tiempo libre, ocupando el tiempo de manera casi completamente sedentaria

Fuente de datos: Encuesta Nacional / Europea de Salud Española (ENSE/EESE). Elaboración Ministerio de Sanidad/INE.
Desagregación: por CC. AA., por sexo y grupos de edad.
Periodicidad Trienal

Porcentaje de pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular en tratamiento con anticoagulantes/antiagregantes
Fórmula de cálculo: [a / b] *100 Nº de personas con diagnóstico de fibrilación auricular registradas en AP a los que se han dispensado al menos un envase de antiagregantes y/o anticoagulantes ----------x 100 Nº de personas con diagnóstico de fibrilación auricular registradas en AP
Definiciones: Se incluyen las personas con FA (código de CIAP2: K78 - Fibrilación auricular/aleteo auricular). Para el numerador se incluirán las personas a las que se haya dispensado en el año al menos un envase de un anticoagulante y/o antiagregante (grupos ATC: B01AA - ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K, B01AC - INHIBIDORES DE LA AGREGACION PLAQUETARIA, B01AE - INHIBIDORES DIRECTOS DE LA TROMBINA, B01AF - INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTO XA).
Fuente de datos: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). MS
Desagregación: por CC. AA. y por sexo.
Periodicidad: Anual
Observaciones: 2017 datos disponibles de 12 CC. AA..

Control de INR en pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular (anticoagulados)
Fórmula de cálculo: [a / b] *100 Número de personas mayores de 65 años con diagnóstico de fibrilación auricular y cifras INR entre 1,8 y 3,4 / 2 y 3 en AP. ---------- x 100 Número de personas mayores de 65 años con diagnóstico de fibrilación auricular con registro de cifras de INR en atención primaria.
Definiciones: Se incluirán las personas con registro de fibrilación auricular en la historia clínica de atención primaria (código CIAP2: K78) en las que conste al menos un registro de cifras de INR en el año de estudio, teniéndose en cuenta el último valor disponible
Fuente de datos: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Ministerio de Sanidad
Desagregación: Por sexo y edad
Periodicidad Anual
Observaciones: Años 2013 y 2014, 5 CC. AA. 2015, 6 CC. AA. 2016, 8 CC. AA. 2017, 9 CC. AA.

Porcentaje de pacientes con diagnóstico de enf. cerebrovascular en tratamiento con antiagregantes
Fórmula de cálculo: [a / b] *100 Nº de personas con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular registradas en AP (ECeV) a los que se han dispensado al menos un envase de antiagregantes ----------x 100 Nº de personas con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular registradas en AP
Definiciones: Se incluyen las personas con ECeV (códigos de CIAP2: K89 - Isquemia cerebral transitoria; K90 - Accidente cerebrovascular/ictus/apoplejía; K91 - Enfermedad cerebrovascular; K92 - Enfermedad arterial periférica). Para el numerador se incluirán las personas a las que se haya dispensado en el año al menos un envase de un antiagregante (grupos ATC: B01AC - INHIBIDORES DE LA AGREGACION PLAQUETARIA).
Fuente de datos: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Ministerio de Sanidad
Desagregación: por CC. AA. y por sexo.
Periodicidad Anual
Observaciones: 2017 datos disponibles de 12 CC. AA..

Porcentaje de pacientes con diagnóstico de enf cerebrovascular en tratamiento con anticoagulantes
Fórmula de cálculo: [a / b] *100 Nº de personas con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular registradas en AP (ECeV) a los que se han dispensado al menos un envase de anticoagulantes ----------x 100 Nº de personas con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular registradas en AP
Definiciones: Se incluyen las personas con ECeV (códigos de CIAP2: K89 - Isquemia cerebral transitoria; K90 - Accidente cerebrovascular/ictus/apoplejía; K91 - Enfermedad cerebrovascular; K92 - Enfermedad arterial periférica). Para el numerador se incluirán las personas a las que se haya dispensado en el año al menos un envase de un anticoagulante y/o antiagregante (grupos ATC: B01AA - ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K, B01AE - INHIBIDORES DIRECTOS DE LA TROMBINA, B01AF - INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTO XA).
Fuente de datos: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Ministerio de Sanidad
Desagregación: por CC. AA. y por sexo.
Periodicidad Anual
Observaciones: 2017 datos disponibles de 12 CC. AA..

Control de INR en pacientes con diagnóstico de Enf cerebrovascular (anticoagulados)

Fórmula de cálculo: [a / b] *100 Número de personas mayores de 65 años con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular y cifras INR entre 1,8 y 3,4 / 2 y 3 en atención primaria. ---------- x 100 Número de personas mayores de 65 años con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular con registro de cifras de INR en atención primaria.
Definiciones: Se incluirán las personas con registro de enfermedad cerebrovascular en la historia clínica de atención primaria (códigos CIAP2: K89, K90 y K91) en las que consta al menos un registro de cifras de INR en el año de estudio, teniéndose en cuenta el último valor disponible...
Fuente de datos: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Ministerio de Sanidad
Desagregación: Por sexo y edad
Periodicidad Anual
Observaciones: Años 2013 y 2014, 5 CC. AA.. 2015, 6 CC. AA.. 2016, 8 CC. AA.. 2017, 9 CC. AA..

Tasa de mortalidad por ictus
Fórmula de cálculo: [a / b] *100.000 Número de defunciones causadas por ictus, en un año ---------- x 100.000 Población en ese año
Definiciones: En el numerador se incluyen todas aquellas muertes cuya causa principal esté codificada con los códigos I60-I64 de la clasificación internacional de enfermedades (CIE), 10ª revisión. Al ser tasas ajustadas por edad se utiliza como población estándar la población europea.
Fuente de datos: Defunciones según causa de muerte. INE. Elaboración Ministerio Sanidad. Estimaciones de población actual. INE.
Desagregación: Por comunidad autónoma y por sexo
Periodicidad Anual

Tasa de mortalidad prematura por ictus
Fórmula de cálculo: [a / b] *100.000 Número de defunciones en menores de 75 años causadas por ictus, en un año ---------- x 100.000 Población menor de 75 años, en ese año
Definiciones: En el numerador se incluyen todas aquellas muertes cuya causa principal esté codificada con los códigos I60-I64 de la clasificación internacional de enfermedades (CIE), 10ª revisión. Al ser tasas ajustadas por edad se utiliza como población estándar la población europea.
Fuente de datos: Defunciones según causa de muerte. INE. Elaboración Ministerio Sanidad. Estimaciones de población actual. INE.
Desagregación: Por comunidad autónoma y por sexo

Periodicidad Anual

Anexo II. Cuestionario

1) ¿Disponen en su CA de un plan específico de atención al ictus?

SI / NO

Si las respuestas son afirmativas adjunte por favor el vínculo o enlace al documento del plan

LINEA ESTRATÉGICA 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Objetivo general 1: Reducir la incidencia del ictus

Objetivo específico 1.1: Detectar precozmente e incluir en programas de seguimiento y controlar a los pacientes de riesgo (hipertensos, diabéticos y dislipémicos)

2) ¿Existen en su CA programas de seguimiento y control de pacientes con hipertensión arterial (HTA) en atención primaria (AP)?

SI / NO

PERIODICIDAD

COMENTARIO

Objetivo específico 1.6: Los pacientes con ictus y AIT deben mantener el control de los factores de riesgo y recibir tratamiento médico preventivo

3) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?

SI / NO

COMENTARIO

4) En caso afirmativo, ¿se ha evaluado dicho objetivo?

SI / NO

(si) COMO?

(no)COMENTARIO

Objetivo específico 1.7: Las CC. AA. pondrán en marcha medidas para conocer y aumentar el porcentaje de pacientes que mantienen la adherencia al tratamiento a los 5 años

5) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?

SI / NO

COMENTARIO

6) En caso afirmativo, ¿se ha evaluado dicho objetivo?

SI / NO

(si) COMO?

(no) COMENTARIO

7) ¿Se han puesto en marcha medidas para reforzar, en un futuro, la adherencia al tratamiento a los 5 años?

SI / NO

COMENTARIO

8) Describa brevemente las medidas tomadas y las dificultades encontradas:

LINEA ESTRATÉGICA 2: ATENCIÓN EN FASE AGUDA AL PACIENTE CON ICTUS

Objetivo general 2: Disminuir la mortalidad al mes de producirse el ictus y aumentar la autonomía de los supervivientes.

Objetivo 2.1: Aumentar el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento específico antes de las 4,5 horas desde el inicio de síntomas asumiendo los criterios de Helsingborg.

9) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?

SI / NO

COMENTARIO

10) En caso afirmativo, ¿se ha evaluado dicho objetivo?

SI / NO

(si) COMO?

(no)COMENTARIO

11) Describa los resultados obtenidos (incluir fórmula y fuente de datos)

Objetivo 2.2: Desarrollar campañas de información y actividades de formación dirigidas a grupos de riesgo identificados, para aumentar el conocimiento de la población en los síntomas alarma y pautas de actuación

12) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?

SI / NO

COMENTARIO

13) Número de campañas de información y actividades de formación a población general y a grupos de riesgo sobre la identificación de síntomas de alarma que se han realizado en su CA en los últimos tres años (2017,2018 y 2019), así como las que están proceso y las que se han evaluado

	Nº Realizadas	Nº en Proceso	Nº Evaluadas
Campañas de Información			
Actividades de Formación			

14) Describa brevemente las campañas de información y actividades de formación llevadas a cabo por su comunidad (población diana, medio de difusión, duración de la actividad, etc. Incluir referencia si existiera)

	Nombre-población diana-medio de difusión-duración-fecha ini/fin
Camp de Información	

Activ de Formación

Objetivo 2.3: Las CC. AA. dispondrán de una red asistencial de Unidades o Equipos de Ictus según los criterios establecidos en el anexo de la Estrategia en Ictus del SNS.

15) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?

SI / NO

COMENTARIO

16) Número de equipos de ictus que hay en su CA que cumplen con los criterios descritos, su localización y el año de puesta en marcha Ver Documento "*CRITERIOS DE UNIDADES Y EQUIPOS DE ICTUS*"

Nº Localización Año puesta en marcha

17) Número de unidades de ictus que hay en su CA que cumplen con los criterios, su localización y el año de puesta en marcha Ver Documento " *CRITERIOS DE UNIDADES Y EQUIPOS DE ICTUS* "

Nº Localización Año puesta en marcha

18) Enumere los hospitales de referencia para la atención al ictus que hay en su CA que cumplen con los criterios descritos e indique su localización y año de puesta en marcha (Ver Documento "*CRITERIOS DE UNIDADES Y EQUIPOS DE ICTUS* ")

Nº Localización Año puesta en marcha

Objetivo 2.4: El Código Ictus estará implantado en todo el territorio de la CA, de modo que todo contacto personal o telefónico de un paciente o familiar con cualquier centro de salud, urgencias, emergencias u hospital que no sea de referencia, active la derivación inmediata a las unidades y equipos de referencia.

19) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?

SI / NO

COMENTARIO

20) Grado de nivel de implantación (%) del Código Ictus en su CA. Definir fórmula

% formula

21) ¿Existe en su CA implantado algún sistema de teleictus?

SI / NO

COMENTARIO

22) ¿Existe en su CA algún registro de Código Ictus?

SI / NO

COMENTARIO

23) ¿Existe en su CA algún registro de pacientes que reciben tratamiento de reperfusión?

SI / NO

COMENTARIO

Objetivo 2.5: Las zonas básicas dispondrán de un Equipo o Unidad de Ictus de referencia en una isócrona que permita el acceso en 60 minutos por el medio establecido en su plan o programa.

24) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?

SI / NO

COMENTARIO

25) Porcentaje de zonas básicas de su CA que disponen de un equipo o unidad de ictus de referencia que cumpla con las características mencionadas en este objetivo

%

COMENTARIO

26) ¿Utilizan algún medio específico, como por ejemplo telemedicina, en situaciones de gran lejanía hasta el centro de referencia?

SI / NO

(si) CUAL?

Objetivo 2.6: Todo hospital que atiende ictus debe tener implantado el Código Ictus (según los criterios establecidos en el documento adjunto " Código Ictus ") para la atención prioritaria de todos los pacientes con ictus, independientemente de su forma de llegada

27) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?

SI / NO

COMENTARIO

28) Número de hospitales que atienden ictus y porcentaje de ellos que tienen implantado el código ictus de forma completa (Enumere los hospitales de referencia que tienen implantado el código ictus)

(Tener implantado el código ictus de modo completo significa que el código ictus esté implantado intrahospitalariamente y extrahospitalariamente)

Nº %

Nombre Localización Hosp. De referencia

29) Número y porcentaje de hospitales que atienden ictus que tienen implantado el Código Ictus de forma completa entre los cuales se aplica tratamiento de reperfusión endovascular de urgencia (durante las 24 horas) en la atención del ictus

Nº %

Nombre Localización Hosp. De referencia

Objetivo 2.7: Todo hospital que atienda ictus y AIT tendrá implantada una vía clínica, protocolo o proceso asistencial de atención al ictus.

Aclaraciones: Incluirá como mínimo

- *Los procesos diagnósticos, médicos y quirúrgicos necesarios, así como algoritmos decisorios y tiempos máximos de realización de neuroimagen, fibrinólisis, prevención de tromboembolismo y otros*

- *Los cuidados estandarizados de enfermería*
- *Proceso de rehabilitación precoz con valoración de déficit y de discapacidad e inicio de tratamiento.*
- *Atención neuroquirúrgica y neurorradiológica intervencionista*
- *La persona (gestor de casos u otra figura) que coordine el proceso asistencial y se adelante a las necesidades que les surgen a los pacientes durante el proceso*

30) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?

SI / NO

COMENTARIO

31) Porcentaje de hospitales que atienden ictus y AIT que cumplen con el objetivo

%

Objetivo 2.8: Las CC. AA. promoverán pautas de actuación para la atención del ictus pediátrico

32) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?

SI / NO

COMENTARIO

33) ¿Se han realizado acciones en los últimos tres años (2017,2018 y 2019) para promover pautas de actuación en la atención del ictus pediátrico?

SI / NO

COMENTARIO

34) Describa brevemente las acciones llevadas a cabo por su CA (Programa específico para la atención del ictus pediátrico, hospitales de referencia o unidades asistenciales especializadas, red telefónica, formación de neuropediatras en esta patología, fomento de la investigación en este campo, etc…)

35) Si existe el plan por favor adjunte el vínculo o enlace al mismo

LINEA ESTRATÉGICA 3: REHABILITACIÓN REINSERCIÓN

Objetivo general 3: Aumentar el porcentaje de pacientes con ictus que son integrados plenamente en su vida personal y social

Objetivo 3.1: Todo paciente con ictus dispondrá desde el inicio del proceso de un plan individual de rehabilitación precoz que permita diagnosticar la discapacidad/déficit, comenzar la intervención de rehabilitación adecuada y prever los recursos futuros

36) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?

SI / NO

COMENTARIO

37) ¿Se ha realizado dicho objetivo?

SI / NO

(si)% centros

(no) COMENTARIO

38) ¿Se ha evaluado dicho objetivo?

SI / NO

(si) COMO?

(no) COMENTARIO

39) Describa los resultados obtenidos (incluir fórmula y fuente de datos)

Objetivo 3.2: Todo paciente con ictus al alta de su plan de rehabilitación, recibirá una evaluación funcional como apoyo en su integración en la esfera social y/o laboral.

40) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?

SI / NO

COMENTARIO

41) ¿Se ha realizado dicho objetivo?

SI / NO

(si)% centros

(no) COMENTARIO

42) ¿Se ha evaluado dicho objetivo?

SI / NO

(si) COMO?

(no) COMENTARIO

43) Describa los resultados obtenidos (incluir fórmula y fuente de datos)

Objetivo 3.3: El paciente y la familia recibirán en el hospital la adecuada formación e información para llevar a cabo los cuidados necesarios en el domicilio

44) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?

SI / NO

COMENTARIO

45) ¿Se ha realizado dicho objetivo?

SI / NO

(si)% centros

(no) por qué? /dificultades

46) ¿Se ha evaluado dicho objetivo?

SI / NO

(si) COMO?

(no) por qué? /dificultades

47) Describa los resultados obtenidos (incluir fórmula y fuente de datos)

Objetivo 3.5: Las CC. AA. dispondrán de un mapa de recursos sobre los distintos ámbitos de rehabilitación

48) ¿Se han puesto en marcha medidas en su CA para conseguir este objetivo?

SI / NO

COMENTARIO

49) Describa en su CA:

i. Los centros de rehabilitación que existen en el tratamiento del ictus:

- Descripción de la localización
- Recursos con los que cuenta para la rehabilitación del ictus
- Áreas de rehabilitación que abarca

ii. Si son de ámbito ambulatorio u hospitalario

iii. Coordinación existente en su CA:

Centro de rehabilitación-
Fisioterapeutas/Logopedas-
Localidad
Recursos-
Áreas-
Amb. /Hospit

50) Enviar el mapa de recursos de su CA en materia de rehabilitación del ictus, especificando aquellos que cuenten con servicios de logopedia y fisioterapia

<u>Objetivo general 4: Prestar atención y apoyo al paciente con discapacidad y a su familia</u>

Objetivo 4.1: Los equipos de AP realizarán una valoración integral de los pacientes dados de alta y de sus cuidadores.

51) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?

SI / NO

COMENTARIO

52) ¿Se ha realizado dicho objetivo?

SI / NO

(si)% centros

(no)COMENTARIO

53) ¿Se ha evaluado dicho objetivo?

SI / NO

(si) COMO?

(no)COMENTARIO

54) Describa los resultados obtenidos (incluir fórmula y fuente de datos)

Objetivo 4.2: Desarrollar intervenciones en AP, dirigidas a ofrecer apoyo a las familias que cuidan y atienden a personas con ictus

55) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?

SI / NO

COMENTARIO

56) ¿Se han realizado intervenciones de este tipo en AP en su comunidad?

SI / NO

COMENTARIO

57) Describa brevemente las intervenciones llevadas a cabo por su comunidad en los últimos tres años (2017,2018 y 2019) y el tipo de apoyo prestado (psicológico, informativo, económico…) así como las dificultades encontradas (incluir referencia si existiera)

Objetivo 4.3: Establecer en las CC. AA. un sistema de coordinación entre las distintas instituciones con competencias y recursos sociales y sanitarios para organizar las prestaciones de apoyo a las personas con discapacidad residual tras el ictus y a sus cuidadores.

58) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?

SI / NO

COMENTARIO

59) ¿Se han realizado acciones en su CA para cumplir con este objetivo?

SI / NO

COMENTARIO

60) ¿Tiene su CA algún acuerdo de colaboración con Servicios Sociales para la atención de estos pacientes?

SI / NO

COMENTARIO

61) Describa brevemente las acciones llevadas a cabo por su comunidad y para qué tipo de discapacidad, así como las dificultades encontradas:

LINEA ESTRATÉGICA 4: FORMACIÓN

Objetivo general 5: Potenciar la formación de los y las profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de los pacientes con ictus

Objetivo 5.1: Disponer en las CC. AA., de un Plan de Formación Continuada para todos los profesionales de AP, de los centros de urgencias y de emergencia y de los Equipos o Unidades de Ictus que garantice la pronta y correcta identificación, traslado y atención de los pacientes con ictus

62) ¿Está dicho objetivo incluido en el plan de atención al ictus o en algún otro documento relacionado de su CA?

SI / NO

COMENTARIO

63) ¿Se han realizado actividades formativas propias acreditadas oficialmente sobre la atención al ictus en su CA en los últimos tres años?, especifique el número de los siguientes profesionales que han cursado los curso de formación continua, para las siguientes profesionales sanitarios, para los años especificados:

neurólogos/-as, médicos/-as rehabilitadores, médicos de urgencias, emergencia y de los 112, médicos/-as de atención primaria, fisioterapeutas, enfermeros/-as, neurólogos infantiles, logopedas, psicólogos, pediatras, etc. (RELLENAR TABLA ADJUNTA)

	2017	2018	2019
Neurólogos/-as			
Médicos/-as rehabilitadores			
Médicos/-as de urgencias			
Emergencias y 112			
Médicos/-as de AP			
Enfermeros/-as			
Fisioterapeutas			
Terapeutas ocupacionales			
Neurólogos/-as infantiles			
Logopedas			
Psicólogos/-as			
Pediatras			
Otras especialidades médicas			

ICTUS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

64) En los meses de pandemia, ¿se ha modificado la frecuencia de ictus?

SI / NO

COMENTARIO

65) En los meses de la pandemia, ¿se ha modificado el uso del Código Ictus?

SI / NO

COMENTARIO

66) Describa brevemente qué política se ha seguido en las Unidades de Ictus con los ictus COVID+ (Por ejemplo: ¿tratarlos en las Unidades de Ictus?, ¿en las salas COVID?, ¿camas COVID en las Unidades de Ictus?, ¿unidades conjuntas coronaria-ictus COVID?)

67) ¿Se ha aplicado el Código Ictus al ictus intrahospitalario en pacientes COVID?

SI / NO

COMENTARIO

22 de abril de 2020

ANEXO AL CUESTIONARIO:

CRITERIOS DE UNIDADES Y EQUIPOS DE ICTUS

NIVELES ASISTENCIALES EN LA ATENCIÓN DE LA FASE AGUDA DEL ICTUS

Consideramos tres tipos de hospitales en lo que se refiere a la atención al paciente con ictus:

a) HOSPITALES CON EQUIPOS DE ICTUS.

Estos hospitales deben garantizar una atención organizada al ictus que ha de incluir como mínimo:

- Equipo de ictus, coordinado por un neurólogo experto en ictus.

- Protocolos clínicos de actuación.

- Protocolos de derivación interhospitalarios previamente consensuados.

- TC cerebral las 24 horas del día.

- Fisioterapia.

El equipo de ictus representa el nivel básico de atención al ictus. Debe de estar preparado para diagnosticar y tratar los ictus sabiendo cuándo derivar a otro nivel asistencial. Su principal y fundamental característica es la rápida disponibilidad del personal que lo compone. Están formados por un grupo móvil interdisciplinario que trabaja de forma conjunta para asegurar la mejor atención al paciente en cada momento. El número de profesionales que integran el equipo será diferente según el grado de complejidad del hospital, y su composición variará a lo largo de la enfermedad para adaptarse a las necesidades del paciente en la fase aguda y durante el proceso de rehabilitación. Debe haber un neurólogo responsable, experto en ictus, coordinando y dando apoyo profesional en las diferentes fases de la enfermedad.

b) HOSPITALES CON UNIDADES DE ICTUS.

Este tipo de hospital está dotado con el personal, infraestructura y programas necesarios para estabilizar y tratar a la mayoría de los pacientes con ictus durante su fase aguda. Los elementos mínimos, modificados de los descritos por Alberts et al de ese tipo de hospitales, son:

- Unidad de Ictus. Los requisitos básicos para su correcto funcionamiento son:

  o Existencia de camas específicas.

  o Disponer de un neurólogo en función de coordinador, experto en enfermedades cerebrovasculares.

  o Programa de trabajo coordinado con otros especialistas implicados (cirugía vascular, neuroradiología, cardiología, rehabilitación, geriatría).

  o Neurólogo de guardia, preferentemente de presencia física.

  o Protocolos diagnóstico-terapéuticos.

  o Monitorización multiparámetro no invasiva (ECG y detección de arritmias, oximetría, presión arterial).

  o Equipo de enfermería experto en enfermedades cerebrovasculares.

  o Protocolos de enfermería.

  o Laboratorio de Neurosonología para estudio neurovascular a cargo de la unidad.

- Circuitos establecidos con el Servicio de Urgencias Extrahospitalario para el traslado inmediato de los pacientes. Código Ictus.

- Servicio de Urgencias.

- Acceso a Neurocirugía.

- UCI disponible.

- TC cerebral disponible las 24 horas del día.

- Servicio de Laboratorio de urgencias las 24 horas del día.

- Rehabilitación multidisciplinaria.

- Registro de ictus.

- Acceso rápido y preferente a los hospitales de alta tecnología para la aplicación de técnicas diagnósticas y/o terapéuticas muy específicas

Es vital que los servicios médicos de emergencia estén integrados con el centro de ictus: debe ser un componente integral de este tipo de centros.

Aunque estos centros proveen una alta calidad en la atención a los pacientes, algunos pacientes con formas de ictus complejas, con déficit neurológico importante o con enfermedad multiorgánica, pueden requerir y beneficiarse de una AE así como de los recursos técnicos no disponibles en este tipo de hospitales.

c) HOSPITALES DE REFERENCIA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ICTUS.

Están ubicados en hospitales de alta tecnología o terciarios. Se define como aquel que además de la Unidad de Ictus está dotado con el personal, infraestructura y programas necesarios para diagnosticar y tratar a los pacientes con ictus que requieren una atención médica y quirúrgica altamente especializada. Los componentes clave, adaptados de los descritos por Alberts et al de los centros de referencia se pueden dividir en 5 áreas principales:

1. Personal:

- *a. Coordinador del proceso asistencial: neurólogo experto en enfermedades cerebrovasculares.*
- *b. Neurólogos expertos en enfermedades cerebrovasculares.*
- *c. Neurocirujanos expertos en tratamiento quirúrgico de enfermedades cerebrovasculares.*
- *d. Enfermería especializada en enfermedades cerebrovasculares.*
- *e. Cirujanos vasculares.*
- *f. Neuroradiólogos diagnósticos.*
- *g. Médicos expertos en neurointervencionismo endovascular.*
- *h. Intensivistas.*
- *i. Médicos rehabilitadores.*
- *j. Asistentes/trabajadores sociales.*

2. Técnicas diagnósticas avanzadas en:

- *a. Neurosonología.*
- *b. Neuroimagen cerebral.*
- *c. Neuroimagen vascular.*
- *d. Neuroimagen funcional.*
- *e. Ecocardiografía.*

3. Terapéuticas quirúrgicas y neurointervencionistas avanzadas en

- *a. Ateromatosis carotídea.*
- *b. Aneurismas y malformaciones AV intracraneales.*
- *c. Vasoespasmo intracraneal.*
- *d. Reperfusión y recanalización intraarteriales.*
- *e. Hemorragias intracerebrales.*
- *f. Hipertensión intracraneal.*
- *g. Cirugía cardiovascular.*

4. Infraestructura

- *a. Unidad de Ictus.*
- *b. UCI (deseablemente con expertos en cuidados neurológicos).*
- *c. Guardia de Neurología con médicos entrenados en enfermedades cerebrovasculares 24h/7d.*
- *d. Guardia de Neurocirugía 24/7d.*
- *e. Cobertura de servicios neurointervencionistas 24h/7d.*
- *f. Registro de ictus.*

5. Programas educación/investigación

a. Educación comunitaria.

b. Prevención comunitaria.

c. Educación profesional.

d. Educación de los pacientes.

e. Programas propios de investigación en enfermedades cerebrovasculares.

f. Programa de formación especializada.

g. Publicaciones y presentaciones en congresos.

ANEXO AL CUESTIONARIO:

<u>Código Ictus</u>

En la cadena asistencial del ictus es fundamental establecer sistemas que favorezcan una interconexión precisa entre los servicios de emergencia extrahospitalarios e intrahospitalarios. El Código Ictus es un sistema que permite la rápida identificación, notificación y traslado de los pacientes con ictus a los servicios de urgencias. De este modo, puede ponerse en marcha el proceso intrahospitalario de diagnóstico y cuidados mientras se traslada al paciente con ictus hasta el Servicio de Urgencias.

El tiempo hasta el inicio del tratamiento es muy importante, ya que cuanto más precozmente se realice el tratamiento con tPA, dentro de las 4, 5 primeras horas, mejores resultados se obtienen. Por ello, es muy importante el que los pacientes lleguen lo antes posible al hospital. Una forma de conseguirlo es la implantación de un sistema de interconexión entre los médicos extrahospitalarios y el neurólogo vascular del hospital, lo que se denomina Código Ictus. Este sistema ha demostrado reducir los tiempos de latencia, lo que se traduce en un mayor porcentaje de recanalización precoz y una mejor evolución clínica de los pacientes.

El Código Ictus incluye el que todo contacto personal o telefónico de un paciente o familiar con cualquier centro de salud, urgencias, emergencias u hospital que no sea de referencia, active la derivación inmediata a las unidades y equipos de referencia.

- Código Ictus extrahospitalario:

El código Ictus está implantado en la mayoría de los sistemas sanitarios avanzados y conecta los sistemas de emergencia con el hospital. Esos sistemas, basados en la coordinación de estructuras administrativas y asistenciales, tienen por objetivo jerarquizar las demandas de atención sanitaria urgente, dándole la respuesta adecuada a su grado de prioridad. En todo el mundo, estos sistemas se basan en un teléfono de recogida de la información perteneciente a una estructura centralizada de respuesta. Esta estructura está compuesta por personal administrativo adiestrado y médico/s de guardia. Suelen disponer de protocolos informatizados que, a través de palabras guía, dan una respuesta concreta y dota de la prioridad alta o menos según criterios pre-fijados. La definición de código implica una serie de acciones a realizar por los servicios de emergencia y la comunicación previa a la unidad o equipo de ictus del Hospital.

- Código Ictus Intrahospitalario:

La aplicación del "Código Ictus" que pone en funcionamiento un equipo de facultativos especifico y que prioriza al paciente con ictus y supone la puesta en marcha de actuaciones y procedimientos pre-fijados en el hospital, se produce como consecuencia de la aplicación del código extrahospitalario o a la llegada de un ictus a la puerta de urgencia del hospital. Dentro de los procedimientos estandarizados que suelen estar integrados en la vía clínica del centro se encuentra la valoración directa por los facultativos del equipo de ictus y la práctica de neuroimagen preferencial, así como la aplicación de la trombolisis cuando está indicada.

En España se ha propuesto que la activación del Código Ictus es útil en la fase aguda del ictus, reduciendo los tiempos de latencia tanto pre- como intrahospitalarios hasta la mitad, permitiendo así el tratamiento de reperfusión con fibrinólisis (rt-PA) a un mayor porcentaje de pacientes de forma más precoz, lo que se traduce en una mejor evolución clínica del paciente.

Anexo III. Mapas de recursos de rehabilitación.

Aragón:

Se describen 7 centros de rehabilitación en el tratamiento del ictus con las siguientes características: Los 7 centros de rehabilitación ubicados en centros hospitalarios con un tratamiento precoz de los pacientes con ictus (menor de 48 horas) a nivel hospitalario. El tiempo de rehabilitación es de 30 minutos por terapia con una frecuencia diaria al ingreso pudiéndose alternar ambulatoriamente. Todos los centros están dotados con recursos técnicos básicos para la recuperación de la capacidad motora (fisioterapeutas), en tres de ellos además presentan terapia ocupacional (HU Miguel Servet, HCU Lozano Blesa y Hospital Nuestra Señora de Gracia) y en uno de ellos, HCU Lozano Blesa, hay valoración con respecto a la parte emocional y psicológica (neuropsicologos). Dos centros (HU Miguel Servet y el HCU Lozano Blesa) disponen también de recursos técnicos especializados en la recuperación del lenguaje.

Los 7 centros hospitalarios son:

- Hospital Universitario Miguel Servet
- Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
- Hospital Nuestra Señora de Gracia
- Hospital Royo Vilanova
- Hospital de Huesca
- Hospital de Barbastro
- Hospital de Teruel

Asturias:

Se describen 14 centros de rehabilitación en el tratamiento del ictus con las siguientes características:
Hay 4 centros de rehabilitación ubicados en centros hospitalarios que realizan rehabilitación de complejidad media-alta en pacientes mayores de 65 años como el Hospital fundación Avilés (concertado), Hospital Monte Naranco, Hospital Adaro (concertado) y Hospital de la Cruz Roja.
Hay 1 centro de rehabilitación ubicado en centro hospitalario como el HU Central de Asturias que hace rehabilitación intensiva de los pacientes menores de 65 años.
Hay 3 centros de rehabilitación ubicado en centros hospitalarios como el Hospital de Jarrio que también presenta atención ambulatoria, Hospital Cangas de Narcea, Hospital Java.
Hay 7 centros de rehabilitación de atención ambulatoria como el Hospital de San Agustín, Hospital de Jarrio, Hospital de día geriátrico, Hospital de Cabueñes, Unidad de atención primaria, Hospital Álvarez Buylla de Mieres y el Hospital Valle del Nalón
Todos los centros están dotados con recursos técnicos básicos para la recuperación de la capacidad motora (fisioterapeutas) y presentan terapia ocupacional. Cuatro centros disponen también de recursos técnicos especializados en la recuperación del lenguaje como son el HU Central de Asturias (que dispone de logopeda y foniatra), el Hospital Monte Naranco (logopeda) en Oviedo, Hospital Fundación Avilés (logopeda) y el Hospital de Cabueñes (foniatra).

Mapa de recursos de rehabilitación en Asturias

AS*	< 65 años C. Alta**	> 65 años C. Media-Alta*** Media estancia	Resto	Ambulatoria	Domiciliaria	Otros
I	HUCA		H. de Jarrio			
II	HUCA		H. de Cangas			
III	HUCA	H. Fundación Avilés		H. San Agustín	Si	
IV	HUCA	H. Monte Naranco		HUCA		
V	HUCA	H. Cruz Roja		H. Cabueñes	Si	H. Jove- hospitalizados
VI	HUCA		Unidades de AP			H. Arriondas no tiene Rehabilitación
VII	HUCA	H. Adaro	H. Álvarez Buylla			
VIII	HUCA	H. Adaro	H. Valle Nalón			

*: Área Sanitaria

AS	Hospital del Área
I	H. de Jarrio
II	H. de Cangas
III	H. San Agustín
IV	HUCA
V	H. Cabueñes /H. Jove
VI	
VII	H. Álvarez Buylla
VIII	H. Valle Nalón

**< 65 años C. Alta: Pacientes <65 años con complejidad alta
***> 65 años C. Media-Alta. Pacientes <65 años con complejidad media-alta

ÁREA SANITARIA I (Hospital de Jarrio): 2 rehabilitadores, 4 fisioterapeutas, 1 terapeutaocupacional.
- Los pacientes menores de 65 años que precisan rehabilitación intensiva son derivados(hospitalizados) al Servicio de Rehabilitación del HUCA (Oviedo)
- El resto de pacientes realizan rehabilitación ambulatoria en el Hospital de Jarrio.
- Los pacientes son remitidos a Oviedo para realizar foniatría y logopedia.

ÁREA SANITARIA II (Cangas del Narcea): 1 rehabilitador, 4 fisioterapeutas.
- Los pacientes menores de 65 años que precisan rehabilitación intensiva son derivados (hospitalizados) al Servicio de Rehabilitación del HUCA (Oviedo)
- El resto de pacientes realizan fisioterapia ambulatoria en el Hospital de Cangas del Narcea.

- Los pacientes son remitidos a Oviedo para realizar foniatría y logopedia.

ÁREA SANITARIA III

- Los pacientes menores de 65 años que precisan rehabilitación intensiva son derivados (hospitalizados) al Servicio de Rehabilitación del HUCA (Oviedo)
- Los pacientes mayores de 65 años con complejidad media-alta se derivan al Hospital Fundación de Avilés (concertado): 5 geriatras, 1 fisioterapeuta, 1 trabajadora social.
- El resto de pacientes realizan fisioterapia ambulatoria en el Hospital San Agustín (cabecera de área): 4 rehabilitadores, 8 fisioterapeutas, 1 logopeda concertado.
- Existe la opción de rehabilitación domiciliaria (concertada): 1 rehabilitador, 2 fisioterapeutas, 1 terapeuta ocupacional.

ÁREA SANITARIA IV

- Los pacientes menores de 65 años con necesidad de rehabilitación de alta complejidad permanecen ingresados en el Servicio de Rehabilitación del HUCA (Oviedo, cabecera de área), y posteriormente continúan con Rehabilitación Domiciliaria en el mismo centro: 4 neurorrehabilitadores, 5 fisioterapeutas especializados en rehabilitación neurológica, 2 terapeutas ocupacionales neurológicos, 1 foniatra, 6 logopedas, 1 trabajadora social.
- Los pacientes mayores de 65 años con complejidad media-alta son hospitalizados en el Hospital Monte Naranco y posteriormente continúan la rehabilitación ambulatoria en el Hospital de Día Geriátrico: 1.5 geriatras, 1.5 rehabilitadores, 4.5 fisioterapeutas, 1 terapeuta ocupacional, 1 foniatra, 3 logopedas, 1 trabajadora social

ÁREA SANITARIA V:

- Los pacientes menores de 65 años que precisan rehabilitación intensiva son derivados (hospitalizados) al Servicio de Rehabilitación del HUCA (Oviedo).

En el Hospital de la Cruz Roja (concertado) ingresan los pacientes mayores de 65 años con nivel de complejidad medio-alto: 6 geriatras, 2.5 fisioterapeutas, 1 logopeda, 1 trabajadora social.

- Existe rehabilitación domiciliaria (concertado) para pacientes de complejidad media: 1 rehabilitador, 2 fisioterapeutas, 1 terapeuta ocupacional.
- En el Hospital de Cabueñes se proporciona rehabilitación ambulatoria al resto de pacientes: 6 rehabilitadores, 8 fisioterapeutas, 1 terapeuta ocupacional, 1 foniatra, 1 logopeda.
- En el Hospital de Jove (concertado) se proporciona rehabilitación solamente a los pacientes ingresados.

ÁREA SANITARIA VI:

- Los pacientes menores de 65 años que precisan rehabilitación intensiva son derivados (hospitalizados) al Servicio de Rehabilitación del HUCA (Oviedo).
- El resto de pacientes se tratan ambulatoriamente en las Unidades de Atención Primaria: 1 rehabilitador, 1 fisioterapeuta en Ribadesella, 1 fisioterapeuta en Llanes, 1 fisioterapeuta en Infiesto, 2 fisioterapeutas en Arriondas.
- Para el tratamiento de logopedia los pacientes son remitidos al HUCA (Oviedo).

ÁREA SANITARIA VII:

- Los pacientes menores de 65 años que precisan rehabilitación intensiva son derivados (hospitalizados) al Servicio de Rehabilitación del HUCA (Oviedo).
- Los pacientes mayores de 65 años con complejidad media-alta ingresan en el Hospital Adaro (concertado): 5 geriatras, 1 fisioterapeuta, 1 logopeda externo, 1 trabajadora social.
- Existe rehabilitación ambulatoria en el Hospital Álvarez Buylla de Mieres para el resto de pacientes: 2 rehabilitadores, 6 fisioterapeutas.
- En caso de necesitar logopedia, son remitidos al Hospital Monte Naranco, de Oviedo.

ÁREA SANITARIA VIII:

- Los pacientes menores de 65 años que precisan rehabilitación intensiva son derivados (hospitalizados)

al Servicio de Rehabilitación del HUCA (Oviedo).

- Los pacientes mayores de 65 años con complejidad media-alta ingresan en el Hospital Adaro (concertado): 5 geriatras, 1 fisioterapeuta, 1 logopeda externo, 1 trabajadora social.
- Existe rehabilitación ambulatoria en el Hospital Valle del Nalón para el resto de pacientes: 2 rehabilitadores, 5 fisioterapeutas.
- En caso de necesitar logopedia, son remitidos al Hospital Monte Naranco, de Oviedo.

I. Baleares:

MAPA DE RECURSOS DE REHABILITACIÓN DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ILLES BALEARS

Índice

1. ÁMBITO HOSPITALARIO
   - 1.1 HOSPITALES QUE ATIENDEN PACIENTES EN FASE AGUDA
   - 1.2 HOSPITALES QUE ATIENDEN PACIENTES EN FASE SUBAGUDA
2. ÁMBITO COMUNITARIO
   - 2.1 ATENCIÓN PRIMARIA
   - 2.2 REHABILITACIÓN DOMICILIARIA
   - 2.3 CONCIERTOS Y CONVENIOS
   - 2.4 OTROS RECURSOS NO DEPENDIENTES DE LA CONSEJERÍA DE SALUD

1. ÁMBITO HOSPITALARIO

1.1 HOSPITALES QUE ATIENDEN PACIENTES EN FASE AGUDA

Los hospitales que atienden ictus en fase aguda proporcionan tratamiento rehabilitador durante el ingreso y al alta del paciente, en régimen ambulatorio.
Ninguno dispone de camas gestionadas por RHB.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES (MALLORCA**)**

Médicos rehabilitadores
Enfermeros
Fisioterapeutas
Terapeutas ocupacionales
Logopedia dependiente de Foniatría, en el servicio de ORL, no atiende pacientes en fase aguda, sólo en régimen ambulatorio. Trabajador social
No rehabilitación neuropsicológica
Rehabilitación precoz intrahospitalaria
Rehabilitación ambulatoria

HOSPITAL UNIVERSITARIO SON LLÀTZER (MALLORCA)

Médicos rehabilitadores
Enfermeros
Fisioterapeutas
Terapeutas ocupacionales
No logopedia
Trabajador social
No rehabilitación neuropsicológica
Rehabilitación precoz intrahospitalaria
Rehabilitación ambulatoria

HOSPITAL DE MANACOR (MALLORCA)

Médicos rehabilitadores
Enfermeros
Fisioterapeutas
Terapeuta ocupacional
No logopedia
No rehabilitación neuropsicológica
Rehabilitación precoz intrahospitalaria
Rehabilitación ambulatoria

HOSPITAL DE INCA (MALLORCA)

Médicos rehabilitadores
Enfermeros
Fisioterapeutas
Trabajador social
Rehabilitación intrahospitalaria
Rehabilitación ambulatoria
Enfermeros
Fisioterapeutas
Terapeutas ocupacionales

Logopedia (sólo ambulatorio, con demora)
Trabajador social
No rehabilitación neuropsicológica
Rehabilitación precoz intrahospitalaria
Rehabilitación ambulatoria

HOSPITAL MATEU ORFILA (MENORCA)

Médicos rehabilitadores
Enfermeros
Fisioterapeutas
Terapeutas ocupacionales
Logopedia
Trabajador social
No rehabilitación neuropsicológica
Rehabilitación precoz intrahospitalaria
Rehabilitación ambulatoria

1.2 HOSPITALES QUE ATIENDEN PACIENTES EN FASE SUBAGUDA

La derivación a estos hospitales de media estancia se realiza a través de Enfermeras Gestoras.

HOSPITAL GENERAL (PALMA)

UNIDAD DE ICTUS EN EL HOSPITAL GENERAL
Se trata de una Unidad específica de atención a los pacientes con ictus en fase subaguda que atiende a pacientes referidos desde los hospitales de agudos de la isla de Mallorca.

Médico rehabilitador
Enfermeros
Fisioterapeutas
Terapeutas ocupacionales
Logopedia
Trabajador social
Psicólogo/psiquiatra
Rehabilitación neuropsicológica
Rehabilitación en régimen de ingreso
Rehabilitación ambulatoria
Nº de camas (12 ampliable a 20)

Hospital de día geriátrico (cada día puede atender a 20 personas y se realizan programas a días alternos)

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (PALMA e INCA)

Centro concertado para rehabilitación del daño cerebral adquirido con atención organizada al ictus.

Médicos rehabilitadores
Enfermeros
Fisioterapeutas
Terapeutas ocupacionales
Logopedia
Trabajador social
Neuropsicólogo
Rehabilitación neuropsicológica
Rehabilitación en régimen de ingreso
Rehabilitación ambulatoria
Nº de plazas: hasta 30 plazas concertadas para neurorehabilitación
Hospital de día geriátrico (cada día puede atender a 15 personas y se realizan programas a días alternos)

2. ÁMBITO COMUNITARIO

2.1 ATENCIÓN PRIMARIA

Los Centros de Salud disponen de fisioterapeutas que NO realizan tratamientos a los pacientes con ictus. Los médicos rehabilitadores de los diferentes hospitales se desplazan a los CS.

2.2 REHABILITACIÓN DOMICILIARIA

Para pacientes con necesidades de rehabilitación que no pueden desplazarse a centro ambulatorio se dispone de atención a domicilio a través de un concierto que en estos momentos gestiona la empresa FISIOGESTIÓN.

2.3 CONCIERTOS Y CONVENIOS

Concierto con AEMIF (Asociación Esclerosis Múltiple Ibiza y Formentera) que incluye el tratamiento rehabilitador de pacientes con esclerosis múltiple, enfermedad de Párkinson e ictus.

2.4 OTROS RECURSOS NO DEPENDIENTES DE LA CONSEJERÍA DE SALUD

El SEPAP es un programa de atención, de prevención y promoción de la autonomía personal, cuyo objetivo es facilitar a la persona con discapacidad física y psicofísica graves el desarrollo de un nivel óptimo de autonomía personal mediante un trabajo interdisciplinario en todas las áreas que afectan a la normalización de su situación. Depende de la Consejería de Asuntos Sociales y Deportes. Dispone de in convenio vigente con la Asociación de daño cerebral de Baleares (REHACER) de 20 plazas para personas con ictus.
La Red de Centros de Día dependientes de la Dirección General de Dependencia y del Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales (IMAS) que ofrecen atención, estimulación y promoción de la autonomía de los pacientes.

Centro de rehabilitación	Fisioterapeutas/Logopedas	Localidad	Recursos	Áreas	Amb. /Hospit	Coordinación
HOSPITAL U SON ESPASES	Fisioterapeutas sí/ Logopeda sólo 1 que depende de foniatra y éste a su vez de ORL	Palma	Realiza atención precoz al ictus. No dispone de camas. Gimnasio equipado para atención global al ictus, no programa de RHB intensiva	Fisioterapia/TO/logopedia independiente y sólo para atención ambulatoria	ambos	La enfermera Gestora de Casos coordina el traslado a hospital de RHB de media estancia
HOSPITAL SON LLÀTZER	Sí fisioterapia/ No logopedia	Palma	Realiza atención precoz al ictus. No dispone de camas. Gimnasio equipado para atención global al ictus, no programa de RHB intensiva	Fisioterapia y TO	ambos	La enfermera Gestora de Casos coordina el traslado a hospital de RHB de media estancia
HOSPITAL DE MANACOR	SÍ FT/ NO Logopeda	Manacor	Realiza atención al ictus. No dispone de camas. Gimnasio equipado para atención global al ictus, no programa de RHB intensiva	Fisioterapia y TO	ambos	La enfermera Gestora de Casos coordina el traslado a hospital de RHB de media estancia
HOSPITAL DE INCA	SÍ FT/ NO Logopeda	Inca	Realiza atención al ictus. No dispone de camas. Gimnasio.	Fisioterapia	ambos	La enfermera Gestora de Casos coordina el traslado a hospital de RHB de media estancia
HOSPITAL CAN MISSES	Sí FT/ Logopeda dependiente de ORL	Eivissa	Realiza atención precoz al ictus. No dispone de camas. Gimnasio equipado para atención global al ictus, no programa de RHB intensiva	Fisioterapia/TO/logopedia sólo para atención ambulatoria	ambos	La enfermera Gestora de Casos coordina el traslado a hospital de RHB de media estancia
HOSPITAL MATEU ORFILA	Sí FT/ Logopeda EN RÉGIMEN AMBULATORIO	Maó	Realiza atención precoz al ictus. No dispone de camas. Gimnasio equipado para atención global al ictus, no programa de RHB intensiva	Fisioterapia/TO/logopedia sólo para atención ambulatoria	ambos	La enfermera Gestora de Casos coordina el traslado a hospital de RHB de media estancia
HOSPITAL GENERAL	FISIOTERAPIA Y LOGOPEDIA	Palma	Unidad de Ictus subaguda, hospital de día, tratamientos ambulatorios	RHB integral	ambos	La enfermera Gestora de Casos coordina el traslado a hospital de RHB de media estancia
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	FISIOTERAPIA Y LOGOPEDIA	Palma e Inca	Unidad de daño cerebral con programa de atención al ictus	RHB integral	ambos	La enfermera Gestora de Casos coordina el traslado a hospital de RHB de media estancia

Cantabria:

MAPA DE RECURSOS REHABILITACIÓN CANTABRIA

Centro	Localización	Recursos								
		Auxiliar Enfermería	*Celadores*	*Enfermería*	*Fisioterapeútas (1)*	*Logopedia-logofonia*	*Médicos Rehabilitadores (FEA)*	*Médicos Rehabilitadores (MIR)*	*Terapeútas ocupacionales*	*Psicólogos*
GAP	Cada una de las ZBS				70					
HCL	Laredo	3			11		5		1	
HCS	Torrelavega/Reinosa	3			14	1	5		1	
HUMV	Santander	21	4	1	43	4	12	4	3	
H. Santa Clotilde (2)	Santander	2			7	1	1		1	
H. Padre Menni (2)	Santander									1

Centro	Áreas	Ámbito
GAP	Fisioterapia ambulatoria de baja complejidad, valoración de dependencia.	Ambulatorio
HCL	Programas multidisciplinares a nivel de ingreso en camas de agudos de Neurología y rehabilitación ambulatoria. No disponemos de rehabilitación de alta intensidad en régimen de ingreso en camas de rehabilitación ni de programas domiciliarios.	Hospitalario y ambulatorio
HCS	Programas multidisciplinares a nivel de ingreso en camas de agudos de Neurología y rehabilitación ambulatoria. No disponemos de rehabilitación de alta intensidad en régimen de ingreso en camas de rehabilitación ni de programas domiciliarios.	Hospitalario y ambulatorio
HUMV	Programas multidisciplinares a nivel de ingreso en camas de agudos de Neurología y rehabilitación ambulatoria. No disponemos de rehabilitación de alta intensidad en régimen de ingreso en camas de rehabilitación ni de programas domiciliarios.	Hospitalario y ambulatorio
H. Santa Clotilde (2)	Rehabilitación de convalecencia en régimen de ingreso	Hospitalario
H. Padre Menni (2)	Programa de rehabilitación neuropsicológica déficit cognitivo / conductual en régimen ambulatorio	Ambulatorio

Centro	Coordinación
GAP	Atención a procesos no complejos en pacientes con deambulación independiente conservada y aplicación de técnicas fisioterapeuticas de primer nivel. Los casos más complejos deben derivarse a nivel hospitalario. Valoraciones de grado de dependencia en función del deficit y propuesta de dotación de recursos (materiales, económicos)
HCL	Valoración durante el ingreso hospitalario del paciente por el medco rehabiltador que planifica el plan de tratamiento a realizar durante el ingreso hospitalario y tras el alta en las consultas y areas ambulatorias del servicio de rehabilitación.
HCS	Valoración durante el ingreso hospitalario del paciente por el medco rehabiltador que planifica el plan de tratamiento a realizar durante el ingreso hospitalario y tras el alta en las consultas y areas ambulatorias del servicio de rehabilitación.
HUMV	Valoración durante el ingreso hospitalario del paciente por el medco rehabiltador que planifica el plan de tratamiento a realizar durante el ingreso hospitalario y tras el alta en las consultas y areas ambulatorias del servicio de rehabilitación.
H. Santa Clotilde (2)	Convenio con el Servicio Cantabro de Salud para la hospitalización de pacientes que requieran una estancia hospitalaria de duración media o larga, incluyéndose entre estos pacientes que han sufrido un ictus
H. Padre Menni (2)	Convenio con el Servicio Cantabro de Salud para la hospitalización de pacientes que requieran rehabilitación neuropsicológica por déficit cognitivo tras daño cerebral, incluyéndose entre estos pacientes que han sufrido un ictus

GAP: Gerencia de Atención Primaria. HCL: Hospital Comarcal de Laredo. HCS: Hospital Comarcal Sierrallana. HUMV: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. ZBS: Zona Básica de salud. FEA: Facultativo Especialista de Área. MIR: Médico Interno Residente

1. En el HUMV, 6 fisioterapeutas presentan dedicación exclusiva a Rehabilitación neurológica domiciliaria y 3 fisioterapeutas presentan dedicación exclusiva a Rehabilitación neurológica hospitalaria
2. Centros no adscritos al Servicio Cántabro de Salud con los que existe convenio de colaboración

Extremadura:

- Dispone de un centro específico de neurorrehabilitación y de servicios de rehabilitación generales (servicios de rehabilitación, centros de salud con fisioterapia y centros de habilitación funcional):

  Centro de Rehabilitación Neurológica Casaverde (Mérida): hospital de media estancia altamente especializado en rehabilitación funcional, tanto neurológica como física, y en la atención integral a pacientes pluripatológicos con una importante necesidad de cuidados sanitarios y de enfermería. Dispone de una avanzada dotación tecnológica y está integrado por un equipo multidisciplinar de profesionales especializados en rehabilitación neurológica y física constituido por: neurólogo, médico rehabilitador, médico general, fisioterapeuta, neuropsicólogo, psicólogo clínico, logopeda, terapeuta ocupacional, enfermero y trabajador social.

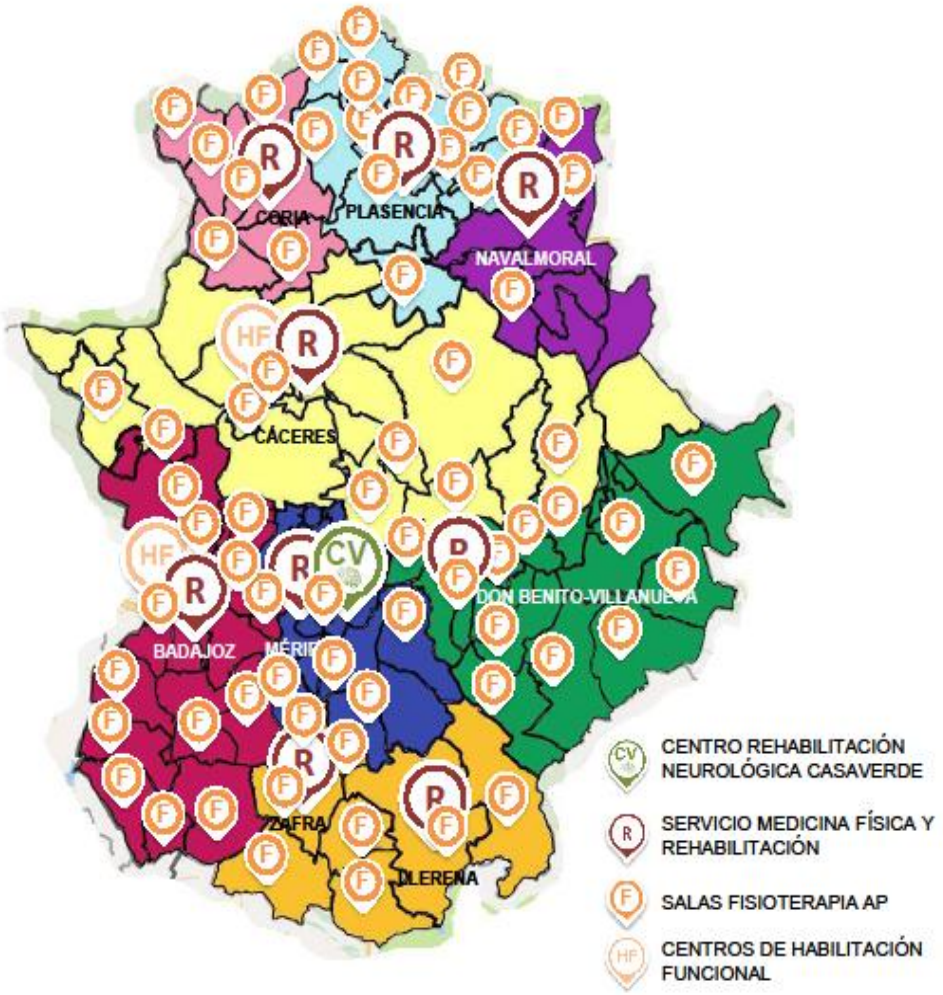
  Sus instalaciones comprenden una piscina terapéutica cubierta, amplios gimnasios y salas de terapia pensadas para desarrollar la actividad rehabilitadora en las mejores condiciones. El trabajo de neurorrehabilitación en este centro se lleva a cabo tanto en régimen de ingreso como ambulatorio. Es un centro concertadas que dispone de 60 plazas hospitalarias y 15 ambulatorias.

  Servicios de Medicina Física y Rehabilitación: Los centros sanitarios disponen de Servicios de Medicina Física y Rehabilitación. Los profesionales realizan una valoración completa de los pacientes que han sufrido un ictus. Si el paciente cumple criterios, se solicita el ingreso en el centro específico de rehabilitación neurológica CasaVerde. En caso contrario, se diseña un plan individual de rehabilitación que se ejecuta de manera ambulatoria en el hospital. Tras este tratamiento, en caso necesario, se continúa en los servicios de fisioterapia de los centros de salud del Servicio Extremeño de Salud (SES).

  Centros de Salud con Servicio de Fisioterapia: El SES dispone de 79 salas de fisioterapia en Atención Primaria que dan cobertura a toda la población de la región.

  Centros de Habilitación Funcional El Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD) es el organismo con competencias en servicios sociales especializados. No cuenta con servicios o recursos públicos específicos para la atención a las deficiencias permanentes [discapacidad residual] generadas por un ictus o por cualquier tipo de daño cerebral. Sin embargo, si después de la fase de rehabilitación tienen reconocida una situación de dependencia, tendrán derecho a acceder a tratamientos de promoción de autonomía para mantener capacidades residuales: logopedia, fisioterapia, terapia ocupacional y estimulación cognitiva. Estos tratamientos se prestan desde los 6 hasta los 65 años.

  Estos servicios de habilitación funcional se encuentran en Cáceres y Badajoz disponiendo de logopedas, fisioterapeutas, terapia ocupacional y de tratamiento psicológico.


CORIA
PLASENCIA
NAVALMORAL
CÁCERES
BADAJOZ
MÉRIDA
DON BENITO-VILLANUEVA
ZAFRA
LLERENA
CENTRO REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA CASAVERDE
SERVICIO MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
SALAS FISIOTERAPIA AP
CENTROS DE HABILITACIÓN FUNCIONAL

Murcia:

	Rehabilitador especifico ictus	Fisioterapeuta especifico ictus	Psicólogo	Logopeda	Terapeuta ocupacional	Inflitración toxina botulínica	Nuevas Tecnologias Rehabilitación
Hospital Clínico Universitario Virgen Arrixaca	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Hospital general Universitario Santa Maria Rosell	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI
Hospital General Universitario Morales Meseguer	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
Hospital Universitario Reina Sofia	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
Hospital General Universitario Los Arcos Mar Menor	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
Hospital Comarcal Noroeste	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
Hospital Rafael Mendez	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
Hospital de La vega Lorenzo Guirao	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
Hospital Virgen del Castillo	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO

Navarra:

En 2019 se creó un Grupo de Trabajo multidisciplinar llamado "Proceso Ictus". El objetivo es mejorar la atención al ictus en todas sus fases por lo que hay representantes de Neurología vascular, Medicina Interna de hospitales comarcales, Atención Primaria, Rehabilitación, Trabajo Social y personal de gestión de servicios centrales. Se elaboró un documento con un plan de recursos en los distintos ámbitos de rehabilitación.

La Rehabilitación durante el ingreso se realiza por el Servicio de rehabilitación del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) que cuenta con 4 fisioterapeutas de los cuales 1, de forma rotativa se dedica cada día en una jornada de 7h al tratamiento de pacientes con ictus.

La Rehabilitación en ictus tras el alta hospitalaria se realiza de forma ambulatoria o mediante ingreso en la Clínica de Ubarmin. Se realiza un plan de rehabilitación con cada paciente por el médico rehabilitador que abarca rehabilitación motora (fisioterapia), logopedia, terapia ocupacional, rehabilitación cognitiva y consulta con psiquiatría.

Cuenta con 8 fisioterapeutas para 7 camas de pacientes ingresados por ictus y para atender a pacientes con ictus que acuden para realizar rehabilitación de forma ambulatoria. Se dedican al tratamiento de los pacientes ingresados aproximadamente 1.5h al día por paciente (protocolo rehabilitación intensiva). Hay 1.25 terapeuta ocupacional para 6-7 camas de pacientes con ictus en Clínica Ubarmin. En el CHN no hay TO. Hay dos logopedas para 6-7 camas de pacientes ingresados en Clínica Ubarmin por ictus. En el CHN no hay logopeda.

Una neuropsicóloga trabaja a jornada completa (36h semanales) atendiendo a pacientes con daño cerebral adquirido de los cuales, aproximadamente el 80% son ictus. Otra neuropsicóloga dedica un día a la semana (1/5 de su jornada) de forma similar. Una psiquiatra atiende a jornada completa a pacientes con daño cerebral adquirido (80% ictus). En el CHN hay 1 Trabajador social (TS), a jornada completa que atiende principalmente la planta de Neurología y los periféricos de dicho servicio. Así mismo en C. Ubarmin hay 1 TS actualmente a 2/3 de jornada que atiende, entre otros, a los pacientes que se derivan tras ictus.

Existe una reunión multidisciplinar los jueves por la mañana en la que participa el servicio de rehabilitación del CHN y se comentan los casos ingresados con ictus que su vez se coordina con el servicio de rehabilitación de Ubarmin. Existe también un comité de Rehabilitación en el que se reúnen profesionales implicados en la rehabilitación neurológica del CHN y Clínica Ubarmin. Acuden neurólogos vasculares, enfermeras de la UI del CHN y logopedas, fisioterapeutas, médicos rehabilitadores de ambos centros, neuropsicólogos, psiquiatras y trabajo social.

Recursos Proceso Ictus

Un conocimiento general de los recursos de la red social por parte de los profesionales intervinientes en el proceso de atención es siempre positivo, ya que facilita una visión más global. La orientación profesional hacia un recurso u otro (mejor hablar de paquetes de recursos) exige, además de conocimiento sobre el funcionamiento y requisitos de cada uno de ellos, una profunda comprensión de la realidad individual y familiar del paciente. Es clave respetar los valores y creencias de las personas afectadas y sus familias. Los/as profesionales de Trabajo Social son los que, a lo largo de las diferentes fases: aguda, subaguda y crónica, cuentan con mayores competencias para apoyar a las personas afectadas y sus familias en su auto organización y restablecimiento del equilibrio perdido, y para orientar hacia los recursos idóneos para satisfacer las necesidades individuales y familiares que van surgiendo en cada fase.

Por otro lado, muchos recursos, no estando diseñados específicamente para la atención al DCA secundario al ictus, pueden ser de gran utilidad para las personas afectadas y sus familias. En ocasiones hacen lograr otros objetivos más relacionados con la reincorporación y normalización de la situación

que son importantísimos en la fase crónica, por ejemplo: la socialización, el establecimiento de redes de iguales con los que los pacientes y familiares se identifican y de los que aprenden estrategias de afrontamiento eficaces ante sus problemas, el respiro familiar, etc. La mayoría de estos recursos son de responsabilidad municipal, o incluso de iniciativas privadas a nivel local para proyectos concretos no siempre estables, por lo que resulta imposible mantener actualizada una base de datos de todos ellos.
La recomendación, por tanto, es que las personas afectadas en quienes, superada la fase aguda, se prevea que vayan a persistir secuelas (bien de forma temporal, bien de forma definitiva, bien a nivel físico, bien a nivel cognitivo-conductual) entren en contacto con los profesionales de Trabajo Social de su CS que tendrán el conocimiento más cercano de los recursos de esa localidad concreta.
Teniendo en cuenta lo comentado anteriormente, de manera general podemos citar los siguientes recursos:

Observatorio Salud Comunitaria de Navarra: Mapa de Activos en Salud

En esta dirección web https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Observatorio+de+Salud+Comunitaria+de+Navarra/Activos+de+Salud/ podemos encontrar geolocalizadas:

- Actividades deporte y salud: entidades locales con cursos y proyectos subvencionados por GN (Dpto. Salud e Instituto Navarro de Deporte y Juventud)
    - ☐ Tercera edad
    - ☐ Pacientes crónicos
    - ☐ Proyectos locales de actividad física y salud
- Instalaciones deportivas
- También recoge las actividades que muchos Centros de Salud realizan de forma más o menos permanente (y le son notificadas al Observatorio): personas cuidadoras, problemas espalda, dejar de fumar…
- Escuelas de Salud del ISPLN: escuela de pacientes (también para personas cuidadoras), escuela de mayores, y escuela de padres y madres.

Recursos de la Cartera de Servicios Sociales de ámbito general

Decreto Foral 69/2008 del 17 de junio. Está en proceso participativo para su modificación, se amplían 29 nuevos servicios

- Dependencia
    - ☐ Valoración Dependencia
    - ☐ Servicio Telefónico de Emergencia
    - ☐ Transporte adaptado y asistido
    - ☐ Centros de día
    - ☐ Estancias diurnas
    - ☐ Estancias nocturnas
    - ☐ Ingresos temporales
    - ☐ Atención residencial
    - ☐ Ayudas económicas
        - ☐ Para asistente personal
        - ☐ Para permanencia en domicilio
        - ☐ Mínimas para atención en domicilio
        - ☐ Para permanencia en domicilio, para contratación de un servicio: cuidador profesional y/o empresa de servicios (OF476/2018, del 19 de diciembre)
- Discapacidad
    - ☐ Valoración Discapacidad

☐ Servicio valoración idoneidad ocupacional y/o laboral

☐ Servicio valoración de la situación familiar para acceso a plaza residencial

☐ Piso tutelado o funcional

☐ Ingresos temporales en residencia

☐ Atención residencial

- Centro de Productos de Apoyo

A nivel de Entidades Locales

- Fundamentalmente los Servicios de Atención a Domicilio de los Servicios Sociales de Base

Otros recursos privados

- ADACEN (Asociación de Daño Cerebral de Navarra)

Para los siguientes grupos de población:

☐ Mayores

☐ Enfermedad Mental

☐ Menores de 65 años (incluye DCA)

☐ Psicogeriatría

☐ Centro de Atención a la Dependencia

☐ Plazas privadas en Centro de Día

☐ "Envejeciendo juntos", recurso de cercanía

☐ Otros proyectos de colaboración a nivel local como el Taller estimulación en Zizur Mayor…

- Otras asociaciones

☐ COCEMFE (Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica)

☐ ACODIFNA (Asociación Coordinadora de personas con Discapacidad Física de Navarra)

☐ ADEMNA, (Asociación de Esclerosis Múltiple de Navarra) atienden a vecinos de Ansoain con diversas patologías

☐ Etc.

- Centros de día o estancias diurnas privadas (para personas mayores de 65 años en la mayoría de centros residenciales)

- Servicios de alquiler/préstamo de ayudas técnicas (Cruz Roja, Aspace, algunas ortopedias…)

- Otros centros especializados en neurorrehabilitación (CNN, Cenner, Paso a Paso…), clínicas privadas (Aita Menni Mondragón, CUN, HSJD…), o profesionales autónomos (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, neuropsicólogos, etc.)

Recursos del Ministerio Sanidad, Consumo y Bienestar Social (a través del IMSERSO)

- CRMF, Centro de Recuperación de Minusválidos Físicos, el más cercano Lardero. Cuenta con una delegación del CEAPAT (Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas)

- CEADAC (Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral) Madrid

ANEXO 45

PLAN DE PREVENCIÓN DE VIH Y OTRAS ITS 2021-2030

PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y LAS ITS 2021-2030 en España

División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DCVIHT)
Ministerio de Sanidad

25 de noviembre de 2021

AUTORÍA

Este documento ha sido elaborado por el equipo de la División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis del Ministerio de Sanidad y el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III. Para su diseño y realización se ha contado con la colaboración de Inma Gisbet, como consultora externa. Ha sido revisado y se han incorporado aportaciones de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria del Ministerio del Interior, la Subdirección General de Derechos LGTBI del Ministerio de Igualdad, los planes autonómicos de VIH de las comunidades autónomas, las organizaciones no gubernamentales a través del COAC, sociedades científicas como GESIDA, SEISIDA y la Asociación Española de Pediatría, profesionales sanitarios, la Federación Española de Municipios y Provincias, Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida, y organismos internacionales como la OMS y ONUSIDA.

RESUMEN EJECUTIVO

El propósito del Plan Estratégico para la Prevención y Control de la Infección por VIH y otras ITS (en adelante Plan) es dotar de un marco estratégico a la División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida y la Secretaría de la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida para la coordinación de la respuesta organizada y participada de la epidemia del VIH y otras ITS.

Este nuevo Plan supone un gran cambio con respecto a sus predecesores, fundamentalmente en materia de estructura y planificación. En primer lugar, es un Plan con un horizonte temporal amplio (año 2030), que permitirá evaluar las medidas adoptadas y alinearse tanto con los Objetivos de Desarrollo Sostenible como con las metas propuestas por ONUSIDA para el año 2030. En segundo lugar, por primera vez el abordaje de las ITS se realiza de manera específica en el Plan, con planes de acción y actuaciones concretas enfocadas a este tipo de enfermedades, pero siempre manteniendo una respuesta integrada con la respuesta al VIH.

Incluye la cobertura universal de la salud, la equidad, la apropiación y coordinación y la complementariedad, como principios rectores. Además, incorpora como enfoques transversales, el enfoque de derechos, género, situación migratoria y diversidad sexual, el enfoque de determinantes sociales de la salud y el enfoque de participación comunitaria y acciones basadas en la evidencia científica y la innovación.

Las acciones del Plan se dirigen, por un lado, a los grupos de población clave o que presentan una mayor vulnerabilidad ante el VIH y otras ITS y, por otro, a población general, con una especial atención a la población joven y a las mujeres.

En el Plan se establecen 4 objetivos estratégicos y un bloque de elementos transversales que incorporan la igualdad de derechos, de trato y de oportunidades, la no discriminación y el pleno ejercicio de los derechos fundamentales sobre la base del Pacto Social, la mejora de los sistemas de información sanitaria y de la gobernanza, así como los principios rectores y enfoques de derechos, equidad en salud y ciencia antes descritos.

1. Promover la prevención combinada del VIH y otras ITS.
2. Promover el diagnóstico precoz de la infección por el VIH y otras ITS.
3. Promover el inicio temprano de TAR y el manejo de la cronicidad.
4. Mejorar la calidad de vida de las personas con el VIH y las personas con ITS.

El Plan contará con una planificación operativa anual e incluirá un sistema de seguimiento, evaluación y aprendizaje.

INDICE

1. Acrónimos Añade CSP, CISNS, LGTBIQ+ 5
2. Introducción. 7
3. Situación del VIH y las ITS en España 9
   3.1. Situación del VIH en España en 2020 9
   3.2. Situación de las ITS en España en 2020 12
Fuente: Unidad de vigilancia del VIH, ITS y hepatitis. Situación de las Infecciones de Transmisión Sexual en España, 2018. Madrid. Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII, PNS, DGSPCI, 2021 12
Las hepatitis víricas A, B y C comparten vías de transmisión con el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, por lo que es esencial integrar las estrategias de control frente a todas ellas. 12
4. Principios rectores del Plan 12
5. Enfoques 15
   5.1. Enfoque de derechos, género, situación migratoria y diversidad sexual 15
   5.2. Enfoque de determinantes sociales de la salud 16
   5.3. Enfoque de participación comunitaria y acciones basadas en la evidencia científica y la innovación. 16
6. Población a la que se dirigen las acciones 17
7. Metodología 19
8. Objetivo general, objetivos estratégicos y líneas de acción 19
Fuente: Elaboración propia 20
9. Gobernanza e Instrumentos de coordinación 35
10. Seguimiento y Evaluación del Plan 39

1. Acrónimos Añade CSP, CISNS, LGTBIQ+

ART	Antirretroviral
CCAA	Comunidades Autónomas
CNE	Centro Nacional de Epidemiología
COAC	Comité Asesor y Consultivo de ONG
CVRS	Calidad de vida relacionada con la salud
DGSP	Dirección General de Salud Pública
ECDC	Centro europeo para la prevención y el control de enfermedades
EMIS	Encuesta europea on-line para hombres que tienen sexo con hombres
ENSSR	Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
FEMP	Federación Española de Municipios y Provincias
GBHSH	Gais, bisexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres
IAPAC	International Association of Providers of AIDS Care
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
ISCIII	Instituto de Salud Carlos III
LGTBQ+	Lesbiana, gay, transexual, bisexual, queer (el signo "+" denota la voluntad de continuar incorporando las nuevas identidades que puedan surgir)
MENAS	Menores Extranjeros No Acompañados
MS	Ministerio de Sanidad
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OE	Objetivo Estratégico
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa de Naciones Unidas de lucha contra el sida
PEACH	Plan Estratégico de Abordaje de la Hepatitis C
PPE	Profilaxis post exposición al VIH
PRAN	Plan Nacional de Resistencias a los Antibióticos
PREMS	Patient Recorded Experience Measure
PROMS	Patient Reported Outcome Measures
PrEP	Profilaxis pre exposición al VIH
RECS	Red Española de Ciudades Saludables
SINIVIH	Sistemas de información poblacionales. Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH
SIPrEP	Sistema de Información de Programas de Profilaxis Pre-exposición

SPNS	Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida
TAR	Tratamiento antirretroviral
TICS	Tecnologías de Información y Comunicación

2. Introducción.

ONUSIDA se comprometió en 2016 a alcanzar, para el año 2030, *"cero nuevas infecciones por el VIH, cero muertes relacionadas con el sida y cero discriminación" (1)*. Para ello, estableció para el año 2020 la meta 90-90-90; que el 90% de las personas con infección por el VIH conocieran su estado serológico respecto al VIH, que el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH recibieran tratamiento antirretroviral y que el 90% de las personas con el VIH en tratamiento estuvieran en supresión viral. Además, también se aspiraba a una reducción del 75% de las nuevas infecciones por el VIH con respecto al año 2010 y a alcanzar el 0% de discriminación *(2)*.

El 25 de marzo de 2021 se aprobó la nueva estrategia de ONUSIDA "*End Inequalities: Ends AIDS, Global AIDS Strategy 2021-2026*" en la que la meta se eleva al 95-95-95-95 para el año 2025; que el 95% de las personas con infección por el VIH conozcan su estado serológico, que el 95% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban tratamiento antirretroviral, que 95% de las personas con el VIH en tratamiento estén en supresión viral y que el 95% tengan una buena calidad de vida *(3)*. Al igual que la anterior estrategia, aspira a una reducción del 90% de las nuevas infecciones por el VIH con respecto al año 2010, a 0% discriminación y a maximizar la participación en la respuesta de la comunidad de personas con mayor riesgo y personas con el VIH.

ONUSIDA define la prevención combinada, como el conjunto de programas fundamentados en los derechos y la evidencia científica que promueve una combinación de intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales, diseñadas con el propósito de satisfacer las necesidades de prevención de la infección por el VIH de personas y comunidades específicas[1]. La prevención combinada es uno de los elementos más importantes de la Estrategia de ONUSIDA, introduciendo el objetivo de que un 95% de las personas tengan acceso a la misma y poniendo los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la reducción de las desigualdades en el centro para orientar la acción. La estrategia sitúa la equidad como eje vertebrador para eliminar las brechas en el acceso a los servicios de detección, prevención y tratamiento del VIH, así como las relacionadas con los determinantes sociales de la salud para las personas con infección por el VIH. Además, establece metas para 2025 orientadas a los "Tres Ceros": cero nuevas infecciones por el VIH, cero muertes relacionadas con el sida y cero discriminación asociada al VIH y al sida *(3)*.

Por otra parte, la nueva Estrategia Global del Sector de la Salud para la prevención de VIH, ITS y hepatitis virales 2022 – 2030 que está elaborando la OMS y que da seguimiento a las estrategias previas, alineándose con los ODS, incorpora la eliminación de las Infecciones de

[1] https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14817:combination-hiv-prevention&Itemid=40682&lang=es

Transmisión Sexual (ITS) como problema de salud pública para el año 2030. La Estrategia Global del Sector de la Salud para la prevención de VIH, ITS y hepatitis virales 2022 – 2030 integra por primera vez todas estas infecciones para optimizar su impacto. Promueve el fortalecimiento de los sistemas sanitarios existentes y el impulso de la Atención Primaria, así como la atención al VIH y a otras ITS que, de manera integrada, constituyen la base sobre la cual poder alcanzar para el año 2030 los ambiciosos objetivos de cero complicaciones y muertes relacionadas con las ITS, cero discriminación asociada a las ITS y acceso universal a los sistemas de prevención y tratamiento de ITS en la población.

El propósito del Plan 2021-2030 es dotar de un marco estratégico a la División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (en adelante División), la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA (SPNS) y la Secretaría de la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida para la coordinación de la respuesta organizada y participada de la epidemia del VIH y otras ITS. Este marco estratégico se complementará con un marco operativo anual que ayudará a concretar las acciones a realizar cada año con el fin del alcanzar los objetivos planteados en el Plan.

Este Plan se integrará dentro de la Estrategia de Salud Pública, contemplada en el artículo 44 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Es el quinto Plan elaborado por la SPNS del Ministerio de Sanidad (MS), se inicia en un contexto marcado por la pandemia de la COVID-19 y por ello incorpora tanto acciones para evaluar, prevenir y paliar el impacto de la pandemia en las personas con infección por el VIH y otras ITS, como aprendizajes que ésta ha generado en estrategias innovadoras relacionadas con la prevención, la detección y la atención. Este Plan incorpora las principales recomendaciones de la Evaluación del Plan Estratégico de Prevención y Control del VIH y otras ITS, 2017-2020 *(4)*. Además, incorpora por primera vez una propuesta ambiciosa para la prevención y control de las otras ITS, integrada y diferenciada de las acciones específicas para el VIH.

La respuesta al VIH y a otras ITS tiene un carácter multidisciplinar e intersectorial y afecta a los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud desde las CCAA y sus municipios, a la sociedad civil, a los colectivos profesionales y a otras instituciones públicas del Estado en los diferentes niveles competenciales, que trabajan en el ámbito de la igualdad, justicia y educación entre otros.

La SPNS está adscrita a la Dirección General de Salud Pública (DGSP) e integrada en la División[2], y es responsable de la coordinación de la respuesta al VIH y otras ITS a nivel estatal e internacional. Promueve la elaboración de recomendaciones y la búsqueda de buenas prácticas basadas en la evidencia científica y en el trabajo conjunto y coordinado entre los diferentes actores.

[2] https://www.boe.es/boe/dias/2021/10/06/pdfs/BOE-A-2021-16232.pdf

La SPNS dispone de diversos espacios de coordinación entre los que se destaca la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del sida, creada en 1987 *(5)*, que facilita y permite la coordinación intersectorial e interterritorial de la respuesta al VIH y el sida, las reuniones de los coordinadores de VIH de las CCAA y, el Comité Asesor y Consultivo de ONG (COAC), creado en 2008[3], que trabajan de manera conjunta con la SPNS, en la planificación y seguimiento de las acciones, y asesoran a este órgano en temas relacionados con el VIH, el sida y otras ITS.

3. Situación del VIH y las ITS en España

3.1. Situación del VIH en España en 2020

La tasa de nuevos diagnósticos de VIH en España ha ido descendiendo progresiva y lentamente desde 8,58 por 100.000 habitantes en 2010 a 7,46 en 2019, siendo este dato una estimación debido a la pandemia de la COVID-19. Esta tasa es similar a la de países vecinos, aunque superior a la media de la Unión Europea.

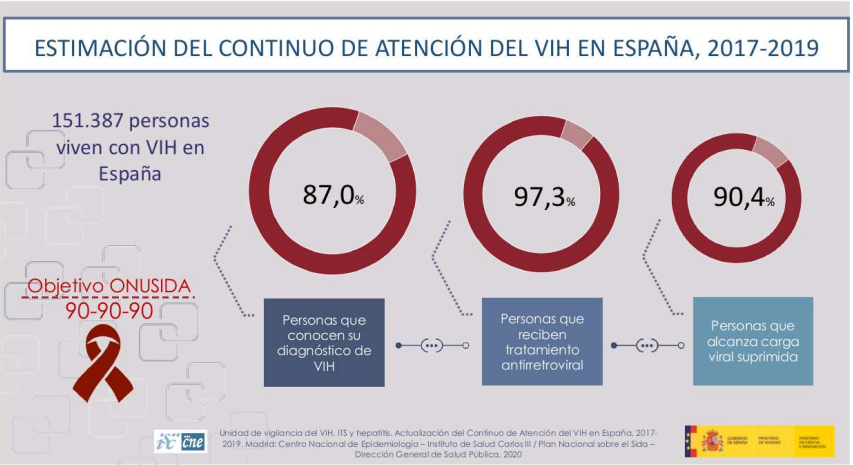
La mayor parte de los nuevos diagnósticos son hombres, con una mediana de edad de 36 años. La vía de transmisión más frecuente es la sexual, afectando de manera muy importante a los hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (GBHSH) que suponen más de la mitad de los nuevos diagnósticos anuales. El 36,1% de los nuevos diagnósticos de VIH se produjeron en personas originarias de otros países, fundamentalmente de América Latina. Casi la mitad de los nuevos diagnósticos (45,9%) presentaron diagnóstico tardío.

En relación al objetivo 90-90-90 de ONUSIDA para los años 2017-2019, las estimaciones muestran que debemos concentrar los esfuerzos en alcanzar el primer 90 (Fig. 1), esto es, que las personas con infección por el VIH conozcan su estado serológico.

El porcentaje de personas con el VIH mayores de 50 años atendidas en hospitales ha ascendido del 12% en 2004 al 55,4% en 2019, y en este último año el 47% habían sido diagnosticadas hacía más de 15 años *(6).* La cronicidad, así como el incremento de las comorbilidades en la infección por el VIH, es actualmente uno de los desafíos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios en los países desarrollados y obliga a introducir cambios en el modelo asistencial para impulsar un envejecimiento saludable. Tanto la frecuencia como la complejidad de las comorbilidades precisan un abordaje multidisciplinar (Fig.2).

[3] https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/ong/pdfs/criteriosFuncionamientoCOAC16Feb2015.pdf

Figura 1. Estimación del objetivo 90-90-90 en España: 2017-2019



Fuente: Unidad de vigilancia del VIH, ITS y hepatitis. Actualización del continuo de atención del VIH en España, 2017-2019. Madrid. Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII, PNS, DGSPCI, 2020

Figura 2. Modelo de equipo de atención y derivación de pacientes con el VIH

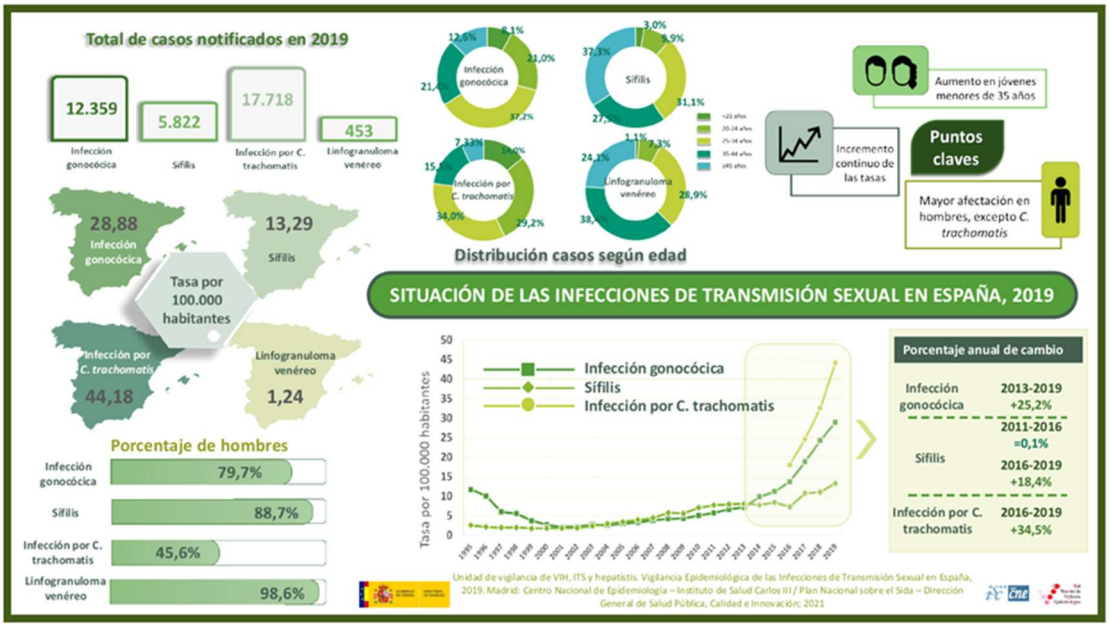


Fuente: Elaboración propia.

3.2. Situación de las ITS en España en 2020

Según los últimos datos disponibles, en 2019 se notificaron más de 36.000 diagnósticos de las ITS sometidas a vigilancia epidemiológica, observándose un aumento en todas ellas en los últimos años. El patrón por edad y sexo muestra una mayor afectación entre los 25 y 34 años y en los hombres, a excepción de la infección por *Chlamydia trachomatis* que presenta tasas más elevadas en mujeres menores de 25 años (Fig. 3). Las crisis sanitarias, sociales y políticas a lo largo de la historia se han asociado a aumentos de ITS *(7)*. Por tanto, se puede anticipar que el impacto provocado por la COVID-19 incremente los aumentos sostenidos en la incidencia de las ITS en los últimos años, si no se realizan las intervenciones apropiadas.

Figura 3. Situación epidemiológica de las ITS en España, 2019



Fuente: Unidad de vigilancia del VIH, ITS y hepatitis. Situación de las Infecciones de Transmisión Sexual en España, 2018. Madrid. Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII, PNS, DGSPCI, 2021

Las hepatitis víricas A, B y C comparten vías de transmisión con el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, por lo que es esencial integrar las estrategias de control frente a todas ellas.

4. Principios rectores del Plan

Alineado con la estrategia de ONUSIDA *(3)*, el presente Plan incluye los siguientes principios rectores que inspirarán las acciones propuestas:

- **Cobertura universal de la salud.** Según la OMS, el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y comunidades tengan

acceso sin discriminación a servicios integrales de salud adecuados, oportunos, de calidad de acuerdo con sus necesidades, así como a medicamentos seguros, eficaces y asequibles[4]. Las acciones que se proponen en el presente Plan promueven la atención integral, la prevención combinada del VIH y las ITS y se enmarcan en el Real Decreto 7/2018 sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud *(8)* con acciones específicas para la integración de las personas migradas.

- **Equidad.** La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad en su artículo 3.2. establece que "la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso a las prestaciones sanitarias se realizará en condiciones de igualdad efectiva" *(9).* La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema de Salud establece a su vez acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a la ciudadanía el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud y entiende la equidad en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos y ciudadanas *(10)*. La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública incluye la equidad entre sus principios, de manera que las políticas, planes y programas que tengan impacto en la salud de la población promoverán la disminución de las desigualdades sociales en salud e incorporarán acciones sobre sus condicionantes sociales[5] *(11).* La reducción de las Desigualdades Sociales en Salud es una de las prioridades del Ministerio de Sanidad. En 2008 se puso en marcha la Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, que definió los principios a tener en cuenta para poner en marcha políticas para disminuir las desigualdades en salud. En 2010 se establecieron las líneas estratégicas de la Estrategia Nacional de Equidad[6], que incluyen entre otras la intersectorialidad y la necesidad de participación ciudadana[7]. Las acciones del presente Plan giran en torno a la reducción de las desigualdades y la no discriminación, con el fin de promover un acceso y distribución de los servicios y recursos que tenga en cuenta la situación de partida y las necesidades en relación al VIH y las ITS de cada grupo de población, promoviendo que todos ellos puedan llegar a alcanzar las metas definidas en el Plan.

4 https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392:universal-health-coverage&Itemid=40690&lang=es

5 Artículo 3.a. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública «BOE» núm. 240, de 5 de octubre de 2011. https://www.boe.es/eli/es/l/2011/10/04/33

6 https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EquidadSaludyDSS.htm

7 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid 2015.
https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf

- **Apropiación y Coordinación**. La respuesta al VIH y a otras ITS requiere de una acción intersectorial, por lo que las acciones propuestas promoverán el compromiso de los diferentes actores, tanto instituciones como de la sociedad civil en los diferentes niveles y ámbitos de actuación, así como el trabajo conjunto y la generación de espacios y mecanismos de coordinación entre ellos.
- **Complementariedad**. El Plan incluye acciones que parten de un abordaje más amplio y requieren de la coordinación y complementariedad con otras estrategias y planes tales como la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) *(12)* , la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS *(13)*, la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad *(14)*, la Estrategia Nacional sobre Adicciones *(15)*, el Plan para la Prevención y Control de la tuberculosis en España *(16)* , el Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C (PEACH) (17), la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer o el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, entre otras. Por ello, se promoverá el alineamiento de las acciones que en este Plan se plantean con otras estrategias y planes que se desarrollan en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, así como la respuesta integrada de prevención, atención y apoyo en todos los ámbitos de la vida a las personas con infección por el VIH y otras ITS.

5. Enfoques

El Plan incorpora los siguientes enfoques transversales:

5.1. Enfoque de derechos, género, situación migratoria y diversidad sexual.

El enfoque basado en los derechos humanos pone en el centro la dignidad de las personas con el VIH y/o con otras ITS y/o que son vulnerables a ellas y promueve la creación de un entorno propicio para que las respuestas al VIH puedan tener éxito[8].

En el presente Plan se aborda el estigma, la discriminación y otras barreras legales y sociales relacionadas con los derechos, como la situación migratoria, que dificultan el acceso a los servicios de prevención, tratamiento, asistencia y apoyo del VIH y otras ITS, tal y como promueve el Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato asociada al VIH, en adelante Pacto Social *(18)*.

El enfoque de género y de diversidad sexual facilitará abordar el acceso a los servicios relacionados con el VIH y otras ITS de manera diferenciada en función de las distintas necesidades y prioridades. La incorporación del enfoque de género y de diversidad sexual, tal y como señala ONUSIDA *(19)*, supondrá tener en cuenta y abordar de forma explícita la desigualdad de las normas y roles de género, las dinámicas de poder, la violencia machista, la intersección entre la violencia contra las mujeres y el VIH, cuya vulnerabilidad puede aumentar si son mujeres extranjeras, el empoderamiento de las mujeres, niñas y personas con sexualidad no heteronormativa, el cambio en los hombres hacia posiciones más favorables a la igualdad y la distribución de recursos en función del género. Así mismo supondrá evitar la discriminación por género, orientación sexual, identidad y expresión de género, y características sexuales, abordando la violencia hacia las personas LGTBI y la violencia de pareja entre personas del mismo sexo o violencia intragénero y mejorar el acceso de todas las personas a los servicios socio-sanitarios así como la aceptabilidad de los mismos. Para ello, se incluye entre las acciones la formación y promoción de herramientas para la incorporación de estos enfoques dirigidas a todos los actores, la incorporación en los sistemas de información de las variables de orientación sexual e identidad de género y la incorporación de indicadores que ayuden a medir la diversidad y las desigualdades de género en salud.

8 https://www.unaids.org/es/topic/rights

5.2. Enfoque de determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades en salud que son las diferencias sistemáticas, injustas y potencialmente evitables, por tener un origen social, en uno o más aspectos de la salud a lo largo de poblaciones o grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente *(20,21)*. El empleo, la vivienda, los ingresos, la educación, el origen geográfico y la situación migratoria, las redes de apoyo o la participación sociales, entre otras, marcan una diferencia en el riesgo de infectarse del VIH y/o de otras ITS, en la vivencia y evolución de la enfermedad y el estigma y discriminación asociados a la misma.

Se tendrán en cuenta los determinantes legales de la salud, alineados con los objetivos del Pacto Social, garantizando la igualdad de trato y de oportunidades, la no discriminación, el respeto por los derechos fundamentales y la diversidad de las personas con el VIH.

ONUSIDA alerta que las desigualdades son una de las razones por las que no se alcanzaron las metas definidas para 2020 a nivel global *(22).* Las acciones propuestas en el presente Plan van orientadas a la reducción de esta inequidad en salud, a la creación de un entorno seguro y saludable y a la promoción de la calidad de vida de las personas con infección por el VIH y otras ITS. Para ello, incorporan la mirada de los determinantes sociales de la salud y cómo estos influyen en el acceso, disponibilidad, aceptabilidad y calidad de las acciones de prevención y promoción, detección del VIH y otras ITS, atención y tratamiento y mejora de la calidad de vida de las personas con infección por el VIH y otras ITS.

Alineados con la Estrategia de ONUSIDA 2021-2026 para poner fin al VIH y reducir la incidencia de las ITS, este Plan propone incorporar la equidad con el fin de orientar las acciones a las necesidades de cada colectivo, su acceso y control de los recursos y servicios y su situación de partida y promover las capacidades y habilidades de las personas para propiciar una vivencia de la sexualidad positiva, libre y responsable para, como promueve la Agenda 2030, *no dejar a nadie atrás (23)*.

5.3. Enfoque de participación comunitaria y acciones basadas en la evidencia científica y la innovación.

Se trabajará de manera complementaria con las instituciones y entidades de la sociedad civil que promueven acciones que fomenten la educación, formación, conocimiento,

empoderamiento y la participación de las personas con infección por el VIH y otras ITS y otros grupos poblacionales con el fin de promover una sexualidad positiva y saludable en el marco del ejercicio de sus derechos para protegerse frente a estas infecciones. La estrategia de ONUSIDA 2021-2026 propone que para 2026, hasta el 30% de los servicios de pruebas diagnósticas y tratamiento impliquen a la comunidad, con especial atención al acceso a las pruebas, vinculación al tratamiento, apoyo para la adherencia y retención, así como los conocimientos sobre el tratamiento y los componentes de la prestación de servicios en un contexto concreto *(3).*

La existencia del COAC evidencia la importancia que, desde la SPNS, se ha concedido a la participación comunitaria en los procesos de toma de decisiones en la respuesta a la epidemia por el VIH y a otras ITS. El COAC cuenta a día de hoy con un rol asesor y consultivo que ha de mantenerse en el tiempo, propiciando con ello el necesario diálogo de la administración pública con la sociedad sobre sus necesidades y facilitando una comunicación bidireccional continua en el tiempo.

Se promoverá que las acciones a implementar estén basadas en los resultados proporcionados por los sistemas de información y la vigilancia epidemiológica que precisan de mayor inversión e innovación. Para ello, se reforzarán dichos sistemas con el fin de obtener información útil y de calidad.

Así mismo, las acciones serán acordes a las evidencias científicas obtenidas a partir de la colaboración con las sociedades científicas y con redes y organismos de investigación, así como de estudios de investigación que vayan surgiendo durante el periodo de vigencia de este Plan.

6. Población a la que se dirigen las acciones

Las acciones del presente Plan se dirigen, por un lado, a los grupos de población clave o que presentan una mayor vulnerabilidad ante el VIH y otras ITS y, por otro, a población general, con una especial atención a la población adolescente, jóvenes adultos y mujeres.

Se han tomado como referencia las definiciones de ONUSIDA *(24)* para personas especialmente vulnerables al VIH y que incluye a hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH), personas que ejercen la prostitución, personas trans, personas que consumen y que se inyectan drogas, personas migrantes, incluyendo menores extranjeros no acompañados (MENAS), y personas que se encuentran en prisión, y adicionalmente a las personas que usan drogas en las relaciones sexuales.

El Plan incluye acciones diferenciadas por grupo de edad, infanto-juvenil, adulta y población de más de 50 años que está envejeciendo con el VIH. Siguiendo las recomendaciones de la evaluación del Plan 2017-2020, se incluyen también acciones dirigidas a mujeres y población general. Además, se promocionarán los servicios de salud comunitarios para garantizar el

acceso de la población que muestra mayores dificultades y se incorporarán en la planificación operativa mecanismos para identificar nuevas poblaciones vulnerables durante la implementación del Plan con el fin de poder diseñar acciones dirigidas a ellas.

7. Metodología

El proceso de diseño del Plan se ha basado en los 4 planes previos del Ministerio de Sanidad y en los resultados de la evaluación final externa del plan 2017-2020 en la que participaron todos los actores implicados en la respuesta al VIH y a las ITS. Además, se ha llevado a cabo una revisión documental de los planes de otros países, así como de todos los documentos generados durante el proceso de elaboración de la Estrategia de ONUSIDA 2021-2026.

El texto del Plan Estratégico 2021-2030, ha sido elaborado por el personal de la División con la colaboración de una consultora externa que realizó la evaluación del plan anterior[9]. Posteriormente, el texto se remitió a las CCAA y al COAC para que hicieran sus aportaciones al mismo. Una vez recibidas, el texto se ha enviado a las sociedades científicas y otros organismos como OMS, ONUSIDA, Comisión de Salud Pública y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, para su revisión. Una vez vistos todos los comentarios, se realizó una reunión de consenso para valorar las aportaciones y dar por finalizado el Plan que se remitió finalmente al Gabinete de la Ministra de Sanidad antes de presentarse para su aprobación en la Comisión Nacional.

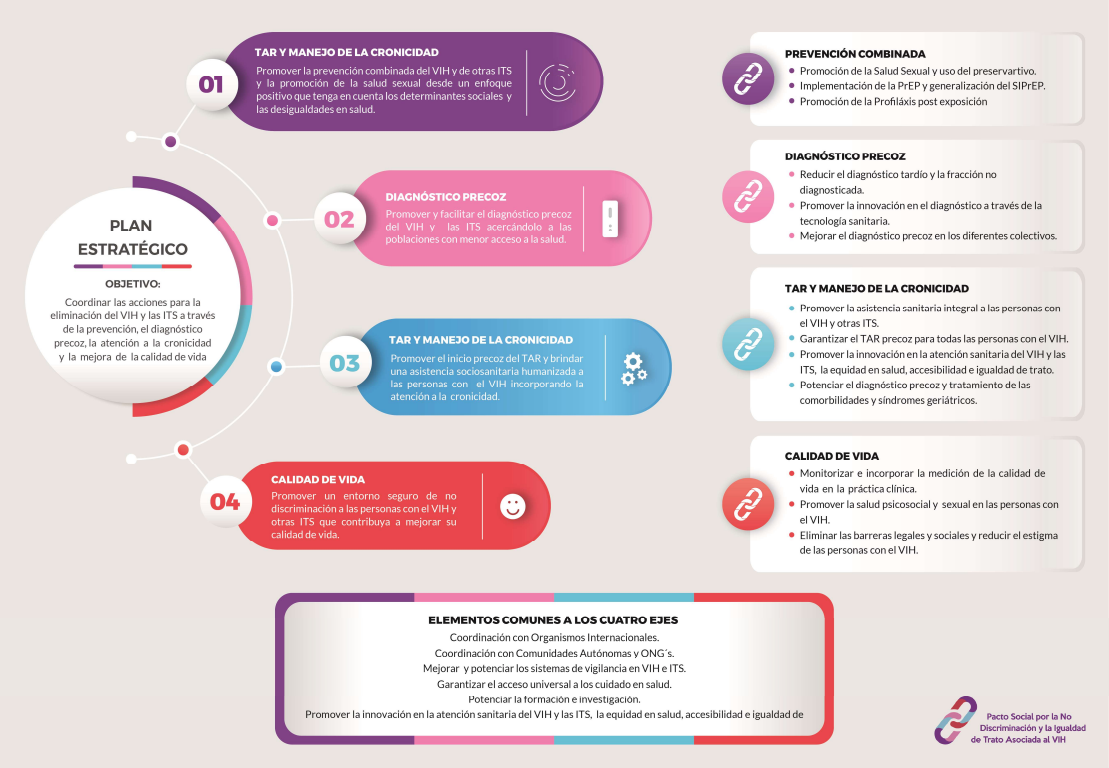
8. Objetivo general, objetivos estratégicos y líneas de acción

El objetivo general del Plan es impulsar y coordinar las acciones para la eliminación del VIH y las ITS como problema de salud pública en 2030, a través de la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento de las infecciones, la atención a la cronicidad y la mejora de la calidad de vida, así como el abordaje del estigma y la discriminación asociada al VIH y a otras ITS en España.

Se establecen 4 objetivos estratégicos (OE) y un bloque de elementos transversales que incorporan la igualdad de derechos, de trato y de oportunidades, la no discriminación y el pleno ejercicio de los derechos fundamentales sobre la base del Pacto Social *(18),* la mejora de los sistemas de información sanitaria y de la gobernanza, así como los principios rectores y enfoques de derechos, equidad en salud y ciencia antes descritos *(*Fig. 4).

[9] https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/planNalSida/informe-final.pdf

Figura 4. Objetivo general, objetivos estratégicos y líneas de acción



Fuente: Elaboración propia

Objetivo estratégico 1. PROMOVER LA PREVENCIÓN COMBINADA DEL VIH Y OTRAS ITS

Como ya se ha mencionado, ONUSIDA define la prevención combinada como el conjunto de programas fundamentados en los derechos humanos y en la evidencia científica que promueven una combinación de intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales, diseñadas con el propósito de satisfacer las necesidades de prevención de la infección por el VIH en personas y comunidades específicas. Estas medidas son más efectivas cuando se adoptan en combinación. Este enfoque integral de prevención del VIH, que ha demostrado su eficacia en numerosos países durante los últimos diez años, se plantea como el enfoque ideal para la prevención de otras ITS debido a los determinantes comunes compartidos con el VIH *(24)*.

Este OE1 promueve la prevención combinada del VIH y de otras ITS, así como la promoción de la salud sexual desde un enfoque positivo de la sexualidad que tenga en cuenta los determinantes sociales de la salud y las desigualdades que se derivan de ellos.

Para ello se proponen las siguientes líneas de acción:

1.1. Promoción de la salud sexual integral desde un enfoque positivo

La promoción de la salud sexual integral se abordará desde un enfoque positivo, teniendo en cuenta los determinantes sociales, culturales, económicos, de género y diversidad sexual, así como los diferentes contextos de vulnerabilidad y diversidad en los distintos grupos poblacionales.

- Se abordarán acciones de formación, educación y promoción de la salud sexual integral dirigidas tanto a la población general como población vulnerable, incorporando el enfoque de género y promoviendo acciones para promover el buen trato y reducir la violencia de cualquier tipo contra las personas.
- Se incluirán acciones relacionadas con la promoción de la educación en sexualidad y de los buenos tratos desde la infancia (con enfoques adaptados a los grupos de edad), tanto en el ámbito formal, en todas las etapas educativas, como no formal. Prestando especial atención a la población adolescente, adulta joven y gestantes.
- Se trabajará en la promoción de la salud sexual en población GBHSH y las personas trans.
- Se realizarán acciones de promoción de la salud en personas que ejercen la prostitución, con especial atención a las personas con factores añadidos de vulnerabilidad al VIH.
- Se abordará la sexualidad en los diferentes momentos biográficos de las personas con infección por el VIH, incluyendo a las personas mayores y a las mujeres en edad reproductiva.
- Se abordará la promoción de la salud sexual integral desde un enfoque positivo en el entorno local, el educativo y la Atención Primaria de Salud.

1.2. Promoción del uso del preservativo y del lubricante

A pesar de la importancia y eficacia del uso de lubricantes y preservativos externos e internos en la prevención de la transmisión del VIH y de otras ITS, su grado de aceptación entre muchos de los colectivos vulnerables sigue siendo bajo. La promoción del uso del preservativo como método anticonceptivo a la vez que de prevención del VIH y otras ITS, continúa siendo una prioridad, especialmente entre la población juvenil. Es fundamental lograr una mayor aceptación y normalización de su uso, incluyendo medidas para facilitar su acceso entre la población.

- Se promocionará el uso de preservativo externo e interno y lubricante entre diferentes colectivos, como los hombres GBHSH, personas trans, personas que ejercen la prostitución y población joven.

- Se realizarán campañas de promoción del uso de preservativo y lubricante en diferentes formatos y medios y con focos diferentes en función de la población diana.
- Se impulsará la colaboración con las empresas distribuidoras de preservativos para facilitar su acceso entre la población.
- Se mejorará la accesibilidad a los preservativos, estudiando incluir su gratuidad mediante prescripción facultativa para favorecer su acceso entre los sectores de la población más vulnerables y así mejorar su aceptabilidad.

1.3. Implementación de la Profilaxis Pre-exposición y del Sistema de Información de Programas de Profilaxis Pre-exposición (SIPrEP) en las CCAA

La PrEP frente al VIH es una intervención recomendada por ONUSIDA para lograr las metas propuestas en el ODS 3 en 2030. El 30 de septiembre de 2019 se incluyó la PrEP en la prestación farmacéutica financiada por el Sistema Nacional de Salud acompañada de recomendaciones adicionales enfocadas a la reducción de prácticas de riesgo y la detección precoz de la infección por el VIH y otras ITS.

- Se trabajará en la ampliación de los criterios de indicación a la PrEP para dar cobertura a adolescentes, mujeres y hombres cis e inyectores/as de drogas en riesgo alto de infección por el VIH.
- Se trabajará con todos los actores involucrados para informar y derivar a las personas subsidiarias de la PrEP, incrementando la visibilidad y conocimiento de estos programas.
- Se fomentará el acceso efectivo y equitativo a los programas de PrEP de aquellas personas en riesgo elevado de infección por el VIH, valorando la adherencia al tratamiento, promocionando la detección y tratamiento precoz de otras ITS (incluyendo las hepatitis virales), y monitorizando los problemas asociados al *chemsex*
- Se trabajará con las CCAA y con las ONG, por el acceso efectivo y equitativo a los programas de PrEP de aquellas personas en riesgo elevado de infección por el VIH aumentando su visibilidad y conocimiento.
- Se favorecerá la creación de puntos de formación e información dirigidos a personas usuarias de PrEP.
- Se promoverá la equidad en salud y la igualdad de trato trabajando por la disminución de las desigualdades en salud y el acceso universal a la PrEP sin discriminación ni estigma.
- Se trabajará en la incorporación de las nuevas estrategias preventivas biomédicas (nuevas presentaciones de PrEP, vacunas…).
- Se potenciará la herramienta SIPrEP para mejorar la recogida de información sobre el número de personas usuarias de PrEP, así como la incidencia del VIH, otras ITS y prácticas de riesgo en estas personas.

- Se participará en los grupos de trabajo nacionales e internacionales que permitan avanzar en la ampliación del acceso a la PrEP para todas las poblaciones en riesgo, como el trabajo con el ECDC y ONUSIDA, OMS, etc.
- Se fomentará la formación a los profesionales sanitarios – de diferentes ámbitos y especialidades, incluyendo la Atención Primaria y las Urgencias Hospitalarias - y socio-sanitarios (centros de protección de menores, centros educativos para la ejecución de medidas judiciales, etc.) para orientar la derivación y el uso de la PrEP.
- Se impulsará la investigación sobre nuevos fármacos preventivos y diferentes presentaciones frente al VIH (fármacos de acción prolongada, parches, vacunas…).

1.4. Promoción de la Profilaxis Post-exposición frente al VIH

La Profilaxis Post-Exposición (PPE) es una medida efectiva para prevenir la infección por el VIH cuando la prevención primaria ha fallado y/o en situaciones de emergencia tales como las agresiones sexuales o los accidentes laborales en el caso del personal sanitario. La PPE debe utilizarse de manera esporádica y cuando esté indicada de acuerdo con las guías de expertos y/o de práctica clínica.

- Se trabajará por el acceso efectivo a los programas de PPE de aquellas personas con exposición reciente y riesgo de infección por el VIH aumentando su visibilidad y conocimiento.
- Se potenciará la disponibilidad de la PPE en los centros sanitarios para aquellas personas en riesgo de infección por el VIH, incluyendo la urgencia hospitalaria de adultos e infantil y la derivación desde la Atención Primaria.
- Se potenciará la detección y tratamiento precoz de otras ITS en usuarios de PPE por indicación de exposición sexual.
- Se fomentará la formación a profesionales sanitarios de Atención Primaria, Medicina Preventiva, Urgencias y socio-sanitarios para orientar la derivación y el uso de la PPE.
- Se impulsará y mejorará la recogida de información sobre el número de personas usuarias de PPE, mediante el sistema SIPrEP.
- Se promoverá la información y derivación a recursos de PrEP a las personas subsidiarias de PPE.

1.5. Realización de un abordaje multidisciplinar del chemsex

La práctica intensiva y continuada de *chemsex* puede facilitar no solo la transmisión sexual del VIH y otras ITS, sino también ocasionar otros problemas y complicaciones para la salud física, mental y social de las personas que la realizan. Esta práctica se da con mayor frecuencia entre los hombres GBHSH, habiendo estudios que muestran una prevalencia relativamente alta en hombres GBHSH con infección por el VIH *(25).*

- Se promoverá el abordaje del *chemsex* desde una perspectiva multidisciplinar, teniendo en cuenta las necesidades de usuarios y pacientes, y fomentando la

coordinación entre servicios, la complementariedad entre profesionales y la colaboración entre servicios públicos asistenciales y entidades comunitarias LGTBQ+.

- Se fomentará la formación de profesionales sanitarios y socio-sanitarios en aspectos de *chemsex*, así como su incorporación en los planes de estudio y en la formación dirigida a profesionales en las administraciones públicas.
- Se desarrollarán y reforzarán los sistemas de información y las herramientas de vigilancia epidemiológica para analizar el fenómeno del *chemsex*, sus patrones y tendencias y su impacto en la salud de las personas y en la salud pública.
- Se desarrollarán acciones de prevención primaria selectiva[10] dirigidas a hombres GBHSH con riesgo de implicarse en la práctica del *chemsex (25).*
- Se desarrollarán acciones de prevención secundaria y terciaria dirigidas a quienes ya practican *chemsex*, garantizando su participación en la detección de necesidades, en la creación de estrategias y mensajes preventivos, y en la selección de los canales comunicativos más adecuados para difundirlos *(25).*
- Se trabajará en la simplificación del circuito asistencial para el usuario, incluyendo consultas integradas, prestadas por parte de diferentes profesionales en un mismo espacio.

1.6. Reducción de daños y de riesgos en personas que consumen y que se inyectan drogas

Aunque el número de personas que se inyectan drogas (PID) ha disminuido drásticamente, entre las que continúan haciéndolo el riesgo de infección por el VIH sigue siendo muy alto. Los programas de reducción de riesgos en PID han sido un elemento crucial para el control de la epidemia, y deben seguir reforzándose y diversificándose para alcanzar la máxima cobertura. Los servicios de atención a drogodependientes son el entorno idóneo para fomentar la prevención del VIH, las hepatitis y otras ITS en PID y sus parejas sexuales, a través de la implementación de programas de reducción del daño, tales como el uso de material de inyección estéril, el intercambio de jeringuillas, las terapias sustitutivas de opiáceos y de deshabituación, así como el fomento del uso de preservativos en las relaciones sexuales.

- Se continuarán potenciando los programas de reducción del daño a PID tales como el uso de material de inyección estéril, el intercambio de jeringuillas, las terapias sustitutivas de opiáceos y de deshabituación, en los diferentes ámbitos de la administración del estado
- Se continuará potenciando el acceso equitativo y libre de discriminación a material de inyección estéril para las personas que consumen y que se inyectan drogas mediante la distribución normalizada de los mismos en los centros sanitarios,

10 Se entiende por prevención selectiva a las acciones destinadas a aquellas personas que, por diferentes razones (socioeconómicas, geográficas, etc.) tienen más posibilidades de consumir que la media. Esto es lo que se conoce como grupos de riesgo. No consumen, pero el riesgo de que lo hagan es muy evidente.

centros socio-sanitarios, centros penitenciarios, red de oficinas de farmacia y otros dispositivos

- Se continuará innovando en programas orientados a grupos de especial riesgo de infección o de difícil acceso, y el desarrollo de nuevas estrategias de acercamiento (servicios de acogida que cubran necesidades básicas, espacios de consumo supervisado, nuevas terapias de sustitución de opiáceos, etc.)
- Se identificarán activamente las necesidades de PrEP frente al VIH en personas que consumen y que se inyectan drogas
- Se preservará y reforzará la integración de servicios como el diagnóstico de ITS, las hepatitis virales y la tuberculosis, así como la vacunación de hepatitis B, el seguimiento y apoyo a la adherencia a la profilaxis y al tratamiento de la infección por el VIH y de la tuberculosis, y al tratamiento de la infección por el VHC.

1.8. Promoción de la vacunación frente a las ITS

- Se promoverá la prevención primaria mediante el refuerzo de estrategias de vacunación de las ITS prevenibles con vacunas como la Hepatitis A, la Hepatitis B y el Virus del Papiloma humano

Objetivo estratégico 2. PROMOVER EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y OTRAS ITS

Garantizar que todas las personas con el VIH conozcan su estado serológico es una prioridad para el control de la epidemia en España. Las nuevas modalidades de pruebas de detección del VIH y las nuevas tecnologías permitirán detectar a un mayor número de personas con el VIH e incorporarlas a la atención y al tratamiento de manera temprana. Por otro lado, el diagnóstico precoz de la infección por el VIH y del resto de ITS permite cortar las cadenas de transmisión y reducir el riesgo de complicaciones futuras, favoreciendo una vida sexual plena. Será fundamental centrar de manera estratégica los servicios de detección del VIH y otras ITS para llegar a los grupos poblacionales más expuestos a riesgo de adquisición del VIH y otras ITS y diagnosticar precozmente estas infecciones.

Por otra parte, el conocimiento de las infraestructuras y recursos sanitarios dedicados a la atención del VIH y otras ITS, así como el refuerzo en los sistemas de vigilancia epidemiológica y la revisión del marco normativo en materia sanitaria, tanto en el ámbito nacional como europeo, permitirá la innovación y el desarrollo de futuras acciones en materia de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y otras ITS, así como identificar elementos de mejora en el sistema sanitario para incrementar la calidad de la atención al VIH y otras ITS.

El **Objetivo estratégico 2** promueve el diagnóstico precoz del VIH e ITS y acercarlo a las poblaciones con menor acceso a la salud. Para ello se proponen las siguientes líneas de acción:

2.1. Incremento del conocimiento sobre las infraestructuras de atención y prevención del VIH y otras ITS en España

El conocimiento de las infraestructuras sanitarias existentes, así como el análisis de los diferentes marcos normativos en relación con la atención y diagnóstico del VIH y otras ITS constituye una herramienta imprescindible para el desarrollo y adopción de medidas preventivas efectivas garantizando la máxima eficiencia y aprovechamiento de los recursos disponibles.

- Se desarrollarán herramientas destinadas a mejorar la caracterización de los centros de ITS y los centros de realización de la prueba del VIH en la red pública de las CCAA.
- Se mejorará la caracterización de centros de la red comunitaria destinados a la realización de pruebas rápidas del VIH y otras ITS garantizando su vinculación al sistema sanitario.
- Se trabajará de manera coordinada con las CCAA en la revisión y evaluación de las estrategias realizadas en materia de prevención, diagnóstico y atención del VIH y otras ITS.
- Se analizará y evaluará el marco normativo nacional e internacional en materia de diagnóstico precoz del VIH y otras ITS, posibilitando la incorporación de elementos de innovación, como las estrategias de "*self-sampling".*
- Se potenciará el cribado de otras ITS en las entidades comunitarias para llegar a la población más vulnerable no integrada en el sistema de salud.

2.2. Promoción de la prueba del VIH

Es importante promocionar la realización de las pruebas diagnósticas de la infección por el VIH, así como incrementar y mejorar su accesibilidad, especialmente en las poblaciones más vulnerables al VIH o que no tienen acceso a la atención sanitaria normalizada. La realización de pruebas rápidas del VIH en ámbitos comunitarios incrementará el diagnóstico precoz en estos grupos de población.

- Se promoverá la oferta de la prueba del VIH en entornos clínicos de Atención Primaria y Atención Especializada según las recomendaciones de la SPNS, *(26).*
- Se promoverá la oferta de la prueba rápida del VIH en entornos comunitarios según las recomendaciones de la División *(27, 28).*
- Se impulsará la mejora en los sistemas de información de Atención Primaria en relación con las pruebas de VIH y sus resultados.
- Se promoverá la realización del cribado prenatal de VIH y otras ITS de acuerdo con los criterios recogidos en el *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.*

- Se promoverá el registro de realización de pruebas rápidas en entornos comunitarios mediante la herramienta RedCoVIH y su consolidación como sistema de información.
- Se visibilizará el autodiagnóstico del VIH realizando un seguimiento del número de test distribuidos por la compañía comercializadora.
- Se realizarán y apoyarán campañas de promoción de la prueba del VIH en diferentes entornos y en diferentes colectivos, teniendo en cuenta el perfil de las personas con diagnóstico tardío.

2.3 Promoción de la vinculación del diagnóstico del VIH al inicio del TAR.

El diagnóstico precoz del VIH es fundamental para vincular de forma rápida a las personas con el VIH al sistema sanitario, y así iniciar el tratamiento antirretroviral (TAR) lo antes posible. De esta manera, se conseguirá la indetectabilidad virológica y, por tanto, la disminución de la trasmisibilidad del virus *(29, 30, 31, 32, 33).* Así mismo, la vinculación al sistema sanitario favorece el diagnóstico precoz de las comorbilidades y su tratamiento, así como la prevención y la atención de los síndromes geriátricos.

- Se impulsará la derivación de las personas diagnosticadas con el VIH desde los entornos comunitarios a la red sanitaria pública promoviendo la coordinación de los actores implicados.
- Se promoverá la adopción de medidas de soporte y acompañamiento para las personas con la infección por el VIH en situación de necesidad y vulnerabilidad que faciliten su atención y seguimiento.
- Se impulsarán las acciones informativas sobre la relevancia del vínculo rápido entre diagnóstico y tratamiento, dirigidas a colectivos vulnerables y población general.
- Se promoverá la vinculación de los diagnósticos de infección por el VIH a las unidades de tratamiento del VIH a la mayor brevedad posible desde el diagnóstico, considerándose una semana como un periodo aceptable para hacer efectiva la derivación *(34).*

2.4 Promoción de las pruebas de ITS en diferentes entornos

Es importante promocionar la realización de pruebas diagnósticas de ITS, así como incrementar y mejorar su accesibilidad. Esto es especialmente relevante en las poblaciones más vulnerables a las ITS que, generalmente, no buscan o no tienen acceso a atención sanitaria normalizada. En este sentido, la realización de pruebas rápidas de ITS en ámbitos no sanitarios posibilitará el diagnóstico precoz en estos grupos de población, así como en la población general, dotándoles de una mayor autonomía y control sobre su sexualidad *(35).* Por otra parte, el diagnóstico y la caracterización de las ITS en la población, es una herramienta indispensable para el control y vigilancia epidemiológica de las resistencias antibióticas emergentes en este tipo de infecciones, contribuyendo a adoptar medidas preventivas más eficaces.

- Se promoverá el cribado de las ITS en diferentes entornos clínicos (Atención Primaria, ginecología, urgencias, ingresos hospitalarios, etc.) según las recomendaciones de la División.
- Se promoverá el diagnóstico de ITS en entornos comunitarios atendiendo a los criterios de legalidad, necesidad y eficiencia, garantizando su vinculación e integración en el sistema sanitario, valorando la adaptación legislativa necesaria para ampliar y facilitar el acceso.
- Se innovará en diagnóstico precoz de ITS mediante Tecnologías de la Información y Comunicación Sanitarias (TICS) y auto-tomas para ITS a través de programas coordinados.
- Se trabajará en la adaptación de la regulación europea de productos sanitarios en pruebas rápidas para ITS y productos sanitarios de auto-toma.
- Se realizarán y apoyarán campañas de promoción del diagnóstico de las ITS en diferentes entornos y colectivos.
- Se promoverá la formación en el ámbito comunitario y en los entornos clínicos, en relación con la oferta y realización de las pruebas de ITS.

2.5. Innovación y refuerzo de la realización de estudios de contactos del VIH e ITS y vigilancia epidemiológica

El estudio de contactos ante un nuevo diagnóstico del VIH u otras ITS constituye un elemento fundamental de prevención al intervenir directamente sobre las cadenas de transmisión que está poco desarrollado en nuestro contexto. La reciente pandemia por COVID-19, ha puesto de manifiesto la utilidad de nuevas formas de intervención sanitaria, donde la telemedicina y la utilización de medios digitales abren nuevas posibilidades para nuestro sistema sanitario.

- Se trabajará en el desarrollo de nuevas herramientas basadas en TICS para el estudio de contactos garantizando la total confidencialidad y la autonomía de las personas.
- Se impulsará la formación de profesionales implicados en la realización de los estudios de contactos en entornos sanitarios y comunitarios.
- Se impulsará la creación de circuitos de comunicación y derivación entre los profesionales sanitarios y otros agentes implicados en la realización de estudios de contactos.
- Se trabajará con las CCAA en mejorar la vigilancia epidemiológica del VIH con diferentes sistemas y fuentes de información.
- Se trabajará con las CCAA para mejorar la vigilancia epidemiológica de las ITS, en términos de implantación de la notificación individualizada en todas ellas, reducción de la infranotificación y mejora de la calidad de la información recogida, impulsando la formación de profesionales y la mejora de los sistemas de información.
- Se impulsará la vigilancia de las resistencias antibióticas en gonococo, dentro de la Red Nacional de Vigilancia, en consonancia con las propuestas del Plan Nacional de

Resistencias a los Antibióticos (PRAN) y en colaboración con el Centro Nacional de Microbiología; así como de otros microorganismos.

- Se impulsarán mecanismos de colaboración y de intercambio de información epidemiológica en el ámbito de la vigilancia epidemiológica de las ITS entre las diferentes CCAA, Centro Nacional de Epidemiología y Centro Nacional de Microbiología, en el marco de la Red Nacional de Vigilancia.

2.6. Promoción de la integración socio-sanitaria de las personas con mayor riesgo de ITS

- Se trabajará en mejoras en la coordinación entre los servicios sanitarios y socio-sanitarios de diagnóstico precoz y derivación de ITS.
- Se optimizará la gestión de los diferentes recursos que garanticen la continuidad asistencial centrada en el/la paciente
- Se trabajará en la promoción de estilos de vida saludables y autocuidado, así como la prevención de comportamientos de riesgo de adquisición del VIH y otras ITS en colectivos de especial interés epidemiológico: personas jóvenes, GBHSH y personas que ejercen la prostitución o usuarios de drogas, entre otras.
- Se incrementará la colaboración entre distintos profesionales que intervienen en la atención y el seguimiento de las personas con el VIH: centros de ITS, Atención Primaria, Urgencias Hospitalarias e Instituciones Penitenciarias, Programas de Pares, etc.

Objetivo estratégico 3. PROMOVER EL TRATAMIENTO TEMPRANO DEL VIH Y OTRAS ITS Y EL MANEJO DE LA CRONICIDAD DE LA INFECCIÓN POR EL VIH

Tal como ya se ha mencionado en el punto OE 2.3, la implementación del TAR junto a la buena formación de profesionales y pacientes y el correcto seguimiento de las personas con el VIH han modificado su evolución hacia una enfermedad de carácter crónico. El envejecimiento de la población con el VIH se traduce en un aumento de las comorbilidades relacionadas con la edad y la fragilidad que pueden aparecer de forma prematura en relación a la población general. Los/as pacientes mayores con el VIH son pacientes complejos que requieren un abordaje global, específico y multidisciplinario *(64).*

Varios ensayos clínicos y estudios observacionales *(37)* han mostrado que el inicio rápido del TAR (el mismo día del diagnóstico o en la primera semana) favorece la retención de los/as pacientes en la asistencia e incrementa la proporción de pacientes con supresión virológica.

El **Objetivo estratégico 3** plantea una asistencia socio-sanitaria humanizada incorporando la atención a la cronicidad para detectar precozmente las comorbilidades y los factores de riesgo modificables, identificando a las personas con mayor riesgo de tener un peor estado de salud. Propone una aproximación a necesidades como la calidad de la información y comunicación, atención personalizada, mantenimiento de la capacidad funcional del paciente y toma de decisiones compartida. Estas medidas son más efectivas cuando se adoptan en combinación. Para ello, se propone trabajar en las siguientes líneas de acción:

3.1. Promoción de la asistencia sanitaria integral a las personas con el VIH

- Se trabajará en una Estrategia de Abordaje de la Cronicidad en las personas con el VIH con participación de representantes de profesionales de diferentes especialidades y ámbitos de atención, con un enfoque intersectorial que potencie la participación en las políticas de cronicidad.
- Se realizará una caracterización del abordaje de la cronicidad en pacientes con el VIH en las CCAA, identificando las necesidades y propuestas de acción basadas en la experiencia en los diferentes servicios.
- Se mejorará la coordinación entre los servicios sanitarios, socio-sanitarios y entidades comunitarias, definiendo mecanismos y espacios de coordinación. Para ello se favorecerá la orientación comunitaria de los servicios asistenciales y de los mecanismos de participación ciudadana en salud.
- Se impulsará la formación de profesionales y la mejora de los sistemas de información. La formación de profesionales ha de seguir el documento de consenso sobre criterios de formación en salud sexual integral elaborado en el contexto de la ENSSR.
- Se impulsará la investigación sobre envejecimiento en la infección por el VIH.
- Se trabajará en la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de factores de riesgo de las fragilidades y las comorbilidades más frecuentes mediante la educación para la salud en las personas con el VIH.
- Se impulsará la creación de las herramientas necesarias para mejorar la autonomía y el autocuidado.
- Se considerará y potenciará el papel clave de la Atención Primaria en este ámbito, siguiendo los principios y orientaciones del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria.

3.2. Garantizar el correcto seguimiento y tratamiento para todas las personas con infección por VIH y otras ITS

- Se garantizará el TAR para todas las personas que lo necesiten y se facilitará su disponibilidad para quienes tengan dificultades de acceso.
- Se fortalecerán los sistemas de información relacionados con el continuo de cuidados, se promoverá la recogida y sistematización de información relacionada con las comorbilidades y con el seguimiento del/la paciente.
- Se fomentará la formación a profesionales, tanto en relación al tratamiento, como de las comorbilidades asociadas al VIH a través de colaboración con las sociedades científicas mediante la potenciación de los grupos de trabajo específicos. En especial, se trabajará en formación sobre la estratificación de los pacientes según gravedad, la optimización de la terapia farmacológica, las herramientas de mejora de la adherencia al tratamiento, el abordaje de la salud mental y el abordaje

específico de la fragilidad, discapacidad y dependencia entre otros puntos relevantes.

- Se incorporará el enfoque de género y de diversidad sexual y los distintos abordajes de los factores de riesgo y prevención de las comorbilidades y, especialmente, en la prescripción de las pautas de TAR en mujeres y sus posibles interacciones farmacológicas *(38).*

3.3. Promoción de la equidad, accesibilidad e innovación en la atención sanitaria del VIH

- Se promoverá la equidad en salud y la igualdad de trato trabajando por la disminución de las desigualdades en salud, el acceso universal al TAR sin discriminación y estigma.
- Se estudiarán alternativas de dispensación de TAR por la farmacia hospitalaria para ofrecer a los pacientes mayor elección de recogida de la medicación.
- Se fomentará la formación a profesionales, fomentando el enfoque de género en las mismas.
- Se contribuirá a la innovación y fortalecimiento de los sistemas de salud apoyando la innovación tecnológica en la provisión de servicios y en modelos organizativos.
- Se fomentará la innovación de la digitalización sanitaria relacionada con la Historia Clínica integrada, las aplicaciones móviles de seguimiento, y accesibilidad informática general al sistema sanitario.
- Se trabajará sobre los modelos de buenas prácticas de telemedicina provocados por los cambios en la atención a las personas con el VIH resultantes de la pandemia de COVID-19 que obligó a mantener su asistencia sanitaria mediante tele consulta *(39, 40, 41).*

3.4 Realización de un abordaje de problemas de salud emergentes o reemergentes en personas con el VIH

El virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo-2 (SARS-CoV-2), causante de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), se ha propagado a nivel mundial infectando a millones de personas. La mayoría de los estudios publicados hasta el momento – en contextos con elevada cobertura de TAR y en países de renta alta - describen una mayor mortalidad por COVID-19 en las personas con el VIH comparadas con la población general de la misma edad y sexo. Hasta el momento, no se ha identificado que el VIH tenga un efecto independiente sobre la mortalidad en las personas en TAR estable, una vez tenidos en cuenta los otros factores pronósticos arriba descritos. Desde la División, en colaboración con las CCAA, las sociedades científicas, las ONG y más de 100 hospitales de España, se han realizado diferentes estudios epidemiológicos, preventivos y clínicos en la infección por SARS-CoV-2 en personas con el VIH y en profesionales socio-sanitarios.

- Se evaluará el riesgo de desarrollar enfermedad sintomática por COVID-19 en personal sanitario a los que se administra emtricitabina/tenofovir disoproxilo, hidroxicloroquina o la combinación de emtricitabina/tenofovir disoproxilo e

hidroxicloroquina, comparado con placebo en el EPICOS – Ensayo Clínico para la Prevención de la Infección por COronavirus en Sanitarios *(42).*

- Se estimará la incidencia, severidad clínica y mortalidad por COVID-19 en personas con el VIH en TAR en España, en función de su pauta de análogos de nucleós(t)idos y de la tercera droga, ajustando por potenciales confusores (sexo, edad y comorbilidades basales) en el estudio observacional CoVIHd.
- Se realizarán y actualizarán las recomendaciones de la vacunación frente la infección por SARS-CoV-2 en las personas con el VIH en el marco de las recomendaciones del Ministerio de Sanidad.
- Se fomentará la vacunación frente la infección por SARS-CoV-2 en las personas con el VIH.
- Se realizará un seguimiento de la cobertura y efectividad vacunal frente la infección por SARS-CoV-2 en las personas con el VIH.
- Se mantendrá una vigilancia activa de cara a la respuesta frente a futuras pandemias, problemas de salud emergentes o reemergentes en personas con el VIH

3.5 Promover el tratamiento temprano de las ITS

- Se fomentará la formación a profesionales en relación al tratamiento, promoviendo el tratamiento preferente con pautas monodosis directamente supervisadas.
- Se fomentará la formación a profesionales en relación a las complicaciones asociadas a las ITS a través de colaboración con las sociedades científicas mediante la potenciación de los grupos de trabajo específicos
- Se realizarán y actualizarán las recomendaciones de diagnóstico y tratamiento de las ITS con especial énfasis en la prevención de la aparición de resistencias antibióticas en el marco del PRAN

Objetivo estratégico 4. MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON EL VIH Y LAS PERSONAS CON ITS

La mejora de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas con el VIH es un elemento clave en el abordaje de la infección. Comprender los factores que influyen en la calidad de vida percibida y evaluarla de manera rutinaria en el seguimiento clínico de los/as pacientes, son pasos necesarios para que las personas con el VIH disfruten de una buena CVRS. Por otra parte, las ITS contribuyen a un empeoramiento en la calidad de vida, tanto de las personas con el VIH, como del resto de la población. Las ITS no sólo deterioran la calidad de vida por las posibles complicaciones derivadas, como la infertilidad, sino que el estigma adicional asociado a las ITS dificulta que se disfrute de una vida sexual plena y restringe la autonomía de las personas sobre su sexualidad.

El Objetivo estratégico 4 propone mejorar la calidad de vida de las personas con el VIH, garantizando la igualdad de trato y de oportunidades, la no discriminación y el pleno ejercicio de los derechos humanos de las personas afectadas de manera alineada con los objetivos del Pacto Social. Para ello, se plantean las siguientes líneas de acción:

4.1. Monitorización e incorporación de la medición de la calidad de vida en la práctica clínica

- Se mejorará la recogida de información sobre calidad de vida en diferentes sistemas de información sanitaria y mediante la implantación de estudios específicos.
- Se avanzará en la medición del estigma y autoestigma de las personas con el VIH.
- Se dará cumplimiento a los objetivos del Pacto Social; favorecer la igualdad de trato y de oportunidades de las personas con el VIH, trabajar en favor de la aceptación social, reducir el impacto del estigma en las personas con el VIH y, generar conocimiento que oriente las políticas y acciones frente a la discriminación.
- Se promoverá el desarrollo de PROMs (*Patient Reported Outcome Measures*) y PREMs (*Patient Recorded Experience Measure*), relacionados con el VIH y las ITS *(43).*
- Se trabajará en el desarrollo de nuevas herramientas digitales orientadas a la mejora de la calidad de vida de las personas con el VIH con el fin de disminuir las barreras de acceso al tratamiento, favorecer la adherencia y reducir el estigma y la discriminación.

4.2. Promoción de la salud psicosocial en las personas con el VIH

- Se incorporarán acciones para potenciar la resiliencia de las personas con el VIH, así como el conocimiento de sus derechos y de los mecanismos legales, tanto de protección como de denuncia ante potenciales situaciones de discriminación en todos los ámbitos, facilitando además el acceso a servicios de justicia gratuita para afrontar dichas situaciones.
- Se promoverán y apoyarán intervenciones psicosociales que empoderen y potencien la capacidad para afrontar las diversas manifestaciones del estigma asociado al VIH y a las ITS en los diferentes grupos poblacionales.

4.3. Eliminación de las barreras sociales y legales y reducir el estigma de las personas con el VIH y en las personas a riesgo de adquirir el VIH

- Se promoverá la generación de conocimiento y el análisis de políticas, leyes y normas para eliminar las barreras sociales y legales que puedan limitar la calidad de vida y la garantía de los derechos de las personas con el VIH y otras ITS, o que puedan agravar las desigualdades en salud por su impacto en determinantes sociales como el empleo, la vivienda o los ingresos económicos de las personas con el VIH.
- Se promoverá la vigilancia de situaciones de discriminación de las personas con el VIH, especialmente en el uso y disfrute de servicios y prestaciones sociales y sanitarias, instalaciones deportivas u otros servicios de uso comunitario, así como en el ámbito laboral.
- Se promoverán acciones para sensibilizar y formar a las y los profesionales de los recursos sociales, sanitarios, jurídicos, educativos y los medios de comunicación,

para favorecer el trato igualitario y el abordaje de las necesidades específicas de todas las personas con el VIH.

- Se realizarán campañas de sensibilización con información correcta, actualizada y en diferentes idiomas, encaminada a corregir creencias erróneas sobre el VIH, sus vías de transmisión y medidas de prevención.
- Se facilitarán las colaboraciones entre editoriales, redes sociales, medios de comunicación por Internet y medios audiovisuales, particularmente televisivos y personas expertas en la defensa de los derechos de las personas con el VIH, para la introducción y trato adecuado de personajes con la infección por el VIH y otros contenidos tanto en la programación infantil como adulta, a fin de evitar el estigma y la discriminación.
- Se apoyará la participación social y la visibilidad de las personas con el VIH, reflejando su diversidad, en las políticas y acciones dirigidas a reducir el estigma y la discriminación.
- Se establecerán mecanismos para mejorar la coordinación y la cooperación entre la administración, sindicatos y organizaciones empresariales, que favorezcan el intercambio de experiencias y buenas prácticas en el lugar de trabajo y que incrementen la formación y sensibilización de trabajadoras y trabajadores para prevenir y eliminar la discriminación laboral de las personas afectadas por el VIH.
- Se promoverán acciones de Responsabilidad Social Corporativa (RSC) en las empresas, que favorezcan la sensibilización social en torno al VIH.
- Se colaborará con las entidades aseguradoras para eliminar el trato discriminatorio en el acceso a los seguros que siguen sufriendo las personas con el VIH.

9. Gobernanza e Instrumentos de coordinación

La gobernanza en salud fue definida por la OMS en 1998 como "La participación de actores a los cuales les concierne la definición e implementación de políticas, programas y prácticas que promueven sistemas de salud equitativos y sostenibles".

La División trabaja de manera coordinada con diversos actores para mejorar la detección, prevención, atención, investigación, así como para trabajar en todos los determinantes de la salud vinculados con el VIH.

Se describen a continuación los diferentes espacios de coordinación y diálogo sobre los que se apoyará el siguiente Plan para implementar las acciones incluidas en él y que se promoverán y fortalecerán desde la División:

- **Coordinación con las CCAA**: La coordinación y comunicación entre la División y las CCAA es esencial para poder establecer sinergias con los planes autonómicos y así hacer llegar todas aquellas acciones, orientaciones y recomendaciones a cada uno de los territorios y a los servicios de salud y profesionales que trabajan en ellos. Para ello, se promoverá la realización de reuniones periódicas y constantes entre la División y las CCAA, así como se asegurará la participación de las CCAA en espacios de reflexión y debate tales como grupos de trabajo, elaboración de documentos (guías y recomendaciones) y otros que surjan durante la implementación del Plan. Se trabajará para promover la coordinación a nivel autonómico entre Salud Pública y las Direcciones Asistenciales en cada Comunidad Autónoma y entre el ámbito autonómico y el local dentro de cada región. Asimismo, como ya se explica en el apartado de seguimiento y evaluación, se promoverá la participación activa en el seguimiento y la evaluación del presente Plan.
- **Comité Asesor y Consultivo de ONG (COAC)**. El COAC, formado por ONG con amplia trayectoria y experiencia en el ámbito del VIH, representa un espacio de debate y revisión conjunta que complementa y enriquece las acciones que desde la División se ponen en marcha. Por ello, para la implementación del siguiente Plan se hace necesario contar con las diferentes visiones y la participación de la sociedad civil organizada comprometida en la respuesta al VIH y las ITS. Para ello, se fortalecerá el espacio ya existente mejorando la información previa a las reuniones y el seguimiento de los acuerdos alcanzados. Asimismo, la participación de los miembros del COAC en el seguimiento del presente Plan será esencial para mejorar la apropiación democrática de las políticas públicas, así como para contar con información actualizada para la toma de decisiones y planificación de acciones futuras.

- **Comisión Nacional de Coordinación y seguimiento de programas de prevención de sida dentro del Ministerio de Sanidad.** La Comisión Nacional creada en 1987 es un espacio que ha permitido la coordinación intersectorial e interterritorial para las políticas relacionadas con el VIH y el sida[11]. Está presidida por la persona titular de la Secretaría de Estado de Sanidad y se convocan a los/as Directores/as Generales de Salud Pública de las de las ciudades y comunidades autónomas o a quienes deleguen. Durante la implementación del presente Plan se fortalecerá el espacio de la Comisión Nacional promoviendo la rendición de cuentas de las acciones realizadas tal y como se viene haciendo hasta ahora, y suscitando el establecimiento de acuerdos y compromisos de los miembros en las acciones futuras que por sus competencias y/o ámbito de trabajo puedan estar involucrados. Se pretende con ello promover sinergias y dotar de un carácter intersectorial a las acciones propuestas en el presente Plan aprovechando la oportunidad que nos brinda esta comisión.
- **Comisión de Salud Pública**. Es una comisión permanente del CISNS coordinado por la persona titular de la DGSP del MS de la que forman parte los y las Directores/as Generales de Salud Pública de las CCAA, el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). Durante la implementación del presente Plan se tratará de posicionar en la agenda de la Comisión Nacional los temas relacionados con el VIH y las ITS que requieran de toma de decisiones y apoyos más estratégicos y se visibilizarán las acciones enmarcadas en el presente Plan que se estén llevando a cabo.
- **Comité Coordinador del Pacto Social,** formado por la División, CCAA, ONG y Sociedades Científicas, para la coordinación y seguimiento de las acciones realizadas en el marco del Pacto Social.
- **Coordinación con el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) del ISCIII**. La coordinación con el CNE es constante e imprescindible para conocer de manera veraz y oportuna la situación del VIH y las ITS en nuestro país. Por ello, se fortalecerá la coordinación promoviendo los sistemas de información y la realización de estudios epidemiológicos ad hoc relacionados con el VIH y las ITS.
- **Coordinación con Sociedades Científicas y estructuras de investigación**. Se promoverá la coordinación de la División con las Sociedades Científicas y las estructuras de investigación pertinentes, en la elaboración de documentos y guías y su difusión, así como en la participación en espacios de formación y reflexión sobre temas relacionados con las acciones del presente Plan.
- **Coordinación con la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.** La Subdirección General de Sanidad Penitenciaria participa en las reuniones de coordinación con las CCAA y en la Comisión Nacional de Coordinación y seguimiento de programas de prevención de sida dentro del Ministerio de Sanidad.

[11] https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/rd592_1993.pdf

- **Coordinación con la Subdirección General del Tercer Sector y Voluntariado.** La División participa en el Consejo Estatal de ONG de Acción Social y evalúa proyectos de la Convocatoria de subvenciones para la realización de actividades de interés general, consideradas de interés social, correspondientes a la Secretaría de Estado de Derechos Sociales.

- **Coordinación con otros ministerios,** como, entre otros, el Ministerio de Igualdad el Ministerio de Política Territorial y Función Pública, el Ministerio de Educación y Formación Profesional, para la implementación curricular de la educación sexual integral recogido en la Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOMLOE).

- **Coordinación con la industria farmacéutica.** Esta colaboración, se ha consolidado ampliamente con el tiempo, siendo fundamental para desarrollar acciones destinadas a mejorar la esperanza y la calidad de vida de los/as pacientes con el VIH, mediante la investigación de nuevos fármacos antirretrovirales y nuevas presentaciones y su trabajo en prevención primaria y secundaria a través de la cooperación con las sociedades científicas y las ONG.

- **Coordinación para la iniciativa *Fast Track Cities***. Con el fin de promover la salud sexual en los niveles más locales y alcanzar los objetivos planteados en el Plan, se incluye en el marco la Iniciativa *Fast Track Cities* el trabajo coordinado con la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), con la Red Española de Ciudades Saludables (RECS) y con la IAPAC (*International Association of Providers of AIDS Care*), con el fin de incluir acciones municipales orientadas a la prevención del VIH y las ITS.

- **Coordinación en el ámbito europeo con el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC).** Se promoverá la participación en los grupos de trabajo y espacios de coordinación europeos relacionados con el VIH y las ITS y se continuará participando en el seguimiento y análisis del progreso en la respuesta al VIH y las ITS a través de la respuesta a los indicadores diseñados en la Declaración de Dublín.

- **Coordinación a nivel internacional con la OMS.** Se promoverá la participación de España en los grupos internacionales de respuesta al VIH y otras ITS, así como en la elaboración de la nueva Estrategia Global del Sector de la Salud para la prevención de VIH, ITS y hepatitis virales 2022 – 2030 de la OMS e implementación del Plan de Acción para la prevención de la infección por VIH, ITS y hepatitis virales de la Región Europea de la OMS.

- **Coordinación a nivel internacional con ONUSIDA.** Se promoverá la participación de España en ONUSIDA, acudiendo en colaboración con la Representación Permanente de España ante la Oficina de las Naciones Unidas a las reuniones del Consejo de Coordinación del Programa que se celebran bianualmente, así como en todas las iniciativas desarrolladas por ONUSIDA.

Herramientas propias para la implementación de acciones

Se describen a continuación los diferentes instrumentos de coordinación sobre los que se apoyará el siguiente Plan para implementar las acciones incluidas en él y que se promoverán y fortalecerán desde la División:

- **Subvenciones a entidades de cualquier titularidad sin ánimo de lucro que realizan proyectos para la prevención y control de la infección por el VIH y el sida.**

- **Grupos de trabajo.** Que se convocan en función de las necesidades detectadas.

- **Convenios de colaboración:**

  - Convenio con la Sociedad Española Interdisciplinaria de Sida, para la realización de las actividades de apoyo a la implementación y seguimiento de la profilaxis pre-exposición al VIH en España y prevención de otras ITS.
  - Convenio con Cruz Roja Española, para la realización de actividades de información y prevención del VIH, infecciones de trasmisión sexual, tuberculosis y hepatitis C.
  - Convenio con la Coordinadora Estatal de VIH y Sida y la Universidad de Alcalá, para el desarrollo de acciones en el marco del Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato asociada al VIH.
  - Convenio con la Universidad Rey Juan Carlos, para la realización de un Máster sobre Infección por el VIH.

- **Contratos:**

  - Contrato con la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP), para el Análisis Clínico Epidemiológico de la infección por el VIH en niños y adolescentes, mujeres embarazadas y sus hijos a nivel nacional.

10. Seguimiento y Evaluación del Plan

El seguimiento y la evaluación son imprescindibles para generar aprendizajes y mejora continua. El presente Plan se enmarca en la Agenda 2030 y, por ello, cuenta con un período de implementación largo. Esta situación ofrece la oportunidad de contar con una visión estratégica que oriente hacia cambios importantes como la eliminación del VIH como problema de salud pública y la reducción de la incidencia de las ITS en 2030 pero al mismo tiempo supone un reto en el diseño de la hoja de ruta para llegar hasta allí.

Por ello, el presente Plan contará con una planificación operativa anual en la que se incluirán las acciones a desarrollar durante ese período organizadas por los cuatro ejes y que contribuirán a alcanzar los objetivos planteados en cada uno de ellos. Asimismo, en esta planificación se describirán los instrumentos y los actores que participarán en cada una de las acciones y se incluirán indicadores que ayuden a medir su avance. De manera complementaria, este Plan incluirá un sistema de seguimiento, evaluación y aprendizaje compuesto por:

- Un **listado de indicadores macro** incluidos en el presente Plan alineados a los indicadores propuestos por ONUSIDA y la Declaración de Dublín que servirán para monitorizar anualmente la evolución de la respuesta al VIH y las ITS. Asimismo, en cada planificación operativa se incluirán algunos indicadores más orientados a realizar el seguimiento de las acciones propuestas y medir los resultados y los cambios generados por ellas.
- Un **Comité de Seguimiento del Plan** formado por representantes de la División, ONG, CCAA y Sociedades Científicas y otros miembros que se reunirá una vez al año. La misión de este comité será coordinar el seguimiento y la evaluación interna anual cuyo objetivo será analizar el avance de los indicadores incluidos en la planificación anual, los factores que han facilitado y/o obstaculizado la implementación de la planificación operativa e identificar lecciones aprendidas. Esta información se presentará a la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del sida. Se propone que este Comité de Seguimiento se renueve cada dos años.
- Una **evaluación intermedia del Plan** que se realizará en 2026 coincidiendo con la fecha de finalización de Estrategia de ONUSIDA 2021-2026 para la que se cuenta con indicadores definidos. Esta evaluación podrá ser externa o mixta y contará con diferentes profesionales, entidades e instituciones implicadas en las acciones del Plan y en la respuesta coordinada al VIH y otras ITS, y tendrá un enfoque participativo.

INDICADORES

Estos indicadores se desagregarán por sexo, edad y modo de transmisión cuando sea posible

INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2020	META PROPUESTA 2026	META PROPUESTA 2030	FUENTE DE VERIFICACIÓN
OE1: PROMOVER LA PREVENCIÓN COMBINADA DEL VIH Y OTRAS ITS				
Número de nuevos diagnósticos de VIH	Nuevos diagnósticos de VIH en 2020		(Reducción del 90%)	Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH)
Número (tasa) de nuevos diagnósticos de sífilis	Nº y tasa diagnósticos de sífilis en 2020		(Reducción del 90% respecto a 2018)	Red Nacional de Vigilancia epidemiológica
Número (tasa) de nuevos diagnósticos por *Neisseria gonorrhoeae*	Nº y tasa diagnósticos de GC en 2020		(Reducción del 90% respecto a 2018)	Red Nacional de Vigilancia epidemiológica
Número (tasa) de nuevos diagnósticos por *Chlamydia trachomatis*	Nº y tasa diagnósticos de CT en 2020		(Reducción del 90% respecto a 2018)	Red Nacional de Vigilancia epidemiológica
Porcentaje de mujeres y hombres 16-24 años con conocimientos sobre la transmisión VIH	Datos encuesta 2021			Estudio Creencias y actitudes de la población española hacia las personas con el VIH
Número de personas en PrEP	2.500 -5.000 (estimación)			SIPrEP
Número de personas que recibieron PPE al menos una vez	No disponible			
Número de usuarios de *Chemsex*	EMIS 2017			Estudios ad hoc
OE2: PROMOVER EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL VIH Y OTRAS ITS				
Porcentaje de personas con infección conocida por el VIH	90%	95%	95%	Estimación de la fracción diagnosticada por múltiples fuentes
Porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH	Porcentaje de nuevos			Sistema de información

con diagnóstico tardío	diagnósticos de VIH con diagnóstico tardío en 2020			sobre nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH)
Número de pruebas rápidas de VIH realizadas en entornos comunitarios	No disponible			RedCoVIH
Porcentaje de positividad al VIH en pruebas rápidas realizadas en entornos comunitarios	No disponible			RedCoVIH
Número de autotests distribuidos en oficinas de farmacia	13.745			Mylan
OE3: INICIO DE TAR Y MANEJO DE LA CRONICIDAD				
Porcentaje de personas con VIH en TAR	90%	90%	100%	Encuesta hospitalaria de pacientes con el VIH. Notificación de las CCAA
Porcentaje de personas en TAR & supresión viral	90%	95%		Encuesta hospitalaria de pacientes con el VIH..
Cobertura de vacunación de VHA en personas con VIH				Encuesta Hospitalaria de pacientes con el VIH, CoRIS
Cobertura de vacunación de VHB en personas con VIH				Encuesta Hospitalaria de pacientes con el VIH, CoRIS
Porcentaje de personas con VIH > 50 años				Encuesta Hospitalaria de pacientes con el VIH
Porcentaje de personas > 50 años con alguna comorbilidad*				CoRIS
OE 4: MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA				
Proporción de		95%	95%	Encuesta

personas con el VIH con carga viral suprimida y buena calidad de vida				Hospitalaria de pacientes con el VIH, CoRIS
Porcentaje de personas con el VIH que ha vivido situaciones de estigma interno				Estudio del Índice de Estigma en Personas con el VIH
Porcentaje de personas con el VIH que ha sufrido estigma y discriminación en diferentes ámbitos				Estudio del Índice de Estigma en Personas con el VIH
Porcentaje de población con actitudes de discriminación hacia las personas con el VIH				Estudio Creencias y actitudes de la población española hacia las personas con el VIH
Número de adhesiones al Pacto Social				Formulario de adhesiones al Pacto Social
Número de leyes o normas modificadas para eliminar barreras sociales y legales que puedan limitar la calidad de vida de las personas con el VIH				Publicaciones en el BOE y en la página web del Ministerio.
Número de medidas contempladas en el Pacto Social, desarrolladas				Documento del Informes de seguimiento del Pacto Social

REFERENCIAS

1. UNAIDS 2015. On the fast-track to End AIDS. UNAIDS 2016-2021 Strategy. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf
2. ONUSIDA. 2015 Acción acelerada para la prevención combinada. Hacia la reducción de nuevas infecciones por el VIH a menos de 500.000 de aquí a 2020. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2766_Fast-tracking_combination_prevention_es.pdf
3. UNAIDS 2021. End Inequalities. End AIDS. Global ADIS Strategy 2021-2026. https://www.unaids.org/sites/default/files/PCBSS_Global_AIDS_Strategy_2021--2026_EN.pdf

4. Ministerio de Sanidad. 2020. Evaluación del Plan Estratégico de prevención y control del VIH y otras ITS 2017-2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/planNalSida/informeejecutivo.pdf
5. Real Decreto 592/1993, de 23 de abril, por el que se determina la composición y el funcionamiento de la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida (BOE de 7/05/1993).
6. Encuesta Hospitalaria de pacientes con infección por el VIH. Resultados 2019. Análisis de la evolución 2004-2019. Centro Nacional de Epidemiología- Instituto de Salud Carlos III/ Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; mayo 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Encuesta_hospitalaria2019.pdf
7. Mohammed H, Blomquist P, Ogaz D, Duffell S, Furegato M, Checchi M, Irvine N, Wallace LA, Thomas DR, Nardone A, Dunbar JK, Hughes G. 100 years of STIs in the UK: a review of national surveillance data. Sex Transm Infect. 2018 Dec;94(8):553-558. doi: 10.1136/sextrans-2017-053273. Epub 2018 Apr 13. PMID: 29654061.
8. Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/2018/07/30/pdfs/BOE-A-2018-10752.pdf
9. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf
10. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf
11. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/2011/10/05/pdfs/BOE-A-2011-15623.pdf
12. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2019. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Plan operativo 2019-2020. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Plan_Operativo_ENSS_2019_20.pdf
13. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. En el marco del abordaje de la cronicidad del SNS. Estrategia aprobada en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 18 de diciembre de 2013. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ca/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf
14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia Nacional sobre adicciones 2017-2024. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf
16. Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2019. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/PlanTuberculosis/docs/PlanTB2019.pdf

17. Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C (PEACH) https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/hepatitisC/PlanEstrategicoHEPATITISC/home.htm
18. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social 2018. Pacto social por la no discriminación y la igualdad de trato asociada al VIH. Plan Nacional sobre el Sida,. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/doc/pactoSocial_27Feb19.pdf
19. OMS, ONUSIDA 2016A tool for strengthening gender-sensitive national HIV and sexual and reproductive health (SRH) monitoring and evaluation systems. Ginebra: Organización Mundial de la Salud;. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/ publications/gender_rights/hiv-srhr-monitoring-systems/
20. Ministerio de Sanidad y Política Social. I Jornada virtual de información sobre las subvenciones a ONGs para programas de prevención del VIH.. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/en/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/ong/pdfs/desigualdadesSalud.pdf
21. Oficina Regional de Europa de la OMS. 2010. Whitehead, M. Göran D. Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población. Parte I.. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/concepDesigual.pdf
22. Asamblea General de Naciones Unidas. A/75/836. 2021. Superar las desigualdades y enderezar el rumbo para acabar con el sida de aquí a 2030. Informe del Secretario General. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/A-75-836_es.pdf
23. Agenda 2030 para el desarrollo sostenible. 2015. Disponible en:http://www.exteriores.gob.es/portal/es/politicaexteriorcooperacion/agenda2030/Paginas/Inicio.aspx
24. ONUSIDA. Grupos de población vulnerable. https://www.unaids.org/es/topic/key-populationsUNAIDS 2010. Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections: A UNAIDS Discussion Paper.
25. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad. 2020. Abordaje del fenómeno del *chemsex*. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/*chemsex*/docs/*CHEMSEX*._ABORDAJE.pdf
26. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Plan Nacional sobre Sida. 2014. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz de VIH en el ámbito sanitario. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GuiaRecomendacionesDiagnosticoPrecozVIH.pdf
27. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social . Plan Nacional sobre el sida. 2019. Guía para la realización de pruebas rápidas del VIH en entornos comunitarios. Plan Nacional sobre el Sida. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/realizacionPrsRapidasVIH_Accesible.pdf
28. La realización de pruebas de diagnóstico rápido de VIH y otras ITS en el ámbito comunitario en España: marco normativo y situación actual. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/ITS/Informe_LegislaciOn_Pruebas_Rapidas_VIH_e_ITS_en_Espana_2021.pdf

29. Alison J Rodger[1], Valentina Cambiano[1], Tina Bruun et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy JAMA. 2016 Jul 12;316(2):171-81. doi: 10.1001/jama.2016.5148.
30. Girometti N, Nwokolo N, McOwan A, Whitlock G. Outcomes of acutely HIV-1- infected individuals following rapid antiretroviral therapy initiation. Antivir Ther 2017; 22(1):77-80
31. Hoenigl M, Chaillon A, Moore DJ, et al. Rapid HIV Viral Load Suppression in those Initiating Antiretroviral Therapy at First Visit after HIV Diagnosis. Sci Rep 2016; 6: 32947.
32. Pilcher CD, Ospina-Norvell C, Dasgupta A, Jones D, Hartogensis W, Torres S, et al. The Effect of Same-Day Observed Initiation of Antiretroviral Therapy on HIV Viral Load and Treatment Outcomes in a US Public Health Setting. J Acquir Immune Defic Syndr 2017; 74:44-51).
33. Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Documento1_de_TAR_2020.pdf
34. Pathela P, Jamison K, Braunstein SL, Borges CM, Lazar R, Mikati T, Daskalakis D, Blank S. Initiating antiretroviral treatment for newly diagnosed HIV patients in sexual health clinics greatly improves timeliness of viral suppression. AIDS: May 10, 2021 - Volume Publish Ahead of Print - Issue - doi: 10.1097/QAD.0000000000002937
35. Ministerio de Sanidad. Secretaría del Plan Nacional sobre el sida. 2021. La prevención y el control de las ITS en España 2013 - 2020: una revisión integrativa. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/ITS/Informe_Revision_Planes_ITS_CCAA_2021.pdf
36. Brañas Baztán et al. Cronicidad, envejecimiento y multimorbilidad. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2018;36(Supl 1):15-18
37. Ford N, Migone C, Calmy A, et al. Benefits and risks of rapid initiation of antiretroviral therapy. AIDS. 2018;32:17-23).
38. Del Amo J, Brañas F, Serrano S, Morillo R, Marrugat J, Fernández E, et al. VIH en España 2017: Políticas para una nueva gestión de la cronicidad, más allá del control virológico. Madrid: Ed. Fundación Gaspar Casal; 2017.
39. Grupo de expertos del PNS, SEGO, SEIP. Documento de consenso sobre la Asistencia en el ámbito sanitario a las mujeres con infección por el VIH. 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/documentos/Mujer_y_VIH_DEFI.pdf
40. Van den Berk G; Leoni MC; Behrens G; Taljaard J; Arends J. Improving HIV-related care through eHealth. The Lan HIV. Volume 7, ISSUE 1, e8-e10, January 01, 2020 DOI:https://doi.org/10.1016/S2352-3018(19)30348-0
41. Panel de expertos del Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA)- Documento de consenso sobre teleconsulta (TC) para personas que viven con infección por VIH (PVVIH). Dic 2020. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/09/TELECONSULTA_Guia_GeSIDA.pdf
42. Ministerio de Sanidad. Ensayo clínico para la Prevención de la Infección por Coronavirus EPICOS. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/EPICOS/RESUMEN.pdf
43. Jongbloed K, Parmar S, van der Kop M, Spittal PM, Lester RT. Recent Evidence for Emerging Digital Technologies to Support Global HIV Engagement in Care. Curr HIV/AIDS Rep. 2015;12(4):451-461. doi:10.1007/s11904-015-0291-7

ANEXO 46

ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL

Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

Período 2022 - 2026

SANIDAD (AÑO DE PUBLICACIÓN)

MINISTERIO DE SANIDAD

versión v. 2021 11 25

Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

Período 2022- 2026

GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

versión v. 2021 11 25

Coordinador técnico

Andrés G. Suárez Alonso. Subdirección General de Calidad Asistencial. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad

Comité asesor

María Eugenia Díez Fernández. Doctora en Psicología, especialista en Psicología Clínica, Hospital Universitario Central de Asturias. Profesora Asociada en Ciencias de la Salud, Universidad de Oviedo
Montserrat García Sastre. Enfermera especialista en Salud Mental. Facultad de Enfermería de la Universidad de Alcalá de Henares
Nel Anxelu González Zapico. Confederación Salud Mental España
José Luis Pedreira Massa. Psiquiatra. Profesor de Psicopatología, UNED
Julio Piedra Cristóbal. Trabajador social. Servicio Andaluz de Salud

Comité institucional de las comunidades autónomas

Andalucía: Javier Romero Cuesta
Aragón: José Manuel Granada López
Asturias: María del Mar Fernández Fernández
Canarias: Natalia González Brito
Cantabria: Miguel Mateo Soler
Castilla–La Mancha: Teresa Rodríguez Cano
Castilla y León: María Ángeles de Álvaro Prieto
Cataluña: Aina Plaza Tesías
Extremadura: Beatriz Martín Morgado
Galicia: María Tajes Alonso
Islas Baleares: José Oriol Lafau Marchena
La Rioja: José Manuel Azcona Gutiérrez
Madrid: Mercedes Navío Acosta
Murcia: María José Lozano Semitiel
Navarra: Iñaki Arrizabalaga Echegoena
País Vasco: José Andrés Martín Zurimendi, José Antonio de la Rica Giménez
C. Valenciana: María Amparo García Layunta
INGESA (Ceuta y Melilla): Teresa García Ortiz
Plan Nacional sobre Drogas: Joan Ramón Villalbí Hereter

Sociedades científicas, asociaciones, organizaciones y otros expertos consultados

Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESM): Marciano Tomé Alonso
Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN): Mikel Munarriz Ferrándis
Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP): Alma Dolores Martínez de Salazar Arboleas
Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA): Mª Luisa Lázaro García
Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSYS): Miguela Arévalo García-Gasco
Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR): Félix Inchausti Gómez
Asociación “Después del Suicidio – Asociación de Supervivientes” (DSAS): Cecília Borràs
Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME): Juan Sergio Fernández Ruiz
Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP): Germán López-Cortacans
Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP): Ángeles Castro Masó
Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP): Martín L. Vargas Aragón

Plataforma de Asociaciones de Profesionales por la Salud Mental de la Infancia y de la Adolescencia: Carlos Imaz Roncero
Red AIPIS- FAeDS (Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicido y Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio): Javier Jiménez Pietropaolo
Sociedad Científica de Terapia Ocupacional (SOCINTO): Adriana Ávila Álvarez
Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN): Alberto Fernández Martínez
Sociedad Española de Epidemiologia (SEE): Jordi Alonso
Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG): Belén González Glaría
Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC): Aurora Fernández Moreno
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN): Vicente Gasull Molinera
Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG): Antonio Torres Villamor
Sociedad Española de Patología Dual (SEPD): Néstor Szerman Bolotner
Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental: Celso Arango López
Sociedad Española de Psiquiatría Legal: Alfredo Calcedo Barba
Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYPNA): Roque Prego Dorca
UNICEF España: Sara Collantes Mateos
Adriana Goñi Sarriés. Psicóloga especialista en psicología clínica. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

Comisiones Nacionales de Especialidad consultadas

Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería de Salud Mental: Elisabeth Cheneau
Comisión Nacional de la Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica: José López Santiago
Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría: Celso Arango López

Ministerio de Sanidad

Dirección General de Salud Pública: Pilar Aparicio Azcárraga
Subdirección General de Calidad Asistencial: Yolanda Agra Varela, Paloma Calleja Toledano, Andrés G. Suárez Alonso
Observatorio de Salud de las Mujeres: Rosa López Rodríguez
Subdirección General de Promoción y Prevención de la Salud: Pilar Campos Esteban
Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral: Monserrat García Gómez
Subdirección General de Formación y Ordenación Profesional. Dirección General de Ordenación Profesional: Pilar Carbajo Arias
Miguel de Bustos Guadaño. Subdirección General de Información Sanitaria. Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del Sistema Nacional de Salud

Ministerio de Consumo

Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, AESAN: Isabel Peña-Rey Lorenzo
Dirección General de Ordenación del Juego: Mikel Arana Etxezarreta

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030

Dirección General de Derechos de las Personas con Discapacidad: Jesús Martín Blanco

El editor final de este documento es el Ministerio de Sanidad. Las propuestas expuestas reflejan las aportaciones de muchos profesionales, en particular las realizadas por el comité asesor. El texto final, no refleja necesariamente las opiniones de todos los participantes en el complejo proceso de redacción.

versión v. 2021 11 25

ÍNDICE

PRESENTACIÓN ... 1
I. INTRODUCCIÓN ... 2
II. NOTA TÉCNICA ... 4
III. ASPECTOS GENERALES ... 5
a. Justificación ... 5
b. Finalidad de la estrategia: misión, visión, valores, objetivo general y principios ... 6
Misión ... 6
Visión ... 6
Valores ... 6
Objetivo general ... 6
Principios ... 7
c. Población diana ... 9
d. Análisis de situación ... 10
Antecedentes ... 10
Epidemiología de la salud mental ... 13
Recursos de atención a la salud mental ... 28
La salud mental infanto- juvenil ... 36
La evolución de los problemas de salud mental. La rehabilitación y reinserción social: la intervención basada en la recuperación ... 38
La conducta suicida como un problema de salud pública ... 39
Salud mental y género ... 40
Salud mental y trabajo ... 43
Análisis DAFO ... 45
IV. LÍNEAS ESTRATÉGICAS ... 50
Línea estratégica 1. Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona ... 50
Línea estratégica 2. Promoción de la salud mental de la población y prevención de los problemas de salud mental ... 56
Línea estratégica 3. Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida ... 61
Línea estratégica 4. Atención a las personas con problemas de salud mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario ... 65
Línea estratégica 5. Salud mental en la infancia y en la adolescencia ... 73
Línea estratégica 6. Atención e intervención familiar ... 80
Línea estratégica 7. Coordinación ... 83
Línea estratégica 8. Participación de la ciudadanía ... 86
Línea estratégica 9. Formación ... 88
Línea estratégica 10. Investigación, innovación y conocimiento ... 92
V. SALUD MENTAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA ... 97
VI. EVALUACIÓN ... 102

VII. ANEXO MARCO NORMATIVO 118
VIII. ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS 127
IX. ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS 128
X. BIBLIOGRAFÍA 130

PRESENTACIÓN

Ministra de Sanidad

I. INTRODUCCIÓN

La mejora de la calidad asistencial ha sido siempre inherente a los principios del Sistema Nacional de Salud (en adelante, SNS), como se desprende de la Ley General de Sanidad. (1) Esta ley supuso el marco de referencia en el tema de la calidad en los servicios sanitarios que ha sido objeto de desarrollo normativo en las distintas comunidades autónomas.

En este contexto y amparado por la Ley de cohesión y calidad del año 2003, el, en la actualidad, Ministerio de Sanidad comenzó a desarrollar en el año 2006, en colaboración con las administraciones autonómicas, la Estrategia de Salud Mental del SNS basada en recomendaciones internacionales y de expertos españoles. (2) Esa estrategia, incluida en el Plan de Calidad de 2010 (3), sirvió de herramienta y marco de referencia para el despliegue de programas y acciones que se fueron desarrollando en España sobre salud mental. El Plan de Calidad de 2010 contribuyó a la financiación de proyectos concretos en temas relevantes en salud mental, como: la celebración en el marco de la Presidencia Europea, la Conferencia *"Mental Health and Well-being of Older People – Making it Happen"* (4), que permitió participar activamente en el desarrollo de compromisos internacionales como la Conferencia de Helsinki de la OMS (5), el desarrollo de compromisos incluidos en el Pacto Europeo por la Salud Mental de la OMS- Europa y de la Comisión de la UE (6), en los indicadores OCDE (*Health Care Quaility Indicators- Mental Health Care OECDE*) y Derechos humanos (Consejo de Europa), así como la elaboración de una guía general de buenas prácticas sobre aspectos éticos y legales de la práctica asistencial de cualquier modalidad de intervención en contra de la voluntad del paciente. Para la evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud de 2006 se constituyó un Comité de Seguimiento y Evaluación (CSE), formado por los representantes de diferentes unidades del Ministerio de Sanidad, de las comunidades autónomas (CC. AA.), del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, de las sociedades científicas del ámbito de la Estrategia y asociaciones de pacientes y familiares [Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) y Fundación Mundo Bipolar]. Se consensuó la metodología de evaluación, diseñándose un modelo de recogida de información. Se elaboró el informe de evaluación que se hizo público. (7)

A continuación, se elaboró una 2ª versión de la Estrategia que sería aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS (en adelante, CISNS) en 2009 (Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009- 2013). (8)

A partir de la evaluación de esa 2ª versión, en 2016 se presentó al CISNS una nueva actualización que no fue aprobada. (9)

Tras el acuerdo del CISNS de 21 de junio de 2017 sobre la reorientación de la Estrategia de Salud Mental (10) y la aprobación en 2017 de la Proposición No de Ley sobre la Actualización de la Estrategia Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (11), se plantea esta nueva actualización para 2021- 2026, con un nuevo enfoque basado principalmente en los derechos de la ciudadanía, la inclusión social, la lucha contra el estigma, la promoción de la salud mental y la prevención de los problemas de salud mental, la prevención de la conducta suicida y la recuperación de la persona. Durante los trabajos de actualización está teniendo lugar la pandemia de COVID-19 lo que ha llevado a añadir un capítulo dedicado a la importancia de

prestar especial atención a la salud mental de la población durante y tras una pandemia de estas dimensiones.

Esta estrategia está presidida por el respeto y promoción de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental. En este sentido, la estrategia invoca los principios generales enunciados en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, como el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual y la independencia, y la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.

Asimismo, reafirma el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y poniendo de relieve que la salud mental es una parte esencial de ese derecho.

En definitiva, trata de proteger, promover y respetar todos los derechos humanos en la respuesta global a las cuestiones relacionadas con la salud mental.

En la actualidad, en la Región de Europa de la OMS la salud mental se ha identificado como una prioridad clave a través del programa de trabajo *European Programme of Work, 2020-2025 "United Action for Better Health"*, que estableció las prioridades de salud para los próximos años. Para atender estas prioridades, la OMS/ Europa ha identificado 4 iniciativas bandera. Uno de ellas es el lanzamiento de una Coalición de Salud Mental en 2021, que reunirá a los países de la Región Europea, así como a usuarios y proveedores de servicios. (12)

La OMS prevé que la Coalición de Salud Mental ayudará a cambiar la forma en que las sociedades de la Región de Europa consideran la salud mental, y también ayudará a los países a mejorar la forma en que sus servicios de salud trabajan con las personas y las comunidades para mejorar su salud mental.

II. NOTA TÉCNICA

Este documento consta de diez partes diferenciadas:

1. Introducción, donde se hace un breve recorrido de las versiones previas de la Estrategia de Salud Mental del SNS, evaluaciones e intentos de actualización.

2. Nota técnica.

3. Aspectos generales, abordan la justificación de la Estrategia de salud mental, finalidad, población diana y el análisis de situación.

4. Líneas estratégicas, desarrollan los principios básicos de la estrategia:

   Línea 1: Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona.

   Línea 2: Promoción de la salud mental en la población y prevención de los problemas de salud mental.

   Línea 3: Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida.

   Línea 4: Atención a las personas con problemas de salud mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario.

   Línea 5: Salud mental en la infancia y en la adolescencia.

   Línea 6: Atención e intervención familiar.

   Línea 7: Coordinación.

   Línea 8: Participación de la ciudadanía.

   Línea 9: Formación.

   Línea 10: Investigación, innovación y conocimiento.

5. Salud mental en tiempos de pandemia.

6. Evaluación.

7. Anexo normativo sobre salud mental.

8. Abreviaturas y acrónimos.

9. Índice de figuras y tablas.

10. Bibliografía.

III. ASPECTOS GENERALES

a. Justificación

La atención a la salud mental de las personas y de las comunidades de las que éstas forman parte es condición indispensable para el desarrollo de calidad de vida y el ejercicio pleno de una ciudadanía en la que se conjuguen los derechos y deberes. Tal y como estableció en su día la Declaración de Helsinki de la Conferencia Ministerial de la OMS para la salud mental de 2005, "no hay salud sin salud mental". (13)

El cuidado a la salud mental aún sigue siendo una cuestión insuficientemente atendida. El ejercicio de los diversos derechos (civiles, políticos, económicos, sociales, culturales) y el desarrollo de una vida digna para todas y todos solo serán posibles con la colaboración entre los distintos grupos, organizaciones e instituciones que componen una comunidad.

La desinformación y la falta de toma de conciencia sobre la salud mental producen que en muchas ocasiones la sociedad discrimine, rechace o estigmatice a las personas con problemas de salud mental y, sin embargo, puede afirmarse que, nadie está exento de padecer algún tipo de problema de salud mental a lo largo de su vida o la de las personas de su entorno cercano. (i)

Por encima de los síntomas de su problema de salud, muchas veces el estigma y la discriminación son las principales barreras en las actitudes de la población general. Esto dificulta la recuperación y la inclusión social de las personas con problemas de salud mental. El estigma y la discriminación desalientan a las personas a reconocer su problema de salud y a iniciar su proceso de recuperación. La pervivencia de mitos, prejuicios y estereotipos contribuyen a la consolidación del estigma y conducen a la normalización de graves conductas discriminatorias.

Cuando no se considera a la persona en su diversidad pueden producirse graves vulneraciones de derechos. Los problemas de salud mental, por acción y efecto del estigma, se erigen en una suerte de etiqueta tras la que la persona queda anulada impidiendo su consideración integral y la adecuada atención de sus necesidades específicas. De alguna manera, tener o presumir que se tenga un problema de salud mental continúa constituyendo una justificación, comúnmente asumida, para desproveer a la persona de sus derechos.

En este contexto y como respuesta a la sensibilidad y empatía que los problemas de salud mental despiertan entre la ciudadanía, profesionales, gestores de servicios sociales y sanitarios, asociaciones de personas con problemas de salud mental, sus familiares y personas allegadas, desde el Ministerio de Sanidad se estableció entre sus principales objetivos la atención integral a la salud mental.

Por ello, a lo largo de la última década este Ministerio de Sanidad ha liderado la elaboración y puesta en marcha de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, contando para ello con las personas con problemas de salud mental, sus familiares y personas allegadas, los y las profesionales, a través de sus organizaciones, y los gestores de servicios sociales y sanitarios.

(i) "*e*) .. la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás". Naciones Unidas. Epígrafe e) del Preámbulo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. 2006. (15)

Para la elaboración de la actualización de la Estrategia que ahora se presenta se contó con la participación de personas expertas del ámbito de la salud mental, representantes de personas con problemas de salud mental y familiares, constituyendo el comité asesor (ver índice de colaboradores), quienes hicieron aportaciones al presente documento a partir de los antecedentes de las versiones previas de la Estrategia y sus evaluaciones, las novedades surgidas en los campos científicos y organizativos y las consideraciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a la propuesta presentada con anterioridad (secuencia completa que se detalla en el apartado dedicado a la Introducción).

El objetivo de esta Estrategia es proporcionar una herramienta útil para la mejora de la salud mental de la población, atender y acompañar de forma integral a las personas con problemas de salud mental desde una perspectiva exigente de derechos humanos, apoyar a sus familias y promover un modelo de atención integral y comunitario que favorezca la recuperación e inclusión social.

b. Finalidad de la estrategia: misión, visión, valores, objetivo general y principios

Misión

Establecer objetivos y recomendaciones orientados a la mejora de la salud mental de la población, detección precoz y atender de forma efectiva a las personas con problemas de salud mental, desde el momento en que se presentan, independientemente de su edad o nivel de desarrollo, y desde el respeto a sus decisiones y sus derechos apoyar a sus familias y promover un modelo de atención integral y comunitaria que favorezca la recuperación y la inclusión social.

Visión

Esta Estrategia pretende ser un elemento de referencia para la mejora de la salud mental en el Sistema Nacional de Salud, desde la equidad, la sostenibilidad del sistema y el discurso de los derechos humanos, teniendo en cuenta las mejores evidencias disponibles, las recomendaciones efectuadas y la factibilidad de su implementación.

Valores

Esta estrategia se basa en la importancia de la promoción de la salud mental y en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental buscando la equidad, la sostenibilidad y la calidad en la atención a las personas con problemas de salud mental, basada en el modelo de recuperación y en su entorno, incorporando la participación ciudadana y todo ello desde una perspectiva de género y de eliminación de las inequidades sociales en salud.

Objetivo general

“Mejorar la salud mental de la población en todos los niveles y ámbitos de atención del Sistema Nacional de Salud”.

Principios

Esta Estrategia parte de la convicción de que cualquier actuación o modelo debe respetar los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental y debe, ineludiblemente, dar una respuesta adecuada a las necesidades de apoyo o atención que puedan tener en cada momento de su vida.

La Estrategia aborda los problemas de salud mental desde la perspectiva de integrar los aspectos biológicos, los factores psicológicos y sociales. Por ello es importante contemplar la interacción de estos factores y comprenderlos desde la perspectiva de integrar los factores de vulnerabilidad (caracterizados por ser de tipo psicobiológico) con los factores de riesgo (definidos como de tipo psicosocial), así como los factores protectores y de potenciar la resiliencia, considerándola como una base constitucional y la interacción con el entorno psicosocial en que se produce, tal como lo teoriza Rutter (14).

La estrategia busca promover el abordaje diagnóstico y terapéutico de los problemas de salud mental empleando herramientas e intervenciones que hayan demostrado evidencia científica.

Así, los principios sobre los que se asienta la actualización de la estrategia son los siguientes:

- **La persona con problemas de salud mental como sujeto de derecho.** Con la entrada en vigor en nuestro ordenamiento jurídico, el 3 de mayo de 2008, de la Convención de la ONU de los derechos de las personas con discapacidad (80), se abordan los problemas de salud mental como una cuestión de derechos humanos y desde una perspectiva donde predomina el modelo biopsicosocial. (15) Aumenta el convencimiento de que la persona con problemas de salud mental es titular de todos los derechos humanos, los cuales deben ser respetados. Se hace imprescindible para ello, garantizar el cumplimiento no sólo de la Convención, sino del resto de la legislación vigente en materia de discapacidad y ofrecer una atención basada en el cumplimiento de los derechos, garantizando la equidad e igualdad en el acceso a los recursos y a las atenciones necesarias. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y de la legislación vigente en las distintas comunidades autónomas, reconoce el derecho del paciente a ser informado, así como a su representante legal si fuera necesario. (16)

- **Enfoque de género.** Significa tener en cuenta las diferentes necesidades de las mujeres y de los hombres en todo el proceso de planificación y prestación de servicios de salud mental. Considera un enfoque holístico psicosocial donde el género es un pilar fundamental, reconociendo que los factores psicosociales sitúan a las mujeres y a las niñas en desventaja y perjudican la salud mental de las mismas. Implica una voluntad de participar en la consecución de la igualdad real entre hombres y mujeres.

- **Participación de la persona con problemas de salud mental y familiares.** En el marco del modelo comunitario de atención en salud mental, la recuperación de las personas con problemas de salud mental y de sus familias se debe afrontar desde una perspectiva de derechos. En este sentido, la participación es un derecho fundamental de la persona con problemas de salud mental y sus familias para participar en igualdad de condiciones con los y las profesionales, garantizando de ese modo que las decisiones tomadas para el

desarrollo de la intervención sean consensuadas y tengan un impacto claro en todos los niveles: planificación, desarrollo y evaluación.

- **Diálogo y escucha activa.** Son elementos fundamentales sobre los que se debe basar la relación terapéutica y la intervención en salud mental. La red de atención en Salud Mental requiere de profesionales bien preparados técnicamente, así como, bien preparados para establecer alianzas terapéuticas, relaciones empáticas y de apoyo con las personas con problemas de salud mental y sus familias. Todo ello llevará a que el proceso de toma de decisiones sea compartido y acordado entre profesionales y usuarios.

- **Recuperación personal.** La recuperación es un proceso único e individual unido al desarrollo personal de cada individuo. Este proceso está ligado a una modificación sustancial de actitudes, valores, sentimientos, objetivos y roles de la persona con problemas de salud mental en la construcción de un proyecto de vida que no esté centrada en el diagnóstico y los síntomas del problema de salud, en la que la propia persona ocupa un rol protagonista. Ello está ligado al descubrimiento o redescubrimiento de un sentido de identidad personal separado de la enfermedad o discapacidad. Una persona puede recuperar su vida (recuperación social) sin que, necesariamente, se haya recuperado de su problema de salud (recuperación clínica).

- **Atención personalizada y segura.** Tratamiento y trato individualizado. Todas las personas con problemas de salud mental no son iguales, por tanto, la relación terapéutica y los planes de tratamiento deben individualizarse ajustándose desde el inicio y posteriormente de manera periódica a las necesidades que presenta la persona en cada momento. Es imprescindible mejorar los entornos terapéuticos en los que las personas con este problema de salud, de manera continuada, puedan ofrecer sus opiniones sobre la evolución y la satisfacción con los cuidados que recibe.

- **Continuidad asistencial y de cuidados.** La continuidad de cuidados deriva de la necesidad de muchas personas con problemas de salud mental de tener atención, cuidados, tratamiento y apoyo social de forma continuada. La medida en la que este objetivo pueda alcanzarse refleja, en parte, la coordinación entre servicios y el grado de actuación armónica conjunta de los diversos servicios de un área local. La continuidad de cuidados es la capacidad de la red asistencial para proporcionar atención, cuidados y apoyo a lo largo de la vida de la persona (continuidad longitudinal) y de forma coherente, entre los servicios que la componen (continuidad transversal), con un enfoque de atención comunitaria a la salud mental, en el que la coordinación de los servicios especializados en salud mental y en coordinación estrecha con la red comunitaria, como servicios sociales entre otros, garanticen la continuidad asistencial y de cuidados que debe venir prestada desde los equipos de salud mental de los diferentes dispositivos y desde la consideración de la implicación directa de las personas en su proceso.

- **Las personas** formando **parte de una sociedad con derechos y obligaciones** que pueden verse debilitados por la irrupción de acontecimientos voluntarios o involuntarios que pongan al descubierto grupos vulnerables con necesidad de protección social. Los que desastres naturales, el impacto humano sobre el medio ambiente, crisis económicas, guerras y pandemias –ej. la reciente pandemia COVID-19- , entre otros, generan estrés

postraumático, mostrando de forma específica grupos vulnerables para la salud mental y que necesitan ser abordados.

c. Población diana

Esta estrategia está dirigida a toda la población, y especialmente a todas las personas con problemas de salud mental que reciben atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud (SNS), a sus profesionales (del ámbito clínico y de gestión), organizaciones y proveedores de asistencia sanitaria en el SNS, a las familias de las personas con problemas de salud mental y a todas aquellas entidades académicas y sociales y agentes involucrados en la mejora de la salud mental en España.

d. Análisis de situación

Antecedentes

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Por tanto, se puede decir que no corresponde solo a la ausencia de problemas de salud mental, sino que está muy relacionado con la promoción del bienestar, la prevención de los problemas de salud mental y el tratamiento integral y recuperación de las personas.

Diversos organismos internacionales, entre ellos la OMS, así como las observaciones de los y las profesionales en su atención directa a las personas, alertan de que el incremento del sufrimiento psíquico y de diversos problemas de salud mental está estrechamente vinculado a los estilos, condiciones de vida y a todo el conjunto de factores denominados determinantes sociales, que se suman a los determinantes biológicos, para hablar de determinantes biopsicosociales, por lo que es necesario entender la salud mental como un aspecto más del bienestar de cada persona. En el diseño de la presente estrategia se incluye la concepción biopsicosocial, formulada por Engel, que posibilita un abordaje actualizado y con perspectivas de futuro en su desarrollo. (17)

Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como factores neurobiológicos, la interacción entre la genética del individuo y el ambiente (epigenética), la capacidad para gestionar los pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. Los determinantes de la salud de la población pueden conceptualizarse como estratos de influencia similares a un arco iris, con factores individuales en el centro y alrededor los factores relacionados con los estilos de vida, las redes sociales y comunitarias, las condiciones de vida y de trabajo y las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales. Para establecer prioridades y proponer intervenciones y estrategias adecuadas, se debe evaluar la importancia de la contribución de distintos factores de riesgo a la carga total de enfermedad. (18)

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), desarrolla en colaboración con la Comisión Europea, una serie de informes *Health at a Glance*, en los que se evalúa el progreso hacia sistemas de salud eficaces, accesibles y resistentes en toda la UE. En el informe publicado en 2018 (61) se estimaba que el coste total de los problemas de salud mental representa el 4 % del PIB en los países de la UE: 190.000 millones de euros (1,3 % del PIB) refleja el gasto directo en asistencia sanitaria, 170.000 millones de euros (1,2 % del PIB) se gastan en programas de seguridad social y aproximadamente 240.000 millones de euros (1,6 % del PIB) representan costes indirectos para el mercado laboral debido a la reducción del empleo y de la disminución de la productividad laboral. Los datos estimados para España recogidos en el informe fueron: 45.058 millones de euros en coste total de los problemas de salud mental (4,2% del PIB), repartidos en: 14.415 millones en costes directos en asistencia sanitaria, 12.318 millones en costes directos en programas de seguridad social y 18.325 millones de costes indirectos en relación con disminución la de productividad laboral. (61)

La atención a la salud mental debe girar, por ser coherente con una cuestión de derechos, hacia un enfoque de atención centrada en la persona, lo que implica dotar de protagonismo en su proceso de recuperación a la propia persona que ha experimentado problemas en su salud mental. Es imprescindible evitar percepciones de la persona con problemas de salud mental como solamente alguien que sufre, poniendo énfasis en todo momento en sus fortalezas, capacidades y recursos y situándola en el centro, en definitiva, asumiendo la atención centrada en la persona.

Esta Estrategia se basa en el modelo de recuperación, en el cual se sitúa a la persona como protagonista de su proceso, y en el modelo de atención comunitaria. La recuperación es un proceso único e individual ligado al crecimiento personal y que a veces incluye un cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona~~. Está~~ Proceso que tiene que ver con el retorno a un funcionalismo pleno del sujeto en todas las áreas de su vida (familiar, social, económica, laboral, académica, etc.) y que sin duda va más allá de la reducción de los síntomas.

Este modelo requiere un cambio en las relaciones entre las personas con problemas de salud mental y los profesionales de los ámbitos sanitario y social. Se precisa un giro hacia una posición de colaboración y construcción conjunta de planes de tratamiento, presentando desde el ámbito profesional las opciones terapéuticas existentes y apoyando a la persona con problemas de salud mental en la elección del camino de recuperación más adecuado a sus propios intereses y posibilidades.

El modelo de recuperación también va a implicar la consideración de la perspectiva de género en todas las actuaciones, para garantizar la adecuación de los programas y servicios de salud mental a las características diferenciales de mujeres y hombres, tal como recomiendan el Parlamento Europeo en Resolución del 14 de febrero de 2017. (19)

En 2018 se publicó la evaluación del modelo comunitario de atención a los trastornos mentales en España (20) que se proponía en la Estrategia en Salud Mental del SNS aprobada en el CISNS en 2009. (8) Las conclusiones más importantes de este estudio fueron que las carencias más importantes en la implementación del modelo comunitario en 2014 se relacionaron con la ausencia de una perspectiva de salud pública, con la mala gestión y rendición de cuentas, y la ralentización del desarrollo de equipos, servicios y redes de servicios de orientación comunitaria.

El modelo se modificó poco globalmente entre 2008 y 2014, pero algunas prácticas clave, como la universalidad y gratuidad del sistema, la atención sectorizada, el acortamiento de los tiempos de espera, las subvenciones a las asociaciones de usuarios y familiares, y la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia se redujeron de forma sustancial en muchas comunidades coincidiendo con los peores años de la crisis económica.

Otras prácticas, como la historia clínica informatizada, los planes Individualizados de atención y el tratamiento asertivo comunitario, incrementaron su cobertura en algunas comunidades a pesar de la recesión.

La Declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS "Empoderamiento del usuario de salud mental" (21) propone las acciones siguientes en relación con la educación y formación de los y las profesionales, usuarios/as, cuidadores/as y la comunidad (se citan de forma literal):

- "Los que diseñan e imparten la formación a los profesionales de salud mental tendrían que cooperar sistemáticamente con los usuarios y cuidadores".

- Buscar formadores procedentes de diferentes campos, por ejemplo: de minorías étnicas o lingüísticas, o relacionados específicamente con niñas y mujeres con problemas de salud mental.

- Incluir el estigma de la enfermedad mental en el currículo de atención primaria y de los y las profesionales de salud mental.

- Ofrecer formación a actores sociales relevantes tales como policía y empresarios.

- Garantizar la paridad entre usuarios y no usuarios, mismos honorarios para un asesor profesional o formador sea, o no, usuario o cuidador.

- Ofrecer formación a usuarios y cuidadores en habilidades para participar en comisiones de trabajo y desarrollo del liderazgo.

- Desarrollo de rutas y vías para el usuario, en los roles y oportunidades que tienen las profesiones asistenciales a nivel de grado y postgrado."

La aprobación de **la Ley General de Sanidad** de 1986 (1) supuso uno de los mayores hitos en la atención a la salud mental en el Estado Español al equiparar la atención de las personas con trastorno mental con la atención al resto de problemas de salud. Dicha Ley incorporó las líneas generales del Documento general y recomendaciones para la reforma psiquiátrica y la atención a la salud mental, del Plan para la Reforma de la Asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental de 1985. (22) La implementación de dichas recomendaciones fue desigual, en particular en lo que respecta al desarrollo de algunos términos como, por ejemplo: servicios comunitarios, integración, rehabilitación, interconsulta, psicoterapia, trabajo comunitario, prevención, evaluación y calidad.

A pesar de la importante evolución que se ha producido en el modelo de atención a las personas con problemas de salud mental en los últimos años, es urgente e imprescindible introducir una serie de principios que permitan evolucionar hacia un modelo en el que se ofrezca la posibilidad de avanzar en inclusión social, así como la capacidad de disfrutar de un rol social pleno en el medio comunitario y los recursos necesarios para una coordinación efectiva entre el Sistema Nacional de Salud y los agentes sociales y comunitarios.

Para lograr esta situación es necesario:

a. Potenciar la autonomía de las personas con problemas de salud mental, desarrollando sus capacidades, recursos, activos de salud o habilidades.
b. Aumentar la posibilidad de tomar decisiones en diferentes esferas que afectan directamente a su desarrollo personal.
c. Respetar sus tiempos, necesidades y valores, en definitiva, respetar su diversidad.

Epidemiología de la salud mental

Riesgo de mala salud mental en la población

La Encuesta Nacional de Salud (ENSE) valora el riesgo de mala salud mental. (23)

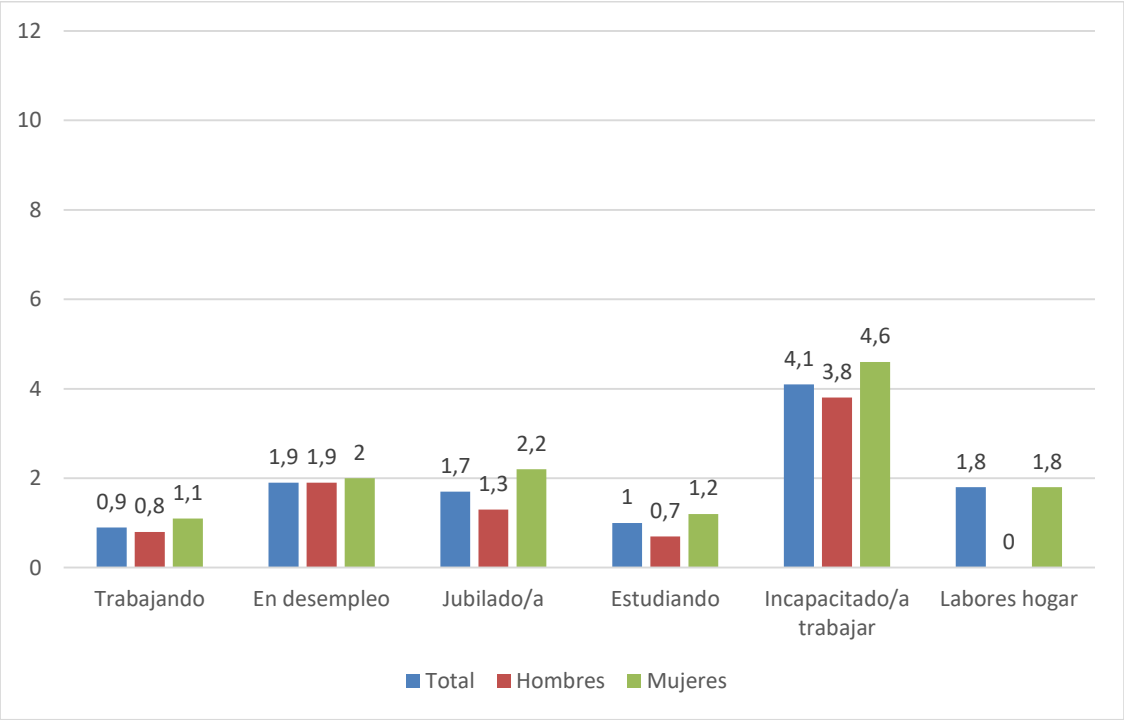
En la población 15 y más años lo hace mediante el cuestionario de salud general de Goldberg GHQ-12, que permite detectar la prevalencia de casos probables de morbilidad psiquiátrica o de padecimiento psicológico. Se trata de un cuestionario autoadministrado que explora síntomas subjetivos de distrés psicológico, manifestaciones somáticas frecuentemente asociadas a ansiedad, depresión, dificultades de relación y de cumplimiento de los roles sociales, familiares y profesionales, es decir, la evaluación que hace la persona de su estado de bienestar general. Es un instrumento de cribado no siendo adecuado para hacer diagnósticos clínicos ni para valorar trastornos crónicos. Los valores oscilan entre 0 y 12 puntos, de mejor a peor salud mental. (24)

Según los datos ofrecidos por la ENSE de 2017 el valor promedio en la población de 15 y más años fue de 1,4 (DE 2,6). En hombres la puntuación fue más baja (1,1; DE 2,3) (mejor percepción de salud mental) que en mujeres (1,6; DE 2,8). [ii]

En relación con la actividad económica (figura 1), el trabajo remunerado fue uno de los principales determinantes del estado general de salud de la persona y de la salud mental en particular. Obtuvo diferente puntuación la población desempleada (1,9; DE 3,0) que la que estaba trabajando (0,9; DE 1,9), aunque los valores más elevados se observaron en la población incapacitada para trabajar (4,1; DE 4,3). (25)

[ii] Los valores de la variable salud mental en población adulta oscilan entre 0 y 12 puntos, de mejor salud mental a peor. (24)

Figura 1. Riesgo de mala salud mental en población de 15 y más años según sexo y la actividad económica. España 2017 [iii]



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL (25)

La ENSE valora también el riesgo de mala salud mental en la población infantil. (23) El riesgo de mala salud mental en la población de 4 a 14 años se mide con el cuestionario *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ). (iv, v) Estudia cinco dimensiones: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta positiva de socialización o conducta prosocial. (vi, vii) (26). De las cuatro dimensiones negativas estudiadas, los niños obtuvieron una puntuación más alta (peor salud mental) que las niñas en tres de ellas, problemas de conducta, hiperactividad y problemas con los compañeros, y las niñas, en

[iii] Salud mental en población adulta según sexo y la actividad económica. Puntuación media (escala 0-12) obtenida en el GHQ-12 (a mayor puntuación peor salud mental). Población de 15 y más años. España 2017

[iv] SDQ. *Information for researchers and professionals about the Strengths and Difficulties Questionnaires* 2014. www.sdqinfo.com

[v] La Convención sobre los Derechos del Niño establece que "se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad" (151)

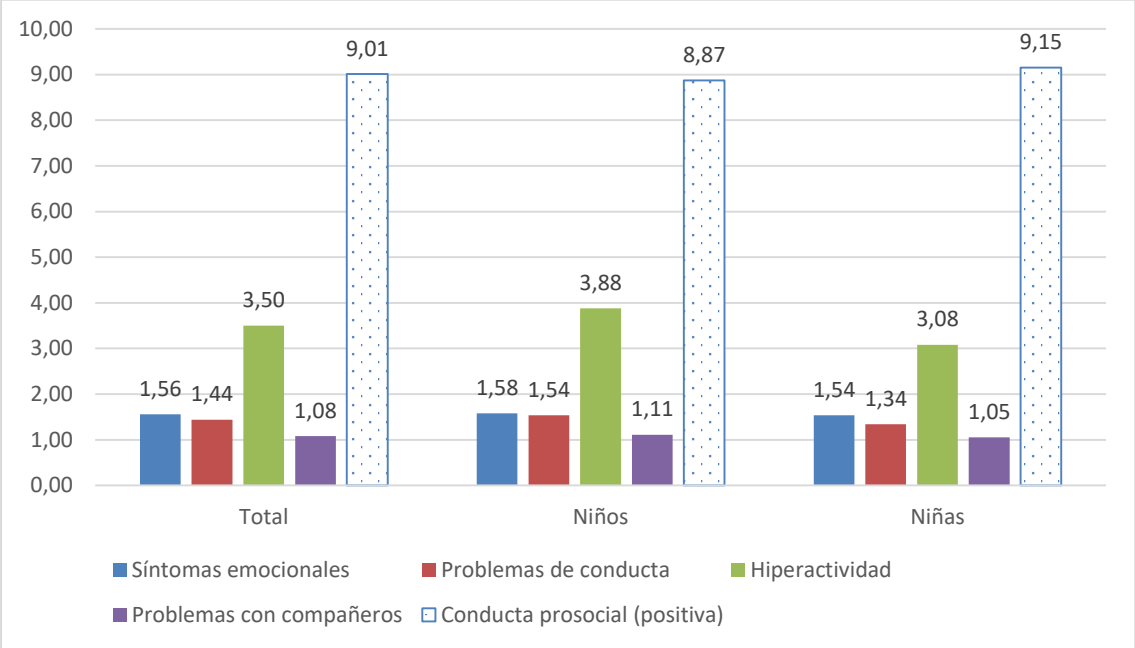
[vi] El SDQ es un cuestionario breve diseñado en 1997 por Goodman para la identificación de problemas de salud mental en los niños de entre 4 y 16 años. Ha mostrado efectividad para el cribado de los trastornos de conducta, emocionales y de hiperactividad. Consta de 25 items agrupados en 5 dimensiones

[vii] Los valores de cada categoría de la variable "salud mental en población infantil" oscilan entre 0 y 10 puntos, de mejor a peor salud mental para las escalas "síntomas emocionales", "problemas de conducta", "hiperactividad" y "problemas con compañeros" y de peor a mejor para la escala de "conducta prosocial". Es decir, a mayor puntuación, peor salud mental, excepto para la dimensión prosocial que puntúa en dirección contraria (a más puntuación mejor salud). La suma de las 4 primeras dimensiones (todas excepto la prosocial), genera el *Total Difficulties Score* (TDS) del cuestionario SDQ o puntuación total de las dificultades, cuyo recorrido de valores es entre 0 y 40. A mayor puntuación en el TDS, peor salud mental.

síntomas emocionales (figura 8). La conducta prosocial (dimensión positiva) presenta valores más altos en niñas (9,2) que en niños (8,9).

Los datos disponibles en la encuesta de 2017 mostraron que en la población infantil estudiada una frecuencia de hiperactividad de 3,5 %, de síntomas emocionales 1,6 % y de problemas de la conducta de 1,4 %. (31)

Figura 2. Riesgo de mala salud mental en la población de 4 a 14 años. España 2017[viii]



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL (25)

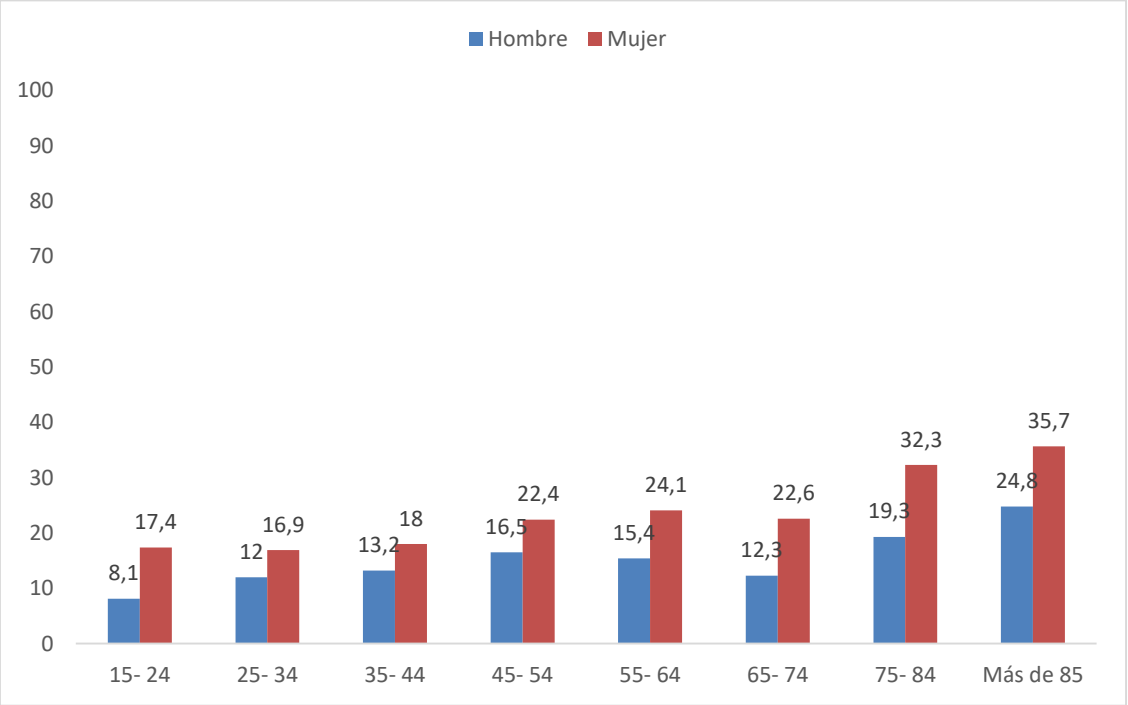
Población en riesgo de mala salud mental

Estratificando según el punto de corte establecido para estimar la población de 15 y más años en riesgo de padecer un trastorno mental (GHQ-12 ≥ 3)(ix), esta fue el 18,0% en la ENSE de 2017: 13,9% de los hombres y 21,9% de las mujeres. El riesgo fue mayor a mayor edad, con un salto más marcado en los grupos de mayor edad: 12,6% en el grupo de 15 a 24 años vs. 31,9% en el de 85 años y más (figura 3).

[viii] Puntuación media (escala 0-10) obtenida en 5 dimensiones del SDQ. Los valores de cada categoría de la variable "salud mental en población infantil" oscilan entre 0 y 10 puntos, de mejor a peor salud mental para las escalas "síntomas emocionales", "problemas de conducta", "hiperactividad" y "problemas con compañeros" y de peor a mejor para la escala de "conducta prosocial". Población de 4-14 años. España 2017. ENSE

[ix] El punto de corte para identificar los posibles casos psiquiátricos es 3, de manera que un individuo que obtenga una puntuación de 3 o más es un posible caso psiquiátrico o está en riesgo de padecer un trastorno mental (se utiliza la expresión mala salud mental para esta puntuación), teniendo en cuenta que se trata de un instrumento de cribado y no diagnóstico. Diferentes estudios demuestran que hay diferencias culturales que determinan diferencias en las respuestas y, consecuentemente, en el punto dónde se debe situar el corte. Es conveniente valorar la evolución de las series más que los datos puntuales obtenidos.

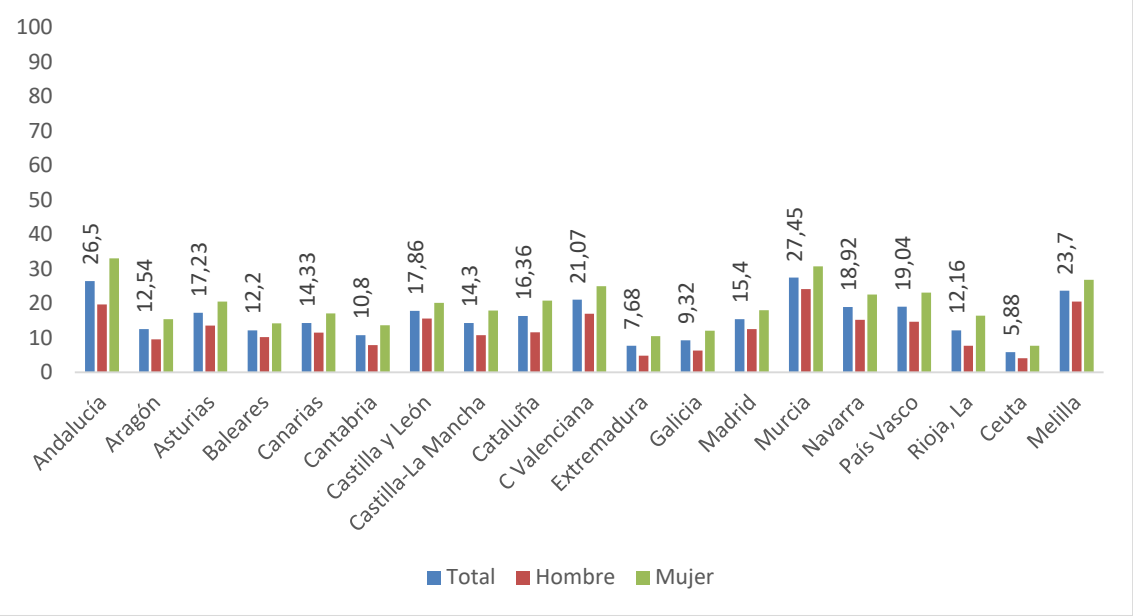
Figura 3. Porcentaje de población en riesgo de mala salud mental (GHQ-12 ≥ 3) en población de 15 y más años según sexo y grupo de edad (%). España 2017



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL (25)

En el análisis por comunidades autónomas, en cuanto a la estimación de la población adulta en riesgo de mala salud mental, Murcia y Andalucía ocuparon los primeros puestos, por encima del 25%. En el extremo contrario Galicia, Extremadura y Ceuta presentaron los menores porcentajes (figura 4). Esta distribución según la comunidad autónoma no concuerda con la morbilidad declarada. Asturias y Galicia, donde más del 20% de las mujeres refirieron "alguna enfermedad mental" (ansiedad crónica, depresión y/u otras), presentan valores inferiores a la media en el GHQ-12. Por el contrario, Andalucía, la Comunidad Valenciana y Murcia destacan por obtener los resultados más altos con el GHQ-12, ocupando lugares intermedios en la morbilidad declarada. Tampoco guarda relación directa el GHQ-12 con el consumo de antidepresivos y tranquilizantes.

Figura 4. Porcentaje de población en riesgo de mala salud mental (GHQ-12 ≥ 3) en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma (%). España 2017



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL (25)

✓ Población infantil en riesgo de mala salud mental (x)

Al estratificar según el punto de corte establecido para el SDQ (14 o más puntos) (xi), el porcentaje de población entre los 4 y los 14 años en riesgo de mala salud mental fue en 2017 de 13,2%: mayor en niños (15,6%) que en niñas (10,5%).

Por grupos de edad, los niños de 4 a 9 años presentaron porcentajes más altos (14,2%) que los del grupo de 10 a 14 años (11,9%), tanto en niños como en niñas (tabla 1).

Por comunidades autónomas, Andalucía, Castilla y León y Cataluña presentaron los porcentajes más altos, con población infantil en riesgo de mala salud mental por encima del 15%.

[x] La Convención sobre los Derechos del Niño establece que "se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad" (151)

[xi] Los autores originales del instrumento desarrollaron puntos de corte a partir de los cuales es posible estratificar la salud mental en categorías. En este apartado se describe la variable "en riesgo de mala salud mental" definida como las puntuaciones ≥ 14 en la escala TDS.

Tabla 1. Población de 4 a 14 años en riesgo de mala salud mental (SDQ ≥ 14) según sexo y diversas características (%). España, ENSE 2017

	SDQ ≥14		
	Total	Niños	Niñas
Número de encuestados	4723	2449	2274
	%	%	%
Total (de 4-14 años)	13,16	15,63	10,53
Grupo de edad			
De 4 a 9 años	14,20	16,62	11,57
De 10 a 14 años	11,91	14,41	9,32
Clase social			
I	8,54	10,50	6,66
II	9,20	9,39	8,99
III	10,43	11,35	9,42
IV	12,61	14,86	10,34
V	15,69	21,29	10,18
VI	20,96	20,38	21,62
No consta	10,45	13,80	5,14
Comunidad autónoma			
Andalucía	17,60	19,06	16,12
Aragón	13,11	17,35	8,36
Asturias	12,89	17,52	7,53
Baleares	10,63	7,20	14,45
Canarias	5,74	9,01	2,44
Cantabria	6,94	3,47	10,40
Castilla y León	16,21	20,25	11,85
Castilla-La Mancha	14,53	16,63	12,27
Cataluña	15,56	20,09	10,73
C Valenciana	10,62	14,37	6,54
Extremadura	6,89	12,69	0,79
Galicia	8,29	12,29	4,16
Madrid	11,64	13,34	9,82
Murcia	8,79	8,20	9,46
Navarra	14,14	13,26	15,05
País Vasco	14,28	14,47	14,07
La Rioja	8,38	6,83	10,25

*Ceuta y Melilla no se presentan por número de efectivos insuficiente.
Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL (25)

Tabla 2. Evolución de la población de 4 a 14 años en riesgo de mala salud mental (SDQ ≥ 14) según sexo y diversas características (%). España, ENSE 2006- 2011- 2017

	% SDQ ≥14		
	2006	2011	2017
Total	22,50	17,09	13,16
Niños	23,66	18,18	15,63
Niñas	21,3	15,92	10,53

Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL (25)

Problemas de salud mental en la población general

Desde la introducción de criterios diagnósticos específicos para los problemas de salud mental en la década de 1970, ha habido una rápida expansión en el número de encuestas de salud mental a gran escala que proporcionan estimaciones en la población de la prevalencia combinada de los problemas de salud mental comunes.

En la revisión sistemática realizada entre los años 1980- 2013 por Steel Z *et al*. sobre la prevalencia global de los problemas de salud mental, en 63 países del mundo, se identificó que 29,2 % (25,9- 32,6 %) de las personas encuestadas habían experimentado un trastorno mental en algún momento durante sus vidas. Un efecto de género consistente en la prevalencia de trastorno mental común fue evidente: las mujeres presentaban tasas más altas de trastornos del estado de ánimo (7,3 % vs. 4 %) y ansiedad (8,7 % vs. 4,3 %) durante los últimos 12 meses y los hombres tenían tasas más altas de trastornos por consumo de sustancias (2 % vs. 7,5 %), con un patrón similar para prevalencia de por vida (algún trastorno mental en algún momento de su vida). Esta revisión sistemática confirmó que los trastornos mentales comunes son altamente prevalentes a nivel mundial y afectan a personas en todas las regiones del mundo. (27)

En el estudio *"The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys",* Kessler *et al* (2009) se concluyó que la prevalencia- vida de los trastornos mentales era de 18,1 % a 36,1 % y la prevalencia-año de 9,8 % a 19,1 %. De estos, entre el 4 %- 6,8 % son trastornos mentales graves en la mitad de los países y muchos comienzan en la infancia y adolescencia. (28)

La Encuesta de Salud de la OMS realizada en 11 países de América, Europa y Asia revela que a pesar de las diferencias entre países las tasas de prevalencia de los trastornos bipolares fueron muy similares, también su gravedad y comorbilidad. La prevalencia- vida de los trastornos del espectro bipolar fue de 0,6 % para el trastorno bipolar tipo I y el 0,4% para el trastorno bipolar tipo II, y las prevalencias- año fueron menores siendo 0,4 % y 0,3 % respectivamente. Los episodios depresivos revelaron una gravedad mayor y mayor frecuencia que los episodios maniacos (74 % con depresión y 50 % con manía). (29)

Según un estudio europeo de prevalencia de los trastornos mentales en Europa, cada año casi 165 millones de personas sufren un trastorno mental como depresión, ansiedad, insomnio o demencia. (30) El estudio calificó los trastornos mentales como "el mayor desafío de la Europa del siglo XXI".

En Europa (30) se estima que cada año el 38,2 % de la población sufre un trastorno mental. Los trastornos más frecuentes son trastornos de ansiedad (14 %), insomnio (7 %), depresión mayor (6,9 %), trastornos somatomorfos (6,3 %), dependencia del alcohol y las drogas (> 4 %). Los trastornos del cerebro y los trastornos mentales, contribuyen en un 26,6 % al total de todas las causas de discapacidad, lo que representa una mayor proporción en comparación con otras regiones del mundo. Las afecciones individuales más incapacitantes fueron: depresión, demencias y trastornos por consumo de alcohol.

En España la ENSE y la Encuesta Europea de Salud en España (EESE) ofrecen información periódica sobre el estado de la salud mental de la población. Se van alternando cada 5 años lo que permite hacer un seguimiento de las cuestiones que comparten cada 2,5 años. La evaluación del riesgo de mala salud mental y la prevalencia de trastornos mentales en población de 0 a 14 años solo está disponible en la Encuesta Nacional de Salud, por lo que se cuenta con datos cada 5 años (xii). Se trata de cuestionarios diseñados para proporcionar información sobre la valoración del estado de salud general, identificar los principales problemas de salud de los ciudadanos, conocer el grado de acceso y utilización de los servicios de salud, y especificar los factores determinantes de la salud. (31, 32)

En el momento de redacción de la Estrategia, la última Encuesta Europea de Salud en España (EESE) es del año 2020. (32)

Los principales resultados que refleja en salud mental en el año 2020 son: (xiii)

- Entre los problemas de salud mental más frecuentes están la ansiedad y la depresión.
- El 5,84 % de la población de 15 o más años declara haber sido diagnosticado de ansiedad crónica, 3,50 % de los hombres y 8,06 % de las mujeres.
- El diagnóstico de depresión se refiere en el 5,28 %. Al igual que la ansiedad, la frecuencia de depresión en la población adulta es más del doble en mujeres 7,22 % que en hombres 3,23 %.
- La prevalencia de depresión es 3 veces más frecuente entre quienes se encuentran en situación de desempleo (7,62 %) que entre los que están trabajando (2,47 %) y alcanza el 23,71% entre quienes están incapacitados para trabajar. Algo similar ocurre en el caso de la ansiedad crónica con un 8,52 %, 4,4 % y 24,44%, respectivamente.
- El 10,86 % de la población de 15 o más años declara haber consumido medicamentos del tipo de los tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir en las últimas 2 semanas (14,19 % de las mujeres y 7,35 % de los hombres) y el 4,52 % antidepresivos o estimulantes (6,33 % de las mujeres y 2,6 % de los hombres).

[xii] Si bien la Convención sobre los Derechos del Niño establece que “se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad” los resultados de la ENSE disponibles hasta la fecha se presentan divididos en dos grandes grupos: de 0 a 14 años y de 15 años en adelante.

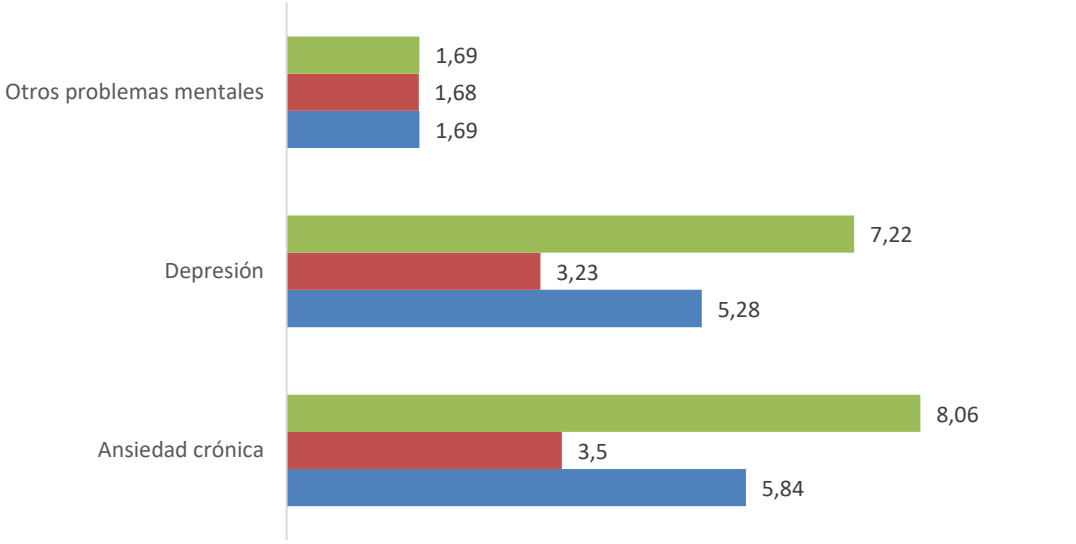
[xiii] Prevalencia autodeclarada en población no institucionalizada de 15 y más años de trastornos padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico.

- Un 4,77 % de la población de 15 o más años refiere haber acudido al psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra en los últimos 12 meses, 5,49 % de las mujeres y 4 % de los hombres.

Los trastornos depresivos están detrás de gran cantidad de días laborales perdidos al año por enfermedad. (33, 34, 35).

En la figura 5 se muestran los datos de prevalencia de depresión y ansiedad crónica en la población de 15 y más años. Se trata de la frecuencia autodeclarada de trastornos padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico, según recoge tanto la Encuesta Nacional de Salud como la Encuesta Europea de Salud en España. La aparición de sintomatología depresiva es más frecuente que los cuadros depresivos en sentido estricto. El relacionar duelo con trastorno depresivo, hablar del "bajón" adolescente como si fuera una depresión o confundir estados de tristeza con padecer una depresión, incluso estados de cansancio o decaimiento se confunden con cuadros depresivos, puede ser una de las razones para el incremento del diagnóstico de estos trastornos.

Figura 5. Prevalencia de depresión, ansiedad crónica y otros problemas de salud mental en población de 15 y más años según sexo (%). España 2020 (xiv)



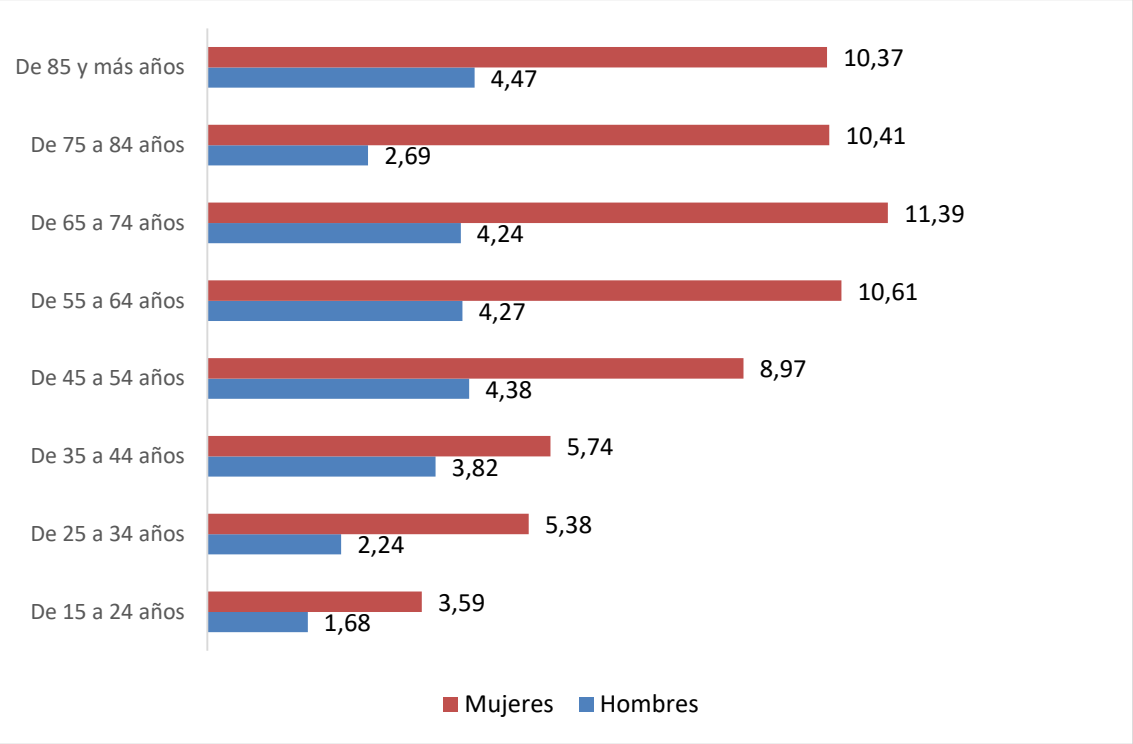
	Ansiedad crónica	Depresión	Otros problemas mentales
Mujeres	8,06	7,22	1,69
Hombres	3,5	3,23	1,68
Total	5,84	5,28	1,69

Fuente: Encuesta Europea de Salud en España (EESE) año 2020. (32)

Cuando se analiza por grupos de edad se observa que las diferencias por sexo en la frecuencia de ansiedad crónica y depresión se hacen 2 veces más frecuentes a partir de los 45 y 55 años.

[xiv] Prevalencia autodeclarada en población no institucionalizada de 15 y más años de trastornos padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico.

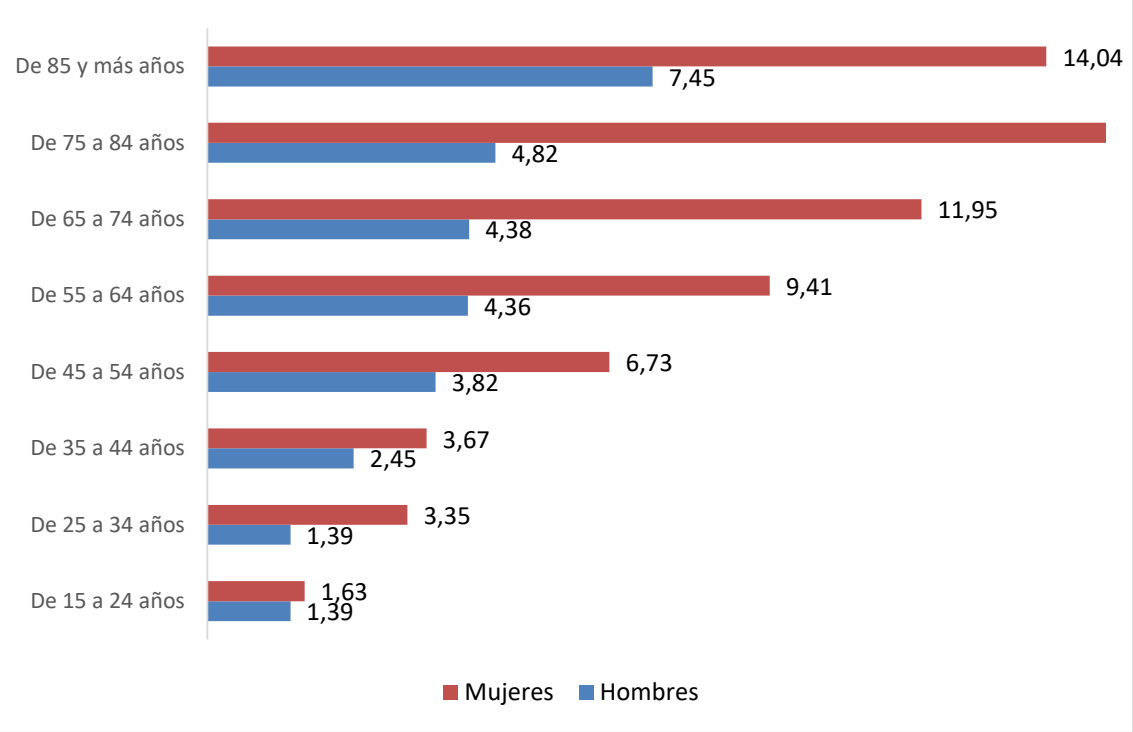
Figura 6. Prevalencia de ansiedad crónica en población de 15 y más años según sexo y grupo de edad (%). España 2020 (xv)



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España (EESE) año 2020. (32)

Figura 7. Prevalencia de depresión en población de 15 y más años según sexo y grupo de edad (%). España 2020 (xv)

[xv] Prevalencia autodeclarada en población no institucionalizada de 15 y más años de trastornos padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico.



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España (EESE) año 2020. (32)

La Encuesta Nacional de Salud no incluye problemas de salud mental, tales como el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno límite de la personalidad, los trastornos alimentarios, etc.

En cuanto a la **prevalencia de problemas de salud mental en población infantil** la Encuesta Europea de Salud en España no estudia esta población por lo que los últimos datos disponibles son los de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) de 2017. La Encuesta Nacional de Salud explora de forma específica en la población la presencia de determinados problemas padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico: en la población de 0 a 14 años trastornos de la conducta y del estado de ánimo y en la población de 3 a 14 años se añaden los trastornos del espectro autista. (xvi)

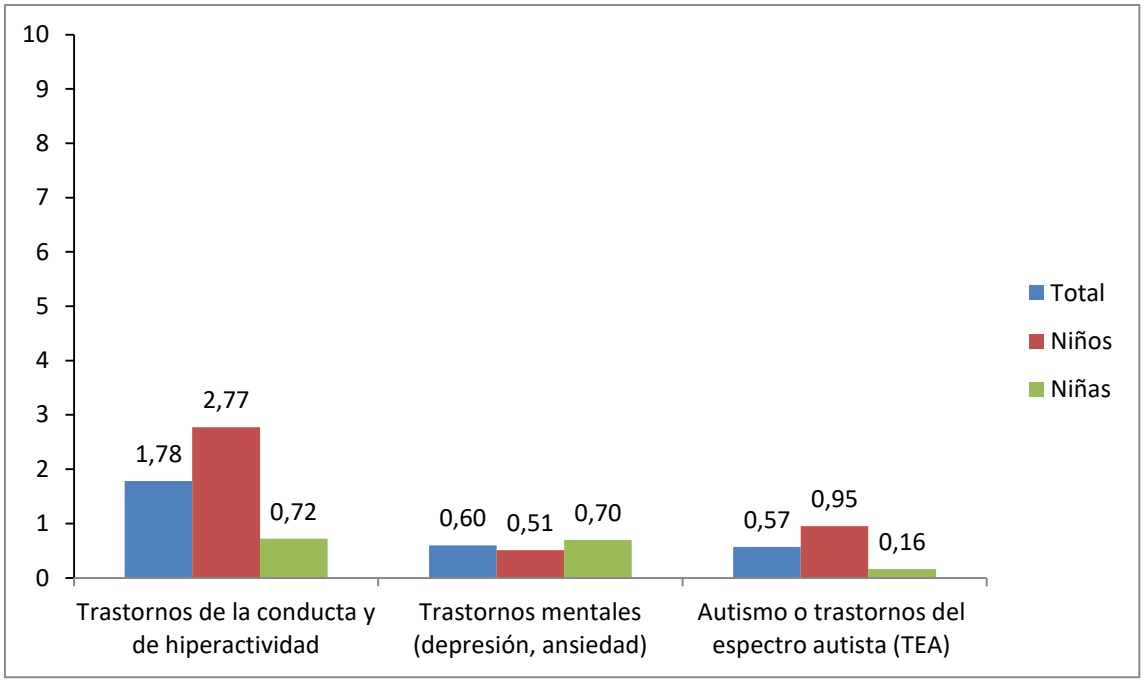
En 2017 la prevalencia de menores que habían sido diagnosticados de trastornos de la conducta y de hiperactividad fue del 1,78% (xvii), de trastornos mentales (depresión, ansiedad), el 0,6%, y de autismo o trastornos del espectro autista (3-14 años), el 0,6%. Esta última se recogía por primera vez.

Los problemas de salud mental explorados fueron más frecuentes en varones, a expensas de los trastornos de la conducta y del espectro autista.

[xvi] Si bien la Convención sobre los Derechos del Niño establece que "se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad" los resultados de la ENSE disponibles hasta la fecha se presentan divididos en dos grandes grupos: de 0 a 14 años y de 15 años en adelante.

[xvii] Si bien desde la versión de la guía DSM-5 los trastornos de hiperactividad se encuentran separados de los trastornos de conducta (clasificándolos dentro de los trastornos del desarrollo neurológico), la ENSE de 2017 seguía mostrando el dato de prevalencia de ambos trastornos de forma conjunta, lo que no debe ser interpretado como que los trastornos de hiperactividad sean considerados en este documento como trastornos de conducta.

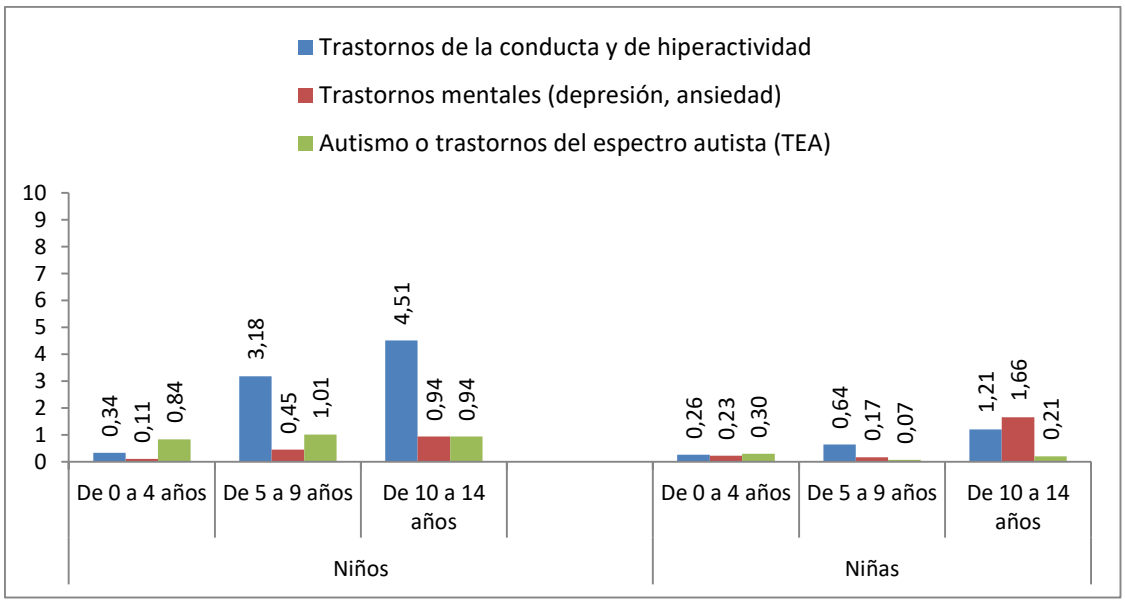
Figura 8. Prevalencia de distintos problemas de salud mental en población de 0 a 14 años según sexo (%). España 2017



*Padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico
Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL (25)

Todos los trastornos presentaron un gradiente ascendente con la edad, especialmente los trastornos de la conducta en niños, que fue además el grupo de problemas declarado con mayor frecuencia.

Figura 9. Prevalencia de distintos problemas de salud mental en población infantil de 0 a 14 años según sexo y grupo de edad (%). España 2017



*Padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico
Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL (25)

Los problemas de salud estudiados en menores se mantuvieron en niveles semejantes a los de años anteriores (tabla 3).

Tabla 3. Evolución de la prevalencia declarada de trastornos de salud mental en la población infantil de 0 a 14 años. España, ENSE 2006- 2011- 2017

Problema de salud/ año	2006	2011	2017
Trastornos de la conducta y de hiperactividad xvii	1,95 %	2,2 %	1,78 %
Trastornos mentales (depresión, ansiedad)	0,82	1,0	0,60

*Padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico
Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL (25)

Registro de problemas de salud mental en atención primaria

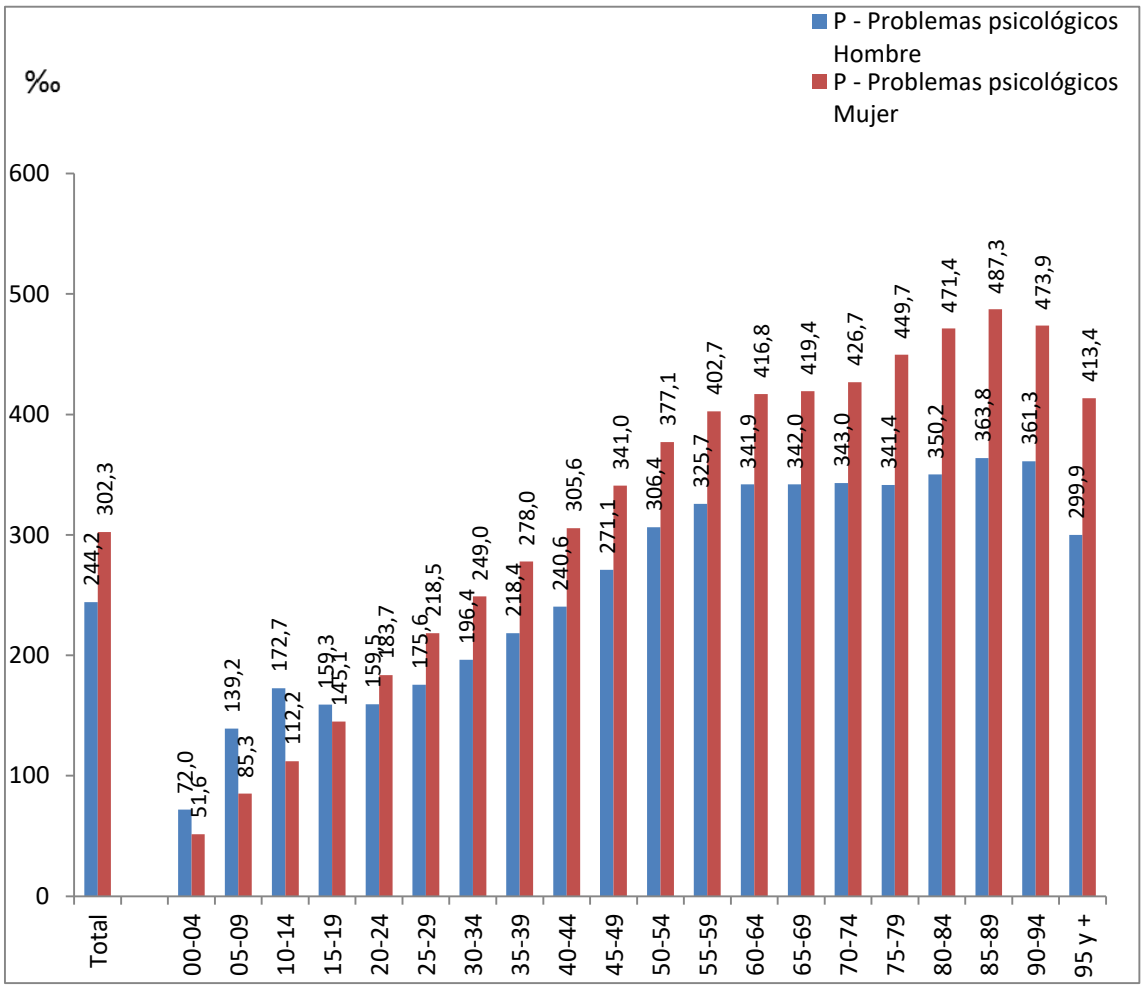
En España la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (en adelante, BDCAP) recoge información clínica de una amplia muestra (4,8 millones en 2017) de historias clínicas de las personas asignadas a atención primaria en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Anualmente se recopila, para cada individuo de la muestra, información sobre sus problemas de salud activos, las interconsultas al segundo nivel, los procedimientos (de imagen, laboratorio y otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos), el valor de una selección de parámetros, los medicamentos que han sido prescritos y dispensados y los contactos con atención primaria.

En relación a los datos registrados en BDCAP los resultados más destacados relacionados con la prevalencia de problemas de salud mental en 2017 fueron: (36, 37)

- La prevalencia global registrada en atención primaria de problemas de salud mental en 2017 es del 27,4%.
- El problema de salud mental más frecuentemente registrado en las historias clínicas de atención primaria es el trastorno de ansiedad que afecta al 6,7% de población con tarjeta sanitaria.
- El trastorno depresivo aparece en el 4,1% de la población y se va incrementando con la edad.
- Las psicosis en conjunto afectan al 1,2%.
- El síntoma más frecuente es el trastorno del sueño, que afecta al 5,4%.
- Se observa un predominio femenino en los adultos, fundamentalmente en el caso de la anorexia nerviosa (7 veces más) y el trastorno depresivo (3 veces más).
- Es frecuente la existencia de gradiente social (el problema de salud es más prevalente a medida que disminuye el nivel de rentas) en especial en las psicosis (esquizofrenia, 12 veces más en el nivel de renta más bajo respecto al más alto), los trastornos de la personalidad (11 veces más) y los trastornos de somatización (7 veces más).
- El 34,3% de las mujeres y el 17,8% de los hombres de 40 y más años retiró en la farmacia al menos un envase de antidepresivo, ansiolítico o hipnótico/sedante durante el año de estudio, 2017. En términos cuantitativos se dispensaron un total de 203,6 DHD (dosis diarias definidas por mil personas y día), siendo los más utilizados los antidepresivos (98,8 DHD), los ansiolíticos (64,5 DHD) y los hipnóticos y sedantes (40,2 DHD).

Analizando un poco más en profundidad estos datos, se observa que la prevalencia global registrada en atención primaria de problemas de salud mental en 2017 es del 27,4% (porcentaje de personas asignadas a atención primaria que presenta algunos de los problemas psicológicos o de salud mental recogidos en la Clasificación Internacional de Atención Primaria- CIAP2 bajo el epígrafe P-Problemas psicológicos). La frecuencia es mayor en mujeres (30,2%) que en los hombres (24,4%), aunque varía con la edad, figura 10.

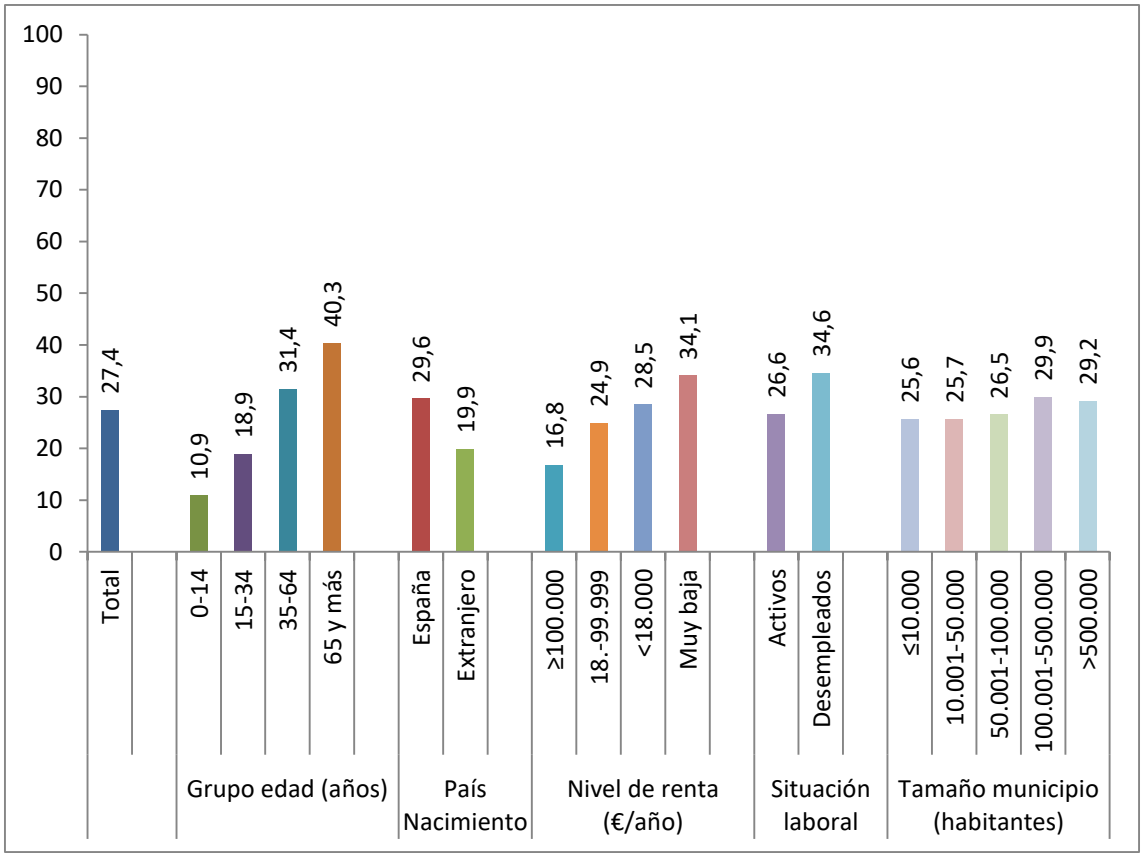
Figura 10. Prevalencia de problemas de salud mental por grupo de edad y sexo, año 2017



Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria, 2017 (36)

Al analizar las personas con al menos un problema psicológico registrado en la BDCAP en el año 2017 (apartado P de CIAP2) por país de nacimiento, nivel de renta, situación laboral y tamaño del municipio por habitantes, los resultados que se observan son: hay un gradiente social en ambos sexos mayor declaración y registro de problemas psicológicos en las rentas más bajas y en las personas en situación de desempleo (activos 26,6% vs desempleados 34,6%). En cuanto al país de nacimiento la frecuencia es mayor entre las personas nacidas en España frente a las nacidas en el extranjero (29,6% vs 19,9%). Cuando se analiza en relación con el tamaño del municipio los problemas psicológicos son algo más frecuentes en municipios de más de 100.000 habitantes (ver figura 11).

Figura 11. Prevalencia de problemas de salud mental por grupo de edad, país de nacimiento, nivel de renta, situación laboral y tamaño del municipio, año 2017



Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria, 2017 (36)

Consumo de psicofármacos

Otro dato de interés es el consumo de psicofármacos. Se estima a partir del número de envases dispensados en oficinas de farmacias con cargo al Sistema Nacional de Salud. Siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre estudios de utilización de medicamentos, los consumos de los medicamentos se expresan en dosis diarias definidas (DDD) por 1.000 habitantes y día (DHD). En 2017, según la información registrada en la Base de Datos Clínicos en Atención Primaria (BDCAP), por cada 1.000 personas asignadas/día, el grupo de psicofármacos más dispensado fue el de los antidepresivos (N06A) con 62,18 DHD (89,36 DHD en mujeres y 33,61 DHD en hombres), seguido por los ansiolíticos (N05B) con 40,7 DHD (52,54 DHD en mujeres y 27,17 DHD en hombres) y por los hipnóticos y sedantes (N05C) 24,06 DHD (31,86 DHD en mujeres y 15,85 DHD en hombres). El consumo del grupo de antipsicóticos (N05A) fue de 7,97 DHD (6,73 DHD en mujeres y 9,28 DHD en hombres). (38)

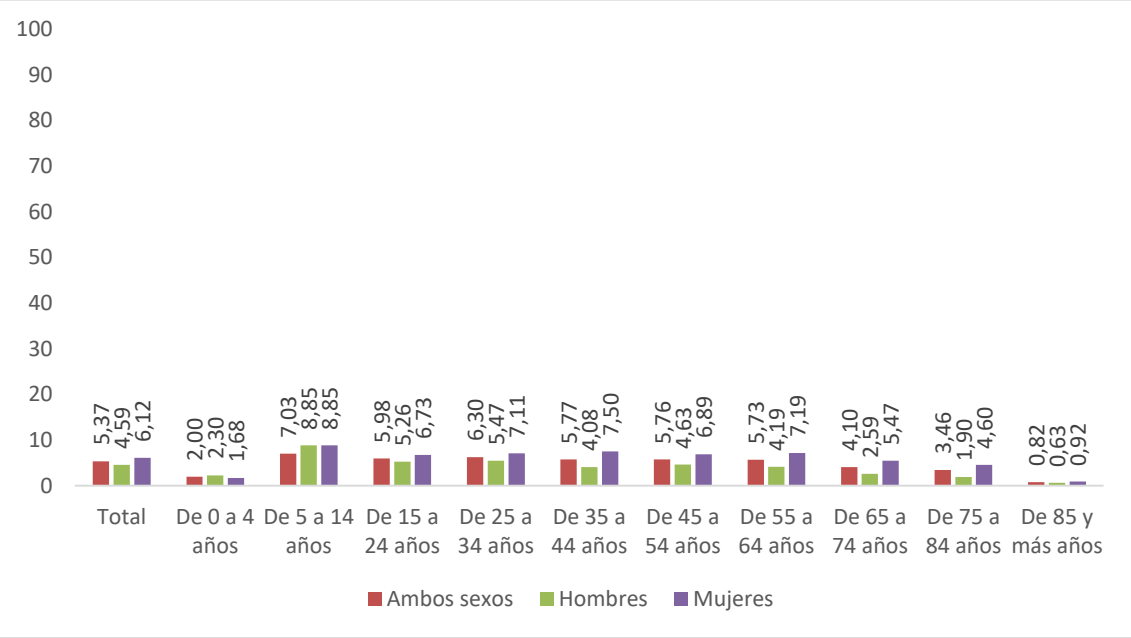
Otra aproximación es la que ofrecen la Encuesta Nacional de Salud, ENSE, y la Encuesta Europea de Salud en España, EESE. En dichas encuestas se pregunta si la persona ha consumido medicamentos en las últimas dos semanas, cuáles ha consumido (en relación con salud mental se pregunta por si ha consumido medicamentos categorizados en la encuesta en dos tipos: "Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir" o "Antidepresivos, estimulantes") y cuáles de estos le fueron recetados. Algunos de los datos observados en la ENSE de 2017 fueron: el 5,6% de la población de 15 y más años refirió haber consumido antidepresivos o estimulantes en las últimas 2 semanas, mientras que el 12,5% refirió haber consumido tranquilizantes, relajantes o

pastillas para dormir. La gran mayoría refiere haberlos consumido con prescripción médica: 99,6% en el caso de los medicamentos del tipo "antidepresivos, estimulantes" y 97% en el caso de los medicamentos del tipo "tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir" (automedicación algo mayor en hombres, 4% que en mujeres 2,5%). (25).

Consulta con un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra

La Encuesta Nacional de Salud, ENSE, y la Encuesta Europea de Salud en España, EESE, también ofrecen información sobre el porcentaje de población las consultas realizadas a un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra (público o privado) en los últimos 12 meses. La EESE recoge datos a partir de los 15 años de edad mientras que la ENSE lo hace desde los 0 años.

Figura 12. Visita a un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra en el último año, según sexo y grupo de edad (%). España 2017



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017.

Otro ámbito donde la atención a la salud mental requiere de una especial atención es en los centros penitenciarios. Los datos recogidos en la Informe general 2017 de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias señalan que el 4 % de la población reclusa padece un trastorno mental grave lo que pone de manifiesto la importancia de la coordinación entre la administración penitenciara, dependiente del gobierno central, y la administración sanitaria dependiente de las comunidades autónomas. (39)

Recursos de atención a la salud mental

Gasto sanitario

Los datos de gasto total en atención especializada en salud mental de España para el SNS correspondientes al año 2017 -haciendo una estimación con base en diferentes fuentes (Estadística de Centros de Atención Especializada y RAE-CMBD)- se aproximan al 4% del total de gasto de atención especializada. En la tabla 4 se recogen los datos calculados desglosados por

tipo de hospital. A estos datos faltaría añadir por una parte el gasto en farmacia y por otra, la estimación del gasto derivado de la atención a problemas de salud mental en el nivel de atención primaria, (porcentaje de gasto de dicho nivel asistencial que se dedica a dicha atención).

Tabla 4. Gasto en la atención a la salud mental en hospitales SNS, España. Año 2017

	Gasto atención salud mental en hospitales	Gasto total atención especializada en hospitales	% sobre total
Hospitales de agudos*	945.452.666	38.806.337.865	2,44%
Hospitales de media y larga estancia**	14.195.519	742.650.465	1,91%
Hospitales de salud mental y toxicomanías	521.133.334	521.133.334	100%
Total	**1.480.781.519**	**40.070.121.664**	**3,70%**

*Calculado con base en el coste por proceso hospitalario en el SNS (RAE-CMBD) para hospitalización y mediante coste UPA para actividad ambulatoria y hospital de día.

**Calculado mediante el coste UPA estimado para estancias, hospital de día y consultas psiquiátricas más el porcentaje estimado de urgencias (proporcional al resto modalidades)

Fuente: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE)/ Registro de Actividad de Atención Especializada. RAE-CMBD (43)

Recursos hospitalarios

La Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada relativa a los centros hospitalarios, centros de especialidades dependientes de los mismos y centros ambulatorios de atención especializada cubre todo el ámbito de la actividad hospitalaria a nivel nacional incluyendo información de todos los centros hospitalarios, tanto públicos como privados, así como centros sin internamiento que ofertan actividad especializada, de cirugía ambulatoria y de diagnóstico por imagen. (40)

En esta Estadística los hospitales se clasifican por finalidad asistencial según el anexo II del RD 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, en C.1. Hospitales: C.1.1. Hospitales Generales, C.1.2. Hospitales Especializados, C.1.3. Hospitales de Media y Larga Estancia, C.1.4. Hospitales de Salud Mental y Tratamiento de Toxicomanías

Tabla 5. Hospitales y centros de especialidades periféricos (CEP) según finalidad asistencial. Año 2018

	Hospitales generales		Hospitales especializados		Hospitales de media y larga estancia		Hospitales de salud mental y toxicomanías		Total	
	Hospital	CEP	Hospital	CEP	Hospital	CEP	Hospital	CEP	Hospital	CEP
Público-SNS	291	330	30	4	103	6	44	23	468	363
Privado	206	18	43	0	20	0	45	0	314	18
Total	497	348	73	4	123	6	89	23	782	381

Fuente: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).Estadística de centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento (41)

La Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada, Hospitales y Centros sin Internamiento ofrece también información sobre las Unidades Funcionales que el centro tiene autorizadas de acuerdo con la clasificación establecida en el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. (40) En el año 2018 los centros que contaban con oferta asistencial de psiquiatría y psicología clínica fueron los siguientes:

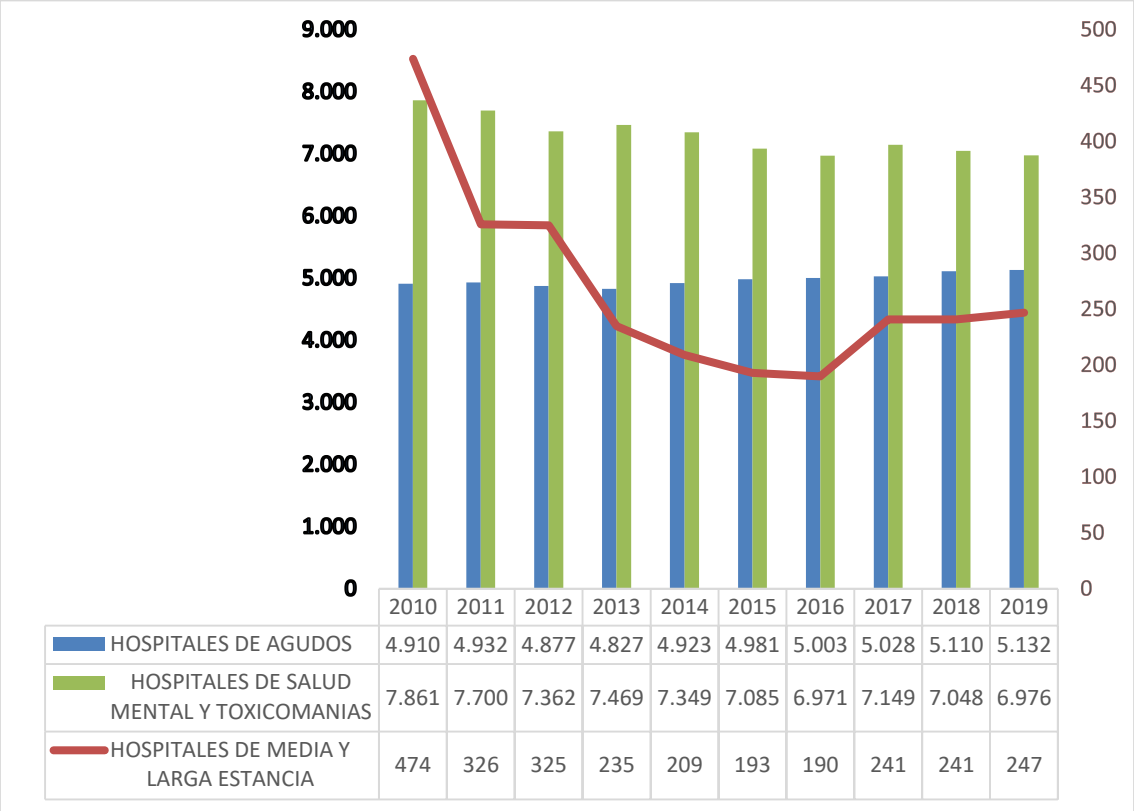
Tabla 6. Oferta asistencial por dependencia en centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento. Año 2018

Oferta asistencial	Públicos		Privados		Total de centros	
	Total de centros	% sobre el total de centros	Total de centros	% sobre el total de centros	Total de centros	% sobre el total de centros
Psiquiatría	284	61%	222	71%	506	65%
Psicología clínica	290	62%	164	52%	454	58%
Terapia ocupacional	280	60%	70	22%	350	45%

Fuente: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).Estadística de centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento (42)

El número total de camas de psiquiatría en hospitales del SNS (contando tanto las unidades de agudos como las de media y larga estancia), entre 2010 y 2019, en los hospitales de agudos se ha mantenido prácticamente constante, entorno a las 5.000 camas, en los hospitales de media y larga estancia ha descendido, sobre todo en los primeros años de la serie, pasando de 474 a 247 camas, y en el caso de los hospitales de salud mental y toxicomanías ha descendido de 7.861 a 6.976 camas.

Figura 13. Nº total de camas de psiquiatría en hospitales por finalidad asistencial del SNS, periodo 2010- 2019 (xviii)



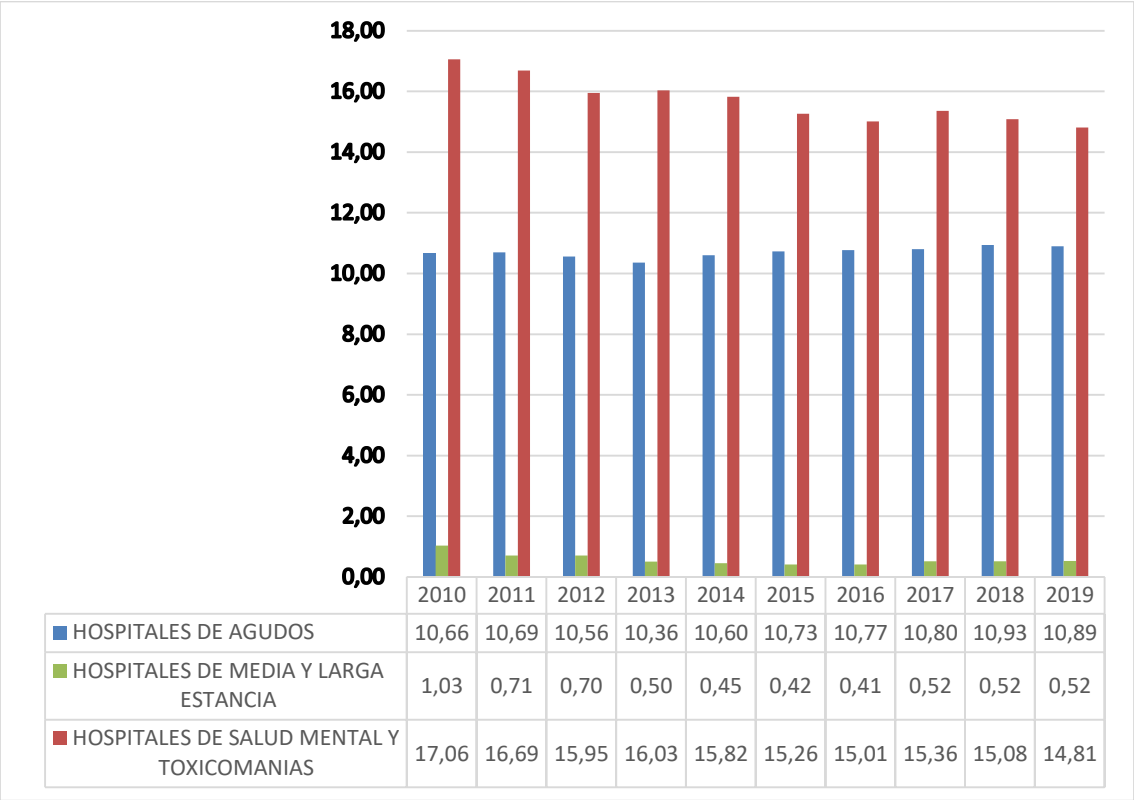
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
HOSPITALES DE AGUDOS	4.910	4.932	4.877	4.827	4.923	4.981	5.003	5.028	5.110	5.132
HOSPITALES DE SALUD MENTAL Y TOXICOMANIAS	7.861	7.700	7.362	7.469	7.349	7.085	6.971	7.149	7.048	6.976
HOSPITALES DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA	474	326	325	235	209	193	190	241	241	247

Fuente: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).Estadística de centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento (43)

En cuanto a la tasa de camas de psiquiatría por tipo de hospital por 100.000 hab. en los hospitales de agudos, de salud mental y toxicomanías y de media y larga estancia del SNS, se observa que en los hospitales de agudos se ha incrementado ligeramente pasando de 10,66 en el año 2010 a 10,89 en 2019, en los hospitales de media y larga estancia ha pasado de 1,03 a 0,52 del 2010 al 2019 y en los hospitales de salud mental y toxicomanías se ha pasado de 17,06 a 14,81.

(xviii) La clasificación por finalidad de los centros C1 Hospitales (centros con internamiento) que se emplea es la recogida en el anexo II del RD 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios: C.1.1. Hospitales Generales, C.1.2. Hospitales Especializados (estos dos agrupados como "Hospitales de agudos"), C.1.3. Hospitales de Media y Larga Estancia y C.1.4. Hospitales de Salud Mental y Tratamiento de Toxicomanías.
La definición que el Real decreto recoge en su Anexo II para los C.1.4 es la siguiente (se transcribe de forma literal): "Hospitales de salud mental y tratamiento de toxicomanías: hospitales destinados a proporcionar diagnóstico, tratamiento y seguimiento de su enfermedad a los pacientes que precisan ser ingresados y que sufren enfermedades mentales o trastornos derivados de las toxicomanías."

Figura 14. Tasa de camas de psiquiatría por tipo de hospital por 100.000 habitantes en los hospitales de agudos, de media y larga estancia y de salud mental y toxicomanías del SNS, periodo 2010- 2019 (xviii)

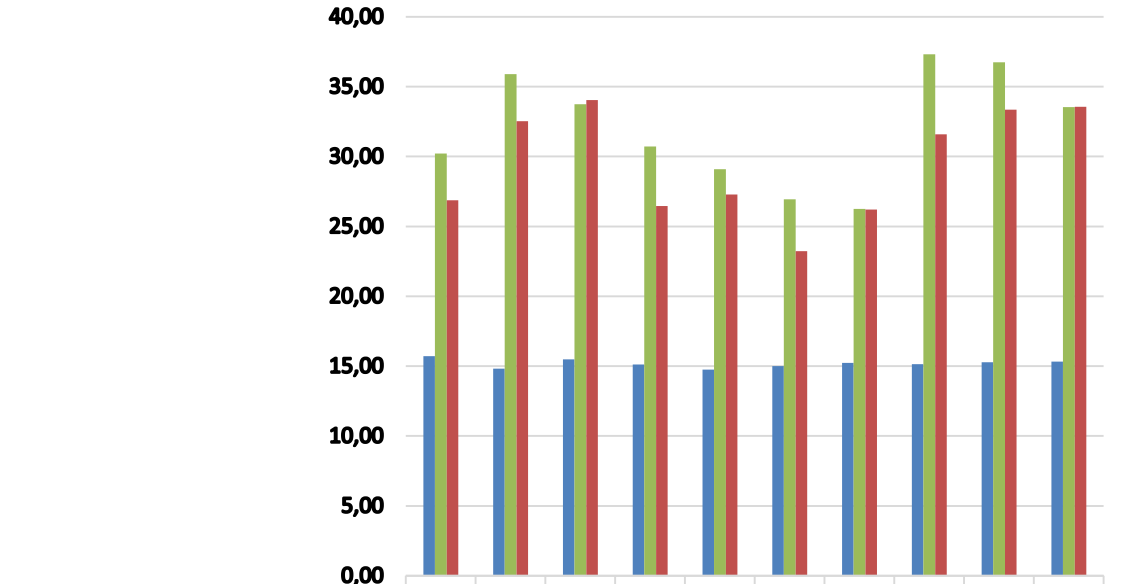


	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
HOSPITALES DE AGUDOS	10,66	10,69	10,56	10,36	10,60	10,73	10,77	10,80	10,93	10,89
HOSPITALES DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA	1,03	0,71	0,70	0,50	0,45	0,42	0,41	0,52	0,52	0,52
HOSPITALES DE SALUD MENTAL Y TOXICOMANIAS	17,06	16,69	15,95	16,03	15,82	15,26	15,01	15,36	15,08	14,81

Fuente: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Estadística de centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento (43)

La evolución de la estancia media en psiquiatría de los ingresos en unidades de agudos desde el año 2010 al 2017 se puede ver en la figura 15:

Figura 15. Estancia media en días en unidades de agudos por tipo de hospital (hospitales de agudos, hospitales de media y larga estancia y hospitales de salud mental y toxicomanías) del SNS, periodo 2010- 2019 (xviii)



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
HOSPITALES DE AGUDOS	15,70	14,82	15,48	15,11	14,76	15,00	15,24	15,15	15,27	15,32
HOSPITALES DE SALUD MENTAL Y TOXICOMANIAS	30,21	35,89	33,73	30,71	29,09	26,93	26,26	37,31	36,73	33,54
HOSPITALES DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA	26,86	32,53	34,03	26,45	27,28	23,23	26,21	31,58	33,34	33,56

Fuente: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Estadística de centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento (43)

En este apartado de recursos hay que reconocer la labor realizada en salud mental desde los Centros de Atención Primaria. Aunque no resulte fácil disponer de datos a nivel nacional que cuantifiquen la dedicación especifica en esta tarea de sus profesionales, la labor realizada desde estos dispositivos por médicos de familia, pediatras y enfermeras es clave en la atención de la salud mental que se presta en el conjunto del SNS.

Profesionales

El personal vinculado con la especialidad de **psiquiatría** en centros sanitarios públicos del SNS en 2018 fue de 3.999 psiquiatras, año en el que hubo 898 médicos internos residentes formándose en dicha especialidad. (40)

La proporción de psiquiatras por 100.000 habitantes en España pasó de 8,1 en el año 2015 a 8,6 en el año 2018 [Fuente: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Estadística de centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento (43)].

Por comunidad autónoma, País Vasco, Cataluña, Asturias y Madrid son las que muestran las proporciones más elevadas (ver a continuación tabla 7).

Tabla 7. Proporción de psiquiatras vinculados a centros públicos del SNS por 100.000 habitantes desagregado por CC. AA., periodo 2015- 2018

	2015	2016	2017	2018
ANDALUCÍA	7,275	7,341	5,629	6,127
ARAGÓN	8,620	8,808	8,740	8,738
ASTURIAS	10,436	10,414	10,777	11,519
ILLES BALEARS	8,856	8,573	8,723	9,519
CANARIAS	7,524	6,722	6,981	6,945
CANTABRIA	6,509	6,536	7,402	7,401
CASTILLA Y LEÓN	8,678	8,388	9,862	9,416
CASTILLA-LA MANCHA	8,468	8,518	7,771	7,977
CATALUÑA	9,934	10,127	11,731	12,027
COMUNIDAD VALENCIANA	5,106	4,890	5,010	5,557
EXTREMADURA	6,066	5,272	5,404	5,528
GALICIA	6,822	6,855	7,028	7,409
MADRID	9,139	9,168	9,700	10,307
REGIÓN DE MURCIA	5,187	5,176	4,886	4,868
C. FORAL DE NAVARRA	4,716	4,857	4,680	7,119
PAÍS VASCO	12,567	12,563	13,379	13,670
LA RIOJA	5,758	6,077	7,043	7,035
CEUTA	1,183	3,540	3,530	5,888
MELILLA	3,536	5,900	5,896	4,724
Total España	**8,065**	**8,034**	**8,194**	**8,574**

Fuente: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Estadística de centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento (43)

En cuanto a los y las especialistas en **psicología clínica** y los y las profesionales de **enfermería con el título de especialista en salud mental** que se encuentran trabajando en unidades de salud mental del SNS, en el momento de escribir esta Estrategia no se dispone de información actualizada ni completa de personal vinculado en centros sanitarios públicos del SNS en todas las comunidades autónomas y por tipo de centro como para poder presentar una cifra fiable de la ratio de profesionales de estas especialidades en tareas asistenciales a nivel nacional. En estas especialidades, a nivel nacional, la información más actualizada es la relativa a los profesionales con los títulos de especialista mencionados, lo que obviamente no significa que todos ellos estén trabajando en tareas asistenciales, ni que quienes lo hagan lo estén haciendo en centros públicos del SNS.

En una situación de reconocida falta de recursos suficientes en estas especialidades, los datos mencionados a junio de 2021 son los siguientes:

Tabla 8. Títulos de especialista en Psicología Clínica y en Enfermería de Salud Mental en España en el año 2021

Especialidad	Títulos especialista	Títulos especialista <65 años
Psicología Clínica	8.041	6.010
Enfermería de Salud Mental	7.159	5.994

Fuente: Ministerio de Universidades y Ministerio de Sanidad. Datos a junio de 2021

El Ministerio de Sanidad está trabajando en la mejora de los sistemas de información para, con la ayuda de las comunidades autónomas y de los centros sanitarios, contar con la información de cuántos de estos titulados están ejerciendo en salud mental y en qué tipo de centro dentro del Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS). Se espera que en el proceso de evaluación de la Estrategia se pueda analizar esta información con los datos de personal vinculado en los diferentes centros públicos del SNS que prestan atención a nivel nacional en salud mental procedentes del portal REPS.

Los trabajadores sociales vinculados a centros sanitarios públicos del SNS (en centros públicos, con concierto sustitutorio y Red de Utilización Pública, RUP) fueron, en el año 2018, 1.845 trabajadores. (40)

El impulso al Registro Estatal de Profesionales y los trabajos de planificación de necesidades de profesionales sanitarios que está llevando a cabo la Comisión de Recursos Humanos del SNS, así como la actualización en 2021 del Estudio Oferta- Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035 (incluidos ambos como objetivos en esta Estrategia) se espera que facilite que se formen y se disponga del número más adecuado de profesionales de salud mental para satisfacer las necesidades de la población.

La salud mental infanto- juvenil

Las primeras etapas del desarrollo humano constituyen un área prioritaria de interés para la salud mental por varios motivos. Por un lado, en ese período se gesta la maduración biológica, psicológica y social de la persona y ello va a condicionar de forma clave la salud y la enfermedad en la vida adulta. Por otro, muchos problemas de salud mental, especialmente los más graves, dan comienzo de hecho en la niñez y la adolescencia por lo que una atención temprana puede influir poderosamente en el bienestar inmediato y futuro de la persona. En esta etapa, una asistencia dirigida a la recuperación que se base en una intervención biopsicosocial, en el marco de un respeto absoluto a los derechos y autonomía de las personas, ocupa un lugar especialmente prioritario. Para conseguir este objetivo es importante contar con profesionales con formación específica en este campo y que puedan dar una intervención de calidad.

Es importante abordar, de forma precoz, los problemas de salud mental desde la etapa de infancia y adolescencia, ya que el 70 % de los trastornos mentales, en general, se inician en la etapa infanto-juvenil. (44)

De forma reciente, se han realizado estudios internacionales, como un estudio sobre prevalencia y distribución de diferentes tipos de problemas de salud mental en estudiantes universitarios de primer año en 8 países. (45) Se estudiaron seis trastornos comunes de la clasificación DSM-IV: depresión mayor, manía/hipomanía, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno por consumo de alcohol y trastorno por consumo de sustancias. El resultado fue que el 35 % de estudiantes dio positivo para al menos uno de los trastornos comunes evaluados en el análisis de prevalencia a lo largo de la vida y el 31 % dio positivo para al menos un trastorno en el análisis de prevalencia de 12 meses. Estos síndromes generalmente tuvieron inicio en la adolescencia temprana y persistieron en el año de la encuesta.

Los nuevos tiempos y sus nuevos estilos de vida han influido en la aparición de nuevos problemas emergentes de salud mental, así se ha puesto de relieve los temas relativos al consumo abusivo de instrumentos de pantalla, así como una de sus consecuencias en forma de comportamientos de acoso y ciberacoso, en la etapa de la infancia y adolescencia. (46).

Las **conductas adictivas sin sustancias** (**ciberadicción y ciberacoso**) no han sido integradas como tales trastornos en la clasificación americana DSM-5 y en la propuesta de clasificación de la WHO ICD-11 (en el momento de la redacción la CIE 11 todavía no está adoptada en España) se incluyen como “adicción a los videojuegos” (y a internet: *gambling disorder* y *gaming disorder*). (47) La comunidad científica las acepta bajo el nombre de adicciones comportamentales, (trastornos como la adicción al juego problemático o patológico, la adicción a las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y el uso indiscriminado de los instrumentos de pantalla). El uso de las TIC es diferente al abuso y a las conductas de dependencia. La utilización de TIC es potencialmente adictiva por dos características: su uso produce una gratificación inmediata y porque producen evasión del mundo que les rodea. Su uso habitual produce tolerancia (necesidad de mayor tiempo de utilización para producir la misma respuesta), abstinencia (producción de ansiedad de gran intensidad ante su ausencia), pérdida de control, ocultación de su uso, abandono de otras actividades habituales con cambio de comportamiento y “craving” (anhelo por su uso), todas estas características se presentan de forma particular en cada persona, de acuerdo a la estructura de su personalidad, presentando consecuencias físicas,

emocionales y sociales que hacen síntomas en el sujeto. En ocasiones el uso de estos instrumentos (videojuegos, hiperutilización de redes sociales) es tan grave que origina un autoconfinamiento del sujeto para solamente relacionarse por y a través de estos medios informáticos, un trastorno conocido como "Hikikomori", por ser Japón el lugar donde se describió. También existe una utilización disfuncional de las TIC: acosar/ser acosado a través de las TIC, con contenidos difamatorios para acosar a un par o grupo de iguales, mediante ataques personales, existen autores que consideran estas conductas un verdadero problema de salud pública en sus múltiples formas de presentación (ciberacoso o *cyberbullying*, ciberacecho o *cyberstaking*, abuso sexual o *grooming*, cebo o *luring*, grabaciones para ridiculizar o *web apaleator*, mensajes insultantes a foros o *flame*) (48). La mayor repercusión y prevalencia de estas situaciones se dan en la infancia y la adolescencia, con todo su impacto real en el proceso de desarrollo mental tanto a corto, medio y largo plazo pudiendo llegar a síntomas incluidos en el síndrome de estrés postraumático. (46)

El ciberacoso, o acoso cibernético, incluye enviar mensajes o comentarios ofensivos en línea, difundir rumores, excluyendo víctimas de grupos en línea y otras formas de acoso (OCDE, 2017). (49) Al igual que la intimidación, la exposición al ciberacoso se ha relacionado con una amplia gama de resultados negativos, incluidos el estrés y los pensamientos suicidas. (Kowalski *et al*., 2014), (50) depresión y ansiedad (Fahy *et al*., 2016). (51)

En la encuesta de comportamiento de salud en niños y niñas en edad escolar (HBSC) de 42 países se les preguntó sobre sus experiencias de acoso escolar en internet, y encontraron que en promedio el 11 % de los niños y niñas de 11, 13 y 15 años informó haber sufrido acoso cibernético a través de mensajes al menos una vez. Poco más del 3 % de los niños y niñas informó haber sufrido ciberacoso por mensaje al menos 2-3 veces al mes. En todos los países se encontró relación con la tasa de acoso escolar. (52)

En el caso de los niños y niñas en edad escolar, la escuela es el entorno ideal para desarrollar intervenciones preventivas que promuevan el bienestar mental. Estas intervenciones escolares pueden mejorar la salud mental, desarrollar elementos favorecedores en salud mental, respetar la diversidad y mejorar los resultados sociales y educativos. Dentro de los beneficios a largo plazo se incluyen un mejor rendimiento académico, mejor resiliencia y mejores habilidades cognitivas (Weare y Nind, 2011; Durlak *et al*., 2011). (53,54) Invertir en una buena salud mental de niños y niñas en edad escolar puede reducir el riesgo de que éstos abandonen la escuela o tengan una transición difícil de la escuela al trabajo (OCDE, 2015). (55)

Las intervenciones realizadas en las escuelas pueden incluir acciones focalizadas en prevenir el acoso escolar y el ciberacoso. Estas actividades realizadas para prevenir el acoso en el aula ayudan a mejorar el ambiente de aula, reducir la intimidación y mejorar las calificaciones académicas (Clarke, Bunting y Barry, 2014). (56)

Los trastornos del comportamiento en la adolescencia (violencia filio-parental y social) constituyen uno de los problemas emergentes en salud mental.

Estos problemas se refieren a instancias en las que los adolescentes evidencian un patrón de comportamiento antisocial, que supone una significativa dificultad, casi a diario, para su funcionamiento en casa o en la escuela, o cuando el comportamiento es referido como inmanejable de forma significativa por las personas de referencia.

Abordar el trastorno de comportamiento en la adolescencia incluye dilucidar las variables que predisponen, desencadenan y mantienen la reacción agresiva en cada caso particular. No se debe olvidar que en muchas ocasiones estos adolescentes muestran un déficit relevante en la solución de problemas, percepciones, autoestima, y autoatribuciones. Los adolescentes que presentan estos comportamientos manifiestan una baja tolerancia a la frustración y un gran nivel de exigencia, que se acompañan de conductas adictivas a las tecnologías de la información y comunicación (TIC), agudizándose los enfrentamientos.

Los niños y las niñas con alteraciones conductuales, a menudo, interpretan la intención en las acciones de los otros como hostiles teniendo una pobre relación social con los iguales, con los profesores y con las figuras parentales. La violencia interpares y el fenómeno de acoso escolar o fenómeno "bullying" pone en evidencia que un 40% de los niños rechazados por sus iguales muestran conductas agresivas y tienen un alto riesgo de desarrollar conducta antisocial en la adolescencia.

Entre las familias que inician el tratamiento, existe un 40- 60% de ellas que lo terminan prematuramente y que aquellos individuos que abandonan precozmente el tratamiento tienen patologías más graves que aquellos que lo continúan. También se debe identificar la presencia de factores protectores, como poseer un adecuado nivel de autoestima, un soporte familiar orientado a la supervisión, mantener la continuidad en la intervención terapéutica si fue iniciada, la realización de un diagnóstico precoz que comporta un tratamiento precoz, una buena accesibilidad a los servicios asistenciales de salud mental de la infancia y la adolescencia, un soporte social adecuado con los pares y en el contexto social y, por fin, un soporte escolar adecuado.

Para hacer frente a los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia, se ha incluido en la Estrategia una línea estratégica en la cual se desarrollan los objetivos específicos y recomendaciones. Dadas sus especificidades, se prevé que requerirá de la creación de un grupo de trabajo interdisciplinar ad hoc para facilitar su implementación.

La evolución de los problemas de salud mental. La rehabilitación y reinserción social: la intervención basada en la recuperación

La evidencia científica disponible pone de manifiesto una cierta tendencia a la evolución crónica de muchos de los problemas de salud mental. Además, existe evidencia de la emergencia de nueva cronicidad como expresión de acudir como usuario de un servicio de salud mental y no acabar de obtener el alta. Estos dos tipos de evolución crónica coexisten en la actualidad en los servicios asistenciales, una de ellas evolutiva y dependiente del proceso y la segunda, casi iatrogénica, dependiente de una interacción terapéutica que no se resuelve.

La evolución crónica dependiente del proceso, requiere de programas activos de rehabilitación y reinserción social con el fin de evitar el deterioro cognitivo y social, a la par que se potencie la autonomía de las personas y disminuir los niveles de dependencia de la familia y de la comunidad.

Las evoluciones crónicas emergentes incluyen aspectos muy relacionados con el sentido y evolución de la acción terapéutica y del "rol enfermo".

Toda acción terapéutica debe tender a superar el rol enfermo, facilitando la autonomía de la persona. En ocasiones, el sujeto busca el cuidado y los consejos de forma constante, bien sea por razones de su propia personalidad, bien sea porque desde los servicios asistenciales se incrementan las acciones que fomentan esa dependencia del centro. Este tipo de evoluciones ocupa tiempo asistencial y coste económico.

La rehabilitación y reinserción social: la intervención basada en la recuperación

La rehabilitación psicosocial es la práctica interdisciplinaria dirigida a la promoción y mantenimiento de la autonomía de las personas que sufren algún problema de salud mental potencialmente discapacitante, así como a su integración comunitaria. El objetivo de la rehabilitación psicosocial es la recuperación personal. (57)

Desde esta perspectiva**, la recuperación como meta, tiene el objetivo final de que la persona desarrolle su vida en igualdad y dignidad lo cual incluye un desarrollo laboral, formativo, afectivo, sexual y social**. El paradigma de la recuperación implica un proceso de cambio en la persona que padece la dificultad o el trastorno y le compromete a una mayor implicación y protagonismo en su propio proceso; a quienes le acompañan en la vida cotidiana y construyen juntos las formas de vivir; a los profesionales o técnicos que han de pasar de poseedores del saber a acompañantes en el proceso y a la sociedad que ha de ofrecer el marco de ejercicio de la autonomía, la libertad y el desarrollo del derecho a vivir en situaciones de igualdad.

La conducta suicida como un problema de salud pública

En Europa, en el año 2015, se atribuyeron a suicidio las muertes de más de 56.000 personas, con predominio en hombres (43.000 hombres y 13.000 mujeres). (58) En Europa, el número de suicidios aumenta constantemente con la edad entre hombres y mujeres, alcanzando un pico entre los 45- 64 años. Por país, la tasa de suicidio entre la población de todas las edades es más alta, con diferencia, en Lituania, con tasas (estandarizadas por edad) de 30 muertes por 100.000 habitantes en 2015. Eslovenia, Letonia y Hungría también tienen tasas elevadas de alrededor de 20 muertes por cada 100.000 habitantes, que es casi dos veces mayor que el promedio de la UE (11 por 100.000 habitantes). (59) Las tasas más bajas se dan en los países del sur de Europa (Grecia, Chipre, Italia, Malta y España). Se requiere cierta precaución al interpretar las tasas de suicidio, ya que éstas pueden reflejar, al menos en parte, diferencias metodológicas en las formas de registrar. En promedio en todos los países de la UE, las tasas de suicidio entre los hombres eran 3,7 veces mayores que entre las mujeres (diferencia que puede estar en parte afectada por un mayor porcentaje de tentativas de suicidio que consiguen su objetivo en el caso de los hombres). La tasa de alta hospitalaria por intentos de suicidio fue un 52 % mayor entre las mujeres en 2015 (*Observatoire National du Suicide*, 2018). (60). Esta brecha de género fue mayor en los cuatro países con la tasa más alta, pero también en Estonia, Polonia y Rumanía. El suicidio es una de las principales causas de muerte entre adolescentes y personas jóvenes adultas. 3.400 personas jóvenes de 15 a 24 años murieron por suicidio en países de la UE en 2015, haciendo de esta la principal causa de muerte en este grupo de edad después de las lesiones por accidentes de tráfico. (59) En personas jóvenes es más probable que intenten suicidarse si tienen antecedentes familiares de alcohol y drogas.

Según estimaciones recientes, más de una de cada seis personas en la UE tenían un problema de salud mental en 2016, lo que equivaldría a unos 84 millones de personas. (61) Un análisis

transnacional basado en el *WHO World Mental Health Surveys* encontró que una amplia gama de trastornos mentales aumentó las probabilidades de experimentar pensamientos suicidas y un número menor de trastornos aumentaron las probabilidades de actuar en tales pensamientos (Nock *et al*., 2009). (62) Muchos factores diferentes pueden explicar por qué algunas personas intentan quitarse la vida o mueren por suicidio, incluyendo eventos importantes de la vida (como el fallecimiento de un ser querido, un divorcio o pérdida de empleo), aislamiento social o socioeconómico o contexto cultural. Sin embargo, **una alta proporción de las personas que han sobrevivido a un intento de suicidio o que murieron a causa de un suicidio han padecido un trastorno de salud mental** (Hoven, Mandell y Bertolote, 2010; Cavanagh *et al*., 2003; OMS, 2014) (63, 64, 65).

En España, el suicidio constituye también un grave problema de salud pública:

- Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en 2020 la tasa de suicidios por edad y sexo fue de 8,3/100.000 hab./ año. (66)
- El suicidio en 2020 se mantuvo como la **primera causa externa de mortalidad**, con 3.941 fallecimientos, de los cuales 2.930 fueron hombres y 1.011 mujeres.
- En la etapa de la adolescencia se produce un punto de inflexión, pasando de 14 suicidios en el grupo de menores de 15 años a 300 suicidios en el grupo de 15 a 29 años.

La etapa de la adolescencia es una etapa de riesgo. En cuanto a la tendencia, los datos del INE de los 4 últimos años disponibles, 2017, 2018, 2019 y 2020, muestran que en menores de 15 años se contabilizaron 13, 7, 7 y 14 muertes por suicidio y en el grupo de 15 a 29 años se registraron 273, 268, 309 y 300 suicidios, respectivamente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ya advertía en el año 2000 que un suicidio individual afecta íntimamente, al menos, a otras seis personas. Esto supone que más de 18.000 personas, supervivientes en España cada año podrían sufrir las consecuencias trágicas y traumáticas de vivir un suicidio.

Por todo ello, en la presente Estrategia de salud mental se ha decidido la conveniencia de incluir **una línea estratégica exclusiva dedicada a la prevención de la conducta suicida** en la que se fijan objetivos y acciones a llevar a cabo por las comunidades autónomas.

Salud mental y género

La inclusión de la perspectiva de género en el proceso de planificación estratégica en salud es un mandato estipulado en la normativa actual. La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en su artículo 27, estipula la Integración del principio de igualdad en la política de salud; a la que se añaden las referencias al respecto en las modificaciones de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, entre otros. También incluye la perspectiva de género la Organización Mundial de la Salud desde 2001 y en concreto los acuerdos europeos para la salud mental donde está presente el género como perspectiva necesaria a incluir de forma transversal en todos los procesos de planificación sanitaria y en las líneas de trabajo.

El género como factor social determinante de la salud no actúa solo, sino que interactúa con otros determinantes sociales. Al poner de relieve la influencia del género en la salud, y en la salud mental en particular, se destaca el hecho de que otros factores sociales puedan profundizar o contrastar el efecto del género en la salud. (67)

Los principales aspectos identificados en relación con la salud mental y el género que deben tenerse en cuenta en la planificación y organización son:

- Los trastornos mentales más prevalentes se presentan de manera diferente por sexos y según las diferentes etapas en el ciclo vital. Las mujeres están relativamente protegidas de algunos de los trastornos más graves asociados al neurodesarrollo, que se manifiestan en la infancia y en la época de la preadolescencia. (68) Pero a partir de la adolescencia este patrón cambia y la mujer desarrolla más problemas psiquiátricos que el hombre. (69) Todos los estudios comunitarios ponen de manifiesto una mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos entre las mujeres.
- Las mujeres presentan índices más elevados de depresión, ansiedad, estrés, somatizaciones y trastornos de alimentación, mientras que los hombres presentan índices más elevados de consumo de sustancias, suicidios y trastornos antisociales.
- Los determinantes de la salud mental y el bienestar varían entre hombres y mujeres y según el ciclo vital. El mayor riesgo de mala salud mental entre las mujeres puede ser debido a factores de riesgo psicosociales asociados con determinantes socioeconómicos y de género; como sobrecarga laboral y de cuidados, y brecha salarial, que condicionan una mayor exposición de las mujeres a la pobreza y al exceso de trabajo, la discriminación socioeconómica y la violencia de género. No obstante, a pesar de la mayor morbilidad psiquiátrica de las mujeres con respecto a los hombres, no se ha conseguido demostrar hasta el momento actual, que las mujeres sean más vulnerables por su constitución biológica y fisiológica, de ahí la importancia de considerar la perspectiva de género en relación con el resto de determinantes sociales de desigualdad en salud mental.
- No hay diferencias de género significativas en el caso de trastornos mentales graves. Sin embargo, entre estos acceden más a los servicios de salud mental los hombres que las mujeres.
- La OMS identificó en 2011 la violencia contra la mujer como la principal causa de problemas de salud. Diversos estudios han demostrado que las mujeres que sufren o han sufrido violencia de género tienen mayores problemas de salud tanto física como mental. A pesar de los pocos datos existentes se puede señalar que las mujeres con un diagnóstico de trastorno mental grave son más vulnerables o tienen mayor probabilidad de padecer violencia de género en comparación con las mujeres sin diagnóstico de trastorno mental grave. (70)
- Las mujeres con trastornos mentales graves o adicciones se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad. Esta doble discriminación marca sus vidas. En comparación con los hombres, las mujeres que padecen estos trastornos tienen mayor riesgo de vivir en la pobreza y el aislamiento, perciben salarios inferiores y están menos representadas en el ámbito laboral. (71)
- De entre todos los factores psicosociales asociados al género el de la violencia en sus diferentes expresiones (violencia de género por la pareja o expareja, violencia sexual, trata de personas con o sin fines de explotación sexual, matrimonios forzosos, acoso

laboral,…) (72) afecta directamente a la salud mental y bienestar de las mujeres que la padecen. La violencia está en muchas ocasiones en el origen del trastorno mental, y padecer un trastorno mental o una adicción, particularmente si es grave, incrementa, por otra parte, el riesgo de sufrir violencia y el maltrato empeora la sintomatología y el curso de un trastorno mental preexistente.

- Las mujeres con trastorno mental grave con frecuencia son cuidadoras de sus descendientes y sus responsabilidades pueden dificultar la accesibilidad a los servicios sanitarios. El vínculo madre-hijo o hija puede verse afectado cuando la madre padece un trastorno mental grave o una adicción lo que requerirá de apoyos para no limitar los derechos personales, primando el derecho a fundar una familia o tomando las medidas necesarias para evitar la retirada de la tutela.

En los menores de 14 años la prevalencia de los problemas de salud mental es mayor en los chicos, entre los 15 y 19 años se equipara en ambos géneros y a partir de esa edad son las mujeres las que tienen una mayor prevalencia que los hombres. (73)

Tomando en consideración todo lo anterior, en el marco de esta Estrategia se considera de especial relevancia, tener en cuenta en su implementación, las siguientes cuestiones generales:

- En la formación de profesionales, tanto de los equipos de salud mental como de atención primaria, incluir módulos con contenidos relativos a la perspectiva de género en la salud y en especial en relación con los impactos en la misma cuando la mujer sufre violencia de género (prevención y detección precoz).
- Recogida de datos y obtención de indicadores desagregados por sexo, comparables, exhaustivos, fiables y regularmente actualizados que permita ajustar los recursos y servicios a las diferentes necesidades de mujeres y hombres.
- En las actuaciones dirigidas a los trastornos mentales graves o adicciones en mujeres tener en cuenta tanto la detección precoz y atención de las diferentes expresiones de la violencia de género que pueda haber sufrido o estar sufriendo como la adecuación de los recursos a sus necesidades sociofamiliares y de crianza.
- Recogida y difusión de buenas prácticas en el desarrollo de aquellas líneas estratégicas y objetivos que pueda resultar de aplicación.

Salud mental y trabajo

El trabajo es beneficioso para la salud mental. Sin embargo, unas exigencias negativas del trabajo y sus condiciones pueden significar un riesgo para la salud de las personas trabajadoras. Se trata de una cuestión objeto de preocupación para los empleadores, trabajadores y los gobiernos de todo el mundo. (74, 75)

El trabajo es uno de los principales determinantes de la salud física y mental de las personas y, en los momentos actuales, en los que el trabajo ha sufrido y está sufriendo cambios continuos y sustanciales en su organización, esa afectación puede dar lugar a problemas de salud mental. El teletrabajo, el empleo de las tecnologías de información y comunicación, el incremento en el volumen y velocidad de información, la utilización creciente de la externalización y la subcontratación, son algunos de los aspectos clave. En conjunto esos cambios introducen demandas crecientes de flexibilidad para el trabajador en términos del número y tipo de capacidades que se le exigen, lo que viene a menudo acompañado de tensiones sobre la distribución del tiempo de trabajo en horarios difícilmente compatibles con las necesidades familiares y sociales.

Los riesgos psicosociales asociados a una organización inadecuada del trabajo son considerados un problema importante en el ámbito de la salud y la seguridad en el trabajo no sólo por los expertos, sino también por los propios trabajadores. Las sucesivas Encuestas Europeas de Condiciones de Trabajo (76), las Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo (77) y la encuesta ESENER (78) realizada por la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo, ponen de manifiesto que:

- El estrés en el trabajo puede afectar a cualquier persona de cualquier nivel. Puede aparecer en cualquier sector y en una organización de cualquier tamaño. Además, afecta a la salud y la seguridad de las personas, pero también a la salud de las organizaciones y de las economías nacionales. En Europa, es el segundo problema de salud más común en el trabajo, afectando al 22% de los trabajadores.
- El estrés puede poner en peligro la seguridad en el lugar de trabajo y contribuir a otros problemas de salud laboral, como los trastornos osteomusculares y cardiovasculares.
- Además, afecta de forma importante a los resultados de las organizaciones. En estudios realizados en Europa y en otros países desarrollados se ha observado que el estrés es un factor en el 50 a 60% de todos los días laborales perdidos.
- Tras las enfermedades osteomusculares, la segunda causa de baja laboral, temporal y permanente, la ocupan los problemas de salud mental.
- La incidencia del acoso laboral se estima a nivel europeo en un 2,7%, y a nivel español entre 1,4 y 2,9%.
- El coste económico anual del estrés laboral en Europa se ha estimado en 20.000 millones de euros.
- En 2007, los costes totales de productividad derivados del absentismo por problemas de salud mental fueron de 136.000 millones de euros.

A pesar de los problemas anteriormente señalados, el trabajo, por lo general, es positivo tanto para la salud mental como para la salud física. Las investigaciones han demostrado en numerosas ocasiones que el trabajo de calidad puede fomentar y proteger la salud. Hay un

progresivo reconocimiento de que el bienestar mental de los trabajadores tiene efectos positivos en los resultados de la organización, así como en la salud, la realización profesional y la calidad de vida del trabajador.

Hay que tener en cuenta también la existencia de normas de rango legal en España, como la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, que establece la política en materia de prevención de riesgos laborales, en cuanto conjunto de actuaciones de los poderes públicos dirigidas a la promoción de la mejora de las condiciones de trabajo para elevar el nivel de protección de la salud y la seguridad de los trabajadores, y que se articula en la Ley en base a los principios de eficacia, coordinación y participación, ordenando tanto la actuación de las diversas Administraciones públicas con competencias en materia preventiva, como la necesaria participación en dicha actuación de empresarios y trabajadores, a través de sus organizaciones representativas. El lugar de trabajo queda configurado en ella como un espacio idóneo para la promoción de una buena salud mental de las personas trabajadoras y para la prevención de problemas de salud mental derivados del trabajo.

Tomando en consideración todo lo anterior, en el marco de esta Estrategia se considera de especial relevancia contribuir activamente a mejorar los entornos laborales con intervenciones que tengan un triple enfoque:

- Proteger la salud mental reduciendo los factores de riesgo relacionados con el trabajo.
- Promover la salud mental desarrollando los aspectos positivos del trabajo y las cualidades y capacidades de las personas trabajadoras.
- Tratar de solucionar los problemas de salud mental, con independencia de su causa.

Las intervenciones en materia de salud mental en las empresas deben formar parte de una estrategia integrada de salud y seguridad que abarque la prevención, la detección temprana, el apoyo y la reincorporación o readaptación. Los servicios de prevención y los profesionales de salud laboral pueden ayudar a las organizaciones a diseñar y desarrollar estas intervenciones para proteger y promover la salud mental. La clave del éxito consiste en implicar a las partes interesadas y al personal de todos los niveles cuando se lleven a cabo intervenciones de protección, promoción y apoyo, y cuando se evalúe su eficacia.

Análisis DAFO

Para profundizar de forma esquemática en el análisis de situación se ha realizado un análisis DAFO (acrónimo de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) de la situación de la atención a la salud mental.

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
ANÁLISIS INTERNO	Base importante de planificación estratégica en salud mental y de normativa relacionada a nivel internacional, europeo, nacional y autonómico. Antecedentes de Estrategias previas del SNS y de Planes Estratégicos en los diferentes servicios autonómicos de salud.	Ausencia de continuidad en las versiones previas de la Estrategia de Salud Mental del SNS sin haber alcanzado plenamente sus objetivos. Limitaciones de las estrategias del SNS en cuanto a su capacidad de promover determinados cambios. Desarrollo heterogéneo e irregular de los planes estratégicos autonómicos.
	Normalización e integración de la salud mental en el sistema sanitario a partir de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.	Desarrollo heterogéneo e irregular de la Red de atención a la salud mental y de los servicios asistenciales de salud mental en las diferentes comunidades autónomas con riesgo potencial la accesibilidad y la equidad en el conjunto del sistema.
	Red de dispositivos y servicios de atención a la salud mental orientada a satisfacer las necesidades de la población en las distintas etapas de la vida en coordinación con atención primaria y otros sectores, servicios sociales, educativos, judiciales, etc.	Modelo “hospitalocentrista”: excesivo peso de los recursos hospitalarios frente al desarrollo comunitario. Progresivo abandono del diseño comunitario de los servicios asistenciales.
	Elevada cualificación profesional de los y las profesionales de los servicios de salud mental. Formación especializada específica en salud mental (MIR/PIR/EIR).	Formación mejorable de los y las profesionales de la salud mental. Nuevas áreas de conocimiento.
	Avances respecto al modelo de atención a la salud mental, orientado a la atención centrada en la persona (y familia), derechos humanos, promoción de la salud y recuperación en la comunidad. Experiencia acumulada en procesos de la Reforma Psiquiátrica hacia la Atención a la salud mental.	Resistencia al cambio; todavía excesivo peso en algunas ocasiones de concepciones “clásicas” acerca de la salud mental.
	Creciente reconocimiento de la importancia de los determinantes sociales de la salud en la consideración de la salud mental y su peso en la configuración de las propuestas para las estrategias asistenciales.	

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
	Consolidación de equipos de salud mental interdisciplinares que comienzan a incluir a usuarios con experiencias en primera persona. Mayor horizontalidad en las relaciones.	Fragmentación de la atención a la salud mental: SNS – Servicios Sociales – Red de Atención a Adicciones- Salud mental penitenciaria. Ausencia de equipos interdisciplinares completos: psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras y trabajadores sociales.
	Disposición por parte de los profesionales y otros agentes sociales para la mejora continua y gestión de la calidad total: motivación para el cambio. Integración y participación de los usuarios y familiares en las políticas de salud mental.	Recursos humanos insuficientes para atender desde el modelo de atención salutogénico, promoviendo la humanización de la atención y la seguridad del paciente. Saturación de los servicios, retrasos en la asistencia, perjuicio de la calidad y prácticas menos garantistas de los derechos humanos. Dificultades para poder implementar tratamientos psicológicos basados en la evidencia (por falta de profesionales, sobrecarga asistencial, etc.)
	Apoyo del máximo nivel del ejecutivo e incorporación en la agenda política: Formulación del Presidente del Gobierno de la Estrategia de Salud Mental como una prioridad. Numerosas iniciativas y atención parlamentaria desde los diferentes grupos.	Escasa sensibilidad de los gestores sanitarios hacia la salud mental. Inversión mejorable en la atención a la salud mental. Asimetría entre las percepciones de los profesionales de la salud mental y la inversión que aplican las administraciones públicas. Insuficiencias en asignación de nuevos recursos con nueva perspectiva. Escasa influencia de los servicios y profesionales de la salud mental respecto a las políticas de salud para conseguir mejoras presupuestarias.
	Existencia de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia sobre diversos problemas de salud prevalentes. Ejemplos de buenas prácticas clínicas y de gestión por procesos.	Déficit en la consideración de la salud mental de la población infanto- juvenil y en la inversión en recursos específicos. Escasos resultados de investigación clínica → Necesidad de fortalecer la Práctica Basada en la Evidencia. Carencias de información objetiva y válida respecto a los recursos, atención y necesidades de atención a salud metal de la población, de los dispositivos asistenciales y de los profesionales.

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
	Abundancia de asociaciones y sociedades científicas pro salud mental. Clima de cooperación entre ellas.	Discrepancias internas en el colectivo de implicados en la Salud Mental (profesionales/ usuarios/ familiares) debidas a diferentes orientaciones e intereses.

ANÁLISIS EXTERNO	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
	Apoyo social, participación ciudadana, grupos de ayuda mutua.	Crisis sociodemográfica, socioeconómica y otras problemáticas psicosociales: pobreza, desempleo, dificultades en la conciliación, adicciones, estrés por sobrecarga.
	Demandas de instituciones sociales y comunitarias para incrementar los recursos de salud mental.	Privatización de la atención de salud mental. Escasa priorización de la investigación en salud mental.
	Sensibilidad y apoyo de asociaciones de familiares de personas afectas de problemas de salud mental.	Falta de visibilidad de los problemas de salud mental en la sociedad, desconocimiento de la salud mental y estigma social.
	Sensibilidad ciudadana en torno a la protección de los derechos humanos de las personas afectas de problemas de salud mental. Fortalecer el enfoque derechos humanos en la atención a la salud mental.	Posibilidad de desacuerdos entre administraciones respecto a la priorización y enfoque de la salud mental. Posibilidad de posturas rígidas y enfrentadas de algunas asociaciones profesionales y del colectivo de personas afectadas por problemas de salud mental, en particular en lo relativo a las decisiones que puedan afectar a los derechos y autonomía de estas últimas, al rol de enfermo y las implicaciones de los diagnósticos.
	Apoyo por parte de otros profesionales del sistema sanitario general y de otros sectores.	Desconfianza de profesionales de otras instituciones hacia la cobertura de los problemas de salud mental.
	Incremento de la detección de problemas de salud mental en el nivel de atención primaria.	Riesgo de “psiquiatrización” de los problemas de la vida cotidiana con un incremento descontrolado de la demanda de servicios asistenciales de salud mental.
	Percepción en otras instituciones de la escasa inversión y dotación en recursos a la salud mental.	Escasa sensibilidad de los gestores sanitarios hacia la salud mental.
	Mejoría de la eficacia de los tratamientos. Diversidad de modalidades terapéuticas.	Peso e influencia de la industria farmacéutica, en particular en el campo de la formación de profesionales.

	La pandemia de COVID-19 ha evidenciado la importancia de los problemas de salud mental en la población, alzando la salud mental al diálogo social, aumentando la demanda (necesidad expresada) desde diferentes sectores y la población en general. Incorporación de la salud mental dentro de los fondos europeos del plan de recuperación, transformación y resiliencia.	Consecuencias de la pandemia COVID-19, sobre la población y los y las profesionales sanitarios → Incremento de la magnitud de los problemas de salud mental y su gravedad.
	Los y las profesionales sanitarios perciben la necesidad de apoyo de salud mental para su propio ejercicio profesional.	Claudicación de los cuidados informales.

IV. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Línea estratégica 1. Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona

Toda persona tiene derecho a vivir con dignidad y a ser tratada con consideración sin que a ello afecte la situación de salud que atraviese. Con independencia del porcentaje de personas que en la actualidad tienen problemas de salud mental, es evidente que toda persona puede tenerlos a lo largo de su vida, al igual que cualquier otro problema de salud. Lamentablemente las personas que lo tienen sufren un conjunto de discriminaciones que están basadas en creencias erróneas producidas a lo largo de la historia.

El estigma asociado a dichas creencias erróneas e insostenibles, añade sufrimiento y disminuye derechos. El estigma es una forma de violencia social, cultural y estructural, que suele ir acompañado de un rechazo a la persona y a veces a quienes están cercanas a ella, basada en estereotipos sin ninguna demostración de posible verdad. Ello lleva a numerosas experiencias de rechazo y discriminación en los diversos ámbitos en que transcurre su vida y a sufrir diversos tipos de violencia.

El compromiso de la lucha contra las diversas actitudes y prácticas discriminatorias y estigmatizantes ha llevado a la creación de la alianza internacional "*Global Anti-Stigma Alliance*", de la que forman parte distintas estrategias de lucha contra el estigma. Algunas de las iniciativas desarrolladas en el ámbito autonómico español se han incorporado a dicha alianza, como por ejemplo "*Obertament*" (Cataluña), "1 de cada 4" (Junta de Andalucía) y otras del tejido asociativo.

Luchar por el reconocimiento y ejercicio de los derechos, y la recuperación de los que se han perdido arbitrariamente, es el objetivo principal en cualquier política de atención a las personas con problemas de salud mental.

Al analizar el estigma vinculado a los problemas de salud mental y el asociado al género como categorías de discriminación con puntos de encuentro, se comprueba que las mujeres con problemas de salud mental encuentran obstáculos añadidos en la consecución de la igualdad de oportunidades.

Las mujeres y niñas con problemas de salud mental precisan de políticas concretas que analicen y busquen soluciones al impacto de género en las políticas de salud mental, para su integración plena. En este sentido se ha pronunciado la **Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género del Parlamento Europeo** a raíz de la publicación en 2005 del Libro Verde sobre salud mental elaborado por la Unión Europea, puntualizando que no se había tenido suficientemente en cuenta la dimensión de género. (79)

En 2008 el Estado Español firmó y ratificó la **Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad,** hecho en Nueva York en las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 (80) y su protocolo facultativo (81) para poner en marcha las obligaciones de la misma, siendo parte desde entonces del ordenamiento de nuestro país (artículos 96 y 10.2 de la Constitución Española). (82) Esta Convención preveía medidas tanto para la no discriminación, como de acción positiva para garantizar que las personas con alguna discapacidad puedan

disfrutar de sus derechos en igualdad de condiciones que las demás. Su firma compromete a los Estados que la ratifiquen a desarrollar políticas de no discriminación y medidas de acción positiva, así como a adaptar su ordenamiento jurídico en defensa de los derechos de las personas con discapacidad.

En junio de 2021 se aprobó la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, ley que entró en vigor en septiembre del mismo año, transcurridos 3 meses de su aprobación. La Ley 8/2021, de 2 de junio, supone un hito en el trabajo de adaptación de nuestro ordenamiento a la Convención de Nueva York, así como en la puesta al día de nuestro Derecho interno. (83)

Es una cuestión indiscutible y de obligado cumplimiento, tal y como recoge la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el abordaje de los diferentes problemas de salud mental desde una perspectiva social y de derechos.

Nos encontramos, pues, en un modelo biopsicosocial y de derechos que determina que los problemas de salud mental no tienen una causalidad meramente biológica, sino que se producen en determinados contextos psicosociales que también juegan un papel importante funcionando como desencadenantes o agravantes de los diferentes problemas de salud mental. La salud mental tiene una conexión directa con el entorno con el que nos relacionamos diariamente y no sólo con características individuales.

De este modo y siguiendo el **2º Manifiesto de los Derechos de las Mujeres y Niñas con Discapacidad de la Unión Europea** difundido en 2011: *"*Según la Organización Mundial de la Salud, el género afecta de manera fundamental la salud mental y las enfermedades mentales, dado que determina el poder diferencial y el control que los hombres y las mujeres tienen sobre los determinantes socioeconómicos de sus vidas, su posición y condición social, el modo en que son tratadas dentro de la sociedad y su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para la salud mental*"*. Por todo ello, **en todos los objetivos o recomendaciones de esta estrategia en salud mental del SNS se quiere y se debe tener en cuenta "el género" en todas las políticas o actuaciones que se desarrollen de un modo transversal a toda la estrategia por lo que no se reitera en cada una de las líneas estratégicas**. (84)

Se hace preciso, además, promover el acceso a una atención a la salud mental de calidad para todos y todas, incluidos grupos de mayor fragilidad como migrantes, personas con discapacidad, personas LGTBIQ+, personas mayores, personas en situación de pobreza, personas en situación de calle, personas en situación de exclusión social, víctimas de delitos y de tratos inadecuados, niños, niñas y adolescentes y personas en instituciones penitenciarias, entre otros. (85)

Objetivo general 1.1. Garantizar el ejercicio de los derechos de autonomía y vida independiente

Objetivos específicos:

1.1.1. Instar al desarrollo de un modelo de atención siguiendo las normativas y recomendaciones de organismos internacionales sobre los derechos de las personas con discapacidad.

1.1.2. Informar y formar a las personas con problemas de salud mental, su entorno más cercano y profesionales sobre el ejercicio activo de derechos y cómo ejercitarlos.

1.1.3. Garantizar a la persona con problemas de salud mental, o persona que ésta designe, la participación activa en todo lo concerniente a sí misma, desde el primer momento que entra en contacto con los servicios de atención.

1.1.4. Establecer, con la persona atendida, una planificación de decisiones anticipadas, durante su proceso asistencial y de recuperación).

1.1.5. Establecer procedimientos que faciliten la planificación anticipada de decisiones ante situaciones o momentos en los que puedan plantearse dilemas éticos, en especial en situaciones de crisis y que tengan carácter vinculante (instrucciones previas o voluntades anticipadas).

1.1.6. Implementar la figura del facilitador para el acceso a la justicia en condiciones de igualdad.

1.1.7. Sustentar la práctica de la atención en la voluntad de la persona y procurar evitar el tratamiento involuntario salvo en los casos donde concurra una medida impuesta por un juez, o una autorización judicial solicitada por riesgo vital para la persona con problema de salud mental, situaciones en las que se intentará potenciar la alianza terapéutica con la persona con problemas de salud mental adecuadas.

1.1.8. Promover la empleabilidad de las personas con problemas de salud mental en las condiciones individuales adecuadas con los soportes sociales adecuados, como máxima expresión de autonomía.

1.1.9. Facilitar la autonomía y vida independiente garantizando el acceso a la vivienda digna y acceso al trabajo a las personas con problemas de salud mental.

1.1.10. Promover las políticas de salud públicas preventivas teniendo en cuenta el impacto del contexto social sobre la salud mental de la población en general.

1.1.11. Diseñar las políticas de salud públicas teniendo en cuenta la perspectiva de género y su diferente impacto sobre la salud mental de hombres y mujeres, personas con discapacidad, infancia, adolescencia y personas mayores.

1.1.12. Establecer vías de participación entre los diferentes departamentos de la Administración General del Estado y las organizaciones del ámbito asociativo para el diseño de las distintas políticas públicas en salud mental.

1.1.13. Proteger los derechos sexuales y reproductivos de las personas con problemas de salud mental creando programas específicos de información y apoyo sobre la maternidad y paternidad y mejorando el acceso a los servicios.

Objetivo general 1.2. Erradicar la discriminación y favorecer la inclusión social con perspectiva de género

Objetivos específicos:

1.2.1. Lograr la igualdad de derechos de toda persona con independencia de sus dificultades y erradicar el estigma personal y social y la discriminación que conllevan los problemas de salud mental.

1.2.2. Posibilitar que las personas con problemas de salud mental y movimientos asociativos relacionados impulsen acciones contra la discriminación por sexo, promoviendo la paridad entre hombres y mujeres.

1.2.3. Realizar y evaluar un plan integral de intervención contra el estigma, estereotipos, prejuicios y la discriminación que aborde los siguientes ámbitos: laboral, medios de comunicación, servicios sociales, ámbito cultural, servicios sanitarios, fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, educativo, ejecutivo, legislativo y judicial, familiar, penitenciario.

1.2.4. Promover en los equipos profesionales actitudes para la incorporación de un lenguaje inclusivo evitando un uso sexista del lenguaje y de terminologías estigmatizantes.

1.2.5. Promover la producción de evidencia y mejor conocimiento científico disponible sobre inequidades de género en materia de salud mental, incluyendo la difusión y comunicación de dicha evidencia a las organizaciones relacionadas con personas con problemas de salud mental y sus familiares.

1.2.6. Promover la formación de los y las profesionales de servicios sanitarios en materia de perspectiva de género en salud, especialmente en relación a los equipos de salud mental y en atención primaria.

1.2.7. Promover la especial atención a la formación de profesionales de los centros de atención primaria y de salud mental en materia de impactos de la violencia de género en la salud mental de las mujeres y de sus hijas e hijos como víctimas de la misma, por el especial impacto para el resto de su vida adulta.

1.2.8. Promover la difusión y conocimiento entre los equipos de profesionales de salud mental, de los Protocolos de atención a la violencia de género en mujeres con trastorno mental grave.

1.2.9. Revisar y actuar sobre barreras normativas que supongan una limitación de los derechos de las personas con problemas de salud mental.

1.2.10. Facilitar en los servicios de atención la existencia de normas específicas en sus protocolos y procedimientos de seguimiento y control dirigidos a fomentar la integración, evitar el estigma, estereotipos, prejuicios y la discriminación de las personas con problemas de salud mental y su entorno más cercano.

Objetivo general 1.3. Reducir al mínimo las intervenciones involuntarias sobre personas con problemas de salud mental garantizando el respecto a la dignidad de las personas

Objetivos específicos:

1.3.1. Diseñar actuaciones que reduzcan al mínimo realmente imprescindible las intervenciones involuntarias tendiendo a su progresiva eliminación. Para ello se contará con la participación de las partes interesadas, incluidas las personas titulares de derechos.

1.3.2. Promover la adecuada dotación de los servicios de atención, con recursos materiales y de personal suficientes que garanticen una atención integral adecuada a las personas con problemas de salud mental.

1.3.3. Formar a los equipos profesionales en habilidades de intervención en crisis, de forma que se puedan anticipar a las mismas y establecer vínculos de calidad, de seguridad y confianza basados en una relación terapéutica que tenga efectos positivos para la persona.

1.3.4. Potenciar la implantación de procedimientos específicos de intervención (valoración del riesgo, contención verbal, regulación de estímulos, técnicas de desescalada) que hagan innecesario el uso de la contención mecánica o farmacológica.

1.3.5. Facilitar la participación en situaciones de crisis de los allegados a las personas con problemas de salud mental para que puedan actuar como facilitadoras para disminuir la tensión y el sufrimiento.

1.3.6. Definir por las comunidades autónomas un procedimiento para las situaciones de emergencia o urgencia, con todas las garantías de dignidad, seguridad y cuidados, que incluya el respeto al documento de instrucciones previas (también conocido como de voluntades anticipadas en alguna comunidad autónoma).

1.3.7. Desarrollar mecanismos de seguimiento preciso de las garantías de buen trato, así como de detección de incumplimientos y medidas para resolverlos.

Recomendaciones

I. Reducir progresivamente al mínimo imprescindible las intervenciones que van en contra de la voluntad de la persona con trastorno mental, así como cualquier otra medida restrictiva y generar las condiciones que las hagan innecesarias.

II. Implementar en todos los servicios un protocolo de actuación y un registro del uso de las contenciones y otras prácticas coercitivas y hacer un seguimiento de su evolución. Evaluar continuadamente el impacto de las mismas sobre todos los que en ellas participan (personas con problemas de salud mental, familiares y profesionales), con el objetivo de su reducción.

III. Facilitar el intercambio de buenas prácticas nacionales e internacionales que eviten las contenciones.

IV. Estudiar las quejas y reclamaciones en la atención sanitaria, analizando e identificando las áreas de mejora necesarias con especial atención a las que tengan que ver con el respeto de los derechos de las personas con problemas de salud mental.

V. Proveer formación a personas con problemas de salud mental en materia de exposición en público y para tratar con medios de comunicación, de modo que se conviertan en interlocutoras y activistas contra el estigma.

VI. Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para prevenir actos o prácticas discriminatorias.

VII. Sensibilizar y concienciar a la sociedad, a través de campañas o acciones específicas, para que tome mayor conciencia y se fomente el respeto de los derechos y dignidad de las personas con problemas de salud mental.

VIII. Incluir la participación real y efectiva de las personas con problemas de salud mental en los equipos de salud mental que evalúen cada una de las acciones que se desarrollan.

IX. Potenciar el apoyo mutuo entre pares, poniendo en valor sus propias estrategias para resolver situaciones de crisis.

X. Promover el cumplimiento legal mediante el que se reconoce que a partir de los 12 años los niños, niñas y adolescentes deben ser escuchados (Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor y Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.). (86, 115)

XI. Dotar de manera adecuada y suficiente los servicios de salud mental, incluidos los servicios en los que se traten situaciones de urgencia o crisis, para poder ofrecer una atención correcta sin necesidad de medidas de contención mecánica o farmacológica, y sin ejercer coerción, promoviendo entornos terapéuticos que cada vez más posibiliten el acceso pleno a derechos en igualdad de condiciones que el resto de usuarios del sistema.

XII. Establecer procedimientos que hagan efectiva la información acerca de las propuestas terapéuticas y los modos en los que se abordará su proceso, ofreciendo alternativas para que, en caso de negativa, esto no suponga la pérdida de la continuidad de la atención (las conocidas como instrucciones previas (xix) o también denominadas voluntades anticipadas en alguna comunidad autónoma

(xix) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Artículo 11. Instrucciones previas.
1. Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.
2. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.

Línea estratégica 2. Promoción de la salud mental de la población y prevención de los problemas de salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Plan de Acción sobre salud mental (2013-2020), y en línea con lo ya expresado con anterioridad, expone que una buena salud mental, es un componente integral de la salud y bienestar de la población y que contribuye al funcionamiento de las personas, familias, comunidades y a la prosperidad social y económica de la sociedad. La salud mental, como otros aspectos de la salud, puede verse afectada por una serie de factores socioeconómicos que tienen que abordarse mediante estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación. Los determinantes de la salud mental y de los problemas de salud mental incluyen no solo características individuales, sino también factores sociales, culturales, laborales, económicos, políticos y ambientales entre otros, las políticas estatales, el nivel de protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. La exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible bien establecido de problemas de salud mental. (87)

Dependiendo del contexto, algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental. Entre estos grupos vulnerables se encuentran las familias en situación de pobreza, en situación de exclusión social, en situación de calle, las personas internadas en instituciones penitenciarias, las personas con problemas de salud crónicos, los menores expuestos al maltrato o al abandono, los adolescentes expuestos por vez primera al abuso de sustancias, los grupos minoritarios y subordinados (mujeres, colectivos LGTBIQ+), las personas mayores, las personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos y los migrantes (OMS, 2013). (5)

Un entorno de respeto y protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales básicos, es fundamental para la promoción de la salud mental. Sin la seguridad y la libertad que proporcionan estos derechos, resulta muy difícil mantener un buen nivel de salud mental (OMS, 2004). (88)

Por otra parte, y tal y como describe en su informe el Relator Especial de Naciones Unidas (89), sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (2017), a pesar de las pruebas evidentes de que no puede haber salud sin salud mental, esta última no goza en ningún lugar del mundo de condiciones de igualdad con la salud física en las políticas y presupuestos nacionales. Se estima que, a escala mundial, se destina a la salud mental menos del 7 % de los presupuestos de salud, dedicándose la mayor parte de la inversión a la atención de larga duración en instituciones y a los hospitales de atención a la salud mental, lo que se traduce en una ausencia casi total de políticas para la promoción integral de la salud mental para todos. En este sentido, a fin de garantizar que se aborden los factores determinantes básicos y sociales con miras a la promoción de la salud mental para todos, el Relator Especial recomienda dar prioridad a la promoción de la salud mental y a la prevención en la política pública, así como un aumento de las inversiones en todos los ministerios pertinentes.

En términos operativos la promoción de la salud se dirige al conjunto de la población; tiene como objetivo que las personas sean capaces de gestionar su salud y su enfermedad siendo menos dependientes de los servicios asistenciales y consiguiendo tener una mayor autonomía; se

consigue modificar, según los determinantes de salud, el contexto de vida socio-comunitario, mediante la participación individual y comunitaria y el compromiso político; este proceso incluye, por lo tanto, cambios individuales, grupales y comunitarios. La promoción de la salud mental ha de realizarse desde las primeras etapas de la vida, incluso más allá del momento del nacimiento y el establecimiento del vínculo durante la planificación familiar y entre generaciones, y hasta el final. Los aspectos de promoción en las edades tempranas de la vida se desarrollan dentro de la Estrategia de forma específica en la línea estratégica dedicada a la salud mental en la infancia y adolescencia.

Prevención del daño asociado a la asistencia sanitaria. Prevención cuaternaria

Este nivel preventivo es novedoso en salud mental, aunque se aplica al conjunto del sistema sanitario. El concepto de prevención cuaternaria se define como la intervención que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario. (90) Pretende evitar el sobrediagnóstico y sobretratamiento, para prevenir el daño asociado a la asistencia sanitaria.

Las practicas basadas en la evidencia deben guiar las intervenciones sanitarias para evitar daños prevenibles y procurar la seguridad del paciente durante el proceso asistencial. Estas prácticas basadas en la evidencia deben guiar asimismo la valoración continua de la carga de tratamiento, en particular en pacientes polimedicados con condiciones crónicas, entre las cuales en muchas ocasiones están también presentes los problemas de salud mental, y la desprescripción según corresponda, como parte del proceso de una buena prescripción, y con el objetivo de optimizar la atención y seguridad y mejorar la calidad de vida de las personas.

Para ello es imprescindible contar con la participación activa de la persona con problema de salud mental, poniendo en la balanza los riesgos y beneficios contrastados por la medicina basada en pruebas. En los tratamientos, y especialmente en el uso de los medicamentos, se debe contar con la persona y hacerla partícipe no olvidando que la alianza terapéutica es el factor más importante asociado a un buen pronóstico clínico, teniendo en cuenta que la indicación de no-tratamiento es una intervención más del repertorio asistencial. Dentro del plan de atención individualizado el tratamiento no farmacológico incluye programas y actividades avalados por la evidencia científica como, por ejemplo, mejorar las destrezas de vida independiente (destrezas motoras, destrezas de procesamiento y destrezas de interacción personal), y fomentar actividades significativas que potencien, fortalezcan y mejoren los hábitos, rutinas y los roles de los usuarios.

2.1 Objetivo general. Promover la salud mental de la comunidad y de grupos específicos

Objetivos específicos:

2.1.1 Disponer de un plan integral de promoción de salud mental y prevención de los trastornos mentales (propio o incluido en un plan general) en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, teniendo prioridad el programa de promoción del desarrollo psicosocial durante los cinco primeros años de vida desde los servicios de atención primaria.

2.1.2 Impulsar la promoción y difusión de nuevos modelos de relación igualitaria y sana entre mujeres y hombres, presidida por el respeto a las preferencias, opiniones, creencias y

capacidades individuales, incorporando la perspectiva de género a todas las actuaciones en el ámbito de la salud mental.

2.1.3 Impulsar que todos aquellos planes, programas, proyectos y normas que estén sujetos a estudios y evaluaciones de impacto ambiental, incorporen la evaluación del impacto en la salud (tanto física como mental), promoviendo así la salud mental de las personas.

2.1.4 Impulsar intervenciones específicamente orientadas a sensibilizar, asesorar e informar a las personas responsables de las instituciones de los diferentes ámbitos (educativo, medioambiental, laboral, judicial, sanitario, etc.) de la relación existente entre sus actuaciones y la salud mental, señalando el papel central de la salud mental como generadora de bienestar y de productividad, así como las consecuencias socioeconómicas negativas derivadas de ignorarlas.

2.1.5 Promover mecanismos para la identificación temprana de los malos tratos a grupos vulnerables, especialmente en la infancia, adolescencia y personas de edad avanzada, potenciando para ello el trabajo en red comunitaria.

2.1.6 Realizar acciones específicas de sensibilización dirigidas a los medios de comunicación, incorporándolos como agentes activos con poder para transformar la opinión pública.

Recomendaciones

I. En las intervenciones dirigidas a representantes institucionales, se señalará el papel central de la salud mental como generadora de bienestar y de productividad, y la importancia de la interacción del hábitat (ecología urbana), la educación (capital humano), las posibilidades de participación ciudadana (capital social), la protección a la población más vulnerable para el acceso a recursos que dignifiquen su vida y procurar más bienestar, las relaciones igualitarias de género y los determinantes psicosociales de género con la salud mental de la población, así como las consecuencias socioeconómicas negativas derivadas de ignorarlas.

II. Sensibilizar y formar a los y las profesionales de las diferentes disciplinas sanitarias y no sanitarias que trabajan en los equipos de salud mental para identificar mejor los malos tratos y la violencia sexual contra las personas vulnerables, especialmente a la infancia, adolescencia y personas de edad avanzada.

III. Promover intervenciones dirigidas a los medios de comunicación para implicarlos en la promoción de la salud mental desde las administraciones sanitarias, a nivel nacional y de comunidades autónomas.

IV. Promocionar hábitos de vida saludables (como realizar actividad física, alimentación saludable, mantener una higiene adecuada, un patrón y calidad de sueño óptimo, tener una sexualidad saludable, evitar hábitos tóxicos y prevenir trastornos por uso de sustancias y adicciones, mantener relaciones personales y sociales satisfactorias, técnicas de resolución de conflictos, manejo de situaciones de estrés, saber afrontar cambios vitales, etc.).

V. Impulsar la localización de activos de salud por parte de las personas con problema de salud mental.

VI. Contemplar la necesidad de evaluaciones de todas y cada una de las acciones a desarrollar, con la participación real y efectiva de las personas con problemas de salud mental en la misma.

2.2 Objetivo general. Prevenir la aparición de problemas de salud mental, trastornos por uso de sustancias y adicciones en la comunidad

Objetivos específicos:

2.2.1 Desarrollar y evaluar intervenciones comunitarias en áreas con alto riesgo de exclusión social, discriminación, pobreza y marginalidad, con el fin de actuar sobre los determinantes sociales, incluidos los determinantes de género, de los problemas de salud mental y de los trastornos por uso de sustancias y adicciones.

2.2.2 Desarrollar y evaluar intervenciones dentro de lo contemplado en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (91) y en los planes de acción que la desarrollan (y, en su caso, con los planes desarrollados en las distintas comunidades autónomas), con el objetivo de disminuir las adicciones con y sin sustancia.

2.2.3 Contemplar las adicciones comportamentales, o adicciones sin sustancia, como las derivadas de las conductas de juego problemático o patológico e impulsar las medidas para su detección temprana e intervención directa en la capacidad de juego de este tipo de participantes y en la población joven, menor de 18 años, la ciberadicción y sus consecuencias.

2.2.4 Potenciar el desarrollo de lo que se ha denominado “capital social”, apoyando aquellas actividades que supongan un aumento de la participación ciudadana, fomentando los grupos de apoyo mutuo, movimientos en primera persona, así como todo tipo de iniciativas comunitarias para la prevención de la soledad, la mejora en la gestión de las situaciones vitales estresantes, así como el fomento de la resiliencia.

2.2.4. Establecer y evaluar intervenciones colaborativas entre servicios sociales, atención primaria y salud mental para prevenir problemas de salud mental, incidiendo especialmente en población de mayor vulnerabilidad (exclusión social, violencia de género, antecedentes de problemas de salud mental en la familia, personas cuidadoras, personas con problemas crónicos de salud, discapacidad, etc.).

2.2.5. Impulsar acciones de apoyo a los servicios de prevención y salud laboral encaminadas a prevenir el estrés laboral, situaciones de acoso y los trastornos mentales asociados al trabajo.

2.2.6. Incluir programas específicos de prevención y sensibilización en los centros escolares, incorporándolos en los programas educativos, siempre con una perspectiva transversal, y utilizando materiales, recursos y experiencias en primera persona.

2.2.7. Impulsar campañas de promoción de la salud y prevención de los problemas de salud mental entre las personas internadas en centros penitenciarios, en hospitales psiquiátricos penitenciarios y otros grupos vulnerables.

Recomendaciones

I. Realizar intervenciones comunitarias orientadas a mejorar la dinámica social en áreas geográficas con riego social alto y/o morbilidad en el área de Salud Mental, que tendrán la finalidad de reducir los determinantes y/o las consecuencias de diversas violencias tanto en el ámbito público, institucional como privado.

II. Es imprescindible para la realización de estas acciones la participación y la cooperación intersectorial entre los ámbitos de justicia, seguridad, legislación, vivienda, infraestructuras, trabajo, educación, institutos de la mujer u otros, a nivel municipal y autonómico.

III. Todas estas acciones deben seguir las pautas determinadas en el marco de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, ratificada por España en 2008. (82)

IV. Contemplar la necesidad de evaluaciones de todas y cada una de las acciones a desarrollar, con la participación real y efectiva de las personas con problemas de salud mental en la misma.

V. La implementación de los programas de promoción y prevención se basarán en la mejor evidencia disponible para la consecución de los objetivos propuestos, y en las necesidades detectadas.

VI. Promover acciones formativas de sensibilización que estimulen intervenciones de prevención del daño asociado a la asistencia sanitaria en personas con problemas de salud mental.

Línea estratégica 3. Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida

No toda conducta suicida es expresión de un trastorno mental. No obstante, se sabe que las personas que sufren trastornos mentales mueren a causa del suicidio en una proporción mucho mayor que la población general. La proporción de suicidio consumado asociado a trastorno mental es alrededor del 80- 90% (hay problemas de salud mental que favorecen la aparición de tendencias suicidas), siendo la cuestión que parece ser común en el suicidio la existencia de un gran sufrimiento emocional. (92, 93)

Las conductas suicidas constituyen uno de los problemas más importantes de salud pública en Europa y en todo el mundo. La muerte por suicidio implica un drama personal con sufrimiento extremo que deja tras de sí un grave impacto en el entorno de la persona fallecida.

El suicidio es uno de los grandes retos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios y sociales en todo el mundo constituyendo uno de los problemas graves de salud pública en la actualidad, ya que, por ejemplo, en 2019, y en términos cuantitativos, multiplicó por dos las muertes por accidentes de tráfico y más de 50 veces las muertes por violencia machista, sin minimizar la importancia de estas últimas (66, 94). La adolescencia es una etapa de riesgo que se ha de considerar de forma particular y específica a la hora de programar intervenciones comunitarias y sanitarias de prevención. (95)

Para abordar el tema se requiere la colaboración entre autoridades sanitarias y otras instituciones y sectores.

La OMS le dedica especial atención con una web dedicada a la prevención del suicidio y una estrategia específica (https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_3). Así mismo, la Comisión Europea, dentro de su proyecto *EU Compass for Mental Health and Wellbeing,* le dedicó uno de los trabajos anuales al estudio de las actuaciones de los Estados miembro frente al suicidio. (96)

3.1 Objetivo general. Detectar de forma precoz y prevenir las conductas suicidas

Objetivos específicos:

3.1.1. Sensibilizar, concienciar y mejorar la información a la población general a través de acciones de sensibilización, concienciación e información promovidas por instituciones públicas, medios de comunicación y entidades sociales dedicadas a la causa.

3.1.2 Detectar precozmente y prevenir el riesgo suicida.

- Mejorar el acceso a los servicios de salud mental y atención de las personas con conducta suicida.
- Mejorar la detección de las personas con riesgo de conducta suicida por parte de los y las profesionales que trabajan en los servicios de salud (equipos de urgencias, atención primaria, salud mental y otras especialidades).
- Dotar a los y las profesionales de herramientas que posibiliten la identificación de posibles pensamientos suicidas y la valoración de los factores de riesgo asociados a ellos (especialmente en situaciones de crisis emocional, en personas con problemas de

salud mental y enfermedades crónicas así como en situaciones sociales que conlleven desvalimiento o aumento de la vulnerabilidad) incrementando la sensibilidad personal y profesional para comprender a las personas que realizan este tipo de conductas.

- Establecer criterios de detección de posible conducta suicida o de factores de alto riesgo que pudieran dar lugar a la reaparición de ideas suicidas y establecer criterios de intervención y ayuda en caso de detección de riesgo suicida.

- Promover la formación continuada para la detección del riesgo, adecuado diagnóstico y abordaje de la conducta suicida.

- Promover el conocimiento sobre el perfil de métodos empleados y lugares de riesgo y limitar el acceso a lugares y medios potencialmente letales cuando no sea posible establecer medidas disuasorias.

- Promover el registro y seguimiento clínico de los casos de tentativas de suicidio que contribuya a la mejora de su vigilancia epidemiológica (por ejemplo, en relación con el código de riesgo de suicidio).

- Desarrollar registros precisos de suicidios consumados con las variables sociodemográficas necesarias para identificar grupos vulnerables y así poder actuar sobre ellos y registro y monitorización de los factores de riesgo que llevan al suicidio.

- Implantar el código de riesgo de suicidio en las historias clínicas contando con las máximas garantías de respeto a la confidencialidad y a los derechos de la persona.

- Intervenir en colectivos vulnerables según sus necesidades específicas como son: personas mayores (con especial atención a aquellas que se encuentran en una situación de soledad no deseada), población infanto-juvenil, casos de violencia, violencia sexual, personas con discapacidad, enfermedades crónicas, dependencia, residentes en centros penitenciarios, personas en situación de exclusión social, personas en situación de calle y las personas discriminadas por su orientación sexual o identidad de género, entre otras.

3.2 Objetivo general. Mejorar la atención a las personas con riesgo suicida

Objetivos específicos:

3.2.1 Promover la elaboración de procesos asistenciales integrados de atención a las personas con riesgo suicida.

- Garantizar que el informe al alta del servicio de urgencias llegue al médico de atención primaria (con las debidas garantías de confidencialidad y ejercicio de autonomía) con el fin de asegurar la continuidad de los cuidados necesarios, así como al Centro de Salud Mental (en adelante, CSM).

- Ofrecer a las familias y personas allegadas información, recursos y herramientas que les permitan actuar en caso de un nuevo episodio.

- Atender prontamente a las personas cuidadoras, familiares y allegados de personas que han fallecido por suicidio estableciendo un procedimiento de cita y evaluación inmediata en atención primaria y servicios de salud mental que permita explorar la respuesta inicial ante la pérdida y la necesidad eventual de ayuda.

3.2.2 Apoyar y estimular formas de ayuda mutua entre supervivientes de tentativa de suicidio y personas con ideaciones suicidas.

3.2.3 Apoyar y estimular formas de ayuda mutua entre familiares en la comunidad para personas en duelo por suicidio.

3.2.4 Establecer asesoramiento y apoyo a los y las profesionales que han sufrido un suicidio en su ámbito de trabajo.

3.2.5 Facilitar y promover el acceso directo para los adolescentes con problemas de salud mental que desarrollen programas específicos para aquellos que manifiesten ideación suicida.

3.2.6 Desarrollar una red de atención telefónica eficiente, coordinada e integrada para mejorar el abordaje a la persona con riesgo suicida.

Recomendaciones

I. Fomentar la cooperación con otros sectores en el marco de la Agenda 2030 para la consecución de estos objetivos.

II. Fomentar una adecuada continuidad de cuidados de las personas que han realizado una tentativa de suicidio.

III. Promover la formación y capacitación de los y las profesionales de atención primaria, de medicina, enfermería y trabajo social en identificación de grupos de riesgo y en técnicas de entrevista para la detección y manejo del riesgo suicida.

IV. Desarrollar una atención adecuada a la edad de la población, con fin de poder abordar las especificidades que les sean propias con profesionales formados.

V. Facilitar la labor informativa de calidad que evite el alarmismo, estigma, prejuicios y estereotipos de las conductas suicidas:
   - Combatir mitos con el fin de eliminar las creencias equivocadas en torno al suicidio.
   - Contar con testimonios en primera persona que hayan pasado por esta situación con el fin de sensibilizar de un modo más eficaz sobre esta problemática.
   - Referir la conducta suicida como un problema de salud, ofreciendo toda la información y los mecanismos que existan para prevenir el suicidio (servicios de información o atención de cada comunidad autónoma y entidades sociales).
   - Sensibilizar a los y las profesionales de los medios de comunicación, para el tratamiento de las noticias relacionadas con el suicidio siguiendo las recomendaciones internacionales.

VI. Desarrollar líneas de trabajo encaminadas a la prevención del suicidio entre el Ministerio de Sanidad y otras instituciones, organismos y sectores al objeto de promover una red de colaboración intersectorial en esta materia que alcance múltiples ámbitos.

VII. Desarrollar e implantar protocolos de prevención en colegios, universidades, Administración, lugares de trabajo, centros sociosanitarios y centros de atención a personas mayores.

Línea estratégica 4. Atención a las personas con problemas de salud mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario

La atención a la persona con problemas de salud mental implica el desarrollo de un conjunto de servicios adecuados a las diversas necesidades singulares de cada persona. Para ello hay que tener en cuenta las características, orígenes, intensidad del sufrimiento psíquico, el contexto y los diversos factores que influyen sobre la salud y su dificultad. Hay que considerar el cuidado de la salud mental como el conjunto de acciones y propuestas que van desde la prevención a la recuperación. Las diversas directivas internaciones y entre ellas muy especialmente la Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad (15), ponen el acento en la necesidad de un tipo de atención centrada en la persona y sus derechos. Se debe promover que en el seno de la atención sociosanitaria se realice una valoración integral de las situaciones y necesidades de las personas con problemas de salud mental y de su entorno.

La atención a las personas con problemas de salud mental debe estructurarse en base a algunos principios básicos:

- Favorecer el desarrollo de las capacidades y potencialidades que tiene la persona.
- Considerar a la persona con problemas de salud mental como parte importante en su proceso de recuperación, situándola en el centro de la atención.
- Las relaciones entre profesionales y personas atendidas deben estar basadas en el mutuo reconocimiento y en la idea de acompañamiento y cooperación.
- Potenciar el diálogo y la escucha activa como elementos fundamentales sobre los que se debe basar la intervención en salud mental.
- Tratamiento y trato individualizado adaptado a las necesidades que presenta la persona en cada momento poniendo en valor sus preferencias en el contexto de una información clara y veraz.
- Atención basada en el cumplimiento de los derechos, garantizando la equidad e igualdad en el acceso a los recursos y a las atenciones necesarias.
- Evaluación holística de los problemas que afectan a la persona desde un punto de vista tanto objetivo como subjetivo. Esta evaluación prestará atención a los aspectos sociales, psicológicos y biológicos y a las experiencias vividas de la persona.
- La atención deberá estar enfocada a que las personas tengan una vida digna, que incluya la experiencia laboral, formativa, afectiva, sexual y social.
- El tratamiento debe ser realizado, siempre que se posible, en el entorno habitual de la persona.
- El tratamiento debe consistir en intervenciones de naturaleza psicológica, biológica, social y ocupacional/ funcional que respondan a principios éticos y hayan mostrado evidencias de eficacia y seguridad. Cuando no se disponga de éstas serán tenidas en cuenta las recomendaciones de instituciones científicas o grupos sociales implicados.

- Garantizar la autonomía de la persona evitando todo tipo de intervenciones iatrogénicas.
- Las opciones y estrategias de la persona deben jugar un papel relevante, en el contexto de un diálogo informado, a la hora de organizar el plan de tratamiento.
- El abordaje conjunto con servicios sociales y servicios de rehabilitación psicosocial y la continuidad de la rehabilitación en el entorno natural de la persona.
- La coordinación sociosanitaria, entre el ámbito sanitario y social, mejorando así la calidad de vida de las personas, la calidad de la asistencia y la optimización de los recursos.

Salud mental comunitaria

El modelo de asistencia ha de orientarse hacia la mejor atención a las personas y sus familias situándoles en el centro del proceso (Atención centrada en la persona). Tanto los equipos interdisciplinares como los diversos servicios y desde los distintos niveles de atención han de articularse en torno a sus necesidades en materia de Salud Mental; por ejemplo, desde el procedimiento de "análisis de caso". El análisis de caso proporciona una forma de evaluar la corresponsabilidad de las diferentes administraciones del territorio en cada caso específico.

La guía publicada por la OMS en 2021sobre servicios comunitarios de salud mental: promoción de enfoques centrados en la persona y basados en los derechos presenta buenas prácticas en los servicios de salud mental de todo el mundo, para ayudar a los países a desarrollar y reformar los servicios comunitarios y las respuestas de una perspectiva de derechos humanos, promoviendo derechos clave como la igualdad, la no discriminación, la capacidad jurídica, consentimiento informado e inclusión comunitaria. (97)

Teniendo presente la máxima de que no hay salud sin salud mental, idea ya reflejada en la Declaración de Helsinki de la Conferencia Ministerial de la OMS para la salud mental de 2005 e implícita en la definición de salud de la constitución de la OMS en 1946, la salud mental se debe considerar de manera transversal en todos los contextos de la vida. (13, 98) En el marco del SNS adquiere especial relevancia la atención primaria de salud en coordinación estrecha con los servicios de atención especializada de salud mental y con los servicios sociales.

El trabajo de los equipos de Atención primaria resulta fundamental para promover la salud mental, atender procesos psicosociales de la vida cotidiana que influyan en la salud de las personas, disminuir el estigma, así como para la detección e intervención precoz ante la aparición de factores de riesgo o síntomas asociados a problemas de salud mental. La consulta individual, las intervenciones grupales y el fomento de la ayuda mutua son instrumentos para la atención y el cuidado con la comunidad esenciales sin obviar las oportunidades de intervención en coordinación con otros sectores (por ejemplo, en el sistema educativo y en los centros escolares y académicos) y la participación comunitaria, el asociacionismo y los grupos de ayuda mutua.

Ante procesos de salud de mayor complejidad, la **interconsulta** y **enlace** con Atención especializada de salud mental se considera un instrumento de gran eficacia, puesto que posibilita mejorar las habilidades diagnósticas y la incorporación de terapias en el marco del nivel primario de atención de salud, así como la derivación a los servicios especializados, disminuyendo los

casos “perdidos” y posibilitando acudir a los servicios de salud mental de una forma menos estigmatizada (99).

La interconsulta y enlace posibilita además la coordinación asistencial y asesoría entre los y las profesionales de las diferentes disciplinas lo que redunda positivamente en la calidad asistencial y los resultados en salud.

Realizada una derivación a los servicios de salud mental de la atención especializada de salud, el centro de salud mental representa el eje vertebrador del sistema, desde el cual se ofrecerá la asistencia personalizada que fuera necesaria para la persona y su familia procurando que las personas afronten sus procesos vitales en su entorno, con la menor fragmentación de sus vidas posible, recurriendo a la hospitalización tradicional solo en caso estrictamente necesario. Para ello, se reforzarán programas y servicios que acompañen a las personas y familias en su proceso de recuperación, destacándose los modelos de gestión de casos, la hospitalización domiciliaria, la hospitalización parcial y otros recursos intermedios y de rehabilitación.

Atención a las personas en episodios agudos

Desde la aprobación de la Ley General de Sanidad y el desarrollo del documento de la Reforma Psiquiátrica y de Salud Mental por parte de las comunidades autónomas, el ingreso de los pacientes con episodios agudos se ha venido realizando en los hospitales generales, que disponían de un área específica de psiquiatría y de ingresos psiquiátricos.

La hospitalización psiquiátrica debe ser considerada como un momento terapéutico más, no un fin en sí misma. No se debe olvidar que tiene un importante impacto en la evolución longitudinal de muchos cuadros psicopatológicos, pudiendo llegar a mejorar su pronóstico y evolución. No se debe olvidar la integración en la actividad terapéutica de una figura profesional de salud mental comunitaria y ambulatoria, para establecer esa continuidad de forma consistente.

Es importante reducir a lo estrictamente necesario el tiempo de hospitalización psiquiátrica para mantener al paciente en su contexto con los referentes del centro de salud mental comunitario (eje esencial de asistencia en salud mental), atención primaria y servicios sociales (coordinación), contribuir a avanzar en hospitalización a domicilio, hospital de día, consultas telemáticas, educación para la salud de pacientes y familiares en el marco del ingreso, etc., como fórmulas alternativas al modelo hospitalocentrista.

En la atención a las personas en episodios agudos se han de potenciar también otras formas alternativas a la hospitalización como la atención a domicilio, la atención en crisis y las hospitalizaciones parciales. (100)

Otro punto a tener en cuenta es el de los ingresos involuntarios. Si bien es cierto que se intenta que el ingreso sea voluntario, no es menos cierto que aún es relevante el número de ingresos involuntarios que conlleva, en ocasiones, sujeciones mecánicas, muy discutido desde la perspectiva ética y de respeto hacia el paciente. (101)

Estar ingresado no debe suponer estar desconectado o tener inactividad. Es importante realizar actividades que posibiliten la conexión con la persona ingresada. Las actividades grupales se pueden ir introduciendo poco a poco y las actividades individualizadas son muy pertinentes. Las visitas de la familia y las posibles salidas se deben programar de forma progresiva. También se

utilizará este periodo para el trabajo con la familia y personas allegadas, tanto de información como de contención y orientación en la fase de preparación del alta.

Los dispositivos intermedios

El más representativo de todos es el Hospital de Día de Salud Mental, actualmente se le conoce también como "hospitalización parcial", un instrumento de prevención secundaria. (102). La actividad del Hospital de Día de Salud Mental pretende intervenir de forma activa para evitar la tendencia a la evolución crónica, lo que comporta actuar frente a una nueva bolsa de casos difíciles, de lenta evolución y complicados o inestables.

La estancia en el Hospital de Día de Salud Mental favorece algunas intervenciones específicas: en los casos en los que ha habido una crisis con ruptura de los vínculos afectivos y sociales. Lo que se persigue es incrementar la calidad de vida y el grado de satisfacción, con disminución del sufrimiento, de los pacientes con problemas de salud mental graves e inestables.

En cuanto a sus indicaciones clínicas, los problemas de salud mental en los que existe consenso general de la indicación de hospital de día de salud mental, son los pertenecientes a los grupos que cursan con mayor inestabilidad, como los cuadros psicóticos (sobre todo en el adolescente y adulto joven), trastornos del humor, trastornos de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria y, en menor medida, algunos trastornos del comportamiento (con la excepción del trastorno disocial). Los criterios de exclusión están más consensuados: trastornos mentales orgánicos, trastornos mentales y del comportamiento debidos a determinadas conductas adictivas y discapacidad mental moderada a grave. (102)

Otros dispositivos intermedios son: las "Miniresidencias" dirigidas a los pacientes con dificultades de convivencia o ausencia de familia que pueda hacerse cargo; los pisos supervisados, un método de reinserción familiar que precisa supervisión de los y las profesionales de salud mental, las Comunidades terapéuticas, que incorporan a la estancia la actividad laboral como forma de rehabilitación social, la hospitalización domiciliaria o las unidades de crisis.

4.1 Objetivo general. Contribuir a recuperar, mantener y mejorar la autonomía y la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental

Objetivos específicos:

4.1.1. Centrar la atención en la persona y sus necesidades y realizar Planes Individualizados de Atención (PIA) en el marco de una alianza terapéutica, con participación activa de la persona.

4.1.2. Evaluar por parte del equipo interdisciplinar las dificultades, fortalezas, activos de salud y/o habilidades de la persona desde una perspectiva biopsicosocial e interdisciplinar.

4.1.3. Asegurar la participación de las personas con problemas de salud mental y sus organizaciones en el diseño, la aplicación, la prestación y la evaluación de las políticas, los sistemas y los servicios de salud mental.

4.1.4. Priorizar los apoyos a las personas en su propio contexto comunitario facilitando el mantenimiento de los vínculos con éste, para lo que se deberá planificar la dotación

adecuada de servicios: equipos de tratamiento asertivo comunitario y equipos de atención domiciliaria interdisciplinar (psiquiatría, psicología clínica, enfermería y trabajo social).

4.1.5. Sustentar el tratamiento en el buen trato, los principios éticos y la complementariedad de las intervenciones sociales, psicológicas y biológicas.

4.1.6. Potenciar las intervenciones psicoterapéuticas individuales, familiares y grupales de cuya eficacia se tiene conocimiento y que serán realizadas por profesionales con formación adecuada.

4.1.7. Promover de forma activa alternativas a las intervenciones involuntarias en las personas con problemas de salud mental, aplicándose en todo caso el principio de menor restricción posible garantizando el respeto y la dignidad de la persona. Las intervenciones involuntarias estarán limitadas a las situaciones determinadas que establezcan la legislación española y la Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad. (Art 14)

4.1.8. Facilitar mediante acciones específicas de mejora y adecuación la accesibilidad a la red de recursos sociosanitarios.

4.2 Objetivo general. Disponer de servicios y recursos alineados con los principios básicos de la atención basada en el modelo de recuperación de las personas en el ámbito comunitario

Objetivos específicos:

4.2.1. Potenciar los equipos de tratamiento asertivo comunitario constituye un objetivo fundamental, teniendo en cuenta que la intervención debe ser interdisciplinar (psiquiatría, psicología clínica, enfermería, terapia ocupacional y trabajo social) y resaltando el papel de “gestor de caso” con el fin de asegurar la cobertura adecuada por parte de las instituciones comunitarias que intervienen en cada caso.

4.2.2. Priorizar, frente a la institucionalización, el desarrollo de recursos y servicios de atención en salud mental (casa de crisis, programas residenciales con diferentes niveles de apoyo, programas de soporte en el domicilio, unidades de apoyo a la crianza, asistencia personal, etc.), cuando se presenten síntomas o las necesidades lo aconsejen.

4.2.3. Desarrollar programas y recursos que faciliten la inserción social, laboral, la vida independiente y el ejercicio de los derechos de la persona.

4.2.4. Reducir el uso de las unidades de media y larga estancia en hospitales psiquiátricos, sustituyéndolas por programas y servicios alternativos que faciliten la inserción social, la inserción laboral, el acceso a la vivienda y cuidando en todo momento el ejercicio de los derechos de la persona.

4.2.5. Adecuar los recursos profesionales en atención primaria y de salud mental a lo necesario en un contexto de equidad desde la perspectiva del respeto, capacidad y autonomía de la persona, promoviendo actuaciones basadas en el consenso profesional.

4.2.6. Impulsar el Registro Estatal de Profesionales y los trabajos de planificación de necesidades de profesionales sanitarios desde la Comisión de Recursos Humanos del SNS.

4.2.7. Actualizar el Estudio Oferta- Necesidades de Especialistas Médicos 2021- 2035 para facilitar que se formen y se disponga del número más adecuado de estos profesionales de salud mental para satisfacer las necesidades de la población. (103)

4.2.8. Desarrollar o actualizar Guías de Práctica Clínica para la detección precoz y abordaje de los problemas de salud mental más frecuentes y de mayor impacto.

4.2.9. Impulsar la figura del asistente personal que reconoce la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

4.3 Objetivo general. Promover y desarrollar líneas de intervención novedosas relacionadas con factores generadores de problemas de salud mental: violencia sexual, adicciones, acoso en sus diferentes formas o el mal uso de las nuevas tecnologías

4.3.1. Sensibilizar a los y las profesionales y equipos sobre la aparición de nuevas fragilidades vinculadas a cuestiones sociales (precariedad en el empleo, nuevas situaciones de pobreza, dificultad de acceso a la vivienda, situaciones de hacinamiento, procesos migratorios, incremento de personas que viven en soledad, envejecimiento de la población, menores con insuficiente protección, dificultades de conciliación para la crianza, etc.) que pueden tener efectos determinantes sobre la aparición del sufrimiento psíquico y los problemas de salud mental (como por ejemplo, trastornos de personalidad, patología dual o primeros episodios psicóticos, entre otros).

4.3.2. Definir e implementar recursos, programas y medidas para el desarrollo de líneas de intervención novedosas en salud mental.

4.3.3. Incluir en la comprensión y abordaje de los trastornos de comportamiento en la adolescencia, la identificación del comportamiento conflictivo o disfuncional y trabajar con los aspectos positivos parentales, con el fin de favorecer desarrollar la resiliencia personal y recuperar su narcisismo como figuras parentales.

Recomendaciones

I. Dotar a la atención primaria de recursos e instrumentos para el abordaje inicial de la atención en la salud mental (p.ej. acciones en relación con el objetivo A.3 del Marco Estratégico para la Atención primaria y comunitaria de 2019 dedicado a “impulsar el fortalecimiento de la atención primaria de salud a través del desarrollo de las estrategias del Sistema Nacional de Salud”) (104).

II. Potenciar y desarrollar la salud mental en atención primaria. El Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria de 2019 pone de relieve la necesidad actualizar la cartera de servicios de atención primaria del SNS (Objetivo A.4), con el objetivo de dar cobertura a las necesidades y problemas de la población, bajo un enfoque multidisciplinar, organizando los recursos disponibles y potenciando la coordinación entre niveles asistenciales. El Marco

subraya, entre otras cosas, “potenciar la figura de la/del psicóloga/o clínica/o en el ámbito del sistema sanitario y protocolizar los circuitos de derivación” (Acción A.4.4).

III. Dotar a los servicios de salud mental de recursos humanos, económicos y de espacios físicos necesarios para desarrollar adecuadamente las líneas de intervención recogidas en la línea estratégica 4.

IV. Fomentar el conocimiento para entender la recuperación como un proceso único e individual, unido al crecimiento personal de cada una de las personas con problemas de salud mental fomentando su rol protagonista en la modificación de actitudes, valores y sentimientos.

V. Incorporar la perspectiva de género en la atención a la salud mental.

VI. Elaborar planes conjuntos de intervención que incluyan la planificación anticipada de decisiones para que la persona con problemas de salud mental manifieste sus necesidades y preferencias en relación a la asistencia que pueda recibir en el futuro.

VII. Establecer procedimientos adecuados para que el documento de instrucciones previas (también conocido como de voluntades anticipadas en alguna comunidad autónoma) se aplique como una herramienta para el respeto de la toma de decisiones.

VIII. Promover la participación de las personas con experiencia propia en salud mental en la formación continuada de los equipos y en el apoyo eventual en la construcción de planes de intervención terapéutica, complementando la fundamental perspectiva de la persona atendida.

IX. Fomentar el desarrollo de modelos de intervención basados en la voluntariedad y la colaboración entre las personas con problemas de salud mental y los profesionales de la salud.

X. Impulsar el apoyo entre pares en el proceso de recuperación promoviendo el aprendizaje compartido mediante las redes de apoyo, institutos de recuperación, centros comunitarios y alojamientos de apoyo según el nivel de necesidad gestionados por pares.

XI. Desarrollar programas socio-sanitarios, como las cooperativas de personas con trastornos mentales a múltiples niveles, con la supervisión psicosocial directa adecuada, pisos protegidos, granjas protegidas, mini-residencias y comunidades terapéuticas, de menor a mayor grado de dependencia y supervisión.

XII. Desarrollar la evaluación de las acciones que incluya la participación activa de las personas con problemas de salud mental.

XIII. Promover el desarrollo y adecuada dotación de unidades especializadas en la detección y tratamiento temprano de los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia.

XIV. Entrenar a las figuras parentales para establecer, de forma consistente y definiendo de forma conveniente, las consecuencias tanto positivas como negativas de tener que aceptar la frustración, la norma y la forma de trasmitirla de forma eficaz y recuperar sus competencias como figuras parentales.

XV. Los servicios asistenciales deben ofrecer abordajes interdisciplinares que permitan trabajar con el adolescente, la familia, el centro escolar y el entorno comunitario; este abordaje es el que se ha revelado con resultados más positivos.

XVI. Estar ingresado no debe suponer estar desconectado o tener inactividad. Es importante realizar actividades que posibiliten la conexión con el paciente. Las actividades grupales se pueden ir introduciendo poco a poco y las actividades individualizadas son muy pertinentes. Las visitas de la familia y las posibles salidas se deben programar de forma progresiva. También se utilizará este periodo para el trabajo con la familia, tanto de información como de contención y orientación en la fase de preparación del alta.

XVII. Implementar y mejorar la calidad de prescripción de psicofármacos, mediante el diseño y puesta en marcha de programas de uso adecuado de psicofármacos en distintos ámbitos asistenciales.

XVIII. Evitar en cualquier práctica asistencial la estigmatización por padecer un trastorno mental.

Línea estratégica 5. Salud mental en la infancia y en la adolescencia

Las condiciones y experiencias de vida en los primeros años son especialmente trascendentes respecto al crecimiento y desarrollo biopsicosocial en las distintas áreas (cognición, lenguaje, hábitos, habilidades sociales, desarrollo emocional…), influyendo sustancialmente en la salud y la calidad de vida de las personas en el resto de las etapas del ciclo vital.

La atención a la salud mental en la etapa de la infancia y la adolescencia representa una prioridad para todos los agentes sociales. Un enfoque orientado a fortalecer los activos en salud y los factores protectores de la salud mental, más allá de la identificación precoz de los factores de riesgo ha de contemplarse para mejorar en toda su dimensión la salud mental en la infancia y la adolescencia.

La investigación evolutiva ha puesto de manifiesto la importancia del contexto familiar como lugar en el que se producen las circunstancias y las relaciones que van moldeando el desarrollo de sus miembros. Los progenitores, o las personas que ejercen el cuidado parental, influyen en sus hijos a través de los afectos, los comportamientos y las cogniciones. Así, mientras que unos niños desarrollan vínculos de apego seguros, otros lo hacen de forma insegura (ansiosa, evitativa o desorganizada) lo que implica diferentes consecuencias en el desarrollo del ser humano. Los programas participativos de fomento y potenciación de las habilidades parentales desde el enfoque de la parentalidad positiva contribuyen al desarrollo de vínculos de apego seguros (105).

Es fundamental que en el ámbito escolar se contribuya a crear un sentido de pertenencia que haga que los niños y niñas se sientan conectados y bienvenidos fortaleciendo la identidad y autoestima; desarrollar competencias de resiliencia y superación, promover comportamientos positivos como el respeto, la responsabilidad y la amabilidad con amigos y seres queridos puede aumentar el bienestar mental. Ayudar a otros e involucrarse refuerza el formar parte de la comunidad (106).

La información ayuda a comprender el estigma en torno a la salud mental y permite a los adultos y a los estudiantes reconocer cuándo solicitar ayuda y naturalizar la misma. Los y las profesionales en salud de la escuela pueden proporcionar información útil que ayude a los niños, niñas y adolescentes a desarrollar habilidades para afrontar su cotidianidad e identificar precozmente signos y síntomas que orienten hacia problemas psicosociales y de salud mental de mayor envergadura, entre los cuales pueden identificarse problemas de regulación emocional, de desarrollo, alteraciones del estado de ánimo como la depresión, pródromos de otras problemas de salud mental y el riesgo de suicidio. Estos pueden incluir un cambio en los hábitos, el aislamiento, la disminución de las funciones sociales y académicas, el comportamiento errático o cambiante y mayores quejas físicas. (106)

Los y las profesionales de la psicología en el ámbito educativo, los equipos de orientación educativa, las enfermeras escolares y de la atención familiar y comunitaria y los trabajadores sociales pueden proporcionar a los estudiantes una gama de servicios de salud mental que varían desde el apoyo del comportamiento y la promoción del bienestar mental universal a la capacitación de padres y personal, la identificación y evaluación, el asesoramiento individual y grupal, la intervención en casos de crisis y la derivación a servicios de la comunidad. (106)

De manera simultánea, desde la atención primaria de salud, es necesario reforzar la promoción de la salud mental y la prevención de problemas psicosociales y de salud mental a medio y largo plazo en las primeras etapas de la vida. Intervenciones y cuidados integrales (biopsicosociales) orientadas a la planificación familiar, el seguimiento del embarazo, nacimiento y puerperio, apoyo a la transición a la parentalidad, seguimiento del crecimiento y desarrollo de niños mediante el Programa de Atención al Niño Sano y el refuerzo de la atención a adolescentes son recomendadas. En esta etapa, la atención y estimulación temprana y la derivación a los servicios de salud mental para diagnóstico, tratamiento e intervención precoz adquiere especial relevancia.

Cada vez existe más evidencia científica sobre el cribado de la depresión mayor en la población infanto- juvenil, su prevalencia e infradiagnóstico en la adolescencia, su importancia como trastorno discapacitante asociado a riesgo de suicidio y morbilidad grave a largo plazo, que sugiere la incorporación de procedimientos de cribado que permitan su identificación en adolescentes que acuden a un servicio de atención primaria y la implementación de estrategias de intervención para los casos más leves, empleando herramientas de cribado sencillas y validadas como el PHQ-2. (107)

Los problemas emergentes de salud mental que tienen una prevalencia clara en su inicio a lo largo de las etapas de desarrollo de la infancia y adolescencia son las conductas adictivas sin sustancias (ciberadicción y ciberacoso), los trastornos del comportamiento en la adolescencia (violencia filio- parental y social) y los pródromos de la psicosis y los primeros episodios psicóticos, como se ha descrito anteriormente en el capítulo de análisis de situación.

Se deben implantar medidas para fomentar la adherencia terapéutica, así como un abordaje funcional y significativo, ya que se estima que un 40-60 % de las familias finalizan precozmente el tratamiento, y se sabe que estas personas suelen presentar patologías más graves que aquellas que finalizan el tratamiento.

Los problemas de salud mental pueden afectar negativamente a la vida de las personas que los experimentan y de aquellos con quienes conviven. Muchas veces esta afectación negativa no está provocada por los síntomas sino por la visión que tiene el contexto social. La salud mental continúa a estas alturas siendo tabú para una buena parte de la población, a pesar de que todo el mundo está expuesto a tener un diagnóstico a lo largo de su vida. Las experiencias de estrategias de lucha contra el estigma más efectivas son las que consiguen que personas con y sin problemas de salud mental participen en proyectos compartidos, significativos, con objetivos comunes y con equidad. (108)

Es importante abordar de forma precoz los trastornos mentales desde la etapa de la infancia y adolescencia ya que un porcentaje importante de los mismos se inician en la etapa infantojuvenil. (109)

La atención a la salud mental en los dispositivos de atención a la salud mental se realizará por equipos multidisciplinares por mediación de profesionales de la salud con cualificación específica en las etapas de la infancia y la adolescencia. En este sentido, el 3 de agosto de 2021, se aprobó el Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría. (110) La red de dispositivos de atención a la salud mental

se debe reforzar a tenor de las necesidades de salud mental presentes y emergentes y los principios de atención del SNS. Los programas de continuidad de cuidados para la atención a niños y adolescentes con problemas de salud mental que tienden a la cronicidad y potencialmente a un grado variable de discapacidad, son especialmente recomendados para la técnica denominada "gestión de casos" y la coordinación del plan terapéutico individualizado.

Intervención precoz y los primeros episodios psicóticos

En la presencia del delirio y otros síntomas psicóticos se basa el diagnóstico de psicosis y, en concreto, de esquizofrenia, quiere ello decir que basarse en este criterio, que figura en las categorías de los sistemas diagnóstico de los trastornos mentales, es llegar tarde, es diagnosticar una psicosis antigua, aunque esté presente desde hace poco tiempo. La importancia de estos pródromos hizo que Mc Gorry, William Carpenter y otros investigadores, propusieran para la DSM-5 la categoría de "Síndrome de psicosis atenuada", propuesta que finalmente no prosperó. (111, 112) Interesa poder trabajar en niveles de desarrollo del trastorno psicótico en niveles 2-3 y potenciar las intervenciones terapéuticas comunitarias en el nivel 1 de la pirámide de Yung (2006). (113, 114) Trabajar con estos casos es fundamental porque, tal y como plantean Mc Gorry y Carpenter, se consigue "parar" la evolución a las psicosis.

La prevención durante la infancia: malos tratos, violencia sexual, acoso y fracaso escolar

Especial importancia reviste el caso de los malos tratos a la infancia y la violencia sexual, donde existe una tendencia a reducirlos solo a la esfera física, dando menos importancia a los malos tratos de tipo psicológico-emocional. Sin embargo, los malos tratos a la infancia de tipo psicológico-emocional son los que más secuelas dejan y los que más costes posteriores tienen en la atención, fundamentalmente de salud mental. Son necesarias formas específicas de exploración adaptadas a la etapa de desarrollo infantil y con técnica precisa de entrevista, de especial importancia en los casos de violencia sexual sin pruebas biológicas (p. ej. toqueteos y otros tipos).

El acoso escolar y su variante del ciberacoso es fundamental, por las secuelas psicológicas a medio y largo plazo y porque la prevalencia se va incrementando, en muchas ocasiones ligado al incremento de las conductas de ciberadicción en estas etapas.

Tampoco se olvida la población LGBTI en el contexto escolar y las formas específicas de abordarlo, sobre todo lo derivado del "tránsito" en la infancia transgénero. (48)

Especial abordaje preventivo precisa lo relativo a la relación entre trastornos mentales y fracaso escolar y entre fracaso escolar y trastornos mentales, dos situaciones de especial significación.

Todo lo anterior es de fundamental importancia para realizar prevención del daño asociado a la asistencia sanitaria en la infancia y adolescencia, fomentando lo que se denomina como prevención cuaternaria.

Durante la fase final de elaboración de esta Estrategia se ha aprobado la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Cabe destacar en relación con este apartado lo establecido en el Artículo 38. Actuaciones en el ámbito sanitario en el que se establece entre otras cuestiones que las administraciones sanitarias promoverán e impulsarán actuaciones para la promoción del buen trato a la infancia y la

adolescencia, así como para la prevención y detección precoz de la violencia sobre los niños, niñas y adolescentes, y de sus factores de riesgo promoviendo la elaboración de protocolos que lo faciliten y en el Artículo 39 en el que se establece la creación de una Comisión frente a la violencia en los niños, niñas y adolescentes. (115)

5.1: Objetivo general. Promoción de la salud mental en la infancia y adolescencia. Prevención y detección precoz de los problemas de salud mental a estas edades

Objetivos específicos:

5.1.1. Promover en el ámbito educativo los factores protectores como la resiliencia, la autoestima, las competencias sociales, las habilidades para la toma de decisiones y resolución de conflictos, asegurar un ambiente escolar positivo y seguro, desarrollar conductas prosociales de ayuda a los demás y de fomento de la salud física. (106)

5.1.2. Programar actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.

5.1.3. Desarrollar programas y protocolos en el ámbito educativo, sanitario y comunitario, de promoción de la parentalidad positiva, incluyendo a las familias en situaciones de riesgo social, evolutivo y psicoafectivo.

5.1.4. Establecer programas de formación y sensibilización a la comunidad educativa sobre los síntomas y la ayuda con los problemas de salud mental y combatir la estigmatización. (106)

5.1.5. Asegurar la accesibilidad al apoyo de la salud mental en el ámbito educativo estableciendo alianzas con redes de apoyo y recursos de la comunidad. (106)

5.1.6. Incorporar procedimientos de cribado que permitan una mejor identificación de un trastorno depresivo mayor en los adolescentes que acuden a un servicio de atención primaria de salud. Integrar este tipo de herramientas dentro del propio proceso asistencial, asegurando el acceso a un tratamiento temprano y a un adecuado seguimiento. (107)

5.1.7. Diseñar actuaciones específicas para sensibilizar y prevenir sobre el abuso de las TIC en la infancia y adolescencia y las conductas adictivas sin sustancias (ciberadicción y ciberacoso).

5.1.8. Incluir programas específicos de prevención en entornos familiares disfuncionales que permitan identificar situaciones de abuso, violencia, maltrato o vulnerabilidad, tanto en material de violencia infantil como de género, por su especial impacto en la salud mental de quien la sufre.

5.1.9. Fortalecer la formación en discriminación y seguimiento de los problemas de salud mental en los Equipos de Orientación Educativa, psicólogos escolares, enfermeras escolares y trabajadores sociales, estableciendo relaciones y sinergias con los servicios de salud mental, ofreciendo a la comunidad educativa apoyo del comportamiento y promoción del bienestar mental, identificación y evaluación de intervenciones tempranas, asesoramiento individual y grupal y la derivación a servicios comunitarios. (106)

5.2: Objetivo general. Atención a los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental

Objetivos específicos:

5.2.1. Atender con prontitud los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia. Ello es especialmente relevante tras los síntomas que indican la aparición de trastornos mentales graves.

5.2.2. Desarrollar una atención precoz a los problemas de salud mental emergentes en la etapa de desarrollo de la infancia y la adolescencia.

5.2.3. Elaborar planes para identificar precozmente los pródromos de los trastornos psicóticos e intervenir de forma temprana y eficaz en los primeros episodios psicóticos en la adolescencia.

5.2.4. Desarrollar programas que fomenten la adherencia terapéutica, el tratamiento significativo y eviten el abandono precoz del tratamiento de los problemas de salud mental en las etapas de la infancia y adolescencia.

5.2.5. Programar y desarrollar programas de formación continuada de médicos de familia, pediatras de atención primaria y enfermeras de atención primaria y comunitaria para evaluar a niños, niñas y adolescentes con riesgo de depresión y otros problemas de salud mental y registrar el perfil de riesgo en su historia clínica. (107)

5.2.6. Promover programas de formación continuada y de postgrado de profesionales de la salud mental en los trastornos específicos de la infancia y adolescencia.

5.2.7. Abordar los trastornos del comportamiento de forma precoz, haciendo especial énfasis en la violencia filio- parental.

5.2.8. Atender a los problemas de salud mental derivados del uso, abuso y conductas adictivas por la utilización de las TIC, incluyendo lo relativo al acoso y ciberacoso escolar.

5.2.9. Mejorar los recursos y servicios de atención a la infancia y adolescencia. Dotar de suficientes recursos a los servicios de atención primaria pediátrica y a los servicios de salud mental infantil.

5.2.10. Reforzar los programas de continuidad de cuidados y gestión de casos para la atención a niños, niñas y adolescentes con enfermedades o trastornos que tienden a la cronicidad, discapacidad y dependencia.

5.2.11. Incorporar la evaluación de competencias parentales y el cribado de los problemas de salud mental, incluyendo el bienestar emocional, psicológico social y/u ocupacional, en los programas de Salud Infantil en atención primaria. (105)

5.2.12. Impulsar el buen trato a la infancia y la adolescencia, el respeto de los derechos fundamentales del niño y la humanización en la asistencia.

5.3: Objetivo general. Luchar contra la discriminación y la estigmatización social de los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental

Objetivos específicos:

5.3.1. Fomentar campañas de sensibilización en colectivos claves: profesionales del ámbito social, educativo y sanitario, familiares, policías, profesores, periodistas, estudiantes universitarios, estudiantes de instituto. (108)

5.3.2. Implementar proyectos compartidos entre personas en las etapas de la infancia y la adolescencia con y sin problemas de salud mental, con objetivos comunes y en igualdad de estatus. (108)

5.3.3. Elaborar programas comunitarios con participación de instituciones y asociaciones que contribuyan a la lucha contra el estigma social. (108)

Recomendaciones

I. Los y las profesionales de medicina familiar y comunitaria, pediatría y enfermeras de atención primaria deben tener una adecuada formación para evaluar a niños, niñas y adolescentes con riesgo de depresión y otros problemas de salud mental, registrando el perfil de riesgo en su historia clínica. (107)

II. Mejorar el conocimiento de la depresión y de otros problemas de salud mental, y sus consecuencias, entre los jóvenes y sus familias, así como reducir el estigma asociado. (107)

III. Incluir de forma rutinaria preguntas acerca de síntomas depresivos y de su estado mental en cada evaluación de salud mental de un niño o adolescente en atención primaria. (107)

IV. Aproximar el gasto sanitario en salud mental a la media española en aquellas comunidades autónomas cuyo gasto sea inferior.

V. Dotar a los servicios de salud mental de recursos humanos, económicos y de espacios físicos necesarios para desarrollar adecuadamente un tratamiento integral de los problemas de salud mental evaluando las intervenciones psicológicas, farmacológicas y psicosociales necesarias para mejorar el bienestar y la capacidad funcional, prestando atención a los factores familiares y al contexto social que pueda interferir en la evolución. (107)

VI. Asegurar la continuidad asistencial cuando por razones de edad sea necesario el cambio entre servicios asistenciales de la infancia y de adultos. (107)

VII. Implementar y/o desarrollar unidades específicas de salud mental de la infancia y la adolescencia en los dispositivos asistenciales comunitarios de salud mental, con profesionales que posean la formación específica y necesaria para el desempeño de estos servicios y de forma que se pueda realizar la detección y tratamiento temprano de los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia.

VIII. Promover el desarrollo y adecuada dotación de unidades especializadas.

IX. Incluir en los objetivos anuales de los servicios de salud mental, la atención específica de los problemas de salud mental de la infancia y la adolescencia.

X. Trabajar de forma precoz e integrada para abordar los problemas de conducta en la infancia y la adolescencia, poniendo especial interés e intensidad en los temas relativos a la violencia filio- parental.

Línea estratégica 6. Atención e intervención familiar

En el modelo comunitario de atención en salud mental, la atención e intervención con las familias es una pieza clave en el diseño terapéutico que se debe afrontar desde una perspectiva social y de derechos, como se expresa en el preámbulo de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. (82) Se debe garantizar su participación real y efectiva en las decisiones tomadas para el desarrollo de cualquier tipo de atención y que tengan un impacto claro en planificación, desarrollo y evaluación en todos los niveles asistenciales.

Las actividades de intervención familiar contemplan a la familia y su entorno como elemento activo en la recuperación psicosocial de la persona con problemas de salud mental. Se contempla no solo la transmisión de conocimientos, sino que, al mismo tiempo, implica la orientación educativa por parte de personas especializadas en este tema y la posibilidad de compartir experiencias personales, lo que implica una apertura de las redes sociales, compartir situaciones similares y evitar el aislamiento social. Se trata de reforzar la idea de la salud de la familia. La familia no solo es proveedora de cuidados sino que se convierte en un potencial usuario. El sistema familiar es en sí mismo un entorno donde se protege o propicia la aparición de problemas de salud mental, se proveen cuidados y se aprenden autocuidados.

Para ello, familiares o personas allegadas, necesitan información, asesoramiento, formación, cuidados y autocuidados en los temas relacionados con los problemas de salud mental como pueden ser los diferentes tratamientos, estrategias específicas (tipo de comunicación, abordaje, afrontamiento y resolución de problemas) y recursos existentes.

Los programas formativos de intervención familiar son básicos en un modelo de atención comunitaria de salud mental, y tienen los objetivos de cubrir las necesidades formativas relacionadas con el problema de salud mental y la recuperación psicosocial, dotar a la persona de herramientas para el desarrollo y la mejora de las habilidades sociales básicas y fomentar un clima familiar saludable y la resolución de posibles conflictos en el sistema familiar.

6.1: Objetivo general. Atención y relación con las familias

Objetivos específicos:

6.1.1 Fomentar modelos de atención y apoyo a las familias para el establecimiento de una alianza efectiva entre profesionales y personas con problemas de salud mental, basados en su autonomía y empoderamiento.

6.1.2 Facilitar la puesta en marcha de itinerarios de apoyo psicosocial a familiares de personas con problemas de salud mental.

6.1.3 Fomentar las actividades de ocio entre familiares.

6.1.4 Favorecer el asociacionismo de familiares y personas con problemas de salud mental.

6.1.5 Impulsar la creación de grupos de apoyo mutuo entre familiares.

6.1.6 Sensibilizar e informar a las familias acerca del impacto en su salud física y mental de la sobrecarga relacionada con el cuidado de su familiar.

6.1.7 Fomentar la corresponsabilidad familiar en la prestación de cuidados y tareas domésticas.

6.2: Objetivo general. Fortalecimiento de la red de recursos públicos especializados en la atención a las familias de personas con problemas de salud mental (xx)

Objetivos específicos:

6.2.1 Diseñar o reformular acciones, servicios y prestaciones de atención a las familias de personas con problemas de salud mental en el ámbito público.

6.2.2 Impulsar políticas de prevención de las situaciones de dependencia.

6.2.3 Promover acciones para garantizar una red de recursos orientados a la promoción de la autonomía y atención a la dependencia.

6.2.4 Garantizar el acceso de las familias a equipos de atención domiciliaria que realicen un seguimiento, evaluación y apoyo personalizado.

6.2.5 Poner en marcha programas de formación para profesionales que acompañen y presten servicios a las familias.

Recomendaciones

I. Asegurar que durante la atención sociosanitaria se realiza una valoración integral de las situaciones y necesidades de las familias, con especial énfasis en las personas cuidadoras principales.

II. Facilitar el desarrollo de Programas de Intervención y Apoyo Familiar.

III. Potenciar los equipos de tratamiento asertivo comunitario interdisciplinar (psiquiatría, psicología clínica, enfermería, terapia ocupacional y trabajo social).

IV. Orientar las formaciones hacia la erradicación de actitudes paternalistas o compasivas y que trabajen el fomento de la autonomía de las personas con problemas de salud mental, así como de hábitos de vida saludable, afrontamiento de situaciones de estrés y de conflicto familiar.

V. Fomentar acciones formativas para quienes realizan cuidados informales de las personas con problemas de salud mental, sobre todo dirigidas a dos niveles fundamentales: identificar los signos prodrómicos de posibles recaídas y, en segundo lugar, el manejo de situaciones conflictivas que pudieran acontecer.

VI. Fomentar la evaluación de las acciones a desarrollar con la participación activa de las personas con problemas de salud mental y sus familiares, con el fin de evitar daños asociados a la atención sanitaria.

VII. Fomentar el desarrollo de programas de cuidado o atención en el propio domicilio.

(xx)El Artículo 28 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas dedicado al Nivel de vida adecuado y protección social dice: *"2. c) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad y de sus familias que vivan en situaciones de pobreza a asistencia del Estado para sufragar gastos relacionados con su discapacidad, incluidos capacitación, asesoramiento, asistencia financiera y servicios de cuidados temporales adecuados;"* (82)

VIII. Elaborar y difundir guías o manuales de formación para familiares en torno a los diversos problemas de salud mental y su tratamiento; dichas guías responderán a las necesidades de información y formación de las familias y señalarán los recursos profesionales de apoyo ante situaciones de crisis y de estrés mantenido.

IX. Proponer acciones formativas que impliquen a familiares y personas allegadas, personas con experiencia propia en salud mental y profesionales de la salud y la atención social.

X. Desarrollar contenidos formativos para orientar y tratar de identificar los problemas de salud mental y enfocar posibles alternativas y propuestas que favorezcan la calidad de vida y propongan estrategias para afrontar las distintas situaciones.

Línea estratégica 7. Coordinación

La coordinación es el modo de articulación de los distintos niveles en que han de ser procurados los cuidados en el campo de la salud mental y en cualquier otro de la actividad. Su objetivo es garantizar la continuidad de los cuidados que son necesarios, especialmente en situaciones complejas o la complementariedad –y su articulación temporal- en intervenciones con profesionales de distintas redes de servicios (servicios sociales, justicia, educación, trabajo, etc.). Las personas con problemas de salud mental pueden presentar, debido a ello, otras necesidades para cuya cobertura se requiere del aporte de otros ámbitos organizativos que están fuera del campo de la salud. Por ello es especialmente importante conseguir niveles de cooperación entre profesionales, instituciones y sectores que faciliten la creación de una red que sostenga el cuidado y garantice el derecho de las personas a una atención coherente y debidamente articulada. Dentro del ámbito asistencial, también es importante la coordinación con otras especialidades que tratan patologías con una repercusión importante sobre la salud mental de los pacientes que las sufren.

Este tipo de trabajo se basa en un abordaje multidisciplinar que converge para cumplir cinco tareas fundamentales: establecer una prescripción terapéutica de tipo multisectorial, desarrollar la interconsulta, desarrollando guías clínicas y/o protocolos conjuntos que sean consensuados y operativos; desarrollar y emplear técnicas de psicoeducación familiar; desarrollar el procedimiento de "*Case management*" para casos más graves o con factores de riesgo de diversa índole, y obtener cobertura legal e institucional para los casos graves y/o con problemas importantes de comportamiento. (116)

7.1. Objetivo general. Desarrollar la coordinación interinstitucional e intersectorial

Objetivos específicos:

7.1.1 Potenciar la coordinación interdisciplinar, interinstitucional e intersectorial como modo de atender las diversas necesidades y garantizar la continuidad de los cuidados.

7.1.2 Impulsar de forma progresiva la colaboración estrecha y coordinada en las intervenciones entre todos los ámbitos implicados en salud mental (servicios sociales, justicia, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, educación, cultura, empleo, sanidad, medios de comunicación, etc.)

7.1.3 Favorecer la creación de marcos conceptuales, operativos y éticos entre todos aquellos servicios y profesionales de los ámbitos implicados en el trabajo directo con las personas con problemas de salud mental.

7.1.4 Promover la creación de canales de comunicación entre instituciones, sectores y profesionales para facilitar una coordinación eficaz y unificada.

7.1.5 Facilitar el desarrollo de una red de dispositivos intersectoriales con funciones diversas y complementarias, que intervengan de forma coordinada y colaborativa entre sí para la atención a las personas con problemas de salud mental.

7.1.6 Promover la inclusión en los planes autonómicos de salud mental de acciones de trabajo en red.

7.1.7 Fomentar la coordinación sociosanitaria.

7.2. Objetivo general. Desarrollar la coordinación en el sistema de salud mental y las redes asociativas en salud mental

Objetivos específicos:

7.2.1 Implementar con otros organismos, organizaciones y redes asociativas, programas transversales y específicos: infantil, juvenil, género, personas mayores, personas en situación de calle, migrantes, etc.

7.2.2 Incorporar en los programas de salud mental la coordinación entre los recursos públicos y los de las redes asociativas, promoviendo desde las administraciones el asociacionismo de las personas con problemas de salud mental y facilitando la información desde los servicios de atención primaria.

7.2.3 Potenciar la presencia de las asociaciones de personas con experiencia propia en salud mental, familiares y personas allegadas en la toma de decisiones en los procesos de coordinación entre los distintos ámbitos implicados.

7.2.4 Establecer y evaluar intervenciones colaborativas entre los sistemas de salud mental infantiles y juveniles con los de personas adultas, protocolizando programas de transición de uno a otro.

7.3. Objetivo general. Desarrollar la cooperación dentro del equipo interdisciplinar de salud mental

Objetivos específicos:

7.3.1 Potenciar y generar condiciones, elementos y medios que faciliten el trabajo interdisciplinar en el funcionamiento del equipo.

7.3.2 Diseñar, implantar y evaluar modelos de coordinación interdisciplinar para asegurar la continuidad asistencial y de cuidados necesarios cuando confluyen diversas necesidades en la atención, en los que tengan especial protagonismo los profesionales de enfermería de salud mental, psicología clínica, trabajo social y terapia ocupacional.

7.3.3 Centrar la intervención en las necesidades de la persona, garantizando la participación de las personas con experiencia propia en salud mental y de sus familias en los procesos de decisión de manera que las acciones que se realicen sean significativas.

Recomendaciones

I. Ir hacia un modelo de atención basado en intervenciones complementarias y coordinadas entre profesionales, servicios y sectores que proporcionen los cuidados de forma coherente entre sí, optimizando los recursos disponibles.

II. Estimular en los equipos la cultura de la participación, la deliberación, el consenso, la diversidad y las relaciones de horizontalidad.

III. Desarrollar actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.

IV. Evaluar todas y cada una de las acciones a desarrollar, con la participación real, significativa, funcional y efectiva de las personas con problemas de salud mental.

V. Garantizar que en todas las intervenciones se respeten los derechos de las personas con problemas de salud mental, fomentando la disponibilidad de servicios de asesoría y de apoyo.

VI. Tender a la integración entre las redes de salud mental y de atención a las adicciones en aquellas comunidades autónomas donde todavía no estén integradas, dando respuesta así, al objetivo 3 “Salud y Bienestar” de los Objetivos de Desarrollo Sostenible que en su meta 3.5 establece “fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol”. (117)

VII. Desarrollar programas conjuntos entre los servicios sociales de la zona y los servicios de salud mental, estableciendo los programas que garanticen la continuidad de cuidados.

Línea estratégica 8. Participación de la ciudadanía

La participación de la ciudadanía en todo aquello que afecta a la persona y a la comunidad es uno de los sustentos de la vida democrática. Se ejerce a través de un conjunto de mecanismos con distinto nivel de formalización de mayor o menor amplitud y complejidad según la cuestión de que se trate.

En el campo de la salud hay que entender por participación el proceso mediante el cual todas aquellas personas que intervienen en cualquier situación colaboran en el proceso de toma de las decisiones que les afectan ya sea en términos de los estilos de vida, para la prevención y promoción de la salud mental, en términos de elección de los tratamientos, o bien para la redistribución de recursos (118). Esa colaboración se hace imprescindible para desarrollar una práctica respetuosa con la autonomía y con todos los demás derechos de la persona y favorecen el desarrollo comunitario. La participación comunitaria aporta ventajas en cuanto al apoyo social percibido y el establecimiento de redes sociales, imprescindibles para el fomento de la salud y la recuperación. Es interesante destacar en este punto el papel de los grupos de ayuda mutua y de las asociaciones.

8.1 Objetivo general. Promover la participación colectiva a través de grupos organizados de la sociedad civil

Objetivos específicos:

8.1.1. Facilitar la participación de los agentes sociales y representativos en las estrategias y planes de salud mental.

8.1.2. Establecer en cada comunidad autónoma mecanismos de participación de los movimientos asociativos, las sociedades científicas y profesionales relacionados con la salud mental en el diseño, planificación y evaluación de los servicios.

8.1.3. Establecer en cada uno de los servicios de salud mental, mecanismos que estimulen la participación interdisciplinar desde una perspectiva de horizontalidad.

8.1.4. Integrar la perspectiva de género en el desarrollo de planes y estrategias de salud mental favoreciendo el desarrollo de recursos y redes de apoyo destinados a las mujeres con problemas de salud mental.

8.1.5. Promocionar mecanismos que faciliten que las personas con problemas de salud mental y sus familiares puedan ejercer su derecho de participación.

8.2. Objetivo general. Incorporar a las personas con experiencia propia en problemas de salud mental como agentes activos de salud

Objetivos específicos:

8.2.1. Establecer mecanismos de participación efectiva en el diseño, planificación y evaluación de los servicios.

8.2.2. Implantar medidas de participación efectiva en los servicios de atención para la toma de decisiones.

8.2.3. Implantar el modelo de “apoyo entre pares” como garantía en el ejercicio de los derechos de las personas con problemas de salud mental.

8.2.4. Incorporar a las personas con experiencia propia en salud mental en los programas de formación y sensibilización a profesionales.

8.3. Objetivo general. Fomentar las buenas prácticas de participación

Objetivos específicos:

8.3.1. Impulsar los grupos de ayuda mutua en sus diferentes roles (profesionales, familiares, allegadas y personas con trastorno mental) desde los servicios de atención.

8.3.2. Proporcionar espacios y herramientas para el intercambio de buenas prácticas a nivel nacional e internacional.

Recomendaciones

I. Las comunidades autónomas regularán la participación en los órganos consultivos y de asesoramiento relacionados con la salud mental, de representantes de las asociaciones de profesionales de la salud mental y del movimiento asociativo en el contexto de una total transparencia sobre los conflictos de intereses.

II. Las comunidades autónomas dispondrán en cada departamento de salud de una estructura participativa, incluyendo personas con problemas de salud mental en los grupos y comisiones de trabajo.

III. Las comunidades autónomas facilitarán el desarrollo de la planificación anticipada de decisiones para las situaciones que lo requieran.

IV. Incluir en los programas de evaluación a las personas con experiencia propia en problemas de salud mental.

Línea estratégica 9. Formación

El avance de los conocimientos en Ciencias de la Salud y la amplitud de los campos relacionados con ellas, requieren de una formación continuada de los y las profesionales.

Es preciso incrementar el conocimiento de los y las profesionales, de salud mental y de atención primaria, sobre la evidencia de las diferentes terapias en salud mental a través de iniciativas docentes a cargo de las autoridades sanitarias. La formación relacionada con los temas de salud mental ha de realizarse garantizando la inexistencia de conflictos de intereses, en especial, la relacionada con el uso de medicamentos.

Es de gran importancia ampliar las propuestas y desarrollo de actividades psicoterapéuticas en los dispositivos de salud mental. Para ello es imprescindible que sean evaluadas las necesidades en cada territorio, poniendo en marcha iniciativas de formación dirigida a los y las profesionales y centrada en aquellas técnicas psicoterapéuticas que resultan idóneas en cada contexto y basadas en la evidencia científica y en los programas existentes en otros países de nuestro entorno (p. ej. Alemania, Austria, Italia y países nórdicos).

Tanto la población infanto-juvenil, como la población de edad avanzada, constituyen un grupo clave, con problemas propios de salud mental que requieren atención por profesionales con un adecuado nivel de formación específica en este ámbito.

Hay que promover y fomentar la formación continuada de los y las profesionales de salud mental en base a la nueva evidencia científica y de experiencias existentes en otros países de nuestro entorno. Es necesario detectar y cubrir las necesidades formativas y potenciar el enfoque interdisciplinar y transversal, incorporando la experiencia y el saber de las personas con problemas de salud mental y sus organizaciones.

Pregrado

Es necesario ir adaptando en el tiempo el contenido y los programas de los estudios universitarios de psiquiatría en medicina, psicología, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional y todas aquellas titulaciones vinculadas con la atención a la salud mental, en línea con las ideas y recomendaciones recogidas en la presente Estrategia, facilitando también la vinculación con los servicios asistenciales.

Formación sanitaria especializada

La formación de postgrado por la vía MIR (título de médico especialista en Psiquiatría), PIR (título de psicólogo especialista en Psicología Clínica) y EIR (título de enfermera especialista en Salud Mental) es uno de los programas más prestigiados a nivel internacional de nuestro SNS. La acreditación de las unidades docentes ha de responder a las necesidades formativas reales y actualizadas de los y las profesionales. El programa es establecido por cada comisión de la especialidad correspondiente. En todos ellos, se incluye la adquisición de competencias para el manejo de personas con sintomatología crónica, problemas de salud mental grave, para el proceso asistencial y diagnóstico, orientación terapéutica y de cuidados, introducción a la interconsulta con otros servicios, y asistencia a trastornos adictivos por uso de sustancias (alcohol y otras sustancias de abuso). Las materias de promoción de la salud y prevención de los problemas de salud en todas las etapas de la vida son importantes. El programa formativo se

lleva a cabo en dispositivos como unidades de hospitalización de personas con trastorno mental grave de los hospitales generales, centros de salud mental, dispositivos intermedios, dispositivos de atención a personas con trastorno por uso de sustancias y dispositivos de rehabilitación psicosocial, y se incluye la realización de guardias para la atención de las urgencias. Estos programas se tienen que ir actualizando y adaptando de manera periódica para dar respuesta a los cambios sociales y necesidades emergentes.

En las diferentes especialidades del ámbito de la salud mental, lejos de ser monolíticas, han ido apareciendo áreas de conocimiento con su propio campo de desarrollo y de aportaciones científicas que requieren su abordaje en la formación, entre ellas: Atención y cuidados en la infancia y adolescencia, Psicoterapia, Neuropsicología, Psicología Clínica de la Salud, Abuso de sustancias y Psicogeriatría, entre otras.

Los y las profesionales que integran los equipos de salud mental desarrollan competencias especializadas en la atención a la salud mental, para ello resulta una prioridad reforzar la cualificación profesional en este ámbito y la categorización de los puestos de trabajo.

Durante la elaboración de esta Estrategia se aprobó el Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría. La formación especializada en el marco de las profesiones implicadas en la salud mental ha de evolucionar para dar respuesta a las necesidades de la sociedad y la idiosincrasia y evolución de cada profesión. La oportunidad de creación de nuevas especialidades en el ámbito de la salud mental es algo que se analizará una vez aprobado el Real Decreto, (en tramitación en el momento de elaboración de esta Estrategia), en el que se determina el procedimiento y criterios para la creación de una nueva especialidad en Ciencias de la Salud.

Formación continuada

La formación continuada es un proceso de enseñanza-aprendizaje activo y permanente, que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades, actitudes y competencias, de gran importancia en los y las profesionales de los equipos de salud mental ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y nuevas necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario. (119)

Es necesario promover y fomentar la formación continuada libre de conflictos de intereses de los y las profesionales de salud mental en base a la nueva evidencia científica y en prácticas y experiencias reconocidas internacionalmente y existentes en otros países de nuestro entorno, incluidas aquellas que contribuyan a reducir el uso de coerción en salud mental. En cada comunidad autónoma se debe detectar y cubrir las necesidades formativas y potenciar el enfoque interdisciplinar y transversal, incorporando la experiencia y el saber de las personas con problemas de salud mental y sus organizaciones.

9.1 Objetivo general. Promover la formación en salud mental desde las administraciones públicas

Objetivos específicos:

9.1.1. Actualizar los programas formativos de las especialidades de salud mental y los requisitos de acreditación de la Unidades Docentes Multiprofesionales de Salud Mental.

9.1.2. Fortalecer la formación continuada de las personas especialistas del área de salud mental, así como la actualización de competencias sobre los problemas de salud mental de otros especialistas, especialmente en atención primaria.

9.1.3. Desarrollar acciones formativas en salud mental con y para los y las profesionales de atención primaria, de salud mental y aquellos otros relacionados con la atención a las personas con problemas de salud mental.

9.1.4. Desarrollar acciones formativas específicas en salud mental infanto-juvenil y en las edades avanzadas de la vida entre los y las profesionales que se dedican a la misma.

9.1.5. Promover la formación fuera del ámbito profesional sanitario, especialmente en otras áreas implicadas, como servicios sociales, educación, justicia, trabajo, instituciones penitenciarias y medios de comunicación.

9.1.6. Impulsar una formación transversal desde una perspectiva social que garantice los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental, formación en valores que haga hincapié en la igualdad de género, los beneficios de la actividad física y los autocuidados.

9.1.7. Promover acciones formativas acerca del impacto del contexto social sobre la salud mental de la población, subrayando la importancia de las acciones preventivas y sus efectos que tiendan al aumento de la igualdad y la calidad de vida de la comunidad.

9.1.8. Fomentar acciones formativas que faciliten la integración de diversos tipos de intervenciones basadas en la evidencia científica disponible, en el marco de la atención interdisciplinar.

9.1.9. Facilitar la formación continua sensible al género y a la diversidad de culturas y experiencias de evaluadores de proyectos en salud mental a nivel estatal y de comunidades autónomas.

9.2. Objetivo general. Abrir vías de participación ciudadana en el diseño de políticas públicas de formación en salud mental

Objetivos específicos:

9.2.1. Establecer vías de colaboración y participación entre las administraciones públicas y organizaciones del ámbito asociativo en el diseño y realización de las distintas acciones formativas.

9.2.2. Promover acciones formativas realizadas por personas con experiencia propia en salud mental.

9.2.3. Garantizar la formación en materia de participación ciudadana a los y las profesionales relacionados con la salud mental.

9.3. Objetivo general. Establecer planes formativos en relación a la atención de las personas con riesgo suicida para los diferentes sectores implicados

Objetivos específicos:

9.3.1. Formar y capacitar a los y las profesionales de la salud en atención a la conducta suicida especialmente aquellos que atienden a las personas identificadas con riesgo suicida.

9.3.2. Formar y capacitar a profesionales como profesores, educadores, bomberos, cuerpos policiales, miembros de protección civil, profesionales de atención a las personas más vulnerables y profesionales de servicios sociales con el fin de mejorar la detección de personas en riesgo suicida y su derivación a los servicios disponibles.

Recomendaciones

I. Impulsar una formación desde un modelo centrado en la persona y en el fomento de su autonomía y sus derechos.

II. Promover la formación específica de los diferentes profesionales del ámbito de la salud mental, según las áreas de conocimiento establecidas y con la titulación que se determine.

III. Fomentar acciones formativas para las personas que realizan cuidados informales de las personas con problemas de salud mental.

Línea estratégica 10. Investigación, innovación y conocimiento

La investigación debe constituir un elemento central del quehacer del sistema sanitario. La reflexión sobre la tarea realizada, la evaluación de la misma y la búsqueda de soluciones a los problemas de salud suponen una responsabilidad inexcusable del sistema sanitario y de sus profesionales.

Hasta hoy la investigación ha dependido en gran medida de la iniciativa particular de profesionales y equipos. A diferencia de la asistencia y el entrenamiento de nuevos profesionales, la investigación no forma parte de las tareas asignadas a cada profesional y por tanto este debe decidir si la incluye y en qué medida en su cometido. Por tanto, la investigación constituye una actividad frágil y que debe ser activamente promovida y protegida desde la autoridad sanitaria.

La investigación clínica centrada en las necesidades de las personas con problemas de salud mental y teniendo en cuenta el contexto social y económico en el que desarrollan su vida, así como la evaluación de la eficacia y seguridad de los diferentes tratamientos, debe primar en el sistema sanitario público.

En muchas ocasiones la metodología a seleccionar se denomina investigación- acción, siendo una metodología de un sutil y difícil diseño, al simultanear la intervención clínica directa, con el rigor metodológico de la recogida de datos para la investigación. De igual forma, en no pocas ocasiones se realizan investigaciones con metodología cualitativa, con todo lo que ello comporta de dificultad en la recogida de los datos y el tratamiento de los resultados obtenidos. (120) La investigación en salud mental es un proceso complejo que abarca entre otras: la investigación básica, las interacciones genético- ambientales, la evaluación económica de servicios o programas asistenciales y las investigaciones con una orientación más clínica. Es necesario promover la investigación en todos los niveles, desde la promoción de la salud, la etiofisopatología, la prevención, la epidemiología, la efectividad de las intervenciones o los resultados de salud, entre otras líneas. La fase de pródromos de las psicosis es otra de las líneas de interés de investigación en el campo de la clínica, en coherencia con establecer una intervención precoz.

España cuenta desde el 2006 con el Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER, www.ciberisciii.es), consorcio público estatal, una de cuyas áreas es salud mental (CIBERSAM). CIBER, y CIBERSAM, se crearon con la finalidad de generar una masa crítica de investigadores fomentando la investigación traslacional, básica, clínica, epidemiológica y en servicios de salud. Los grupos y programas de investigación se encuentran disponibles en su web: https://www.ciberisciii.es/areas-tematicas/cibersam

Sin perder de vista la complementariedad de las líneas de investigación y la necesidad de potenciar la creación de grupos de investigación competitiva multidisciplinares, incluyendo especialistas de otras áreas de conocimiento, parece razonable que se prioricen aquellas líneas de investigación con un elevado componente traslacional con un mayor impacto en la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y en la mejora de la asistencia que se les ofrece. De igual forma, han de potenciarse las investigaciones multicéntricas y con colaboraciones internacionales, en las que quepa la posibilidad de incluir a los y las profesionales en formación. Asimismo, debe incluirse la tarea de difusión de las investigaciones que se

realizan, informando a los servicios y al sistema sanitario de los estudios que se realizan, así como de los resultados obtenidos o, en su caso, de las patentes que se consigan (p. ej. de confección y validación de alguna escala de evaluación general o específica).

El **impulso a la salud digital**, que se prevé en los próximos años debe orientarse, y representa una oportunidad para una mejor atención de los pacientes.

La incorporación al Sistema Nacional de Salud de tecnologías digitales disruptivas debe adecuar el progreso del sistema sanitario a las exigencias de la sociedad actual, mediante políticas de innovación orientadas a la medicina 5P (Poblacional, Preventiva, Predictiva, Personalizada y Participativa) y traducirse en nuevos y mejores servicios acordes a las necesidades de la población, más adaptados a cada persona, con más autonomía y capacidad de decisión de los pacientes y compatibles con la sostenibilidad del sistema. Esta innovación, como es norma en el ámbito de la salud, debe también demostrar evidencia de sus beneficios y proporcionalidad y eficiencia del esfuerzo asistencial.

La propia OMS señala que "la información, los datos empíricos y la investigación son ingredientes básicos para un adecuado proceso de elaboración de políticas, planificación y evaluación en materia de salud mental. La obtención de nuevos conocimientos gracias a la investigación hace posible que toda política o medida repose en datos contrastados y en prácticas óptimas, y la existencia de datos pertinentes y actualizados o de dispositivos de vigilancia permite seguir de cerca las medidas aplicadas y determinar los servicios en cuya prestación hay margen de mejora". (OMS. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020) (87)

10.1. Objetivo general. Impulsar la investigación en todos los ámbitos relacionados con la salud mental

Objetivos específicos:

10.1.1. Promover que los programas estatales y autonómicos de investigación científica e innovación incluyan aspectos de la estrategia de salud mental.

10.1.2. Impulsar la creación de grupos de trabajo multidisciplinares en red que fomenten la investigación y la mejora del conocimiento en los diferentes ámbitos de la salud mental.

10.1.3. Promover la participación de dichos grupos en comités de ética e investigación en salud mental.

10.1.4. Mejorar los sistemas de información que permitan contar con indicadores cuantitativos y cualitativos comunes y comparables en todas las comunidades autónomas que ofrezcan información de calidad para el desarrollo de informes, investigaciones y toma de decisiones.

10.1.5. Difundir los resultados de las investigaciones promoviendo la generación de conocimiento compartido.

10.1.6. Fomentar e incentivar la participación de los y las profesionales sanitarios con un perfil más clínico en actividades de investigación sanitaria de calidad.

10.1.7. Promover la investigación de la conducta suicida.

10.2. Objetivo general. Establecer líneas de investigación interdisciplinarias en salud mental

Objetivos específicos:

10.2.1. Impulsar la colaboración estrecha y coordinada entre investigadores de todos los ámbitos relacionados: sanidad (atención primaria y otras especialidades –incluidos los investigadores básicos y preclínicos-), servicios sociales, justicia, educación, cultura, empleo, medios de comunicación, etc., mediante la creación y formación de equipos interdisciplinares para el desarrollo de las investigaciones, en las que debe contemplarse la participación de las personas con experiencia propia.

10.2.1. Favorecer la investigación traslacional, que todo proyecto de investigación en salud mental, en cualquiera de sus áreas, incorpore aspectos para su implementación directa en la asistencia clínica.

10.3. Objetivo general. Incorporar la perspectiva de género en todas las líneas de investigación

Objetivos específicos:

10.3.1 Disponer de información segmentada que incluya la perspectiva de género de acuerdo a diferentes variables: morbilidad diferencial por sexos, desigualdades de género, determinantes psicosociales de género, tanto de vulnerabilidad como protectores.

10.3.2 Impulsar el desarrollo de líneas de investigación innovadoras referidas a la relación mujer y salud mental en diferentes ámbitos.

10.3.3 Poner en marcha actuaciones dirigidas específicamente a la erradicación de los sesgos de género en la investigación en salud mental.

10.4. Objetivo general. Desarrollar investigaciones sobre los factores socio- familiares de las personas con problemas de salud mental

Objetivos específicos:

10.4.1. Promover la investigación sobre los nuevos modelos de familias, formas de cuidado y salud mental.

10.4.2 Desarrollar estudios sobre los efectos de la pobreza según los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) considerando las nuevas situaciones de desamparo y su relación con la salud mental (117).

10.4.3 Desarrollar estudios para valorar el impacto sobre la salud mental de la población tras traumas vitales importantes (pandemias –ej. la pandemia de COVID-19-, desastres ambientales, migraciones, guerras, etc.).

10.4.4 Promover la investigación y análisis del impacto en la salud mental de las personas cuidadoras principales de las personas con trastornos mentales, la prestación de cuidados y soporte.

10.4.5 Impulsar investigaciones y análisis de las familias con dificultades en su funcionamiento y en su estructura (situaciones de abusos, malos tratos o riesgo de los mismos dentro de los diferentes sistemas familiares) y su impacto sobre la salud mental.

10.4.6 Promover líneas de investigación acerca de la presencia de trastornos mentales en la infancia y la adolescencia, así como de sus formas de presentación clínica y de los diferentes tratamientos que se desarrollen y de su evolución longitudinal.

10.5 Objetivo general. Potenciar el uso de las tecnologías de la información en el ámbito asistencial de atención a la salud mental en relación con la futura Estrategia de salud digital del Sistema Nacional de Salud

Objetivos específicos

10.5.1 Desarrollar **servicios públicos digitales** que tengan en cuenta las necesidades de atención en salud mental. Por ejemplo, el desarrollo de un modelo de **atención telemática** que ayude a **mejorar el acceso** a los servicios, en particular de los grupos más vulnerables, de la población rural y de aquella con limitaciones de movilidad, garantizando la equidad, continuidad y seguridad de la atención sin perjuicio de la calidad de la atención, sobre la base de las buenas prácticas existentes y la normativa de aplicación (garantizando entre otras cuestiones el consentimiento, la privacidad y confidencialidad de la relación del profesional sanitario con el paciente, dotándola de la seguridad jurídica necesaria y siempre en el marco de la deontología de las profesiones sanitarias).

10.5.2 Impulsar **la interoperabilidad de la información sanitaria** en salud mental. Con medidas como la adopción de estándares y buenas prácticas para el funcionamiento de la historia de salud digital, la integración de los datos clínicos esenciales de cada persona en el conjunto del SNS, reforzar el sistema de identidad única en el conjunto del SNS y el acceso desde todos los centros sanitarios, promover y apoyar los recursos de identificación digital necesarios para el acceso de profesionales y pacientes a los diferentes servicios digitales del SNS y lograr la plena integración en los proyectos europeos de interoperabilidad de la historia clínica resumida y la e-receta.

10.5.3 Ampliar, integrar y mejorar el **Sistema de Información Sanitaria**. De la mano de reforzar la adopción de modelos, estándares, procedimientos y buenas prácticas por todos los actores del SNS para facilitar el intercambio de datos y de información, incrementar la agregación y consolidación de la información a nivel nacional y reforzar el intercambio y la colaboración internacionales, incorporar nuevas fuentes de datos, la integración de los mismos y la incorporación de nuevas herramientas de análisis y de presentación de información a través de la mejora del Portal de Información del SNS y desarrollar mecanismos que faciliten el acceso, la consulta y la reutilización de la información. Una mejora del sistema de información sanitaria para una mejor evaluación de la actividad, calidad, efectividad y eficiencia del SNS, así como la vigilancia de los riesgos y amenazas para la salud.

Recomendaciones

I. Incluir en los planes autonómicos de salud mental la promoción y el impulso a la investigación.

II. Promover el trabajo en red en los sistemas de información e investigación en salud mental con la finalidad de impulsar la investigación en todos los ámbitos relacionados con la salud mental.

III. Impulsar la coordinación en materias de investigación e innovación con otros organismos nacionales e internacionales.

IV. Desarrollar estudios de investigación acerca de la presencia del estigma en los medios de comunicación y redes sociales.

V. Desarrollar investigaciones en nuevas líneas de intervención relacionadas con posibles elementos sociales generadores de problemas de salud mental (p. ej. nuevas adicciones, acoso y ciberacoso, culto a la imagen, pandemias, desastres ambientales, migraciones, guerras, etc.).

VI. Incluir en la investigación dos dimensiones fundamentales: la dimensión de género y la dimensión de edad para los grupos de infancia y adolescencia y personas de edad avanzada.

VII. Promover iniciativas para mejorar la información existente sobre datos de salud mental para la gestión sanitaria y el análisis epidemiológico.

V. SALUD MENTAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA

El 30 de enero de 2020 el Director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom, declaró por sexta vez desde la aprobación del Reglamento Sanitario Internacional en el año 2005, el brote del nuevo coronavirus-2019 iniciado en la República Popular China como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional. (121) Mes y medio más tarde y dados los alarmantes niveles de propagación de la enfermedad y la gravedad de sus casos, la OMS determinó, en su evaluación del día 11 de marzo, que la COVID-19 reunía las características para ser considerada una pandemia internacional, lo que llevó al Gobierno de España a adoptar una serie de medidas de aplicación inmediata, entre las que destacó la declaración del Estado de Alarma, el confinamiento domiciliario y el cese de toda actividad no esencial en todo el territorio nacional, situación que finalmente, se alargó hasta el 21 de junio.

Aún hoy resulta complejo precisar el impacto que ha tenido y tiene esta pandemia en la salud y bienestar de la población española. El impacto en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS) ha sido evidente. Se ha hecho frente a una de las crisis sanitarias más complejas y desbordantes de la historia reciente y con un alcance mundial.

En España, a nivel económico, los efectos del confinamiento y de las medidas de contención de la actividad comercial se vieron reflejados, según un análisis realizado por el Banco de España, en una caída del PIB del 11% durante el año 2020. (122) La población ocupada disminuyó en el segundo trimestre del año 2020 en 1.074.000 personas a las que hay que sumar las personas afectadas por un Expediente de Regulación Temporal de Empleo (ERTE) o directamente en situación de suspensión de empleo, siendo las empresas más pequeñas las más afectadas. Probablemente las consecuencias económicas sean las que más tiempo requieran para poder revertirse. (123).

A la hora de medir el impacto sobre la salud mental de la población son múltiples los estudios que apuntan a un impacto importante de la pandemia sobre la salud mental de la población.

Diversos estudios nacionales e internacionales han evidenciado el incremento de trastornos de ansiedad y depresivos y, en ocasiones, cuadros compatibles con el denominado trastorno de estrés postraumático y se ha comunicado el incremento de conductas autolíticas. De igual forma, se han incrementado trastornos por somatización y la descompensación de cuadros clínicos prexistentes, como los trastornos de la conducta alimentaria, descompensación de cuadros psicóticos y las conductas adictivas (sobre todo a las adicciones sin sustancias, como los aparatos de pantalla o las ludopatías vía on-line).

Quizás dos de los estudios más representativos en nuestro país sean las encuestas del CIS sobre “la salud mental de los/as españoles/as durante la Pandemia de la COVID-19” y la Encuesta Europea de Salud en España, EESE, 2020. (124, 125).

Para la encuesta del CIS se hicieron más de 3.000 entrevistas telefónicas entre el 19 y 25 de febrero entre población española de 18 años y más, de 50 provincias. En el estudio se constató que los miedos relacionados con el coronavirus eran muy frecuentes en la población. Los más prevalentes eran los relacionados con el contagio (72,3 %) y la muerte (68,6 %) de un familiar o ser querido, con poder contagiar a un ser querido (65,8 %), y con la propagación del virus (75,3%). En contraste, los miedos a la propia muerte (23,4 %) y a contagiarse (44 %) resultaron

ser bastante menos frecuentes. Otros miedos y preocupaciones que se daban en porcentajes elevados eran el miedo a no poder ver a familiares o amigos (65 %) y a que un familiar perdiese su trabajo (61,5 %). Ha llamado la atención que los mayores de 65 años fuesen los que tuvieran menos miedo a morir, a pesar de ser el grupo de edad con mayor mortalidad por el coronavirus. Uno de cada tres españoles (el 35 % de la población entrevistada) indicaba estar muy preocupado por la situación de la pandemia. Las personas más preocupadas fueron las de mayor edad (a partir de los 55 años), con un 40,1 % de afectados por mucha preocupación, en contraste con el 20,7 % y 25,2 % de los grupos de edad de 18- 24 años y 25- 30 años, respectivamente.

Esta relativa despreocupación de los más jóvenes, contrasta con su peor gestión de las respuestas emocionales y psicosomáticas. Y también contrasta con el elevado porcentaje de jóvenes entre 18 y 24 años con miedo a contagiar a los seres queridos (77,9 %), a que la pandemia se convierta en parte de nuestra vida (61,3 %), y a que la sociedad ya no vuelva a ser la misma que antes. Muchos españoles han indicado sufrir sintomatología somática, especialmente cansancio y falta de energía (51,9 %), problemas de sueño (41,9 %), dolores de cabeza (38,7 %), espalda (37,9 %) y articulaciones (33,1 %).

En la infancia y adolescencia la intensidad de la afectación mental se describió como de tipo leve- moderado, salvo que hubiera algún problema de salud mental previo que entonces se agravaba. Son alteraciones que se manifiestan de forma persistente, con una duración superior a los 3 meses. La prevalencia de los trastornos comunicados, en este rango de edades, alcanzó un 30-35 %, cuando previo al inicio de la pandemia los estudios se referían a 10- 15 %. La forma prevalente de presentación, en estas etapas de infancia y adolescencia, fueron los síntomas de la serie ansiosa, predominando la sensación de miedo al contagio y a la muerte, sobre todo en el adulto joven. Los síntomas de tipo comportamental, tanto irritabilidad, nerviosismo, inquietud, oposicionismo, desobediencia, incremento de respuestas agresivas, como conductas de inhibición, tipo retraimiento o hiporreactividad, se repartían casi por igual en ambas formas de presentación, siendo de mayor importancia clínica las de inhibición y retraimiento.

La Encuesta Europea de Salud en España (EESE) del año 2020 contó con un apartado de indicadores adicionales referidos a la pandemia COVID-19, especialmente interesante. Dado que el periodo de recogida de la información de esta Encuesta abarcó desde julio 2019 a julio 2020, se ha podido añadir algunos indicadores que permitan conocer su comportamiento en dos periodos diferenciados: previo a la pandemia (julio 2019- febrero 2020) y durante la pandemia (marzo 2020- julio 2020). (xxi) En los indicadores de salud mental se observó que, el 20,3% de la población de 15 y más años declaró tener poco interés o alegría por hacer cosas durante la pandemia, frente al 17,0% que lo manifestó en los meses anteriores. Este incremento de la falta de interés o alegría por hacer cosas afectó más a las mujeres (25,4% frente al 20,4 % previo a la pandemia) que a los hombres (14,9 % frente a 13,4 %). Por su parte, el porcentaje de personas con sensación de estar decaído aumentó hasta el 21,0 % en el periodo de pandemia, respecto al 18,2 % del periodo previo. El incremento fue mayor en las mujeres (26,9 % frente a 22,5 %) que en los hombres (14,8 % frente a 13,6 %).

El descenso de falta de interés o alegría por hacer las cosas y el aumento de personas con sensación de decaimiento afectó a todos los grupos de edad.

[xxi] Para poder establecer comparaciones entre ambos periodos los indicadores publicados están referidos a las dos o cuatro semanas anteriores a la entrevista o al momento actual en el que se proporciona la información.

En los primeros meses de pandemia también se incrementaron los problemas para dormir. El 21,2 % de las personas de 15 y más años los tuvo, frente al 19,2 % de antes de la misma.

Las anteriores encuestas tienen el valor de haber sido realizadas entre la población general, con un tamaño muestral importante y con una metodología consolidada. Sin embargo, y a pesar de que en una pandemia toda la población deba ser considerada en mayor o menor medida vulnerable, se ha evidenciado la existencia de colectivos en los cuales el impacto de la misma sobre la salud mental ha sido especialmente importante, lo que puede tener implicaciones en la gestión de la atención a la salud mental en esta y futuras pandemias. Entre estos colectivos se encuentran:

Las personas con problemas de salud mental previos. En un estudio en el Reino Unido durante las primeras 6 semanas de confinamiento se vio que las personas con trastornos prexistentes presentaban diferencias significativas, comparado con aquellas que no los tenían, en la frecuencia de síntomas autodeclarados de depresión y ansiedad. (126) En España, durante el pico de la pandemia, aproximadamente un 6% de las personas con algún trastorno mental grave requirió ingreso en una Unidad de Agudos, siendo los problemas con mayor incidencia los síntomas negativos en forma de lentitud o inactividad (47,5 %), la ansiedad (54 %) y los problemas de estructuración del sueño (41 %). (127, 128, 129, 130) Un 20 % de las personas con trastorno mental grave incluidas en este estudio habría requerido aumentar la medicación para afrontar los problemas emocionales y las descompensaciones. (127)

Los trabajadores y trabajadoras del sector sanitario (131). En el metanálisis realizado por Li Y *et al*. se analizaron 65 estudios sobre prevalencia de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático entre profesionales sanitarios con un total 97.333 profesionales sanitarios de 21 países. La prevalencia combinada de depresión moderada fue de 21,7 % (IC 95 %, 18,3 %- 25,2 %), de ansiedad 22,1% (IC 95 %, 18,2 %- 26,3 %) y de trastorno de estrés postraumático 21,5 % (IC 95 %, 10,5 %- 34,9 %). (132) En nuestro país, según una encuesta elaborada por la Organización Médica Colegial (133) mostraba un aumento en los problemas relacionados con el sueño (de un 9,4 % antes de la pandemia a un 33 %), la presencia de “burnout” (cuya prevalencia se había duplicado) o en el consumo de tranquilizantes o hipnóticos (de un 18,6 % antes de la pandemia a un 29,4%).

Los propios pacientes COVID, quienes presentan el doble de probabilidades de presentar desequilibrios en su salud mental con respecto a otras personas con otras patologías. Aproximadamente, el 20 % de los supervivientes se han enfrentado por primera vez a un diagnóstico de ansiedad, depresión o insomnio. (134)

Los familiares, empezando por los de las víctimas, quienes han tenido que afrontar un proceso de duelo en unas condiciones que lo han hecho especialmente difícil, y continuando con los familiares de los pacientes, quienes han tenido que afrontar situaciones de incertidumbre, temor o culpa.

La población con menos recursos, quienes, como se ha puesto de manifiesto en las encuestas comentadas, han sufrido un mayor impacto y lo pueden tener más difícil a la hora de acceder a las formas de asistencia alternativa desarrolladas durante el confinamiento como la teleconsulta.

Las mujeres. Las encuestas comentadas y otros estudios, han puesto de manifiesto un mayor impacto de la pandemia sobre la salud mental de las mujeres agravado por el desigual reparto de las tareas del hogar y de las cargas familiares y las dificultades de conciliación en un contexto de teletrabajo.

La población de los grupos de edad de la infancia y adolescencia, como se refleja, por ejemplo, en la encuesta realizada por el CIS en nuestro país, con los datos mostrados anteriormente.

Todo lo expresado pone en evidencia la importancia de prestar especial atención a la salud mental de la población durante una pandemia. La magnitud y amplitud del impacto y la velocidad con la que se desarrollan los acontecimientos, como un tsunami, hacen muy complicada la implementación de medidas efectivas en los primeros momentos si no están preparadas previamente.

En este sentido de lo vivido hasta la fecha durante los meses de la pandemia por COVID-19 todavía en curso se pueden extraer una serie de recomendaciones:

Lecciones aprendidas para mejorar la atención a la salud mental durante y tras una pandemia

1. Prestar especial atención a la salud mental de la población. El incremento esperado en la prevalencia de problemas de salud mental durante una pandemia precisa de una respuesta adecuada y que puede ser necesario prolongar una vez superada la pandemia.
2. Diseñar un cuadro de mando basado en indicadores clave de demanda y recursos que permita una toma de decisiones y el desarrollo de medidas de forma ágil y precisa dando respuesta a las necesidades en tiempo real y su adecuado seguimiento en el tiempo.
3. Llevar a cabo análisis y estudios para evaluar cuál ha sido el impacto en los grupos sociales más vulnerables durante la pandemia de la COVID-19, localizar los factores que aumentan dicho impacto y desarrollar intervenciones para reducirlos en futuras situaciones similares.
4. Determinar el tipo de asistencia que se precisa desde los servicios de salud mental para todas las edades y etapas del desarrollo.
5. Desarrollar instrumentos operativos de intervención que sean útiles en estas circunstancias (p. ej. terapias grupales, abordajes familiares, teleconsulta).
6. Refuerzo de profesionales de atención a la salud mental para la intervención en los diferentes ámbitos: hospitalario, a través de la interconsulta y en atención primaria, a través de la derivación a centros de salud mental.
7. Facilitar el trabajo de interconsulta y enlace a diversos niveles asistenciales del sistema sanitario, para abordar la atención integral a la población y ayudar a la contención de los y las profesionales sanitarios, siendo prioritario el desarrollo de las acciones con la atención primaria de salud.
8. Promover intervenciones que prevengan y aborden los efectos de la fatiga pandémica en la población y en los y las profesionales sanitarios.
9. Facilitar la participación de otros niveles asistenciales en las actividades educativas y comunitarias que se establezcan, sobre todo para la prevención y el abordaje precoz de la denominada fatiga pandémica.
10. Considerar prioritaria la atención a los y las profesionales sanitarios. Desde una perspectiva de salud laboral, es importante que exista una coordinación adecuada entre los y las profesionales de los servicios de salud mental y los de los servicios de prevención de riesgo laborales y un programa preventivo psicosocial. Diseñar buenas prácticas de intervención

psicosocial en centros sanitarios para vigilar y proteger la salud mental de los trabajadores sanitarios en primera línea (UCI, urgencias, plantas de hospitalización COVID, atención primaria).

11. Reforzar la atención a la población adolescente con problemas de salud mental de mayor complejidad.

VI. EVALUACIÓN

Metodología de evaluación

Siguiendo el modelo de evaluaciones previas de la Estrategia de Salud Mental del SNS (7) se plantea la siguiente metodología de evaluación que deberá revisar y confirmar el Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia que se establezca para coordinar la evaluación:

La Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del SNS presenta una doble vertiente: la evaluación de impacto, que trata de conocer en qué medida se han alcanzado los objetivos de la Estrategia, y la evaluación de la ejecución de la Estrategia, para saber en qué medida se han implementado (bien por las comunidades autónomas bien por la administración central) las recomendaciones apuntadas en la Estrategia o los proyectos que se establezcan para alcanzar sus objetivos.

La evaluación de impacto, para conocer de forma cuantitativa en qué medida se han alcanzado o no los objetivos de la Estrategia, empezando por su objetivo principal de "Mejorar la salud mental de la población en todos los niveles y ámbitos de atención del Sistema Nacional de Salud") y continuando por los diferentes objetivos que se desarrollan en la Estrategia. Para ello se definirán una serie de indicadores en base a los datos y fuentes de información disponibles, haciendo una selección de aquellos que guardan relación con el objetivo que se quiere medir (ver a continuación propuesta de indicadores cuantitativos).

La evaluación de ejecución, para conocer de forma cualitativa en qué medida se han implementado los objetivos y las recomendaciones apuntadas en la Estrategia (bien por las comunidades autónomas bien por la administración central, según corresponda), lo cual se realizará a través de un cuestionario cualitativo de evaluación "ad hoc" que se diseñará para ser cumplimentado por las comunidades autónomas de cara a conocer en qué medida se van alcanzando los objetivos y recomendaciones establecidos en la Estrategia

Una vez se apruebe la Estrategia en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se comenzará a trabajar, en la Constitución del Comité de Seguimiento y Evaluación.

Dicho Comité, entre otras tareas, elaborará el mencionado cuestionario cualitativo de evaluación.

En cuanto a la definición de los indicadores cuantitativos de evaluación de impacto por el Comité se podrán tener en cuenta, entre otros aspectos como: estado de salud, morbilidad, indicadores de acceso a los servicios, indicadores de gasto en salud mental y de recursos sanitarios y actividades e indicadores sobre suicidio. A título orientativo, algunos de los indicadores cuantitativos sobre los que elaborar esta parte de la evaluación, son los que se muestran a continuación en el apartado propuesta de indicadores cuantitativos.

Propuesta de indicadores

- **Datos demográficos, socioeconómicos y de salud**

Dada la importancia de los factores socioeconómicos como determinantes en la salud mental de la población, es necesario contextualizar las evaluaciones de los indicadores de salud mental

con algunos de los principales datos socioeconómicos y de salud en el momento de la evaluación, como, por ejemplo, los siguientes que ofrece el Instituto Nacional de Estadística (INE):

- ✓ Población residente en España, total (INE)
- ✓ Población por edad, grupos quinquenales (INE)
- ✓ Esperanza de vida al nacimiento según sexo (INE)
- ✓ Tasa de mortalidad al nacimiento, en tanto por mil (INE)
- ✓ Número de defunciones /año, total (INE)
- ✓ Tasa de paro (INE)
- ✓ Población en riesgo de pobreza relativa (INE)

A. Estado de salud mental

A1. Riesgo de mala salud mental en población de 15 y más años

A2. Porcentaje de población en riesgo de mala salud mental en población de 15 y más años

A3. Riesgo de mala salud mental en población de 4 a 14 años

A4. Porcentaje de población en riesgo de mala salud mental en población de 4 a 14 años

A5. Porcentaje de personas con certificado de discapacidad por problemas de salud mental

B. Morbilidad

B.1 Prevalencia de depresión en población de 15 y más años

B.2 Prevalencia de ansiedad crónica en población de 15 y más años

B.3 Prevalencia de otros trastornos mentales en población de 15 y más años

B.4 Prevalencia de trastornos de la conducta en población de 4 a 14 años

B.5 Prevalencia de trastornos de hiperactividad en población de 4 a 14 años

B.6 Prevalencia de trastornos mentales (depresión, ansiedad) en población de 4 a 14 años

B.7 Prevalencia de autismo o trastornos del espectro autista (TEA) en población de 3 a 14 años

B.8 Prevalencia global de problemas de salud mental registrada en atención primaria

B.9 Envases de medicamentos dispensados del grupo de los antidepresivos (N06A)

B.10 Envases de medicamentos dispensados del grupo de los ansiolíticos (N05B)

B.11 Envases de medicamentos dispensados del grupo de los hipnóticos y sedantes (N05C)

B.12 Envases de medicamentos dispensados del grupo de los antipsicóticos (N05A)

B.13 Porcentaje de población que ha visita a un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra

C. Gasto en salud mental

C.1 Gasto total anual en hospitales en salud mental en el SNS

C.2 Porcentaje de gasto en hospitales en salud mental sobre el total de gasto en hospitales en el SNS

D. Recursos sanitarios

D.1 Nº total de camas de psiquiatría en hospitales del SNS

D.2 Tasa de camas de psiquiatría en hospitales del SNS por 100.000 habitantes

D.3 Estancia media en psiquiatría de los ingresos hospitalarios en unidades de agudos

D.4 Número de centros de salud mental

D.5 Número de psiquiatras vinculados a centros sanitarios públicos del SNS

D.6 Ratio de psiquiatras vinculados a centros sanitarios públicos del SNS por 100.000 habitantes

D.7 Número de psicólogos con la especialidad de psicología clínica

D.8 Número de enfermeras con el título de especialista en salud mental

D.9 Número de trabajadores sociales en centros sanitarios públicos del SNS

E. Indicadores en relación con la conducta suicida

E.1 Número de suicidios

E.2Tasa de suicidio/ 100.000 habs./ año

E3. Tasa de alta hospitalaria por autolesiones/ 100.000 habs./ año

Descripción de los indicadores propuestos

A. Estado de salud mental

A1. Riesgo de mala salud mental en población de 15 y más años

Fórmula/ definición: Puntuación media obtenida en el cuestionario de salud GHQ-12 de Goldberg

Desagregación: total, sexo, actividad económica

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE)

Periodicidad: 5 años

Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año

A2. Porcentaje de población en riesgo de mala salud mental en población de 15 y más años

Fórmula/ definición: Cuestionario de salud GHQ-12 de Goldberg estratificando según el punto de corte establecido para estimar la población de 15 y más años en riesgo de padecer un trastorno mental (GHQ-12 ≥ 3). El punto de corte para identificar los posibles casos psiquiátricos es 3.

Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE)

Periodicidad: 5 años

Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año

A3. Riesgo de mala salud mental en población de 4 a 14 años

Fórmula/ definición: Puntuación media obtenida en el cuestionario *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ)

Desagregación: total, sexo

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE)

Periodicidad: 5 años

Observaciones: próximo año 2023. Decalaje 1 año

A4. Porcentaje de población de 4 a 14 años en riesgo de mala salud mental

Fórmula/ definición: Cuestionario *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) estratificando según el punto de corte establecido para estimar la población en riesgo de padecer un trastorno mental (SDQ 14 o más puntos).

Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE)

Periodicidad: 5 años

Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año

A5. Porcentaje de personas con certificado de discapacidad por problemas de salud mental

Fórmula/ definición: Personas con certificado de discapacidad por grupo de deficiencia según grado de la discapacidad y sexo. Unidades: miles de personas y porcentajes

Desagregación: sexo, grupo de edad.

Fuente: Discapacidad: Base Estatal de las Personas con Discapacidad. Disponible en la web del Instituto Nacional de Estadística (INE)
https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=29862&L=0

Periodicidad: anual

Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años

B. Morbilidad

B.1 Prevalencia de depresión en población de 15 y más años

Fórmula/ definición: Prevalencia autodeclarada en población no institucionalizada de 15 y más años de trastornos padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico.

Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE) y Encuesta Europea de Salud en España (EESE)

Periodicidad: 2,5 años (ENSE y EESE tienen periodicidad 5 años y se van alternando)

Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año

B.2 Prevalencia de ansiedad crónica en población de 15 y más años

Fórmula/ definición: Prevalencia autodeclarada en población no institucionalizada de 15 y más años de trastornos padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico.

Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE) y Encuesta Europea de Salud en España (EESE)

Periodicidad: 2,5 años (ENSE y EESE tienen periodicidad 5 años y se van alternando)

Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año

B.3 Prevalencia de otros trastornos mentales en población de 15 y más años

Fórmula/ definición: Prevalencia autodeclarada en población no institucionalizada de 15 y más años de trastornos padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico.

Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE) y Encuesta Europea de Salud en España (EESE)

Periodicidad: 2,5 años (ENSE y EESE tienen periodicidad 5 años y se van alternando)

Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año

B.4 Prevalencia de trastornos de la conducta en población infantil de 4 a 14 años

Fórmula/ definición: Prevalencia autodeclarada en población de 4 a 14 años de trastornos padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico

Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE)

Periodicidad: 5 años

Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año

B.5 Prevalencia de trastornos de hiperactividad en población infantil de 4 a 14 años

Fórmula/ definición: Prevalencia autodeclarada en población de 4 a 14 años de trastornos padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico

Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE)

Periodicidad: 5 años

Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año

B.6 Prevalencia de trastornos mentales (depresión, ansiedad) en población infantil de 4 a 14 años

Fórmula/ definición: Prevalencia autodeclarada en población de 4 a 14 años de trastornos padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico

Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE)

Periodicidad: 5 años

Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año

B.7 Prevalencia de autismo o trastornos del espectro autista (TEA) en población infantil de 3 a 14 años

Fórmula/ definición: Prevalencia autodeclarada en población de 3 a 14 años de trastornos padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico

Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE)

Periodicidad: 5 años

Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año

B.8 Prevalencia global de problemas de salud mental registrada en atención primaria

Fórmula/ definición: porcentaje de personas (de 0 años en adelante) asignadas a atención primaria que presenta algunos de los problemas psicológicos o de salud mental recogidos en la Clasificación Internacional de Atención Primaria- CIAP2 bajo el epígrafe P-Problemas psicológicos

Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma, país de nacimiento, nivel de renta, situación laboral y tamaño del municipio

Fuente: BDACP

Periodicidad: anual

Observaciones: Decalaje de publicación 2 años

B.9 Envases de medicamentos dispensados del grupo de los antidepresivos (N06A)

Fórmula/ definición: número de envases dispensados en oficinas de farmacias con cargo al Sistema Nacional de Salud expresado en dosis diarias definidas (DDD) por 1.000 habitantes y día (DHD). Las cifras oficiales de población se obtienen del Instituto Nacional de Estadística (datos del padrón municipal)

$$DHD = \frac{UV \times FF \times C \times 1000}{DDD \times N^{\circ} \text{ de habitantes} \times 365 \text{ días}}$$

UV: unidades de envases vendidas

FF: número de formas farmacéuticas por envase

C: cantidad de principio activo en cada forma farmacéutica

Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma, país de nacimiento, nivel de renta, situación laboral y tamaño del municipio

Fuente: BDACP

Periodicidad: anual

Observaciones: Decalaje de publicación 2 años

B.10 Envases de medicamentos dispensados del grupo de los ansiolíticos (N05B)

Fórmula/ definición: número de envases dispensados en oficinas de farmacias con cargo al Sistema Nacional de Salud expresado en dosis diarias definidas (DDD) por 1.000 habitantes y día (DHD) –ver formula arriba-

Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma, país de nacimiento, nivel de renta, situación laboral y tamaño del municipio

Fuente: BDACP

Periodicidad: anual

Observaciones: Decalaje de publicación 2 años

B.11 Envases de medicamentos dispensados del grupo de los hipnóticos y sedantes (N05C)

Fórmula/ definición: número de envases dispensados en oficinas de farmacias con cargo al Sistema Nacional de Salud expresado en dosis diarias definidas (DDD) por 1.000 habitantes y día (DHD) –ver formula arriba-

Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma, país de nacimiento, nivel de renta, situación laboral y tamaño del municipio

Fuente: BDACP

Periodicidad: anual

Observaciones: Decalaje de publicación 2 años

B.12 Envases de medicamentos dispensados del grupo de los antipsicóticos (N05A)

Fórmula/ definición: número de envases dispensados en oficinas de farmacias con cargo al Sistema Nacional de Salud expresado en dosis diarias definidas (DDD) por 1.000 habitantes y día (DHD) –ver formula arriba-

Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma, país de nacimiento, nivel de renta, situación laboral y tamaño del municipio

Fuente: BDACP

Periodicidad: anual

Observaciones: Decalaje de publicación 2 años

B.13 Porcentaje de población que ha visita a un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra

Fórmula/ definición: porcentaje de población que declara haber consultado a un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra (público o privado) en los últimos 12 meses.

Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE) y Encuesta Europea de Salud en España (EESE)

Periodicidad: 2,5 años (ENSE y EESE tienen periodicidad 5 años y se van alternando)

Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año. La EESE recoge datos a partir de los 15 años de edad mientras que la ENSE lo hace desde los 0 años

C. Gasto en salud mental

C.1 Gasto total anual en hospitales en salud mental en el SNS

Fórmula/ definición: suma del gasto de la atención en hospitales de agudos*, de media y larga estancia** y de salud mental y toxicomanías. *Calculado con base en el coste por proceso hospitalario en el SNS (RAE-CMBD) para hospitalización y mediante coste UPA para actividad ambulatoria y hospital de día. **Calculado mediante el coste UPA estimado para estancias, hospital de día y consultas psiquiátricas más el porcentaje estimado de urgencias (proporcional al resto modalidades)

Desagregación: tipo de hospital

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE)/ Registro de Actividad de Atención Especializada. RAE-CMBD (43)

Periodicidad: anual

Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años

C.2 Porcentaje de gasto en hospitales en salud mental sobre el total de gasto en hospitales en el SNS

Fórmula/ definición: suma del gasto de la atención en hospitales de agudos*, de media y larga estancia** y de salud mental y toxicomanías. *Calculado con base en el coste por proceso hospitalario en el SNS (RAE-CMBD) para hospitalización y mediante coste UPA para actividad ambulatoria y hospital de día. **Calculado mediante el coste UPA estimado para estancias, hospital de día y consultas psiquiátricas más el porcentaje estimado de urgencias (proporcional al resto modalidades)

Desagregación: tipo de hospital

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE)/ Registro de Actividad de Atención Especializada. RAE-CMBD (43)

Periodicidad: anual

Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años

D. Recursos sanitarios

D.1 Nº total de camas de psiquiatría en hospitales del SNS

Fórmula/ definición: número total de camas de psiquiatría en hospitales del SNS, (contando tanto las unidades de agudos como las de media y larga estancia) de los hospitales de agudos, hospitales de media y larga estancia y hospitales de salud mental y toxicomanías. La clasificación por finalidad de los centros C1 Hospitales (centros con internamiento) que se emplea es la recogida en el anexo II del RD 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios: C.1.1. Hospitales Generales, C.1.2. Hospitales Especializados (estos dos agrupados como “Hospitales de agudos”), C.1.3. Hospitales de Media y Larga Estancia y C.1.4. Hospitales de Salud Mental y Tratamiento de Toxicomanías

Desagregación: tipo de hospital

Fuente: Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento:
https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm

Periodicidad: anual

Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años

D.2 Tasa de camas de psiquiatría en hospitales del SNS por 100.000 habitantes

Fórmula/ definición: número total de camas de psiquiatría en hospitales del SNS, (contando tanto las unidades de agudos como las de media y larga estancia) de los hospitales de agudos, hospitales de media y larga estancia y hospitales de salud mental y toxicomanías. La clasificación por finalidad de los centros C1 Hospitales (centros con internamiento) que se emplea es la recogida en el anexo II del RD 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios: C.1.1. Hospitales Generales, C.1.2. Hospitales Especializados (estos dos agrupados como "Hospitales de agudos"), C.1.3. Hospitales de Media y Larga Estancia y C.1.4. Hospitales de Salud Mental y Tratamiento de Toxicomanías. Denominador: cifras oficiales de población se del Instituto Nacional de Estadística (datos del padrón municipal)

Desagregación: tipo de hospital

Fuente: Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm

Periodicidad: anual

Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años

D.3 Estancia media en psiquiatría de los ingresos hospitalarios en unidades de agudos

Fórmula/ definición: Estancia media en días en unidades de agudos por tipo de hospital (hospitales de agudos, hospitales de media y larga estancia y hospitales de salud mental y toxicomanías) del SNS

Desagregación: tipo de hospital

Fuente: Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm

Periodicidad: anual

Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años

D.4 Número de centros de salud mental

Fórmula/ definición: centros de salud mental según lo definido por el Real decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios como aquellos centros sanitarios en los que se realiza el diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio de las enfermedades mentales (código C.2.5.11)

Desagregación: comunidad autónoma

Fuente: Registro General de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios –REGCESS http://regcess.mscbs.es/regcessWeb/inicioBuscarCentrosAction.do

Periodicidad: continua

Observaciones: datos volcados de forma continua por las comunidades autónomas al registro

D.5 Número de psiquiatras en centros sanitarios públicos del SNS

Fórmula/ definición: personal vinculado con la especialidad de psiquiatría en centros sanitarios públicos del SNS. (40)

Desagregación: comunidad autónoma

Fuente: Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm

Periodicidad: anual

Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años

D.6 Ratio de psiquiatras vinculados a centros sanitarios públicos del SNS por 100.000 habitantes

Fórmula/ definición: Numerador: personal vinculado con la especialidad de psiquiatría en centros sanitarios públicos del SNS. Denominador: cifras oficiales de población del Instituto Nacional de Estadística (datos del padrón municipal)

Desagregación: comunidad autónoma

Fuente: Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm

Periodicidad: anual

Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años

D.7 Número de psicólogos con la especialidad de psicología clínica

Fórmula/ definición: número acumulado (valor absoluto) de psicólogos con el título de la especialidad de psicología clínica.

Fuente: Consulta al Ministerio de Universidades y Ministerio de Sanidad o Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS)

Periodicidad: anual

Observaciones: Se podría mejorar el indicador pendiente de que el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS) complete la información de CC AA y vinculación del personal a los diferentes centros.

D.8 Número de enfermeras con el título de especialista en salud mental

Fórmula/ definición: número acumulado (valor absoluto) de profesionales de enfermería con el título de la especialidad de enfermería de salud mental.

Fuente: Consulta al Ministerio de Universidades y Ministerio de Sanidad o Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS)

Periodicidad: anual.

Observaciones: Se podría mejorar el indicador pendiente de que el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS) complete la información de CC AA y vinculación del personal a los diferentes centros.

D.9 Número de trabajadores sociales en centros sanitarios públicos del SNS

Fórmula/ definición: trabajadores sociales vinculados a centros sanitarios públicos del SNS (en centros públicos, con concierto sustitutorio y Red de Utilización Pública, RUP)

Desagregación: comunidad autónoma.

Fuente: Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm

Periodicidad: anual

Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años

E. Indicadores en relación con la conducta suicida

E1. Número de suicidios

Fórmula/ definición: número de defunciones por suicidio

Desagregación: grupo de edad, sexo

Fuente: Estadística de defunciones por suicidio. Disponible en la web del Instituto Nacional de Estadística (INE) https://www.ine.es/up/eaP6xsvsi1

Periodicidad: anual

Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años

E2. Tasa de suicidio/ 100.000 habs./ año

Fórmula/ definición: numerador: número de defunciones por suicidio; denominador: cifras oficiales de población del Instituto Nacional de Estadística (datos del padrón municipal)

Desagregación: grupo de edad, sexo

Fuente: Estadística de defunciones por suicidio. Disponible en la web del Instituto Nacional de Estadística (INE) https://www.ine.es/up/y9dBdiRq

Periodicidad: anual

Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años

E3. Tasa de alta hospitalaria por autolesiones/ 100.000 habs./ año

Fórmula/ definición: numerador: número de altas de hospitalización (número de contactos); denominador: cifras oficiales de población del Instituto Nacional de Estadística (datos del padrón municipal)

Desagregación: grupo de edad, sexo

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE)/ Registro de Actividad de Atención Especializada. RAE-CMBD

Periodicidad: anual

Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años

Principales fuentes de información

Para recabar esta información se utilizarán, entre otras, las bases de datos administrativas facilitadas por el Ministerio de Sanidad, como las utilizadas en la realización del análisis de situación de esta Estrategia, incluido en el apartado de epidemiología de salud mental, entre las que se encuentran:

- Registro de Actividad hospitalaria del Conjunto Mínimo Básico de Datos de las Altas Hospitalarias, RAE- CMBD, del Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Disponible en la web del Ministerio de Sanidad: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm
- Estadística de Centros Sanitarios: Hospitales y Centros sin internamiento, del Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Disponible en la web del Ministerio de Sanidad: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm
- Base de Datos Clínicos de Atención Primaria, BDCAP, del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Disponible en la web del Ministerio de Sanidad: https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/N/ense/serie-historica/i/salud-mental
- La Encuesta Nacional de Salud (ENSE) y la Encuesta Europea de Salud en España (EESE). Disponibles en la web del Instituto Nacional de Estadística (INE) y en la web del

Ministerio de Sanidad:
https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/S/ensel,
https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/home.htm

- Registro General de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios (REGCESS)
- Estadística de profesionales sanitarios colegiados por sexo (INE)
- Estadística de defunciones según causa de muerte año. Disponible en la web del Instituto Nacional de Estadística (INE).
- Otras fuentes que se puedan identificar en las comunidades autónomas, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) o el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), entre otras.

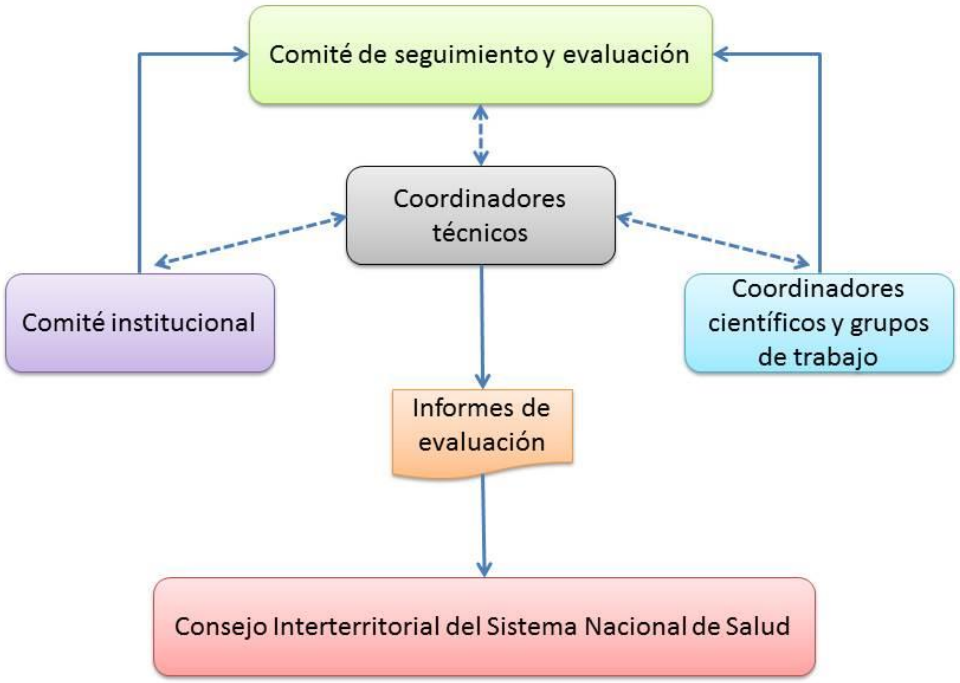
Etapas del proceso de seguimiento y evaluación

En la propuesta de evaluación se plantean las siguientes etapas:

1. Constitución del Comité de Seguimiento y Evaluación.
2. Elaboración y aprobación del cuestionario cualitativo de evaluación.
3. Definición de los indicadores cuantitativos de evaluación a partir de las bases de datos disponibles.
4. Recogida de información para el primer informe parcial de seguimiento y evaluación.
5. Elaboración del primer informe parcial de seguimiento y evaluación.
6. Presentación del informe al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de la Salud.
7. Recogida de información para el informe final de evaluación.
8. Elaboración del primer informe final de evaluación.
9. Presentación del informe final de evaluación de la Estrategia al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de la Salud.

Propuesta de estructura organizativa del proceso de seguimiento y evaluación de la Estrategia de Salud Mental

Figura 16. Propuesta de estructura organizativa del proceso de seguimiento y evaluación de la Estrategia de Salud Mental



Cronograma del proceso de seguimiento y evaluación de la Estrategia de Salud Mental

Desde el punto de vista de planificación, en el cronograma previsto para su seguimiento y evaluación se plantea hacer la medición de resultados a partir del tercer año de la aprobación de la Estrategia (cuestionario cualitativo y recogida de datos de indicadores cuantitativos) de forma que por una parte haya un tiempo para el desarrollo por las comunidades autónomas de los objetivos incluidos en la Estrategia y por otra parte se puedan presentar el informe de evaluación a lo largo del último año duración de la misma.

2021 Q4: Aprobación de la Estrategia de Salud Mental del SNS 2022- 2026.

2022 Q1: Constitución del Comité de Seguimiento y Evaluación.

2022 Q1-Q2: Revisión y aprobación de la metodología del informe de evaluación por el Comité de Seguimiento y Evaluación.

2022 Q2- Q3: Elaboración del cuestionario cualitativo de evaluación.

2022 Q4: Aprobación del cuestionario cualitativo de evaluación por el Comité de Seguimiento y Evaluación.

2023 Q1- Q3: Definición de los indicadores cuantitativos de evaluación y fuentes de información.

2023 Q4: Aprobación del cuadro de indicadores de evaluación por el Comité de Seguimiento y Evaluación.

2025 Q1- Q2: Recogida de datos: cuestionario e indicadores.

2025 Q3- Q4: Elaboración del informe de evaluación.

2026 Q1: Aprobación del informe de evaluación de la Estrategia por el Comité de Seguimiento y Evaluación.

2026 Q2- Q3: Presentación del informe de evaluación de la Estrategia de Salud Mental al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de la Salud.

VII. ANEXO MARCO NORMATIVO

i. **España**

El marco normativo español relacionado, protector y garante del ejercicio de los derechos de las personas con problemas de salud mental, se desarrolla en nuestro país en diversas normas:

- Constitución Española (135)

La Constitución de 1978 en su artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud y en su artículo 49 regula la atención a las personas con discapacidad.

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (1)

El artículo 18 punto 8 menciona la promoción y mejora de la salud mental y el artículo 20 del capítulo III dedicado en su totalidad a la salud mental.

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (16)

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (136)

El artículo 64. "Planes integrales de salud" prevé la elaboración conjunta de planes integrales de salud por parte del Ministerio de Sanidad y los órganos competentes de las comunidades autónomas, orientando su enfoque y alcance.

- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (137)

- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, de cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (138).

- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (139)

- Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (140)

A partir de este momento se consigue que se entiende por igualdad de oportunidades la ausencia de toda discriminación, directa o indirecta, por motivo de o sobre la base de discapacidad, incluida cualquier distinción, exclusión o restricción que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones por las personas con discapacidad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Asimismo, se entiende por igualdad de oportunidades la adopción de medidas de acción positiva orientadas a evitar o compensar las desventajas de una persona con discapacidad para participar plenamente en la vida política, económica, cultural y social.

- Real Decreto 1276/2011, de 16 de septiembre, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad (141)

Los principios generales son el respeto a la dignidad inherente a la persona, la autonomía individual (incluida la libertad para tomar las propias decisiones), la independencia de cada ser humano, la no discriminación, la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad, la igualdad de oportunidades, el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como manifestación de la diversidad y la condición humana.

- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (142)

- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (143)

Se garantizan el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, en igualdad de condiciones respecto del resto de ciudadanos y ciudadanas, a través de la promoción de la autonomía personal, de la accesibilidad universal, del acceso al empleo, de la inclusión en la comunidad y la vida.

- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica (83)

En junio de 2021 se aprobó la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, ley que entró en vigor en septiembre del mismo año, transcurridos 3 meses de su aprobación. La Ley 8/2021, de 2 de junio, supone un hito en el trabajo de adaptación de nuestro ordenamiento a la Convención de Nueva York, así como en la puesta al día de nuestro Derecho interno.

Cabe hacer mención aquí la Estrategia Española sobre Discapacidad 2014-2020, aprobada por el Consejo de Ministros el 14 de octubre de 2011, establecida para ser el referente y directriz a largo plazo de las políticas públicas españolas en materia de discapacidad. (144)

También se señala en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 27 de junio de 2012, aspectos relacionados con la discapacidad y la equidad en salud e igualdad de trato a todas las personas por el hecho de presentar cualquier enfermedad o problema de salud, trastorno en el desarrollo, discapacidad o dependencia. (145)

Se reseñan a continuación los instrumentos de ratificación por los cuales el Estado español ha hecho constar su consentimiento a nivel internacional de lo acordado en diferentes tratados sobre la materia:

- Instrumento de Ratificación del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, hecho en Roma el 4 de noviembre de 1950, y enmendado por los Protocolos adicionales números 3 y 5, de 6 de mayo de 1963 y 20 de enero de 1966, respectivamente. (146)

- Instrumento de Ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966. (147)

- Instrumento de Ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966. (148)

- Instrumento de Ratificación de la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, hecha en Nueva York el 10 de diciembre de 1984. (149)

- Instrumento de Ratificación del Convenio Europeo para la prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes, hecho en Estrasburgo el 26 de noviembre de 1987. (150)

- Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. (151)

- Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. (152).

ii. Internacional

A nivel europeo, la protección sistemática de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, tuvo lugar bien avanzado el siglo XX, especialmente de la mano del Consejo de Europa, pues, aunque existen otros organismos de este espacio geográfico con alguna labor sobre la materia, es el mencionado Consejo el que lleva a cabo la labor más extensa e intensa en este campo.

Europa

En Europa el marco de referencia normativo y el régimen de garantías es muy amplio en materia de derechos humanos en general y en lo que respecta a la protección de dichos derechos en el particular ámbito de la salud mental. (153)

- Consejo de la Unión Europea. Resolución del Consejo de 18 de noviembre de 1999 sobre promoción de la salud mental (154).

- Consejo de la Unión Europea. Conclusiones del Consejo de 2 de junio de 2003 sobre la lucha contra la estigmatización y la discriminación en relación con los problemas de salud mental (155).

- Consejo de la Unión Europea. Resolución del Consejo de la Unión Europea de 15 de julio de 2003 sobre el fomento del empleo y la inclusión social de personas con discapacidad (156).

Bajo la forma de Recomendaciones, en materia de salud mental y de protección de las personas con problemas de salud mental se han aprobado varias, siendo las más importantes en relación con el enfoque de la presente actualización de la estrategia de salud mental las siguientes:

- Consejo de Europa. Recomendación CM/Rec (2004)10 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la protección de los derechos de hombres y mujeres y de la dignidad de las personas con trastornos mentales. (157)

La Recomendación CM/Rec (2004)10 constituye sin duda el principal referente en la protección de los derechos de las personas con problemas de salud mental en el ámbito europeo. Consagra los principios de no discriminación (art. 3), conservación del ejercicio de los derechos civiles y políticos del paciente mental (art. 4), y de restricción mínima (art. 8), entre otros artículos.

- Consejo de Europa. Recomendación CM/Rec (2009)3, sobre seguimiento de la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastornos mentales. (158)

La Recomendación CM/Rec (2009)3 establece la necesidad de garantizar la no discriminación de las personas con problemas de salud mental, si bien admite la adopción de medidas de acción positiva a fin de que las personas con trastorno mental pueden participar en la vida social. Invita a los Estados miembros a adoptar medidas jurídicas que eviten la discriminación y que posibiliten la inclusión sociolaboral, a la vez que insta al desarrollo de campañas contra la estigmatización y para la formación de profesionales (en especial policía y docentes) (Principio 1º). En materia de derechos civiles y políticos, postula la garantía más amplia posible de su ejercicio con la instauración de dispositivos de control y defensa y de promoción de la participación de estas personas (incluido el acceso a la función pública si ello fuera posible), así como el más escrupuloso respeto a la confidencialidad de datos y a la privacidad (Principio 2º).

La Recomendación (2009)3 establece también que para crear e implementar las Estrategias Nacionales en Salud Mental en los Estados miembros hay que tener en cuenta los siguientes aspectos: fomentar la comprensión y el conocimiento de los trastornos mentales; disponer de servicios accesibles y de calidad, fundamentados en las necesidades de las personas; trabajar para reducir el estigma y la discriminación de las personas que sufren trastorno mental y garantizar una protección óptima de los derechos humanos y de la dignidad de las personas que padecen un trastorno mental.

Por otro lado, proporciona una lista de control como principio fundamental de las herramientas de creación y seguimiento, y que sirven de ayuda para determinar el grado de cumplimiento de la Recomendación CM/Rec (2004)10, al objeto de proteger la dignidad y los derechos humanos de las personas con trastorno mental y garantizarles la asistencia adecuada.

- Resolución del Parlamento Europeo, de 14 de febrero de 2017, sobre el fomento de la igualdad de género en los ámbitos de la salud mental y la investigación clínica (2016/2096(INI)) (159).

En la cual, entre otras cosas, se pide a la Comisión y a los Estados miembros que realicen un seguimiento de la orientación de la UE para la actuación en materia de salud y bienestar mental con una nueva y ambiciosa estrategia sobre salud mental, promoviendo un enfoque holístico psicosocial de toda la sociedad, que incluya un pilar fundamental de género y que garantice una coherencia política en materia de salud mental.

- Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Resolución 2291 (2019). Poniendo fin a la coerción en la salud mental: la necesidad de un enfoque basado en los derechos humanos. (160)

- Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Recomendación 2158 (2019). Poniendo fin a la coerción en la salud mental: la necesidad de un enfoque basado en los derechos humanos. (161)

Comisión Europea

- Libro Verde Mejorar la salud mental de la población: hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental**.** Comisión de las Comunidades Europeas, 2005. (79).

- En 2016 todos los Estados miembros aprobaron la aplicación del Pacto sobre Salud Mental en Europa mediante una Acción Conjunta sobre Salud mental y Bienestar (*Joint Action "Mental Health and Well Being"*). (162)

En este acuerdo marco en salud mental y bienestar España tuvo una activa participación, en especial en una de sus áreas: transición hacia el tratamiento comunitario.

- En el marco del tercer Foro Anual del EU-Compass, celebrado en febrero de 2018, la Comisión Europea presentó el informe sobre servicios de salud mental basados en la comunidad: "*Providing community based mental health services: position paper*". (163)

En dicho informe se especifica que "los últimos cincuenta años han sido testigos de uno de los movimientos sociales internacionales más importantes de todos los tiempos: el cierre de grandes instituciones y el desarrollo de servicios comunitarios para personas con problemas de salud mental. Uno de los principales impulsores ha sido el cambio en la actitud de la sociedad hacia las personas con trastornos mentales, alejándose de la exclusión y la marginación hacia la inclusión y la participación".

Tras el análisis de la situación a través de este informe un equipo de personas expertas realizó, entre otras, las siguientes recomendaciones a los Estados miembros y a las partes interesadas:

- Desarrollar estrategias de incidencia política para generar compromiso político, basadas en datos, que puedan demostrar a los responsables y las responsables de las políticas sanitarias por qué deben comprometerse a actuar.
- Promover el debate y construir consenso sobre la incorporación de los principios de la Convención de Derechos Humanos de las personas con discapacidad en la legislación de salud mental.
- Desarrollar/actualizar la política de salud mental con el objetivo de abandonar la atención institucional y pasar a la atención de salud mental integrada y bien coordinada basada en la comunidad, incluyendo el tratamiento hospitalario en los hospitales generales.
- Promover el uso de las oportunidades proporcionadas por la Estrategia UE 2020 sobre investigación y desarrollo para mejorar el seguimiento y la evaluación de las políticas que abordan la exclusión social de las personas que padecen trastornos mentales.
- Integrar la salud mental en los servicios de atención primaria y ampliar la atención colaborativa.
- Promover la participación activa de personas con experiencia propia y personas cuidadoras en la entrega, planificación y reorganización de los servicios.

- Conferencia de Alto Nivel de la UE Juntos por la Salud Mental y el Bienestar. (12-13 de junio, 2008). Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar celebrada en Bruselas. (6)

- Decisión de la Comisión Europea de julio de 2019, "*Horizon 2020 Work Programme 2018-2020, "Health, demographic change and well- being*", entre cuyas prioridades se encuentra el abordaje de la salud mental. (164)

Naciones Unidas (ONU)

Desde su nacimiento, las Naciones Unidas han procurado, a través de las facultades que le confiere su Carta, velar por los derechos humanos y los objetivos de desarrollo de los Estados miembros acordados de manera internacional.

- La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo fueron aprobados el 13 de diciembre de 2006 por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU). (82)

Ambos son tratados internacionales que recogen los derechos de las personas con discapacidad, así como las obligaciones de los Estados partes de promover, proteger y asegurar tales derechos.

Esta Convención supone la consagración del cambio de modelo del enfoque de las políticas sobre discapacidad. Supera definitivamente la perspectiva asistencial de la discapacidad para abordar una basada en los derechos humanos. Se pasa así a considerar a las personas con discapacidad plenamente como sujetos titulares de derechos y no como meros objetos de tratamiento y protección social.

Para ello se establecen como principios generales el respeto a la dignidad inherente a la persona, la autonomía individual –incluida la libertad para tomar las propias decisiones–, la independencia de cada ser humano, la no discriminación, la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad, la igualdad de oportunidades, el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como manifestación de la diversidad y la condición humana.

España ratificó la Convención y su Protocolo Facultativo el 21 de abril de 2008 (165), y entró en vigor el 3 de mayo de ese mismo año. A partir de este momento, y conforme a lo establecido en el apartado primero del artículo 96 de la Constitución Española de 1978, forma parte del ordenamiento interno, con la necesaria adaptación y modificación de diversas normas para hacer efectivos los derechos que la Convención recoge.

Por Acuerdo de Consejo de Ministros de 30 de marzo de 2010, se aprobó el Informe sobre las medidas necesarias para la adaptación de la legislación española a la Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad y se encomendó a diversos departamentos ministeriales que, en el ámbito de sus competencias, impulsasen las reformas comprometidas en tal Acuerdo.

- Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad del año 2011. (166)

Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 35 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que tuvo lugar entre el 19 y el 23 septiembre de 2011. Incluye apreciaciones sobre la aplicación de la Convención en el Estado español, con recomendaciones para un mejor cumplimiento. Alienta al

Estado a que proporcione financiación para que las personas con discapacidad puedan elegir dónde vivir, accedan a servicios comunitarios, como la asistencia personal, y a que incluya la perspectiva de género en sus políticas públicas.

- Observación general del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad del año 2014 sobre el artículo 12 de la Convención: igual reconocimiento como persona ante la ley. (167)

Se alienta a los Estados a estudiar y elaborar mejores prácticas que respeten el derecho al reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones y el apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica o destinar recursos al efecto.

- Resolución 32/18 sobre salud mental aprobada por el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas de 2016. (168)

Reafirma la obligación de los Estados de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales y de asegurarse de que las políticas y los servicios relacionados con la salud mental cumplan las normas internacionales de derechos humanos y reconoce que es necesario que adopten medidas activas para integrar plenamente una perspectiva de derechos humanos en los servicios de salud mental y comunitarios, en particular con miras a eliminar todas las formas de violencia y discriminación en ese contexto, y para promover el derecho de toda persona a la plena inclusión y participación efectiva en la sociedad.

- Resolución del Consejo de Derechos Humanos sobre salud mental y derechos humanos de 2017. (169)

Se alienta a los Estados a que promuevan la participación efectiva, plena y significativa de las personas con afecciones de salud mental o discapacidades psicosociales y destaca la importancia de invertir más en la promoción de la salud mental mediante un enfoque multisectorial que se base en el respeto de los derechos humanos y que se ocupe también de los factores determinantes subyacentes sociales, económicos y ambientales de la salud mental.

- Comité de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de España, de 5 de marzo de 2018. (170)

Entre las recomendaciones de este Comité se encuentra la formulación de una política nacional de salud mental infantil y el aseguramiento de la disponibilidad de personal cualificado en todo el Estado.

- Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad del año 2019 sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España. (171)

Diferentes relatores y relatoras especiales han presentado informes al Consejo de Derechos Humanos y han establecido observaciones relacionadas con las personas con problemas de salud mental:

- Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, de febrero de 2013. Recomienda preservar el consentimiento libre e informado en condiciones de igualdad para todos y sin excepciones, a través del marco

jurídico y los mecanismos judiciales y administrativos, por ejemplo, con políticas y prácticas para proteger contra los malos tratos. Deberán revisarse las disposiciones jurídicas que contravengan lo que antecede, como aquellas que permiten la reclusión o el tratamiento obligatorio en entornos de salud mental, en particular mediante tutelas y otros métodos de adopción de decisiones por sustitución. Adoptar políticas y protocolos que respeten la autonomía, la libre determinación y la dignidad humana. (172)

- Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, de abril de 2015. Destaca que en algunas regiones los recursos destinados a la atención se utilizan para el mantenimiento de hospitales psiquiátricos, reclama que se invierta en salud mental de niños, niñas y jóvenes y muestra su preocupación por el elevado número de suicidios, entre otras cuestiones. (173)

- Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, de marzo de 2017, recomienda que los Estados abandonen los enfoques asistencialista y médico y se replanteen su política y práctica de la atención desde una perspectiva de derechos humanos. (174)

- Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, de junio de 2017. Hace una perspectiva general de la situación de la salud mental e indica algunas barreras, como el predominio del modelo biomédico y los desequilibrios de poder en el ámbito clínico. Recomienda un cambio de modelo que incluye la necesidad de dotar de recursos a la salud mental, el modelo psicosocial, el apoyo entre pares y la erradicación de todos los tratamientos psiquiátricos forzosos y el aislamiento, entre otras múltiples recomendaciones. (175)

- Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad de 2019, presenta un estudio temático sobre formas de privación de libertad específicas de la discapacidad, habida cuenta de las normas establecidas en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (176)

Organización Mundial de la Salud (OMS). Oficina Regional para Europa

La salud es un derecho universal, reconocido en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.

En 2010, en colaboración con la Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores de la Comisión Europea, la OMS realizó la declaración “Empoderamiento del usuario en salud mental”. (21) Con ella se definen las medidas que deben adoptarse para fortalecer el empoderamiento de personas con problemas de salud mental y de quienes las cuidan. Además del plano individual, estas medidas se refieren también al nivel social y estructural, a la provisión y desarrollo de servicios, a la educación y la formación de los equipos profesionales.

El Ministerio de Sanidad español participó en la elaboración del Plan de Acción integral sobre Salud Mental 2013- 2020, de la Organización Mundial de la Salud, aprobado en la 66 asamblea de mayo de 2013. (87)

En Europa, el Comité Regional de la OMS, aprobó en la 63 asamblea, celebrada en septiembre de 2013, el Plan de Acción Europeo de Salud Mental 2013- 2020 (177). En dicho documento se pone de manifiesto que los trastornos mentales constituyen uno de los mayores desafíos de la atención sanitaria pública en la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud. La Región europea de la OMS se enfrenta a diversos desafíos que afectan tanto al bienestar mental de la población y la prestación de atención a personas con problemas de salud mental. Se necesitan acciones sistemáticas y coherentes para abordar esos desafíos. El Plan de Acción Europea sobre Salud Mental se centra en 7 objetivos interrelacionados y propone acciones efectivas e integradas para reforzar la salud mental y el bienestar en la región europea. La investigación en salud mental es esencial para la sostenibilidad de las políticas sociales y de sanidad en la región europea.

Los 7 objetivos planteados en el Plan de Acción Europeo de Salud Mental 2013- 2020 son los siguientes:

1. Todas las personas tienen la misma oportunidad para conseguir el bienestar mental a lo largo de su vida, particularmente aquellos que son más vulnerables o se encuentran en situaciones de peligro.
2. Las personas con problemas de salud mental son ciudadanos cuyos derechos humanos son plenamente valorados, respetados y promovidos.
3. Los servicios de salud mental son accesibles, competentes y asequibles, disponibles en la comunidad según se necesiten.
4. Las personas tienen derecho a un tratamiento respetuoso, seguro y eficaz.
5. Los sistemas de salud proporcionan buena salud física y mental para todas las personas.
6. Los sistemas de salud mental trabajan conjuntamente, bien coordinados con otros sectores.
7. La dirección y prestación de la salud mental se rigen por una correcta información y conocimiento.

En 2019, la 72 Asamblea Mundial de la Salud, confirmó los objetivos del plan de acción integral de la OMS sobre salud mental (2013-2020) y amplió su período de ejecución hasta 2030, asegurando así la alineación con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. (178)

VIII. ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

AEMPS	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
CC. AA.	Comunidades autónomas
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria
CSM	Centro de Salud Mental
EIR	Enfermera/o Interno Residente
ENSE	Encuesta Nacional de Salud
ESM	Estrategia de salud mental
FEAFES	Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales
GPC	Guía de práctica clínica
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
INE	Instituto Nacional de Estadística
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
ISCIII	Instituto de Salud Carlos III
MIR	Médica/o Interno Residente
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIA	Plan Individualizado de Atención
PIR	Psicóloga/o Interno Residente
SNS	Sistema Nacional de Salud
UE	Unión Europea

IX. ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

- **Índice de figuras**

Figura 1. Riesgo de mala salud mental en población de 15 y más años según sexo y la actividad económica. España 2017

Figura 2. Riesgo de mala salud mental en la población de 4 a 14 años. España 2017

Figura 3. Porcentaje de población en riesgo de mala salud mental (GHQ-12 ≥ 3) en población de 15 y más años según sexo y grupo de edad (%). España 2017

Figura 4. Porcentaje de población en riesgo de mala salud mental (GHQ-12 ≥ 3) en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma (%). España 2017

Figura 5. Prevalencia de depresión, ansiedad crónica y otros problemas de salud mental en población de 15 y más años según sexo (%). España 2020

Figura 6. Prevalencia de ansiedad crónica en población de 15 y más años según sexo y grupo de edad (%). España 2020

Figura 7. Prevalencia de depresión en población de 15 y más años según sexo y grupo de edad (%). España 2020

Figura 8. Prevalencia de distintos problemas de salud mental en población de 0 a 14 años según sexo (%). España 2017

Figura 9. Prevalencia de distintos problemas de salud mental en población de 0 a 14 años según sexo y grupo de edad (%). España 2017

Figura 10. Prevalencia de problemas de salud mental por grupo de edad y sexo, año 2017

Figura 11. Prevalencia de problemas de salud mental por grupo de edad, país de nacimiento, nivel de renta, situación laboral y tamaño del municipio, año 2017

Figura 12. Visita a un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra en el último año, según sexo y grupo de edad (%). España 2017

Figura 13. Nº total de camas de psiquiatría en hospitales por finalidad asistencial del SNS, periodo 2010- 2019

Figura 14. Tasa de camas de psiquiatría por tipo de hospital por 100.000 habitantes en los hospitales de agudos, de media y larga estancia y de salud mental y toxicomanías del SNS, periodo 2010- 2019

Figura 15. Estancia media en días en unidades de agudos por tipo de hospital (hospitales de agudos, hospitales de media y larga estancia y hospitales de salud mental y toxicomanías) del SNS, periodo 2010- 2019

Figura 16. Propuesta de estructura organizativa del proceso de seguimiento y evaluación de la Estrategia de Salud Mental

- **Índice de tablas**

Tabla 1. Población de 4 a 14 años en riesgo de mala salud mental (SDQ ≥ 14) según sexo y diversas características (%). España, ENSE 2017

Tabla 2. Evolución de la población de 4 a 14 años en riesgo de mala salud mental (SDQ ≥ 14) según sexo y diversas características (%). España, ENSE 2006- 2011- 2017

Tabla 3. Evolución de la prevalencia declarada de trastornos de salud mental en la población infantil de 0 a 14 años. España, ENSE 2006- 2011- 2017

Tabla 4. Gasto en la atención a la salud mental en hospitales SNS, España. Año 2017

Tabla 5. Hospitales y centros de especialidades periféricos (CEP) según finalidad asistencial. Año 2018

Tabla 6. Oferta asistencial por dependencia en centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento. Año 2018

Tabla 7. Proporción de psiquiatras vinculados a centros públicos del SNS por 100.000 habitantes desagregado por CC. AA., periodo 2015- 2018

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado nº 102, de 29 de abril de 1986. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499

2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf

3. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf

4. Comisión Europea y Ministerio de Sanidad y Política Social. Mental health and Well-being in Older People - Making it Happen: Conference Conclusions. 2010. Disponible en: https://ec.europa.eu/eip/ageing/library/mental-health-and-well-being-older-people-making-it-happen-conference-conclusions_en

5. World Health Organization. The 8th Global Conference on Health Promotion. Helsinki, Finland. 2013. Disponible en: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf

6. Organización Mundial de la Salud Europa y Comisión Europea. Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar. Conferencia de alto nivel de la UE. Bruselas 2008. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/mhpact_es.pdf

7. Ministerio de Sanidad y Política Social. Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/Resumen_Evaluacion.pdf

8. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009- 2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf

9. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Pleno de 13 de abril de 2016. Orden del día. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/consejoInterterri/docs/od2016.pdf

10. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Acuerdo nº: 1176. Pleno: 21 de junio de 2017. Acta nº: 114. 2017. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/consejoInterterri/docs/1176.pdf

11. Cortes Generales. Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados. Comisión de Sanidad y Servicios Sociales. Sesión nº 17, 14 noviembre de 2017. Sobre la Actualización de la Estrategia Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: http://www.infocoponline.es/pdf/DSCD-12-CO-367.pdf

12. World Health Organization Regional Office for Europe. European Programme of Work, 2020-2025 "United Action for Better Health". Página web. Disponible en: https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/european-programme-of-work/european-programme-of-work-20202025-united-action-for-better-health-in-

europe#:~:text=The%20European%20Programme%20of%20Work,expect%20from%20their%20health%20authorities.

13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de Helsinki: Conferencia Ministerial de la OMS para la salud mental. 2005. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf

14. Rutter, M. Psychosocial resilience and protective mechanism. En: Rolf J. Masten, A. Cicchetti, D. Nüchterlein, K.H, Weintraub. Risk and protective factors in the development of Psychopathology. Cambridge University Press, Cambridge; 1990. p. 181-214

15. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. 2006. Disponible en: https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf

16. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado nº 274 de 15 de noviembre de 2002. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41

17. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196 (4286):129-36. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/847460/

18. Lalonde, M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa, ON: Minister of Supply and Services Canada. 1974. Disponible en la web Public Health Agency of Canada website: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf

19. Resolución del Parlamento Europeo, de 14 de febrero de 2017, sobre el fomento de la igualdad de género en los ámbitos de la salud mental y la investigación clínica (2018/C 252/10). Diario Oficial de la Unión Europa 18.7.2018. Disponible en: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52017IP0028&from=GA

20. Gómez-Beneyto M, Rodríguez Pulido F, Caamaño Sánchez V. Evaluación del modelo comunitario de atención a los trastornos mentales en España. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2018; 38(133): 19- 43. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v38n133/0211-5735-raen-38-133-0019.pdf

21. Aminoff K, Boevink W, Crepaz-Keay D, *et al*. User empowerment in mental health– a statement by the WHO Regional Office for Europe. (Empoderamiento del usuario de salud mental: declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS). Oficina Regional para Europa de la OMS; 2010. Original disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107275/E93430.pdf?sequence=1&isAllowed=y (traducido al español en http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion_Empoderamiento_OMS.pdf)

22. Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Documento general y recomendaciones para la reforma psiquiátrica y la atención a la salud mental, del Plan para la Reforma de la Asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. 1985. 5; (13): 204- 221. Disponible en: http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14810

23. Ministerio de Sanidad. Portal Estadístico. Encuesta Nacional de Salud. Salud Mental. [Web]. Disponible en: https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/N/ense/serie-historica/i/salud-mental

24. Sánchez López M, Dresch V. The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): Reliability,external validity and factor structure in the Spanish population. Psicothema. 2008; 20(4): 839- 43. Disponible en: http://www.psicothema.com/PDF/3564.pdf

25. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf

26. Goodman R. The Strengths & Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38:581-6.

27. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, *et al*.The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013.Int J Epidemiol. 2014;43(2): 476-493. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3997379/

28. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, Ustün TB, Wang PS. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. Epidemiol Psichiatr Soc. 2009; 18(1): 23-33. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19378696

29. World Health Organization. World Health Survey. Health statistics and information systems. [Web]. Disponible en: https://www.who.int/healthinfo/survey/en/

30. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010.EurNeuropsychopharma. 2011; 21 (9): 655-679. Disponible en: https://www.ecnp.eu/~/media/Files/ecnp/communication/reports/ECNP%20EBC%20Report.pdf

31. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Nacional de Salud año 2017. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&secc=1254736195650&idp=1254735573175

32. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud en España (EESE) año 2020. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175

33. Lépine JP, Briley M. The increasing burden of depression. Neuropsychiatr Dis Treat. 2011;7(Suppl 1):3-7. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3131101/

34. López MA, Duran X, Alonso J, Martínez JM, Espallargues M, G. Benavides F. Estimación de la carga de enfermedad por incapacidad laboral permanente en España durante el período 2009-2012. Revista Española de Salud Pública. 2014; 88(3): 349-358. Disponible en: https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000300005

35. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J; Grupo ESEMeD-España. Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. Med Clin (Barc). 2006; 126(12): 445-51. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16620730

36. Ministerio de Sanidad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria- BDCAP. [Web]. Disponible en:

https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm

37. Ministerio de Sanidad. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria 2017. BDCAP Series 2. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf

38. Ministerio de Sanidad. Portal Estadístico. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria- BDCAP. Medicamentos. [Web]. Disponible en:

https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/C/base-de-datos-de-clinicos-de-atencion-primaria-bdcap/medicamentos

39. Ministerio del Interior. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Informe general 2017 de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Fondo documental. Publicaciones. 2017. [Web]. Disponible en:

https://www.institucionpenitenciaria.es/documents/20126/72836/Informe_General_2017_acc.pdf/0567cd24-ae88-4391-84f0-8e92063b9176?version=1.0&download=true

40. Ministerio de Sanidad. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento. Año 2018 [Web]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm

41. Ministerio de Sanidad. Información estadística de hospitales. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Sistema de información de atención especializada (SIAE). [Web]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm

42. Ministerio de Sanidad. Información estadística de hospitales. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Sistema de información de atención especializada (SIAE). [Web]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm

43. Ministerio de Sanidad. Información estadística de hospitales. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Sistema de información de atención especializada (SIAE). [Web]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm

44. Saad E, Belfort E, Camarena E, Chamorro R, Martínez JC. Salud Mental infanto-juvenil: Prioridad de la humanidad. Quito: APAL-OPS; 2010

45. Auerbach RP, Mortier P, Bruffaerts R, et al. WHO world mental health surveys international college student project: Prevalence and distribution of mental disorders. J Abnorm Psychol. 2018; 127(7): 1-16. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/324532491

46. Jiménez, E. & cols. (2016): Riesgos y oportunidades en internet y uso de dispositivos móviles entre menores españoles (2010-2015). Red.es-EHU

47. Organización Mundial de la Salud, OMS. CIE11, Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión. Disponible en: https://icd.who.int/es

48. Pedreira JL, Basile H. El acoso moral entre pares (bullying). En: Saad E, Belfort E, Camarena E, Chamorro R, Martínez JC. Salud Mental Infanto-juvenil: Prioridad de la humanidad. Quito: Ediciones Científicas APAL-OPS (Sección V); 2010. p. 838-863

49. OECD. How much of a problem is bullying at school? PISA in Focus #74. 2017. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/728d6464-

en.pdf?expires=1571142349&id=id&accname=guest&checksum=36C6145F90D384F9A76E155280484D04

50. Kowalski RM, Giumetti GW, Schroeder AN, Lattanner MR. Bullying in the digital age: A critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. Psychological Bulletin. 2014; 140(4): 1073-1137. Disponible en: https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0035618

51. Fahy AE, Stansfeld SA, Smuk M, Smith NR, Cummins S, Clark C. Longitudinal Associations Between Cyberbullying Involvement and Adolescent Mental Health. J Adolesc Health. 2016; 59(5): 502- 509. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27528471

52. Moreno C, Paniagua C, Rivera F et al. Adolescentes adoptados: análisis de sus estilos de vida, salud, ajuste psicológico y relaciones en sus contextos de desarrollo. Resultados del Estudio HBSC-2014 en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/fr/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/HBSC2014/HBSC2014_AdolescentesAdoptados.pdf

53. Weare K, Nind M. Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? Health Promot Int. 2011;26 (Suppl 1). doi: 10. 1093/heapro/dar075. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22079935

54. Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB. The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. Child Dev. 2011; 82(1): 405-32. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21291449

55. McDaid D, Sassi F, Merkur S. Promoting Health, Preventing Disease. The Economic Case. European Observatory on Health Systems and Policies. OECD iLibrary. 2015. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9780335262274-en.pdf?expires=1571136106&id=id&accname=guest&checksum=B5EB077CDCD580515C4820E31A85B9AC

56. Clarke AM, Bunting B, Barry MM. Evaluating the implementation of a school-based emotional well-being programme: a cluster randomized controlled trial of Zippy's Friends for children in disadvantaged primary schools. Health Educ Res. 2014; 29(5):786-98. doi: 10.1093/her/cyu047. Disponible en: https://academic.oup.com/her/article/29/5/786/2829551#

57. Federación Española de Asociaciones Rehabilitación Psicosocial (FEARP). ¿Qué es Rehabilitación Psicosocial? Un mapa para profesionales. *Rehabilitación Psicosocial*, 2020; 16 (2):9. Disponible en: http://fearp.org/wp-content/uploads/2021/03/revista-162-pag1-9.pdf

58. Eurostat. Causes of death - deaths by country of residence and occurrence. Disponible en:

https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do

59. Eurostat. Causes of death - standardised death rate by NUTS 2 region of residence. Disponible en: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do

60. Ministère des Solidarités et de la Santé. Observatoire national du suicide (ONS). [Web]. 2018. Disponible en: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/

61. OECD/EU (2018).Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris/EU, Brussels. Disponible en: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

62. Nock MK, Hwang I, Sampson N, Kessler RC, Angermeyer M, *et al*. Cross-National Analysis of the Associations among Mental Disorders and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. PLOS Medicine. 2009; 6(8): e1000123. Disponible en: https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000123

63. Hoven CW, Mandell DJ, Bertolote JM. Prevention of mental ill-health and suicide: public health perspectives. Eur Psychiatry. 2010; 25(5): 252-6. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.01.011. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20452753

64. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med. 2003; 33(3): 395-405. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12701661

65. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. 2014. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=0E635E2D1886F11F9FCA0A5924ABB2B1?sequence=1

66. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de defunciones según causa de muerte año. [Web]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=resultados&idp=1254735573175

67. Montero Piñar I. Módulo 5. Salud Mental. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género el Salud, establecido mediante Convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo (Observatorio de la Salud de la Mujer) y la Universidad Complutense de Madrid (Grupo de Investigación, Estilos Psicológicos, Género y Salud). Madrid 2006. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/06modulo_05.pdf

68. Crimlisk H, Welch S. Women and Psychiatry. Brit J Psychiatr. 1996; 169(1): 6-9. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/women-and-psychiatry/72FBFE7D086338DF623FDA9200C02546

69. Galdós P, van Os J. Gender, psychopathology and development: from puberty to early adulthood. Schizophrenia Research. 1995; 14(2): 105-112. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7710990

70. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Dirección General de Mujer e Igualdad de Oportunidades. Guía de Actuación en el Ámbito de la Salud Mental y Drogodependencia en Violencia de Género. Murcia. 2019. Disponible en: http://igualdadyviolenciadegenero.carm.es/documents/202699/15676904/Salud+Mental+y+Violencia+de+Género.pdf/88684cb4-cf0a-44c9-87c7-b5043313585c?version=1.0

71. Naciones Unidas. Asamblea General. Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Consejo de Derechos Humanos 20º período de sesiones, A/HRC/20/5. 30 de marzo de 2012. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session20/A-HRC-20-5_sp.pdf

72. Council of Europe. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha de la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. 2011. Estambul. Disponible en: https://www.coe.int/en/web/istanbul-convention/home

73. Pedreira, JL; Rodríguez-Sacristán, J. Diferencias sexuales en la demanda a servicios comunitarios de salud mental infanto- juvenil. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. 1992 ;12(43): 275-282

74. Comisión Europea. Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión. Promover la salud mental en el puesto de trabajo. Guía para la aplicación de un enfoque integral. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2017. Disponible en: https://op.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/c1358474-20f0-11e8-ac73-01aa75ed71a1

75. Organización Mundial de la Salud. La salud mental en el lugar de trabajo: orientaciones a nivel mundial. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/mental-health-in-the-workplace

76. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound). European Working Conditions Surveys (EWCS). Disponible en: https://www.eurofound.europa.eu/es/surveys/2020/european-working-conditions-survey-2020

77. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo y Gestión Preventiva. Disponible en: https://www.insst.es/el-observatorio/encuestas/encuestas-nacionales-de-condiciones-de-trabajo-y-gestion-preventiva

78. Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes (ESENER). Disponible en: https://osha.europa.eu/es/publications/european-survey-enterprises-new-and-emerging-risks-esener-2019-background-briefing/view

79. Comisión de las Comunidades Europeas. Libro verde. Mejorar la salud mental de la población: hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas, 14.10.2005 COM(2005) 484 final. 2005. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf

80. Instrumento de ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. Boletín Oficial del Estado nº 96, de 21 de abril de 2008. Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/2008/04/21/pdfs/A20648-20659.pdf

81. Instrumento de ratificación del Protocolo Facultativo a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. Boletín Oficial del Estado nº 97, de 22 de abril de 2008. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-6996

82. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. 2006. Disponible en: https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf

83. Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. Boletín Oficial del Estado nº 132, de 3 de junio de 2021. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-9233

84. Foro Europeo de la Discapacidad. Asamblea General. Budapest 28, 29 de mayo de 2011. 2º Manifiesto de los Derechos de las Mujeres y Niñas con Discapacidad de la Unión Europea. Disponible en: http://www.edf-feph.org/other-publications

85. Informe por NilsMuižnieks, Comisario para los derechos humanos del Consejo de Europa tras su visita a España, del 3 al 7 de junio de 2013.Estrasburgo: Council of Europe, Commissioner for Human Rights; 2013. Disponible en: https://consaludmental.org/publicaciones/CommDH(2013)18_ES.pdf

86. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Boletín Oficial del Estado nº 15, de 17 de enero de 1996. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1996-1069

87. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013- 2020. [Internet]. 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf

88. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y acciones de políticas. Informe compendiado / un informe de la Organización Mundial de la Salud Dept. de Salud Mental y Abuso de Sustancias; en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. 2004. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf

89. Naciones Unidas. Asamblea General. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. A/HRC/35/21. 35º periodo de sesiones. Consejo Derechos Humanos. Disponible en: https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/09/PDF/G1707609.pdf?OpenElement

90. Jamoulle M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. Int J Health Policy Manag. 2015 Feb; 4(2): 61–64. Disponible en: https://www.ijhpm.com/article_2950_ea20f1b4fc4d613ac38b9a7a1bf85ea5.pdf

91. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Secretaría de Estado de Servicios Sociales. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf

92. Isometsä ET. Psychological autopsy studies--a review. Eur Psychiatry. 2001; 16(7): 379-385. doi:10.1016/s0924-9338(01)00594-6. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11728849/

93. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry. 2004; 4: 37. Published 2004 Nov 4. doi:10.1186/1471-244X-4-37. Disponible en: https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-4-37

94. Ministerio de Igualdad. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Genero. Web. Ficha estadística de víctimas mortales por Violencia de Género. Año 2019. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/home.htm

95. Pedreira, J.L. Conductas suicidas en la adolescencia: Una guía práctica para la intervención y la prevención. Revista Psicopatología y Psicologías Clínica. 2019; 24 (3): 215-235

96. European Union. EU Compass for Action on Mental Health and Wellbeing Annual Activity Reports of Member States and Stakeholders (2017). Disponible en: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_compass_activityreport_en.pdf

97. World Health Organization, WHO. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021 (Guidance and technical packages on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches). Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707

98. Organización Mundial de la Salud (OMS). Constitución de la OMS. Disponible en: https://www.who.int/es/about/governance/constitution

99. Goldberg D, Huxley P. Mental Illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care. Tavistock: London.1980.

100. Wolf T, Fabel P, Kraschewski A, Jockers-Scherübl MC. From Wish to Reality: Soteria in Regular Care-Proof of Effectiveness of the Implementation of Soteria Elements in Acute Psychiatry. Front Psychiatry. 2021 Jul 9;12:685779. doi: 10.3389/fpsyt.2021.685779. PMID: 34305682; PMCID: PMC8298815. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8298815/pdf/fpsyt-12-685779.pdf

101. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Documento de Consenso de las Comisiones de Análisis de Casos de Personas con Enfermedad Mental sometidas a Penas y Medidas de Seguridad. Grupo de trabajo: Comisión de Transversalidad de la Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad y Subcomisión Penitenciaria de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. 2014. Disponible en:https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Estrategia_Consenso_ACCESIBLE.pdf

102. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, INGESA. Guía de Gestión del hospital de día psiquiátrico. Web. Disponible en: https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/psiquiatrico.htm

103. Ministerio de Sanidad. Estudios para la planificación de profesionales sanitarios. Web. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2018- 2030). Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/home.htm

104. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. 10 de abril de 2019. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es

105. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Proyecto APEGO sobre evaluación y promoción de las competencias parentales en el sistema sanitario público andaluz. 2014. Parte 1 y Parte 2. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af9587b0c7e9_apego1.pdf ; https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af9587b0c840_Apego2.pdf

106. National Association of School Psychologists. "Supporting Children's Mental Health: Tips for Families and Educators". 2015. [Web]. Disponible en: www.nasponline.org

107. Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de asesoramiento científico técnico Avalia- t; 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/gpc/depresion-infancia/

108. Obertament. Dossiers del Tercer Sector. Estrategias de lucha contra el estigma en salud mental. Taula d'entitats del Terc. Sect. Soc. Catalunya, vol. 26, p. 18, 2013. [Web]. Disponible en: https://consaludmental.org/centro-documentacion/estrategias-contra-estigma-salud-mental/

109. Solmi M, Radua J, Olivola M. *et al.* Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry* (2021). https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7

110. Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría. Boletín Oficial del Estado nº 185 de 4 de agosto de 2021. Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/2021/08/04/pdfs/BOE-A-2021-13266.pdf

111. McGorry, P. & Jackson, H.J. (Edts) (1999): The recognition and management of Early Psychosis. Cambridge: Cambridge University Press

112. Fonseca-Pedrero E, Paino M, Fraguas D. DSM-5: ¿Síndrome de psicosis atenuada? Papeles del Psicólogo. 2013. 34(3): 190-207. Disponible en: http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2278.pdf

113. Yung AR and Jackson HJ. The onset of psychotic disorder: clinical and research aspects. En: McGorry PD and Jackson HJ. The recognition and management of early psychosis. Cambridge University Press, Cambridge, 1999, p. 27-49

114. Yung AR, McGorry PD. The initial prodrome in psychosis: descriptive and qualitative aspects. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 1996; 30: 587-599.

115. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Boletín Oficial del Estado nº 134, de 5 de junio de 2021. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-9347

116. Pedreira JL, García-Barrero L, Menéndez F, Tsiantis Y. Community Psychiatry in Child Mental Health: Therapeutic planning (en prensa)

117. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objetivo 3 Salud y Bienestar: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Disponible en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/

118. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Clinical Decision-Making: Predictors of patient participation in nursing care. *Journal of Clinical Nursing. 2008;* 17(21): 2935- 2944. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19034992

119. Ministerio de Sanidad. Formación continuada y acreditación. Web. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/formacionContinuada/queEs.htm

120. Pedreira JL. Metodología de investigación en Psiquiatría, Psicopatología y Salud Mental. Madrid: Oficina del Defensor del Menor; 2001

121. Organización Mundial de la Salud. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline

122. Banco de España. El impacto económico del COVId.19 en las empresas españolas según la encuesta del Banco de España sobre la actividad empresarial (EBAE). Boletín Económico. 1/2021. Disponible en: https://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/InformesBoletinesRevistas/ArticulosAnaliticos/21/T1/descargar/Fich/be2101-art04.pdf

123. Instituto Nacional de Estadística, INE. (28 de julio de 2020). Encuesta de Población Activa (EPA). Segundo trimestre de 2020. Disponible en: https://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0220.pdf

124. Centro de Investigaciones Sociológicas, CIS. Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la COVID-19. Número de estudio 332. Fecha 19 de febrero de 2021. Disponible en: http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=14551

[125] Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud en España (EESE) año 2020. Nota de prensa. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/eese_2020.pdf

126. O'Connor RC, Wetherall K, Cleare S, McClelland H, Melson AJ, Niedzwiedz CL, O'Carroll RE, O'Connor DB, Platt S, Scowcroft E, Watson B, Zortea T, Ferguson E, Robb KA. Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health & Wellbeing study. Br J Psychiatry. 2020 Oct 21:1-8. doi: 10.1192/bjp.2020.212. Epub ahead of print. PMID: 33081860; PMCID: PMC7684009. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7684009/

127. Simón Expósito M, Navarro Bayón D. (2020). Informe. Estudio de necesidades post covid-19 en personas con trastorno mental: estudio realizado en los servicios y centros de rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental de Grupo 5. Disponible en: https://consaludmental.org/centro-documentacion/estudio-necesidades-covid19-trastorno-mental/

128. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MÁ, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, Muñoz M. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. Brain Behav Immun. 2020 Jul;87:172-176. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.040. Epub 2020 May 13. PMID: 32405150; PMCID: PMC7219372. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7219372/

129. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MÁ, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, Muñoz M. Mental Health Consequences of the Coronavirus 2020 Pandemic (COVID-19) in Spain. A Longitudinal Study. Front Psychiatry. 2020 Nov 9;11:565474. doi: 10.3389/fpsyt.2020.565474. PMID: 33240123; PMCID: PMC7680731. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7680731/

130. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MA, Saiz J, Muñoz M. Mental health consequences of the Covid-19 outbreak in Spain. A longitudinal study of the alarm situation and return to the new normality. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2021 Apr 20;107:110219. doi: 10.1016/j.pnpbp.2020.110219. Epub 2020 Dec 15. PMID: 33338556; PMCID: PMC7833458. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7833458/

131. Bueno Ferrán M, Barrientos-Trigo S. Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud [Caring for the caregiver: The emotional impact of the coronavirus epidemic on nurses and other health professionals]. Enferm Clin (Engl Ed). 2021;31:S35-S39. doi:10.1016/j.enfcli.2020.05.006. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7229967/

132. Li Y, Scherer N, Felix L, Kuper H (2021) Prevalence of depression, anxiety and posttraumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE 16(3): e0246454. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246454

133. Organización médica colegial. Repercusiones de la COVID sobre la salud y el ejercicio de la profesión de los médicos y médicas de España. Febrero 2021. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/resumen_ejecutivo_estudio_impacto_covid_.pdf

134. Taquet M, Luciano S, Geddes JR, Harrison PJ. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. Lancet Psychiatry. 2021 Feb;8(2):130-140. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30462-4. Epub 2020 Nov 9. Erratum in: Lancet Psychiatry. 2021 Jan;8(1):e1. PMID: 33181098; PMCID: PMC7820108. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215036620304624?via%3Dihub

135. Constitución Española. BOE nº 311, de 29 de diciembre de 1978. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-31229

136. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado nº 128, de 29 de mayo de 2003. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16

137. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado nº 280, de 22 de noviembre de 2003. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-21340

138. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-16212

139. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado nº 299, de 15 de diciembre de 2006. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990

140. Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Boletín Oficial del Estado nº 184, de 2 de agosto de 2011. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/l/2011/08/01/26

141. Real Decreto 1276/2011, de 16 de septiembre, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Boletín Oficial del Estado nº 224, de 17 de septiembre de 2011. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/rd/2011/09/16/1276

142. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado nº 240, de 5 de octubre de 2011. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/l/2011/10/04/33

143. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado nº 289, de 3 de diciembre de 2013. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2013-12632

144. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia española sobre discapacidad: 2012-2020. Real Patronato sobre Discapacidad. 2011. Disponible en: https://www.siis.net/documentos/ficha/197902.pdf

145. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. 2012. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

146. Instrumento de Ratificación del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, hecho en Roma el 4 de noviembre de 1950, y enmendado por los Protocolos adicionales números 3 y 5, de 6 de mayo de 1963 y 20 de enero de 1966, respectivamente. Boletín Oficial del Estado nº 243, de 10 de octubre de 1979. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1979-24010

147. Instrumento de Ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966. Boletín Oficial del Estado nº 103, de 30 de abril de 1977. Disponible en https://boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-10733

148. Instrumento de Ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966. Boletín Oficial del Estado nº 103, de 30 de abril de 1977. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1977-10734

149. Instrumento de Ratificación de la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, hecha en Nueva York el 10 de diciembre de 1984. Boletín Oficial del Estado nº 268, de 9 de noviembre de 1987. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1987-25053

150. Instrumento de Ratificación del Convenio Europeo para la prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes, hecho en Estrasburgo el 26 de noviembre de 1987. Boletín Oficial del Estado nº 159, de julio de 1989. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1989-15618

151. Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. Boletín Oficial del Estado nº 313, 31 de diciembre de 1990. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1990-31312

152. Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. Boletín Oficial del Estado nº 251, de 20 octubre de 1999. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-20638

153. Barrios Flores LF. Derechos Humanos y salud mental en Europa. Norte de salud mental. 2010; 8(36): 55- 67. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/376944

154. Consejo de la Unión Europea. Resolución del Consejo de 18 de noviembre de 1999 sobre la promoción de la salud mental. Diario Oficial de las Comunidades Europeas (2000/C 86/01), 24 de marzo de 2000. Disponible en: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32000Y0324(01)&from=ES

155. Consejo de la Unión Europea. Conclusiones del Consejo de 2 de junio de 2003 sobre la lucha contra la estigmatización y la discriminación en relación con la enfermedad mental. Diario Oficial de la Unión Europea (2003/C 141/01), 17 de junio de 2003. Disponible en: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52003XG0617(01)&from=ES

156. Consejo de la Unión Europea. Resolución del Consejo de 15 de julio de 2003 sobre el fomento del empleo y de la inclusión social de las personas con discapacidad. Diario Oficial de la Unión Europea (2003/C 175/01), 24 de julio de 2003. Disponible en: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32003G0724(01)&from=ES

157. Consejo de Europa. Recomendación CM/Rec (2004) 10 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la protección de los derechos de hombres y mujeres y de la dignidad de las personas aquejadas de trastornos mentales. Adoptada por el Comité de Ministros el 22 de septiembre de 2004 en la 896ª reunión de viceministros. 2004. Disponible en: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805dc0c1

158. Consejo de Europa. Recomendación CM/Rec (2009) 3 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre seguimiento de la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales. Adoptada por el Comité de Ministros el 20 de mayo de 2009 en la 1057ª reunión de viceministros. 2009. Disponible en: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectId=09000016805d1129

159. Parlamento Europeo. Resolución del Parlamento Europeo, de 14 de febrero de 2017, sobre el fomento de la igualdad de género en los ámbitos de la salud mental y la investigación clínica (2016/2096(INI). P8_TA (2017)0028. Diario Oficial de la Unión Europea (2018/C 252/10).Disponible en: http://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2017-0028_ES.html?redirect

160. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Resolución 2291 (2019). Poniendo fin a la coerción en salud mental: la necesidad de un enfoque basado en los derechos humanos. Texto adoptado por la Asamblea el 26 de junio de 2019. Disponible en: http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28038&lang=en

161. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Recomendación 2158 (2019). Poniendo fin a la coerción en salud mental: la necesidad de un enfoque basado en los derechos humanos. Texto adoptado por la Asamblea de 26 de junio de 2019. Disponible en: http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-DocDetails-EN.asp?fileid=28041&lang=EN&search=Y2F0ZWdvcnlfc3RyX2VuOiJBZG9wdGVklHRleHQifHR5cGVfc3RyX2VuOlJlY29tbWVuZGF0aW9u

162. EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing. European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing. Final Conference- Brussels, 21-22 January 2016. Disponible en: https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/guides_for_applicants/h2020-SC1-BHC-22-2019-framework-for-action_en.pdf

163. Killaspy H, McPherson P, Samele CH, *et al*. Providing community based mental health services: position paper. Brussels: European Commission. 2018. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2018_compass_positionpaper_en.pdf

164. Comisión Europea. *Horizon 2020. Work Programme 2018-2020*. "*Health, demographic change and well- being*". *European Commission Decision* C (2019) 4575, de 2 de julio de 2019. Disponible en: https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/wp/2018-2020/main/h2020-wp1820-health_en.pdf

165. Instrumento de ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. Boletín Oficial del Estado nº 96, de 21 de abril de 2008. Disponible en https://www.boe.es/boe/dias/2008/04/21/pdfs/A20648-20659.pdf

166. Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad. Sexto período de sesiones, 19 a 23 de septiembre de 2011. Examen de los informes presentados por los Estados parte en virtud del artículo 35 de la Convención. Observaciones finales del Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad, España. CRPD/C/ESP/CO/1. 19 de octubre de 2011. Disponible en: https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G11/463/54/PDF/G1146354.pdf?OpenElement

167. Naciones Unidas. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general sobre el artículo 12: igual reconocimiento como persona ante la ley. 11º período de sesiones, 30 de marzo a 11 de abril de 2014. CRPD/C/11/4. 25 de noviembre de 2013. Disponible en:

https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G13/491/46/pdf/G1349146.pdf?OpenElement

168. United Nations. General Assembly. Mental health and human rights. Resolution adopted by the Human Rights Council on 1 July 2016. Thirty second session. A/HRC/RES/32/18, 18 de julio,2016. Disponible en: http://undocs.org/A/HRC/RES/32/18

169. Naciones Unidas. Asamblea General. 36º período de sesiones, 11 a 29 de septiembre de 2017. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo. A/HRC/36/L.25. 26 de septiembre de 2017. Disponible en: https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/G17/281/35/pdf/G1728135.pdf?OpenElement

170. Naciones Unidas. Asamblea General. Comité de los Derechos del Niño. Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de España. CRC/C/ESP/CO/5-6. 5 de marzo de 2018. Disponible en: https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/057/16/pdf/G1805716.pdf?OpenElement

171. Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad. Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España (*Aprobadas por el Comité en su 21er período de sesiones (11 de marzo a 5 de abril de 2019). CRPD/C/ESP/CO/2-3. 13 de mayo de 2019. Disponible en: https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G19/137/21/pdf/G1913721.pdf?OpenElement

172. Naciones Unidas. Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. 22º período de sesiones. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez. A/HRC/22/53. 1 de febrero de 2013. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_sp.pdf

173. Naciones Unidas. Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. 29º periodo de sesiones. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, DainiusPūras. A/HRC/29/33. 2 de abril de 2015. Disponible en: https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/070/65/pdf/G1507065.pdf?OpenElement

174. Naciones Unidas. Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. 34º período de sesiones, 27 de febrero a 24 de marzo de 2017. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad. A/HRC/34/58. 20 de diciembre, 2016. Disponible en: https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/436/69/PDF/G1643669.pdf

175. Naciones Unidas. Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. 35º período de sesiones, 6 a 23 de junio de 2017. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. A/HRC/35/21. 28 de marzo de 2017. Disponible en: https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/09/pdf/G1707609.pdf?OpenElement

176. Naciones Unidas. Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. 40º período de sesiones, 25 de febrero a 22 de marzo de 2019. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo. Derechos de las personas con discapacidad. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad. A/HRC/40/54. 11 de enero de 2019. Disponible en: https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/HRC/40/54&Lang=S

177. WHO Regional Office for Europe. The European Mental Health Action Plan 2013–2020. (2015). Disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175672/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

178. World Health Organization, WHO. 72.ª Asamblea Mundial de la Salud Cuarto informe de la Comisión A. (Proyecto) A72/76. 25 de mayo de 2019. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_76-sp.pdf

ANEXO 47

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EXPUESTOS AL AMIANTO “PIVISTEA” 2018

Evaluación del programa de vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos al amianto –PIVISTEA– 2018

SANIDAD 2021
MINISTERIO DE SANIDAD

Evaluación del programa de vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos al amianto –PIVISTEA– 2018

SANIDAD 2021
MINISTERIO DE SANIDAD

La utilización en este texto del masculino plural cuando nos refiramos a mujeres y hombres en el trabajo como colectivo no tiene intención discriminatoria alguna, sino la aplicación de la ley lingüística de la economía expresiva, para facilitar la lectura con el menor esfuerzo posible, dada la abundancia de datos, refiriéndonos explícitamente a trabajadoras y trabajadores cuando la comparación entre sexos sea relevante en el contexto.

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD
CENTRO DE PUBLICACIONES
Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad.
Se autoriza la reproducción total o parcial para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, autores, año e institución.

NIPO en línea: 133-21-132-4

https://cpage.mpr.gob.es/

Evaluación del programa de vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos al amianto –PIVISTEA– 2018

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD

Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprueba la Evaluación del Programa de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores Expuestos al Amianto 2018 en la Reunión plenaria de 2 de diciembre de 2021.

COMISION NACIONAL
DE SEGURIDAD Y SALUD
EN EL TRABAJO

La Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo informa favorablemente la Evaluación del Programa de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores Expuestos al Amianto 2018 en la Reunión plenaria de 18 de octubre de 2021.

AUTORES

PONENCIA DE SALUD LABORAL DE LA COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

Montserrat García Gómez
MINISTERIO DE SANIDAD

Joaquín Estévez Lucas
MINISTERIO DE SANIDAD

Aitor Gisasola Yeregui
INSTITUTO VASCO DE SEGURIDAD Y SALUD LABORALES. GOBIERNO VASCO

Mª Asunción Muruaga Infante
INSTITUTO VASCO DE SEGURIDAD Y SALUD LABORALES. GOBIERNO VASCO

Rafael Panadés Valls
CONSEJERÍA DE SALUD. GENERALITAT DE CATALUÑA

Laura Ramírez Salvador
CONSEJERÍA DE SALUD. GENERALITAT DE CATALUÑA

Isabel González García
CONSEJERÍA DE SANIDAD. XUNTA DE GALICIA

Francisco Arroyo Yanes
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS. GOBIERNO DE ANDALUCÍA

Esperanza Mª Alonso Jiménez
CONSEJERÍA DE SANIDAD. PRINCIPADO DE ASTURIAS

Carmen Gómez Chomón
CONSEJERÍA DE SANIDAD. GOBIERNO DE CANTABRIA

Lourdes Miralles Martínez-Portillo
CONSEJERÍA DE SALUD. GOBIERNO DE LA RIOJA

Bienvenida Carpe Carpe
CONSEJERÍA DE SALUD. GOBIERNO DE LA REGIÓN DE MURCIA

Valentín Esteban Buedo
CONSEJERÍA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA. GENERALITAT VALENCIANA

Reyes Zapater Jordá
CONSEJERÍA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA. GENERALITAT VALENCIANA

Nieves Martínez Arguisuelas
CONSEJERÍA DE SANIDAD. GOBIERNO DE ARAGÓN

María Luisa Mena Marín
CONSEJERÍA DE SANIDAD. GOBIERNO DE ARAGÓN

Fernando Cebrián Gómez
CONSEJERÍA DE SANIDAD. JUNTA DE CASTILLA-LA MANCHA

Eduardo García Ramos Alonso
CONSEJERÍA DE SANIDAD. GOBIERNO DE CANARIAS

Jesús Fernández Baraibar
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA Y LABORAL DE NAVARRA. GOBIERNO DE LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

Santiago Briz Blázquez
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y POLÍTICAS SOCIALES. GOBIERNO DE EXTREMADURA

Mª Victoria Martín Humanes
CONSEJERÍA DE SALUD. GOBIERNO BALEAR

Mª Fernanda González Gómez
CONSEJERÍA DE SANIDAD. GOBIERNO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Mercedes Elvira Espinosa
CONSEJERÍA DE SANIDAD. JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN

Ana Isabel Rivas Pérez
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO. GOBIERNO DE LA CIUDAD DE CEUTA

Luisa Fernanda Hermoso Castro
CONSEJERÍA DE PRESIDENCIA Y SALUD PÚBLICA. GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MELILLA

Dulce María Platero García
INSTITUTO ASTURIANO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES. PRINCIPADO DE ASTURIAS

Mª Carmen Martínez Gómez
INSTITUTO ASTURIANO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES. PRINCIPADO DE ASTURIAS

Luis Miguel Arribas Escudero
SERVICIO DE INFORMÁTICA
HOSPITAL UNIVERSITARIO "SEVERO OCHOA". LEGANÉS (MADRID)

Pilar Aparicio Azcárraga
DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA CALIDAD E INNOVACIÓN. MINISTERIO DE SANIDAD

Covadonga Caballo Diéguez
SUBDIRECTORA GENERAL DE SANIDAD AMBIENTAL Y SALUD LABORAL. MINISTERIO DE SANIDAD.

GRUPO DE TRABAJO AMIANTO DE LA CNSST

POR LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO

Montserrat García Gómez
MINISTERIO DE SANIDAD. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACIÓN

María Luz Sisí Moreno
MINISTERIO DE TRABAJO Y ECONOMÍA SOCIAL. DIRECCIÓN GENERAL DE TRABAJO

María de Simón Lago
ORGANISMO AUTÓNOMO ORGANISMO ESTATAL INSPECCIÓN DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

Teresa Sánchez Cabo
INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, O.A., M.P.

Ismael Guarner Peralta
MINISTERIO PARA LA TRANSICIÓN ECOLÓGICA Y EL RETO DEMOGRÁFICO. DIRECCIÓN GENERAL DE POLÍTICA ENERGÉTICA Y MINAS

Marta Muñoz Nieto-Sandoval
INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, O.A., M.P.

José María Rojo Aparicio
INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, O.A., M.P.

Juan Antonio Martínez Herrera
MINISTERIO DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL Y MIGRACIONES SUBDIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS

Carlos Tortuero Martín
MINISTERIO DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL Y MIGRACIONES. DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Jesús Ángel Díaz Muñoz
MINISTERIO DE TRANSPORTES, MOVILIDAD Y AGENDA URBANA. ADIF

POR LA ADMINISTRACIÓN DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Fernando Cortés Ponce
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

Belén García Calzón
COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

José Antonio Macías Núñez
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ISLAS BALEARES

Olivia Vega Moreno
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS

Francisco Javier De La Cruz González
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA

Nuria Sanz Peláez
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN

Alfonso Martín Martín
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

Lucía Ferrón Vidán
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA

Pablo Simonet Hernández
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

Francisco Javier Razquín Lizárraga
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

Alberto Alonso Vivar
COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

María Luisa Fernández Somalo
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA

María Martina Heredia Fernandez
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA

Rebeca Martínez Bolado
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

Maria Teresa Martín Bustamante
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA

Maria Jesús Garcia-Gutierrez Muñoz
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

Jorge Cervera Boada
COMUNIDAD VALENCIANA

POR LAS ORGANIZACIONES EMPRESARIALES

Gonzalo Zufía Álvarez (Presidente)
C.E.O.E.

Helena Morales de Labra
C.E.O.E.

María José Leguina Leguina
C.E.O.E

José Blanco Grande
C.E.O.E.

POR LAS ORGANIZACIONES SINDICALES

Ana García De La Torre
U.G.T

Óscar Bayona Plaza
CC.OO

Fernando Medina Rojo
U.G.T.

Carmen Mancheño Potenciano
CC.OO.

José Alberto Fernández Jiménez
U.G.T.

José García Casas
CC.OO.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN 11

METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN 13

1. EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA 15

1.1. IDENTIFICACIÓN DE LA COHORTE SUSCEPTIBLE DE SEGUIMIENTO 15
1.2. PROCEDENCIA DE LA INFORMACIÓN 16
1.3. TRABAJADORES REGISTRADOS 18
1.4. CARACTERÍSTICAS DE LAS COHORTES SUSCEPTIBLES DE SEGUIMIENTO 22
1.5. CARACTERÍSTICAS DE LAS EMPRESAS INCLUIDAS EN PIVISTEA 25
1.6. CARACTERÍSTICAS DE LAS EMPRESAS QUE HAN UTILIZADO AMIANTO EN EL PASADO INCLUIDAS EN PIVISTEA 50
1.7. CARACTERÍSTICAS DE LAS EMPRESAS QUE MANIPULAN AMIANTO ACTUALMENTE INCLUIDAS EN PIVISTEA 73
1.8. RECURSOS DEL PROGRAMA 91

2. EVALUACIÓN DE RESULTADOS 97

2.1. PATOLOGÍAS IDENTIFICADAS EN PIVISTEA 97
2.2. ENFERMEDADES IDENTIFICADAS EN EL PROGRAMA Y RECONOCIDAS COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL 99
2.3. ASBESTOSIS 101
2.4. FIBROSIS PLEURAL CON RESTRICCIÓN RESPIRATORIA 103
2.5. DERRAME PLEURAL 105
2.6. ATELECTASIA REDONDA 106
2.7. PLACAS PLEURALES 107
2.8. MESOTELIOMA PLEURAL 108
2.9. MESOTELIOMA PERITONEAL 110
2.10. NEOPLASIA PULMONAR 111
2.11. NEOPLASIA LARÍNGEA 113
2.12. NEOPLASIA ESOFÁGICA 114
2.13. OTRAS NEOPLASIAS 115

3. ÁREAS DE MEJORA DETECTADAS EN LA EVALUACIÓN DE PIVISTEA 2018 117

4. FAVORECER EL RECONOCIMIENTO MÉDICO-LEGAL DE LAS ENFERMEDADES DERIVADAS DE LA EXPOSICIÓN AL AMIANTO. ACCESO A CEPROSS Y A PANOTRATSS.. 119

ÍNDICE DE TABLAS 125

ÍNDICE DE FIGURAS..... 129

PRESENTACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, en la actualidad, aún hay ciento veinticinco millones de personas en el mundo expuestas a amianto en su lugar de trabajo. El amianto, además de causar asbestosis (con la consecuente fibrosis pulmonar), es un potente cancerígeno habiéndose evidenciado relación causal de todos los tipos de amianto con el mesotelioma, neoplasia de pulmón, de laringe y de ovario.

Una peculiaridad para destacar de la patología provocada por el amianto es su período de latencia dilatado, pudiendo transcurrir hasta cuatro décadas entre la exposición al amianto y las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

La OMS, entre sus recomendaciones para la prevención de patología provocada por el amianto, recomienda "mejorar los diagnósticos tempranos, el tratamiento y la rehabilitación médica y social de las enfermedades relacionadas con este material, y establecer registros de personas que están o han estado expuestas a él".

En España, el **Programa de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores que han estado Expuestos al Amianto (PIVISTEA)** se ha ido implementado progresivamente en las comunidades autónomas desde 2004, tras ser aprobado por la Comisión de Salud Pública, la Comisión Nacional de Salud en el Trabajo y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Desde su aprobación, se han registrado 2.697 empresas que han realizado o realizan actividad laboral con amianto y 70.842 trabajadores que están o han estado expuestos en su actividad laboral a fibras de amianto.

El presente documento versa sobre la evaluación del PIVISTEA correspondiente al año 2018, y en ella se analizan resultados, procesos, estructura, pertinencia, suficiencia del Programa y el impacto de la exposición al amianto sobre la salud de los trabajadores expuestos.

Esta evaluación se realiza en el marco de coordinación de la **Ponencia de Salud Laboral** de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS. La finalidad de la evaluación es la de prestar una atención más adecuada a los trabajadores que han estado o están expuestos al amianto.

Sus resultados se debaten y analizan en el marco de participación y coordinación del **Grupo de Trabajo Amianto** de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (CNSST).

METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

De cara a la anterior evaluación, correspondiente al año 2016, se consensuó, en el marco de la Ponencia de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS, la revisión de los instrumentos evaluativos (fichas, indicadores, manual…) a utilizar para la evaluación del PIVISTEA, los cuales han sido utilizados para la presente evaluación.

Las nuevas fichas se enviaron a los responsables de Salud Laboral de las diecisiete comunidades autónomas y de las dos ciudades autónomas en julio de 2019. Se realizaron llamadas telefónicas para recordar la importancia de que fueran contestadas por todos los miembros de Ponencia de Salud Labora durante el último trimestre de 2019.

Desde las comunidades se recopiló la información necesaria y se remitió al Área de Salud Laboral del Ministerio de Sanidad, donde se compiló en diciembre de 2019. Tras esto, se realizó análisis descriptivo de la información recogida en las fichas y se calcularon los indicadores propuestos para la evaluación cuantitativa del Programa.

1. EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA

Consiste en evaluar la adecuación y la suficiencia de los recursos del programa. Para ello debemos conocer los aspectos relacionados con el tamaño y las características de la cohorte de trabajadores expuestos a amianto, los recursos humanos, la cualificación y la adecuación de los profesionales para realizar las actividades incluidas en el Programa.

Todo ello se describe a continuación.

1.1. IDENTIFICACIÓN DE LA COHORTE SUSCEPTIBLE DE SEGUIMIENTO

Con la finalidad de reconstruir la cohorte de trabajadores expuestos al amianto se ha recogido en todas las comunidades autónomas:

- Fecha de inicio de la identificación de la cohorte susceptible de seguimiento: fecha de inicio de las tareas para identificar a los trabajadores que pueden formar parte de la cohorte de seguimiento.
- Fecha de constitución del Registro de Trabajadores Expuestos a Amianto (RETEA): fecha de publicación de la creación del registro de trabajadores que han estado expuestos a amianto.

En la Tabla 1 se recogen las fechas de identificación de la cohorte de Trabajadores Expuestos a Amianto por comunidad autónoma. Las comunidades autónomas de Canarias, Cantabria e Islas Baleares no han reportado información al respecto de sus cohortes susceptibles de seguimiento para la presente evaluación.

Tabla 1. Fecha de inicio de la identificación de la cohorte susceptible de seguimiento y fecha de constitución del Registro de Trabajadores Expuestos a Amianto por comunidad autónoma.

Comunidad autónoma	Identificación de la cohorte	Registro de Trabajadores Expuestos	Desde	Hasta
Andalucía	01/01/2007	22/06/2011	2007	2018
Aragón	01/01/2004	16/12/2008	2008	2018
Asturias	01/03/2000	01/03/2000	2000	2019
Islas Baleares	01/12/2011	NI	NI	NI
Canarias	NI	2/01/2006	NI	NI
Cantabria	01/11/2007	08/06/2009	NI	NI
Castilla-La Mancha	15/03/2003	06/10/2005	2003	2018
Castilla y León	13/08/2005	30/12/2006	2005	2018
Cataluña	01/01/2006	01/01/2007	2007	2018
Com. Valenciana	01/01/1998	01/01/2001	2001	2018
Extremadura	01/01/2004	16/06/2011	2004	2018
Galicia	01/07/2001	03/02/2009	2001	2018
La Rioja	01/01/2007	01/05/2007	2017	2018
Madrid	31/07/2003	12/06/2006	2008	2018
Murcia	1/01/2007	22/06/2011	2007	2018
Navarra	07/11/1984	01/01/1999	2016	2018
País Vasco	01/01/1995	01/01/2002	1995	2018

NI (No Información): No se ha reportado información por parte de la comunidad autónoma para la presente evaluación.

1.2. PROCEDENCIA DE LA INFORMACIÓN

La Tabla 2 y la Figura 1 muestran las fuentes de información que se han utilizado para la evaluación del programa PIVISTEA. El Registro de Empresas con Riesgo de Amianto (RERA) es la principal fuente de información y de él se ha obtenido la información del 38,2% de las empresas y el 28,4% de los trabajadores incluidos en PIVISTEA.

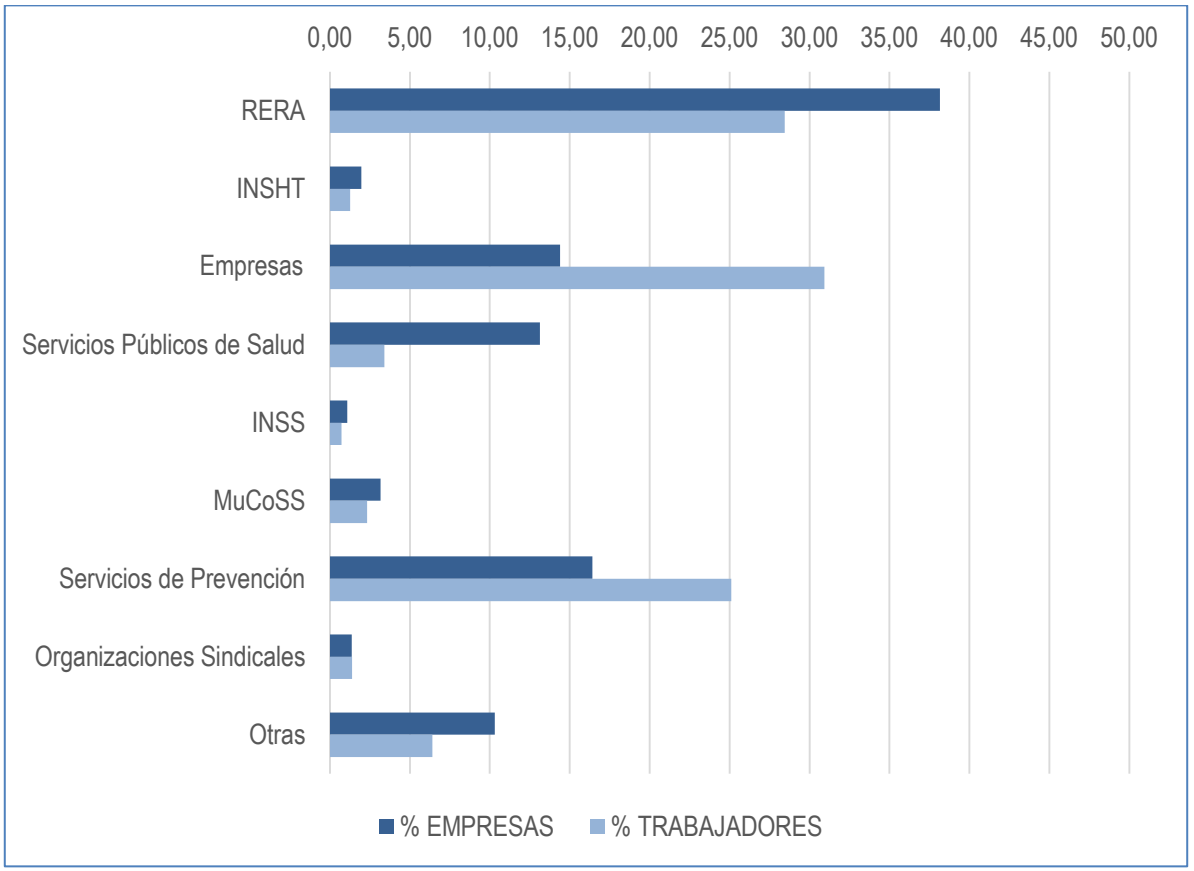
La segunda fuente de información han sido los Servicios de Prevención, de los que se ha obtenido la información del 16,4% de las empresas y del 25,1% de los trabajadores incluidos. La tercera fueron las propias empresas, que aportaron la información del 14,4% de las empresas y el 30,9% de los trabajadores incluidos.

Tabla 2. Distribución de empresas y trabajadores según fuente de información.

Procedencia	Empresas (%)	Trabajadores (%)
RERA	38,17	28,44
INSHT	1,96	1,26
EMPRESAS	14,39	30,94
Servicios Públicos de Salud	13,14	3,41
INSS	1,09	0,72
MuCoSS	3,16	2,33
Servicios de Prevención	16,41	25,10
Organizaciones Sindicales	1,36	1,38
Otras	10,31	6,41

Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, La Rioja, Comunidad de Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.

Figura 1. Distribución porcentual de empresas y trabajadores según fuente de información.



Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, La Rioja, Comunidad de Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.

1.3. TRABAJADORES REGISTRADOS

Las comunidades autónomas con el número de trabajadores que cada una de ellas aporta al PIVISTEA, y el estado de implantación y desarrollo del Programa, se muestran en la Tabla 3 y Figura 2 y 3.

Desde la aprobación del PIVISTEA se han registrado **70.842 trabajadores y trabajadoras** que manipulan o en su día manipularon fibras de amianto en su actividad laboral.

La aportación de trabajadores que cada Comunidad hace al registro varía en función de las características del tejido empresarial y del nivel de implantación y desarrollo del Programa.

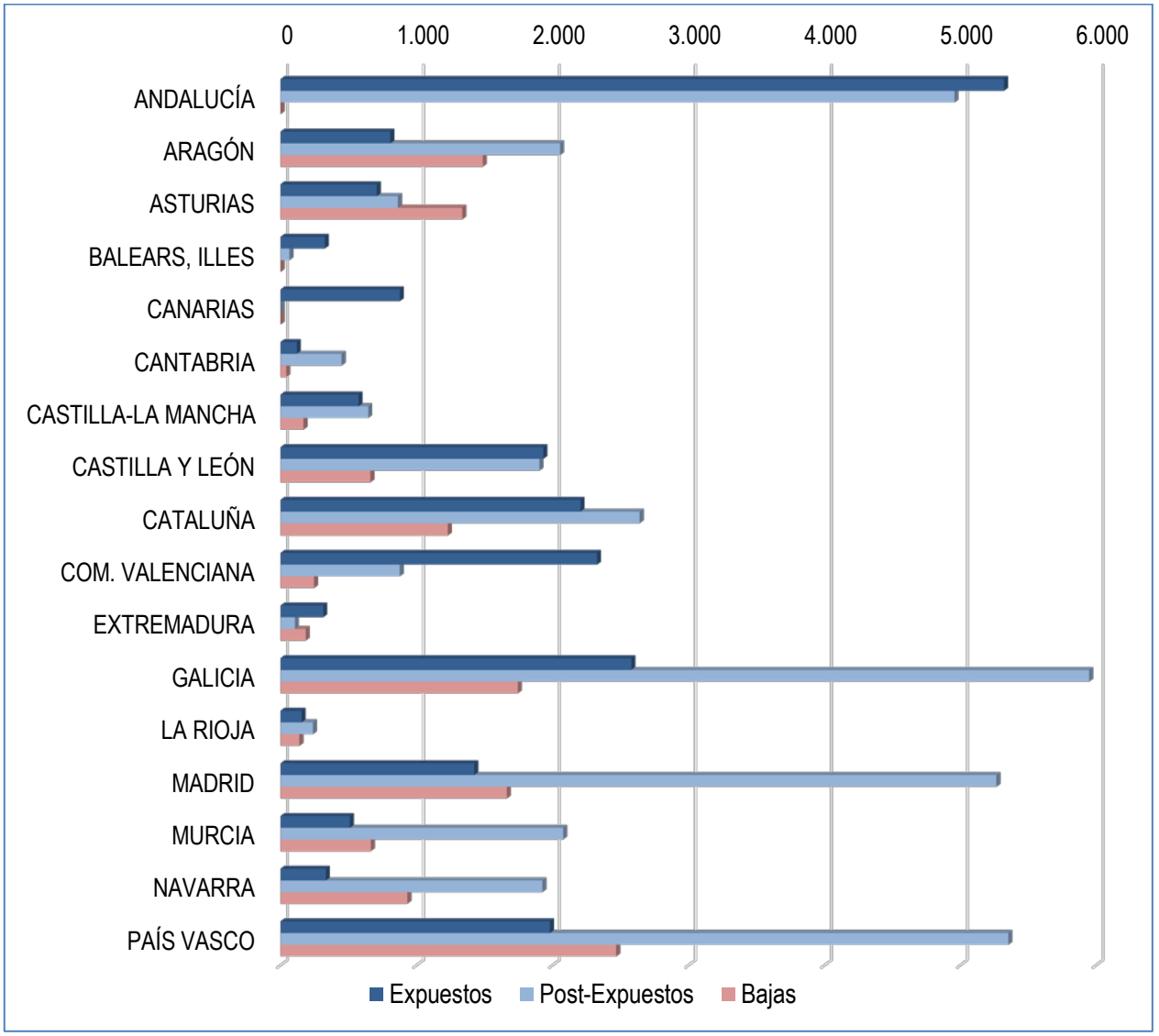
Tabla 3. Distribución de los trabajadores registrados según el momento de la exposición.

Comunidad autónoma	Expuestos	Post-Expuestos	Bajas	Total registrados
Andalucía	5.322	4.957	0	10.279
Aragón	808	2.056	1.487	4.351
Asturias	709	864	1.336	2.909
Balears, Illes	326	65		391
Canarias	878	0	0	878
Cantabria	120	450	42	612
Castilla-La Mancha	573	645	168	1.386
Castilla y León	1.932	1.904	661	4.497
Cataluña	2.206	2.641	1.230	6.077
Com. Valenciana	2.327	876	246	3.449
Extremadura	314	106	185	605
Galicia	2.579	5.950	1.745	10.274
La Rioja	155	239	139	533
Madrid	1.424	5.266	1.663	8.353
Murcia	511	2.078	664	3.253
Navarra	334	1.926	932	3.192
País Vasco	1.981	5.354	2.468	9.803
Total	**22.499**	**35.377**	**12.966**	**70.842**

Las CCAA de Islas Baleares, Canarias y Cantabria no han reportado datos para la presente evaluación.

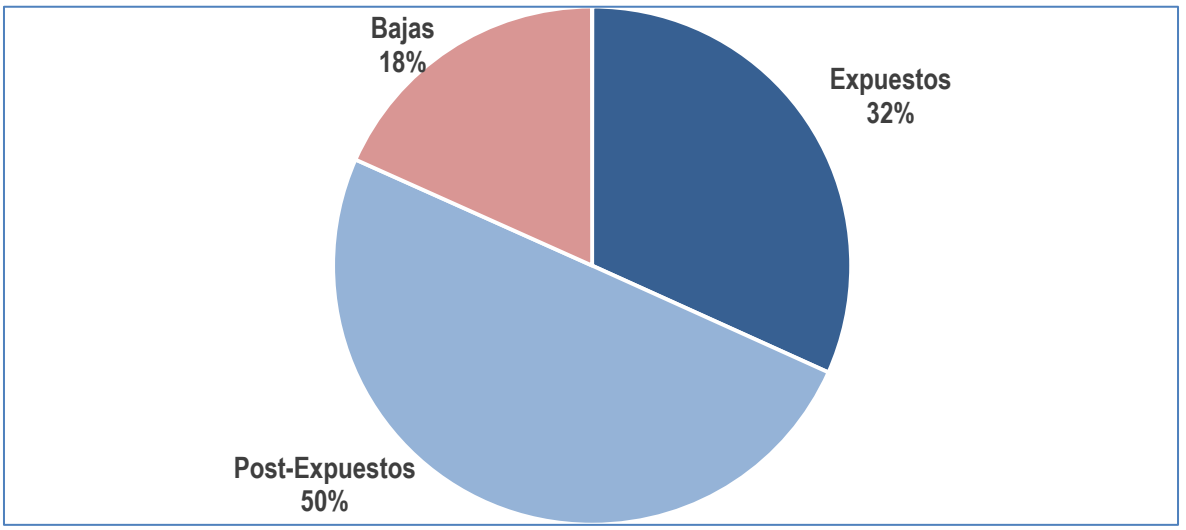
De los 70.842 trabajadores que han entrado a formar parte de los Registros en las 17 comunidades autónomas, el 18% (12.966 trabajadores) están clasificados como bajas para el registro; el 32% (22.499 trabajadores) son trabajadores expuestos, cuyo seguimiento corresponde a los servicios de prevención, y 35.377 son trabajadores post-expuestos (50%) cuyo seguimiento, en el caso de los que ya no están activos en la empresa, se realiza en el Sistema Nacional de Salud.

Figura 2. Distribución de los trabajadores registrados según el momento de la exposición por Comunidades.



Las CCAA de Islas Baleares, Canarias y Cantabria no han reportado datos para la presente evaluación.

Figura 3. Distribución de los trabajadores registrados según el momento de la exposición en porcentajes.



Datos correspondientes a las CCAA Andalucía, Aragón, Principado de Asturias, Balears, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco. Canarias, Cantabria e Islas Baleares no han aportado datos para la presente evaluación.

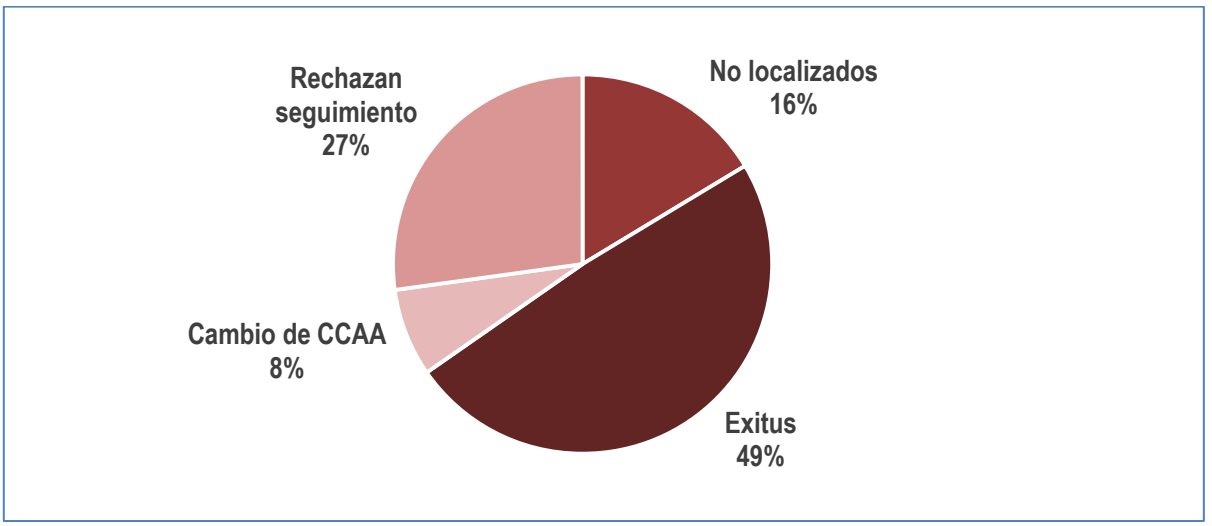
Se han analizado las bajas en el registro por comunidades autónomas y los motivos de dicha baja (Tabla 4 y Figura 4), siendo por orden de frecuencia decreciente el exitus la principal causa de baja (48,97%), seguido del rechazo del seguimiento (27,2%), la imposibilidad para localizarlo (16,36%) y, por último, cambio de comunidad autónoma (7,5%). La Comunidad con el mayor número de bajas es el País Vasco con 2.468, lo que supone el 19,1% de las bajas del Registro. En 41 casos se desconoce el motivo de la pérdida.

Tabla 4. Motivo de las bajas en el registro por comunidad autónoma.

Comunidad autónoma	No localizados	Exitus	Cambio de CCAA	Rechazan seguimiento	Total
Andalucía	0	0	0	0	0
Aragón	179	412	168	728	1.487
Asturias	407	71	0	858	1.336
Balears, Illes	0	0	0	0	0
Canarias	0	0	0	0	0
Cantabria	0	0	0	0	0
Castilla-La Mancha	37	93	21	17	168
Castilla y León	53	423	70	115	661
Cataluña	372	674	1	183	1.230
Com. Valenciana	60	151	10	25	246
Extremadura	171	9	5	0	185
Galicia	0	1.710	35	0	1.745
La Rioja	78	7	41	13	139
Madrid	114	1.282	215	53	1.664
Murcia	0	608	55	1	664
Navarra	30	483	131	288	932
País Vasco	613	407	217	1.231	2.468
Total	**2.114**	**6.330**	**969**	**3.512**	**12.925**

Las CCCAA de Canarias, Cantabria e Islas Baleares no han aportado datos para la presente evaluación.

Figura 4. Distribución de los motivos de bajas en el Registro.



Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.

1.4. CARACTERÍSTICAS DE LAS COHORTES SUSCEPTIBLES DE SEGUIMIENTO

El número de trabajadores susceptibles de seguimiento en la actualidad es de 57.876; correspondiendo 22.499 (38,97%) a trabajadores expuestos en la actualidad, y 35.377 (61,13%) a post-expuestos.

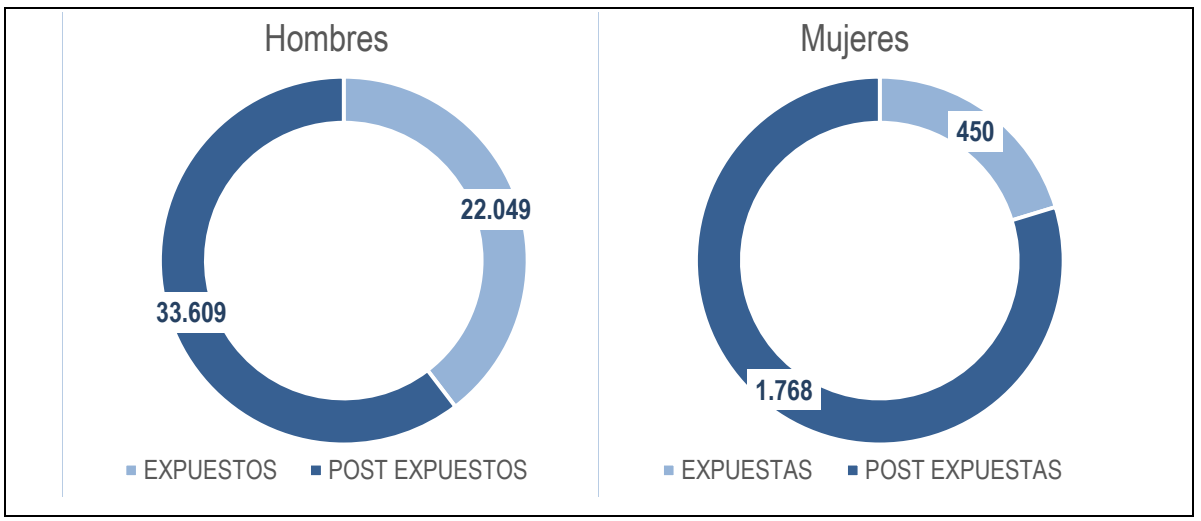
De los trabajadores de los que disponemos de esta información, el 96,17% son hombres (55.658) y el 3,83% mujeres (2.218). Su distribución por momento de la exposición y sexo se objetivan en la Tabla 5 y Figura 5.

Tabla 5. Distribución por sexo de los trabajadores incluidos en el registro.

	Expuestos		Post-expuestos		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Hombres	22.049	98,00	33.609	95,00	**55.658**	**96,17**
Mujeres	450	2,00	1.768	5,00	**2.218**	**3,83**
Total	22.499	100,00	35.377	100,00	**57.876**	**100,00**

Datos correspondientes a Andalucía, Aragón, Principado de Asturias, Balears, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco. Las CCCAA de Canarias, Cantabria e Islas Baleares no han aportado datos para la presente evaluación.

Figura 5. Distribución por sexo y momento de la exposición de los trabajadores incluidos en el Registro.



Datos correspondientes a Andalucía, Aragón, Principado de Asturias, Balears, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco. Las CCCAA de Canarias, Cantabria e Islas Baleares no han aportado datos para la presente evaluación.

La tabla 6 y las figuras 6 y 7 muestran la distribución de los trabajadores por comunidad autónoma.

Tabla 6. Distribución de los trabajadores registrados según el momento de la exposición.

	Hombres			Mujeres			Total trabajadores		
	Expuestos	Post-Expuestos	Total	Expuestos	Post-Expuestos	Total	Expuestos	Post-Expuestos	Total
Andalucía	5.143	4.737	9.880	179	220	399	5.322	4.957	**10.279**
Aragón	805	1.789	2.594	3	267	270	808	2.056	**2.864**
Asturias	704	843	1.547	5	21	26	709	864	**1.573**
Balears, Illes	326	65	391	0	0	0	326	65	**391**
Canarias	878	0	878	0	0	0	878	0	**878**
Cantabria	120	450	570	0	0	0	120	450	**570**
Castilla-La Mancha	566	631	1.197	7	14	21	573	645	**1.218**
Castilla y León	1.894	1.848	3.742	38	56	94	1.932	1.904	**3.836**
Cataluña	2.125	2.527	4.652	81	114	195	2.206	2.641	**4.847**
Com. Valenciana	2.293	847	3.140	34	29	63	2.327	876	**3.203**
Extremadura	309	105	414	5	1	6	314	106	**420**
Galicia	2.554	5.831	8.385	25	119	144	2.579	5.950	**8.529**
La Rioja	155	228	383	0	11	11	155	239	**394**
Madrid	1.380	5.071	6.451	44	195	239	1.424	5.266	**6.690**
Murcia	509	2053	2.562	2	25	27	511	2.078	**2.589**
Navarra	328	1.637	1.965	6	289	295	334	1.926	**2.260**
País Vasco	1.960	4.947	6.907	21	407	428	1.981	5.354	**7.335**
Total	**22.049**	**33.609**	**55.658**	**450**	**1.768**	**2.218**	**22.499**	**35.377**	**57.876**

Las CCCAA de Canarias, Cantabria e Islas Baleares no han aportado datos para la presente evaluación.

Figura 6. Distribución de los trabajadores registrados según el momento de exposición.

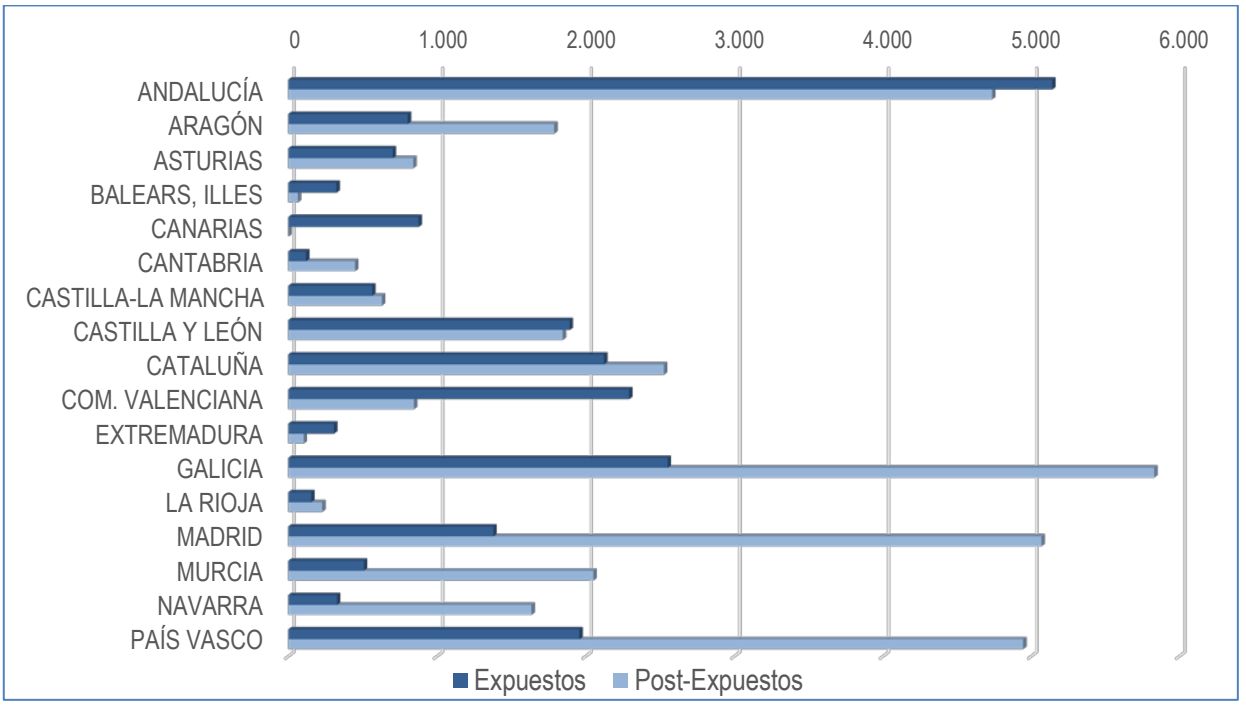
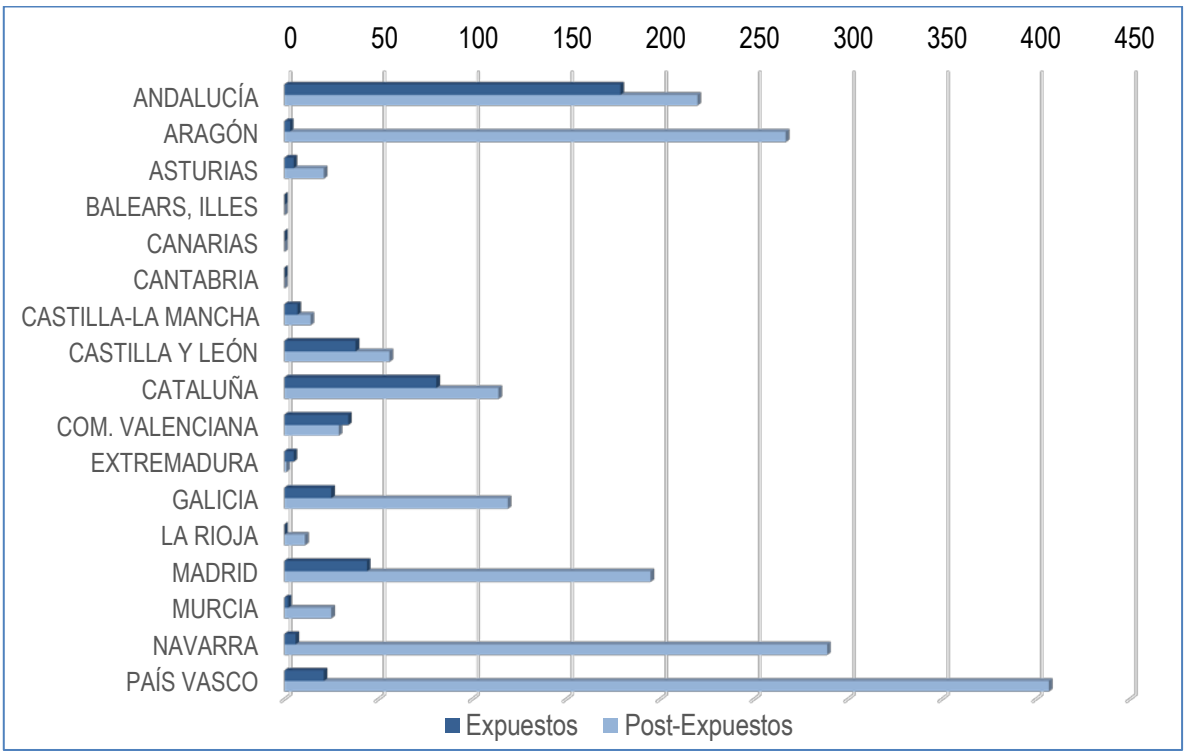


Figura 7. Distribución de las trabajadoras registradas según el momento de exposición.

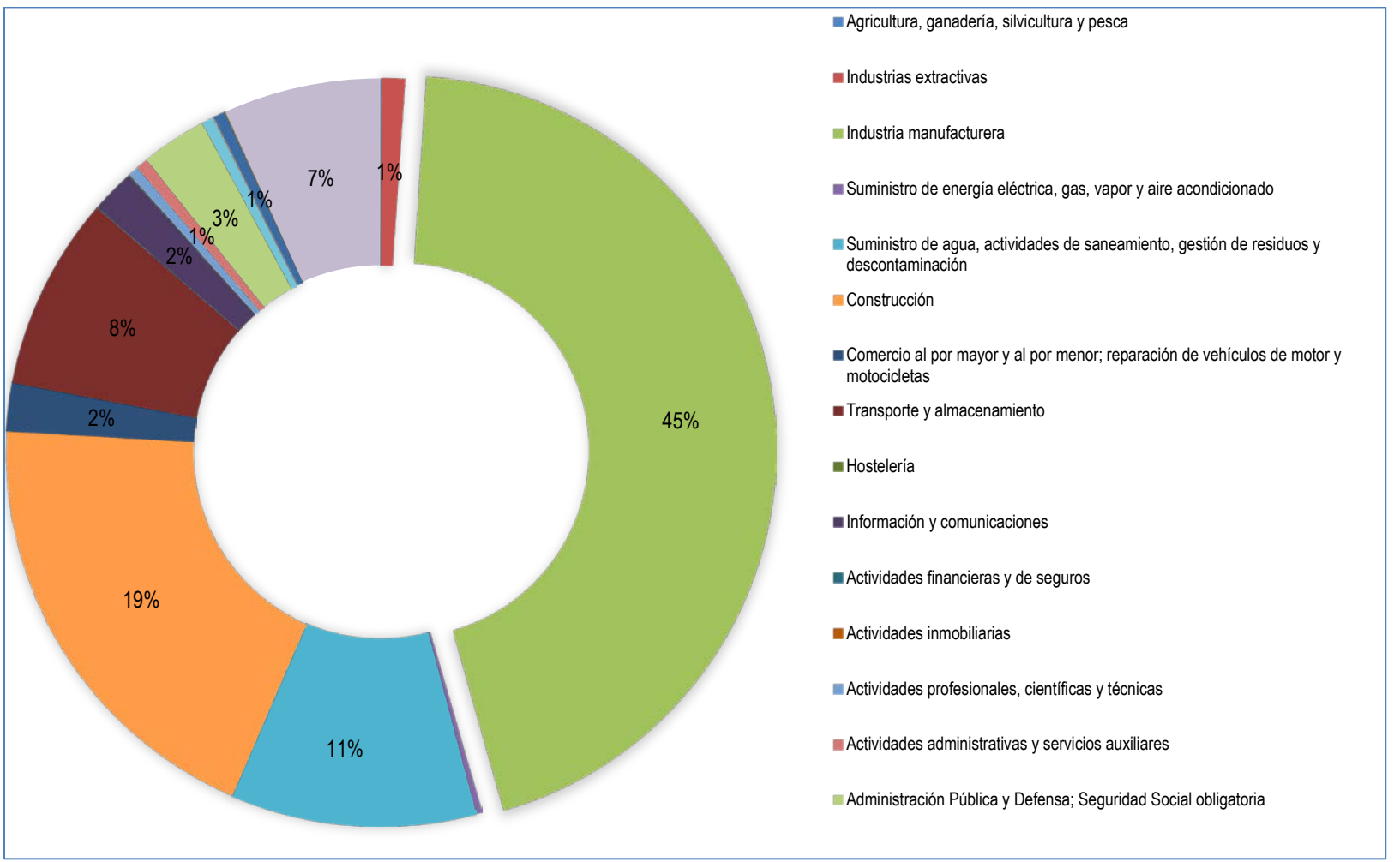


1.5. CARACTERÍSTICAS DE LAS EMPRESAS INCLUIDAS EN PIVISTEA

Se ha recibido información de las actividades que realizan o realizaron las empresas (CNAE) y del número de trabajadores empleados de las comunidades autónomas de Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Región de Murcia, Comunidad Foral de Navarra y País Vasco.

En las Figuras 8 y 9 y en las Tablas 7 a 14 se muestran el número de empresas y trabajadores por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 Gran Grupo y desagregado a 2, 3 y 4 dígitos) y por sexo, expresado en número absoluto y tanto por ciento.

Figura 8. Número de trabajadores totales incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009), expresado en tanto por ciento.



** Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

La figura 8 (página previa) muestra la distribución del número de trabajadores incluidos en el Programa PIVISTEA en función de su actividad económica, catalogada basándonos en el CNAE-2009; la figura 9 (página siguiente) muestra la misma distribución, pero en el caso de las trabajadoras.

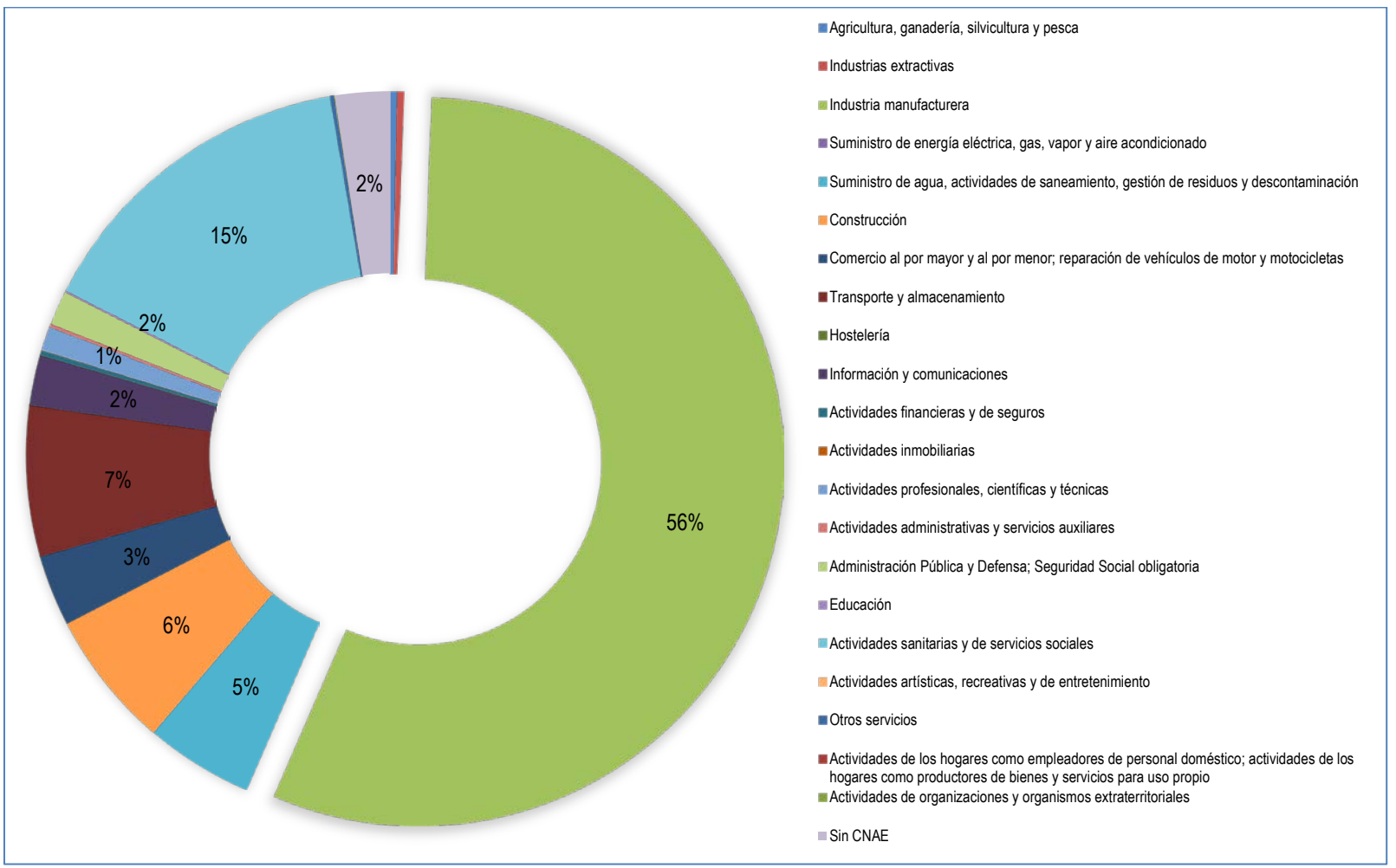
La mayor proporción tanto de trabajadores como de trabajadoras se concentra en la industria manufacturera, que aglutina al 45% de los trabajadores y al 56% de las trabajadoras.

En el caso de los hombres, la segunda actividad económica que mayor número de trabajadores aporta al Programa PIVISTEA es la construcción, dado que el 19% de los trabajadores incluidos se dedican a esta actividad económica. En el caso de las mujeres, la segunda actividad económica que mayor número de trabajadoras aporta son las actividades sanitarias y de servicios sociales, actividad a la que se dedican un 15% de las trabajadoras incluidas en PIVISTEA.

La tercera actividad que mayor proporción de trabajadores aporta al Programa es el suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación, que aporta hasta un 11% de los profesionales registrados, en el caso de los hombres. En el caso de las mujeres, la actividad económica de transporte y almacenamiento acumula un 7% de las profesionales incluidas.

La cuarta actividad que mayor proporción de trabajadores aporta, en el caso de los hombres, es transporte y almacenamiento, dedicándose a dicha actividad económica un 8% de los trabajadores registrados en PIVISTEA. En el caso de las mujeres, la cuarta actividad que mayor proporción de trabajadoras aporta al Programa es la construcción (7%).

Figura 9. Número de trabajadoras totales incluidas en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009), expresado en tanto por ciento.



** Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

Tabla 7. Número de empresas y trabajadores de las mismas incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009, Gran Grupo), expresado en número absoluto y tanto por ciento.

Gran Grupo	Actividad	Empresas	Trabajadores	
			Número	%
A	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	19	38	0,07
B	Industrias extractivas	29	511	0,96
C	Industria manufacturera	571	24.053	44,96
D	Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado	21	138	0,26
E	Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	288	5.566	10,40
F	Construcción	1.209	10.161	18,99
G	Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas	133	1.137	2,13
H	Transporte y almacenamiento	155	4.430	8,28
I	Hostelería	5	10	0,02
J	Información y comunicaciones	2	1.040	1,94
K	Actividades financieras y de seguros	2	20	0,04
L	Actividades inmobiliarias	3	4	0,01
M	Actividades profesionales, científicas y técnicas	33	251	0,47
N	Actividades administrativas y servicios auxiliares	35	271	0,51
O	Administración Pública y defensa; Seguridad Social obligatoria	79	1.490	2,78
P	Educación	4	10	0,02
Q	Actividades sanitarias y de servicios sociales	7	525	0,98
R	Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	1	16	0,03
S	Otros servicios	24	273	0,51
T	Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico; actividades de los hogares como productores de bienes y servicios para uso propio	1	12	0,02
U	Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	4	18	0,03
#	Sin datos	72	3.530	6,60
Total		**2.697**	**53.504**	**100,00**

** Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

Tabla 8. Número de empresas y trabajadores de las mismas por sexo incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009, Gran Grupo), expresado en número absoluto y tanto por ciento.

Gran Grupo	Actividad	Empresas	Hombres		Mujeres	
			Número	%	Número	%
A	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	19	33	0,06	5	0,28
B	Industrias extractivas	29	506	0,98	5	0,28
C	Industria manufacturera	571	23.046	44,57	1.007	55,94
D	Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado	21	138	0,27	0	0,00
E	Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	288	5.480	10,60	86	4,78
F	Construcción	1.209	10.051	19,44	110	6,11
G	Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas	133	1.080	2,09	57	3,17
H	Transporte y almacenamiento	155	4.310	8,34	120	6,67
I	Hostelería	5	10	0,02	0	0,00
J	Información y comunicaciones	2	1.000	1,93	40	2,22
K	Actividades financieras y de seguros	2	16	0,03	4	0,22
L	Actividades inmobiliarias	3	4	0,01	0	0,00
M	Actividades profesionales, científicas y técnicas	33	232	0,45	19	1,06
N	Actividades administrativas y servicios auxiliares	35	268	0,52	3	0,17
O	Administración Pública y defensa; Seguridad Social obligatoria	79	1.463	2,83	27	1,50

P	Educación	4	8	0,02	2	0,11
Q	Actividades sanitarias y de servicios sociales	7	258	0,50	267	14,83
R	Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	1	16	0,03	0	0,00
S	Otros servicios	24	270	0,52	3	0,17
T	Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico; actividades de los hogares como productores de bienes y servicios para uso propio	1	12	0,02	0	0,00
U	Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	4	17	0,03	1	0,06
#	Sin datos	72	3.486	6,74	44	2,44
Total		**2.697**	**51.704**	**100,00**	**1.800**	**100,00**

** Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

Tabla 9. Número de empresas y trabajadores de las mismas incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 2 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento.

CNAE (2 dígitos)	Actividad Económica	Empresas	Trabajadores	
			Número	%
01	Agricultura, ganadería, caza y servicios relacionados con las mismas	3	5	0,01
02	Silvicultura y explotación forestal	5	20	0,04
03	Pesca y acuicultura	1	1	0,00
05	Extracción de antracita, hulla y lignito	9	14	0,03
07	Extracción de minerales metálicos	3	3	0,01
08	Otras industrias extractivas	16	493	0,92
10	Industria de la alimentación	16	67	0,13
13	Industria textil	20	22	0,04
14	Confección de prendas de vestir	2	2	0,00
15	Industria del cuero y del calzado	2	2	0,00
16	Industria de la madera y del corcho, excepto muebles; cestería y espartería	5	132	0,25
17	Industria del papel	3	104	0,19
18	Artes gráficas y reproducción de soportes grabados	7	68	0,13
19	Coquerías y refino de petróleo	4	42	0,08
20	Industria química	25	315	0,59
21	Fabricación de productos farmacéuticos	3	14	0,03
22	Fabricación de productos de caucho y plásticos	27	1.291	2,41
23	Fabricación de otros productos minerales no metálicos	68	3.741	6,99
24	Metalurgia; fabricación de productos de hierro, acero y ferroaleaciones	73	1.988	3,72
25	Fabricación de productos metálicos, excepto maquinaria y equipo	98	1.149	2,15
26	Fabricación de productos informáticos, electrónicos y ópticos	8	84	0,16
27	Fabricación de material y equipo eléctrico	29	506	0,95
28	Fabricación de maquinaria y equipo n.c.o.p.	40	1.151	2,15
29	Fabricación de vehículos de motor, remolques y semirremolques	46	2.239	4,18
30	Fabricación de otro material de transporte	61	10.857	20,29
31	Fabricación de muebles	2	5	0,01
32	Otras industrias manufactureras	7	39	0,07
33	Reparación e instalación de maquinaria y equipo	33	245	0,46
35	Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado	21	138	0,26
36	Captación, depuración y distribución de agua	175	4.624	8,64
37	Recogida y tratamiento de aguas residuales	5	34	0,06
38	Recogida, tratamiento y eliminación de residuos; valorización	87	701	1,31
39	Actividades de descontaminación y otros servicios de gestión de residuos	22	208	0,39
41	Construcción de edificios	489	3.001	5,61
42	Ingeniería civil	112	911	1,70
43	Actividades de construcción especializada	608	6.249	11,68
45	Venta y reparación de vehículos de motor y motocicletas	84	824	1,54

46	Comercio al por mayor e intermediarios del comercio, excepto de vehículos de motor y motocicletas	39	302	0,56
47	Comercio al por menor, excepto de vehículos de motor y motocicletas	12	14	0,03
49	Transporte terrestre y por tubería	77	3.312	6,19
50	Transporte marítimo y por vías navegables interiores	61	800	1,50
52	Almacenamiento y actividades anexas al transporte	16	316	0,59
55	Servicios de alojamiento	3	3	0,01
56	Servicios de comidas y bebidas	2	7	0,01
60	Actividades de programación y emisión de radio y televisión	1	1.039	1,94
61	Telecomunicaciones	1	1	0,00
64	Servicios financieros, excepto seguros y fondos de pensiones	2	20	0,04
68	Actividades inmobiliarias	3	4	0,01
69	Actividades jurídicas y de contabilidad	1	1	0,00
71	Servicios técnicos de arquitectura e ingeniería; ensayos y análisis técnicos	21	228	0,43
72	Investigación y desarrollo	1	1	0,00
74	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas	10	21	0,04
77	Actividades de alquiler	7	51	0,10
78	Actividades relacionadas con el empleo	2	4	0,01
80	Actividades de seguridad e investigación	4	12	0,02
81	Servicios a edificios y actividades de jardinería	17	198	0,37
82	Actividades administrativas de oficina y otras actividades auxiliares a las empresas	5	6	0,01
84	Administración Pública y defensa; Seguridad Social obligatoria	78	1.456	2,72
85	Educación	4	10	0,02
86	Actividades sanitarias	7	525	0,98
93	Actividades deportivas, recreativas y de entretenimiento	1	16	0,03
94	Actividades asociativas	20	247	0,46
95	Reparación de ordenadores, efectos personales y artículos de uso doméstico	1	2	0,00
96	Otros servicios personales	4	25	0,05
97	Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico	1	12	0,02
99	Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	5	52	0,10
ND	CNAE Desconocido	72	3.530	6,60
Total		**2.697**	**53.504**	**100,00**

** Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

Tabla 10. Número de empresas y trabajadores de las mismas por sexo incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 2 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento.

CNAE (2 dígitos)	Actividad Económica	Empresas	Hombres		Mujeres	
			Número	%	Número	%
01	Agricultura, ganadería, caza y servicios relacionados con las mismas	3	5	0,01	0	0,00
02	Silvicultura y explotación forestal	5	17	0,03	3	0,17
03	Pesca y acuicultura	1	1	0,00	0	0,00
05	Extracción de antracita, hulla y lignito	9	14	0,03	0	0,00
07	Extracción de minerales metálicos	3	3	0,01	0	0,00
08	Otras industrias extractivas	16	488	0,94	5	0,28
10	Industria de la alimentación	16	67	0,13	0	0,00
13	Industria textil	20	13	0,03	9	0,50
14	Confección de prendas de vestir	2	2	0,00	0	0,00
15	Industria del cuero y del calzado	2	1	0,00	1	0,06
16	Industria de la madera y del corcho, excepto muebles; cestería y espartería	5	128	0,25	4	0,22
17	Industria del papel	3	104	0,20	0	0,00
18	Artes gráficas y reproducción de soportes grabados	7	68	0,13	0	0,00
19	Coquerías y refino de petróleo	4	42	0,08	0	0,00

20	Industria química	25	305	0,59	10	0,56
21	Fabricación de productos farmacéuticos	3	14	0,03	0	0,00
22	Fabricación de productos de caucho y plásticos	27	1.287	2,49	4	0,22
23	Fabricación de otros productos minerales no metálicos	68	3.520	6,81	221	12,28
24	Metalurgia; fabricación de productos de hierro, acero y ferroaleaciones	73	1.977	3,82	11	0,61
25	Fabricación de productos metálicos, excepto maquinaria y equipo	98	1.066	2,06	83	4,61
26	Fabricación de productos informáticos, electrónicos y ópticos	8	84	0,16	0	0,00
27	Fabricación de material y equipo eléctrico	29	453	0,88	53	2,94
28	Fabricación de maquinaria y equipo n.c.o.p.	40	1.123	2,17	28	1,56
29	Fabricación de vehículos de motor, remolques y semirremolques	46	1.834	3,55	405	22,50
30	Fabricación de otro material de transporte	61	10.680	20,66	177	9,83
31	Fabricación de muebles	2	5	0,01	0	0,00
32	Otras industrias manufactureras	7	37	0,07	2	0,11
33	Reparación e instalación de maquinaria y equipo	33	244	0,47	1	0,06
35	Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado	21	138	0,27	0	0,00
36	Captación, depuración y distribución de agua	175	4.590	8,88	34	1,89
37	Recogida y tratamiento de aguas residuales	5	33	0,06	1	0,06
38	Recogida, tratamiento y eliminación de residuos; valorización	87	652	1,26	49	2,72
39	Actividades de descontaminación y otros servicios de gestión de residuos	22	206	0,40	2	0,11
41	Construcción de edificios	489	2.982	5,77	19	1,06
42	Ingeniería civil	112	887	1,72	24	1,33
43	Actividades de construcción especializada	608	6.182	11,96	67	3,72
45	Venta y reparación de vehículos de motor y motocicletas	84	777	1,50	47	2,61
46	Comercio al por mayor e intermediarios del comercio, excepto de vehículos de motor y motocicletas	39	292	0,56	10	0,56
47	Comercio al por menor, excepto de vehículos de motor y motocicletas	12	14	0,03	0	0,00
49	Transporte terrestre y por tubería	77	3.203	6,19	109	6,06
50	Transporte marítimo y por vías navegables interiores	61	789	1,53	11	0,61
52	Almacenamiento y actividades anexas al transporte	16	316	0,61	0	0,00
55	Servicios de alojamiento	3	3	0,01	0	0,00
56	Servicios de comidas y bebidas	2	7	0,01	0	0,00
60	Actividades de programación y emisión de radio y televisión	1	999	1,93	40	2,22
61	Telecomunicaciones	1	1	0,00	0	0,00
64	Servicios financieros, excepto seguros y fondos de pensiones	2	16	0,03	4	0,22
68	Actividades inmobiliarias	3	4	0,01	0	0,00
69	Actividades jurídicas y de contabilidad	1	1	0,00	0	0,00
71	Servicios técnicos de arquitectura e ingeniería; ensayos y análisis técnicos	21	214	0,41	14	0,78
72	Investigación y desarrollo	1	1	0,00	0	0,00
74	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas	10	16	0,03	5	0,28
77	Actividades de alquiler	7	51	0,10	0	0,00
78	Actividades relacionadas con el empleo	2	4	0,01	0	0,00
80	Actividades de seguridad e investigación	4	12	0,02	0	0,00
81	Servicios a edificios y actividades de jardinería	17	196	0,38	2	0,11
82	Actividades administrativas de oficina y otras actividades auxiliares a las empresas	5	5	0,01	1	0,06
84	Administración Pública y defensa; Seguridad Social obligatoria	78	1.429	2,76	27	1,50
85	Educación	4	8	0,02	2	0,11
86	Actividades sanitarias	7	258	0,50	267	14,83
93	Actividades deportivas, recreativas y de entretenimiento	1	16	0,03	0	0,00
94	Actividades asociativas	20	245	0,47	2	0,11
95	Reparación de ordenadores, efectos personales y artículos de uso doméstico	1	2	0,00	0	0,00
96	Otros servicios personales	4	24	0,05	1	0,06

97	Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico	1	12	0,02	0	0,00
99	Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	5	51	0,10	1	0,06
ND	CNAE Desconocido	72	3.486	6,74	44	2,44
Total		**2.697**	**51.704**	**100,00**	**1.800**	**100,00**

** Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

Tabla 11. Número de empresas y trabajadores de las mismas incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 3 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento.

CNAE (3 dígitos)	Actividad Económica	Empresas	Trabajadores	
			Número	%
011	Cultivos no perennes	1	1	0,00
016	Actividades de apoyo a la agricultura, a la ganadería y de preparación posterior a la cosecha	2	4	0,01
021	Silvicultura y otras actividades forestales	1	14	0,03
024	Servicios de apoyo a la silvicultura	4	6	0,01
031	Pesca	1	1	0,00
051	Extracción de antracita y hulla	9	14	0,03
071	Extracción de minerales de hierro	2	2	0,00
072	Extracción de minerales metálicos no férreos	1	1	0,00
081	Extracción de piedra, arena y arcilla	13	64	0,12
089	Industrias extractivas n.c.o.p.	3	429	0,80
103	Procesado y conservación de frutas y hortalizas	1	1	0,00
104	Fabricación de aceites y grasas vegetales y animales	1	5	0,01
107	Fabricación de productos de panadería y pastas alimenticias	7	12	0,02
108	Fabricación de otros productos alimenticios	7	49	0,09
131	Preparación e hilado de fibras textiles	9	11	0,02
132	Fabricación de tejidos textiles	5	5	0,01
133	Acabado de textiles	3	3	0,01
139	Fabricación de otros productos textiles	3	3	0,01
141	Confección de prendas de vestir, excepto de peletería	2	2	0,00
152	Fabricación de calzado	2	2	0,00
162	Fabricación de productos de madera, corcho, cestería y espartería	5	132	0,25
171	Fabricación de pasta papelera, papel y cartón	2	3	0,01
172	Fabricación de artículos de papel y de cartón	1	101	0,19
181	Artes gráficas y servicios relacionados con las mismas	7	68	0,13
192	Refino de petróleo	4	42	0,08
201	Fabricación de productos químicos básicos, compuestos nitrogenados, fertilizantes, plásticos y caucho sintético en formas primarias	12	140	0,26
203	Fabricación de pinturas, barnices y revestimientos similares; tintas de imprenta y masillas	3	41	0,08
204	Fabricación de jabones, detergentes y otros artículos de limpieza y abrillantamiento; fabricación de perfumes y cosméticos	2	2	0,00
205	Fabricación de otros productos químicos	6	128	0,24
206	Fabricación de fibras artificiales y sintéticas	2	4	0,01
211	Fabricación de productos farmacéuticos de base	1	11	0,02
212	Fabricación de especialidades farmacéuticas	2	3	0,01
221	Fabricación de productos de caucho	16	1.098	2,05
222	Fabricación de productos de plástico	11	193	0,36
231	Fabricación de vidrio y productos de vidrio	14	698	1,30
232	Fabricación de productos cerámicos refractarios	4	5	0,01
233	Fabricación de productos cerámicos para la construcción	3	10	0,02
234	Fabricación de otros productos cerámicos	1	1	0,00
235	Fabricación de cemento, cal y yeso	11	208	0,39
236	Fabricación de elementos de hormigón, cemento y yeso	27	2.610	4,88
239	Fabricación de productos abrasivos y productos minerales no metálicos n.c.o.p.	8	209	0,39

241	Fabricación de productos básicos de hierro, acero y ferroaleaciones	24	1.056	1,97
242	Fabricación de tubos, tuberías, perfiles huecos y sus accesorios, de acero	7	341	0,64
243	Fabricación de otros productos de primera transformación del acero	7	101	0,19
244	Producción de metales preciosos y de otros metales no férreos	5	81	0,15
245	Fundición de metales	30	409	0,76
251	Fabricación de elementos metálicos para la construcción	66	770	1,44
252	Fabricación de cisternas, grandes depósitos y contenedores de metal	9	31	0,06
253	Fabricación de generadores de vapor, excepto calderas de calefacción central	1	5	0,01
255	Forja, estampación y embutición de metales; metalurgia de polvos	5	21	0,04
256	Tratamiento y revestimiento de metales; ingeniería mecánica por cuenta de terceros	2	3	0,01
257	Fabricación de artículos de cuchillería y cubertería, herramientas y ferretería	6	80	0,15
259	Fabricación de otros productos metálicos	9	239	0,45
261	Fabricación de componentes electrónicos y circuitos impresos ensamblados	3	8	0,01
263	Fabricación de equipos de telecomunicaciones	1	72	0,13
266	Fabricación de equipos de radiación, electromédicos y electroterapéuticos	2	2	0,00
267	Fabricación de instrumentos de óptica y equipo fotográfico	2	2	0,00
271	Fabricación de motores, generadores y transformadores eléctricos, y de aparatos de distribución y control eléctrico	10	366	0,68
272	Fabricación de pilas y acumuladores eléctricos	3	31	0,06
273	Fabricación de cables y dispositivos de cableado	3	3	0,01
274	Fabricación de lámparas y aparatos eléctricos de iluminación	3	4	0,01
275	Fabricación de aparatos domésticos	2	47	0,09
279	Fabricación de otro material y equipo eléctrico	8	55	0,10
281	Fabricación de maquinaria de uso general	6	228	0,43
282	Fabricación de otra maquinaria de uso general	17	371	0,69
283	Fabricación de maquinaria agraria y forestal	2	4	0,01
284	Fabricación de máquinas herramienta para trabajar el metal y otras máquinas herramienta	1	67	0,13
289	Fabricación de otra maquinaria para usos específicos	14	481	0,90
291	Fabricación de vehículos de motor	4	159	0,30
292	Fabricación de carrocerías para vehículos de motor; fabricación de remolques y semirremolques	2	28	0,05
293	Fabricación de componentes, piezas y accesorios para vehículos de motor	40	2.052	3,84
301	Construcción naval	38	9.169	17,14
302	Fabricación de locomotoras y material ferroviario	18	1.545	2,89
303	Construcción aeronáutica y espacial y su maquinaria	4	142	0,27
309	Fabricación de otro material de transporte n.c.o.p.	1	1	0,00
310	Fabricación de muebles	2	5	0,01
321	Fabricación de artículos de joyería, bisutería y similares	2	3	0,01
322	Fabricación de instrumentos musicales	3	34	0,06
325	Fabricación de instrumentos y suministros médicos y odontológicos	1	1	0,00
329	Industrias manufactureras n.c.o.p.	1	1	0,00
331	Reparación de productos metálicos, maquinaria y equipo	27	179	0,33
332	Instalación de máquinas y equipos industriales	6	66	0,12
351	Producción, transporte y distribución de energía eléctrica	19	136	0,25
352	Producción de gas; distribución por tubería de combustibles gaseosos	2	2	0,00
360	Captación, depuración y distribución de agua	175	4.624	8,64
370	Recogida y tratamiento de aguas residuales	5	34	0,06
381	Recogida de residuos	36	267	0,50
382	Tratamiento y eliminación de residuos	31	284	0,53
383	Valorización	20	150	0,28
390	Actividades de descontaminación y otros servicios de gestión de residuos	22	208	0,39
411	Promoción inmobiliaria	6	30	0,06
412	Construcción de edificios	483	2.971	5,55
421	Construcción de carreteras y vías férreas, puentes y túneles	29	444	0,83
422	Construcción de redes	10	128	0,24
429	Construcción de otros proyectos de ingeniería civil	73	339	0,63

431	Demolición y preparación de terrenos	176	2.270	4,24
432	Instalaciones eléctricas, de fontanería y otras instalaciones en obras de construcción	186	1.537	2,87
433	Acabado de edificios	64	407	0,76
439	Otras actividades de construcción especializada	182	2.035	3,80
451	Venta de vehículos de motor	4	22	0,04
452	Mantenimiento y reparación de vehículos de motor	61	445	0,83
453	Comercio de repuestos y accesorios de vehículos de motor	19	357	0,67
461	Intermediarios del comercio	3	11	0,02
463	Comercio al por mayor de productos alimenticios, bebidas y tabaco	3	7	0,01
466	Comercio al por mayor de otra maquinaria, equipos y suministros	8	187	0,35
467	Otro comercio al por mayor especializado	22	92	0,17
469	Comercio al por mayor no especializado	3	5	0,01
472	Comercio al por menor de productos alimenticios, bebidas y tabaco en establecimientos especializados	4	6	0,01
474	Comercio al por menor de equipos para las tecnologías de la información y las comunicaciones en establecimientos especializados	1	1	0,00
475	Comercio al por menor de otros artículos de uso doméstico en establecimientos especializados	2	2	0,00
476	Comercio al por menor de artículos culturales y recreativos en establecimientos especializados	2	2	0,00
477	Comercio al por menor de otros artículos en establecimientos especializados	3	3	0,01
491	Transporte interurbano de pasajeros por ferrocarril	16	2.945	5,50
493	Otro transporte terrestre de pasajeros	12	138	0,26
494	Transporte de mercancías por carretera y servicios de mudanza	48	228	0,43
495	Transporte por tubería	1	1	0,00
501	Transporte marítimo de pasajeros	6	9	0,02
503	Transporte de pasajeros por vías navegables interiores	1	8	0,01
504	Transporte de mercancías por vías navegables interiores	54	783	1,46
521	Depósito y almacenamiento	2	7	0,01
522	Actividades anexas al transporte	14	309	0,58
551	Hoteles y alojamientos similares	3	3	0,01
561	Restaurantes y puestos de comidas	2	7	0,01
601	Actividades de radiodifusión	1	1.039	1,94
619	Otras actividades de telecomunicaciones	1	1	0,00
642	Actividades de las sociedades holding	1	1	0,00
649	Otros servicios financieros, excepto seguros y fondos de pensiones	1	19	0,04
682	Alquiler de bienes inmobiliarios por cuenta propia	2	3	0,01
683	Actividades inmobiliarias por cuenta de terceros	1	1	0,00
692	Actividades de contabilidad, teneduría de libros, auditoría y asesoría fiscal	1	1	0,00
711	Servicios técnicos de arquitectura e ingeniería y otras actividades relacionadas con el asesoramiento técnico	17	222	0,41
712	Ensayos y análisis técnicos	4	6	0,01
721	Investigación y desarrollo experimental en ciencias naturales y técnicas	1	1	0,00
742	Actividades de fotografía	2	2	0,00
749	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.o.p.	8	19	0,04
771	Alquiler de vehículos de motor	1	1	0,00
773	Alquiler de otra maquinaria, equipos y bienes tangibles	6	50	0,09
781	Actividades de las agencias de colocación	1	3	0,01
782	Actividades de las empresas de trabajo temporal	1	1	0,00
801	Actividades de seguridad privada	3	10	0,02
802	Servicios de sistemas de seguridad	1	2	0,00
811	Servicios integrales a edificios e instalaciones	1	2	0,00
812	Actividades de limpieza	16	196	0,37
821	Actividades administrativas y auxiliares de oficina	2	3	0,01
829	Actividades de apoyo a las empresas n.c.o.p.	3	3	0,01
841	Administración Pública y de la política económica y social	66	922	1,72
842	Prestación de servicios a la comunidad en general	2	162	0,30
843	Seguridad Social obligatoria	10	372	0,70

853	Educación secundaria	2	5	0,01
855	Otra educación	2	5	0,01
861	Actividades hospitalarias	6	524	0,98
869	Otras actividades sanitarias	1	1	0,00
931	Actividades deportivas	1	16	0,03
949	Otras actividades asociativas	20	247	0,46
952	Reparación de efectos personales y artículos de uso doméstico	1	2	0,00
960	Otros servicios personales	4	25	0,05
970	Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico	1	12	0,02
999	Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	5	52	0,10
ND	CNAE Desconocido	72	3.530	6,60
Total		**2.697**	**53.504**	**100,00**

** Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

Tabla 12. Número de empresas y trabajadores de las mismas por sexo incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 3 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento.

CNAE (3 dígitos)	Actividad Económica	Empresas	Hombres		Mujeres	
			Número	%	Número	%
011	Cultivos no perennes	1	1	0,00	0	0,00
016	Actividades de apoyo a la agricultura, a la ganadería y de preparación posterior a la cosecha	2	4	0,01	0	0,00
021	Silvicultura y otras actividades forestales	1	14	0,03	0	0,00
024	Servicios de apoyo a la silvicultura	4	3	0,01	3	0,17
031	Pesca	1	1	0,00	0	0,00
051	Extracción de antracita y hulla	9	14	0,03	0	0,00
071	Extracción de minerales de hierro	2	2	0,00	0	0,00
072	Extracción de minerales metálicos no férreos	1	1	0,00	0	0,00
081	Extracción de piedra, arena y arcilla	13	62	0,12	2	0,11
089	Industrias extractivas n.c.o.p.	3	426	0,82	3	0,17
103	Procesado y conservación de frutas y hortalizas	1	1	0,00	0	0,00
104	Fabricación de aceites y grasas vegetales y animales	1	5	0,01	0	0,00
107	Fabricación de productos de panadería y pastas alimenticias	7	12	0,02	0	0,00
108	Fabricación de otros productos alimenticios	7	49	0,09	0	0,00
131	Preparación e hilado de fibras textiles	9	7	0,01	4	0,22
132	Fabricación de tejidos textiles	5	2	0,00	3	0,17
133	Acabado de textiles	3	1	0,00	2	0,11
139	Fabricación de otros productos textiles	3	3	0,01	0	0,00
141	Confección de prendas de vestir, excepto de peletería	2	2	0,00	0	0,00
152	Fabricación de calzado	2	1	0,00	1	0,06
162	Fabricación de productos de madera, corcho, cestería y espartería	5	128	0,25	4	0,22
171	Fabricación de pasta papelera, papel y cartón	2	3	0,01	0	0,00
172	Fabricación de artículos de papel y de cartón	1	101	0,20	0	0,00
181	Artes gráficas y servicios relacionados con las mismas	7	68	0,13	0	0,00
192	Refino de petróleo	4	42	0,08	0	0,00
201	Fabricación de productos químicos básicos, compuestos nitrogenados, fertilizantes, plásticos y caucho sintético en formas primarias	12	139	0,27	1	0,06
203	Fabricación de pinturas, barnices y revestimientos similares; tintas de imprenta y masillas	3	36	0,07	5	0,28
204	Fabricación de jabones, detergentes y otros artículos de limpieza y abrillantamiento; fabricación de perfumes y cosméticos	2	2	0,00	0	0,00
205	Fabricación de otros productos químicos	6	124	0,24	4	0,22
206	Fabricación de fibras artificiales y sintéticas	2	4	0,01	0	0,00
211	Fabricación de productos farmacéuticos de base	1	11	0,02	0	0,00
212	Fabricación de especialidades farmacéuticas	2	3	0,01	0	0,00

221	Fabricación de productos de caucho	16	1.094	2,12	4	0,22
222	Fabricación de productos de plástico	11	193	0,37	0	0,00
231	Fabricación de vidrio y productos de vidrio	14	685	1,32	13	0,72
232	Fabricación de productos cerámicos refractarios	4	5	0,01	0	0,00
233	Fabricación de productos cerámicos para la construcción	3	10	0,02	0	0,00
234	Fabricación de otros productos cerámicos	1	1	0,00	0	0,00
235	Fabricación de cemento, cal y yeso	11	205	0,40	3	0,17
236	Fabricación de elementos de hormigón, cemento y yeso	27	2.465	4,77	145	8,06
239	Fabricación de productos abrasivos y productos minerales no metálicos n.c.o.p.	8	149	0,29	60	3,33
241	Fabricación de productos básicos de hierro, acero y ferroaleaciones	24	1.055	2,04	1	0,06
242	Fabricación de tubos, tuberías, perfiles huecos y sus accesorios, de acero	7	340	0,66	1	0,06
243	Fabricación de otros productos de primera transformación del acero	7	101	0,20	0	0,00
244	Producción de metales preciosos y de otros metales no férreos	5	79	0,15	2	0,11
245	Fundición de metales	30	402	0,78	7	0,39
251	Fabricación de elementos metálicos para la construcción	66	766	1,48	4	0,22
252	Fabricación de cisternas, grandes depósitos y contenedores de metal	9	30	0,06	1	0,06
253	Fabricación de generadores de vapor, excepto calderas de calefacción central	1	5	0,01	0	0,00
255	Forja, estampación y embutición de metales; metalurgia de polvos	5	21	0,04	0	0,00
256	Tratamiento y revestimiento de metales; ingeniería mecánica por cuenta de terceros	2	3	0,01	0	0,00
257	Fabricación de artículos de cuchillería y cubertería, herramientas y ferretería	6	80	0,15	0	0,00
259	Fabricación de otros productos metálicos	9	161	0,31	78	4,33
261	Fabricación de componentes electrónicos y circuitos impresos ensamblados	3	8	0,02	0	0,00
263	Fabricación de equipos de telecomunicaciones	1	72	0,14	0	0,00
266	Fabricación de equipos de radiación, electromédicos y electroterapéuticos	2	2	0,00	0	0,00
267	Fabricación de instrumentos de óptica y equipo fotográfico	2	2	0,00	0	0,00
271	Fabricación de motores, generadores y transformadores eléctricos, y de aparatos de distribución y control eléctrico	10	320	0,62	46	2,56
272	Fabricación de pilas y acumuladores eléctricos	3	28	0,05	3	0,17
273	Fabricación de cables y dispositivos de cableado	3	2	0,00	1	0,06
274	Fabricación de lámparas y aparatos eléctricos de iluminación	3	3	0,01	1	0,06
275	Fabricación de aparatos domésticos	2	45	0,09	2	0,11
279	Fabricación de otro material y equipo eléctrico	8	55	0,11	0	0,00
281	Fabricación de maquinaria de uso general	6	227	0,44	1	0,06
282	Fabricación de otra maquinaria de uso general	17	359	0,69	12	0,67
283	Fabricación de maquinaria agraria y forestal	2	4	0,01	0	0,00
284	Fabricación de máquinas herramienta para trabajar el metal y otras máquinas herramienta	1	67	0,13	0	0,00
289	Fabricación de otra maquinaria para usos específicos	14	466	0,90	15	0,83
291	Fabricación de vehículos de motor	4	159	0,31	0	0,00
292	Fabricación de carrocerías para vehículos de motor; fabricación de remolques y semirremolques	2	28	0,05	0	0,00
293	Fabricación de componentes, piezas y accesorios para vehículos de motor	40	1.647	3,19	405	22,50
301	Construcción naval	38	9.005	17,42	164	9,11
302	Fabricación de locomotoras y material ferroviario	18	1.536	2,97	9	0,50
303	Construcción aeronáutica y espacial y su maquinaria	4	138	0,27	4	0,22
309	Fabricación de otro material de transporte n.c.o.p.	1	1	0,00	0	0,00
310	Fabricación de muebles	2	5	0,01	0	0,00
321	Fabricación de artículos de joyería, bisutería y similares	2	3	0,01	0	0,00
322	Fabricación de instrumentos musicales	3	32	0,06	2	0,11

325	Fabricación de instrumentos y suministros médicos y odontológicos	1	1	0,00	0	0,00
329	Industrias manufactureras n.c.o.p.	1	1	0,00	0	0,00
331	Reparación de productos metálicos, maquinaria y equipo	27	178	0,34	1	0,06
332	Instalación de máquinas y equipos industriales	6	66	0,13	0	0,00
351	Producción, transporte y distribución de energía eléctrica	19	136	0,26	0	0,00
352	Producción de gas; distribución por tubería de combustibles gaseosos	2	2	0,00	0	0,00
360	Captación, depuración y distribución de agua	175	4.590	8,88	34	1,89
370	Recogida y tratamiento de aguas residuales	5	33	0,06	1	0,06
381	Recogida de residuos	36	258	0,50	9	0,50
382	Tratamiento y eliminación de residuos	31	268	0,52	16	0,89
383	Valorización	20	126	0,24	24	1,33
390	Actividades de descontaminación y otros servicios de gestión de residuos	22	206	0,40	2	0,11
411	Promoción inmobiliaria	6	30	0,06	0	0,00
412	Construcción de edificios	483	2.952	5,71	19	1,06
421	Construcción de carreteras y vías férreas, puentes y túneles	29	424	0,82	20	1,11
422	Construcción de redes	10	127	0,25	1	0,06
429	Construcción de otros proyectos de ingeniería civil	73	336	0,65	3	0,17
431	Demolición y preparación de terrenos	176	2.238	4,33	32	1,78
432	Instalaciones eléctricas, de fontanería y otras instalaciones en obras de construcción	186	1.524	2,95	13	0,72
433	Acabado de edificios	64	404	0,78	3	0,17
439	Otras actividades de construcción especializada	182	2.016	3,90	19	1,06
451	Venta de vehículos de motor	4	21	0,04	1	0,06
452	Mantenimiento y reparación de vehículos de motor	61	434	0,84	11	0,61
453	Comercio de repuestos y accesorios de vehículos de motor	19	322	0,62	35	1,94
461	Intermediarios del comercio	3	11	0,02	0	0,00
463	Comercio al por mayor de productos alimenticios, bebidas y tabaco	3	7	0,01	0	0,00
466	Comercio al por mayor de otra maquinaria, equipos y suministros	8	182	0,35	5	0,28
467	Otro comercio al por mayor especializado	22	87	0,17	5	0,28
469	Comercio al por mayor no especializado	3	5	0,01	0	0,00
472	Comercio al por menor de productos alimenticios, bebidas y tabaco en establecimientos especializados	4	6	0,01	0	0,00
474	Comercio al por menor de equipos para las tecnologías de la información y las comunicaciones en establecimientos especializados	1	1	0,00	0	0,00
475	Comercio al por menor de otros artículos de uso doméstico en establecimientos especializados	2	2	0,00	0	0,00
476	Comercio al por menor de artículos culturales y recreativos en establecimientos especializados	2	2	0,00	0	0,00
477	Comercio al por menor de otros artículos en establecimientos especializados	3	3	0,01	0	0,00
491	Transporte interurbano de pasajeros por ferrocarril	16	2.836	5,49	109	6,06
493	Otro transporte terrestre de pasajeros	12	138	0,27	0	0,00
494	Transporte de mercancías por carretera y servicios de mudanza	48	228	0,44	0	0,00
495	Transporte por tubería	1	1	0,00	0	0,00
501	Transporte marítimo de pasajeros	6	9	0,02	0	0,00
503	Transporte de pasajeros por vías navegables interiores	1	8	0,02	0	0,00
504	Transporte de mercancías por vías navegables interiores	54	772	1,49	11	0,61
521	Depósito y almacenamiento	2	7	0,01	0	0,00
522	Actividades anexas al transporte	14	309	0,60	0	0,00
551	Hoteles y alojamientos similares	3	3	0,01	0	0,00
561	Restaurantes y puestos de comidas	2	7	0,01	0	0,00
601	Actividades de radiodifusión	1	999	1,93	40	2,22
619	Otras actividades de telecomunicaciones	1	1	0,00	0	0,00
642	Actividades de las sociedades holding	1	0	0,00	1	0,06

649	Otros servicios financieros, excepto seguros y fondos de pensiones	1	16	0,03	3	0,17
682	Alquiler de bienes inmobiliarios por cuenta propia	2	3	0,01	0	0,00
683	Actividades inmobiliarias por cuenta de terceros	1	1	0,00	0	0,00
692	Actividades de contabilidad, teneduría de libros, auditoría y asesoría fiscal	1	1	0,00	0	0,00
711	Servicios técnicos de arquitectura e ingeniería y otras actividades relacionadas con el asesoramiento técnico	17	208	0,40	14	0,78
712	Ensayos y análisis técnicos	4	6	0,01	0	0,00
721	Investigación y desarrollo experimental en ciencias naturales y técnicas	1	1	0,00	0	0,00
742	Actividades de fotografía	2	2	0,00	0	0,00
749	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.o.p.	8	14	0,03	5	0,28
771	Alquiler de vehículos de motor	1	1	0,00	0	0,00
773	Alquiler de otra maquinaria, equipos y bienes tangibles	6	50	0,10	0	0,00
781	Actividades de las agencias de colocación	1	3	0,01	0	0,00
782	Actividades de las empresas de trabajo temporal	1	1	0,00	0	0,00
801	Actividades de seguridad privada	3	10	0,02	0	0,00
802	Servicios de sistemas de seguridad	1	2	0,00	0	0,00
811	Servicios integrales a edificios e instalaciones	1	2	0,00	0	0,00
812	Actividades de limpieza	16	194	0,38	2	0,11
821	Actividades administrativas y auxiliares de oficina	2	2	0,00	1	0,06
829	Actividades de apoyo a las empresas n.c.o.p.	3	3	0,01	0	0,00
841	Administración Pública y de la política económica y social	66	897	1,73	25	1,39
842	Prestación de servicios a la comunidad en general	2	162	0,31	0	0,00
843	Seguridad Social obligatoria	10	370	0,72	2	0,11
853	Educación secundaria	2	5	0,01	0	0,00
855	Otra educación	2	3	0,01	2	0,11
861	Actividades hospitalarias	6	257	0,50	267	14,83
869	Otras actividades sanitarias	1	1	0,00	0	0,00
931	Actividades deportivas	1	16	0,03	0	0,00
949	Otras actividades asociativas	20	245	0,47	2	0,11
952	Reparación de efectos personales y artículos de uso doméstico	1	2	0,00	0	0,00
960	Otros servicios personales	4	24	0,05	1	0,06
970	Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico	1	12	0,02	0	0,00
999	Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	5	51	0,10	1	0,06
ND	CNAE Desconocido	72	3.486	6,74	44	2,44
Total		**2.697**	**51.704**	**100**	**1.800**	**100**

** Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

Tabla 13. Número de empresas y trabajadores de las mismas incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 4 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento.

CNAE (4 dígitos)	Actividad Económica	Empresas	Trabajadores	
			Número	%
0119	Otros cultivos no perennes	1	1	0,00
0161	Actividades de apoyo a la agricultura	2	4	0,01
0210	Silvicultura y otras actividades forestales	1	14	0,03
0240	Servicios de apoyo a la silvicultura	4	6	0,01
0311	Pesca marina	1	1	0,00
0510	Extracción de antracita y hulla	9	14	0,03
0710	Extracción de minerales de hierro	2	2	0,00
0729	Extracción de otros minerales metálicos no férreos	1	1	0,00
0811	Extracción de piedra ornamental y para la construcción, piedra caliza, yeso, creta y pizarra	7	16	0,03
0812	Extracción de gravas y arenas; extracción de arcilla y caolín	6	48	0,09

0899	Otras industrias extractivas n.c.o.p.	3	429	0,80
1031	Procesado y conservación de patatas	1	1	0,00
1043	Fabricación de aceite de oliva	1	5	0,01
1071	Fabricación de pan y de productos frescos de panadería y pastelería	7	12	0,02
1081	Fabricación de azúcar	6	48	0,09
1082	Fabricación de cacao, chocolate y productos de confitería	1	1	0,00
1310	Preparación e hilado de fibras textiles	9	11	0,02
1320	Fabricación de tejidos textiles	5	5	0,01
1330	Acabado de textiles	3	3	0,01
1399	Fabricación de otros productos textiles n.c.o.p.	3	3	0,01
1412	Confección de ropa de trabajo	1	1	0,00
1413	Confección de otras prendas de vestir exteriores	1	1	0,00
1520	Fabricación de calzado	2	2	0,00
1621	Fabricación de chapas y tableros de madera	4	131	0,24
1629	Fabricación de otros productos de madera; artículos de corcho, cestería y espartería	1	1	0,00
1711	Fabricación de pasta papelera	2	3	0,01
1729	Fabricación de otros artículos de papel y cartón	1	101	0,19
1812	Otras actividades de impresión y artes gráficas	5	66	0,12
1813	Servicios de preimpresión y preparación de soportes	2	2	0,00
1920	Refino de petróleo	4	42	0,08
2013	Fabricación de otros productos básicos de química inorgánica	3	54	0,10
2015	Fabricación de fertilizantes y compuestos nitrogenados	4	8	0,01
2016	Fabricación de plásticos en formas primarias	3	53	0,10
2017	Fabricación de caucho sintético en formas primarias	2	25	0,05
2030	Fabricación de pinturas, barnices y revestimientos similares; tintas de imprenta y masillas	3	41	0,08
2042	Fabricación de perfumes y cosméticos	2	2	0,00
2059	Fabricación de otros productos químicos n.c.o.p.	6	128	0,24
2060	Fabricación de fibras artificiales y sintéticas	2	4	0,01
2110	Fabricación de productos farmacéuticos de base	1	11	0,02
2120	Fabricación de especialidades farmacéuticas	2	3	0,01
2211	Fabricación de neumáticos y cámaras de caucho; reconstrucción y recauchutado de neumáticos	11	1075	2,01
2219	Fabricación de otros productos de caucho	5	23	0,04
2221	Fabricación de placas, hojas, tubos y perfiles de plástico	1	8	0,01
2222	Fabricación de envases y embalajes de plástico	2	2	0,00
2223	Fabricación de productos de plástico para la construcción	1	1	0,00
2229	Fabricación de otros productos de plástico	7	182	0,34
2311	Fabricación de vidrio plano	6	666	1,24
2312	Manipulado y transformación de vidrio plano	1	1	0,00
2313	Fabricación de vidrio hueco	6	30	0,06
2319	Fabricación y manipulado de otro vidrio, incluido el vidrio técnico	1	1	0,00
2320	Fabricación de productos cerámicos refractarios	4	5	0,01
2331	Fabricación de azulejos y baldosas de cerámica	3	10	0,02
2342	Fabricación de aparatos sanitarios cerámicos	1	1	0,00
2351	Fabricación de cemento	9	206	0,39
2352	Fabricación de cal y yeso	2	2	0,00
2361	Fabricación de elementos de hormigón para la construcción	1	90	0,17
2365	Fabricación de fibrocemento	25	2293	4,29
2369	Fabricación de otros productos de hormigón, yeso y cemento	1	227	0,42
2391	Fabricación de productos abrasivos	1	1	0,00
2399	Fabricación de otros productos minerales no metálicos n.c.o.p.	7	208	0,39
2410	Fabricación de productos básicos de hierro, acero y ferroaleaciones	24	1056	1,97
2420	Fabricación de tubos, tuberías, perfiles huecos y sus accesorios, de acero	7	341	0,64
2433	Producción de perfiles en frío por conformación con plegado	7	101	0,19
2441	Producción de metales preciosos	1	1	0,00
2442	Producción de aluminio	2	43	0,08

2443	Producción de plomo, zinc y estaño	2	37	0,07
2451	Fundición de hierro	21	263	0,49
2452	Fundición de acero	7	135	0,25
2454	Fundición de otros metales no férreos	2	11	0,02
2511	Fabricación de estructuras metálicas y sus componentes	42	343	0,64
2512	Fabricación de carpintería metálica	24	427	0,80
2521	Fabricación de radiadores y calderas para calefacción central	8	8	0,01
2529	Fabricación de otras cisternas, grandes depósitos y contenedores de metal	1	23	0,04
2530	Fabricación de generadores de vapor, excepto calderas de calefacción central	1	5	0,01
2550	Forja, estampación y embutición de metales; metalurgia de polvos	5	21	0,04
2561	Tratamiento y revestimiento de metales	1	1	0,00
2562	Ingeniería mecánica por cuenta de terceros	1	2	0,00
2572	Fabricación de cerraduras y herrajes	3	65	0,12
2573	Fabricación de herramientas	3	15	0,03
2592	Fabricación de envases y embalajes metálicos ligeros	2	160	0,30
2593	Fabricación de productos de alambre, cadenas y muelles	3	16	0,03
2599	Fabricación de otros productos metálicos n.c.o.p.	4	63	0,12
2611	Fabricación de componentes electrónicos	2	7	0,01
2612	Fabricación de circuitos impresos ensamblados	1	1	0,00
2630	Fabricación de equipos de telecomunicaciones	1	72	0,13
2660	Fabricación de equipos de radiación, electromédicos y electroterapéuticos	2	2	0,00
2670	Fabricación de instrumentos de óptica y equipo fotográfico	2	2	0,00
2711	Fabricación de motores, generadores y transformadores eléctricos	9	361	0,67
2712	Fabricación de aparatos de distribución y control eléctrico	1	5	0,01
2720	Fabricación de pilas y acumuladores eléctricos	3	31	0,06
2732	Fabricación de otros hilos y cables electrónicos y eléctricos	3	3	0,01
2740	Fabricación de lámparas y aparatos eléctricos de iluminación	3	4	0,01
2751	Fabricación de electrodomésticos	1	46	0,09
2752	Fabricación de aparatos domésticos no eléctricos	1	1	0,00
2790	Fabricación de otro material y equipo eléctrico	8	55	0,10
2811	Fabricación de motores y turbinas, excepto los destinados a aeronaves, vehículos automóviles y ciclomotores	1	1	0,00
2813	Fabricación de otras bombas y compresores	2	5	0,01
2814	Fabricación de otra grifería y válvulas	1	2	0,00
2815	Fabricación de cojinetes, engranajes y órganos mecánicos de transmisión	2	220	0,41
2821	Fabricación de hornos y quemadores	5	343	0,64
2822	Fabricación de maquinaria de elevación y manipulación	6	22	0,04
2823	Fabricación de máquinas y equipos de oficina, excepto equipos informáticos	1	1	0,00
2825	Fabricación de maquinaria de ventilación y refrigeración no doméstica	1	1	0,00
2829	Fabricación de otra maquinaria de uso general n.c.o.p.	4	4	0,01
2830	Fabricación de maquinaria agraria y forestal	2	4	0,01
2841	Fabricación de máquinas herramienta para trabajar el metal	1	67	0,13
2891	Fabricación de maquinaria para la industria metalúrgica	2	2	0,00
2892	Fabricación de maquinaria para las industrias extractivas y de la construcción	6	307	0,57
2893	Fabricación de maquinaria para la industria de la alimentación, bebidas y tabaco	3	116	0,22
2894	Fabricación de maquinaria para las industrias textil, de la confección y del cuero	1	1	0,00
2899	Fabricación de otra maquinaria para usos específicos n.c.o.p.	2	55	0,10
2910	Fabricación de vehículos de motor	4	159	0,30
2920	Fabricación de carrocerías para vehículos de motor; fabricación de remolques y semirremolques	2	28	0,05
2931	Fabricación de equipos eléctricos y electrónicos para vehículos de motor	3	14	0,03
2932	Fabricación de otros componentes, piezas y accesorios para vehículos de motor	37	2038	3,81
3011	Construcción de barcos y estructuras flotantes	36	9166	17,13
3012	Construcción de embarcaciones de recreo y deporte	2	3	0,01
3020	Fabricación de locomotoras y material ferroviario	18	1545	2,89
3030	Construcción aeronáutica y espacial y su maquinaria	4	142	0,27

3091	Fabricación de motocicletas	1	1	0,00
3103	Fabricación de colchones	1	4	0,01
3109	Fabricación de otros muebles	1	1	0,00
3211	Fabricación de monedas	1	1	0,00
3212	Fabricación de artículos de joyería y artículos similares	1	2	0,00
3220	Fabricación de instrumentos musicales	3	34	0,06
3250	Fabricación de instrumentos y suministros médicos y odontológicos	1	1	0,00
3299	Otras industrias manufactureras n.c.o.p.	1	1	0,00
3311	Reparación de productos metálicos	2	72	0,13
3312	Reparación de maquinaria	9	11	0,02
3314	Reparación de equipos eléctricos	2	3	0,01
3315	Reparación y mantenimiento naval	10	89	0,17
3317	Reparación y mantenimiento de otro material de transporte	2	2	0,00
3319	Reparación de otros equipos	2	2	0,00
3320	Instalación de máquinas y equipos industriales	6	66	0,12
3513	Distribución de energía eléctrica	4	74	0,14
3515	Producción de energía hidroeléctrica	2	2	0,00
3516	Producción de energía eléctrica de origen térmico convencional	6	50	0,09
3517	Producción de energía eléctrica de origen nuclear	2	2	0,00
3519	Producción de energía eléctrica de otros tipos	5	8	0,01
3521	Producción de gas	2	2	0,00
3600	Captación, depuración y distribución de agua	175	4624	8,64
3700	Recogida y tratamiento de aguas residuales	5	34	0,06
3811	Recogida de residuos no peligrosos	27	219	0,41
3812	Recogida de residuos peligrosos	9	48	0,09
3821	Tratamiento y eliminación de residuos no peligrosos	12	44	0,08
3822	Tratamiento y eliminación de residuos peligrosos	19	240	0,45
3831	Separación y clasificación de materiales	10	105	0,20
3832	Valorización de materiales ya clasificados	10	45	0,08
3900	Actividades de descontaminación y otros servicios de gestión de residuos	22	208	0,39
4110	Promoción inmobiliaria	6	30	0,06
4121	Construcción de edificios residenciales	438	2601	4,86
4122	Construcción de edificios no residenciales	45	370	0,69
4211	Construcción de carreteras y autopistas	13	53	0,10
4212	Construcción de vías férreas de superficie y subterráneas	11	376	0,70
4213	Construcción de puentes y túneles	5	15	0,03
4221	Construcción de redes para fluidos	9	125	0,23
4222	Construcción de redes eléctricas y de telecomunicaciones	1	3	0,01
4291	Obras hidráulicas	6	65	0,12
4299	Construcción de otros proyectos de ingeniería civil n.c.o.p.	67	274	0,51
4311	Demolición	129	1872	3,50
4312	Preparación de terrenos	44	383	0,72
4313	Perforaciones y sondeos	3	15	0,03
4321	Instalaciones eléctricas	40	723	1,35
4322	Fontanería, instalaciones de sistemas de calefacción y aire acondicionado	63	215	0,40
4329	Otras instalaciones en obras de construcción	83	599	1,12
4331	Revocamiento	15	81	0,15
4332	Instalación de carpintería	3	10	0,02
4333	Revestimiento de suelos y paredes	2	28	0,05
4334	Pintura y acristalamiento	7	37	0,07
4339	Otro acabado de edificios	37	251	0,47
4391	Construcción de cubiertas	62	580	1,08
4399	Otras actividades de construcción especializada n.c.o.p.	120	1455	2,72
4511	Venta de automóviles y vehículos de motor ligeros	4	22	0,04
4520	Mantenimiento y reparación de vehículos de motor	61	445	0,83
4531	Comercio al por mayor de repuestos y accesorios de vehículos de motor	14	112	0,21

4532	Comercio al por menor de repuestos y accesorios de vehículos de motor	5	245	0,46
4613	Intermediarios del comercio de la madera y materiales de construcción	1	7	0,01
4614	Intermediarios del comercio de maquinaria, equipo industrial, embarcaciones y aeronaves	1	3	0,01
4617	Intermediarios del comercio de productos alimenticios, bebidas y tabaco	1	1	0,00
4638	Comercio al por mayor de pescados y mariscos y otros productos alimenticios	2	3	0,01
4639	Comercio al por mayor, no especializado, de productos alimenticios, bebidas y tabaco	1	4	0,01
4661	Comercio al por mayor de maquinaria, equipos y suministros agrícolas	4	6	0,01
4669	Comercio al por mayor de otra maquinaria y equipo	4	181	0,34
4673	Comercio al por mayor de madera, materiales de construcción y aparatos sanitarios	6	6	0,01
4674	Comercio al por mayor de ferretería, fontanería y calefacción	1	1	0,00
4675	Comercio al por mayor de productos químicos	3	29	0,05
4677	Comercio al por mayor de chatarra y productos de desecho	12	56	0,10
4690	Comercio al por mayor no especializado	3	5	0,01
4723	Comercio al por menor de pescados y mariscos en establecimientos especializados	1	3	0,01
4724	Comercio al por menor de pan y productos de panadería, confitería y pastelería en establecimientos especializados	3	3	0,01
4741	Comercio al por menor de ordenadores, equipos periféricos y programas informáticos en establecimientos especializados	1	1	0,00
4752	Comercio al por menor de ferretería, pintura y vidrio en establecimientos especializados	2	2	0,00
4764	Comercio al por menor de artículos deportivos en establecimientos especializados	2	2	0,00
4778	Otro comercio al por menor de artículos nuevos en establecimientos especializados	3	3	0,01
4910	Transporte interurbano de pasajeros por ferrocarril	16	2945	5,50
4931	Transporte terrestre urbano y suburbano de pasajeros	10	135	0,25
4932	Transporte por taxi	1	1	0,00
4939	tipos de transporte terrestre de pasajeros n.c.o.p.	1	2	0,00
4941	Transporte de mercancías por carretera	42	221	0,41
4942	Servicios de mudanza	6	7	0,01
4950	Transporte por tubería	1	1	0,00
5010	Transporte marítimo de pasajeros	6	9	0,02
5039	Materiales para la construcción.	1	8	0,01
5040	Transporte de mercancías por vías navegables interiores	54	783	1,46
5210	Depósito y almacenamiento	2	7	0,01
5221	Actividades anexas al transporte terrestre	2	4	0,01
5222	Actividades anexas al transporte marítimo y por vías navegables interiores	4	47	0,09
5224	Manipulación de mercancías	6	253	0,47
5229	Otras actividades anexas al transporte	2	5	0,01
5510	Hoteles y alojamientos similares	3	3	0,01
5610	Restaurantes y puestos de comidas	2	7	0,01
6010	Actividades de radiodifusión	1	1039	1,94
6190	Otras actividades de telecomunicaciones	1	1	0,00
6420	Actividades de las sociedades holding	1	1	0,00
6499	Otros servicios financieros, excepto seguros y fondos de pensiones n.c.o.p.	1	19	0,04
6820	Alquiler de bienes inmobiliarios por cuenta propia	2	3	0,01
6832	Gestión y administración de la propiedad inmobiliaria	1	1	0,00
6920	Actividades de contabilidad, teneduría de libros, auditoría y asesoría fiscal	1	1	0,00
7111	Servicios técnicos de arquitectura	4	45	0,08
7112	Servicios técnicos de ingeniería y otras actividades relacionadas con el asesoramiento técnico	13	177	0,33
7120	Ensayos y análisis técnicos	4	6	0,01
7219	Otra investigación y desarrollo experimental en ciencias naturales y técnicas	1	1	0,00
7420	Actividades de fotografía	2	2	0,00
7490	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.o.p.	8	19	0,04
7712	Alquiler de camiones	1	1	0,00
7732	Alquiler de maquinaria y equipo para la construcción e ingeniería civil	6	50	0,09
7810	Actividades de las agencias de colocación	1	3	0,01
7820	Actividades de las empresas de trabajo temporal	1	1	0,00
8010	Actividades de seguridad privada	3	10	0,02

8020	Servicios de sistemas de seguridad	1	2	0,00
8110	Servicios integrales a edificios e instalaciones	1	2	0,00
8121	Limpieza general de edificios	4	103	0,19
8122	Otras actividades de limpieza industrial y de edificios	9	89	0,17
8129	Otras actividades de limpieza	3	4	0,01
8211	Servicios administrativos combinados	1	2	0,00
8219	Actividades de fotocopiado, preparación de documentos y otras actividades especializadas de oficina	1	1	0,00
8299	Otras actividades de apoyo a las empresas n.c.o.p.	3	3	0,01
8411	Actividades generales de la Administración Pública	66	922	1,72
8422	Defensa	1	2	0,00
8425	Protección civil	1	160	0,30
8430	Seguridad Social obligatoria	10	372	0,70
8531	Educación secundaria general	1	1	0,00
8532	Educación secundaria técnica y profesional	1	4	0,01
8559	Otra educación n.c.o.p.	2	5	0,01
8610	Actividades hospitalarias	6	524	0,98
8690	Otras actividades sanitarias	1	1	0,00
9311	Gestión de instalaciones deportivas	1	16	0,03
9499	Otras actividades asociativas n.c.o.p.	20	247	0,46
9522	Reparación de aparatos electrodomésticos y de equipos para el hogar y el jardín	1	2	0,00
9601	Lavado y limpieza de prendas textiles y de piel	2	23	0,04
9602	Peluquería y otros tratamientos de belleza	1	1	0,00
9603	Pompas fúnebres y actividades relacionadas	1	1	0,00
9700	Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico	1	12	0,02
9999	Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	5	52	0,10
ND	CNAE Desconocido	72	3.530	6,60
Total		**2.697**	**53.504**	**100,00**

* *Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

Tabla 14. Número de empresas y trabajadores de las mismas por sexo incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 4 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento.

CNAE (4 dígitos)	Actividad Económica	Empresas	Hombres		Mujeres	
			Número	%	Número	%
0119	Otros cultivos no perennes	1	1	0,00	0	0,00
0161	Actividades de apoyo a la agricultura	2	4	0,01	0	0,00
0210	Silvicultura y otras actividades forestales	1	14	0,03	0	0,00
0240	Servicios de apoyo a la silvicultura	4	3	0,01	3	0,17
0311	Pesca marina	1	1	0,00	0	0,00
0510	Extracción de antracita y hulla	9	14	0,03	0	0,00
0710	Extracción de minerales de hierro	2	2	0,00	0	0,00
0729	Extracción de otros minerales metálicos no férreos	1	1	0,00	0	0,00
0811	Extracción de piedra ornamental y para la construcción, piedra caliza, yeso, creta y pizarra	7	14	0,03	2	0,11
0812	Extracción de gravas y arenas; extracción de arcilla y caolín	6	48	0,09	0	0,00
0899	Otras industrias extractivas n.c.o.p.	3	426	0,82	3	0,17
1031	Procesado y conservación de patatas	1	1	0,00	0	0,00
1043	Fabricación de aceite de oliva	1	5	0,01	0	0,00
1071	Fabricación de pan y de productos frescos de panadería y pastelería	7	12	0,02	0	0,00
1081	Fabricación de azúcar	6	48	0,09	0	0,00
1082	Fabricación de cacao, chocolate y productos de confitería	1	1	0,00	0	0,00
1310	Preparación e hilado de fibras textiles	9	7	0,01	4	0,22
1320	Fabricación de tejidos textiles	5	2	0,00	3	0,17

1330	Acabado de textiles	3	1	0,00	2	0,11
1399	Fabricación de otros productos textiles n.c.o.p.	3	3	0,01	0	0,00
1412	Confección de ropa de trabajo	1	1	0,00	0	0,00
1413	Confección de otras prendas de vestir exteriores	1	1	0,00	0	0,00
1520	Fabricación de calzado	2	1	0,00	1	0,06
1621	Fabricación de chapas y tableros de madera	4	127	0,25	4	0,22
1629	Fabricación de otros productos de madera; artículos de corcho, cestería y espartería	1	1	0,00	0	0,00
1711	Fabricación de pasta papelera	2	3	0,01	0	0,00
1729	Fabricación de otros artículos de papel y cartón	1	101	0,20	0	0,00
1812	Otras actividades de impresión y artes gráficas	5	66	0,13	0	0,00
1813	Servicios de preimpresión y preparación de soportes	2	2	0,00	0	0,00
1920	Refino de petróleo	4	42	0,08	0	0,00
2013	Fabricación de otros productos básicos de química inorgánica	3	53	0,10	1	0,06
2015	Fabricación de fertilizantes y compuestos nitrogenados	4	8	0,02	0	0,00
2016	Fabricación de plásticos en formas primarias	3	53	0,10	0	0,00
2017	Fabricación de caucho sintético en formas primarias	2	25	0,05	0	0,00
2030	Fabricación de pinturas, barnices y revestimientos similares; tintas de imprenta y masillas	3	36	0,07	5	0,28
2042	Fabricación de perfumes y cosméticos	2	2	0,00	0	0,00
2059	Fabricación de otros productos químicos n.c.o.p.	6	124	0,24	4	0,22
2060	Fabricación de fibras artificiales y sintéticas	2	4	0,01	0	0,00
2110	Fabricación de productos farmacéuticos de base	1	11	0,02	0	0,00
2120	Fabricación de especialidades farmacéuticas	2	3	0,01	0	0,00
2211	Fabricación de neumáticos y cámaras de caucho; reconstrucción y recauchutado de neumáticos	11	1.073	2,08	2	0,11
2219	Fabricación de otros productos de caucho	5	21	0,04	2	0,11
2221	Fabricación de placas, hojas, tubos y perfiles de plástico	1	8	0,02	0	0,00
2222	Fabricación de envases y embalajes de plástico	2	2	0,00	0	0,00
2223	Fabricación de productos de plástico para la construcción	1	1	0,00	0	0,00
2229	Fabricación de otros productos de plástico	7	182	0,35	0	0,00
2311	Fabricación de vidrio plano	6	653	1,26	13	0,72
2312	Manipulado y transformación de vidrio plano	1	1	0,00	0	0,00
2313	Fabricación de vidrio hueco	6	30	0,06	0	0,00
2319	Fabricación y manipulado de otro vidrio, incluido el vidrio técnico	1	1	0,00	0	0,00
2320	Fabricación de productos cerámicos refractarios	4	5	0,01	0	0,00
2331	Fabricación de azulejos y baldosas de cerámica	3	10	0,02	0	0,00
2342	Fabricación de aparatos sanitarios cerámicos	1	1	0,00	0	0,00
2351	Fabricación de cemento	9	203	0,39	3	0,17
2352	Fabricación de cal y yeso	2	2	0,00	0	0,00
2361	Fabricación de elementos de hormigón para la construcción	1	90	0,17	0	0,00
2365	Fabricación de fibrocemento	25	2.159	4,18	134	7,44
2369	Fabricación de otros productos de hormigón, yeso y cemento	1	216	0,42	11	0,61
2391	Fabricación de productos abrasivos	1	1	0,00	0	0,00
2399	Fabricación de otros productos minerales no metálicos n.c.o.p.	7	148	0,29	60	3,33
2410	Fabricación de productos básicos de hierro, acero y ferroaleaciones	24	1.055	2,04	1	0,06
2420	Fabricación de tubos, tuberías, perfiles huecos y sus accesorios, de acero	7	340	0,66	1	0,06
2433	Producción de perfiles en frío por conformación con plegado	7	101	0,20	0	0,00
2441	Producción de metales preciosos	1	0	0,00	1	0,06
2442	Producción de aluminio	2	43	0,08	0	0,00
2443	Producción de plomo, zinc y estaño	2	36	0,07	1	0,06
2451	Fundición de hierro	21	259	0,50	4	0,22
2452	Fundición de acero	7	132	0,26	3	0,17
2454	Fundición de otros metales no férreos	2	11	0,02	0	0,00
2511	Fabricación de estructuras metálicas y sus componentes	42	342	0,66	1	0,06
2512	Fabricación de carpintería metálica	24	424	0,82	3	0,17

2521	Fabricación de radiadores y calderas para calefacción central	8	7	0,01	1	0,06
2529	Fabricación de otras cisternas, grandes depósitos y contenedores de metal	1	23	0,04	0	0,00
2530	Fabricación de generadores de vapor, excepto calderas de calefacción central	1	5	0,01	0	0,00
2550	Forja, estampación y embutición de metales; metalurgia de polvos	5	21	0,04	0	0,00
2561	Tratamiento y revestimiento de metales	1	1	0,00	0	0,00
2562	Ingeniería mecánica por cuenta de terceros	1	2	0,00	0	0,00
2572	Fabricación de cerraduras y herrajes	3	65	0,13	0	0,00
2573	Fabricación de herramientas	3	15	0,03	0	0,00
2592	Fabricación de envases y embalajes metálicos ligeros	2	83	0,16	77	4,28
2593	Fabricación de productos de alambre, cadenas y muelles	3	15	0,03	1	0,06
2599	Fabricación de otros productos metálicos n.c.o.p.	4	63	0,12	0	0,00
2611	Fabricación de componentes electrónicos	2	7	0,01	0	0,00
2612	Fabricación de circuitos impresos ensamblados	1	1	0,00	0	0,00
2630	Fabricación de equipos de telecomunicaciones	1	72	0,14	0	0,00
2660	Fabricación de equipos de radiación, electromédicos y electroterapéuticos	2	2	0,00	0	0,00
2670	Fabricación de instrumentos de óptica y equipo fotográfico	2	2	0,00	0	0,00
2711	Fabricación de motores, generadores y transformadores eléctricos	9	315	0,61	46	2,56
2712	Fabricación de aparatos de distribución y control eléctrico	1	5	0,01	0	0,00
2720	Fabricación de pilas y acumuladores eléctricos	3	28	0,05	3	0,17
2732	Fabricación de otros hilos y cables electrónicos y eléctricos	3	2	0,00	1	0,06
2740	Fabricación de lámparas y aparatos eléctricos de iluminación	3	3	0,01	1	0,06
2751	Fabricación de electrodomésticos	1	44	0,09	2	0,11
2752	Fabricación de aparatos domésticos no eléctricos	1	1	0,00	0	0,00
2790	Fabricación de otro material y equipo eléctrico	8	55	0,11	0	0,00
2811	Fabricación de motores y turbinas, excepto los destinados a aeronaves, vehículos automóviles y ciclomotores	1	1	0,00	0	0,00
2813	Fabricación de otras bombas y compresores	2	5	0,01	0	0,00
2814	Fabricación de otra grifería y válvulas	1	2	0,00	0	0,00
2815	Fabricación de cojinetes, engranajes y órganos mecánicos de transmisión	2	219	0,42	1	0,06
2821	Fabricación de hornos y quemadores	5	331	0,64	12	0,67
2822	Fabricación de maquinaria de elevación y manipulación	6	22	0,04	0	0,00
2823	Fabricación de máquinas y equipos de oficina, excepto equipos informáticos	1	1	0,00	0	0,00
2825	Fabricación de maquinaria de ventilación y refrigeración no doméstica	1	1	0,00	0	0,00
2829	Fabricación de otra maquinaria de uso general n.c.o.p.	4	4	0,01	0	0,00
2830	Fabricación de maquinaria agraria y forestal	2	4	0,01	0	0,00
2841	Fabricación de máquinas herramienta para trabajar el metal	1	67	0,13	0	0,00
2891	Fabricación de maquinaria para la industria metalúrgica	2	2	0,00	0	0,00
2892	Fabricación de maquinaria para las industrias extractivas y de la construcción	6	307	0,59	0	0,00
2893	Fabricación de maquinaria para la industria de la alimentación, bebidas y tabaco	3	101	0,20	15	0,83
2894	Fabricación de maquinaria para las industrias textil, de la confección y del cuero	1	1	0,00	0	0,00
2899	Fabricación de otra maquinaria para usos específicos n.c.o.p.	2	55	0,11	0	0,00
2910	Fabricación de vehículos de motor	4	159	0,31	0	0,00
2920	Fabricación de carrocerías para vehículos de motor; fabricación de remolques y semirremolques	2	28	0,05	0	0,00
2931	Fabricación de equipos eléctricos y electrónicos para vehículos de motor	3	12	0,02	2	0,11
2932	Fabricación de otros componentes, piezas y accesorios para vehículos de motor	37	1.635	3,16	403	22,39
3011	Construcción de barcos y estructuras flotantes	36	9.002	17,41	164	9,11
3012	Construcción de embarcaciones de recreo y deporte	2	3	0,01	0	0,00

3020	Fabricación de locomotoras y material ferroviario	18	1.536	2,97	9	0,50
3030	Construcción aeronáutica y espacial y su maquinaria	4	138	0,27	4	0,22
3091	Fabricación de motocicletas	1	1	0,00	0	0,00
3103	Fabricación de colchones	1	4	0,01	0	0,00
3109	Fabricación de otros muebles	1	1	0,00	0	0,00
3211	Fabricación de monedas	1	1	0,00	0	0,00
3212	Fabricación de artículos de joyería y artículos similares	1	2	0,00	0	0,00
3220	Fabricación de instrumentos musicales	3	32	0,06	2	0,11
3250	Fabricación de instrumentos y suministros médicos y odontológicos	1	1	0,00	0	0,00
3299	Otras industrias manufactureras n.c.o.p.	1	1	0,00	0	0,00
3311	Reparación de productos metálicos	2	71	0,14	1	0,06
3312	Reparación de maquinaria	9	11	0,02	0	0,00
3314	Reparación de equipos eléctricos	2	3	0,01	0	0,00
3315	Reparación y mantenimiento naval	10	89	0,17	0	0,00
3317	Reparación y mantenimiento de otro material de transporte	2	2	0,00	0	0,00
3319	Reparación de otros equipos	2	2	0,00	0	0,00
3320	Instalación de máquinas y equipos industriales	6	66	0,13	0	0,00
3513	Distribución de energía eléctrica	4	74	0,14	0	0,00
3515	Producción de energía hidroeléctrica	2	2	0,00	0	0,00
3516	Producción de energía eléctrica de origen térmico convencional	6	50	0,10	0	0,00
3517	Producción de energía eléctrica de origen nuclear	2	2	0,00	0	0,00
3519	Producción de energía eléctrica de otros tipos	5	8	0,02	0	0,00
3521	Producción de gas	2	2	0,00	0	0,00
3600	Captación, depuración y distribución de agua	175	4.590	8,88	34	1,89
3700	Recogida y tratamiento de aguas residuales	5	33	0,06	1	0,06
3811	Recogida de residuos no peligrosos	27	211	0,41	8	0,44
3812	Recogida de residuos peligrosos	9	47	0,09	1	0,06
3821	Tratamiento y eliminación de residuos no peligrosos	12	43	0,08	1	0,06
3822	Tratamiento y eliminación de residuos peligrosos	19	225	0,44	15	0,83
3831	Separación y clasificación de materiales	10	103	0,20	2	0,11
3832	Valorización de materiales ya clasificados	10	23	0,04	22	1,22
3900	Actividades de descontaminación y otros servicios de gestión de residuos	22	206	0,40	2	0,11
4110	Promoción inmobiliaria	6	30	0,06	0	0,00
4121	Construcción de edificios residenciales	438	2.589	5,01	12	0,67
4122	Construcción de edificios no residenciales	45	363	0,70	7	0,39
4211	Construcción de carreteras y autopistas	13	52	0,10	1	0,06
4212	Construcción de vías férreas de superficie y subterráneas	11	358	0,69	18	1,00
4213	Construcción de puentes y túneles	5	14	0,03	1	0,06
4221	Construcción de redes para fluidos	9	124	0,24	1	0,06
4222	Construcción de redes eléctricas y de telecomunicaciones	1	3	0,01	0	0,00
4291	Obras hidráulicas	6	65	0,13	0	0,00
4299	Construcción de otros proyectos de ingeniería civil n.c.o.p.	67	271	0,52	3	0,17
4311	Demolición	129	1.840	3,56	32	1,78
4312	Preparación de terrenos	44	383	0,74	0	0,00
4313	Perforaciones y sondeos	3	15	0,03	0	0,00
4321	Instalaciones eléctricas	40	719	1,39	4	0,22
4322	Fontanería, instalaciones de sistemas de calefacción y aire acondicionado	63	212	0,41	3	0,17
4329	Otras instalaciones en obras de construcción	83	593	1,15	6	0,33
4331	Revocamiento	15	80	0,15	1	0,06
4332	Instalación de carpintería	3	10	0,02	0	0,00
4333	Revestimiento de suelos y paredes	2	28	0,05	0	0,00
4334	Pintura y acristalamiento	7	37	0,07	0	0,00
4339	Otro acabado de edificios	37	249	0,48	2	0,11
4391	Construcción de cubiertas	62	574	1,11	6	0,33
4399	Otras actividades de construcción especializada n.c.o.p.	120	1.442	2,79	13	0,72

4511	Venta de automóviles y vehículos de motor ligeros	4	21	0,04	1	0,06
4520	Mantenimiento y reparación de vehículos de motor	61	434	0,84	11	0,61
4531	Comercio al por mayor de repuestos y accesorios de vehículos de motor	14	107	0,21	5	0,28
4532	Comercio al por menor de repuestos y accesorios de vehículos de motor	5	215	0,42	30	1,67
4613	Intermediarios del comercio de la madera y materiales de construcción	1	7	0,01	0	0,00
4614	Intermediarios del comercio de maquinaria, equipo industrial, embarcaciones y aeronaves	1	3	0,01	0	0,00
4617	Intermediarios del comercio de productos alimenticios, bebidas y tabaco	1	1	0,00	0	0,00
4638	Comercio al por mayor de pescados y mariscos y otros productos alimenticios	2	3	0,01	0	0,00
4639	Comercio al por mayor, no especializado, de productos alimenticios, bebidas y tabaco	1	4	0,01	0	0,00
4661	Comercio al por mayor de maquinaria, equipos y suministros agrícolas	4	6	0,01	0	0,00
4669	Comercio al por mayor de otra maquinaria y equipo	4	176	0,34	5	0,28
4673	Comercio al por mayor de madera, materiales de construcción y aparatos sanitarios	6	6	0,01	0	0,00
4674	Comercio al por mayor de ferretería, fontanería y calefacción	1	1	0,00	0	0,00
4675	Comercio al por mayor de productos químicos	3	26	0,05	3	0,17
4677	Comercio al por mayor de chatarra y productos de desecho	12	54	0,10	2	0,11
4690	Comercio al por mayor no especializado	3	5	0,01	0	0,00
4723	Comercio al por menor de pescados y mariscos en establecimientos especializados	1	3	0,01	0	0,00
4724	Comercio al por menor de pan y productos de panadería, confitería y pastelería en establecimientos especializados	3	3	0,01	0	0,00
4741	Comercio al por menor de ordenadores, equipos periféricos y programas informáticos en establecimientos especializados	1	1	0,00	0	0,00
4752	Comercio al por menor de ferretería, pintura y vidrio en establecimientos especializados	2	2	0,00	0	0,00
4764	Comercio al por menor de artículos deportivos en establecimientos especializados	2	2	0,00	0	0,00
4778	Otro comercio al por menor de artículos nuevos en establecimientos especializados	3	3	0,01	0	0,00
4910	Transporte interurbano de pasajeros por ferrocarril	16	2.836	5,49	109	6,06
4931	Transporte terrestre urbano y suburbano de pasajeros	10	135	0,26	0	0,00
4932	Transporte por taxi	1	1	0,00	0	0,00
4939	tipos de transporte terrestre de pasajeros n.c.o.p.	1	2	0,00	0	0,00
4941	Transporte de mercancías por carretera	42	221	0,43	0	0,00
4942	Servicios de mudanza	6	7	0,01	0	0,00
4950	Transporte por tubería	1	1	0,00	0	0,00
5010	Transporte marítimo de pasajeros	6	9	0,02	0	0,00
5039	Materiales para la construcción.	1	8	0,02	0	0,00
5040	Transporte de mercancías por vías navegables interiores	54	772	1,49	11	0,61
5210	Depósito y almacenamiento	2	7	0,01	0	0,00
5221	Actividades anexas al transporte terrestre	2	4	0,01	0	0,00
5222	Actividades anexas al transporte marítimo y por vías navegables interiores	4	47	0,09	0	0,00
5224	Manipulación de mercancías	6	253	0,49	0	0,00
5229	Otras actividades anexas al transporte	2	5	0,01	0	0,00
5510	Hoteles y alojamientos similares	3	3	0,01	0	0,00
5610	Restaurantes y puestos de comidas	2	7	0,01	0	0,00
6010	Actividades de radiodifusión	1	999	1,93	40	2,22
6190	Otras actividades de telecomunicaciones	1	1	0,00	0	0,00
6420	Actividades de las sociedades holding	1	0	0,00	1	0,06
6499	Otros servicios financieros, excepto seguros y fondos de pensiones n.c.o.p.	1	16	0,03	3	0,17
6820	Alquiler de bienes inmobiliarios por cuenta propia	2	3	0,01	0	0,00
6832	Gestión y administración de la propiedad inmobiliaria	1	1	0,00	0	0,00

6920	Actividades de contabilidad, teneduría de libros, auditoría y asesoría fiscal	1	1	0,00	0	0,00
7111	Servicios técnicos de arquitectura	4	41	0,08	4	0,22
7112	Servicios técnicos de ingeniería y otras actividades relacionadas con el asesoramiento técnico	13	167	0,32	10	0,56
7120	Ensayos y análisis técnicos	4	6	0,01	0	0,00
7219	Otra investigación y desarrollo experimental en ciencias naturales y técnicas	1	1	0,00	0	0,00
7420	Actividades de fotografía	2	2	0,00	0	0,00
7490	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.o.p.	8	14	0,03	5	0,28
7712	Alquiler de camiones	1	1	0,00	0	0,00
7732	Alquiler de maquinaria y equipo para la construcción e ingeniería civil	6	50	0,10	0	0,00
7810	Actividades de las agencias de colocación	1	3	0,01	0	0,00
7820	Actividades de las empresas de trabajo temporal	1	1	0,00	0	0,00
8010	Actividades de seguridad privada	3	10	0,02	0	0,00
8020	Servicios de sistemas de seguridad	1	2	0,00	0	0,00
8110	Servicios integrales a edificios e instalaciones	1	2	0,00	0	0,00
8121	Limpieza general de edificios	4	102	0,20	1	0,06
8122	Otras actividades de limpieza industrial y de edificios	9	88	0,17	1	0,06
8129	Otras actividades de limpieza	3	4	0,01	0	0,00
8211	Servicios administrativos combinados	1	2	0,00	0	0,00
8219	Actividades de fotocopiado, preparación de documentos y otras actividades especializadas de oficina	1	0	0,00	1	0,06
8299	Otras actividades de apoyo a las empresas n.c.o.p.	3	3	0,01	0	0,00
8411	Actividades generales de la Administración Pública	66	897	1,73	25	1,39
8422	Defensa	1	2	0,00	0	0,00
8425	Protección civil	1	160	0,31	0	0,00
8430	Seguridad Social obligatoria	10	370	0,72	2	0,11
8531	Educación secundaria general	1	1	0,00	0	0,00
8532	Educación secundaria técnica y profesional	1	4	0,01	0	0,00
8559	Otra educación n.c.o.p.	2	3	0,01	2	0,11
8610	Actividades hospitalarias	6	257	0,50	267	14,83
8690	Otras actividades sanitarias	1	1	0,00	0	0,00
9311	Gestión de instalaciones deportivas	1	16	0,03	0	0,00
9499	Otras actividades asociativas n.c.o.p.	20	245	0,47	2	0,11
9522	Reparación de aparatos electrodomésticos y de equipos para el hogar y el jardín	1	2	0,00	0	0,00
9601	Lavado y limpieza de prendas textiles y de piel	2	22	0,04	1	0,06
9602	Peluquería y otros tratamientos de belleza	1	1	0,00	0	0,00
9603	Pompas fúnebres y actividades relacionadas	1	1	0,00	0	0,00
9700	Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico	1	12	0,02	0	0,00
9999	Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	5	51	0,10	1	0,06
ND	CNAE Desconocido	72	3.486	6,74	44	2,44
Total		**2.697**	**51.704**	**100**	**1.800**	**100**

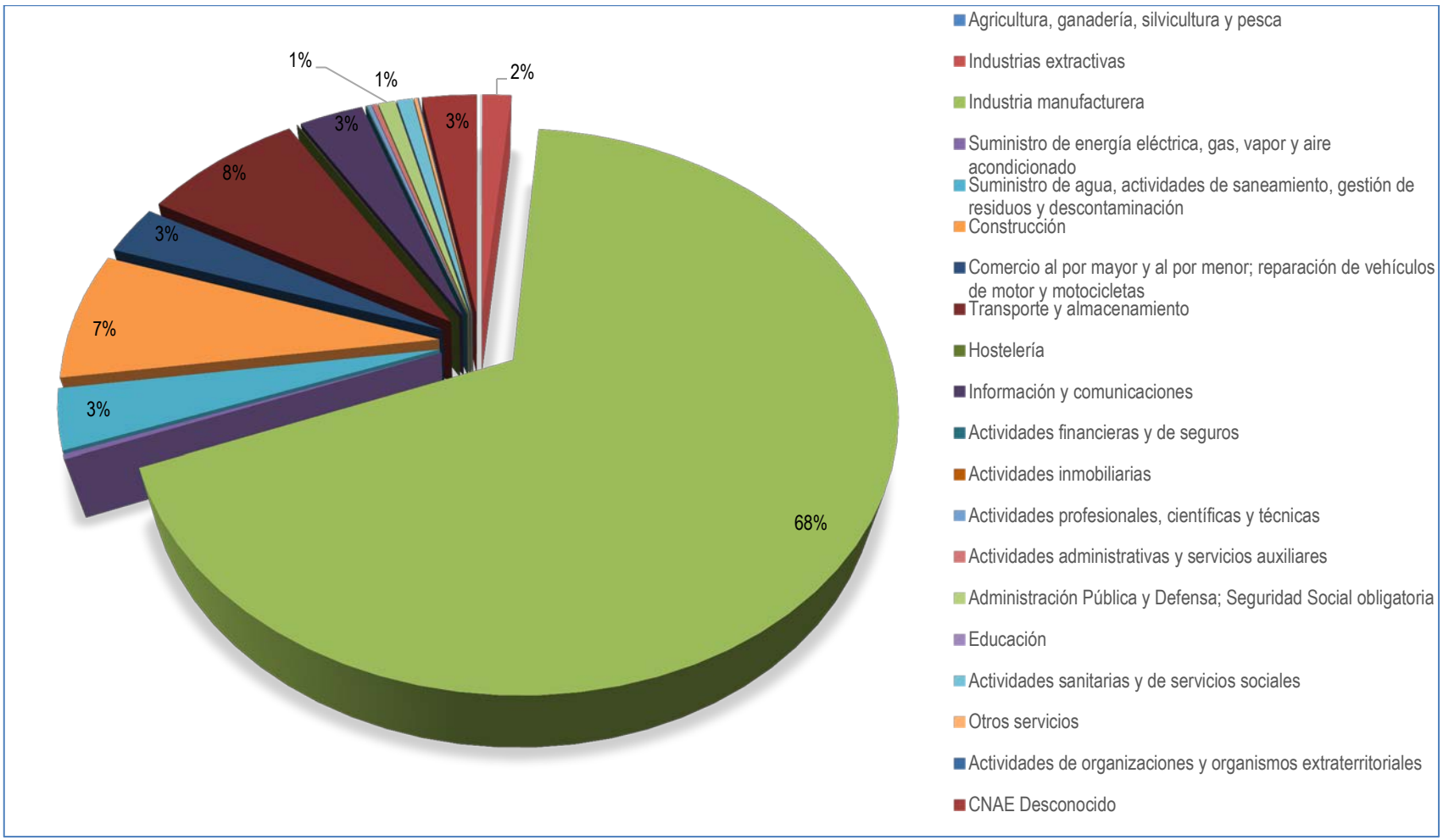
** Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

1.6. CARACTERÍSTICAS DE LAS EMPRESAS QUE HAN UTILIZADO AMIANTO EN EL PASADO INCLUIDAS EN PIVISTEA

Se ha recibido información sobre el número de empresas que manipularon amianto en el pasado de las comunidades autónomas de Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Región de Murcia, Comunidad Foral de Navarra y País Vasco.

En las Figuras 10 y 11 y en las Tablas 15 a 22 se muestran el número de empresas y trabajadores por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 Gran Grupo y desagregado a 2, 3 y 4 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento.

Figura 10. Número de trabajadores post-expuestos totales incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009), expresado en tanto por ciento.



** Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

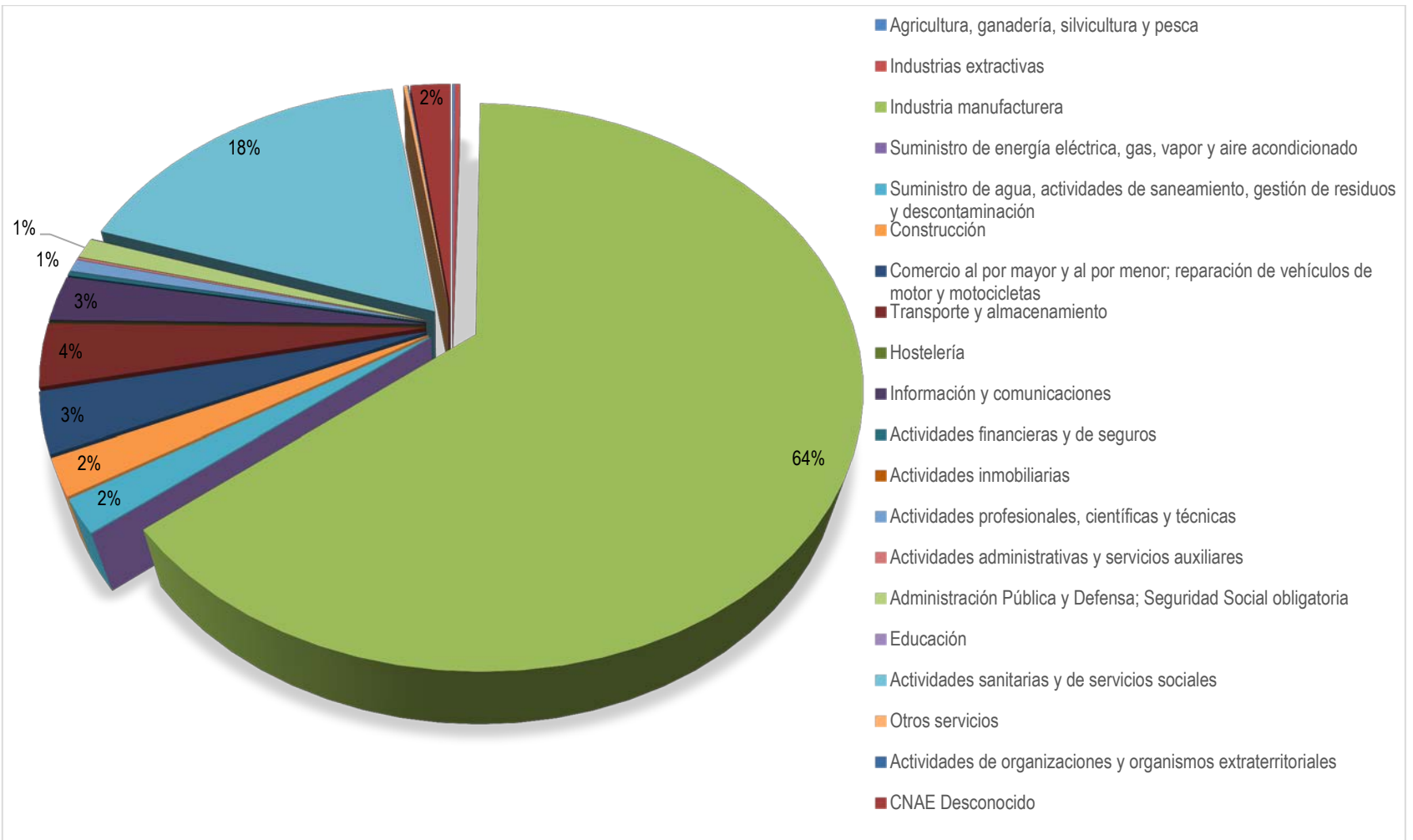
La figura 10 (página previa) muestra la distribución del número de trabajadores post-expuestos incluidos en el Programa PIVISTEA en función de su actividad económica, catalogada basándonos en el CNAE-2009; la figura 10 (página siguiente) muestra la misma distribución, pero en el caso de las trabajadoras.

La mayor proporción tanto de trabajadores post-expuestos como de trabajadoras post-expuestas se concentra en la industria manufacturera, que aglutina al 68% de los trabajadores y al 64% de las trabajadoras.

En el caso de los hombres, la segunda actividad económica que mayor número de trabajadores post-expuestos aporta al Programa PIVISTEA es el transporte y almacenamiento, dado que el 8% de los trabajadores post-expuestos incluidos se dedican a esta actividad económica. En el caso de las mujeres, la segunda actividad económica que mayor número de trabajadoras post-expuestas aporta son las actividades sanitarias y de servicios sociales, actividad a la que se dedican un 18% de las trabajadoras incluidas en PIVISTEA.

La tercera actividad que mayor proporción de trabajadores post-expuestos aporta al Programa es la construcción, que aporta hasta un 7% de los profesionales registrados, en el caso de los hombres. En el caso de las mujeres, la actividad económica de transporte y almacenamiento acumula un 4% de las profesionales post-expuestas incluidas.

Figura 11. Número de trabajadoras totales post-expuestas incluidas en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009), expresado en tanto por ciento.



** Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

Tabla 15. Número de empresas que han utilizado amianto en el pasado y trabajadores de las mismas incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009, Gran Grupo), expresado en número absoluto y tanto por ciento.

Gran Grupo	Actividad	Empresas	Trabajadores	
			Número	%
A	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	5	8	0,03
B	Industrias extractivas	14	461	1,45
C	Industria manufacturera	426	21.461	67,33
D	Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado	11	79	0,25
E	Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	89	1.081	3,39
F	Construcción	358	2.299	7,21
G	Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas	94	947	2,97
H	Transporte y almacenamiento	68	2.531	7,94
I	Hostelería	5	10	0,03
J	Información y comunicaciones	2	1.040	3,26
K	Actividades financieras y de seguros	2	20	0,06
L	Actividades inmobiliarias	3	4	0,01
M	Actividades profesionales, científicas y técnicas	9	79	0,25
N	Actividades administrativas y servicios auxiliares	14	84	0,26
O	Administración Pública y defensa; Seguridad Social obligatoria	26	284	0,89
P	Educación	1	1	0,00
Q	Actividades sanitarias y de servicios sociales	4	518	1,63
S	Otros servicios	8	59	0,19
U	Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	4	18	0,06
#N/A	CNAE Desconocido	31	890	2,79
Total		**1.174**	**31.874**	**100,00**

** Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

Tabla 16. Número de empresas que han utilizado amianto en el pasado y trabajadores de las mismas por sexo incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009, Gran Grupo), expresado en número absoluto y tanto por ciento.

Gran Grupo	Actividad	Empresas	Hombres		Mujeres	
			Número	Número	%	%
A	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	5	6	0,02	2	0,13
B	Industrias extractivas	14	457	1,51	4	0,26
C	Industria manufacturera	426	20.489	67,51	972	63,82
D	Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado	11	79	0,26	0	0,00
E	Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	89	1.052	3,47	29	1,90
F	Construcción	358	2.267	7,47	32	2,10
G	Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas	94	895	2,95	52	3,41
H	Transporte y almacenamiento	68	2.476	8,16	55	3,61
I	Hostelería	5	10	0,03	0	0,00
J	Información y comunicaciones	2	1.000	3,29	40	2,63
K	Actividades financieras y de seguros	2	16	0,05	4	0,26
L	Actividades inmobiliarias	3	4	0,01	0	0,00
M	Actividades profesionales, científicas y técnicas	9	68	0,22	11	0,72
N	Actividades administrativas y servicios auxiliares	14	82	0,27	2	0,13
O	Administración Pública y defensa; Seguridad Social obligatoria	26	266	0,88	18	1,18
P	Educación	1	1	0,00	0	0,00

Q	Actividades sanitarias y de servicios sociales	4	251	0,83	267	17,53
S	Otros servicios	8	56	0,18	3	0,20
U	Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	4	17	0,06	1	0,07
#N/A	CNAE Desconocido	31	859	2,83	31	2,04
Total		**1.174**	**30.351**	**100,00**	**1.523**	**100,00**

** Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

Tabla 17. Número de empresas que han utilizado amianto en el pasado y trabajadores de las mismas incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 2 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento.

CNAE (2 dígitos)	Actividad Económica	Empresas	Trabajadores	
			Número	%
01	Agricultura, ganadería, caza y servicios relacionados con las mismas	1	3	0,01
03	Pesca y acuicultura	1	1	0,00
05	Extracción de antracita, hulla y lignito	8	12	0,04
08	Otras industrias extractivas	6	449	1,41
10	Industria de la alimentación	14	43	0,13
13	Industria textil	19	21	0,07
14	Confección de prendas de vestir	2	2	0,01
15	Industria del cuero y del calzado	2	2	0,01
16	Industria de la madera y del corcho, excepto muebles; cestería y espartería	2	22	0,07
17	Industria del papel	3	104	0,33
18	Artes gráficas y reproducción de soportes grabados	4	65	0,20
19	Coquerías y refino de petróleo	4	42	0,13
20	Industria química	22	222	0,70
21	Fabricación de productos farmacéuticos	3	14	0,04
22	Fabricación de productos de caucho y plásticos	18	938	2,94
23	Fabricación de otros productos minerales no metálicos	52	3665	11,50
24	Metalurgia; fabricación de productos de hierro, acero y ferroaleaciones	64	1882	5,90
25	Fabricación de productos metálicos, excepto maquinaria y equipo	44	486	1,52
26	Fabricación de productos informáticos, electrónicos y ópticos	6	82	0,26
27	Fabricación de material y equipo eléctrico	23	492	1,54
28	Fabricación de maquinaria y equipo n.c.o.p.	27	868	2,72
29	Fabricación de vehículos de motor, remolques y semirremolques	38	2052	6,44
30	Fabricación de otro material de transporte	49	10305	32,33
31	Fabricación de muebles	2	5	0,02
32	Otras industrias manufactureras	6	37	0,12
33	Reparación e instalación de maquinaria y equipo	23	113	0,35
35	Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado	11	79	0,25
36	Captación, depuración y distribución de agua	54	835	2,62
37	Recogida y tratamiento de aguas residuales	1	5	0,02
38	Recogida, tratamiento y eliminación de residuos; valorización	28	237	0,74
39	Actividades de descontaminación y otros servicios de gestión de residuos	6	4	0,01
41	Construcción de edificios	174	567	1,78
42	Ingeniería civil	33	337	1,06
43	Actividades de construcción especializada	151	1395	4,38
45	Venta y reparación de vehículos de motor y motocicletas	69	704	2,21
46	Comercio al por mayor e intermediarios del comercio, excepto de vehículos de motor y motocicletas	18	235	0,74
47	Comercio al por menor, excepto de vehículos de motor y motocicletas	9	11	0,03
49	Transporte terrestre y por tubería	31	2166	6,80
50	Transporte marítimo y por vías navegables interiores	25	75	0,24
52	Almacenamiento y actividades anexas al transporte	12	290	0,91

55	Servicios de alojamiento	3	3	0,01
56	Servicios de comidas y bebidas	2	7	0,02
60	Actividades de programación y emisión de radio y televisión	1	1039	3,26
61	Telecomunicaciones	1	1	0,00
64	Servicios financieros, excepto seguros y fondos de pensiones	2	20	0,06
68	Actividades inmobiliarias	3	4	0,01
71	Servicios técnicos de arquitectura e ingeniería; ensayos y análisis técnicos	4	68	0,21
72	Investigación y desarrollo	1	1	0,00
74	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas	4	10	0,03
77	Actividades de alquiler	1	1	0,00
78	Actividades relacionadas con el empleo	1	1	0,00
80	Actividades de seguridad e investigación	1	5	0,02
81	Servicios a edificios y actividades de jardinería	8	74	0,23
82	Actividades administrativas de oficina y otras actividades auxiliares a las empresas	3	3	0,01
84	Administración Pública y defensa; Seguridad Social obligatoria	25	250	0,78
85	Educación	1	1	0,00
86	Actividades sanitarias	4	518	1,63
94	Actividades asociativas	5	34	0,11
95	Reparación de ordenadores, efectos personales y artículos de uso doméstico	1	2	0,01
96	Otros servicios personales	2	23	0,07
99	Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	5	52	0,16
ND	CNAE Desconocido	31	890	2,79
Total		**1.174**	**31.874**	**100,00**

** Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

Tabla 18. Número de empresas que han utilizado amianto en el pasado y trabajadores de las mismas por sexo incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 2 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento.

CNAE (2 dígitos)	Actividad Económica	Empresas	Hombres		Mujeres	
			Número	%	Número	%
01	Agricultura, ganadería, caza y servicios relacionados con las mismas	1	3	0,01	0	0,00
03	Pesca y acuicultura	1	1	0,00	0	0,00
05	Extracción de antracita, hulla y lignito	8	12	0,04	0	0,00
08	Otras industrias extractivas	6	445	1,47	4	0,26
10	Industria de la alimentación	14	43	0,14	0	0,00
13	Industria textil	19	13	0,04	8	0,53
14	Confección de prendas de vestir	2	2	0,01	0	0,00
15	Industria del cuero y del calzado	2	1	0,00	1	0,07
16	Industria de la madera y del corcho, excepto muebles; cestería y espartería	2	18	0,06	4	0,26
17	Industria del papel	3	104	0,34	0	0,00
18	Artes gráficas y reproducción de soportes grabados	4	65	0,21	0	0,00
19	Coquerías y refino de petróleo	4	42	0,14	0	0,00
20	Industria química	22	219	0,72	3	0,20
21	Fabricación de productos farmacéuticos	3	14	0,05	0	0,00
22	Fabricación de productos de caucho y plásticos	18	936	3,08	2	0,13
23	Fabricación de otros productos minerales no metálicos	52	3.445	11,35	220	14,45
24	Metalurgia; fabricación de productos de hierro, acero y ferroaleaciones	64	1.872	6,17	10	0,66
25	Fabricación de productos metálicos, excepto maquinaria y equipo	44	406	1,34	80	5,25
26	Fabricación de productos informáticos, electrónicos y ópticos	6	82	0,27	0	0,00
27	Fabricación de material y equipo eléctrico	23	439	1,45	53	3,48
28	Fabricación de maquinaria y equipo n.c.o.p.	27	840	2,77	28	1,84
29	Fabricación de vehículos de motor, remolques y semirremolques	38	1.666	5,49	386	25,34

30	Fabricación de otro material de transporte	49	10.128	33,37	177	11,62
31	Fabricación de muebles	2	5	0,02	0	0,00
32	Otras industrias manufactureras	6	35	0,12	2	0,13
33	Reparación e instalación de maquinaria y equipo	23	113	0,37	0	0,00
35	Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado	11	79	0,26	0	0,00
36	Captación, depuración y distribución de agua	54	830	2,73	5	0,33
37	Recogida y tratamiento de aguas residuales	1	5	0,02	0	0,00
38	Recogida, tratamiento y eliminación de residuos; valorización	28	213	0,70	24	1,58
39	Actividades de descontaminación y otros servicios de gestión de residuos	6	4	0,01	0	0,00
41	Construcción de edificios	174	564	1,86	3	0,20
42	Ingeniería civil	33	327	1,08	10	0,66
43	Actividades de construcción especializada	151	1.376	4,53	19	1,25
45	Venta y reparación de vehículos de motor y motocicletas	69	661	2,18	43	2,82
46	Comercio al por mayor e intermediarios del comercio, excepto de vehículos de motor y motocicletas	18	226	0,74	9	0,59
47	Comercio al por menor, excepto de vehículos de motor y motocicletas	9	11	0,04	0	0,00
49	Transporte terrestre y por tubería	31	2.111	6,96	55	3,61
50	Transporte marítimo y por vías navegables interiores	25	75	0,25	0	0,00
52	Almacenamiento y actividades anexas al transporte	12	290	0,96	0	0,00
55	Servicios de alojamiento	3	3	0,01	0	0,00
56	Servicios de comidas y bebidas	2	7	0,02	0	0,00
60	Actividades de programación y emisión de radio y televisión	1	999	3,29	40	2,63
61	Telecomunicaciones	1	1	0,00	0	0,00
64	Servicios financieros, excepto seguros y fondos de pensiones	2	16	0,05	4	0,26
68	Actividades inmobiliarias	3	4	0,01	0	0,00
71	Servicios técnicos de arquitectura e ingeniería; ensayos y análisis técnicos	4	60	0,20	8	0,53
72	Investigación y desarrollo	1	1	0,00	0	0,00
74	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas	4	7	0,02	3	0,20
77	Actividades de alquiler	1	1	0,00	0	0,00
78	Actividades relacionadas con el empleo	1	1	0,00	0	0,00
80	Actividades de seguridad e investigación	1	5	0,02	0	0,00
81	Servicios a edificios y actividades de jardinería	8	73	0,24	1	0,07
82	Actividades administrativas de oficina y otras actividades auxiliares a las empresas	3	2	0,01	1	0,07
84	Administración Pública y defensa; Seguridad Social obligatoria	25	232	0,76	18	1,18
85	Educación	1	1	0,00	0	0,00
86	Actividades sanitarias	4	251	0,83	267	17,53
94	Actividades asociativas	5	32	0,11	2	0,13
95	Reparación de ordenadores, efectos personales y artículos de uso doméstico	1	2	0,01	0	0,00
96	Otros servicios personales	2	22	0,07	1	0,07
99	Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	5	51	0,17	1	0,07
ND	CNAE Desconocido	31	859	2,83	31	2,04
Total		**1.174**	**30.351**	**100**	**1.523**	**100**

** Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

Tabla 19. Número de empresas que han utilizado amianto en el pasado y trabajadores de las mismas incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 3 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento.

CNAE (3 dígitos)	Actividad Económica	Empresas	Trabajadores	
			Número	%
016	Actividades de apoyo a la agricultura, a la ganadería y de preparación posterior a la cosecha	1	3	0,01
031	Pesca	1	1	0,00
051	Extracción de antracita y hulla	8	12	0,04
081	Extracción de piedra, arena y arcilla	4	21	0,07
089	Industrias extractivas n.c.o.p.	2	428	1,34
103	Procesado y conservación de frutas y hortalizas	1	1	0,00
104	Fabricación de aceites y grasas vegetales y animales	1	5	0,02
107	Fabricación de productos de panadería y pastas alimenticias	7	12	0,04
108	Fabricación de otros productos alimenticios	5	25	0,08
131	Preparación e hilado de fibras textiles	9	11	0,03
132	Fabricación de tejidos textiles	4	4	0,01
133	Acabado de textiles	3	3	0,01
139	Fabricación de otros productos textiles	3	3	0,01
141	Confección de prendas de vestir, excepto de peletería	2	2	0,01
152	Fabricación de calzado	2	2	0,01
162	Fabricación de productos de madera, corcho, cestería y espartería	2	22	0,07
171	Fabricación de pasta papelera, papel y cartón	2	3	0,01
172	Fabricación de artículos de papel y de cartón	1	101	0,32
181	Artes gráficas y servicios relacionados con las mismas	4	65	0,20
192	Refino de petróleo	4	42	0,13
201	Fabricación de productos químicos básicos, compuestos nitrogenados, fertilizantes, plásticos y caucho sintético en formas primarias	11	129	0,40
203	Fabricación de pinturas, barnices y revestimientos similares; tintas de imprenta y masillas	2	10	0,03
204	Fabricación de jabones, detergentes y otros artículos de limpieza y abrillantamiento; fabricación de perfumes y cosméticos	2	2	0,01
205	Fabricación de otros productos químicos	5	77	0,24
206	Fabricación de fibras artificiales y sintéticas	2	4	0,01
211	Fabricación de productos farmacéuticos de base	1	11	0,03
212	Fabricación de especialidades farmacéuticas	2	3	0,01
221	Fabricación de productos de caucho	9	763	2,39
222	Fabricación de productos de plástico	9	175	0,55
231	Fabricación de vidrio y productos de vidrio	10	694	2,18
232	Fabricación de productos cerámicos refractarios	3	4	0,01
233	Fabricación de productos cerámicos para la construcción	2	3	0,01
234	Fabricación de otros productos cerámicos	1	1	0,00
235	Fabricación de cemento, cal y yeso	7	197	0,62
236	Fabricación de elementos de hormigón, cemento y yeso	23	2.565	8,05
239	Fabricación de productos abrasivos y productos minerales no metálicos n.c.o.p.	6	201	0,63
241	Fabricación de productos básicos de hierro, acero y ferroaleaciones	24	1.056	3,31
242	Fabricación de tubos, tuberías, perfiles huecos y sus accesorios, de acero	7	341	1,07
243	Fabricación de otros productos de primera transformación del acero	3	49	0,15
244	Producción de metales preciosos y de otros metales no férreos	3	39	0,12
245	Fundición de metales	27	397	1,25
251	Fabricación de elementos metálicos para la construcción	21	177	0,56
252	Fabricación de cisternas, grandes depósitos y contenedores de metal	7	7	0,02
253	Fabricación de generadores de vapor, excepto calderas de calefacción central	1	5	0,02
255	Forja, estampación y embutición de metales; metalurgia de polvos	3	18	0,06
256	Tratamiento y revestimiento de metales; ingeniería mecánica por cuenta de terceros	1	2	0,01

257	Fabricación de artículos de cuchillería y cubertería, herramientas y ferretería	6	80	0,25
259	Fabricación de otros productos metálicos	5	197	0,62
261	Fabricación de componentes electrónicos y circuitos impresos ensamblados	2	7	0,02
263	Fabricación de equipos de telecomunicaciones	1	72	0,23
266	Fabricación de equipos de radiación, electromédicos y electroterapéuticos	2	2	0,01
267	Fabricación de instrumentos de óptica y equipo fotográfico	1	1	0,00
271	Fabricación de motores, generadores y transformadores eléctricos, y de aparatos de distribución y control eléctrico	8	360	1,13
272	Fabricación de pilas y acumuladores eléctricos	2	28	0,09
273	Fabricación de cables y dispositivos de cableado	2	2	0,01
274	Fabricación de lámparas y aparatos eléctricos de iluminación	2	2	0,01
275	Fabricación de aparatos domésticos	2	47	0,15
279	Fabricación de otro material y equipo eléctrico	7	53	0,17
281	Fabricación de maquinaria de uso general	2	220	0,69
282	Fabricación de otra maquinaria de uso general	14	368	1,15
283	Fabricación de maquinaria agraria y forestal	2	4	0,01
289	Fabricación de otra maquinaria para usos específicos	9	276	0,87
291	Fabricación de vehículos de motor	4	159	0,50
292	Fabricación de carrocerías para vehículos de motor; fabricación de remolques y semirremolques	2	28	0,09
293	Fabricación de componentes, piezas y accesorios para vehículos de motor	32	1.865	5,85
301	Construcción naval	30	8.621	27,05
302	Fabricación de locomotoras y material ferroviario	14	1.541	4,83
303	Construcción aeronáutica y espacial y su maquinaria	4	142	0,45
309	Fabricación de otro material de transporte n.c.o.p.	1	1	0,00
310	Fabricación de muebles	2	5	0,02
321	Fabricación de artículos de joyería, bisutería y similares	1	1	0,00
322	Fabricación de instrumentos musicales	3	34	0,11
325	Fabricación de instrumentos y suministros médicos y odontológicos	1	1	0,00
329	Industrias manufactureras n.c.o.p.	1	1	0,00
331	Reparación de productos metálicos, maquinaria y equipo	20	100	0,31
332	Instalación de máquinas y equipos industriales	3	13	0,04
351	Producción, transporte y distribución de energía eléctrica	10	78	0,24
352	Producción de gas; distribución por tubería de combustibles gaseosos	1	1	0,00
360	Captación, depuración y distribución de agua	54	835	2,62
370	Recogida y tratamiento de aguas residuales	1	5	0,02
381	Recogida de residuos	12	116	0,36
382	Tratamiento y eliminación de residuos	6	55	0,17
383	Valorización	10	66	0,21
390	Actividades de descontaminación y otros servicios de gestión de residuos	6	4	0,01
411	Promoción inmobiliaria	3	11	0,03
412	Construcción de edificios	171	556	1,74
421	Construcción de carreteras y vías férreas, puentes y túneles	12	244	0,77
422	Construcción de redes	2	13	0,04
429	Construcción de otros proyectos de ingeniería civil	19	80	0,25
431	Demolición y preparación de terrenos	30	455	1,43
432	Instalaciones eléctricas, de fontanería y otras instalaciones en obras de construcción	69	573	1,80
433	Acabado de edificios	13	40	0,13
439	Otras actividades de construcción especializada	39	327	1,03
451	Venta de vehículos de motor	3	7	0,02
452	Mantenimiento y reparación de vehículos de motor	55	423	1,33
453	Comercio de repuestos y accesorios de vehículos de motor	11	274	0,86
461	Intermediarios del comercio	1	1	0,00
463	Comercio al por mayor de productos alimenticios, bebidas y tabaco	1	1	0,00
466	Comercio al por mayor de otra maquinaria, equipos y suministros	6	184	0,58
467	Otro comercio al por mayor especializado	10	49	0,15

472	Comercio al por menor de productos alimenticios, bebidas y tabaco en establecimientos especializados	2	4	0,01
474	Comercio al por menor de equipos para las tecnologías de la información y las comunicaciones en establecimientos especializados	1	1	0,00
475	Comercio al por menor de otros artículos de uso doméstico en establecimientos especializados	2	2	0,01
476	Comercio al por menor de artículos culturales y recreativos en establecimientos especializados	2	2	0,01
477	Comercio al por menor de otros artículos en establecimientos especializados	2	2	0,01
491	Transporte interurbano de pasajeros por ferrocarril	9	2.037	6,39
493	Otro transporte terrestre de pasajeros	8	110	0,35
494	Transporte de mercancías por carretera y servicios de mudanza	13	18	0,06
495	Transporte por tubería	1	1	0,00
501	Transporte marítimo de pasajeros	5	8	0,03
504	Transporte de mercancías por vías navegables interiores	20	67	0,21
521	Depósito y almacenamiento	1	4	0,01
522	Actividades anexas al transporte	11	286	0,90
551	Hoteles y alojamientos similares	3	3	0,01
561	Restaurantes y puestos de comidas	2	7	0,02
601	Actividades de radiodifusión	1	1.039	3,26
619	Otras actividades de telecomunicaciones	1	1	0,00
642	Actividades de las sociedades holding	1	1	0,00
649	Otros servicios financieros, excepto seguros y fondos de pensiones	1	19	0,06
682	Alquiler de bienes inmobiliarios por cuenta propia	2	3	0,01
683	Actividades inmobiliarias por cuenta de terceros	1	1	0,00
711	Servicios técnicos de arquitectura e ingeniería y otras actividades relacionadas con el asesoramiento técnico	3	65	0,20
712	Ensayos y análisis técnicos	1	3	0,01
721	Investigación y desarrollo experimental en ciencias naturales y técnicas	1	1	0,00
742	Actividades de fotografía	1	1	0,00
749	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.o.p.	3	9	0,03
773	Alquiler de otra maquinaria, equipos y bienes tangibles	1	1	0,00
782	Actividades de las empresas de trabajo temporal	1	1	0,00
801	Actividades de seguridad privada	1	5	0,02
812	Actividades de limpieza	8	74	0,23
821	Actividades administrativas y auxiliares de oficina	1	1	0,00
829	Actividades de apoyo a las empresas n.c.o.p.	2	2	0,01
841	Administración Pública y de la política económica y social	21	147	0,46
842	Prestación de servicios a la comunidad en general	1	2	0,01
843	Seguridad Social obligatoria	3	101	0,32
853	Educación secundaria	1	1	0,00
861	Actividades hospitalarias	4	518	1,63
949	Otras actividades asociativas	5	34	0,11
952	Reparación de efectos personales y artículos de uso doméstico	1	2	0,01
960	Otros servicios personales	2	23	0,07
999	Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	5	52	0,16
ND	CNAE Desconocido	31	890	2,79
Total		**1.174**	**31.874**	**100,00**

** Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

Tabla 20. Número de empresas que han utilizado amianto en el pasado y trabajadores de las mismas por sexo incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 3 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento.

CNAE (3 dígitos)	Actividad Económica	Empresas	Hombres		Mujeres	
			Número	%	Número	%
016	Actividades de apoyo a la agricultura, a la ganadería y de preparación posterior a la cosecha	1	3	0,01	0	0,00
031	Pesca	1	1	0,00	0	0,00
051	Extracción de antracita y hulla	8	12	0,04	0	0,00
081	Extracción de piedra, arena y arcilla	4	20	0,07	1	0,07
089	Industrias extractivas n.c.o.p.	2	425	1,40	3	0,20
103	Procesado y conservación de frutas y hortalizas	1	1	0,00	0	0,00
104	Fabricación de aceites y grasas vegetales y animales	1	5	0,02	0	0,00
107	Fabricación de productos de panadería y pastas alimenticias	7	12	0,04	0	0,00
108	Fabricación de otros productos alimenticios	5	25	0,08	0	0,00
131	Preparación e hilado de fibras textiles	9	7	0,02	4	0,26
132	Fabricación de tejidos textiles	4	2	0,01	2	0,13
133	Acabado de textiles	3	1	0,00	2	0,13
139	Fabricación de otros productos textiles	3	3	0,01	0	0,00
141	Confección de prendas de vestir, excepto de peletería	2	2	0,01	0	0,00
152	Fabricación de calzado	2	1	0,00	1	0,07
162	Fabricación de productos de madera, corcho, cestería y espartería	2	18	0,06	4	0,26
171	Fabricación de pasta papelera, papel y cartón	2	3	0,01	0	0,00
172	Fabricación de artículos de papel y de cartón	1	101	0,33	0	0,00
181	Artes gráficas y servicios relacionados con las mismas	4	65	0,21	0	0,00
192	Refino de petróleo	4	42	0,14	0	0,00
201	Fabricación de productos químicos básicos, compuestos nitrogenados, fertilizantes, plásticos y caucho sintético en formas primarias	11	128	0,42	1	0,07
203	Fabricación de pinturas, barnices y revestimientos similares; tintas de imprenta y masillas	2	10	0,03	0	0,00
204	Fabricación de jabones, detergentes y otros artículos de limpieza y abrillantamiento; fabricación de perfumes y cosméticos	2	2	0,01	0	0,00
205	Fabricación de otros productos químicos	5	75	0,25	2	0,13
206	Fabricación de fibras artificiales y sintéticas	2	4	0,01	0	0,00
211	Fabricación de productos farmacéuticos de base	1	11	0,04	0	0,00
212	Fabricación de especialidades farmacéuticas	2	3	0,01	0	0,00
221	Fabricación de productos de caucho	9	761	2,51	2	0,13
222	Fabricación de productos de plástico	9	175	0,58	0	0,00
231	Fabricación de vidrio y productos de vidrio	10	681	2,24	13	0,85
232	Fabricación de productos cerámicos refractarios	3	4	0,01	0	0,00
233	Fabricación de productos cerámicos para la construcción	2	3	0,01	0	0,00
234	Fabricación de otros productos cerámicos	1	1	0,00	0	0,00
235	Fabricación de cemento, cal y yeso	7	194	0,64	3	0,20
236	Fabricación de elementos de hormigón, cemento y yeso	23	2.421	7,98	144	9,46
239	Fabricación de productos abrasivos y productos minerales no metálicos n.c.o.p.	6	141	0,46	60	3,94
241	Fabricación de productos básicos de hierro, acero y ferroaleaciones	24	1.055	3,48	1	0,07
242	Fabricación de tubos, tuberías, perfiles huecos y sus accesorios, de acero	7	340	1,12	1	0,07
243	Fabricación de otros productos de primera transformación del acero	3	49	0,16	0	0,00
244	Producción de metales preciosos y de otros metales no férreos	3	38	0,13	1	0,07
245	Fundición de metales	27	390	1,28	7	0,46
251	Fabricación de elementos metálicos para la construcción	21	176	0,58	1	0,07
252	Fabricación de cisternas, grandes depósitos y contenedores de metal	7	6	0,02	1	0,07

253	Fabricación de generadores de vapor, excepto calderas de calefacción central	1	5	0,02	0	0,00
255	Forja, estampación y embutición de metales; metalurgia de polvos	3	18	0,06	0	0,00
256	Tratamiento y revestimiento de metales; ingeniería mecánica por cuenta de terceros	1	2	0,01	0	0,00
257	Fabricación de artículos de cuchillería y cubertería, herramientas y ferretería	6	80	0,26	0	0,00
259	Fabricación de otros productos metálicos	5	119	0,39	78	5,12
261	Fabricación de componentes electrónicos y circuitos impresos ensamblados	2	7	0,02	0	0,00
263	Fabricación de equipos de telecomunicaciones	1	72	0,24	0	0,00
266	Fabricación de equipos de radiación, electromédicos y electroterapéuticos	2	2	0,01	0	0,00
267	Fabricación de instrumentos de óptica y equipo fotográfico	1	1	0,00	0	0,00
271	Fabricación de motores, generadores y transformadores eléctricos, y de aparatos de distribución y control eléctrico	8	314	1,03	46	3,02
272	Fabricación de pilas y acumuladores eléctricos	2	25	0,08	3	0,20
273	Fabricación de cables y dispositivos de cableado	2	1	0,00	1	0,07
274	Fabricación de lámparas y aparatos eléctricos de iluminación	2	1	0,00	1	0,07
275	Fabricación de aparatos domésticos	2	45	0,15	2	0,13
279	Fabricación de otro material y equipo eléctrico	7	53	0,17	0	0,00
281	Fabricación de maquinaria de uso general	2	219	0,72	1	0,07
282	Fabricación de otra maquinaria de uso general	14	356	1,17	12	0,79
283	Fabricación de maquinaria agraria y forestal	2	4	0,01	0	0,00
289	Fabricación de otra maquinaria para usos específicos	9	261	0,86	15	0,98
291	Fabricación de vehículos de motor	4	159	0,52	0	0,00
292	Fabricación de carrocerías para vehículos de motor; fabricación de remolques y semirremolques	2	28	0,09	0	0,00
293	Fabricación de componentes, piezas y accesorios para vehículos de motor	32	1.479	4,87	386	25,34
301	Construcción naval	30	8.457	27,86	164	10,77
302	Fabricación de locomotoras y material ferroviario	14	1.532	5,05	9	0,59
303	Construcción aeronáutica y espacial y su maquinaria	4	138	0,45	4	0,26
309	Fabricación de otro material de transporte n.c.o.p.	1	1	0,00	0	0,00
310	Fabricación de muebles	2	5	0,02	0	0,00
321	Fabricación de artículos de joyería, bisutería y similares	1	1	0,00	0	0,00
322	Fabricación de instrumentos musicales	3	32	0,11	2	0,13
325	Fabricación de instrumentos y suministros médicos y odontológicos	1	1	0,00	0	0,00
329	Industrias manufactureras n.c.o.p.	1	1	0,00	0	0,00
331	Reparación de productos metálicos, maquinaria y equipo	20	100	0,33	0	0,00
332	Instalación de máquinas y equipos industriales	3	13	0,04	0	0,00
351	Producción, transporte y distribución de energía eléctrica	10	78	0,26	0	0,00
352	Producción de gas; distribución por tubería de combustibles gaseosos	1	1	0,00	0	0,00
360	Captación, depuración y distribución de agua	54	830	2,73	5	0,33
370	Recogida y tratamiento de aguas residuales	1	5	0,02	0	0,00
381	Recogida de residuos	12	114	0,38	2	0,13
382	Tratamiento y eliminación de residuos	6	53	0,17	2	0,13
383	Valorización	10	46	0,15	20	1,31
390	Actividades de descontaminación y otros servicios de gestión de residuos	6	4	0,01	0	0,00
411	Promoción inmobiliaria	3	11	0,04	0	0,00
412	Construcción de edificios	171	553	1,82	3	0,20
421	Construcción de carreteras y vías férreas, puentes y túneles	12	235	0,77	9	0,59
422	Construcción de redes	2	13	0,04	0	0,00
429	Construcción de otros proyectos de ingeniería civil	19	79	0,26	1	0,07
431	Demolición y preparación de terrenos	30	445	1,47	10	0,66

432	Instalaciones eléctricas, de fontanería y otras instalaciones en obras de construcción	69	567	1,87	6	0,39
433	Acabado de edificios	13	39	0,13	1	0,07
439	Otras actividades de construcción especializada	39	325	1,07	2	0,13
451	Venta de vehículos de motor	3	6	0,02	1	0,07
452	Mantenimiento y reparación de vehículos de motor	55	412	1,36	11	0,72
453	Comercio de repuestos y accesorios de vehículos de motor	11	243	0,80	31	2,04
461	Intermediarios del comercio	1	1	0,00	0	0,00
463	Comercio al por mayor de productos alimenticios, bebidas y tabaco	1	1	0,00	0	0,00
466	Comercio al por mayor de otra maquinaria, equipos y suministros	6	179	0,59	5	0,33
467	Otro comercio al por mayor especializado	10	45	0,15	4	0,26
472	Comercio al por menor de productos alimenticios, bebidas y tabaco en establecimientos especializados	2	4	0,01	0	0,00
474	Comercio al por menor de equipos para las tecnologías de la información y las comunicaciones en establecimientos especializados	1	1	0,00	0	0,00
475	Comercio al por menor de otros artículos de uso doméstico en establecimientos especializados	2	2	0,01	0	0,00
476	Comercio al por menor de artículos culturales y recreativos en establecimientos especializados	2	2	0,01	0	0,00
477	Comercio al por menor de otros artículos en establecimientos especializados	2	2	0,01	0	0,00
491	Transporte interurbano de pasajeros por ferrocarril	9	1.982	6,53	55	3,61
493	Otro transporte terrestre de pasajeros	8	110	0,36	0	0,00
494	Transporte de mercancías por carretera y servicios de mudanza	13	18	0,06	0	0,00
495	Transporte por tubería	1	1	0,00	0	0,00
501	Transporte marítimo de pasajeros	5	8	0,03	0	0,00
504	Transporte de mercancías por vías navegables interiores	20	67	0,22	0	0,00
521	Depósito y almacenamiento	1	4	0,01	0	0,00
522	Actividades anexas al transporte	11	286	0,94	0	0,00
551	Hoteles y alojamientos similares	3	3	0,01	0	0,00
561	Restaurantes y puestos de comidas	2	7	0,02	0	0,00
601	Actividades de radiodifusión	1	999	3,29	40	2,63
619	Otras actividades de telecomunicaciones	1	1	0,00	0	0,00
642	Actividades de las sociedades holding	1	0	0,00	1	0,07
649	Otros servicios financieros, excepto seguros y fondos de pensiones	1	16	0,05	3	0,20
682	Alquiler de bienes inmobiliarios por cuenta propia	2	3	0,01	0	0,00
683	Actividades inmobiliarias por cuenta de terceros	1	1	0,00	0	0,00
711	Servicios técnicos de arquitectura e ingeniería y otras actividades relacionadas con el asesoramiento técnico	3	57	0,19	8	0,53
712	Ensayos y análisis técnicos	1	3	0,01	0	0,00
721	Investigación y desarrollo experimental en ciencias naturales y técnicas	1	1	0,00	0	0,00
742	Actividades de fotografía	1	1	0,00	0	0,00
749	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.o.p.	3	6	0,02	3	0,20
773	Alquiler de otra maquinaria, equipos y bienes tangibles	1	1	0,00	0	0,00
782	Actividades de las empresas de trabajo temporal	1	1	0,00	0	0,00
801	Actividades de seguridad privada	1	5	0,02	0	0,00
812	Actividades de limpieza	8	73	0,24	1	0,07
821	Actividades administrativas y auxiliares de oficina	1	0	0,00	1	0,07
829	Actividades de apoyo a las empresas n.c.o.p.	2	2	0,01	0	0,00
841	Administración Pública y de la política económica y social	21	131	0,43	16	1,05
842	Prestación de servicios a la comunidad en general	1	2	0,01	0	0,00
843	Seguridad Social obligatoria	3	99	0,33	2	0,13
853	Educación secundaria	1	1	0,00	0	0,00
861	Actividades hospitalarias	4	251	0,83	267	17,53
949	Otras actividades asociativas	5	32	0,11	2	0,13
952	Reparación de efectos personales y artículos de uso doméstico	1	2	0,01	0	0,00
960	Otros servicios personales	2	22	0,07	1	0,07

999	Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	5	51	0,17	1	0,07
ND	CNAE Desconocido	31	859	2,83	31	2,04
Total		**1.174**	**30.351**	**100,00**	**1.523**	**100,00**

** Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

Tabla 21. Número de empresas que han utilizado amianto en el pasado y trabajadores de las mismas incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 4 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento.

CNAE (4 dígitos)	Actividad Económica	Empresas	Trabajadores	
			Número	%
0161	Actividades de apoyo a la agricultura	1	3	0,01
0311	Pesca marina	1	1	0,00
0510	Extracción de antracita y hulla	8	12	0,04
0811	Extracción de piedra ornamental y para la construcción, piedra caliza, yeso, creta y pizarra	3	4	0,01
0812	Extracción de gravas y arenas; extracción de arcilla y caolín	1	17	0,05
0899	Otras industrias extractivas n.c.o.p.	2	428	1,34
1031	Procesado y conservación de patatas	1	1	0,00
1043	Fabricación de aceite de oliva	1	5	0,02
1071	Fabricación de pan y de productos frescos de panadería y pastelería	7	12	0,04
1081	Fabricación de azúcar	4	24	0,08
1082	Fabricación de cacao, chocolate y productos de confitería	1	1	0,00
1310	Preparación e hilado de fibras textiles	9	11	0,03
1320	Fabricación de tejidos textiles	4	4	0,01
1330	Acabado de textiles	3	3	0,01
1399	Fabricación de otros productos textiles n.c.o.p.	3	3	0,01
1412	Confección de ropa de trabajo	1	1	0,00
1413	Confección de otras prendas de vestir exteriores	1	1	0,00
1520	Fabricación de calzado	2	2	0,01
1621	Fabricación de chapas y tableros de madera	1	21	0,07
1629	Fabricación de otros productos de madera; artículos de corcho, cestería y espartería	1	1	0,00
1711	Fabricación de pasta papelera	2	3	0,01
1729	Fabricación de otros artículos de papel y cartón	1	101	0,32
1812	Otras actividades de impresión y artes gráficas	2	63	0,20
1813	Servicios de preimpresión y preparación de soportes	2	2	0,01
1920	Refino de petróleo	4	42	0,13
2013	Fabricación de otros productos básicos de química inorgánica	3	54	0,17
2015	Fabricación de fertilizantes y compuestos nitrogenados	4	8	0,03
2016	Fabricación de plásticos en formas primarias	2	42	0,13
2017	Fabricación de caucho sintético en formas primarias	2	25	0,08
2030	Fabricación de pinturas, barnices y revestimientos similares; tintas de imprenta y masillas	2	10	0,03
2042	Fabricación de perfumes y cosméticos	2	2	0,01
2059	Fabricación de otros productos químicos n.c.o.p.	5	77	0,24
2060	Fabricación de fibras artificiales y sintéticas	2	4	0,01
2110	Fabricación de productos farmacéuticos de base	1	11	0,03
2120	Fabricación de especialidades farmacéuticas	2	3	0,01
2211	Fabricación de neumáticos y cámaras de caucho; reconstrucción y recauchutado de neumáticos	6	742	2,33
2219	Fabricación de otros productos de caucho	3	21	0,07
2221	Fabricación de placas, hojas, tubos y perfiles de plástico	1	8	0,03
2222	Fabricación de envases y embalajes de plástico	2	2	0,01
2223	Fabricación de productos de plástico para la construcción	1	1	0,00

2229	Fabricación de otros productos de plástico	5	164	0,51
2311	Fabricación de vidrio plano	5	665	2,09
2313	Fabricación de vidrio hueco	4	28	0,09
2319	Fabricación y manipulado de otro vidrio, incluido el vidrio técnico	1	1	0,00
2320	Fabricación de productos cerámicos refractarios	3	4	0,01
2331	Fabricación de azulejos y baldosas de cerámica	2	3	0,01
2342	Fabricación de aparatos sanitarios cerámicos	1	1	0,00
2351	Fabricación de cemento	6	196	0,61
2352	Fabricación de cal y yeso	1	1	0,00
2361	Fabricación de elementos de hormigón para la construcción	1	90	0,28
2365	Fabricación de fibrocemento	21	2248	7,05
2369	Fabricación de otros productos de hormigón, yeso y cemento	1	227	0,71
2391	Fabricación de productos abrasivos	1	1	0,00
2399	Fabricación de otros productos minerales no metálicos n.c.o.p.	5	200	0,63
2410	Fabricación de productos básicos de hierro, acero y ferroaleaciones	24	1056	3,31
2420	Fabricación de tubos, tuberías, perfiles huecos y sus accesorios, de acero	7	341	1,07
2433	Producción de perfiles en frío por conformación con plegado	3	49	0,15
2441	Producción de metales preciosos	1	1	0,00
2442	Producción de aluminio	1	2	0,01
2443	Producción de plomo, zinc y estaño	1	36	0,11
2451	Fundición de hierro	18	251	0,79
2452	Fundición de acero	7	135	0,42
2454	Fundición de otros metales no férreos	2	11	0,03
2511	Fabricación de estructuras metálicas y sus componentes	19	175	0,55
2512	Fabricación de carpintería metálica	2	2	0,01
2521	Fabricación de radiadores y calderas para calefacción central	7	7	0,02
2530	Fabricación de generadores de vapor, excepto calderas de calefacción central	1	5	0,02
2550	Forja, estampación y embutición de metales; metalurgia de polvos	3	18	0,06
2562	Ingeniería mecánica por cuenta de terceros	1	2	0,01
2572	Fabricación de cerraduras y herrajes	3	65	0,20
2573	Fabricación de herramientas	3	15	0,05
2592	Fabricación de envases y embalajes metálicos ligeros	1	135	0,42
2593	Fabricación de productos de alambre, cadenas y muelles	2	8	0,03
2599	Fabricación de otros productos metálicos n.c.o.p.	2	54	0,17
2611	Fabricación de componentes electrónicos	2	7	0,02
2630	Fabricación de equipos de telecomunicaciones	1	72	0,23
2660	Fabricación de equipos de radiación, electromédicos y electroterapéuticos	2	2	0,01
2670	Fabricación de instrumentos de óptica y equipo fotográfico	1	1	0,00
2711	Fabricación de motores, generadores y transformadores eléctricos	8	360	1,13
2720	Fabricación de pilas y acumuladores eléctricos	2	28	0,09
2732	Fabricación de otros hilos y cables electrónicos y eléctricos	2	2	0,01
2740	Fabricación de lámparas y aparatos eléctricos de iluminación	2	2	0,01
2751	Fabricación de electrodomésticos	1	46	0,14
2752	Fabricación de aparatos domésticos no eléctricos	1	1	0,00
2790	Fabricación de otro material y equipo eléctrico	7	53	0,17
2815	Fabricación de cojinetes, engranajes y órganos mecánicos de transmisión	2	220	0,69
2821	Fabricación de hornos y quemadores	5	343	1,08
2822	Fabricación de maquinaria de elevación y manipulación	4	20	0,06
2823	Fabricación de máquinas y equipos de oficina, excepto equipos informáticos	1	1	0,00
2825	Fabricación de maquinaria de ventilación y refrigeración no doméstica	1	1	0,00
2829	Fabricación de otra maquinaria de uso general n.c.o.p.	3	3	0,01
2830	Fabricación de maquinaria agraria y forestal	2	4	0,01
2891	Fabricación de maquinaria para la industria metalúrgica	2	2	0,01
2892	Fabricación de maquinaria para las industrias extractivas y de la construcción	2	156	0,49
2893	Fabricación de maquinaria para la industria de la alimentación, bebidas y tabaco	3	116	0,36
2894	Fabricación de maquinaria para las industrias textil, de la confección y del cuero	1	1	0,00

2899	Fabricación de otra maquinaria para usos específicos n.c.o.p.	1	1	0,00
2910	Fabricación de vehículos de motor	4	159	0,50
2920	Fabricación de carrocerías para vehículos de motor; fabricación de remolques y semirremolques	2	28	0,09
2931	Fabricación de equipos eléctricos y electrónicos para vehículos de motor	3	14	0,04
2932	Fabricación de otros componentes, piezas y accesorios para vehículos de motor	29	1851	5,81
3011	Construcción de barcos y estructuras flotantes	28	8618	27,04
3012	Construcción de embarcaciones de recreo y deporte	2	3	0,01
3020	Fabricación de locomotoras y material ferroviario	14	1541	4,83
3030	Construcción aeronáutica y espacial y su maquinaria	4	142	0,45
3091	Fabricación de motocicletas	1	1	0,00
3103	Fabricación de colchones	1	4	0,01
3109	Fabricación de otros muebles	1	1	0,00
3211	Fabricación de monedas	1	1	0,00
3220	Fabricación de instrumentos musicales	3	34	0,11
3250	Fabricación de instrumentos y suministros médicos y odontológicos	1	1	0,00
3299	Otras industrias manufactureras n.c.o.p.	1	1	0,00
3312	Reparación de maquinaria	7	8	0,03
3314	Reparación de equipos eléctricos	1	1	0,00
3315	Reparación y mantenimiento naval	9	88	0,28
3317	Reparación y mantenimiento de otro material de transporte	1	1	0,00
3319	Reparación de otros equipos	2	2	0,01
3320	Instalación de máquinas y equipos industriales	3	13	0,04
3513	Distribución de energía eléctrica	2	67	0,21
3516	Producción de energía eléctrica de origen térmico convencional	5	8	0,03
3517	Producción de energía eléctrica de origen nuclear	1	1	0,00
3519	Producción de energía eléctrica de otros tipos	2	2	0,01
3521	Producción de gas	1	1	0,00
3600	Captación, depuración y distribución de agua	54	835	2,62
3700	Recogida y tratamiento de aguas residuales	1	5	0,02
3811	Recogida de residuos no peligrosos	10	112	0,35
3812	Recogida de residuos peligrosos	2	4	0,01
3821	Tratamiento y eliminación de residuos no peligrosos	4	3	0,01
3822	Tratamiento y eliminación de residuos peligrosos	2	52	0,16
3831	Separación y clasificación de materiales	4	41	0,13
3832	Valorización de materiales ya clasificados	6	25	0,08
3900	Actividades de descontaminación y otros servicios de gestión de residuos	6	4	0,01
4110	Promoción inmobiliaria	3	11	0,03
4121	Construcción de edificios residenciales	157	525	1,65
4122	Construcción de edificios no residenciales	14	31	0,10
4211	Construcción de carreteras y autopistas	6	12	0,04
4212	Construcción de vías férreas de superficie y subterráneas	5	231	0,72
4213	Construcción de puentes y túneles	1	1	0,00
4221	Construcción de redes para fluidos	2	13	0,04
4291	Obras hidráulicas	3	42	0,13
4299	Construcción de otros proyectos de ingeniería civil n.c.o.p.	16	38	0,12
4311	Demolición	27	449	1,41
4312	Preparación de terrenos	3	6	0,02
4321	Instalaciones eléctricas	22	396	1,24
4322	Fontanería, instalaciones de sistemas de calefacción y aire acondicionado	21	55	0,17
4329	Otras instalaciones en obras de construcción	26	122	0,38
4331	Revocamiento	3	3	0,01
4332	Instalación de carpintería	2	3	0,01
4334	Pintura y acristalamiento	2	3	0,01
4339	Otro acabado de edificios	6	31	0,10
4391	Construcción de cubiertas	16	70	0,22

4399	Otras actividades de construcción especializada n.c.o.p.	23	257	0,81
4511	Venta de automóviles y vehículos de motor ligeros	3	7	0,02
4520	Mantenimiento y reparación de vehículos de motor	55	423	1,33
4531	Comercio al por mayor de repuestos y accesorios de vehículos de motor	7	37	0,12
4532	Comercio al por menor de repuestos y accesorios de vehículos de motor	4	237	0,74
4617	Intermediarios del comercio de productos alimenticios, bebidas y tabaco	1	1	0,00
4638	Comercio al por mayor de pescados y mariscos y otros productos alimenticios	1	1	0,00
4661	Comercio al por mayor de maquinaria, equipos y suministros agrícolas	2	3	0,01
4669	Comercio al por mayor de otra maquinaria y equipo	4	181	0,57
4673	Comercio al por mayor de madera, materiales de construcción y aparatos sanitarios	4	4	0,01
4674	Comercio al por mayor de ferretería, fontanería y calefacción	1	1	0,00
4675	Comercio al por mayor de productos químicos	2	27	0,08
4677	Comercio al por mayor de chatarra y productos de desecho	3	17	0,05
4723	Comercio al por menor de pescados y mariscos en establecimientos especializados	1	3	0,01
4724	Comercio al por menor de pan y productos de panadería, confitería y pastelería en establecimientos especializados	1	1	0,00
4741	Comercio al por menor de ordenadores, equipos periféricos y programas informáticos en establecimientos especializados	1	1	0,00
4752	Comercio al por menor de ferretería, pintura y vidrio en establecimientos especializados	2	2	0,01
4764	Comercio al por menor de artículos deportivos en establecimientos especializados	2	2	0,01
4778	Otro comercio al por menor de artículos nuevos en establecimientos especializados	2	2	0,01
4910	Transporte interurbano de pasajeros por ferrocarril	9	2037	6,39
4931	Transporte terrestre urbano y suburbano de pasajeros	6	107	0,34
4932	Transporte por taxi	1	1	0,00
4939	tipos de transporte terrestre de pasajeros n.c.o.p.	1	2	0,01
4941	Transporte de mercancías por carretera	10	15	0,05
4942	Servicios de mudanza	3	3	0,01
4950	Transporte por tubería	1	1	0,00
5010	Transporte marítimo de pasajeros	5	8	0,03
5040	Transporte de mercancías por vías navegables interiores	20	67	0,21
5210	Depósito y almacenamiento	1	4	0,01
5221	Actividades anexas al transporte terrestre	1	3	0,01
5222	Actividades anexas al transporte marítimo y por vías navegables interiores	4	47	0,15
5224	Manipulación de mercancías	4	231	0,72
5229	Otras actividades anexas al transporte	2	5	0,02
5510	Hoteles y alojamientos similares	3	3	0,01
5610	Restaurantes y puestos de comidas	2	7	0,02
6010	Actividades de radiodifusión	1	1.039	3,26
6190	Otras actividades de telecomunicaciones	1	1	0,00
6420	Actividades de las sociedades holding	1	1	0,00
6499	Otros servicios financieros, excepto seguros y fondos de pensiones n.c.o.p.	1	19	0,06
6820	Alquiler de bienes inmobiliarios por cuenta propia	2	3	0,01
6832	Gestión y administración de la propiedad inmobiliaria	1	1	0,00
7111	Servicios técnicos de arquitectura	2	25	0,08
7112	Servicios técnicos de ingeniería y otras actividades relacionadas con el asesoramiento técnico	1	40	0,13
7120	Ensayos y análisis técnicos	1	3	0,01
7219	Otra investigación y desarrollo experimental en ciencias naturales y técnicas	1	1	0,00
7420	Actividades de fotografía	1	1	0,00
7490	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.o.p.	3	9	0,03
7732	Alquiler de maquinaria y equipo para la construcción e ingeniería civil	1	1	0,00
7820	Actividades de las empresas de trabajo temporal	1	1	0,00
8010	Actividades de seguridad privada	1	5	0,02
8121	Limpieza general de edificios	2	55	0,17

8122	Otras actividades de limpieza industrial y de edificios	4	17	0,05
8129	Otras actividades de limpieza	2	2	0,01
8219	Actividades de fotocopiado, preparación de documentos y otras actividades especializadas de oficina	1	1	0,00
8299	Otras actividades de apoyo a las empresas n.c.o.p.	2	2	0,01
8411	Actividades generales de la Administración Pública	21	147	0,46
8422	Defensa	1	2	0,01
8430	Seguridad Social obligatoria	3	101	0,32
8531	Educación secundaria general	1	1	0,00
8610	Actividades hospitalarias	4	518	1,63
9499	Otras actividades asociativas n.c.o.p.	5	34	0,11
9522	Reparación de aparatos electrodomésticos y de equipos para el hogar y el jardín	1	2	0,01
9601	Lavado y limpieza de prendas textiles y de piel	1	22	0,07
9603	Pompas fúnebres y actividades relacionadas	1	1	0,00
9999	Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	5	52	0,16
ND	CNAE Desconocido	31	890	2,79
Total general		**1.174**	**31.874**	**100**

** Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

Tabla 22. Número de empresas que han utilizado amianto en el pasado y trabajadores de las mismas por sexo incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 4 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento.

CNAE (4 dígitos)	Actividad Económica	Empresas	Hombres		Mujeres	
			Número	%	Número	%
0161	Actividades de apoyo a la agricultura	1	3	0,01	0	0,00
0311	Pesca marina	1	1	0,00	0	0,00
0510	Extracción de antracita y hulla	8	12	0,04	0	0,00
0811	Extracción de piedra ornamental y para la construcción, piedra caliza, yeso, creta y pizarra	3	3	0,01	1	0,07
0812	Extracción de gravas y arenas; extracción de arcilla y caolín	1	17	0,06	0	0,00
0899	Otras industrias extractivas n.c.o.p.	2	425	1,40	3	0,20
1031	Procesado y conservación de patatas	1	1	0,00	0	0,00
1043	Fabricación de aceite de oliva	1	5	0,02	0	0,00
1071	Fabricación de pan y de productos frescos de panadería y pastelería	7	12	0,04	0	0,00
1081	Fabricación de azúcar	4	24	0,08	0	0,00
1082	Fabricación de cacao, chocolate y productos de confitería	1	1	0,00	0	0,00
1310	Preparación e hilado de fibras textiles	9	7	0,02	4	0,26
1320	Fabricación de tejidos textiles	4	2	0,01	2	0,13
1330	Acabado de textiles	3	1	0,00	2	0,13
1399	Fabricación de otros productos textiles n.c.o.p.	3	3	0,01	0	0,00
1412	Confección de ropa de trabajo	1	1	0,00	0	0,00
1413	Confección de otras prendas de vestir exteriores	1	1	0,00	0	0,00
1520	Fabricación de calzado	2	1	0,00	1	0,07
1621	Fabricación de chapas y tableros de madera	1	17	0,06	4	0,26
1629	Fabricación de otros productos de madera; artículos de corcho, cestería y espartería	1	1	0,00	0	0,00
1711	Fabricación de pasta papelera	2	3	0,01	0	0,00
1729	Fabricación de otros artículos de papel y cartón	1	101	0,33	0	0,00
1812	Otras actividades de impresión y artes gráficas	2	63	0,21	0	0,00
1813	Servicios de preimpresión y preparación de soportes	2	2	0,01	0	0,00
1920	Refino de petróleo	4	42	0,14	0	0,00
2013	Fabricación de otros productos básicos de química inorgánica	3	53	0,17	1	0,07
2015	Fabricación de fertilizantes y compuestos nitrogenados	4	8	0,03	0	0,00

2016	Fabricación de plásticos en formas primarias	2	42	0,14	0	0,00
2017	Fabricación de caucho sintético en formas primarias	2	25	0,08	0	0,00
2030	Fabricación de pinturas, barnices y revestimientos similares; tintas de imprenta y masillas	2	10	0,03	0	0,00
2042	Fabricación de perfumes y cosméticos	2	2	0,01	0	0,00
2059	Fabricación de otros productos químicos n.c.o.p.	5	75	0,25	2	0,13
2060	Fabricación de fibras artificiales y sintéticas	2	4	0,01	0	0,00
2110	Fabricación de productos farmacéuticos de base	1	11	0,04	0	0,00
2120	Fabricación de especialidades farmacéuticas	2	3	0,01	0	0,00
2211	Fabricación de neumáticos y cámaras de caucho; reconstrucción y recauchutado de neumáticos	6	741	2,44	1	0,07
2219	Fabricación de otros productos de caucho	3	20	0,07	1	0,07
2221	Fabricación de placas, hojas, tubos y perfiles de plástico	1	8	0,03	0	0,00
2222	Fabricación de envases y embalajes de plástico	2	2	0,01	0	0,00
2223	Fabricación de productos de plástico para la construcción	1	1	0,00	0	0,00
2229	Fabricación de otros productos de plástico	5	164	0,54	0	0,00
2311	Fabricación de vidrio plano	5	652	2,15	13	0,85
2313	Fabricación de vidrio hueco	4	28	0,09	0	0,00
2319	Fabricación y manipulado de otro vidrio, incluido el vidrio técnico	1	1	0,00	0	0,00
2320	Fabricación de productos cerámicos refractarios	3	4	0,01	0	0,00
2331	Fabricación de azulejos y baldosas de cerámica	2	3	0,01	0	0,00
2342	Fabricación de aparatos sanitarios cerámicos	1	1	0,00	0	0,00
2351	Fabricación de cemento	6	193	0,64	3	0,20
2352	Fabricación de cal y yeso	1	1	0,00	0	0,00
2361	Fabricación de elementos de hormigón para la construcción	1	90	0,30	0	0,00
2365	Fabricación de fibrocemento	21	2.115	6,97	133	8,73
2369	Fabricación de otros productos de hormigón, yeso y cemento	1	216	0,71	11	0,72
2391	Fabricación de productos abrasivos	1	1	0,00	0	0,00
2399	Fabricación de otros productos minerales no metálicos n.c.o.p.	5	140	0,46	60	3,94
2410	Fabricación de productos básicos de hierro, acero y ferroaleaciones	24	1.055	3,48	1	0,07
2420	Fabricación de tubos, tuberías, perfiles huecos y sus accesorios, de acero	7	340	1,12	1	0,07
2433	Producción de perfiles en frío por conformación con plegado	3	49	0,16	0	0,00
2441	Producción de metales preciosos	1	0	0,00	1	0,07
2442	Producción de aluminio	1	2	0,01	0	0,00
2443	Producción de plomo, zinc y estaño	1	36	0,12	0	0,00
2451	Fundición de hierro	18	247	0,81	4	0,26
2452	Fundición de acero	7	132	0,43	3	0,20
2454	Fundición de otros metales no férreos	2	11	0,04	0	0,00
2511	Fabricación de estructuras metálicas y sus componentes	19	174	0,57	1	0,07
2512	Fabricación de carpintería metálica	2	2	0,01	0	0,00
2521	Fabricación de radiadores y calderas para calefacción central	7	6	0,02	1	0,07
2530	Fabricación de generadores de vapor, excepto calderas de calefacción central	1	5	0,02	0	0,00
2550	Forja, estampación y embutición de metales; metalurgia de polvos	3	18	0,06	0	0,00
2562	Ingeniería mecánica por cuenta de terceros	1	2	0,01	0	0,00
2572	Fabricación de cerraduras y herrajes	3	65	0,21	0	0,00
2573	Fabricación de herramientas	3	15	0,05	0	0,00
2592	Fabricación de envases y embalajes metálicos ligeros	1	58	0,19	77	5,06
2593	Fabricación de productos de alambre, cadenas y muelles	2	7	0,02	1	0,07
2599	Fabricación de otros productos metálicos n.c.o.p.	2	54	0,18	0	0,00
2611	Fabricación de componentes electrónicos	2	7	0,02	0	0,00
2630	Fabricación de equipos de telecomunicaciones	1	72	0,24	0	0,00
2660	Fabricación de equipos de radiación, electromédicos y electroterapéuticos	2	2	0,01	0	0,00
2670	Fabricación de instrumentos de óptica y equipo fotográfico	1	1	0,00	0	0,00

2711	Fabricación de motores, generadores y transformadores eléctricos	8	314	1,03	46	3,02
2720	Fabricación de pilas y acumuladores eléctricos	2	25	0,08	3	0,20
2732	Fabricación de otros hilos y cables electrónicos y eléctricos	2	1	0,00	1	0,07
2740	Fabricación de lámparas y aparatos eléctricos de iluminación	2	1	0,00	1	0,07
2751	Fabricación de electrodomésticos	1	44	0,14	2	0,13
2752	Fabricación de aparatos domésticos no eléctricos	1	1	0,00	0	0,00
2790	Fabricación de otro material y equipo eléctrico	7	53	0,17	0	0,00
2815	Fabricación de cojinetes, engranajes y órganos mecánicos de transmisión	2	219	0,72	1	0,07
2821	Fabricación de hornos y quemadores	5	331	1,09	12	0,79
2822	Fabricación de maquinaria de elevación y manipulación	4	20	0,07	0	0,00
2823	Fabricación de máquinas y equipos de oficina, excepto equipos informáticos	1	1	0,00	0	0,00
2825	Fabricación de maquinaria de ventilación y refrigeración no doméstica	1	1	0,00	0	0,00
2829	Fabricación de otra maquinaria de uso general n.c.o.p.	3	3	0,01	0	0,00
2830	Fabricación de maquinaria agraria y forestal	2	4	0,01	0	0,00
2891	Fabricación de maquinaria para la industria metalúrgica	2	2	0,01	0	0,00
2892	Fabricación de maquinaria para las industrias extractivas y de la construcción	2	156	0,51	0	0,00
2893	Fabricación de maquinaria para la industria de la alimentación, bebidas y tabaco	3	101	0,33	15	0,98
2894	Fabricación de maquinaria para las industrias textil, de la confección y del cuero	1	1	0,00	0	0,00
2899	Fabricación de otra maquinaria para usos específicos n.c.o.p.	1	1	0,00	0	0,00
2910	Fabricación de vehículos de motor	4	159	0,52	0	0,00
2920	Fabricación de carrocerías para vehículos de motor; fabricación de remolques y semirremolques	2	28	0,09	0	0,00
2931	Fabricación de equipos eléctricos y electrónicos para vehículos de motor	3	12	0,04	2	0,13
2932	Fabricación de otros componentes, piezas y accesorios para vehículos de motor	29	1.467	4,83	384	25,21
3011	Construcción de barcos y estructuras flotantes	28	8.454	27,85	164	10,77
3012	Construcción de embarcaciones de recreo y deporte	2	3	0,01	0	0,00
3020	Fabricación de locomotoras y material ferroviario	14	1.532	5,05	9	0,59
3030	Construcción aeronáutica y espacial y su maquinaria	4	138	0,45	4	0,26
3091	Fabricación de motocicletas	1	1	0,00	0	0,00
3103	Fabricación de colchones	1	4	0,01	0	0,00
3109	Fabricación de otros muebles	1	1	0,00	0	0,00
3211	Fabricación de monedas	1	1	0,00	0	0,00
3220	Fabricación de instrumentos musicales	3	32	0,11	2	0,13
3250	Fabricación de instrumentos y suministros médicos y odontológicos	1	1	0,00	0	0,00
3299	Otras industrias manufactureras n.c.o.p.	1	1	0,00	0	0,00
3312	Reparación de maquinaria	7	8	0,03	0	0,00
3314	Reparación de equipos eléctricos	1	1	0,00	0	0,00
3315	Reparación y mantenimiento naval	9	88	0,29	0	0,00
3317	Reparación y mantenimiento de otro material de transporte	1	1	0,00	0	0,00
3319	Reparación de otros equipos	2	2	0,01	0	0,00
3320	Instalación de máquinas y equipos industriales	3	13	0,04	0	0,00
3513	Distribución de energía eléctrica	2	67	0,22	0	0,00
3516	Producción de energía eléctrica de origen térmico convencional	5	8	0,03	0	0,00
3517	Producción de energía eléctrica de origen nuclear	1	1	0,00	0	0,00
3519	Producción de energía eléctrica de otros tipos	2	2	0,01	0	0,00
3521	Producción de gas	1	1	0,00	0	0,00
3600	Captación, depuración y distribución de agua	54	830	2,73	5	0,33
3700	Recogida y tratamiento de aguas residuales	1	5	0,02	0	0,00
3811	Recogida de residuos no peligrosos	10	110	0,36	2	0,13
3812	Recogida de residuos peligrosos	2	4	0,01	0	0,00

3821	Tratamiento y eliminación de residuos no peligrosos	4	3	0,01	0	0,00
3822	Tratamiento y eliminación de residuos peligrosos	2	50	0,16	2	0,13
3831	Separación y clasificación de materiales	4	40	0,13	1	0,07
3832	Valorización de materiales ya clasificados	6	6	0,02	19	1,25
3900	Actividades de descontaminación y otros servicios de gestión de residuos	6	4	0,01	0	0,00
4110	Promoción inmobiliaria	3	11	0,04	0	0,00
4121	Construcción de edificios residenciales	157	522	1,72	3	0,20
4122	Construcción de edificios no residenciales	14	31	0,10	0	0,00
4211	Construcción de carreteras y autopistas	6	12	0,04	0	0,00
4212	Construcción de vías férreas de superficie y subterráneas	5	222	0,73	9	0,59
4213	Construcción de puentes y túneles	1	1	0,00	0	0,00
4221	Construcción de redes para fluidos	2	13	0,04	0	0,00
4291	Obras hidráulicas	3	42	0,14	0	0,00
4299	Construcción de otros proyectos de ingeniería civil n.c.o.p.	16	37	0,12	1	0,07
4311	Demolición	27	439	1,45	10	0,66
4312	Preparación de terrenos	3	6	0,02	0	0,00
4321	Instalaciones eléctricas	22	394	1,30	2	0,13
4322	Fontanería, instalaciones de sistemas de calefacción y aire acondicionado	21	53	0,17	2	0,13
4329	Otras instalaciones en obras de construcción	26	120	0,40	2	0,13
4331	Revocamiento	3	3	0,01	0	0,00
4332	Instalación de carpintería	2	3	0,01	0	0,00
4334	Pintura y acristalamiento	2	3	0,01	0	0,00
4339	Otro acabado de edificios	6	30	0,10	1	0,07
4391	Construcción de cubiertas	16	70	0,23	0	0,00
4399	Otras actividades de construcción especializada n.c.o.p.	23	255	0,84	2	0,13
4511	Venta de automóviles y vehículos de motor ligeros	3	6	0,02	1	0,07
4520	Mantenimiento y reparación de vehículos de motor	55	412	1,36	11	0,72
4531	Comercio al por mayor de repuestos y accesorios de vehículos de motor	7	35	0,12	2	0,13
4532	Comercio al por menor de repuestos y accesorios de vehículos de motor	4	208	0,69	29	1,90
4617	Intermediarios del comercio de productos alimenticios, bebidas y tabaco	1	1	0,00	0	0,00
4638	Comercio al por mayor de pescados y mariscos y otros productos alimenticios	1	1	0,00	0	0,00
4661	Comercio al por mayor de maquinaria, equipos y suministros agrícolas	2	3	0,01	0	0,00
4669	Comercio al por mayor de otra maquinaria y equipo	4	176	0,58	5	0,33
4673	Comercio al por mayor de madera, materiales de construcción y aparatos sanitarios	4	4	0,01	0	0,00
4674	Comercio al por mayor de ferretería, fontanería y calefacción	1	1	0,00	0	0,00
4675	Comercio al por mayor de productos químicos	2	24	0,08	3	0,20
4677	Comercio al por mayor de chatarra y productos de desecho	3	16	0,05	1	0,07
4723	Comercio al por menor de pescados y mariscos en establecimientos especializados	1	3	0,01	0	0,00
4724	Comercio al por menor de pan y productos de panadería, confitería y pastelería en establecimientos especializados	1	1	0,00	0	0,00
4741	Comercio al por menor de ordenadores, equipos periféricos y programas informáticos en establecimientos especializados	1	1	0,00	0	0,00
4752	Comercio al por menor de ferretería, pintura y vidrio en establecimientos especializados	2	2	0,01	0	0,00
4764	Comercio al por menor de artículos deportivos en establecimientos especializados	2	2	0,01	0	0,00
4778	Otro comercio al por menor de artículos nuevos en establecimientos especializados	2	2	0,01	0	0,00
4910	Transporte interurbano de pasajeros por ferrocarril	9	1.982	6,53	55	3,61
4931	Transporte terrestre urbano y suburbano de pasajeros	6	107	0,35	0	0,00
4932	Transporte por taxi	1	1	0,00	0	0,00
4939	tipos de transporte terrestre de pasajeros n.c.o.p.	1	2	0,01	0	0,00
4941	Transporte de mercancías por carretera	10	15	0,05	0	0,00

4942	Servicios de mudanza	3	3	0,01	0	0,00
4950	Transporte por tubería	1	1	0,00	0	0,00
5010	Transporte marítimo de pasajeros	5	8	0,03	0	0,00
5040	Transporte de mercancías por vías navegables interiores	20	67	0,22	0	0,00
5210	Depósito y almacenamiento	1	4	0,01	0	0,00
5221	Actividades anexas al transporte terrestre	1	3	0,01	0	0,00
5222	Actividades anexas al transporte marítimo y por vías navegables interiores	4	47	0,15	0	0,00
5224	Manipulación de mercancías	4	231	0,76	0	0,00
5229	Otras actividades anexas al transporte	2	5	0,02	0	0,00
5510	Hoteles y alojamientos similares	3	3	0,01	0	0,00
5610	Restaurantes y puestos de comidas	2	7	0,02	0	0,00
6010	Actividades de radiodifusión	1	999	3,29	40	2,63
6190	Otras actividades de telecomunicaciones	1	1	0,00	0	0,00
6420	Actividades de las sociedades holding	1	0	0,00	1	0,07
6499	Otros servicios financieros, excepto seguros y fondos de pensiones n.c.o.p.	1	16	0,05	3	0,20
6820	Alquiler de bienes inmobiliarios por cuenta propia	2	3	0,01	0	0,00
6832	Gestión y administración de la propiedad inmobiliaria	1	1	0,00	0	0,00
7111	Servicios técnicos de arquitectura	2	23	0,08	2	0,13
7112	Servicios técnicos de ingeniería y otras actividades relacionadas con el asesoramiento técnico	1	34	0,11	6	0,39
7120	Ensayos y análisis técnicos	1	3	0,01	0	0,00
7219	Otra investigación y desarrollo experimental en ciencias naturales y técnicas	1	1	0,00	0	0,00
7420	Actividades de fotografía	1	1	0,00	0	0,00
7490	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.o.p.	3	6	0,02	3	0,20
7732	Alquiler de maquinaria y equipo para la construcción e ingeniería civil	1	1	0,00	0	0,00
7820	Actividades de las empresas de trabajo temporal	1	1	0,00	0	0,00
8010	Actividades de seguridad privada	1	5	0,02	0	0,00
8121	Limpieza general de edificios	2	54	0,18	1	0,07
8122	Otras actividades de limpieza industrial y de edificios	4	17	0,06	0	0,00
8129	Otras actividades de limpieza	2	2	0,01	0	0,00
8219	Actividades de fotocopiado, preparación de documentos y otras actividades especializadas de oficina	1	0	0,00	1	0,07
8299	Otras actividades de apoyo a las empresas n.c.o.p.	2	2	0,01	0	0,00
8411	Actividades generales de la Administración Pública	21	131	0,43	16	1,05
8422	Defensa	1	2	0,01	0	0,00
8430	Seguridad Social obligatoria	3	99	0,33	2	0,13
8531	Educación secundaria general	1	1	0,00	0	0,00
8610	Actividades hospitalarias	4	251	0,83	267	17,53
9499	Otras actividades asociativas n.c.o.p.	5	32	0,11	2	0,13
9522	Reparación de aparatos electrodomésticos y de equipos para el hogar y el jardín	1	2	0,01	0	0,00
9601	Lavado y limpieza de prendas textiles y de piel	1	21	0,07	1	0,07
9603	Pompas fúnebres y actividades relacionadas	1	1	0,00	0	0,00
9999	Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	5	51	0,17	1	0,07
ND	CNAE Desconocido	31	859	2,83	31	2,04
Total		**1.174**	**30.351**	**100**	**1.523**	**100**

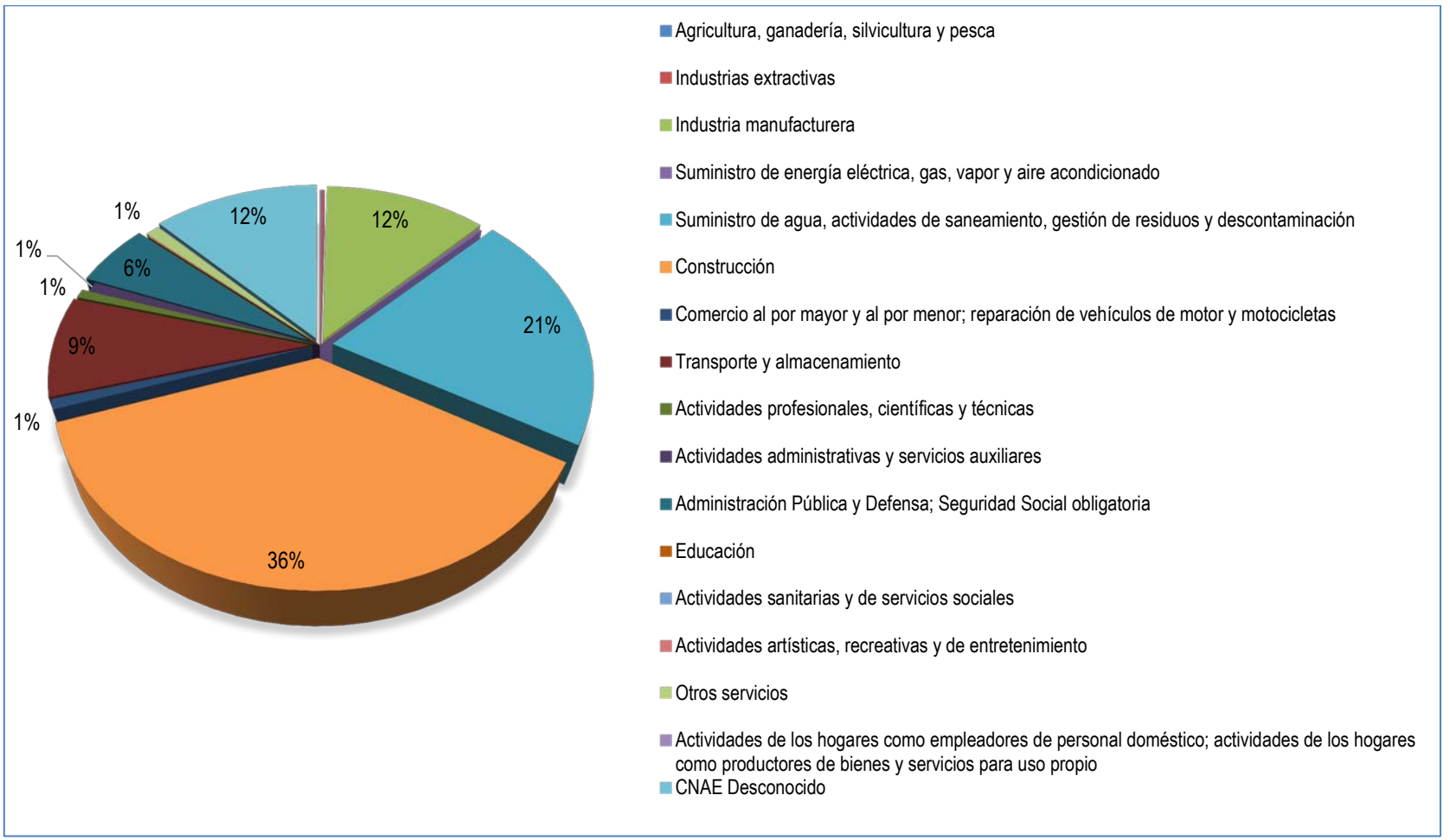
** Datos correspondientes a, Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

1.7. CARACTERÍSTICAS DE LAS EMPRESAS QUE MANIPULAN AMIANTO ACTUALMENTE INCLUIDAS EN PIVISTEA

Se ha recibido información sobre el número de empresas que manipulan amianto actualmente de las comunidades autónomas de Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Región de Murcia, Comunidad Foral de Navarra y País Vasco.

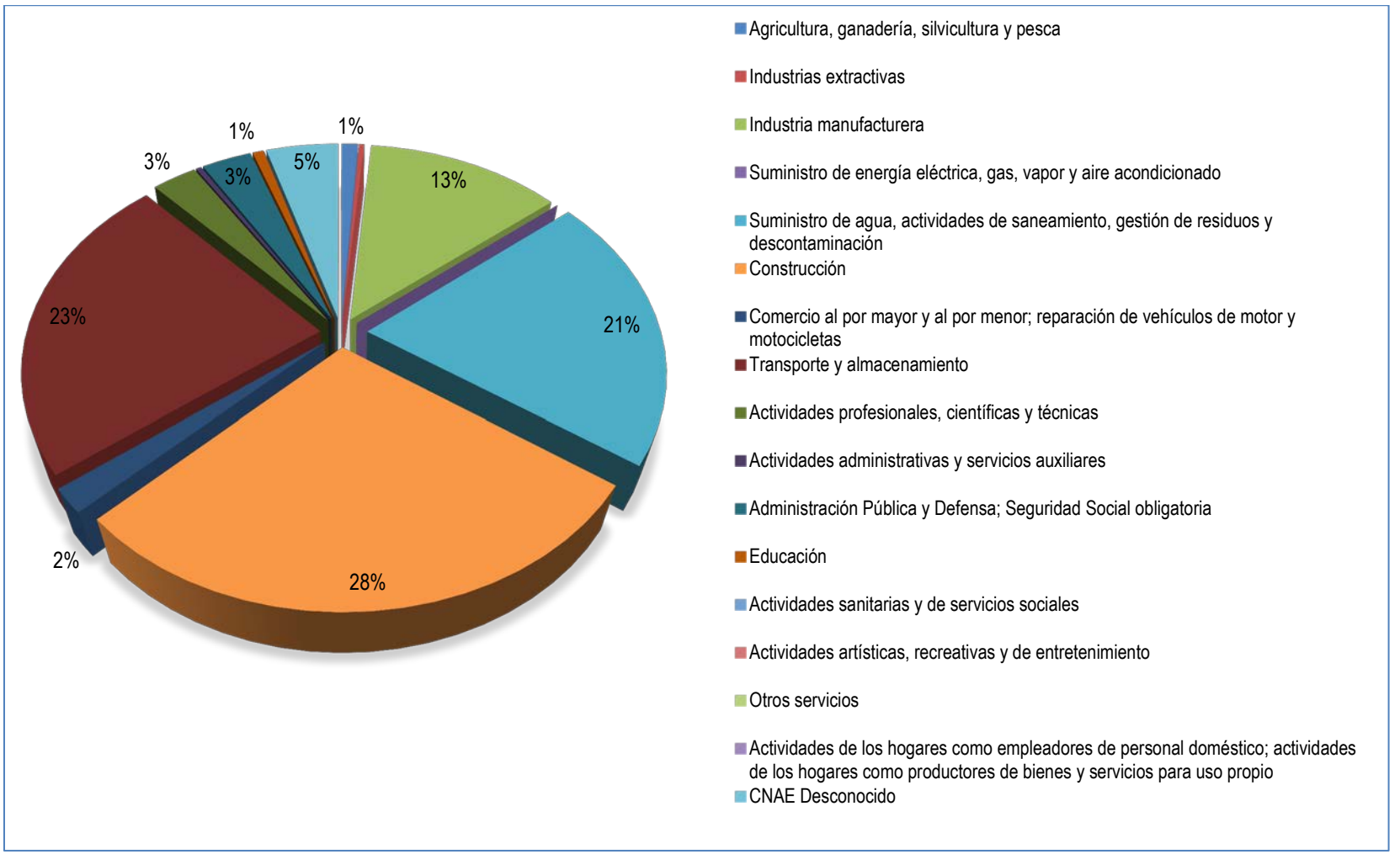
En las Figuras 12 y 13 y en las Tablas 23 a 30 se muestran el número de empresas y trabajadores por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 Gran Grupo y desagregado a 2, 3 y 4 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento.

Figura 12. Número de trabajadores expuestos actualmente totales incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009), expresado en tanto por ciento.



** Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

Figura 13. Número de trabajadoras totales expuestas actualmente incluidas en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009), expresado en tanto por ciento.



** Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

Tabla 23. Número de empresas que utilizan amianto actualmente y trabajadores de las mismas incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009, Gran Grupo), expresado en número absoluto y tanto por ciento.

Gran Grupo	Actividad	Empresas	Trabajadores	
			Número	%
A	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	14	30	0,14
B	Industrias extractivas	15	50	0,23
C	Industria manufacturera	145	2.592	11,98
D	Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado	10	59	0,27
E	Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	199	4.485	20,74
F	Construcción	851	7.862	36,35
G	Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas	39	190	0,88
H	Transporte y almacenamiento	87	1.899	8,78
M	Actividades profesionales, científicas y técnicas	24	172	0,80
N	Actividades administrativas y servicios auxiliares	21	187	0,86
O	Administración Pública y defensa; Seguridad Social obligatoria	53	1.206	5,58
P	Educación	3	9	0,04
Q	Actividades sanitarias y de servicios sociales	3	7	0,03
R	Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	1	16	0,07
S	Otros servicios	16	214	0,99
T	Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico; actividades de los hogares como productores de bienes y servicios para uso propio	1	12	0,06
#N/A	CNAE Desconocido	41	2.640	12,21
Total		**1.523**	**21.630**	**100,00**

** Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

Tabla 24. Número de empresas que utilizan amianto actualmente y trabajadores de las mismas por sexo incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009, Gran Grupo), expresado en número absoluto y tanto por ciento.

Gran Grupo	Actividad	Empresas	Hombres		Mujeres	
			Número	Número	%	%
A	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	14	27	0,13	3	1,08
B	Industrias extractivas	15	49	0,23	1	0,36
C	Industria manufacturera	145	2.557	11,97	35	12,64
D	Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado	10	59	0,28	0	0,00
E	Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	199	4.428	20,74	57	20,58
F	Construcción	851	7.784	36,45	78	28,16
G	Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas	39	185	0,87	5	1,81
H	Transporte y almacenamiento	87	1.834	8,59	65	23,47
M	Actividades profesionales, científicas y técnicas	24	164	0,77	8	2,89
N	Actividades administrativas y servicios auxiliares	21	186	0,87	1	0,36
O	Administración Pública y defensa; Seguridad Social obligatoria	53	1.197	5,61	9	3,25
P	Educación	3	7	0,03	2	0,72
Q	Actividades sanitarias y de servicios sociales	3	7	0,03	0	0,00
R	Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	1	16	0,07	0	0,00
S	Otros servicios	16	214	1,00	0	0,00

T	Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico, actividades de los hogares como productores de bienes y servicios para uso propio	1	12	0,06	0	0,00
#ND	CNAE Desconocido	41	2.627	12,30	13	4,69
Total		**1.523**	**21.353**	**100**	**277**	**100**

** Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

Tabla 25. Número de empresas que utilizan amianto actualmente y trabajadores de las mismas incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 2 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento.

CNAE (2 dígitos)	Actividad Económica	Empresas	Trabajadores	
			Número	%
01	Agricultura, ganadería, caza y servicios relacionados con las mismas	2	2	0,01
02	Silvicultura y explotación forestal	5	20	0,09
05	Extracción de antracita, hulla y lignito	1	2	0,01
07	Extracción de minerales metálicos	3	3	0,01
08	Otras industrias extractivas	10	44	0,20
10	Industria de la alimentación	2	24	0,11
13	Industria textil	1	1	0,00
16	Industria de la madera y del corcho, excepto muebles; cestería y espartería	3	110	0,51
18	Artes gráficas y reproducción de soportes grabados	3	3	0,01
20	Industria química	3	93	0,43
22	Fabricación de productos de caucho y plásticos	9	353	1,63
23	Fabricación de otros productos minerales no metálicos	16	76	0,35
24	Metalurgia; fabricación de productos de hierro, acero y ferroaleaciones	9	106	0,49
25	Fabricación de productos metálicos, excepto maquinaria y equipo	54	663	3,07
26	Fabricación de productos informáticos, electrónicos y ópticos	2	2	0,01
27	Fabricación de material y equipo eléctrico	6	14	0,06
28	Fabricación de maquinaria y equipo n.c.o.p.	13	283	1,31
29	Fabricación de vehículos de motor, remolques y semirremolques	8	187	0,86
30	Fabricación de otro material de transporte	12	552	2,55
32	Otras industrias manufactureras	1	2	0,01
33	Reparación e instalación de maquinaria y equipo	10	132	0,61
35	Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado	10	59	0,27
36	Captación, depuración y distribución de agua	121	3.789	17,52
37	Recogida y tratamiento de aguas residuales	4	29	0,13
38	Recogida, tratamiento y eliminación de residuos; valorización	59	464	2,15
39	Actividades de descontaminación y otros servicios de gestión de residuos	16	204	0,94
41	Construcción de edificios	315	2.434	11,25
42	Ingeniería civil	79	574	2,65
43	Actividades de construcción especializada	457	4.854	22,44
45	Venta y reparación de vehículos de motor y motocicletas	15	120	0,55
46	Comercio al por mayor e intermediarios del comercio, excepto de vehículos de motor y motocicletas	21	67	0,31
47	Comercio al por menor, excepto de vehículos de motor y motocicletas	3	3	0,01
49	Transporte terrestre y por tubería	46	1.146	5,30
50	Transporte marítimo y por vías navegables interiores	36	725	3,35
52	Almacenamiento y actividades anexas al transporte	4	26	0,12
69	Actividades jurídicas y de contabilidad	1	1	0,00
71	Servicios técnicos de arquitectura e ingeniería; ensayos y análisis técnicos	17	160	0,74
74	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas	6	11	0,05
77	Actividades de alquiler	6	50	0,23
78	Actividades relacionadas con el empleo	1	3	0,01

80	Actividades de seguridad e investigación	3	7	0,03
81	Servicios a edificios y actividades de jardinería	9	124	0,57
82	Actividades administrativas de oficina y otras actividades auxiliares a las empresas	2	3	0,01
84	Administración Pública y defensa; Seguridad Social obligatoria	53	1.206	5,58
85	Educación	3	9	0,04
86	Actividades sanitarias	3	7	0,03
93	Actividades deportivas, recreativas y de entretenimiento	1	16	0,07
94	Actividades asociativas	15	213	0,98
96	Otros servicios personales	2	2	0,01
97	Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico	1	12	0,06
ND	CNAE Desconocido	41	2.640	12,21
Total		**1.523**	**21.630**	**100**

** Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

Tabla 26. Número de empresas que utilizan amianto actualmente y trabajadores de las mismas por sexo incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 2 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento.

CNAE (2 dígitos)	Actividad Económica	Empresas	Hombres		Mujeres	
			Número	%	Número	%
01	Agricultura, ganadería, caza y servicios relacionados con las mismas	2	2	0,01	0	0,00
02	Silvicultura y explotación forestal	5	17	0,08	3	1,08
05	Extracción de antracita, hulla y lignito	1	2	0,01	0	0,00
07	Extracción de minerales metálicos	3	3	0,01	0	0,00
08	Otras industrias extractivas	10	43	0,20	1	0,36
10	Industria de la alimentación	2	24	0,11	0	0,00
13	Industria textil	1	0	0,00	1	0,36
16	Industria de la madera y del corcho, excepto muebles; cestería y espartería	3	110	0,52	0	0,00
18	Artes gráficas y reproducción de soportes grabados	3	3	0,01	0	0,00
20	Industria química	3	86	0,40	7	2,53
22	Fabricación de productos de caucho y plásticos	9	351	1,64	2	0,72
23	Fabricación de otros productos minerales no metálicos	16	75	0,35	1	0,36
24	Metalurgia; fabricación de productos de hierro, acero y ferroaleaciones	9	105	0,49	1	0,36
25	Fabricación de productos metálicos, excepto maquinaria y equipo	54	660	3,09	3	1,08
26	Fabricación de productos informáticos, electrónicos y ópticos	2	2	0,01	0	0,00
27	Fabricación de material y equipo eléctrico	6	14	0,07	0	0,00
28	Fabricación de maquinaria y equipo n.c.o.p.	13	283	1,33	0	0,00
29	Fabricación de vehículos de motor, remolques y semirremolques	8	168	0,79	19	6,86
30	Fabricación de otro material de transporte	12	552	2,59	0	0,00
32	Otras industrias manufactureras	1	2	0,01	0	0,00
33	Reparación e instalación de maquinaria y equipo	10	131	0,61	1	0,36
35	Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado	10	59	0,28	0	0,00
36	Captación, depuración y distribución de agua	121	3760	17,61	29	10,47
37	Recogida y tratamiento de aguas residuales	4	28	0,13	1	0,36
38	Recogida, tratamiento y eliminación de residuos; valorización	59	439	2,06	25	9,03
39	Actividades de descontaminación y otros servicios de gestión de residuos	16	202	0,95	2	0,72
41	Construcción de edificios	315	2418	11,32	16	5,78
42	Ingeniería civil	79	560	2,62	14	5,05
43	Actividades de construcción especializada	457	4806	22,51	48	17,33

45	Venta y reparación de vehículos de motor y motocicletas	15	116	0,54	4	1,44
46	Comercio al por mayor e intermediarios del comercio, excepto de vehículos de motor y motocicletas	21	66	0,31	1	0,36
47	Comercio al por menor, excepto de vehículos de motor y motocicletas	3	3	0,01	0	0,00
49	Transporte terrestre y por tubería	46	1092	5,11	54	19,49
50	Transporte marítimo y por vías navegables interiores	36	714	3,34	11	3,97
52	Almacenamiento y actividades anexas al transporte	4	26	0,12	0	0,00
69	Actividades jurídicas y de contabilidad	1	1	0,00	0	0,00
71	Servicios técnicos de arquitectura e ingeniería; ensayos y análisis técnicos	17	154	0,72	6	2,17
74	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas	6	9	0,04	2	0,72
77	Actividades de alquiler	6	50	0,23	0	0,00
78	Actividades relacionadas con el empleo	1	3	0,01	0	0,00
80	Actividades de seguridad e investigación	3	7	0,03	0	0,00
81	Servicios a edificios y actividades de jardinería	9	123	0,58	1	0,36
82	Actividades administrativas de oficina y otras actividades auxiliares a las empresas	2	3	0,01	0	0,00
84	Administración Pública y defensa; Seguridad Social obligatoria	53	1197	5,61	9	3,25
85	Educación	3	7	0,03	2	0,72
86	Actividades sanitarias	3	7	0,03	0	0,00
93	Actividades deportivas, recreativas y de entretenimiento	1	16	0,07	0	0,00
94	Actividades asociativas	15	213	1,00	0	0,00
96	Otros servicios personales	2	2	0,01	0	0,00
97	Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico	1	12	0,06	0	0,00
ND	CNAE Desconocido	41	2.627	12,30	13	4,69
Total		**1.523**	**21.353**	**100**	**277**	**100**

** Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

Tabla 27. Número de empresas que utilizan amianto actualmente y trabajadores de las mismas incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 3 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento.

CNAE (3 dígitos)	Actividad Económica	Empresas	Trabajadores	
			Número	%
011	Cultivos no perennes	1	1	0,00
016	Actividades de apoyo a la agricultura, a la ganadería y de preparación posterior a la cosecha	1	1	0,00
021	Silvicultura y otras actividades forestales	1	14	0,06
024	Servicios de apoyo a la silvicultura	4	6	0,03
051	Extracción de antracita y hulla	1	2	0,01
071	Extracción de minerales de hierro	2	2	0,01
072	Extracción de minerales metálicos no férreos	1	1	0,00
081	Extracción de piedra, arena y arcilla	9	43	0,20
089	Industrias extractivas n.c.o.p.	1	1	0,00
108	Fabricación de otros productos alimenticios	2	24	0,11
132	Fabricación de tejidos textiles	1	1	0,00
162	Fabricación de productos de madera, corcho, cestería y espartería	3	110	0,51
181	Artes gráficas y servicios relacionados con las mismas	3	3	0,01
201	Fabricación de productos químicos básicos, compuestos nitrogenados, fertilizantes, plásticos y caucho sintético en formas primarias	1	11	0,05

203	Fabricación de pinturas, barnices y revestimientos similares; tintas de imprenta y masillas	1	31	0,14
205	Fabricación de otros productos químicos	1	51	0,24
221	Fabricación de productos de caucho	7	335	1,55
222	Fabricación de productos de plástico	2	18	0,08
231	Fabricación de vidrio y productos de vidrio	4	4	0,02
232	Fabricación de productos cerámicos refractarios	1	1	0,00
233	Fabricación de productos cerámicos para la construcción	1	7	0,03
235	Fabricación de cemento, cal y yeso	4	11	0,05
236	Fabricación de elementos de hormigón, cemento y yeso	4	45	0,21
239	Fabricación de productos abrasivos y productos minerales no metálicos n.c.o.p.	2	8	0,04
243	Fabricación de otros productos de primera transformación del acero	4	52	0,24
244	Producción de metales preciosos y de otros metales no férreos	2	42	0,19
245	Fundición de metales	3	12	0,06
251	Fabricación de elementos metálicos para la construcción	45	593	2,74
252	Fabricación de cisternas, grandes depósitos y contenedores de metal	2	24	0,11
255	Forja, estampación y embutición de metales; metalurgia de polvos	2	3	0,01
256	Tratamiento y revestimiento de metales; ingeniería mecánica por cuenta de terceros	1	1	0,00
259	Fabricación de otros productos metálicos	4	42	0,19
261	Fabricación de componentes electrónicos y circuitos impresos ensamblados	1	1	0,00
267	Fabricación de instrumentos de óptica y equipo fotográfico	1	1	0,00
271	Fabricación de motores, generadores y transformadores eléctricos, y de aparatos de distribución y control eléctrico	2	6	0,03
272	Fabricación de pilas y acumuladores eléctricos	1	3	0,01
273	Fabricación de cables y dispositivos de cableado	1	1	0,00
274	Fabricación de lámparas y aparatos eléctricos de iluminación	1	2	0,01
279	Fabricación de otro material y equipo eléctrico	1	2	0,01
281	Fabricación de maquinaria de uso general	4	8	0,04
282	Fabricación de otra maquinaria de uso general	3	3	0,01
284	Fabricación de máquinas herramienta para trabajar el metal y otras máquinas herramienta	1	67	0,31
289	Fabricación de otra maquinaria para usos específicos	5	205	0,95
293	Fabricación de componentes, piezas y accesorios para vehículos de motor	8	187	0,86
301	Construcción naval	8	548	2,53
302	Fabricación de locomotoras y material ferroviario	4	4	0,02
321	Fabricación de artículos de joyería, bisutería y similares	1	2	0,01
331	Reparación de productos metálicos, maquinaria y equipo	7	79	0,37
332	Instalación de máquinas y equipos industriales	3	53	0,25
351	Producción, transporte y distribución de energía eléctrica	9	58	0,27
352	Producción de gas; distribución por tubería de combustibles gaseosos	1	1	0,00
360	Captación, depuración y distribución de agua	121	3.789	17,52
370	Recogida y tratamiento de aguas residuales	4	29	0,13
381	Recogida de residuos	24	151	0,70
382	Tratamiento y eliminación de residuos	25	229	1,06
383	Valorización	10	84	0,39
390	Actividades de descontaminación y otros servicios de gestión de residuos	16	204	0,94
411	Promoción inmobiliaria	3	19	0,09
412	Construcción de edificios	312	2.415	11,17
421	Construcción de carreteras y vías férreas, puentes y túneles	17	200	0,92
422	Construcción de redes	8	115	0,53
429	Construcción de otros proyectos de ingeniería civil	54	259	1,20
431	Demolición y preparación de terrenos	146	1.815	8,39
432	Instalaciones eléctricas, de fontanería y otras instalaciones en obras de construcción	117	964	4,46
433	Acabado de edificios	51	367	1,70
439	Otras actividades de construcción especializada	143	1.708	7,90
451	Venta de vehículos de motor	1	15	0,07
452	Mantenimiento y reparación de vehículos de motor	6	22	0,10
453	Comercio de repuestos y accesorios de vehículos de motor	8	83	0,38

461	Intermediarios del comercio	2	10	0,05
463	Comercio al por mayor de productos alimenticios, bebidas y tabaco	2	6	0,03
466	Comercio al por mayor de otra maquinaria, equipos y suministros	2	3	0,01
467	Otro comercio al por mayor especializado	12	43	0,20
469	Comercio al por mayor no especializado	3	5	0,02
472	Comercio al por menor de productos alimenticios, bebidas y tabaco en establecimientos especializados	2	2	0,01
477	Comercio al por menor de otros artículos en establecimientos especializados	1	1	0,00
491	Transporte interurbano de pasajeros por ferrocarril	7	908	4,20
493	Otro transporte terrestre de pasajeros	4	28	0,13
494	Transporte de mercancías por carretera y servicios de mudanza	35	210	0,97
501	Transporte marítimo de pasajeros	1	1	0,00
503	Transporte de pasajeros por vías navegables interiores	1	8	0,04
504	Transporte de mercancías por vías navegables interiores	34	716	3,31
521	Depósito y almacenamiento	1	3	0,01
522	Actividades anexas al transporte	3	23	0,11
692	Actividades de contabilidad, teneduría de libros, auditoría y asesoría fiscal	1	1	0,00
711	Servicios técnicos de arquitectura e ingeniería y otras actividades relacionadas con el asesoramiento técnico	14	157	0,73
712	Ensayos y análisis técnicos	3	3	0,01
742	Actividades de fotografía	1	1	0,00
749	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.o.p.	5	10	0,05
771	Alquiler de vehículos de motor	1	1	0,00
773	Alquiler de otra maquinaria, equipos y bienes tangibles	5	49	0,23
781	Actividades de las agencias de colocación	1	3	0,01
801	Actividades de seguridad privada	2	5	0,02
802	Servicios de sistemas de seguridad	1	2	0,01
811	Servicios integrales a edificios e instalaciones	1	2	0,01
812	Actividades de limpieza	8	122	0,56
821	Actividades administrativas y auxiliares de oficina	1	2	0,01
829	Actividades de apoyo a las empresas n.c.o.p.	1	1	0,00
841	Administración Pública y de la política económica y social	45	775	3,58
842	Prestación de servicios a la comunidad en general	1	160	0,74
843	Seguridad Social obligatoria	7	271	1,25
853	Educación secundaria	1	4	0,02
855	Otra educación	2	5	0,02
861	Actividades hospitalarias	2	6	0,03
869	Otras actividades sanitarias	1	1	0,00
931	Actividades deportivas	1	16	0,07
949	Otras actividades asociativas	15	213	0,98
960	Otros servicios personales	2	2	0,01
970	Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico	1	12	0,06
ND	CNAE Desconocido	41	2.640	12,21
Total		**1.523**	**21.630**	**100**

** Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

Tabla 28. Número de empresas que utilizan amianto actualmente y trabajadores de las mismas por sexo incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 3 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento.

CNAE (3 dígitos)	Actividad Económica	Empresas	Hombres		Mujeres	
			Número	%	Número	%
011	Cultivos no perennes	1	1	0,00	0	0,00
016	Actividades de apoyo a la agricultura, a la ganadería y de preparación posterior a la cosecha	1	1	0,00	0	0,00
021	Silvicultura y otras actividades forestales	1	14	0,07	0	0,00
024	Servicios de apoyo a la silvicultura	4	3	0,01	3	1,08
051	Extracción de antracita y hulla	1	2	0,01	0	0,00
071	Extracción de minerales de hierro	2	2	0,01	0	0,00
072	Extracción de minerales metálicos no férreos	1	1	0,00	0	0,00
081	Extracción de piedra, arena y arcilla	9	42	0,20	1	0,36
089	Industrias extractivas n.c.o.p.	1	1	0,00	0	0,00
108	Fabricación de otros productos alimenticios	2	24	0,11	0	0,00
132	Fabricación de tejidos textiles	1	0	0,00	1	0,36
162	Fabricación de productos de madera, corcho, cestería y espartería	3	110	0,52	0	0,00
181	Artes gráficas y servicios relacionados con las mismas	3	3	0,01	0	0,00
201	Fabricación de productos químicos básicos, compuestos nitrogenados, fertilizantes, plásticos y caucho sintético en formas primarias	1	11	0,05	0	0,00
203	Fabricación de pinturas, barnices y revestimientos similares; tintas de imprenta y masillas	1	26	0,12	5	1,81
205	Fabricación de otros productos químicos	1	49	0,23	2	0,72
221	Fabricación de productos de caucho	7	333	1,56	2	0,72
222	Fabricación de productos de plástico	2	18	0,08	0	0,00
231	Fabricación de vidrio y productos de vidrio	4	4	0,02	0	0,00
232	Fabricación de productos cerámicos refractarios	1	1	0,00	0	0,00
233	Fabricación de productos cerámicos para la construcción	1	7	0,03	0	0,00
235	Fabricación de cemento, cal y yeso	4	11	0,05	0	0,00
236	Fabricación de elementos de hormigón, cemento y yeso	4	44	0,21	1	0,36
239	Fabricación de productos abrasivos y productos minerales no metálicos n.c.o.p.	2	8	0,04	0	0,00
243	Fabricación de otros productos de primera transformación del acero	4	52	0,24	0	0,00
244	Producción de metales preciosos y de otros metales no férreos	2	41	0,19	1	0,36
245	Fundición de metales	3	12	0,06	0	0,00
251	Fabricación de elementos metálicos para la construcción	45	590	2,76	3	1,08
252	Fabricación de cisternas, grandes depósitos y contenedores de metal	2	24	0,11	0	0,00
255	Forja, estampación y embutición de metales; metalurgia de polvos	2	3	0,01	0	0,00
256	Tratamiento y revestimiento de metales; ingeniería mecánica por cuenta de terceros	1	1	0,00	0	0,00
259	Fabricación de otros productos metálicos	4	42	0,20	0	0,00
261	Fabricación de componentes electrónicos y circuitos impresos ensamblados	1	1	0,00	0	0,00
267	Fabricación de instrumentos de óptica y equipo fotográfico	1	1	0,00	0	0,00
271	Fabricación de motores, generadores y transformadores eléctricos, y de aparatos de distribución y control eléctrico	2	6	0,03	0	0,00
272	Fabricación de pilas y acumuladores eléctricos	1	3	0,01	0	0,00
273	Fabricación de cables y dispositivos de cableado	1	1	0,00	0	0,00
274	Fabricación de lámparas y aparatos eléctricos de iluminación	1	2	0,01	0	0,00
279	Fabricación de otro material y equipo eléctrico	1	2	0,01	0	0,00
281	Fabricación de maquinaria de uso general	4	8	0,04	0	0,00
282	Fabricación de otra maquinaria de uso general	3	3	0,01	0	0,00
284	Fabricación de máquinas herramienta para trabajar el metal y otras máquinas herramienta	1	67	0,31	0	0,00

289	Fabricación de otra maquinaria para usos específicos	5	205	0,96	0	0,00
293	Fabricación de componentes y accesorios para vehículos de motor	8	168	0,79	19	6,86
301	Construcción naval	8	548	2,57	0	0,00
302	Fabricación de locomotoras y material ferroviario	4	4	0,02	0	0,00
321	Fabricación de artículos de joyería, bisutería y similares	1	2	0,01	0	0,00
331	Reparación de productos metálicos, maquinaria y equipo	7	78	0,37	1	0,36
332	Instalación de máquinas y equipos industriales	3	53	0,25	0	0,00
351	Producción, transporte y distribución de energía eléctrica	9	58	0,27	0	0,00
352	Producción de gas; distribución por tubería de combustibles gaseosos	1	1	0,00	0	0,00
360	Captación, depuración y distribución de agua	121	3.760	17,61	29	10,47
370	Recogida y tratamiento de aguas residuales	4	28	0,13	1	0,36
381	Recogida de residuos	24	144	0,67	7	2,53
382	Tratamiento y eliminación de residuos	25	215	1,01	14	5,05
383	Valorización	10	80	0,37	4	1,44
390	Actividades de descontaminación y otros servicios de gestión de residuos	16	202	0,95	2	0,72
411	Promoción inmobiliaria	3	19	0,09	0	0,00
412	Construcción de edificios	312	2.399	11,23	16	5,78
421	Construcción de carreteras y vías férreas, puentes y túneles	17	189	0,89	11	3,97
422	Construcción de redes	8	114	0,53	1	0,36
429	Construcción de otros proyectos de ingeniería civil	54	257	1,20	2	0,72
431	Demolición y preparación de terrenos	146	1.793	8,40	22	7,94
432	Instalaciones eléctricas, de fontanería y otras instalaciones en obras de construcción	117	957	4,48	7	2,53
433	Acabado de edificios	51	365	1,71	2	0,72
439	Otras actividades de construcción especializada	143	1.691	7,92	17	6,14
451	Venta de vehículos de motor	1	15	0,07	0	0,00
452	Mantenimiento y reparación de vehículos de motor	6	22	0,10	0	0,00
453	Comercio de repuestos y accesorios de vehículos de motor	8	79	0,37	4	1,44
461	Intermediarios del comercio	2	10	0,05	0	0,00
463	Comercio al por mayor de productos alimenticios, bebidas y tabaco	2	6	0,03	0	0,00
466	Comercio al por mayor de otra maquinaria, equipos y suministros	2	3	0,01	0	0,00
467	Otro comercio al por mayor especializado	12	42	0,20	1	0,36
469	Comercio al por mayor no especializado	3	5	0,02	0	0,00
472	Comercio al por menor de productos alimenticios, bebidas y tabaco en establecimientos especializados	2	2	0,01	0	0,00
477	Comercio al por menor de otros artículos en establecimientos especializados	1	1	0,00	0	0,00
491	Transporte interurbano de pasajeros por ferrocarril	7	854	4,00	54	19,49
493	Otro transporte terrestre de pasajeros	4	28	0,13	0	0,00
494	Transporte de mercancías por carretera y servicios de mudanza	35	210	0,98	0	0,00
501	Transporte marítimo de pasajeros	1	1	0,00	0	0,00
503	Transporte de pasajeros por vías navegables interiores	1	8	0,04	0	0,00
504	Transporte de mercancías por vías navegables interiores	34	705	3,30	11	3,97
521	Depósito y almacenamiento	1	3	0,01	0	0,00
522	Actividades anexas al transporte	3	23	0,11	0	0,00
692	Actividades de contabilidad, teneduría de libros, auditoría y asesoría fiscal	1	1	0,00	0	0,00
711	Servicios técnicos de arquitectura e ingeniería y otras actividades relacionadas con el asesoramiento técnico	14	151	0,71	6	2,17
712	Ensayos y análisis técnicos	3	3	0,01	0	0,00
742	Actividades de fotografía	1	1	0,00	0	0,00
749	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.o.p.	5	8	0,04	2	0,72
771	Alquiler de vehículos de motor	1	1	0,00	0	0,00
773	Alquiler de otra maquinaria, equipos y bienes tangibles	5	49	0,23	0	0,00
781	Actividades de las agencias de colocación	1	3	0,01	0	0,00
801	Actividades de seguridad privada	2	5	0,02	0	0,00
802	Servicios de sistemas de seguridad	1	2	0,01	0	0,00

811	Servicios integrales a edificios e instalaciones	1	2	0,01	0	0,00
812	Actividades de limpieza	8	121	0,57	1	0,36
821	Actividades administrativas y auxiliares de oficina	1	2	0,01	0	0,00
829	Actividades de apoyo a las empresas n.c.o.p.	1	1	0,00	0	0,00
841	Administración Pública y de la política económica y social	45	766	3,59	9	3,25
842	Prestación de servicios a la comunidad en general	1	160	0,75	0	0,00
843	Seguridad Social obligatoria	7	271	1,27	0	0,00
853	Educación secundaria	1	4	0,02	0	0,00
855	Otra educación	2	3	0,01	2	0,72
861	Actividades hospitalarias	2	6	0,03	0	0,00
869	Otras actividades sanitarias	1	1	0,00	0	0,00
931	Actividades deportivas	1	16	0,07	0	0,00
949	Otras actividades asociativas	15	213	1,00	0	0,00
960	Otros servicios personales	2	2	0,01	0	0,00
970	Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico	1	12	0,06	0	0,00
ND	CNAE Desconocido	41	2.627	12,30	13	4,69
Total		**1.523**	**21.353**	**100**	**277**	**100**

** Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

Tabla 29. Número de empresas que utilizan amianto actualmente y trabajadores de las mismas incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 4 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento.

CNAE (4 dígitos)	Actividad Económica	Empresas	Trabajadores	
			Número	%
0119	Otros cultivos no perennes	1	1	0,00
0161	Actividades de apoyo a la agricultura	1	1	0,00
0210	Silvicultura y otras actividades forestales	1	14	0,06
0240	Servicios de apoyo a la silvicultura	4	6	0,03
0510	Extracción de antracita y hulla	1	2	0,01
0710	Extracción de minerales de hierro	2	2	0,01
0729	Extracción de otros minerales metálicos no férreos	1	1	0,00
0811	Extracción de piedra ornamental y para la construcción, piedra caliza, yeso, creta y pizarra	4	12	0,06
0812	Extracción de gravas y arenas; extracción de arcilla y caolín	5	31	0,14
0899	Otras industrias extractivas n.c.o.p.	1	1	0,00
1081	Fabricación de azúcar	2	24	0,11
1320	Fabricación de tejidos textiles	1	1	0,00
1621	Fabricación de chapas y tableros de madera	3	110	0,51
1812	Otras actividades de impresión y artes gráficas	3	3	0,01
2016	Fabricación de plásticos en formas primarias	1	11	0,05
2030	Fabricación de pinturas, barnices y revestimientos similares; tintas de imprenta y masillas	1	31	0,14
2059	Fabricación de otros productos químicos n.c.o.p.	1	51	0,24
2211	Fabricación de neumáticos y cámaras de caucho; reconstrucción y recauchutado de neumáticos	5	333	1,54
2219	Fabricación de otros productos de caucho	2	2	0,01
2229	Fabricación de otros productos de plástico	2	18	0,08
2311	Fabricación de vidrio plano	1	1	0,00
2312	Manipulado y transformación de vidrio plano	1	1	0,00
2313	Fabricación de vidrio hueco	2	2	0,01
2320	Fabricación de productos cerámicos refractarios	1	1	0,00
2331	Fabricación de azulejos y baldosas de cerámica	1	7	0,03
2351	Fabricación de cemento	3	10	0,05
2352	Fabricación de cal y yeso	1	1	0,00
2365	Fabricación de fibrocemento	4	45	0,21

2399	Fabricación de otros productos minerales no metálicos n.c.o.p.	2	8	0,04
2433	Producción de perfiles en frío por conformación con plegado	4	52	0,24
2442	Producción de aluminio	1	41	0,19
2443	Producción de plomo, zinc y estaño	1	1	0,00
2451	Fundición de hierro	3	12	0,06
2511	Fabricación de estructuras metálicas y sus componentes	23	168	0,78
2512	Fabricación de carpintería metálica	22	425	1,96
2521	Fabricación de radiadores y calderas para calefacción central	1	1	0,00
2529	Fabricación de otras cisternas, grandes depósitos y contenedores de metal	1	23	0,11
2550	Forja, estampación y embutición de metales; metalurgia de polvos	2	3	0,01
2561	Tratamiento y revestimiento de metales	1	1	0,00
2592	Fabricación de envases y embalajes metálicos ligeros	1	25	0,12
2593	Fabricación de productos de alambre, cadenas y muelles	1	8	0,04
2599	Fabricación de otros productos metálicos n.c.o.p.	2	9	0,04
2612	Fabricación de circuitos impresos ensamblados	1	1	0,00
2670	Fabricación de instrumentos de óptica y equipo fotográfico	1	1	0,00
2711	Fabricación de motores, generadores y transformadores eléctricos	1	1	0,00
2712	Fabricación de aparatos de distribución y control eléctrico	1	5	0,02
2720	Fabricación de pilas y acumuladores eléctricos	1	3	0,01
2732	Fabricación de otros hilos y cables electrónicos y eléctricos	1	1	0,00
2740	Fabricación de lámparas y aparatos eléctricos de iluminación	1	2	0,01
2790	Fabricación de otro material y equipo eléctrico	1	2	0,01
2811	Fabricación de motores y turbinas, excepto los destinados a aeronaves, vehículos automóviles y ciclomotores	1	1	0,00
2813	Fabricación de otras bombas y compresores	2	5	0,02
2814	Fabricación de otra grifería y válvulas	1	2	0,01
2822	Fabricación de maquinaria de elevación y manipulación	2	2	0,01
2829	Fabricación de otra maquinaria de uso general n.c.o.p.	1	1	0,00
2841	Fabricación de máquinas herramienta para trabajar el metal	1	67	0,31
2892	Fabricación de maquinaria para las industrias extractivas y de la construcción	4	151	0,70
2899	Fabricación de otra maquinaria para usos específicos n.c.o.p.	1	54	0,25
2932	Fabricación de otros componentes, piezas y accesorios para vehículos de motor	8	187	0,86
3011	Construcción de barcos y estructuras flotantes	8	548	2,53
3020	Fabricación de locomotoras y material ferroviario	4	4	0,02
3212	Fabricación de artículos de joyería y artículos similares	1	2	0,01
3311	Reparación de productos metálicos	2	72	0,33
3312	Reparación de maquinaria	2	3	0,01
3314	Reparación de equipos eléctricos	1	2	0,01
3315	Reparación y mantenimiento naval	1	1	0,00
3317	Reparación y mantenimiento de otro material de transporte	1	1	0,00
3320	Instalación de máquinas y equipos industriales	3	53	0,25
3513	Distribución de energía eléctrica	2	7	0,03
3515	Producción de energía hidroeléctrica	2	2	0,01
3516	Producción de energía eléctrica de origen térmico convencional	1	42	0,19
3517	Producción de energía eléctrica de origen nuclear	1	1	0,00
3519	Producción de energía eléctrica de otros tipos	3	6	0,03
3521	Producción de gas	1	1	0,00
3600	Captación, depuración y distribución de agua	121	3789	17,52
3700	Recogida y tratamiento de aguas residuales	4	29	0,13
3811	Recogida de residuos no peligrosos	17	107	0,49
3812	Recogida de residuos peligrosos	7	44	0,20
3821	Tratamiento y eliminación de residuos no peligrosos	8	41	0,19
3822	Tratamiento y eliminación de residuos peligrosos	17	188	0,87
3831	Separación y clasificación de materiales	6	64	0,30
3832	Valorización de materiales ya clasificados	4	20	0,09
3900	Actividades de descontaminación y otros servicios de gestión de residuos	16	204	0,94

4110	Promoción inmobiliaria	3	19	0,09
4121	Construcción de edificios residenciales	281	2076	9,60
4122	Construcción de edificios no residenciales	31	339	1,57
4211	Construcción de carreteras y autopistas	7	41	0,19
4212	Construcción de vías férreas de superficie y subterráneas	6	145	0,67
4213	Construcción de puentes y túneles	4	14	0,06
4221	Construcción de redes para fluidos	7	112	0,52
4222	Construcción de redes eléctricas y de telecomunicaciones	1	3	0,01
4291	Obras hidráulicas	3	23	0,11
4299	Construcción de otros proyectos de ingeniería civil n.c.o.p.	51	236	1,09
4311	Demolición	102	1423	6,58
4312	Preparación de terrenos	41	377	1,74
4313	Perforaciones y sondeos	3	15	0,07
4321	Instalaciones eléctricas	18	327	1,51
4322	Fontanería, instalaciones de sistemas de calefacción y aire acondicionado	42	160	0,74
4329	Otras instalaciones en obras de construcción	57	477	2,21
4331	Revocamiento	12	78	0,36
4332	Instalación de carpintería	1	7	0,03
4333	Revestimiento de suelos y paredes	2	28	0,13
4334	Pintura y acristalamiento	5	34	0,16
4339	Otro acabado de edificios	31	220	1,02
4391	Construcción de cubiertas	46	510	2,36
4399	Otras actividades de construcción especializada n.c.o.p.	97	1198	5,54
4511	Venta de automóviles y vehículos de motor ligeros	1	15	0,07
4520	Mantenimiento y reparación de vehículos de motor	6	22	0,10
4531	Comercio al por mayor de repuestos y accesorios de vehículos de motor	7	75	0,35
4532	Comercio al por menor de repuestos y accesorios de vehículos de motor	1	8	0,04
4613	Intermediarios del comercio de la madera y materiales de construcción	1	7	0,03
4614	Intermediarios del comercio de maquinaria, equipo industrial, embarcaciones y aeronaves	1	3	0,01
4638	Comercio al por mayor de pescados y mariscos y otros productos alimenticios	1	2	0,01
4639	Comercio al por mayor, no especializado, de productos alimenticios, bebidas y tabaco	1	4	0,02
4661	Comercio al por mayor de maquinaria, equipos y suministros agrícolas	2	3	0,01
4673	Comercio al por mayor de madera, materiales de construcción y aparatos sanitarios	2	2	0,01
4675	Comercio al por mayor de productos químicos	1	2	0,01
4677	Comercio al por mayor de chatarra y productos de desecho	9	39	0,18
4690	Comercio al por mayor no especializado	3	5	0,02
4724	Comercio al por menor de pan y productos de panadería, confitería y pastelería en establecimientos especializados	2	2	0,01
4778	Otro comercio al por menor de artículos nuevos en establecimientos especializados	1	1	0,00
4910	Transporte interurbano de pasajeros por ferrocarril	7	908	4,20
4931	Transporte terrestre urbano y suburbano de pasajeros	4	28	0,13
4941	Transporte de mercancías por carretera	32	206	0,95
4942	Servicios de mudanza	3	4	0,02
5010	Transporte marítimo de pasajeros	1	1	0,00
5039	Materiales para la construcción.	1	8	0,04
5040	Transporte de mercancías por vías navegables interiores	34	716	3,31
5210	Depósito y almacenamiento	1	3	0,01
5221	Actividades anexas al transporte terrestre	1	1	0,00
5224	Manipulación de mercancías	2	22	0,10
6920	Actividades de contabilidad, teneduría de libros, auditoría y asesoría fiscal	1	1	0,00
7111	Servicios técnicos de arquitectura	2	20	0,09
7112	Servicios técnicos de ingeniería y otras actividades relacionadas con el asesoramiento técnico	12	137	0,63
7120	Ensayos y análisis técnicos	3	3	0,01
7420	Actividades de fotografía	1	1	0,00
7490	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.o.p.	5	10	0,05

7712	Alquiler de camiones	1	1	0,00
7732	Alquiler de maquinaria y equipo para la construcción e ingeniería civil	5	49	0,23
7810	Actividades de las agencias de colocación	1	3	0,01
8010	Actividades de seguridad privada	2	5	0,02
8020	Servicios de sistemas de seguridad	1	2	0,01
8110	Servicios integrales a edificios e instalaciones	1	2	0,01
8121	Limpieza general de edificios	2	48	0,22
8122	Otras actividades de limpieza industrial y de edificios	5	72	0,33
8129	Otras actividades de limpieza	1	2	0,01
8211	Servicios administrativos combinados	1	2	0,01
8299	Otras actividades de apoyo a las empresas n.c.o.p.	1	1	0,00
8411	Actividades generales de la Administración Pública	45	775	3,58
8425	Protección civil	1	160	0,74
8430	Seguridad Social obligatoria	7	271	1,25
8532	Educación secundaria técnica y profesional	1	4	0,02
8559	Otra educación n.c.o.p.	2	5	0,02
8610	Actividades hospitalarias	2	6	0,03
8690	Otras actividades sanitarias	1	1	0,00
9311	Gestión de instalaciones deportivas	1	16	0,07
9499	Otras actividades asociativas n.c.o.p.	15	213	0,98
9601	Lavado y limpieza de prendas textiles y de piel	1	1	0,00
9602	Peluquería y otros tratamientos de belleza	1	1	0,00
9700	Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico	1	12	0,06
ND	CNAE Desconocido	41	2640	12,21
Total		**1.523**	**21.630**	**100**

** Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

Tabla 30. Número de empresas que utilizan amianto actualmente y trabajadores de las mismas por sexo incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 4 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento.

CNAE (4 dígitos)	Actividad Económica	Empresas	Hombres		Mujeres	
			Número	%	Número	%
0119	Otros cultivos no perennes	1	1	0,00	0	0,00
0161	Actividades de apoyo a la agricultura	1	1	0,00	0	0,00
0210	Silvicultura y otras actividades forestales	1	14	0,07	0	0,00
0240	Servicios de apoyo a la silvicultura	4	3	0,01	3	1,08
0510	Extracción de antracita y hulla	1	2	0,01	0	0,00
0710	Extracción de minerales de hierro	2	2	0,01	0	0,00
0729	Extracción de otros minerales metálicos no férreos	1	1	0,00	0	0,00
0811	Extracción de piedra ornamental y para la construcción, piedra caliza, yeso, creta y pizarra	4	11	0,05	1	0,36
0812	Extracción de gravas y arenas; extracción de arcilla y caolín	5	31	0,15	0	0,00
0899	Otras industrias extractivas n.c.o.p.	1	1	0,00	0	0,00
1081	Fabricación de azúcar	2	24	0,11	0	0,00
1320	Fabricación de tejidos textiles	1	0	0,00	1	0,36
1621	Fabricación de chapas y tableros de madera	3	110	0,52	0	0,00
1812	Otras actividades de impresión y artes gráficas	3	3	0,01	0	0,00
2016	Fabricación de plásticos en formas primarias	1	11	0,05	0	0,00
2030	Fabricación de pinturas, barnices y revestimientos similares; tintas de imprenta y masillas	1	26	0,12	5	1,81
2059	Fabricación de otros productos químicos n.c.o.p.	1	49	0,23	2	0,72
2211	Fabricación de neumáticos y cámaras de caucho; reconstrucción y recauchutado de neumáticos	5	332	1,55	1	0,36

2219	Fabricación de otros productos de caucho	2	1	0,00	1	0,36
2229	Fabricación de otros productos de plástico	2	18	0,08	0	0,00
2311	Fabricación de vidrio plano	1	1	0,00	0	0,00
2312	Manipulado y transformación de vidrio plano	1	1	0,00	0	0,00
2313	Fabricación de vidrio hueco	2	2	0,01	0	0,00
2320	Fabricación de productos cerámicos refractarios	1	1	0,00	0	0,00
2331	Fabricación de azulejos y baldosas de cerámica	1	7	0,03	0	0,00
2351	Fabricación de cemento	3	10	0,05	0	0,00
2352	Fabricación de cal y yeso	1	1	0,00	0	0,00
2365	Fabricación de fibrocemento	4	44	0,21	1	0,36
2399	Fabricación de otros productos minerales no metálicos n.c.o.p.	2	8	0,04	0	0,00
2433	Producción de perfiles en frío por conformación con plegado	4	52	0,24	0	0,00
2442	Producción de aluminio	1	41	0,19	0	0,00
2443	Producción de plomo, zinc y estaño	1	0	0,00	1	0,36
2451	Fundición de hierro	3	12	0,06	0	0,00
2511	Fabricación de estructuras metálicas y sus componentes	23	168	0,79	0	0,00
2512	Fabricación de carpintería metálica	22	422	1,98	3	1,08
2521	Fabricación de radiadores y calderas para calefacción central	1	1	0,00	0	0,00
2529	Fabricación de otras cisternas, grandes depósitos y contenedores de metal	1	23	0,11	0	0,00
2550	Forja, estampación y embutición de metales; metalurgia de polvos	2	3	0,01	0	0,00
2561	Tratamiento y revestimiento de metales	1	1	0,00	0	0,00
2592	Fabricación de envases y embalajes metálicos ligeros	1	25	0,12	0	0,00
2593	Fabricación de productos de alambre, cadenas y muelles	1	8	0,04	0	0,00
2599	Fabricación de otros productos metálicos n.c.o.p.	2	9	0,04	0	0,00
2612	Fabricación de circuitos impresos ensamblados	1	1	0,00	0	0,00
2670	Fabricación de instrumentos de óptica y equipo fotográfico	1	1	0,00	0	0,00
2711	Fabricación de motores, generadores y transformadores eléctricos	1	1	0,00	0	0,00
2712	Fabricación de aparatos de distribución y control eléctrico	1	5	0,02	0	0,00
2720	Fabricación de pilas y acumuladores eléctricos	1	3	0,01	0	0,00
2732	Fabricación de otros hilos y cables electrónicos y eléctricos	1	1	0,00	0	0,00
2740	Fabricación de lámparas y aparatos eléctricos de iluminación	1	2	0,01	0	0,00
2790	Fabricación de otro material y equipo eléctrico	1	2	0,01	0	0,00
2811	Fabricación de motores y turbinas, excepto los destinados a aeronaves, vehículos automóviles y ciclomotores	1	1	0,00	0	0,00
2813	Fabricación de otras bombas y compresores	2	5	0,02	0	0,00
2814	Fabricación de otra grifería y válvulas	1	2	0,01	0	0,00
2822	Fabricación de maquinaria de elevación y manipulación	2	2	0,01	0	0,00
2829	Fabricación de otra maquinaria de uso general n.c.o.p.	1	1	0,00	0	0,00
2841	Fabricación de máquinas herramienta para trabajar el metal	1	67	0,31	0	0,00
2892	Fabricación de maquinaria para las industrias extractivas y de la construcción	4	151	0,71	0	0,00
2899	Fabricación de otra maquinaria para usos específicos n.c.o.p.	1	54	0,25	0	0,00
2932	Fabricación de otros componentes, piezas y accesorios para vehículos de motor	8	168	0,79	19	6,86
3011	Construcción de barcos y estructuras flotantes	8	548	2,57	0	0,00
3020	Fabricación de locomotoras y material ferroviario	4	4	0,02	0	0,00
3212	Fabricación de artículos de joyería y artículos similares	1	2	0,01	0	0,00
3311	Reparación de productos metálicos	2	71	0,33	1	0,36
3312	Reparación de maquinaria	2	3	0,01	0	0,00
3314	Reparación de equipos eléctricos	1	2	0,01	0	0,00
3315	Reparación y mantenimiento naval	1	1	0,00	0	0,00
3317	Reparación y mantenimiento de otro material de transporte	1	1	0,00	0	0,00
3320	Instalación de máquinas y equipos industriales	3	53	0,25	0	0,00
3513	Distribución de energía eléctrica	2	7	0,03	0	0,00
3515	Producción de energía hidroeléctrica	2	2	0,01	0	0,00
3516	Producción de energía eléctrica de origen térmico convencional	1	42	0,20	0	0,00

3517	Producción de energía eléctrica de origen nuclear	1	1	0,00	0	0,00
3519	Producción de energía eléctrica de otros tipos	3	6	0,03	0	0,00
3521	Producción de gas	1	1	0,00	0	0,00
3600	Captación, depuración y distribución de agua	121	3.760	17,61	29	10,47
3700	Recogida y tratamiento de aguas residuales	4	28	0,13	1	0,36
3811	Recogida de residuos no peligrosos	17	101	0,47	6	2,17
3812	Recogida de residuos peligrosos	7	43	0,20	1	0,36
3821	Tratamiento y eliminación de residuos no peligrosos	8	40	0,19	1	0,36
3822	Tratamiento y eliminación de residuos peligrosos	17	175	0,82	13	4,69
3831	Separación y clasificación de materiales	6	63	0,30	1	0,36
3832	Valorización de materiales ya clasificados	4	17	0,08	3	1,08
3900	Actividades de descontaminación y otros servicios de gestión de residuos	16	202	0,95	2	0,72
4110	Promoción inmobiliaria	3	19	0,09	0	0,00
4121	Construcción de edificios residenciales	281	2.067	9,68	9	3,25
4122	Construcción de edificios no residenciales	31	332	1,55	7	2,53
4211	Construcción de carreteras y autopistas	7	40	0,19	1	0,36
4212	Construcción de vías férreas de superficie y subterráneas	6	136	0,64	9	3,25
4213	Construcción de puentes y túneles	4	13	0,06	1	0,36
4221	Construcción de redes para fluidos	7	111	0,52	1	0,36
4222	Construcción de redes eléctricas y de telecomunicaciones	1	3	0,01	0	0,00
4291	Obras hidráulicas	3	23	0,11	0	0,00
4299	Construcción de otros proyectos de ingeniería civil n.c.o.p.	51	234	1,10	2	0,72
4311	Demolición	102	1.401	6,56	22	7,94
4312	Preparación de terrenos	41	377	1,77	0	0,00
4313	Perforaciones y sondeos	3	15	0,07	0	0,00
4321	Instalaciones eléctricas	18	325	1,52	2	0,72
4322	Fontanería, instalaciones de sistemas de calefacción y aire acondicionado	42	159	0,74	1	0,36
4329	Otras instalaciones en obras de construcción	57	473	2,22	4	1,44
4331	Revocamiento	12	77	0,36	1	0,36
4332	Instalación de carpintería	1	7	0,03	0	0,00
4333	Revestimiento de suelos y paredes	2	28	0,13	0	0,00
4334	Pintura y acristalamiento	5	34	0,16	0	0,00
4339	Otro acabado de edificios	31	219	1,03	1	0,36
4391	Construcción de cubiertas	46	504	2,36	6	2,17
4399	Otras actividades de construcción especializada n.c.o.p.	97	1.187	5,56	11	3,97
4511	Venta de automóviles y vehículos de motor ligeros	1	15	0,07	0	0,00
4520	Mantenimiento y reparación de vehículos de motor	6	22	0,10	0	0,00
4531	Comercio al por mayor de repuestos y accesorios de vehículos de motor	7	72	0,34	3	1,08
4532	Comercio al por menor de repuestos y accesorios de vehículos de motor	1	7	0,03	1	0,36
4613	Intermediarios del comercio de la madera y materiales de construcción	1	7	0,03	0	0,00
4614	Intermediarios del comercio de maquinaria, equipo industrial, embarcaciones y aeronaves	1	3	0,01	0	0,00
4638	Comercio al por mayor de pescados y mariscos y otros productos alimenticios	1	2	0,01	0	0,00
4639	Comercio al por mayor, no especializado, de productos alimenticios, bebidas y tabaco	1	4	0,02	0	0,00
4661	Comercio al por mayor de maquinaria, equipos y suministros agrícolas	2	3	0,01	0	0,00
4673	Comercio al por mayor de madera, materiales de construcción y aparatos sanitarios	2	2	0,01	0	0,00
4675	Comercio al por mayor de productos químicos	1	2	0,01	0	0,00
4677	Comercio al por mayor de chatarra y productos de desecho	9	38	0,18	1	0,36
4690	Comercio al por mayor no especializado	3	5	0,02	0	0,00
4724	Comercio al por menor de pan y productos de panadería, confitería y pastelería en establecimientos especializados	2	2	0,01	0	0,00
4778	Otro comercio al por menor de artículos nuevos en establecimientos especializados	1	1	0,00	0	0,00
4910	Transporte interurbano de pasajeros por ferrocarril	7	854	4,00	54	19,49

4931	Transporte terrestre urbano y suburbano de pasajeros	4	28	0,13	0	0,00
4941	Transporte de mercancías por carretera	32	206	0,96	0	0,00
4942	Servicios de mudanza	3	4	0,02	0	0,00
5010	Transporte marítimo de pasajeros	1	1	0,00	0	0,00
5039	Materiales para la construcción.	1	8	0,04	0	0,00
5040	Transporte de mercancías por vías navegables interiores	34	705	3,30	11	3,97
5210	Depósito y almacenamiento	1	3	0,01	0	0,00
5221	Actividades anexas al transporte terrestre	1	1	0,00	0	0,00
5224	Manipulación de mercancías	2	22	0,10	0	0,00
6920	Actividades de contabilidad, teneduría de libros, auditoría y asesoría fiscal	1	1	0,00	0	0,00
7111	Servicios técnicos de arquitectura	2	18	0,08	2	0,72
7112	Servicios técnicos de ingeniería y otras actividades relacionadas con el asesoramiento técnico	12	133	0,62	4	1,44
7120	Ensayos y análisis técnicos	3	3	0,01	0	0,00
7420	Actividades de fotografía	1	1	0,00	0	0,00
7490	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.o.p.	5	8	0,04	2	0,72
7712	Alquiler de camiones	1	1	0,00	0	0,00
7732	Alquiler de maquinaria y equipo para la construcción e ingeniería civil	5	49	0,23	0	0,00
7810	Actividades de las agencias de colocación	1	3	0,01	0	0,00
8010	Actividades de seguridad privada	2	5	0,02	0	0,00
8020	Servicios de sistemas de seguridad	1	2	0,01	0	0,00
8110	Servicios integrales a edificios e instalaciones	1	2	0,01	0	0,00
8121	Limpieza general de edificios	2	48	0,22	0	0,00
8122	Otras actividades de limpieza industrial y de edificios	5	71	0,33	1	0,36
8129	Otras actividades de limpieza	1	2	0,01	0	0,00
8211	Servicios administrativos combinados	1	2	0,01	0	0,00
8299	Otras actividades de apoyo a las empresas n.c.o.p.	1	1	0,00	0	0,00
8411	Actividades generales de la Administración Pública	45	766	3,59	9	3,25
8425	Protección civil	1	160	0,75	0	0,00
8430	Seguridad Social obligatoria	7	271	1,27	0	0,00
8532	Educación secundaria técnica y profesional	1	4	0,02	0	0,00
8559	Otra educación n.c.o.p.	2	3	0,01	2	0,72
8610	Actividades hospitalarias	2	6	0,03	0	0,00
8690	Otras actividades sanitarias	1	1	0,00	0	0,00
9311	Gestión de instalaciones deportivas	1	16	0,07	0	0,00
9499	Otras actividades asociativas n.c.o.p.	15	213	1,00	0	0,00
9601	Lavado y limpieza de prendas textiles y de piel	1	1	0,00	0	0,00
9602	Peluquería y otros tratamientos de belleza	1	1	0,00	0	0,00
9700	Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico	1	12	0,06	0	0,00
ND	CNAE Desconocido	41	2.627	12,30	13	4,69
Total		**1.523**	**21.353**	**100**	**277**	**100**

** Datos correspondientes a Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.*

1.8. RECURSOS DEL PROGRAMA

En este apartado se recogen las unidades sanitarias de referencia asignadas al Programa. Se entiende por unidades de referencia aquellos dispositivos asistenciales designados para la detección y diagnóstico de las patologías relacionadas con el amianto, dotados con los recursos humanos y materiales necesarios para la atención de los trabajadores incluidos en el Programa.

En el caso de que no haya unidades de referencia, se especifican los recursos humanos que se hayan utilizado, desagregados en las distintas categorías que figuran en la ficha de recogida de información.

Tabla 31. Recursos del Programa en las comunidades autónomas por estructura sanitaria.

SALUD PÚBLICA		**Unidades**	**Médicos**	**DUE**	**Apoyo**
Servicio de salud laboral (centrales)		16	24	7	5
Servicio de salud laboral (periféricos)		47	46	28	9
SERVICIO AUTONÓMICO DE SALUD		**Unidades**	**Médicos**	**DUE**	**Apoyo**
Atención Primaria *		1846	8.267	2.088	0
Atención Especializada	Neumólogos	105	305	40	45
	Radiólogos		45		
SERVICIOS DE PREVENCIÓN		**Unidades**	**Médicos**	**DUE**	**Apoyo**
Primera atención	Ajenos	719	518	539	60
	Propios	115	125	156	6
Especializada	Neumólogos	35	221	0	0
	Radiólogos	31	64	11	25

Datos correspondientes a Andalucía, Aragón, Principado de Asturias, Balears, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco. Las CCCAA de Canarias, Cantabria e Islas Baleares no han aportado datos para la presente evaluación.

** El dato de Atención Primaria es el resultado de comunidades, como Andalucía y Castilla y León, que han notificado todos los recursos –pertenecientes a sus Servicios de Salud– de los que dispone el Programa.*

En las Tablas 32, 33 y 34 se describen las distintas unidades administrativas que intervienen en el Programa en las distintas comunidades autónomas, con dedicación parcial de los profesionales sanitarios al Programa en todos los casos.

Tabla 32. Recursos sanitarios en las Consejerías de Salud por comunidad autónoma.

	SERVICIOS CENTRALES				SERVICIOS PERIFÉRICOS			
COMUNIDAD AUTÓNOMA	Unidades	Médicos	DUE	APOYO	Unidades	Médicos	DUE	APOYO
Andalucía	1	1	0	0	8	8	0	0
Aragón	1	2	0	1	0	0	0	0
Asturias	1	1	1	1	0	0	0	0
Balears, Illes	0	1	0	0	0	0	0	0
Canarias	1	0	1	0	0	0	0	0
Cantabria	1	1	1	0	0	0	0	0
Castilla-La Mancha	1	2	0	0	5	4	5	1
Castilla y León	1	1	0	0	9	2	5	2
Cataluña	1	1	0	1	9	12	4	6
Extremadura	1	1	1	0	0	0	0	0
Galicia	1	1	0	0	0	0	0	0
La Rioja	1	1	1	0	0	0	0	0
Madrid	1	1	0	1	0	0	0	0
Murcia	2	2	1	1	0	0	0	0
Navarra	1	6	1	0	0	0	0	0
País Vasco	1	1	0	1	3	3	0	12
Comunidad Valenciana	1	2	0	0	16	20	14	0
Total	**17**	**25**	**7**	**6**	**50**	**49**	**28**	**21**

Las CCAA de Canarias, Cantabria e Islas Baleares no han aportado datos para la presente evaluación.

La Figura 14 refleja los recursos personales de las direcciones generales de Salud Pública asignados al Programa en cada comunidad autónoma, siendo la Comunidad Valenciana la que mayor número de recursos destina seguida por Cataluña y País Vasco.

Figura 14. Distribución espacial del número de recursos sanitarios asignados al PIVISTEA en las Consejerías de Salud.

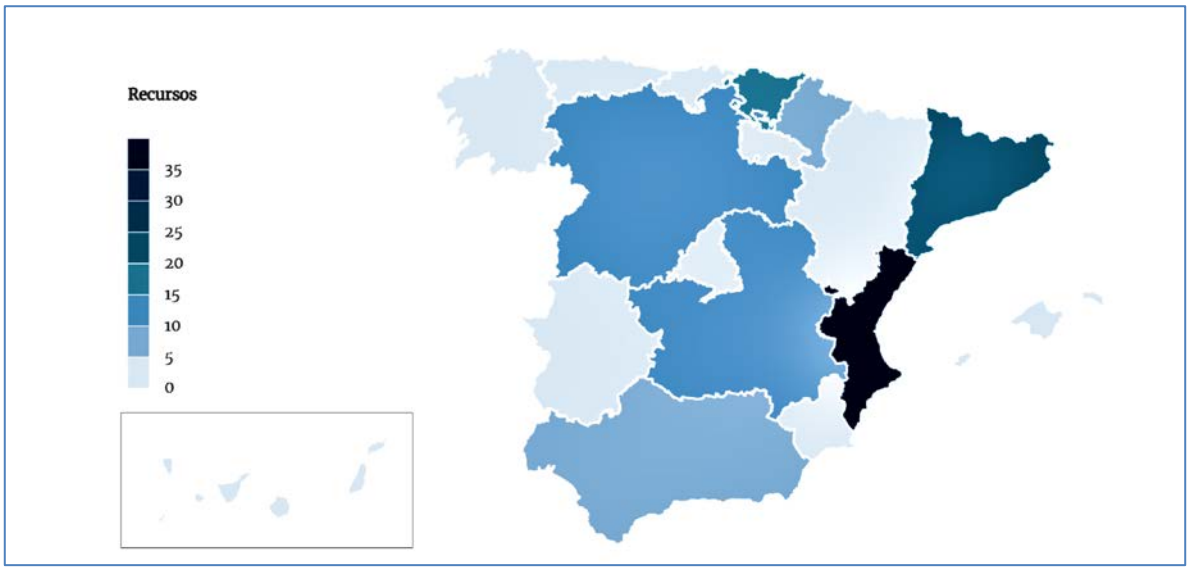


Tabla 33. Recursos sanitarios (Atención Especializada) en los Servicios de Salud por comunidad autónoma.

Servicio Regional de Salud	Unidades	Neumólogos	Radiólogos	Otros	DUE	APOYO
Andalucía	Red asistencial del Servicio Andaluz de Salud-SAS					
Aragón	1	1	0	0	1	1
Asturias	3	4	2	2	1	1
Castilla-La Mancha	0	8	8	0	0	0
Castilla y León	11	11	12	0	0	0
Cataluña	10	10	0	0	0	0
Extremadura	Red asistencial del Servicio Extremeño de Salud-SES					
Galicia	Red asistencial del Servicio Gallego de Salud-SERGAS					
La Rioja	1	1	0	0	1	1
Madrid	23	30	23	0	37	39
Murcia	86	10	0	836	0	0
Navarra	1	3	0	0	0	0
País Vasco	Red asistencial del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza					
Comunidad Valenciana	25	28	0	3	0	3
Total	**1.951**	**305**	**45**	**8.272**	**2.128**	**45**

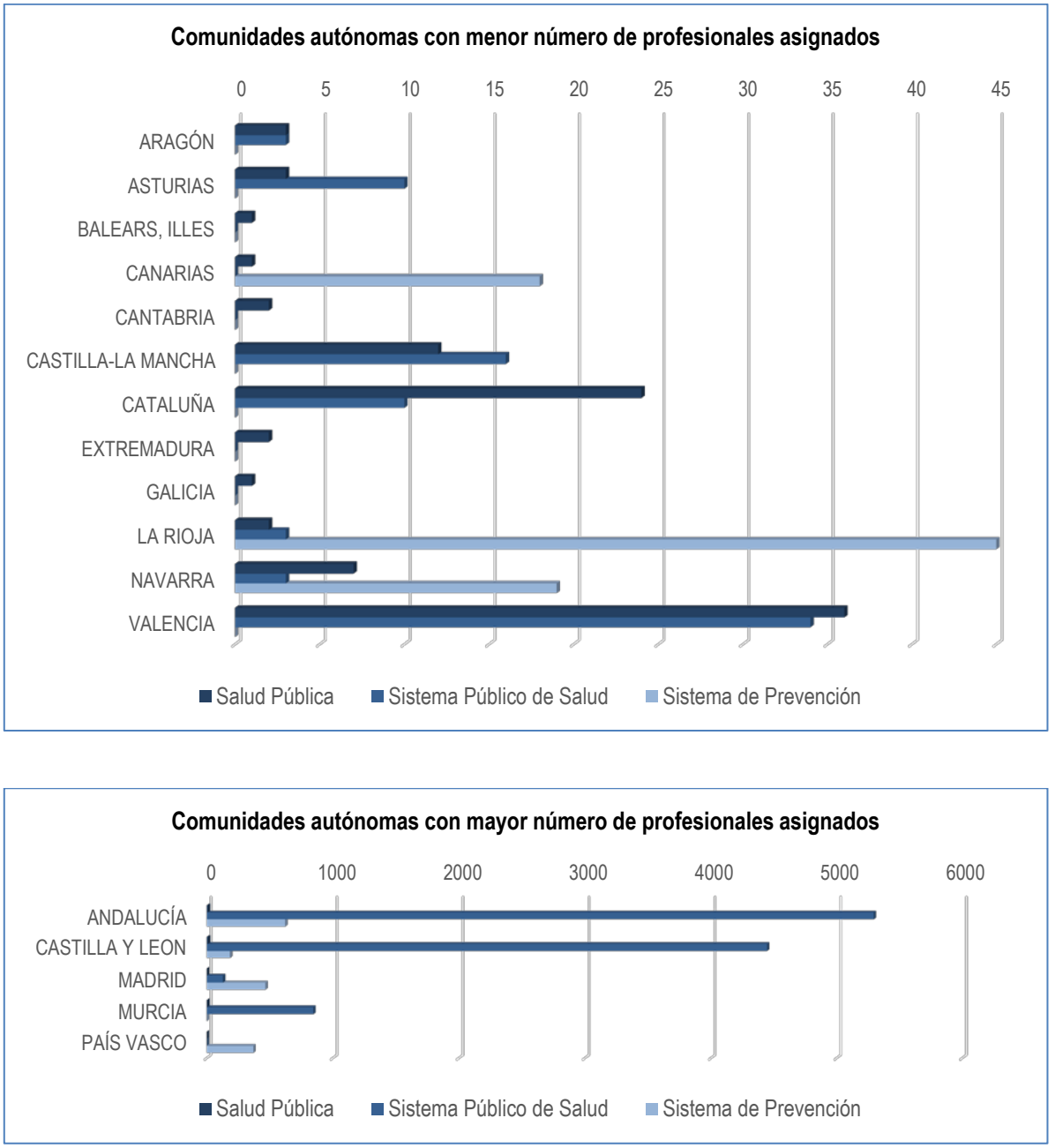
Tabla 34. Recursos sanitarios en los Servicios de Prevención por comunidad autónoma.

	Servicios prevención Ajenos				Servicios Prevención Propios				Atención Especializada Sistema de Prevención					
	Centros	Médicos	DUE	Apoyo	Centros	Médicos	DUE	Apoyo	Centros Neumología	Centros Radiología	Neumólogos	Radiólogos	DUE	Apoyo
Andalucía	195	144	158	0	25	53	64	0	29	0	204	0	0	0
Aragón	15	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Asturias	16	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Canarias	9	9	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Castilla-La Mancha	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Castilla y León	27	64	70	0	1	1	1	0	0	0	11	37	0	0
Cataluña	15	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Extremadura	32	0	0	0	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Galicia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Rioja	8	19	24	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Madrid	65	147	138	60	15	21	25	6	6	31	6	27	11	25
Murcia	13	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Navarra	10	16	0	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0
País Vasco	270	119	140	0	36	47	64	0	0	0	0	0	0	0
Comunidad Valenciana	31	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	**719**	**518**	**539**	**60**	**115**	**125**	**156**	**6**	**35**	**31**	**221**	**64**	**11**	**25**

- *La CCCAA de Canarias no ha aportado datos para la presente evaluación.*

En la Figura 15 se muestran los recursos personales asignados al Programa en cada una de las estructuras sanitarias participantes en el mismo (Salud Pública, Sistema Público de Salud y Sistema de Prevención de Riesgos Laborales) por comunidad autónoma.

Figura 15. Recursos del Programa por estructura sanitaria.



La CCCAA de Canarias no ha aportado datos para la presente evaluación.

2. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

2.1. PATOLOGÍAS IDENTIFICADAS EN PIVISTEA

El número de enfermedades identificadas en todas las comunidades autónomas en la cohorte desde que se inició el programa ha sido de 7.738 (Tabla 35), correspondiendo el 97% a hombres (7.524 enfermedades) y el 3% a mujeres (214 enfermedades). Las placas pleurales fueron las patologías más diagnosticadas, suponiendo el 49% del total de las patologías identificadas, seguidas de la asbestosis, que representa el 19% de las enfermedades.

Tabla 35. Enfermedades identificadas por sexo.

Patología	Hombres	Mujeres	Total
Asbestosis	1.399	51	1.450
Fibrosis pleural	268	5	273
Derrame pleural	115	4	119
Atelectasia redonda	210	0	210
Placas pleurales	3.650	113	3.763
Mesotelioma Pleural	467	24	491
Mesotelioma Peritoneal	43	1	44
Neoplasia Pulmonar	594	5	599
Neoplasia Laríngea	82	1	83
Neoplasia Esofágica	24	0	24
Otras Neoplasias	672	10	682
Total	**7.524**	**214**	**7.738**

Para la presente evaluación se dispone de información desagregada de catorce comunidades. El 25% de las enfermedades identificadas corresponden a la Comunidad Autónoma de Galicia, seguida del 17% de la Comunidad de Madrid y el 14% de la Región de Murcia.

Tabla 36. Distribución del número de enfermedades identificadas por comunidad autónoma.

Comunidad autónoma	Hombres	Mujeres	Total
ANDALUCÍA	908	63	971
ARAGÓN	108	2	110
ASTURIAS	93	0	93
CASTILLA-LA MANCHA	66	0	66
CASTILLA Y LEÓN	403	2	405
CATALUÑA	162	10	172
COMUNIDAD VALENCIANA	502	8	510
EXTREMADURA	0	0	0
GALICIA	1.938	0	1.938
LA RIOJA	25	1	26
MADRID	1.277	66	1.343
MURCIA	1.060	3	1.063
NAVARRA	172	15	187
PAÍS VASCO	810	44	854
TOTAL	**7.524**	**214**	**7.738**

2.2. ENFERMEDADES IDENTIFICADAS EN EL PROGRAMA Y RECONOCIDAS COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL

La información sobre las enfermedades derivadas de la exposición al amianto que han sido reconocidas como enfermedad profesional por el INSS, en la presente evaluación, procede de 13 comunidades autónomas: Andalucía, Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.

De las 7.738 enfermedades derivadas de la exposición al amianto diagnosticadas en el Programa se tiene información de que se han reconocido como enfermedad profesional 397 casos, lo que supone una tasa de reconocimiento como enfermedad profesional del 5,1% del total de las enfermedades identificadas en el marco del PIVISTEA (Figura 16).

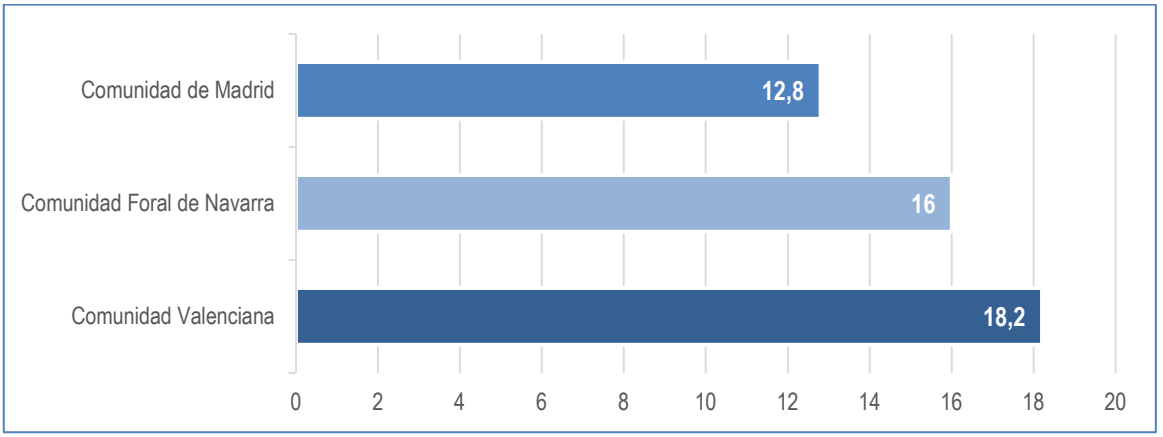
Figura 16. Proporción de enfermedades profesionales reconocidas por el INSS.



Datos correspondientes a Andalucía, Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.

Con la información de que disponemos, la mayor tasa de reconocimiento como enfermedad profesional corresponde a la Comunidad Valenciana, Comunidad Foral de Navarra y Comunidad de Madrid, con tasas del 18,2%, 16% y 12,8% de enfermedades derivadas de la exposición al amianto detectadas por el Programa y reconocidas como enfermedad profesional (Figura 17).

Figura 17. Comunidades con mayor tasa de enfermedades profesionales reconocidas.



Datos correspondientes a Andalucía, Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.

2.3. ASBESTOSIS

El número de casos de asbestosis identificadas ha sido de 1.450 (Tabla 38); de los cuales se reconocieron como enfermedad profesional 161 casos (Tabla 37), lo que supone un 11,1% de los casos identificados.

Si se analiza la información de casos detectados por comunidad autónoma (Tabla 38), Galicia es la comunidad autónoma que más casos ha identificado con un 25% de los casos identificados a nivel nacional, seguida de la Comunidad de Madrid con un 21% y País Vasco con un 17%. Al analizar las diferencias por sexo, el 3,5% de los casos identificados correspondieron a mujeres, siendo la comunidad de Andalucía la comunidad en la que más casos se han identificado.

En relación con el reconocimiento como enfermedad profesional (Tabla 37), la Comunidad de Madrid es la que cuenta con un mayor número de casos reconocidos (86 casos reconocidos, 53,5% del total nacional), seguida por la Comunidad Valenciana (25 casos, 15,5% del total) y el País Vasco (22 casos, 13,7%).

Tabla 37. Distribución de las asbestosis reconocidas como enfermedad profesional (EEPP) por momento de la exposición, sexo y comunidad autónoma.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	EEPP reconocidas en EXPUESTOS		EEPP reconocidas en POST-EXPUESTOS		EEPP reconocidas TOTAL	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
ANDALUCÍA	0	0	0	0	0	0
ARAGÓN	0	0	0	0	0	0
ASTURIAS	0	0	0	0	0	0
CASTILLA-LA MANCHA	0	0	0	0	0	0
CASTILLA Y LEÓN	0	0	13	0	13	0
CATALUÑA	0	0	0	0	0	0
EXTREMADURA	0	0	0	0	0	0
LA RIOJA	0	0	0	0	0	0
MADRID	1	0	78	7	79	7
MURCIA	0	0	15	0	15	0

NAVARRA	0	0	0	0	0	0
PAÍS VASCO	3	0	18	1	21	1
COMUNIDAD VALENCIANA	0	0	24	1	24	1
TOTAL	**4**	**0**	**148**	**9**	**152**	**9**

Datos correspondientes a Andalucía, Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.

Tabla 38. Distribución de las asbestosis identificadas por sexo y comunidad autónoma.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	ASBESTOSIS	
	Hombres	Mujeres
ANDALUCÍA	211	23
ARAGÓN	9	0
ASTURIAS	14	0
CASTILLA-LA MANCHA	9	0
CASTILLA Y LEÓN	74	1
CATALUÑA	32	3
EXTREMADURA	0	0
GALICIA	355	0
LA RIOJA	1	0
MADRID	290	12
MURCIA	52	0
NAVARRA	25	0
PAÍS VASCO	239	11
COMUNIDAD VALENCIANA	88	1
TOTAL	**1.399**	**51**

2.4. FIBROSIS PLEURAL CON RESTRICCIÓN RESPIRATORIA

El número de casos de fibrosis pleural con restricción respiratoria detectadas en el Programa ha sido de 273 (Tabla 40); de los cuales se reconocieron como enfermedad profesional 24 casos (Tabla 39), lo que supone un 9% de los casos identificados.

Si se analiza la información de casos detectados por comunidad autónoma (Tabla 40), Galicia es la comunidad autónoma que más casos ha identificado con un 23% de los casos identificados a nivel nacional, seguida de la Comunidad de Madrid con un 16% y Andalucía con un 15%. Al analizar las diferencias por sexo, el 1,8% de los casos identificados correspondieron a mujeres, siendo la comunidad de Madrid la comunidad en la que más casos se han identificado.

En relación con el reconocimiento como enfermedad profesional (Tabla 39), la Comunidad de Madrid es la que cuenta con un mayor número de casos reconocidos (19 casos reconocidos, 79% del total nacional), seguida por Castilla y León y País Vasco, ambas con dos casos que representan el 8% del total nacional.

Tabla 39. Distribución de la fibrosis pleural con restricción respiratoria reconocidas como enfermedad profesional (EEPP) por momento de la exposición, sexo y comunidad autónoma.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	EEPP reconocidas en EXPUESTOS		EEPP reconocidas en POST-EXPUESTOS		EEPP reconocidas TOTAL	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
ANDALUCÍA	0	0	0	0	0	0
ARAGÓN	0	0	0	0	0	0
ASTURIAS	0	0	0	0	0	0
CASTILLA-LA MANCHA	0	0	0	0	0	0
CASTILLA Y LEÓN	0	0	2	0	2	0
CATALUÑA	0	0	0	0	0	0
EXTREMADURA	0	0	0	0	0	0
LA RIOJA	0	0	0	0	0	0
MADRID	0	0	18	1	18	1
MURCIA	0	0	1	0	1	0
NAVARRA	0	0	0	0	0	0

PAÍS VASCO	1	0	1	0	2	0
COMUNIDAD VALENCIANA	0	0	0	0	0	0
TOTAL	**1**	**0**	**22**	**1**	**23**	**1**

Datos correspondientes a Andalucía, Aragón, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.

Tabla 40. Distribución de la fibrosis pleural con restricción respiratoria identificadas por sexo y comunidad autónoma.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	FIBROSIS PLEURALES CON REST. RESP.	
	Hombres	Mujeres
ANDALUCÍA	40	1
ARAGÓN	12	0
ASTURIAS	20	0
CASTILLA-LA MANCHA	6	0
CASTILLA Y LEÓN	30	0
CATALUÑA	8	0
EXTREMADURA	0	0
GALICIA	63	0
LA RIOJA	5	0
MADRID	43	2
MURCIA	15	0
NAVARRA	0	0
PAÍS VASCO	12	2
COMUNIDAD VALENCIANA	14	0
TOTAL	**268**	**5**

2.5. DERRAME PLEURAL

El número de casos de derrame pleural identificados ha sido de 119 (Tabla 41), correspondiendo el 96,6% a hombres. Las comunidades autónomas con mayor número de casos identificados son Andalucía con el 39%, seguida de la Comunidad de Madrid con el 18% y Castilla y León y la Comunidad Valenciana con el 10% cada una de ellas.

No se ha reconocido ningún caso de derrame pleural como enfermedad profesional.

Tabla 41. Distribución de casos derrame pleural identificados por sexo y comunidad autónoma.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	DERRAME PLEURAL	
	Hombres	Mujeres
ANDALUCÍA	44	2
ARAGÓN	1	0
ASTURIAS	2	0
CASTILLA-LA MANCHA	4	0
CASTILLA Y LEÓN	12	0
CATALUÑA	1	0
EXTREMADURA	0	0
GALICIA	3	0
LA RIOJA	0	0
MADRID	21	0
MURCIA	10	0
NAVARRA	0	0
PAÍS VASCO	5	2
COMUNIDAD VALENCIANA	12	0
TOTAL	**115**	**4**

2.6. ATELECTASIA REDONDA

El número de casos detectados de atelectasia redonda ha sido de 210, siendo identificada la totalidad en hombres (Tabla 42). Las comunidades autónomas con mayor número de casos identificados son Galicia con el 45% de los casos, seguida de Castilla y León con el 15% y la Región de Murcia y la Comunidad de Madrid ambas con el 14%.

Se han reconocido como enfermedad profesional 6 casos en hombres, todos ellos de la Comunidad Valenciana, lo que supone que a nivel nacional se han reconocido como enfermedad profesional el 2,9% de los casos identificados.

Tabla 42. Distribución de los casos de atelectasia redonda identificados por sexo y comunidad autónoma.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	ATELECTASIA REDONDA	
	Hombres	Mujeres
ANDALUCÍA	0	0
ARAGÓN	1	0
ASTURIAS	0	0
CASTILLA-LA MANCHA	1	0
CASTILLA Y LEÓN	31	0
CATALUÑA	1	0
EXTREMADURA	0	0
GALICIA	94	0
LA RIOJA	2	0
MADRID	29	0
MURCIA	30	0
NAVARRA	0	0
PAÍS VASCO	4	0
COMUNIDAD VALENCIANA	17	0
TOTAL	**210**	**0**

2.7. PLACAS PLEURALES

El número de casos identificados de placas pleurales ha sido de 3.763 (Tabla 43), correspondiendo el 97% a hombres (3.678 casos) y el 3% a mujeres (112 casos). Las comunidades autónomas con mayor número de casos identificados son Galicia con el 35% de los casos, seguida de Andalucía con el 14% y la Comunidad de Madrid y la Región de Murcia ambas con el 11%.

Se han reconocido como enfermedad profesional 54 casos en hombres y 1 caso en una mujer, todos ellos de la Comunidad Valenciana, lo que supone que a nivel nacional se han reconocido como enfermedad profesional el 1,5% de los casos identificados.

Tabla 43. Distribución de los casos de placas pleurales identificados por sexo y comunidad autónoma.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PLACAS PLEURALES	
	Hombres	Mujeres
ANDALUCÍA	496	34
ARAGÓN	53	1
ASTURIAS	42	0
CASTILLA-LA MANCHA	28	0
CASTILLA Y LEÓN	187	1
CATALUÑA	100	7
COMUNIDAD VALENCIANA	346	7
EXTREMADURA	0	0
GALICIA	1.315	0
LA RIOJA	11	1
MADRID	357	48
MURCIA	416	0
NAVARRA	77	4
PAÍS VASCO	222	10
TOTAL	**3.650**	**113**

2.8. MESOTELIOMA PLEURAL

El número de casos de mesotelioma pleural diagnosticados durante el período de estudio ha sido de 491 (Tabla 45). El 4,9% (24 casos) se han identificado en mujeres y el 95,1% (467 casos) en hombres (Tabla 45). La comunidad autónoma donde más casos se han identificado es el País Vasco, con el 40% (194 casos) del total nacional, seguida de la Comunidad de Madrid con el 24% (117 casos) y Andalucía con un 7% (36 casos).

En nuestro país se han reconocido 88 casos como enfermedad profesional (Tabla 44), siendo en la Comunidad de Madrid en la que más casos se han reconocido con un total de 44 casos, seguida de la Comunidad Foral de Navarra con 10 casos y el País Vasco con 9. Se han reconocido el 17,9% de los casos diagnosticados en el PIVISTEA.

Tabla 44. Distribución de los casos de mesotelioma pleural reconocidos como enfermedad profesional (EEPP) por momento de la exposición, sexo y comunidad autónoma.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	EEPP reconocidas en EXPUESTOS		EEPP reconocidas en POST-EXPUESTOS		EEPP reconocidas TOTAL	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
ANDALUCÍA	0	0	0	0	0	0
ARAGÓN	0	0	7	0	7	0
ASTURIAS	0	0	0	0	0	0
CASTILLA-LA MANCHA	0	0	0	0	0	0
CASTILLA Y LEÓN	0	0	8	0	8	0
CATALUÑA	0	0	0	0	0	0
EXTREMADURA	0	0	0	0	0	0
LA RIOJA	0	0	0	0	0	0
MADRID	0	0	42	2	42	2
MURCIA	0	0	6	0	6	0
NAVARRA	0	0	10	0	10	0
PAÍS VASCO	0	0	7	2	7	2
COMUNIDAD VALENCIANA	0	0	4	0	4	0
TOTAL	**0**	**0**	**84**	**4**	**84**	**4**

Tabla 45. Distribución de los casos de mesotelioma pleural identificados por sexo y comunidad autónoma.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	MESOTELIOMA PLEURAL	
	Hombres	Mujeres
ANDALUCÍA	35	1
ARAGÓN	19	1
ASTURIAS	0	0
CASTILLA-LA MANCHA	4	0
CASTILLA Y LEÓN	29	0
CATALUÑA	13	0
COMUNIDAD VALENCIANA	13	0
EXTREMADURA	0	0
GALICIA	28	0
LA RIOJA	0	0
MADRID	115	2
MURCIA	22	0
NAVARRA	11	4
PAÍS VASCO	178	16
TOTAL	**467**	**24**

2.9. MESOTELIOMA PERITONEAL

El número de casos de mesotelioma peritoneal identificados ha sido de 44 (Tabla 46), correspondiendo 43 a hombres y 1 a mujeres. Las comunidades autónomas con mayor número de casos identificados han sido la Comunidad de Madrid con el 41% de los casos, seguida del Principado de Asturias con el 20% y la Región de Murcia, la Comunidad Foral de Navarra y el País Vasco con el 9% las tres comunidades.

Se han reconocido como enfermedad profesional 7 casos en hombres (4 en la Comunidad de Madrid y 1 caso en las comunidades de Aragón, Castilla y León y Comunidad Valenciana), lo que supone que a nivel nacional se han reconocido como enfermedad profesional el 15,9% de los casos identificados.

Tabla 46. Distribución de los casos de mesotelioma pleural identificados por sexo y comunidad autónoma.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	MESOTELIOMA PERITONEAL	
	Hombres	Mujeres
ANDALUCÍA	0	0
ARAGÓN	1	0
ASTURIAS	9	0
CASTILLA-LA MANCHA	0	0
CASTILLA Y LEÓN	1	0
CATALUÑA	1	0
EXTREMADURA	0	0
GALICIA	1	0
LA RIOJA	0	0
MADRID	18	0
MURCIA	4	0
NAVARRA	4	0
PAÍS VASCO	3	1
COMUNIDAD VALENCIANA	1	0
TOTAL	**43**	**1**

2.10. NEOPLASIA PULMONAR

El número de casos de neoplasia pulmonar derivada de la exposición al amianto diagnosticados ha sido de 599 (Tabla 48), correspondiendo a mujeres el 0,8% de estos (5 casos). Las comunidades autónomas donde más casos se han identificado son la Comunidad de Madrid con el 28% de los casos del total nacional, seguida del País Vasco con el 22% y la Región de Murcia con un 15%.

En nuestro país se han reconocido 48 casos como enfermedad profesional (Tabla 47), siendo en la Comunidad de Madrid en la que más casos se han reconocido con un total de 19 casos, seguida de la Comunidad Foral de Navarra con 18 casos y Castilla y León con 5 casos. Se han reconocido el 8% de los casos diagnosticados en el marco del PIVISTEA en España.

Tabla 47. Distribución de los casos de neoplasia pulmonar reconocidos como enfermedad profesional (EEPP) por momento de la exposición, sexo y comunidad autónoma.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	RECONOCIDOS EEPP EXPUESTOS		RECONOCIDOS EEPP POST-EXPUESTOS		RECONOCIDOS TOTAL	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
ANDALUCÍA	0	0	0	0	0	0
ARAGÓN	1	0	1	0	2	0
ASTURIAS	0	0	0	0	0	0
CASTILLA-LA MANCHA	0	0	0	0	0	0
CASTILLA Y LEÓN	1	0	4	0	5	0
CATALUÑA	0	0	0	0	0	0
EXTREMADURA	0	0	0	0	0	0
LA RIOJA	0	0	0	0	0	0
MADRID	1	0	18	0	19	0
MURCIA	0	0	0	0	0	0
NAVARRA	2	0	15	1	17	1
PAÍS VASCO	0	0	3	0	3	0
COMUNIDAD VALENCIANA	0	0	1	0	1	0
TOTAL	**5**	**0**	**42**	**1**	**47**	**1**

Tabla 48. Distribución de los casos de neoplasia pulmonar identificados por sexo y comunidad autónoma.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	NEOPLASIA PULMONAR	
	Hombres	Mujeres
ANDALUCÍA	66	1
ARAGÓN	11	0
ASTURIAS	6	0
CASTILLA-LA MANCHA	11	0
CASTILLA Y LEÓN	16	0
CATALUÑA	4	0
EXTREMADURA	0	0
GALICIA	60	0
LA RIOJA	4	0
MADRID	166	2
MURCIA	91	0
NAVARRA	21	1
PAÍS VASCO	129	1
COMUNIDAD VALENCIANA	9	0
TOTAL	**594**	**5**

2.11. NEOPLASIA LARÍNGEA

El número de casos de neoplasia laríngeas detectados ha sido de 83 (Tabla 49), correspondiendo el 98,8% a hombres. La comunidad autónoma donde más casos se han identificado son la Comunidad de Madrid con el 25% de los casos del total nacional, seguida de la Región de Murcia con un 24% y Galicia con un 17% de los casos nacionales.

En nuestro país se han reconocido 7 casos como enfermedad profesional, siendo todas en hombres. A nivel autonómico han sido 4 casos reconocidos en la Región de Murcia, 2 en la Comunidad Foral de Navarra y 1 en Aragón. Estos 7 casos suponen que se ha reconocido como enfermedad profesional, a nivel nacional, el 8,4% de las neoplasias laríngeas derivadas de la exposición al amianto identificadas.

Tabla 49. Distribución de los casos de neoplasia laríngea identificados por sexo y comunidad autónoma.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	NEOPLASIA LARÍNGEA	
	Hombres	Mujeres
ANDALUCÍA	4	0
ARAGÓN	1	0
ASTURIAS	0	0
CASTILLA-LA MANCHA	0	0
CASTILLA Y LEÓN	3	0
CATALUÑA	2	0
COMUNIDAD VALENCIANA	1	0
EXTREMADURA	0	0
GALICIA	14	0
LA RIOJA	1	0
MADRID	21	0
MURCIA	20	0
NAVARRA	5	0
PAÍS VASCO	10	1
TOTAL	**82**	**1**

2.12. NEOPLASIA ESOFÁGICA

El número de casos de neoplasia esofágica derivada de la exposición al amianto detectados ha sido de 24 (Tabla 50), todas ellas han sido diagnosticadas en hombres. La comunidad autónoma donde más casos se han encontrado son la Comunidad de Madrid con el 12,5% de los casos del total nacional, seguida de la Región de Murcia con un 8,8% y Galicia con un 6,3% de los casos nacionales. No se tiene conocimiento de ningún caso de estas neoplasias que haya sido reconocido como profesional.

Tabla 50. Distribución de los casos de neoplasia esofágica identificados por sexo y comunidad autónoma.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	NEOPLASIA ESOFÁGICA	
	Hombres	Mujeres
ANDALUCÍA	0	0
ARAGÓN	0	0
ASTURIAS	0	0
CASTILLA-LA MANCHA	0	0
CASTILLA Y LEÓN	1	0
CATALUÑA	0	0
COMUNIDAD VALENCIANA	0	0
EXTREMADURA	0	0
GALICIA	5	0
LA RIOJA	0	0
MADRID	10	0
MURCIA	7	0
NAVARRA	1	0
PAÍS VASCO	0	0
TOTAL	**24**	**0**

2.13. OTRAS NEOPLASIAS

El número de casos de otras neoplasias identificadas en estas personas trabajadoras ha sido de 672 (Tabla 51). Entre las neoplasias identificadas están, por orden decreciente de frecuencia, las neoplasias malignas de colon y recto, próstata, vejiga urinaria, estómago, esófago, hígado y conductos biliares intrahepáticos, páncreas, riñón, leucemias, neoplasias malignas de cerebro, neoplasias malignas de vesícula biliar, linfomas, neoplasias malignas de mama, mielomas múltiples, adenocarcinomas, neoplasia maligna de ovario, liposarcoma abdominal y neoplasia maligna de hipofaringe.

La comunidad dónde más casos se han identificado es la Región de Murcia con un 58% del total de los casos nacionales identificados, seguida por la Comunidad de Madrid con un 30%.

Resulta especialmente difícil en estos casos poder conocer el momento de la exposición. Se trata de neoplasias diagnosticadas en estas personas trabajadoras sin que pueda indicarse una relación causa-efecto en estos casos. A nivel nacional sólo se ha reconocido un caso en un hombre de la Comunidad Valenciana como enfermedad profesional, lo que supone el 0,1% de los casos identificados.

Tabla 51. Distribución de los casos de otras neoplasias identificados por sexo y comunidad autónoma.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	OTRAS NEOPLASIAS	
	Hombres	Mujeres
ANDALUCÍA	12	1
ARAGÓN	0	0
ASTURIAS	0	0
CASTILLA-LA MANCHA	3	0
CASTILLA Y LEÓN	19	0
CATALUÑA	0	0
COMUNIDAD VALENCIANA	1	0
EXTREMADURA	0	0
GALICIA	0	0
LA RIOJA	1	0

MADRID	207	0
MURCIA	393	3
NAVARRA	28	6
PAÍS VASCO	8	0
TOTAL	**670**	**10**

3. ÁREAS DE MEJORA DETECTADAS EN LA EVALUACIÓN DE PIVISTEA 2018

El desarrollo de la actual evaluación del PIVISTEA (2018) coincidió con la etapa de pandemia por SARS-CoV-2, lo que ha dificultado la recopilación y transferencia de información para la elaboración de la presente evaluación y, a la vez, evidenció áreas de mejora para la mejora de la calidad de sucesivas evaluaciones.

Se ha constatado una gran disparidad en la disponibilidad de la información y su facilidad para la transmisión por parte de las comunidades autónomas participantes. Resulta esencial poder dotar de los recursos humanos y materiales, en cuanto a informatización y adecuada gestión y clasificación de la información disponible.

En la actualidad, las comunidades disponen de diferentes sistemas de recogida de información y transfieren sus datos al Área de Salud Laboral de la Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, cuando ésta los solicita de cara a realizar una evaluación del Programa.

Resulta necesario establecer un sistema de información armonizado, al que las comunidades autónomas puedan reportar la información relativa a empresas y trabajadores incluidos en PIVISTEA en tiempo real, para permitir su integración cuando sea necesario. Seguramente diseñando sistemas de información que permitan el enlazado de datos de diversas fuentes y la captación automática de las enfermedades objeto de vigilancia. Ello permitiría una evaluación en continuo del Programa, operativizando la información y permitiendo la generación de tablas y figuras a demanda.

4. FAVORECER EL RECONOCIMIENTO MÉDICO-LEGAL DE LAS ENFERMEDADES DERIVADAS DE LA EXPOSICIÓN AL AMIANTO. ACCESO A CEPROSS Y A PANOTRATSS

La actividad número 5 del Programa Integral de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores que han estado expuestos al Amianto (aprobado por la Comisión de Salud Pública en su reunión de 12 de diciembre de 2002, por la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, en su plenario de 29 de enero de 2003 y por el Consejo Interterritorial del SNS, en la reunión de su Comisión Delegada de 26 de febrero de 2003), es favorecer el reconocimiento médico-legal de las enfermedades derivadas de la exposición a este agente.

Esta actividad preveía que la Unidad Sanitaria competente en Salud Laboral de cada comunidad autónoma recibiría información del seguimiento de los trabajadores que han estado expuestos al amianto, generada en los Servicios de Salud, los Servicios de Prevención y los sistemas de evaluación y calificación de incapacidades.

Posteriormente, el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, con el que se aprobó el vigente cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y los criterios para su notificación y registro, estableció la obligación de los facultativos del Sistema Nacional de Salud y de los servicios de prevención de comunicar, a través del organismo competente de cada comunidad autónoma y de las ciudades con Estatuto de Autonomía, aquellas enfermedades que sospechen que puedan ser clasificadas como enfermedades profesionales. Existen en la actualidad diversos desarrollos de sistemas para la comunicación de la sospecha de enfermedad profesional en el ámbito de 10 comunidades autónomas.

Como consecuencia de la implantación del nuevo cuadro de enfermedades profesionales en el Sistema de la Seguridad Social, la Orden TAS/1/2007, de 2 de enero, establece un modelo de parte de enfermedad profesional, dicta normas para su elaboración y transmisión por medios electrónicos y crea el correspondiente fichero de datos personales.

Todo ello da lugar al desarrollo, a partir de enero de 2007, del sistema CEPROSS (Comunicación de Enfermedades Profesionales en la Seguridad Social) en el ámbito de la Seguridad Social. Su objetivo es poner a disposición de la Administración Laboral, la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, y demás administraciones, instituciones, organizaciones y entidades para las que la materia tratada resulte de interés, una serie coherente y ordenada de datos que faciliten el cumplimiento de sus fines en materia de salud y seguridad en el trabajo.

Conviene recordar que la cobertura de la Seguridad Social de las enfermedades profesionales y las causadas por el trabajo, se realiza:

- A través de un reconocimiento automático de la enfermedad profesional. Según el artículo 157 de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS) un trabajador tiene derecho a la cobertura por enfermedad profesional si dicha enfermedad ha sido contraída a consecuencia del trabajo en las actividades que se especifican en el cuadro de enfermedades profesionales aprobado por RD 1299/2006 y está provocada por la acción de los elementos o sustancias que se indiquen en dicho cuadro.

- Y también por aplicación del art. 156 de la LGSS que reconoce que las enfermedades no catalogadas en el cuadro de enfermedades profesionales, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, serán consideradas accidente de trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo causa exclusiva en la ejecución del mismo.

En la actualidad el sistema de notificación CEPROSS recaba información de las patologías sufridas por los trabajadores que están incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales.

Esta información se amplía incluyendo las enfermedades reconocidas en aplicación del citado art. 156 de la LGSS mediante el sistema PANOTRATSS. Este sistema se ha diseñado con el objetivo de comunicar las patologías no traumáticas causadas por el trabajo. Esta base de datos recoge las enfermedades no incluidas en la lista de enfermedades profesionales que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo. También contiene las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente. El contenido de este fichero está declarado en la Orden TIN 1448/2010, de 2 de junio.

A tales efectos, para el sistema PANOTRATSS se realizó un listado de Patologías, clasificándolas en categorías, tal como figura en la siguiente tabla.

Tabla 52. Patologías no traumáticas que eventualmente pudieran tener una relación con el trabajo (Artículo 156. 2e) y 2f) de la Ley General de Seguridad Social).

Categorías	Patologías
01. Enfermedades infecciosas y parasitarias	b. Otras enfermedades víricas
	n. Otras enfermedades infecciosas y parasitarias
02. Neoplasias	n. Neoplasias
03. Enfermedades de la sangre y del sistema inmunológico	a. Coagulopatías y otras enfermedades de la sangre y órganos relacionados
	n. Otras enfermedades de la sangre y del sistema inmunológico
04. Enfermedades endocrinas	a. Trastorno del metabolismo
	n. Otras enfermedades endocrinas
05. Desórdenes mentales	a. Desórdenes afectivos
	b. Trastornos fóbicos y neuróticos
	n. Otros desórdenes mentales
06. Enfermedades del sistema nervioso central y periférico	a. Enfermedades agudas del sistema nervioso central
	e. Trastornos localizados de los nervios
	f. Neuropatías y polineuropatías
07. Enfermedades de los sentidos	a. Alteraciones de la visión y ceguera
	b. Afecciones de la conjuntiva
	c. Afecciones de la esclerótica, córnea, iris y cuerpos ciliares
	e. Afecciones del interior del ojo y de la retina
	i. Enfermedades del oído medio
	j. Enfermedades del oído interno
	k. Otras enfermedades del oído
	n. Otras enfermedades de los sentidos
09. Enfermedades del sistema cardiocirculatorio	a. Enfermedad cardíaca isquémica
	b. Enfermedades de la circulación pulmonar
	c. Otras enfermedades cardíacas
	d. Enfermedades de la circulación cerebral

Categorías	Patologías
	e. Enfermedades de la venas y de los vasos linfáticos
	f. Otras enfermedades del sistema circulatorio
10. Enfermedades del sistema respiratorio	a. Enfermedades infecciosas del tracto respiratorio superior
	b. Otras enfermedades de las vías respiratorias altas
	c. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias
	d. Enfermedades pulmonares debidas a sustancias extrañas
	e. Otras enfermedades de la pleura
11. Enfermedades del sistema digestivo	a. Enfermedades de la boca y de los dientes
	b. Hernias
	n. Otras enfermedades del sistema digestivo
12. Enfermedades de la piel	a. Infecciones de la piel y subcutáneas
	e. Urticaria y Eritema
	f. Enfermedades de la piel y subcutáneas debidas a agentes externos
	g. Enfermedades de los órganos accesorios de la piel
	h. Otras enfermedades de la piel
13. Enfermedades del aparato locomotor	c. Enfermedades de la columna vertebral y de la espalda
	e. Osteopatías y Condropatías
	n. Otras enfermedades del aparato locomotor
14. Enfermedades del sistema genitourinario	a. Enfermedades del aparato genital masculino
18. Síntomas y observaciones clínicas o de ambulatorio anormales no clasificados en otras partes	n. Otros síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificados en otra parte
19. Lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos	c. Lesiones por otras causas externas
	n. Otras lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos
23. Factores que afectan el estado sanitario	a. Exámenes en personas potencialmente expuestas a enfermedades infecciosas o parasitarias

Cada categoría y patología tiene asignada una serie de diagnósticos CIE-10, entre los que hay que seleccionar. No obstante, el sistema permite introducir otro CIE-10 diferente cuando lo consideren los servicios médicos.

Según establece la Orden TAS/1/2007, de 2 de enero, la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social es la responsable de la administración de los sistemas CEPROSS y PANOTRATSS, cuyo desarrollo y tratamiento informático se efectúa por la Gerencia de Informática de la Seguridad Social.

La mencionada Dirección General establecerá los mecanismos de colaboración necesarios con otras áreas de las administraciones públicas para el adecuado tratamiento estadístico y epidemiológico de los datos.

La Orden también regula la disponibilidad de la información contenida en CEPROSS así como el acceso a la misma, habilitando el correspondiente perfil de usuario en razón de sus competencias, a fin de garantizar el estricto cumplimiento de las condiciones establecidas en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Resulta obvia la necesidad de acceso de las administraciones sanitarias a la información contenida en CEPROSS y PANOTRATSS a efectos del desarrollo de sus competencias en materia de vigilancia de la salud de los trabajadores.

En la actualidad algunas administraciones sanitarias disponen de este acceso y otras no, a pesar de haberlo solicitado. Ello provoca que las autoridades sanitarias dispongan de una información parcial del número de enfermedades derivadas de la exposición al amianto que han sido reconocidas como enfermedad profesional, tal y como hemos señalado en esta evaluación. La información sobre las enfermedades derivadas de la exposición al amianto que han sido reconocidas como enfermedad profesional por el INSS procede de 13 comunidades autónomas. El resto de las comunidades autónomas no tienen información sobre si han sido reconocidas o no. De las 7.740 enfermedades derivadas de la exposición al amianto en estas 13 Comunidades, se tiene información de que se han reconocido como enfermedad profesional 397 casos, lo que supone una tasa de reconocimiento como enfermedad profesional del 5,1% del total de las enfermedades diagnosticadas en el marco del PIVISTEA.

Además, las Comunidades Autónomas que disponen de acceso al sistema de notificación CEPROSS (registro alimentado por las mutuas de los trabajadores en activo) tampoco conocen realmente el número de estas enfermedades que han sido declaradas enfermedades profesionales, pues debido a la naturaleza de estas enfermedades cuyo periodo de latencia es largo, su aparición tiene lugar (en su mayor parte) en trabajadores ya jubilados, y la entidad para determinar la contingencia profesional de sus lesiones es el INSS; entidad que no suele volcar sus decisiones en CEPROSS.

Sería interesante promover/reforzar la utilización del sistema de notificación CEPROSS por parte de todas las entidades facultadas para determinar contingencia profesional, y no solo por las mutuas de los trabajadores actualmente activos.

Por otro lado, se han firmado Convenios de Colaboración entre el INSS y 10 comunidades autónomas para la realización de actuaciones conjuntas en relación con los trabajadores afectos de enfermedades derivadas de la utilización del amianto.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Fecha de inicio de la identificación de la cohorte susceptible de seguimiento y fecha de constitución del Registro de Trabajadores Expuestos a Amianto por comunidad autónoma. 16
Tabla 2. Distribución de empresas y trabajadores según fuente de información. 17
Tabla 3. Distribución de los trabajadores registrados según el momento de la exposición. 18
Tabla 4. Motivo de las bajas en el registro por comunidad autónoma. 21
Tabla 5. Distribución por sexo de los trabajadores incluidos en el registro. 22
Tabla 6. Distribución de los trabajadores registrados según el momento de la exposición. 23
Tabla 7. Número de empresas y trabajadores de las mismas incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009, Gran Grupo), expresado en número absoluto y tanto por ciento. 29
Tabla 8. Número de empresas y trabajadores de las mismas por sexo incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009, Gran Grupo), expresado en número absoluto y tanto por ciento. 29
Tabla 9. Número de empresas y trabajadores de las mismas incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 2 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento. 30
Tabla 10. Número de empresas y trabajadores de las mismas por sexo incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 2 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento. 31
Tabla 11. Número de empresas y trabajadores de las mismas incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 3 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento. 33
Tabla 12. Número de empresas y trabajadores de las mismas por sexo incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 3 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento. 36
Tabla 13. Número de empresas y trabajadores de las mismas incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 4 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento. 39
Tabla 14. Número de empresas y trabajadores de las mismas por sexo incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 4 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento. 44
Tabla 15. Número de empresas que han utilizado amianto en el pasado y trabajadores de las mismas incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009, Gran Grupo), expresado en número absoluto y tanto por ciento. 54
Tabla 16. Número de empresas que han utilizado amianto en el pasado y trabajadores de las mismas por sexo incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009, Gran Grupo), expresado en número absoluto y tanto por ciento. 54
Tabla 17. Número de empresas que han utilizado amianto en el pasado y trabajadores de las mismas incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 2 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento. 55

Tabla 18. Número de empresas que han utilizado amianto en el pasado y trabajadores de las mismas por sexo incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 2 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento. 56
Tabla 19. Número de empresas que han utilizado amianto en el pasado y trabajadores de las mismas incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 3 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento..... 58
Tabla 20. Número de empresas que han utilizado amianto en el pasado y trabajadores de las mismas por sexo incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 3 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento. 61
Tabla 21. Número de empresas que han utilizado amianto en el pasado y trabajadores de las mismas incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 4 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento..... 64
Tabla 22. Número de empresas que han utilizado amianto en el pasado y trabajadores de las mismas por sexo incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 4 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento. 68
Tabla 23. Número de empresas que utilizan amianto actualmente y trabajadores de las mismas incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009, Gran Grupo), expresado en número absoluto y tanto por ciento.. 76
Tabla 24. Número de empresas que utilizan amianto actualmente y trabajadores de las mismas por sexo incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009, Gran Grupo), expresado en número absoluto y tanto por ciento..... 76
Tabla 25. Número de empresas que utilizan amianto actualmente y trabajadores de las mismas incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 2 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento. 77
Tabla 26. Número de empresas que utilizan amianto actualmente y trabajadores de las mismas por sexo incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 2 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento..... 78
Tabla 27. Número de empresas que utilizan amianto actualmente y trabajadores de las mismas incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 3 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento. 79
Tabla 28. Número de empresas que utilizan amianto actualmente y trabajadores de las mismas por sexo incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 3 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento..... 82
Tabla 29. Número de empresas que utilizan amianto actualmente y trabajadores de las mismas incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 4 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento. 84
Tabla 30. Número de empresas que utilizan amianto actualmente y trabajadores de las mismas por sexo incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009 a 4 dígitos), expresado en número absoluto y tanto por ciento..... 87
Tabla 31. Recursos del Programa en las comunidades autónomas por estructura sanitaria..... 91

Tabla 32. Recursos sanitarios en las Consejerías de Salud por comunidad autónoma. 92
Tabla 33. Recursos sanitarios (Atención Especializada) en los Servicios de Salud por comunidad autónoma. 93
Tabla 34. Recursos sanitarios en los Servicios de Prevención por comunidad autónoma. 94
Tabla 35. Enfermedades identificadas por sexo. 97
Tabla 36. Distribución del número de enfermedades identificadas por comunidad autónoma. 98
Tabla 37. Distribución de las asbestosis reconocidas como enfermedad profesional (EEPP) por momento de la exposición, sexo y comunidad autónoma. 101
Tabla 38. Distribución de las asbestosis identificadas por sexo y comunidad autónoma. 102
Tabla 39. Distribución de la fibrosis pleural con restricción respiratoria reconocidas como enfermedad profesional (EEPP) por momento de la exposición, sexo y comunidad autónoma. 103
Tabla 40. Distribución de la fibrosis pleural con restricción respiratoria identificadas por sexo y comunidad autónoma. 104
Tabla 41. Distribución de casos derrame pleural identificados por sexo y comunidad autónoma. 105
Tabla 42. Distribución de los casos de atelectasia redonda identificados por sexo y comunidad autónoma. 106
Tabla 43. Distribución de los casos de placas pleurales identificados por sexo y comunidad autónoma. 107
Tabla 44. Distribución de los casos de mesotelioma pleural reconocidos como enfermedad profesional (EEPP) por momento de la exposición, sexo y comunidad autónoma. 108
Tabla 45. Distribución de los casos de mesotelioma pleural identificados por sexo y comunidad autónoma. 109
Tabla 46. Distribución de los casos de mesotelioma pleural identificados por sexo y comunidad autónoma. 110
Tabla 47. Distribución de los casos de neoplasia pulmonar reconocidos como enfermedad profesional (EEPP) por momento de la exposición, sexo y comunidad autónoma. 111
Tabla 48. Distribución de los casos de neoplasia pulmonar identificados por sexo y comunidad autónoma. 112
Tabla 49. Distribución de los casos de neoplasia laríngea identificados por sexo y comunidad autónoma. 113
Tabla 50. Distribución de los casos de neoplasia esofágica identificados por sexo y comunidad autónoma. 114
Tabla 51. Distribución de los casos de otras neoplasias identificados por sexo y comunidad autónoma. 115
Tabla 52. Patologías no traumáticas que eventualmente pudieran tener una relación con el trabajo (Artículo 156. 2e) y 2f) de la Ley General de Seguridad Social. 121

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución porcentual de empresas y trabajadores según fuente de información. 17
Figura 2. Distribución de los trabajadores registrados según el momento de la exposición por Comunidades. 19
Figura 3. Distribución de los trabajadores registrados según el momento de la exposición en porcentajes. 20
Figura 4. Distribución de los motivos de bajas en el Registro. 21
Figura 5. Distribución por sexo y momento de la exposición de los trabajadores incluidos en el Registro. 22
Figura 6. Distribución de los trabajadores registrados según el momento de exposición. 24
Figura 7. Distribución de las trabajadoras registradas según el momento de exposición. 24
Figura 8. Número de trabajadores totales incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009), expresado en tanto por ciento. 26
Figura 9. Número de trabajadoras totales incluidas en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009), expresado en tanto por ciento. 28
Figura 10. Número de trabajadores post-expuestos totales incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009), expresado en tanto por ciento. 51
Figura 11. Número de trabajadoras totales post-expuestas incluidas en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009), expresado en tanto por ciento. 53
Figura 12. Número de trabajadores expuestos actualmente totales incluidos en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009), expresado en tanto por ciento. 74
Figura 13. Número de trabajadoras totales expuestas actualmente incluidas en PIVISTEA por actividad económica de la empresa (CNAE-2009), expresado en tanto por ciento. 75
Figura 14. Número de recursos sanitarios asignados al PIVISTEA en las Consejerías de Salud y Ministerio. 93
Figura 15. Recursos del Programa por estructura sanitaria. 95
Figura 16. Proporción de enfermedades profesionales reconocidas por el INSS. 99
Figura 17. Comunidades con mayor tasa de enfermedades profesionales reconocidas. 100

La humanidad conocía y usaba el amianto –el mineral milagroso- desde la Prehistoria, y ya Plinio el Viejo (siglo I) descubrió la enfermedad en pulmones de esclavos que manipulaban tejidos; también hay referencias históricas en las épocas de Carlomagno y Marco Polo, siendo asimismo utilizado por los alquimistas ("lana de salamandra"). Pero, ya ha sido en el siglo XX cuando se ha relacionado su uso y contacto con la patogenicidad que produce a nivel de pulmón, pleura y otros tejidos del organismo.

Su abundancia, su bajo coste de extracción y sus numerosas aplicaciones industriales propiciaron su uso masivo, en la construcción y en la industria (automovilística, ferroviaria, naval, eléctrica y siderúrgica), con un pico de producción en los años setenta del siglo pasado. En España, su consumo se intensificó en los años sesenta hasta alcanzar su máximo a mediados de los setenta, fecha desde la que fue descendiendo hasta su prohibición definitiva en 2002.

La exposición al amianto causa, a nivel mundial, la mitad de las muertes por enfermedad profesional, y según la O.M.S. están afectadas, en el momento actual, 125 millones de personas en su lugar de trabajo. La Comisión Europea pronosticó que de aquí al año 2030 medio millón de personas morirán en Europa por cánceres ocasionados por exposiciones al amianto ocurridas en los años ochenta y noventa del siglo pasado, una cantidad 10 veces superior a la de fallecimientos por accidentes de trabajo, e inició una campaña con el lema *El amianto es mortal*, indicando que las muertes prematuras son posibles de evitar con vigilancia específica de la salud, con detección precoz y el reconocimiento como enfermedad profesional y la correspondiente indemnización.

El **Programa Integral de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores Expuestos a Amianto (PIVISTEA)**, elaborado por la Ponencia de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, consensuado con los profesionales sanitarios y las organizaciones empresariales y sindicales representativas, y aprobado por las Autoridades sanitarias y laborales en 2003, se ha revelado como un instrumento importante para la tutela de la salud de los trabajadores expuestos, siendo un ejemplo de colaboración entre el Sistema Nacional de Salud, el Sistema de Prevención de Riesgos Laborales y el Sistema de Seguridad Social.

Presentamos la Evaluación del PIVISTEA correspondiente a 2018 para conocer los logros de su implantación y gestión en las comunidades autónomas desde el año 2016, los problemas detectados en la configuración de sus cohortes y las acciones para favorecer el reconocimiento médico-legal de las enfermedades diagnosticadas en el Programa. El objetivo es que la magnitud del problema sea conocido por todas las autoridades, sanitarias y laborales, y por los agentes sociales y económicos, lo que permitirá adoptar medidas adecuadas en los ámbitos sanitario, socio-económico, laboral y jurídico, además de concienciar a la sociedad de la importancia de vigilar y actuar frente a la exposición al amianto.

GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

www.mscbs.gob.es

ANEXO 48

PROPUESTA DE ACTUALIZACIÓN Y CONCRECIÓN DE LA CARTERA COMÚN DE SERVICIOS DE GENÉTICA, RECOGIDA EN EL ANEXO III DEL REAL DECRETO 1030/2006, DE 15 DE SEPTIEMBRE, POR EL QUE SE ESTABLECE LA CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y EL PROCEDIMIENTO PARA SU ACTUALIZACIÓN.

ACUERDO DE LA COMISIÓN DE PRESTACIONES, ASEGURAMIENTO Y FINANCIACIÓN PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CARTERA COMÚN DE SERVICIOS EN EL ÁMBITO DE LA CARTERA DE GENÉTICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Pleno celebrado el 21 de octubre de 2021

La modificación acordada a realizar en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, Anexo III cartera de servicios comunes de atención especializada, es la siguiente:

Apartado 5. Indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos

5.3.10 Atención a los pacientes y familiares en el área de las enfermedades de base genética que comprenderá los análisis genéticos o genómicos y el asesoramiento genético.

5.3.10.1 La atención a los pacientes y familiares en el área de las enfermedades de base genética en el Sistema Nacional de Salud incluirá:

a) El diagnóstico de enfermedades, trastornos de base genética o alteraciones farmacogenéticas, mediante la integración de la información clínica personal y familiar y la obtenida tras la realización de los estudios genéticos o genómicos.

Se considera incluida la caracterización molecular con fin diagnóstico o pronóstico, así como para la toma de decisiones terapéuticas.

b) La transmisión de información, de forma clara y comprensible, sobre la alteración genética y la enfermedad o trastorno subyacente, el riesgo de recurrencia, las consecuencias para el paciente y sus familiares y el asesoramiento sobre las posibilidades terapéuticas y de prevención pre y postnatal.

c) La derivación de los pacientes y familiares a los distintos profesionales especializados y grupos de apoyo necesarios para el adecuado manejo de cada situación.

5.3.10.2 El proceso de asesoramiento genético y de realización de análisis genéticos o genómicos con fines asistenciales deberá ser efectuado por personal cualificado y deberá llevarse a cabo en centros que dispongan de autorización sanitaria, incluyendo la oferta asistencial, de la comunidad autónoma donde estén ubicados, de acuerdo al Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, y la correspondiente normativa autonómica que regule esta materia. Así mismo, los centros podrán ser acreditados por la autoridad autonómica o estatal competente y deberán reunir los requisitos de calidad que reglamentariamente se establezcan.

5.3.10.3 El asesoramiento genético es el procedimiento destinado a informar a una persona sobre las posibles consecuencias para ella o sus familiares de los resultados de un análisis genético o genómico y de sus beneficios, riesgos y limitaciones y, en su caso, para asesorar en relación con las posibles alternativas derivadas de dicho análisis. Este procedimiento tendrá lugar en las enfermedades o trastornos de base genética y potencialmente hereditarios tanto antes como después de una prueba genética o genómica e incluso en ausencia de las mismas.

a) El asesoramiento genético tendrá como objetivo ayudar a la persona o familia a entender y adaptarse a las consecuencias médicas, psicológicas, familiares y sociales de una determinada enfermedad, trastorno genético o alteración de relevancia farmacogenética. Este proceso, que incluye la intervención de uno o más profesionales, consistirá en:

1º Interpretar los antecedentes médicos personales o familiares que permiten valorar el riesgo de ocurrencia o recurrencia de una enfermedad de base genética.

2º Informar sobre el posible tipo de herencia, los análisis genéticos o genómicos disponibles, así como de sus consecuencias clínicas y terapéuticas, la posibilidad de prevención o tratamiento y la disponibilidad y accesibilidad de recursos.

3º Ofrecer el apropiado asesoramiento, respetando el principio de autonomía de las personas para la toma de decisiones informadas.

4º Solicitar la firma del consentimiento informado previamente a la realización de cualquier análisis genético o genómico, tras explicar su validez y utilidad clínica, sus beneficios, riesgos y limitaciones, así como de los posibles resultados y de sus consecuencias clínicas y terapéuticas.

b) El asesoramiento genético se realizará antes y después del estudio genético indicado, al menos, ante el diagnóstico, sospecha diagnóstica o antecedentes familiares de:

1º Anomalías cromosómicas o desequilibrios genómicos que ocasionan o pueden ocasionar defectos congénitos o hereditarios, dificultades graves de aprendizaje o problemas de fertilidad.

2º Enfermedades hereditarias de aparición prenatal, infantil y adulta.

3º Cánceres hereditarios o familiares.

4º Anomalías congénitas o del desarrollo.

5º Discapacidad intelectual u otros trastornos del neurodesarrollo con sospecha de base genética.

6º Trastornos de la fertilidad con sospecha de base genética.

5.3.10.4 El análisis genético o genómico es un procedimiento destinado a identificar variantes genéticas o a detectar la presencia o ausencia de uno o varios segmentos de material genético. Se consideran incluidas también las pruebas indirectas para detectar un producto génico o un metabolito específico que sea indicativo de un cambio genético determinado.

a) La indicación de los análisis genéticos o genómicos en las enfermedades o trastornos de base genética debe vincularse sistemáticamente al asesoramiento genético, respetando en todo momento la libre autonomía del individuo y requiriendo su consentimiento expreso y por escrito, una vez haya sido pertinentemente informado de los objetivos, posibilidades y limitaciones del análisis, así como de las posibles repercusiones de sus resultados a nivel individual y familiar, adoptando las medidas necesarias para garantizar el acceso a la información así como su comprensión. Las personas incapacitadas legalmente y los menores de edad participarán, atendidas sus circunstancias, con los apoyos precisos y según su edad y capacidades, en la toma de decisiones a lo largo del proceso, tal y como se recoge en la legislación vigente.

b) En la realización de análisis genéticos o genómicos:

1º Se asegurará la protección de los derechos de las personas y del tratamiento de los datos de carácter personal de acuerdo a la legislación vigente.

2º Se llevarán a cabo con criterios de pertinencia, calidad, equidad y accesibilidad.

3º Solo podrán hacerse pruebas predictivas de enfermedades genéticas o que permitan identificar al sujeto como portador de alguna variante genética responsable de una enfermedad o detectar una predisposición o susceptibilidad genética a una determinada enfermedad, estimando el riesgo asociado con fines médicos y con un asesoramiento genético asociado, cuando esté indicado. También podrán realizarse para identificar las diferencias individuales en la respuesta a los fármacos y las interacciones genético-ambientales o para el estudio de las bases moleculares de las enfermedades.

4º En el caso de personas con discapacidad, la información y documentación que se facilite, así como la comunicación y la interacción durante el proceso de asesoramiento genético, deberán atender a los requerimientos de accesibilidad universal y diseño para todos.

c) Los análisis genéticos o genómicos incluidos en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud deben cumplir los siguientes requisitos:

1º Tener validez analítica y clínica sustentada en la evidencia científica.

2º Ser de utilidad clínica: constituir un elemento esencial para el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, para la selección y seguimiento de tratamientos, así como para la toma de decisiones reproductivas. Todo ello siempre que el balance beneficio/riesgo sea favorable.

3º Haber sido valorados previamente en relación a las implicaciones éticas, sociales, legales, organizativas y económicas de su inclusión en la oferta asistencial pública.

d) Se incluirán en la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud aquellos análisis genéticos o genómicos que, cumpliendo los requisitos de validez analítica y clínica, utilidad clínica e impacto en la salud anteriormente expuestos, correspondan a alguno de los siguientes tipos de estudios y reúnan los criterios de indicación que a continuación se especifican:

1º Análisis genéticos o genómicos diagnósticos: Se realizan en personas con signos o síntomas de enfermedad y sirven para confirmar o descartar una enfermedad, trastorno o alteración de base genética. Para su realización se deberán cumplir los siguientes criterios de indicación:

i) La persona presenta signos o síntomas sugestivos de una enfermedad o trastorno genético que puede ser diagnosticado mediante el análisis genético o genómico.

ii) El diagnóstico genético de la enfermedad cumple al menos uno de los requisitos siguientes:

– Implica un claro beneficio en el manejo clínico (diagnóstico, pronóstico, tratamiento o seguimiento) del paciente o de sus familiares.

– Evita la realización de otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos inapropiados.

– Proporciona información clave para la toma de decisiones reproductivas del individuo o de sus familiares que pueden comprometer a su descendencia.

2º Análisis genéticos presintomáticos o predictivos: Se realizan en personas asintomáticas y sirven para determinar si presentan un riesgo elevado de desarrollar una determinada enfermedad. Para su realización se deberán cumplir los siguientes criterios de indicación:

i) La persona pertenece a una familia o grupo poblacional de alto riesgo en los que se ha identificado la presencia de una enfermedad o trastorno genético, cuya alteración genética ha sido previamente caracterizada y puede ser identificada mediante un análisis genético.

ii) Además, se cumple al menos uno de los requisitos siguientes:

– El análisis genético o genómico permite un diagnóstico precoz o un tratamiento más temprano, lo que se traduce en la disminución de la morbimortalidad de la enfermedad, en la previsión de una mejor respuesta terapéutica o en evitar efectos secundarios no deseables.

– El diagnóstico genético de la enfermedad ayuda en la toma de decisiones reproductivas del individuo o de sus familiares que pueden comprometer a su descendencia.

iii) En el caso de menores, el estudio genético presintomático o predictivo en enfermedades que aparecen en la edad adulta se deberá diferir hasta que la persona tenga la madurez y competencia necesaria para comprender la naturaleza e implicaciones de su decisión, salvo que existan medidas preventivas eficaces aplicables en la infancia. En enfermedades que aparecen en la infancia y que pueden ser prevenidas o tratadas adecuadamente, el análisis genético o genómico se deberá realizar lo más próximo posible al momento en el que se deben iniciar dichas medidas preventivas y/o terapéuticas.

3º Análisis genéticos de portadores: se realizan en personas con alto riesgo de transmisión de enfermedad a su descendencia, aunque en general tienen poca o ninguna consecuencia para la salud de esta persona, y sirven para determinar si la persona es portadora de una alteración genética hereditaria.

El ámbito de este apartado se refiere al estudio de portadores en el contexto de sospecha diagnóstica o antecedentes familiares. En lo referente a cribados poblacionales incluidos en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, se aplicará lo establecido en el anexo I, apartado 3.3 de este real decreto.

Para su realización se deberán cumplir los siguientes criterios de indicación:

i) La persona, debido a sus antecedentes personales o familiares, presenta un riesgo elevado de ser portador de una determinada enfermedad o trastorno genético cuya alteración genética se conoce y puede ser identificada mediante el correspondiente análisis genético o genómico.

ii) El diagnóstico genético permite la toma de decisiones reproductivas de la persona o de sus familiares que pueden comprometer a su descendencia.

iii) En el caso de menores, el estudio genético de portadores no se realizará hasta que el menor alcance la madurez y competencia necesarias para comprender la naturaleza de su decisión y sus implicaciones y sea, a su vez, capaz de dar su consentimiento.

4º Análisis genéticos o genómicos para diagnóstico prenatal: Se realizan en caso de un feto con alto riesgo de sufrir una determinada enfermedad o trastorno genético relacionado con su salud, anomalía cromosómica o molecular, cuando se cumplan los siguientes criterios de indicación:

i) Antecedentes familiares de una enfermedad o trastorno genético con riesgo de recurrencia o existencia de marcadores ecográficos, biomarcadores o malformaciones indicativas de un defecto genético.

ii) El análisis genético o genómico debe contribuir al manejo clínico de la gestación, del recién nacido o a la toma de decisiones reproductivas.

5º Análisis para el diagnóstico genético preimplantacional (DGP): Se realizan en:

i) Preembriones con alto riesgo de padecer enfermedades o trastornos de base genética graves, de aparición precoz y no susceptibles de tratamiento curativo con arreglo a los conocimientos científicos actuales y servirá para identificar a los preembriones no afectos que serán transferidos mediante técnicas de reproducción humana asistida. La aplicación de las técnicas de diagnóstico preimplantacional en estos casos deberá comunicarse a la autoridad sanitaria correspondiente, que informará de ella a la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida.

ii) La aplicación de técnicas de diagnóstico preimplantacional para cualquiera otra finalidad no comprendida en el apartado anterior, o cuando se pretendan practicar en combinación con la determinación de los antígenos de histocompatibilidad de los preembriones in vitro, con fines terapéuticos para terceros, requerirá de la autorización expresa, caso a caso, de la autoridad sanitaria correspondiente, previo informe favorable de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida que deberá evaluar las características clínicas, terapéuticas y sociales de cada caso.

Para la realización de los análisis para el diagnóstico genético preimplantacional se deberán cumplir los criterios de indicación que se recogen en el apartado f) del apartado 5.3.8.3.

6º Análisis de farmacogenética y farmacogenómica: Se realizan en personas-que necesitan ser tratadas con determinados medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud y sirven para determinar la estrategia terapéutica, valorar la respuesta al tratamiento o evitar o minimizar los posibles efectos adversos en un individuo determinado.

7º Estudio genético o genómico en patologías, hereditarias o no, que puedan beneficiarse desde el punto de vista asistencial de la búsqueda de biomarcadores diagnósticos, pronósticos o predictivos de respuesta al tratamiento, de acuerdo con las directrices marcadas por los organismos reguladores o en ficha técnica.

Todos estos servicios son prestados por las correspondientes unidades asistenciales, recogidas en el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, autorizadas por las respectivas comunidades autónomas.

5.3.10.5 La cartera común de servicios en el área de genética se hará efectiva mediante el correspondiente catálogo, que se hará público, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación.

Con el fin de garantizar la calidad en la prescripción de los análisis genéticos o genómicos, el responsable de la indicación deberá garantizar, siempre que se requiera, que se ha realizado un asesoramiento genético previo y que se ha firmado el correspondiente consentimiento informado. Además, deberán constar en la prescripción, como mínimo, los siguientes datos:

1º Responsable de la indicación: datos de identificación del facultativo (nombre completo, número de colegiado o código de identificación, centro sanitario y servicio).

2º Usuario: datos de identificación; fecha de nacimiento.

3º Orientación diagnóstica: Condición o patología que justifica la indicación, patologías concomitantes que influyan en la indicación u otra información clínica de interés.

4º Antecedentes personales y familiares.

5º Indicación: Fecha; tipo de análisis genético o genómico que se solicita.

Las autoridades sanitarias competentes pondrán a disposición de los profesionales del Sistema Nacional de Salud la relación de centros que, cumpliendo los requisitos que se establezcan, puedan realizar los diferentes tipos de análisis genéticos o genómicos.

5.3.10.6 Comité Asesor para la Cartera Común de Servicios en el Área de Genética

1. El Comité Asesor para la cartera común de servicios en el área de genética, adscrito a la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, es el órgano coordinador entre las administraciones sanitarias implicadas en la gestión de esta prestación y tendrá como finalidad la coordinación de las actuaciones y el seguimiento de dicha cartera. Su actividad estará vinculada a la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, regulada en el artículo 9 del Real Decreto

1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, la cual, a su vez, depende del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

2. Este Comité tendrá la siguiente composición:

a) Presidente: El titular de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia. El Presidente suplente será el Subdirector General de Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Fondos de Compensación, en tanto que titular del órgano responsable de la definición de la política de ordenación de prestaciones.

b) Vocales, que serán designados por la respectiva institución a la que representan entre las personas que desempeñan funciones relativas a la cartera común de servicios en el área de genética:

- Un representante de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

- Un representante del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).

- Un representante de cada una de las mutualidades de funcionarios: Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), Mutualidad General Judicial (MUGEJU) e Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS).

- Un representante de cada una de las Comunidades Autónomas.

- Un representante de la Subdirección General de Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Fondos de Compensación.

- Un representante de la Subdirección General de Farmacia.

- Un representante de la Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad.

- Además se integrarán como vocales dos asesores de reconocido prestigio y experiencia en el área de genética o genómica designados por la persona titular del Ministerio de Sanidad, previa consulta al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Para cada uno de los vocales será designado por la institución a la que representan, un titular y un suplente.

c) Para garantizar el desarrollo de las tareas encomendadas a este Comité, se establece una Secretaría que será ejercida por un funcionario de la Subdirección General de Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Fondos de Compensación.

Cuando la naturaleza de los temas así lo aconseje, se podrán incorporar a este Comité, por indicación del Presidente, otros expertos que se consideren necesarios, en concepto de asesores con voz pero sin voto.

3. Las funciones de este Comité serán las siguientes:

a) Elaborar, aprobar y modificar el reglamento de régimen interior de funcionamiento del propio Comité.

b) Asesorar en la estrategia de estudios genéticos y genómicos. Proponer el desarrollo de la cartera común de servicios para los trastornos y enfermedades

de base genética, incluido el catálogo así como su actualización de acuerdo a la normativa vigente.

c) Proponer los requisitos mínimos comunes que deben reunir las pruebas genéticas o genómicas, dirigidos a garantizar la calidad de esta prestación.

d) Proponer criterios comunes para la elaboración de los correspondientes catálogos de genética por las Comunidades Autónomas, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y las Mutualidades de Funcionarios en sus respectivos ámbitos de gestión.

e) Proponer y coordinar el sistema de información que permita el seguimiento de esta cartera de servicios.

f) Identificar necesidades y detectar las dificultades que pudieran surgir en el cumplimiento de la normativa sobre esta materia y resolver las dudas sobre su aplicación e interpretación.

g) Proponer actividades de información en esta materia destinadas a profesionales, población o pacientes.

g) Emitir informe, cuando sea requerido para ello por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud o las administraciones sanitarias representadas en el Comité, sobre las cuestiones que afecten a la cartera común.

h) Servir de cauce permanente de colaboración, comunicación e información entre los distintos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, la Administración General del Estado y otros agentes implicados en la gestión de esta cartera.

i) Aquellas otras que puedan serle confiadas por el Ministerio de Sanidad o por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para la debida coordinación entre las administraciones sanitarias en esta materia.

4. Se reunirá con una periodicidad anual, pudiendo convocarse reuniones adicionales cuando se estime necesario.

5. Para su correcto funcionamiento se crearán grupos técnicos de trabajo, de carácter permanente, para asesorar en la definición y actualización del catálogo, o temporal, para el estudio de temas concretos relacionados con las materias de su competencia. Estos grupos se reunirán con la periodicidad que requiera la misión que se les encomiende y en ellos participarán la Sociedades Científicas implicadas.

6. El apoyo al Comité será prestado con los actuales medios humanos y materiales del Ministerio de Sanidad de modo que su funcionamiento no suponga incremento del gasto público.

7. Sin perjuicio de las peculiaridades previstas en esta orden, el Comité ajustará su funcionamiento a lo dispuesto en el Capítulo II de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

8. Comisiones autonómicas de genética: Como órgano coordinador en materia de genética en cada Comunidad autónoma podrán constituirse comisiones autonómicas, cuyas funciones y composición serán reguladas por sus autoridades sanitarias.

ANEXO 49

PLAN PARA EL ABORDAJE DE LAS TERAPIAS AVANZADAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD,

CRITERIOS Y ESTÁNDARES PARA LA DESIGNACIÓN DE CENTROS PARA UTILIZACION DE CAR-T EN LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS B GRANDES RECIDIVANTE O REFRACTARIO, EN LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA DE CÉLULAS B REFRACTARIA, LINFOMA RECURRENTE O REFRACTARIO DE CÉLULAS DE MANTO Y MIELOMA MÚLTIPLE EN RECAIDA Y REFRACTARIO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Desarrollado en el grupo de expertos para la definición de criterios para la designación de centros del "Plan de abordaje de las terapias avanzadas en el SNS: medicamentos CAR"
Remitido a la Comisión Permanente de Farmacia y a la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación para aportaciones
Validado por el grupo de trabajo institucional
Aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (4 de marzo de 2019)
Actualización octubre de 2019 validada por el grupo de trabajo institucional
Actualización junio de 2021 validada por el grupo de trabajo institucional

Componentes del grupo de expertos para la definición de criterios para la designación de centros del "Plan de abordaje de las terapias avanzadas en el SNS: medicamentos CAR" (ordenados alfabéticamente por primer apellido)**:**

Josefa María Aldana Espinal. Representante de Andalucía

Julio Arrizabalaga Aguirreazaldegui. Representante del País Vasco

Cristina Avendaño Solá. Representante de la Sociedad Española de Farmacología Clínica

Elena Casaus Lara. Representante de la Comunidad de Madrid

Luis De La Cruz Merino. Representante de la Sociedad Española de Oncología Médica

Ramón García Sanz. Representante de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia

Marcos González Díaz. Representante de Castilla y León

Dolores Hernández Maraver. Representante de la Organización Nacional de Trasplantes

Manel Juan Otero. Representante de la Sociedad Española de Inmunología

Isabel López San Román. Representante de Castilla La Mancha

José María Moraleda Jiménez. Servicio Hematología y Hemoterapia. Representante del Instituto de Salud Carlos III

Enrique M. Ocio San Miguel. Representante de Cantabria

M.ª José Otero López. Representante de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

Susana Rives Solá. Representante de la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas

Silvia M.ª Reboredo García. Representante de Galicia

Pablo Rodríguez Martínez. Representante de la Comunitat Valenciana

Antonia Sampol Mayol. Representante de Islas Baleares

Marcos Timón Jiménez. Representante de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

Esteve Trias Adroher. Representante de Cataluña

Coordinado por: M.ª Dolores Fraga Fuentes. Subdirectora General de Farmacia. Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia.

1. INTRODUCCIÓN

Tal como se especifica en el Plan de abordaje de las terapias avanzadas en el SNS de medicamentos CAR[1], aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS el 15 de noviembre de 2018, se creará un grupo de expertos para la definición de criterios para la designación de centros. El objetivo del grupo será proponer al grupo de trabajo institucional los criterios de selección técnicos que deben cumplir los centros que sean designados para la utilización de los medicamentos CAR-T atendiendo tanto a la seguridad clínica como a la visión estratégica de la traslación de la investigación independiente a la práctica clínica.

El 1 de octubre de 2019 se celebró una reunión del grupo de expertos para la definición de criterios para la designación de centros con el siguiente punto en el orden del día "Revisión de los criterios y estándares para la designación de centros para la administración de las CAR-T". Las propuestas fueron validadas por el Grupo de Trabajo Institucional.

El 2 de junio de 2021 se reunió, de nuevo, el grupo de designación de centros acordando los mismos criterios ya validados en 2019. Estos criterios fueron validados por el Grupo de Trabajo Institucional el 2 de noviembre de 2021.

[1] Plan de abordaje de las terapias avanzadas en el sistema nacional de salud: medicamentos CAR. Aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 15 de noviembre de 2018.

CRITERIOS Y ESTÁNDARES PARA LA DESIGNACIÓN DE CENTROS PARA LA UTILIZACIÓN DE CAR-T EN LA INDICACIÓN DE LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA DE CÉLULAS B REFRACTARIA

CRITERIOS	ESTÁNDAR		
	MÍNIMO	MEDIO	ÓPTIMO
	50%	70%	100%
Disponer de una unidad multidisciplinar formada por los roles profesionales que intervienen en el proceso			
CONSENSO	1.- Existencia de una unidad multidisciplinar de TPH o terapia CART para los ensayos clínicos o unidad de terapias avanzadas que incluya en su organigrama funcional los principales especialistas de CAR-T.; 2.-En el momento de solicitar la acreditación, presentar el acuerdo firmado entre la Gerencia y, al menos, los Servicios de Hematología, Farmacia, UCI (adultos y pediatría),Hemato-oncología pediátrica, Neurología, Immunología, Farmacología clínica (o en su defectos profesional sanitario que realice funciones de farmacovigilancia) por el que se crea la nueva unidad multidisciplinar específica con un responsable del programa de terapia celular CART en todo el proceso desde el ingreso hasta el seguimiento al alta.	Cumplimiento de lo anterior y además: 1. Que la unidad multidisciplinar sea específica de CAR-T; 2. Que disponga de procedimientos normalizados de trabajo (PNT) definidos y consensuados; 3. Que acredite reuniones periódicas mediante actas (mínimo 5-6).	Cumplimiento de lo anterior y además: 1. Que exista un seguimiento de los indicadores definidos. 2. Que acredite reuniones periódicas, tanto formativas como operativas mediante actas (>10).
Experiencia clínica demostrada, criterio binario a) y/o b) , obligatorio el cumplimiento de al menos uno de los subcriterios:			
a) Actividad total de trasplantes alogénicos de progenitores hematopoyéticos complejos (donantes no emparentados, sangre de cordón umbilical, haploidénticos) en los últimos 3 años*			
CONSENSO	Al menos el percentil 50.	Percentil 50-75.	>Percentil 75.
b) **Disponer de experiencia clínica con medicamentos CAR-T****			
CONSENSO	Al menos el percentil 50.	Percentil >50 a 75.	>Percentil 75.
Disponer de la acreditación JACIE-CAT-ONT			
CONSENSO		Acreditación de aféresis y procesamiento. Solicitud de acreditación de trasplante alogénico con check list documentado y enviado.	Acreditación para trasplante alogénico o en proceso de reacreditación con vigencia de acreditación previa vencida con fecha de menos de un año

Disponer de la acreditación como CSUR de TPH alogénico infantil			
CONSENSO	-	Acreditación CSUR y >10 casos CSUR tratados/año, en los últimos 3 años	Acreditación CSUR y >15 casos CSUR tratados/año, en los últimos 3 años.
Disponer de un comité clínico-patológico, multidisciplinar, para la revisión de candidatos a medicamentos CAR-T			
CONSENSO	Disponer de comité de TPH o tumores o asimilable (representación hematólogos, y todos los especialistas implicados en el seguimiento de la eficacia y seguridad del medicamento y del paciente)	Cumplimiento de lo anterior y además: 1. Que el Comité sea específico de terapia avanzada. 2. Que acredite reuniones periódicas y actividad de casos (mínimo entre el percentil 50-75%) mediante actas que reflejen a su vez su coordinación con la UMD.	Cumplimiento de lo anterior y además: 1. Que el Comité sea específico de terapia CAR-T. 2. Que acredite reuniones periodicas y actividad de casos (superior al percentil 75%)
CONSENSO	Al menos el percentil 50.	Percentil >50 a 75.	>Percentil 75.
Disponer de un certificado de cumplimiento de las normas de correcta fabricación de la AEMPS			
CONSENSO		Disponer de una certificación GMP para la fabricación de medicamentos de terapia avanzada en el centro solicitante.	Disponer de una certificación GMP para la fabricación de medicamentos de terapia celular específica: CAR, en el centro solicitante.
Actividad total de aféresis* de progenitores hematopoyéticos en los últimos 3 años (2018-2020)***			
CONSENSO	Al menos el percentil 50.	Percentil >50 a 75.	>Percentil 75.
Actividad total de procesamiento celular complejo** en los últimos 3 años (del centro o del banco de progenitores de referencia) (2018-2020)***			
CONSENSO	Al menos el percentil 50.	Percentil >50 a 75.	>Percentil 75.
Disponer de experiencia preclínica con células inmunoefectoras			
CONSENSO	Disponer de al menos un proyecto de investigación financiado mediante concurrencia competitiva sobre terapia avanzada	1. Disponer de ≥1 proyecto de investigación sobre células inmunoefectoras. 2. Disponer de comunicaciones a congresos	1. Disponer de ≥1 proyecto de investigación sobre CAR. 2. Disponer de publicaciones en revistas indexadas nacionales o internacionales o patentes.

* Analizar por separado actividad en adultos y pediátricos.
** Experiencia tratando pacientes con CAR-T, tanto en el marco de ensayo clínico como a nivel asistencial con tratamientos académicos o industriales
*** Registro documental de aféresis que incluyan linfoaféresis, fotoaféaresis y de células progenitoras mononucleares. Sólo contabilizan las solicitadas por centro evaluado. **** Selección celular, de linfocitos específicos, mesenquimales.

CRITERIOS Y ESTÁNDARES PARA LA DESIGNACIÓN DE CENTROS PARA LA UTILIZACIÓN DE CAR-T EN LA INDICACIÓN DE LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS B GRANDES RECIDIVANTE O REFRACTARIO, LINFOMA DE CÉLULAS DE MANTO Y MIELOMA MÚLTIPLE

CRITERIOS	ESTÁNDAR		
	MÍNIMO	MEDIO	ÓPTIMO
	50%	70%	100%
Disponer de una unidad multidisciplinar formada por los roles profesionales que intervienen en el proceso			
CONSENSO	1.- Existencia de una unidad multidisciplinar de TPH o terapia CART para los ensayos clínicos o unidad de terapias avanzadas que incluya en su organigrama funcional los principales especialistas de CAR-T.; 2.-En el momento de solicitar la acreditación, presentar el acuerdo firmado entre la Gerencia y, al menos, los Servicios de Hematología, Farmacia, UCI (adultos y pediatría), Hemato-oncología pediátrica, Neurología, Immunología, Farmacología clínica (o en su defectos profesional sanitario que realice funciones de farmacovigilancia) por el que se crea la nueva unidad multidisciplinar específica con un responsable del programa de terapia celular CART en todo el proceso desde el ingreso hasta el seguimiento al alta.	Cumplimiento de lo anterior y además: 1. Que la unidad multidisciplinar sea específica de CAR-T; 2. Que disponga de procedimientos normalizados de trabajo (PNT) definidos y consensuados; 3. Que acredite reuniones periódicas mediante actas (mínimo 5-6).	Cumplimiento de lo anterior y además: 1. Que exista un seguimiento de los indicadores definidos. 2. Que acredite reuniones periódicas, tanto formativas como operativas mediante actas (>10).
Experiencia clínica demostrada, criterio binario a) y/o b), obligatorio el cumplimiento de al menos uno de los subcriterios:			
a) Actividad total de trasplantes alogénicos de progenitores hematopoyéticos complejos (donantes no emparentados, sangre de cordón umbilical, haploidénticos) en los últimos 3 años*			
CONSENSO	Al menos el percentil 50.	Percentil >50 a 75.	>Percentil 75.
b) **Disponer de experiencia clínica con medicamentos CAR-T****			
CONSENSO	Al menos el percentil 50.	Percentil > 50 a 75.	>Percentil 75.
Disponer de la acreditación JACIE-CAT-ONT			
CONSENSO		Acreditación de aféresis y procesamiento. Solicitud de acreditación de trasplante alogénico con check list documentado y enviado.	Acreditación para trasplante alogénico o en proceso de reacreditación con vigencia de acreditación previa vencida con fecha de menos de un año

Disponer de un comité clínico-patológico, multidisciplinar, para la revisión de candidatos a medicamentos CAR-T			
CONSENSO	Disponer de comité de TPH o tumores o asimilable (representación hematólogos, y en éste los especialistas implicados en el seguimiento de la eficacia y seguridad del medicamento y del paciente)	Cumplimiento de lo anterior y además: 1. Que el Comité sea específico de terapia avanzada. 2. Que acredite reuniones periódicas y actividad de casos (mínimo entre el percentil 50-75%) mediante actas que reflejen a su vez su coordinación con la UMD.	Cumplimiento de lo anterior y además: 1. Que el Comité sea específico de terapia CAR-T. 2. Que acredite reuniones periódicas y actividad de casos (superior al percentil 75%)
Disponer de un certificado de cumplimiento de las normas de correcta fabricación de la AEMPS			
CONSENSO		Disponer de una certificación GMP para la fabricación de medicamentos de terapia avanzada en el centro solicitante.	Disponer de una certificación GMP para la fabricación de medicamentos de terapia celular específica: CAR, en el centro solicitante.
Actividad total de aféresis* de progenitores hematopoyéticos en los últimos 3 años (2018-2020)***			
CONSENSO	Al menos el percentil 50.	Percentil >50 a 75.	>Percentil 75.
Actividad total de procesamiento celular complejo** en los últimos 3 años (del centro o del banco de progenitores de referencia) (2018-2020)***			
CONSENSO	Al menos el percentil 50.	Percentil >50 a 75.	>Percentil 75.
Disponer de experiencia preclínica con células inmunoefectoras			
CONSENSO	Disponer de al menos un proyecto de investigación financiado mediante concurrencia competitiva sobre terapia avanzada	1. Disponer de ≥1 proyecto de investigación sobre células inmunoefectoras. 2. Disponer de comunicaciones a congresos	1. Disponer de ≥1 proyecto de investigación sobre CAR. 2. Disponer de publicaciones en revistas indexadas nacionales o internacionales o patentes.

* Analizar por separado actividad en adultos y pediátricos.

** Experiencia tratando pacientes con CAR-T, tanto en el marco de ensayo clínico como a nivel asistencial con tratamientos académicos o industriales

*** Registro documental de aféresis que incluyan linfoaféresis, fotoaféaresis y de células progenitoras hematopoyéticas. Sólo contabilizan las solicitadas por centro evaluado

****Selección celular, de linfocitos específicos, mesenquimales

ACCESO A DOCUMENTACIÓN PARA OBTENCIÓN DE DATOS

Memorias anuales de Trasplantes. Organización Nacional de Trasplantes. Disponible en: http://www.ont.es/infesp/Paginas/Memorias.aspx. Acceso: Julio 2021.

Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/profesionales/CentrosDeReferencia/CentrosCSUR.htm Acceso: Julio 2021.

Anexo 1. SOLICITUD DE VALORACIÓN POR EL GRUPO DE EXPERTOS EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS CAR A NIVEL SNS

Fecha de solicitud: __/__/_____ **Fecha de envío por la CCAA:** __/__/_____

Fecha de recepción para valoración: __/__/_____

Datos del Centro

Nombre: _____ Centro acreditado: SI ☐ NO ☐

Ciudad: _____ Provincia: _____

Datos del Medicamento

Nombre del principio activo:

Datos del Paciente

Número identificación anonimizado: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/_____ Sexo ☐ M ☐ F

Se adjunta informe clínico actualizado (según especificaciones anexo): SI ☐ NO ☐

Diagnóstico: LLA de células B refractaria/recaída ☐ LBDCG en recaída o refractario ☐

LBPM tras dos o más líneas de tratamiento sistémico ☐ LLA en mayores de 25 años ☐

Criterios de financiación LLA ARI-0001

Cumple los siguientes criterios de financiación (marcar la situación que corresponda con el paciente):

Paciente con Leucemia linfoblástica aguda (LLA) de células B CD19+ en recaída o refractaria tras un mínimo de dos líneas de tratamiento o en recaída post-trasplante en pacientes adultos mayores de 25 años de edad y que no dispongan de otras alternativas farmacológicas adecuadas que:

☐ Ha sufrido al menos dos recaídas

☐ O que no fuera candidatos a aloTPH

☐ O que habiéndose sometido a aloTPH hubiera recaído. No iniciar si recaída precoz (menos de 3 meses para la aféresis de células mononucleadas, o menos de 6 meses para la infusión de ARI-0001)

☐ O que fuera refractario, definido como paciente que no hubiera alcanzado RC tras dos líneas de quimioterapia estándar

☐ Las células tumorales expresan CD19

☐ Sin hepatitis B activa o latente

☐ Sin hepatitis C activa

☐ Sin VIH+

☐ No presenta enfermedad injerto contra receptor activa.

☐ Sin tratamiento previo con CAR-T

Estado funcional: _____

No iniciar si afectación franca del sistema nervioso central (SNC-3). Se puede iniciar en pacientes con un grado menor (SNC-2) o con SNC-3 que hayan respondido a quimioterapia intratecal.

Criterios de financiación LLA de tisagenlecleucel

Cumple los siguientes criterios de financiación (marcar la situación que corresponda con el paciente):

Paciente con Leucemia linfoblástica aguda (LLA) de células B refractaria, en recaída post trasplante o en segunda o posterior recaída en pacientes pediátricos y adultos jóvenes de hasta 25 años de edad con buen estado funcional y que no dispongan de otras alternativas farmacológicas adecuadas que:

☐ Ha sufrido al menos dos recaídas

☐ O que no fuera candidatos a aloTPH

☐ O que habiéndose sometido a aloTPH hubiera recaído. En este caso, infusión con tisagenlecleucel >6 meses desde aloTPH.

☐ O que fuera refractario, definido como paciente que no hubiera alcanzado RC tras el segundo ciclo de quimioterapia estándar

☐ O paciente con recaída que no alcanzó RC tras el primer ciclo de quimioterapia estándar

En los pacientes Philadelfia+ el tratamiento tiene que haber fracasado a al menos dos ITK (salvo que sean pacientes con intolerancia o contraindicación al uso de los mismos) (**<u>debe especificarse en informe clínico</u>**)

ITK_____ Presenta intolerancia ☐ Contraindicación ☐

☐ Las células tumorales expresan CD19

☐ No presenta recaída de enfermedad extramedular aislada

☐ No presenta síndromes asociados a fallos de médula ósea (se excluye Síndrome de Down)

☐ Sin hepatitis B activa o latente

☐ Sin hepatitis C activa

☐ Sin VIH+

☐ No presenta enfermedad injerto contra receptor activa.

☐ Sin tratamiento previo con CAR-T

Se carece de evidencia en pacientes con estado funcional <50% según Karnosky en mayores de 16 años o Lansky en menores de esa edad.

<u>No iniciar</u> en caso de padecer linfoma/leucemia de Burkitt u otras neoplasias; si existe afectación activa del SNC por LLA definida como SNC-3; si embarazo o en mujeres en edad fértil que no estén utilizando métodos anticonceptivos

Estado funcional: _____

Criterios de financiación LBDCG de tisagenlecleucel/axicabtagén ciloleucel

Cumple los siguientes criterios de financiación (marcar la situación que corresponda con el paciente):

Linfoma B difuso de célula grande (LBDCG) en recaída o refractario tras dos o más líneas de tratamiento sistémico en pacientes adultos con buen estado funcional y que no dispongan de otras alternativas farmacológicas adecuadas que:

Tisagenlecleucel	**Axicabtagén ciloleucel**
☐ Hubiera recaído tras al menos dos líneas de quimioterapia (incluyendo rituximab y antraciclina) ☐ O que fueran refractarios tras al menos dos líneas de quimioterapia (incluyendo rituximab y antraciclina) **y que además** ☐ O bien que no hubiera respondido al trasplante autólogo ☐ O bien no fuera candidato al trasplante autólogo	☐ Sin respuesta a dos o más líneas de tratamiento (haber recibido un anticuerpo monoclonal anti-CD20, salvo que el tumor sea CD20 negativo, y un régimen de quimioterapia con antraciclinas) ☐ O que sean refractarios al trasplante autólogo

☐ Los pacientes con LF transformado tienen que haber recibido QT previa para LF y haber recibido 2 o más líneas de terapia sistémica desde el diagnóstico de la transformación y recaer o ser refractario a la última línea de terapia sistémica tras la transformación a LBDCG

☐ El paciente tiene una reserva adecuada de médula ósea

☐ Sin hepatitis B activa o latente

☐ Sin hepatitis C activa

☐ Sin VIH+

☐ Sin tratamiento previo con CAR-T

No existe evidencia en pacientes > de 75 años, con EF (ECOG) de 2 o superior ni en pacientes que han recaído tras un trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos.

No iniciar con tisagenlecleucel o axicabtagen ciloleucel si linfoma primario del SNC; transformación de Ritcher; afectación del SNC activa conocida por el linfoma; padecer otra neoplasia activa; padecer enfermedad neurológica autoinmune activa; arritmia cardíaca sin adecuado control cardiológico; haber padecido angina inestable o IM en los 12 meses previos a la infusión; historia de enfermedad autoinmune en los 2 años previos; si autoTPH en las 6 semanas previas a la infusión; historia de trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar grave en los 6 meses previos (se valorará individualmente); si embarazo o en mujeres en edad fértil que no estén utilizando métodos anticonceptivos

No iniciar con tisagenlecleucel si linfoma primario mediastínico, LBDCG cutáneo primario, LBDCG EBV+, linfoma de Burkitt.

ECOG_____ Linfoma primario mediastínico SI ☐ NO ☐

Transformación de Richter SI ☐ NO ☐

Recaída tras aloTPH SI ☐ No se ha realizado aloTPH ☐

Recaída precoz (≤6 semanas) tras autoTPH SI ☐ NO ☐

Criterios de financiación LBPM de axicabtagén ciloleucel

Cumple los siguientes criterios de financiación (marcar la situación que corresponda con el paciente):

Linfoma B primario mediastínico de células grandes (LBPM) tras dos o más líneas de tratamiento sistémico en pacientes adultos con buen estado funcional:

☐ Sin respuesta a dos o más líneas de tratamiento (haber recibido un anticuerpo monoclonal anti-CD20, salvo que el tumor sea CD20 negativo, y un régimen de quimioterapia con antraciclinas)

☐ O que sean refractarios al trasplante autólogo

☐ Los pacientes con LF transformado tienen que haber recibido QT previa para LF y haber recibido 2 o más líneas de terapia sistémica desde el diagnóstico de la transformación y recaer o ser refractario a la última línea de terapia sistémica tras la transformación a LBDCG

☐ El paciente tiene una reserva adecuada de médula ósea

☐ Sin hepatitis B activa o latente

☐ Sin hepatitis C activa

☐ Sin VIH+

☐ Sin tratamiento previo con CAR-T

No existe evidencia en pacientes > de 75 años, con EF (ECOG) de 2*, ni en pacientes que han recaído tras un trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos.

No iniciar si linfoma primario del SNC; afectación del SNC activa conocida por el linfoma; transformación de Ritcher; padecer otra neoplasia activa; padecer enfermedad neurológica autoinmune activa; arritmia cardíaca sin adecuado control cardiológico; haber padecido angina inestable o IM en los 12 meses previos a la infusión; historia de enfermedad autoinmune en los 2 años previos; historia de trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar grave en los 6 meses previos (se valorará individualmente); si embarazo o en mujeres en edad fértil que no estén utilizando métodos anticonceptivos

ECOG_____ Transformación de Richter SI ☐ NO ☐

Recaída tras aloTPH SI ☐ No se ha realizado aloTPH ☐

Recaída precoz (≤6 semanas) tras autoTPH SI ☐ NO ☐

*Sólo se incluyeron pacientes con ECOG 0 ó 1

La enfermedad refractaria se define como enfermedad progresiva o enfermedad estable (que dura <6 meses) como mejor respuesta a la última línea de terapia, o progresión de la enfermedad dentro de los 12 meses posteriores al trasplante

Datos del médico prescriptor

Nombre: _____ Apellidos: _____
Servicio médico: _____Cargo _____

Documentación a adjuntar

Informe clínico (tratamientos anteriores utilizados y tratamientos alternativos, estado clínico del paciente, fecha para realizar leucoaféresis, centro en el que se considera administrar)

La solicitud es de urgencia vital: SI ☐ NO ☐

Observaciones:

Centros acreditados de preferencia

Especificar las preferencias en base al listado de centros acreditados del Anexo 4

Datos del profesional sanitario que tramita la solicitud

Nombre: _____ Apellidos: _____
Centro: _____ Cargo _____
Correo electrónico: _____ Teléfono_____

Decisión (a cumplimentar por la DG de Cartera Básica del SNS y Farmacia)

Fecha valoración final: ___/___/_____ Favorable: ☐ No favorable: ☐
Número identificación anonimizado paciente: _____
Motivos:_____
_____
_____
_____

El paciente es candidato a tratamiento
☐ Ensayo académico _____
☐ Ensayo comercial _____
☐ Tratamiento industrial _____
☐ Otros _____
Motivos: _____
Centros acreditados: _____

Fecha de envío a CCAA: ___/___/_____

ANEXO 2. PROTOCOLO FARMACOCLÍNICO

El informe clínico deberá contener como mínimo la indicación para la que se solicita el tratamiento, el estado clínico del paciente, los tratamientos anteriores utilizados y los tratamientos alternativos valorados así como la valoración de la no conveniencia de los mismos, según se establece en el protocolo farmacoclínico de uso del tratamiento (disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/farmacia/Terapias_Avanzadas.htm.)

Especificar tratamientos anteriores utilizados (indicando fechas de inicio y finalización):

- Líneas de tratamiento recibidas, especificando los esquemas de tratamiento utilizados y el número de ciclos utilizados
- Procedimientos de auto/alo TPH realizados
- Radioterapia
- Participación en ensayos clínicos con CART
- Haber recibido tratamiento previo con CART
- Respuesta a los distintos tratamientos (respuesta completa, parcial, …) y duración de la misma o tiempo hasta la progresión.

Estado clínico del paciente, indicando ECOG y valores de la última analítica, indicando fecha, (función hepática, renal, hemograma, linfocitos T CD3, IgG, serología hepatitis B y C, Anticuerpos VIH, LDH, β2 microglobulina -solo en el caso de linfomas-), fracción de eyección del ventrículo izquierdo, saturación de oxígeno en sangre, antecedentes de neoplasias. Comorbilidades relevantes. Se hará constar, si las hubiera, presencia de neoplasias activas, enfermedad de injerto contra el receptor, procesos infecciosos activos, síndromes asociados a fallos de médula ósea, enfermedades neurológicas autoinmunes activas, arritmias cardiacas sin adecuado control cardiológico.
Tratamientos alternativos valorados, incluido acceso a ensayos clínicos.
Contraindicaciones a los tratamientos.

ANEXO 3. ENSAYOS CLÍNICOS CON PACIENTES EN ESPAÑA

LINFOMA NO HODGKIN DE CÉLULAS B AGRESIVO

- **Código del protocolo: JCAR017-BCM-001.**Transcend World **(ENSAYO COMERCIAL)**. Identificador: 2017-000106-38 Ensayo de fase II, multicéntrico, de cohortes múltiples y de un solo brazo para evaluar la eficacia y seguridad de JCAR017 en sujetos adultos con linfoma no Hodgkin de células B agresivo. Autorizado en mayo de 2018. Centros en los que se está realizando: Hospital Universitari Val d'Hebron .Barcelona Información disponible en: https://reec.aemps.es/reec/public/detail.html

- **Código del protocolo: JCAR017-BCM-003.** Transform **(ENSAYO COMERCIAL)**. Identificador: 2018-000929-32. Estudio internacional de fase III, multicéntrico, y aleatorizado, para comparar la eficacia y seguridad de JCAR017 frente al tratamiento de referencia de pacientes adultos de alto riesgo, con linfoma no Hodgkin de células B agresivo en recaída o refractario y elegibles a trasplante (TRANSFORM). Autorizado:1/08/18. Inicio el 26/04/19. Centros en los que se está realizando: Hospital Clinic de Barcelona y Hospital Universitario 12 de octubre de Madrid. Información disponible en: https://reec.aemps.es/reec/public/detail.html

- **Código del protocolo: CCTL019H2301 (ENSAYO COMERCIAL).** Identificador: 2016-002966-29. Tisagenlecleucel frente a tratamiento estándar en pacientes adultos con linfoma no Hodgkin de células B agresivo en recaída/refractario: ensayo fase III, abierto, aleatorizado (BELINDA). Autorizado: 18/12/18. Inicio el 26/04/19. Centros en los que se está realizando: ICO Bellvitge, Hospital 12 de Octubre, Hospital Vall d'Hebron. Información disponible en: https://reec.aemps.es/reec/public/detail.html

- **Código del protocolo: GC-LTFU-001 (ENSAYO COMERCIAL).** Identificador 2017 -001465-24. Se incluirá a todos los sujetos adultos y pediátricos que hayan recibido al menos una infusión de linfocitos T modificados genéticamente en un estudio anterior de Celgene (sección 4.2 protocolo). Está previsto incluir pacientes del estudio BB2121-MM-001 (EudraCT 2017-002245-29; pacientes adultos con mieloma múltiple recidivante y resistente al tratamiento) y JCAR017-BCM-001 (EudraCT 2017-000106-38; pacientes adultos con linfoma no Hodgkin de células B agresivo. Protocolo para el seguimiento a largo plazo de pacientes tratados con linfocitos T modificados genéticamente. Autorizado: 27/02/18. Inicio 4/9/2018. Centros en los que se está realizando: Clinica Universidad de Navarra, Hospital Vall D'Hebron, ICO Germans Trias i Pujol. Información disponible en: https://reec.aemps.es/reec/public/detail.html

LINFOMA NO HODGKIN DE CÉLULAS B EN RECAIDA/REFRACTARIO

- **Código del protocolo: CCTL019C2202 (ENSAYO COMERCIAL). Identificador:** 2017-005019-15. Estudio fase II, abierto, multicéntrico, de un brazo único, para determinar la seguridad y la eficacia de tisagenlecleucel en pacientes pediátricos diagnosticados de linfoma no Hodgkin (LNH) de células B maduras en recaída/refractario (r/r) (BIANCA). Pacientes niños y adolescentes con CD19+ LNH de células B r/r. que han recaído después de una o más

terapias previas o son refractarios primarios. Autorizado:8/11/18. Iniciado: 23/01/2019. Centros en los que se está realizando: Hospital Universitario La Paz de Madrid, Hospital Vall D'Hebron, Información disponible en: https://reec.aemps.es/reec/public/detail.html

LINFOMA NO HODGKIN DE CÉLULAS T EN RECAIDA/REFRACTARIO

- **Código del protocolo: AUTO4-TL1 (ENSAYO COMERCIAL).** Identificador 2017-001965-26. Estudio de fase I/II, multicéntrico, abierto y de un solo grupo para evaluar la seguridad y la actividad clínica de AUTO4, un tratamiento de linfocitos T-CAR dirigido a TRBC1, en pacientes con linfoma no Hodgkin de linfocitos T seleccionado TRBC1 positivo recidivante o refractario. Autorizado: 4 de marzo de 2020. Centros en los que se está realizando: Hospital Vall D'Hebron, Información disponible en: https://reec.aemps.es/reec/public/detail.html

LINFOMA NO HODGKIN DE CÉLULAS B DE ESCASA MALIGNIDAD RECIDIVANTE O RESISTENTE

- **Código del protocolo: JCAR017-FOL-001 (ENSAYO COMERCIAL).** Identificador 2019-004081-18. Estudio en fase II, sin enmascaramiento, multicéntrico, de cohortes múltiples y de un solo grupo para evaluar la eficacia y la seguridad del JCAR017 en sujetos adultos con linfoma no hodgkiniano (LNH) de linfocitos B de escasa malignidad recidivante o resistente al tratamiento. Autorizado: 18 de mayo de 2020. Centros en los que se está realizando: Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Hospital Universitario Virgen del Rocio. Información disponible en: https://reec.aemps.es/reec/public/detail.html

LINFOMA FOLICULAR EN RECAÍDA/REFRACTARIO

- **Código del protocolo: CCTL019E2202 (ENSAYO COMERCIAL).** Identificador 2017-004385-94. Ensayo fase II abierto, de un único brazo, multicéntrico, para determinar la eficacia y seguridad de tisagenlecleucel (CTL019) en pacientes adultos diagnosticados de linfoma folicular en recaída/refractario (ELARA). Autorizado: 22/08/18. Centros en los que se está realizando: Hospital 12 de octubre y Hospital Virgen del Rocío. Información disponible en: https://reec.aemps.es/reec/public/detail.html

LINFOMA DIFUSO DE LINFOCITOS B GRANDES

- **Código del protocolo: KTE-C19-107 (ENSAYO COMERCIAL).** Identificador 2017-002261-22. Estudio en fase 3, aleatorizado y sin ocultación para evaluar la eficacia de axicabtagene ciloleucel en comparación con el tratamiento habitual en pacientes con linfoma difuso de linfocitos B grandes, recidivante o refractario (ZUMA-7). Autorizado en abril de 2018. **Fin de reclutamiento: 23/09/19**. Centros en los que se está realizando: Hospital Clinic de Barcelona, Instituto Catalán de Oncología-Hospital Duran i Reynals (Barcelona), Hospital Universitario La Paz de Madrid, Hospital Universitario de Salamanca. Información disponible en: https://reec.aemps.es/reec/public/detail.html

- **Código del protocolo: CRSP-ONC-001 (ENSAYO COMERCIAL).** Identificador 2018-003916-38. Estudio en fase I. Autorizado: 24 de febrero de 2021. Centros en los que se está realizando: Clínica Universidad de Navarra y Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Información disponible en: https://reec.aemps.es/reec/public/detail.html

LINFOMA DE HODGKIN CLÁSICO Y LINFOMA T CON EXPRESION CD30

- **Código del protocolo: IIBSP-CAR-2019-30 (ENSAYO ACADÉMICO).** Identificador 2019-001263-70. Inmunoterapia con linfocitos T diferenciados, adultos, autólogos, de sangre periférica, expandidos y transducidos (modificados genéticamente) mediante un vector lentiviral para que expresen un receptor quimérico con especificidad anti-CD30 asociado a secuencias coestimuladoras 4-1-BB y CD3z en pacientes con linfoma de Hodgkin clásico y linfoma no-hodgkin T con expresión CD30. Autorizado: 3 de marzo de 2020. Centros en los que se está realizando: Hospital de la Santa Creu y Sant Pau. Información disponible en: https://reec.aemps.es/reec/public/detail.html

LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA DE CELULAS B Y LINFOMA NO HODGKIN DE CÉLULAS B

- **Código del protocolo: JCAR017-BCM-004 (ENSAYO COMERCIAL).** Identificador 2018-001246-34. Estudio de fase Ib/II, multicéntrico, abierto, de un solo brazo y con varias cohortes para evaluar la seguridad y la eficacia de JCAR017 en pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda de células B (LLA-B) y linfoma no Hodgkin de células B (LNH-B), recidivante/resistente (r/r). Autorizado en agosto de 2018. Centros en los que se está realizando: Hospital San Joan de Deu de Barcelona y Hospital Universitario Niño Jesús de Madrid. Información disponible en: https://reec.aemps.es/reec/public/detail.html

LEUCEMIA O LINFOMA CD19+ RESISTENTE O REFRACTARIA A TRATAMIENTO

- **Código del protocolo: CART19-BE-01 (ENSAYO ACADÉMICO).** Identificador: 2016-002972-29. Estudio piloto de la infusión de linfocitos T diferenciados autólogos de sangre periférica expandidos y transducidos con un lentivirus para expresar un receptor antigénico quimérico con especificidad anti-CD19 (A3B1) conjugado con las regiones coestimuladoras 4-1BB y CD3z (células ARI-0001) en pacientes con leucemia o linfoma CD19+ resistente o refractaria a tratamiento. Centros en los que se está realizando: Hospital Clínic Barcelona/ Hospital San Joan de Déu/IDIBAPS. **Fin de reclutamiento: 01/07/2019**. Información disponible en: https://reec.aemps.es/reec/public/detail.html

- **Código del protocolo: CART19-BE-02 (ENSAYO ACADÉMICO).** Identificador: 2019-003038-17. Estudio fase 2 de la infusión de linfocitos T diferenciados autólogos de sangre periférica expandidos y transducidos con un lentivirus para expresar un receptor antigénico quimérico con especificidad anti-CD19 (A3B1) conjugado con las regiones coestimuladoras 4-1BB y CD3z (células ARI-0001) en pacientes con leucemia linfoblástica aguda CD19+ resistente o refractaria a tratamiento. Autorizado: 18 de septiembre de 2020. Centros en los que se está realizando: Hospital Clinic Barcelona, Clinica

Universidad de Navarra, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Hospital Gregorio Marañón, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol de Badalona, Hospital Universitario y Politécnico la Fe, Hospital Universitario 12 de octubre. Información disponible en: https://reec.aemps.es/reec/public/detail.html

LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA DE CÉLULAS B RECURRENTE/REFRACTARIA

- **Código del protocolo: AUTO1-AL1 (ENSAYO COMERCIAL).** Identificador 2019-001937-16. Estudio en fase Ib/II, multicéntrico y sin enmascaramiento para evaluar la seguridad y eficacia de AUTO1, un tratamiento con linfocitos T CAR dirigido a CD19, en pacientes adultos con leucemia linfoblástica aguda de linfocitos B recidivante o refractaria. Autorizado el 27 de noviembre de 2020. Centros en los que se está realizando: Hospital Vall D'Hebron. Información disponible en: https://reec.aemps.es/reec/public/detail.html

LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA B (LLAB) DE ALTO RIESGO

- **Código del protocolo: CCTL019G2201J (ENSAYO COMERCIAL).** Identificador 2017-002116-14. Ensayo fase II de tisagenlecleucel en primera línea en pacientes pediátricos y adultos jóvenes diagnosticados de leucemia linfoblástica aguda B (LLAB) de alto riesgo (AR) con enfermedad mínima residual positiva al final del tratamiento de consolidación (tras ciclo IB del protocolo SEHOP-PETHEMA 2013). La población diana consiste en pacientes pediátricos y adultos jóvenes con edades de 1 a 25 años diagnosticados de LLA-B de novo de AR según el Instituto Nacional de Cáncer (INC), que presenten RC1 después del tratamiento de primera línea y enfermedad mínima residual 0.01% al final del tratamiento de consolidación (tras ciclo IB) con evaluación del laboratorio central. Autorizado:13/12/18. Iniciado el 4 de abril de 2019. Centros en los que se está realizando: Hospital San Joan de Déu. Información disponible en: https://reec.aemps.es/reec/public/detail.html

LEUCEMIA LINFOCITICA CRÓNICA RECIDIVANTE O RESISTENTE

- **Código del protocolo: KTE-C19-108 (ENSAYO COMERCIAL).** Identificador 2018-001923-38. Estudio multicéntrico de fase 1/2 para evaluar la seguridad y la eficacia de KTE-C19 en sujetos adultos con leucemia linfocítica crónica en recaída o refractaria. Autorizado:8/02/19. **Interrumpido: 09/01/2020.** Centros en los que se está realizando: Hospital Clinic de Barcelona. Información disponible en: https://reec.aemps.es/reec/public/detail.html

LEUCEMIA LINFOCITICA CRÓNICA/LINFOMA LINFOCITICO DE CÉLULAS PEQUEÑAS Y LINFOMA DIFUSO DE CELULAS B GRANDES

- **Código del protocolo: CYTB323A12101 (ENSAYO COMERCIAL).** Identificador 2018-004336-30. Estudio fase I, abierto, multicéntrico, de escalado de dosis. Autorizado: 20 de enero de 2020. Centros en los que se

está realizando: Hospital de la Santa Creu y Sant Pau (Barcelona). Información disponible en: https://reec.aemps.es/reec/public/detail.html

MIELOMA MULTIPLE EN RECAIDA Y REFRACTARIO

- **Código del protocolo: 68284528MMY2003 (ENSAYO COMERCIAL).** Identificador 2018-004124-10. Estudio de fase 2 de múltiples cohortes, abierto, de JNJ-68284528, una terapia de linfocitos T con receptor de antígeno quimérico (T-CAR) dirigidos frente a BCMA en sujetos con mieloma múltiple. Autorizado: 5 de febrero de 2020. Centros en los que se está realizando: Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Clínica Universidad de Navarra. Información disponible en: https://reec.aemps.es/reec/public/detail.html

- **Código del protocolo: 68284528MMY3002 (ENSAYO COMERCIAL).** Identificador 2019-001413-16. Estudio aleatorizado en fase III que compara JNJ-68284528, una terapia de linfocitos T con receptor quimérico para el antígeno (T-CAR) dirigida contra el antígeno de maduración de los linfocitos B (BCMA), frente a pomalidomida, bortezomib y dexametasona (PVd) o daratumumab, pomalidomida y dexametasona (DPd) en sujetos con mieloma múltiple en recidiva y refractario a lenalidomida. Autorizado: 24 de enero de 2020. Centros en los que se está realizando: Hospital Clinic de Barcelona, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Clínica Universidad de Navarra, Hospital 12 de Octubre de Madrid, Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona. Información disponible en: https://reec.aemps.es/reec/public/detail.html

- **Código del protocolo: CARTBCMA-HCB-01 (ENSAYO ACADÉMICO).** Identificador: 2019-001472-11. Estudio piloto de la infusión de linfocitos T autólogos diferenciados de sangre periférica expandidos y transducidos con un lentivirus para expresar un receptor antigénico quimérico con especificidad anti-BCMA (TNFRSF17) humanizado y conjugado con la región coestimuladora 4-1BB y de transmisión de señal CD3 (ARI0002h) en pacientes con mieloma múltiple recaído o refractario con tratamiento previo con inhibidor de proteasoma, inmunomodulador y anticuerpo anti-CD38. Autorizado: 14 de enero de 2020. Centros en los que se está realizando: Hospital Clinic de Barcelona, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Clínica Universidad de Navarra, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Hospital Universitario Virgen del Rocío. Información disponible en: https://reec.aemps.es/reec/public/detail.html

- **Código del protocolo: CRSP-ONC-002 (ENSAYO COMERCIAL).** Identificador 2019-002948-24. Ensayo fase I. Autorizado: 3 de marzo de 2020. Centros en los que se está realizando: Clínica Universidad de Navarra. Información disponible en: https://reec.aemps.es/reec/public/detail.html

- **Código del protocolo: bb2121-MM-007 (ENSAYO COMERCIAL).** Identificador 2020-003248-10. Ensayo Fase 1/2, exploratorio, para determinar la Dosis Recomendada para la Fase 2 (DRF2), seguridad y eficacia preliminar de combinaciones con BB2121 (Ide-cel) en sujetos con Mieloma Múltiple en recaída o refractario. Autorizado: 9 de febrero de 2021. Centros en los que se está realizando: Clínica Universidad de Navarra y Complejo Asistencial

Universitario de Salamanca. Información disponible en: https://reec.aemps.es/reec/public/detail.html

MIELOMA MULTIPLE

- **Código del protocolo: CARAMBA-1 (ENSAYO COMERCIAL).** Identificador 2019-001264-30. Ensayo clínico fase I/IIa para evaluar la viabilidad, la seguridad y la actividad antitumoral de linfocitos autólogos CAR-T SLAMF7 en mieloma múltiple. Autorizado: 3 de julio de 2020. Centros en los que se está realizando: Clínica Universidad de Navarra. Información disponible en: https://reec.aemps.es/reec/public/detail.html

Cumplimentado con la información que se remita por la AEMPS *(se actualizará periódicamente en base al nº de registro EUDRA-CT y con la información disponible en el Registro Español de Estudios Clínicos –REEC, actualizado a 20/03/2021).*

ANEXO 4. CENTROS ACREDITADOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE CAR-T EN EL SNS (información de 13 de abril de 2021)

1. **Centros designados para el tratamiento de LBDCG y LLA-B en adultos en el SNS:**
    a. Hospital Clinic de Barcelona (actualmente cualificado para utilizar axicabtagén ciloleucel y tisagenlecleucel. Ensayo clínico académico).
    b. Hospital Universitario Gregorio Marañón (actualmente cualificado para utilizar axicabtagén ciloleucel y para tisagenlecleucel).
    c. Hospital Vall d'Hebron (actualmente cualificado para utilizar tisagenlecleucel y axicabtagén ciloleucel).
    d. Hospital Universitari i Polit'ecnic La Fe (cualificado para utilizar axicabtagén ciloleucel y tisagenlecleucel).
    e. Complejo Asistencial de Salamanca (cualificado para utilizar axicabtagén ciloleucel y tisagenlecleucel).
    f. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla (cualificado para utilizar tisagenlecleucel y axicabtagén ciloleucel)
    g. Hospital Clínico Universitario de Valencia (cualificado para utilizar axicabtagén ciloleucel y tisagenlecleucel).
    h. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (cualificado para utilizar tisagenlecleucel y axicabtagén ciloleucel).

Se han designado dos centros adicionales que únicamente utilizarán los medicamentos CAR-T en el caso de que la actividad sobrepase a los centros que están designados: ICO Hospital Duran i Reynals e ICO Hospital Germans Trias i Pujol (ambos cualificados para tisagenlecleucel).

Con carácter excepcional se ha designado como centro perteneciente a la red de centros para el uso de los medicamentos CAR-T en adultos al Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (cualificado para utilizar axicabtagén ciloleucel).

2. **Centros designados para el tratamiento de LLA-B en niños en el SNS:**
    a. Hospital del Niño Jesús (cualificado para utilizar tisagenlecleucel)
    b. Hospital Sant Joan de Déu (cualificado para utilizar tisagenlecleucel)
    c. Hospital Vall d'Hebrón (cualificado para utilizar tisegenlecleucel)

El Hospital Universitario La Paz ha sido designado como centro adicional en pediatría en el caso de que la actividad sobrepase a los centros designados (cualificado para tisagenlecleucel y para axicabtagén ciloleucel).

El Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, cumple los criterios de ser designado como centro CAR-T en adultos y los criterios obligatorios para tratamientos pediátricos.

Con carácter excepcional se ha designado como centro perteneciente a la red de centros para el uso de los medicamentos CAR-T en adultos al Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

3. **Centros designados para el tratamiento de LLA-B en niños en el SNS:**
    a. Hospital del Niño Jesús (en proceso de cualificación para tisagenlecleucel)
    b. Hospital Sant Joan de Déu (cualificado para utilizar tisagenlecleucel)
    c. Hospital Vall d'Hebrón (cualificado para tisegenlecleucel)

El Hospital Universitario La Paz ha sido designado como centro adicional en pediatría en el caso de que la actividad sobrepase a los centros designados (cualificado para tisagenlecleucel y para axicabtagén ciloleucel).

El Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, cumple los criterios de ser designado como centro CAR-T en adultos y los criterios obligatorios para tratamientos pediátricos.

ANEXO 5. VALORACIÓN POR CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO DE EXPERTOS

Fecha de recepción para valoración: __/__/_____

Nombre del profesional que realiza la valoración: _____

Número identificación anonimizado paciente: _ _____

Valoración

Fecha valoración: __/__/_____ Favorable: ☐ No favorable: ☐

Motivos:_____
_____
_____
_____

El paciente es candidato a tratamiento

☐ Ensayo académico _____

☐ Ensayo comercial _____

☐ Tratamiento industrial _____

☐ Otros _____

Motivos: _____

Centros acreditados: _____

Firma profesional que realiza valoración:

Fecha de envío de la valoración: __/__/_____

ANEXO 50

ACUERDO DE LA COMISIÓN DE PRESTACIONES, ASEGURAMIENTO Y FINANCIACIÓN PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CARTERA COMÚN DE SERVICIOS DE SALUD BUCODENTAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ACUERDO DE LA COMISIÓN DE PRESTACIONES, ASEGURAMIENTO Y FINANCIACIÓN PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CARTERA COMÚN DE SERVICIOS DE SALUD BUCODENTAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Pleno celebrado el 11 de noviembre de 2021

1. INTRODUCCIÓN

Tal y como indica la **Organización Mundial de la Salud**[1] (OMS), más de 3.500 millones de personas padecen enfermedades bucodentales. La caries dental no tratada en los dientes permanentes es la más común. La enfermedad periodontal grave afecta a casi el 10% de la población mundial y más de 530 millones de niños padecen caries en los dientes temporales. Las enfermedades bucodentales afectan de manera desproporcionada a las poblaciones pobres y socialmente desfavorecidas. La mayoría de las enfermedades bucodentales se han relacionado con otras enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer, la neumonía, la obesidad y el parto prematuro. No obstante, la mayoría de las afecciones de salud bucal se pueden prevenir en gran medida y se pueden tratar en sus primeras etapas, pero el tratamiento a menudo no es asequible para la población, ya que generalmente no forma parte de los paquetes de cobertura universal en los sistemas sanitarios del mundo.

Este gran problema fue preocupación y ocupación de los países del mundo en la 74º Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo-junio de 2021. De tal forma que los Estados Miembros aprobaron la **Resolución sobre salud bucal** (WHA 74.5[2]), teniendo presente la **Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible**, en particular el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades), y reconociendo los importantes puntos de confluencia entre la salud bucodental y otros Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular el Objetivo 1 (Poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo), el Objetivo 2 (Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible), el Objetivo 4 (Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos) y el Objetivo 12 (Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles).

La Resolución insta a los Estados Miembros a abordar los factores de riesgo clave de las enfermedades bucodentales compartidas con otras enfermedades no transmisibles, como la ingesta elevada de azúcares libres, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol, y a mejorar las capacidades de los profesionales de la salud bucodental. También recomienda un cambio del enfoque curativo tradicional hacia un enfoque preventivo que incluya la promoción de la salud bucal en la familia, las escuelas y los lugares de trabajo, e incluya una atención oportuna, integral e inclusiva dentro del sistema de atención primaria de salud. Durante el debate, surgió un acuerdo claro de que la salud bucodental debe integrarse firmemente en la agenda de las enfermedades no transmisibles y que las

[1] https://www.who.int/news/item/27-05-2021-world-health-assembly-resolution-paves-the-way-for-better-oral-health-care
[2] https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R5-sp.pdf

intervenciones de atención de la salud bucodental deben incluirse en los programas de cobertura universal de salud.

En España, las prestaciones de atención de salud bucodental incluidas en la cartera común de servicios del SNS se establecen en el anexo II del *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*, en concreto en su apartado 9.

La ampliación de la cartera de servicios de atención de la salud bucodental ya ha sido un tema de preocupación y consenso en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Así pues, en el **Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria**, aprobado en abril de 2019 por el Consejo Interterritorial del SNS, se contempla como acción (A.4.5), a acometer a corto plazo, la actualización de la cartera común de servicios en salud bucodental.

Este objetivo es uno de los contemplados en el **Programa de Gobierno** de España, donde se incluye, en el apartado de sanidad, la elaboración de un plan de salud bucodental que establezca las prestaciones a cargo del SNS, indicándose que en su apartado 2.2.2 que se *introducirá progresivamente la Atención a la Salud Bucodental de la población en cartera de servicios del SNS*.

Es relevante destacar que en España, la población no dispone de todas las prestaciones necesarias incluidas en el sistema sanitario público y en las que sí lo están, se enfrenta a inequidades en su acceso según el lugar donde residan, dado que como las prestaciones actuales contenidas en la cartera común de servicios son mínimas y básicas [3], las comunidades autónomas han ido "ampliándolas" mediante la cartera complementaria [4].
En un reciente informe publicado por la Oficina de Barcelona de la OMS para la financiación de los Sistemas de Salud, que forma parte de la división de políticas y sistemas de salud de los países de la Oficina Regional de la OMS para Europa denominado "¿Se puede permitir la gente pagar por la atención sanitaria?"[5] se concluye, entre otros, que las causas principales del gasto catastrófico son la atención dental y los productos sanitarios en todos los quintiles de consumo, principalmente porque la atención dental y óptica están excluidas en gran medida de la cobertura del SNS. Asimismo se pone de manifiesto que para reducir las necesidades insatisfechas y las dificultades financieras, las políticas deben centrarse en ampliar la cobertura del SNS para la atención dental y la atención óptica, así como seguir mejorando las modalidades de copago para reforzar la protección de los hogares más pobres en todos los grupos de edad.

Para el impulso de esta homogeneización y ampliación, el Ministerio de Sanidad ha incluido, como medida transformadora del Sistema Nacional de Salud, la ampliación de la cartera común de servicios de atención bucodental en el componente 18 del **Plan de**

[3] La atención a la salud bucodental en la actualidad viene recogida en el punto 9 del Anexo II (Cartera de servicios comunes de atención primaria) del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
[4] Artículo 8 quinquies de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.
[5] Urbanos-Garrido R, Peña-Longobardo LM, Comendeiro-Maaløe M, Oliva J, Ridao López M, Bernal-Delgado E (2021). ¿Se puede permitir la gente pagar por la atención sanitaria? Nueva evidencia sobre la protección financiera en España. Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa

Recuperación, Transformación y Resiliencia, formando parte de la reforma 3 "Consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad del SNS" de dicho componente. La dotación presupuestaria considerada en el ejercicio 2021 fue incluida en el Plan de Inversiones y Reformas para la recuperación económica con cargo a la "Ayuda a la Recuperación para la Cohesión y los Territorios de Europa (REACT-EU)". Por ello, en la Ley de Presupuestos Generales del Estado de 2021 se aprobaron 48,7 millones de euros para ampliar y homogeneizar los servicios de atención bucodental en la cartera común de servicios del SNS. Sin embargo, a lo largo del ejercicio 2021, de forma sobrevenida, ese crédito presupuestario fue derivado a otros fines necesarios, las vacunas de COVID-19.

Así pues, en el proyecto de la **Ley de Presupuestos Generales del Estado de 2022**, el Ministerio de Sanidad propuso, de nuevo, la necesaria disposición de un fondo finalista para la ampliación de esta cartera, esta vez en el marco de los presupuestos nacionales. Este ha sido dotado con un importe de 44.058.000 euros. Este fondo se concibe como una transferencia a las comunidades autónomas para poder impulsar, de forma finalista, la ampliación de la cartera común de servicios de atención de salud bucodental.

2. OBJETIVO

El objetivo que se pretende alcanzar es doble:

1. **Homogeneizar** las prestaciones de atención de salud bucodental en el territorio nacional, garantizando la **equidad** en su acceso independientemente del lugar de residencia,

2. **Incrementar** los servicios comunes que hasta ahora no se prestaban por la sanidad pública, con un enfoque fundamentalmente preventivo y **priorizando** a los siguientes colectivos donde la inversión en salud es manifiesta: infanto-juvenil, embarazadas, personas con discapacidad y personas con cáncer, en concreto aquellas personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial.

3. METODOLOGÍA

Desde la aprobación de la Ley de Presupuestos Generales de 2021 este Departamento ha trabajado conjuntamente con las comunidades autónomas en el desarrollo de este proyecto, bajo una visión compartida y con objeto de alcanzar los objetivos comunes.

Por ello, en enero del 2021 ya se formó un grupo de trabajo multidisciplinar dependiente de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, liderado por la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia, para elaborar una propuesta de ampliación de cartera en el que participan, además de todas las comunidades autónomas, las sociedades científicas implicadas (Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO), de la Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP), el

Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España y representantes de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad.

Así pues, la metodología definida consta de las siguientes etapas:

1. Diagnóstico de situación sobre la atención de salud bucodental en España
2. Análisis del gasto sanitario en salud bucodental en España
3. Análisis de entorno
4. Diseño, desarrollo y consenso de una propuesta de ampliación de la cartera en el seno del grupo de trabajo multidisciplonar
5. Valoración económica e impacto presupuestario estimado
6. Presentación de la propuesta en el pleno de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación (CPAF) del CISNS para acuerdo
7. Presentación del acuerdo de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación en el CISNS para aprobación.

La propuesta de ampliación acordada en el seno del grupo de trabajo multidisciplinar fue presentada en el pleno de la CPAF celebrada el día 21 de octubre de 2021 y en esta se acordó, tras una reflexión conjunta y la escucha activa por parte de todos los miembros de las posiciones que cada comunidad autónoma expresaba, que el Ministerio de Sanidad realizaría una nueva propuesta para llegar a un acuerdo en la próxima reunión de la CPAF. La propuesta se presentó e en el pleno celebrado el día 11 de noviembre de 2021, alcanzándose el acuerdo que se detalla en el siguiente punto.

4. ACUERDO DE LA LA COMISIÓN DE PRESTACIONES, ASEGURAMIENTO Y FINANCIACIÓN

Este acuerdo se realiza atendiendo a los principios de equidad, universalidad, cohesión y sostenibilidad del sistema sanitario público, ~~y~~ entendiendo que la ampliación debe ser progresiva, priorizando a los colectivos más vulnerables y cuya inversión va a tener resultados en salud a más largo plazo.

Así pues, el acuerdo al que se llega establece como colectivos prioritarios, ordenados según prioridad, los siguientes

- Infantojuvenil: diferenciando dos grupos, uno de 0-5 y otro de 6-14 años.
- Embarazadas.
- Personas con discapacidad.
- Personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial.

El colectivo de personas mayores y el colectivo de personas sometidas a tratamiento quimioterápico por tumores de otra región del organismo se consideran prioritarios, pero difícilmente abordables en la actualidad en el marco de la cartera común de servicios del SNS. Se enmarca como un objetivo a más largo plazo.

Adicionalmente se acuerda la necesidad de concreción de los siguientes términos, que se trasladará para que se realice una propuesta al grupo de trabajo de salud bucodental dependiente de la CPAF. En concreto:

- Grado de discapacidad
- Alteraciones conductuales severas objetivables
- Discapacidad limitante de la movilidad de los MMSS

Será en el texto del proyecto de la Orden ministerial que actualizará la cartera común de servicios donde se establecerá que la interpretación de estos términos será mediante protocolo consensuado en la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación. El grado de discapacidad, una vez consensuado, se incluirá en el texto de la Orden.

Por otra parte, se establece el siguiente cronograma para su implementación efectiva, siendo conscientes que hay CCAA que ya prestan la mayor parte de los servicios que se incluyen y otras cuya cobertura actual es menor. De cualquier forma, se consideran plazos máximos.

- Implementación antes del 31 de diciembre de 2022:
    - Infanto-juvenil: de 6-14 años.
    - Embarazadas.
- Implementación antes del 30 de junio del 2023
    - Personas con discapacidad
- Implementación antes del 31 de diciembre del 2023
    - Infanto-juvenil: de 0-5 años, abordándolo de forma progresiva según la planificación y la organización asistencial establecida por las comunidades autónomas.
    - Personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial.

El texto definitivo de cartera de servicios comunes de salud bucodental en el SNS, después del acuerdo alcanzado en el seno de la CPAF de 11 de noviembre de 2021, es el siguiente

ANEXO II. CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DE ATENCIÓN PRIMARIA
APARTADO 9. ATENCIÓN DE SALUD BUCODENTAL

"La atención a la salud bucodental comprende el conjunto de actividades diagnósticas, terapéuticas y de prevención de la enfermedad, así como aquellas de promoción y de educación para la salud, dirigidas a la mejora de la salud bucodental de la población.
Los equipos o unidades de salud bucodental estarán formados por dentistas, técnicas/os superiores en higiene bucodental y/o técnicas/os auxiliares en cuidados de enfermería que desarrollarán sus actuaciones de acuerdo a las competencias profesionales reguladas en la normativa vigente.
Estos equipos actuarán de manera coordinada y protocolizada con los/las profesionales del SNS de acuerdo con la organización de cada servicio de salud, y además desarrollarán, junto con otros recursos y apoyos, acciones comunitarias para la salud.

La atención a la salud bucodental en atención primaria tiene el siguiente contenido:

1. *A toda la población se le ofrecerán las siguientes actuaciones:*
    a) *Información y difusión, con perspectiva de curso de vida, sobre las medidas básicas higiénicas y dietéticas necesarias para alcanzar y mantener la salud oral, junto con instrucciones y recomendaciones sanitarias individualizadas.*
    b) *Consejo odontológico.*
    c) *Tratamiento de procesos agudos odontológicos, entendiendo por tales los procesos infecciosos y/o inflamatorios que afectan al área bucodental, traumatismos oseodentarios, heridas y lesiones en la mucosa oral, así como la patología aguda de la articulación témporo-mandibular.*
    d) *Tratamiento farmacológico de la patología bucal que lo requiera.*
    e) *Exodoncias, exodoncias quirúrgicas y cirugía menor de la cavidad oral.*
    f) *Detección precoz de lesiones premalignas y, en su caso, biopsia de lesiones mucosas.*
    g) *Educación sanitaria para la autoexploración de la cavidad oral en la búsqueda de lesiones de sospecha de malignidad.*
2. *Adicionalmente, a la población infantil y juvenil desde el nacimiento hasta los 14 años, inclusive, se le facilitarán, cuando estén indicadas, las siguientes actuaciones:*
    a) *Revisión periódica del estado de salud oral, que incluirá exploración radiográfica cuando esté indicada.*
    b) *Determinación del riesgo individual de caries, especialmente en los dos primeros años de vida, para establecer la periodicidad de las revisiones y las medidas preventivas orientadas a reducir ese riesgo.*
    c) *Tanto en dentición temporal como definitiva:*
        - *Aplicación de sustancias remineralizantes, antisépticas y/o desensibilizantes.*
        - *Sellados de fosas y fisuras.*
        - *Tartrectomía.*
    d) *En la dentición temporal, se aplicarán actuaciones de mínima intervención y medidas tendentes a frenar el proceso de lesión por caries.*
    e) *Para toda la dentición definitiva se incluyen obturaciones en lesiones que no asocien daño pulpar irreversible producidas por caries, traumatismo o por cualquier enfermedad que afecte a la estructura del diente.*
    f) *En el caso de lesiones por traumatismo en el grupo incisivo y canino definitivos, se incluyen también:*
        - *Reubicación y estabilización de los dientes afectados del grupo anterior.*
        - *Ferulización del grupo anterior y sutura de tejidos blandos, si es necesario.*
        - *Tratamientos pulpares, si es necesario.*
3. *Adicionalmente, a las mujeres embarazadas se les ofrecerán las siguientes actuaciones:*
    a) *Consejos para preservar la salud oral del futuro bebé.*
    b) *Exploración clínica para determinar su estado de salud oral y su riesgo tanto de caries como de enfermedad periodontal.*
    c) *Cuando esté indicado, tartrectomía y aplicación de sustancias remineralizantes, antisépticas y/o desensibilizantes.*

Las embarazadas realizarán al menos una visita odontológica, preferentemente durante el primer trimestre del embarazo, pudiendo ser derivadas a los equipos o unidades de salud bucodental por el personal sanitario o a demanda de la usuaria.

4. *Adicionalmente, a las personas mayores de 14 años con discapacidad intelectual o con una discapacidad limitante de la movilidad de los miembros superiores, que impidan el correcto autocuidado necesario para alcanzar y mantener una adecuada salud bucodental, se les facilitará, cuando esté indicado por el riesgo que pueda comportar para el desarrollo de enfermedades bucodentales, los tratamientos de odontología conservadora que contempla esta cartera en el apartado 2, al igual que para el conjunto de las demás actuaciones, en el medio más adecuado a sus características individuales.*
5. *En el caso de personas que presenten alteraciones conductuales severas objetivables y que no sean capaces de mantener el necesario autocontrol que permita una adecuada atención a su salud bucodental, se garantizará las prestaciones de los servicios, según el grupo al que pertenezca, mediante el correspondiente tratamiento sedativo o de anestesia general, de acuerdo con los protocolos que se establezcan con los equipos de atención hospitalaria.*
6. *Adicionalmente, a las personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial, se les ofrecerán las siguientes actuaciones:*
    a) *Exploración clínica para determinar su estado de salud oral y las necesidades preventivas y terapéuticas que puedan ser necesarias para la prevención de lesiones orales derivadas del tratamiento.*
    b) *Cuando esté indicado, aplicación de sustancias remineralizantes, antisépticas y/o desensibilizantes, previa tartrectomía si fuera necesario para que el tratamiento anterior sea efectivo.*
7. *Se consideran excluidos de la atención a la salud bucodental los siguientes tratamientos:*
        a) *Obturaciones definitivas y tratamientos pulpares en la dentición temporal.*
        b) *Tratamientos pulpares en la dentición definitiva, excepto lo señalado en el punto 2 f).*
        c) *Tratamientos ortodóncicos.*
        d) *Exodoncias de dientes sanos por indicación exclusivamente ortodóncica.*
        e) *Tratamientos con finalidad exclusivamente estética.*
        f) *Implantes dentarios y prótesis dentales, salvo los incluidos en la cartera de servicios comunes de prestación ortoprotésica.*
        g) *Realización de pruebas complementarias para fines distintos de las prestaciones contempladas como financiables por el Sistema Nacional de Salud en esta norma."*

Disposición adicional

Las prestaciones establecidas se prestarán de forma efectiva por los servicios de salud de las comunidades autónomas, y en su caso por las respectivas mutualidades de funcionarios, según el siguiente calendario:

- *Las recogidas en el apartado 2*
    - *Antes del 31 de diciembre de 2022: Infanto-juvenil: de 6-14 años, ambos inclusive.*

        - *Antes del 31 de diciembre del 2023: Infanto-juvenil: de 0 a 5 años, ambos inclusive.*
    - *Las recogidas en el apartado 3: antes del 31 de diciembre de 2022*
    - *Las recogidas en el apartado 4: antes del 30 de junio de 2023.*
    - *Las recogidas en el apartado 6: antes del 31 de diciembre del 2023*"

Como información adicional, y en relación a la **distribución de fondos** se plantea, siguiendo la fórmula empleada para otros fondos, lo siguiente:

- El plazo temporal máximo para la ejecución de los proyectos/programas a emprender será, como máximo, de 3 años, a partir del ejercicio siguiente de la transferencia efectiva.
- Podrán destinarse a gastos necesarios para implementar la ampliación acordada, incluyendo gastos de personal e inversiones.
- A efectos de seguimiento conjunto se establece lo siguiente:
    - Antes del 30 de junio del ejercicio siguiente de la transferencia efectiva, las Comunidades Autónomas remitirán a la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia del Ministerio de Sanidad la información sobre la planificación de ejecución del programa, con las propuestas de proyectos a financiar y los resultados esperados.
    - Antes del 31 de marzo de cada año, hasta el último año de ejecución, las Comunidades Autónomas remitirán a la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia información sobre el nivel de ejecución anual.
    - Por último, antes del 31 de marzo del año posterior a la ejecución final del fondo, las Comunidades Autónomas remitirán a la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia del Ministerio de Sanidad, la información sobre el estado de ejecución del programa indicando las cuantías totales de compromiso de créditos, obligaciones reconocidas y pagos realizados en el ejercicio, detallado por cada una de las aplicaciones presupuestarias del presupuesto de gastos del Estado desde las que se realizaron las transferencias de crédito. Además, se acompañará una memoria sobre la actividad desarrollada. Las memorias y justificación de estos fondos deberán hacer referencia a todas y cada una de las acciones recogidas en los siguientes programas, con expresión completa de los objetivos alcanzados.

ANEXO 51

PLAN DE ACCION DE ATENCIÓN PRIMARIA 2022-2023. MARCO ESTRATÉGICO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA

Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria

2022-2023

Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Introducción	p.4
Metodología	p.9
Listado de acciones y su relación con el MAPyC	p.12
Contenido del Plan:	p.18

1. Financiación P.19

Objetivo 1: Dotar de la financiación finalista necesaria para la implementación efectiva del presente Plan

2. Recursos Humanos p.21

Objetivo 2: Incrementar el número de profesionales, garantizar su disponibilidad y mejorar las condiciones laborales de manera que se posibilite la accesibilidad, la longitudinalidad, estabilidad, atracción del talento y en consecuencia se reduzca la temporalidad por debajo del 8%

3. Capacidad de Resolución p.26

Objetivo 3: Aumentar la capacidad de resolución

4. Digitalización p.28

Objetivo 4: Impulsar los sistemas de información y digitalización

5. Equipo de Atención Primaria p.32

Objetivo 5: Consolidar el rol de la Enfermera Familiar y Comunitaria en Atención Primaria

Objetivo 6: Reorganizar los Equipos de Atención Primaria y los roles de cada perfil profesional

6. Cartera de Servicios p.34

Objetivo 7: Actualizar la Cartera de Servicios de Atención Primaria y ejecutar los cambios normativos

7. Calidad Asistencial p.36

Objetivo 8: Fomentar la Calidad Asistencial y la práctica basada en la evidencia científica.

8. Orientación a la Comunidad p.38

Objetivo 9: Reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y prevención en Atención Primaria de Salud

9. Empodera-AP p.42

Objetivo 10: Reforzar el liderazgo de la Atención Primaria como eje vertebrador del SNS, poniendo en valor y difundiendo su impacto en resultados en salud y equidad.

10. Gobernanza en AP p.44

Objetivo 11: Reforzar la gobernanza y el modelo de dirección y liderazgo en Atención Primaria

11. Accesibilidad y Gestión de la Demanda p.46

Objetivo 12: Mejorar la accesibilidad y gestionar la demanda asistencial con nuevos modelos organizativos

12. I+D+I p.49

Objetivo 13: Potenciar la investigación en el ámbito de Atención Primaria así como la transferencia de sus resultados

Presupuesto p.53

Cronograma p.57

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria servicio fundamental del estado de bienestar.

La Atención Primaria de Salud (AP) es un pilar fundamental para lograr el derecho a la protección de la salud de la población y es clave para el estado de bienestar, así como para garantizar una atención integral y equitativa. La AP posibilita un SNS salutogénico, que no sólo atienda a la enfermedad, sino que facilite ganar salud poblacional.

- La AP es el eje vertebrador del Sistema Nacional de Salud (SNS) en España. Toda la asistencia se articula alrededor de la AP a través de sus 13.000 centros de salud, que atienden 364 millones de visitas y 29 millones de urgencias.
- Es una recomendación reiterada de los organismos internacionales el contar con sistemas de salud basados en una AP de calidad y universal ya que está demostrada la asociación entre la fortaleza de la AP y la mejora de los resultados en salud y equidad.
- El modelo de AP en España permite atender a las personas, familias y comunidades de manera integral, cercana y continuada a lo largo del tiempo, llegando a toda la población, independientemente de su nivel socioeconómico, por lo que es fundamental para la equidad en salud.
- Esto posibilita una mayor efectividad y eficiencia para cuidar de la salud de la población, lo que resulta imprescindible en un contexto como el español de alta carga de enfermedad asociada a envejecimiento, enfermedades crónicas, dependencia y desigualdad social.
- Una AP que posibilite la atención sanitaria accesible y con capacidad de resolución, así como las actividades de promoción de la salud, prevención, rehabilitación y cuidados en salud es imprescindible para hacer frente a cualquier situación de crisis (pandemia de COVID-19 u otras emergencias futuras)
- Durante años, la AP ha contado con un alto nivel de satisfacción por parte de la población (puntuación de 7,3 sobre 10 frente al 6,6 del conjunto del sistema sanitario, según el Barómetro Sanitario 2019), aun así, hay un amplio consenso sobre la necesidad de reorientar el sistema sanitario.

El necesario fortalecimiento de la Atención Primaria: Marco Estratégico de la Atención Primaria y Comunitaria.

La evolución de la Atención Primaria en España en la última década ha sido analizada, identificando la necesidad de cambios ante el impacto de las políticas de austeridad, así como de adaptación a los cambios sociales y a las expectativas de la ciudadanía. Por ello en noviembre de 2018 el pleno del Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) acordó con las comunidades autónomas (CCAA) la elaboración del documento sobre el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria (MAPyC). En el año 2019, a través de un proceso de reflexión participativo conCCAA, sociedades científicas, colegios profesionales y asociaciones de pacientes y ciudadanía, se diseñó el MAPyC, siendo aprobado por el CISNS en abril 2019 (BOE nº 109, de 7 de mayo de 2019).

El MAPyC apuesta por la calidad de manera integral, incluyendo no sólo componentes científicos y técnicos, sino aquellos otros relacionados con la accesibilidad, con los recursos, con la organización y con la participación, de tal manera que el paciente perciba que, en efecto, es el centro del sistema.

El MAPyC se divide en 6 líneas estratégicas:

- Estrategia A: Reforzar el compromiso del CISNS con el liderazgo de la Atención Primaria.
- Estrategia B: Consolidar una política presupuestaria y de Recursos Humanos que garantice la efectividad y la calidad de la Atención Primaria.
- Estrategia C: Mejorar la calidad de la atención y la coordinación con el resto de los ámbitos asistenciales, servicios e instituciones.
- Estrategia D: Reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y la prevención en Atención Primaria.
- Estrategia E: Potenciar el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs).
- Estrategia F: Impulsar la Formación y la Investigación en Atención Primaria.

Cada línea estratégica conlleva una serie de objetivos y acciones concretos para su desarrollo, contando con 23 objetivos y 100 acciones en total.

En la actualidad, el MAPyC se encuentra en fase de implementación, aunque, debido a la crisis sanitaria originada por la pandemia de COVID-19 en el año 2020, algunas acciones han sufrido demoras en su desarrollo y su ejecución.

La Atención Primaria y su papel en la pandemia por COVID-19.

La crisis sanitaria ocasionada por la pandemia por SARS-CoV-2 ha contribuido a agudizar y poner de manifiesto en mayor medida los problemas identificados en el MAPyC suponiendo una situación complicada para la AP. De hecho, a lo largo de todos los meses de pandemia, la AP española viene compaginando las actividades asistenciales esenciales con la respuesta a la pandemia, desarrollando, conjuntamente con los equipos de salud pública, la vigilancia epidemiológica en la comunidad y el diagnóstico, el seguimiento de contactos y el manejo de pacientes asintomáticos y casos leves.

Si bien las acciones inmediatas puestas en marcha, tanto por el gobierno central como por las distintas CCAA, se han centrado en reforzar las capacidades del SNS, en un contexto de recuperación, los esfuerzos deberán concentrarse, también, en mejorar la resiliencia del SNS de forma que pueda recuperar su funcionamiento óptimo lo antes posible.

Es muy importante poner en valor el papel destacado de la AP, y del conjunto de profesionales que la conforman, en la pandemia por COVID-19, teniendo en cuenta el incremento de la presión asistencial a la que se ha visto sometida.

De esta forma, la Atención Primaria ha asumido el diagnóstico y tratamiento de los casos leves y moderados de la COVID-19, tuvo un protagonismo importante en el desarrollo del estudio de seroprevalencia ENE-COVID, y ha sido clave en las campañas de vacunación frente a la gripe y, especialmente, en la campaña de vacunación frente a la COVID-19, en la que la capilaridad y experiencia acreditada de la AP en campañas de vacunación ha sido fundamental.

Pero también ha desempeñado un trabajo encomiable en lo relativo a las gestiones necesarias para la tramitación de las incapacidades laborales temporales de las personas en aislamiento y cuarentena y en la incorporación de tareas de apoyo a la salud pública, tanto de vigilancia, como de estudio de contactos y realización de test. Todo ello ha supuesto una adaptación abrupta del modelo de asistencia, transitando de un día a otro a una asistencia parcialmente telemática, con circuitos separados para la asistencia presencial, e intensificando la atención domiciliaria tanto a pacientes COVID-19 como a personas inmovilizadas.

La Atención Primaria, clave para la reconstrucción.

Esta situación de pandemia, ha puesto de relieve las necesidades de fortalecer la AP y ha aumentado el sentido de urgencia para priorizar la asignación de recursos económicos a determinadas líneas priorizadas en el MAPyC para hacer frente a la crisis de salud y a la crisis social.

Así se expresó el dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados, en el verano de 2020, apostando por la sanidad pública y por la reafirmación de los valores y principios rectores del SNS, recalcando la necesidad de una AP estable, firme y robusta.

Dentro de la reconstrucción del país, es fundamental la inversión en AP para dar respuesta sanitaria y favorecer la resiliencia de la población. Es imprescindible garantizar el acceso al sistema sanitario universal con un abordaje integral, teniendo en cuenta la perspectiva biopsicosocial, contextualizada y de calidad.

Por ello, dentro de las reformas para la renovación y ampliación de la capacidad del SNS contempladas en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, la primera reforma es el Fortalecimiento de la Atención Primaria y Comunitaria (C18.R1). A través de la ejecución del MAPyC se pretende reforzar la AP y comunitaria para una mayor promoción de la salud, prevención y diagnóstico precoz de la enfermedad, mejora de su control, cuidados en salud, reducción de desigualdades sociales y territoriales y mejora de la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario.

El plan de acción como elemento principal de la reforma.

Para dinamizar su impulso, se incluyó como hito del PRTR, la elaboración de un Plan de Acción de AP en el año 2021, que logre el compromiso de todos los agentes implicados y que es objeto del presente documento.

El Plan de Acción responde a los siguientes objetivos:

1. Implantar de forma efectiva las acciones prioritarias contenidas en el MAPyC durante los años 2022 y 2023.
2. Hacer efectivas las conclusiones del Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados en lo referente a Atención Primaria:

   - Necesidad de una Atención Primaria estable, firme y robusta, una salud familiar y comunitaria clave en esta nueva situación y una salud pública potente que afronte las directrices y asesore las decisiones de las administraciones públicas (propuesta de resolución 13).
   - El desarrollo e implementación del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (propuesta de resolución 14).

- El refuerzo de los recursos de la Atención Primaria de Salud como pilar esencial del Sistema Nacional de Salud (propuesta de resolución 15).
- Las medidas para abordar la precariedad laboral y cubrir puestos poco atractivos (propuesta de resolución 16).
- El impulso a los servicios de Atención Primaria y Comunitaria (propuesta de resolución 17).
- El reordenamiento de la Atención Primaria para atender los centros sociosanitarios y para una mejor coordinación con los servicios sociales (propuesta de resolución 18).

Todo ello, con el fin último de contribuir al fortalecimiento de la AP y Comunitaria en el SNS y favorecer su recuperación, con el fin de que sea accesible, integral, de calidad y orientada a la comunidad, con capacidad resolutiva y longitudinalidad, para cuidar de la salud de la población y facilitar la equidad en salud.

METODOLOGÍA

Para facilitar el trabajo conjunto, desde el Ministerio de Sanidad se inició un trabajo de análisis, priorización y consenso con la participación de los principales agentes implicados mediante un proceso desarrollado entre septiembre y noviembre de 2021 con las siguientes etapas:

1. Recogida de información sobre necesidades y prioridades de los miembros del Comité Institucional.
2. Análisis de la información generada.
3. Presentación y discusión en el encuentro de Atención Primaria con participación de consejerías de comunidades autónomas (CCAA), ciudades autónomas (CA) y Ministerio. Elaboración de declaración institucional.
4. Recogida de información de los miembros del Comité Técnico.
5. Análisis de la información generada y elaboración del primer borrador.
6. Presentación y discusión en reuniones del Comité Institucional y Técnico.

1. Recogida de información sobre necesidades y prioridades de los miembros del Comité Institucional.

En un primer momento, con el objetivo de conocer las necesidades en cada territorio, las prioridades a corto plazo y las iniciativas puestas en marcha por las CCAA, CA e INGESA se elaboró un cuestionario que incluía los siguientes contenidos:

1. Necesidades prioritarias de la AP identificadas en cada territorio.

2. Selección de prioridades a trabajar de manera conjunta con el resto de CCAA, CA e INGESA a corto plazo para la implementación del MAPyC.

3. Iniciativas puestas en marcha para la implantación del MAPyC o para el fortalecimiento de la AP.

4. Acciones recogidas en el MAPyC que deban abordarse a corto plazo.

El cuestionario se envió a los miembros del Comité Institucional compuesto por representantes de todas las CCAA e INGESA, recibiéndose respuestas de todas ellas.

2. Análisis de la información generada.

El análisis realizado de los cuestionarios permitió agrupar en áreas temáticas las prioridades detectadas.

3. Presentación y discusión en el encuentro de Atención Primaria con participación de consejerías de CCAA, CA y Ministerio. Elaboración de Declaración Institucional.

En el **Encuentro de Atención Primaria: Retos y Oportunidades,** celebrado en Gran Canaria el 30 de septiembre y 1 de octubre de 2021, se presentó el análisis de los cuestionarios, que mostraba un diagnóstico compartido con gran consenso, y en línea con el MAPyC, priorizando en especial las líneas estratégicas A y B. La Ministra de Sanidad y los Consejeros y Consejeras pudieron debatir sobre las acciones prioritarias necesarias para fortalecer la AP y reforzar su papel como eje vertebrador del SNS.

Durante este encuentro, las CCAA, CA e INGESA presentaron las necesidades identificadas como prioritarias, expresándose de manera general un alto grado de consenso en el diagnóstico de los problemas comunes y en la necesidad de pasar a la acción conjunta dando una respuesta cohesionada desde el SNS. También se presentaron las fortalezas, los resultados en salud, lo que ha implicado contar con un modelo de AP como el de España en la gestión de la pandemia, así como los avances realizados en los últimos años, habiendo acuerdo en la utilidad de compartir las experiencias y aprendizajes de los diferentes territorios.

Finalmente, se consensuó una **Declaración Institucional** que recoge el compromiso político con la AP y que incluye la elaboración del presente Plan de Acción para la implementación del MAPyC antes de que finalice el año 2021. Este Plan de Acción se debía trabajar desde la Oficina de Atención Primaria y Comunitaria, con los Comités Institucional y Técnico del MAPyC.

4. Recogida de información de los miembros del Comité Técnico.

Con posterioridad, desde la Oficina del **MAPyC** se diseñó un **cuestionario** para conocer e incorporar las aportaciones de las distintas sociedades científicas, asociaciones profesionales y asociaciones de pacientes y ciudadanía que componen **el Comité Técnico**. Dicho cuestionario incluía los siguientes contenidos:

1. Acciones recogidas en el MAPyC que deban abordarse a corto plazo.
2. Otras acciones prioritarias en el área de Recursos Humanos.
3. Otras acciones prioritarias en el área del Modelo Asistencial.
4. Otras acciones prioritarias en el área del Modelo de Gestión.

5. Análisis de la información generada y elaboración del primer borrador.

Con todas estas aportaciones se elaboró un **primer borrador** del Plan de Acción de AP, que se sometió de nuevo a valoración a través de un formulario online, con el que se trató de evaluar el **grado de acuerdo y desacuerdo** con cada uno de los objetivos y acciones del Plan de Acción mediante una escala Likert, con puntuaciones comprendidas

entre el 0 (completamente en desacuerdo) y el 5 (totalmente de acuerdo). Se obtuvieron las respuestas de 15 CCAA y 17 organizaciones.

6. Presentación y discusión en reuniones de Comité Institucional y Técnico.

Tras el análisis de las respuestas se celebraron **reuniones** con el **Comité Institucional** los días 26 y 28 de octubre de 2021 **y con el Comité Técnico** el 4 de noviembre en las que, partiendo de este trabajo previo, se debatieron y consensuaron los objetivos y acciones.

Posteriormente, se realizó una nueva revisión por la Oficina de Atención Primaria del borrador del Plan, trabajando la concreción de las acciones, los indicadores y resultados esperados, así como la priorización de las acciones para el 2022 y para el 2023. Finalmente se celebró una reunión del Comité Institucional los días 25 y 26 de noviembre, con el objetivo de consensuar la última versión del Plan y facilitar su implementación.

Con todo ello, y bajo la coordinación de la Secretaría de Estado de Sanidad, se ha diseñado de forma conjunta y participada el **Plan de Acción de AP** con los siguientes bloques de contenido:

1. Financiación
2. Recursos Humanos
3. Capacidad de resolución
4. Digitalización
5. Equipo de Atención Primaria
6. Cartera de Servicios
7. Calidad Asistencial
8. Orientación a la Comunidad
9. Empodera-AP
10. Gobernanza en AP
11. Accesibilidad y gestión de la demanda
12. I+D+I

En estos bloques se presentan de forma sistemática los objetivos, acciones, indicadores y resultados. Las acciones e indicadores podrán ser revisadas en función de la evolución y nueva información de que se disponga.

LISTADO DE ACCIONES Y SU RELACIÓN CON EL MAPyC

Acciones del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria	*MAPyC*
FINANCIACIÓN	
1.1. Elaboración de un proyecto integral que incluya las acciones del Plan de Acción de Atención Primaria a implementar por parte de cada CCAA e INGESA.	Objetivo B.1
1.2. Disposición de un presupuesto finalista en las Consejerías de Salud e INGESA para la implantación efectiva del presente Plan.	Objetivo B.1
1.3. Disposición de un presupuesto finalista en el Ministerio de Sanidad para impulsar la implantación efectiva del presente Plan.	A.3.5
RECURSOS HUMANOS	
2.1. Adaptación de la Ley 55/2003 de 16 de diciembre a lo dispuesto en el RD-Ley 14/2021, de 6 julio, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público.	B.2.1 y B.2.2
2.2. Publicación de las ofertas de empleo público de las categorías profesionales que desarrollan su actividad en Atención Primaria que articulen los procesos de estabilización de empleo antes del 31/12/2022 y resolverlas (incluido la incorporación al puesto de trabajo) antes del 31/12/2024 (art. 2 del RD-Ley 14/2021).	Objetivo B.2
2.3 Creación de las vacantes necesarias y fomento de la transformación de los contratos de interinidad en contratos de estabilidad, implementando el RD-Ley 14/2021, con especial interés en las zonas de difícil cobertura.	Objetivo B.2
2.4. Acuerdo en la Comisión de RRHH (CRHSNS) para mejorar la organización de la Atención Primaria y las condiciones laborales, incluyendo una mayor flexibilidad tanto en horarios como en organización y gestión de su actividad, para mejorar la motivación de los profesionales.	Objetivo B.2
2.5. Consenso en la CRHSNS de los criterios mínimos para identificar los puestos de difícil cobertura y los incentivos (económicos y no económicos) para la atracción y retención en dichos puestos.	B.2.4
2.6. Promoción de la contratación en Atención Primaria como personal estatutario fijo o de larga duración al finalizar la residencia, favoreciendo la cobertura de vacantes en Atención Primaria y la atención longitudinal, incentivando la permanencia de los/las profesionales en su puesto.	B.2.9
2.7. Impulso al concepto de carrera profesional en el ámbito de Atención Primaria basada en las habilidades, aptitudes y competencias de los profesionales, y asociada a un cumplimiento de objetivos y recertificación de estos de forma periódica, dotándolo presupuestariamente.	F.5.2
2.8. Evaluación y adecuación de las necesidades de RRHH en Atención Primaria en base a la morbilidad atendida, los resultados en salud y las características sociodemográficas de cada área de salud/centro de salud.	B.2.3
2.9 Planificación de la oferta de Formación Sanitaria Especializada de las distintas especialidades que desarrollan su actividad en Atención Primaria teniendo en cuenta las nuevas necesidades consensuadas con las CCAA.	F.3.2
2.10. Revisión de programas formativos de la Formación Sanitaria Especializada de Atención Primaria de las distintas especialidades, adecuando los requisitos para la acreditación de las Unidades Docentes para favorecer el incremento de las plazas a ofertar.	F.2.3 y F.3.3

Acciones del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria	*MAPyC*
2.11 Establecimiento de incentivos para la función tutorial recogida en el RD 183/2008, de 8 de febrero, a través de acciones concretas trabajadas con las CCAA en la CRHSNS.	F.3.4
CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN	
3.1. Mejora del acceso a la indicación de procedimientos diagnósticos desde Atención Primaria, para incrementar la capacidad resolutiva en este ámbito de atención y gestionar la indicación por proceso.	C.1.1
3.2. Identificación de los procedimientos diagnósticos que deben ser realizados en Atención Primaria y adquisición del equipamiento diagnóstico y de la formación necesaria.	B.1.3 y C.2.7
3.3. Optimización de los procesos administrativos que se realizan en Atención Primaria para conseguir la necesaria agilidad operativa en el desarrollo de los mismos.	A.1.7
DIGITALIZACIÓN	
4.1. En el marco de ejecución de la Estrategia de Salud Digital, implementación de herramientas para facilitar la atención sanitaria en centros sanitarios inteligentes, a través de proyectos evaluados de teleconsulta, videoconsulta, acceso a imágenes médicas y chatbots para la mejora de la gestión de la demanda de la ciudadanía.	Estrategia E
4.2. En el marco de ejecución de la Estrategia de Salud Digital, impulso a la atención personalizada adaptada a cada paciente en función de sus circunstancias de vida y de salud, dotando a los profesionales de capacidades de prevención, emisión de alertas individualizadas de salud y detección remota de riesgos y ayuda al diagnóstico, a través de tecnologías Big Data e Inteligencia Artificial.	Estrategia E
4.3. En el marco de ejecución de la Estrategia de Salud Digital, implementación de herramientas digitales evaluadas para el apoyo a los cuidados de personas con enfermedades crónicas y con altas necesidades, a través de dispositivos del internet de las cosas (IoT), sistemas de seguimiento remoto de la hospitalización y a domicilio, sistemas para la aplicación de ciencias ómicas y dispositivos de automonitorización.	Estrategia E
4.4. En el marco de ejecución de la Estrategia de Salud Digital, impulsar la transformación digital de los procesos de soporte a la gestión, para facilitar la evaluación y mejora continua de los servicios, la transparencia y la toma de decisiones basada en datos.	Estrategia E
EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA	
5.1. Creación de la categoría profesional de enfermera familiar y comunitaria en Atención Primaria en todas las CCAA.	B.3.1
5.2. Fomento de los nombramientos de enfermeras especialistas en familiar y comunitaria, incluyendo como mérito prioritario el título de especialista y arbitrar las medidas organizativas necesarias para ello y para el desarrollo de sus funciones.	B.3.2 Y B.3.3

Acciones del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria	*MAPyC*
5.3. Valoración y priorización de procesos de uso, indicación y autorización de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios por las enfermeras y elaboración e implementación, tras su adaptación, de los protocolos correspondientes.	E.2.1
6.1. Desarrollo de los mapas de competencias de los distintos profesionales de Atención Primaria y sus perfiles en la CRHSNS.	A.4.4
CARTERA DE SERVICIOS	
7.1. Actualización de la cartera común de servicios de Atención Primaria, en especial en lo referente a la indicación y realización de procedimientos diagnósticos en este ámbito, en coherencia con la reorientación necesaria para incrementar su capacidad de resolución.	A.4.4 y Estrategia D
7.2. Ampliación y desarrollo del servicio de Atención Comunitaria de la Cartera Básica Común de Atención Primaria.	Estrategia D
7.3. Incorporación en cartera de servicios de las nuevas modalidades de atención no presencial estableciendo criterios de calidad de uso de cada una de las modalidades de atención.	B.4.5
7.4. Ampliación progresiva de la cartera común de servicios de salud bucodental del SNS.	A.4.5
CALIDAD ASISTENCIAL	
8.1. Implementación de las recomendaciones de "no hacer" en Atención Primaria pertenecientes al proyecto "Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España" según la actual metodología establecida entre Guía Salud y el Ministerio de Sanidad.	A.4.3
8.2. Implementación íntegra de las recomendaciones recogidas en las Estrategias de Salud del SNS que se refieran a este ámbito asistencial dedicando los recursos necesarios para tal fin.	Objetivo A.3
8.3. Impulso a la mejora continua de la interoperabilidad de las historias de salud digitales autonómicas como principal elemento de intercambio de información entre profesionales de distintos ámbitos asistenciales, al menos entre Atención Primaria y atención hospitalaria.	E.1.2 Y E.1.3
ORIENTACIÓN A LA COMUNIDAD	
9.1. Desarrollo de una Estrategia de Salud Comunitaria a nivel de CCAA.	Estrategia D
9.2. Estrategia de formación en abordaje biopsicosocial y acción comunitaria.	D.4.1
9.3. Generar y facilitar estructuras y/o mecanismos de coordinación para trabajar en salud comunitaria, promoción de la salud y prevención entre Atención Primaria, Salud Pública y otros sectores y actores en los diferentes niveles territoriales: comunidad autónoma, municipio y barrio.	D.1.1
9.4. Enlace a herramientas de recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios en la Historia de Salud Digital.	D.2.2
9.5. Definición de los condicionantes sociales y del contexto familiar de los/las pacientes que sería recomendable incluir en la Historia de Salud Digital de manera homogénea a través de un grupo de trabajo formado con las CCAA y el Ministerio de Sanidad.	E.1.4

Acciones del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria	*MAPyC*
EMPODERA-AP	
10.1. Elaboración de una estrategia de comunicación crítica y veraz para poner en valor la Atención Primaria (su impacto en salud y equidad, su organización y el papel de cada profesional del equipo de Atención Primaria y visibilizar el trabajo realizado).	Objetivo A.2
10.2. Mejora de la visibilidad del trabajo de la Atención Primaria a través de una mayor y mejor difusión pública de los datos recopilados en los sistemas de información centralizada del SNS, de forma accesible, intuitiva, abierta y multidispositivo.	A.1.3 y A.2.5
GOBERNANZA EN AP	
11.1. Definición e implementación de un modelo de gobernanza que permita la autonomía en la gestión clínica de los centros de salud, potencie la participación de los profesionales y de la ciudadanía y oriente la gestión hacia la mejora de los resultados en salud.	B.4.5 Y B.4.6
11.2. Instauración en todos los centros de salud de acuerdos de gestión anuales con indicadores de seguimiento (contrato programa).	B.4.1 y B.4.4
ACCESIBILIDAD Y GESTIÓN DE LA DEMANDA	
12.1. Definición e implementación de los objetivos de accesibilidad en función de las necesidades asistenciales.	B.4.7 y C.1.2
12.2. Gestión de las solicitudes de atención en las primeras 24 horas.	C.1.3
12.3. Definición e implementación de un modelo de gestión integral de la demanda con intervención de todos los profesionales del equipo de Atención Primaria adaptado a las necesidades demandadas por la ciudadanía.	B.4.7 y C.1.2
12.4. Fomento de la autonomía de los profesionales para la gestión de las agendas en coordinación con las direcciones de Atención Primaria y alineada con los criterios establecidos y con los objetivos definidos.	B.4.6
12.5. Establecimiento de la accesibilidad inmediata (en las primeras 24 horas) en los problemas de salud no demorables.	C.1.3
I + D + I	
13.1. Establecer un mapa de situación de I+D en Atención Primaria (recursos de apoyo metodológico, infraestructuras para I+D en centros de salud, grupos de investigación reconocidos, personas investigadoras con proyectos activos financiados en convocatorias competitivas públicas, participación en Institutos de Investigación Sanitaria acreditados, unidades de investigación en gerencias de Atención Primaria…) con actualización periódica.	F.5.1
13.2 Establecer convocatorias competitivas y no competitivas específicas para Atención Primaria que favorezcan el inicio de la investigación y tengan apoyo metodológico.	F.5.3
13.3 Promoción de la investigación cooperativa en Red específica de Atención Primaria: priorización en las convocatorias de redes en la Acción Estratégica en Salud (AES).	F.5.3

Acciones del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria	*MAPyC*
13.4. En el programa de intensificación de actividad investigadora de la AES, promover la participación de investigadores con actividad clínica en Atención Primaria.	F.5.3
13.5. Seguimiento anual del porcentaje de investigadores de atención primaria incorporados dentro de los Institutos de Investigación Sanitaria, como criterio para mantener su acreditación por el ISCIII.	F.5.1
13.6. Promoción y soporte de la participación de Grupos de Investigación de Atención Primaria en proyectos europeos: difusión y apoyo dirigido.	F.5.1

CONTENIDO DEL PLAN

FINANCIACIÓN

Objetivo 1

Dotar al SNS de la financiación finalista necesaria para la implementación efectiva del presente Plan.

Acción 1.1

1.1. Elaboración de un proyecto integral que incluya las acciones del Plan de Acción de Atención Primaria a implementar por parte de cada CCAA e INGESA.

2022

Las CCAA e INGESA elaborarán un proyecto integral que incluya las acciones del Plan de Acción de AP a implementar por parte de cada CCAA incluyendo la dotación presupuestaria tanto de aquellas financiadas por parte de las CCAA como de aquellas que requieren co-financiación con el Ministerio de Sanidad.
El Proyecto contendrá al menos los siguientes apartados:

- Necesidades de salud identificadas en la población.
- Dotación presupuestaria.
- Justificación de aquellas acciones que requieren co-financiación con el Ministerio de Sanidad.

Indicador: Porcentaje de Comunidades Autónomas que disponen de un proyecto integral para el ejercicio 2022 y 2023 para la ejecución del plan en su CCAA e INGESA.
Resultado: 100% de las CCAA disponen de un proyecto integral para el ejercicio 2022 y 2023 para la ejecución del Plan en su CCAA e INGESA en el primer trimestre de 2022.

Acción 1.2

1.2. Disposición de un presupuesto finalista en las Consejerías de Salud e INGESA para la implantación efectiva del presente Plan.

2022-2023

El objetivo que se persigue es que los Gobiernos de las CCAA (incluyendo a INGESA) dispongan de un presupuesto específico y suficiente en sus Consejerías de Salud dirigido a la implementación efectiva de las acciones que están contenidas en este Plan, en un marco de co-financiación con el Ministerio de Sanidad, como herramienta económica necesaria para alcanzar los objetivos previstos.

Indicador: Porcentaje de CCAA (incluyendo a INGESA) que disponen de un fondo finalista en el ejercicio 2022 y 2023, que satisfaga el 100% del presupuesto necesario, en un marco de co-financiación para la ejecución del Plan en su comunidad autónoma.
Resultado: 100% de las CCAA (incluyendo a INGESA) disponen de fondo finalista, en cada uno de los ejercicios presupuestarios

para el ejercicio 2022 y 2023, que satisfaga el 100% del presupuesto necesario, según el porcentaje de co-financiación que corresponda, para la implantación del Plan.

Acción 1.3

1.3. Disposición de un presupuesto finalista en el Ministerio de Sanidad para impulsar la implantación efectiva del presente Plan. ***2022-2023***

El objetivo que se persigue es que el Gobierno de España disponga de un presupuesto específico y suficiente en el Ministerio de Sanidad, dirigido al impulso de la implementación efectiva de las acciones que están contenidas en este Plan, en un marco de co-financiación, como herramienta económica necesaria para alcanzar los objetivos previstos.

Indicador: Disposición de un presupuesto finalista del Ministerio de Sanidad para los ejercicios 2022 y 2023.
Resultado: Aprobación de un presupuesto finalista del Ministerio de Sanidad para los ejercicios 2022 y 2023.

RECURSOS HUMANOS

Objetivo 2

Incrementar el número de profesionales, garantizar su disponibilidad y mejorar las condiciones laborales de manera que se posibilite la accesibilidad, la longitudinalidad, estabilidad, atracción del talento y en consecuencia se reduzca la temporalidad por debajo del 8%.

Acción 2.1

2.1. Adaptación de la Ley 55/2003 de 16 de diciembre a lo dispuesto en el RD-Ley 14/2021, de 6 julio, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público. ***2022***

Adopción de medidas normativas para reducir la temporalidad y flexibilizar la gestión de los recursos humanos en el SNS con el objetivo de situar y mantener la tasa de temporalidad estructural por debajo del 8%.

Indicador: Modificación de la Ley 55/2003.
Resultado: Publicación en BOE de la Modificación de la Ley 55/2003.

Acción 2.2

2.2. Publicación de las ofertas de empleo de las categorías profesionales que desarrollan su actividad en Atención Primaria que articulen los procesos de estabilización de empleo antes del 31/12/2022 y resolverlas (incluido la incorporación al puesto de trabajo) antes del 31/12/2024 (art. 2 del RD-Ley 14/2021). ***2022-2023***

Con esta medida se pretende establecer un cronograma para la publicación y resolución de las convocatorias para la estabilización del empleo en AP.

Indicador 1: Porcentaje de CCAA con publicación de convocatoria de estabilización de empleo antes del 31/12/2022 para todas las categorías de AP. ***2022***
Resultado 1: 100% de las CCAA con publicación de estabilización de empleo antes del 31/12/2022 para todas las categorías de AP.
Indicador 2: Porcentaje de CCAA con convocatoria resuelta antes del 31/12/2024.
Resultado 2: Esta acción tendrá una continuidad durante el 2023 requiriendo que el 100% de las CCAA hayan resuelto las convocatorias antes de 31/12/2024. ***2023***

Acción 2.3

2.3. Creación de las vacantes necesarias y fomento de la transformación de los contratos de interinidad en contratos de estabilidad, implementando el RD-Ley 14/2021, con especial interés en las zonas de difícil cobertura. *2022-2023*

Con esta medida se pretende realizar un seguimiento de la estabilidad en el empleo en AP a través del número de interinos que obtienen una plaza como personal estatutario fijo en AP en cada CCAA.

Indicador 1: Porcentaje de plazas vacantes cubiertas por contratos de interinos. *2022*
Resultado 1: El 80% de las plazas vacantes están cubiertas por contratos interinos.
Indicador 2: Porcentaje de interinos por CCAA que obtiene plaza fija en los 3 primeros años de su nombramiento. *2023*
Resultado 2: 25% de los interinos por CCAA obtiene plaza fija en los 3 primeros años de su nombramiento.

Acción 2.4

2.4. Acuerdo en la Comisión de RRHH (CRHSNS) para mejorar la organización de la Atención Primaria y las condiciones laborales, incluyendo una mayor flexibilidad tanto en horarios como en organización y gestión de su actividad, para mejorar la motivación de los profesionales. *2022-2023*

Se pretende alcanzar un acuerdo en la CRHSNS que recoja las acciones necesarias para la mejora de las condiciones laborales en AP.

Indicador 1: Acuerdo de la CRHSNS que incluya un compromiso de seguimiento y evaluación anual de las medidas adoptadas. *2022*
Resultado 1: Relación de medidas para la mejora de las condiciones laborales en el año 2022.
Indicador 2: Porcentaje de las CCAA que han implantado las medidas en el año 2023. *2023*
Resultado 2: Implantación de las medidas en el 100% de las CCAA en el año 2023.

Acción 2.5

2.5. Consenso en la CRHSNS de los criterios mínimos para identificar los puestos de difícil cobertura y los incentivos (económicos y no económicos) para la atracción y retención en dichos puestos. *2022-2023*

Definir e identificar los puestos de difícil cobertura que por sus especiales características demográficas y geográficas o por cuestiones derivadas de la estacionalidad, precisarán de una estrategia diferenciada y establecer incentivos económicos y no económicos para la contratación de profesionales en estos puestos.

Indicador 1: Acuerdo de la CRHSNS sobre criterios para la identificación de puestos de difícil cobertura y relación de incentivos.
Resultado 1: Criterios para la identificación de puestos de difícil cobertura y relación de incentivos.
Indicador 2: Porcentaje de las CCAA que implementan el acuerdo de la CRHSNS.
Resultado 2: 100% de las CCAA implementan el acuerdo.
Indicador 3: Porcentaje de los puestos de difícil cobertura cubiertos.
Resultado 3: Ocupación en 2023 de más del 50% de los puestos de difícil cobertura identificados en 2022.

Acción 2.6

2.6. Promoción de la contratación en Atención Primaria como personal estatutario fijo o de larga duración al finalizar la residencia, favoreciendo la cobertura de las vacantes en Atención Primaria y la atención longitudinal, incentivando la permanencia de los/las profesionales en su puesto. *2022-2023*

Impulsar los contratos, de interinos o al menos dos años de duración, tras la finalización del periodo de Formación Sanitaria Especializada (FSE) en AP de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFYC) y Enfermería Familiar y Comunitaria (EFYC), favoreciendo así la atención longitudinal de los pacientes e impulsando la fidelización a un área de salud.

Indicador: Porcentaje de residentes contratados tras finalizar la residencia como fijos, interinos o con una duración de al menos dos años en AP.
Resultado: Más del 65% de los residentes contratados tras finalizar la residencia con contrato fijo, interino o de al menos dos años, en AP.

Acción 2.7

2.7. Impulso al concepto de carrera profesional en el ámbito de Atención Primaria basada en las habilidades, aptitudes y competencias de los profesionales, y asociada a un cumplimiento de objetivos y recertificación de estos de forma periódica, dotándolo presupuestariamente. *2023*

Favorecer el desarrollo profesional continuo de los/las profesionales de AP, así como su reconocimiento a través de la carrera profesional establecida en la CCAA y definir un modelo de recertificación de profesionales que permita la acreditación periódica de su competencia profesional.

Indicador 1: Porcentaje de profesionales de AP que incrementan su grado de carrera profesional anualmente respecto a los que la solicitan.
Resultado 1: Más del 10% de los profesionales de AP incrementan su grado de carrera profesional anualmente.
Indicador 2: Publicación del modelo de recertificación español.
Resultado 2: Al menos un 5% de profesionales del ámbito de AP se recertifican.

Acción 2.8

2.8. Evaluación y adecuación de las necesidades de RRHH en Atención Primaria en base a la morbilidad atendida, los resultados en salud y las características sociodemográficas de cada área de salud/centro de salud. *2022-2023*

Dimensionar las plantillas de los equipos de AP estableciendo la dotación de puestos de las profesiones sanitarias y no sanitarias, que permita responder a las necesidades de atención a la población adscrita.

Indicador 1: Elaboración del modelo para el cálculo de las necesidades de RRHH en AP.
Resultado 1: Informe inicial de necesidades de plantilla por categorías por CCAA, según los criterios establecidos.
Indicador 2: Porcentaje de centros de salud con adaptaciones realizadas por CCAA.
Resultado: Aplicación de las adaptaciones en al menos el 15% de las áreas / los centros de salud que las requieran.

Acción 2.9

2.9.Planificación de la oferta de Formación Sanitaria Especializada de las distintas especialidades que desarrollan su actividad en Atención Primaria teniendo en cuenta las nuevas necesidades consensuadas con las CCAA. *2022-2023*

Establecer la oferta de plazas de las especialidades de AP de acuerdo con la demanda de especialistas.

Indicador: Porcentaje de plazas ofertadas en MFYC y EFYC sobre las plazas acreditadas por CCAA.
Resultado: 100% de plazas ofertadas sobre las acreditadas.

Acción 2.10

2.10. Revisión de programas formativos de la Formación Sanitaria Especializada de Atención Primaria de las distintas especialidades, adecuando los requisitos para la acreditación de las Unidades Docentes para favorecer el incremento de las plazas a ofertar. *2023*

Revisar, actualizar y publicar los programas formativos de las especialidades vinculadas a AP, así como los criterios de acreditación de las Unidades docentes de Atención Familiar y Comunitaria.

Indicador 1: Aprobación del nuevo programa oficial de Medicina Familiar y Comunitaria y de los requisitos de acreditación de las Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria.
Indicador 2: Incremento de la capacidad para formar especialistas medido en porcentaje sobre la capacidad actual.
Resultado: Un incremento de un 20% de las plazas acreditadas y ofertadas en AP.

Acción 2.11

2.11 Establecimiento de incentivos para la función tutorial recogida en el RD 183/2008, de 8 de febrero, a través de acciones concretas trabajadas con las CCAA en la CRHSNS. *2023*

Con esta acción se pretende potenciar y reconocer el papel de los tutores en la FSE en AP, con el objetivo de potenciar la calidad de la formación.

Indicador 1: Acuerdo de la CRHSNS para el reconocimiento e incentivación de la función tutorial específicamente en AP.
Indicador 2: Porcentaje de CCAA con implementación del acuerdo.
Resultado: 100% de CCAA con implementación del acuerdo en 2023.

CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN

Objetivo 3

Aumentar la capacidad de resolución.

Acción 3.1

3.1. Mejora del acceso a la indicación de procedimientos diagnósticos desde Atención Primaria, para incrementar la capacidad resolutiva en este ámbito de atención y gestionar la indicación por proceso. *2022*

El objetivo que se persigue es la unificación de la indicación y la realización de procedimientos diagnósticos en el SNS, atendiendo a la gestión de la indicación diagnóstica por proceso asistencial y no siendo dependiente de en qué ámbito asistencial o qué perfil médico profesional la realiza.

Indicador: Porcentaje de pruebas diagnósticas a las que se tiene acceso desde AP respecto el total de pruebas diagnósticas bajo la gestión de la indicación por proceso.
Resultado: 100%.

Acción 3.2

3.2. Identificación de los procedimientos diagnósticos que deben ser realizados en Atención Primaria, la adquisición del equipamiento diagnóstico y el desarrollo de formación continuada necesaria. *2022-2023*

El objetivo que se persigue es identificar las pruebas diagnósticas que se deben realizar en los propios centros de salud y dotar a la AP de los equipamientos diagnósticos y de los recursos diagnósticos necesarios para su implantación, así como de la formación y de los recursos humanos necesarios para el incremento de actividad que conlleva la mejora de su capacidad resolutiva.

Indicador 1: Aprobación de la relación actualizada y priorizada de los procedimientos diagnósticos que deben realizarse en AP del SNS.
Indicador 2: Porcentaje de centros de salud con la cartera actualizada de procedimientos diagnósticos implantadas respecto al total según priorización.
Resultado:

- En el 2022, al menos un 75% en el nivel de priorización de nivel 1, 50% en el nivel 2 y 25% en el nivel 3.
- En el 2023, al menos un 90% en el nivel de priorización 1, un 75% en el nivel 2 y un 50% en el nivel 3.

Acción 3.3

3.3. Optimización de los procesos administrativos que se realizan en Atención Primaria para conseguir la necesaria agilidad operativa en el desarrollo de los mismos.

2022-2023

El objetivo que se persigue es realizar una reingeniería de los procesos administrativos para eliminar los pasos innecesarios que no aportan valor y garantizar que lo realiza el rol profesional más adecuado, potenciando el papel del personal administrativo, e introduciendo, en aquellos que no lo esté, los sistemas de información necesarios para que sean más eficientes.

Indicador 1: Aprobación de un listado común en el SNS de procedimientos administrativos identificados para ser optimizados.
Indicador 2: Porcentaje de procesos administrativos optimizados en relación al total de procedimientos administrativos identificados para ser optimizados.
Resultado:

- Al menos un 60% en el año 2022.
- Al menos un 80% en el 2023.

DIGITALIZACIÓN

Objetivo 4

Impulsar los sistemas de información y digitalización.

Acción 4.1

4.1 En el marco de ejecución de la Estrategia de Salud Digital, implementación de herramientas para facilitar la atención sanitaria en centros sanitarios inteligentes, a través de proyectos evaluados de teleconsulta, videoconsulta, acceso a imágenes médicas y chatbots para la mejora de la gestión de la demanda de la ciudadanía.

2022-2023

Se llevarán a cabo proyectos para reforzar las capacidades de los centros de salud, mejorando la calidad de los servicios para los pacientes y facilitando el trabajo de los profesionales. Se trata de ofrecer servicios dentro y fuera de los edificios sanitarios, trascendiendo de la prestación de cuidados basada en el centro, posibilitando la realización de determinadas prestaciones y servicios a través de una red de cuidados virtual e inteligente, centrada en el paciente e integrada en el proceso continuo de la salud, garantizando la continuidad asistencial, la interoperabilidad y la explotación de los datos. La historia clínica digital evolucionará desde el actual modelo hasta la nueva historia de salud digital, que será el punto central de los nuevos Servicios Digitales de Salud en el SNS, así como el eje de una aproximación activa y preventiva al bienestar de la ciudadanía. Esta Historia de Salud Digital debe ser inteligente, avanzando más allá del registro de la actividad realizada haciendo compatible la interacción y control del paciente sobre el uso de sus datos, con la incorporación de nuevas capacidades tecnológicas y nuevas fuentes de datos -por ejemplo, dispositivos IoT- que faciliten a los y las profesionales su actividad, incrementando su competencia en prevención, diagnóstico y tratamiento, contribuyendo del mismo modo a la mejora de los sistemas de vigilancia de la salud. Se pretende la extensión de la tele consulta y video consulta en los casos que así lo precisen, la optimización de los sistemas de acceso a imágenes médicas y el uso de herramientas TIC para la mejora de la atención y estratificación de la demanda de la ciudadanía.

Indicador: Número de servicios digitales implantados en Centros Sanitarios Inteligentes.
Resultado: Anuncios de licitación de servicios digitales para Centros Sanitarios Inteligentes en el año 2023.

Acción 4.2

4.2 En el marco de ejecución de la Estrategia de Salud Digital, impulso a la atención personalizada adaptada a cada paciente en función de sus circunstancias de vida y de salud, dotando a los profesionales de capacidades de prevención, emisión de alertas individualizadas de salud y detección remota de riesgos y ayuda al diagnóstico, a través de tecnologías Big Data e Inteligencia Artificial.

2022-2023

Se pretende dotar a los profesionales de la salud de capacidades de prevención y detección remota de riesgos adaptadas a cada paciente, así como de ayuda al diagnóstico, a través de tecnologías Big Data e Inteligencia Artificial, actuando como aliado de la persona experta en el desarrollo de su trabajo. Estas tecnologías permiten el procesamiento de grandes volúmenes de información, estructurada y no estructurada y el aprendizaje automático a partir del proceso lógico que siguen los profesionales sanitarios en el diagnóstico, ofreciendo a los especialistas distintas posibilidades de tratamientos, que facilitan la toma de la decisión final. Igualmente, permiten detectar umbrales de riesgo para cada persona en el marco de su dolencia, de forma presencial o remota, si el paciente utiliza dispositivos de autodiagnóstico, teniendo en cuenta la evolución de la misma y otros factores relacionados con su salud, de forma que pueden generarse alertas que adviertan de la superación de un cierto valor en un índice concreto.

Indicador: Número de servicios digitales implantados dirigidos a facilitar el diagnóstico y seguimiento del paciente por parte de los especialistas de la salud de AP.
Resultado: Anuncios de licitación de servicios digitales dirigidos a facilitar el diagnóstico y seguimiento del paciente por parte de los especialistas de la salud en el año 2023 de AP.

Acción 4.3

4.3 En el marco de ejecución de la Estrategia de Salud Digital, implementación de herramientas digitales evaluadas para el apoyo a los cuidados de personas con enfermedades crónicas y con altas necesidades, a través de dispositivos del internet de las cosas (IoT), sistemas de seguimiento remoto de la hospitalización y a domicilio, sistemas para la aplicación de ciencias ómicas y dispositivos de automonitorización.

2022-2023

Se persigue la implantación, dentro de la cartera de servicios, de un modelo integral de prestación de servicios presenciales y virtuales, específicamente diseñados para grupos de pacientes que requieren una atención personalizada, continuada y sistemática, debido a su estado de salud u otras circunstancias

personales. Mediante la incorporación de tecnologías disruptivas, como el IoT (internet de las cosas), se busca asegurar niveles de atención, calidad y seguridad adecuados a las personas en estas circunstancias, evaluando, además, la extensión de determinados servicios a grupos más amplios para mejorar la capacidad de prevención y anticipación mediante el empleo, por ejemplo, de dispositivos portables, que faciliten la toma de datos para la elaboración de análisis agregados y el fomento de la auto monitorización, o incluso dispositivos robotizados manejados remotamente, así como la implantación de sistemas de seguimiento remoto de la hospitalización y a domicilio y de sistemas para la aplicación de ciencias ómicas.

Indicador: Número de herramientas digitales implantadas para el apoyo a los cuidados de personas con altas necesidades y patologías crónicas.
Resultado: Anuncios de licitación de servicios digitales para el apoyo a los cuidados de personas con altas necesidades y patologías crónicas en el año 2023.

Acción 4.4

4.4. En el marco de ejecución de la Estrategia de Salud Digital, impulsar la transformación digital de los procesos de soporte a la gestión, para facilitar la evaluación y mejora continua de los servicios, la transparencia y la toma de decisiones basada en datos. *2022-2023*

Esta acción está dirigida a facilitar la evaluación y mejora continua de los servicios, la transparencia y la toma de decisiones basada en datos, apoyando la actividad no asistencial en la AP. Algunos proyectos concretos a abordar serían los sistemas de gestión inteligente de listas de espera y agendas, el despliegue de portales del paciente, los sistemas de interconsulta digital entre la AP y el resto de ámbitos sanitarios, los sistemas para la gestión de material sanitario y farmacológico y su trazabilidad, los entornos de formación virtual para los profesionales, los sistemas de gestión de recursos humanos, y la medición de la población atendida, los resultados de salud, los indicadores de funcionamiento y los sistemas de soporte a la decisión en base a las colecciones de datos de gestión administrativa manejados.

Indicador: Número de servicios digitales implantados facilitadores de la transformación digital de los procesos de soporte a la gestión de la AP y Comunitaria.

Resultado: Anuncios de licitación de servicios digitales para el impulso de la transformación digital de los procesos de soporte en el año 2023.

EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Objetivo 5

Consolidar el rol de la Enfermera Familiar y Comunitaria en Atención Primaria.

Acción 5.1

5.1 Creación de la categoría profesional de Enfermera Familiar y Comunitaria en Atención Primaria en todas las comunidades autónomas. *2022-2023*

Acometer los cambios normativos necesarios para definir una nueva categoría profesional de enfermera especialista en enfermería familiar y comunitaria.

Indicador: Porcentaje de CCAA con normas publicadas en los respectivos diarios oficiales autonómicos.
Resultado: El 100% de las CCAA con categoría profesional de enfermera familiar y comunitaria en AP publicada en el año 2022

Acción 5.2

5.2 Fomento de los nombramientos de Enfermeras Especialistas en Familiar y Comunitaria, incluyendo como mérito prioritario el título de especialista y arbitrar las medidas organizativas necesarias para ello y para el desarrollo de sus funciones. *2022-2023*

La incorporación de estas especialistas permitirá fortalecer la atención en AP, apoyando la atención comunitaria, la promoción y la prevención de la salud.

Indicador 1: Nº de CCAA que realizan los cambios necesarios en las normativas para que los nombramientos de enfermeras especialistas en EFYC en AP sean cubiertos de forma preferente por enfermeras especialistas.
Resultado 1: El 100% de las CCAA actualizan su normativa para la contratación de enfermeras especialistas en EFYC en AP en el primer semestre del 2023 como máximo.
Indicador 2: Porcentaje de contratos de enfermera especialista en EFYC por CCAA.
Resultado: Al menos un incremento anual del 20% de los nombramientos de las Enfermeras de AP con el título de la especialidad de EFYC en 2023.

Acción 5.3

5.3. Valoración y priorización de procesos de uso, indicación y autorización de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios por las enfermeras y elaboración e implementación, tras su adaptación, de los protocolos correspondientes. *2022-2023*

El objetivo que se persigue es impulsar el uso, indicación y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios sujetos a prescripción médica por parte de enfermeras para mejorar los resultados en salud de las personas que atienden, a través de una atención sanitaria integral, segura, colaborativa, de calidad, basada en la evidencia y centrada en la persona. Estos protocolos se desarrollarán según lo establecido en el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de las/ los enfermeras/os, así como las modificaciones realizadas por el Real Decreto 1302/2018 de 22 de octubre.

Indicador 1: Priorización de procesos clave de AP en los que impulsar la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios.
Resultado 1: Listado de priorización realizado disponible en el primer trimestre de 2022.
Indicador 2: Número de protocolos aprobados en el año 2022
Resultado 2: Al menos 5 protocolos aprobados y publicados en el BOE en el año 2022.
Indicador 3: Número de protocolos aprobados en el año 2023
Resultado 3: Al menos 5 protocolos aprobados y publicados en el BOE en el año 2023.

Objetivo 6

Reorganizar los Equipos de Atención Primaria y los roles de cada perfil profesional

Acción 6.1

6.1. Desarrollo de los mapas de competencias de los distintos profesionales de Atención Primaria y sus perfiles en la CRHSNS. *2022-2023*

Esta acción pretende reorganizar los equipos de AP para dar una mejor respuesta a las necesidades de la ciudadanía, por el/la profesional adecuado/a a través una redistribución de las tareas entre las distintas categorías de AP, y con una mayor eficiencia y mejor calidad asistencial.

Indicador: Acuerdo de la CRHSNS sobre las competencias y los perfiles de profesionales de AP.
Resultado: Existencia de mapa de competencias de distintos profesionales de AP y sus perfiles.

CARTERA DE SERVICIOS

Objetivo 7

Actualizar la Cartera de Servicios de Atención Primaria y ejecutar los cambios normativos.

Acción 7.1

7.1. Actualización de la cartera común de servicios de Atención Primaria, en especial en lo referente a la indicación y realización de procedimientos diagnósticos en este ámbito, en coherencia con la reorientación necesaria para incrementar su capacidad de resolución. *2022*

El objetivo que se persigue es actualizar la cartera común de servicios del SNS, en concreto el anexo II del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización, en el sentido de adecuarla a las necesidades actuales y futuras, comprendiendo todas las actividades, técnicas y procedimientos que deben prestarse en AP, de acuerdo a los objetivos planteados en el apartado de capacidad de resolución, entre otros. Toda actualización/ampliación de la cartera de servicios de AP debe ir acompañada de los recursos necesarios para su aplicación, así como enfatizar los valores básicos de la AP, como la accesibilidad y la longitudinalidad.

Indicador: Publicación de la orden ministerial por la que se actualice la cartera común de servicios del SNS.
Resultado: Orden publicada en el segundo semestre de 2022

Acción 7.2

7.2. Ampliación y desarrollo del servicio de Atención Comunitaria de la Cartera Básica Común de Atención Primaria. *2022*

El objetivo que se persigue es identificar las actividades concretas con participación de la comunidad que se deben desarrollar en todos los centros de salud y consultorios del SNS, orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificando los recursos comunitarios disponibles, priorizando las intervenciones y elaborando programas orientados a mejorar la salud de la comunidad, en coordinación con otros dispositivos sociales y educativos.
Al igual que en el punto 7.1., toda actualización/ampliación de la cartera de servicios de AP debe ir acompañada de los recursos necesarios para su aplicación, así como enfatizar los valores básicos de la AP, como la accesibilidad y la longitudinalidad.

Indicador: Publicación de la orden ministerial por la que se actualice la cartera común de servicios del SNS.
Resultado: Orden publicada en el segundo semestre de 2022

Acción 7.3

7.3. Incorporación en cartera de servicios de las nuevas modalidades de atención no presencial estableciendo criterios de calidad de uso de cada una de las modalidades de atención. *2022*

El objetivo que se persigue es que se reconozca como actividad asistencial que se presta aquellas que se desarrollan de forma no presencial, así como que se consensue los criterios que se deben producir para que se preste dentro de los programas establecidos por cada servicio de salud en relación con las necesidades de salud de la población de su ámbito geográfico.

Indicador: Publicación de la orden ministerial por la que se actualice la cartera común de servicios del SNS.
Resultado: Orden publicada en el segundo semestre de 2022.

Acción 7.4

7.4. Ampliación progresiva de la cartera común de servicios de salud bucodental del SNS. ***2022-2023***

El objetivo que se persigue es doble: 1) Homogeneizar las prestaciones de atención de salud bucodental en el territorio nacional, garantizando la equidad en su acceso independientemente del lugar de residencia; 2) Incrementar los servicios comunes que hasta ahora no se prestaban por la sanidad pública, con un enfoque fundamentalmente preventivo y priorizando a los siguientes colectivos donde la inversión en salud es manifiesta: infanto-juvenil, embarazadas, personas con discapacidad y personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial.

Indicador 1: Porcentaje de colectivos prioritarios que reciben las prestaciones incluidas en la ampliación de la cartera común de servicios del SNS, según el cronograma establecido en el SNS.
Resultado 1: 100% en 2023, según cronograma establecido en el SNS.
Indicador 2: Tasa de cobertura de población con las prestaciones de servicios actualizadas en la cartera común de servicios del SNS respecto al total de la población objeto, por colectivo.
Resultado 2: Al menos el 40% en 2023. En el caso de que una CCAA ya dispusiera previamente de las prestaciones incluidas en la cartera complementaria, se deberá observar una mejora de al menos un 20% sobre el punto de partida.

CALIDAD ASISTENCIAL

Objetivo 8

Fomentar la Calidad Asistencial y la práctica basada en la evidencia científica.

Acción 8.1

8.1. Implementación de las recomendaciones de "no hacer" en Atención Primaria pertenecientes al proyecto "Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España" según la actual metodología establecida entre Guía Salud y el Ministerio de Sanidad. *2022,2023*

La implementación consiste en la identificación, selección, difusión e implementación y evaluación (a través de herramientas de ayuda) de las recomendaciones de "no hacer" para AP basadas en la evidencia. Estas recomendaciones se incorporarán a una herramienta de ayuda a la toma de decisiones en las distintas plataformas digitales disponibles en AP.

Indicador: Porcentaje de CCAA que implantan las recomendaciones.
Resultado: El 100% de las CCAA presentan evidencias de implantación (informe, publicaciones y/o URL) antes del cuarto trimestre de 2022.

Acción 8.2

8.2. Implementación íntegra de las recomendaciones recogidas en las Estrategias de Salud del SNS que se refieran a este ámbito asistencial dedicando los recursos necesarios para tal fin. *2022,2023*

Se llevará a cabo un análisis conjunto para identificar e integrar las recomendaciones sobre AP recogidas en las diferentes Estrategias de Salud del SNS. Se consideran prioritarias las recomendaciones incluidas en las siguientes Estrategias: Estrategia de Abordaje a la Cronicidad, Estrategia de Seguridad del Paciente, Estrategia de Promoción y Prevención y Estrategia de Cáncer. Una vez identificadas las recomendaciones, se monitorizará su implementación en las distintas CCAA.

Indicador: Porcentaje de CCAA que han implementado las acciones priorizadas en las estrategias de Salud del SNS.
Resultado: El 100% de las CCAA han implementado al menos una de las acciones priorizadas de cada Estrategia de Salud del SNS seleccionadas para su implementación antes del cuarto trimestre de 2022.

Acción 8.3

8.3. Impulso a la mejora continua de la interoperabilidad de las historias de salud digitales autonómicas como principal elemento de intercambio de información entre profesionales de distintos ámbitos asistenciales, al menos entre AP y atención hospitalaria. *2022-2023*

La Historia de Salud Digital interoperable del SNS y las historias de salud digitales autonómicas son un vehículo fundamental de transmisión de información clínica y de relación entre profesionales del SNS. Los profesionales de AP deben poder consultar todos los informes generados en otros ámbitos asistenciales a nivel de la comunidad autónoma. La información generada por AP debe ser igualmente consultable por los profesionales de otros ámbitos asistenciales. La AP puede beneficiarse de la Historia Clínica Digital interoperable del SNS al poder consultar información sanitaria de ciudadanos que pertenecen a otras CCAA (desplazamientos temporales, urgencias,…). Para todo lo anterior será necesario tanto adecuar los sistemas de historia clínica de manera que se facilite su uso y acceso a los diferentes sistemas de datos clínicos como abordar la formación de los profesionales.

Indicador: Número de CCAA que tienen implantado un sistema de interoperabilidad de Historia de Salud Digital entre distintos ámbitos asistenciales, al menos entre AP y atención hospitalaria.
Resultado: El 100% de CCAA tienen implantado un sistema de interoperabilidad de Historia de Salud Digital entre distintos ámbitos asistenciales, al menos entre AP y atención hospitalaria en el cuarto trimestre de 2023.

ORIENTACIÓN A LA COMUNIDAD

Objetivo 9

Reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y prevención en Atención Primaria de Salud.

Acción 9.1

9.1. Desarrollo de una Estrategia de Salud Comunitaria a nivel de CCAA. *2022*

Cada CCAA desarrollará una Estrategia de Salud Comunitaria, que proporcione un marco de trabajo común, adaptado a la realidad de cada territorio, con la implicación en todo el proceso de los diferentes agentes implicados, incluida la ciudadanía. En esta Estrategia se integrarán las diferentes acciones necesarias para reforzar la orientación comunitaria de la AP, con dotación presupuestaria para las acciones previstas. A nivel del Ministerio de Sanidad, el marco de trabajo de salud comunitaria está recogido en la Estrategia D del MAPyC y en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.

Indicador: Porcentaje de CCAA que tienen desarrollada una Estrategia de Salud Comunitaria.
Resultado: Todas las CCAA han desarrollado una Estrategia de Salud Comunitaria para el cuarto trimestre de 2022.

Acción 9.2

9.2. Estrategia de formación en abordaje biopsicosocial y acción comunitaria. *2022*

La formación en salud comunitaria es un aspecto poco desarrollado tanto en el pregrado como en la formación sanitaria especializada. Dentro del Plan de Capacitación de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS se va a desarrollar una formación on-line, acreditada y gratuita, con un curso de abordaje biopsicosocial y otro de acción comunitaria (basado en la Guía de Acción Comunitaria para ganar salud). Así mismo, se elaborará una Guía Didáctica para facilitar la formación presencial basada en la Guía de Acción Comunitaria.
Por otra parte, esta formación en acción comunitaria será complementada con formación práctica en competencias y habilidades en las CCAA, como formación de formadores.

Indicador 1: Porcentaje de personas que finalizan la formación online en abordaje biopsicosocial y en acción comunitaria.

Resultado 1: Un 5% de los profesionales sanitarios de AP han finalizado alguna de estas formaciones para el 4º trimestre de 2022.
Indicador 2: Guía Didáctica en Acción Comunitaria publicada.
Resultado 2: Guía Didáctica en Acción Comunitaria publicada en 2022.
Indicador 3: Porcentaje de CCAA que realizan formación de formadores en acción comunitaria incluyendo una parte de formación práctica en competencias y habilidades.
Resultado 3: El 100% de las CCAA realizan formación de formadores en acción comunitaria incluyendo una parte de formación práctica en competencias y habilidades en 2023.

Acción 9.3

9.3. Generar y facilitar estructuras y/o mecanismos de coordinación para trabajar en salud comunitaria, promoción de la salud y prevención entre Atención Primaria, Salud Pública y otros sectores y actores en los diferentes niveles territoriales: comunidad autónoma, municipio y barrio. *2023*

Es necesario articular estructuras y/o mecanismos de coordinación a nivel de cada territorio, ya que para la promoción de la salud y la acción comunitaria se debe trabajar de forma conjunta entre los diferentes agentes y con participación de la ciudadanía.

En cada CCAA se pueden generar o apoyar estructuras de coordinación ya existentes, a través de diferentes fórmulas: comités de coordinación intersectorial en el entorno local, consejos de salud a nivel de barrio, u otras. En cada territorio se han de dinamizar estos espacios de coordinación y promover su generalización con enfoque de equidad.

Indicador 1: Porcentaje de CCAA con estructuras y/o mecanismos de coordinación para trabajar en salud comunitaria.
Resultado 1: El 100% de las CCAA cuentan con estructuras y/o mecanismos de coordinación para trabajar en salud comunitaria para el primer trimestre de 2023.
Indicador 2: Porcentaje de centros de salud por CCAA que cuentan con estructuras y/o mecanismos de coordinación para trabajar en salud comunitaria.
Resultado 2: Más del 50% de los centros de salud cuentan con estructuras y/o mecanismos de coordinación para trabajar en salud comunitaria para el primer trimestre de 2023.

Acción 9.4

9.4. Enlace a herramientas de recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios en la Historia de Salud Digital

2022, 2023

La recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios es una herramienta efectiva para dar a conocer aquellos recursos que generan salud y bienestar y favorecen vínculos en la comunidad, lo cual, a su vez, puede generar condiciones de vida más saludables. El enlace desde la Historia de Salud Digital a herramientas de recomendación de activos y recursos comunitarios favorece la generalización de su uso, ya que, sin salirse del contexto de la consulta, el/la profesional puede acceder con facilidad a los activos y recursos del lugar donde vive o trabaja la persona, pudiendo realizar un consejo integral adaptado al aspecto o conducta que se quiere reforzar. Algunas CCAA ya tienen integrado el enlace a un mapa de recursos y activos o repositorios, y otras están en proceso o lo contemplan para algún tema específico, como la recomendación de actividad física. Desde el Ministerio de Sanidad se ofrece el mapa de recursos comunitarios Localiza Salud, y se está trabajando en el aumento de su capacidad y en su vinculación con otros mapas, como el mapa de la Alianza de Salud Comunitaria.

Indicador: Porcentaje de CCAA que enlazan a herramientas de recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios desde la Historia de Salud Digital.
Resultado: Todas las CCAA enlazan a herramientas de recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios desde la Historia de Salud Digital para el segundo trimestre del 2023.

Acción 9.5

9.5. Definición de los condicionantes sociales y del contexto familiar de los/las pacientes que sería recomendable incluir en la Historia de Salud Digital de manera homogénea a través de un grupo de trabajo formado con las CCAA y el Ministerio de Sanidad

2023

Incluir en la historia clínica los condicionantes sociales de la persona facilita el abordaje biopsicosocial en la consulta, de manera que los/las profesionales pueden conocer y tener en cuenta las condiciones de vida de la persona a la hora de hacer un diagnóstico, una recomendación, un seguimiento o una propuesta de manejo o de cuidados. A través de un grupo de trabajo específico se definirán los condicionantes sociales y del contexto familiar a incluir en la historia de salud digital para que se puedan implementar de manera homogénea en un segundo tiempo, y sean de utilidad también para la organización de la

asistencia en función de las necesidades y para la vigilancia en salud pública.

Indicador: Documento elaborado de consenso sobre definición de los condicionantes sociales y del contexto familiar de los/las pacientes que sería recomendable incluir en la Historia de Salud Digital.

Resultado: Se ha publicado el documento de consenso sobre definición de los condicionantes sociales y de contexto familiar a incluir en la historia de salud digital para el tercer trimestre de 2023.

EMPODERA-AP

Objetivo 10

Reforzar el liderazgo de la Atención Primaria como eje vertebrador del SNS, poniendo en valor y difundiendo su impacto en resultados en salud y equidad.

Acción 10.1

10.1. Elaboración de una estrategia de comunicación crítica y veraz para poner en valor la Atención Primaria (su impacto en salud y equidad, su organización y el papel de cada profesional del equipo de Atención Primaria y visibilizar el trabajo realizado). *2022*

Se trata de diseñar una estrategia de comunicación que sea capaz de transmitir dos ideas clave: *"qué puede hacer la AP por ti" y "qué hace ya la AP por ti"* empleando para ello las técnicas de marketing más indicadas, los canales de comunicación más efectivos en función del público objetivo, así como la celebración de una Conferencia de Atención Primaria en España.

Indicador 1: Celebración de una Conferencia de AP en España.
Resultado 1: Que se celebre una Conferencia de AP en el segundo semestre de 2022.
Indicador 2: Desarrollo de una estrategia de comunicación sobre el valor de la AP.
Resultado 2: Que se desarrolle una estrategia de comunicación sobre el valor de la AP antes del cuarto trimestre de 2022.

Acción 10.2

10.2. Mejora de la visibilidad del trabajo de la Atención Primaria a través de una mayor y mejor difusión pública de los datos recopilados en los sistemas de información centralizada del SNS, de forma accesible, intuitiva, abierta y multidispositivo. *2023*

El SNS cuenta con potentes sistemas de información a los que las CCAA aportan sus datos periódicamente, y que permiten realizar análisis exhaustivos sobre el estado de la AP en España y conocer la opinión de los ciudadanos/as para tomar en consideración sus expectativas, como elemento imprescindible para establecer las prioridades de las políticas de salud. Estas fuentes ponen en valor y demuestran con datos objetivos el rol vertebrador que la AP y sus profesionales ejercen en el SNS. Se trata de facilitar la difusión de esta información de forma intuitiva, atractiva, accesible y multidispositivo con la intención de que tanto profesionales como la población en general puedan consultar los indicadores de seguimiento de AP más importantes y los resultados en salud más relevantes. El sistema

de información debe recoger resultados de los equipos de AP y permitir la comparación entre ellos.

Indicador: Certificado de implantación de los sistemas de difusión.
Resultado: Al menos un sistema de difusión implantado en el cuarto trimestre de 2023.

GOBERNANZA EN AP

Objetivo 11

Reforzar la gobernanza y el modelo de dirección y liderazgo en Atención Primaria.

Acción 11.1

11.1. Definición e implementación de un modelo de gobernanza que permita la autonomía en la gestión clínica de los centros de salud, potencie la participación de los/las profesionales y de la ciudadanía y oriente la gestión hacia la mejora de los resultados en salud. *2022*

El objetivo que se persigue es la potenciación de la autonomía de gestión a nivel meso y micro, para la consecución de las metas definidas, dotando tanto a los órganos de dirección de los centros de AP como a los/las profesionales de capacidades de gestión adecuadas, primando la participación tanto de los/las profesionales como de la ciudadanía en su diseño. Los/las coordinadores/as de los centros de salud deben ser líderes sanitarios, seleccionados en base a un sistema basado en la definición de las competencias disponiendo una retribución acorde a las necesidades.

Indicador 1: Porcentaje de CCAA con el modelo de gobernanza elaborado implantado respecto al total.
Resultado 1: 100% de las CCAA han implantado un modelo de gobernanza en 2022.
Indicador 2: Porcentaje de CCAA con el sistema de evaluación de competencias con respecto al total.
Resultado 2: 100% de CCAA disponen de un sistema de selección por competencias aprobado en 2022.

Acción 11.2

11.2. Instauración en todos los centros de salud de acuerdos de gestión anuales con indicadores de seguimiento (contrato programa). 2022,2023

El acuerdo de gestión clínica es el marco referencial para la interrelación de los/las profesionales entre sí, con la dirección del centro y con la ciudadanía, en aras a conseguir los mejores resultados en salud para cada ejercicio. Debe favorecer el avance en el cambio organizativo hacia un nuevo modelo sanitario dentro del marco de la gestión clínica, donde destaque:

- La voluntad de reforzar la orientación a resultados en salud.
- La participación e implicación de la totalidad de sus profesionales.

- Y una gestión racional, socialmente responsable y eficiente de los recursos disponibles, en el marco de una estrategia, siempre necesaria y actualmente imprescindible, de sostenibilidad del SNS.

Indicador 1: Porcentaje de CCAA que han implantado el modelo de acuerdo de gestión clínica en AP.
Resultado 1: 100% de las CCAA han implantado el modelo de acuerdo de gestión clínica en AP en 2023.

ACCESIBILIDAD Y GESTIÓN DE LA DEMANDA

Objetivo 12

Mejorar la accesibilidad y gestionar la demanda asistencial con nuevos modelos organizativos.

Acción 12.1

12.1. Definición e implementación de los objetivos de accesibilidad en función de las necesidades asistenciales. *2022*

El objetivo que se persigue es la definición de metas específicas relativas a los tiempos de respuesta óptimos, en función de las necesidades asistenciales, que sean conocidos y aceptados por la ciudadanía y comprometan a los/las profesionales en el acceso a las prestaciones de AP.

Indicador: Porcentaje de centros con objetivos de accesibilidad definidos e implementados, así como realizado su seguimiento en sus acuerdos/programas de gestión respecto al total.
Resultado: 100% de los centros con objetivos de accesibilidad definidos e implementados, así como realizado su seguimiento en sus acuerdos/programas de gestión respecto al total en 2022.

Acción 12.2

12.2 Gestión de las solicitudes de atención en las primeras 24 horas. *2022*

El objetivo que se persigue es que las solicitudes de atención se gestionen en las primeras 24 horas, es decir, que la ciudadanía disponga de una respuesta de cuándo y cómo se va a atender su solicitud en el tiempo definido.

Indicador: Porcentaje de usuarios que solicitan atención sanitaria en su centro de salud y reciben respuesta en las primeras 24 horas/ porcentaje de usuarios que solicitan atención sanitaria en su centro de salud, medido a través de cuestionario diseñado *ad hoc* en el Barómetro Sanitario.
Resultado: 50% en 2022 y un incremento del 20% para 2023.

Acción 12.3

12.3. Definición e implementación de un modelo de gestión integral de la demanda con intervención de todos los profesionales del equipo de Atención Primaria adoptado a las necesidades demandadas por la ciudadanía. *2022*

El objetivo que se persigue es resolver de forma efectiva, eficiente y satisfactoria las necesidades y los problemas de salud de los/las pacientes mediante la definición de un modelo de gestión integral de la demanda que estructure la atención para alcanzar estos objetivos y que, a su vez, promueva proactivamente la gestión de la salud y los cuidados y la prevención del incremento de la carga de enfermedad en los pacientes.

Indicador: Porcentaje de centros con modelos de gestión integral de la demanda definidos e implementados, así como realizado su seguimiento en sus acuerdos/programas de gestión respecto al total.
Resultado: El 100% de los centros disponen de modelos de gestión integral de la demanda definidos e implementados así como realizado su seguimiento en sus programas de gestión en 2022.

Acción 12.4

12.4. Fomento de la autonomía de los profesionales para la gestión de las agendas en coordinación con las direcciones de Atención Primaria y alineada con los criterios establecidos y con los objetivos definidos. *2022*

El objetivo que se persigue es que se impulse la gestión de la demanda asistencial a nivel micro, es decir, por el/la profesional sanitario que debe resolver de forma efectiva, eficiente y satisfactoria los problemas de salud de los/las pacientes, empleando para ello la autonomía en la gestión de las agendas. Todo ello estará alineado con los criterios establecidos a nivel de las Direcciones de AP y con los objetivos definidos en los acuerdos/programas de gestión.

Indicador: Porcentaje de CCAA que tienen implantada la autonomía para la gestión de las agendas en los centros de salud.
Resultado: 100% de las CCAA tienen implantada la autonomía de para la gestión de las agendas en los centros de salud en 2022.

Acción 12.5

12.5. Establecimiento de la accesibilidad inmediata (en las primeras 24 horas) en los problemas de salud no demorables. *2022*

El objetivo que se persigue es que los problemas de salud no demorables tengan un tiempo de resolución en las primeras 24 horas.

Indicador 1: Aprobación en la Consejería de Salud de un procedimiento para gestionar los problemas de salud no demorables.
Resultado 1: El 100% de las CCAA aprueban un procedimiento para gestionar los problemas de salud no demorables en 2022.
Indicador 2: Porcentaje de los problemas de salud no demorables que son atendidos en las primeras 24 horas con respecto al total.
Resultado 2: El 100% de los problemas de salud no demorables son atendidos en las primeras 24 horas en 2022.

I + D + I

Objetivo 13

Potenciar la investigación en el ámbito de Atención Primaria así como la transferencia de sus resultados.

Acción 13.1

13.1. Establecer un mapa de situación de I+D en Atención Primaria (recursos de apoyo metodológico, infraestructuras para I+D en centros de salud, grupos de investigación reconocidos, personas investigadoras con proyectos activos financiados en convocatorias competitivas públicas, participación en Institutos de Investigación Sanitaria acreditados, unidades de investigación en gerencias de Atención Primaria,...) con actualización periódica. *2022*

El objetivo es conocer los recursos, infraestructuras y capacidades existentes relacionadas con el desarrollo de I+D en el ámbito de AP. Este repositorio actualizado permitirá: aportar información para una planificación eficiente de actuaciones, priorizada en función de las necesidades; identificar sinergias y establecer economías de escala para optimizar las capacidades existentes; dar visibilidad a la actividad de investigación realizada en el ámbito de AP.

Indicador 1: Mapa de situación de I+D en AP disponible.
Indicador 2: Actualización anual de la información sobre recursos.
Resultado: Disponer en diciembre de 2022 de un mapa de situación de la I+D en AP como repositorio actualizado de ámbito estatal sobre los recursos, actividad y resultados en investigación en AP.

Acción 13.2

13.2. Establecer convocatorias competitivas y no competitivas específicas para Atención Primaria que favorezcan el inicio de la investigación y tengan apoyo metodológico. *2022, 2023*

Esta actuación se dirige a las etapas iniciales de la actividad investigadora, con especial atención a los/las jóvenes profesionales sanitarios/as, para facilitar el desarrollo curricular investigador necesario para el acceso a convocatorias de ámbito estatal e internacional. Con estas convocatorias de financiación para grupos e investigadores emergentes se apoya la incorporación de los/las profesionales jóvenes a la investigación.

Indicador: Número de convocatorias específicas de investigación, dirigidas a investigadores/grupos emergentes en el ámbito de AP, resueltas anualmente (desglosando entre competitivas y no competitivas).
Resultado: En diciembre de 2023 existencia de convocatorias específicas en todas las CCAA para AP dirigidas a la incorporación de los/las profesionales jóvenes a la investigación.

Acción 13.3

13.3 Promoción de la investigación cooperativa en Red específica de Atención Primaria: priorización en las convocatorias de redes en la Acción Estratégica en Salud (AES)

2022-2023

Las características de la AP, con importante dispersión de los centros de salud, cargas asistenciales, etc, constituyen una barrera para el trabajo cooperativo de investigadores y grupos de investigación que comparten líneas de interés. Por otra parte, la creciente complejidad de los problemas de salud requiere la participación coordinada de equipos multidisciplinares para abordar la investigación. Con el objetivo de facilitar esta generación y transferencia de conocimiento, la AES establece AP como área prioritaria en la convocatoria de Redes de Investigación Cooperativa orientadas a Resultados en Salud (RICORS).

Indicador 1: Número de grupos liderados por una persona con actividad clínica en AP financiados en convocatorias de redes cooperativas de la AES.
Indicador 2: Número de grupos de investigación con profesionales de AP en el equipo.
Resultado: En 2022 disponer de una red cooperativa de investigación en AP de ámbito estatal, liderada por profesionales de AP y financiada con cargo a la AES durante el periodo 2022-2023.

Acción 13.4

13.4. En el programa de intensificación de actividad investigadora de la AES, promover la participación de investigadores con actividad clínica en Atención Primaria.

2023

El objetivo de esta actuación es facilitar tiempo de dedicación a sus líneas de investigación para profesionales con actividad clínica en AP. La actividad investigadora requiere una dedicación que con frecuencia se ve limitada por las exigencias de la actividad clínica, de forma especial en AP.

Indicador: Tasa de éxito anual en la convocatoria AES de intensificación (Nº de profesionales de AP con financiación concedida/Nº profesionales que solicitan financiación en la convocatoria). Tiempo de dedicación asistencial liberado.
Resultado: En diciembre de 2023 haber incrementado la tasa de éxito alcanzada por profesionales de AP en la convocatoria de intensificación de actividad investigadora de la AES.

Acción 13.5

13.5. Seguimiento anual del porcentaje de investigadores de Atención Primaria incorporados dentro de los Institutos de Investigación Sanitaria, como criterio para mantener su acreditación por el ISCIII.

2023

Los Institutos de Investigación Sanitaria acreditados por el ISCIII son estructuras en las que equipos multidisciplinares de investigadores básicos y clínicos colaboran realizando líneas de investigación orientadas a necesidades del SNS. Cuentan con infraestructuras de uso común, plataformas de apoyo técnico y de gestión. La participación de investigadores de AP en los IIS es necesaria tanto para incorporar prioridades de investigación en áreas que lideran (multimorbilidad, estilos de vida, prevención y promoción de salud…), como para dar acceso a los recursos de los IIS a estos investigadores.

Indicador: Porcentaje de los investigadores en cada IIS acreditado que son profesionales de AP.
Resultado: En diciembre de 2023, en todos los IIS acreditados existe, al menos, una participación del 5% del total o de un número de 30 investigadores de AP integrados en los grupos de investigación.

Acción 13.6

13.6. Promoción y soporte de la participación de Grupos de Investigación de Atención Primaria en proyectos europeos: difusión y apoyo dirigido.

2023

Esta actuación se dirige a promover la participación de grupos de investigación de AP en proyectos financiados en convocatorias europeas estableciendo cauces de información sobre las convocatorias: calendario, procedimientos de solicitud y búsqueda de socios.

Indicador: Porcentaje de proyectos europeos concedidos que cuentan con profesionales de AP en sus equipos de investigación.

Resultado: En diciembre de 2023 se objetiva una participación de profesionales de AP en el 1% de los proyectos con financiación de convocatorias europeas.

PRESUPUESTO

Tal y como recoge el informe ejecutivo sobre el anteproyecto de ley de presupuestos generales del estado 2022, con el objetivo de contribuir al fortalecimiento de la Atención Primaria y Comunitaria en el Sistema Nacional de Salud y favorecer su recuperación y garantizar que ésta sea integral, accesible, de calidad, con capacidad resolutiva y longitudinalidad, y que favorezca la equidad en salud, para cuidar de la salud de la población y afrontar la crisis sanitaria y social generada por la pandemia de COVID-19, se plantean una serie de actuaciones como desarrollo del MAPyC, como principal instrumento de planificación de política sanitaria en el ámbito de la Atención Primaria, y se consigna una dotación presupuestaria. Así mismo estas actuaciones sirven como respuesta a las Recomendaciones específicas 2020 realizadas por la Comisión Europea a España en el marco del Semestre Europeo y para el cumplimiento del compromiso adquirido en el Reforma 1 del Componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

Entre los objetivos específicos se encuentran:

1) Mejorar la accesibilidad en la Atención Primaria y reforzar la longitudinalidad asistencial para garantizar la atención continua por el mismo equipo de profesionales.
2) Mejorar la capacidad resolutiva de la Atención Primaria e impulsar el carácter vertebrador de la Atención Primaria y su papel como agente de salud del paciente en todo el sistema sanitario.
3) Facilitar la calidad asistencial a través de herramientas y formación que promueva el seguimiento de las Estrategias en Salud, las buenas prácticas y las recomendaciones de no hacer, para disminuir la variabilidad injustificada de la práctica clínica.
4) Promover la atención integral y la salud comunitaria, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud, reorientando la atención hacia la promoción de la salud y la prevención.
5) Dotar de TIC´s y Sistemas de Información que sirvan de apoyo directo a la gestión clínica y a la medición de resultados clínicos y en salud.

Para que las CCAA e INGESA puedan hacer operativo el presente Plan, cada una de ellas deberá elaborar un proyecto integral que incluya las acciones del Plan de Acción de AP a implementar por parte de cada CCAA, incluyendo la dotación presupuestaria tanto de aquellas financiadas por parte de las CCAA como de aquellas que requieren co-financiación con el Ministerio de Sanidad. La distribución de fondos entre las CCAA e INGESA para las acciones que requieren co-financiación se hará conforme a los criterios que deberán ser aprobados en último término por el pleno de CISNS. Estos criterios incluirán la necesidad de un compromiso institucional de cada Comunidad, así como la

inclusión de los principios de equidad, participación, intersectorialidad, transparencia y rendición de cuentas.

En relación al presupuesto finalista del Ministerio de Sanidad para el impulso de la ejecución del Plan de acción las partidas presupuestarias se adjuntarán tras la aprobación de la ley de presupuestos generales del estado 2022.

Pendiente de adjuntar presupuesto del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria para el año 2022

CRONOGRAMA

Acciones del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria	*Fecha Inicio*	*Fecha Fin*
FINANCIACIÓN		
1.1. Elaboración de un proyecto integral que incluya las acciones del Plan de Acción de Atención Primaria a implementar por parte de cada CCAA e INGESA.	Enero 2022	Marzo 2022
1.2. Disposición de un presupuesto finalista en las Consejerías de Salud e INGESA para la implantación efectiva del presente Plan.	Enero 2022	Diciembre 2023
1.3. Disposición de un presupuesto finalista en el Ministerio de Sanidad para impulsar la implantación efectiva del presente Plan.	Enero 2022	Diciembre 2023
RECURSOS HUMANOS		
2.1. Adaptación de la Ley 55/2003 de 16 de diciembre a lo dispuesto en el RD-Ley 14/2021, de 6 julio, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público.	Enero 2022	Julio 2022
2.2. Publicación de las ofertas de empleo público de las categorías profesionales que desarrollan su actividad en Atención Primaria que articulen los procesos de estabilización de empleo antes del 31/12/2022 y resolverlas (incluido la incorporación al puesto de trabajo) antes del 31/12/2024 (art. 2 del RD-Ley 14/2021)	Julio 2022	Diciembre 2023
2.3 Crear las vacantes necesarias y fomentar la transformación de los contratos de interinidad en contratos de estabilidad, implementando el RD-Ley 14/2021, con especial interés en las zonas de difícil cobertura.	Enero 2022	Diciembre 2023
2.4. Acuerdo en la Comisión de RRHH (CRHSNS) para mejorar la organización de la Atención Primaria y las condiciones laborales, incluyendo una mayor flexibilidad tanto en horarios como en organización y gestión de su actividad, para mejorar la motivación de los profesionales.	Enero 2022	Diciembre 2023
2.5. Consenso en la CRHSNS de los criterios mínimos para identificar los puestos de difícil cobertura y los incentivos (económicos y no económicos) para la atracción y retención en dichos puestos.	Enero 2022	Diciembre 2023
2.6. Promoción de la contratación en Atención Primaria como personal estatutario fijo o de larga duración al finalizar la residencia, favoreciendo la cobertura de vacantes en Atención Primaria y la atención longitudinal, incentivando la permanencia de los/las profesionales en su puesto.	Enero 2022	Diciembre 2023
2.7. Impulso al concepto de carrera profesional en el ámbito de Atención Primaria basada en las habilidades, aptitudes, competencias de los profesionales y asociada a un cumplimiento de objetivos y recertificación de estos de forma periódica, dotándolo presupuestariamente.	Enero 2022	Diciembre 2023
2.8. Evaluación y adecuación de las necesidades de RRHH en Atención Primaria en base a la morbilidad atendida, los resultados en salud y las características sociodemográficas de cada área de salud/centro de salud.	Enero 2022	Diciembre 2023
2.9 Planificación de la oferta de Formación Sanitaria Especializada de las distintas especialidades que desarrollan su actividad en Atención Primaria teniendo en cuenta las nuevas necesidades consensuadas con las CCAA.	Septiembre 2022	Septiembre 2023
2.10. Revisión de programas formativos de la Formación Sanitaria Especializada de Atención Primaria de las distintas especialidades, adecuando los requisitos para la acreditación de las Unidades Docentes para favorecer el incremento de las plazas a ofertar.	Enero 2022	Junio 2022

Acciones del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria	Fecha Inicio	Fecha Fin
2.11 Establecimiento de incentivos para la función tutorial recogida en el RD 183/2008, de 8 de febrero, a través de acciones concretas trabajadas con las CCAA en la CRHSNS.	Julio 2022	Noviembre 2022
CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN		
3.1. Mejora del acceso a la indicación de procedimientos diagnósticos desde Atención Primaria, para incrementar la capacidad resolutiva en este ámbito de atención y gestionar la indicación por proceso.	Enero 2022	Diciembre 2022
3.2. Identificación de los procedimientos diagnósticos que deben ser realizados en Atención Primaria y adquisición del equipamiento diagnóstico y de la formación necesaria.	Enero 2022	Diciembre 2023
3.3. Optimización de los procesos administrativos que se realizan en Atención Primaria para conseguir la necesaria agilidad operativa en el desarrollo de los mismos.	Enero 2022	Diciembre 2023
DIGITALIZACIÓN		
4.1. En el marco de ejecución de la Estrategia de Salud Digital, implementación de herramientas para facilitar la atención sanitaria en centros sanitarios inteligentes, a través de proyectos evaluados de teleconsulta, videoconsulta, acceso a imágenes médicas y chatbots para la mejora de la gestión de la demanda de la ciudadanía.	Enero 2022	Diciembre 2023
4.2. Acción 4.2. En el marco de ejecución de la Estrategia de Salud Digital, impulso a la atención personalizada adaptada a cada paciente en función de sus circunstancias de vida y de salud, dotando a los profesionales de capacidades de prevención, emisión de alertas individualizadas de salud y detección remota de riesgos y ayuda al diagnóstico, a través de tecnologías Big Data e Inteligencia Artificial.	Enero 2022	Diciembre 2023
En el marco de ejecución de la Estrategia de Salud Digital, implementación de herramientas digitales evaluadas para el apoyo a los cuidados de personas con enfermedades crónicas y con altas necesidades, a través de dispositivos del internet de las cosas (IoT), sistemas de seguimiento remoto de la hospitalización y a domicilio, sistemas para la aplicación de ciencias ómicas y dispositivos de automonitorización.	Enero 2022	Diciembre 2023
4.4. En el marco de ejecución de la Estrategia de Salud Digital, impulsar la transformación digital de los procesos de soporte a la gestión, para facilitar la evaluación y mejora continua de los servicios, la transparencia y la toma de decisiones basada en datos.	Enero 2022	Diciembre 2023
EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA		
5.1. Creación de la categoría profesional de enfermera familiar y comunitaria en Atención Primaria en todas las CCAA.	Diciembre 2022	Diciembre 2023
5.2. Fomento de los nombramientos de enfermeras especialistas en familiar y comunitaria, incluyendo como mérito prioritario el título de especialista y arbitrar las medidas organizativas necesarias para ello y para el desarrollo de sus funciones.	Junio 2023	Diciembre 2023

Acciones del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria	Fecha Inicio	Fecha Fin
5.3. Valoración y priorización de procesos de uso, indicación y autorización de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios por las enfermeras y elaboración e implementación, tras su adaptación, de los protocolos correspondientes.	Enero 2022	Diciembre 2023
6.1. Desarrollo de los mapas de competencias de los distintos profesionales de Atención Primaria y sus perfiles en la CRHSNS.	Marzo 2022	Diciembre 2022
CARTERA DE SERVICIOS		
7.1. Actualización de la cartera común de servicios de Atención Primaria, en especial en lo referente a la indicación y realización de procedimientos diagnósticos en este ámbito, en coherencia con la reorientación necesaria para incrementar su capacidad de resolución.	Enero 2022	Diciembre 2022
7.2. Ampliación y desarrollo del servicio de Atención Comunitaria de la Cartera Básica Común de Atención Primaria.	Enero 2022	Diciembre 2022
7.3. Incorporación en cartera de servicios de las nuevas modalidades de atención no presencial estableciendo criterios de calidad de uso de cada una de las modalidades de atención.	Enero 2022	Diciembre 2022
7.4. Ampliación progresiva de la cartera común de servicios de salud bucodental del SNS .	Enero 2022	Diciembre 2023
CALIDAD ASISTENCIAL		
8.1. Implementación de las recomendaciones de "no hacer" en Atención Primaria pertenecientes al proyecto "Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España" según la actual metodología establecida entre Guía Salud y el Ministerio de Sanidad	Febrero 2022	Diciembre 2023
8.2. Implementación íntegra de las recomendaciones recogidas en las Estrategias de Salud del SNS que se refieran a este ámbitol asistencial dedicando los recursos necesarios para tal fin.	Abril 2022	Diciembre 2023
8.3. Impulso a la mejora continua de la interoperabilidad de las historias de salud digitales autonómicas como principal elemento de intercambio de información entre profesionales de distintos ámbitos asistenciales al menos entre Atención Primaria y atención hospitalaria.	Enero 2022	Diciembre 2023
ORIENTACIÓN A LA COMUNIDAD		
9.1. Desarrollo de una Estrategia de Salud Comunitaria a nivel de CCAA.	Enero 2022	Diciembre 2022
9.2. Estrategia de formación en abordaje biopsicosocial y acción comunitaria.	Enero 2022	Diciembre 2023
9.3. Generar y facilitar estructuras y/o mecanismos de coordinación para trabajar en salud comunitaria, promoción de la salud y prevención entre Atención Primaria, Salud Pública y otros sectores y actores en los diferentes niveles territoriales: comunidad autónoma, municipio y barrio.	Enero 2023	Marzo 2023
9.4. Enlace a herramientas de recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios en la Historia de Salud Digital.	Enero 2022	Junio 2023
9.5. Definición de los condicionantes sociales y del contexto familiar de los/las pacientes que sería recomendable incluir en la Historia de Salud Digital de manera homogénea a través de un grupo de trabajo formado con las CCAA y el Ministerio de Sanidad.	Enero 2023	Septiembre 2023

Acciones del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria	*Fecha Inicio*	*Fecha Fin*
EMPODERA-AP		
10.1. Elaboración de una estrategia de comunicación crítica y veraz para poner en valor la Atención Primaria (su impacto en salud y equidad, su organización y el papel de cada profesional del equipo de Atención Primaria, y visibilizar el trabajo realizado).	Enero 2022	Diciembre 2022
10.2. Mejora de la visibilidad del trabajo de la Atención Primaria a través de una mayor y mejor difusión pública de los datos recopilados en los sistemas de información centralizada del SNS, de forma accesible, intuitiva, abierta y multidispositivo.	Enero 2023	Diciembre 2023
GOBERNANZA EN AP		
11.1. Definición e implementación de un modelo de gobernanza que permita la autonomía en la gestión clínica de los centros de salud, potencie la participación de los profesionales y de la ciudadanía y oriente la gestión hacia la mejora de los resultados en salud.	Enero 2022	Diciembre 2022
11.2. Instauración en todos los centros de salud de acuerdos de gestión anuales con indicadores de seguimiento (contrato programa).	Enero 2022	Diciembre 2023
ACCESIBILIDAD Y GESTIÓN DE LA DEMANDA		
12.1. Definición e implementación de los objetivos de accesibilidad en función de las necesidades asistenciales.	Enero 2022	Diciembre 2022
12.2. Gestión de las solicitudes de atención en las primeras 24 horas.	Enero 2022	Diciembre 2022
12.3. Definición e implementación de un modelo de gestión integral de la demanda con intervención de todos los profesionales del equipo de Atención Primaria adaptado a las necesidades demandadas por la ciudadanía.	Enero 2022	Diciembre 2022
12.4. Fomento de la autonomía de los profesionales para la gestión de las agendas en coordinación con las direcciones de Atención Primaria y alineada con los criterios establecidos y con los objetivos definidos.	Enero 2022	Diciembre 2022
12.5. Establecimiento de la accesibilidad inmediata (en las primeras 24 horas) en los problemas de salud no demorables.	Enero 2022	Diciembre 2022
I + D + I		
13.1. Establecer un mapa de situación de I+D en Atención Primaria (recursos de apoyo metodológico, infraestructuras para I+D en centros de salud, grupos de investigación reconocidos, personas investigadoras con proyectos activos financiados en convocatorias competitivas públicas, participación en Institutos de Investigación Sanitaria acreditados, unidades de investigación en gerencias de Atención Primaria…) con actualización periódica.	Febrero 2022	Diciembre 2023
13.2 Establecer convocatorias competitivas y no competitivas específicas para Atención Primaria que favorezcan el inicio de la investigación y tengan apoyo metodológico.	Febrero 2022	Diciembre 2023
13.3 Promoción de la investigación cooperativa en Red específica de Atención Primaria: priorización en las convocatorias de redes en la Acción Estratégica en Salud (AES).	Enero 2022	Diciembre 2022

Acciones del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria	*Fecha Inicio*	*Fecha Fin*
13.4. En el programa de intensificación de actividad investigadora de la AES, promover la participación de investigadores con actividad clínica en Atención Primaria.	Enero 2022	Diciembre 2023
13.5. Seguimiento anual del porcentaje de investigadores de Atención Primaria incorporados dentro de los IIS, como criterio para mantener su acreditación por el ISCIII.	Enero 2022	Diciembre 2023
13.6. Promoción y soporte de la participación de Grupos de Investigación de atención primaria en proyectos europeos: difusión y apoyo dirigido.	Enero 2022	Diciembre 2023

ANEXO 52

ACUERDO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SOBRE LAS MEDIDAS PARA LOS EVENTOS DEPORTIVOS MULTITUDINARIOS, INCUIDOS LOS DE LA LIGA PROFESIONAL DE FUTBOL Y LIGA ACB

Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ACUERDO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SOBRE LAS MEDIDAS PARA LOS EVENTOS DEPORTIVOS MULTITUDINARIOS, INCUIDOS LOS DE LA LIGA PROFESIONAL DE FUTBOL Y LIGA ACB

La reactivación progresiva de eventos deportivos multitudinarios producida debe acompañarse de medidas preventivas y de control a fin de garantizar su realización en las máximas condiciones de seguridad, disminuyendo el riesgo de contagio y propagación de la COVID-19.

Los eventos deportivos multitudinarios implican aglomeración de un gran número de personas, que pueden proceder de territorios con diferentes situaciones epidemiológicas, y que, por tanto, pueden contribuir a la transmisión de la COVID-19 si no se toman las medidas oportunas. Se celebran en espacios acotados, ya sean establecimientos, recintos, locales o similares, tanto al aire libre como en interiores, que disponen de una organización que permite la aplicación de medidas de control de la trasmisión de virus respiratorios como el SARS-CoV-2.

La gestión de este tipo de eventos requiere un abordaje en el que se deben tener en cuenta la situación epidemiológica, las características del evento y la posibilidad de adoptar medidas para mitigar los riesgos. En relación con los aspectos organizativos, es fundamental tener en cuenta la evaluación y control de aspectos como los aforos, la sectorización y trazabilidad de los asistentes, la necesidad de mantener la distancia entre asistentes, el uso obligatorio de la mascarilla, los accesos, el movimiento de asistentes en las zonas comunes, la posibilidad de aglomeraciones-avalanchas, las medidas de limpieza, higiene y desinfección, así como la ventilación de espacios interiores, la pertinencia de no permitir determinadas actividades como el consumo de bebida, comida, o tabaco y productos relacionados entre el público asistente, o el requerimiento a los asistentes relativos a la toma de temperatura.

En estos momentos, existe un elevado porcentaje de población inmunizada frente a la COVID-19, sin olvidar, no obstante, que la pauta completa de vacunación no asegura de forma individual la imposibilidad de ser infectado o ser transmisor del virus a otras personas.

En este documento se incluyen medidas específicas para las competiciones deportivas de la Liga Nacional de Fútbol Profesional y la Liga de la Asociación de Clubs de Baloncesto (ACB), así como de otras competiciones y eventos deportivos multitudinarios.

Las medidas contenidas en este Acuerdo **son comunes y de mínimos para todo el territorio español para el periodo comprendido entre el 01 de enero de 2022 y el 31 de enero de 2022, ambos inclusive, sin perjuicio de que puedan actualizarse con anterioridad en función de la situación epidemiológica**.

Adicionalmente a este Acuerdo, las autoridades competentes podrán añadir otras medidas en base a la evolución de la pandemia, el impacto de las campañas de vacunación en la situación epidemiológica y cualquier nuevo conocimiento que se genere sobre el control de la transmisión de SARS-CoV-2.

Para el resto de eventos o actividades deportivas se tendrán en cuenta lo dispuesto en documentos existentes:

Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19[1]. Este documento propone criterios comunes para la interpretación de los indicadores básicos en el Sistema

[1] https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Indicadores_de_riesgo_COVID.pdf

Nacional de Salud, y establece unos niveles de alerta que determinen actuaciones proporcionales al nivel de riesgo de transmisión de SARS-CoV-2 según la situación, la actividad y el contexto de cada territorio.

Recomendaciones para eventos y actividades multitudinarias en el contexto de nueva normalidad por COVID-19 en España[2]. Este documento proporciona un marco general para evaluar los riesgos de transmisión de SARS-CoV-2 asociados con eventos o actividades multitudinarias y reducir su posible impacto mediante la adopción de medidas oportunas.

A la vista de lo anterior, en su sesión del 29 de diciembre de 2021, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo previsto en el artículo 151.2 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, así como en el marco de lo previsto en los artículos 69 y siguientes de la ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema nacional de Salud,

ACUERDA

Las siguientes medidas hasta el 31 de enero de 2022, sin perjuicio de que puedan actualizarse con anterioridad en función de la situación epidemiológica:

1. AFOROS

Se propone un aforo máximo de hasta un 75%, para eventos en recintos abiertos y un aforo máximo de hasta un 50% para eventos en recintos cerrados.

Los asistentes a los eventos serán preferentemente personas abonadas y público local.

Los entrenamientos se realizarán preferentemente sin público y, en todo caso, con los límites de aforo máximo establecidos anteriormente.

2. ORGANIZACIÓN DE LOS ACCESOS, SECTORIZACIÓN, Y MOVIMIENTO DE ASISTENTES

El uso controlado de los espacios comunes por parte de los asistentes estará sujeta a un estricto control del personal del evento.

Organización de la entrada y salida al evento:

Los organizadores del evento deben garantizar el personal suficiente de seguridad dentro y fuera del lugar donde se desarrolle el evento para evitar aglomeraciones.

Se fijarán franjas horarias para el acceso escalonado del público por zonas y sectores, comenzando por aquellos más alejados de la salida. El procedimiento será inverso para la salida.

Organización sectorial del evento:

---

2 https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Recomendaciones_eventos_masivos.pdf

Se establecerán sectores independientes, respetando en todo momento las normas de seguridad y evacuación. Se designará un punto de acceso por cada sector, y las zonas de paso y separación entre los sectores serán de al menos 2 metros de ancho.

Cada sector debe tener una zona de aseos independiente y delimitada, donde, igualmente, se garantice la distancia interpersonal (tanto en el acceso como en los aseos propiamente dichos).

Las localidades se preasignarán con anterioridad a la celebración del evento, aunque dicho evento sea de acceso gratuito.

Organización del movimiento de asistentes:

Se adoptarán las medidas que sean necesarias para evitar posibles aglomeraciones.

Se señalizarán claramente los accesos a zonas de aseos, garantizándose que se cumplen en ellos las medidas de distanciamiento, higiene y prevención y el uso adecuado de la mascarilla.

3. USO DE LA MASCARILLA

Se reforzará la vigilancia del cumplimiento de la obligatoriedad del uso de mascarilla durante la permanencia en el evento (incluida el área de aseos), así como en los momentos de entrada y salida del mismo.

Se debe reforzar la transmisión de este mensaje a los potenciales asistentes.

4. CONSUMO DE BEBIDA Y COMIDA

Con carácter general, no se permitirá la venta ni el consumo de alimentos y bebidas durante el evento deportivo.

Excepcionalmente se podrá permitir el consumo de agua (a través de un sistema itinerante para los asistentes, o portada por ellos mismos).

5. TABACO Y PRODUCTOS RELACIONADOS

No se permitirá el consumo de tabaco y de productos relacionados (DSLN o cigarrillos electrónicos y de productos a base de hierbas para fumar) durante el evento deportivo (tanto en espacios interiores como exteriores).

6. VENTILACIÓN DE ESPACIOS INTERIORES

Se recomienda la ventilación natural de forma permanente, para favorecer la circulación de aire y garantizar un barrido eficaz por todo el espacio. Si ésta no es posible, se utilizará ventilación forzada (mecánica), debiendo aumentarse el suministro de aire exterior y disminuir la fracción de aire recirculado al máximo, con el fin de obtener una adecuada renovación de aire.

La instalación, revisión y mantenimiento de los sistemas de ventilación mecánica se realizarán por técnicos profesionales cualificados para adaptar el sistema de ventilación forzada o mecánica a las especificaciones

del establecimiento. Estos deben aplicar las buenas prácticas que el Ministerio de Sanidad recoge en su documento técnico[3].

7. INDICACIONES SANITARIAS

Se recordará la obligación de respetar las indicaciones sanitarias en todo momento. No acudirán al evento deportivo las personas que presenten sintomatología compatible con COVID-19, así como aquellas que se encuentren en aislamiento por diagnóstico de COVID-19, o en periodo de cuarentena por contacto estrecho con un caso de COVID-19.

Se debe reforzar la transmisión de este mensaje a los potenciales asistentes.

8. MEDIDAS DE INFORMACIÓN Y SEÑALIZACIÓN

Antes de la celebración del evento deportivo se comunicarán los detalles de acceso, franjas horarias, medidas de seguridad sanitaria y condiciones de admisión.

Se dispondrá de carteles u otros medios informativos en los accesos principales y demás dependencias sobre las medidas preventivas y de seguridad sanitarias. Se señalizarán las rutas para mantener el distanciamiento y evitar aglomeraciones.

Se expondrá el aforo máximo y se establecerán sistemas de control del mismo.

Se realizarán, mediante megafonía y/o pantallas, los avisos que sean oportunos, en especial, se harán recordatorios de la obligatoriedad del uso de mascarilla durante la permanencia en el evento (incluida el área de aseos), así como en los momentos de entrada y salida del mismo.

9. MEDIDAS DE LIMPIEZA, HIGIENE Y DESINFECCIÓN

Disposición de un protocolo de limpieza y desinfección.

10. SALUD DE LOS TRABAJADORES

Los responsables de la empresa organizadora del evento deben poner en marcha los mecanismos necesarios para la protección de los trabajadores y asegurarse de que todo el personal trabajador y todas las personas que ingresen en el recinto sean conocedoras de las normas de prevención.

---

3 https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Recomendaciones_de_operacion_y_mantenimiento.pdf