



Pacto por la Sanidad

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Propuesta de consenso

**Conclusiones de los comités
institucionales del Pacto por la Sanidad**



Sumario:

Página:

- Comité Institucional de Políticas de Recursos Humanos 3
- Comité Institucional de Cartera de Servicios; Centros, Servicios y Unidades de Referencia y Listas de Espera 8
- Comité Institucional para la Racionalización del Gasto Sanitario 12
- Comité Institucional de Políticas de Calidad e Innovación 17
- Comité Institucional para el desarrollo de una Política de Salud Pública 21
- Comité Institucional para las Políticas de Salud sobre el Consumo de Drogas 24



Comité Institucional de Políticas de Recursos Humanos

Los recursos humanos son uno de los pilares básicos del Sistema Nacional de Salud (SNS). Son los profesionales quienes atienden a los pacientes y a los ciudadanos. Su trabajo es consistentemente bien valorado por ellos, a menudo por encima de los factores tecnológicos y organizacionales. No cabe duda de que las políticas de recursos humanos inciden de forma decisiva en la calidad y en la eficiencia de la atención sanitaria del SNS. En los países desarrollados, la retribución de los profesionales es, y seguirá siendo, la de mayor peso proporcional dentro del gasto.

Por estas razones, las administraciones sanitarias deberían establecer unas líneas básicas para las políticas de recursos humanos a fin de consolidar un modelo de actuación basado en: i) la búsqueda del equilibrio entre la oferta y las necesidades de profesionales, ii) una dotación adecuada de los mismos de acuerdo a estándares aplicables al SNS iii) su adecuada motivación, iv) la excelencia de su formación, y v) el fortalecimiento de su compromiso con el sistema sanitario público.

De igual modo y por la influencia directa que tienen sobre los profesionales, los servicios y la atención a la población, se deberá considerar la incorporación en las estrategias de planificación y gestión de los recursos humanos otros elementos como: las áreas de conocimiento médico emergentes, la producción constante de conocimiento en áreas ya existentes, los retos de atención al paciente en condiciones de seguridad clínica y su incorporación en las decisiones individuales y estratégicas de salud y la necesaria sostenibilidad del sistema sanitario público que nos obligan a impulsar la innovación y la mejora continua, proponiendo la necesaria definición de un modelo de gestión del conocimiento del SNS que aborde el impulso de redes y nodos que promueva y difundan la innovación en organización de servicios, la promoción de la investigación traslacional, en el desarrollo de perfiles profesionales y en la implantación de modelos de aprendizaje más eficaces y eficientes, todo ello con la máxima utilización de las tecnologías de la información y comunicación

En materia de planificación de recursos humanos deberán adoptarse medidas que permitan asegurar un número suficiente de profesionales para atender las necesidades del SNS en el mediano y el largo plazo. Esta planificación tiene que acompañarse de medidas de gestión de personal y de organización de los servicios que permitan hacer frente a los desequilibrios entre oferta y demanda de profesionales, y que sean consistentes con aquellas.

La formación de los profesionales sanitarios debe ser vista como un proceso continuo que empieza en el grado, prosigue con la formación especializada y se mantiene a lo largo de toda la vida del profesional con la formación continuada, que ha de ser acreditada y evaluada para de este modo dar consistencia y coherencia al modelo de desarrollo profesional, como elemento de incentivación y reconocimiento público e institucional de los profesionales.



Las actuaciones que se realicen en el ámbito de los recursos humanos deben ser coherentes con las impulsadas desde la Unión Europea. Por tanto, deben realizarse teniendo en cuenta el Espacio Europeo de Educación Superior, las directivas comunitarias generales que inciden en el sector y aquellas otras que le afectan o le pueden afectar de forma específica (por ejemplo, sobre formación de profesionales, titulaciones, la futura directiva sobre derechos de los pacientes en la atención transfronteriza, etc.)

Además, en aspectos relacionados con la demografía sanitaria, se han de considerar también las recomendaciones que se recogen en documentos de la Organización Mundial de la Salud [Colaboraremos por la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo. 2006. OMS] y de la Unión Europea [Libro Verde de las Profesiones Sanitarias] [Human Resources for Health in Europe. 2006]

Como es sabido, en España la gestión de los recursos humanos está descentralizada en las Comunidades Autónomas y sus respectivos servicios de salud. Sin embargo, ello no debería impedir definir una serie de aspectos sobre los que, respetando las competencias propias de cada administración, puedan articularse acuerdos tendentes a mejorar la cohesión y la calidad del SNS.

El objetivo general de este documento es establecer un marco estratégico común para las políticas de recursos humanos del SNS, con pleno respeto a las competencias del Estado y de las Comunidades Autónomas. Este marco debería funcionar como un referente en el dialogo de las administraciones sanitarias con los agentes sociales, y contribuir a fortalecer la cohesión y la calidad de la atención del SNS.

PROPUESTA DE ACUERDOS

1. Planificación

1.1. Desarrollar una planificación de los recursos humanos que permita asegurar en número suficiente de profesionales, adaptando la oferta y la demanda de éstos a las necesidades del SNS considerando las distintas variables territoriales, funcionales y organizativas.

1.2. Establecer las herramientas necesarias para la planificación del Sistema Nacional de Salud, entre las que son prioritarias el desarrollo del registro de profesionales sanitarios del SNS y por ello se debe impulsar de modo firme su regulación y establecimiento por los responsables autonómicos así mismo se deben consensuar las variables que permitan la realización de estudios prospectivos, actualizar periódicamente dichos estudios, y definir y revisar estándares de necesidades de especialistas en particular y en su caso de otros profesionales sanitarios.

1.3. Definir los perfiles competenciales de las distintas profesiones sanitarias, valorando su incidencia en la organización de los servicios de salud. Para ello, los grupos de trabajo ya constituidos sobre enfermería, técnicos y auxiliares proseguirán sus trabajos en la línea acordada por la Comisión de Recursos



Humanos del SNS, y presentarán sus conclusiones en un plazo no superior a seis meses.

1.4 Reforzar la relación entre las administraciones educativas y universitarias para el establecimiento de nuevos marcos de trabajo y que permitan avanzar en los desarrollos normativos apropiados.

1.5 Desarrollar perfiles profesionales de gestión y servicios, tales técnicos, juristas, economistas, sociólogos, psicólogos, profesores de primaria y secundaria, etc, con alta capacidad de implicación, y de generación de conocimiento en el ámbito de la salud y de responsabilidad para un buen funcionamiento de las organizaciones sanitarias.

2. Gestión de personal y organización de los servicios.

2.1. Desarrollar un sistema de información de Recursos Humanos para el SNS, que forme parte y dé soporte a un Observatorio de Políticas de Recursos Humanos del SNS, y donde se recoja información sobre carrera profesional (incorporando el actual Observatorio de Carrera), retribuciones, jornadas, categorías y pactos sociales alcanzados en las diferentes servicios de salud, todo ello con la finalidad de minimizar las dificultades existentes a la hora de valorar los diferentes elementos del mercado de trabajo, de manera que se consiga mantener un nivel de corresponsabilidad entre la Administración y los representantes de los trabajadores, promoviendo el equilibrio en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

2.2 Acordar políticas comunes sobre aspectos relacionados con la aplicación de la normativa básica aplicable a la relación funcional especial del personal estatutario, clarificando los problemas de solapamiento normativo que, en determinadas materias, se han producido entre el Estatuto Marco y el Estatuto Básico del Empleado Público, y estableciendo la aplicación preferente de las especialidades normativas contenidas en el Estatuto Marco en adecuación a las singularidades del servicio sanitario

2.3. Desarrollar un marco estratégico común sobre retribuciones, condiciones laborales, selección, provisión de plazas, traslados y categorías profesionales.

2.4 Garantizar la incorporación del reconocimiento adecuado de la formación y la investigación potenciando el papel de ambas en la carrera de los profesionales del sistema sanitario así como impulsar líneas de investigación en sociedad y salud.

2.5 Analizar el impacto de la feminización de las profesiones sanitarias.

2.6.- Mantener en el Ministerio de Sanidad un sistema actualizado de categorías profesionales existentes en cada servicio de salud, y homologadas, que garantice el derecho de libre circulación o movilidad de los profesionales en el conjunto del SNS.



2.7.- Fomentar el análisis previo, y participación, de las Administraciones Sanitarias autonómicas y estatal, en materias objeto de negociación en la Mesa General de Negociación, cuando se negocien condiciones de trabajo que afecten al personal estatutario de los Servicios de Salud.

3. Formación

3.1. Adaptar los sistemas de formación especializada a las necesidades de los profesionales, de la sociedad y de los servicios de salud, desarrollando el sistema troncal de formación especializada, regulando la reespecialización, desarrollando las Áreas de Capacitación Específica (ACES) y potenciando el desarrollo profesional continuo. Para ello:

1. Se impulsará la troncalidad de las especialidades sanitarias en línea con los trabajos que está desarrollando la Comisión de RRHH del SNS.
2. Revisión y actualización del catálogo de especialidades. En esta misma línea se debe iniciar una revisión y actualización del Catálogo de Especialidades acordes a las actuales prestaciones sanitarias (Cuidados Paliativos, Urgencias y Emergencias...)
3. Se definirán los diferentes modelos de reespecialización que prevé la LOPS
4. Se definirán las diferentes ACES, en consonancia con el modelo formativo resultante en aplicación de la troncalidad y el nuevo mapa de especialidades y se promoverá la identificación de una red de servicios acreditados para la formación en ACES.
5. Se consolidará el sistema de acreditación de actividades de formación continuada del SNS, se definirán los diplomas de acreditación de y de acreditación avanzada y se impulsará la certificación y recertificación de los profesionales promoviendo la coordinación entre los diferentes órganos de las comunidades autónomas y las agencias certificadoras de las administraciones sanitaria y universitaria.

3.2. Adecuar la oferta de plazas y los contenidos formativos de las diferentes titulaciones sanitarias, así como la titulación de los especialistas a la capacidad docente del SNS garantizando el nivel de calidad y el carácter continuo de la formación potenciando el papel de la Agencia de Calidad del SNS y la colaboración de las agencias certificadoras de las comunidades autónomas.

3.3. Completar el desarrollo del Real Decreto 183 y su aplicación a las Comisiones de Docencia y demás estructuras docentes, como elemento de mejora en la gestión de la formación especializada.

3.4 Potenciar la formación en diseño curricular y en metodologías docentes para profesionales sanitarios promoviendo la constitución de una red de expertos en educación en ciencias de la salud.

3.5 Impulsar el conocimiento y desarrollo en su caso de competencias de acción sociosanitaria de los profesionales del sistema nacional de salud.



4. Coordinación y cohesión

4.1 La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, creada por la LOPS, se considera el órgano de coordinación y cohesión adecuado para la definición de las estrategias concretas en el desarrollo de los diferentes acuerdos alcanzados por el Comité Institucional de RRHH.

4.2 Debe estimularse que, tanto en Comisión Técnica Delegada como en el Pleno, se establezca un funcionamiento suficientemente dinámico que posibilite el debate específico de cada uno de los temas del Pacto en el ámbito de los RRHH, promoviéndose para ello la celebración de sesiones monográficas que permitan la definición y ejecución de acciones concretas.

5. Estrategias de cooperación internacional en materia de recursos humanos

Las administraciones sanitarias españolas son conscientes del papel que el SNS juega en el escenario internacional y en el desarrollo de las políticas de salud de la OMS y de la UE. En consecuencia:

5.1 Se definirán estrategias básicas comunes de cooperación para la formación de profesionales sanitarios, con la intención de colaborar en el fortalecimiento de los sistemas de salud en los países en desarrollo.

5.2 Se establecerán las bases para modelos de colaboración bidireccional con los países proveedores de profesionales sanitarios que garanticen el respeto a los criterios éticos para su reclutamiento y que garanticen la formación de calidad de estos profesionales.

5.3 Con vistas a lo anterior, y sin perjuicio de otras acciones que puedan emprenderse, se diseñarán líneas comunes de colaboración con los servicios asistenciales y centros de formación de profesionales sanitarios de excelencia en los diferentes países europeos.



Comité Institucional de Cartera de Servicios, Centros, Servicios y Unidades de Referencia y Listas de Espera

La cohesión del Sistema Nacional de Salud (SNS) en lo relativo a las prestaciones sanitarias y a centros, servicios y unidades de referencia (CSUR) es indispensable para garantizar la equidad en el acceso y la eficiencia en la atención sanitaria de todos los españoles.

La cartera de servicios comunes del SNS tiene una doble trascendencia: por un lado, garantiza prestaciones sanitarias de calidad a todos los usuarios del SNS y, por otro, tiene una clara repercusión en la financiación, ya que cualquier modificación en las prestaciones tiene su impacto en el gasto del sistema sanitario público.

La designación de CSUR tiene como objetivo garantizar la calidad, la seguridad y la eficiencia de la atención sanitaria a aquellas patologías que, por distintas razones, precisan una concentración de casos y de los recursos diagnósticos y terapéuticos. El sistema de designación se ha de sustentar sobre la base de la mejor evidencia disponible, en procedimientos de acreditación reglados y en la participación de las administraciones interesadas en la toma de decisiones.

La existencia de demoras en el acceso a los servicios sanitarios es común a muchos sistemas de salud. En nuestro país, las comunidades autónomas (CCAA) han aprobado normas sobre garantías de tiempos máximos de espera, sin perjuicio de lo cual en diversas ocasiones han manifestado la necesidad de que exista una norma básica y común para todo el SNS.

En el momento actual, se cuenta con regulación sobre la incorporación o exclusión de técnicas, tecnologías y procedimientos (Orden SCO/3422/2007, por la que se desarrolla el procedimiento de actualización de la cartera de servicios comunes del SNS), así como sobre la designación de CSUR (Real Decreto 1302/2006, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los CSUR del SNS).

En ambos terrenos el papel del Consejo Interterritorial y de los órganos que de él dependen (la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación y el Comité de Designación de CSUR del SNS) es muy relevante.

En la actualidad se dispone de experiencia, tanto en lo referente a la actualización de la cartera de servicios como en la designación de CSUR (se han designado 68 centros durante los ejercicios de 2008 y 2009). De ella se debe partir a la hora de formular compromisos de mediano plazo entre la Administración General del Estado y las CCAA, dirigidos a aumentar la eficacia y eficiencia de las prestaciones sanitarias.



A continuación se detallan los posibles acuerdos derivados de las reuniones celebradas por el Comité Institucional los días 30 de septiembre, 12 de noviembre de 2008 y 12 de febrero de 2009. También se han considerado las aportaciones recibidas de distintas organizaciones profesionales y agentes sociales.

CARTERA DE SERVICIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1.- Mayor coordinación en las carteras de servicios

- Potenciar la coordinación en esta materia entre las administraciones con base a lo establecido en el art.11 del Real Decreto 1030/2006, respetando las competencias de las CCAA en la introducción de prestaciones complementarias en sus carteras de servicios.
- El Consejo Interterritorial debe conocer, debatir y, en su caso, realizar recomendaciones sobre las prestaciones comunes y complementarias que vayan a ser establecidas tanto por la Administración General del Estado como por las CCAA.

2.- Evaluación previa a la inclusión en la cartera de servicios comunes.

- Proseguir, en el seno de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, el trabajo de priorización y análisis de las solicitudes de actualización de cartera, teniendo en cuenta tanto su impacto poblacional como las disponibilidades existentes.
- Continuar reforzando las acciones de potenciación de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, mejorando su capacidad de coordinación y de trabajo en red e incrementando la difusión de sus informes técnicos. En particular, se requiere impulsar la detección de técnicas, tecnologías y procedimientos emergentes, tal como se recoge en la Orden SCO /3422/200

3.- Desarrollar la cartera actual de servicios comunes

- Avanzar en la concreción de la actual cartera de servicios comunes. En particular, precisar el contenido del apartado de la atención especializada para clarificar si determinadas tecnologías, procedimientos e indicaciones se hallan incluidos o no entre las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.
- Impulsar el desarrollo de la atención a la discapacidad sobre la base de una creciente coordinación entre el Sistema de Salud y los Servicios Sociales, con particular atención a la asistencia en el ámbito domiciliario.



- Promover las garantías de accesibilidad a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, impulsando la eliminación de barreras para el acceso de las personas con discapacidad.

4.- Estrategias de desarrollo de sistemas de información de cartera de servicios

- Impulsar el desarrollo del sistema de información de la cartera de servicios en el que se recoja el contenido de la cartera común del SNS y el de las carteras complementarias de las CCAA, conforme a lo dispuesto en el artículo 12 del Real Decreto 1030/2006.
- Continuar desarrollando sistemas de información y guías descriptivas para diferentes prestaciones tales como: productos dietéticos, ortoprótesis e implantes quirúrgicos.
- Utilizar plataformas de intercambio de información (eRoom) entre el Ministerio y las CCAA que permitan compartir las diferentes actuaciones en relación con las carteras de servicios comunes y complementarias.

5.- Estrategias para una gestión más eficiente de las compras en el Sistema Nacional de Salud.

- Compartir información sobre precios, características y calidades de los productos.
- Desarrollar el acuerdo del Consejo Interterritorial sobre importes máximos de financiación para los productos dietéticos (en aplicación de la Ley 53/2002, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social) y preparar las propuestas correspondientes a ortoprótesis e implantes quirúrgicos.

CENTROS, SERVICIOS Y UNIDADES DE REFERENCIA DEL SNS

Estrategias de consolidación del proceso de designación de centros, servicios y unidades de referencia

- Avanzar en la consolidación del proceso en marcha, completando la determinación de las patologías y técnicas a atender en CSUR, incluidas las enfermedades raras, e impulsando la mejora continuada del procedimiento a través de su evaluación anual con indicadores de proceso y resultados.
- Impulsar los registros de pacientes en los CSUR ya designados, para recoger la información del proceso de atención y obtener los indicadores de procedimiento y resultados que en cada caso se definan.



- Elaborar protocolos de atención y guías de práctica clínica para las patologías que tienen designados CSUR, con la participación de los centros.
- Favorecer la coordinación entre los CSUR y el resto del sistema sanitario para facilitar una atención continuada a los pacientes.
- En el marco de la Unión Europea, seguir defendiendo el principio de que los centros de referencia europeos deberán serlo con el acuerdo previo de los Estados Miembros.

TIEMPOS DE ESPERA EN EL SNS

Estrategia de establecimiento de garantías de tiempos máximos de espera

- Desarrollar una norma básica y común en materia de garantías de tiempos máximos de espera para todo el SNS. Para su desarrollo se ha de partir de la consolidación de los sistemas de información sobre tiempos de espera en intervenciones quirúrgicas, consultas externas y pruebas diagnósticas ya existentes y alcanzar un consenso sobre las prestaciones que han de tener tiempos de atención garantizados.



Comité Institucional para la Racionalización del Gasto Sanitario

ESTRATEGIAS PARA UNA GESTIÓN COMÚN Y EFICIENTE DE LAS COMPRAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

- El Comité propone que todos los servicios regionales de salud adopten políticas de centralización de las compras, dados los resultados positivos alcanzados en las Comunidades Autónomas que han puesto en marcha este tipo de iniciativas.
- En este ámbito se considera la conveniencia de compartir información sobre precios, características y calidades de los productos ya que estas actuaciones podrían redundar en una menor variabilidad y en una reducción de los precios.
- Se propone la constitución de un equipo técnico, integrado por representantes de la Comunidades e impulsado y coordinado por el Ministerio de Sanidad, para el desarrollo del sistema que permita dicho intercambio.

ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS DE GESTIÓN DESARROLLADAS A NIVEL MACRO EN NUESTRO PAÍS

El Comité Institucional:

- Considera necesario compartir información sobre las características de las experiencias de los diferentes modelos de gestión que se desarrollan en el conjunto del Sistema Nacional de Salud y sus resultados en términos de salud y de eficiencia mediante la realización de estudios ad hoc que se encargarán desde el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Los resultados servirán para arrojar luz e información útil para la toma de decisiones.
- Propone al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que, en una próxima reunión, proceda al encargo de los trabajos sobre las experiencias de gestión mencionados en el apartado anterior. Dichos trabajos deberán delimitar claramente el contexto del estudio, ofrecer información verificable sobre experiencias contrastadas y basadas en evidencias, no en percepciones, y, en la medida de lo posible, incluir también los resultados en salud.



EVALUACIÓN DE INICIATIVAS DE GESTIÓN CLÍNICA DESARROLLADAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD

El Comité Institucional:

- Considera conveniente compartir información sobre las características de las experiencias desarrolladas en los servicios de salud y conocer su impacto en la eficiencia de la gestión de recursos, con estudios ad hoc encargados desde el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- Propone al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que en una próxima reunión, proceda al encargo de los trabajos sobre iniciativas de gestión clínica mencionados en el apartado anterior.
- Recomienda la progresiva implantación, ampliación y/o homogeneización de los sistemas de contabilidad analítica en los sistemas regionales de salud de forma que permitan el conocimiento detallado de los costes vinculados a la asistencia sanitaria, la comparación y benchmarking entre CCAA y, con ello, el incremento en la disponibilidad de información para la mejora de la eficiencia. El desarrollo los trabajos de homogeneización debe llevarse a cabo con el liderazgo y coordinación del Ministerio de Sanidad.

ESTRATEGIAS DE INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA EL USO CORRECTO DE SERVICIOS POR PARTE DE LOS CIUDADANOS

El Comité institucional:

- Considera conveniente articular acciones institucionales que contemplen la realización de campañas y acciones informativas y educativas dirigidas tanto a ciudadanos en general como a usuarios de la sanidad, con el objetivo de promover un uso correcto de los servicios sanitarios.
- Propone al Consejo Interterritorial que defina, para todo el conjunto del Estado, los contenidos de los mensajes institucionales, que habrán de ser homogéneos e iguales, para todas las campañas que se realicen tanto por la Administración del Estado como por las Comunidades Autónomas. Igualmente se propone que el inicio y desarrollo de las campañas y acciones previstas se haga de forma simultánea, para conseguir un efecto multiplicador y llegar así mejor al ciudadano, implicando a los sectores extrasanitarios y evitando efectos indeseados.



ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DE LA CAPACIDAD DE COBRO A TERCEROS

El Comité Institucional:

- Propone la constitución de un grupo de trabajo técnico integrado por representantes de las Comunidades e impulsado y coordinado por el Ministerio de Sanidad, para compartir experiencias, coordinar y establecer acciones conjuntas y mejoras que permitan la detección de asistencias facturables, agilizar la gestión del cobro y buscar soluciones a los problemas existentes en la facturación a terceros, bien se deba a la existencia de una lesión facturable, a la condición del asegurado o a la existencia de un tercer país obligado al pago.
- Considera necesario avanzar en los trabajos de armonización de tarifas a través del equipo técnico ya creado a tal efecto, con el objetivo final de que el Ministerio establezca unas tarifas para el cobro de la actividad que deban abonar otros estados.

EFICIENCIA EN LA AUTORIZACIÓN Y USO DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS

El Comité Institucional considera necesario:

- Seguir reforzando y potenciando las acciones de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
- Mejorar e incrementar la coordinación y el trabajo en red de las Agencias.
- Potenciar al máximo la difusión y el conocimiento de sus informes técnicos, a través de diversas vías, tales como “GuíaSalud”, biblioteca del Sistema Nacional de Salud (SNS) en la que participan las [17 Comunidades Autónomas](#), que promueve la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica (GPC) y otras herramientas y productos basados en la evidencia científica.
- Seguir trabajando y potenciando la capacitación de los profesionales en evaluación de tecnologías sanitarias.

ESTRATEGIAS PARA EL USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS EN LA POBLACIÓN Y PARA EL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

El Comité Institucional considera conveniente:

- Trabajar en la adecuación de los formatos de presentación de los fármacos a criterios estandarizados (de acuerdo con la posología de su indicación principal), para evitar los excedentes de unidades de medicamentos en determinados tratamientos y en el desarrollo de



dispositivos y sistemas personalizados que ayuden al mejor cumplimiento de los tratamientos especialmente en pacientes crónicos polimedcados.

- Realizar acciones de educación sanitaria e información sobre uso adecuado de medicamentos y prevención de la automedicación.
- Impulsar actuaciones en la oferta de medicamentos con impacto en la atención primaria y también en atención hospitalaria.
- Revisar la actual normativa de publicidad y promoción de los medicamentos, así como incidir en la coordinación de la atención primaria y especializada.
- Continuar con las estrategias de Uso Racional del Medicamento que vienen llevándose a cabo en las Comunidades Autónomas en el ámbito de la atención primaria y avanzar más en atención hospitalaria.
- Estrategias para optimizar los mecanismos de financiación y oferta de medicamentos. Promoción de iniciativas que incidan sobre la oferta de medicamentos, especialmente sobre los aspectos de inclusión en la oferta pública, la fijación de precios, y la definición de las condiciones de financiación. En este sentido, sin perjuicio de las competencias que le corresponden al Ministerio de Sanidad y Política Social, se cree conveniente contar con la participación de las CCAA en el desarrollo de dichas políticas.

ESTRATEGIAS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE POLÍTICAS RETRIBUTIVAS COMUNES EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Comité Institucional considera conveniente:

- Establecer mecanismos que permitan limitar la actual espiral inflacionista, para lo que se podrían fijar bandas retributivas comunes para “conceptos retributivos iguales” existentes en todas las CCAA.
- Una revisión de los modelos retributivos, en general, que deberían modificarse para propiciar la retribución de la producción, el especial rendimiento, la excelencia y el cumplimiento de objetivos de la organización.
- La constitución de un Observatorio de Retribuciones del Sistema Nacional de Salud que facilite el intercambio de información sobre los criterios en relación a la política retributiva de las comunidades autónomas.



POLÍTICAS COMUNES EN RELACIÓN A PRÓTESIS Y TRANSPORTE SANITARIO

El Comité Institucional propone al Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud:

- La conveniencia de compartir e intercambiar información sobre indicaciones protésicas, los mecanismos de indicación que se siguen en las Comunidades Autónomas, y en igual sentido sobre otras prestaciones complementarias como el transporte sanitario.
- La constitución de un grupo de trabajo técnico, integrado por representantes de las Comunidades e impulsado y coordinado por el Ministerio de Sanidad, para plantear y resolver los problemas que generan los traslados de pacientes entre las distintas CCAA a través de la ordenación, el establecimiento de protocolos y criterios comunes.



Comité Institucional de Políticas de Calidad e Innovación

Este Comité Institucional de Políticas de Calidad e Innovación ha realizado hasta el momento tres reuniones presenciales (Madrid 30 de septiembre de 2008, Santiago de Compostela 16 de diciembre de 2008 y Madrid 20 de abril de 2009).

Este Comité reconoce los logros en materia de calidad e innovación en el SNS, así como los hitos que han supuesto para ello la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, aprobada en el 2003 y el Plan de Calidad que comenzó en 2006 y sigue en vigor. La colaboración entre las administraciones sanitarias y autonómicas ha sido la base para el desarrollo hasta el momento, y deberá serlo para la mejora en el futuro.

La Ley de Cohesión y Calidad tiene dos propósitos fundamentales: garantizar la cohesión entre los Servicios de Salud de un Sistema descentralizado y facilitar su modernización. Para plasmar el segundo objetivo en el título de dicha Ley se ha utilizado la palabra calidad, por entender que es el objetivo de la modernización del sistema sanitario.

La Ley de Cohesión y Calidad es el marco que define el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud para los próximos años. La actualización y modernización del Sistema Nacional de la Salud es una necesidad para garantizar que el sistema público se adapta a las necesidades de los ciudadanos.

El Plan de Calidad permite operativizar y financiar actuaciones concretas para la mejora del SNS.

Tras algo más de un lustro (desde el 2002) de haberse completado el proceso de descentralización del SNS, parece un buen momento para la reflexión conjunta y el establecimiento de líneas estratégicas de futuro comunes.

En este sentido, el OBJETIVO de este Comité es identificar aspectos de la calidad e innovación sanitaria que requieran de un esfuerzo conjunto para producir un avance, una mejora sustancial, en los procesos y resultados del SNS en estos campos.

En este marco y con este objetivo, se han definido 3 ejes transversales de actuación, que son principios generales del SNS.

- **Equidad**, considerando que la igualdad en el acceso a los servicios de salud es necesaria pero no suficiente para garantizarla. Asegurar una calidad homogénea en todos los procesos asistenciales para todas las personas, independientemente de sus características personales y



sociales (edad, sexo, lugar de residencia, clase social, nacionalidad, discapacidad), es la mejor manera de alcanzar la equidad.

- **Participación**, de todos los agentes implicados, sean profesionales como personas usuarias, como reconocimiento de derechos y para la mejora de la calidad, acercando los servicios sanitarios a quienes mejor conocen las necesidades en la práctica.
- **Gestión del conocimiento** de manera democrática y efectiva, promoviendo la reflexión inteligente y la generación de innovación en todos los ámbitos y niveles asistenciales, así como su difusión a todos los agentes implicados para que se incorpore en la toma de decisiones en la planificación y gestión de los servicios, en el ejercicio de la práctica clínica y en la participación informada de la ciudadanía.

Las líneas de acción son las siguientes:

- Estrategias de salud
- Sistemas de información
- Formación

ESTRATEGIAS DE SALUD

El trabajo aplicado en los últimos años por las distintas administraciones sanitarias españolas ha puesto en vanguardia a nuestros servicios sanitarios y ha permitido la colaboración institucional en aspectos tan relevantes como las Estrategias de Salud aprobadas unánimemente por el Consejo Interterritorial.

Los retos que se plantean para el futuro próximo, y que son motivo del presente Pacto por la Sanidad son los siguientes:

- Desarrollar la metodología de **evaluación** de las estrategias, de manera que permita compartir el conocimiento de lo realizado y de sus resultados para mejorar su calidad de manera continua. Debe ser una metodología elaborada por consenso con todas las partes implicadas, especialmente por todas las administraciones sanitarias, y que proporcione información tanto cuantitativa, con indicadores de procesos y resultados, como cualitativa, con análisis de buenas prácticas.
- Establecer mecanismos de **coordinación y cooperación** de las estrategias entre sí y de cada estrategia con los planes correspondientes en las CCAA, para mejorar la efectividad y eficiencia de los recursos destinados en todos los ámbitos.
- Desarrollar y evaluar la estrategia de **seguridad de pacientes**, con proyectos específicos en las unidades de cuidados intensivos y en atención primaria, mejorando la información a pacientes y la formación de profesionales, la cultura en seguridad, así como fomentar la notificación de incidentes y efectos adversos.



- Desarrollar y evaluar una estrategia de **equidad de género** en el SNS, que proporcione la guía para la aplicación de la *LEY ORGÁNICA 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres*, en Sanidad, incluyendo el abordaje de enfermedades específicas que presentan desigualdades de género, así como las acciones transversales a todas las actuaciones del SNS (sistemas de información, recursos humanos, planificación y prestación de servicios).
- Profundizar en el desarrollo y el impacto en la práctica clínica de las herramientas para la **evaluación de las tecnologías sanitarias y del conocimiento científico**, como son los informes de las Agencias de evaluación de tecnologías, las guías de práctica clínica y otras.
- Avanzar en la normalización de **estándares** de calidad de centros y unidades sanitarias.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Sistemas que generen conocimiento útil para mejorar tanto el SNS, proporcionando indicadores comunes a todos los servicios de salud que lo componen, como la práctica clínica, compartiendo la información de las historias clínicas. Así, en esta línea de acción, se plantean tres proyectos fundamentales:

- Análisis y mantenimiento de los **Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud** aprobados por el Consejo interterritorial y que suponen un importante elemento innovador para el análisis de la eficiencia y la cohesión del SNS. El correcto desarrollo de los subsistemas de información, bajo criterios de pertinencia y normalización son requisitos imprescindibles para lograr este objetivo.
- Desarrollo de proyectos de **interoperabilidad** de la información clínica en el Sistema Nacional de Salud de modo que los datos relevantes de salud de cada persona estén disponibles siempre que deban ser atendidos el cualquier punto del sistema, sea dentro o fuera de la CA donde residen. Para ello, deberá alcanzarse consenso sobre todos aquellos aspectos relativos a contenidos, sistemas de normalización y estándares de intercambio. Los dos principales proyectos se refieren a historia clínica y a receta electrónica en el SNS. Con los que se podrá disponer de información clínica (informes, pruebas diagnosticas, imagen digital) en cualquier punto del territorio español y se agilizará la prestación farmacéutica. Además las y los ciudadanos podrán tener acceso a su información clínica y saber dónde y cuándo ésta ha sido consultada.
- Análisis, desarrollo e implantación de un sistema que permita compartir **buenas prácticas** en materia de formación, calidad, y tecnologías y sistemas de información.



FORMACIÓN

- Del **personal sanitario**: los recursos humanos son la base de los servicios de salud, y la calidad y actualización continua de sus conocimientos, habilidades y actitudes, las herramientas para la buena práctica. Se plantea:
 - Fortalecer el proceso de **auditoria docente** de centros y unidades del Sistema Nacional de Salud para la formación de postgrado.
 - Impulsar el **acceso al conocimiento científico**, utilizando las tecnologías de la información y la comunicación, y en colaboración con las sociedades científicas y profesionales.

De la **ciudadanía**: facilitar información de calidad sobre salud y cuidados de la enfermedad a la población general, para mejorar su salud y su participación y la toma de decisiones en sus cuidados. También, se desarrollarán redes de pacientes para su formación, así como mecanismos para mejorar su acceso a información de calidad utilizando las tecnologías de la información y la comunicación.

Tras las reuniones celebradas en las que se debatieron estos temas, se plantea proponer los siguientes **acuerdos** de actuaciones conjunta para el futuro PACTO POR LA SANIDAD:

1. Garantizar la disponibilidad en el SNS de un conjunto priorizado de **indicadores** relevantes sobre la salud y el sistema sanitario (*Indicadores Clave*) que proporcionen información comparable entre todas las CCAA y de España con la UE.
2. Asegurar a la ciudadanía que la **información clínica** relevante para su atención sanitaria es **accesible** desde cualquier punto del SNS, bajo garantías de confidencialidad y protección de los datos.
3. Proveer al SNS de un mecanismo fiable y útil para que los profesionales realicen la **notificación de incidentes y efectos adversos** en la atención sanitaria, con el fin de mejorar la seguridad de los pacientes mediante el aprendizaje a partir de los errores.
4. **Evaluar** las estrategias, programas y planes de salud del SNS con metodología común basada en el mejor conocimiento científico e información sanitaria disponible.
5. Asegurar la sostenibilidad de las agencias de **evaluación de tecnologías** y su impacto en la toma de decisiones en la práctica clínica y de cuidados y en la evaluación de las de salud.



Comité Institucional para el Desarrollo de una Política de Salud Pública

SISTEMAS COORDINADOS DE INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA

Se acuerda que el Ministerio de Sanidad y Política Social en colaboración con las Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla establecerá un modelo de colaboración en Salud Pública que favorezca la integración de la información, aporte eficiencia, así como mayor vertebración, consolidación y armonización al Sistema Nacional de Salud. Para ello es necesario disponer de un sistema coordinado de información en Salud Pública con parámetros comunes, prioridades consensuadas, soportes tecnológicos y aplicaciones compatibles entre las distintas Administraciones.

CALENDARIO VACUNAL COMÚN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Sistema Nacional de Salud dispone de un calendario vacunal común acordado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 10 de octubre de 2007.

Se acuerda promover el fortalecimiento del calendario vacunal común. Para ello, mediante orden de la Ministra de Sanidad y Política Social, se definirán las modificaciones del mismo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial adoptado a propuesta de la Comisión de Salud Pública. La Comisión de Salud Pública revisará los criterios y procedimientos para hacer las modificaciones del calendario vacunal común asesorándose de los órganos que de ella dependen así como de otras instancias científicas que estime oportunas. Se valorará la posibilidad de una norma jurídica que respalde estas decisiones.

Se acuerda estudiar las estrategias de adquisición de las vacunas, al objeto de alcanzar la máxima eficiencia y la consideración de un sistema de incentivos que facilite la cohesión en el ámbito del calendario vacunal común.

POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

Desde un enfoque multidisciplinar se acuerda crear una nueva especialidad con formación específica en Salud Pública abierta a todas las disciplinas sanitarias y no sanitarias. El Espacio Educativo Europeo, en el marco de la formación de pregrado y postgrado, posibilita la creación de esta nueva especialidad que habilite a profesionales sanitarios y no sanitarios para trabajar en el área de la Salud Pública. En este sentido debe tenerse en cuenta la necesaria troncalidad en la formación que permita una cierta flexibilidad en el cambio de especialidad.

Se acuerda promover el desarrollo de una carrera profesional para todo el personal que trabaja en Salud Pública. Esta carrera debe ser homogénea en todo el territorio del Estado, con mecanismos equivalentes a los de otros



profesionales sanitarios que permitan reducir la pérdida de recursos humanos en Salud Pública y mejorar su reconocimiento social y laboral en el Sistema Nacional de Salud.

Se acuerda establecer los mecanismos necesarios para la creación de un perfil de Formación Profesional en Salud Pública.

Se acuerda asumir la aplicación del Catálogo de Competencias Profesionales en Salud Pública acordado por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) y la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) con las necesarias actualizaciones.

CARTERA DE SERVICIOS EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA

Se acuerda aprobar una Cartera de servicios comunes en Salud Pública que garantice estándares de calidad y equidad en todo el Estado. Para ello se hace preciso dar los siguientes pasos:

- Consolidar el proceso en marcha, reforzando el Grupo de Trabajo que estudia la Cartera de servicios comunes en Salud Pública dentro de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, completando la designación de los vocales que faltan para la representación de todas las Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.
- Establecer vínculos de conciliación y engarce con el resto de las Carteras de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, especialmente con las de Atención primaria y Atención especializada.
- Incorporar en el Proyecto de Ley de Salud Pública un capítulo que recoja los principios básicos y puntos relevantes de las Prestaciones de Salud Pública en el Sistema Nacional de Salud.
- Conexión permanente con el Comité Institucional de Cartera de Servicios Sanitarios y Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud, al objeto de conseguir la mejor coordinación.

NORMATIVA EN SALUD PÚBLICA

Se acuerda respaldar la necesidad de disponer de una Ley Estatal de Salud Pública como instrumento para:

- La coordinación, cooperación y cohesión de la Salud Pública en el Estado español.
- Impulsar políticas que protejan la salud de los ciudadanos desde todos los ámbitos de intervención, basadas en el conocimiento y la evidencia científica.
- La reducción de desigualdades en salud.
- La participación y concertación.
- La articulación de los recursos humanos en Salud Pública.
- Contribuir a la sostenibilidad del sistema.
- La evaluación de las actuaciones que se desarrollan.



El Comité acuerda que en esta tarea el Ministerio de Sanidad y Política Social debe desempeñar un papel de liderazgo efectivo y trabajar en estrecha colaboración con las Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.



Comité Institucional para las Políticas de Salud sobre el Consumo de Drogas

El 30 de Septiembre de 2008, el entonces Ministro de Sanidad y Consumo, D. Bernat Soria Escoms presentó los Comités Institucionales creados en el marco del Pacto por la Sanidad. La nueva Ministra de Sanidad y Política Social, D^a Trinidad Jiménez García-Herrera ha asumido el compromiso de impulsar y dotar de operatividad esta iniciativa cuyo fin es el de buscar puntos de encuentro entre las administraciones sanitarias para garantizar y reforzar la calidad y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

En este sentido, la creación del Comité Institucional de Políticas de Salud sobre el Consumo de Drogas es una oportunidad para avanzar en la respuesta política y social a los retos que, en la actualidad se plantean en el ámbito de la atención sanitaria a los drogodependientes.

El fenómeno del consumo de drogas tiene importantes implicaciones para la sociedad tanto en términos de salud como en términos de costes sociales. Se han producido muchos cambios desde la década de los ochenta en la que se produjo el aumento de los consumos de droga, especialmente de heroína, y de los problemas sanitarios, sociales y de seguridad asociados a éste. Aquellas circunstancias obligaron a las Administraciones Públicas a establecer respuestas que diesen solución a las demandas planteadas.

El resultado fue la creación del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) en 1985 y el establecimiento de estructuras y redes asistenciales, específicas y paralelas a la red sanitaria general, para el tratamiento de los drogodependientes, que exigieron un enorme esfuerzo y dedicación a esta labor tanto por parte de las Administraciones Central, Autonómicas y Locales como por parte de las organizaciones no gubernamentales y el voluntariado. En justicia, tras el tiempo transcurrido, se puede afirmar que, este abordaje fue apropiado y sirvió para encauzar respuestas efectivas a las demandas existentes en aquel contexto histórico concreto.

El escenario actual es bien distinto y plantea retos que, en el momento de la creación de las redes de atención pública a las drogodependencias no se podían siquiera vislumbrar.

El consumo de heroína ha descendido ostensiblemente, si bien no ha desaparecido. Por otro lado, se ha producido un aumento considerable de los consumos de otras sustancias, en especial de cocaína y cannabis, pero también asociados a otros (alcohol, tabaco y drogas de síntesis) y se ha pasado de un consumo predominantemente marginal asociado a la exclusión social, a un patrón de policonsumo centrado mayoritariamente en los contextos recreativos que alcanza en algunos casos, por extensión, al resto de la vida de los que consumen.



Del mismo modo, los problemas asociados a estos consumos se han desplazado tanto desde el punto de vista social (menor número de problemas judiciales y de seguridad ciudadana) como sanitario (patología infecciosa o asistencia urgente a la abstinencia) hacia patologías más crónicas y variadas como la cardiovascular o la mental y una distinta problemática social (fracaso escolar, violencia, etc..).

A pesar de este cambio de escenario, se debe hacer hincapié en que el consumo de drogas y los problemas que a él se asocian afectan con mayor frecuencia y severidad a las poblaciones más vulnerables y tienen mucho que ver, en su origen, con la existencia de desigualdades sociales, que constituyen un factor causal muy relevante del riesgo de enfermar, tanto como consecuencia del consumo de drogas como debido a cualquier otra enfermedad.

Se hace así evidente que, aunque las estructuras creadas entonces han sabido dar respuesta satisfactoria a las necesidades surgidas, el éxito en la aceptación social de los consumos y los consumidores conlleva también una disminución de la visibilidad del problema, de la percepción del riesgo asociado a los consumidores y, en conclusión, una banalización de los consumos de drogas, tanto legales como ilegales, que no es tolerable ni deseable para la sociedad y que no se corresponde, ni mucho menos, con la carga sanitaria y social que éstos llevan asociada.

Así, los últimos datos de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2007), nos indican que el 73% de la población general de 15 a 64 años ha consumido alcohol en los últimos 12 meses, el 41,7% ha fumado y el 10% mientras que el 3% han consumido cannabis y cocaína respectivamente tomando como referencia el mismo periodo.

En general, se observa una tendencia reciente al descenso de las prevalencias de consumo de tabaco, alcohol y cannabis para la mayoría de los indicadores de consumo, con la excepción de la cocaína, que mantiene niveles de prevalencia altos aunque se observa una estabilización de su consumo.

En el grupo de estudiantes de 14 a 18 años (Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias, ESTUDES 2008) se muestra también un descenso del consumo de tabaco con respecto a ediciones anteriores (prevalencia de consumo diario: 23,0% en 2000, 21,5% en 2004 y 14,8% en 2008) y una estabilización de la prevalencia del consumo de alcohol (prevalencia mensual: 60,2% en 2000, 65,6% en 2004, 58,5% en 2008), aunque persisten elevadas e incluso aumentan las prevalencias de los consumos asociados a riesgo, como es el caso de las borracheras o del consumo intensivo de alcohol (binge drinking), muy a pesar del aumento del riesgo percibido por los jóvenes encuestados en relación con estos hábitos. Por otra parte, se confirma la tendencia descendente de la prevalencia de consumo de cocaína en este grupo, que se inició ya en 2006.

En cuanto a los problemas relacionados con la asistencia sanitaria por consumo de drogas, el indicador "Admisiones a Tratamiento por Abuso o



Dependencia de Drogas (excluidos tabaco y alcohol)” informa en 2007 de un total de 50.555 casos (sin incluir alcohol y tabaco), cifra muy similar a la de los tres años anteriores que, sin embargo, esconde un hecho muy significativo: la heroína ha dejado de ser la droga ilegal que motiva más admisiones a tratamiento. En 2007 provocó 18.904 admisiones a tratamiento frente a 23.037 la cocaína, siendo las diferencias a favor de la cocaína mucho más importantes si consideramos sólo los tratamientos por primera vez en la vida.

La evolución del indicador “Urgencias Hospitalarias Relacionadas con el Consumo de Drogas” muestra también como desde hace más de un lustro, la cocaína es la droga ilegal más frecuentemente mencionada en las urgencias hospitalarias directamente relacionadas con las drogas. En 2006, del total de episodios de urgencias directamente relacionadas con el consumo no terapéutico de drogas psicoactivas (7.022), la cocaína fue mencionada en el 59,2% de los casos e incluso el cannabis (30,9%) ha superado en protagonismo a la heroína (21,8%), cuya importancia en este ámbito y cifras asociadas han ido descendiendo desde 1999 hasta nuestros días, si bien es cierto que en la actualidad se ha interrumpido este descenso y el indicador se mantiene en una fase de estabilización.

La heroína, sobre todo inyectada, sigue siendo la principal responsable de la mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, aunque la detección de cocaína en estas muertes ha venido aumentando en los últimos años.

El perfil de los consumidores pues, ha cambiado, pasando de un consumidor no integrado socialmente y relacionado, en muchos casos, con actividades delictivas a un consumidor integrado social, familiar y laboralmente, cuya problemática se torna menos visible.

Al mismo tiempo, al igual que ha ocurrido con otros problemas, que afectan a la salud, la sociedad en general y los propios afectados en particular, están mejor informados y desarrollan un papel más activo en las decisiones sobre su salud, planteando exigencias y necesidades cada vez mayores.

La nueva Estrategia sobre Drogas 2009-2016 incluye como uno de sus trece objetivos generales: *“Garantizar una asistencia de calidad y adaptada a sus necesidades, a todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por consumo de drogas”* y apela a la **equidad**, uno de sus principios rectores, como condición necesaria que debe impregnar todas las actividades impulsadas a partir de la Estrategia, incluyendo, muy especialmente, las desarrolladas en el ámbito asistencial.

Los trabajos llevados a cabo en el Comité Institucional de Políticas de Salud sobre el Consumo de Drogas han propiciado la puesta en común de las circunstancias propias y de los aspectos organizativos de la asistencia a los drogodependientes en las diferentes Comunidades y Ciudades Autónomas, mostrando un panorama bastante claro del estado de situación en esta materia.

Ello ha permitido a los Miembros del Comité, a través del conocimiento de los problemas surgidos y las soluciones planteadas en otras Comunidades



Autónomas, identificar algunos aspectos que son susceptibles de mejora para el propio funcionamiento de la actividad asistencial en cada Comunidad Autónoma así como para mejorar las condiciones de equidad, accesibilidad y calidad de la asistencia prestada a los drogodependientes.

Por otra parte, desde la Administración Central (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas) se han revisado algunos aspectos y actuaciones que aportan un valor añadido a las propuestas realizadas por las Comunidades Autónomas.

La revisión del fenómeno de las drogas pone de manifiesto, como hemos visto, numerosos cambios a lo largo de estos años, tanto en lo referente a las pautas de consumo y los perfiles de los consumidores como a las diferentes estrategias priorizadas para su prevención o tratamiento y sobre todo a la muy diferente percepción social de las drogodependencias por parte de la sociedad actual que ha permitido y favorecido la concepción de las adicciones como una enfermedad más y, por tanto, el reconocimiento del derecho de los afectados a recibir una atención sanitaria en igualdad de condiciones que los afectados por cualquier otra enfermedad que incluya todos aquellos avances de la investigación que cuenten con evidencia científica.

Es por ello que la “normalización” de la asistencia a los drogodependientes ha constituido, sin duda, el objetivo general a tratar por los miembros del Comité, entendiéndola como la “armonización funcional del conjunto de las unidades que realizan labores asistenciales a drogodependientes con financiación pública para responder a planteamientos estratégicos y operativos comunes y para garantizar la igualdad efectiva (equidad) de todos aquellos ciudadanos que precisen atención en relación al consumo de drogas”.

La normalización de la asistencia es, por tanto, un proceso evolutivo que se encuentra en fases diferentes según se trate de una Comunidad Autónoma u otra y los mecanismos para alcanzarla son también propios de cada una de ellas y adaptadas a sus características históricas y sociales.

La nueva Estrategia sobre Drogas 2009-2016 establece claramente que *“Las características de la atención sanitaria al drogodependiente deben contemplar, como principios básicos, la individualización del tratamiento, la atención normalizada desde los diferentes recursos sanitarios de la red asistencial pública, la integralidad y coordinación de los recursos implicados, así como la posibilidad de presentar una cartera de programas diversificados y flexibles adaptados a la realidad del usuario, a la hora de establecer el plan terapéutico”*.

El debate surgido en el marco de las reuniones y el trabajo virtual desarrollado por el Comité Institucional de Políticas sobre el Consumo de Drogas mostró la existencia de un claro consenso entre los miembros sobre que la normalización de la asistencia es el objetivo final que se debe alcanzar, para garantizar que la asistencia a los drogodependientes sea prestada, por la vía que cada CCAA crea más conveniente, en iguales condiciones de accesibilidad, equidad y profesionalidad que cualquier otra patología tratada en el Sistema Nacional de Salud y con independencia del lugar de residencia del afectado.



Además, en esta misma línea, la de la convergencia de las actuaciones hacia la normalización de la asistencia de los drogodependientes, la existencia de este Comité se antoja como una oportunidad excelente para que el Plan Nacional sobre Drogas pueda contar, como interlocutor, con el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Esto es, en sí mismo, un paso hacia delante en la normalización por cuanto ofrece una oportunidad para plantear ante el Consejo Interterritorial la situación actual, las demandas y posibles soluciones del ámbito asistencial de las drogodependencias, en igualdad de condiciones que el resto de asuntos y patologías que son objeto de propuesta y estudio en este órgano.

Con este fin, **el Comité Institucional de Políticas de Salud sobre el Consumo de Drogas acuerda:**

- **Potenciar la interrelación y la coordinación entre la asistencia específica a los drogodependientes y los diversos escalones de los sistemas públicos sanitario y social.**

Se debe así promover la coordinación entre la atención primaria, los centros de atención a drogodependientes, los centros de salud mental y los diferentes tipos de dispositivos de apoyo, con el fin de generar sinergias y suprimir barreras en el abordaje de la actividad asistencial a los drogodependientes.

De igual modo, se debe favorecer la implicación de las oficinas de farmacia y de los farmacéuticos en los programas de reducción de daños y en su potencial como agentes preventivos en materia de reducción del riesgo.

Así mismo, se fomentará el enfoque multidisciplinar y el aprovechamiento del carácter multiprofesional de la asistencia a los drogodependientes, promoviendo la mejor formación y capacitación de los distintos profesionales que en ella intervienen.

- **Impulsar el desarrollo de la Cartera de Servicios de atención al drogodependiente que se encuentra recogida en el R.D. 1030/2006 de 15 de Septiembre, en los siguientes apartados:**

Atención Primaria:

- *Apartado 6.2.1:* “Anamnesis y consejo sobre hábitos que comporten riesgos para la salud como uso de tabaco, alcohol y otras sustancias adictivas”
- *Apartado 6.4:* “Atención al adulto, grupos de riesgo y enfermos crónicos”
 - 6.4.4: Atención a personas con conductas de riesgo:
 - a) Atención a fumadores y apoyo a la deshabituación de tabaco.
 - b) Atención al consumidor excesivo de alcohol.



c) Atención a otras conductas adictivas. Detección y apoyo sanitario especializado para abandono de la dependencia y la prevención de enfermedades asociadas.

- *Apartado 8:* Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada.

Atención Especializada:

- Apartado 7. Atención a la Salud Mental.
 - 7.4 Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.

En este sentido, se concentrarán los esfuerzos en:

- Desarrollar en el sistema público de asistencia sanitaria, actuaciones de detección precoz e intervención temprana con adolescentes y jóvenes consumidores en riesgo y con personas que abusan y dependen de las drogas.
- Las actuaciones irán dirigidas a aumentar la implicación y formación de los profesionales de atención primaria (haciendo especial hincapié en los profesionales de enfermería) y en los servicios de urgencias hospitalarios, por medio de:
 - Desarrollo de intervenciones breves, protocolizadas, de información, motivación, consejo y derivación de casos, priorizando las actuaciones sobre fumadores habituales y sobre personas que presentan consumo de riesgo de bebidas alcohólicas.
 - Fomento de la detección precoz del abuso de drogas en los servicios de urgencias hospitalarios, a través de información verbal y escrita sobre los riesgos del consumo y sobre los recursos de prevención indicada y de tratamiento existentes y procurando, también, la mejor capacitación de los profesionales de estos servicios, atendiendo a sus características y circunstancias especiales.
- **Fortalecer el sistema de información para la atención a los drogodependientes.**

Resulta evidente que el refuerzo de los sistemas de información es clave para garantizar una asistencia de calidad. Es un elemento que supone *per se* un avance en el proceso de normalización de asistencia a los drogodependientes por cuanto que una información suficiente, actualizada y precisa permite



esbozar el estado de situación del panorama asistencial en materia de drogodependencias y, lo que es más importante, permite y propicia el análisis y la planificación anticipada que más se adecua a las necesidades en un determinado escenario.

En este ámbito, se identifica, por una parte, la conveniencia de promover la convergencia de los diferentes sistemas de información existentes hacia los sistemas de información operativos en el ámbito asistencial y, por otra, la oportunidad de mejorar la calidad de la información ofrecida por tres de los indicadores del consumo problemático de drogas del SEIPAD (Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adicciones a Drogas):

1. Indicador Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas: Se acuerda la introducción de la notificación de las demandas de tratamiento por alcohol y de las drogas secundarias consumidas por los admitidos a tratamiento.
 2. Indicador de Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas: Se acuerda mejorar la cobertura y frecuencia de recogida de este indicador en cada CCAA y la investigación del impacto del consumo de drogas en patologías diferentes a las que habitualmente se ha relacionado con el consumo de drogas.
 3. Indicador de mortalidad relacionada con las drogas: Se acuerda mejorar la calidad y cobertura del indicador a través de la colaboración con las CCAA y con las entidades externas implicadas en su recogida y transmisión (Institutos Anatómico Forenses).
- **Definir la red de centros, servicios y unidades de uso público para la asistencia a los drogodependientes.**

Los últimos datos de que se disponen, correspondientes a 2007, nos informan de las dimensiones de la red pública asistencial para drogodependientes en todo el territorio nacional. Esta red incluye nada menos que 497 centros de tratamiento ambulatorio donde fueron atendidos más de 79.000 usuarios, 51 unidades hospitalarias de desintoxicación en las que recibieron tratamiento alrededor de 3.500 drogodependientes, 119 comunidades terapéuticas que atendieron a más de 5.500 usuarios y aproximadamente 2.500 puntos de prescripción y/o dispensación de metadona en los que recibieron tratamiento de sustitución cerca de 82.0000 consumidores.

Es precisamente con motivo de la magnitud de estas cifras y la diversidad de características de los mismos en las diferentes Comunidades y Ciudades Autónomas, que se antoja imprescindible para el Comité Institucional de Políticas de Salud sobre el Consumo de Drogas, acordar la revisión y homogenización de diversos aspectos relacionados con los dispositivos dedicados a la asistencia de drogodependientes.