



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Gestión de la Calidad, del Conocimiento
y de la Innovación en Salud:
Estrategias de Cooperación Ibérica

Pedro Manuel Morim de Sá Moreira



Tesis

Doctorales

www.eltallerdigital.com

UNIVERSIDAD de ALICANTE



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

**Gestión de la Calidad, del Conocimiento
y de la Innovación en Salud:**

Estrategias de Cooperación Ibérica



TESIS DOCTORAL



Pedro Manuel Morim de Sá Moreira

2012



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva
y Salud Pública e Historia de la Ciencia

**Gestión de la Calidad, del Conocimiento
y de la Innovación en Salud:
Estrategias de Cooperación Ibérica**



Memoria presentada por Pedro Manuel Morim de Sá Moreira
para la obtención del título de Doctor en Salud Pública
(modalidade de Doctorado Internacional)

Directores

Javier Sanz Valero

Joaquín Urís Selles

Paula Lobato de Faria



«Where is this life we have lost in living?

Where is this wisdom we have lost in knowledge?

Where is this knowledge we have lost in information?»

T. S. Elliot, The Rock, 1934

«El estudioso es el que enseña a los demás a lo que él ha comprendido.»

Santiago Ramón y Cajal, 1906

«Não sou nada.

Nunca serei nada.

Não posso querer ser nada.

À parte isso, tenho em mim todos os sonhos do mundo.»

Fernando Pessoa (Álvaro de Campos), 1928

INDÍCE

LISTADO DE TABLAS	xii
LISTADO DE FIGURAS	xvi
LISTADO DE ABREVIATURAS	xx
AGRADECIMIENTOS	xxii
RESUMEN	xxv
RESUMO	xxvi
ABSTRACT	xxviii

INTRODUCCIÓN

Nota Preliminar	29
Motivación	30
Oportunidades y Relevancia del Problema	32
Objetivos	35
Objetivo General	35
Objetivos Específicos	35
Contenidos de la Tesis	37
Diagrama Integrador	42

Parte I – Marco Teórico

Nota Preliminar	43
-----------------	----

CALIDAD 44

Capítulo 1. Gestión de la Calidad en Salud 44

1. Calidad en Salud: conceptos, dimensiones y evolución	44
1.1. Concepto de Calidad en Salud	44
1.2. Atributos y determinantes de la Calidad en Salud	46
1.3. Aproximación Histórica y Desarrollo Cronológico	50
2. Gestión de la Calidad: su inicio hasta la actualidad	55
2.1. Modelos de Gestión de la Calidad	57
A. Origen de los modelos	58
B. Estructura de cada uno de los modelos	58

C. Diferencias entre modelos	65
3. Reflexiones sobre la Gestión de la Calidad en la Península Ibérica	68
3.1. España	70
A. Sistema Nacional de Salud	70
B. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud	72
3.2. Portugal	85
A. Serviço Nacional de Saúde (Servicio Nacional de Salud)	85
B. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde	91
CONOCIMIENTO	100
Capítulo 2. Gestión del Conocimiento en Salud	100
1. Gestión del Conocimiento: las Tecnologías de Información y Comunicación	104
1.1. Sociedad de la Información y la Gestión del Conocimiento	106
1.2. Las Tecnologías de Información y Comunicación en Salud	110
1.3. El reflejo de las Tecnologías de Información y Comunicación en el marco sanitario ibérico	117
A. Salud en línea (eHealth)	119
1.4. Presente y Futuro: innovaciones en el sector tecnológico sanitario	125
A. Internet en el nuevo desarrollo del conocimiento	131
B. Web 2.0 en la Salud 2.0	136
C. Decálogos	142
D. Los Hospitales en la web	148
2. Reflexiones sobre la Gestión del Conocimiento en la Península Ibérica	152
INNOVACIÓN	157
Capítulo 3. Gestión de la Innovación en Salud	157
1. De la Sociedad de la Información a la Innovación: Estrategias y Indicadores	164
1.1. Enfoque Sistémico	164
A. La Estrategia de Innovación de los Estados Unidos de América (154)	164
B. La Competitividad en el Mundo según el Foro Económico Mundial (Foro de Davos)	166

C. La Estrategia de Innovación de la OCDE (155)	170
D. La evaluación de la Estrategia de Lisboa y la Estrategia Europa 2020 (156) (157) (158)	171
E. La iniciativa «Únion por la innovación» (159)	174
F. El Cuadro de Indicadores de la «Unión por la Innovación»	177
G. Las Políticas e Estrategias Españolas de I+D+i	181
1.2. Enfoque Ibérico: Programa Nacional de Reformas y Estrategias de Administración Electrónica	185
A. El «Plan Avanza»	186
B. La primera fase de la «Avanza» Plan (2006-2008)	187
C. La segunda fase del «Plan Avanza» – «Plan Avanza 2» (2009-2012)	187
D. Estrategia de administración electrónica del «Plan Avanza 2» (2011-2015)	188
E. Plan para la reducción de cargas administrativas y mejora de la regulación (2008-2012)	189
F. Plan Tecnológico (2005-presente)	190
G. Agenda Digital 2015 - Nuevas Tecnologías. Mejor Economía	191
H. SIMPLEX '10 - El más simple, mejor	192
I. Simplegis 2010-2011	193
2. Reflexiones sobre la Gestión de la Innovación en la Península Iberica	194
A. El progreso hacia el cumplimiento de la Estrategia Europa 2020 en I+D+i	194
B. El Panorama Científico y Tecnológico Ibérico (OCDE) (126)	198
C. La Dimensión Ibérica en el Séptimo Programa Marco (7PM)	201
ESTRATEGIAS DE COOPERACIÓN	205
Capítulo 4. Estrategias de Cooperación en la Dimensión de la Salud	205
1. Dinámicas en la Cooperación Iberoamericana	207
2. Dinámicas en la Cooperación Europea	209
2.1. La Estrategia Sanitaria Europea	213
2.2. La Política de Cohesión 2007-13 en la Península Ibérica	215
A. Inversión	215

B. Regiones beneficiarias de la inversión	215
C. Objetivos estratégicos	216
D. Impacto estimado de la nueva política de cohesión	217
E. Inversión para el crecimiento y el empleo	218
F. Programas operativos	219
3. Principios de la Cooperación Ibérica (España – Portugal)	221
4. Reflexiones sobre las estrategias de la Cooperación Sanitaria en la Península Ibérica	227

Parte II – Aspectos Metodológicos

Nota Preliminar	233
-----------------	-----

Capítulo 1. Gestión de la Calidad en Salud: Las Tecnologías de Información y Comunicación como Estrategias de Cooperación	238
--	-----

Capítulo 2. Las Dimensiones Estratégicas para la Cooperación en Salud	244
--	-----

1. Conocer la producción de información sobre salud y su referencia a la calidad, conocimiento y innovación, en el ámbito de las Instituciones de la Unión Europea, mediante el análisis bibliométrico	244
2. Explorar las resoluciones y prioridades estratégicas en el marco de Asamblea Mundial de la Salud, del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa y del Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores de la Unión Europea, emitidas en el ámbito de calidad, del conocimiento y de la innovación en salud	245
3. Identificar las prioridades estratégicas en el marco de la Presidencia Española de la Unión Europea y su enfoque en la calidad, conocimiento e innovación en salud	249

Capítulo 3. Marco de la Cooperación Ibérica en Salud	250
---	-----

1. Explorar las principales iniciativas, tratados y convenios entre España y Portugal que fomentan la cooperación y cohesión	250
1.1. Acuerdo Marco entre el Reino de España y la República Portuguesa sobre Cooperación Sanitaria Transfronteriza	251

1.2. Memorándum de Entendimiento entre Ministério da Saúde de la República Portuguesa y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía	251
1.3. Protocolo de Cooperación Específica entre Direção-Geral da Saúde y Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía	251
1.4. Programa Operativo de Cooperación Transfronteriza España-Portugal (POCTEP)	251
1.5. Programa de Cooperación Territorial del Espacio Sudoeste Europeo (SUDOE)	251
2. Estudiar la audiencia de las paginas web ministeriales de salud en el contexto ibérico	252
3. Identificar a importancia e o alcance no uso da Web 2.0 pelos colaboradores do Departamento da Qualidade na Saúde – Direção-Geral da Saúde	252
4. Explorar los Modelos de Acreditación Sanitaria más relevantes en la promoción de la cooperación sanitaria	254
5. Identificar as principais iniciativas e prémios que reconhecem as boas praticas e inovação em saúde em Espanha e Portugal.	255
5.1. Caracterizar os projectos vencedores quanto ao seu mérito e enquadramento no «Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud» e na «Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde»	257
6. Analisar os discursos e intervenções dos membros dos Gabinetes dos Ministérios da Saúde de Espanha e Portugal, de acordo com a temática da inovação	259
Capítulo 4. Propuestas de Cooperación al Programa Operativo de Cooperación Transfronteriza España-Portugal	261
Parte III – Resultados	
Nota Preliminar	264
Capítulo 1. Gestión de la Calidad en Salud: Las Tecnologías de Información y Comunicación como Estrategias de Cooperación	265
Capítulo 2. Las Dimensiones Estratégicas para la Cooperación en Salud	275

1. Conocer la producción de información sobre salud y su referencia a la calidad, conocimiento y innovación, en el ámbito de las Instituciones de la Unión Europea, mediante el análisis bibliométrico. 275
2. Explorar las resoluciones y prioridades estratégicas en el marco de Asamblea Mundial de la Salud, del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa y del Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores de la Unión Europea, emitidas en el ámbito de calidad, del conocimiento y de la innovación en salud. 277
3. Identificar las prioridades estratégicas en el marco de la Presidencia Española de la Unión Europea y su enfoque en la calidad, conocimiento e innovación en salud 293

Capítulo 3. Marco de la Cooperación Ibérica en Salud 298

1. Explorar las principales iniciativas, tratados y convenios entre España y Portugal que fomentan la cooperación y cohesión 298
 - 1.1. Acuerdo Marco entre el Reino de España y la República Portuguesa sobre Cooperación Sanitaria Transfronteriza 306
 - 1.2. Memorandum de Entendimiento entre Ministério da Saúde de la República Portuguesa y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (España) 309
 - 1.3. Protocolo de Cooperación Específica entre Direção-Geral da Saúde y Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía 310
 - 1.4. Programa Operativo de Cooperación Transfronteriza España-Portugal (POCTEP) 313
 - 1.5. Programa de Cooperación Territorial del Espacio Sudoeste Europeo (SUDOE) 319
 - A. Convocatoria 2008 321
 - B. Convocatoria 2009-2010 323
2. Estudiar la audiencia de las páginas web ministeriales de salud en el contexto ibérico 326
3. Identificar la importancia e el alcance del uso de la Web 2.0 por los colaboradores del Departamento da Qualidade na Saúde – Direção-Geral da Saúde 329
4. Explorar los Modelos de Acreditación Sanitaria más relevantes en la promoción de la cooperación sanitaria 334

5. Identificar as principais iniciativas e prémios que reconhecem as boas praticas e inovação em saúde em Espanha e Portugal	352
5.1. Caracterizar os projetos vencedores quanto ao seu mérito e enquadramento no «Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud» e na «Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde»	356
6. Analisar os discursos e intervenções dos Membros dos Gabinetes dos Ministérios da Saúde de Espanha e Portugal, de acordo com a temática da inovação	361
Em Portugal, os ciclos políticos tiveram um percurso muito semelhante a Espanha, tendo-se verificado momentos disruptivos em 2011:	361

Capítulo 4. Propuestas de Cooperación al Programa Operativo de Cooperación Transfronteriza España-Portugal 379

1. «Salud 2.0: Estrategias de Cooperación Transfronteriza de Innovación Saludable» (Acrónimo: iNNOSALUD)	379
1.1. Localización del Proyecto	379
1.2. Punto de partida del proyecto	381
1.3. Objetivo General	384
1.4. Objetivos Específicos	384
1.5. Actividades	385
2. «Innovar, Valorizar e Potenciar a Biblioteca Virtual da Saúde Transfronteiriça»	386
2.1. Localização do Projecto	386
2.2. Ponto de partida do projecto	387
2.3. Objectivo Geral	389
2.4. Objectivos Específicos	390
2.5. Actividades	390

Parte IV – Discusión

Capítulo 1. Gestión de la Calidad en Salud: Las Tecnologías de Información y Comunicación como Estrategias de Cooperación	394
--	-----

Capítulo 2. Las Dimensiones Estratégicas para la Cooperación en Salud	400
1. Conocer la producción de información sobre salud y su referencia a la calidad, conocimiento y innovación, mediante el análisis bibliométrico	400

2. Explorar las resoluciones y prioridades estratégicas en el marco de Asamblea Mundial de la Salud, del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa y del Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores de la Unión Europea, emitidas en el ámbito de calidad, del conocimiento y de la innovación en salud	401
3. Identificar las prioridades estratégicas en el marco de Presidencia Española de la Unión Europea y su enfoque en la calidad, conocimiento e innovación en salud	403
Capítulo 3. Marco de la Cooperación Ibérica en Salud	405
1. Explorar las principales iniciativas, tratados y convenios entre España y Portugal que fomentan la cooperación y cohesión	405
2. Estudiar la audiencia de las páginas web ministeriales de salud en el contexto ibérico	407
3. Identificar a importância e o alcance no uso da Web 2.0 pelos colaboradores do Departamento da Qualidade na Saúde – Direção-Geral da Saúde	407
4. Explorar los Modelos de Acreditación Sanitaria más relevantes en la promoción de la cooperación sanitaria	409
5. Identificar as principais iniciativas e prémios que reconhecem as boas práticas e inovação em saúde em Espanha e Portugal	411
5.1. Caracterizar os projectos vencedores quanto ao seu mérito e enquadramento no «Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud» e na «Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde»	412
6. Analisar os discursos e intervenções dos membros dos Gabinetes dos Ministérios da Saúde de Espanha e Portugal, de acordo com a temática da inovação	413
Capítulo 4. Propuesta de Cooperación al Programa Operativo de Cooperación Transfronteriza España-Portugal	415
1. «Salud 2.0: Estrategias de Cooperación Transfronteriza de Innovación Saludable»	415
1.1. Coherencia y Pertinencia del Proyecto	415
A. Carácter Transfronterizo	415
B. Coherencia con las Prioridades y Objetivos del Programa	417
C. Complementariedad y Valor Añadido	419
D. Carácter Innovador	421
E. Coherencia con las Políticas Comunitarias	421

F. Coherencia con las Políticas Nacionales y Regionales	423
2. «Inovar, Valorizar e Potenciar a Biblioteca Virtual da Saúde Transfronteiriça»	427
2.1. Coerência e Pertinência do Projecto	427
A. Carácter Transfronteiriço	427
B. Coerência com as Prioridades e Objectivos do Programa	428
C. Complementaridade e Valor Acrescentado	429
D. Carácter Inovador	430
E. Coerência com as Políticas Comunitárias	431
F. Coerência com as Políticas Nacionais e Regionais	432
Conclusión	435
Nota Preliminar	435
Referencias Bibliográficas	443
Anexos	

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1 – Componentes y atributos de la calidad asistencial	48
Tabla 2 – Dimensiones de la calidad asistencial	49
Tabla 3 – Criterios del Modelo EFQM	60
Tabla 4 – Funciones en las que se centra el modelo JCAHO	62
Tabla 5 – Estructura de la Norma ISO 9000	64
Tabla 6 – Tipos de Sistemas de Salud	69
Tabla 7 – Organización del Sistema Nacional de Salud	72
Tabla 8 – Ley de Cohesión y Calidad del SNS y acciones en materia de calidad	73
Tabla 9 – Áreas y estrategias del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud	74
Tabla 10 – Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud	75
Tabla 11 – Planes de Salud de las Comunidades Autónomas	78
Tabla 12 – Gestión de la Calidad por Comunidades Autónomas	79
Tabla 13 – Modelos de Gestión de la Calidad en las Comunidades Autónomas de España(CCAA)	81
Tabla 14 – Programas del Gobierno Constitucional para la Salud en Portugal – Legislaturas XVII – XIX (2005-2015)	89
Tabla 15 – Tipo de Conocimiento e Indicadores de Control	103
Tabla 16 – Atributos de Conocimiento y Métricas para una Estrategia Competente	103
Tabla 17 – Algunos paradigmas de los últimos 10 años	104
Tabla 18 – Factores que modulan la competencia en la sociedad del conocimiento	108
Tabla 19 – Procesos para la Gestión del Conocimiento	110
Tabla 20 – Conferencias Ministeriales eHealth / Conferencias de Alto Nivel eSalud	121
Tabla 21 – Proyectos desarrollados y articulados entre España y Portugal	124
Tabla 22 – Componentes del índice de grado de preparación para participar y beneficiarse de las TICs (Networked Readiness Index - NRI)	135
Tabla 23 – Número de usuarios de Internet en el mundo.	136
Tabla 24 – Características de la Web 1.0 versus Web 2.0	137
Tabla 25 – Decálogos más relevantes en el ámbito sanitario	142
Tabla 26 – Fuentes de Información de los Hospitales con un dominio independiente en la web	148
Tabla 27 – Ranking e indicadores de los Hospitales de España y Portugal en la Web (2011)	151

Tabla 28 – Gastos en I+D en España y Portugal (2008)	152
Tabla 29 – Actividad investigadora de las Instituciones de Educación Superior de España y Portugal	153
Tabla 30 – Internacionalización y calidad de la investigación en España y Portugal	153
Tabla 31 – Instituciones de España y Portugal que más contribuyeran para el desarrollo de la I+D en salud	154
Tabla 32 – Indicadores Generales de la Encuesta Mundial sobre eSalud de España y Portugal	156
Tabla 33 – Marco Político de la eSalud en España y Portugal	156
Tabla 34 – Algunas definiciones de innovación	157
Tabla 35 – Características nucleares de lo concepto de innovación	158
Tabla 36 – Distinción entre el concepto de innovación y otros conceptos relacionados	160
Tabla 37 – Modelos de innovación organizacional	163
Tabla 38 – Peso de los indicadores de competitividad según el grado de desarrollo de un país	167
Tabla 39 – Índice de competitividad global del Foro Económico Mundial, 2005-2010. Subíndice de factores de innovación, 2010	168
Tabla 40 – Pilares del Global Competitiveness Report	168
Tabla 41 – Indicadores de la Innovación	169
Tabla 42 – Índice de Competitividad	170
Tabla 43 – Indicadores de la innovación para el Innovation Union Scoreboard 2010. Valores actuales IUS 2010 y crecimientos (%) para la UE-27	178
Tabla 44 – Índice sintético de innovación ISI con las metodologías EIS y UIS y su variación	180
Tabla 45 – Crecimiento del índice de innovación según tipo de país ^(a)	180
Tabla 46 – España y Portugal en el Séptimo Programa Marco (7PM): Principales Resultados	202
Tabla 47 – Declaraciones Oficiales de las Cumbres Iberoamericanas	209
Tabla 48 – Objetivos y resultados de los Años Europeos 2007-2011	211
Tabla 49 – Desglose por temas propuesto por España y Portugal en sus borradores de programas operativos	220
Tabla 50 – Indicadores Internacionales sobre Desarrollo Humano y Perfil de España y Portugal	222

Tabla 51 – Analise comparativa de indicadores sanitarios de la Península Iberica	225
Tabla 52 – Programas Operativos y de Cooperación dedicadas a la Cooperación Ibérica	226
Tabla 53 – Listado de Expertos por área geográfica y temática	243
Tabla 54 – Derecho Derivado: Clasificación de las normas estrictamente comunitarias	248
Tabla 55 – Tipologías de benchmarking y sus aplicaciones	251
Tabla 56 – Ministerios da Saúde e Serviços Regionais de Saúde na Península Ibérica	255
Tabla 57 – Diez pasos hacia el pensamiento sistémico: aplicación de una perspectiva sistémica al diseño y la evaluación de las intervenciones	261
Tabla 58 – Entidades participantes en el diseño y elaboración de las propuestas de cooperación al Programa Operativo de Cooperación Transfronteriza España-Portugal	262
Tabla 59 – Resultados de la búsqueda realizada	265
Tabla 60 – Tipología documental de los artículos seleccionados	266
Tabla 61 – Categorías de las temáticas documentales	266
Tabla 62 – Puntos clave abordados por cada experto	273
Tabla 63 – Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud (2007-2011)	278
Tabla 64 – Resoluciones del Comité Regional de la OMS para Europa (2007-2011)	280
Tabla 65 – Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores (EPSCO)	281
Tabla 66 – Sanidad	296
Tabla 67 – Política Social	296
Tabla 68 – Consumidores	296
Tabla 69 – Medicamentos	296
Tabla 70 – Seguridad Alimentaria	297
Tabla 71 – Drogas	297
Tabla 72 – Principales iniciativas, tratados y convenio de relieve	300
Tabla 73 – Datos principales acerca de los convenios de cooperación transfronteriza	301
Tabla 74 – Distinción de los convenios de cooperación transfronteriza en función de sus características	302
Tabla 75 – Convenios de Cooperación Transfronteriza derivados o relacionados con el Tratado con Portugal (Tratado de Valencia, entrada en vigor el 30 de enero de 2004, BOE del 12 de septiembre de 2003)	303
Tabla 76 – Principales Acuerdos bilaterales vigentes entre Portugal y España	305

Tabla 77 – Atribuciones del Acuerdo Marco	307
Tabla 78 – Condiciones y modalidades de intervención de los profesionales de la salud y de las estructuras de atención sanitaria transfronteriza	308
Tabla 79 – Atribuciones del Memorándum de entendimiento	310
Tabla 80 – Atribuciones del Protocolo de Cooperación	312
Tabla 81 – Proyectos aprobados en la área de la salud – POCTEP	317
Tabla 82 – Descripción resumen de los proyectos aprobados en el POCTEP	318
Tabla 83 – Proyectos aprobados en la área de la salud – SUDOE	324
Tabla 84 – Descripción acrónimo/resumen de los proyectos aprobados en el SUDOE	325
Tabla 85 – Principales fuentes de tráfico y términos de búsqueda para acceder a las webs ministeriales	328
Tabla 86 – Recursos Web 2.0 utilizados pelo Departamento da Qualidade na Saúde – Direção Geral de Saúde (Portugal) e pela Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (Espanha)	333
Tabla 87 – Caracterización General de los Modelos de Acreditación INACEPS y ACSA	335
Tabla 88 – Dimensiones evaluadas en el Modelo de Acreditación INACEPS	340
Tabla 89 – Fases del Ciclo PDCA y hitos	349
Tabla 90 – Iniciativas e prémios promotores das boas práticas e inovação em saúde	352
Tabla 91 – Iniciativas e prémios promotores das boas práticas, qualidade e inovação em saúde nas Comunidades Autónomas de Espanha	355
Tabla 92 – Prémios e projetos no âmbito da promoção da qualidade em saúde reconhecidos em Portugal e Espanha	358
Tabla 93 – Quantificação dos discursos e intervenções realizados pelos Ministerios da Saúde de Espanha e Portugal	361
Tabla 94 – Identificação e categorização das intervenções e discursos dos Membros dos Gabinetes dos Ministérios da Saúde de Portugal e Espanha	363
Tabla 96 – Breve caracterización de las actividades	390
Tabla 97 – Aportaciones obtenidas por los expertos, según áreas temáticas	397

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1 – Representación visual de las palabras clave que conforman la Introducción de la tesis	29
Figura 2 – Rasgos más sobresalientes en el estudio	38
Figura 3 – Diagrama integrador	42
Figura 4 – Representación visual de las palabras clave que conforman los capítulos Calidad	43
Figura 5 – Fallos en la calidad asistencial	47
Figura 6 – Pirámide de las estrategias validas para fomentar la calidad asistencial	49
Figura 7 – Ciclo PDCA	59
Figura 8 – Criterios y puntuaciones del modelo European Foundation for Quality Management (EFQM)	61
Figura 9 – Lógica REDER	61
Figura 10 – Descripción gráfica del Sistema Nacional de Salud Español	71
Figura 11 – Competencias de las administraciones públicas en materia sanitaria	71
Figura 12 – Dimensiones clave en la gestión sanitaria	73
Figura 13 – Descripción gráfica del Sistema Nacional de Salud Portugués	86
Figura 14 – Dimensiones de la Calidad en Salud	95
Figura 15 – Estructura orgánica de la Dirección General de Salud	97
Figura 16 – Acciones desarrolladas en el marco de la operatividad de la Estrategia Nacional para la Calidad en Salud	99
Figura 17 – Pirámide del valor informacional	101
Figura 18 – La globalización de las TIC	105
Figura 19 – Cambios de Paradigma en una economía basada en el Conocimiento	109
Figura 20 – Evolución del contexto estratégico de la política europea de salud en línea	120
Figura 21 – Sistemas Cognitivos y elementos para la dirección organizativa	127
Figura 22 – El Cambio en la Organización Sanitaria basada en el Conocimiento	128
Figura 23 – Proceso evolutivo de la Gestión del Conocimiento	130
Figura 24 – Procesos de Conversión del Conocimiento	130

Figura 25 – Interrelación e influencia de los actores de los sistemas de salud en las aplicaciones y herramientas del Internet participativo en el ámbito de la salud pública	132
Figura 26 – Mapa Visual de la Web 2.0	138
Figura 27 – Metodología usada para el Webometrics Rank	149
Figura 28 – Modelo de la Economía Regional basada en el Conocimiento	159
Figura 29 – Modelo General de innovación	161
Figura 30 – Capacidades críticas y específicas en cada tipo de estrategia innovadora	162
Figura 31 – Pilares de la estrategia para la innovación en los Estados Unidos	165
Figura 32 – Requerimientos básicos, Potenciadores de la eficiencia y La innovación y el factor de sofisticación	167
Figura 33 – Convergencia en innovación en la UE-27	180
Figura 34 – Ejes de la Estrategia Estatal de Innovación (E2I)	182
Figura 35 – Convocatorias, acciones financiadas y acciones estructurales referentes a algún eje de la Estrategia Estatal de Innovación	185
Figura 36 – Dimensiones que constituyen la Estrategia de Cooperación	205
Figura 37 – Enfoque integral de la definición y evaluación de estrategias de cooperación	206
Figura 38 –	217
Figura 39 – Territorio de la Península Ibérica	221
Figura 40 – Población de la Península Ibérica	224
Figura 41 – Gasto sanitario como proporción del PIB y per cápita, de España y Portugal, OCDE	229
Figura 42 – Representación visual de las palabras clave que conforman la Parte II de la tesis	233
Figura 43 – Estudios y metodologías que componen la Tesis	234
Figura 44 – Descriptores empleados para la revisión bibliográfica de la publicación científica, en España y en Portugal, sobre la gestión de la calidad en salud	240
Figura 45 – Plataforma del tesoro EuroVoc empleada en la revisión documental de las publicaciones de las Instituciones de la Unión Europea	244
Figura 46 – Resoluciones exploradas en el Marco Mundial y Europeo de las Prioridades Estratégicas en Salud	246
Figura 47 – Representación visual de las palabras clave que conforman la Parte III de la tesis	264

Figura 48 – Distribución anual de las temáticas documentales	267
Figura 49 – Frecuencia de la distribución geográfica de las publicaciones por área temática	268
Figura 50 – Frecuencias de la distribución geográfica de las publicaciones por idioma de publicación	268
Figura 51 – Distribución anual de las publicaciones por el sexo del autor de filiación	269
Figura 52 – Frecuencias de la distribución geográfica de las publicaciones por el tipo de institución	270
Figura 53 – Distribución anual de las publicaciones por instituciones	270
Figura 54 – Frecuencias de la distribución institucional de las publicaciones por áreas temáticas	271
Figura 55 – Distribución de las fuentes de datos documentales por distribución geográfica de las publicaciones	272
Figura 56 – Identificación de instituciones europeas que mas publicaran	275
Figura 57 – Identificación de las temáticas más publicadas	276
Figura 58 – Distribución de las publicaciones por áreas temática	276
Figura 59 – Distribución anual de las publicaciones	276
Figura 60 – Enumeração dos 10 Eurovocs mais publicados entre 2007 e Setembro de 2011 (inclusive) sobre Saúde	277
Figura 61 – Areas geograficas apoyadas por el SUDOE	320
Figura 62 – Distribución de la frecuencia de los usuarios por sexo y país	326
Figura 63 – Distribución de usuarios por rangos de edad y país	327
Figura 64 – Distribución de la frecuencia de los usuarios por presencia de hijos y país	327
Figura 65 – Distribución de la frecuencia del indicador Unique Visitors, en las paginas ministeriales a lo largo de 2009	327
Figura 66 – Distribución de la frecuencia del indicador Visits, en las paginas ministeriales a lo largo de 2009	328
Figura 67 – Tecnologias utilizadas	329
Figura 68 – Frequência do uso das redes sociais	330
Figura 69 – Finalidade do uso das redes sociais	330
Figura 70 – Utilização dos recursos Web	331
Figura 71 – Ferramentas automáticas para receber actualizações sobre temáticas de interesse	331

Figura 72 – Utilização de outros dispositivos para além do computador para aceder à Internet	332
Figura 73 – Conhecimento sobre ferramentas Web 2.0 aplicadas na área da saúde	332
Figura 74 – Web 2.0 e redes sociais como mais-valia para a comunicação e a aproximação ao cidadão na área da saúde	333
Figura 75 – Organigrama del INACEPS	335
Figura 76 – Organigrama del ACSA	336
Figura 77 – Fases y procedimientos del Modelo de Acreditación INACEPS	337
Figura 78 – Distribución de los estándares del Programa de Acreditación	345
Figura 79 – Símbolos utilizados en el manual de estándares	345
Figura 80 – Grado de acreditación de Excelencia	346
Figura 81 – Fases del Proceso de Acreditación – Modelo ACSA	347
Figura 82 – Representación visual de las palabras clave que conforman la conclusión de la tesis	435



LISTADO DE ABREVIATURAS

Abreviatura	Significado
ACSA	Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
AE	Acción Estratégica
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
APEAS	Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud
ARS	Administraciones Regionales Sanitarias (Portugal)
CCAA	Comunidades Autónomas
CIAP	Clasificación Internacional en Atención Primaria
CIE 10	Clasificación Internacional de Enfermedades 10 Edición
CIE 9 MC	Clasificación Internacional de Enfermedades 9 Edición, Modificación Clínica
CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CMBD-AH	Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria
CSIC	Consejo Superior de Investigaciones Científicas
CSUR	Centros, Servicios y Unidades de Referencia del SNS
DG SANCO	Dirección General de Salud y Consumo de la Comisión Europea
E2I	Estrategia Estatal de Innovación
EA	Efecto Adverso
EAPN	Estrategia de Atención al Parto Normal
EIS	European Innovation Scoreboard
ENEAS	Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la Hospitalización
ENCYT	Estrategia Nacional de Ciencia y Tecnología
ENQS	Estrategia Nacional para la Calidad en Salud / Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Portugal)
ENSE	Encuesta Nacional de Salud de España
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ERA	European Research Area (Espacio Europeo de Investigación)
ETS	Evaluación de Tecnologías Sanitarias
EUROSTAT	Oficina Estadística de la Comisión Europea
FCT	Fundação para a Ciência e a Tecnologia (Portugal)
FECYT	Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología
FEDER	Fondo Europeo de Desarrollo Regional
GPC	Guía de Práctica Clínica
HCD-SNS	Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud
I+D	Investigación y Desarrollo
I+D+i	Investigación, Desarrollo e Innovación

Abreviatura	Significado
ICG	Índice de Competitividad Global
IHTSDO	International Health Terminology Standards Development Organization
IRAS	Infección relacionada con la atención sanitaria
INACEPS	Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias de la Comunidad Valenciana
INGESA	Instituto de Gestión Sanitaria
IPAC	Instituto Portugués de Acreditación
IPQ	Instituto Portugués para la Calidad
ISCIH	Instituto de Salud Carlos III
IUS	Innovation Union Scoreboard
MSPS	Ministerio de Sanidad y Política Social
NAOS	Estrategia para la Nutrición, Actividad física y prevención de la Obesidad
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
PEIS	Prioridades Estratégicas de Innovación en Salud / Prioridades Estratégicas de Inovação em Saúde (Portugal)
PERSEO	Programa Piloto Escolar de Referencia para la Salud, el Ejercicio físico y contra la Obesidad
RPSP	Revista Portuguesa de Salud Pública / Revista Portuguesa de Saúde Pública (Portugal)
SIAP	Sistema de Información de Atención Primaria
SI-SNS	Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud
SNOMED	Systematized Nomenclature of Medicine-Clinical Terms
SNS	Sistema Nacional de Salud
SP	Seguridad Paciente
TIC	Tecnologías de la Información y de la Comunicación
UE	Unión Europea
UE-27	Los 27 países miembros de la Unión Europea desde 2007
WoS	Web of Science

AGRADECIMIENTOS

Un proyecto y una realidad de la envergadura de una tesis doctoral no es una labor individual. Desde que nace hasta que el producto final se convierte en una realidad tangible, numerosas incidencias transcurren a lo largo del tiempo. Apoyos y ayudas se van intercalando entre momentos de intenso trabajo y de intensas vivencias. Todo transcurre paralelo a la investigación, la vida profesional y la vida personal, cada una con sus altibajos.

Intentar agradecer a todas las personas que han hecho realidad llegar a este momento sería una tarea injusta, porque siempre quedaría alguien sin aparecer y eso no sería nunca un olvido. Las que me habéis ayudado, las que me apoyaron, de una manera u otra, sabéis que siempre os tendré presente.

Aún así, hay personas que deseo que aparezcan en este particular rincón.

Quisiera agradecer en primer lugar el apoyo de mis directores de tesis. A los Doctores Javier Sanz Valero, Joaquín Urís Sellesy la Doctora Paula Lobato Faria les agradezco su empeño por impulsarme en el proceso y hacerme llegar hasta aquí. A ellos les agradezco el aprendizaje que me han proporcionado para dar pasos sosegados, reflexivos y firmes. Su compañía y sus continuas aportaciones en las diversas revisiones del trabajo me han permitido llegar hasta el final con la sensación de que el esfuerzo invertido ha valido la pena.

Sobre todo mi más sincero agradecimiento por haber acogido con entusiasmo mi proyecto original y haberme alentado a desarrollar lo que nació tan sólo como una idea de un doctorando novato.

Al Departamento de Enfermería Comunitaria, Salud Pública y Medicina Preventiva e Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante por la oportunidad y por la enseñanza, especialmente a los Doctores Josep Bernabeu Mestre y Andreu Nolasco, por recibirme maravillosamente al llegar a España y guiaren mis primeros pasos como doctorando al estimular mi sensibilidad y pasión por la Salud Pública.

A todos los compañeros y compañeras del Programa de Doctorado su disponibilidad de colaboración, especialmente a Alvaro Antonio Sanchez Caraballo, Pamela Pereyra Zamora, Marian Araujo Yaselli, Nayara Tamayo y Irene Esparza Parra les agradezco el tiempo que han dedicado a la lectura del documento, a sus críticas y aportaciones.

A la Fundación MAPFRE por reconocer mi percurso professional y academico en el curso de Doctorado, atribuyendo la Beca Iberoamericana de Formación Especializada, convocatoria 2009 – Gestión Sanitaria: Calidad y Seguridad Clínica, en especial a la Doctora Carmen Larramendi y al Doctor Carlos Álvarez Jiménez, por sus contributos a la exploración de la dimensión ibérica.

Al Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias de la Comunidad Valenciana (INACEPS), en especial al Dr. Vicente Rodríguez Benito y todo su equipo por el apoyo a la idea y generosa contribución sistémica al desarrollo de este proyecto de investigación.

Al Departamento da Qualidade na Saúde de la Direção-Geral da Saúde de Portugal (DQS-DGS) y a la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social de España, por el apoyo sin barreras, en especial a los Doctores Alexandre Diniz y Pablo Rivero Corte, por creeren en el potencial transformador de la investigación; y los Doctores Francisco George y David Novillo Ortiz, por la ayuda fundamental y ejemplo professional, sin cuya participación, este proyecto no habría podido realizarse.

A la Dra. Anabela Coelho, Dr. Cláudio Correia, Dr. Miguel Rodrigues y Dr. Fernando Guerra del DQS-DGS por la amistad, paciencia, presencia continua en los desafíos y trabajo en equipo que se revelaron valores añadidos y frutos de responsabilidad durante todo el proyecto y iniciativas de innovación.

A la Escola Nacional de Saúde Pública de la Universidade Nova de Lisboa, muy especialmente al Doctores Constantino Sakellarides, João Pereira y a la Doctora Ana Escoval por su labor docente y las habilidades transmitidas en la etapa de investigación desarrollada en Portugal y el cariño y la calidez con que me han acogido y los momentos compartidos durante mi estancia en esta inolvidable institución de reconocido mérito.

A los Doctores Jesus Lopez Ortega, Emilio Imperatori (†) y a la Dra. Manuela Pontes gracias por inculcar visión crítica y estímulo al emprendedorismo académico-profesional desde mi primer ciclo de estudios universitarios, estancia como alumno Erasmus en Jaén y ultimamente como estudiante en estancia doctoral internacional, con su tiempo, consejos, observaciones, comentarios, correcciones y palabras de ánimo, donde sus años de enseñanza y experiencia de vida contribuyeran perennemente.

Al Dr. Diogo Vasconcelos (†), conocido «Guru de la Sociedad de la Información» y ex-presidente de la «Associação Portuguesa para o Desenvolvimento das Comunicações»,

gracias por su dialogo construtivo y traducción del pensamiento global en la lucha continua en la aproximación del bien estar digital através de la innovacion tecnologica y social, incutindome una energia extra y espíritu emprendedor en los momentos mais debiles del proceso de articulacion y identificacion de necessidades de cooperacion en salud, a nivel internacional.

Al Doctores Alex Jadad, Marcelo D'Agostini, Xavier Bonfill y a Maria Hernandez Palacios, por su inestimable inspiración criativa, ayuda y tiempo dedicado a fomentar nuevos horizontes academicos y profesionales en el ámbito ibéroamericano.

Al equipo de investigación de la Escola Nacional de Saúde Pública de la Universidade Nova de Lisboa, nombradamente a Patricia Barbosa, Vanessa Ribeiro y Nuno Madureira, por hacer possible en equipo, aunar esfuerzos multisectoriales y multidimensionales para una analisis en profundidad a la innovacion en salud en Portugal y con sabiduria prespectivar realidades objectivas y bien concretas en las prioridades estrategicas de innovacion en salud.

A las entidades y peritos participantes en los foros de discusión y exploración de oportunidades estratégicas ibéricas en el ámbito del Programa Operacional de Cooperación Transfronteriza España – Portugal, gracias por el intercambio de conocimiento, esfuerzo compartido y contribuciones que viabiliziron pensar, debatir y llegar a un consenso sobre las necessidades estratégicas en la cooperacion sanitaria transfronteriza.

Y, finalmente, pero con inestimable afecto y admiración, a Celine, familia, tutores y amigos, que con su conocimiento, creatividad, apoyo constante y espíritu crítico fueron fundamentales en mi formación profesional y humana que neste momento se transparece en la presente tesis.

Que nunca se pierda la ilusion y la sonrisa con que veo entre mis manos el fruto de estos años.

Gracias a todos.

RESUMEN

Objetivo: Explorar las oportunidades estratégicas de cooperación en salud entre España y Portugal, a través de los planes de gestión de la calidad en salud de ambos países articulados con los procesos de optimización basados en la gestión del conocimiento y de la innovación.

Método: Se han planificado y desarrollado estudios con diversas metodologías que involucraron de modo transversal la aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los servicios de salud (OMS, 2009). Se adoptaron enfoques cualitativos y cuantitativos con diferentes niveles de interpretación y se recogieron datos estadísticos y demográficos que ayudaron a interpretar la realidad de los sistemas de salud ibéricos y a identificar sus oportunidades estratégicas en salud durante el período 2007-2011. Para operativizar estrategias de cooperación ibéricas ha sido necesario analizar las dimensiones estratégicas para la cooperación y el marco de la cooperación ibérica en salud, concretamente, el marco conceptual y evolutivo de la calidad, del conocimiento y de la innovación en España y Portugal. La aproximación a iniciativas emblemáticas nacionales y europeas, así como a las estrategias nacionales de calidad en salud y las estrategias de I+D+i, fueron integradas para lograr consensos en materia de sanidad respecto a las oportunidades del Programa Operacional de Cooperación Transfronteriza España-Portugal (POCTEP).

Resultados: Se han evidenciado necesidades y prioridades estratégicas en la cooperación sanitaria ibérica, donde la gestión de la innovación y del conocimiento son dos ejes de gran capacidad creativa, enormes potencialidades y elevado valor añadido. La aproximación a los instrumentos de cooperación territorial de política de cohesión ha permitido obtener mayor comprensión de las prioridades nacionales en calidad, conocimiento e innovación; mayor comprensión de las prioridades mundiales, europeas, ibéricas y nacionales en salud; y mayor comprensión de los programas operativos de cooperación entre España-Portugal, a fin de diseñar propuestas que permitan atender las necesidades prioritarias con coherencia y claridad.

Conclusiones: Esta tesis permite la comprensión de los mecanismos de cooperación en materia de asistencia sanitaria entre España-Portugal, por lo que representa uno de los objetivos centrales de la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. España y Portugal tienen capacidad para promover mecanismos de articulación efectivos y estrategias de promoción y desarrollo del conocimiento e innovación sinérgicos, que permitan lograr mejoras continuas de la calidad en salud y superar el actual contexto de austeridad.

Palabras clave: Gestión de Calidad, Gestión del Conocimiento, Innovación, Estrategias, Cooperación Técnica, España, Portugal.

RESUMO

Objetivo: Explorar as oportunidades estratégicas para a cooperação em saúde entre Espanha e Portugal, através das estratégias de gestão da qualidade em saúde, e da articulação com os processos de otimização, centrados na gestão do conhecimento e da inovação.

Metodologia: Foram realizados estudos com diferentes metodologias, que visaram a aplicação do pensamento sistémico ao fortalecimento dos serviços de saúde (OMS, 2009). Adotaram-se abordagens qualitativas e quantitativas, com diferentes níveis de interpretação aos dados recolhidos, estatísticos e demográficos que ajudaram a interpretar os sistemas de saúde ibéricos e a identificar as oportunidades estratégicas em saúde, durante o período compreendido entre 2007 e 2011. Para operacionalizar as estratégias de cooperação ibérica, foi necessário analisar as dimensões estratégicas para a cooperação e o marco da cooperação ibérica em saúde, nomeadamente, a estrutura conceptual e a evolução da qualidade, do conhecimento e da inovação em saúde em Espanha e Portugal. Também uma abordagem às iniciativas emblemáticas europeias e nacionais, bem como às estratégias nacionais para a qualidade na saúde e às estratégias de I+D+i, foram integradas com vista a alcançar consensos no âmbito das oportunidades ao Programa Operacional de Cooperação Transfronteiriça Espanha-Portugal (POCTEP).

Resultados: Evidenciaram-se necessidades e prioridades estratégicas na cooperação ibérica em saúde, às quais a gestão da inovação e do conhecimento são dois eixos promotores de criatividade, potencialidades e elevado valor acrescentado.

A abordagem desde os instrumentos de cooperação territorial definidos para a política de coesão proporcionou: uma maior compreensão das prioridades nacionais no âmbito da qualidade, do conhecimento e da inovação em saúde; uma maior compreensão das prioridades mundiais, europeias, nacionais e ibéricas em saúde; e uma maior compreensão sobre os programas operacionais de cooperação entre Espanha e Portugal, e, conseqüentemente, contribuindo para a elaboração de propostas de cooperação adequadas às necessidades, com coerência e clareza.

Conclusões: Esta investigação permite compreender os mecanismos de cooperação em saúde entre Espanha-Portugal e, deste modo, representa um dos objetivos centrais da Directiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Março 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços. Espanha e Portugal têm a capacidade de promover mecanismos de coordenação eficazes, estratégias viáveis e sinergias de promoção e desenvolvimento do conhecimento e da inovação, permitindo a melhoria contínua da qualidade em saúde e superar o atual contexto de austeridade.

Palavras-chave: Gestão da Qualidade, Gestão do Conhecimento, Inovação, Cooperação Técnica, Estratégias, Espanha, Portugal.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ABSTRACT

Objective: To explore strategic opportunities for health cooperation between Spain and Portugal, through the national plans of both countries for quality management in health, articulated processes optimization based on knowledge management and innovation.

Methods: studies with different methodologies involving the application of systems have been planned and conducted. These plans were thought to strengthen health services (WHO, 2009). Qualitative and quantitative approaches with different levels of interpretation and collected statistical and demographic data were adopted. These plans contributed to the interpretation of the reality of both Iberian health systems and to identify strategic opportunities in health during the period 2007-2011. To operationalize Iberian cooperation strategies, it was necessary to analyze the strategic dimensions for cooperation within Iberian health, specifically, the conceptual framework and evolution of the quality, knowledge and innovation in Spain and Portugal. The approach to national and EU flagship initiatives and national strategies on health and quality strategies I+D+i were integrated to achieve consensus on health regarding opportunities border Cooperation Operational Programme-Spain Portugal (POCTEP).

Results: needs and strategic priorities in Iberian health cooperation, where the management of innovation and knowledge are two axes of great creativity, enormous potential and high added value, have been displayed. The approach to territorial cooperation instruments of cohesion policy has led to increased understanding of national priorities on quality, knowledge and innovation, greater understanding of global priorities, European, Iberian and national health and understanding of the programmes, and operational cooperation between Spain-Portugal in order to design proposals which address priority needs with consistency and clarity.

Conclusions: This research enables the understanding of the mechanisms of cooperation on healthcare between Spain-Portugal and, therefore, it represents one of the central objectives of the Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. Spain and Portugal have the capacity to promote effective coordination mechanisms and strategies for the promotion and development of knowledge and innovation synergies, enabling continuous improvement of health quality and contributing to overcome the current context of austerity.

Keywords: Quality Management, Knowledge Management, Innovation, Technical Cooperation, Strategies, Spain, Portugal.

INTRODUCCIÓN

Nota Preliminar

Esta primera parte de la tesis proporciona una visión integrada del proceso de investigación, destacándose los problemas y preguntas que guiarán este estudio hasta una presentación esquemática del abordaje conceptual y metodológico de este trabajo en su diagrama integrador.

Figura 1 – Representación visual de las palabras clave que conforman la Introducción de la tesis



Fuente: Elaboración propia.

MOTIVACIÓN

«La verdadera grandeza de la ciencia acaba valorándose por su utilidad.»

Gregorio Maraón y Posadillo (1887-1960)

La salud, cuestión central en la vida de los ciudadanos, ha de ser objeto de políticas y acciones efectivas en los Estados miembros, a nivel de la Comunidad Europea y a escala mundial (1).

Esta visión estratégica desde la gestión de la calidad en salud, aporta ventajas a la promoción del bienestar de los ciudadanos, a la vinculación entre salud y prosperidad en eficacia/eficiencia de los servicios y al cumplimiento del Marco Estratégico de la Organización Mundial de la Salud (2), de gestión basada en los resultados.

La Gestión de la Calidad a su vez, se ha convertido en el paradigma más importante en el contexto global de las organizaciones contemporáneas, al mismo tiempo que, el nuevo paradigma de la gestión del conocimiento gana valor en la era de la revolución tecnológica y cultural como consecuencia de que el conocimiento se ha convertido en el principal factor de globalización e interdependencia.

En el contexto actual, donde se destaca la gran competitividad y globalización de los mercados, la calidad y el conocimiento en salud han evolucionado hacia la consecución de la excelencia e innovación en la gestión sanitaria.

Las acciones en apoyo de las estrategias de atención y calidad de la salud a sus ciudadanos, son una preocupación para los Ministerios de Salud de España y Portugal, ya que estos, comparten entre otros elementos, el territorio de la Península Ibérica, la misma unidad biológica, ámbitos culturales y fundamentos intercomunitarios.

Reflexionar sobre el intercambio dinámico de las relaciones entre estos dos países, y su constante movilidad de recursos humanos, bienes y servicios, evidencia la utilidad de explorar la cuestión de la salud como eje de articulación; integrando iniciativas emblemáticas europeas y nacionales que dicten una necesidad constante de encontrar formas innovadoras de promoción de la calidad en salud, promoción del conocimiento y sostenibilidad de sus sistemas sanitarios, donde la cooperación respecto a las estrategias integradas de gestión del conocimiento e innovación, sean una línea estratégica fundamental en la gestión de los mismos.

En este sentido, la motivación para desarrollar esta tesis, enfocada en torno a los ejes centrales de la calidad, conocimiento e innovación en salud y de referencia a dos países que presentan la mayor región transfronteriza de la Europa, deriva de un conjunto de

factores e inquietudes que a lo largo de mi curso académico y profesional posibilitaron conocer diferencias y similitudes en sus sistemas de salud.

El primer contacto/ punto de partida, empieza en 2006 con la realización de una estancia Erasmus en la Comunidad Autónoma de Andalucía, donde realicé prácticas clínicas en varios hospitales de esta Comunidad Autónoma y tuve la oportunidad de identificar diferentes modelos de organización y tecnológicos disponibles al servicio de la ciudadanía, que serían para mi una novedad y un foco de interés.

Como profesional de la salud, dichos ejemplos de buenas prácticas y metodologías de información y comunicación innovadoras al servicio de la Sanidad, llevaron a que mi carrera académico-profesional continuara en 2007, con la inscripción en el Programa de Doctorado en Salud Pública del Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante.

Consciente del desafío, me propuse a investigar y comprender el marco evolutivo territorial, social, económico, tecnológico y sanitario que la Península Ibérica comparte. De esta forma, me remonté a unos años atrás, y verifiqué que en 1985, España y Portugal establecieron mecanismos de colaboración y cooperación para la mejora de la calidad en atención primaria, de los que surgieron iniciativas y resultados emblemáticos que todavía son fuente de referencia internacional y ejemplo de buena práctica-benchmarking.

Paralelamente a este período de formación académica, trabajar en diferentes niveles de prestación de cuidados de salud y colaborar activamente con entidades técnico-científicas de España y Portugal ha posibilitado la profundización en la investigación hasta comprender y analizar las oportunidades y sinergias de elevado valor añadido en las cuales ambas experiencias todavía no han sido desarrolladas en su máxima rentabilidad.

Sin duda, hay organizaciones y personas que influyeron en este proyecto. A raíz de ellas y de su visión estratégica me propuse cuestionar el marco evolutivo y obtener respuestas respecto al presente y esencialmente al futuro, denominado de Salud 2.0 (concepto que defiende una visión integral e innovadora del modelo de sanidad).

La complementariedad metodológica y colaboración directa con las entidades ministeriales competentes en las estrategias nacionales de calidad, así como la estancia doctoral en la Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa me llevaron a profundizar en los objetivos inicialmente planificados y a interactuar más activamente con políticas de salud, acciones y metas, relativas a la temática en estudio.

OPORTUNIDADES Y RELEVANCIA DEL PROBLEMA

«El contexto actual, los cambios en el entorno sanitario y la crisis están obligando a las organizaciones asistenciales a adoptar modelos de gestión y actuación que favorezcan la sostenibilidad económica.»

Julián Salvador Blanco, 2010

El problema que se aborda en esta tesis adquiere, si duda, gran importancia respecto a diversas perspectivas.

Las sociedades actuales se encuentran en una continua evolución social y cultural que las convierten en sociedades más complejas y generadoras de nuevas necesidades y demandas que requieren nuevas respuestas. Antes aún de asimilar nuevos avances, ya se generan nuevos conocimientos, que ajustado al contexto internacional de crisis ha convencido a todos los intervinientes de la urgencia de encontrar nuevos modelos de sostenibilidad, cohesión y cooperación en salud. Dichos modelos tendrán que basarse en la aplicación del conocimiento, es decir, en la innovación.

Europa se enfrenta a un momento de transformación y cuenta con la Estrategia Sanitaria «Juntos por la Salud: un planteamiento estratégico para la UE 2008-2013». España y Portugal están expuestos a debilidades en su modelo económico y social y expuestos a las debilidades estructurales de la economía europea. Mientras tanto, el mundo se mueve con rapidez y los retos a largo plazo (mundialización, presión sobre los recursos, envejecimiento) se intensifican.

Europa puede alcanzar el éxito si actúa colectivamente, como Unión. Es evidente que necesitamos de una estrategia que nos ayude a salir fortalecidos de la crisis y convierta a la UE en una economía inteligente, sostenible e integradora que disfrute de altos niveles de empleo, de productividad y de cohesión social.

Europa 2020 constituye una visión de la economía social de mercado de Europa para el siglo XXI en la que España y Portugal participan activamente.

Europa 2020 propone tres prioridades que se ven refuerzadas entre ellas:

- Crecimiento inteligente: desarrollo de una economía basada en el conocimiento y la innovación.
- Crecimiento sostenible: promoción de una economía que haga un uso más eficaz de los recursos, que sea más «verde» y competitiva.

- Crecimiento integrador: fomento de una economía con alto nivel de empleo que tenga cohesión social y territorial.

A nuestro alrededor, el mundo está cada vez más interconectado. Esta es ahora una realidad cotidiana en el sector de la salud a nivel europeo, y la sensibilidad para los principios y valores de la accesibilidad, la equidad, la atención sanitaria de calidad y la sostenibilidad financiera, son justamente uno de los retos más difíciles que enfrentan las administraciones modernas de los sistemas de salud.

La salud es un cruce único y complejo de la ciencia de vanguardia, con la tecnología en constante desarrollo, elevada sensibilidad política, complejidad de la práctica de sus profesionales, y de gran importancia para los ciudadanos, pacientes y sus familias.

Por lo tanto, cuando a eso le sumamos la dimensión ibérica, resulta difícil ver cómo todas las piezas encajan entre sí, para los actores nacionales y de las instituciones ibéricas – de ahí la necesidad de este tipo de análisis a fondo que presentamos en este estudio de investigación.

Vale la pena hacer el esfuerzo para llevar a cabo dicho análisis.

Existen enormes beneficios potenciales que se derivan de la integración de la dimensión europea en la salud. Los sistemas sanitarios de Europa representan el mayor compromiso colectivo para la salud en cualquier parte del mundo. Sin embargo, aunque los sistemas sanitarios europeos están tratando de hacer algo similar, lo hacen de maneras muy diferentes. Esto hace que Europa sea un gigantesco «laboratorio natural» para los sistemas de salud, con un enorme potencial para que los países aprendan unos de otros.

España y Portugal han desempeñado un papel clave en la evolución del panorama descrito con anterioridad, no sólo como catalizadores del espíritu de cooperación transfronteriza sino como vehículo de desarrollo para abrir dicho potencial, facilitando la transferencia de experiencias y conocimientos, mediante la mejora continua de la calidad de esas mismas interacciones y permitiendo, así, una mayor eficiencia en la prestación de atención de la salud a través de la cooperación transfronteriza. Este es el verdadero reto de la atención sanitaria transfronteriza.

Este estudio intentará mostrar que la comprensión de las diferentes dimensiones de este reto es compleja y desafiante. Por otro lado, estudios anteriores a este trabajo han supuesto un avance fundamental para el proceso de desarrollo de un marco jurídico

europeo para la atención sanitaria transfronteriza. Actualmente, estos problemas tienen un enfoque prioritario y relevante con la presión a corto plazo, sobre los presupuestos públicos, como consecuencia de la crisis financiera, así como a largo plazo, sobre la presión del impacto del envejecimiento demográfico y evolución tecnológica.

En este sentido, este estudio representa una relevante contribución a la comprensión de cómo asegurar los beneficios potenciales que se ponen en práctica en la cooperación ibérica respecto a los sistemas de salud, para los ciudadanos, para los pacientes y para ambos sistemas sanitarios.

Implícito a este abordaje, es oportuno analizar la tríade de la gestión de la calidad, del conocimiento y de la innovación en el marco ibérico, aprovechando sinergias y definiendo prioridades de cooperación en repuesta a mecanismos de cooperación entre ambos estados miembros.

En este sentido, nos planteamos diversas inquietudes que orientaran el proceso de investigación:

- ¿Cómo se puede caracterizar la gestión de la calidad en salud en España y Portugal?
- ¿Cuáles son y cómo se pueden caracterizar las estrategias y objetivos del «Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud» (España) y de la «Estrategia Nacional para a Qualidade em Saúde (Portugal)» ?
- ¿Cómo puede contribuir la gestión del conocimiento y de la innovación para la mejoría de la gestión de calidad en salud en el marco de la cooperación ibérica?
- ¿Cuáles son los principios de la cooperación ibérica?
- ¿Qué estrategias se promueven en el ámbito del acuerdo marco entre el Reino de España y la República Portuguesa sobre Cooperación Sanitaria Transfronteriza?
- ¿Qué estrategias de cooperación ibérica se pueden implementar para asegurar una atención de calidad y equitativa que se traduzca en una mejora de los indicadores de salud de la población?
- ¿Cuáles son las necesidades y prioridades estratégicas en la cooperación ibérica en el ámbito de la salud?
- ¿Cuáles son los determinantes y oportunidades de colaboración al abrigo del Programa Operacional de Cooperación Transfronteriza España-Portugal?
- ¿Cómo se puede abordar y beneficiar de la gestión del conocimiento y de la innovación en la promoción de la calidad en salud ibérica?
- ¿Cuáles son las prioridades estratégicas de innovación en salud?

OBJETIVOS

Objetivo General

El objetivo de esta investigación es explorar las oportunidades estratégicas de cooperación en salud entre España y Portugal, a través de sus planes de gestión de la calidad en salud, articulados con los procesos de optimización basados en la gestión del conocimiento y de la innovación.

Objetivos Específicos

Para alcanzar el objetivo general, nos hemos planteado preguntas de investigación en relación con cuatro ámbitos de estudio que abarcan la gestión de la calidad, la gestión del conocimiento, la gestión de la innovación y las estrategias de cooperación.

1. Gestión de la Calidad en Salud: Las Tecnologías de Información y Comunicación como Estrategias de Cooperación

- Evaluar la actividad científica y producción de información sobre Gestión de la Calidad y su referencia a las Tecnologías de Información y Comunicación, en el ámbito ibérico.
- Consultar la opinión de expertos, en relación a la aplicación de las TIC como estrategias de gestión de la calidad en el ámbito ibérico.

2. Las Dimensiones Estratégicas para la Cooperación en Salud

- Conocer la producción de información sobre salud y su referencia a la calidad, conocimiento y innovación, en el ámbito de las Instituciones de la Unión Europea.
- Explorar las resoluciones y prioridades estratégicas en el marco de Asamblea Mundial de la Salud, del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa y del Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores de la Unión Europea, emitidas en el ámbito de calidad, del conocimiento y de la innovación en salud.
- Identificar las prioridades estratégicas en el marco de la Presidencia Española de la Unión Europea y su enfoque en la calidad, conocimiento e innovación en salud.

3. Marco de la Cooperación Ibérica en Salud

- Explorar las principales iniciativas, tratados y convenios entre España y Portugal que fomentan la cooperación y cohesión.
- Estudiar la audiencia de las paginas web ministeriales de salud en el contexto ibérico.
- Identificar la importancia y el alcance del uso de la web 2.0 por los miembros del Departamento de la Calidad en Salud de Portugal.
- Explorar los Modelos de Acreditación Sanitaria más relevantes en la promoción de la cooperación sanitaria.
- Identificar las principales iniciativas y premios que reconocen las buenas prácticas y la innovación en salud en España y Portugal.
- Analizar los discursos y las intervenciones oficiales de los miembros de los Ministerios de Salud de España y Portugal, de acuerdo con la temática de la innovación.

4. Propuestas de Cooperación al Programa Operativo de Cooperación Transfronteriza España-Portugal

- Desarrollar propuestas de cooperación en salud de acuerdo con las prioridades estratégicas en la región transfronteriza y en el ámbito del Programa Operativo de Cooperación Transfronteriza España-Portugal (POCTEP).

Universidad de Alicante

CONTENIDOS DE LA TESIS

Esta tesis comenzó a elaborarse en el curso académico 2007-2008, dentro del Programa de Doctorado en Salud Pública del Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante (UA). El segundo curso finalizó con la obtención del Diploma de Estudios Avanzados (DEA) en Julio de 2009, y posteriormente en el tercero, se obtuvo el respaldo de una beca ibero-americana de la Fundación MAPFRE para realizar una estancia de formación avanzada especializada en el Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias de la Comunidad Valenciana (INACEPS), con el objetivo de empezar el análisis de necesidades y oportunidades de cooperación sanitaria ibérica en los dominios de la calidad, conocimiento y innovación en salud. Esta estancia dio inicio a un continuo proceso de investigación que se fue desarrollando entre los años 2009 y 2011 – principalmente desde la Universidad de Alicante y la Escola Nacional de Saúde Pública/Direcção-Geral da Saúde (Portugal) – hasta desembocar en la presente tesis doctoral.

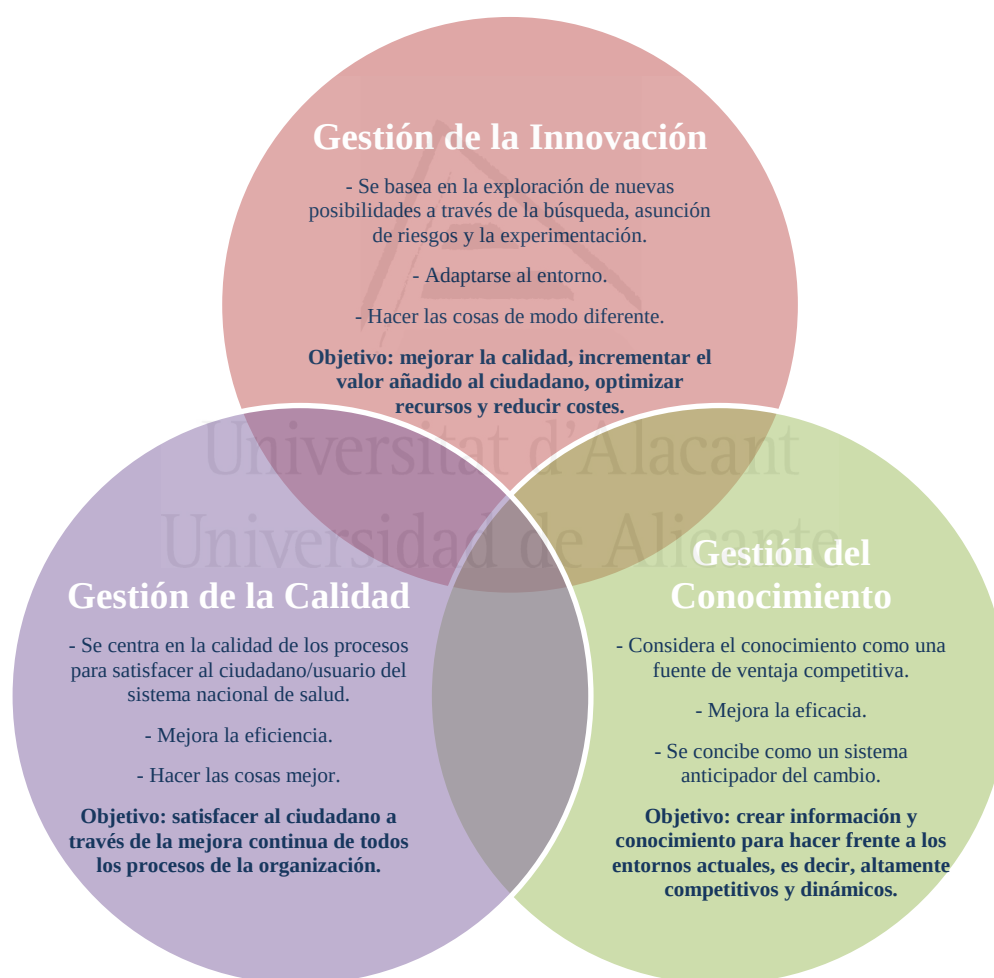
Consecuentemente, y antes de pasar a la explicación del contenido de cada capítulo de los que consta esta tesis, conviene recordar que esta tesis opta a la mención internacional en el título de doctor, para lo cual la normativa exige que parte del documento final sea redactada en una de las lenguas oficiales de la Unión Europea distinta a las lenguas oficiales de España (R.D. 1393/2007 Artículo 22). Es por ello que, en el Capítulo 3 y 4 de la Parte Empírica, hay estudios del trabajo que están escritos en lengua portuguesa.

A continuación exponemos las diferentes partes y capítulos de los que consta esta tesis. La tesis está estructura en Introducción, Parte I – Marco Teórico, Parte II – Aspectos Metodológicos, Parte III – Resultados, Parte IV – Discusión y Conclusión.

En la Parte I, referente al Marco Teórico, se expone en 4 Capítulos un breve recorrido por algunas de las disciplinas y teorías que desde las ciencias de la salud, han abordado la tríade conceptual en estudio o sea los dominios de la gestión de la calidad, del conocimiento y de la innovación en salud, explicando tanto la estructura y

funcionamiento desde el Sistema Nacional de Salud de cada país. Este recorrido nos ha permitido situar la problemática de nuestra investigación y en el Capítulo 4 explorar las dinámicas en las estrategias de cooperación en el ámbito iberoamericano, europeo y ibérico. Además, plantearemos cuales son los principales retos a los que se enfrenta el sistema de salud español y portugués, al final de cada capítulo en un proceso de reflexión basada en la perspectiva ibérica. En la Figura 1 se muestran los rasgos más sobresalientes de la gestión de la calidad, gestión del conocimiento y gestión de la innovación, constructos que serán desarrollados en capítulos posteriores.

Figura 2 – Rasgos más sobresalientes en el estudio



Fuente: Elaboración propia

En la Parte II se aborda detalladamente los aspectos metodológicos de la investigación, diferenciando cada uno de los objetos de estudio, y el tipo de instrumentos y análisis que se ha realizado. Salientamos que el ámbito del estudio ha requerido la utilización de

distintas abordajes metodológicos y en este sentido se ha considerado útil aunar esfuerzos en promover una análisis continua, articulada y complementaria entre los distintos procesos de la investigación, de forma a comprender de qué manera el pensamiento sistémico permitía profundizar los fundamentos teóricos y prácticos de las iniciativas de cooperación ibéricas.

Los 4 principales momentos del proceso de investigación están estructurados de acuerdo a los objetivos definidos en cada fase del estudio:

1. Gestión de la Calidad en Salud: Las Tecnologías de Información y Comunicación como Estrategias de Cooperación

2. Las Dimensiones Estratégicas para la Cooperación en Salud

3. Marco de la Cooperación Ibérica en Salud

4. Propuestas de Cooperación al Programa Operativo de Cooperación Transfronteriza España-Portugal

En todos estos momentos se ha adoptado diversas metodologías cualitativas y cuantitativas, en articulación con la aplicación del pensamiento sistémico como método para trascender la complejidad de los sistemas de salud y resolver problemas según el cual un «problema» forma parte de un sistema dinámico mayor y exige una comprensión más profunda de las vinculaciones, las relaciones, las interacciones y los comportamientos entre los elementos que caracterizan al sistema de salud en su conjunto, se ha valorado su valor añadido para la integración del proceso de investigación delimitado.

El actual «Marco de acción» de la Organización Mundial de la Salud relativo a los sistemas de salud, se describe seis elementos constitutivos de los sistemas de salud claramente definidos, que juntos constituyen un sistema completo y desde luego se ha considerado una aportación válida para la dimensión ibérica: 1) Prestación de servicios (comprende intervenciones eficaces, seguras y de calidad, destinadas a quienes las necesitan, cuando y donde se necesitan, realizadas con un mínimo desperdicio de recursos); Personal sanitario (ha de ser receptivo, equitativo y eficiente en función de las circunstancias y los recursos existentes, y disponible en número suficiente); Información sanitaria (ha de posibilitar la producción, el análisis, la difusión y el uso de información fiable y oportuna sobre determinantes de la salud, el desempeño de los sistemas de salud y la situación sanitaria); Tecnologías médicas (comprende productos médicos, vacunas y otras tecnologías de comprobada calidad, seguridad, efectividad y costo eficacia, y su utilización científicamente racional y costo eficaz); Financiación de

la salud: ha de permitir obtener fondos suficientes para la salud a fin de que las personas puedan utilizar los servicios que necesitan y estén protegidas contra las catástrofes financieras o el empobrecimiento a que podría conducirles la obligación de pagar por esos servicios); Liderazgo y gobernanza (ha de permitir contar con marcos normativos estratégicos, además de facilitar una supervisión efectiva, el establecimiento de alianzas, la rendición de cuentas, las reglamentaciones y los incentivos, así como prestar atención al diseño del sistema).

La aplicación deste pensamiento ha impulsado a una comprensión más pragmática de lo que funciona, para quién funciona y en qué circunstancias de acuerdo con: la naturaleza de las relaciones entre los elementos constitutivos; los espacios entre los elementos (y en la comprensión de lo que sucede en ellos) y las sinergias que surgen de las interacciones entre los elementos.

En la Parte III y IV, se identifica y analiza detalladamente los diversos proyectos y estudios implementados, organizando secuencialmente las actividades, descreyendo sus actividades planificadas y ejecutadas. Para ello, abordaremos las finalidades, las principales actividades, el funcionamiento y los actores implicados en cada proceso.

Finalmente, abordaremos la CONCLUSIÓN dando respuesta a las preguntas de investigación planteadas y contrastando las preguntas de investigación que orientaran el trabajo.

Todo ello nos conducirá a realizar una reflexión analítica de las estrategias de cooperación ya realizadas, en ejecución y válidas para propuestas, así como el planteamiento de futuras líneas de investigación. Las conclusiones obtenidas en el trabajo están clasificadas en dos grupos: conclusiones propias de la tesis y conclusiones proyectivas de la tesis. Se hace especial hincapié en las conclusiones generales de los varios estudios por ser esta parte la principal aportación de la tesis.

Asimismo hemos incluido las Referencias utilizadas en esta tesis y los Anexos que recogen los diferentes instrumentos metodológicos utilizados e información sobre los análisis que hemos realizado.

Así pues, la exploración y análisis de las estrategias de gestión de la calidad, gestión del conocimiento y gestión de la innovación, permitaran desde diferentes perspectivas acerca la organización a las exigencias del entorno, dando lugar a que se mantengan o mejoren sus posiciones competitivas.

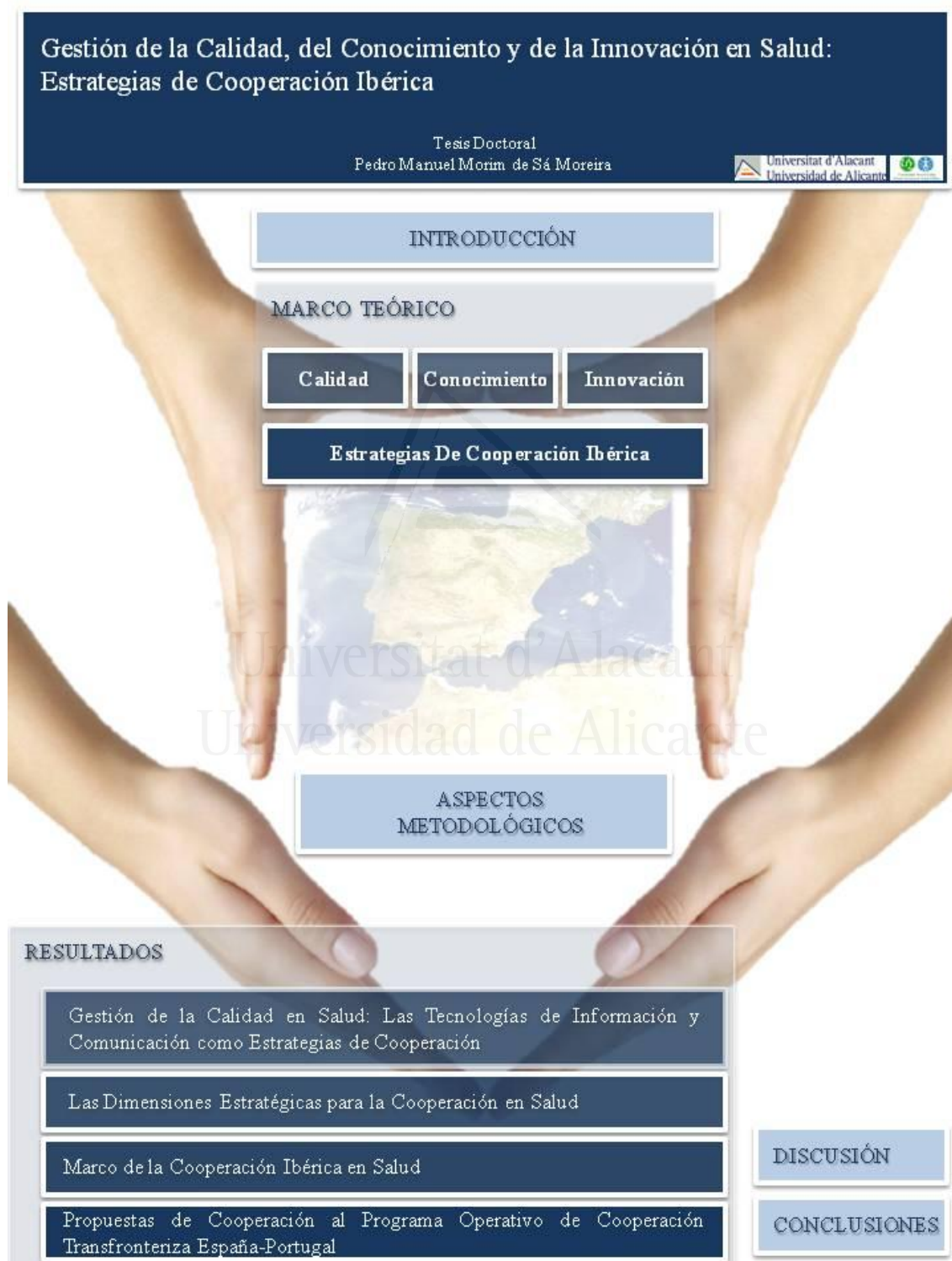


Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

DIAGRAMA INTEGRADOR

A continuación se muestra un diagrama conceptual a manera de síntesis del presente trabajo.

Figura 3 – Diagrama integrador



Fuente: Elaboración propia.

Parte I – Marco Teórico

Nota Preliminar

Esta segunda parte de la tesis tiene como objetivo realizar un encuadre teórico del trabajo. Para ello, comienza analizando los conceptos y características de calidad, conocimiento e innovación en salud, continúa estudiando su relación con los procesos y estrategias de cooperación ibéricas en salud y, finalmente, justifica la perspectiva desde la que se desarrollará el posterior estudio empírico.

Figura 4 – Representación visual de las palabras clave que conforman los capítulos Calidad



Fuente: Elaboración propia.

CALIDAD

Capítulo 1. Gestión de la Calidad en Salud

«Lo más importante es no dejar de hacernos preguntas.»

Albert Einstein(1879-1955)

El concepto de calidad en salud ha experimentado un profundo cambio hasta llegar a lo que hoy conocemos como calidad total, una denominación que denota claramente los valores y contenidos de un sistema integral y armónico de calidad.

Para el abordaje de este estudio y contextualizar la calidad en salud desde sus perspectivas y proceso evolutivo, vinculado en el enfoque de las tecnologías de información y comunicación como estrategias de cooperación, a lo largo de los siguientes capítulos se realizará una breve exploración y reflexión teórica.

En el apartado final del capítulo, se examina el alcance de la evidencia disponible para los investigadores, profesionales sanitarios y responsables políticos, poniendo de relieve las lagunas en la literatura y recomendación de futuras investigaciones y la recopilación de datos.

1. Calidad en Salud: conceptos, dimensiones y evolución

«La calidad nunca es un accidente, siempre es el resultado de un esfuerzo de la inteligencia.»

J. Ruskin, 1892

1.1. Concepto de Calidad en Salud

La calidad es un concepto primitivo, polisémico y relativo, es decir, respectivamente que 1) no puede definirse a través de otros conceptos; 2) supone significados disímiles, tanto en el tiempo como en función de quien lo utilice; y 3) está asociado a un juicio de valor individual y colectivo, luego no es un concepto absoluto.

La Real Academia Española define calidad como la *«propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie»* (3). Entendida así, calidad de la asistencia sanitaria es aquella propiedad o conjunto de propiedades, que permiten evaluar un

servicio asistencial como igual, mejor o peor que los servicios de su misma especie. Se derivan de esta definición tres características importantes. En primer lugar, la necesidad de entender el concepto calidad como termino relativo y como una característica en relación con alguno de los múltiples componentes de la asistencia sanitaria. En segundo lugar, que el concepto de calidad lleva implícito el de comparación («mejor, igual, peor») y, por último, la necesidad de contar con un estándar, norma o modelo con el que compararse.

Así, cualquier intento de abordar la calidad de la atención se enfrenta a un problema importante, es que no hay consenso sobre la manera precisa para definir la calidad de la atención, y que la ausencia de un marco sistemático común es medida fundamental a la diversidad en el lenguaje utilizado para describir este concepto (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10).

La elección de la definición que se adopte en cierta medida, dependerá del nivel de análisis, su uso y el contexto específico.

El punto de partida de muchos estudios, es la definición elaborada por el Instituto de Medicina (IOM) (11), que tiene probablemente la más amplia de las definiciones, tanto en la política y la literatura académica: «La calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual».

Es importante reconocer que esta definición surgió dentro de un paradigma de los Estados Unidos, en la que las nociones de acceso y cobertura tenían menos énfasis. En consecuencia, es necesario en un contexto europeo se insista en la inclusión de la palabra «población», reconociendo que un servicio de alta calidad debe ser accesible y disponible a grupos desfavorecidos, en particular dentro de una población que necesita atención.

Varios autores y organizaciones han definido la calidad de la atención al describir el concepto de acuerdo a un conjunto de dimensiones. Las dimensiones más frecuentemente citadas son (en orden decreciente de frecuencia): la eficacia, eficiencia, acceso, seguridad, equidad, pertinencia, oportunidad, la aceptabilidad, la satisfacción, la capacidad de respuesta del paciente o el paciente-centrismo, y la continuidad de la atención. Estas dimensiones son, sin embargo, ni completa ni mutuamente excluyentes.

Prestar un servicio de buena calidad consiste en conseguir hacer bien lo que se debe

hacer en cada caso, en cada proceso que es atendido, hacerlo con el menor coste posible y de forma que queden satisfechos quienes reciben esa asistencia. Al nivel asistencial esto significaría, conseguir la adecuación de las prestaciones asistenciales, la excelencia de éstas y la satisfacción de quienes las reciben (12).

Partiendo del concepto de calidad, las necesidades de la población y los niveles de excelencia de la práctica clínica requiere la participación de los profesionales que la prestan (profesionales sanitarios), la participación de los profesionales que la planifican (gestores), además de la participación de quienes la reciben (población asistida) (13). Lograr estos atributos en asistencia sanitaria significa conseguir la calidad científico-técnica y la calidad racional.

Entenderemos como calidad científico-técnica el tratar de acercar la efectividad de nuestras prestaciones a la eficacia que la ciencia ha demostrado para cada una de las prácticas clínicas y, entre ellas el emplear las más eficientes. Además de hacerlas accesibles y de prestarlas de forma equitativa y segura. Como calidad relacional debe ser entendida la capacidad del propio sistema para comunicarse con quienes reciben estos servicios, para ser tratados con empatía, tacto, sensibilidad y honestidad.

Cualquier servicio que busque la calidad debe trabajar siempre bajo la óptica de optimizar versus maximizar.

De este modo, ninguna definición por si sola podrá dar respuesta al amplio espectro de la calidad, sólo un análisis detenido de los componentes de la atención sanitaria desde el nivel de macro gestión hasta la micro gestión podría hacernos llegar a una visión esclarecedora del concepto de calidad en salud.

1.2. Atributos y determinantes de la Calidad en Salud

Los profesionales de la salud tienden a definir la calidad desde la perspectiva de los cuidados que ellos prestan al paciente. Esta visión enfatiza básicamente la *excelencia científico-técnica*, en la que se proveen los cuidados y, en menor grado, a las características de la *interacción*, o calidad de la relación, entre estos profesionales como proveedores de la asistencia y el paciente que la recibe.

Los determinantes clave de la calidad técnica de los cuidados son básicamente dos, la adecuación de los cuidados que se dan y la habilidad con la que esos cuidados son prestados. Consiste en lo que algunos autores han descrito como el «hacer bien lo que se debe hacer» (*doing the right thing right*) que, a su vez, va a depender de la habilidad,

conocimiento, interés, tiempo y recursos disponibles para hacerlo. En definitiva, de una alta calidad en la toma de decisiones de los profesionales sanitarios y en su capacidad e interés para llevarlas a la práctica (14).

La *calidad de relación* entre profesionales y pacientes depende también de varios elementos: la calidad de su comunicación, la capacidad de ganar su confianza y la habilidad para tratar al paciente, así como atender las preferencias y valores de cada paciente.

En esta línea, debe ser interpretada la definición del Instituto de Medicina Estadounidense, cuando refiere que la calidad de la atención sanitaria es el «grado en el cual los servicios de salud para un individuo o una población son capaces de incrementar u obtener los resultados deseados y estos son consistentes con los conocimientos actuales de la ciencia», por el cual se refiere a los resultados deseados y las expectativas de los pacientes, siendo esta no incompatible con el logro de la excelencia científico-técnica. Diversos autores (15) (16) justifican los siguientes fallos en la calidad asistencial:

Figura 5 – Fallos en la calidad asistencial

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Fuente: Elaboración propia a partir de Gestión Clínica: desarrollo e instrumentos (17).

Del punto de vista de las instituciones u organizaciones proveedoras de cuidados, se

enfatisa el papel directivo de los servicios públicos o compañías privadas, que conlleva la preocupación por el componente económico-organizativo de los servicios sanitarios, que deben procurar, en una situación de limitación de recursos, la accesibilidad de los usuarios a dichos servicios, la capacidad de respuesta y optimizar su utilización.

Así, los atributos básicos de la excelencia en la atención sanitaria se centran en prestar una atención (tabla 1):

- *Segura*: evitar los errores en los pacientes («*Primum non nocere*»)
- *Efectiva*: prestar asistencia basada en la mejor evidencia científica, evitando el sobreaprovechamiento o infraaprovechamiento de los recursos.
- *Centrada en el paciente*: proveer los cuidados respetando los valores y creencias de los pacientes, bien informados y que deben ser quienes finalmente guíen las decisiones clínicas.
- *En el momento adecuado*: evitar los retrasos innecesarios
- *Eficiente*: evitar gastos innecesarios.
- *Equitativa*: proveer los mismos cuidados para las mismas necesidades, sin distinción social o de ubicación del paciente.

Tabla 1 – Componentes y atributos de la calidad asistencial

Componentes	Atributos			
Científico-Técnico	Eficacia	Accesibilidad	Agilidad	Confort
Interpersonal/Relacional	Efectividad	Continuidad	Trato	
Organizativo/Económico	Equidad	Seguridad	Información	

Fuente: Elaboración propia a partir de Gestión Clínica: desarrollo e instrumentos (17).

La elección y medición de las dimensiones de la calidad asistencial influirá en las estrategias adoptadas para mejorar la calidad. Shaw y Kalo (2002) (18) sostienen que el desafío que enfrenta cada país es reconocer estas diversas expectativas, pero legítimas y conciliar en un sistema de salud responsable y equilibrado. Las dimensiones que son el objetivo principal de este análisis son la eficacia, el acceso, la seguridad, la conveniencia, la oportunidad, la aceptabilidad, experiencia y satisfacción del paciente. Mientras que la eficiencia de la atención de la salud se tiene en cuenta en muchas actividades relacionadas con la calidad, a estos efectos se considera principalmente una

cuestión de que las entidades sanitarias nacionales.

Figura 6 – Pirámide de las estrategias validas para fomentar la calidad asistencial



Fuente: Elaboración propia a partir del Acuerdo del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del 11 de diciembre de 2006 sobre el Proyecto AP-21.

En resumen, las dimensiones de calidad asistencial se pueden definir en consideración a las definiciones validadas por los siguientes autores – tabla 2.

Tabla 2 – Dimensiones de la calidad asistencial

Donabedian (1988)	Maxwell (1992)	UK DoH (1997)	Council of Europe (1998)	NLHI* of the JCAHO (1999)	IOM (2001)
Eficacia	Eficacia	Eficacia	Eficacia	Eficacia	Eficacia
Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia
Acceso	Acceso	Acceso Equitativo	Acceso	Acceso	
Seguridad	Respecto		Seguridad	Seguridad	Respecto/ Seguridad
Adecuado/ Oportuno	Adecuado/ Oportuno		Adecuado/ Oportuno		
Equidad	Equidad	Tiempo		Tiempo	Equidad Tiempo
	Aceptabilidad		Aceptabilidad		
	Elección / disponibilidad de la información	Experiencia do Paciente	Satisfacción del Paciente		Sensibilidad / Cuidados centrados en el Paciente
Mejoría Continua	Competencia Técnica	Mejoría Continua			
	Relevancia		Valoración continua	Disponibilidad Prevención/ Detección Precoce	Continuidad del cuidado

*NLHI: National Library of Healthcare Indicators.

Fuente: Elaboración propia a partir de Donabedian, 1988 (19); Maxwell, 1992 (20); UK Department of Health, 1997 (21); Council of Europe, 1998 (22); IOM, 2001 (23); JCAHO, 2006 (24).

La seguridad del paciente ha sido tradicionalmente considerado como uno de las múltiples dimensiones de la calidad de la atención, pero es cada vez más considerada como absolutamente clave para la calidad total. Como consecuencia, el debate sobre las políticas y la implementación de la seguridad del paciente tienen su propia dimensión particular, que ha significado que se han desarrollado en paralelo a la calidad de la corriente principal de las iniciativas de cuidado de la salud.

1.3. Aproximación Histórica y Desarrollo Cronológico

«Mide lo que se pueda medir, y lo que no se pueda medir, hazlo medible.»

Galileo Galilei, (1564-1642)

La preocupación por atender a los pacientes con la mayor calidad posible es antigua y consustancial a la práctica clínica, o que supone que la evaluación sistemática de la calidad de la atención también es antigua y consustancial a la práctica clínica.

En retrospectiva, se verifica que, en Babilonia, en el año 2000 a.c., Ya Hammurabi a promulgado un código que regulaba la atención médica y la aplicación de multas para malos resultados de sus cuidados. Al mismo tiempo, en Egipto se han descubierto algunos de los primeros estándares enunciados de la medicina. Datan de mil años después, en las culturas orientales, como la China, documentos que presentan muy en detalle el estado del arte de la medicina en aquella época y como se regulan las competencias de los profesionales. Y, quinientos años después se hay elaborado el Tratado de Hipócrates de Cos, que defiende las primeras bases éticas y legales de obligado cumplimiento para los médicos, que aún hoy son actuales (25).

À posteriori se han desarrollado varios trabajos que normalizaran el proceso de la práctica clínica (como el Tratado de Galeno y los trabajos de Vesalio sobre la Anatomía Humana), y otros que contribuirán para la evaluación sistemática de la atención sanitaria, como el Tratado sobre Política Aritmética (Sir W. Petty – padre de la epidemiología moderna, siglo XVII), los trabajos de Sir W. Farr y F. Notingham (siglo XIX) sobre la mortalidad hospitalaria. Notingham, en 1855, verificó que en los grandes

hospitales hay mayor probabilidad de morir a causa de infecciones intrahospitalarias, que son menos frecuentes en los pequeños centros (25).

Desarrollo cronológico

El siglo XX se inicia con la evaluación sistemática de la calidad de la atención sanitaria y abre el periodo en el que diferentes modelos y estrategias en los programas de evaluación de la atención sanitaria conviven y van sucediéndose a lo largo de tiempo.

A continuación se presentan algunos hechos y fechas claves de la calidad en salud:

1912: Creación de la asociación de cirujanos, American College of Surgeons (ACS), y del Programa de estandarización de los hospitales (25).

1951: Creación de la plataforma organizativa Joint Commission on Accreditation of Hospital (JCAH) (25).

1966: Hito en la historia del control de calidad – formulación de la estrategia sobre la evaluación de la calidad asistencial basada en la estructura, el proceso y los resultados (Avedis Donabedian) (25).

1972: Origen de la Professional Standards Review Organization (PSRO) (25).

1973: Primeros trabajos transversales sobre las variaciones de la práctica clínica, nos Estados Unidos (J. Wennberg) (25).

1974: Creación del Australian Council on Hospital Standards (actualmente es garante la publicación internacional *Australian Quality Review – AQR*) (25).

1978: Publicación del trabajo sobre la evaluación y mejora de los resultados de los servicios sanitarios *Assessing and Improving Health Care Outcomes: The Health Accounting Approach to Quality Assurance* (J. Williamson) (25).

1979: Creación de una organización para la asesoría de hospitales en temas de calidad y educación (CBO), en Holanda. Responsable por publicar la *European Newsletter on Quality Assurance* (25).

1980: Al enunciar objetivo 31 de «Salud para todos en el año 2000» para la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud, la OMS hace énfasis en que la evaluación de la calidad de los cuidados no debe únicamente limitarse al nivel de desarrollo técnico o de experiencia, sino que se trata de una responsabilidad que incumbe a todos los trabajadores: investigadores, profesionales de la sanidad, autoridades y beneficiarios.

1988: P. Ellwood propone el desarrollo de un programa nacional para Estados Unidos

basado en orientar los resultados de la asistencia sanitaria (outcomes management) hacia el diseño de estándares y guías de práctica clínica. (25)

1989: D. Berwich propugna el Continuous Quality Improvement (CQI) como un modelo de mejora de la asistencia sanitaria, extrapolado del modelo industrial, válido para los servicios sanitarios. (25)

1990: La Joint Commission impulsa, con la llamada agenda para el cambio, la incorporación de los modelos CQI y la necesidad de orientar los programas de evaluación hacia la evaluación de los resultados y a implicar a todos los profesionales en los proyectos de mejora. (25)

1990: El Ministerio de Sanidad y Consumo de España en colaboración con el Ministerio de Salud de Portugal, fomenta desde el Programa de Formación y Puesta en Marcha de Actividades de Garantía de Calidad en Atención Primaria, «Experiencias en el Marco de la Cooperación Ibérica: Diseños de Proyectos» (26). Trabajo este de cooperación que se desarrolló sobre el apoyo de la OMS, constando de seminarios/talleres intensivos del tipo Learning-by-doing, ofreciendo ayuda y apoyo metodológico y bibliográfico para las actividades concretas de Garantía de Calidad (26).

1999: Portugal desarrolla dos estructuras de promoción de un sistema sanitario de calidad: el Consejo Nacional de la Calidad (órgano consultivo del Ministerio de Salud, en virtud de la política de calidad y siendo responsable por la elaboración de recomendaciones para el desarrollo del sistema nacional de asistencia sanitaria de calidad) y el Instituto de la Calidad en Salud (IQS) (creado en el marco del Ministerio de Salud mediante el Portaria n.º 288/99 de 27 de abril (27), se proveyó a un servicio independiente, científica, técnica y administrativa, para operar a nivel nacional y competencias en la definición y elaboración de normas, estrategias y procedimientos destinados a mejorar continuamente la calidad en la prestación de los servicios de salud).

Siglo XXI: La gestión de la Calidad se considera la prioridad del siglo. En el contexto de los servicios públicos la calidad, se centra en objetivos de orientación y actuación de los responsables políticos, de las instituciones, de los empleados públicos y de los profesionales, para alcanzar el compromiso ético de ofrecer el mejor servicio a los ciudadanos (como usuarios o «clientes» de dichos servicios).

2003: España establece en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (28), acciones de coordinación y cooperación de las

Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos 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. Los Planes de Calidad, previstos en esta la Ley de Cohesión y Calidad de 2003, están dirigidos a la ciudadanía e impulsan una atención sanitaria de excelencia centrada en los pacientes y sus necesidades.

2006: España desarrolla el Plan de Calidad 2006 para el SNS (29), con el objetivo de mejorar la calidad del SNS, asegurando el acceso a sus prestaciones en condiciones de igualdad en todo el territorio nacional.

2006: Portugal por consecuencia de las medidas de reestructuración ministerial, el IQS suspende la actividad (Decreto-Ley N ° 212/2006) (30), a pesar de la continuidad de las actividades en este ámbito por la Dirección General de Salud y la Administración Central del Sistema de Salud, la propiedad intelectual (Decreto-Ley N ° 234/2008).

2007: En Portugal, las competencias en el área de la calidad en salud derivan a la Dirección General de Salud (Decreto-Ley 219/2007).

2009: En Portugal, por consecuencia de la Ordenanza (Portaría) N° 155/2009, publicada en el *Diário da República*, N ° 28, del 10 de febrero de 2009, se define la nueva estructura orgánica de la Dirección General de Salud, surgiendo el Departamento de la Calidad en Salud, logrando como competencias del IQS la responsabilidad de desarrollar proyectos en las prioridades estratégicas consideradas en la Estrategia Nacional para a Qualidade na Saúde, (publicada a 24 de junio de 2009 en el *Diário da República*, 2.a série, N° 120).

2009: A 31 de agosto de 2009 se definió, por orden de la Ministra de Sanidad de Portugal, el Modelo de Acreditación de Unidades de Salud de la Agencia de Calidad de Andalucía, como modelo oficial y nacional de acreditación.

2009: En la XXIV Cumbre Hispano Portuguesa- Zamora, de 22 de enero de 2009, el Reino de España y la Republica Portuguesa fundamentan la importancia de la cooperación sanitaria en respuesta: 1) la tradición de movilidad de las poblaciones entre España y Portugal, así como de la puesta en marcha de diferentes proyectos de cooperación transfronteriza entre ambos países; 2) los retos planteados por la mejora permanente de la calidad en la atención sanitaria y de la organización de los sistemas de atención sanitaria; 3) el reforzar de las bases de la cooperación sanitaria transfronteriza entre España y Portugal, con el fin de

mejorar el acceso a la asistencia sanitaria y garantizar su continuidad para las poblaciones de la zona fronteriza; 4) el facilitar el acceso a los servicios móviles de urgencia de las poblaciones de la zona fronteriza.

2010: Oficialización del Protocolo de Cooperación Técnica celebrado el 5 de Junio de 2010, entre el Ministério da Saúde de Portugal y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, que tiene como objetivo reforzar la cooperación entre los Signatarios en el ámbito de la sanidad y de las ciencias biomédicas y establece la calidad y la calidad sanitaria como una de las principales iniciativas de la cooperación.

2010: A 3 de Septiembre de 2010, el Consejo de Ministros de España ha recibido un informe de la Ministra de Sanidad y Política Social, sobre el nuevo Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

2010: Oficialización del Memorándum de entendimiento celebrado el 24 de Septiembre de 2010, entre el Ministério da Saúde de Portugal y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, que tiene como objetivo compartir y desarrollar políticas en materia de calidad sanitaria, buscando la mejora permanente y la excelencia de los cuidados prestados a los ciudadanos.

2011: Publicación de la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, establece reglas para facilitar el acceso a una asistencia sanitaria transfronteriza segura y de elevada calidad en la Unión, así como garantizar la movilidad de los pacientes de conformidad con los principios establecidos por el Tribunal de Justicia y promover la cooperación en materia de asistencia sanitaria entre los Estados miembros, respetando plenamente, al mismo tiempo, las responsabilidades de los Estados miembros en lo tocante a la determinación de las prestaciones de seguridad social que estén relacionadas con la salud y a la organización y la prestación de asistencia sanitaria y atención médica, y de otras prestaciones de la seguridad social, en especial, en caso de enfermedad. Además, esta directiva prevé el establecimiento de un marco general de forma a 1) dilucidar los derechos de los pacientes en relación al acceso a la asistencia sanitaria transfronteriza y su reembolso; 2) asegurar la seguridad y la calidad de la asistencia que necesitan recibir en otro Estado miembro; y 3) desarrollar la cooperación en materia de asistencia sanitaria entre los Estados de la UE. Conjuntamente, no que conciernen los servicios en el ámbito de los cuidados

de larga duración, los trasplantes de órganos y los programas de vacunación pública, esta directiva no es aplicable.

2. Gestión de la Calidad: su inicio hasta la actualidad

« ¿Y cuál es secreto de la calidad?, se preguntarán.
Muy sencillo, es el amor: amor al conocimiento,
amor al hombre y amor a Dios. Vivamos y
trabajemos de acuerdo a ello LA MEJOR
ESTRATEGIA: ¡Manos a la Obra!»

Avedis Donabedian (1919-2000)

En el siglo pasado, para asegurar la calidad de las organizaciones sanitarias, fueron apareciendo diversos conceptos: autorización, certificación, acreditación y excelencia. Cualquier empresa, servicio u organización antes de empezar a funcionar como tal, debe obtener una autorización (de carácter obligatorio), acorde con las normas que rigen su funcionamiento. Posteriormente, para asegurar su calidad, se puede obtener una certificación o acreditación (obligatoria según el tipo de organización y país). En la actualidad, esta situación es voluntaria en atención primaria y le permite dotar de prestigio y rigor a su actividad.

La certificación emite un documento por el que se legitima el sistema de aseguramiento de la calidad de una organización, demostrando que cumple las normas y exigencias correspondientes a su actividad. La acreditación es un proceso externo, independiente, con unos estándares públicos, que establece un reconocimiento con unos niveles mínimo, óptimo y excelente.

Los conceptos de acreditación y certificación son diferentes: la acreditación puede definirse como la evaluación del nivel de calidad de una organización mediante la utilización de estándares preestablecidos, y la certificación como el conjunto de actividades que tiene como resultado final la emisión de un documento en el que se certifica que la organización cumple plenamente con las exigencias de la norma correspondiente a su actividad.

Del mismo modo, se puede afirmar que son numerosos los investigadores que han tratado de desarrollar modelos para gestionar adecuadamente la calidad ofertada por las

organizaciones, las empresas e instituciones a sus clientes. La evolución de la gestión de la calidad, está ligada a cuatro etapas (31) principales, en las que destacan:

1 - Inspección de calidad: el interés por la gestión de la calidad comienza con Taylor (32) (1911) con lo que este autor denomina dirección científica de la empresa. Parte de la base de lo que estableció como «camino optimo» para cada acción, cada proceso, las tareas de los trabajadores debían de ser simplificadas al máximo, la responsabilidad e inspección de cada proceso, cada actuación, estaba a cargo de los técnicos y mandos de las empresas. Con el tiempo, el taylorismo mostró sus limitaciones como es la pérdida del sentido del trabajo y la dificultad del trabajador en identificarse con su esfuerzo.

2 - Control de la calidad: aunque en este periodo se puede considerar como punto de partida el Manual de Control de Calidad de Juran (33), otros autores fueron relevantes en esta etapa, como Shewart que en 1939 desarrolla un método estadístico, Statistical Method from the Viewpoint of Quality Control, desde un enfoque de control de calidad. Deming (1950, 1989) (34) centra su aplicación del control de calidad en la instauración de procesos en «como mejorar la calidad mediante el ciclo planear, hacer, verificar y actuar». Crosby (35) indica la necesidad de establecer una cultura preventiva para lograr realizar las cosas bien y a la primera. Juran (36) desarrolla la trilogía de la calidad: establecer un plan, efectuar el control e implantar la mejora de la calidad. En una empresa o institución, solo habrá calidad cuando se aprenda a gestionar, desde la calidad, incorporándola dentro del proceso.

La calidad queda sometida a una disciplina mecánica, un órgano técnico fija los estándares de calidad, un órgano ejecutante realizaría la actividad productiva, un órgano de información mediaría los atributos de lo fabricado y constataría imperfecciones y un órgano decisor tomaría las medidas pertinentes sobre todo el proceso.

3 - Desarrollo del aseguramiento de la Calidad, esto implica el desarrollo de procesos de planificación y sistematización, necesarios para asegurar la calidad, creándose normas como son las correspondientes a la ISO (Internacional Standardization Organization) emitidas por el Comité Europeo de normalización y adoptadas por los países de la Unión europea. Estas normativas establecen credibilidad y ofrecen la adecuada confianza de que el servicio o producto cumpla los requisitos de calidad para satisfacer a los usuarios o consumidores

(37). Esta etapa se considera de estrategia empresarial defensiva, con el objetivo de continuar en un mercado altamente competitivo.

4 - Gestión de la Calidad Total, consolidada apenas hace un par de décadas, es considerada como una filosofía empresarial que ha de implantarse en la organización de forma global, permite introducir a los profesionales, a los trabajadores, en un proceso de mejora continua, motivándoles, para redescubrir el enorme potencial del ser humano y su aplicación en el trabajo bien hecho.

Calidad Total presupone asumir, por parte de las instituciones, de las empresas, el significado global y unificador de la palabra, con proyección tanto al exterior como al interior de la organización, reuniendo aspectos tales como: excelencia, calidad del servicio, seguridad, entorno, atención... actuando fundamentalmente sobre las persona y procesos o servicios y orientada principalmente hacia la satisfacción, la calidad percibida del cliente (38).

2.1. Modelos de Gestión de la Calidad

«Una organización solo alcanzara el éxito a medio plazo si es capaz de comprender y mejorar continuamente su capacidad de satisfacer y superar las necesidades y expectativas de sus clientes.»

William E. Deming(1900-1993)

La calidad es, en la actualidad, una exigencia de los usuarios de cualquier sistema sanitario, tanto público como privado. Las organizaciones sanitarias han ido adoptando diversos modelos para gestionar la calidad, que si bien tienen un origen, unos objetivos y unos reconocimientos diferentes, todos están enfocados a la mejora de la calidad.

Los modelos actuales de gestión de la calidad que se aplican en las organizaciones sanitarias están influenciados por el desarrollo, durante la segunda mitad del siglo XX, del Total Quality Management (TQM) o gestión de la calidad total, en la industria japonesa y americana (Deming (39), Juran (36), Ishikawa (40), Crosby (41)).

En 1989, aparece la primera adaptación en atención sanitaria de un modelo de TQM, bajo el nombre de Continuous Quality Improvement de Berwick (42), que permitió teorizar un nuevo enfoque, orientado a satisfacer las necesidades de clientes y profesionales que contempla una forma de gestión que implica un cambio en toda la organización para conseguir el nivel más alto de calidad, la excelencia.

En la actualidad, no hay un modelo de gestión de calidad único de aplicación en el sector sanitario. Los modelos de calidad de referencia son el de la EFQM (European Foundation for Quality Management), la Norma ISO (International Organization for Standardization) y el de la JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations).

A. Origen de los modelos

En 1947 se fundó en Ginebra la ISO, cuyo objetivo era el aseguramiento y la garantía de los sistemas de calidad de las organizaciones, mediante la elaboración de las denominadas normas ISO (43). Con estas normas, las empresas certificadas pueden demostrar que trabajan conforme a procedimientos escritos y documentados, conocidos por toda la organización y sometidos a un seguimiento periódico y continuo. Las normas ISO han evolucionado durante los años adaptándose a los cambios y los tiempos. La familia de las normas ISO 9000-2000 se diferencian de las anteriores normas ISO (ISO 9000-1994) en su filosofía basada en los principios de excelencia.

La JCAHO fue fundada en el año 1951, fruto de la fusión entre el Colegio Americano de Cirujanos, el Colegio Americano de Médicos, la Asociación Americana de Hospitales y la Asociación Médica de Canadá. Es una organización independiente, sin ánimo de lucro, dedicada a la mejora de la calidad de la asistencia de las organizaciones sanitarias. Para llevar a cabo este objetivo, evalúa, acredita, aconseja y establece los requisitos que han de cumplir los centros asistenciales. En 1990, la JCAHO incluye los principios de la excelencia, o de TQM, en un modelo orientado a evaluar la calidad asistencial (44). La acreditación mediante los estándares de la JCAHO fue introducida en España por la Fundación Avedis Donabedian en 1996, con el objetivo de implantar un sistema de acreditación muy extendido en hospitales americanos (45). La JCAHO cuenta con una gran experiencia en acreditación de organizaciones sanitarias (24).

La EFQM fue creada en 1988 por grandes empresas europeas (KLM, Nestle, Bull, British Telecom, Volkswagen) para elevar su calidad, frente a las competitivas empresas japonesas y americanas (46). Para ello, desde su creación, promueve un modelo de TQM, que impulsa el Premio Europeo de Calidad desde 1991.

B. Estructura de cada uno de los modelos

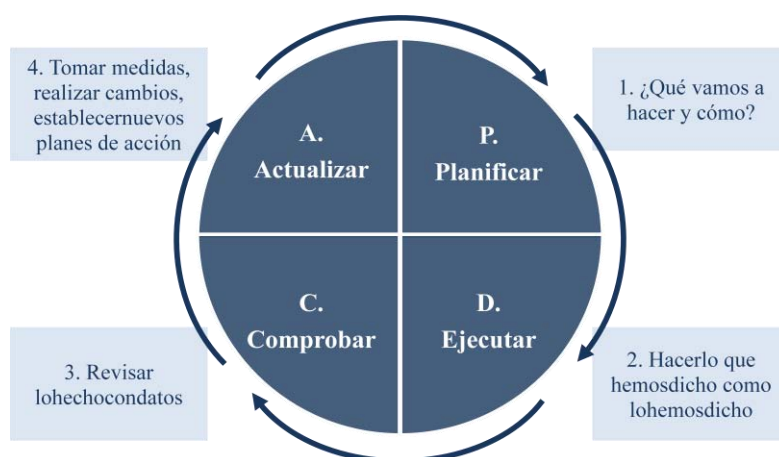
Los programas de acreditación de instituciones sanitarias, tuvieron internacionalmente su origen en la necesidad constatada por los propios profesionales sanitarios de establecer mecanismos efectivos de garantía ante la sociedad acerca de niveles mínimos de calidad en la atención sanitaria prestada, a través del desarrollo de actividades que permitiesen verificar el cumplimiento de una serie de requisitos previamente establecidos.

De esta forma, primero en EEUU y Canadá, posteriormente en Australia y mucho después en Europa, nacieron diferentes programas de acreditación de centros sanitarios impulsados por organizaciones profesionales y científicas, que a lo largo de las últimas décadas han llevado a cabo actuaciones tanto en hospitales como en centros ambulatorios y psiquiátricos.

Es de destacar, que las razones que llevaron inicialmente a la primera formulación histórica sobre criterios de acreditación de hospitales¹ fue la de regular la práctica en un sector que como el sanitario, estaba en proceso de expansión y necesitaba mecanismos que garantizasen altos niveles de calidad en la atención a los pacientes.

Los modelos de gestión de la calidad tienen en común algunos aspectos: han sido creados para la mejora de los resultados de las organizaciones, impulsan la mejora continuada a través de la aplicación del ciclo PDCA (47) (plan, do, check, action), están relacionados con la calidad (a distintos niveles, con distintos significados en el concepto), requieren el compromiso de la dirección, están orientados al cliente y pueden ser utilizados por las organizaciones como herramientas con un doble propósito (Figura 7): para que realicen una autoevaluación (análisis de situación que permita conocer su situación de partida y establecer planes de mejora) o para que se sometan a evaluaciones externas (acceder a premios y reconocimientos).

Figura 7 – Ciclo PDCA



Fuente: Elaboración propia a partir del modelo de W. Edwards Deming (47).

El European Forum for Quality Management (EFQM): modelo de excelencia (48)

El modelo EFQM se basa en que la satisfacción de clientes y empleados y el impacto en la sociedad se consiguen mediante un liderazgo que impulse la política y la estrategia, las personas de la organización, las alianzas y recursos y los procesos hacia la consecución de la excelencia en los resultados de la organización.

El modelo EFQM es un marco de trabajo no prescriptivo basado en 9 criterios, que a su vez se dividen en criterios menores, que pueden utilizarse para evaluar el progreso de una organización hacia la excelencia, ya que permite comparar la realidad de la organización con una situación teóricamente excelente. De esta comparación surgen puntos fuertes y áreas de mejora.

Los principios de excelencia en los que se basa el modelo son: orientación a resultados; orientación al cliente; liderazgo y coherencia; gestión por procesos y hechos; desarrollo e implicación de las personas; proceso continuo de aprendizaje, innovación y mejora; desarrollo de alianzas; responsabilidad social. Los criterios se agrupan en 2 bloques (tabla 3): agentes facilitadores (lo que la organización hace y cómo lo hace) y resultados (lo que la organización logra).

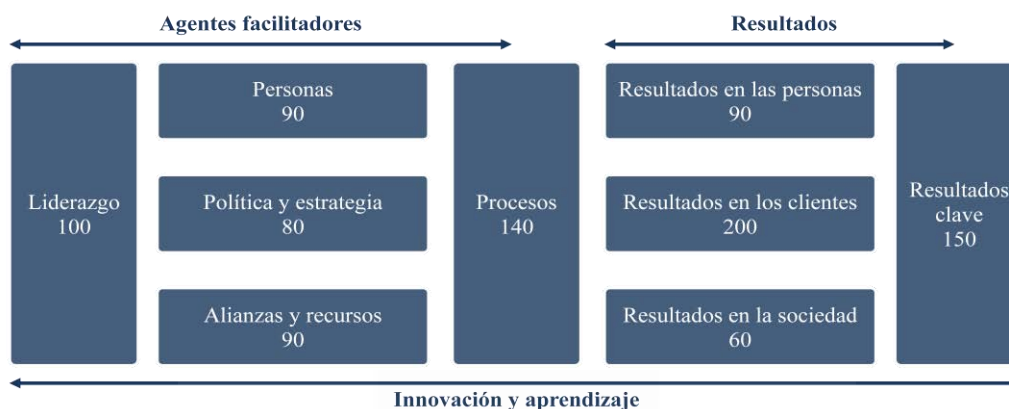
Tabla 3 – Criterios del Modelo EFQM

Criterios agentes (lo que la organización hace)	Criterios resultados (lo que la organización consigue)
1. Liderazgo	6. Resultados en clientes
2. Política y estrategia	7. Resultados en las personas
3. Personal	8. Resultados en la sociedad
4. Alianzas y recursos	9. Resultados clave
5. Procesos	

Fuente: Elaboración propia a partir del modelo de Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (48).

Cada uno de estos criterios tiene una ponderación que se reparte entre ambos bloques por igual (500 puntos cada bloque). Los criterios que más pesan son los resultados en los clientes, los resultados clave, los procesos y el liderazgo (Figura 8).

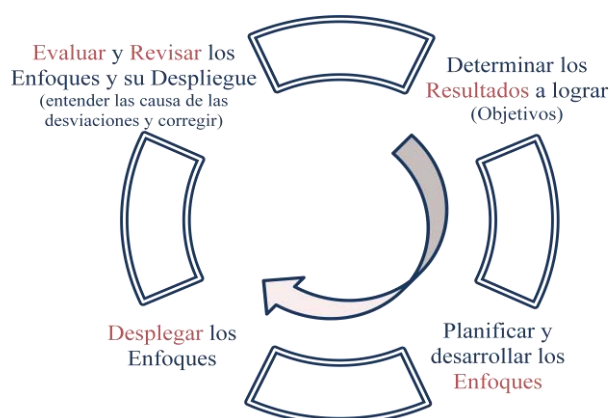
Figura 8 – Criterios y puntuaciones del modelo European Foundation for Quality Management (EFQM)



Fuente: Elaboración propia a partir del modelo de Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (48).

En los fundamentos del modelo se encuentra un esquema lógico de evaluación que se denomina REDER (**R**esultados/ **E**nfoque/ **D**espliegue/ **E**valuación/ **R**evisión), y que está integrado por resultados, enfoque, despliegue, evaluación y revisión. Los elementos enfoque, despliegue, evaluación y revisión se utilizan al evaluar los criterios del grupo de agentes (facilitadores), mientras que el elemento resultados se emplea para evaluar criterios del grupo de resultados (figura 9).

Figura 9 – Lógica REDER



Fuente: Elaboración propia a partir del modelo de Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (48).

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (24)

El modelo JCAHO está basado en un proceso de evaluación externa independiente e imparcial, con estándares profesionales internacionales (16 países han colaborado en su aprobación) específicos del sistema sanitario, basada en el juicio entre pares, y que requiere una evaluación continuada (cada 3 años) y una puesta al día regular, introduciendo temas innovadores.

Los estándares se centran en dos áreas que se detallan en la tabla 4.

Para cada uno de estos criterios se definen unos objetivos y unos estándares que deben cumplirse. Al terminar el proceso de evaluación la JCAHO informa y recomienda áreas de mejora. El modelo se adapta a factores legales y culturales de los diferentes países. El modelo de acreditación sanitaria de la JCAHO autoriza centros sanitarios, no servicios.

Tabla 4 – Funciones en las que se centra el modelo JCAHO

Funciones centradas en el paciente
1. Acceso y continuidad
2. Derecho del paciente y familiares
3. Evaluación del paciente
4. Asistencia de pacientes
5. Educación de pacientes
Funciones de la organización
6. Gestión y mejora de la calidad de la asistencia
7. Prevención y control de las infecciones
8. Dirección y liderazgo
9. Entorno y seguridad
10. Cuantificación y formación de los profesionales
11. Gestión de la información

Fuente: Elaboración propia a partir del modelo de Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (24).

International Organization for Standardization (43)

La International Organization for Standardization (ISO) se constituyó en 1947 y agrupa hoy a más de 130 países. Es una federación no gubernamental cuya misión es promover el desarrollo de la estandarización en gran variedad de campos y actividades, facilitando el intercambio de conocimiento y la cooperación internacional. Está organizada en grupos de trabajo sobre diferentes campos de actividad y hace que puedan ser consensuadas las normas y estándares para cada uno de ellos. Estos acuerdos internacionales, realizados por expertos, se publican como International Standards.

La familia de normas ISO 9000 constituye la base para el desarrollo de un sistema de gestión de calidad. Las más utilizadas ISO 9001, 9002 y 9003 dan las bases para llegar a sistematizar y desarrollar los estándares necesarios para obtener la certificación. El uso de estos estándares es totalmente compatible con cualquier otra estrategia de gestión de la calidad.

La Norma ISO 9000:2000 es una introducción a las normas principales y un elemento vital de las nuevas series principales de normas sobre sistemas de gestión de la calidad. Entre las publicaciones y estándares ISO las más frecuentemente empleadas son las que figuran a continuación:

- ISO 9001: Sistemas de la calidad. Modelo para el aseguramiento de la calidad en la producción, el diseño, el desarrollo, la instalación y el servicio posventa. Proporciona los requerimientos y estándares que necesita para demostrar su capacidad para el aseguramiento de la calidad en la producción, el diseño. El desarrollo, la instalación y el servicio posventa.
- ISO 9002: Sistema de calidad. Modelo para el aseguramiento de la calidad en la producción instalación y servicio. Similar a las ISO 9001 excepto en los requerimientos para el diseño.
- ISO 9003: Sistemas de la calidad. Modelo para el aseguramiento de la calidad en la inspección y los ensayos finales. Proporciona los estándares necesarios para demostrar la capacidad de controlar su producto o servicio final.
- ISO 9004: 2000 es un documento genérico que pretende ser utilizable como un medio para que el sistema de gestión de la calidad avance hacia la excelencia. Establece las directrices relativas a los factores técnicos administrativos y humanos que afectan a la calidad de los productos o servicios y a todas las fases de esta, desde la detección de la necesidad hasta la satisfacción del cliente.

La nueva familia de normas ISO 9000 han supuesto un importante salto cualitativo respecto a sus predecesoras, al adoptar los principios de gestión de la calidad, principios coherentes con los promulgados por los otros modelos. Las normas ISO se estructuran en 8 puntos (tabla 5).

Tabla 5 – Estructura de la Norma ISO 9000

Las normas ISO se estructuran en 8 puntos
1. Objetivo y campo de aplicación
2. Normas para la consulta
3. Términos y definición
4. Sistema de gestión de la calidad
5. Responsabilidad de la dirección
6. Gestión de recursos
7. Realización del producto
8. Medición, análisis y mejora
Fuente: Elaboración propia a partir del modelo de International Organization for Standardization (43).

El proceso para certificarse es el siguiente: presentar una solicitud formal a la entidad de certificación, que realiza un presupuesto; aceptación del presupuesto; estudio por parte de la certificadora de la documentación de su sistema de gestión de la calidad; visita previa de auditoría, para conocer la empresa y resolver dudas; envío del plan de auditoría a la organización, indicando fechas, equipo auditor y planificación previsto; aprobación por parte de la organización del plan de auditoría; realización de la auditoría de certificación; redacción del informe de auditoría, donde se indican las desviaciones detectadas; la organización corrige las desviaciones detectadas y presenta la solución de las mismas a la certificadora, y concesión del certificado por parte de la certificadora.

Con el cumplimiento de las normas ISO a través de auditorías, las organizaciones obtienen un certificado expedido por una organización con competencia para realizar dicha actividad.

A su vez, estas empresas certificadoras tienen que estar acreditadas para ello por una entidad. En España, la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC), organización auspiciada por la Administración, tiene la misión de acreditar, en el ámbito nacional y a través de un sistema conforme a normas internacionales, la competencia técnica de las entidades certificadoras (inspectoras).

En Portugal, el Instituto Portugués para la Calidad (IPQ) es el organismo nacional responsable de la gestión del Sistema de Calidad Portugués. El IPQ promueve el uso generalizado de procedimientos, técnicas, metodologías y especificaciones reconocidas a nivel europeo y / o internacional, en términos de calidad. La certificación es temporal y renovable, expedida por entidades privadas independientes, acreditados por el Instituto Portugués de Acreditación (IPAC).

C. Diferencias entre modelos

Para poder decidir por alguno de los modelos de gestión de la calidad, es importante conocer los principales elementos diferenciadores entre ellos.

El modelo EFQM es un modelo de TQM desde su creación, que se ha desarrollado para materializar los principios de excelencia, la Norma ISO 9000 es una norma desarrollada por la ISO que pretende el aseguramiento de los sistemas de calidad de las organizaciones (la ISO 9000 puede ser una parte del modelo de excelencia de la EFQM) y el modelo JCAHO de TQM se ha desarrollado exclusivamente para la evaluación de organizaciones sanitarias.

Por tanto, los dos primeros son aplicables a cualquier organización, aunque el modelo EFQM es más completo.

Si bien en la actualidad los tres modelos tienen una filosofía de partida común (basados en TQM), la Norma ISO tiene aspectos que la diferencian. La ISO tiene que llegar a enunciar requisitos comprobables por un tercero, mientras que el modelo EFQM pretende llegar a un método para medir el grado de avance de una organización (obtiene una puntuación que permite ver la evolución de la organización y permite su comparación con otras).

Por otro lado, el modelo EFQM considera en su despliegue a todas las partes interesadas de una organización (clientes, propietarios, aliados, proveedores, personas, sociedad), mientras que la ISO únicamente se centra en el cliente.

El enfoque del modelo JCAHO es intermedio entre ambos. El modelo JCAHO es un sistema de acreditación específico para organizaciones sanitarias, por lo que las normas se centran en los pacientes y cubren los aspectos principales de la práctica clínica y de la organización. Los conceptos y el lenguaje empleados por el modelo son más cercanos a los profesionales clínicos, lo que ayuda a motivarlos e incorporarlos en el proceso de mejora de la calidad. Es un modelo que aporta especial interés en aspectos como la prevención de riesgos, la seguridad, la educación, los principios éticos y el respeto por los derechos del paciente.

El modelo EFQM, a diferencia de los otros dos, es un modelo no prescriptivo, que puede utilizarse para la autoevaluación de la organización. La Norma ISO y el modelo JCAHO se basan en criterios prescriptivos de obligado cumplimiento.

Alcance del Modelo

El modelo EFQM es un modelo flexible que tiene el alcance más amplio de los tres, ya que permite la evaluación de organizaciones grandes y pequeñas, del sector público o del sector privado. La Norma ISO tiene un alcance más restringido, ya que se centra únicamente en algunos aspectos del modelo EFQM, sobre todo en los procesos y en el cliente. El modelo JCAHO evalúa globalmente la calidad de las organizaciones sanitarias, a través del análisis de las funciones de la organización y las funciones centradas en el paciente, y no permite la evaluación de estructuras inferiores (servicios, unidades, departamentos, etc.).

Reconocimiento

El reconocimiento que se puede conseguir con los tres modelos de gestión de calidad difiere en un aspecto fundamental.

La JCAHO otorga una acreditación, la Norma ISO un certificado y el modelo EFQM un premio. La JCAHO otorga como reconocimiento final la acreditación de la organización. En el modelo JCAHO, tras la evaluación de la organización sanitaria se comprueba que ésta cumple con los estándares internacionales de calidad en la atención sanitaria y en la gestión de la organización. En caso de cumplimiento, se procede a la acreditación durante un período de 3 años con revisión permanente (actualización cada 2 años con introducción de temas innovadores y adaptándose a factores legales y culturales de los distintos países).

El modelo ISO distingue a la institución mediante su certificación.

El proceso de certificación de sistemas de AENOR (entidad española que emite los certificados ISO) incluye un análisis de la documentación aportada, una visita previa y una auditoría del sistema de gestión, tras la cual se evalúa el cumplimiento de los requisitos, determinándose cuatro niveles: cumplimiento, observación, no conformidad menor, no conformidad mayor. En caso de que no haya conformidades, se debe establecer un plan de acciones correctoras, que posteriormente serán evaluadas de nuevo. Finalmente, si se cumplen los requisitos de certificación, se procede a la concesión del certificado por el organismo de certificación acreditado por la ENAC, que en España es AENOR. Tras la obtención de la certificación, la organización debe someterse a auditorías de seguimiento anuales y auditorías periódicas de renovación, con lo que se impulsa el proceso de mejora continua en las organizaciones.

En cambio, el EFQM no es propiamente un modelo de certificación ni acreditación, sino la materialización de la filosofía del TQM, aunque hay modelos de acreditación que se basan en el EFQM.

El modelo EFQM establece unos niveles de excelencia que contemplan 3 escalones: premio europeo a la calidad (nivel superior EFQM de excelencia), reconocimiento a la excelencia (enfoque estructurado que permite identificar puntos fuertes y áreas de mejora y reconoce el éxito de los esfuerzos para implantar los conceptos de la excelencia y las buenas prácticas) y el compromiso con la excelencia (destinado a organizaciones que inician su camino hacia la excelencia).

Inconvenientes

La dificultad principal para la implantación del modelo de la JCAHO en España es que estas normas se establecieron para el sistema sanitario estadounidense, que es en muchos aspectos diferentes del español. Además, es un modelo demasiado hospitalario, hace poco hincapié en los resultados y no exige auditorías internas. El modelo de acreditación de la JCAHO acredita centros sanitarios, pero no alcanza los niveles inferiores (servicios, departamentos o centros de salud).

La problemática más importante del modelo EFQM es que aplicarlo significa una revisión exhaustiva de la organización, con un lenguaje demasiado empresarial, por lo que la autoevaluación puede resultar farragosa y compleja para un EAP. Además, en atención primaria suele ser escasa la experiencia en el modelo: aunque hay distintas metodologías para el desarrollo de la evaluación, ésta es tan buena como lo son los evaluadores. Es decir, utilizado en el marco de la autoevaluación, tiene el inconveniente de la falta de experiencia de los profesionales que se autoevalúan. Es necesario acompañar el modelo de una estrategia de implantación: selección adecuada de los profesionales implicados en la autoevaluación (del EAP y de la administración), técnicos de apoyo metodológico y logístico, formación, mecanismos de implicación del profesional, sistemas de información y tratamiento de datos.

La principal característica de la ISO 9000 es que sirve para demostrar a terceros la calidad del sistema con las correspondientes ventajas comerciales que ello conlleva. El problema surge por la importancia comercial que supone obtener la certificación del sistema, lo que ha llevado a la proliferación de consultorías y a la «fiebre» por la obtención del certificado, olvidando muchas veces los principios de la calidad que dan

sentido a la norma. En el mercado de las certificaciones, en algunas ocasiones, acaban obteniéndose organizaciones con menos calidad que la inicial, aunque eso sí, certificadas. Al basarse en escribir lo que hay que hacer, hacer lo que está escrito y registrar lo que se ha hecho, no asegura el resultado excelente. Está más orientado a procesos. Al igual que el modelo EFQM, presenta un lenguaje empresarial, y es poco adaptable a servicios clínicos.

Análisis Reflexivo

La elección actual correspondería al modelo EFQM, por ser más completo, no prescriptivo, con un amplio enfoque hacia la satisfacción de todos los grupos de interés, por su determinación de puntos fuertes y áreas de mejora, su autoevaluación interna y, por tanto, la necesaria implicación de todos los agentes en este compromiso de calidad. Para facilitar su aplicación, es necesaria su adaptación a las organizaciones sanitarias. La Norma ISO 9000 es un modelo interesante para la evaluación de procesos (laboratorio, atención al usuario), pero no se adapta bien a las instituciones sanitarias. El modelo JCAHO es, sin lugar a dudas, el que más se adapta a las instituciones sanitarias, pero tiene el inconveniente de que no analiza en profundidad los niveles inferiores de la institución (servicios médicos, departamentos de salud) y su orientación es hospitalaria.

3. Reflexiones sobre la Gestión de la Calidad en la Península Ibérica

La gestión de la calidad muestra diferentes tipos de modelos en su aplicación, esencialmente basados en los sistemas de certificación (Normas ISO - International Standardization Organization), la acreditación sanitaria (sea por aplicación de estándares derivados de la Joint Commission International (JCI) o adaptaciones específicas según el servicio de salud autonómico), y en la orientación hacia la gestión de la calidad total en torno al modelo europeo de excelencia EFQM (European Foundation Quality Management).

El Sistema Sanitario es parte esencial de una sociedad compleja, dinámica y cada vez más profundamente interrelacionada. Esas características suponen que los avances y mejoras a que aspiramos en nuestro Sistema de Salud sólo podrán producirse en un escenario compartido, desde un esfuerzo conjunto entre una ciudadanía consciente y

responsable del valor de la salud y de la atención sanitaria y un colectivo profesional excelentemente cualificado y comprometido con su misión en los cuidados de salud. España y Portugal presentan avances significativos y procesos iterativos muy válidos para la reflexión necesaria de acuerdo a los objetivos y metodologías definidas para maximizar la eficiencia y eficacia en el cumplimiento de sus objetos sociales – la mejora continua de la calidad en salud. Ambos países comparten el mismo modelo de sistema de salud – Modelo de Beveridge (tabla 6), lo que aproxima la convergencia y similitud de especificidades y reformas del sistema nacional de salud.

Tabla 6 – Tipos de Sistemas de Salud

	Modelo de Beveridge	Modelo de Bismarck	Sistema Privado
Tipo	Sistema Nacional de Salud	Seguro Social	Seguros Privados (Plural/multidimensionales)
Concepto base	Atención sanitaria financiada y regulada por el Estado	Atención sanitaria como garantía y derecho básico	Productos de Salud considerados, en general, bienes de consumo
Cobertura / Adhesión a la atención sanitaria	Universalidad en el acceso y contribución	La universalidad no está garantizada; afiliación obligatoria para aquellos que cumplen con los requisitos de cobertura (zona geográfica, profesiones)	No hay cobertura universal (el ciudadano es obligado a tener seguro por cuenta propia o a realizar el pago por atención sanitaria)
Acceso a la atención sanitaria	Depende de la necesidad y no de la capacidad para el pago	Depende de la necesidad y no de la capacidad para el pago	Depende de la capacidad para el pago; existen programas públicos (Medicare, Medicaid) destinados a grupos específicos de población
Organización de los servicios	Estado (Fuerte intervención)	Privada/Pública; intervención directa del Estado	Esencialmente privada (empresas privadas de seguros); intervención del Estado indirecta/reducida
Prestación de los cuidados de salud	Pública o Contratada	Pública o Contratada	Privada
Determinación del paquete de servicios	Más orientado por la oferta	Más orientado por la demanda	Más orientado por la demanda
Modo de financiación	A través del pago por impuestos (presupuesto del Estado)	Contribuciones de los empleados / empleadores (c / base en el sueldo y la indep / nivel de riesgo individual de enfermedad) y del Estado a través de los impuestos	Contribuciones de los empleados / empleadores: recursos privados (fijados según el riesgo)
Limitaciones del sistema	Lista de espera, procedimientos de larga duración, poca libertad para elegir prestador de cuidados	Excesos en la utilización es común	Acceso basado en la capacidad para el pago
Países (paradigma dominante)	Reino Unido, Canadá, Irlanda, Suecia, Dinamarca e países del sur de Europa (España, Portugal , Italia y Grecia)	Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Holanda y Japón	EUA y Suiza

Fuente: Elaboración propia a partir de Drugs made in Germany (49).

Del mismo modo, todo el sistema sanitario se fundamenta en tres funciones que determinan su estructura y organización: la financiación, la regulación del sistema y la gestión y prestación de servicios.

En este momento, el gran debate que se está produciendo acerca de los sistemas sanitarios gira en torno a la sostenibilidad de los modelos. Por ello, en el Sistema

Nacional de Salud de España y de Portugal se están poniendo en práctica importantes medidas para mejorar la gestión de las prestaciones, para optimizar recursos, para introducir nuevos modelos de gestión manteniendo la financiación pública y concertando con la privada diferentes formas de provisión de servicios.

A continuación veremos las principales iniciativas en este entorno.

3.1. España

A. Sistema Nacional de Salud

La Constitución Española de 1978 establece, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos. El Sistema Nacional de Salud (SNS) está formado por el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y de las comunidades autónomas, e integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la Ley 14/86 General de Sanidad, son responsabilidad de los poderes públicos.

La Ley 14/86 General de Sanidad marca un hito en el marco jurídico y organizativo del sistema sanitario español al favorecer el paso de un modelo basado en seguros sociales – modelo Bismarck – al actual Sistema Nacional de Salud – modelo Beveridge – financiado con impuestos y de cobertura prácticamente universal.

Las características más destacadas del SNS español son:

- Financiación pública, universalidad (cobertura del 99% de la población) y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso.
- Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.
- Descentralización política de la sanidad en las 17 comunidades autónomas (proceso finalizado en 2002).
- Prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.
- Integración de las diferentes estructuras y recursos públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud.

Figura 10 – Descripción gráfica del Sistema Nacional de Salud Español

Fuente: Elaboración propia a partir de Spain: Health system review. Health Systems in Transition (2010) (50)

La diversidad de las acciones de las Comunidades Autónomas en el Sistema Nacional de Salud ofrece amplias oportunidades para el aprendizaje mutuo y la colaboración en la mejora de la calidad. La evolución del sistema, sus características territoriales y su capacidad de adaptación e innovación, permiten la coexistencia de aspectos comunes y de situaciones diferenciales en respuesta a problemas y necesidades de salud.

Figura 11 – Competencias de las administraciones públicas en materia sanitaria

Fuente: Elaboración propia a partir de Reparto de competencias según la Constitución Española de 1978, la Ley 14/1986, de 25 de abril General de Sanidad (51) y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud (28).

El Sistema Nacional de Salud se organiza en dos entornos o niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Especializada, en los que el acceso espontáneo de los ciudadanos y la complejidad tecnológica se encuentran en relación inversa.

Tabla 7 – Organización del Sistema Nacional de Salud

	Atención Primaria	Atención Especializada
Características	Accesibilidad	Complejidad técnica
Actividades	Promoción de la salud y de prevención de la enfermedad con capacidad de resolución técnica para abordar de forma completa los problemas de salud más frecuentes	Cuenta con los medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad y coste cuya eficiencia aumenta si se concentran
Acceso	Espontáneo	Por indicación de los facultativos de atención primaria
Dispositivo asistencial	Centros de salud y consultorios locales	Centros de especialidades y hospitales
Régimen de atención	En el centro y en el domicilio del ciudadano	De manera ambulatoria o con internamiento

Fuente: Elaboración propia.

B. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud

En España, la asistencia sanitaria ha logrado notables avances en términos de evolución científica y tecnológica, expectativas de salud, calidad de las prestaciones y derechos y deberes de los ciudadanos. Sin embargo, el paradigma de uso es la complementariedad en función de las políticas de salud y planificación sanitaria atribuidas a los diferentes servicios sanitarios (52).

Considerando el concepto más descriptivo del término calidad («propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo que permiten juzgar su valor») resulta factible su comprensión como norma de comparación.

Las transferencias sanitarias han conducido a las respectivas comunidades autónomas (CCAA) a disponer de sus propias reglamentaciones y legislación en el marco de la ordenación sanitaria y modelos de calidad.

La asunción de competencias sanitarias por las comunidades autónomas aproxima la gestión sanitaria a los ciudadanos y garantiza:

Figura 12 – Dimensiones clave en la gestión sanitaria



Fuente: Elaboración propia a partir de Sistema Nacional de Salud (2010) (53).

Para el conjunto del Estado español, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (28), promulgada en 2003, establece acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos 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 (tabla 8).

Tabla 8 – Ley de Cohesión y Calidad del SNS y acciones en materia de calidad

–	Infraestructura de la calidad: normas de calidad y seguridad, indicadores, guías de práctica clínica y práctica asistencial, registros de buenas prácticas y de acontecimientos adversos.
–	Agencia de Calidad del SNS: elaboración de la infraestructura de la calidad, sin perjuicio de las actuaciones en este orden de las CCAA.
–	Elaboración periódica de planes de calidad del SNS sin perjuicio de las competencias autonómicas de planificación sanitaria y de organización de los servicios.
–	Fomento de la auditoría externa periódica de los centros y servicios sanitarios, en garantía de su seguridad y de la calidad de dichos servicios.
–	Observatorio del SNS: análisis permanente del sistema, mediante estudios comparados de los servicios de salud de las CCAA en el ámbito de la organización, provisión de servicios, gestión sanitaria y los resultados.

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad y Consumo (54).

Con carácter estatal, el Plan de Calidad 2006 para el SNS (55), en respuesta a las directrices de la II Conferencia de Presidentes, tiene la finalidad básica de mejorar la

calidad del SNS, asegurando el acceso a sus prestaciones en condiciones de igualdad en todo el territorio nacional.

Ofrece seis grandes áreas de actuación (54) (protección, promoción de la salud y prevención; fomento de la equidad; apoyo a la planificación de los recursos humanos en salud; fomento de la excelencia clínica; utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención de los ciudadanos; aumento de la transparencia) desplegándose en 2007 mediante 12 estrategias, 40 objetivos y 197 proyectos de acción.

Tabla 9 – Áreas y estrategias del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

Área	Estrategia
1. Protección, promoción de la salud y prevención.	– Salud y hábitos de vida. – Proteger la salud.
2. Fomento de la equidad.	• Impulsar políticas de salud basadas en las mejores prácticas. • Analizar políticas de salud y proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género.
3. Apoyo a la planificación de los recursos humanos en salud.	– Adecuación de los recursos humanos del SNS a las necesidades de los servicios sanitarios. • Evaluar las tecnologías y procedimientos clínicos y de gestión. • Acreditar y auditar centros y servicios sanitarios.
4. Fomento de la excelencia clínica.	• Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS. • Mejorar la atención a pacientes con determinadas patologías. • Mejorar la práctica clínica.
5. Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención de los ciudadanos.	– Sanidad en línea.
6. Aumento de la transparencia.	• Diseñar un sistema de información del SNS fiable, oportuno y accesible.
Fuente: Elaboración propia.	

Los principios que inspiran el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud son los de ofrecer garantías a pacientes, usuarios y profesionales para conseguir un Sistema Nacional de Salud:

- centrado en las necesidades de pacientes y de usuarios;
- orientado a la protección, la promoción de la salud y la prevención;
- preocupado por el fomento de la equidad;
- decidido a fomentar la excelencia clínica;
- interesado en impulsar la evaluación de tecnologías y procedimientos con base en la mejor evidencia disponible;

- capaz de generalizar el uso de las nuevas tecnologías de la información para mejorar la atención a pacientes, usuarios y ciudadanos y asegurar la cohesión de los servicios;
- capaz de planificar sus recursos humanos con suficiente anticipación para cubrir adecuadamente las necesidades de los servicios;
- transparente para todos los actores;
- evaluable en el resultado de sus acciones.

De forma a dar respuesta a las cuestiones que afectan a los grandes principios y retos del sistema sanitario, es importante conocer en detalle las actividades de mayor relieve fundamentadas en el Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (2009), según sus 6 áreas de actuación y 12 estrategias (tabla 10).

Tabla 10 – Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

1. Protección, Promoción de la Salud y Prevención	
Estrategia 1 Proteger la salud	• Fortalecer los servicios de sanidad exterior, actualizando la normativa vigente para adaptarla al Reglamento Sanitario Internacional, estableciendo la cartera de servicios de sanidad exterior y mediante la elaboración de protocolos de actuación y manuales de procedimiento para reforzar las medidas de vigilancia y control sanitario. • Reforzar los sistemas de vigilancia epidemiológica, en estrecha coordinación con las Comunidades Autónomas, generando nuevos sistemas de información y bases de datos específicas que permitan elaborar estrategias de actuación y asegurar una adecuada respuesta a los riesgos globales con los que el SNS ha de enfrentarse (gripe aviar, el efecto sobre la salud de las temperaturas extremas, etc.). • Reforzar las actuaciones en salud ambiental, desarrollando un Plan de Acción de Salud y Medio Ambiente; potenciando la Red de Intercambio Rápido de Información sobre productos químicos e informatizando todos los procedimientos de evaluación y autorización de estos productos para favorecer los estudios de evaluación de riesgos y una mejor información tanto a profesionales como ciudadanos; elaborando guías y manuales de gestión ambiental para los servicios sanitarios; y reforzando el análisis de las aguas de consumo.
Estrategia 2 Salud y hábitos de vida	• Proyectos para evaluar periódicamente la evidencia científica disponible sobre la efectividad de las estrategias de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, como la elaboración de un plan de revisión de las evidencias, el desarrollo de campañas de información a la población basadas en esas evidencias encontradas y el diseño de recomendaciones preventivas periódicas a profesionales. • Impulsar la Atención Primaria, en el marco del proyecto AP-21 puesto en marcha por el Ministerio: elaboración de estudios sobre sistemas organizativos y estrategias de incentivación a los profesionales; financiación de proyectos-piloto e impulso de proyectos de mejora de la calidad en aspectos como atención domiciliaria, atención de urgencia o uso racional de medicamentos; puesta en marcha de una biblioteca virtual de documentación sobre atención primaria; y evaluación de experiencias relativas a aumento del tiempo de atención al paciente y desburocratización, mejora del acceso desde atención primaria a pruebas diagnósticas, mejora de la coordinación con atención hospitalaria. • Acciones para prevenir la obesidad desde la infancia, en desarrollo de la Estrategia NAOS puesta en marcha por el Ministerio: acciones de promoción de la alimentación saludable y la práctica de actividad física con profesionales sanitarios, municipios y CC.AA., familias y sector educativo. Además, se realizarán protocolos para atención primaria, en colaboración con las sociedades científicas, para la detección precoz de la obesidad y el desarrollo de programas de seguimiento; se impulsará la investigación sobre obesidad y se establecerá un plan de acción para la prevención en el ámbito escolar. • Acciones para prevenir el consumo de alcohol entre los menores de 18 años y conductores de vehículos, como la elaboración de una norma que contenga medidas dirigidas a reducir la accesibilidad al alcohol por los menores y el desarrollo de campañas divulgativas e informativas. • Puesta en marcha de un Plan de Prevención de accidentes domésticos, con acciones para incrementar la seguridad de los productos y ofrecer más información a los ciudadanos.
2. Fomentar la Equidad	
Estrategia 3 Impulsar políticas de salud basadas en las mejores prácticas	• Describir, sistematizar, analizar y comparar información sobre las políticas, programas y servicios de salud. • Poner a disposición, y contrastar con las opiniones de los usuarios, los profesionales y los tomadores de decisiones, el conocimiento sobre la evolución, problemas y logros del SNS y de los servicios de salud que lo componen.
Estrategia 4	• Promover el conocimiento sobre las desigualdades de género en salud y fortalecer el enfoque de género

Tabla 10 – Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

Analizar las políticas de salud y proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género	en las políticas de salud y en la formación continuada del personal de salud. • Generar y difundir conocimiento sobre las desigualdades en salud y estimular buenas prácticas en la promoción de la equidad en atención a la salud y en la reducción de las desigualdades en salud, mejorando así la atención a los grupos más desfavorecidos y en riesgo de exclusión.
3. Apoyar la Planificación y el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud	
Estrategia 5 Adecuación de los recursos humanos a las necesidades de los servicios sanitarios	• Estudiar las necesidades de especialistas médicos con el fin de realizar una planificación adecuada de las necesidades futuras del Sistema Nacional de Salud. • Apoyar la ordenación de los recursos humanos del SNS, definiendo un sistema de información común, posibilitando la compatibilidad de las herramientas actualmente disponibles y creando una infraestructura de gestión en los centros que posibilite el tratamiento de esta información en tiempo real. • Fortalecer las unidades docentes, dotándolas de más medios, y el programa de formación de residentes, creando una línea de apoyo a becas para su formación en centros de alta tecnología, apoyo a los desplazamientos y a la asistencia a actividades formativas, e impulsando estancias en centros públicos de excelencia.
4. Fomentar la Excelencia Clínica	
Estrategia 6 Evaluar las tecnologías y procedimientos clínicos como soporte a las decisiones clínicas y de gestión	• Poner en marcha una red de detección e información sobre tecnologías y procedimientos nuevos y emergentes, que facilite y agilice la toma de decisiones sobre la introducción en el sistema de estas nuevas tecnologías, mejorando así la calidad de la atención sanitaria. • Diseñar un Plan de Evaluación de Tecnologías Sanitarias para el SNS. • Extender la cultura evaluadora entre clínicos y gerentes, y formar profesionales dedicados a la evaluación de tecnologías en salud. • Fortalecer los instrumentos de que dispone el SNS para evaluar tecnologías y procedimientos en salud.
Estrategia 7 Acreditar y auditar centros y servicios sanitarios	• Establecer, mediante normativa, los requisitos básicos comunes y las garantías de seguridad y calidad que deben ser cumplidas para la apertura y funcionamiento de centros sanitarios a nivel del SNS, promoviendo a su vez la evaluación externa mediante la acreditación de certificadores de centros y la elaboración de normas de certificación. • Garantizar la calidad de los centros, servicios y procedimientos de referencia del SNS publicando la norma básica y estableciendo un modelo de acreditación. • Fortalecer el proceso de auditoría docente de los centros acreditados para la formación de postgrado, actualizando el modelo de acreditación docente.
Estrategia 8 Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS.	• Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria. En este sentido, se llevará a cabo el primer Estudio Nacional de Efectos Adversos (ENEAS) y otro estudio sobre la percepción de los profesionales sobre este asunto. Además, se establecerá una línea prioritaria de investigación a través del FIS, campañas de comunicación y de sensibilización, jornadas y seminarios, y diseño de herramientas de gestión clínica y seguridad para los profesionales. Se celebrará también una Conferencia Internacional sobre Seguridad de los Pacientes y se suscribirá la declaración conjunta con la OMS para impulsar la Alianza Mundial de Seguridad de los pacientes. • Diseñar y establecer un sistema nacional de notificación de efectos adversos. • Implantar a través de convenios con las CC.AA. proyectos que impulsen y evalúen prácticas seguras en ocho áreas específicas: prevenir los efectos adversos de la anestesia en cirugía electiva; prevenir fracturas de cadera en pacientes postquirúrgicos; prevenir úlceras por presión en pacientes a riesgo; prevenir el trombo-embolismo pulmonar (TEP)/trombosis venosa profunda (TVP) en pacientes sometidos a cirugía; prevenir la infección nosocomial y las infecciones quirúrgicas; prevenir la cirugía en lugar erróneo; prevenir los errores debidos a medicación; y asegurar la implantación y correcta aplicación del consentimiento informado así como el cumplimiento de las últimas voluntades. • Reforzar los sistemas de evaluación de la calidad para los centros y servicios de transfusión de sangre, mediante la elaboración de criterios comunes de inspección y acreditación de estos centros, la constitución de un grupo de expertos en hemovigilancia que analice aspectos como la trazabilidad o los sistemas de intercambio de productos sanguíneos en todo el Estado, y el diseño de estrategias de promoción de la donación. • Desarrollar medidas de mejora de la calidad de los procesos de la Organización Nacional de Trasplantes para consolidar el liderazgo mundial de nuestro país en este terreno. Se prevé, entre otros aspectos, la digitalización de su archivo y la puesta en marcha de un sistema de codificación y trazabilidad en la obtención, procesamiento y utilización de células y tejidos.
Estrategia 9 Mejorar la atención a los pacientes con determinadas patologías	• Mejorar la atención de los pacientes con enfermedades prevalentes de gran carga social y económica, con la elaboración o puesta en marcha durante 2006 y 2007 de las siguientes estrategias: Cáncer, Cardiopatía Isquémica, Diabetes, Salud Mental, Cuidados Paliativos, Accidente Vascular Cerebral y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. • Fomentar la investigación y mejorar la asistencia a los pacientes con enfermedades raras, con la puesta en marcha por parte del Instituto de Salud Carlos III de un nuevo CIBER sobre estas enfermedades y mejorar el diagnóstico precoz y el tratamiento mediante la designación de los correspondientes servicios de referencia.

Tabla 10 – Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

Estrategia 10 Mejorar la práctica clínica	• Documentar y proponer iniciativas tendentes a disminuir la variabilidad no justificada de la práctica clínica. • Impulsar la elaboración y el uso de guías de práctica clínica vinculadas a las estrategias de salud y también a patologías muy relevantes (como, por ejemplo, los trastornos alimentarios o enfermedades neurológicas como el Parkinson o el Alzheimer), consolidando y extendiendo el Proyecto Guía-Salud y formando a profesionales. • Mejorar el conocimiento sobre la calidad de vida de los pacientes que sufren determinadas enfermedades o han sido sometidos a determinados tratamientos, como los que han recibido un trasplante de órganos sólido, quienes han padecido un accidente cerebro vascular agudo, las pacientes que han sido objeto de mastectomía, quienes han recibido una prótesis de cadera, o los ancianos frágiles con reingresos hospitalarios frecuentes.
5. Utilizar las Tecnologías de la Información para Mejorar la Atención	
Estrategia 11 Sanidad en Línea	• Garantizar la identificación inequívoca de los ciudadanos en todo el SNS mediante la tarjeta sanitaria y la base de datos de población protegida, y mediante la generación de un único código de identificación personal para su uso en todo el sistema. • Impulsar la historia clínica electrónica y posibilitar el intercambio de información clínica entre diferentes profesionales, dispositivos asistenciales y CC.AA. • Impulsar la receta electrónica para su extensión en el SNS. • Ofrecer en el SNS nuevos servicios de relación entre los ciudadanos y los profesionales: cita por Internet, telemedicina y teleformación. • Garantizar la accesibilidad desde cualquier punto del sistema, la interoperabilidad y la explotación adecuada de la información.
6. Mayor Transparencia	
Estrategia 12 Diseñar un sistema de información del SNS fiable, oportuno y accesible	• Seleccionar y definir los indicadores clave del SNS en cinco grupos relevantes: nivel de salud, oferta de recursos, accesibilidad, calidad de la atención y resultados. • Poner en marcha el Banco de Datos del SNS, con información procedente del Ministerio, de las CC.AA. y de otras fuentes, tanto nacionales como internacionales. • Mejorar e integrar los subsistemas de información existentes. • Establecer un plan de acceso a los datos y de difusión de la información obtenida, así como la puesta en marcha de foros de comunicación y discusión para profesionales y para ciudadanos.

Fuente: Elaboración propia.

De tal modo, los datos relativos al diseño, planificación y uso de la gestión de la calidad en el conjunto del SNS se basan en las informaciones aportadas por los diferentes servicios de salud de las CCAA. La misma fortaleza se convierte en debilidad al ponerse de relieve la asimetría en la disponibilidad de fuentes válidas y actualizadas de información, debiendo recurrir en numerosas ocasiones a fuentes indirectas para su revisión. Y no es menos determinante comprobar que el foco de dicha información oscila habitualmente entre la macro gestión y la meso gestión de la calidad, siendo anecdóticas las referencias a la micro gestión para el conjunto del Estado (56).

Tomando como referencia el Informe del SNS (57) (58) orientado explícitamente hacia la actividad y realidad del sistema sanitario, se menciona que el marco de actuación en la identificación de las políticas de salud y los servicios sanitarios en el ámbito de cada CCAA debe ser el Plan de Salud correspondiente (tabla 10) (59). Y por tanto, dicho perímetro de planificación y despliegue suele citarse en las líneas estratégicas en cada comunidad.

Tabla 11 – Planes de Salud de las Comunidades Autónomas

Comunidad Autónoma	Planes de Salud de las Comunidades Autónomas
Andalucía	1993, 1998, 2003-2008
Aragón	1999-2003, 2003-2007
Asturias	1995, 2004-2007
Canarias	1997-2001, 2004-2008
Cantabria	1996-2000
Castilla-La Mancha	1995-2000, 2001-2010
Castilla y León	1991-2000, 1998-2007, 2008-2011
Cataluña	1993-1995, 1996-1998, 1999-2001, 2002-2005
Extremadura	1997-2000, 2001-2004, 2009-2012
Galicia	1993-1997, 1998-2001, 2002-2005
Islas Baleares	1998, 2003-2007
La Rioja	1998, 2009-2013
Madrid	1995-2004
Murcia	1993-1996, 1998-2000, 2003-2007, 2010-2015
Navarra	1991-2000, 2001-2005, 2006-2012
País Vasco	1988, 1994-2000, 2002-2010
Valencia	1992-1995, 2001-2004, 2005-2009, 2010-2013

Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo: Sistema Nacional de Salud (2008/2010)

En concreto, las reflexiones sobre la calidad del Informe SNS 2005 y SNS 2008 aportan una discreta visión del recorrido real de la gestión de la calidad por CCAA (tabla 11), de modo que se consideró importante explorar adicionalmente la documentación disponible de los diferentes servicios autonómicos en sus páginas corporativas.

Una visión global del conjunto de intervenciones en las diferentes CCAA nos ofrece certezas sobre la acomodación del ajuste entre la acción política y la acción directiva en términos de gestión de la calidad. Bien es cierto que al atribuir una orientación plena en favor de sistemas con sólida implantación organizativa puede discutirse si derivan de la convicción o la conveniencia. En todo caso, ninguno elude la responsabilidad de fijar el punto de atención sobre la planificación de la calidad e infraestructuras y áreas de soporte relacionadas, contenidos y sistemas organizativos, la atención centrada en el ciudadano y la seguridad, como ejes de referencia en la mejora continua.

Tabla 12 – Gestión de la Calidad por Comunidades Autónomas

	Andalucía	Aragón	Asturias	Canarias	Cantabria	Castilla-La Mancha	Castilla y León	Cataluña	Ceuta y Melilla	Extremadura	Galicia	Islas Baleares	La Rioja	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Valencia
Atención centrada en la persona	✓	✓		✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Accesibilidad	✓	✓		✓			✓		✓	✓	✓	✓	✓				✓	
Continuidad de la atención	✓		✓									✓	✓		✓			
Efectividad de la práctica	✓	✓		✓					✓				✓		✓			
Seguridad	✓			✓	✓		✓		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Uso adecuado de recursos		✓							✓		✓	✓	✓		✓			
Contenido y sistema organizativo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Estructuras de calidad y soporte	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Planificación de la calidad	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓
Otras actividades	✓	✓							✓		✓	✓	✓		✓		✓	

Nota: ✓ representa la presencia de las características de gestión de la Calidad.

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe del Sistema Nacional de Salud (29).

Relativo a los datos presentados en la tabla 11, sobre el punto de la atención centrada en la persona, como principal medida identificada en este bloque, de 14 CCAA que reportan acciones en este sentido, 10 señalan la utilización de encuestas de satisfacción específicas que cubren una amplia diversidad de ámbitos (AP, hospitalización, consultas externas, urgencias, etc.).

Respecto del atributo accesibilidad, en términos muy genéricos, se muestra información en 10 CCAA, esencialmente en cuanto a las listas de espera y demoras en exploraciones complementarias, así como una miscelánea sobre acceso a determinadas prestaciones, condiciones de las instalaciones y medios de contacto con el sistema.

Por el contrario, la continuidad de la atención tan sólo se menciona en cuatro CCAA, básicamente aquellas en las que se abordan procesos transversales entre niveles asistenciales o aquellas sujetas a la integración de Atención Primaria y especializada.

Sobre la efectividad de la práctica, las seis CCAA que citan alguna actividad en este sentido señalan estrategias centradas en la revisión y diseño de indicadores relacionados con el impacto en salud de las intervenciones, así como la utilización de vías clínicas o la creación de unidades especializadas. En este aspecto, puede completarse la información mediante herramientas que den soporte a la toma de decisiones. La proliferación de guías de práctica clínica (GPC) en nuestro entorno y su calidad dispar son atributos bien conocidos.

La seguridad de los pacientes se ha situado en una de las prioridades de los sistemas sanitarios. En concreto, es una de las dimensiones de la calidad con mayor frecuencia citada, en 12 del total de servicios autonómicos, de los cuales al menos cinco citan específicamente la formalización de su propio Plan de Seguridad o de Gestión de riesgos sanitarios (2005), si bien resulta mayoritaria la referencia a la colaboración con las estrategias del Ministerio de Sanidad y Consumo y los estudios de investigación de campo efectuados (Estudio Nacional de Efectos Adversos, ENEAS).

El uso adecuado de recursos se aporta en seis CCAA, básicamente en cuanto a programas de uso racional del medicamento, así como experiencias de procesos de gestión de costes, evaluación (Ambulatory Care Sensitive Conditions) y aprovisionamiento.

Hay una notable orientación hacia el soporte de sistemas de gestión de la calidad (normas ISO, modelos de acreditación y EFQM), la adopción de formatos basados en gestión de procesos, y la disponibilidad de agencias de calidad propias. Respecto del Plan de Calidad, puede extraerse, tanto del Informe SNS como de las páginas corporativas, que el Modelo Europeo de Excelencia EFQM es el referente prácticamente absoluto, citándose en más del 80% de los servicios de salud de forma explícita (60).

Debemos subrayar el fructífero camino recorrido hasta la fecha en diferentes instancias para generar un entorno favorable, cuando menos de carácter organizacional. Si bien el juicio debe ser generoso al analizar los hitos en mejora de la calidad obtenidos en estos últimos años, no por ello puede evitarse la valoración crítica y objetiva del alcance y los resultados obtenidos con su despliegue. Queda un notable camino por andar.

En general, en España, las diferentes comunidades autónomas han iniciado la acreditación de sus instituciones sanitarias mediante distintos modelos. Así, Galicia ha publicado un libro de estándares de acreditación de hospitales enfocado a los servicios o áreas de atención (anatomía patológica, diagnóstico por la imagen) (61). Cataluña apuesta por un nuevo sistema de acreditación hospitalario basado en el modelo EFQM, que combina estándares de Joint Commission e ISO (62). Osakidetza, que no tiene un sistema de acreditación propio, utiliza el modelo EFQM como base para el desarrollo de los centros (63). Andalucía ha optado por constituir su propia agencia de calidad, que establece los requisitos de calidad para sus centros y unidades, determinando estándares y niveles de acreditación (64). Y así, encontramos diferentes niveles de desarrollo en las restantes comunidades, conforme se puede verificar en la tabla 12.

Tabla 13 – Modelos de Gestión de la Calidad en las Comunidades Autónomas de España(CCAA)

Comunidad Autónoma	Modelo	Plan de Calidad
Andalucía	Gestión por Procesos Asistencias Integrados. Modelo Integral de Gestión por Competencias. Modelo de Acreditación de Andalucía (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía)	Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014
Aragón	Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Salud. EFQM. Autoevaluación – Objetivos de calidad en el contrato de gestión. Estándares de la Joint Commission Internacional Accreditation (JCI)	
Asturias	Modelo propio, basado en el EFQM y aspectos del IOM (Institute of Medicine), integrando el Plan de Salud.	
Baleares	Plan Marco de Calidad. No hay modelo establecido. Autonomía hospitalaria. Gestión de procesos avanzada en algunos hospitales.	
Canarias	Objetivos e indicadores por servicio. Gestión de procesos (vías clínicas).	
Cantabria	Autoevaluación EFQM en todos los hospitales y Atención Primaria. Fusión de objetivos e indicadores de calidad con los de actividad (desaparece el Anexo de Calidad del Contrato de Gestión).	
Castilla La Mancha	Plan de Calidad del INSALUD actualizado, integrando niveles asistenciales. Adaptación parcial al modelo EFQM. Diversas iniciativas.	Plan de Calidad 2004
Castilla y León	EFQM como modelo de la Administración Regional. SACYL: experiencias puntuales de autoevaluación según modelo EFQM. Guía de Autoevaluación en Atención Primaria. Líneas de actuación en mejora de la calidad. Futura Agencia de Acreditación Sanitaria.	
Cataluña	Amplia experiencia previa en acreditación, aunque siempre interna. Nuevo sistema de Acreditación que combina EFQM/JACHO/King's Fund/ISO, más externo.	
Extremadura	Gerencia única de Área. Plan Marco de Calidad. Continuidad autorización-acreditación. Contemplará aspectos de acreditación y gestión de procesos siguiendo el modelo andaluz, aunque también incluirá experiencias EFQM.	I Plan Marco de Calidad - Sistema Sanitario PúblicoExtremeño 2006-2010
Galicia	Iniciativas puntuales variadas. Certificaciones ISO. Evaluación y proyectos de mejora desde la Consejería de Sanidad, siguiendo el modelo EFQM.	
Madrid	EFQM. Formación de los equipos directivos. Autoevaluación de Hospitales y Áreas de Atención Primaria.	
Murcia	Experiencia EMCA. Plan de Calidad del INSALUD. Objetivos por servicios en Atención Especializada.	
Navarra	Objetivos de calidad dentro del contrato programa de Atención Especializada, inspirado en un modelo parecido al EFQM (MAPPA-Horizonte). Programa interno de gestión de la calidad en Atención Primaria. Gestión de procesos clínicos relevantes.	
La Rioja	Unidad de Calidad Rioja Salud. Modelo EFQM y gestión de procesos en las	

	funciones (Calahorra). Plan de Calidad mixto, en el hospital San Millán-San Pedro.
Comunidad Valenciana	Modelo EFQM. (Autoevaluación/evaluación externa/acreditación). Creación de un organismo acreditador.
País Vasco	Amplia experiencia con el modelo EFQM. Autoevaluación, evaluación externa, premios. Plan de Calidad

Fuente: Elaboración propia.

A 3 de Septiembre de 2010, el Consejo de Ministros ha recibido un informe de la Ministra de Sanidad y Política Social, sobre el nuevo Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estos Planes de Calidad, previstos en la Ley de Cohesión y Calidad de 2003, están dirigidos a la ciudadanía e impulsan una atención sanitaria de excelencia centrada en los pacientes y sus necesidades.

Durante las primeras ediciones del Plan de Calidad los esfuerzos se concentran en las áreas de promoción de la salud, equidad, excelencia clínica, historia clínica digital y sistemas de información, al mismo tiempo que se pusieron en marcha estrategias para la atención al parto normal y para las enfermedades con mayor prevalencia o carga de invalidez.

También se realizaron proyectos para prevenir la aparición de esas enfermedades, como los dirigidos a mejorar los hábitos de alimentación, promover el ejercicio físico y prevenir los accidentes domésticos. La seguridad de pacientes y la mejora de la práctica clínica fueron otras áreas prioritarias del Plan de Calidad, así como el impulso de los sistemas de información.

La nueva edición del Plan de Calidad tiene los siguientes objetivos generales:

- El impulso de una atención sanitaria de excelencia centrada en los pacientes y sus necesidades.
- El apoyo al personal sanitario en el fomento de la excelencia clínica y también en la adopción de buenas prácticas basadas en el mejor conocimiento científico disponible.

A partir de estos objetivos generales, se configura un marco de actuación distribuido en ocho grandes áreas: protección; promoción de la salud y prevención; fomento de la equidad; apoyo a la planificación y desarrollo de los recursos humanos en salud; fomento de la excelencia clínica; utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención de los ciudadanos y aumento de la transparencia.

Propuestas

Entre las principales propuestas contenidas en el informe destacan las siguientes:

- En cuanto a la protección, promoción de la salud y prevención, acciones encaminadas a mejorar la salud y los hábitos de vida, y acciones de gestión de salud pública dirigidas a la protección de la salud.
- Respecto al fomento de la equidad, el Plan contiene políticas tanto en el campo de la salud sexual y reproductiva como acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género.
- El Plan contempla un claro apoyo a la planificación y el desarrollo de los recursos humanos en salud, y pretende la adecuación de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud a las necesidades de los servicios sanitarios.

Por lo que respecta al fomento de la excelencia clínica, el Plan contiene acciones como:

- Evaluar las tecnologías y procedimientos clínicos como soporte a las decisiones clínicas y de gestión.
- Acreditar y auditar centros y servicios sanitarios.
- Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud.
- Mejorar la atención a pacientes con determinadas patologías.
- Mejorar la práctica clínica.

Otro de los objetivos del Plan es la mayor utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención a los ciudadanos. Por último, se persigue un aumento de la transparencia, y consolidar un sistema de información del Sistema Nacional de Salud fiable, oportuno y accesible.

En definitiva, la nueva edición de este Plan constituye un claro reflejo, tanto del carácter prioritario que para el Gobierno de España tiene la calidad en el ámbito sanitario, como de su compromiso en el impulso de la mejora continua del Sistema Nacional de Salud.

El Real Decreto 263/2011, de 28 de febrero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, pone a relieve lo siguiente:

«Artículo 11. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

1. La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, con rango de Dirección General, es el órgano encargado de la elaboración de los sistemas de información, de impulsar planes de salud y programas de calidad en el Sistema Nacional de Salud y de analizar el funcionamiento del sistema sanitario español en comparación con otros sistemas sanitarios.

2. La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, tendrá las funciones siguientes:

a. Elaborar el informe anual sobre el estado del Sistema Nacional de Salud.

b. Elaborar estudios comparativos de los servicios de salud de las Comunidades autónomas en el ámbito de la organización, la provisión de los servicios, la gestión sanitaria y los resultados; difundir estudios sobre los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud, así como recopilar información sobre reformas sanitarias en países europeos.

c. Facilitar información y herramientas metodológicas para la gestión de la calidad en las organizaciones sanitarias y extender esta información con la finalidad de facilitar la toma de decisiones en los niveles clínicos, de gestión y de autoridades sanitarias.

d. Fomentar y facilitar la investigación por parte de los propios servicios sanitarios, en el marco de la iniciativa sectorial de investigación en salud.

e. Convocar a las organizaciones involucradas en el desarrollo de la gestión de la calidad y la evaluación de tecnologías, para hacer frente a necesidades comunes de información, formación e investigación en estos campos.

f. La coordinación con otros organismos públicos en la elaboración de informes sobre tecnologías sanitarias y servicios de salud dirigidos a fundamentar la toma de decisiones en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud.

g. Elaborar, mantener y difundir la infraestructura de calidad del Sistema Nacional de Salud: normas y estándares, indicadores, guías clínicas y de cuidados, registro de buenas prácticas y registro de acontecimientos adversos.

h. Definir los criterios básicos de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios; apoyar al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en la elaboración del plan de calidad del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de coordinar y promover la comunicación y gestión de la calidad; fomentar la evaluación externa e interna de los centros y servicios sanitarios mediante estrategias de apoyo, facilitación e incentivación a los profesionales y organizaciones sanitarios, así como desarrollar la metodología y acreditar las empresas e instituciones competentes para realizar auditorías de centros y servicios sanitarios con validez para el Sistema Nacional de Salud.

i. Desarrollar la metodología y acreditar los centros de referencia del Sistema Nacional de Salud.

j. El estudio, promoción e impulso de acciones transversales que aceleren la transmisión de conocimientos a los pacientes del Sistema Nacional de Salud.

k. Desarrollar las actividades necesarias para el funcionamiento del sistema de información sanitaria establecido en el artículo 53 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, así como la realización de estadísticas de interés general supracomunitario, de acuerdo con lo establecido en el artículo 55 de la misma Ley.

- l. Recabar, elaborar y difundir información objetiva, fiable y comparable que permita valorar la consecución de los objetivos del Sistema Nacional de Salud, responda a las necesidades de información de las entidades que lo conforman y sirva de soporte a la generación de conocimiento en este ámbito, de acuerdo con las directrices que se establezcan por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- m. Establecer y velar por el cumplimiento de los criterios de normalización de la información que debe integrarse en el sistema de información del Sistema Nacional de Salud, en consonancia con el marco de normalización de la Unión Europea para dichos sistemas.
- n. Recabar datos procedentes de otras fuentes, tanto nacionales como internacionales, con el fin de complementar la información intrínseca al Sistema Nacional de Salud, posibilitar el establecimiento de correlaciones, así como facilitar la comparación con otros ámbitos.
- ñ. Asignar el código de identificación personal único del Sistema Nacional de Salud, en los términos previstos en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, y en el Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual.
- o. Elaborar y dirigir la encuesta nacional de salud y el barómetro sanitario y gestionar la difusión de datos del Índice nacional de defunciones.
- p. Coordinar los sistemas de información y operaciones estadísticas del Departamento.
- q. Ofrecer una estructura para la difusión e intercambio de iniciativas y experiencias sobre los sistemas de información sanitaria en los diferentes ámbitos de competencias.
- r. Velar por la integridad y seguridad de los datos confiados, garantizando su confidencialidad.
- s. Elaborar y mantener el Registro general de centros, servicios y establecimientos sanitarios, así como reconocer como válidos para el Sistema Nacional de Salud registros de información sanitaria existentes en diferentes ámbitos profesionales y científicos.
- t. Mantener las relaciones institucionales con los organismos nacionales e internacionales competentes en materia de estadísticas y sistemas de información sanitaria, en coordinación con la Subdirección General de Relaciones Internacionales.
- u. Desarrollar las funciones a las que se refiere el artículo 55 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.
- v. Planificar y monitorizar las actuaciones en el ámbito de los sistemas de información, que desarrolle el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
- w. Establecer las normas técnicas y procedimientos funcionales necesarios para el acceso e intercambio de información clínica y de salud individual en el Sistema Nacional de Salud en los términos previstos en el artículo 56 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo. [...]»

3.2. Portugal

A. Serviço Nacional de Saúde (Servicio Nacional de Salud)

El Sistema Sanitario Portugués se caracteriza por tres sistemas coexistentes: Servicio Nacional de Salud (SNS), con el 100% de cobertura virtual y el 75% de cobertura real, sistemas de seguros públicos y privados para ciertas profesiones, como funcionarios

civiles, personal militar o trabajadores bancarios, y un creciente seguro sanitario privado de carácter voluntario (65).

Figura 13 – Descripción gráfica del Sistema Nacional de Salud Portugués



Fuente: Elaboración propia a partir de Portugal: Health system review. Health Systems in Transition (2011) (66)

A través del Ministerio de Sanidad el Gobierno Central es responsable del desarrollo de la política sanitaria y de supervisar y evaluar su implementación. La financiación del SNS proviene de un sistema impositivo centralizado que cubre a toda la población. El SNS está dividido desde 1993 en cinco Administraciones Regionales Sanitarias (ARS – Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve). Sus responsabilidades de gestión son una mezcla de gestión estratégica de la salud de la población, supervisión y control de los hospitales y gestión directa centralizada de la atención primaria/ centros de salud del SNS.

Las ARS son responsables de llevar a cabo a nivel regional los objetivos de la política nacional de salud. Su autonomía sobre el ajuste y gasto del presupuesto está limitada a

la atención primaria, ya que los presupuestos de los hospitales continúan siendo definidos y distribuidos por el Ministerio de Sanidad. Los presupuestos de los hospitales se basaban en los presupuestos del año anterior incrementados con la inflación, pero desde 1997 en gran parte están basados en la información del Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRDs), así como en el volumen no ajustado de pacientes externos. El Ministerio de Sanidad distribuye los fondos a las Administraciones Regionales de Sanidad, que financian la actividad total de cada centro de salud, el cuál es responsable de la atención primaria.

La prestación de la atención sanitaria está basada en la proximidad geográfica más que en las áreas administrativas, de tal forma que algunas comunidades pueden estar incluidas en municipios vecinos. Los municipios han desarrollado con éxito varias iniciativas en el área de la salud pública, pero su papel global es limitado.

Las regiones autónomas de las Azores y Madeira tienen su propia administración y regulación con respecto a la organización, gestión, financiación y prestación de los servicios sanitarios, sus políticas son definidas y ejecutadas por las Agencias del Gobierno Regional.

Las características más destacadas del SNS portugués son:

- financiación pública, universalidad y gratuidad tendencial de los servicios sanitarios («tasa moderadora»).
- derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.
- centralización política de la sanidad.
- prestación de una atención integral de la salud.
- integración de las diferentes estructuras y recursos públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud.

En 2008, el Informe sobre la salud en el mundo (67): La atención primaria de salud, más necesaria que nunca (WHO, 2008), reconoció que el éxito del Servicio Nacional de Salud de Portugal es el resultado del desarrollo de un sistema de atención primaria de salud nacional, anclado en los principios de la Declaración de Alma-Ata de 1978, cuando los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud prometieron proporcionar salud para todos sobre la base de la atención primaria, resultando visible en Portugal los siguientes logros:

- Portugal ha reducido la mortalidad de los lactantes en más de un 90% en los últimos 30 años.
- La esperanza de vida ha aumentado en más de nueve años desde 1978, situándose en 79 años.
- La atención de salud es universal, amplia y gratuita.
- Los centros de salud dotados de médicos de familia y enfermeros dan cobertura a todo el país.

No obstante, han surgido algunos desequilibrios a lo largo de los años, entre la atención primaria y la hospitalaria, por ejemplo, y entre el número de enfermeros y el de médicos. Mientras los pacientes siguen recurriendo de forma intensiva a los departamentos de urgencias de los hospitales (68), el plan nacional de salud de Portugal prevé una descentralización más profunda de los servicios de atención primaria de salud. De ese modo, la atención primaria (el primer punto de contacto con los servicios de salud del país), se situará más cerca de la población por conducto de unidades de salud familiar de menor escala.

En Síntesis, la evolución del sistema sanitario portugués se puede describir en función de los Programas de Gobierno Constitucional para la Salud (legislaturas XVII, XVIII y XIX), conforme las siguientes prioridades estratégicas a lo largo de los últimos años – tabla 14.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 14 – Programas del Gobierno Constitucional para la Salud en Portugal – Legislaturas XVII – XIX (2005-2015)

Legislaturas	Fundamentación	Objetivos Estratégicos – Calidad Sanitaria	Áreas de Actuación - Medidas
XVII (2005-2009)	El programa del Gobierno tiene en cuenta el contexto social en el que las personas nacen, crecen, viven y mueren. Y en el contexto del país, es de particular interés: las altas tasas de pobreza, el desempleo, el abandono escolar, el ingreso promedio bajo y el bajo nivel de alfabetización, que pueden generar situaciones intolerables de exclusión social y las desigualdades en salud. Esto crea un ambiente en el que se debe redefinir la política de salud para más y mejor salud, es decir, para los «beneficios para la salud». El sistema debe ser reorganizado en todos los niveles, poniendo la centralidad en el ciudadano. Su fuerte componente público, el Servicio Nacional de Salud (SNS) se va a gestionar de manera eficiente, creando más valor para los recursos disponibles.	Los portugueses tienen derecho a uno sistema de salud, acogedor y de alta calidad, independientemente de donde vivan, del entorno económico y social a la que pertenecen y del uso de los servicios de salud que necesitan desde su ingreso hasta la alta sanitaria. Para ello será necesario: • La responsabilidad y la profesionalidad: la responsabilidad individual y el rigor institucional de buenas prácticas, la transparencia, la solidaridad, el respeto (Carta de Ética); • La mejora continua de la calidad: el Programa Nacional de Acreditación de Hospitales, el Programa Nacional de Cualificación de los Centros de Salud, Programa Nacional de Auditoría Clínica: desarrollar estándares nacionales de orientación y gestión clínica. • La eficaz gestión de los riesgos: la calidad de la prescripción, la prevención y lucha contra la infección, mala praxis, la inseguridad de locales y las prácticas de los usuarios y los profesionales, la revisión del marco jurídico relativo a los accidentes, incidentes y errores clínicos; • El liderazgo en los servicios: capacitación en gestión, planificación estratégica, la sostenibilidad, la seguridad, la calidad y el liderazgo.	1. Más y Mejor Salud Proteger y promover la salud; Plan Nacional de Salud; Envejecer con Salud La Escuela, Gran Promotora de la Salud 2. Adicciones 3. VIH / SIDA 4. Un sistema justo y flexible Atención Primaria de Salud; Accesibilidad; Enlace con la atención hospitalaria; Red Nacional de Hospitales; <u>Calidad</u> 5. Un SNS bien gestionado Recursos humanos en salud; Finanzas Públicas; Actividad normativa/ regulatoria; Tecnologías de Información y Comunicación; Medicamentos; Dispositivos asistenciales; La regionalización, participación y responsabilidad social
XVIII (2009-2013 – por motivos políticos esta legislatura ha sido interrumpida en 2011)	El Servicio Nacional de Salud (SNS) es una de las marcas de éxito de la democracia portuguesa. Pilar principal del sistema de salud, el SNS encarna una política sanitaria centrada en el ciudadano y orientada para más y mejor salud. En los últimos 30 años, la sociedad portuguesa ha cambiado profundamente. La reducción de nacimientos y, en particular, el aumento de la esperanza de vida han aumentado la importancia de mecanismos de respuesta a los problemas de los ancianos. El país se ha convertido, así, más urbano: en treinta años aumentó del 29% al 55% la población que vive en zonas urbanas. Y ganó nuevas accesibilidades, que recomiendan replantear la red de servicios de salud. Los indicadores relacionados con el SNS han mejorado: la accesibilidad, la productividad y la gestión sanitaria. Más personas tienen acceso a la atención médica y hay más y mejor prestación de cuidados sanitarios. Continuar la restructuración del SNS es esencial para satisfacer las necesidades cambiantes y las expectativas de los portugueses. El objetivo de la restructuración es agregar valor a los ciudadanos, con el objetivo de lograr buenos resultados de manera eficiente y equitativa. Obtener ganancias en salud es el verdadero camino, también, para la sostenibilidad del sistema. Las principales medidas que proponemos para el país, en materia de salud, se están consolidando por la restructuración de la atención primaria en salud, la anticipación de la fecha límite para la finalización de la red nacional de atención integral continua y por las fuertes dinámicas de promoción de la salud, a través de pasos importantes que se incorporarán en el nuevo	El SNS debe tener como objetivo ofrecer a los ciudadanos una acogida y atención sanitaria de alta calidad. Serán desarrolladas las siguientes iniciativas: • Identificar, promover y difundir las actividades basadas en criterios de buena prácticas, enfocados en satisfacer las necesidades de los pacientes, optimizando los resultados sanitarios; • Desarrollar mecanismos de gestión de riesgos, garantizar una mayor de seguridad que incluye: la calidad de la prescripción, el uso racional del medicamento, la prevención y la lucha contra la infección; • Alentar a los órganos de dirección de las instituciones de salud para definir una estrategia y aprobar los programas, objetivos y medidas de calidad; • Crear plataformas de información que permitan el acceso de los profesionales sanitarios a fuentes específicas de información, constantemente actualizadas según las mejores prácticas, recomendaciones normativas y desempeño profesional de calidad; • Promover los procesos de acreditación y certificación de las instituciones y servicios del SNS.	1. Más Salud Promoción de la salud; La escuela, gran promotora de la salud; Gripe Pandémica; Diabetes; Dependencias; VIH / SIDA; Oncología; Salud de la Madre y del Niño; Ancianos 2. Fortalecimiento del sistema de salud Reestructuración de la Atención Primaria de Salud; Red Nacional de Atención Continuada Integrada; Hospitales; Salud Mental; <u>Calidad</u>; Agenda de Investigación en Salud 3. Un servicio nacional de salud sostenible y bien gestionado Recursos humanos en salud; La financiación y la asignación de recursos; Tecnologías de la Información y Comunicación; Medicamentos; La participación y la responsabilidad social

Tabla 14 – Programas del Gobierno Constitucional para la Salud en Portugal – Legislaturas XVII – XIX (2005-2015)

Legislaturas	Fundamentación	Objetivos Estratégicos – Calidad Sanitaria	Áreas de Actuación - Medidas
	Plan Nacional de Salud 2010-2016. La política de salud que defendemos se puede presentar en tres temas: más salud, fortalecer el sistema de salud y un SNS bien gestionado y sostenible.		
XIX (2011-2015)	Portugal puede presumir de la posición relativa de su sistema de salud en términos internacionales. Sin embargo, su sostenibilidad financiera está preocupante por lo que sus costos se han elevado muy por encima de las tasas nominales de crecimiento económico. Por tanto, es esencial llevar a cabo un uso más racional y eficiente de los recursos disponibles, no sólo con el objetivo de la sostenibilidad, sino porque es absolutamente necesario seguir garantizando el derecho a la protección de la salud, lo que implica el fortalecimiento de los principios de la responsabilidad por los resultados, la transparencia en la gestión de los fondos públicos y de la imparcialidad objetiva y eficaces las decisiones de política sanitaria. En resumen, el proceso de cambio incluye medidas para racionalizar el gasto, las iniciativas para contener los costos y mejorar la eficiencia en la organización, de los proveedores y de los recursos utilizados en la prestación de la atención médica a fin de reforzar la sostenibilidad financiera a medio plazo del SHS, con una definición clara del papel de la regulación y financiación.	Seguir mejorando la calidad y el acceso efectivo de los ciudadanos a servicios de salud, tanto en términos de organización y de prestación asistencial: • Garantizar el acceso universal y equitativo, tendencialmente gratuito, de servicios de atención sanitaria incluidos en el plan de beneficios garantizados; Obtención de resultados convergentes con los mejores de la Europa. • Garantizar la sostenibilidad económica y financiera del SNS, a través de un mecanismo de financiación basado en los principios fundamentales que subyacen desde su creación; • Fomentar una mayor participación de los ciudadanos en uso y la gestión activa del sistema sanitario, mediante el fortalecimiento del ejercicio de la libertad de elección, conforme las reglas de acceso pre-definidas y reguladas, en particular entre los operadores públicos. El ciudadano debe ser un participante activo en el ejercicio de su derecho a la asistencia sanitaria; • Profundizar la cooperación en salud con la Comunidad de Países de Lengua Portuguesa.	1. La <u>calidad</u> y el acceso efectivo a servicios de salud 2. Regulación del sector sanitario 3. Guías de Práctica Clínica 4. Acreditación de los servicios del SNS 5. Sostenibilidad económica y financiera del sistema de salud 6. Mejorar el rendimiento y aumentar el rigor de la gestión en las Unidades Públicas de Salud 7. Política del Medicamento 8. Mayor rol de los ciudadanos en la utilización y gestión del sistema sanitario 9. Mejorar la información y el conocimiento del sistema sanitario 10. Mejorar la transparencia de la información en salud 11. Profundizar la cooperación en salud con la Comunidad de Países de Lengua Portuguesa.

Fuente: Elaboración propia.

B. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

«La política de salud debe ser redefinida para la mejora de la salud, es decir, en dirección a "las ganancias en salud."»

El sistema debe ser reformado en todos sus niveles, poner en el centro el ciudadano. Su fuerte componente pública, el Servicio Nacional de Salud (SNS), se gestionará de manera eficiente, desde la creación de más valor a la disposición de los recursos».

(Programa del XVII Gobierno Constitucional,
2005-2009, p.74)

Los principales objetivos de la introducción de políticas de mejora de la calidad en el Sistema Nacional de Salud de Portugal, están en:

- fomentar y mantener la salud de la población;
- estructurar los servicios de salud para satisfacer las necesidades de los ciudadanos y de la comunidad;
- garantizar y mejorar la competencia profesional de los prestadores de la atención sanitaria;
- asegurar que todos los recursos humanos, materiales, económicos y de la información y de la comunicación, se utilizan de la manera más racional, eficaz y eficiente, de acuerdo a las necesidades y expectativas de todos los implicados en la atención sanitaria.

Dentro de este marco de análisis y reflexión sobre la evolución de la calidad en el sistema de salud portugués es fundamental contextualizar los cambios clave, especialmente importantes para comprender el presente y el futuro del Sistema Nacional de Salud:

- hace más de 35 años, Portugal constituía en el contexto de Europa occidental, un testimonio extremadamente desfavorable, con respecto a los indicadores de desarrollo y de salud. Ahora este periodo, representa un «lastre histórico», cuyas consecuencias son a menudo subvaluados.
- entre 1974 y 1986, el país inició un proceso de democratización, la descolonización ha mejorado sus sistemas de protección social y se unió a la Unión Europea (antes Comunidad Económica Europea).

- en este contexto Portugal inició en materia de salud, la transición de la era de la protección social para la política pública y la constitución del Sistema Nacional de Salud – SNS.

Del comentado anteriormente (bajo nivel de desarrollo) y de las características del periodo de transición comentado, resultan las «debilidades funcionales del Servicio Nacional de Salud» y en su gran parte del Sistema Nacional de Salud.

Así mismo, la efectividad de las políticas públicas (relativamente baja en Portugal), está directamente relacionada con el excesivo formalismo y normativo, con que se visten estas políticas, desde la fragilidad del estado y sus instrumentos de influencia a la capacidad estratégica, económica y política de sus intereses oportunos. A su vez, también relacionado con factores sociales y tecnológicos, que determinan la emergencia de la «sociedad en red» (o la «sociedad del conocimiento»).

De un modo genérico, en Portugal el desarrollo de la calidad en salud ha sido un viaje con algunas fluctuaciones, pero siempre con un sentido progresivo, y una clara tendencia positiva en los últimos años.

En 1983, el Prof. Dr. Emilio Imperatori elaboró una lista de indicadores para los centros de salud y se ha introducido la revisión de la utilización, por entonces llamado Departamento de Gestión Financiera (DGF), dando el comienzo de la historia moderna de la calidad en Portugal.

El punto de partida, o la historia más relevante, fue la organización en 1985 por la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP) del Seminario Internacional «Évolution des services de soins de santé primaires», con la colaboración de la OMS y de las Escuelas de Salud Pública la Universidad Libre de Bruselas y Hebrea de Jerusalén, con un posterior seminario de «Evaluación y control de la calidad en los servicios de salud», organizado conjuntamente por el Departamento de Estudios y Planificación de la Salud, la OMS y la Dirección General de Atención Primaria (DGCSP).

El siguiente paso fue la realización por parte de la ENSP y la DGCSP, entre 1987 y 1989, de seis seminarios luso-españoles sobre la «Garantía de la calidad en cuidados de salud en Atención Primaria (CSP)», que se ha dirigido a los médicos con responsabilidades de gestión a nivel local o regional y que incluía, además de los aspectos teóricos y de sensibilización, la presentación y ejecución de proyectos en el ámbito de la garantía de calidad.

El núcleo de la salud de la Asociación Portuguesa para la Calidad, ha puesto en marcha en 1988, y en la ciudad de Lisboa, el primero encuentro de Calidad de los Servicios de Salud, dando lugar a la publicación de un documento con los artículos originales sobre la evaluación de la calidad de los programas y proyectos de salud en los centros salud y hospitales.

Los institutos de práctica clínica asistencial integran en el ámbito de sus actividades de formación, y en los programas de formación de cada año diferentes módulos y cursos de introducción y formación en calidad, asegurando así una amplia difusión y divulgación de los principales conceptos y metodologías de calidad.

Del mismo modo, las Administraciones Regionales de Salud (ARS) y sub-regiones empezaron a partir de finales de los años 80 y de modo progresivo hasta final de 1990, a promover actividades de formación en el ámbito de la calidad.

También en los años 90 se desarrolló en el sector hospitalario una importante inversión en formación de la calidad en salud, en la mayoría de los casos, sobre las actividades en servicio y / o departamentos de educación permanente.

Surgieron así, algunos proyectos en resultado de la iniciativa de algunos grupos monoprofesionales y cierto voluntariado, que dado el carácter multidisciplinario de atención y prestación de cuidados de salud, incrementaron dificultades para su integración en el medio hospitalario y la obtención de resultados en la prestación de la atención de la salud en sus organizaciones.

Desde el punto de vista estructural, en 1993, la Dirección General de Sanidad (DGS), emite una circular normativa que estipula que «se debe crear comisiones de calidad en todos los establecimientos de salud, con la misión de desarrollar y aplicar programas de garantía de calidad». Esta circular tuvo poco efecto práctico, ya que, incluso en los departamentos donde fueron creadas, estas comisiones fueron, en general, irrelevantes y no funcionales.

La Dirección de Servicios de Promoción y Garantía de la Calidad, creado en virtud de la DGS ha ido a través de iniciativas de formación, asumiendo el papel de sensibilización y difusión de los conceptos, estimulando una variedad de proyectos para la evaluación y aseguramiento de la calidad nacional y regional.

De estos méritos se destaca un proyecto para monitorizar el desempeño de los centros de salud, a través de un conjunto de indicadores en tres años (1995 a 1997) que participan unos 20 centros de salud a nivel nacional.

En los grupos de profesionales de la salud, tiene especial atención la Asociación Portuguesa de Clínica General (APMCG), por el interés y liderazgo que siempre han tenido en este ámbito, ya sea a través de actividades de formación o la realización de varias reuniones sobre este tema, como el Encuentro Nacional en Viseu en 1987, la reunión en Porto en 1988 y su participación a nivel internacional en el European Working Party on Quality in Family Practice – «EQUIP».

En resumen, en esta década (1986-1996) se desencadenó una importante inversión en formación sobre calidad en salud (alrededor de un tercio de la financiación, de acuerdo con el informe final de la intervención operativa Salud – II QCA [Cuadro Comunitario de Apoyo]), aunque poco integrado, por lo que se desarrolla por diferentes entidades y, al parecer sin una ejecución directa de proyectos de mejoramiento de la calidad. Sin embargo, muchos proyectos se realizaron, motivados por el voluntariado en diversos hospitales y centros de salud, pero con poca sostenibilidad, dado el contexto vigente.

Esta etapa posibilitó, sin embargo, la potencialidad de «fertilizar el campo de acción», creando condiciones más favorables para la adhesión y participación de los profesionales en el desafío de la calidad.

En 1996-1997 hay un cambio significativo en este contexto. El Ministerio de Salud asume al más alto nivel, la calidad como una prioridad y como un eje fundamental de intervención.

La Dirección General de Salud transfiere funcionalmente esta temática, a una subdirección general para su dinamización y seguimiento, por lo que está enmarcado en el desarrollo y definición de una estrategia para la salud; «la salud, un compromiso – Estrategia de la salud para el cambio del siglo (1998-2002)», de este modo, la calidad fue asumida como una de sus principales orientaciones estratégicas.

Se conceptualiza y se define una política de calidad en materia de salud, plasmado en la creación y el desarrollo del sistema de calidad en materia de salud, como uno de los pilares del desarrollo del SNS 21.

En 1998, el «sistema de calidad en salud» se define en su misión, por el desarrollo continuo de la calidad en los cuidados de salud.

Es en base de la sustitución de una actitud bien intencionada, pero con pocos resultados, por la continuidad a nivel mundial por un desarrollo sostenido, basado en un compromiso inequívoco de liderazgo, al garantizar y aumentar la participación de los

diversos interesados en la definición de una estrategia de acción y la identificación de las metas y los compromisos explícitos y claramente programados.

En 1999, se crean diferentes estructuras en el sistema de calidad:

- Consejo Nacional de la Calidad: órgano consultivo del Ministerio de Salud, en virtud de la política de calidad. Es responsable de la elaboración de recomendaciones para el desarrollo del sistema nacional de asistencia sanitaria de calidad. Se compone de representantes de asociaciones de ciudadanos y pacientes de diversas profesiones de la salud y las entidades públicas y privadas;
- Instituto de la Calidad en Salud (IQS): creado en el marco del Ministerio de Salud mediante el Decreto n ° 288/99 de 27 de abril, se proveyó a un servicio independiente, científica, técnica y administrativa, para operar a nivel nacional. Competió al IQS la definición y elaboración de normas, estrategias y procedimientos destinados a mejorar continuamente la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Entre sus tareas, se encuentra la prestación de apoyo técnico a instituciones y profesionales de la salud, fomentando promover la investigación y el desarrollo de métodos, herramientas y programas para la mejora continua de la calidad de la atención, y promover el marco de la investigación y el desarrollo profesional continuo.

Otro dato relevante, y en consonancia con la estrategia fue la inclusión en el QCA III, el Programa Operativo para la Salud - Salud XXI, de una medida específica para la mejora de la calidad en el valor de aproximadamente 3,5 millones de euros para el período 2000-2006.

El Instituto de la Calidad en Salud (IQS), integrado en una política de calidad en salud, y como organismo estratégico para la gestión de la calidad de la salud, actuó de acuerdo con las múltiples facetas de la calidad (figura 14).

Figura 14 – Dimensiones de la Calidad en Salud



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad y Dirección General de Salud de Portugal (29)

En 2006, por consecuencia de las medidas de reestructuración ministerial, el IQS suspende la actividad (Decreto-Ley N ° 212/2006), a pesar de la continuidad de las actividades en este ámbito por la Dirección General de Salud y la Administración Central del Sistema de Salud, la propiedad intelectual (Decreto-Ley N ° 234/2008).

Sin embargo, esta acción no fue testigo de la propagación de una cultura en el SNS para la evaluación, seguimiento y mejora continua de la calidad.

En 2007, las competencias en el área de la calidad en salud derivan a la Dirección General de Salud (Decreto-Ley 219/2007).

En 2009, por consecuencia de la nueva estructura orgánica de la Dirección General de Salud, surge el Departamento de Salud, logrando del IQS la responsabilidad de desarrollar proyectos en las áreas clínica y organizacional de calidad y seguridad de los pacientes.

En la actualidad, por consecuencia de la Ordenanza (Portaría) N° 155/2009, publicada en el Diario da Republica, N°. 28, del 10 de febrero de 2009, se define la nueva estructura orgánica de la Dirección General de Salud, surgiendo el Departamento de la Calidad en Salud, logrando como competencias del IQS la responsabilidad de desarrollar proyectos en las prioridades estratégicas consideradas en la Estrategia Nacional para la Calidad en Salud– ENQS (publicada a 24 de junio de 2009 en el Diário da República, 2.a série, N° 120).

La ENQS adoptó las siguientes prioridades estratégicas para la acción:

- calidad clínica y organizacional;
- información transparente al ciudadano;
- seguridad del paciente;
- cualificación y acreditación nacional de las unidades de salud;
- gestión integrada de la enfermedad y de la innovación;
- gestión de la movilidad internacional de los pacientes;
- evaluación y orientación de las reclamaciones y sugerencias de los usuarios del Servicio Nacional de Salud.

Para llevar a cabo estas prioridades estratégicas, el Departamento de Calidad en Salud acompaña sus actividades con el apoyo de un Comité Científico Asesor y un Consejo para la Calidad en Salud.

En virtud de la autonomía técnica, experiencia en las áreas de planificación y programación de la política nacional de calidad, el Departamento de la Calidad en Salud de la Dirección General de Sanidad, se estructura en cuatro áreas funcionales, que son parte de: la división de la clínica y organizacional, división de seguridad del paciente; división de gestión integrada de la enfermedad e innovación y la movilidad de los pacientes (figura 15).

Figura 15 – Estructura orgánica de la Dirección General de Salud



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad y Dirección General de Salud de Portugal (2009)

El Departamento de la Calidad en Salud (DQS), es igualmente la entidad competente por:

- coordinar y evaluar las actividades y los programas de mejora continua de la calidad clínica y organizacional;
- coordinar el sistema de cualificación de las unidades de salud;
- crear y coordinar las actividades y programas que promuevan la seguridad del paciente;

- desarrollar y mantener el sistema de vigilancia de enfermedades en el sistema de gestión integrada de la enfermedad;
- coordinar los flujos de movilidad de los pacientes portugueses en el extranjero y de los pacientes extranjeros en Portugal y evaluar su impacto en el sistema de salud;
- administrar los sistemas de monitorización y percepción de la calidad del servicio por los usuarios y los profesionales de la salud, incluyendo el sistema nacional de reclamaciones, sugerencias y comentarios de los usuarios del Servicio Nacional de Salud, designado «Sim-Cidadão», y promover la evaluación sistemática de la satisfacción;
- definir y monitorizar los indicadores para la evaluación del desempeño, el acceso y la práctica de las unidades del sistema de salud en el ámbito de la calidad clínica y de organización, incluido en la gestión del «Portal de Transparencia».

Uno de los aspectos más relevantes de la operatividad de la Estrategia Nacional para la Calidad de la Salud, por el Departamento de la Calidad en Salud, ha sido la evolución significativa y multi-diferenciada en que ha desarrollado sus acciones desde 2009, donde se puede observar los siguientes logros en materia de cooperación sanitaria, a partir de sus informes periódicos de progreso de la ENQS (figura 16):

- a 31 de agosto de 2009 se definió, por orden de la Ministra de Sanidad de Portugal, el Modelo de Acreditación de Unidades de Salud de la Agencia de Calidad de Andalucía, como modelo oficial y nacional de acreditación.
- oficialización del Protocolo de Cooperación Técnica celebrado el 5 de Junio de 2010, entre el Ministério da Saúde de la República Portuguesa y el Ministerio de Sanidad y Consumo del Reino de España, que tiene como objetivo reforzar la cooperación entre los Signatarios en el ámbito de la sanidad y de las ciencias biomédicas y establece la calidad y la calidad sanitaria como una de las principales iniciativas de la cooperación.
- oficialización del Memorándum de entendimiento celebrado el 24 de Septiembre de 2010, entre el Ministério da Saúde de la República Portuguesa y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, que tiene como objetivo compartir y desarrollar políticas en materia de calidad sanitaria, buscando la mejora permanente y la excelencia de los cuidados prestados a los ciudadanos.

Figura 16 – Acciones desarrolladas en el marco de la operatividad de la Estrategia Nacional para la Calidad en Salud



Fuente: Elaboración propia a partir de Relatório de Progresso da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (DGS, 2011)

CONOCIMIENTO

«Hay que poner mayor énfasis en convertir el conocimiento en acciones destinadas a mejorar la salud: en cubrir el vacío entre lo que se conoce y lo que actualmente se está haciendo.»

Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el conocimiento orientado a mejorar la salud: fortalecimiento de los sistemas sanitarios, 2004.

Capítulo 2. Gestión del Conocimiento en Salud

El conocimiento es un concepto complejo, rico en todas sus acepciones y ubicuo en sentido amplio, «objeto natural» por parte de la filosofía clásica y contemporánea, y que abarca y determina a todos los elementos y aspectos sustantivos de la actividad humana (69). La teoría del conocimiento participa en el pensamiento de las diferentes escuelas de filosofía y de la ciencia, quienes reflexionan sobre las bases del saber, la erudición, las certezas y la cultura para definir sus propias teorías. Epistemológicamente, el conocimiento implica verdad y validez; cosas que creemos saber sobre nosotros mismos y el entorno social.

Desde la perspectiva de las organizaciones modernas y analizando las bases teóricas sobre las que sustentan su propio saber, se pueden contemplar las siguientes dimensiones:

- la dimensión ontológica del conocimiento establece los niveles de conocimiento a escala individual, grupal, organizacional e inter-organizacional. El conocimiento sólo es generado por los individuos, la organización impulsa y apoya las corrientes de creatividad individual que son la fuente de potenciales desarrollos del conocimiento (individuales, equipos o grupos, áreas, redes, ...);
- la dimensión epistemológica del conocimiento, clasifica los tipos de conocimiento en tácitos o subjetivos y explícitos u objetivos. Hoy, en la sociedad post-capitalista, el conocimiento se ha convertido en el único factor de producción sostenible y sin rendimientos decrecientes, relegando al factor trabajo y al capital.

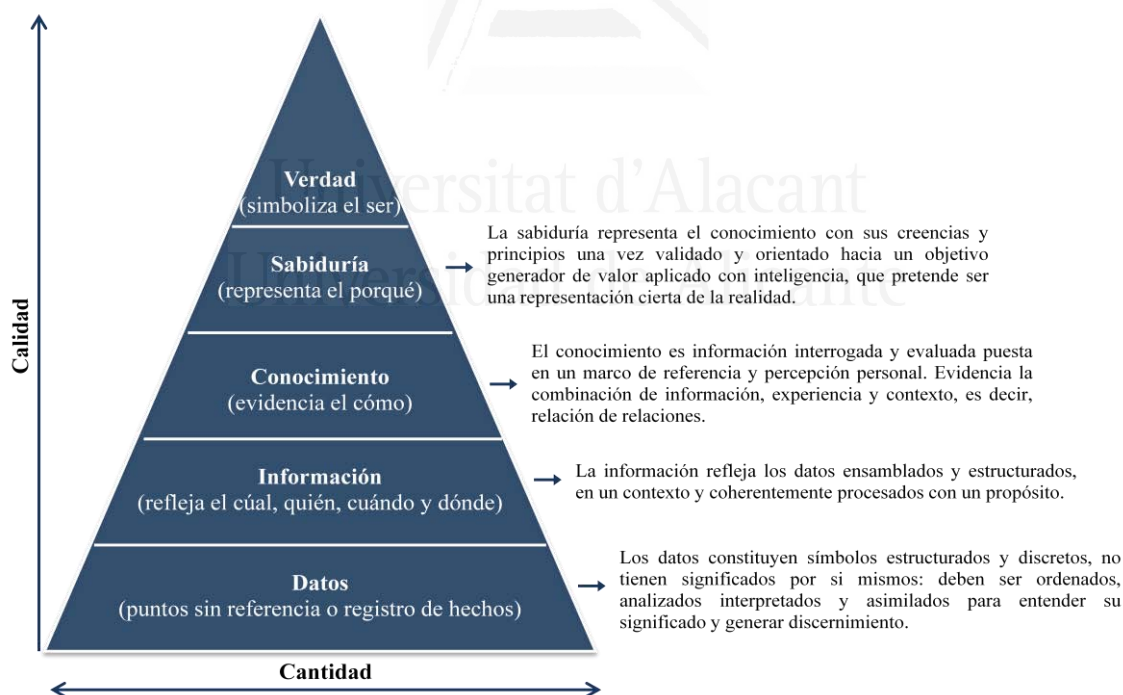
El conocimiento es el único activo fijo que proporciona ventajas sostenibles – o competitivas –, que aumenta crecientemente su valor productivo porque no está sometido a rendimientos decrecientes, no se consume ni deprecia cuando se socializa,

materializa o aplica en los procesos y actividades del entorno de trabajo (bien al contrario de lo que ocurre con otros bienes físicos); y por más, no se pierde la propiedad individual cuando se comparte en esquemas de cooperación o de prácticas de aprendizaje colectivo, estimulando por tanto el aprendizaje individual y colaborativo. Cuando se comparte este acervo cognitivo, su crecimiento es mayor; el conocimiento compartido no abandona al emisor y enriquece al receptor.

La información es la base del conocimiento, pero éste a su vez es fuente de información. Esta estrecha relación entre información y conocimiento no significa que aquella se convierta siempre en conocimiento.

El conocimiento es información combinada con la experiencia, el contexto, la interpretación y la reflexión que nos permite tomar decisiones y realizar acciones para resolver problemas con capacidad competente (figura 17).

Figura 17 – Pirámide del valor informacional



Fuente: Elaboración propia a partir de Proyectos Exitosos de Gestión del Conocimiento (70)

Davenport y colaboradores (70) sugieren que la primera actividad del conocimiento es la adquisición, creación y aplicación del mismo como desarrollo de actividades por profesionales o trabajadores técnicos con un alto nivel de habilidades y experiencias.

Como última reseña en esta aproximación conceptual, Muñoz-Seca y Riverola (71) expresan el conocimiento como la capacidad de resolver un determinado tipo de problemas con un nivel de bondad apropiado, y que su adquisición precisa de un aprendizaje continuo siempre orientado a mejorar la competencia y posicionamiento de la institución. El proceso de «knowledge work» incluye, por tanto, actividades de investigación, diseño y desarrollo del producto o servicio, formación y servicios profesionales dirigidos por expertos (tipo estrategia y planificación), así como actividades más estandarizadas y repetitivas en donde el conocimiento no es el componente esencial.

Desde la función y actividades de la organización se denomina conocimiento latente, aquél que incluye los sistemas, experiencias y procedimientos aplicados a un proceso, y que ya está preestablecido; y conocimiento activo aquél que se crea y se relaciona con el trabajo especializado y cualificado y que garantiza la calidad en la ejecución de los procesos.

Desde esta visión, y como ya se ha referido previamente, existen diferentes tipos de conocimiento:

- 1 - El **conocimiento tácito o implícito (intangible)**, que permite valorar las decisiones, surge del entorno de trabajo enraizado en la experiencia individual y se expresa a través de su uso y del aprendizaje práctico. Es difícil de extraer, compartir y codificar, de separar de quién lo genera, e incluye el conocimiento del ciclo de experiencia. Se compone de una dimensión técnica (habilidades y competencias que se desarrollan con la experiencia) y de una dimensión cognitiva (percepciones y conductas que se interiorizan en las personas). En el ámbito de la salud integra los juicios clínicos, los modelos mentales compartidos, la organización de la práctica asistencial, la capacidad relacional y emprendedora, las habilidades, competencias, artes, valores, creencias y know how.
- 2 - El **conocimiento explícito (tangible)** se expresa en lenguajes conocidos y es fácilmente identificable, codificable, transferible, utilizable y compatible, y por tanto se transmite mejor a través de la tecnología, siendo el requerido para realizar los procesos organizativos y de gestión. Está presente en el «mercado del conocimiento», tanto interno como externo, y se difunde principalmente en el formato de publicaciones; integra en las ciencias de la salud, los métodos

epidemiológicos, la medicina basada en la evidencia, los resultados en salud, los procesos de estandarización de la práctica clínica y el producto de la evaluación tecnológica, así como las bases de todo tipo de textos, formulaciones, reglas, ecuaciones, procedimientos y soluciones *ad hoc*, diseños, productos e internet.

Tanto el conocimiento tácito como el explícito, pueden ser de tipo individual (utilizable a nivel personal) o colectivo (utilizable en combinación con otras personas), así como externo (disponible en el mercado) e interno (disponible en la organización). Además, los grados de conocimiento para orientar un proceso de mejora requieren capacidad de respuesta a las siguientes interrogantes: «saber acerca de», «saber cómo», «saber porqué», «saber mejorar» y «saber aprender» (tabla 15)

Tabla 15 – Tipo de Conocimiento e Indicadores de Control

Tipos de Conocimiento	Indicadores
<u>Know-what</u> (información básica de personas, servicios, procesos y tecnologías)	Datos (valor) Conocimiento tácito Conocimiento del proceso Conocimiento del usuario
<u>Know-how</u> (métodos y herramientas para la ejecución de tareas y procesos)	Tiempo de aplicación Grado de precisión y excelencia técnica Calidad estandarizada Curva de experiencia
<u>Know-where</u> (nivel de desarrollo del proceso y grado de relevancia)	Áreas auto-gestionadas Unidad de referencia motorizada
<u>Know-who</u> (portadores y agentes movimiento)	Expertos custodios Documentación científica Calidad de la evidencia

Fuente: Elaboración propia a partir de Gestión del Conocimiento (Muñoz-Seca & Riverola, 1997)

Señalar que las formas de conocimiento (know what; know-how; know where, know who) y sus atributos (operatividad, calidad, relevancia, accesibilidad y efectividad), constituyen la base para una estrategia de mejora en las organizaciones modernas y sus aplicaciones en el sector de la salud son crecientes (tabla 16).

Tabla 16 – Atributos de Conocimiento y Métricas para una Estrategia Competente

Atributos	Medidas	Estrategia
Operatividad	Productividad Modelos de difusión Tiempo de ciclo Métricas comparadas	Gestión de procesos Técnicas adaptadas competentes
Calidad	Efectividad Evaluación de resultados Investigación de procesos	Implantación y gestión de modelos de calidad
Relevancia	Demandas y necesidades del cliente	Calidad vinculada a cliente externo Posicionamiento competitivo
Accesibilidad	Socialización del conocimiento	Compartir interface

	Niveles de difusión e impacto organizativo	Incentivos de acceso Ruptura de barreras
Importancia	Curva de experiencia Mejora de conocimiento individual y organizativo	Calidad vinculada al cliente interno Gestión por competencias estratégicas
Fuente: Elaboración propia a partir de Gestión del Conocimiento (71)		

1. Gestión del Conocimiento: las Tecnologías de Información y Comunicación

«Las aplicaciones de las TIC en el ámbito sanitario están llamadas a revolucionar la manera en que interactuamos con el Sistema, y el aspecto que éste muestra al ciudadano.»

Observatorio de Prospectiva Tecnológica Industrial (OPTI), 2007

La gestión del conocimiento es el esfuerzo de capturar y obtener el mayor valor posible de la experiencia colectiva de la organización, haciéndose accesible a todos los miembros de la misma (72).

El nuevo paradigma de la gestión del conocimiento gana futuro en nuestra era de la revolución tecnológica y cultural como consecuencia de que el conocimiento se ha convertido en el principal factor de globalización en un mundo interconectado e interdependiente (73) (tabla 17).

Tabla 17 – Algunos paradigmas de los últimos 10 años

Paradigmas	Presente	Futuro
Adelgazamiento de estructura	X	XX
Calidad Total	X	XX
Estrategia basada en competencias distintivas	X	XX
Tecnología e innovación	X	XX
Reingeniería o rediseño de procesos	X	X
Gestión de Conocimiento	X	XXX

Fuente: Elaboración propia a partir del Modelo de Muelin (73)

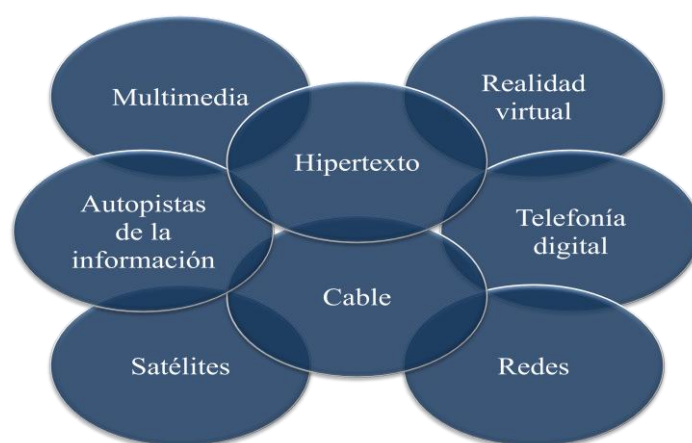
Las grandes transformaciones de la sociedad de finales del siglo XX hasta nuestros días son la consecuencia directa del proceso de globalización económica y tecnológica – que afecta con un alto grado de interdependencia a la mayoría de los mercados y sectores productivos –, así como de los cambios demográficos que conllevan un progresivo envejecimiento de la población, preferentemente en los países desarrollados. Este proceso de globalización consiste en el crecimiento de la interdependencia económica de los países del mundo a través de un incremento del volumen y variedad de las

transacciones de bienes y servicios, así como del flujo internacional de capitales y de una más rápida y amplia difusión de las tecnologías. El sector de la salud está inmerso en este proceso de globalización, afectando a todas las funciones y procesos críticos de la cadena de valor de los servicios sanitarios (74).

Los cambios sociales radicales que hoy observamos se iniciaron a finales del siglo pasado cuando la información y el conocimiento se convirtieron en el elemento central de la economía y del desarrollo de productos y servicios. La referencia histórica capital – trabajo fue sustituida por información – conocimiento (la sociedad del conocimiento convive conectada a la sociedad de la información – cibersociedad). El factor básico o el medio de producción esencial en esta nueva economía ya no es el capital, ni la mano de obra, ni los recursos naturales, es y será el saber o el conocimiento. Los incrementos de productividad de las organizaciones dependerán directamente de las actividades que desarrollen los trabajadores del conocimiento (denominación propuesta por Drucker (75)), y se basarán en la mejora del saber, en la innovación aplicada de forma continua y en la utilización intensiva de las Tecnologías de la Información y del Conocimiento (TIC). Estas tecnologías son un instrumento apropiado para orientar y diseñar el proceso educativo, reforzando las técnicas de aprendizaje tradicional, e incrementando su función de cohesión y bienestar social.

La globalización de las TIC (el nuevo orden informático), en un entorno de creciente innovación tecnológica, constituyen el motor del cambio económico y social (figura 18). La red (internet) constituye la espina dorsal de la globalización, cuyo mayor impacto estructural es la descentralización conectada.

Figura 18 – La globalización de las TIC



Fuente: Elaboración propia a partir del Modelo propuesto por Drucker (75)

La información y el conocimiento no solo se han convertido en los elementos centrales del funcionamiento y desarrollo de la economía, sino que además, – en nuestra era de la discontinuidad tecnológica y científica –, impulsan el progreso en las instituciones sociales y sanitarias, fortaleciendo las capacidades y competencias de sus miembros a través de la interacción personal y colectiva. El desarrollo económico, social y tecnológico no solo depende – junto a otros muchos factores – del acceso a las nuevas tecnologías y herramientas horizontales como las TIC, sino además, de la transferencia de saberes, ideas, capacidades y aptitudes, así como de la interoperabilidad y permeabilidad cultural entre personas y organizaciones, para desde estos valores y actitudes positivas compartidas hacer un uso apropiado de las tecnologías disponibles. El «gap» es mucho mayor en estas dimensiones, que en el acceso a plataformas tecnológicas avanzadas.

En este sistema global de transformación, las TIC, apoyando las estrategias y proyectos de gestión en organizaciones inteligentes, consiguen mejoras sustantivas en calidad y eficiencia productiva (76). Estas tecnologías, además de su función-herramienta para facilitar el flujo de conocimiento en los sistemas económicos y sociales, aportan valor inmaterial y se convierten en un activo esencial para las organizaciones.

1.1. Sociedad de la Información y la Gestión del Conocimiento

Como se ha referido anteriormente, los cambios sociales del siglo XX se iniciaron cuando la información y el conocimiento se convirtieron en el centro de gravedad del funcionamiento de la economía y de los sectores productivos.

La gran revolución del sector industrial desde finales del siglo XIX, hasta el siglo actual, ha representado el cambio más revolucionario de nuestra civilización en términos de productividad económica y empresarial, y por ende de generación de riqueza y bienestar social (77). Desde la gestión científica de tareas, en las organizaciones de la sociedad industrial, a la gestión de procesos y del trabajo basado en el conocimiento como sistema, a lo largo de todo el siglo XX y hasta nuestros días, han sido drásticamente modificadas tanto la estructura y naturaleza del sistema económico y laboral, como los patrones de producción y la propiedad de sus activos.

Los principales productos del conocimiento han sido los que más han crecido en el último siglo: los servicios sanitarios y educativos. En los últimos 30 años, los tecnólogos de la medicina – la profesión médica – ha sido el segmento de la fuerza de trabajo basada en el conocimiento de más rápido crecimiento en Europa y América.

Las características principales de esta nueva sociedad del conocimiento son la ausencia de fronteras (el conocimiento «viaja» con poco esfuerzo y recursos); la movilidad ascendente a través del proceso formativo adquirido y el alto potencial de acceso a este factor intangible esencial que promueve la empleabilidad y el desarrollo personal en todas sus facetas.

La sociedad del conocimiento representa grandes desafíos y oportunidades, sabiendo que el acceso a la misma y su sostenibilidad solo se garantizan a partir de la capacidad de aprendizaje de las organizaciones. Un gran compromiso ético de nuestra civilización es entender que los gradientes de conocimiento de la sociedad pueden ser corregidos aplicando este activo productivo como un factor de solidaridad (factor de equidad e igualdad social) y no sólo como un factor de dominio y posición económica.

Todo el mundo, desde las funciones de dirección y gestión de las organizaciones contemporáneas se expresa por medio de esta jerga de la cultura organizacional de nuestro tiempo: disrupción tecnológica; redes de valor; inteligencia emocional; capital intelectual; «coaching»; arquitectura estratégica; «core competentes»; reingeniería; «learning organizations»; cooperación; benchmarking; calidad total; «empowerment»; gestión del conocimiento;... Por otra parte, la contribución del «Management» como disciplina práctica ha sido insustituible para el régimen de la transición, desde una filosofía y antropología política y económica propia del mundo industrial, hacia una nueva cosmovisión de las instituciones y de los modelos de organización y de relación social, que nos ha incorporado globalmente a la sociedad del conocimiento (78). La dimensión emprendedora e innovadora en el «Management» moderno, representan la pujanza, fortaleza y consolidación de las organizaciones de nuestro siglo XXI y la garantía de futuro.

Todas estas dimensiones y factores de competencia tienen su propia idiosincrasia en el sector de la salud y pueden ser gestionados a través de proyectos de innovación organizativa en los servicios sanitarios. Precisamente por ello, la cultura del conocimiento, bien como una vieja idea con moderno traje, o bien como un nuevo

paradigma, se va integrando progresivamente en las actividades y procesos esenciales del ciclo de valor prestacional y en la propia cultura de este sector.

El proceso de cambio desde un sistema basado en la producción, los servicios y la información, hacia un modelo basado en el conocimiento, representa sin duda una disrupción en el ciclo económico transformador que debe ser liderado socialmente para fortalecer el desarrollo de las instituciones y la comunidad (Tabla 18).

Factores	
Competencias esenciales e intratérgicas	
Tecnología apropiada	
Prestaciones alternativas de valor económico y social	
Diversidad de la red de provisión	
Calidad del servicio	
Capacidades profesionales distintivas	
Tiempo de respuesta y necesidades	

Fuente: Elaboración propia a partir de Gestión clínica: desarrollos e instrumentos (2006) (17)

Estas variables descritas nos proyectan hacia una reformulación de la gestión de los recursos humanos, en donde se perfeccionen:

- el desarrollo personal y profesional;
- el nuevo diseño organizativo basado en la cooperación;
- la dirección del conocimiento y la cultura emprendedora;
- la innovación creativa y transformadora.

Todo ello representa una visión renovada del factor humano en las organizaciones contemporáneas en un entorno competitivo (figura 19).

Figura 19 – Cambios de Paradigma en una economía basada en el Conocimiento



Fuente: Elaboración propia a partir de La Productividad del Trabajador del Conocimiento (79)

La difusión del conocimiento solo acontece en comunidades de aprendizaje dentro de organizaciones inteligentes – aquellas donde sus miembros se integran en un proceso dinámico continuado hacia el saber, cooperando, dialogando, evaluando y resolviendo problemas, es decir, trabajando colectivamente para el desarrollo e innovación del conocimiento en la comunidad a la que pertenecen, lo cual viene determinado por un notable grado de formalización de métodos, técnicas, valores compartidos y cultura emprendedora. Estas organizaciones garantizan el crecimiento de las ciencias tecnológicas y sociales y aprovechan las oportunidades para que en el proceso de cambio prime la capacidad de saber (79).

Crear conocimiento intra y extra proceso, revisar el conocimiento existente en la organización a través de auditorías y sistemas de autoevaluación y, por último, buscar el origen de las competencias distintivas, viene a constituir la base estratégica para un planteamiento innovador. Este cambio transformador se lleva a efecto accediendo a nuevos procedimientos y técnicas, cambiando los roles profesionales y las estructuras de los equipos de trabajo y gestionando el flujo de conocimiento asignado a las actividades mediante la aplicación de las nuevas TIC.

En 2010, la OCDE ha llevado a cabo el proyecto titulado «The high cost of low educational performance: the long-run economic impact of improving PISA outcomes», que analiza el impacto en el PIB de las mejoras en la calidad educativa. La conclusión principal del mismo es que pequeños avances en las capacidades de conocimiento de la población de un país tienen importantes efectos positivos en el PIB a largo plazo, incluso mayores que los que se derivarían de un escenario en el que los ciclos económicos fuesen más suaves que los que se han experimentado en las últimas décadas. De esta forma se debe valorizar el potencial de «crecimiento endógeno», y en el mismo se enfatizar el rol de la educación como vector de incremento de la capacidad innovadora de la economía a través del desarrollo de nuevas ideas y tecnologías. En resumen, el cambio tecnológico predice que invertir en educación, información y literaria en salud, es un aporte para la promoción de la salud y prevención de enfermedades, donde las tecnologías de la información y comunicación son herramientas de suceso a la implementación y desarrollo de los procesos.

1.2. Las Tecnologías de Información y Comunicación en Salud

Desde los años 90 las TIC están contribuyendo a transformar las instituciones modernas, siendo objeto de investigación para evaluar su impacto económico, organizativo y social. El auténtico valor de un sistema de gestión de conocimiento deriva de su capacidad para garantizar que las actividades, los procesos de trabajo, así como los problemas esenciales de la organización, se resuelven con el apoyo y adaptación de las TIC, satisfaciendo las necesidades del usuario.

Es preciso sedimentar un cuerpo de conocimiento en la organización que ayude a interpretar la información que genera tanto el entorno como el sistema de actividades interno, y para ello, se precisa de una metodología y unos instrumentos para poder gestionar este activo estratégico (tabla 19).

Tabla 19 – Procesos para la Gestión del Conocimiento

1. Identificar e inventariar el conocimiento (arquitectura estratégica)
2. Transferir el conocimiento a los decisores (dilución de las barreras organizativas y jerárquicas)
3. Mejorar la accesibilidad al conocimiento existente (plataforma tecnológica)
4. Representar el conocimiento en formas y sistemas explícitos (mapas de conocimiento)
5. Integrar el conocimiento en las actividades, procesos y sistemas de control

6. Evaluar el conocimiento de la organización (estudio, verificación, aprobación, clasificación y jerarquización de su valor)
7. Apalancar los conocimientos estratégicos (custodia y protección)
8. Generar nuevos conocimientos (descubrir, desarrollar o renovar en un ciclo evolutivo a través de métodos deductivos e inductivos)
 - Data warehouse
 - Meta data
 - Mapas de conocimiento

Fuente: Elaboración propia a partir de Brown y Duguid (80)

La gestión del conocimiento significa «capturar» y generar nuevas ideas para aplicarlas o materializarlas de forma dinámica en valor a través de un «sistema de mejora» (81).

En el sector sanitario, las TIC han mostrado ser instrumentos apropiados para apoyar y facilitar el ciclo de gestión del conocimiento: la educación interactiva, los productos de síntesis de la evidencia, la historia clínica informatizada y las bases de datos y aplicaciones multimedia, son algunos elementos que están revolucionando los contornos operativos de la medicina.

Centros para la gestión del conocimiento a través de redes digitales, telemedicina, internet, bibliotecas electrónicas y otras tecnologías innovadoras, constituyen ya una realidad en nuestro entorno y su desarrollo se prevé expansivo en un mundo globalmente conectado.

A 9 de febrero de 2010 la Sociedad Española de Informática de la Salud publica un documento macro sobre las «Líneas estratégicas en Tecnologías de la Información y Comunicaciones para la Salud en España», en el cual se evidencian las siguientes premisas:

Este documento pretende dar a conocer las líneas estratégicas que propone la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS) para impulsar las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en el sector sanitario en España teniendo en cuenta las características propias de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS), la participación en la construcción del espacio europeo de la Sanidad Electrónica y la dimensión global de la sociedad actual.

Las líneas estratégicas propuestas se conciben como principios guía con la intención de que se trasladen a programas, proyectos, y acciones que creen valor y progreso para la sociedad usando las capacidades tecnológicas y el conocimiento para la mejora de la

calidad de vida de los ciudadanos. Se pretende que constituyan un marco flexible que facilite la cooperación entre todos los actores, públicos y privados, dentro de la necesaria evolución hacia el futuro teniendo en cuenta la complejidad del sector, la gran variabilidad de las situaciones concretas, los avances tecnológicos y las transformaciones previsibles de los modelos organizativos y los procesos ligados a la provisión de los servicios.

La SEIS considera las TIC imprescindibles para afrontar los retos actuales de los sistemas de salud en sus procesos de modernización y racionalización por su capacidad para facilitar la mejora del acceso, la equidad, la seguridad, la integración, la continuidad y la calidad de los servicios sanitarios así como su convergencia con los servicios sociales, a la vez que se favorece el tejido industrial, la innovación y la economía del país.

La estrategia de TIC para salud debe estar siempre integrada en la estrategia general del sistema de salud, porque es un instrumento imprescindible para que este alcance sus objetivos (82). Su importancia se plasma en los informes y recomendaciones emanados de la UE, la OMS y la OCDE. Igualmente se refleja en los planes y actuaciones de las autoridades sanitarias y de las organizaciones del sector tanto públicas como privadas.

Esta propuesta de líneas estratégicas se ha elaborado bajo la iniciativa de la Junta Directiva de la SEIS en un proceso abierto a la participación de sus socios y de los entes colaboradores institucionales y tecnológicos.

Las líneas que constituyen la propuesta son las siguientes:

- Favorecer el establecimiento de estrategias y políticas para el desarrollo de las TIC para la salud en las Administraciones y Organizaciones sanitarias.
- Los procesos de adopción de políticas apropiadas y la formulación de estrategias por las organizaciones responsables son esenciales para la movilización de los actores públicos y privados y para la disseminación de las oportunidades creadas por la Sociedad de la Información en el ámbito sanitario.
- El desarrollo de las TIC para la salud es sobre todo una cuestión de compromiso institucional que requiere un esfuerzo sostenido y sostenible de largo alcance.

En esta línea se incluyen aspectos como:

- contemplar la sanidad electrónica como un elemento clave en los programas de reforma de la asistencia sanitaria. Considerar las dificultades y las necesidades de mejora como oportunidades para la innovación;

- impulsar la aplicación de nuevas tecnologías en las organizaciones sanitarias vinculando las aplicaciones de las TIC en Salud con los beneficios en salud, la calidad y la eficiencia de su utilización;
- canalizar de forma coordinada los obstáculos que dificultan la adopción e implantación extendida de estas tecnologías y reflexionar sobre la posibilidad de crear incentivos financieros específicos;
- buscar la excelencia en la planificación y gestión de programas y proyectos de TIC para la salud;
- promover la cooperación de todas las partes interesadas, en particular los pacientes y los profesionales de la salud, para garantizar que las herramientas y servicios de e-Salud reflejen adecuadamente las necesidades clínicas, las de los pacientes y los objetivos generales de los sistemas sanitarios;
- promover planes de implementación basados en capacidad técnica, seguridad de financiación, presupuestos acordes a la dimensión y naturaleza de los proyectos y disponibilidad de recursos humanos especializados.

Uno de los mayores retos que afrontan los sistemas sanitarios es el crecimiento de la demanda asociada a los pacientes con patologías crónicas y su relación con la asistencia de larga duración y a las personas dependientes provocado fundamentalmente por el aumento de la longevidad en la población. Las TIC tienen el potencial de soportar los nuevos modelos de atención a crónicos que se basan en parte en la atención a domicilio y los auto-cuidados utilizando sistemas de salud personal y tele monitorización así dispositivos y soportes digitales para los pacientes y los cuidadores.

Las TIC son necesarias para la integración de la información de la asistencia social y sanitaria. Para ello debe optarse por plataformas digitales en red interoperables, con servicios y entornos de desarrollo de aplicaciones basadas en estándares abiertos, tanto en dispositivos biomédicos personales, ambientales y de domótica como las ontologías y codificación del conocimiento médico y asistencial.

La adopción de estas nuevas aplicaciones va a requerir la transformación de los actuales sistemas de información hacia entornos integrados e interoperables. Al igual que Internet ha cambiado el tejido empresarial de forma global y el modelo de negocio, con desaparición o transformación de muchas empresas tradicionales y la aparición de

nuevos actores, las organizaciones sanitarias deberán también adoptar medidas para adaptarse a la nueva situación.

Desarrollar las infraestructuras TIC

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 de aplicaciones que no se vean limitadas por tiempos de respuesta ni capacidades de proceso. La planificación de las infraestructuras debe estar abierta a la evolución tecnológica y al rápido crecimiento de la demanda de nuevas aplicaciones

En esta línea se incluye:

- Promover arquitecturas de redes de alta capacidad, servicios digitales avanzados y sistemas de información modernos.
- Trabajar a favor de la integración e interoperabilidad de infraestructuras de TIC para la salud tanto en el nivel nacional como el europeo basada en la adopción de estándares abiertos.
- Facilitar la conectividad y acceso universal a los servicios de salud electrónica a todos los usuarios de forma segura y eficiente.
- Buscar sinergias con otras acciones de la sociedad de la información como son los sistemas de identificación, seguridad y administración electrónica.

Potenciar la capacidad de recursos humanos en salud electrónica

La sociedad del conocimiento descansa en el capital humano. Por ello el desarrollo apropiado de las TIC para la salud y el aprovechamiento eficiente de sus potencialidades dependen de la disponibilidad y calidad de los recursos humanos lo que implica la dotación apropiada de personal con formación y experiencia adecuada a cada puesto y nivel. Para ello se debe potenciar la profesionalización de las TIC para la Salud con programas formativos específicos dentro de la formación reglada de pre y postgrado y de la formación continuada.

Por otra parte es crítico considerar los conocimientos en TIC para la salud como necesarios en las capacidades personales de todos los actores sanitarios, para lo que se requiere formar y educar los usuarios para hacer posible una utilización eficiente de las herramientas digitales por los profesionales sanitarios, los gestores y la población general.

Promover la implantación extendida de las aplicaciones de TIC para la salud

Uno de los objetivos principales es promover la rapidez en la difusión de las aplicaciones TIC y la ampliación del número de usuarios lo que está muy ligado al éxito de los procesos de implantación de los sistemas TIC en entornos de utilización práctica rutinaria. Para su buena consecución es necesaria la incorporación del conocimiento experto, tanto técnico como sanitario, en todas las fases de los proyectos de implantación desde la fase de conceptualización primigenia hasta la de explotación práctica y la gestión del cambio. Esto es particularmente relevante para los grandes proyectos públicos relacionados con Historia Clínica Electrónica, Receta electrónica, Sistemas de identificación personal, Gestión de citas, Sistemas de imágenes diagnósticas y Telemedicina.

Se debe explotar la utilidad de las TIC para facilitar la integración entre niveles asistenciales y la continuidad de los cuidados, con conexión con el medio socio-sanitario. Todos los proyectos deben tener en cuenta la integración de sistemas y la interoperabilidad tanto dentro del Sistema Nacional de Salud español, así como con las entidades privadas proveedoras de servicios sanitarios y con los países miembros de la Unión Europea (UE).

La aceptación y uso extendido de la salud electrónica depende en gran medida de la confianza en las aplicaciones de las TIC que se debería potenciar con:

- medidas de garantía de la seguridad de la información del paciente y de su intimidad;
- sensibilización y formación en seguridad digital entre las autoridades sanitarias, los profesionales de la salud, los pacientes y sus familias;
- procesos de mejora continua de la pertinencia, la veracidad y la solvencia de la información accesible electrónicamente.

Facilitar el acceso electrónico a la información y al conocimiento

Se debe potenciar el uso de Internet y las comunicaciones móviles para facilitar la interacción entre los actores y la provisión de servicios de información, de colaboración y de redes sociales.

Entre los temas principales se encuentran el acceso del paciente a su historia clínica y la personalización según las necesidades de información de cada usuario. También se

incluyen las aplicaciones TIC de soporte a los ciudadanos para los auto-cuidados, la prevención y la promoción de hábitos de vida saludable.

Desde el punto de vista de los profesionales, debe potenciarse la homogeneización de los procesos y decisiones clínicas, basadas en el conocimiento científico, en el consenso y la evidencia, mediante la implantación de sistemas de información orientados a procesos longitudinales en salud, integrando los distintos niveles asistenciales, con acceso a bases de datos de conocimiento y herramientas de colaboración.

Todo ello teniendo en cuenta la accesibilidad para todos, así como la garantía de seguridad y de calidad de la información.

Potenciar la investigación, el desarrollo tecnológico y la innovación

La I+D+i constituye un elemento muy importante de actuación en el dominio de las TIC para la salud, como lo demuestra la experiencia histórica de los programas de I+D+i nacionales y de la UE.

Por si mismo constituye un área de investigación de gran relevancia, pero además se deben explotar sinergias con sectores de investigación conexos: biomedicina y biotecnología, investigación clínica, farmacia, instrumentación científica, electrónica, robótica, telecomunicaciones, informática, e-ciencias, nanotecnología, biomateriales y domótica.

Se debe prestar una especial atención a los nuevos avances e investigaciones que tienen como objetivo facilitar una medicina más personalizada. El desarrollo e implantación en la práctica clínica de la genómica, la nano-medicina o la medicina regenerativa ya ha comenzado y se plantean nuevos desafíos y oportunidades para las TIC en sus vertientes de gestión del conocimiento, integración y análisis avanzado de información y soporte a los procesos de toma de decisión.

Además de la I+D+i orientada al desarrollo de nuevas tecnologías y servicios o la aplicación de nuevos modelos operacionales más eficientes, debe potenciarse la innovación orientada a la transformación de los modelos de prestación de servicios, con una nueva práctica asistencial basada en el uso intensivo de las nuevas tecnologías de las TIC a través de otros canales complementarios al presencial. Ligado a ello debe promoverse la elaboración de estudios y análisis de indicadores de rendimiento, tanto de calidad, accesibilidad, actividad, coste, y eficiencia que permitan la comparación objetiva de los distintos modelos y la puesta en marcha de procesos de mejora continua.

Facilitar un ambiente favorable al desarrollo de las TIC para la Salud

Se debe favorecer un entorno colaborativo entre todos los actores implicados para abordar los retos y aprovechar las oportunidades para impulsar el desarrollo del sector. Este ambiente es crítico para movilizar recursos y crear un clima que favorezca la adopción, implantación y utilización extendida de las aplicaciones superando las barreras y dificultades actuales

Además, es necesaria la colaboración con los medios especializados que operan en el área de salud y en el de las TIC para la difusión de noticias, información general del sector, puntos de vista, proyectos, logros y todo aquello que permita transmitir la vitalidad de las TIC para la Salud a los entornos profesionales, de decisión política y de la población en general.

Activar la cooperación internacional

El desarrollo apropiado de las TIC para la salud sólo es posible atendiendo a la dimensión global de la sociedad actual. La cooperación internacional, propia de las ciencias medicas y de las TICs, es un elemento básico en la estrategia de actuación de la Comisión Europea en colaboración con los Estados Miembros para el despliegue de la Sanidad Electrónica. El ámbito europeo ha sido un marco fundamental de referencia en los últimos años y ofrece el marco cooperativo internacional idóneo para el futuro. Ello implica beneficiarse del intercambio de experiencia con otros países pero también recaba el esfuerzo de participar en foros internacionales, publicaciones profesionales e Internet dando a conocer la experiencia propia y de contribuir activamente en la toma de decisiones, como por ejemplo en los foros de normalización o en la definición de prioridades, financiación y participación activa en los programas de la UE.

1.3. El reflejo de las Tecnologías de Información y Comunicación en el marco sanitario ibérico

En España, el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del SNS) incluye la utilización de las tecnologías de la información en el SNS (Estrategia 11) para mejorar la atención a los ciudadanos. Una de las estrategias para su desarrollo en el proyecto «Sanidad en Línea», dentro de la iniciativa

gubernamental del Plan Avanza que persigue generalizar el uso de las tecnologías en la sociedad española.

En los últimos 15 años, los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CCAA) que integran el SNS, han priorizado sus líneas de actuación en materia de tecnologías de la información, teniendo en cuenta una serie de criterios que abarcan desde elementos de oportunidad y factibilidad hasta compromisos presupuestarios. Aunque existe una cierta diversidad en las actuaciones funcionales existe, sin embargo, una coincidencia plena en cinco grandes líneas de actuación:

- un sistema fiable de identificación de los usuarios (Tarjeta Sanitaria Individual)
- la informatización de los registros clínicos de cada usuario o paciente (Historia Clínica Digital)
- un sistema que soporte y relacione entre sí todos los procesos que es necesario realizar para hacer efectiva la prestación farmacéutica a los pacientes y usuarios (prescripción, visado, dispensación).
- mecanismos que ayuden a agilizar la citación de los usuarios con su médico de familia o pediatra de atención primaria y con los especialistas de área. (Telecita) y dispositivos de diagnóstico y tratamiento a distancia evitando desplazamientos (Telemedicina).

El Plan de Calidad para el SNS, consecuentemente, recoge estas líneas de actuación comunes en su apuesta por extender al conjunto del SNS los beneficios que reportan dentro de cada ámbito territorial. Para ello, señala aquellos elementos funcionales y tecnológicos necesarios para hacer posible la interoperabilidad de los sistemas en todo el territorio nacional.

En Portugal, la Estrategia Nacional para la Calidad en Salud evidencia la importancia de las TIC, pero en la Administración Central de los Servicios de Salud la entidad competente en promover e implementar proyectos y acciones referentes a los sistemas de información sanitarios. A su vez, se verifica que en los sistemas de información disponibles en Portugal hay todavía muchas lagunas, sobre todo relacionados con la falta de integración de los diversos sistemas, los sistemas de apoyo de decisiones clínicas y de gestión, que son factores limitantes en la calidad de los servicios prestados por las organizaciones de salud a sus diferentes niveles de atención. Sin embargo, hay algunos buenos ejemplos ya ampliamente utilizados en algunas instituciones como la

prescripción electrónica y la programación de citas médicas, la desmaterialización de los certificados de defunción y el certificado de vacunas.

El avance hacia un modelo estándar nacional - un proceso electrónico - esencial para la normalización de los datos, con la integración de los diversos expedientes médicos de diferentes instituciones de salud en un solo proceso, con la información clínica confiable, accesible a diferentes niveles de atención de salud y el paciente. En el último Plan Nacional de Salud (PNS 2004-2010) ya se incluía la necesidad de un Plan Estratégico para los Sistemas Informáticos de la Salud, que establecería las estructuras con responsabilidad en la normalización y gestión de los datos clínicos y utilizaría una estrategia multidimensional, definiendo el desarrollo de los diferentes niveles estructurales: nivel básico, aplicativo, y otro, con los indicadores de desempeño del sistema de salud.

A. Salud en línea (eHealth)

«Salud en línea» es el término general que designa el conjunto de herramientas auxiliares basadas en las tecnologías de la información y la comunicación que se emplean en tareas de prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, así como en la gestión de la salud y del modo de vida.

El concepto abarca, por ejemplo, la interacción entre pacientes y proveedores de servicios sanitarios, la transmisión de datos entre instituciones o la comunicación de igual a igual entre pacientes o profesionales de la salud; también incluye las redes de información sanitaria, los historiales médicos electrónicos, los servicios de telemedicina y los sistemas de comunicación personal verticales y portátiles para el seguimiento y la asistencia a los pacientes. Sus herramientas permiten, por ejemplo, comunicar en el momento y lugar necesarios los datos que pueden salvar una vida, algo que cobra primordial importancia con el aumento del movimiento transfronterizo de ciudadanos y pacientes. «Salud en línea» beneficia a todos porque mejora el acceso a la asistencia y la calidad de ésta. Contribuye a colocar al individuo en el centro de los sistemas sanitarios y a aumentar la eficacia, productividad y viabilidad del sector.

Para preparar la creación de un «Espacio Europeo de Salud en Línea», se coordinan acciones y promueven sinergias entre políticas y partes interesadas afines, lo que permitirá hallar soluciones mejores, prevenir la fragmentación de los mercados y divulgar las mejores prácticas.

En la figura siguiente (figura 21) se representa la evolución del contexto estratégico de la política eHealth europea desde el año 2000, así como los principales instrumentos y programas comunitarios en este ámbito.

Figura 20 – Evolución del contexto estratégico de la política europea de salud en línea



Fuente: Elaboración propia a partir del Informe The European files. El reto de la telemedicina en Europa (83)

Son sus objetivos específicos: crear una arquitectura de historial médico electrónico, apoyando el intercambio de información y la normalización; establecer redes de información sanitaria entre los puntos de atención a fin de coordinar respuestas frente a amenazas a la salud; garantizar la prestación de servicios sanitarios en línea tales como información sobre vida sana y prevención de enfermedades; y desarrollar las capacidades de tele-consulta, prescripción en línea, derivación en línea y reembolso en línea. Para el éxito de la organización es preciso tener en cuenta desde el principio las necesidades y la implicación de los ciudadanos, pacientes y profesionales de la salud.

Plan de salud en línea

Resumen de la actividad de la UE para crear un espacio europeo de salud en línea que impulse el avance de las siete prioridades de la política «eEurope»

Las conferencias anuales de alto nivel, realizan el acompañamiento de las exposiciones de las últimas tecnologías de sanidad electrónica y las aplicaciones, proporcionando una plataforma para mejorar el desarrollo de los servicios de salud electrónica en Europa. Ministros de los Estados miembros y secretarios de Estado de Salud se reúnen para discutir y avanzar en acciones comunes las numerosas iniciativas en este campo de rápido desarrollo en los Estados miembros.

Tabla 20 – Conferencias Ministeriales eHealth / Conferencias de Alto Nivel eSalud

eHealth Ministerial Conference - Temática	Presidencia Europea	Data - Local	Declaración Ministerial	Conclusiones - Declaración de la conferencia
«The contribution of ICT to Health» (84) (La contribución de las TIC a la salud)	Presidencia Griega de la Unión Europea	22 de Mayo 2003 Bruselas, Bélgica	Brussels Ministerial Declaration	«La contribución de las TIC a la salud»: esta primera conferencia reunió a ministros y representantes de las organizaciones profesionales y usuarios, para obtener una comprensión general del desarrollo de aplicaciones y servicios de sanidad electrónica con el fin de orientar mejor a este sector de rápido desarrollo. La conferencia trató de reforzar la implementación y el despliegue de los sistemas de salud en línea por los servicios de salud que sirven al ciudadano europeo. Una exposición de las aplicaciones de salud electrónica habilitada en tiempo real las demostraciones de herramientas de trabajo, como por ejemplo con ayuda de computadora intervenciones médicas y los entornos virtuales para la salud. El «eEurope Awards in eHealth»: 1º premio europeo de sanidad electrónica fue atribuido a las mejores aplicaciones demostradas.
«Empowering the European Citizen through eHealth» (85) (Capacitar a los ciudadanos europeos a través de la sanidad electrónica)	Presidencia Irlandesa de la Unión Europea	2004 Cork, Irlanda	Cork Conference Executive summary	La conferencia «Capacitar a los ciudadanos europeos a través de la sanidad electrónica», examinó las novedades en la sanidad electrónica en el año transcurrido desde mayo de 2003 - Declaración Ministerial. La demostración de herramientas y servicios, junto con el segundo premio europeo de sanidad electrónica, que, además, de permitir en primera mano la oportunidad de ver el alcance de las últimas aplicaciones de salud electrónica. El evento se destacó los beneficios de empoderamiento ciudadano a través de soluciones de sanidad electrónica, tales como información, administración, atención domiciliar y la telemedicina.
«Better use of technology can improve healthcare, empower patients and save lives» (86) (Un mejor uso de la tecnología puede mejorar la salud, capacitar a los pacientes y salvar vidas)	Presidencia Luxemburguesa de la Unión Europea	2005 Tromsø, Noruega	Tromsø Conference conclusions	Casos de éxito presentados en la conferencia “Un mejor uso de la tecnología puede mejorar la salud, capacitar a los pacientes y salvar vidas” puso de manifiesto que la UE las iniciativas de investigación y de la tecnología están cosechando las recompensas de la sociedad. La conferencia abordó los servicios de salud en línea en tres áreas, incluyendo la facilitación de la movilidad, por lo que los servicios de salud respondan mejor a las necesidades de los pacientes, y mejorar la información de salud. Un año después de la aprobación del plan de acción eSalud de la UE, la Comisión Europea pidió a los gobiernos para hacer un mejor uso de las TIC en los servicios de salud. «La política europea de salud en línea debe ser sobre el gasto de euros en los pacientes, no en el papeleo», concluyó Viviane Reding, Comisaria Europea de Sociedad de la Información y Medios de Comunicación.
«eHealth and health policies: synergies for better health in a Europe of regions» (87) (Sanidad electrónica y políticas de salud: sinergias para una mejor salud en las regiones de la Europa)	Presidencia Austriaca de la Unión Europea	10 a 12 de Mayo 2006 Málaga, España	Málaga Report	Esta conferencia se dedicó a la función que desempeña la salud en línea a nivel regional en toda Europa. «El avance de proyectos y de las aplicaciones de salud electrónica en su nivel más amplio de aplicación, obligan a los responsables políticos y otras partes interesadas de los Estados miembros a analizar la evolución de los cuidados de salud en el futuro, teniendo en cuenta la necesidad de construir redes de información sin fisuras y sin fronteras entre regiones y países.» Las evoluciones en sanidad electrónica son factores de mejora en las posibilidades para los ciudadanos europeos accedieren a una atención médica de calidad, independientemente de su condición personal o localización geográfica. La sanidad electrónica (eSalud) está facilitando la movilidad, y permitiendo a los pacientes acceder a los recursos apropiados de salud basados en la igualdad de oportunidades y la elección informada.
«From Strategies to Applications» (88) (De las Estrategias a las aplicaciones)	Presidencia Alemana de la Unión Europea	17 a 19 de Abril 2007 Berlín, Alemania	Berlin Declaration	La Semana se centró en las posibles «soluciones para la interoperabilidad transfronteriza de los procesos» y «servicios pan-europeos electrónicos», como la documentación electrónica normalizada, y registros de los pacientes, así como los preparativos realizados por organizaciones de toda Europa para su aplicación. En la conferencia de Sanidad Electrónica 2007, los representantes de los Estados miembros, más Noruega, Islandia y Liechtenstein adoptaron una declaración común. Se pusieron de acuerdo para perseguir una estrecha interacción y colaboración en el ámbito de los servicios transfronterizos electrónicos de salud en toda Europa.
eHealth in a Europe «without frontiers»	Presidencia Eslovaca de la	6 a 7 de Mayo	Portoroz Declaration	La conferencia puso de relieve soluciones para eliminar las diversas barreras en la atención sanitaria europea. Estas barreras son tanto las geográficas, como las que

Tabla 20 – Conferencias Ministeriales eHealth / Conferencias de Alto Nivel eSalud

eHealth Ministerial Conference - Temática	Presidencia Europea	Data - Local	Declaración Ministerial	Conclusiones - Declaración de la conferencia
(89) (Sanidad electrónica en una Europa sin fronteras)	Unión Europea	2008 Portoroz, Eslovenia		existen entre los proveedores de salud, regiones y estados, o las dificultades de comunicación entre los diferentes actores de los sistemas de salud que incluyen usuarios, trabajadores de la salud, la gestión, y las autoridades regionales y nacionales. El programa se centró sobre todo en temas que contribuyen a la conexión de herramientas de eSalud y de los usuarios: - entre los lugares, ciudades, regiones y países y - entre todos los actores en la asistencia sanitaria (ciudadanos, pacientes, profesionales sanitarios, profesionales de la salud, proveedores de seguros de salud, los agentes de salud pública, instituciones educativas y de investigación, y las autoridades públicas) La conferencia tuvo como objetivo: - demostrar las oportunidades, logros y desafíos de la implementación de la atención sanitaria electrónica, y - definir lo más claramente posibles orientaciones futuras para el desarrollo futuro de la sanidad electrónica en Europa.
«eHealth for Individuals, Society and Economy» (90) (Sanidad Electrónica para Individuos, Sociedad y Economía)	Presidencia Rep. Checa de la Unión Europea	18 al 20 de Febrero 2009 Praga, Republica Checa	Prague Declaration	La séptima conferencia anual de alto nivel, de una serie de conferencias anuales organizadas desde 2003, tiene como objetivo apoyar la difusión de las mejores prácticas de salud en línea. Como el propio título indica, sobre todo la Conferencia se centró en la sanidad electrónica en relación con: las Personas, la Sociedad y la Economía. Para los individuos, la sanidad electrónica ofrece nuevas posibilidades en términos de aumentar la calidad y eficacia de los servicios. La sanidad electrónica proporciona metodologías completamente nuevas de abordaje y gestión de las enfermedades crónicas o raras. En el contexto europeo, puede facilitar la aplicación de la asistencia sanitaria transfronteriza y contribuir a la continuidad de la atención. Para la sociedad, la sanidad electrónica significa un reto para la interoperabilidad, la alfabetización digital y la accesibilidad de las nuevas tecnologías. Es una gran oportunidad para la investigación y el desarrollo. Para la economía, la sanidad electrónica ofrece soluciones que pueden aportar un enorme ahorro. Si se despliega correctamente, la salud electrónica puede contribuir a la transformación del sector de la salud, cambiar sustancialmente los modelos de intervención de centros de salud y afectar el comportamiento de las instituciones proveedoras de salud. El objetivo de esta Conferencia fue reunir y compartir las mejores prácticas europeas que tocan todos los temas arriba mencionados. Sanidad electrónica de excelencia es una parte integral de los objetivos que son mencionados en la «Decisión n.1350/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de octubre de 2007, para el segundo Programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud (2008-2013)», tal como, por ejemplo: - mejorar la seguridad de la salud pública, el apoyo a la salud de las personas; - difusión de información sobre la salud; - mejorar la conciencia pública sobre el sector de la salud; - recopilación, análisis y evaluación de información médica.
«eHealth for sustainable healthcare: global changes through local actions» (91) (eHealth para una atención sanitaria sostenible: cambios globales a través de acciones locales)	Presidencia Española de la Unión Europea	15 a 18 de Marzo 2010 Barcelona, España	Barcelona Declaration	La octava edición de la conferencia reconoció la perspectiva apremiante de una sociedad europea que envejece rápidamente, la falta de prevención y predicción de enfermedades, la creciente demanda de calidad en la atención sanitaria, las barreras a la sanidad electrónica y la interoperabilidad de los sistemas (regional, nacional e internacional). El aumento de la esperanza de vida y el consiguiente aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas plantean serios desafíos a la sostenibilidad de los sistemas nacionales de salud. La conferencia tuvo como objetivo presentar cómo y por qué la salud en línea puede ser la solución para enfrentar este desafío mundial. Tras la adopción por parte del Consejo del EPSCO de las conclusiones sobre una asistencia sanitaria segura y eficiente a través de la eHealth, los Ministros y altos representantes responsables de la eHealth reconocerán: - Compromiso político y estratégico - Construir confianza y aceptación - Proporcionar claridad legal y ética y garantizar la protección de datos personales médicos - Resolver temas de interoperabilidad - Vincular la política de la eHealth a las políticas de competitividad, innovación e investigación, así como a las de cohesión e inclusión
«eHealth: Investing in Health Systems of the Future» (92) (eHealth: Inversión en Sistemas de Salud del Futuro)	Presidencia Hungara de la Unión Europea	10 a 12 de Mayo 2011 Budapest, Hungría	Hungarian Presidency Declaration	La nona edición de la conferencia destacó el fuerte compromiso europeo con la salud electrónica en la monitorización de las enfermedades crónicas por los Estados miembros, en particular mediante la adopción de las conclusiones del Consejo sobre la asistencia sanitaria segura y eficiente a través de e-Health (diciembre de 2009), las conclusiones del Consejo sobre planteamientos innovadores para las enfermedades crónicas en los sistemas de salud pública y de atención sanitaria (diciembre de 2010); respaldo de la Comisión Europea en la «Estrategia Europa 2020» y sus iniciativas emblemáticas relacionadas con la «Agenda digital para Europa» y «Unión por la

Tabla 20 – Conferencias Ministeriales eHealth / Conferencias de Alto Nivel eSalud

eHealth Ministerial Conference - Temática	Presidencia Europea	Data - Local	Declaración Ministerial	Conclusiones - Declaración de la conferencia
				innovación», la creación de la Iniciativa de Gobernabilidad e-salud y, finalmente, la adopción de la Directiva 2011/24/UE relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. Los Ministros y altos representantes responsables de la eHealth reconocerán: • los Estados miembros deben intensificar su cooperación en e-Salud (artículo 14) y participar en la red de autoridades nacionales responsables de la salud electrónica en el marco de la aplicación de la Directiva 2011/24/UE relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la transfronterizo médico. • los Estados miembros deben hacer uso de las próximas reuniones ministeriales para identificar las áreas concretas en las que se puede avanzar conjuntamente realizados, definir objetivos e indicadores comunes y fijar sus propias metas conexas, y revisar tanto en el 2012 e-Salud de la Conferencia Ministerial. • el proceso debe iniciarse sobre la base de áreas y objetivos y en función de sus prioridades nacionales / regionales conforme a lo establecido en la Asociación europea para la innovación sobre un envejecimiento activo y saludable. • la utilización de los Fondos Estructurales para apoyar aplicaciones de salud electrónica contribuyen a la mejora del sistema de salud y la innovación deben ser utilizados con eficacia. • el despliegue de los sistemas de telemedicina basados en la evidencia y los servicios, en particular en el ámbito de la gestión de la enfermedad a distancia donde una fuerte evidencia sobre la eficacia y los beneficios clínicos existir debe ser apoyada y facilitada. • la información a los pacientes, así como la educación de los profesionales sobre el uso de las nuevas tecnologías debe ser facilitado. • los objetivos de las aplicaciones de salud electrónica y telemedicina se basarán en la evidencia actual y sobre el impacto de la e-salud y telemedicina en áreas específicas, por ejemplo, en la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. Las áreas de impacto podrían incluir, entre otras cosas, la reducción de los ingresos en hospitales, la reducción en la duración de la hospitalización, la mejora de la calidad de vida y el aumento de la productividad en la atención sanitaria. • las directrices dirigidas a los profesionales de la salud, en estrecha colaboración con las asociaciones profesionales y sociedades científicas, para la aplicación de herramientas innovadoras encaminadas a la habilitación de servicios integrales de salud, por ejemplo, servicios de gestión de las enfermedades crónicas, las herramientas para un mejor aprovechamiento de los recursos humanos y las capacidades en el sector de la salud y el acceso a la atención médica apropiada, segura y de calidad deben ser desarrollados y adoptados. • sobre la base de la cooperación en curso y de las iniciativas comunitarias y acciones comunes futuras, para lograr la interoperabilidad de los sistemas de salud electrónica deben ser desarrollados e implementados. • proyectos o, incluso acuerdos sobre temas relacionados con estudios semánticos y de terminología, para permitir el análisis de datos para la investigación y el propósito de la salud pública deben tomar, de acuerdo con la legislación relativa a la protección de la privacidad de los datos personales. • los logros de los proyectos epSOS y epSOS-II deben mantenerse y ampliarse. • un conjunto mínimo de datos que deben recopilarse e intercambiarse entre los Estados miembros sobre las enfermedades crónicas.

Fuente: Elaboración propia a partir de Portal Web de la Sociedad de la Información de la Comisión Europea (93)

En el marco evolutivo de la salud en línea y de acuerdo con las declaraciones enunciadas anteriormente, hay una iniciativa emblemática, denominada de eTen, que determinó el inicio de la sociedad de la información y apoyó proyectos en España y Portugal.

A continuación se enfocará sus principales objetivos y logros en la perspectiva ibérica.

eTen (Un programa comunitario de apoyo al lanzamiento de servicios electrónicos a través de Europa para una sociedad de la información global) - Base de datos accesible para búsqueda de proyectos de salud en línea dentro de eTen, programa comunitario de ayuda al desarrollo de redes transeuropeas de telecomunicaciones

eTen ha sido un programa de la Comunidad Europea de apoyo al despliegue transeuropeo de servicios basados en las redes de telecomunicación (servicios electrónicos), centrado fundamentalmente en los servicios públicos, especialmente en las áreas en las que Europa presenta una ventaja competitiva. El programa tenía por objetivo la aceleración de la adopción de servicios para apoyar un modelo de sociedad europea integrada y cohesionada. Sus objetivos no hicieron sino ratificar la misión de eEurope en favor de una «sociedad de la información para todos».

El programa eTen se concentra en las aplicaciones y los servicios genéricos relativos a administración pública (eGovernment), salud (eHealth), inclusión social (eInclusion), aprendizaje (eLearning) y confianza en los servicios electrónicos.

El programa eTen es el instrumento principal del **plan de acción «eEurope 2005»**. El objetivo de este plan es **dar a todos la oportunidad de participar en la sociedad de la información global** y, a tal efecto, crear un marco favorable a las inversiones privadas y a la creación de nuevos empleos, promover la productividad y modernizar los servicios públicos.

A partir de la **eTen Project Database** es posible conocer los proyectos realizados en el ámbito de la salud en línea, destacándose en la Península Ibérica.

Tabla 21 – Proyectos desarrollados y articulados entre España y Portugal

Acrónimo Proyecto	Entidad Coordinadora	Entidades Participantes España	Entidades Participantes Portugal	Entidades Participantes Otros Países	Coste (Total/ Contribución Europea)	Periodo de Ejecución
CITRON	Adeslas, España	- Telefónica - Data General - Instituto Carlos III - Reg. Gov. Valencia	- Império		3.17m/1.27m	08/1999 - 03/2001
ENN-ICS	Robotron Datenbank-Software Gmbh, Alemania	- Atos Sociedad Anonima Española	Origin - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa - Dra. Teresa Paiva Centro de Electroencefalografia Neurofisiologia Clinica, Lda.	Alemania de - Robotron Datenbank-Software Gmbh - Technische Universitaet Dresden Paiva - Philipps Universitaet Marburg de - Futuretec Gesellschaft Fur Angewandte e Informatik Mbh Suecia - Karolinska Universitetssjukhuset	1.67m/0.99m	03/2005 - 03/2007
MELIC	Institut	-	Institut - Ministério da Saúde	Alemania	3.45m/1.81m	01/1998 -

Municipal D'investigacio Medica, España	Municipal D'investigacio Medica - Telefónica De España S.A. - Prodimed, S.A.	- Health On Line Burda/Bertelsmann - Anwenverband Deutscher Informationsverarbeiter E.V. Grecia - Institut Of Biomedical Technology Países Bajos - Foundation Of European Proprietary Medecines Manufacturers Reino Unido - Tavistok Institut Bélgica - Pharmaceutical Group Of The European Community - Standing Committee Of European Doctors	06/1999
---	--	---	---------

Fuente: Elaboración propia a partir de Portal Web del eTen Project Database (94)

En síntesis, se puede afirmar que la perspectiva ibérica y sus mecanismos de cooperación están centrados en:

- explorar las sinergias derivadas de la implementación e integración de las tres líneas de tecnología en el ámbito de la Atención de la Salud: La identificación de los usuarios (especialmente a través de tarjetas inteligentes), el acceso a la información (a través de un centro de salud especializado de la llamada) y el Registro de Información (en la historia clínica electrónica) – Proyecto CITRON.
- ayudar a las personas y los profesionales médicos a tratar y gestionar mejor los trastornos del sueño. A través de una página web interactiva y multilingüe, apoyar el cuidado del paciente, y con la construcción de una red de profesionales médicos de trastornos del sueño en toda Europa – Proyecto ENN-ICS.
- desarrollar e implementar servicios telemáticos multimedia que ofrecen a los ciudadanos europeos la información sobre estilos de vida saludables, prevención de enfermedades, auto-cuidado y los servicios sanitarios y dispositivos. La instalación en varios escenarios se ha considerado para investigar el diseño de modelos de negocio viables para el despliegue comercial del proyecto – Proyecto Melic.

1.4. Presente y Futuro: innovaciones en el sector tecnológico sanitario

«The important thing is not to stop questioning.
Curiosity has its own reason for existing.»

Albert Einstein, 1905

Los servicios sanitarios por su naturaleza y función, pueden ser caracterizados como organizaciones intensivas en conocimiento. Esta «materia prima» se genera, difunde, almacena y se aplica de forma individual y colectiva, en un entramado de interacciones

sociales e interdependencias funcionales que es preciso definir, integrar, facilitar, encauzar y evaluar desde la función del management.

Este enfoque orientado desde los servicios asistenciales y unidades clínicas proveedoras permite comprender la transición desde los sistemas de gestión de la calidad (CQI; TQM; reingeniería de procesos;...) hacia la gestión del conocimiento, a partir de un proceso continuo de mejora que requiere:

- de un sistema de mejora permanente que asegure la implantación de la siguiente cuaterna: resolución de problemas o relevancia; capacidad de aprendizaje o importancia; generación de ideas o creatividad; y aplicación de las mismas con valor añadido o innovación,
- de la instrumentación operativa para materializar el conocimiento en los procesos organizativos y de gestión y;
- de la disposición de una arquitectura inteligente (modelo mental) para anticipar y gestionar las expectativas (teoría de las expectativas), implementar las acciones de mejora a través de grupos multifuncionales (lógica de acción) y evaluar los resultados para garantizar el proceso educativo (95).

Este «modelo mental» actúa sobre la capacidad individual para gestionar paradojas y dilemas propios de la complejidad de la toma de decisiones y de los procesos subyacentes. Su poder propulsor se sustenta en los mecanismos de aprendizaje que requieren anticipar (diagramas y matrices de prioridad), observar (histogramas y técnicas estadísticas) e incorporar (modelos de solución a problemas) y que se basan principalmente en fomentar y resolver situaciones anómalas, inestables y contradictorias, es decir, estados que acumulan tensión creativa en la organización. Diseñar un sistema de calidad y mejora continua exige un mecanismo dinámico de creación y aplicación del conocimiento, en un entorno proclive a la creatividad e innovación que se apoye en sistemas internos que aseguren el aprendizaje y la evaluación funcional – *benchmarking operativo*. Por tanto, ir más allá de la calidad hacia la gestión del conocimiento exige comparación con las mejores prácticas mediante sistemas internos, asegurar los mecanismos de aprendizaje aprovechando las oportunidades de la organización, identificar problemas y arbitrar soluciones en un entorno proclive a la imaginación y, en última instancia, hacer operativos los sistemas de calidad desde la perspectiva de los procesos mentales básicos enfocados a impulsar acciones con el saber de todos.

Siguiendo la referencia de Muñoz-Seca y Riverola, las variables que hacen operativa la gestión de conocimiento, mejoran el funcionamiento de la organización y promueven las capacidades esenciales son: la creatividad, que precisa de nuevas formas de observación de la realidad y una gestión de las ideas orientada a la resolución de problemas en un entorno habitual; y la innovación, que significa la implantación de nuevas ideas generadas en el proceso creativo, siendo éstas proporcionales a la base de conocimiento organizacional. Ambas dimensiones actúan sobre los procesos mentales esenciales de las personas. Además, existen otras capacidades que interactúan sobre los mecanismos que están directamente implicados en los agentes principales del proceso (el cliente externo e interno).

Así, la relevancia es una variable de calidad del cliente externo que representa la respuesta competente a sus necesidades; y la importancia es una variable de calidad vinculada al cliente interno, que cierra el «bucle de retroalimentación» a posteriori al evaluar la efectividad de las acciones en la resolución de problemas y su efecto de aprendizaje como valor retroactivo o de retorno.

Este enfoque es coherente internamente con los mecanismos formales de dirección organizativa a través de los elementos de gobierno de la información, del desarrollo estructurado y estandarizado del conocimiento y de los sistemas de participación y empowerment social. El vértice estratégico actúa sobre la integración y desarrollo de todos los elementos de la organización (figura 21).

Figura 21 – Sistemas Cognitivos y elementos para la dirección organizativa



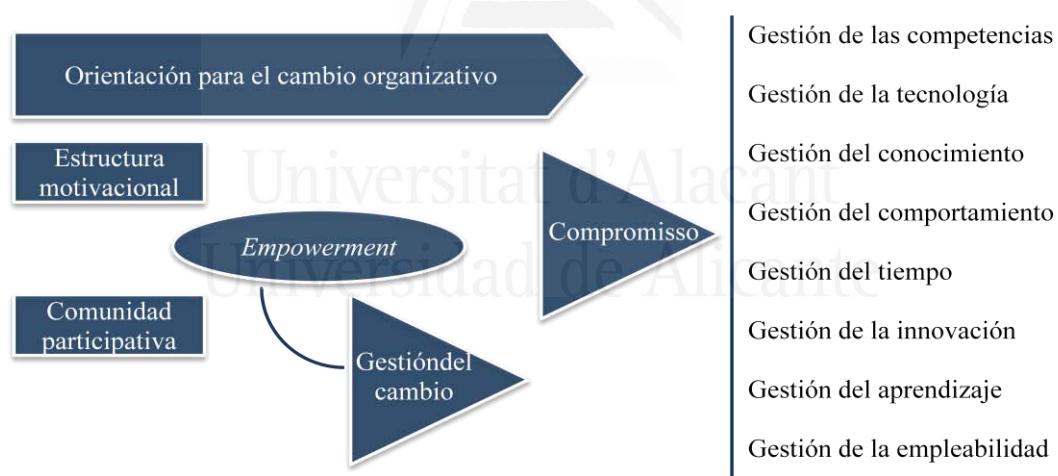
Fuente: Elaboración propia a partir de Modelo de Muñoz-Seca B y Riverola J (71)

Las fuentes de la creatividad para la innovación son la interrogación, la paradoja, el cambio en el conocimiento, la disrupción tecnológica, la identificación de debilidades, el cambio poblacional y el perceptivo y los determinantes del mercado.

La innovación implica gestionar retos, y estos son siempre proporcionales al grado de conocimiento sobre los problemas existentes, y que a su vez, depende del nivel de asimilación y comprensión de los mismos.

En el sector de la salud, la medicina y sus aplicaciones basadas en conocimientos rigurosamente probados – en el propio ámbito de nuestra cultura y de los valores propios del humanismo científico –, pueden contribuir a la creación de una nueva organización sanitaria para gestionar la innovación, la tecnología y los procesos de aprendizaje. Este enfoque del cambio institucionalizado precisa de una reflexión interna rigurosa y un compromiso organizacional que haga posible la gestión estratégica y la sostenibilidad de los determinantes y factores más críticos para el progreso económico, científico y social (figura 22).

Figura 22 – El Cambio en la Organización Sanitaria basada en el Conocimiento



Fuente: Elaboración propia a partir de Gestión del Conocimiento (71)

Las orientaciones para el cambio hacia organizaciones basadas en el conocimiento y la innovación, precisan de un acuerdo institucional firme de los agentes principales del sistema, desde la legitimidad de un renovado contrato social; lo cual presupone profundizar tanto en el modelo antropológico o humanista, en lo referente a sus bases motivacionales – fundamentalmente intrínsecas y efusivas (trascendentes) –, como en el proceso de participación social y comunitaria.

Los proyectos exitosos de gestión del conocimiento se han basado en los siguientes objetivos (96):

- creación de «almacenes» de conocimientos.
- mejora del sistema de acceso a los conocimientos.
- creación de un microclima cultural propicio.
- valoración y gestión del conocimiento como un activo estratégico.

En los últimos años la mayoría de los proyectos de gestión del conocimiento en servicios sanitarios se han orientado hacia los siguientes objetivos (95):

- Creación de bases de conocimiento a partir de la gestión progresiva de información científica. Estos «almacenes» de conocimiento se han enriquecido tanto del acervo cognitivo externo (información de tecnología; benchmarking clínico,...), como del conocimiento estructurado interno (métodos y técnicas especialistas; informes de investigación; evaluación de innovaciones tecnológicas,...) y del conocimiento informal interno (modelos de experiencia, interfase multifuncional, algoritmos para tomar decisiones,...);
- Mejora de los sistemas de accesibilidad y transmisión de conocimientos, creando redes cooperativas temáticas en áreas esenciales para la organización sanitaria, así como comunidades de expertos y grupos de mejora para desarrollos específicos;
- Fomento de una cultura ambiental propicia para la creación y uso apropiado del conocimiento, fomentando actitudes proactivas, receptividad y estímulo para las iniciativas emprendedoras, junto al perfeccionamiento de los mecanismos para la integración y participación social;
- Evaluación del conocimiento como un activo, mediante auditorías anuales del capital intelectual (mapas de producción del conocimiento científico relevante, revisiones sistemáticas comparadas,...), y utilización efectiva de este factor desde una perspectiva temporal (97) (98).

Un impulso continuado de estas estrategias exige profundizar en los atributos funcionales del conocimiento, tales como la operatividad, accesibilidad y relevancia, a la vez que mejorar las infraestructuras tecnológicas para su desarrollo, con plataformas que permitan actualizar y evaluar continuamente las «bases de conocimiento» de las instituciones sanitarias, rediseñar los procesos y sistemas de aplicación del conocimiento operacional, incrementar la transferencia y aprendizaje mediante

metodología de benchmarking e investigación de mejores prácticas y por último, definir y revitalizar la arquitectura de competencias esenciales de la organización (Figura 23).

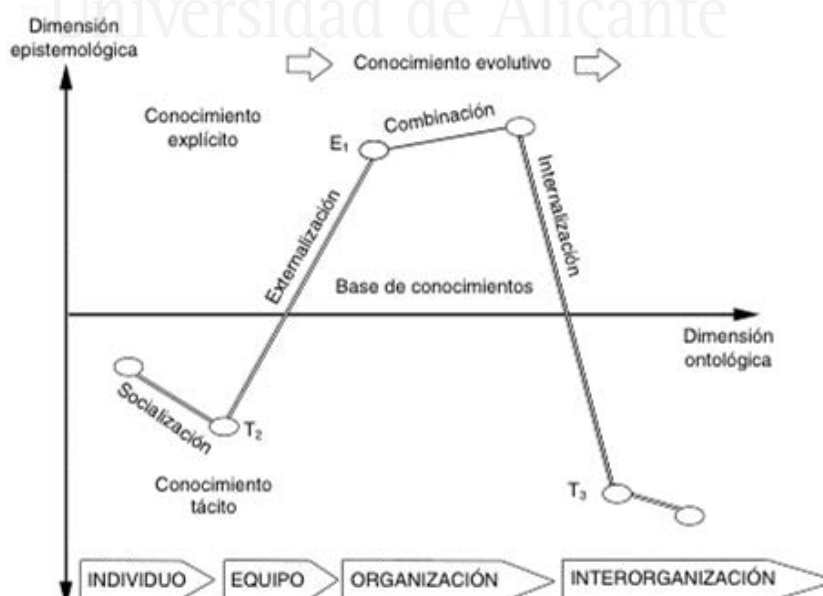
Figura 23 – Proceso evolutivo de la Gestión del Conocimiento



Fuente: Elaboración propia a partir de Modelo de Gestión del Conocimiento (99)

Por otro lado, la espiral generativa de conocimientos se desarrolla en los servicios sanitarios siguiendo todas las fases descritas por Nonaka y Takeuchi (figura 24).

Figura 24 – Procesos de Conversión del Conocimiento



Fuente: Modelo de Conversión del Conocimiento (100)

A. Internet en el nuevo desarrollo del conocimiento

«Vivimos en un mundo donde se puede acceder a información, de mayor o menor calidad, a través de múltiples caminos. Sin embargo, tener la formación para saber cómo acceder a ella y su verdadero valor y aptitud es un privilegio que no está al alcance de todas las personas.»

Marcelo D'Agostino, 2011

La más clásica definición de Internet utilizaba el concepto «red de redes» para referirse a la capacidad de ésta de conectar diferentes plataformas y estructuras cibernéticas (101). En la actualidad, podríamos retomar esta definición para referirnos a la capacidad de Internet para interconectar a los ciudadanos, haciendo posible y amplificando el desarrollo de redes de personas basadas en intereses comunes.

Esta Internet basada en el ciudadano está cambiando el modo en que nos comunicamos, y también la capacidad para influir en nuestro entorno. Los profesionales, las organizaciones sanitarias e, incluso, el propio concepto de la salud y su cuidado, no están siendo ajenos a estos cambios, y los empujan a adaptarse a una nueva realidad, redefinir sus roles y adaptar a éstos sus actividades (102).

Un nuevo modelo de paciente, formado e informado, rico en experiencias y habilidades y dispuesto a compartir información y conocimiento, trata de encontrar un espacio que le permita ser tenido en cuenta, y tomar sus propias decisiones en cuanto a la gestión de su enfermedad o, simplemente, la incorporación de hábitos saludables y estrategias preventivas a su estilo de vida (103).

A su vez, la nueva Internet, posibilita y da soporte a una medicina centrada en el paciente, que aún deberá coexistir durante décadas con un modo tradicional de enfrentarse a la enfermedad y demandar, recibir y ofrecer servicios sanitarios.

De esta forma, hoy es posible compartir experiencias en los blogs – ya sean escritas o en formato video –, disponer de una historia clínica en la red que permita un acceso ubicuo, intercambiar opiniones sobre productos y servicios de salud, estar informado de las últimas noticias mediante la sindicación y recomendación de contenidos (104).

Internet se ha convertido en una potente herramienta para el cuidado de la salud que ha puesto al alcance de los usuarios una variedad y cantidad de información sin precedentes, con una oferta y una demanda en continuo aumento. No obstante, la

información sanitaria por sí sola no es suficiente para lograr cambios en los hábitos menos saludables (105). Las comunidades virtuales de salud facilitan así el apoyo emocional, el intercambio de información, experiencias y consejos de auto-ayuda e incluso la asistencia sanitaria, cuando un profesional sanitario participa como moderador (106).

La interrelación e influencia de los actores de los sistemas de salud (ciudadanos, pacientes, médicos, enfermeros, farmacéuticos, hospitales, centros de atención primaria...); la infraestructura y los sistemas (107) (World Wide Web, sistemas de información, telemedicina, *call centers*...); las diferentes aplicaciones (información sobre salud, investigación, educación, apoyo mutuo...) y los aspectos políticos, legales y económicos del sistema de salud configuran los usos y las prácticas sociales relacionadas con las Tecnologías de la Información y la Comunicación en el ámbito de la salud (108).

Estos usos y prácticas sociales tendrán diferentes resultados y consecuencias (relación entre actores, gestión de la salud...) que afectarán a todos los actores del sistema (individuos, familiares, profesionales, organizaciones...), quienes, a través de su valoración y evaluación, modificarán tanto sus usos y prácticas sociales como la configuración de la propiatecnología (109).

Todas estas tendencias que impulsan, frenan o desvían la transición de los sistemas de salud hacia la sociedad red demuestran que le uso, las prácticas sociales y las consecuencias de las Tecnologías de la Información y Comunicación, especialmente Internet, son resultado de la compleja interacción de factores tecnológicos, económicos, sociales y culturales.

Esta complejidad puede ser sintetizada mediante la figura 25.

Figura 25 – Interrelación e influencia de los actores de los sistemas de salud en las aplicaciones y herramientas del Internet participativo en el ámbito de la salud pública

Fuente: Elaboración propia a partir de «The Internet and Health Care: Theory, Research, and Practice» (110)

En este sentido, hay diversas iniciativas e estudios internacionales que analizan la evolución de las TIC y de la usuabilidad de la internet como medidas de desarrollo de la sociedad y modernización.

- La publicación del informe conjunto del Foro Económico Mundial y INSEAD «The Global Information Technology Report 2010-2011: Transformations 2.0», tiene como objetivo valorar el impacto de las TIC en el proceso de desarrollo y la competitividad de los países, focalizando su análisis en el poder de las TIC para transformar la sociedad de la próxima década a través de la modernización y la innovación.

Los países nórdicos lideran de forma general el ranking al tener a Suecia (1º), Finlandia (3º), Dinamarca (7º) y Noruega (9º) entre los Top 10. Mientras, España y Portugal bajan notablemente del puesto 34 al 37 y del 31 al 32, respecto a la edición anterior y Portugal.

- A partir del «Networked Readiness Index (NRI) 2010-11», el informe examina el grado de preparación de 138 economías en la utilización de las TIC de manera eficaz en 3 ámbitos: el empresarial (normativo y de infraestructura TIC), la

preparación de individuos, empresas y gobiernos para beneficiarse de las TIC, y el uso real de las tecnologías disponibles.

El Networked Readiness Index (NRI) facilita una estructura metodológica que identifica los factores que facilitan un aprovechamiento completo de las TIC en las economías, así como el papel de los actores económicos, políticos y sociales en la adaptación de estas tecnologías. Este reporte es uno de los estudios más respetados de su clase pues suministra una exhaustiva herramienta de benchmarking para evaluar las debilidades y fortalezas mientras se diseñan políticas nacionales o corporativas para el mejor desempeño innovador y sostenible de las economías.

El NRI se compone de una serie de indicadores que miden tres ámbitos: 1) el impacto de las TIC (desarrollo y difusión) tomando en cuenta el ambiente de negocio, regulación y la infraestructura TIC (Software y Hardware), 2) la preparación de los ciudadanos, empresas y administraciones públicas en el uso de las TIC en sus actividades diarias y 3) la frecuencia de su uso en estos tres tipos de usuarios. Esto establece un perfil de conectividad y sofisticación de las economías.

Por primera vez en la historia, más de la mitad de la población mundial vive en áreas urbanas. Las ciudades están jugando un nuevo rol en cuanto a estrategias orientadas a la competitividad y las sostenibilidad a través de una conectividad eficiente. Las autoridades municipales y regionales pueden formular una estrategia y planes específicos de acción para explotar el potencial de las TIC para una competitividad sostenible. Existen en tal sentido brechas entre las actuales prácticas y el potencial que el paradigma Web 2.0 ofrece para las ciudades en todos sus estadios de desarrollo, aún en ciudades claves de las economías avanzadas. Las ciudades que afronten con éxito el paradigma de la innovación tecnológica se beneficiarán enormemente.

Aún cuando el mundo está consciente del impacto ambiental de sus opciones tecnológicas y de consumo, la tecnología ayudaría a crear una respuesta al cambio climático y el calentamiento global. Las TIC pueden ayudar a cambiar hábitos de consumo y formas de vida que estimulan a un crecimiento notable de las emisiones.

Cloud Computing afectará al estilo de vida de los ciudadanos además de tener un impacto profundo en la estructura de costos de toda la industria que use hardware y software con consecuencias notables en el desempeño de las economías.

El ejemplo que ofrece España con su Plan Avanza y Portugal con su Agenda Digital permite ver como un gobierno puede implementar estrategias orientadas a la sociedad de la información. España tiene un excelente desempeño en penetración de Internet,

telefonía, el desarrollo de servicios de salud y administración pública mediante el uso de las TIC, contenidos digitales y e-banking. Por tanto, al continuar esta tendencia e implementando en toda su extensión el Plan Avanza podría asumir en el futuro puestos de vanguardia a nivel global.

Tabla 22 – Componentes del índice de grado de preparación para participar y beneficiarse de las TICs (Networked Readiness Index - NRI)

Componentes del índice		España	Portugal
Índice de Grado de preparación para participar y beneficiarse de las TICs (Networked Readiness Index 2010-2011)	Rank	37	32
	Score	4.3	4.5
Entorno	Rank	37	35
	Score	4.5	4.5
Mercado	Rank	49	36
	Score	4.3	4.5
Política / Regulación	Rank	40	37
	Score	4.6	4.8
Infraestructura	Rank	29	34
	Score	4.4	4.2
Grado de Preparación	Rank	70	37
	Score	4.2	4.7
Individual	Rank	109	84
	Score	4.2	4.7
Empresarial	Rank	31	45
	Score	4.6	4.3
Gubernamental	Rank	93	9
	Score	3.7	5.3
– Prioridad del Gobierno en las TIC	Rank	100	8
	Score	4.2	6.0
– Adquisición de tecnología avanzada por el Gobierno	Rank	87	16
	Score	3.4	4.4
– Importancia de las TIC en la visión del Gobierno	Rank	98	5
	Score	3.6	5.4
Uso	Rank	28	31
	Score	4.4	4.2
Individual	Rank	32	27
	Score	4.8	5.0
Empresarial	Rank	46	40
	Score	3.3	3.5
Gubernamental	Rank	15	30
	Score	5.0	4.3
– Éxito del Gobierno en la promoción de las TIC	Rank	102	8
	Score	3.8	5.5
– Uso de las TIC y eficiencia gubernamental	Rank	58	7
	Score	4.4	5.7
– Índice del Gobierno en línea, 0-1 (mejor)	Rank	5	49
	Score	0.77	0.39
– Índice de e-Participación, 0-1 (mejor)	Rank	3	44
	Score	0.83	0.27

Fuente: Elaboración propia a partir de The Global Information Technology Report 2010-2011 (111)

B. Web 2.0 en la Salud 2.0

«Dime con qué sistema de información andas y te diré qué tipo de gestión haces. En el fondo, el sistema de información es el espejo del alma de la gestión.»

Xavier Bonfill, 2000

Gracias a los últimos avances de Internet – rapidez, comodidades, accesibilidad, bajo coste – se podría decir que estamos más que nunca en una red de redes, o sea en una comunidad global de personas (112).

De modo general se puede afirmar que Lawrence G. Roberts (<http://www.packet.cc/>), intervino en el diseño de la red, Kahn (<http://www.cnri.reston.va.us/bios/kahn.html>) y Cerf (<http://www.icann.org/en/biog/cerf.htm>), trabajaron en la definición del protocolo TCP/IP (los ordenadores que se enlazan a Internet lo hacen intercambiando información a través de una serie de protocolos, protocolo de control de la comunicación / protocolo Internet (TCP/IP) que posibilitan la conexión de ordenadores y redes). Cerf tiene la teoría de que los grandes pasos en el desarrollo de Internet se dan cada 10 años desde 1973; en enero de 1983, primera vez que se pone en marcha Internet; 1992/93, aparición de la World Wide Web; 2003, expansión significativa de VoIP (Voz por IP). Así que sólo podemos intuir lo que puede pasar en 2013, pero yo sé (dice Cerf) al menos algo que pasará: Internet interplanetaria.

El número de usuarios de Internet en el mundo sobrepasó 2267 millones en diciembre de 2011. La Asia lidera con 1076,6 millones de usuarios (44,8% del total), seguido de Europa con 518,6 millones de usuarios (21,5%) y EEUU con 273,8 millones de usuarios (11,4%).

Tabla 23 – Número de usuarios de Internet en el mundo.

Área geográfica	Población (Est. 2011)	Usuarios Internet	Crecimiento 2000-2011	Penetración	Participación en Redes Sociales (Facebook)
Mundo	7,012,519,841	2,405,510,175	566.4 %	34.3 %	937,169,820
Unión Europea	816,372,817	518,512,109	393.4 %	63.5 %	243,320,440
España	47,042,984	31,606,233		67.2 %	17,010,480
Portugal	10,781,459	5,950,449		55.2%	4,581,040

Fuente: Elaboración propia a partir de The Internet World Stats 2011 (113)

El uso de Internet está creciendo fuertemente en la Península Ibérica, que sobrepasa a 36 millones de usuarios.

Al social de Internet es a lo que se llama de «Web 2.0», y para diferenciarla de la primera etapa de la Red – «Web 1.0», cuando aún se comportaba como un medio de comunicación de masas a la antigua usanza: poca gente hablando y mucha escuchando (82) (Tabla 24).

Tabla 24 – Características de la Web 1.0 versus Web 2.0

Web 1.0 (1990-2003)	Web 2.0 (2004-?)
Internet funciona básicamente como un medio donde publicar contenidos. Es una gran biblioteca para el usuario, un gran pulpito para el emisor del mensaje.	La Web 2.0 es ante todo un entorno de participación, de intercambio de puntos de vista. Es una gran plaza pública o una gran mesa redonda.
El contenido de una web es estático. Su autor la actualiza en momentos puntuales. La web refleja el contenido deseado por su responsable/autor.	El contenido es dinámico, se actualice permanentemente con contribuciones que pueden proceder de cualquier usuario de internet. El contenido de las webs se construye mayoritariamente desde los usuarios y para los usuarios. Los creadores de páginas tienen poco que decir sobre su contenido y destino final, que es decisión de las masas.
La creación y publicación de sitios web es compleja y requiere conocimientos técnicos de lenguajes de programación y acceso remoto a servidores.	Sencillez de uso. Cualquier usuario de internet sin conocimientos técnicos puede abrirse un blog o una comunidad virtual en apenas minutos. Participar en páginas ajenas es aún más fácil.
La web o el software que la hace posible son el producto final, el resultado del mensaje que deseaba emitir su creador.	Internet como plataforma: lo que importa es el servicio que se ofrece a través de la Red. Las herramientas están en la <i>nube</i> , directamente en Internet.
Lo importante es el contenido publicado.	Cobra importancia la gestión de bases de datos. Muchos servicios 2.0 se basan en permitir una interacción sencilla – a menudo invisible – entre un usuario y complejas bases de datos. La tecnología que hay tras ese tipo de servicio es muy potente, pero su interacción con el usuario final es simple.
El acceso a la tecnología es determinante para tener mayor o menor influencia en la Red.	La influencia en la Red no se puede comprar, es algo que otorgan los demás internautas. Hasta el más pequeño participante puede convertirse en un gurú si la mayoría lo decide.

Fuente: Elaboración propia a partir de Tim O'Reilly (101)

La Web 2.0 también se puede definir como un conjunto de herramientas que sirven para informar, comunicar, opinar, organizar, promover, orientar, etc. Y aunque no fueron creados para usos científicos y profesionales, cada vez más son más utilizados por estos y todavía se debían utilizar más en el ámbito de la Salud.

Lo siguiente mapa, representado en la figura XX, agrupa de forma visual los principales conceptos que habitualmente se relacionan con la Web 2.0, junto con una breve explicación y algunos ejemplos de servicios de la Internet que suelen enmarcarse en la Web 2.0 en la Península Ibérica.

Figura 26 – Mapa Visual de la Web 2.0



Fuente: Mapa Visual de la Web 2.0 – Fundación Orange (114)

Su uso en el ámbito de la salud es muy desigual porque todavía no se han aplicado suficientemente demostrando su utilidad y oportunidades. El mejor ejemplo de web2.0 es Google (<http://www.google.com/intl/es/options/>), una vez que abarca varias aplicaciones, dentro de su plataforma como usuario, como por ejemplo, Google Dos, Gmail, Google Reader, Blogger, YouTube, Delicious, Maps, Google Insights y otros que pueden utilizar dentro de la familia Google como usuario.

Los términos Health 2.0 y Medicine 2.0., también son muy utilizados por la comunidad en línea que usa las herramientas de la Web 2.0 para la salud e incluyen cinco aspectos importantes (112):

- los participantes implicados (médicos, pacientes, etc.);
- su impacto en prácticas tradicionales y de colaboración en medicina;
- su capacidad de proporcionar asistencia médica personalizada;
- su capacidad de promover educación médica continuada;
- sus temas asociados relacionados con método y herramienta, tales como inexactitud potencial en el contenido generado por el usuario.

Considerando la Web 2.0 con su conjunto de herramientas, que es utilizada en el ámbito de la Salud de forma insuficiente pero creciente y el uso de las Redes sociales en Salud se extiende y amplía para hacer más fácil la comunicación y el acceso a servicios,

alertas, reclamaciones, retroalimentación, etc., entre profesionales sanitarios, usuarios y pacientes. En síntesis, las aplicaciones que son ampliamente utilizadas en los aspectos lúdicos tienen un gran potencial de poder ser útiles en asistencia sanitaria, conforme descrito posteriormente:

Blog o bitácora

La palabra «blog» viene de «Weblog» porque un blog consiste en un registro firmado y fechado de aportaciones individuales. Es un sitio Web fácil de crear, periódicamente actualizado, que permite a los usuarios compartir sus pensamientos con el mundo, recopila cronológicamente textos y/o artículos de uno o varios autores donde el más reciente aparece primero, gestionado por un sistema de gestión de contenidos. El asunto del blog puede ser desde personal a profesional, usualmente escritos con un estilo personal e informal.

Muchas páginas web tienen Blogs, como por ejemplo la Web de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad de España (<http://blog.plandecalidadsns.es/>).

La nube de palabras o etiquetas (tag cloud)

Una nube de palabras o etiquetas es una representación visual de las palabras o etiquetas que conforman un texto, en donde el tamaño de la letra es mayor para las palabras que aparecen con más frecuencia.

Uno de sus usos principales es la visualización de las etiquetas de un sitio web, de modo que los temas más frecuentes en el sitio se muestren con mayor prominencia.

RSS (Really Simple Syndication)

Desarrollado para todo tipo de sitios que se actualicen con frecuencia y por medio del cual se puede recibir la actualización en la página de apertura de su navegador y en otros sitios web. Es parte de la familia de los formatos XML. El RSS puede avisarle desde la página de apertura de su navegador, cada vez que aparece una actualización en los sitios web que lo tienen, no es necesario visitar estos sitios webs nuevamente.

Redes Sociales en Internet

Parte de la teoría de los Seis grados de separación, según la cual toda la gente del planeta está conectada a través de no más de seis personas. En estas comunidades, un

número inicial de participantes envían mensajes a miembros de su propia red social invitándoles a unirse al sitio. Los nuevos participantes repiten el proceso, creciendo el número total de miembros y los enlaces de la red. Uno de los más utilizados es Twitter y el Facebook. En el ámbito empresarial y profesional se utiliza LinkedIn.

Twitter (gorjear, parlotear) (<http://twitter.com/>)

Es un servicio gratuito de microblogging, que hace las veces de red social y que permite a sus usuarios enviar micro-entradas basadas en texto, denominadas «tweets», de una longitud máxima de 140 caracteres.

El envío de estos mensajes se puede realizar tanto por el sitio web de Twitter, como vía un teléfono inteligente o con un teléfonomóvil vía SMS (short message service). Dentro de los usos más conocidos tenemos: el seguimiento de eventos en directo, la transmisión de las ideas más importantes de charlas y ponencias a las que poca gente tiene acceso, el intercambio de opiniones durante un evento en el que la gente asiste como público o debates retransmitidos por la televisión, noticias o acontecimientos a los que no tiene acceso la prensa libre (Tunez, Egipto, Libia, Irán, Siria, Yemen, protestas en China).

Redes y comunidades sociales en la Salud

El uso de las redes sociales para fines sanitarios está aumentando. Las redes sociales están revolucionando la comunicación entre hospitales, médicos e investigadores, pacientes y agencias gubernamentales.

Para eso es necesario conseguir la participación de los pacientes compartiendo sus experiencias y superación de obstáculos en el tratamiento de su enfermedad (Facebook, YouTube); presentar entrevistas con especialistas sobre avances científicos que haya descubierto el equipo profesional o información sobre enfermedades en que son punteros, p.ej. Degeneración macular asociada a la edad (YouTube, Slideshare); responder a preguntas sobre enfermedades o problemas específicos en Twitter, de forma muy abreviada y enlazando con mas información; resaltar eventos que sirven para profundizar en temas , p.ej. Día Mundial del Autismo, Día mundial del Parkinson (Facebook, YouTube, Blog), etc.

Son ejemplos de redes sociales en salud Patient Opinion, Patientslikeme, DailyStrength, SugarStats, Escuela de Pacientes y otros.

Patient Opinion (<http://www.patientopinion.org.uk/>), plataforma independiente de retroalimentación sin fines lucrativos sobre los servicios sanitarios del Reino Unido, en el que los usuarios de los hospitales pueden compartir experiencias y opiniones y valorar el servicio que han recibido, así como obtener una retroalimentación del hospital (32782 mensajes de los cuales se contestaron 1381 y 188 llevaron a cambios, 20/10/11). Patientslikeme (<http://www.patientslikeme.com/>), es una comunidad online en la que los protagonistas son los propios pacientes. Intercambian información clínica y personal con otras personas que padecen la misma enfermedad, para aprender unos de otros y en la que no solo se comparte conocimiento, sino que se puede generar nuevo conocimiento. Es una compañía con fines lucrativos que dicen perseguir poner a los pacientes en primer lugar, promover la transparencia, etc.

DailyStrength (<http://www.dailystrength.org/>) fue creado por veteranos de Internet con más de 20 años de experiencia en comunidades en la web. Han desarrollado aplicaciones que ayudan a hacer del mundo un lugar mejor, incluyendo: Una comunidad para cada enfermedad (más de 500 comunidades); Health Blogs; Respuestas de expertos a preguntas formuladas; Tratamientos; Grupos de apoyo 24 horas /365 días al año; y otros. Parece que solo hay que inscribirse, con un correo y palabra clave.

SugarStats (<https://sugarstats.com/>) ofrece control de la diabetes en línea, apoyo de la comunidad y el intercambio de colaboración para motivar y mejorar la salud. Una parte es gratuita y otros servicios no lo son.

Escuela de Pacientes (<http://www.escueladepacientes.es/ui/index.aspx>), difunde información, recursos, materiales, congresos de interés para pacientes, familiares y profesionales con alguna enfermedad crónica. Además, cuenta con blogs, sobre alimentación saludable, insuficiencia cardíaca, artritis, celiaquía y fibromialgia, accesibles desde la web.

En las redes y comunidades sociales se pone énfasis en la Salud utilizando la relación social. Este modelo se teoriza que se basa en:

- inteligencia colectiva (Collective Intelligence): «juntos sabemos más»
- sabiduría de la multitud (Wisdom of the crowd): «No hay error que se escape, si hay suficientes ojos observando»
- el compartir (Sharism): «al compartir, todos ganamos más que si lo hiciéramos por separado»

- rentabilidad emocional de la inversión (eROI, emotional return on investment):
«Me siento mejor ayudando a otros y por eso le dedico mi tiempo».

C. Decálogos

«Knowing is not enough; we must apply; willing is not enough; we must do.»

Johann Wolfgang von Goethe(In: Wilhelm Meisters Wanderjahre)

La Real Academia Española define decálogo como el «conjunto de normas o consejos que, aunque no sean diez, son básicos para el desarrollo de cualquier actividad», en el ámbito sanitario y de acuerdo a los principios de la gestión del conocimiento y de la calidad en salud consideramos importante destacar en los decálogos mencionados en la tabla.

Tabla 25 – Decálogos más relevantes en el ámbito sanitario

Decálogo	Entidad	Año
Decálogo de la gestión afectiva (115)	Fundación Biblioteca Josep Laporte	2005
Decálogo de la Información sobre Salud en Web: qué debemos saber / Decálogo para el uso de webs de salud (116)	Web Médica Acreditada (WMA) Colégio Oficial de Médicos de Barcelona	2008
Decálogo para la Excelencia Sanitaria (117)	Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social	2008
Manifiesto Salud 2.0 (118) (119)	Encuentro Salud 2.0 en Abla (Almería)	2011
Decálogo para la Satisfacción de los Pacientes (120)	Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social	2007
Decálogo de los Pacientes (121)	Fundación Biblioteca Josep Laporte	2003
Decálogo de la Gestión de Innovación (122)	ANAIN - Agencia Navarra De Innovación	2008

Fuente: Elaboración propia.

Decálogo de la gestión afectiva (115)

Los profesionales de organizaciones basadas en el aprendizaje y sostenidas por capital intelectual siguen el dicho de Lord Brougham (1857), que afirmaba que «la educación vuelve a la gente fácil de conducir pero difícil de empujar, fácil de gobernar pero difícil de esclavizar».

1. Las instituciones sanitarias son organizaciones complejas y están formadas por personas que tienen conocimientos y sentimientos, por lo que se deben favorecer estrategias de gestión del conocimiento y de las emociones que les permitan cumplir sus objetivos y responder a las expectativas de los usuarios.
2. Los valores de la institución configuran la organización afectiva y determinan su identidad entre sus profesionales y delante de la población a la que prestan servicio, por lo que vale la pena identificar y citar de forma explícita cuáles son esos valores
3. Las organizaciones afectivas se mueven entre el orden y el caos, por lo que precisan líderes emocionalmente estables y seguros de sí mismos. Recuerda que si no manejas tus emociones son ellas las que

te manejan a ti.

4. El ejercicio del liderazgo emocional requiere el desarrollo de las habilidades de conocimiento propio, autocontrol, empatía y capacidad de relación social. Daniel Goleman, autor de varios best-sellers sobre el tema, las define como características propias de la inteligencia emocional. Hay evidencia que demuestra que el estilo emocional del líder determina los resultados obtenidos por la organización.

5. La gestión afectiva precisa de líderes humildes, comprometidos y con buen sentido del humor. Para la tristeza y el pesimismo siempre hay tiempo. Lo que menos se necesitan son líderes que se pasen el día entonando en silencio el Tristeza no ten fin.

6. El cambio se lidera, no se gestiona, como bien dice John Kotter, profesor en Harvard. Lo que se gestiona es la complejidad. Liderar es llevar a cabo una visión, motivar a los profesionales en torno a la misma y crear nuevos líderes. Ni todo el mundo puede ser líder ni tampoco se es líder porque coyunturalmente se tenga poder y autoridad. Esto último no dura toda la vida.

7. La inteligencia emocional del grupo y de su líder determina el éxito de la organización afectiva. Liderazgo, confianza y honestidad son valores que determinan la identidad y los resultados obtenidos por un grupo efectivo.

8. Las organizaciones sanitarias son emocionalmente inestables, por lo que precisan de líderes capaces de gobernar en situaciones de caos y de tomar decisiones difíciles. No tomar decisiones ya es una forma de decidir. A la larga, si no decides tú decidirán los demás.

9. Liderar una organización supone confrontar personas difíciles y conflictivas, incluidos los trabajadores poco competentes, los francotiradores y los envidiosos. La gestión del talento también permite distinguir quién no tiene talento, quién tiene el talento equivocado y quién va más bien lento. Es por ello por lo que, a veces, conviene recordar lo que sostenía el prestigioso coach de football americano Bill Parcells: «La única manera de cambiar a las personas es decirles de la forma más directa y clara qué han hecho mal. Y si no quieren escucharte, no pertenecen al equipo».

10. La ausencia de información y de comunicación desde las posiciones de liderazgo produce los fenómenos de preocupación tóxica y alienación mental. En ausencia de información predomina el efecto alienante de la imaginación, lo que produce ansiedad, depresión, paranoia, obsesión e inseguridad en la toma de decisiones. Los rumores y las mentiras erosionan la confianza de la organización y su capital emocional. Por eso, que en estos tiempos de teléfono móvil y correo electrónico, puede resultar apropiado reivindicar el efecto terapéutico y el sosiego proporcionado por el «momento humano» definido por Hallowell con la tríada presencia física, comprensión emocional y atención intelectual.

Decálogo para el uso de webs de salud (116)

El objetivo primordial de estas recomendaciones es ofrecer, a los usuarios de Internet, un conjunto de orientaciones básicas que deben tenerse en cuenta cuando se obtiene información sobre temas de salud, promoviendo un mayor conocimiento sobre la forma en la que debe utilizarse dicha información y contribuyendo a destacar los beneficios que pueden aportar las tecnologías de la información y la comunicación en el conjunto de los servicios de salud a la población.

Este decálogo es el resultado de la investigación realizada dentro del programa del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (I+D+I) para el período 2004-2007 del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo.

1. Internet es una fuente de información muy útil sobre temas de salud y constituye una interesante herramienta

complementaria de orientación para el público en general y pacientes.

2. Es conveniente mantener siempre una actitud vigilante ante la información de salud en Internet ya que existen webs que pueden presentar mensajes confusos, curas milagrosas o verdades a medias.
 3. Desconfíe de los productos infalibles o efectivos para una amplia gama de dolencias, con «ingredientes secretos» o «antiguos remedios», así como de promociones especiales, obsequios o rebajas para la obtención de tratamientos.
 4. No deben adquirirse por Internet medicamentos que requieran receta médica, recuerde que está prohibido. Para el resto de medicamentos deben seguirse las recomendaciones de las autoridades sanitarias.
 5. Antes de ofrecer información personal o sobre su salud debe asegurarse de conocer y comprender adecuadamente cuál será la utilización que se realizará de sus datos.
 6. Cuando visite una web con información sanitaria debería poder responder a preguntas como: ¿quiénes son los responsables de la web?, ¿cuál es la fuente original de la información?, ¿aparecen profesionales sanitarios identificados?, ¿está actualizada?, ¿quién financia la web?, ¿se especifica cómo contactar con los responsables?, ¿los contenidos publicitarios están claramente diferenciados?.
 7. Antes de realizar cualquier pago por Internet debe asegurarse que la transacción es segura y cuáles son los términos del servicio que se va a obtener.
 8. Si ha sido víctima o ha detectado algún fraude en alguna web notifíquelo a las autoridades sanitarias y/o a las asociaciones de consumidores.
 9. En los sitios web que disponen de aplicaciones relacionadas con el correo electrónico, chats, foros y blogs, valore los términos de uso y las cláusulas legales que ofrecen estos servicios para conocer su utilidad y limitaciones.
 10. Ante cualquier duda sobre la información obtenida en Internet y antes de tomar decisiones que puedan afectar su salud o la de sus familiares, consulte siempre con su médico, farmacéutico, personal de enfermería u otros profesionales de la salud que le aconsejarán adecuadamente.
-
-

Decálogo para la Excelencia Sanitaria (117)

-
-
1. El paciente debe ser el eje central de la Sanidad y desempeñar un papel activo a la hora de planificar políticas de satisfacción y seguridad del paciente. Asimismo, es necesario su aportación para aplicar los criterios para garantizar la viabilidad y sostenibilidad de los sistemas sanitarios.
 2. Es imprescindible la participación activa de las asociaciones de pacientes en los sistemas sanitarios, fomentando su financiación pública y garantizando su independencia.
 3. Es necesario impulsar la igualdad de todos los ciudadanos europeos en el acceso a tratamientos innovadores y a las nuevas tecnologías en toda la Unión Europea a través de medidas concretas, buscando la homogeneidad de la Sociedad Europea. Es este sentido es esencial la libre elección de médico y centro sanitario por parte del paciente.
 4. Los pacientes europeos tienen el derecho fundamental de recibir una información de calidad, oportuna y accesible. Asimismo, el paciente debe tener garantizada la confidencialidad de la información sobre su salud a través de la implantación segura de la historia clínica digital y la receta electrónica.
 5. Es imprescindible el control de la veracidad de la información sanitaria en Internet. Para ello, es necesario promover el desarrollo de motores de búsqueda que identifiquen sitios web sobre salud que hayan sido validados por la calidad de la información suministrada.
 6. Para garantizar la seguridad del paciente, es necesario profundizar en la elaboración de una política común entre los diferentes agentes de la sanidad europea que derive en medidas preventivas concretas y guías técnicas de mejora de la planificación en materia de personal sanitario, búsqueda de la calidad, eficacia y excelencia en los procesos y que se traduzca en una vía de mejora para la colaboración entre profesionales y pacientes.
 7. La Ley de Dependencia es uno de los mayores avances del Estado de Bienestar. No obstante, es necesaria una aplicación efectiva e igualitaria y la inyección de los fondos públicos necesarios para ello, así como un

desarrollo reglamentario adecuado.

8. Desde la iniciativa pública y privada, se debe dar prioridad a la investigación de tratamientos innovadores, especialmente para las patologías más prevalentes, como las cardiovasculares, oncológicas y mentales, así como para las enfermedades raras. Asimismo, hay que fomentar los llamados «tratamientos a la carta personalizados y adaptados a las necesidades de cada paciente».

9. Es imprescindible frenar la fuga de médicos y de otros profesionales de la salud a otros países, para lo que es necesario crear fórmulas que mejoren sus condiciones laborales y económicas. Para ello, es esencial crear un plan de retorno de profesionales y científicos. Desde la perspectiva internacional, existe una carencia latente de profesionales. Según la Organización Mundial de la Salud, faltan cuatro millones de profesionales sanitarios en el mundo.

10. Las tecnologías, la innovación instrumental y la potenciación del uso de técnicas menos invasivas permiten mejorar los resultados clínicos y consiguen tiempos de recuperación más cortos. Estas innovaciones son esenciales en las políticas específicas de prevención y diagnóstico precoz. En este ámbito, es necesaria la creación de Unidades de Referencia para patologías concretas para mejorar la asistencia sanitaria.

Manifiesto Salud 2.0(Líneas para una sanidad participativa) elaborado de forma colaborativa y abierta en Abla (Almería) (118) (119)

El encuentro Salud 2.0 en Abla (Almería) a finales de 2010, surge la iniciativa #salud20Andalucia, siendo definida como el germen visionario de un grupo abierto, colaborativo y entusiasta, donde cada uno aporta su visión como ciudadano y profesional y donde las aportaciones no están limitadas a Andalucía sino que se abren a la comunidad global, con participaciones tanto nacionales como internacionales.

Del ideario colectivo surge este manifiesto.

Los integrantes de este grupo están convencidos de que es necesario avanzar hacia un nuevo modelo socio-sanitario más sostenible, participativo y democrático, en el que las relaciones entre la ciudadanía, los profesionales y las organizaciones sean necesarias y oportunamente rediseñadas para lograr una sanidad más accesible y cercana.

El concepto Salud 2.0 es entendible como un cambio en la cultura organizacional sustentado en una concepción horizontal y colaborativa, frente a la visión tradicional piramidal y jerarquizada.

Las instituciones sanitarias pueden y deben aprovechar el potencial de cambio de este nuevo modelo de salud 2.0 para lo que podrán contar con los profesionales que ya han dado pasos en este sentido.

Para empezar la renovación de la sanidad presentan una propuesta siguiendo el modelo que surge de la Web 2.0.

Para la Ciudadanía:

Los ciudadanos según el principio de Autonomía del paciente, recogido en la Ley de Autonomía del Paciente, son corresponsables de su salud, por lo que su participación activa es imprescindible tanto en el cuidado de su salud como en la mejora de los sistemas socio-sanitarios.

Se debe respetar y fomentar la auto-organización ciudadana en comunidades en red. No hay mejor empoderamiento que el que surge de manera espontánea y autónoma.

Las conversaciones de la ciudadanía en torno a su salud y al sistema sanitario no deben ser entendidas como amenazas por gestores o profesionales, sino como una gran oportunidad para mejorar el propio sistema.

La ciudadanía participativa no espera a que se le pregunte para opinar y valorar la calidad de los servicios. Las opiniones originadas en la red son un sistema ágil y de gran valor para la mejora continua de los sistemas socio-sanitarios. Las organizaciones no pueden limitarse a sus sistemas de evaluación tradicionales.

Las tecnologías ofrecen posibilidades y soluciones. Todas ellas han de estar al servicio de las necesidades ciudadanas, independientemente de las agendas institucionales. Si no es así, podrían convertirse en un obstáculo en la mejora del sistema socio-sanitario.

Las soluciones tecnológicas han de ser simples, manejables y accesibles. Antes de implantar una aplicación hay que valorar si cumple estas premisas. La formación de la ciudadanía constituye un requisito imprescindible para su éxito.

Las iniciativas institucionales con soporte tecnológico, cuando no se ha tenido en cuenta a la ciudadanía, suelen fallar al trasladarse a la práctica real, por lo que deberán ser planteadas desde su punto de vista, lo que permitirá que se adapten a sus necesidades y expectativas.

Antes de consolidar soluciones generales hay que construir experiencias locales. El método experimental no sólo es el más adecuado para el conocimiento científico, también lo es para el diseño de servicios. La experiencia del Living Lab de Abla debe servir de modelo.

Los ciudadanos excluidos y desconectados de la sociedad actual en las soluciones basadas en la Web 2.0 deben ser integrados, ya que son los que más necesitan los servicios sanitarios.

El primer paso hacia la transparencia es la claridad. Los servicios y la información deben ser fáciles de encontrar, de usar y de entender.

Para los Profesionales:

Establecer mecanismos que faciliten la colaboración y el intercambio de conocimientos mediante el uso de redes profesionales, dado que son éstos los que tienen información y conocimiento suficientes para mejorar los servicios que prestan.

La auto-organización de los profesionales socio-sanitarios, junto con la ciudadanía, debe ser un pilar fundamental del cambio. La comunidad local ha de convertirse en espacio social de innovación que lidere el cambio.

El debate de los profesionales en torno al sistema sanitario no debe ser entendido como una amenaza por los gestores o responsables políticos, sino como una gran oportunidad para mejorar el propio sistema.

Internet es una vía para mejorar la relación entre los ciudadanos y los profesionales. Colaborar en la red, orientar los servicios a la ciudadanía y compartir experiencias, potencia el crecimiento común.

El impulso del uso de Internet y las nuevas tecnologías es imprescindible para la mejora organizativa del sistema socio-sanitario.

Las soluciones tecnológicas deben ser accesibles para todos. Las organizaciones deberán proveer y facilitar su acceso independientemente del lugar de trabajo y titulación.

La seguridad no puede ser excusa para el acceso a Internet. Debe ser un derecho de los profesionales ejercido desde la responsabilidad, sin censuras ni limitaciones.

El uso de la tecnología debe respetar el derecho a la intimidad, al honor y a la propia imagen. Todos los usuarios, ciudadanos y profesionales, deberán velar por dichos derechos, según los términos establecidos por la legislación vigente.

La formación sobre nuevas tecnologías es un derecho y una obligación de todos los profesionales. Dicha formación debe incentivarse adecuadamente pues fomenta la transferencia del conocimiento y el desarrollo de nuevas competencias.

Se deben potenciar estrategias de trabajo en red mediante iniciativas concretas ligadas a la práctica profesional y tecnologías colaborativas que favorezcan la relación bidireccional con los pacientes.

Decálogo para la Satisfacción de los Pacientes (120)

La satisfacción es una alianza de sentimientos: respeto, dignidad, empatía, igualdad, y en definitiva un trato exquisito. Más información, tiempo suficiente, mejor trato y una

medicina más humanizada son las tres principales necesidades de los pacientes.

Una información de calidad, oportuna y accesible, es esencial para apoyar, a lo largo de todo el proceso, el tratamiento de las enfermedades. La información es parte integral de la terapia. Existen claras evidencias de que los pacientes bien informados consiguen una mayor mejoría que aquellos que no están informados.

Hay que fomentar tratamientos a la carta, personalizados y adaptados a las necesidades de cada paciente.

Hay que fomentar la igualdad de todos los ciudadanos en el acceso a tratamientos innovadores y a nuevas tecnologías en todas las comunidades autónomas y en todos los estados miembros de la Unión Europea.

Es esencial que se establezca la libre elección de médico y hospital, para que los pacientes puedan elegir libremente su facultativo y centro sanitario.

Hay que fomentar la sanidad electrónica con la finalidad de garantizar los datos clínicos en la movilidad de los pacientes.

En su día la llegada de la penicilina supuso un avance espectacular y pronto va a ocurrir exactamente lo mismo con las células madre y con las innovaciones tecnológicas. La utilización de robots en cirugía del corazón, la biotecnología, y la reparación de tejidos dañados con células madre son ya una realidad.

En la práctica clínica se han consolidado las siguientes terapias: hematológicas, condrocitos, células limboconiales, queratinocitos (piel) y está avanzada la aplicación en islotes pancreáticos, y en el futuro en el Alzheimer, Parkinson y otras enfermedades.

Decálogo de los Pacientes

1. Los pacientes necesitan información de calidad contrastada según criterios de acreditación explícitos y proporcionada por profesionales, preferentemente médicos. Se contempla el respeto a la pluralidad de las diversas fuentes y agentes de información. La información tiene que producirse en un lenguaje inteligible y adaptado a la capacidad de entendimiento de los pacientes.
2. Las decisiones sobre una intervención sanitaria deben estar guiadas por el juicio médico, basado en el mejor conocimiento científico disponible, pero atendiendo siempre que sea posible a la voluntad expresada por el paciente y a sus preferencias explícitas sobre calidad de vida y los resultados esperables de las intervenciones.
3. Cuando muchas decisiones asistenciales admiten alternativas distintas según los valores y preferencias de cada paciente concreto, el compromiso de una sociedad democrática con el respeto a la dignidad y a la autonomía de sus miembros aconseja avanzar en el desarrollo de medidas que faciliten la máxima adecuación entre las opciones elegidas y las deseadas por los pacientes correctamente informados.
4. Se define la importancia de la relación médico-paciente como una relación fundamental basada en el respeto y la confianza mutua, que conduce a la mejora y/o a la resolución de los problemas de salud y calidad de vida de los pacientes y de sus familiares. Las asociaciones pueden contribuir a mejorar esta relación y que ésta se produzca de forma más simétrica.
5. Los sistemas de salud deben crear las condiciones de formación y entrenamiento específico en habilidades de comunicación de sus profesionales y dentro de las organizaciones para que se produzca una relación-comunicación médico-paciente más simétrica y satisfactoria para los pacientes.
6. Los ciudadanos y, sobre todo los pacientes y las organizaciones que los representan, tienen que participar de forma más activa en la determinación de prioridades que definan las condiciones de acceso a los servicios sanitarios y que contribuyan a identificar, valorar y satisfacer sus necesidades de salud.
7. Se debe promover, en un sistema sanitario centrado en los pacientes, mediante la aplicación de las Leyes existentes la existencia de mecanismos formales que favorezcan una mayor implicación de los ciudadanos en la definición de las políticas públicas relacionadas con la asistencia sanitaria.
8. Las asociaciones de pacientes y organizaciones que los representan tienen un papel fundamental en facilitar la implantación de las leyes aprobadas y fomentar una mejor comunicación entre sociedades científicas, Administraciones Sanitarias y los pacientes individuales.
9. El paciente debe de tener más información y conocimiento acerca de sus derechos y esta ha de ser facilitada por los profesionales de la salud, constituyendo éste uno de sus derechos básicos.

10. Se ha de garantizar una correcta implementación de los derechos de los pacientes y la evaluación de su cumplimiento dentro de las estrategias de evaluación de la calidad asistencial.

D. Los Hospitales en la web

El Ranking Mundial de Hospitales en la Web se adhiere formal y explícitamente a todas las propuestas enunciadas en el documento Berlin Principles of Higher Education Institutions (123). El objetivo es medir el volumen, visibilidad e impacto de las páginas web publicadas por los hospitales, con un énfasis especial en la producción científica (artículos evaluados, contribuciones a congresos, borradores, monografías, tesis doctorales, informes, etc) pero también teniendo en cuenta otros materiales como el proveniente de cursos, documentación de seminarios o grupos de trabajo, bibliotecas digitales, bases de datos, multimedia, páginas personales, etc., y la información general de la institución, sus departamentos, grupos de investigación o servicios de soporte y gente trabajando ó atendiendo a cursos.

Hay un grupo que es objetivo directo del Ranking y que es el de las autoridades hospitalarias. Si el rendimiento de la web de una institución está por debajo de lo esperado de acuerdo a su excelencia académica, entonces se debería reconsiderar la política web de la institución, promoviendo el incremento substancial del volumen y la calidad de sus contenidos electrónicos. Los miembros de la institución son un objetivo indirecto ya que esperamos que en un futuro no muy lejano la información web pueda ser tan importante como lo son otros indicadores bibliométricos y cienciométricos para la evaluación del rendimiento científico de académicos y sus grupos de investigación.

Metodología usada para crear los rankings (123) (124)

La unidad utilizada para el análisis es el dominio institucional, así que sólo aquellos hospitales con un dominio independiente son considerados. Si una institución tiene más de un dominio principal, se usan 2 o más entradas con las diferentes direcciones. Los nombres y direcciones son obtenidas desde fuentes tanto nacionales como internacionales (Tabla 26).

Tabla 26 – Fuentes de Información de los Hospitales con un dominio independiente en la web

Hospitals Worldwide	www.hospitalsworldwide.com
Allianz worldwide care medical provider finder	www.allianzworldwidecare.com
CISMEF, Catalogue et Index des Sites Médicaux Francophones	www.cismef.org
US Hospitals	www.u-s-hospitals.com
Fuente: Elaboración propia a partir de Ranking Mundial de Hospitales en la Web (124)	

La actividad hospitalaria es multidimensional y esto se refleja en su presencia web. Así que la mejor forma de construir el ranking es a través de la combinación de un grupo de 4 indicadores obtenidos de los resultados cuantitativos extraídos de los principales motores de búsqueda tal y como se detalla a continuación:

- **Tamaño (S).** Número de páginas obtenidas a partir de 4 motores de búsqueda (Google, Yahoo, Live Search y Exalead).
- **Visibilidad (V).** El número total de enlaces externos recibidos (inlinks) por un sitio sólo se puede obtener de forma fiable (Yahoo Search, Live Search y Exalead).
- **Ficheros ricos (R).** Los siguientes tipos de archivo fueron seleccionados tras valorar su relevancia en el entorno académico y editorial, y su volumen en cuanto al uso con respecto a otros formatos: Adobe Acrobat (.pdf), Microsoft Excel (.xls), Microsoft Word (.doc) y Microsoft Powerpoint (.ppt).
- **Scholar (Sc).** Google Académico provee el número de artículos y citaciones de cada dominio académico. Los resultados obtenidos desde la base de datos de Google Académico comprende artículos, informes y otro tipo de material relacionado.

Estos 4 rangos fueron combinados de acuerdo a la siguiente fórmula en la que cada uno tiene asignado un peso diferente:

Figura 27 – Metodología usada para el Webometrics Rank



Fuente: Elaboración propia a partir de Ranking Mundial de Hospitales en la Web (124)

Relevancia y validez de los indicadores (124)

La elección de los indicadores fue hecha de acuerdo a varios criterios, con algunos de ellos se intenta captar la calidad y los puntos fuertes académicos e institucionales, mientras que con otros se intenta fomentar la publicación web y la implantación de iniciativas «Open Access». La inclusión del número total de páginas se basa en el reconocimiento de un nuevo mercado global para la información académica, ya que la Web es la plataforma adecuada para la internacionalización de las instituciones. Una presencia web fuerte y detallada que proporcione descripciones exactas de la estructura y actividades de la universidad puede atraer nuevos estudiantes y académicos de todo el mundo. El número de enlaces externos recibidos (inlinks) por un dominio es una medida que representa la visibilidad e impacto del material publicado, y aunque la motivación para enlazar es muy diversa hay una fracción significativa de esa actividad que funciona de manera similar a como lo hace la citación bibliográfica. El éxito del autoarchivado y otras iniciativas de almacenamiento de la información se ven reflejados por los datos de archivos ricos y Google Académico. Los altos valores obtenidos para los formatos pdf y doc significa que no sólo los informes administrativos y burocráticos están implicados sino que la producción académica es muy significativa. Los archivos de tipo Excel y Powerpoint están claramente relacionados con la actividad académica.

Balanceando los diferentes indicadores: Evolución de España y Portugal (124)

Las reglas actuales para los indicadores de rango, incluyendo el modelo de porcentajes descrito, que han sido probados y validados científicamente. Desde esta apreciación, los contenidos en la Web de los hospitales son susceptibles de ser evaluados mediante indicadores cibernéticos, ya que ofrecen posibilidades interesantes para explorar relaciones con agentes sociales y económicos dentro y fuera del mundo de la investigación. España e Portugal destacan presencias muy distintas en el ranking mundial, desde luego evidenciado por la presencia de 2 Hospitales de España en el Top 200 y la presencia de los Hospitales da Universidade de Coimbra en la 17ª posición para el indicador Scholar (Tabla 27).

Tabla 27 – Ranking e indicadores de los Hospitales de España y Portugal en la Web (2011)

País	Ranking Mundial	Hospital	Posición			
			Tamaño	Visibilidad	Ficheros ricos	Scholar
España (34 Hospitales)	72	Clínica Universitaria de Navarra	191	101	638	40
	138	Institut Municipal d'Investigació Mèdica Hospital del Mar	377	183	363	189
	221	Hospital Regional Universitario Carlos Haya	816	2,180	118	29
	262	Hospital Vall d'Hebron	795	959	114	282
	277	Complejo Hospitalario Universitario de Albacete	581	1,937	56	240
	289	Hospital de Cruces	569	2,212	83	153
	347	Hospital Universitario Virgen de las Nieves	991	2,226	58	248
	520	Hospital Clinic de Barcelona	1,007	168	1,917	2,005
	524	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	919	1,106	554	543
	527	Institut Català d'Oncologia	1,245	1,115	723	273
	580	Parc de Salut Mar	1,107	1,732	689	221
	587	Hospital Universitario Central de Asturias	1,414	3,167	155	282
	587	Hospital Universitario Marques de Valdecilla	982	1,815	313	627
	592	Grupo Fraternidad Muprespa	475	2,447	1,089	129
	664	Hospiten Grupo Hospitalario	1,048	357	2,597	1,399
	709	Usp Hospitales	1,643	208	3,210	2,005
	732	Centro Médico Teknon	712	1,242	1,181	885
	806	Agencia Valenciana de Salut Departamento 19 Hospital Gral. Universitario de Alicante	1,479	5,507	125	321
	819	Hospital Universitari de Bellvitge	615	1,579	1,528	711
	819	Fundacion Hospital Son Llàtzer	1,808	3,349	200	587
	867	Grupo Capió Sanidad	1,750	675	1,930	1,207
	945	Quirón Grupo Hospitalario	1,477	869	1,394	2,005
	974	Hospital Sant Joan de Deu	1,882	615	3,279	1,207
	1022	Consorcio Hospital General Universitario de Valencia	1,690	5,091	271	305
	1093	Clínica Dam Clínica de Dr. Antonio & Miranda	288	767	10,310	2,005
	1104	Instituto Universitario de Oftalmología Aplicada	2,289	2,999	632	422
	1172	Instituto Valenciano de Infertilidad	924	453	10,310	2,005
	1353	Corporacio Parc Taulí	1,817	2,436	1,110	885
	1505	Instituto Bernabeu	947	2,499	3,978	613
	1507	Institut Ferran de Reumatología*	5,826	1,285	2,873	338
	1555	Hospital Universitari la Fe de Valencia	4,431	3,131	435	941
	1871	Grupo Hospital de Madrid	3,847	1,968	1,861	1,207
	1985	Grup Sagessa Grup d'Assistència Sanitària i Social	3,366	3,425	913	1,207
	1988	Instituto Universitario Dexeus Barcelona	3,092	727	10,310	2,005
Portugal	265	Hospitais da Universidade de Coimbra	369	3,139	304	17
	993	Hospital da Luz	1,320	4,110	1,499	77

Fuente: Elaboración propia a partir de Ranking Mundial de Hospitales en la Web (124)

2. Reflexiones sobre la Gestión del Conocimiento en la Península Ibérica

«La ciencia, a pesar de sus progresos increíbles, no puede ni podrá nunca explicarlo todo. Cada vez ganará nuevas zonas a lo que hoy parece inexplicable. Pero las rayas fronterizas del saber, por muy lejos que se eleven, tendrán siempre delante un infinito mundo de misterio.»

Gregorio Marañón (1887-1960)

El Ranking Iberoamericano SIR 2011 (125) constituye una herramienta para el análisis de la actividad investigadora de las Instituciones de Educación Superior (IES) en Iberoamérica. El informe que se produce es diseñado en forma de conjunto de rankings y tablas clasificatorias, con una selección de indicadores bibliométricos cuya finalidad es poner de manifiesto el análisis y evaluación de la investigación para responsables de políticas científicas, gestores institucionales, investigadores y medios de comunicación. Cuenta además con un doble objetivo: por un lado pretende ofrecer una visión general, ayudando a los responsables políticos a comprobar cómo se adecuan los resultados de investigación de las instituciones a los objetivos establecidos en los planes y programas nacionales de ciencia. Y por otro, desde un punto de vista más específico, proporciona un instrumento de benchmarking a las propias Instituciones de Educación Superior. De forma global permite monitorizar los indicadores de resultado con respuesta a los gastos en I+D, donde se destaca en España y Portugal, el incremento exponencial del porcentaje en relación al PIB (Tabla 28).

Tabla 28 – Gastos en I+D en España y Portugal (2008)

País	Población (millones)	PIB (millones \$PPC)	Gasto en I+D (millones \$PPC)	PIB (\$) por habitante	Gasto en I+D por habitante (\$PPC)	Gasto en I+D (% del PIB)
España	45,6	1.512.485	20.434,8	33.1733	448,2	1,35
Portugal	10,6	265.159	3.984,7	24.962	375,1	1,50

Fuente: Elaboración propia a partir de Main Science and Technology Indicators (126)

El Ranking Iberoamericano SIR 2011 (125) muestra un perfil detallado de la actividad investigadora de las Instituciones de Educación Superior basándose en la análisis de toda la producción científica presente en la base de datos Scopus en el periodo 2005-2009. El ranking muestra cuatro indicadores: producción científica, ratio de colaboración internacional, calidad científica promedio de cada institución y proporción de artículos

publicados en revistas de prestigio. En la tabla 29 se destacan la evolución significativa registrada entre 199 y 2008 en España y Portugal, en el ámbito de la actividad investigadora de las Instituciones de Educación Superior.

Tabla 29 – Actividad investigadora de las Instituciones de Educación Superior de España y Portugal

	Número de artículos		Cuota en la producción mundial		Porcentaje de incremento	Artículos por millón de habitantes		Porcentaje de incremento
	1999	2008	1999	2008	1999-2008	1999	2008	1999-2008
España	27.364	53.894	2,4	2,7	97,0	685,4	1.183,0	72,6
Portugal	3.673	11.072	0,3	0,6	201,4	361,0	1.042,3	188,7
Mundo	1.160.249	1.975.018	100,0	100,0	70,2	193,1	294,9	52,7

Fuente: Elaboración propia a partir de SCImago Journal & Country Rank a partir de datos «Scopus», y del Informe COTEC (2011).

Además de la producción científica, el ranking incluye otros tres indicadores que sirven para analizar la internacionalización de las instituciones y la «calidad» de su investigación. En primer lugar, en el informe se listan las tasas de colaboración internacional de las IES. Estos valores se utilizan como indicadores de la capacidad de las instituciones para participar en proyectos de investigación conjuntos con universidades de otros países contribuyendo así a mejorar la visibilidad internacional y el impacto de las IES.

Con la finalidad de analizar los aspectos relacionados con la visibilidad, impacto o «calidad» de la investigación, el informe presenta dos indicadores: la Calidad Científica - Promedio CCP que contextualiza la cantidad de citas que reciben los documentos científicos de una IES mediante estándares de citación por áreas temáticas, tipos de publicaciones y por el periodo en que se producen, y que elimina además la influencia del tamaño de la institución y el 1Q que es la tasa de documentos científicos que una IES publica en revistas de prestigio.

Tabla 30 – Internacionalización y calidad de la investigación en España y Portugal

	IES*	CCP>1	1Q>50%
España (ESP)	51	43	27
Portugal (PRT)	20	16	7
Total ESP+PRT	71	59	34

IES*: Instituciones de Educación Superior con una producción superior a 400 documentos científicos durante el periodo 2005-2009.
CCP > 1: Instituciones de Educación Superior cuya producción científica ha sido citada en promedio igual o por encima de la media mundial.

1Q > 50: Instituciones de Educación Superior capaces de publicar la mitad de su producción científica en revistas de prestigio según

el indicador 1Q.

Fuente: Elaboración propia a partir de Ranking Iberoamericano - Scimago Institutions Rankings (SIR 2011) (125)

Al igual que en la edición anterior, el ranking muestra de forma clara que las universidades españolas y portuguesas presentan valores comparativamente altos de «calidad» y de capacidad para publicar en revistas prestigiosas, mientras que la visibilidad de la producción científica latinoamericana, es decir excluyendo España y Portugal sigue mostrando los mismos bajos niveles ya apuntados en la pasada edición. En la tabla 31 presentamos una análisis síntesis a los indicadores clave de las instituciones del sector de la salud de España y Portugal que más contribuyeran para el desarrollo de la I+D y sus respectivos rankings nacionales, europeos y mundiales. Los valores presentados en la ultima columna, explican el indicador de la relación entre el impacto promedio de la institución científica y el impacto medio mundial de las publicaciones en el mismo período de tiempo y materia. Los valores expresados en porcentajes y coloridos muestran a verde las instituciones mas citadas (España – hasta 100% superior a la media)y a rojo las instituciones menos citadas (Portugal – de 44% a 66 por debajo de la media). A amarillo están representados los valores entremedios a estas valoraciones.

Tabla 31 – Instituciones de España y Portugal que más contribuyeran para el desarrollo de la I+D en salud

Ranking Mundial	Ranking Region - Europa	Ranking País	Institución	País	Sector	Output	IC (%)	Q1 (%)	NI(%)
115	35	1	Hospital Clinic i Provincial de Barcelona	ESP	Salud	4,336	25.48	56.87	2.05
169	59	2	Universitat de Barcelona	ESP	Salud	3,421	28.53	58.99	1.82
215	84	3	Universitat Autonoma de Barcelona	ESP	Salud	3,008	24.63	54.55	1.51
243	100	4	Consejo Superior de Investigaciones Cientificas	ESP	Governamental	2,694	35.71	68.60	1.67
260	105	5	Hospital Universitari Vall d'Hebron	ESP	Salud	2,565	21.09	47.64	1.85
305	124	6	Hospital Universitario La Paz	ESP	Salud	2,240	11.56	30.00	1.07
327	133	7	Hospital General Universitario Gregorio Marañón	ESP	Salud	2,111	12.65	34.77	1.01
332	136	8	Universidad Complutense de Madrid	ESP	Salud	2,096	21.56	48.23	1.08
374	156	9	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	ESP	Salud	1,870	23.10	52.25	1.48
387	159	10	Hospital Universitario Ramon y Cajal	ESP	Salud	1,818	14.03	37.90	1.08

420	176	1	Universidade do Porto	PRT	Salud	1,672	40.19	55.14	1.33
887	378	2	Universidade de Lisboa	PRT	Salud	695	39.71	53.81	1.41
999	428	3	Centro Hospitalar de Lisboa Norte	PRT	Salud	587	25.55	46.68	1.17
1025	438	4	Hospital de Sao Joao	PRT	Salud	568	20.77	46.30	0.94
1150	492	5	Centro Hospitalar do Porto	PRT	Salud	473	19.87	30.66	0.96
1246	533	6	Universidade de Coimbra	PRT	Salud	404	48.02	60.64	1.29
1314	561	7	Hospitais da Universidade de Coimbra	PRT	Salud	357	20.73	44.82	1.43
1415	593	8	Universidade Nova de Lisboa	PRT	Salud	296	47.64	59.46	1.57
1427	598	9	Universidade Tecnica de Lisboa	PRT	Salud	289	46.71	46.71	1.29
1436	599	10	Universidade do Minho	PRT	Salud	282	58.87	58.16	1.65

Fuente: Elaboración propia a partir de SIR World Report 2010 – Health Sciences (125).
<http://www.scimagoir.com/methodology.php?page=indicators>

Output - La producción de publicaciones de una institución revela sus resultados científicos en términos de los documentos publicados en revistas científicas.

IC: Colaboración Internacional - Este valor muestra la relación de la institución que se ha producido en colaboración con instituciones extranjeras.

NI: Impacto Normalizado - Este indicador revela la relación entre el impacto promedio de la institución científica y el impacto medio mundial de las publicaciones en el mismo período de tiempo y materia. Los valores se expresan en porcentajes y mostrar la relación de impacto promedio de la institución a la media mundial, que es 1, es decir una puntuación de 0,8 significa que la institución es citada un 20% por debajo de la media y 1,3 mediante la institución es citada un 30% superior a la media.

Q1: Relación de la publicaciones de la institución en las revistas científicas más influyentes del mundo. Las revistas consideradas para este indicador son aquellas ubicadas en el primer cuartil (25%) en su categorías según lo ordenado por SCImago Journal Rank SJR indicador.

Otra publicación pertinente y complementar para este análisis es la Encuesta Mundial sobre eSalud (Salud en Línea) (127), producida por la Organización Mundial de la Salud.

Esta publicación pretende ser una referencia al estado de desarrollo de la eSalud, destacando los indicadores seleccionados en forma de perfiles de países.

Los objetivos de los perfiles de los países son describir el estado actual del uso de las TIC para la salud en los Estados Miembros, y proporcionar información sobre la marcha de las aplicaciones de salud electrónica en esos países. España y Portugal presentan resultados a la análisis de los indicadores muy semejantes conforme se destaca en la siguiente Tabla 32.

Tabla 32 – Indicadores Generales de la Encuesta Mundial sobre eSalud de España y Portugal

Indicadores Generales	España	Portugal
Esperanza de vida al nacer (años)	81	79
Densidad de camas hospitaleras (por 10 000 habitantes)	34	35
Densidad de médicos (por 10 000 habitantes)	37.6	34.4
Densidad de enfermeros (por 10 000 habitantes)	74.4	48.3
Índice de desarrollo de las TIC	6.27	5.77
Ranking del índice de desarrollo de las TIC	25	32
Suscripciones de teléfonos móviles (por 100 habitantes)	113.76	148.77
Usuarios de Internet (por 100 habitantes)	62.62	48.27
Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)	9 474	11 419

Fuente: Elaboración propia a partir de Atlas eHealth country profiles: based on the findings of the second global survey on eHealth (125)

Los amplios objetivos y acciones de constitución de eSaluden España y Portugal crearan un entorno propicio para el uso de las TIC para la salud, desde su marco político, articulado con en gran parte por las políticas de administración electrónica (Tabla 33).

Tabla 33 – Marco Político de la eSalud en España y Portugal

	Respuesta del país		Respuesta Global (%) ^a	Implementación		Año de Implementación	
	España	Portugal		España	Portugal	España	Portugal
Políticas nacionales de eGovernment	No	Si	85	Parcialmente	Parcialmente	2007	Anterior 2000
Políticas nacionales de eHealth	Si	Si	55	Si	Parcialmente	2006	2008
Adquisición de políticas nacionales de TIC para el sector salud	Si	Si	37	Parcialmente	Parcialmente	2006	2007
Políticas nacionales de multiculturalismo para eHealth	Si	No	30	No	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Políticas nacionales de telemedicina	No	Si	25	Sin datos	No	Sin datos	Sin datos

^aIndica el porcentaje de los Estados miembros participantes que respondieron «Si».

Fuente: Elaboración propia a partir de Atlas eHealth country profiles: based on the findings of the second global survey on eHealth. (Global Observatory for eHealth Series, 1), World Health Organization 2011

En el dominio jurídico y ético, en los mecanismos y fuentes de financiación para la eSalud, desarrollo de infraestructura y desarrollo de la capacidad de la fuerza laboral de salud mediante la capacitación, en la telemedicina y en el eLearning (uso de las TIC para el aprendizaje), España y Portugal presentan diferencias significativas, pero con evoluciones muy semejantes (Anexo 3).

INNOVACIÓN

«Innovar es encontrar nuevos o mejorados usos a los recursos de que ya disponemos.

La creatividad es el resultado de un duro y sistemático trabajo.»

Peter Drucker (1909-2005)

Capítulo 3. Gestión de la Innovación en Salud

La innovación, como concepto, se ha convertido en el centro del discurso económico, social y organizacional como herramienta para conjugar las necesidades de cambio y sostenibilidad (128).

El progreso técnico, asimilado a innovación, como sustancial para el aumento de productividad en la economía se ha inicialmente reconocido su análisis como un factor exógeno, pero en la actualidad se considera como un elemento central endógeno, indispensable para el funcionamiento adecuado de las economías nacionales en el contexto competitivo mundial, y también de la economía mundial si se quieren afrontar retos globales.

La innovación es un proceso complejo que puede analizarse desde distintos puntos de vista y interpretaciones diversas (Tabla 42).

Tabla 34 – Algunas definiciones de innovación

Definición	Autores
Adopción de los medios que son nuevos en la unidad organizativa que los adoptan.	Downs & Mohr (1976) (129)
La selección y la retención de cualquier cambio en el comportamiento que incluye la variación en los productos, los procesos y las características organizacionales.	Butler (1981) (130)
Una innovación es una idea, práctica u objeto percibido como nuevo por un individuo u otra unidad organizacional de adopción.	Rogers (1983) (131)
La innovación incluye todas las actividades dirigidas a cambiar las cosas que la organización hace o cómo las hace.	Handy (1985) (132)
La innovación se refiere a la búsqueda, el descubrimiento, la experimentación, el desarrollo, la imitación y la adopción de nuevos productos, nuevos procesos de producción y nuevas estructuras organizacionales.	Dosi (1988) (133)
La innovación es el instrumento específico de la iniciativa organizacional. Es la acción que dota de recursos con una nueva capacidad para crear riqueza. La innovación crea el recurso. Un «recurso» es algo que no existe hasta que el hombre encuentra un uso para algo que existe en la naturaleza, y con ello proporciona un valor económico. Hasta ese momento, las plantas son hierbas y minerales no son más que piedras. Poco más de un siglo, ni la tierra empapada de petróleo o bauxita, el mineral de aluminio, fueron los recursos. Erancosas nocivas, qué significaba que la tierra no era fértil. La penicilina hongo era una plaga, no un recurso.	Drucker (1986) (134)
La innovación puede ser definida ampliamente, para incluir las mejoras en la tecnología y los procesos o métodos de hacer las cosas. Puede manifestarse en cambios en los productos, procesos, nuevos enfoques de marketing, nuevas formas de distribución y nuevos diseños.	Porter (1990) (135)
La innovación significa «crear y llevar al mercado o difundir algo nuevo». Este «algo» puede ser un nuevo producto o instrumento, un nuevo servicio, un nuevo proceso, un nuevo material o una nueva forma organizacional.	Amara (1990) (136)

La innovación puede ser considerada como una posibilidad de nuevo uso y componentes pre-existentes. La mayoría de las innovaciones refleja el conocimiento previamente existente pero que se combinan en maneras nuevas. Lundvall (1992) (137)

Innovación incorpora nuevas ideas que no son consistentes con el actual concepto de negocio de la organización. Mezas & Glynn (1993) (138)

Una innovación puede ser de cualquier nuevo producto o servicio a los clientes, o cualquier cambio en la práctica, la estructura, proceso, sistema o de organización que crean nuevo valor o mejoras importantes en una organización. Una organización innovadora y cuyos miembros son sistémicos (integración, coherencia) y sistemática (ordenada y metódica) para renovar la organización por hacer de la innovación su existencia diaria. Una organización innovadora tiene el siguiente perfil: (a) que comparten una estrategia de innovación, (b) formar equipos, (c) premian la creatividad y la innovación, (d) permite errores (e) proporciona capacitación en creatividad, (f) gestiona cultura organizacional, (g) crea nuevas oportunidades de forma proactiva. Ng (2004) (139)

Fuente: Elaboración propia a partir de Manual de Comportamiento Organizacional e Gestão (140)

La Real Academia Española define innovación como «acción y efecto de mudar o alterar algo, introduciendo novedades o el proceso de creación o modificación de un producto y su introducción en el mercado» (3).

La definición más extendida y aceptada internacionalmente corresponde al Manual de Oslo, elaborado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en 2005, según el cual «una innovación es la introducción de un nuevo, o significativamente mejorado, producto (bien o servicio), de un proceso, de un nuevo método de comercialización o de un nuevo método organizativo, en las prácticas internas de la empresa, la organización del lugar de trabajo o las relaciones exteriores». En esta definición se incluyen aspectos que no dependen necesariamente de la tecnología y contiene características nucleares a este concepto (Tabla 43).

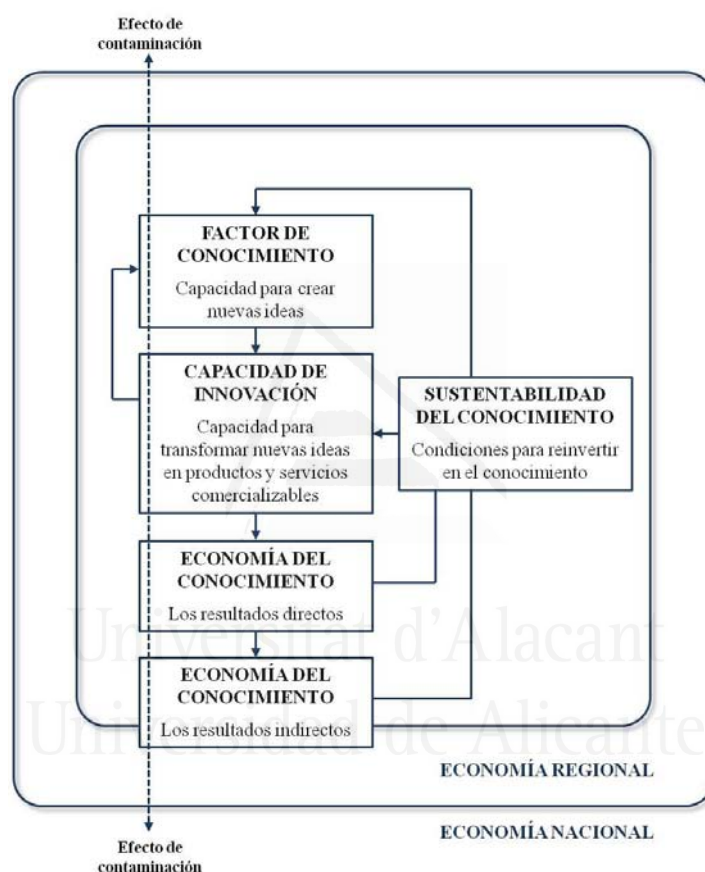
Tabla 35 – Características nucleares de lo concepto de innovación

Ambigüedad	La innovación es, por definición, un proceso abierto en el que los problemas no se prestan a soluciones claras/sin ambigüedades, y las oportunidades no sugieren opciones claras para remediarlos (133). Por ejemplo, parafraseando Drucker (1986, p. 143), «nadie sabe qué ideas brillantes quedan una oportunidad de éxito de la innovación y que no» (134). Tenga en cuenta, sin embargo, que la ambigüedad en sí es un factor que facilita la innovación. De hecho, hay diferentes interpretaciones de los problemas y oportunidades que permiten respuestas innovadoras, <i>suu</i> generis, e inesperadas.
Ubiquidad	La innovación es un fenómeno ubicuo en la economía moderna. Se crean constantemente en todas las áreas de la economía nuevos productos, nuevos procesos y nuevos mercados. Por lo tanto, es posible considerarla innovación como un elemento clave de los sistemas económicos y no un evento o conjunto de eventos exógenos y perturbadores.
Cumulatividad	La innovación organizacional puede ser vista como un proceso acumulativo que se desarrolla gradualmente y se basa en la tecnología y en el conocimiento existentes (133). El carácter acumulativo de la innovación organizacional implica que la organización se ve limitada por las decisiones y las prácticas pertenecientes al pasado. El carácter acumulativo de la innovación organizacional no significa sin embargo que la innovación produce necesariamente una mejora continua, como afirma Schumpeter, la combinación de las oportunidades existentes puede generar «destrucción creativa». Y las discontinuidades representan algunas veces el eje de una innovación exitosa.

Fuente: Elaboración propia a partir de Manual de Comportamiento Organizacional e Gestão (140)

Al conjunto de factores que influyen sobre la capacidad y la motivación de una organización para realizar actividades innovadoras y, por lo tanto, para introducir innovaciones en la economía es lo que caracteriza el sistema de innovación y está intrínsecamente relacionado con el modelo de la economía basada en el conocimiento (Figura 28).

Figura 28 – Modelo de la Economía Regional basada en el Conocimiento



Fuente: Elaboración propia a partir de Global Index of Regional Knowledge Economies, 2001 (141)

El conjunto de los elementos del sistema de innovación determina la capacidad de innovación de una economía y juega un papel fundamental para el crecimiento económico, ya que incide directamente en la productividad y puede contribuir decisivamente al crecimiento sostenible.

Para comprender mejor el fenómeno de la innovación en el sector de los servicios y la dificultad en medir la innovación, y especialmente la actividad innovadora en este sector es importante distinguir los conceptos de relacionados con la innovación (Tabla 44).

Tabla 36 – Distinción entre el concepto de innovación y otros conceptos relacionados

Cambio	La innovación y el cambio a menudo se utilizan como sinónimos. Sin embargo, un retorno a las condiciones previamente existentes, que constituyen un cambio, difícilmente puede ser considerado como una innovación (142). Drucker (1986, pp. 46-47) señala, sin embargo, que «la oportunidad de nuevo y diferentes siempre proporcionado por el cambio.(...) La gran mayoría de las innovaciones exitosas explotan el cambio. Por supuesto que hay innovaciones que son en sí mismas un cambio importante.(...) Pero es en muy raras excepciones. La mayoría de las innovaciones más exitosas son mucho más prosaico, exploran el cambio» (134).
Inventión	La invención puede ser definida como la creación o el descubrimiento de una nueva idea (131). No se debe confundir con la innovación: la adopción de un producto o proceso existente puede considerarse una innovación para la organización focal, pero la organización no puede hacer referencia como su invención. Sin embargo, en ciertas condiciones muy específicas (por ejemplo, la modificación de la forma o el uso) parece apropiado hablar de invención.
Creatividad	La creatividad organizacional se refiere a algo nuevo (idea, producto, proceso), creado por una persona (o personas) que trabajan en una organización. La creatividad es parte de un proceso más amplio de cambio organizacional (143). La principal diferencia entre la creatividad y la innovación se refiere al hecho de que la innovación puede ser el resultado de la adaptación de algo que ya existe en el exterior y que no implica un comportamiento creativo por parte de la organización. De todos modos, muchas innovaciones resultan de procesos creativos- pueden ser individual o colectivo, generados de forma espontánea o por acciones intencionales/dirigidas.

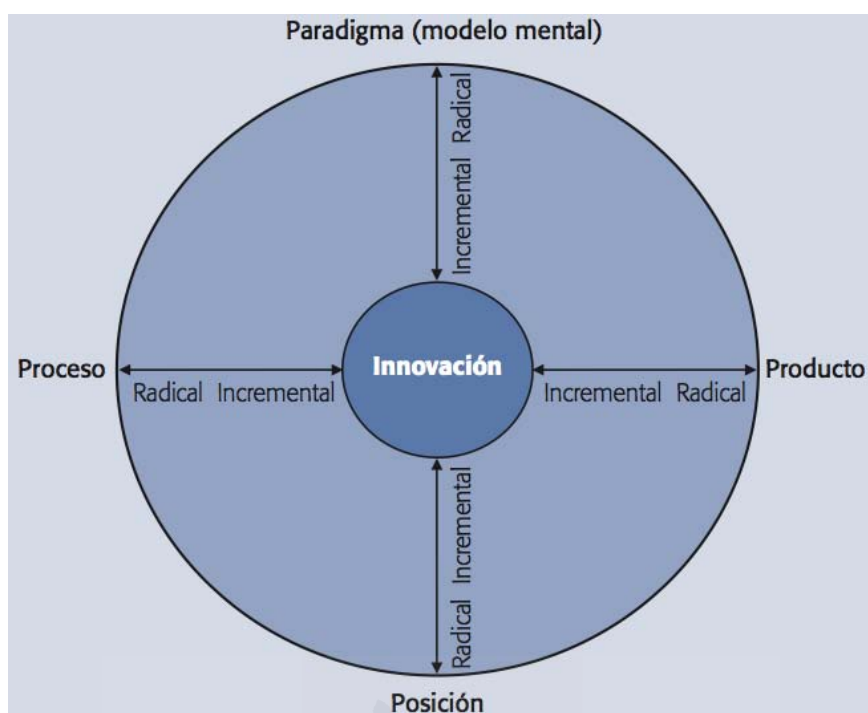
Fuente: Elaboración propia a partir de Manual de Comportamiento Organizacional e Gestão (140)

La Comisión Europea, en su Consejo de Competitividad celebrado en diciembre de 2006, seleccionó a la innovación no tecnológica y a la del sector de los servicios como prioridades estratégicas. Numerosos estudios (140) ponen de manifiesto que la actividad innovadora en las empresas de servicios es más intensa que la que se refleja en las estadísticas disponibles, debido principalmente a la falta de adecuación de los indicadores de medición utilizados.

A su vez hay autores (144) que definen el modelo general de innovación, aplicable también a los servicios, incluyendo los siguientes tipos de innovaciones (figura 30):

- Innovación de producto: cambios en las «cosas» (productos o servicios) que una organización ofrece.
- Innovación de proceso: cambios en las formas de elaborar y entregar los productos o servicios.
- Innovación de posición: cambios en el contexto en el que los productos o servicios son introducidos.
- Innovación de paradigma: cambios en el modelo mental subyacente que enmarca lo que una organización hace.

Figura 29 – Modelo General de innovación



Fuente: Elaboración propia a partir de Managing service innovation. Innovation in services (144).

En cada uno de estos tipos de innovación, la innovación puede tener lugar a lo largo de un eje que va desde los cambios incrementales a los radicales. El modo de gestionar estos dos tipos de cambios es muy diferente.

El conocimiento de las necesidades de la demanda es de una gran importancia para el éxito de la innovación.

El lenguaje manejado al hablar de innovación en el sector industrial o en el de servicios es diferente. En la tabla 49 se ofrecen algunos ejemplos de estas diferencias de lenguaje para conceptos similares, según se trate de innovaciones en el sector industrial o de servicios. Estas diferencias de terminología pueden hacer que en este último sector no se pongan de manifiesto determinadas actividades incluidas normalmente dentro de los procesos de innovación y que las empresas de servicios realizan de manera habitual.

Tabla 49 – Diferencias de lenguaje entre la innovación en el sector industrial y el de servicios

Concepto clave	Sector industrial	Sector servicios
Búsqueda de nuevas posibilidades	I+D, laboratorios, prototipado rápido, bancos de pruebas, plantas piloto, simulación, etc.	Análisis de las necesidades de los usuarios, diseño empático, pruebas de concepto, estudios piloto, etnografía
Selección estratégica y asignación de recursos a proyectos	Portfolio de herramientas, gráficos de burbuja, matrices riesgo/beneficio	Desarrollo de casos de negocio
Implantación de proyectos de	Modelos stage gate, sistemas de	Nuevos sistemas de desarrollo de

innovación	desarrollo de nuevos productos, ingeniería concurrente, gestión intensiva de proyectos, diseño para fabricación y montaje, CAD/CAM, etc.	servicios, pruebas de mercado, test beta, equipos de desarrollo de mercado
Herramientas de innovación de procesos	Lean production, kaizen, gestión de la calidad total, six sigma, etc.	Desarrollo de negocio, excelencia en los procesos

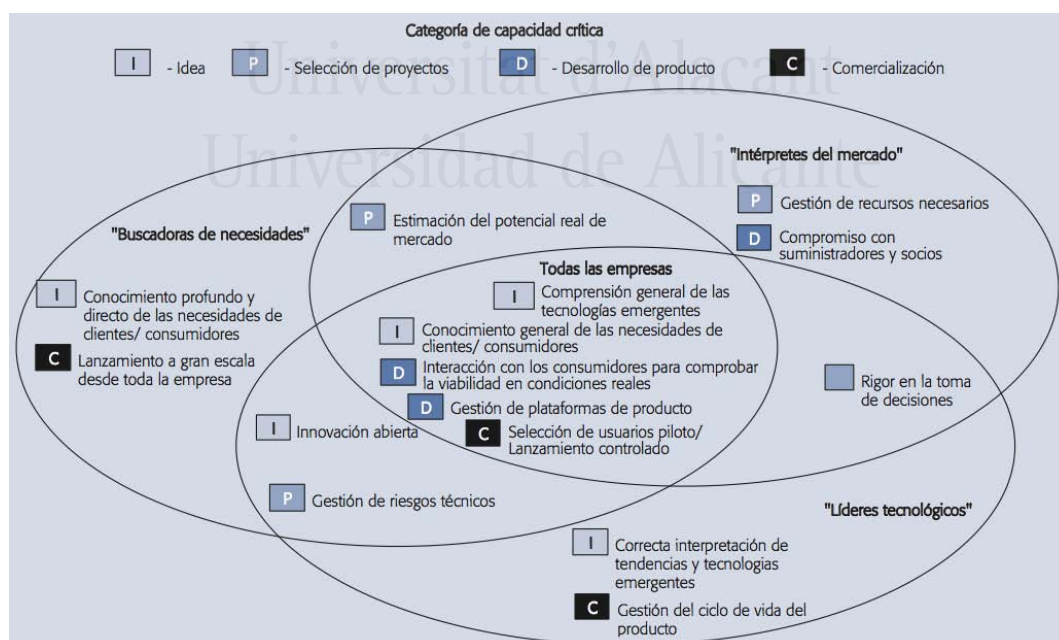
Fuente: Elaboración propia a partir de Managing service innovation. Innovation in services (144)

El «The Global Innovation 1000» (145), es un estudio que se realiza anualmente, en el que se examina la evolución del gasto en I+D de las mil empresas del mundo que más invierten en dicho concepto.

Una de las conclusiones principales del estudio es que lo que realmente incide en los resultados económico-financieros de las empresas no es tanto el nivel de gasto en I+D que realizan, sino la combinación correcta de capacidades de talento, conocimiento, estructura y procesos que se ponen al servicio de la actividad innovadora para desarrollar productos y servicios que sean introducidos con éxito en el mercado.

De acuerdo con las conclusiones desta publicación, el secreto de las empresas reside en ser excelentes en las capacidades clave, no en todas las capacidades y lo importante es adoptar una de las tres estrategias genéricas de innovación (Figura 30).

Figura 30 – Capacidades críticas y específicas en cada tipo de estrategia innovadora



Fuente: The global innovation 1000: how the top innovators keep winning (145).

Atualmente la economía a nivel mundial camina en dirección a momentos de cambio sin precedentes en las décadas anteriores y no permiten proyectar las tasas de

crecimiento necesarias para mantener los niveles de bienestar social conquistados, por lo que exige la adopción total o parcial de modelos de innovación organizacional (Tabla 45).

Tabla 37 – Modelos de innovación organizacional

Modelo	Autor(es)	Tipo	Principales premisas	Implicaciones para la gestión
Evolutivo	Campbell (1960) (146)	Individual	La creatividad es una combinación de una alta variedad con alta selectividad.	• Evite la crítica y el cumplimiento anticipado. • Desarrollo de mecanismos de «mercado interno»
Tres componentes	Amabile (1988) (147)	Individual	La solución creativa de problemas es una función de las competencias y motivación individual (aunque pueden ser influenciados por el contexto organizacional).	• Gestionar la motivación (sobre todo la intrínseca). • Aumento de las competencias de las personas.
Orgánico	Burns & Stalker (1961) (148)	Estratégico/estructural	Las organizaciones que buscan innovar deben adoptar estructuras orgánicas.	• Estimular el compromiso en lugar de la obediencia. • Fomentar la comunicación lateral y hacia arriba. • Valorar la iniciativa y no la conformidad.
Determinante estratégico	Miles & Snow (1978) (149)	Estratégico/estructural	Los diversos enfoques a los problemas organizacionales, administrativo y tecnológico resultan en cuatro tipos de estrategia.	• La adopción de un enfoque configuracional a la solución de problemas organizacionales, de modo que pueda surgir una estrategia organizacional consistente.
Integrador	Kanter (1983) (150)	Estratégico/estructural	Los individuos son potenciales generadores de innovación de esto desde que se proporcionan las condiciones organizacionales adecuadas.	• Dibujar estructuras que faciliten la contribución creativa de los individuos, es decir, valorarlos posibles «amos del cambio».
Cubo de basura	Cohen, March & Olsen (1972) (151)	Decisional	Los principales elementos de las decisiones organizacionales se combinan de un modo más o menos integrado, de forma emparejada pero tan suelto/anárquica.	• Añadir la tecnología de la razón a la «tecnología de locura». • Jugar con alternativas absurdas/extrañas y posibilidades inconsistentes.
Decisiones	Mintzberg, Raisinghani & Théorêt (1976) (152)	Decisional	La mayoría de las decisiones son tomadas bajo condiciones de ambigüedad y atravesadas por las interferencias y las luchas políticas.	• Determinar la mejor manera de decisión, en función del tipo de problema y la dinámica de la innovación.
Difusión de la innovación	Rogers (1983) (131)	Difusión	La innovación es una sucesión lineal y secuencial.	• Generar conciencia de la existencia del producto, estimular el interés, desarrollar productos que pueden ser evaluados positivamente, en comparación con los productos competidores.
Difusión organizacional	Van de Ven (1993) (153)	Difusión	Innovación organizacional es un proceso probabilístico, desordenado, complejo e interdependiente.	• Permitir lo ensayo y el error. • Estimular culturas de aprendizaje.

Fuente: Elaboración propia a partir de Manual de Comportamiento Organizacional e Gestão (140)

1. De la Sociedad de la Información a la Innovación: Estrategias y Indicadores

«La innovación es ineficiente. Con frecuencia, es indisciplinada, siempre lleva la contraria y es iconoclasta; se realimenta con la confusión y la contradicción.

En pocas palabras, ser innovador es todo lo contrario de lo que la mayoría de los padres quieren para sus hijos, los consejeros delegados para sus compañías y los jefes de estado para sus países. Los innovadores son insoportables.

Y, sin embargo, sin innovación estamos condenados –por aburrimiento y por monotonía- a la decadencia.»

Nicholas Negroponte, 2004.

Fundador del MIT Media Lab

1.1. Enfoque Sistémico

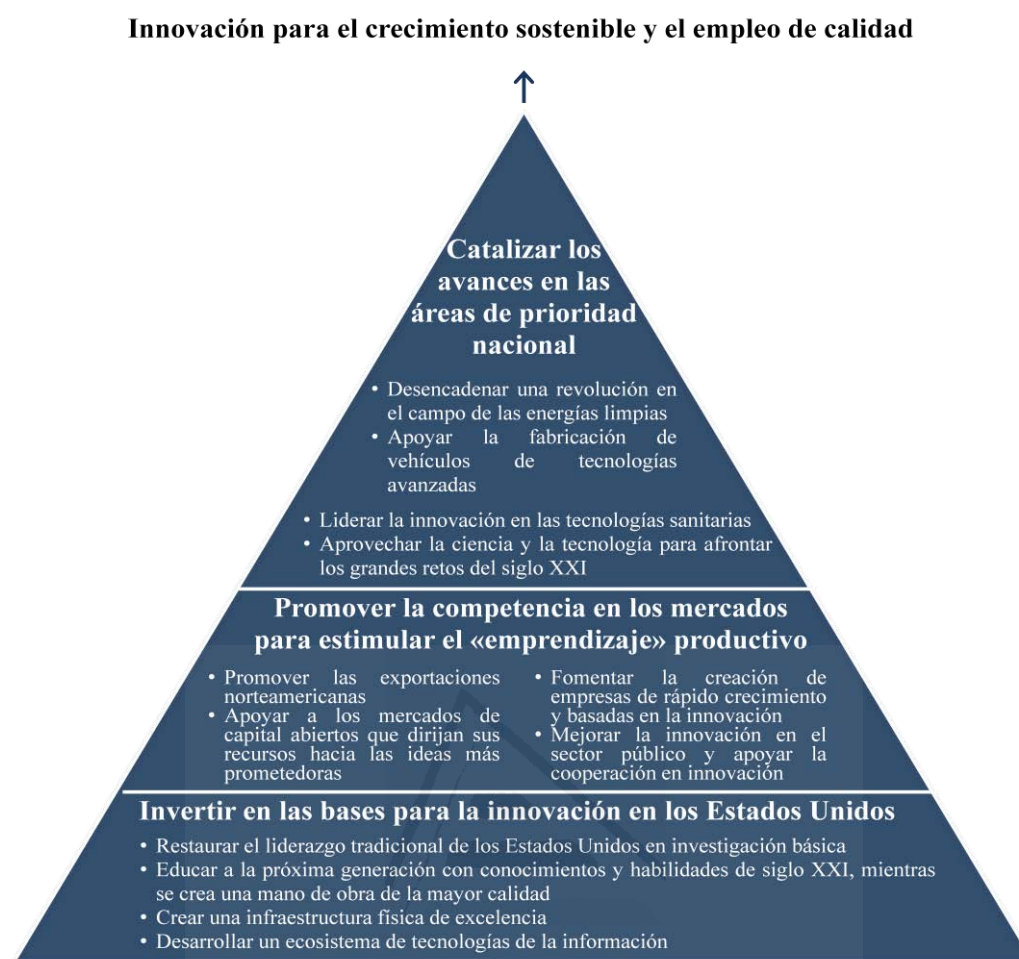
La innovación es un proceso multidimensional, que implica a muchos actores y actividades. Posteriormente ilustraremos las principales estrategias e indicadores más valorados en el ámbito de la gestión de la innovación.

A. La Estrategia de Innovación de los Estados Unidos de América (154)

La denominada «Estrategia de Innovación de Obama» (2009), pretende establecer las bases de una economía basada en la innovación y se ha construido sobre más de cien mil millones de dólares de fondos que proporcionan soporte a la innovación, educación e infraestructuras científico-tecnológicas en el marco de la ley «American Recovery and Reinvestment Act of 2009» (ARRA) y del propio presupuesto del presidente.

El objetivo que se persigue es aprovechar la creatividad de la población americana, así como la existencia de un sector privado dinámico, para asegurar que el siguiente ciclo expansivo sea más sólido, esté fundamentado en una base más amplia de sectores y sea más beneficioso que los precedentes. La estrategia se centra en áreas clave en las que unas políticas equilibradas y sensatas puedan crear las condiciones para el desarrollo de una innovación que cree empleos de calidad y permita una prosperidad compartida. La figura 34 muestra los tres pilares sobre los que está construida la estrategia y la importancia atribuida al ámbito sanitario se posiciona en el cume de la estrategia.

Figura 31 – Pilares de la estrategia para la innovación en los Estados Unidos



Fuente: Elaboración propia a partir de A strategy for American innovation: Driving towards sustainable growth and quality jobs (154)

Los tres pilares indicados se despliegan en una serie de medidas que se comentan a continuación (154):

Invertir en las bases para la innovación en los Estados Unidos. Es necesario asegurar que se proporcionan a la economía estadounidense todos los elementos requeridos para una innovación exitosa, desde inversiones en I+D hasta el capital humano, físico y tecnológico preciso para desarrollar la actividad científico-tecnológica y su transferencia para convertirla en innovación.

Restaurar el liderazgo tradicional de los Estados Unidos en investigación básica. El presidente Obama ha promovido el mayor incremento presupuestario para la actividad de investigación básica de la historia estadounidense, que traerá consigo descubrimientos científicos y nuevas tecnologías que mejorarán la calidad de vida y serán la base para la creación de los sectores del futuro.

Educación a la próxima generación con conocimientos y habilidades del siglo XXI, mientras se crea una mano de obra de la mayor calidad. El presidente Obama ha propuesto iniciativas para mejorar la enseñanza y el aprendizaje en la población de menos de doce años de edad, ha expandido el acceso a la educación y a la formación superior y ha promovido los estudios y las carreras profesionales en las áreas relacionadas con la ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas.

Crear una infraestructura física de excelencia. A través del ARRA, el presidente Obama se ha comprometido a realizar grandes inversiones en infraestructuras como carreteras, puentes y redes de comunicación terrestre y aérea para conectar a las personas y a las empresas.

Desarrollar un ecosistema avanzado de tecnologías de la información. Para que los Estados Unidos puedan ser líderes en las tecnologías de futuro. El presidente Obama estima imprescindible que todos los ciudadanos

estadounidenses tengan acceso a Internet con tecnologías del siglo XXI.

Promover la competencia en los mercados para estimular el «emprendizaje» productivo. Es imperativo crear un entorno nacional maduro para facilitar el «emprendizaje» y la asunción de riesgos que permita a las empresas estadounidenses ser competitivas internacionalmente en un marco de intercambio global de ideas e innovación. A través de la competencia en los mercados, la innovación se difunde y progresa entre los sectores y globalmente.

Promover las exportaciones estadounidenses. Las exportaciones jugarán un papel cada vez más crucial en la economía futura de los Estados Unidos, y las políticas del presidente Obama irán encaminadas a asegurar mercados justos y abiertos para los productores estadounidenses.

Apoyar a los mercados de capital abiertos que dirijan sus recursos hacia las ideas más prometedoras. El nivel de apertura de los mercados financieros es una de las principales fortalezas de los Estados Unidos, y el presidente se ha comprometido a que estos mercados sigan funcionando adecuadamente.

Fomentar la creación de empresas de rápido crecimiento y basadas en la innovación. La administración Obama considera esencial que los emprendedores continúen creando negocios nuevos y dinámicos que generen nuevos empleos y contribuyan al crecimiento económico.

Mejorar la innovación en el sector público y apoyar la cooperación público-privada en innovación. La innovación debe producirse en todos los niveles de la sociedad, incluyendo el propio Gobierno. La administración Obama favorece la adopción generalizada de las innovaciones en cooperación que sean útiles y está comprometida a que el Gobierno sea cada vez más eficiente y funcione mejor, incluso actuando de una manera más abierta.

Catalizar los avances en las áreas de prioridad nacional. Existen determinados campos de gran importancia para el país en los que es poco probable que el mercado produzca, por sí sólo, las tecnologías, productos y servicios deseables desde un punto de vista de Estado. Estas áreas incluyen el desarrollo de energías alternativas, la reducción de costes y la mejora de la eficiencia de los servicios sanitarios a través de la aplicación de las TIC a la salud, y la fabricación de vehículos avanzados. En estos sectores en los que el mercado puede no ser suficiente por sí sólo, el Gobierno puede ser parte de la solución.

Desencadenar una revolución en el campo de las energías limpias. Las grandes inversiones en el desarrollo de redes inteligentes de transporte de energía, en la mejora de la eficiencia energética y en energías renovables como la eólica, solar o los biocombustibles ayudarán a desencadenar una ola de inventiva y progreso que generará puestos de trabajo, crecimiento económico y menor dependencia de combustibles fósiles como el petróleo.

Apoyar la fabricación de vehículos de tecnologías avanzadas. Los Estados Unidos han puesto en marcha un amplio paquete de ayudas para colocar al país como líder tecnológico mundial en vehículos de tecnologías avanzadas como el automóvil eléctrico, el desarrollo de biocombustibles limpios o la mejora del consumo de combustible en los automóviles.

Liderar la innovación en las tecnologías sanitarias. El presidente Obama ha puesto en marcha la iniciativa «TIC en la salud», diseñada para liderar la innovación tecnológica que reducirá el número de errores médicos, mejorará la calidad de los servicios sanitarios, reducirá costes y asegurará el liderazgo de los Estados Unidos en este sector emergente.

Aprovechar la ciencia y la tecnología para afrontar los grandes retos del siglo XXI. El compromiso de los Estados Unidos con la ciencia y la tecnología permitirá al país establecer y cumplir objetivos ambiciosos como el desarrollo de software educativo que sea tan eficaz como un tutor personal, y terapias inteligentes contra el cáncer que sean capaces de dirigir los fármacos únicamente hacia las células tumorales.

B. La Competitividad en el Mundo según el Foro Económico Mundial (Foro de Davos)

El Foro Económico Mundial (Ginebra), en su informe anual «The Global Competitiveness Report», analiza desde 1979 los factores que permiten a las economías nacionales alcanzar un crecimiento económico sostenido. El estudio se realiza utilizando datos públicos y una encuesta de opinión a directivos empresariales en numerosos países.

El análisis de competitividad del Foro Económico Mundial está basado en el cálculo del Índice de Competitividad Global (ICG), el cual ofrece una visión general de los factores macroeconómicos y microeconómicos críticos para la competitividad, entendiendo esta como el conjunto de instituciones, políticas y factores que determinan el nivel de productividad de un país.

El ICG evalúa múltiples componentes, cada uno de los cuales refleja una parte de la compleja realidad que constituye la competitividad, y los agrupa en doce pilares. Estos se organizan a su vez en tres bloques (Figura 32)

Figura 32 – Requerimientos básicos, Potenciadores de la eficiencia y La innovación y el factor de sofisticación



Fuente: The Global Competitiveness Report 2010–2011 (111)

Aunque los doce pilares son interdependientes y tienden a reforzarse entre ellos, la importancia de cada uno depende de la etapa de desarrollo del país de que se trate. Por ello, en el cálculo del índice de competitividad global, son ponderados para cada país, según su grado de desarrollo (tabla 38).

Tabla 38 – Peso de los indicadores de competitividad según el grado de desarrollo de un país

	Competitividad impulsada por los factores (%)	Competitividad impulsada por la eficiencia (%)	Competitividad impulsada por la innovación (%)
Requerimientos básicos	60	40	20
Potenciadores de la eficiencia	35	50	50
Factores de innovación y	5	10	30

sofisticación

Fuente: Elaboración propia a partir de The Global Competitiveness Report 2010-2011 (111)

La tabla 39 muestra que España y Portugal, después de mantenerse en la clasificación de países en una posición relativamente estable entre 2005 y 2008 (aunque, ya entonces, muy baja para países que es la novena economía del mundo (España), por debajo de casi treinta países), cayó cuatro puestos en 2009 para pasar a ocupar la posición 33, y Portugal ha mantenido la misma posición. En 2010 España y Portugal se desploman hasta la posición 42 y 46. La figura también muestra que la posición de España y Portugal en cuanto al subíndice de factores de innovación, el más importante en la fase de desarrollo en que nos encontramos, una situación muy insatisfactoria si se tiene en cuenta que de la capacidad innovadora de ambos países con el grado de desarrollo que tienen, depende el mantenimiento de su nivel de bienestar.

Tabla 39 – Índice de competitividad global del Foro Económico Mundial, 2005-2010.
Subíndice de factores de innovación, 2010

	Índice Competitividad Global (ICG)						Subíndice factores de innovación
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010
España	28	28	29	29	33	42	41
Portugal	31	34	40	43	43	46	39

Fuente: Elaboración propia a partir de The Global Competitiveness Report 2010-2011 (111)

El concepto de competitividad implica, pues, los componentes estáticos y dinámicos: aunque la productividad de un país determina claramente su capacidad para mantener factores clave y explicar el potencial de una economía de crecimiento. En la tabla 40 podemos destacar los pilares del ICG y focalizar nuestra atención para los resultados del pilar referente a la educación primaria y salud.

Tabla 40 – Pilares del Global Competitiveness Report

Pilares		España	Portugal
Instituciones	Rank	53	48
	Score	4.25	4.37
Infraestructura	Rank	14	24
	Score	5.67	5.30
Entorno macroeconómico	Rank	66	96
	Score	4.60	4.26
Educación primaria y salud	Rank	49	41

	Score	6.01	6.13
Capacitación y la educación superior	Rank	31	39
	Score	4.85	4.76
Eficacia de los mercados de bienes	Rank	62	52
	Score	4.20	4.32
Eficacia de los mercados laboral	Rank	115	117
	Score	3.88	3.85
Desarrollo del mercado financiero	Rank	56	59
	Score	4.28	4.26
Disponibilidad tecnológica	Rank	30	31
	Score	4.64	4.63
Tamaño del mercado	Rank	13	45
	Score	5.47	4.34
Sofisticación empresarial	Rank	35	51
	Score	4.46	4.19
Innovación ¹	Rank	46	32
	Score	3.47	3.77

¹Ver Indicadores de la Innovación en la tabla siguiente.

Fuente: Elaboración propia a partir de The Global Competitiveness Report 2010–2011 (111)

En un análisis detallado de los principales componentes del subíndice de innovación se muestran resultados dispares según el indicador Innovación, ocupando Portugal un lugar de destaque con mejores indicadores que España, excepto en uno de los indicadores, como se puede apreciar en la tabla 49.

Tabla 41 – Indicadores de la Innovación

Indicadores del 12º pilar: Innovación / Rank 139	España	Portugal
Capacidad innovadora	42	39
Calidad de las instituciones de investigación científica	43	28
Gasto privado en I+D	47	45
Colaboración entre universidad e industria en I+D	46	30
Compra de productos de alta tecnología por parte de los gobiernos	88	17
Disponibilidad de científicos e ingenieros	47	38
Patentes de utilidad	28	45

Fuente: Elaboración propia a partir de The Global Competitiveness Report 2010–2011 (111)

En síntesis podemos considerar que España y Portugal tienen resultados a los Índices de Competitividad muy relevantes para la comprender la evolución de sus sistemas de salud, educación y innovación (económico-financieros). Por otro lado, es interesante analizar las oportunidades de cooperación entre ellos, dado que España presenta posición de mérito en el indicador de la salud (9ª posición) y Portugal presenta

indicadores de referencia en el ámbito de la innovación -por indicador desagregado (Tabla 50).

Tabla 42 – Índice de Competitividad

	España Rank	Portugal Rank
ICG Índice de Competitividad Global 2011-2012	36	45
4º Pilar: Educación primaria y salud	44	34
Indicador – Salud	9	29
5º Pilar: Capacidad y la educación superior	32	35
Indicador – Promoción eficiente del talento	74	66
12º Pilar: Innovación	39	32
Indicador – Capacidad innovadora	36	37
Indicador – Calidad de las instituciones de investigación científica	39	23
Indicador – Gasto privado en I+D	47	41
Indicador – Colaboración entre Universidad e industria en I+D	42	27
Indicador – Patentes de utilidad/millón pop.*	28	40

Fuente: Elaboración propia.

C. La Estrategia de Innovación de la OCDE (155)

La Estrategia de Innovación de la OCDE es un proyecto iniciado en 2007 con el objetivo de ayudar a los Gobiernos a aprovechar la innovación para fortalecer el crecimiento y hacer frente a los retos globales y sociales a los que se enfrenten los países. En síntesis, contiene una serie de pautas a seguir por los poderes públicos en el diseño de sus políticas de estímulo a la economía en las que los instrumentos de fomento de la actividad innovadora y de las condiciones que la favorecen deben de estar siempre presentes.

La OCDE advierte del riesgo que, en una situación de crisis económico financiera como la actual, los gobiernos prioricen medidas políticas y presupuestarias que no aseguren una inversión sostenida en innovación en el medio y largo plazo.

La innovación es en la actualidad la principal causa del incremento en la productividad del trabajo y del capital, y por tanto una de las fuentes básicas de crecimiento económico. La actividad innovadora se realiza cada vez más en el marco de redes, se alimenta de muchas fuentes y es abierta, en el sentido de que el conocimiento se comparte con otras organizaciones, obteniendo beneficios mutuos. Los consumidores y usuarios finales, hasta ahora elementos pasivos dentro del proceso innovador, han empezado a integrarse en el mismo.

La globalización de la innovación, con la ubicación de instalaciones de investigación, desarrollo e innovación por todo el mundo y la supresión de barreras geográficas en las redes de investigadores, es otro factor que está cambiando el modo de innovar. Este proceso se ha visto favorecido por la cada vez mayor relevancia de la actividad de I+D+i en países como China, Brasil o India. Este fenómeno se ve acompañado por una cada vez mayor movilidad internacional de las personas con formación técnica y científica, como lo demuestra el hecho de que, entre 1995 y 2006, el número de estudiantes que cursan estudios fuera de sus países de origen se haya duplicado.

Es necesario que los gobiernos consideren enfoques integrales de creación, difusión y aplicación del conocimiento.

En este marco, la estrategia de innovación de la OCDE se construye alrededor de cinco prioridades para la acción de los gobiernos, que aplicadas de manera conjunta pueden constituir los grandes fundamentos para el diseño de políticas estratégicas de promoción de la innovación:

- Conferir poder a las personas para innovar
- Liberar todo el potencial innovador que atesoran las empresas
- Generar y aplicar el conocimiento
- Aplicar la innovación para dar respuesta a los retos globales y sociales
- Mejorar la gobernanza de la innovación.

D. La evaluación de la Estrategia de Lisboa y la Estrategia Europa 2020 (156) (157) (158)

La Estrategia de Lisboa, definida por el Consejo Europeo en 2000, tenía como objetivo de que para 2010 la Unión Europea fuese «la economía basada en el conocimiento más competitiva y dinámica del mundo, capaz de crecer económicamente de manera sostenible con más y mejores empleos y con mayor cohesión social».

En 2005, la estrategia de Lisboa se relanzó, tras una revisión intermedia, centrándola en los aspectos basados en el crecimiento y el empleo, y estableciendo una nueva estructura de la gobernanza basada en un enfoque de asociación entre los Estados Miembros y las instituciones de la UE.

En febrero de 2010, la Comisión Europea ha elaborado un documento en el que se evalúan los resultados de la estrategia de Lisboa. En el mismo se indica que, en conjunto, la estrategia ha tenido un impacto positivo en la UE, aunque no se hayan

alcanzado sus objetivos principales.

El documento resalta que la estrategia de Lisboa ha servido para llegar a un consenso entre los países miembros de la UE sobre cuáles eran las reformas que necesitaba la UE para ser más competitiva, que se han logrado beneficios concretos en términos de creación de empleo y que ha servido para que la actual crisis económico-financiera haya tenido un impacto algo más amortiguado.

También considera que ha fracasado en sus objetivos principales, debido a los diferentes ritmos de introducción de las reformas, a no haber reconocido suficientemente que la economía europea es interdependiente e integrada, a la falta de coordinación con otras políticas, a una estructura de gobernanza mejorable, a la falta de comunicación de los beneficios potenciales de la estrategia y a la falta de consideración suficiente de la dimensión exterior a la UE en la implantación de la misma.

En lo referente a políticas de I+D+i, uno de los dos elementos clave de la estrategia junto con el empleo, el objetivo era llegar a 2010 con un gasto en I+D equivalente al 3% del PIB, con dos tercios del mismo financiados por el sector privado. El resultado que ofrece Eurostat en relación con el primer indicador revela que, en 2008, el esfuerzo en I+D medio en la UE ha sido del 1,9%.

Muchos gobiernos han priorizado el gasto público en I+D, dado que el peso de dicho componente del gasto sobre el total crece en el período 2000-2008. Esta tarea implica la mejora de las condiciones del entorno, como la educación, los sistemas de investigación, el establecimiento de un marco de regulación de la propiedad intelectual apropiado, etc.

Desde 2005 las políticas de promoción de la innovación dirigidas hacia la demanda están siendo cada vez más relevantes, valorándose el papel de la innovación no tecnológica y poniendo el énfasis en unir los tres componentes del denominado triángulo del conocimiento (educación, conocimiento e innovación). También se han utilizado los instrumentos regulatorios y la estandarización para estimular la demanda de productos y servicios innovadores.

En algunos países, la compra pública de tecnología también ha conseguido mejorar algo la demanda, pero el sistema no se ha desarrollado en todo su potencial.

El desarrollo del Espacio Europeo de Investigación (ERA) supone un enfoque más integrado, promoviendo una mayor cooperación entre los Estados Miembros y las empresas, un mayor énfasis en la excelencia y en la especialización y la desaparición de barreras a la movilidad de los investigadores.

En la primavera de 2010 el Consejo Europeo aprobó la Estrategia Europa 2020, sucesora de la Estrategia de Lisboa. La Comisión Europea pretende que el plan no sea una continuación del anterior, sino que introduzca cambios estructurales que modifiquen el modelo de crecimiento económico europeo para hacerlo más sostenible. El objetivo es que Europa ejerza liderazgo, compita y prospere como una economía basada en el conocimiento, conectada, más respetuosa con el medio ambiente y más inclusiva, capaz de crecer de forma rápida y sostenible y de generar altas tasas de empleo y de progreso social.

Para ello, la Comisión considera que los factores clave de la Estrategia Europa 2020 deben ser temáticos y centrarse en las siguientes prioridades:

- Crecimiento inteligente: desarrollo de una economía basada en el conocimiento y la innovación.
- Crecimiento sostenible: promoción de una economía que utilice más eficazmente los recursos, que sea verde y más competitiva.
- Crecimiento integrador: fomento de una economía con un alto nivel de empleo que redunde en la cohesión económica, social y territorial.

En relación con el desarrollo tecnológico, el crecimiento inteligente significa la consolidación del conocimiento y la innovación como impulsores del crecimiento futuro. Esto requiere mejorar la calidad de la educación, consolidar los resultados de la investigación, promover la innovación y la transferencia de conocimientos en toda la Unión, explotar al máximo las TIC y asegurarse de que las ideas innovadoras puedan convertirse en nuevos productos y servicios que generen crecimiento y empleos de calidad y que ayuden a afrontar los retos derivados de los cambios sociales en Europa y en el mundo.

La meta para 2020 consiste en hacer realidad un auténtico espacio europeo del conocimiento, basado en unas infraestructuras de calidad de alcance mundial, en el que todos los agentes se benefician de la libre circulación de personas, conocimientos y tecnologías.

La estrategia Europa 2020 incluirá tres iniciativas emblemáticas relacionadas con el crecimiento inteligente: en innovación, «Innovation Union» contribuirá a mejorar las condiciones de entorno, el acceso a la financiación y al fortalecimiento de la cadena de la innovación, incrementando los niveles de inversión en I+D+i en toda la UE; en educación, la iniciativa «Youth on the move» procurará la mejora de los sistemas educativos y el refuerzo de la atracción internacional de la educación superior europea;

y, en el terreno de la sociedad digital, *«A digital agenda for Europe»* fomentará el desarrollo de Internet de alta velocidad y la llegada de los beneficios de un mercado único digital a empresas y hogares.

El objetivo cuantitativo de la estrategia UE 2020, en lo que se refiere a la I+D+i, es alcanzar, como en la estrategia de Lisboa, un esfuerzo tecnológico del 3%, mejorando sobre todo las condiciones para la inversión privada en I+D. También se pretende diseñar un nuevo indicador para realizar un seguimiento de la innovación.

E. La iniciativa «Unión por la innovación» (159)

La «Unión por la innovación» es una de las siete iniciativas emblemáticas que se incluyen dentro de la Estrategia Europa 2020, el plan integral de la Unión Europea para el empleo y el crecimiento «inteligente, sostenible e integrador». En dicha estrategia se establece como meta aumentar el gasto en I+D hasta el 3% del PIB en 2020.

El objetivo de la iniciativa es mejorar las condiciones generales y el acceso a la financiación de la investigación e innovación para garantizar que las ideas innovadoras se puedan convertir en productos y servicios que generen crecimiento y empleo, poniendo el foco de la política de I+D+I en los retos a los que se enfrenta la sociedad, nomeadamente en el ámbito de la salud.

Para conseguir la «Unión por la innovación» se han definido los siguientes principios de orientación:

- En tiempos de restricciones fiscales, la UE y sus estados miembros tienen que seguir invirtiendo en educación, I+D, innovación y en tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC). Este tipo de inversiones no solo deben de quedar fuera de los programas de recortes de gasto, sino que deben incrementarse en la medida de lo posible.
- Los sistemas de innovación de la UE y los de los estados miembros deben de aumentar su eficiencia y estar más interconectados entre sí.
- Los investigadores, y en general los profesionales relacionados con la innovación, tienen que poder trabajar y cooperar por toda la UE con la misma facilidad que dentro de las fronteras nacionales. El Espacio Europeo de Investigación debe completarse para 2014, a través del establecimiento de los marcos necesarios para que pueda darse una verdadera libertad de circulación del conocimiento (la denominada «quinta libertad» de circulación, adicional a las de personas,

capitales, productos y servicios).

- El acceso a los programas de la UE debe simplificarse, y se tiene que incrementar su efecto multiplicador sobre la inversión del sector privado, con el apoyo del Banco Europeo de Inversiones. Por otro lado el papel del Consejo Europeo de Investigación (ERC) debería reforzarse. La contribución de los programas marco al desarrollo de las pymes de rápido crecimiento debe aumentar. Habría que explotar plenamente el potencial del fondo europeo de desarrollo regional para desarrollar los recursos de investigación e innovación en toda Europa, sobre la base de estrategias racionales de especialización económica regional.
- Debe aumentarse la cooperación entre el mundo de la ciencia y el mundo de la empresa, suprimiendo los obstáculos y otorgando los incentivos necesarios.
- Deben eliminarse las barreras que siguen impidiendo a los emprendedores llevar las ideas al mercado: mejor acceso a la financiación, en especial para las pymes; derechos asequibles de propiedad industrial; normativas y objetivos más inteligentes y ambiciosos; aceleración de la introducción de estándares interoperables; y uso estratégico de los grandes presupuestos de contratación de la UE. Como paso inmediato, es necesario llegar urgentemente a un acuerdo sobre la patente única europea.
- Se deben poner en marcha asociaciones europeas para la innovación («European Innovation Partnerships» o EIP) para acelerar la investigación, el desarrollo y la puesta en el mercado de las innovaciones. Estas alianzas deben abordar los principales retos sociales, poner en común la experiencia y los recursos e impulsar la competitividad de la industria de la UE.
- Deben aprovecharse mejor los puntos fuertes que posee Europa en las áreas de diseño y creatividad. Es necesario apoyar la innovación social. Hay que desarrollar una mejor comprensión de la innovación en el sector público, identificar las iniciativas que tengan éxito y darles visibilidad y evaluar los avances.
- Es preciso trabajar mejor con los socios internacionales. Esto significa abrir el acceso a los programas de I+D de la UE, garantizando la reciprocidad en las condiciones de participación.

Por ello, la Comisión Europea y los estados miembros se han comprometido a poner en marcha una serie de acciones, cuyo fundamento es el siguiente:

- Las «European Innovation Partnerships» movilizarán a las partes interesadas (europeas, nacionales y regionales, públicas y privadas) en torno a objetivos ambiciosos y bien definidos en áreas que sumen al tratamiento de los retos sociales un potencial de liderazgo mundial para Europa. A principios de 2011 se pondrá en marcha una asociación piloto sobre el envejecimiento activo y sano, con el objetivo de conseguir para 2020 que la edad en la que se disfruta de buena salud y calidad de vida aumente en dos años.
- La Comisión Europea ha creado veinticinco indicadores, partiendo de los incluidos en el «European Innovation Scoreboard», que servirán para medir el grado de avance de la iniciativa y para elaborar un indicador único de la «Unión por la innovación». Asimismo ha confeccionado una lista de control de las características que tendrían que tener los sistemas de innovación más eficientes, que los estados miembros pueden utilizar para identificar mejoras a introducir en sus sistemas nacionales.
- La Comisión Europea presentará medidas para mejorar el acceso a la financiación.
- Se intensificarán las iniciativas de investigación existentes. Esto supondrá una mayor coherencia entre las políticas de investigación europeas y las de los estados miembros, la reducción de la burocracia y la eliminación de los obstáculos a la movilidad de los investigadores.
- El 7º Programa Marco de I+D se planificará de forma que apoye las líneas maestras de la estrategia Europa 2020. Se fomentarán las actividades del Consejo Europeo de Investigación y del Instituto Europeo de Innovación y Tecnología.
- La Comisión Europea pondrá en marcha en 2011 un gran programa de investigación sobre la innovación social y en el sector público, así como un cuadro europeo de indicadores de la innovación en el sector público.
- La Comisión Europea propone que los gobiernos asignen fondos específicos a la contratación pública de productos y servicios innovadores.
- A principios de 2011 la Comisión Europea presentará una propuesta legislativa dirigida a agilizar y modernizar la fijación de estándares al efecto de facilitar la interoperabilidad y estimular la innovación.
- La normativa europea de propiedad industrial debe modernizarse.
- Se revisarán los marcos de las ayudas estatales y de los fondos estructurales para impulsar la innovación. La Comisión Europea ayudará a los estados miembros a

utilizar de la mejor manera posible los 86.000 millones de euros de los fondos estructurales previstos para la investigación y la innovación entre 2007 y 2013.

Los avances registrados en la iniciativa emblemática «Unión por la innovación» se examinarán en el marco de la gobernanza de la estrategia Europa 2020 y en la convención anual de la innovación se debatirá la situación desta iniciativa.

F. El Cuadro de Indicadores de la «Unión por la Innovación»

La iniciativa «Unión por la Innovación», presentada por la Comisión Europea en octubre de 2010, tiene como objetivo superar algunas limitaciones del sistema de innovación europeo, como son:

- Inversión insuficiente en nuestra base de conocimiento.
- Condiciones marco insatisfactorias, que van desde el acceso deficiente a la financiación, pasando por los costes elevados de los derechos de propiedad intelectual e industrial, hasta la lenta normalización y el uso ineficaz de la contratación pública.
- Fragmentación excesiva y duplicaciones costosas, que impiden aplicar recursos más eficientemente y alcanzar una masa crítica.

Para lograrlo, la «Unión por la innovación» presenta un planteamiento en el que la innovación sea el objetivo de actuación general, enfocado a medio y largo plazo, en el que los instrumentos, las medidas y la financiación de las políticas estén diseñados de modo que contribuyan a la innovación en el que las políticas de la UE y las políticas nacionales y regionales estén muy en consonancia y se refuercen mutuamente, y en el que el establecimiento de una agenda estratégica, el seguimiento regular de los avances y la solución de los atrasos tengan lugar al más alto nivel político.

Una consecuencia de esta iniciativa es que el anterior Cuadro Europeo de Indicadores de la Innovación («European Innovation Scoreboard», EIS), se convierte en el Cuadro de Indicadores de la Unión por la Innovación («Innovation Union Scoreboard», IUS), usando buena parte de su metodología y manteniendo plenamente sus objetivos de seguimiento y comparación de los niveles de innovación de los estados miembros de la UE.

Para ello, el IUS 2010 incluye el análisis de los indicadores de innovación y de sus tendencias para los veintisiete estados miembros de la UE-27, así como para otros

países de referencia (ej: Noruega, Serbia, Suiza y Turquía, Estados Unidos, Japón y los BRIC). Con todo ello, de los 25 indicadores del IUS 2010, 18 son equivalentes a los del EIS 2009, y 7 indicadores son nuevos.

El cuadro de indicadores «Innovation Union Scoreboard»(IUS 2010)

Como en el anterior EIS, los indicadores del IUS 2010 se agrupan en tres bloques: factores que hacen posible la innovación, factores relativos a las actividades de las empresas y factores relativos a sus resultados. En la tabla 43 se muestran las definiciones y valores de los 25 indicadores y sus tasas de crecimiento en la UE-27, junto con el último año del que hay datos.

Tabla 43 – Indicadores de la innovación para el Innovation Union Scoreboard 2010. Valores actuales IUS 2010 y crecimientos (%) para la UE-27

	UE -27		Período
	Actual	Δ	
IUS 2010	0,516	0,9%	
POSIBILITADORES			
Recursos Humanos			
Nuevos graduados doctorados (ISCED 6) por 1.000 personas entre 25 y 34 años	1,4%	0,0%	2004/2008
Población con educación terciaria completada por 1.000 personas entre 30 y 34 años	32,3%	3,6%	2005/2009
Jóvenes con educación secundaria superior por 1.000 personas entre 20 y 24 años	78,6%	0,4%	2005/2009
Sistemas de investigación abiertos, excelentes y atractivos			
Publicaciones científicas internacionales conjuntas por millón de habitantes	266	6,7%	2004/2008
Publicaciones científicas entre el 10% más citadas como porcentaje del total de publicaciones científicas del país	0,1	2,6%	2003/2007
Estudiantes de doctorado de fuera de la UE como porcentaje de todos los estudiantes de doctorado	19,4	1,5%	2003/2007
Financiación y apoyo			
Gasto público en I+D como porcentaje del PIB	0,75	3,2%	2005/2009
Capital riesgo (arranque, expansión y sustitución) como porcentaje del PIB	0,11	-2,5%	2005/2009
ACTIVIDADES EMPRESARIALES			
Inversiones empresariales			
Gasto de las empresas en I+D como porcentaje del PIB	1,2	2,1%	2005/2009
Gasto en innovación distinta de I+D como porcentaje de la cifra de negocio	0,7	-9,0%	2004,2006,2008
Relaciones y actividad emprendedora			
Pymes que realizan innovación interna como porcentaje del total de pymes	30,3	-2,3%	2004,2006,2008
Pymes que innovan en colaboración con otras empresas como porcentaje del total de pymes	11,2	2,6%	2004,2006,2008
Publicaciones conjuntas público-privadas por millón de habitantes	36,2	2,2%	2004/2008
Activos de propiedad intelectual			
Solicitud de patentes PCT por millones de PIB en euros PPC	4,0	0,4%	2003/2007
Solicitud de patentes PCT en sectores clave de futuro (cambio climático, salud) por millones de PIB en euros PPC	0,6	2,6%	2003/2007
Marcas comerciales comunitarias por millones de PIB en euros PPC	5,4	10,2%	2005/2009
Diseños comunitarios por millones de PIB en euros PPC	4,7	1,2%	2005/2009
RESULTADOS			

Innovadores

Pymes que introducen innovaciones de producto o proceso como porcentaje del total de pymes	34,2	-2,3%	2004,2006,2008
Pymes que introducen innovaciones organizativas o comerciales como porcentaje del total de pymes	N/A	-2,9%	2004,2006,2008
Empresas innovadoras de alto crecimiento	N/A	N/A	N/A

Efectos económicos

Empleo en actividades intensivas en conocimiento (manufacturas y servicios) como porcentaje del empleo total	13,0	0,4%	2008/2009
Exportaciones de productos de media y alta tecnología como porcentaje del total de exportaciones de productos	47,4	-0,3%	2005/2009
Exportaciones de servicios intensivos en conocimiento como porcentaje del total de exportaciones de servicios	49,4	1,5%	2004/2008
Ventas de innovaciones nuevas para la empresa y el mercado como porcentaje de la cifra de negocio	13,3	-0,4%	2004/2008
Ingresos del extranjero por licencias y patentes como porcentaje del PIB	0,21	0,2%	2005/2009

Fuente: Elaboración propia a partir de Innovation Union Scoreboard 2010 (160)

El IUS utiliza los datos más recientes disponibles en el momento del análisis, extraídos de las estadísticas de Eurostat y otras fuentes reconocidas internacionalmente y que permitan la comparabilidad entre países.

En consecuencia, el IUS 2010 no captura los resultados más recientes en innovación, por lo que no es plenamente visible el impacto de las políticas introducidas en los últimos años, que pueden llevar algún tiempo para influir en los mismos, o el impacto de la crisis financiera.

El índice sintético de innovación (ISI 2010)

A partir de los 25 indicadores, se elabora un índice sintético de innovación (ISI), que proporciona una visión general del nivel agregado de innovación en cada país.

La tabla 44 muestra, junto a los valores del ISI en los últimos tres años, calculados con los nuevos indicadores del UIS 2010, los valores que tenían en los años 2008 y 2009 con la metodología del EIS. Puede verse que, en general, los países como España y Portugal que ya estaban en el EIS 2009 en las posiciones altas han visto su ISI incrementado con la nueva metodología hasta en un 20%, mientras que para los que estaban en posiciones más bajas ha disminuido hasta un 23%, de modo que el resultado del cambio de metodología ha sido ensanchar la distancia entre los valores máximo y mínimo, que en el EIS 2009 eran 0,694 y 0,227 y en el IUS 2010 son 0,831 y 0,201, pero sin que, en general, se hayan producido grandes cambios en la posición de cada país.

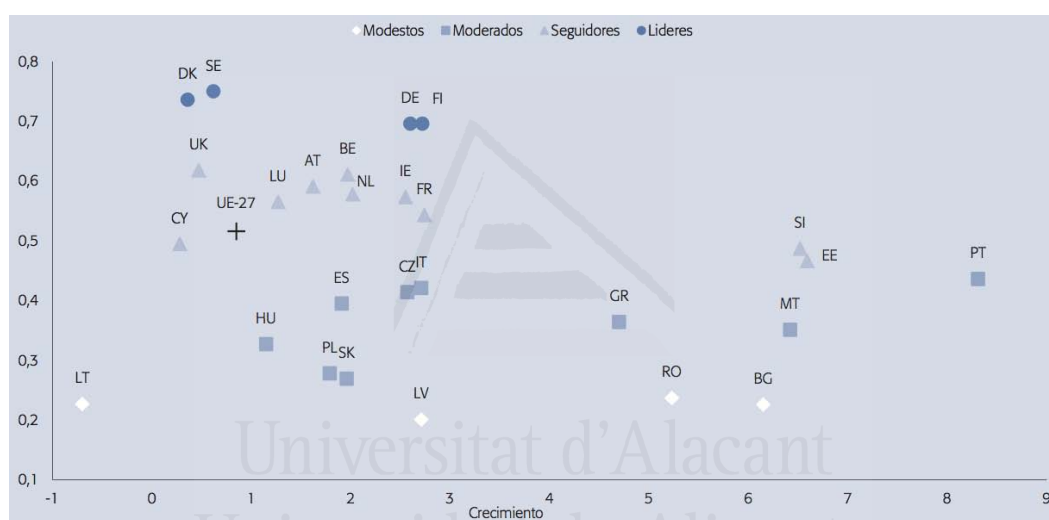
Tabla 44 – Índice sintético de innovación ISI con las metodologías EIS y UIS y su variación

	ISI (EIS)		ISI (UIS)					Crecimiento 2006-2010	Variación EIS-UIS
	2008	2009	2006	2007	2008	2009	2010		
UE-27	0,476	0,478	0,505	0,518	0,517	0,515	0,516	0,85%	8,2%
España	0,373	0,377	0,379	0,384	0,397	0,397	0,395	1,91%	5,9%
Portugal	0,366	0,401	0,320	0,341	0,380	0,401	0,436	8,31%	1,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de «Innovation Union Scoreboard 2010». European Commission (2011).

Si se examinan conjuntamente el valor del ISI en 2010 y su tasa de crecimiento (figura 33), puede verse cómo continúa el proceso de convergencia, ya que, en general, los países con mayor ISI tienen menores tasas de crecimiento, y viceversa.

Figura 33 – Convergencia en innovación en la UE-27



Fuente: «Innovation Union Scoreboard 2010». European Commission (2011).

La tabla 45 agrupa los países de la UE-27 en cuatro categorías, la de los «líderes en innovación» y cuyo crecimiento medio fue el 1,6%, a continuación los «seguidores en innovación», que crecieron en promedio un 2,6%, seguidos por los «innovadores moderados», entre los que se encuentra España, junto con Malta, Portugal, la República Checa, Grecia, Hungría, Italia, Polonia y Eslovaquia, y cuyo crecimiento medio fue el 3,5% (el de España fue solamente el 1,9%). Finalmente, el grupo de los «innovadores modestos», integrado por cuatro países, tuvo un crecimiento medio del 3,3%.

Tabla 45 – Crecimiento del índice de innovación según tipo de país ^(a)

Tasa de	Líderes en	Crecimiento	Crecimiento lento
---------	------------	-------------	-------------------

		crecimiento	crecimiento	Moderado	
Líderes innovación	en	1,6	Finlandia y Alemania	Dinamarca y Suecia	
Seguidores innovación	en	2,6	Estonia y Eslovenia	Austria, Bélgica, Francia, Irlanda, Luxemburgo y Holanda	Chipre y Reino Unido
Moderados innovación	en	3,5	Portugal y Malta	República Checa, Grecia, Hungría, Italia, Polonia, Eslovaquia y España	
Modestos innovación	en	3,3	Bulgaria y Rumanía	Letonia	Lituania

^(a)La tasa media de crecimiento anual se calcula en un período de cinco años.

Fuente: Elaboración propia a partir de «Innovation Union Scoreboard 2010». European Commission (2011).

G. Las Políticas e Estrategias Españolas de I+D+i

El Plan Nacional de I+D (2008-2011)

El Plan Nacional de I+D es el instrumento de programación con que cuenta el sistema español de ciencia y tecnología y en el que se establecen los objetivos y prioridades de la política de investigación, desarrollo e innovación a medio plazo, según se establece en la vigente Ley de la Ciencia.

El Plan Nacional de I+D (2008-2011), se inscribe en el marco de referencia de la Estrategia Nacional de Ciencia y Tecnología (ENCYT), en la que se recogen los grandes principios y objetivos generales que han de regir las políticas de ciencia y tecnología, tanto nacionales como regionales, en el horizonte temporal 2007–2015. Este gran acuerdo político contempla como principios básicos los siguientes: poner la I+D al servicio de la ciudadanía, del bienestar social y de un desarrollo sostenible, con plena e igual incorporación de la mujer; hacer de la I+D+i un factor de mejora de la competitividad empresarial; y reconocer y promover la I+D como elemento esencial para la generación de nuevos conocimientos.

Los objetivos del Plan Nacional de I+D (2008-2011), de acuerdo a los principios que marca la ENCYT, son los siguientes:

- Situar a España en la vanguardia del conocimiento.
- Promover un tejido empresarial altamente competitivo.
- Desarrollar una política integral de ciencia, tecnología e innovación; la imbricación de los ámbitos regionales en el sistema de ciencia y tecnología.
- Avanzar en la dimensión internacional como base para el salto cualitativo del sistema.
- Conseguir un entorno favorable a la inversión en I+D+i.

- Fomentar la cultura científica y tecnológica de la sociedad.

El Plan Nacional de I+D (2008-2011) cambia el modelo de pasadas ediciones, basado en áreas temáticas, para construirse a partir de la definición de los instrumentos. Así, el plan está estructurado en torno a cuatro áreas directamente relacionadas con los objetivos generales y ligadas a programas instrumentales: área de generación de conocimientos y capacidades; área de fomento de la cooperación en I+D; área de desarrollo e innovación tecnológica sectorial; y área de acciones estratégicas.

En función de los objetivos y áreas citados, el plan establece seis líneas instrumentales de actuación (LIA), que se desarrollan a su vez a través de trece programas nacionales (PN), que establecen cinco acciones estratégicas (AE) que representan las apuestas del Gobierno en materia de I+D, en los siguientes ámbitos temáticos: salud, biotecnología, energía y cambio climático, telecomunicaciones y sociedad de la información, nanociencia y nanotecnología, nuevos materiales y nuevos procesos industriales.

La Estrategia Estatal de Innovación (E2I)

La Estrategia Estatal de Innovación (E2I), constituye el programa de actuación de la Secretaría General de Innovación del Ministerio de Ciencia e Innovación (MICINN) que aglutina un conjunto de elementos que existen y están disponibles para ponerlos al servicio del cambio del modelo productivo en España.

El objetivo esencial a largo plazo es llegar a ocupar el noveno puesto de la innovación en el mundo, para lo cual será necesario duplicar la economía de la innovación.

La Estrategia Estatal de Innovación (E2I) se materializa gráficamente en un pentágono cuyos cinco lados o ejes se muestran en la figura 34.

Figura 34 – Ejes de la Estrategia Estatal de Innovación (E2I)



Fuente: Elaboración propia a partir de Secretaría General de Innovación del Ministerio de Ciencia e Innovación (MICINN),2010

Eje de Finanzas

Se compone de cuatro vectores, que tienen por finalidad favorecer que el dinero circule en las actividades innovadoras.

Eje de Mercados

El objetivo de este eje es alcanzar una convergencia entre las prioridades sociales y los mercados innovadores en los que España tenga capacidad competitiva internacional.

Los mercados que giran en torno a este eje son los correspondientes a los ámbitos sectoriales de salud, asistencial, medio ambiente, servicios públicos, energía, industria de la ciencia, turismo y bienes de equipo, considerando para cada uno de ellos las necesidades tecnológicas y de investigación que abarcan y el despliegue innovador que conllevan.

Eje de Internacionalización

Se persigue incentivar al mundo empresarial para que coopere con la mayor libertad posible con diversas zonas del mundo, para poder incorporar la estrategia internacional a su desarrollo empresarial. El objetivo es pasar de la cifra actual negativa en la balanza tecnológica, para conseguir tener en 2015 un resultado positivo.

Las vertientes en las que se desarrolla este eje son las siguientes:

- Europa: A través de acciones en el ámbito del Plan Europeo de Innovación, que se articulan con la Presidencia Española de 2010, procurando que exista el mayor grado de alineamiento posible con la Estrategia Estatal de Innovación (E2I); y de acciones de fomento de la participación en el VII Programa Marco de I+D, con la finalidad de aumentar los retornos españoles hasta el 10%.
- Iberoamérica: El objetivo de este vector es incrementar los lazos de cooperación tecnológica con Iberoamérica, gestionando 80 proyectos en el marco del nuevo programa Iberoamérica Innova, resultado de fortalecer y transformar el actual Iberoeka.
- Resto del mundo: Se pretende potenciar la apertura del sistema de innovación español a través de acuerdos de codesarrollo con una serie de zonas (Japón, China, India, EEUU).
- Cooperación al desarrollo: El objetivo de este vector es fomentar la firma de acuerdos de cooperación al desarrollo en los que la tecnologías españolas del agua y la energía y las capacidades en salud y construcción, puedan tener aplicación en las zonas geográficas del Mediterráneo, Iberoamérica, África, etc.

Eje de la Cooperación Territorial

La AGE debe proporcionar valor a los programas regionales de las comunidades autónomas en materia de innovación, buscando espacios de gestión compartida, en lugar de espacios exclusivos, permitiendo el acceso de las mismas a fondos internacionales evitando la duplicidad en actividades de I+D.

Esto se logrará a través de una estrecha relación de planificación, de cooperación y de seguimiento, incluidos los fondos estructurales, el fondo tecnológico o los fondos que surjan del plan europeo de innovación.

Eje de Personas

El crecimiento desarrollado por España en los últimos años en ocupación media de personas en actividades de I+D, no ha servido todavía para situar al país entre los más avanzados de la Unión Europea.

El Programa Torres Quevedo de incorporación de doctores y tecnólogos a las empresas supone un cambio muy importante para las empresas receptoras, ya que aprovechan el conocimiento científico para transformarlo en innovación.

La socialización de la innovación es otro de los vectores de este eje, por el que se promoverán las innovaciones de todo tipo, incluyendo las no tecnológicas como las sociales, las organizativas, etc. La implantación de modelos de gestión EFQM en las empresas, por ejemplo, es una forma práctica y concreta de incorporar a las personas al proceso innovador en las organizaciones.

El Plan INNOVACCION 2010

El Plan INNOVACCION 2010 es una de las acciones de desarrollo de la Estrategia Estatal de Innovación, que incluye además los planes y acciones del CDTI, iniciativas legislativas, acciones interministeriales, acciones en cooperación con las comunidades autónomas y el impulso a la estrategia Europe 2020 y al Plan Europeo de Investigación e Innovación.

Los resultados previstos del Plan INNOVACCION 2010 son los siguientes:

- Unos retornos esperados de la UE (tanto del VII Programa Marco, fondos FEDER y otros) de 698,2 millones de euros.
- Una inversión privada en innovación de 2.327,4 millones de euros al año.
- La incorporación al colectivo de empresas innovadoras de 3.936 entidades.
- Una generación de empleo cualificado, tanto directo como indirecto, de 93.807

personas.

Para ello, el programa movilizará los medios siguientes:

- 2.600 millones de euros de presupuesto.
- Siete convocatorias competitivas (INNPLANTA, INNOEUROPA, INNCIDE, INNFLUYE, INNPACTO, INNOCAMPUS-CEI e INNCORPORA).
- Cuatro acciones financiadas (INNOCASH, INNVIERTE, INNTEGRA e INNVENTA).
- Tres acciones estructurales (INNPLICA, INNGENIA e INNPULSO).

Cada una de estas convocatorias, acciones financiadas y acciones estructurales hacen referencia a algún eje de la Estrategia Estatal de Innovación (figura 33).

Figura 35 – Convocatorias, acciones financiadas y acciones estructurales referentes a algún eje de la Estrategia Estatal de Innovación



Fuente: Elaboración propia a partir de Secretaría General de Innovación del Ministerio de Ciencia e Innovación (MICINN), 2010

1.2. Enfoque Ibérico: Programa Nacional de Reformas y Estrategias de Administración Electrónica

Las administraciones públicas, a través de sus políticas, desempeñan un papel crucial en los sistemas de innovación. Por un lado, financian gran parte de la actividad de I+D ejecutada por los centros pertenecientes a las diversas administraciones públicas españolas y portuguesas cuya orientación, calidad y eficacia influye de manera importante en la innovación empresarial; por otro, también proporcionan fondos y

diseñan marcos legales que ayudan a reducir las barreras que tienen las empresas para realizar sus actividades innovadoras.

La presión de la Sociedad para obtener una Administración Pública más eficaz, más cercana, más accesible y centrada alrededor de las necesidades del ciudadano se hace cada día más fuerte. Por ello es fundamental conseguir una orientación de los servicios prestados por los Gobiernos a las necesidades de los ciudadanos y aumentar el grado de madurez de la Sociedad Digital a través de respuestas adecuadas a los Programas Nacionales de Reformas y a las Estrategias de Administración Electrónica. España y Portugal han desarrollado importantes avances en estos dominios, conforme se describe en seguida.

España

Principales objetivos estratégicos y sus principios

De acuerdo con el Portal de Administración Electrónica Nacional - PAe (161), la Declaración Ministerial sobre Administración Electrónica (162), la «Agenda Digital para la Europa (2010-2020) (163)» y el «Plan de acción sobre administración electrónica 2011-2015» (164), junto con el «Plan Avanza 2» (165), constituyen la hoja de ruta de la administración electrónica en España hasta el año 2015.

La política de la administración electrónica forma parte de la actual política de sociedad de la información en España («Plan Avanza 2»), que está alineado con la iniciativa i2010 (166) de la UE. Lo acompaña una «Ley de la administración electrónica» (167) que es la base para la reforma administrativa.

A. El «Plan Avanza»

El Plan «Avanza» para el desarrollo de la sociedad de la información forma parte de «Ingenio 2010» (168), un programa más amplio, cuyo objetivo es dar un nuevo impulso a la I + D en España en el marco del Programa Nacional de Reformas diseñado por el Gobierno.

La aplicación del «Avanza» se basa en un modelo cooperativo en virtud del cual cada una de las 17 Comunidades Autónomas tiene un plan de acción individual y la contribución presupuestaria. Esto se articula en torno a los acuerdos bilaterales firmados entre el Gobierno y cada Comunidad Autónoma.

El Plan apuesta por una administración electrónica centrada en el usuario que, además, supera los retos más serios que enfrentan unos servicios públicos electrónicos, es decir, su desarrollo desigual y la calidad y su falta de integración cuando estos servicios son ofrecidos por las administraciones o departamentos distintos. Estas son algunas de las características que son comunes a la primera fase del plan (inicialmente establecido para el período 2006-2010) y su nueva etapa, «Avanza2», lanzado en enero de 2009, fijado inicialmente para funcionar hasta el año 2012. A medida que el «Avanza» Plan sigue siendo una iniciativa en constante evolución, una segunda estrategia (2011-2015) fue aprobado el 16 de julio de 2010.

B. La primera fase de la «Avanza» Plan (2006-2008)

La primera fase del Plan (169) para el «Desarrollo de la Sociedad de la Información y de Convergencia con Europa y entre Comunidades Autónomas y Ciudades (2006-2010)» («Avanza») fue aprobado por el Consejo de Ministros español el 4 de noviembre de 2005.

La primera versión del Plan «Avanza» se orientó hacia el uso adecuado de las TIC, a fin de contribuir a la aparición de un modelo de crecimiento económico basado en el aumento de la competitividad y la productividad, la igualdad social y regional, así como el aumento de la los ciudadanos el bienestar y la calidad de vida.

Uno de los cinco principales campos de acción que participan en esta primera versión fue unos servicios públicos electrónicos. Se tomaron medidas para permitir la entrega de nuevos servicios públicos de fácil y mejor, así como la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos y una mayor eficiencia para las empresas españolas.

C. La segunda fase del «Plan Avanza» – «Plan Avanza 2» (2009-2012)

Con ocasión del Consejo de Ministros de 30 de enero de 2009, el Ministro de Industria, Turismo y Comercio, Miguel Sebastián Gascón, presentó oficialmente la segunda fase del Plan para el desarrollo de la sociedad de la información.

El «Plan Avanza 2 (165)» (2009-2012) tiene como objetivo consolidar los logros alcanzados durante la primera fase del Plan al tiempo que contribuye a fomentar la demanda de las TIC y para fortalecer la industria de las TIC.

«Avanza2» se estructura en torno a cinco líneas de acción:

- Desarrollo y Capacitación de las TIC: apoyar a las empresas, en particular las PYME, en el desarrollo de nuevos productos de las TIC, procesos, aplicaciones, contenidos y servicios, y que participen en la creación de la Internet del Futuro y los contenidos digitales. Los programas de innovación relacionados con la sociedad de la información y dirigidas a la mejora de la competitividad del sector español de las TIC van a recibir beneficios y financiación específica.
- Formación en TIC: para incluir masivamente a ciudadanos y empresas en la sociedad de la información, especialmente las PYME y sus trabajadores, las personas con discapacidad y los ancianos.
- Servicios Públicos Digitales: para mejorar la calidad de los servicios públicos prestados por la «Administración Pública en red», se presta especial apoyo al Gobierno Local y en el desarrollo de las funcionalidades de la tarjeta nacional de identificación electrónica (DNI electrónico). Asimismo, esta línea apoyará la creación de nuevas plataformas y contenidos en el ámbito de la educación y en el sanitario a partir de los logros de Avanza, que han situado a España en vanguardia mundial en ambos campos.
- Infraestructura y Confianza: entre otros objetivos, esta línea de acción impulsará aún más el desarrollo y la creación de la sociedad de la información a nivel local con el fin de mejorar la prestación de los servicios públicos electrónicos al ciudadano y las empresas mediante el uso de las TIC.
- Seguridad y Accesibilidad: el objetivo de esta línea de acción tiene un doble objetivo de reforzar la confianza en las TIC entre ciudadanos y empresas, mediante políticas públicas de seguridad de la información, y fomentar la accesibilidad de los servicios TIC.

D. Estrategia de administración electrónica del «Plan Avanza 2» (2011-2015)

El Consejo de Ministros aprobó, el 16 de julio de 2010, la segunda estrategia (2011-2015) del Plan Avanza 2 (170).

Se ha incorporado las acciones llevadas a cabo y ha actualizado los objetivos iniciales para adaptarse a los nuevos retos de la sociedad en red. Una nueva etapa de las cinco áreas estratégicas para la acción ha comenzado: Infraestructura, Confianza y Seguridad;

Formación Tecnología, Contenidos Digitales y Servicios; Desarrollo y Capacitación de las TIC.

Una de las principales aportaciones del «Plan Avanza2» es contribuir para el cambio en el modelo económico del país a través de las TIC y permitir un aumento de la competitividad y la productividad, la promoción de la igualdad de oportunidades y revitalizar la economía y la consolidación de un modelo de crecimiento económico sostenible.

La primera fase del «Plan Avanza» trató de recuperar el retraso entre España y la Unión Europea, especialmente en la cobertura y la conectividad, la estrategia del «Plan Avanza2» busca situar a España en una posición de liderazgo en el desarrollo y uso de productos y servicios TIC avanzados de las TIC.

En este contexto, la Estrategia 2011-2015 del «Plan Avanza2» va a centrar sus esfuerzos en la consecución de los siguientes 10 objetivos que facilitarán la superación de los retos definidos:

- promover procesos innovadores de las TIC en los Gobiernos Regionales de las Comunidades Autónomas;
- extender la aplicación de las TIC a la sanidad y al bienestar social;
- potenciar la aplicación de las TIC al sistema educativo y formativo;
- mejorar la capacidad y la extensión de las redes de telecomunicaciones;
- extender la cultura de la seguridad entre los ciudadanos y las empresas;
- incrementar el uso avanzado de servicios digitales por los ciudadanos;
- extender el uso de soluciones empresariales TIC para los negocios;
- desarrollar la capacitación tecnológica en el sector de las TIC;
- fortalecer el sector de contenidos digitales garantizando una mejor protección de la propiedad intelectual en el actual contexto tecnológico y dentro del marco jurídico español y europeo;
- desarrollar la sustentabilidad en el sector de las TIC;

E. Plan para la reducción de cargas administrativas y mejora de la regulación (2008-2012)

En junio de 2008, el Consejo de Ministros español aprobó un «Plan para la Reducción de las cargas administrativas y mejora de la regulación» (171) con el fin de mejorar la competitividad de las empresas españolas. El Gobierno ha aprobado medidas que se

adoptaron en los procedimientos para las empresas y en las medidas a ser implementadas por los diferentes ministerios españoles. Las aplicaciones desarrolladas para la administración electrónica están en la vanguardia de este esfuerzo por reducir la burocracia en los negocios - y en particular de las PYME. Es de notar que muchas de estas medidas tienen también por objeto acelerar el intercambio de información entre los ciudadanos con la Administración Pública.

Portugal

F. Plan Tecnológico (2005-presente)

La administración electrónica en Portugal se fundamenta en gran parte en su Plan Tecnológico (172), un esfuerzo más amplio para promover el desarrollo de la sociedad de la información y mejorar la competitividad del país. El Plan, presentado en noviembre de 2005, constituye el punto focal de la política económica del Gobierno. Se compone de una serie de medidas transversales articuladas destinadas, entre otros objetivos, a la modernización de la Administración Pública.

El plan se basa en tres ejes estratégicos:

- Conocimiento: para calificar a los ciudadanos para la sociedad del conocimiento mediante el fomento de medidas estructurales encaminadas a mejorar el nivel de calificación promedio de la población, mediante la implementación de un sistema de aprendizaje permanente amplia y diversificada, así como movilizar a los ciudadanos para la sociedad de la información.
- Tecnología: para superar la brecha científica y tecnológica mediante el fortalecimiento de las competencias nacionales científicos y tecnológicos, tanto públicos como privados, reconociendo el papel desempeñado por las empresas de la mano de obra calificada y la capacitación en actividades de I + D.
- Innovación: para impulsar la innovación, ayudando a la cadena productiva para adaptarse a los retos de la globalización por medio de la difusión y desarrollo de nuevos procedimientos, sistemas de organización, servicios y productos.

Através de estos tres ejes principales, el programa de acción define un conjunto de medidas a fin de lograr sus objetivos y metas (173), muchas de ellas están directamente relacionadas con la administración electrónica:

- La administración pública: creación de la Tarjeta Ciudadana, que combina en un solo documento de identificación, la seguridad social, el servicio nacional de salud, el contribuyente y las tarjetas de votación; creación del pasaporte electrónico portugués; creación de la Red de Conocimiento común de la Administración Pública; creación de la Red de Conocimiento de las bibliotecas públicas (bibliotecas digitales); aplicación de un sistema de facturación electrónica de control por la Administración Pública.
- Servicios públicos en línea: simplificación del uso y la oferta de Internet de banda ancha; creación del buzón de correo electrónico universal; promoción de la democracia electrónica; creación de bibliotecas digitales; creación de la formación y el portal de empleo.
- Empresas: aplicación de la iniciativa firme en el terreno; La creación de una red nacional de servicios opera a través de centros tecnológicos; puesta en marcha de redes urbanas para la Competitividad y la Innovación.

G. Agenda Digital 2015 - Nuevas Tecnologías. Mejor Economía

Tras la aprobación de la «Agenda Digital para Europa (2010-2020) (163)», una nueva fase del Plan Tecnológico se presentó en septiembre de 2010, titulado «Agenda Digital 2015 - Nuevas Tecnologías. Mejor economía (174)». El documento estratégico evidencia la busca por mejorar la calidad de la prestación de servicios para ciudadanos y empresas mediante el uso de redes de nueva generación (RNG). Contiene 26 medidas, algunas de las cuales actualmente están siendo implementadas.

Principales medidas de administración electrónica son:

1. Redes de Próxima Generación (RNG) - Para instalar una red de telecomunicaciones a escala nacional, con transmisión de banda ancha aumentó y la capacidad de ancho de banda disponible para el usuario final que crea altos servicios de valor añadido para los ciudadanos y las empresas, con un impacto sobre su eficiencia.

Por otra parte, las RNG contribuirán a la reducción de las emisiones de carbono y promover la igualdad y la unidad nacional, ya sea social o económica. Con el tiempo deben crear las condiciones para el desarrollo de las empresas que prestan servicios y productos avanzados en la tecnología de la información, electrónica y comunicaciones (TIC) con el fin de ayudarles a acceder a los mercados internacionales.

2. Mejor gobernanza - Para garantizar que los ciudadanos y las empresas pueden tener acceso a mejores servicios públicos, junto con el alto nivel de disponibilidad en línea ya alcanzados, identificar y promover soluciones con un impacto en la sociedad portuguesa y con alto potencial de exportación.

3. Excelencia en la Educación - Para crear plataformas que pueden motivar a los diferentes actores de la comunidad educativa en la implementación de prácticas que hacen posible el uso de herramientas TIC en la enseñanza y los contextos de aprendizaje, para traer un nuevo dinamismo en el mercado de contenidos en el contexto de la lengua portuguesa.

4. Salud de proximidad - Desarrollar e implementar plataformas inteligentes que optimizan la prestación de asistencia sanitaria de proximidad y la generación de soluciones que se pueden exportar a otros mercados. Para garantizar que la información médica está disponible para el público y para los profesionales de la salud que proporcionan estos servicios, en un método seguro y adecuado, en el momento y lugar en que se le pide.

5. Movilidad Inteligente - Para el desarrollo de soluciones tecnológicas de movilidad y para apoyar la movilidad inteligente y optimización de la energía con un fuerte de cosecha propia sobre la base de aporte tecnológico: las competencias nacionales en TI; los grupos de exportación, las competencias nacionales en las redes inteligentes, el conocimiento de las tecnologías asociadas a la movilidad electrónica que trabajará en estrecha cooperación con los polos de competitividad, los clusters industriales ya existentes y la adaptación a los nuevos paradigmas.

H. SIMPLEX '10 - El más simple, mejor

Además del Plan Tecnológico, la administración electrónica está estrechamente relacionada con el «Simplex», un amplio programa anual de simplificación administrativa y legislativa que se refiere a la necesidad de simplificar el sector público y su prestación de servicios.

Se han establecido objetivos y acciones para el «Programa Simplex 2010 (175)», cuyo objetivo global es mejorar el intercambio entre los ciudadanos y los servicios públicos, para reducir los costos contextuales para las empresas y sus interacciones con dichos servicios y para hacer más eficiente la Administración Pública.

Los siguientes cinco objetivos principales se han propuesto:

- Servicios fáciles de usar: servicios simplificados con menor carga administrativa, una mayor transparencia y menor tiempo de espera.
- Los ciudadanos próximos a los servicios: servicios de ventanilla única que son ya sea físico o virtual para eventos de la vida que llegan al ciudadano y las empresas a través de sms o por teléfono.
- Servicios a la medida: los servicios que atienden a los ciudadanos, donde la participación se busca y valora para la selección de prioridades en la planificación de medidas para simplificar y evaluar a los servicios.
- Servicios más valorados: los servicios que se consideran significativos, asociados con los indicadores estadísticos, el número de usuarios, los tiempos de respuesta, los costos, la simplificación de los ahorros para las empresas y el grado de satisfacción de los ciudadanos para mejorar los servicios públicos.
- Hacer más con menos: servicios eficientes con una mayor cooperación entre los departamentos de la administración central y la administración local, con un mejor aprovechamiento de las capacidades existentes, el intercambio y la reutilización de los recursos para la eficacia de los servicios públicos.

El «Simplex 2010» contiene 129 medidas que implican la Administración Pública, y están destinadas a: facilitar la vida de los ciudadanos con respecto a los servicios públicos, eliminar y/o disminuir la carga burocrática impuesta a las actividades empresariales, mejorar la eficiencia de los servicios públicos, reducir los costes operativos y simplificar la interacción con sus empleados.

La consulta pública del «Simplex 2010» dio lugar a 343 contribuciones de los ciudadanos y las empresas.

I. Simplegis 2010-2011

«Simplegis» (176) es un sub-programa del «Simplex», que prevé un sistema legal más transparente y menos complicada en Portugal. Entre sus objetivos está la eliminación de formalidades innecesarias, la simplificación de los procedimientos y/o la introducción de nuevos servicios en línea o en las ventanillas únicas.

Su objetivo es generar beneficios importantes para los ciudadanos y las empresas, que se centran principalmente en los siguientes aspectos:

- Transparencia: información para los ciudadanos y las empresas sobre las normas y reglamentos que se aplican a sus vidas y actividades diarias.

- Reducción de costos: un ahorro anual estimado de € 200 millones en costos directos incurridos por los ciudadanos y empresas.
- Refuerzo de la aplicación: una mayor eficiencia al tiempo que garantiza plenamente que las leyes producen los resultados esperados.
- Prestigio internacional: el cumplimiento permanente de las obligaciones de Portugal hacia la UE en cuanto a la transposición de la legislación, con las consiguientes ganancias en el prestigio mundial del país.

2. Reflexiones sobre la Gestión de la Innovación en la Península Iberica

«La innovación -y su medición- es la única competencia medular que necesitan todas las organizaciones.»

Peter Drucker (1909-2005)

A. El progreso hacia el cumplimiento de la Estrategia Europa 2020 en I+D+i

España

La I+D en España ha crecido de intensidad de 0,91% en 2000 al 1,38% en 2009, que es uno de los mayores aumentos de todos los Estados Miembros de la UE. Esta tendencia positiva se debe a un aumento de los recursos públicos y de empresas comerciales a la I+D. La financiación pública a la investigación y la innovación se redujo ligeramente en el presupuesto nacional de 2010. Para 2020, España ha establecido un objetivo para el sistema nacional de I+D de incrementar la intensidad al 3%, lo que es alcanzable, pero se requeriría un aumento de la tasa de crecimiento promedio anual, principalmente de las empresas en I+D. Dada la estructura de la economía española, las reformas para un cambio estructural sería necesario hacia una economía más intensiva en conocimiento. En comparación con otros países, España tiene margen para aumentar tanto la intensidad de I+D en los actuales sectores de alta tecnología y medianas de alta tecnología – (acercándose a la frontera tecnológica) y para aumentar la intensidad del conocimiento en los sectores más tradicionales de la economía. Esfuerzos ya realizados en este sentido se reflejan en algunas cifras, tales como el número de empleados en el sector de fabricación de alta y media-alta tecnología, donde España es el sexto país de la UE.

Portugal

La cifra de Portugal en intensidad de I+D (GERD/PIB) es de 1,66% en 2009 (0,71% pública + 0,96% privados). Esto se compara con el 0,73% en el año 2000, después de haber tenido una tasa media de crecimiento muy elevado del 10,2% para el período 2000-2009. La principal característica de este período es el fuerte crecimiento del gasto privado (0,28% del PIB en 2000) cada vez mayor que el gasto público a partir de 2006. A pesar de la crisis, el gasto público en I+D aumentó en 2009 a 205 millones de euros. Con el fin de aumentar su competitividad económica, mejorando su productividad y cambios en la estructura de las empresas exportadoras, Portugal tendrá que mantener sus esfuerzos en aumentar sus inversiones en investigación e innovación.

Las autoridades portuguesas han reconocido esto y han establecido un acuerdo ambicioso, un siendo realista de la I+D objetivos para 2020: en I+D deben tener en cuenta el 2,7% - 3,3%, de los cuales 1,0% - 1,2% en el sector público y el 1,7% - 2.1% en el del sector privado.

La investigación y la innovación

España

El principal desafío en el español de I+D es aumentar el gasto empresarial en I+D, que en 2009 sólo ascendió a 0,72% del PIB, por debajo del promedio de la UE del 1,25%, y muy por debajo de la cifra de 65-70% de los países con mejor desempeño en Europa y el mundo (Alemania, los Países Nórdicos, Suiza, Japón y Estados Unidos). Sin embargo, desde el año 2000, las empresas han aumentado su gasto en I+D, que ha crecido como proporción del PIB en casi un 45% durante el período 2000-2009.

También la intensidad de capital de riesgo ha aumentado considerablemente a 0,13% del PIB en 2008. El aún bajo nivel de gasto empresarial en I+D tiene un impacto negativo en la tecnología de España y la innovación, y su capacidad de producción de tecnologías y el mundo competitivo de nuevos productos intensivos en conocimiento.

España es un país dinámico con una creciente preocupación para la investigación e innovación. Durante el período 2000-2008, España se ha incrementado no sólo su gasto interno en I+D, sino también la cooperación científica internacional, la calidad de la producción científica, el desarrollo tecnológico y el conocimiento de intensidad de su economía. Aunque el crecimiento en los nuevos graduados de doctorado es menor que en la UE, España tiene una de las tasas más altas del mundo en grados de ciencias e

ingeniería como porcentaje de todas las nuevas titulaciones. Por otra parte, el número de investigadores como % del empleo total ha ido creciendo constantemente desde el año 2000, a una tasa de crecimiento medio anual del 3,60%, más que la media de la UE. En cuanto a los ingresos de licencias y patentes en el extranjero, España ha crecido más que la UE. Sin embargo, la proporción de títulos de doctorado en la población activa está todavía muy por debajo de la media de la UE, y la tasa de desempleo de los investigadores es una de las más altas de la UE.

Portugal

La investigación portuguesa y el sistema de innovación se caracteriza por una participación creciente del sector privado en el financiamiento y el rendimiento, aunque las empresas siguen invirtiendo cerca de 2/3 de la media de la UE en I+D.

Portugal está superando los índices en los graduados de título de doctorado e investigadores empleados, como consecuencia de los importantes recursos prestados por el Estado, después de haber superado la media de la UE sobre estos recursos. Sin embargo, el nivel de educación secundaria y superior sigue siendo baja, aunque ha mejorado. En las tasa de co-publicaciones científicas internacionales y sus citas en todo el mundo, Portugal también ha progresado bien y alcanzó niveles de la media de la UE – aunque se mantienen a menos de 1/8 de la escala de la UE en las solicitudes de patentes. El empleo en actividades intensivas de conocimiento sigue siendo débil, que, junto con la estructura industrial general del país, lleva a una contribución negativa de la alta tecnología y media-alta tecnología los productos manufacturados de la balanza comercial.

El Marco para la Innovación portugués presenta algunas fortalezas y debilidades más. En virtud de los desequilibrios macroeconómicos, la austeridad del presupuesto público y una gran tasa de desempleo, la mejora de la competitividad de las empresas nacionales es uno de los principales retos.

Todos los indicadores, sino una mejora significativa en el período 2000-2009. Portugal está muy bien posicionada en la cooperación científica internacional de publicaciones, líneas de alta velocidad de banda ancha y las PYME la introducción de innovaciones. Sin embargo, en particular, los gastos de negocio de la empresa en I + D, la tasa de supervivencia de la empresa después de dos años y las solicitudes PCT de patentes siguen estando muy por debajo de la media de la UE. El empleo en actividades

intensivas en conocimiento sigue siendo baja, en virtud de otros países europeos y la media de la UE. Este tipo de empleo no ha mejorado mucho durante el período bajo análisis.

Esto, junto con la contribución negativa de los productos manufacturados de alta tecnología y medio-alta tecnología a la balanza comercial, muestra la necesidad de más alta y media tecnología, las empresas innovadoras, especialmente en ámbitos emergentes.

La participación en el Espacio Europeo de Investigación: colaboraciones Científico y Tecnológico

España

La internacionalización y la conexión con la investigación al nivel más importante de Europa y las redes de innovación siguen siendo un importante desafío para el sistema español de I+D+i. España ha incrementado su cooperación internacional (medida por índice de co-publicaciones y co-patentes) y es uno de los principales países intensivos en investigación en Europa – aunque más científico que en la cooperación tecnológica. Sin embargo, a pesar de los avances, los investigadores españoles y las empresas todavía mantienen una posición marginal en los sistemas de ciencia y tecnología en articulación con las redes de cooperación en Europa. Por otra parte, en la investigación de la UE y en el Programa Marco de Desarrollo, los investigadores españoles tienen vínculos relativamente menores en colaboración con colegas de otros países. Las señales de cambio son la mejor conectividad y articulación internacional de las nuevas generaciones - visibles en los mapas de redes de estudiantes de Erasmus y Marie Curie titulares. En 2009, España fue el 4 ° país en cuanto al número de acuerdos a la subvención Marie Curie. España también tiene una tasa de éxito importante en las subvenciones del Consejo Europeo de Investigación, con 13 Advanced Grants y 23 subvenciones de inicio en el año 2010. España tiene potencial para atraer a más investigadores, si las instituciones de investigación mejoraren aún más su reconocimiento y excelencia internacional.

Portugal

Portugal es un país pequeño y abierto. El sistema de investigación tiene una larga tradición de acoger a investigadores de otros países y de promover la participación de

jóvenes investigadores de otros países a través de acuerdos bilaterales y multilaterales con otros países europeos.

El Laboratorio Ibérico Internacional de Nanotecnología, pusieron en marcha conjuntamente con España, un ejemplo de esa apertura. Un programa conjunto con España se puso en marcha la promoción de proyectos de investigación en nanociencias y las nanotecnologías y un acuerdo de cooperación con España y Francia llegó a la conclusión de una convocatoria de proyectos conjuntos en el conocimiento basado en la bioeconomía.

Portugal se integra en la ampliación de redes de cooperación científica y tecnológica, particularmente en España, el Reino Unido, Francia, Alemania e Italia. Sin embargo, el nivel absoluto de la cooperación tecnológica sigue siendo baja en comparación con la cooperación científica, abogando por las políticas científicas a fomentar aún más su desarrollo.

B. El Panorama Científico y Tecnológico Ibérico (OCDE) (126)

España

La ciencia de España y el perfil de la innovación demuestra una serie de puntos fuertes y muestra mejoras con respecto a los dos años de 2008 a pesar de las difíciles circunstancias económicas.

Gasto bruto en I+D (GERD) ido en aumento desde el 0,9% del PIB en 2000 a 1,4% en 2008, con un promedio de fuerte crecimiento real anual de 8,4%. En 2007, el sector empresarial financió el 46% del total de la ERGE, un poco más de una década antes, y financiación del gobierno aumentó de 39% en 2000 al 44%. Los gastos de negocios de España en I+D (BERD) fue de 0,74% del PIB, también por debajo de la media de la OCDE. Sin embargo, la empresa intensidad de capital ha aumentado considerablemente, y en 2008 fue superior al promedio de 0,13% del PIB. Patentes triádicas son una baja 5,1 por millón de habitantes en 2008. Mientras que sólo el 6% de las empresas introdujeron nuevas en el mercado innovaciones de productos durante el período 2004-06, el 21% llevó a cabo la innovación no tecnológica. 791 artículos científicos por millón de España población fueron ligeramente superiores a la media. Durante el período 2004-06, una baja del 6% de las empresas colaborado internacional en la innovación actividades, con menos del 2% colaborar con los socios europeos. Sin embargo, el 19% de Patentes (PCT) de patentes aplicaciones con co-inventores

extranjeros en 2005-07 fue superior a la media, y en el 2007 por encima del promedio del 7% de la ERGE fue financiado desde el exterior. El rendimiento de los recursos humanos en ciencia y tecnología (RHCT) los indicadores es mixto. En 2007 el 24% de todas las nuevas titulaciones se en la ciencia y la ingeniería. El 25% del total ocupaciones de empleo fueron menores RHCT que el promedio en el año 2008, así como los 6,4 investigadores por cada mil de empleo, aunque esta proporción aumentó considerablemente a partir de 4,7 en el año 2000. Ocupaciones RhCT aumentó en un particularmente fuerte 6,3%, la brecha salarial entre hombres y mujeres se redujo de manera significativa en la última década. El PIB aumentó a un promedio anual del 3% entre 2001 y 2007, pero se desaceleró a 0,9% en 2008 y se contrajo un 3,6% en 2009.

El desempleo aumentó muy grave, el aumento de del 8,3% en 2007 al 18% en 2009. Del Trabajo crecimiento de la productividad promedio de alrededor del 1% entre 2001 y 2008. El PIB per cápita fue 67% en comparación con Estados Unidos en 2008.

El gobierno está trabajando actualmente en una Ley de Ciencia y Tecnología para crear una nuevo marco para la financiación de la investigación y mejorar la coordinación entre el Estado y las administraciones regionales. El Estatal de Innovación Estrategia, basada en áreas centrales de acción, tiene como objetivo, entre otros, para aumentar la número de empresas innovadoras y fortalecer su compromiso con la innovación. El sistema nacional de I+D+I 2008-11 incluye los instrumentos específicos de financiación pública para apoyar la investigación estratégica en salud, biotecnología, energía y cambio climático cambio, las telecomunicaciones y la información sociedades, nanotecnología, nuevos materiales y procesos industriales nuevos.

Portugal

La ciencia de Portugal y el perfil de la innovación revela las fortalezas y debilidades. Se ha mejorado significativamente en los últimos dos años y cuatro indicadores superan el promedio, en comparación con dos en el anterior Perspectivas de las ITS.

Aunque todavía por debajo de la Promedio de la OCDE, el gasto bruto en I + D (ERGE) casi se ha duplicado, del 0,8% del Del PIB en 2000 al 1,5% en 2008. Desde el año 2005, ERGE ha crecido en términos reales por un fuerte promedio anual del 25%. La financiación de la ERGE ha cambiado significativamente: participación de la industria aumentó del 27% en 2000 a 47% n 2007, mientras que la participación del gobierno se redujo de 65% al 45%. La inversión empresarial en I + D (BERD) se incrementó del

0,2% del PIB en 2000 al 0,8% en 2008, en el capital de riesgo 2008 intensidad (0,03% del PIB) fue muy inferior al promedio.

En 2007, Portugal tenía una muy baja 0,9 patentes triádicas por millón de habitantes, pero sus 668 artículos científicos por millón de población estaban más cerca de la media de la OCDE. Mientras que el 12% de las empresas la introducción de nueva salida al mercado productos innovadores durante el período 2004-06 fue justo por debajo de la media, una superior a la media del 54% de las empresas se comprometieron la innovación no tecnológica.

La innovación son los indicadores de vinculación mixtos. Durante el período 2004-06, sólo el 7,5% de las empresas colaboró en las actividades de innovación, pero el 5,4% de la ERGE fue financiado desde el exterior en el promedio y el 33% de la Cooperación de Patentes

Patentes (PCT) las solicitudes de patentes con la cooperación internacional supera los inventores la media por un margen considerable. La proporción de I + D por extranjeros afiliados es superior al 40%. En 2008, Portugal tenía casi ocho investigadores por cada mil de empleo, torno a la media, los números investigador aumentado considerablemente en un 17% en 2006 y el 14% en el año 2007. Ocupaciones de los recursos humanos en ciencia y tecnología (RHCT) fueron un 18% del empleo total, menos que en otros Países de la OCDE, y las mujeres ocupaban más de la mitad de estos. Los graduados representan menos de 20% de la plantilla de Portugal, en comparación con el 35% en el conjunto de la OCDE. Sin embargo, 33% de todos os grados terciarios nuevos en la ciencia y la ingeniería, la segunda más alta en la OCDE. El PIB ha crecido modestamente a un promedio anual de 0,9% entre 2000 y 2007 y un sólo el 0,1% en 2008. En 2009 el PIB cayó un 2,7%, y el desempleo pasó de 7,7% en 2008 al 9,6% en 2009. La productividad del trabajo el crecimiento se desaceleró desde el 3,8% en la década de 1990 a cerca de un 1% anual durante 2000-07, y disminuyó en un 1,5% en 2008. En relación con el Estados Unidos, el PIB per cápita fue de 49%. En abril de 2010, el Ministerio de Ciencia, Tecnología y Educación Superior publicado un informe clave, un nuevo paisaje para la Ciencia Tecnología y Enseñanza Superior de Portugal, que aborda los retos de mantener el crecimiento de la ciencia y la tecnología y describe la manera de participar en acuerdos internacionales redes de conocimiento.

Importante iniciativas de innovación también se encuentran en 2008 el crecimiento del gobierno y Iniciativa de Empleo (Iniciativa para o E Crescimento o Emprego), que incluye el modernización de las escuelas, la promoción de la fuentes de energía

renovables, el apoyo a nueva generación de redes de banda ancha y el apoyo a las pequeñas y medianas empresas.

C. La Dimensión Ibérica en el Séptimo Programa Marco (7PM)

Las políticas regionales y de investigación de la UE están relacionadas de forma muy estrecha y, hasta cierto punto, son dependientes entre sí. La investigación es uno de los muchos aspectos comprendidos en los planteamientos de la política regional para el periodo 2007-2013.

La política de investigación comunitaria reconoce la importancia vital de las regiones de Europa como agentes de la investigación y, cada vez más, las considera el nivel de administración idóneo para la investigación y la innovación. A su vez, la política regional promueve y respalda la transición hacia una economía del conocimiento a nivel regional y contribuye a establecer una infraestructura regional para la investigación.

Asimismo, el 7PM pretende apoyar las 'regiones del conocimiento' e iniciativas que den salida al potencial de investigación de las regiones de la UE y, de ese modo, crear las condiciones adecuadas para llevar a cabo actividades de investigación, creación de conocimientos e innovación en tantas regiones europeas como sea posible.

Los objetivos principales del Séptimo Programa Marco (7PM): programas específicos

A escala comunitaria se llevan a cabo numerosos programas, iniciativas y medidas de apoyo que respaldan el conocimiento.

El Séptimo Programa Marco (7PM) agrupa todas las iniciativas comunitarias relativas a la investigación y desempeña un papel crucial en el logro de los objetivos de crecimiento, competitividad y empleo, complementado por el nuevo Programa Marco para la Competitividad y la Innovación (CIP), programas de educación y formación y Fondos Estructurales y de Cohesión en apoyo de la convergencia y la competitividad de las regiones. Constituye también un pilar fundamental del espacio europeo de investigación (EEI).

Los amplios objetivos del 7PM se han agrupado en cuatro categorías: Cooperación, Ideas, Personas y Capacidades. Para cada tipo de objetivo hay un programa específico que se corresponde con las áreas principales de la política de investigación de la UE y en la tabla 54 podemos identificar los principales resultados en la participación de España y Portugal al 7PM.

Tabla 46 – España y Portugal en el Séptimo Programa Marco (7PM): Principales Resultados

		España	Portugal
Solicitudes	Propuestas elegibles que se presentaron en respuesta a las 248 convocatorias del 7PM	15 512	4 280
	Número de candidatos/entidades participantes	25 257 (8.45 % de la EU-27)	5 764 (2.16 % de la EU-27)
	Contribución económica comunitaria solicitada	7 463.68m EUR (8.45 % de la EU-27)	1 426.35m EUR (1.62 % de la EU-27)
	<u>Ranking entre los 27 países de la UE, en relación a:</u>		
	Número de candidatos/participantes	4º	13º
Tasas de Éxito	Contribución económica solicitada	5º	14º
	Porcentaje de la tasa de éxito de las propuestas sometidas en relación con la tasa de éxito EU-27 (21.6%)	20.3%	19.7%
	Porcentaje de la tasa de éxito de la contribución económica solicitada en relación con la tasa de éxito EU-27 (20.7%)	18.0%	15.9%
	<u>En concreto, tras la evaluación y selección, un total de</u>		
	Propuestas que fueron seleccionadas para su financiación	3 152 (20.3%)	853 (19.9%)
Acuerdos de subvención firmados	Candidatos seleccionados	5 118 (20.3 %)	1 138 (19.7%)
	Contribución económica comunitaria	1 342.32m (18.0 %)	226.77m (15.9%)
	<u>Ranking entre los 27 países de la UE, en relación a:</u>		
	Tasa de éxito de los candidatos	15º	18º
	Tasa de éxito de la contribución económica comunitaria	11º	15º
Acuerdos de subvención firmados	Acuerdos de subvención firmados	2 646	716
	Participantes	28 295 participantes de los cuales 4 282 (15.13%) son de España	9 309 participantes de los cuales 960 (10.31 %) son de Portugal
	Se benefician de un total	EUR 7 908.95m de la Contribución económica comunitaria de los cuales EUR 1 198.25m (15.15%) se dedica a los participantes de España	EUR 2 502.09m de la Contribución económica comunitaria de los cuales EUR 205.65m (8.22 %) se dedica a los participantes de Portugal
	<u>Ranking entre los 27 países de la UE, en relación a:</u>		
	Numero de participaciones	5º	14º
Desempeño y participación de las PYMES	Presupuesto compartido	6º	14º
	Porcentaje de la tasa de éxito de las propuestas sometidas en relación con la tasa de éxito EU-27 (19.33%)	17.65%	16.61%
	Porcentaje de la tasa de éxito de la contribución económica solicitada en relación con la tasa de éxito EU-27 (18.26%)	16.47%	14.12%
	PYME solicitados	7 987 ES PYME solicitados EUR 1 965.05m	1 764 PT PYME solicitados EUR 384.02m
	PYME solicitados con éxito	1 410 (17.65%) PYME solicitados con éxito EUR 323.66m (16.47%)	293 (16.61%) PYME solicitados con éxito EUR 54.21m (14.12%)
Desempeño y participación de las PYMES	<u>En los acuerdos de subvención firmados,</u>		
	PYME beneficiarios	854 ES PYME beneficiarios, i.e., 19.94% de la participación total de ES	204 PT PYME beneficiarios, i.e., 21.25% de la participación total de PT

Tabla 46 – España y Portugal en el Séptimo Programa Marco (7PM): Principales Resultados

		España	Portugal
Presupuesto compartido		EUR 184.07m, i.e., 15.36% de lo presupuesto compartido de ES	EUR 43.23m, i.e., 21.02% de lo presupuesto compartido de PT
Top 3 de las relaciones de colaboración	Intensidad de la colaboración por País e número de iniciativas	DE – Alemania (3 487) UK – Reino Unido (2 923) FR – Francia (2 654)	DE – Alemania (973) UK – Reino Unido (863) IT – Italia (806)
	Indicadores de la Innovación (2008)	17º Debajo media UE-27 Innovador moderada	16º Debajo media UE-27 Innovador moderada
	Nr. de FP7 candidatos	(% EU-27*): 25 257 (9.48 %): 266 507	(% EU-27*): 5 764 (2.16 %): 266 507
Resumen de datos comparativos relevantes	Req. contribución económica comunitaria por candidatos en EUR millón	(% EU-27*) 7 463.68 (8.45 %) 88 295	(% EU-27*): 1 426.35 (1.62 %): 88 295
	Nr. de FP7 candidatos con éxito	(% EU-27*) 5 118 (8.65 %) 59 199	(% EU-27*): 1 138 (1.92 %): 59 199
	Tasa de éxito de FP7 candidatos (EU-27 – 21.6%)	20.3%	19.7%
	Tasa de éxito FP7 contribución económica comunitaria (EU-27 – 20.7%)	18.0%	15.9%
	Nr. de FP7 beneficiarios	(% EU-27*): 4 282 (8.35 %) 51 279	(% EU-27*): 960 (1.87 %) 51 279
	Contribución económica comunitaria por FP7 beneficiarios en EUR millón	(% EU-27*): 1 198.25 (7.23 %) 16 578.15	(% EU-27*): 205.65 (1.24 %) 16 578.15
	Nr. de FP7 coordinadores	(% por beneficiarios): 901 (21.04 %) 9 383 (18.30 %)	(% por beneficiarios): 139 (14.48 %) 9 383 (18.30 %)
	Nr. de FP7 PYME beneficiarios	(% por beneficiarios): 854 (19.94 %) 8 845 (17.25 %)	(% por beneficiarios): 204 (21.25 %) 8 845 (17.25 %)
	Contribución económica comunitaria por FP7 PYME beneficiarios en EUR millón	(% por beneficiarios): 184.07 (15.36 %) 2 207.73 (13.32 %)	(% por beneficiarios): 43.23 (21.02 %) 2 207.73 (13.32 %)

Fuente: Elaboración propia a partir de Innovation Union Competitiveness Report 2011, DG Research and Innovation/OECD (Datos actualizados a 2011/03/16)



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ESTRATEGIAS DE COOPERACIÓN

«Crisis is the best thing that can happen to people and to countries, because crisis brings progress. Creativity is born out of anguish just as day is born out of the dark night. It is in crisis that invention, discoveries and grand strategies are born. He, who overcomes a crisis, overcomes himself without being «overcome»».

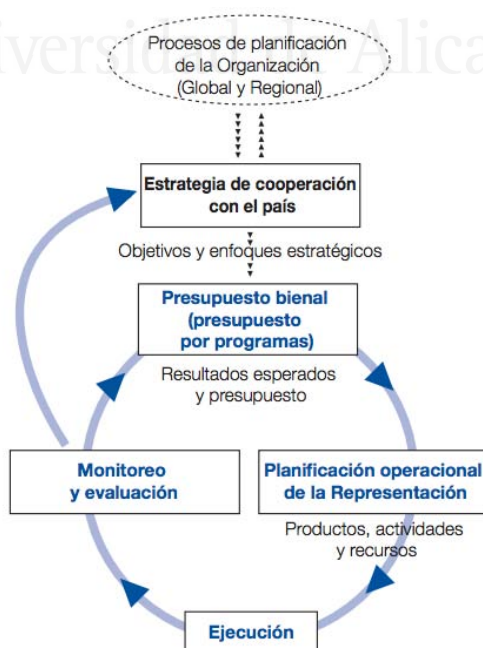
Albert Einstein, «The World As I See It», 1935

Capítulo 4. Estrategias de Cooperación en la Dimensión de la Salud

La Organización Mundial de la Salud, en su publicación «Estrategias de Cooperación de la OMS con los Países: Marco Referencial», considera que los principios de la cooperación en un país deben respetar un marco estratégico a mediano plazo y representar un equilibrio entre las prioridades de éste, analizadas en consulta plena con los interesados directos nacionales, y focalizadas hacia las orientaciones y prioridades nacionales, regionales e institucionales (177).

Para ello, se definen y articulan un conjunto de objetivos y se ponen en marcha los instrumentos que deben facilitar su logro. A través de la evaluación se analizan todas las etapas de la política de cooperación, desde que se decide intervenir hasta que se manifiestan sus impactos, tal y como se representa en la figura 36.

Figura 36 – Dimensiones que constituyen la Estrategia de Cooperación

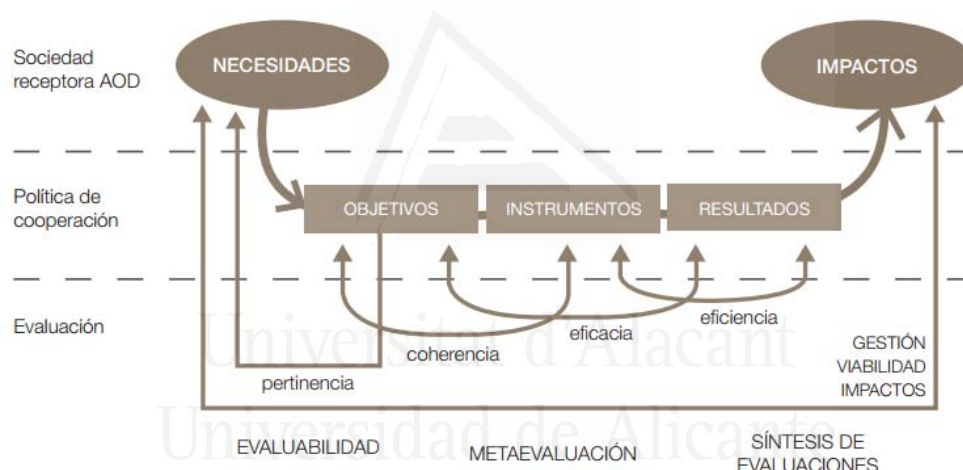


Fuente: Estrategias de Cooperación de la OMS con los Países (177).

Las estrategias de cooperación entre países implican una referencia a nivel de todas las Organizaciones involucradas de forma a coordinar las fases la planificación, la presupuestación y la asignación de recursos, para que los resultados de este proceso de estrecha colaboración sean frutos de un consenso sobre las características esenciales de dichas estrategias, por lo que muchas veces requieren ajustes y reprogramaciones temporales o estructurales.

Tal como se verifica en la Cooperación Internacional para el Desarrollo, las directrices establecidas en el Consenso de Monterrey (2002), en el Tratado de Roma (2003) y en la Declaración de París (2005) sobre la eficacia de la Ayuda al Desarrollo, explican la importancia de coherencia de políticas, apropiación, alineamiento, armonización, mutua responsabilidad y gestión basada en resultados (figura 37).

Figura 37 – Enfoque integral de la definición y evaluación de estrategias de cooperación



Fuente: Manual de Gestión de Evaluaciones de la Cooperación Española, División de Evaluación de la Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo de la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación (2007)

De este modo, es evidente que la puesta en marcha de proyectos de cooperación es posible y deseable, en la medida en que se cuente con la experiencia previa de acciones de cooperación, como por ejemplo del tipo bilateral, y siempre y cuando se tengan en cuenta algunas reglas básicas, entre las que destacan (178):

- cooperación horizontal entre países con diferentes niveles de desarrollo en áreas de interés común. Su base es la construcción igualitaria de asociaciones más horizontales entre las partes, lo que debe implicar un diálogo político, la coordinación financiera y técnica y el establecimiento de procedimientos

armonizados y posiciones consensuadas en todas las fases de la planificación, desde la negociación a la evaluación.

- complementariedad de los mecanismos tradicionales de cooperación bilateral, incentivando la construcción de capacidades en todos los actores implicados y fomentando a la vez el aprendizaje mutuo.
- generación de acciones de tipo win-win-win, que propician el aprendizaje conjunto.
- articulación y creación de sinergias entre los diferentes tipos de cooperación y entre sus posibles y variados actores (instituciones gubernamentales, universidades, ONGD, entes subestatales, organizaciones internacionales, etc.).

Esta multiplicidad de actores implica mayor riqueza en los abordajes y complementariedades más amplias. Responde también a la realidad de muchos agentes nacionales, en diferentes niveles políticos y administrativos (ministerios, agencias, empresas públicas, fundaciones, escuelas nacionales de formación, poder legislativo y judicial, etc.) y con la participación de técnicos o especialistas universitarios, institutos y centros tecnológicos y de capacitación profesional.

- Potencia la movilización de recursos para multiplicar el impacto de las estrategias de cooperación, permitiendo una mejora cualitativa y cuantitativa de los diversos programas de cooperación horizontal, mejorando la concentración e incentivando visiones y diagnósticos compartidos sobre problemas de desarrollo.

De forma a contextualizar estas oportunidades y potencialidades de cooperación, pasaremos a abordar las dinámicas de cooperación en la dimensión iberoamericana, europea y ibérica y su valor añadido para el ámbito sanitario.

1. Dinámicas en la Cooperación Iberoamericana

El mes de julio de 1991 marca un hito en la historia de la creación de la Comunidad Iberoamericana de Naciones. Fue en esa fecha, y en Guadalajara , México, donde se reunieron por primera vez, los Jefes de Estado y de Gobierno de los 21 países miembros.

En esa ocasión, los mandatarios, conscientes de los retos y desafíos que enfrentaban sus Estados en un mundo en continua transformación, sentaron las bases para la construcción de un foro de encuentro que les permitiera avanzar en un proceso político,

económico y cultural común, y así tomaron la decisión de constituir la Conferencia Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, con la participación de los Estados soberanos de América y Europa de lengua española y portuguesa.

De esta manera, se inició el camino, aún hoy transitado, de concertación política de los gobiernos en su intento por propiciar soluciones conjuntas a los desafíos que enfrentan las naciones iberoamericanas y convertir el conjunto de afinidades históricas y culturales de la Comunidad en un instrumento de unidad y desarrollo, basado en el diálogo, la cooperación y la solidaridad.

En esta primera Cumbre Iberoamericana, se destacó que el área de la salud tendría que constar en las grandes prioridades deste desafío, y desta forma los Jefes de Estado han acordado emitir la Declaración de Guadalajara, que destacaba dos siguientes aspectos en la área sanitaria:

- «Reconocemos que nuestras aspiraciones de desarrollo económico, social, tecnológico y cultural requieren de un impulso decidido a la educación y a la cultura que a la vez que fortalezca nuestra identidad nos permita bases sólidas para asegurar la inserción adecuada de nuestros países en un contexto internacional caracterizado por la innovación científica y tecnológica. Es necesario acortar la brecha tecnológica utilizando la tecnología básica para atender los derechos a la salud, a la educación, a la alimentación y a la vivienda.»
- «Otorgar atención a los problemas de salud y, en especial a los de salud preventiva.»
- «Desplegaremos todos los esfuerzos necesarios para liberar a nuestros pueblos antes del siglo XXI del flagelo de la miseria. Para ello, procuraremos el acceso general a servicios mínimos en las áreas de salud, nutrición, vivienda, educación y seguridad social, de acuerdo con las metas establecidas por las Naciones Unidas en las Estrategias internacionales del Desarrollo. Así contribuiremos al fortalecimiento de la democracia en nuestra región.»

A lo largo de los años, los Jefes de Estado y de Gobierno de los países que integran la Comunidad Iberoamericana, se han reunido en la distintas ciudades de la Comunidad y alcanzado consensos importantes y auspiciando estrategias de cooperación al nivel sanitario, que se han evidenciado más pragmáticas en los últimos 5 años, conforme se presenta en la tabla 47.

Tabla 47 – Declaraciones Oficiales de las Cumbres Iberoamericanas

Cumbre Iberoamericana – Declaración Oficial	Lema	Objetivos enfocados al nivel sanitario
XVII Cumbre Iberoamericana: Santiago de Chile (Chile) Noviembre 2007 Declaración de Santiago de Chile	«Cohesión social y políticas sociales para alcanzar sociedades más inclusivas en Iberoamérica»	«Impulsar un mayor desarrollo y coordinación de las políticas sociales para la superación de la pobreza, garantizar el acceso universal a los servicios sociales y la calidad de las prestaciones públicas y privadas, especialmente en educación, salud, vivienda, seguridad y protección social.»
XVIII Cumbre Iberoamericana: San Salvador (El Salvador) octubre 2008 Declaración de San Salvador	«Juventud y Desarrollo»	«Fortalecer los sistemas de salud de calidad y atención universal, así como establecer políticas públicas que permitan garantizar el acceso de las y los jóvenes a dichos sistemas, que incluyan prestaciones de prevención, atención y rehabilitación. Contribuir, asimismo, al desarrollo de prácticas saludables, a la atención de sus necesidades especiales en materias de educación en salud sexual y reproductiva, trastornos alimenticios, adicciones tales como el tabaquismo y el alcoholismo, entre otros, y la prevención de enfermedades de transmisión sexual, en especial el VIH/SIDA.»
XIX Cumbre Iberoamericana: Estoril (Portugal) Noviembre 2009 Declaración de Lisboa	«Innovación y Conocimiento»	«Conscientes de que la Innovación y el Conocimiento son instrumentos fundamentales para erradicar la pobreza, combatir el hambre y mejorar la salud de nuestras poblaciones, así como para alcanzar un desarrollo regional sostenible, integrado, inclusivo, equitativo y respetuoso del medio ambiente, prestando una particular atención a la situación de las economías más vulnerables, (...) acordamos dar prioridad a la Innovación en el marco de las estrategias nacionales de desarrollo de nuestros países, mediante el diseño e implementación de políticas públicas de mediano y largo plazo (...).»
XX Cumbre Iberoamericana: Mar del Plata (Argentina) Diciembre 2010 Declaración de Mar del Plata	«Educación para la Inclusión Social»	«Promover el acceso universal de las y los alumnos y docentes, a las tecnologías de la información y de la comunicación y a una educación informática de calidad teniendo en cuenta su papel fundamental en la educación, la cultura, la salud, la inclusión social, el crecimiento económico y el desarrollo sostenible.» «Desarrollar el trabajo conjunto entre los Ministerios de Salud, Educación, y en los Estados que hubiera, los Ministerios de Desarrollo Social y similares, incluyendo las Universidades e Instituciones Formadoras, a fin de establecer mecanismos e instrumentos institucionales que impulsen el desarrollo de políticas públicas integradas, para la formación adecuada de los recursos y talentos humanos de la salud abordando los factores sociales, culturales y ambientales. Esta agenda renueva la integración entre la Educación y la Salud y es fundamental para asegurar la promoción de la salud, la inclusión social, la reducción de las desigualdades, la incorporación de competencias y habilidades para la vida, así como para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de los desafíos de la salud en cada país.» «Impulsar en el espacio iberoamericano el fomento de ambientes sanos y saludables en los centros educativos y el intercambio de experiencias de las iniciativas de las Escuelas Promotoras de Salud.»
XXI Cumbre Iberoamericana: Asunción (Paraguay) Octubre 2011 Declaración de Asunción	«Transformación del Estado y desarrollo»	«Garantizar el ejercicio del derecho a la salud, asegurando la universalidad en la atención, la equidad en el acceso, la calidad de las prestaciones y el financiamiento suficiente y sostenible de los sistemas de salud de nuestros países, en el marco de un sistema de protección social.»

Fuente: Elaboración propia a partir de Declaraciones Oficiales de las Cumbres Iberoamericanas (<http://www.cumbreiberoamericana.es/>)

2. Dinámicas en la Cooperación Europea

La Unión Europea representa un proceso continuo de cooperación y ampliación geográfica y con sentido político, desarrollado por Jean Monnet (perseguía la Unión Europea por la vía de los hechos concretos y de los intereses comunes), que con casi 500 millones de habitantes, es la tercera potencia demográfica y la primera potencia comercial del mundo, generadora de la cuarta parte de la riqueza mundial y el primer donante de ayuda a los países pobres.

La Unión Europea en consonancia con sus aspiraciones y por su dimensión geográfica y su intención de prosperidad económica, tiene responsabilidades con la sociedad europea y los servicios de salud de alta calidad son considerados prioritarios para los ciudadanos europeos (179). Así, el derecho a la asistencia sanitaria se reconoce en el artículo 35 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (180) y en el artículo 168 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE), que se esfuerza por lograr un elevado nivel de protección de la salud en todas las políticas y actividades europeas, que permite a los sistemas sanitarios y las políticas en materia de salud estaren más interrelacionados que nunca.

En el desarrollo de políticas sanitarias, los Estados Miembros de la Unión Europea (EE.MM.) comparten los valores de universalidad, accesibilidad, equidad y solidaridad pero cada Estado tiene libertad para escoger su propio sistema organizativo y financiero. En este ámbito, la Unión Europea se limita a desarrollar iniciativas útiles para fomentar la cooperación entre los países, desempeñar un papel de apoyo mediante el intercambio de las mejores prácticas y haciendo recomendaciones a los gobiernos.

Ello se debe a muchos factores, tales como la circulación de los pacientes y los profesionales (favorecida por las sentencias del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas), unas expectativas públicas comunes en toda Europa, la difusión de nuevas tecnologías y técnicas médicas a través de las tecnologías de la información y la próxima ampliación de la Unión. Esta mayor interconexión suscita numerosos interrogantes de política sanitaria: por ejemplo, la calidad de la asistencia transfronteriza y el acceso a la misma, los requisitos sobre información al paciente, a los profesionales de la salud y a los responsables de las políticas, el alcance de la cooperación en materia de salud y el modo de conciliar las políticas nacionales con las obligaciones europeas en general.

Para «aproximar la Europa» a estas prioridades de diferentes índoles, todos los años, por recomendación del Parlamento Europeo y del Consejo, se define una

temática/problemática que delimitará la celebración del «Año Europeo», al que de forma transversal posibilitará aproximar las políticas sociales y regionales, competencias clave y aprendizajes permanente entre los EE.MM, conforme se puede visualizar en la siguiente tabla.

Tabla 48 – Objetivos y resultados de los Años Europeos 2007-2011

Objetivo	Resumen
2007 – Año Europeo de la Igualdad de Oportunidades para Todos (181)	
El objetivo del Año europeo de la igualdad de oportunidades para todos es sensibilizar a la opinión pública sobre las ventajas de una sociedad justa y cohesionada. Así, se propone adoptar iniciativas de concienciación para rechazar las actitudes y conductas discriminatorias, y proporcionar más información a los ciudadanos sobre sus derechos y obligaciones legales. Se enmarca dentro de un enfoque transversal de la no discriminación que debería permitir garantizar una aplicación correcta y uniforme del marco legislativo comunitario en toda Europa, haciendo resaltar sus principios fundamentales y obteniendo un apoyo activo del público a la legislación en materia de no discriminación y de igualdad. OBJETIVOS ESPECÍFICOS • Concienciar sobre el derecho a la igualdad y a no sufrir discriminación • Estimular un debate sobre cómo aumentar la participación en la sociedad • Celebrar y facilitar la diversidad • Promover una sociedad con más cohesión	El Año Europeo de la Igualdad de Oportunidades para Todos (2007) fue un éxito en términos de aplicación práctica y financiera de sus objetivos. Los países participantes llevaron a cabo 434 acciones, que dieron lugar a unos 1600 eventos, campañas, publicaciones, etc. Estas acciones cumplían los principios clave de ejecución: la descentralización y el tratamiento equilibrado de todas las causas de discriminación. Los enfoques transversales y múltiples fomentaron la cooperación entre las autoridades nacionales, regionales y locales relevantes e incluyeron a la sociedad civil y a los interlocutores sociales. Además, se prestó más atención que nunca a la discriminación múltiple y a la inclusión de la perspectiva de género en todas las actividades. A escala de la UE, el Año se llevó a cabo de varias maneras. Se creó un Comité Consultivo para involucrar a los principales actores; se organizó el foro «Parlamento Europeo de la Igualdad de Oportunidades para Todos» para promover el diálogo con la sociedad civil; se llevaron a cabo tres encuestas Eurobarómetro y se lanzó una campaña de información y sensibilización en el seno de la UE. El éxito del Año se debió fundamentalmente al compromiso político asumido a todos los niveles. Los Estados miembros dedicaron importantes recursos a su ejecución práctica y muchas de las acciones iniciadas durante el Año tendrán continuidad o se repetirán. Por primera vez, los Estados miembros también dedicaron atención a determinadas formas de discriminación, como las basadas en la edad, origen racial o étnico y orientación sexual. Se elaboraron estrategias nacionales para abordar cuestiones recientemente identificadas, que también dieron lugar a una mayor cooperación con la sociedad civil. A escala de la UE, el Año condujo a la adopción de una resolución del Consejo sobre su seguimiento y a una serie de medidas de la Comisión, como una propuesta de Directiva sobre la igualdad de trato, una Comunicación sobre la no discriminación e igualdad de oportunidades, una Decisión sobre el establecimiento de un grupo de expertos gubernamentales sobre no discriminación y un documento de trabajo de los servicios de la Comisión sobre la inclusión de la minoría romaní. La Comisión seguirá desarrollando medidas contra la discriminación, en particular analizando en mayor profundidad la situación en la UE, respondiendo a las violaciones de derechos e identificando nuevas soluciones, sobre todo para la inclusión de los romaníes.
2008 – Año Europeo del Diálogo Intercultural (182)	
A la vista de las ampliaciones sucesivas de la Unión Europea (UE) y a la mayor movilidad de los ciudadanos, la contribución de los países de la UE al pleno desarrollo de las culturas es esencial. Con ese objetivo, la UE va a dotarse de un instrumento de sensibilización y de promoción del sector cultural, a fin de facilitar a los ciudadanos la gestión de nuestra diversidad cultural. Por consiguiente, la Comisión ha propuesto que el año 2008 se declare Año Europeo del Diálogo Intercultural. OBJETIVOS ESPECÍFICOS • Promover el diálogo intercultural; • Poner de relieve las oportunidades que el diálogo	En general, el Año se percibió como pertinente en cuanto a las necesidades de las partes interesadas y los retos detectados en materia de diversidad cultural. También fue coherente con los programas y las políticas existentes, cosa que resultó más evidente a escala internacional y europea. Los recursos asignados se gestionaron eficazmente, gracias en gran parte al doble planteamiento adoptado para desarrollar el Año. Las actividades, incluidas las financiadas con recursos complementarios de los países de la UE, cumplieron los objetivos fijados para el Año. Si bien el Año mejoró la sensibilización general sobre el diálogo intercultural, movilizó a un gran número de interesados y produjo numerosas actividades relevantes, sus repercusiones en la actitud del público en general, en la movilización de distintos sectores políticos y en la puesta en marcha de cambios estructurales en las administraciones fueron

Tabla 48 – Objetivos y resultados de los Años Europeos 2007-2011

Objetivo	Resumen
intercultural brinda a una sociedad diversa; • Sensibilizar sobre el valor de una ciudadanía activa; • Subrayar la contribución de la diversidad al patrimonio de los países de la Unión Europea (UE).	menos significativas. De acuerdo con el seguimiento del Año, se recomienda a la Comisión y a los países de la UE que emprendan acciones para: • seguir apoyando el diálogo estructurado con la sociedad civil; • utilizar los resultados del Año, incluido en relación con futuros Años Europeos; • investigar en mayor medida la repercusión del diálogo intercultural, sobre todo en los centros de enseñanza; • seguir con el trabajo iniciado en el sector educativo; • promover la transferencia de la experiencia adquirida a raíz del Año; • establecer un marco de supervisión e información sobre los progresos realizados en el diálogo intercultural; • reforzar la posición del diálogo intercultural en los programas de la UE; • aumentar la cooperación con las organizaciones internacionales relevantes; • mejorar la participación de los sectores infrarrepresentados, como los grupos desfavorecidos.

2009 – Año Europeo de la Creatividad y la Innovación (183)

Esta iniciativa tiene por objeto promover la creatividad y la innovación como competencias clave para todos por medio del aprendizaje permanente. El reto consiste en crear un entorno favorable a todas las formas de creatividad e innovación, ya sean artísticas, culturales, sociales o tecnológicas, y favorecer la utilización práctica de los conocimientos y las ideas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Facilitar un entorno favorable a la innovación;
- Demostrar la importancia de la diversidad cultural;
- Promover la creatividad y un sentido de la iniciativa desde una edad temprana, a través de la educación formal e informal y actividades juveniles informales;
- Demostrar la importancia de la creatividad, la innovación y el espíritu empresarial, en especial en lo que respecta al crecimiento económico y al empleo;
- Promover la adquisición de competencias esenciales en el ámbito social y laboral;
- Promover el papel de la industria del diseño;
- Fomentar la creatividad y la innovación tanto en organizaciones públicas como privadas.

La declaración de un Año Europeo es una forma eficaz de hacer frente a los retos por medio de la sensibilización de la opinión pública, la difusión de información sobre buenas prácticas, el estímulo de la investigación, la creatividad y la innovación y el fomento del debate político y el cambio. Al combinar la acción a nivel comunitario, nacional, regional y local, y crear posibilidades de participación para las partes interesadas, se pueden generar sinergias en materia de actividades de información y sensibilización y ayudar a centrar el debate político en un tema específico.

La creatividad es una característica humana que se manifiesta en muchos ámbitos y contextos, desde las obras de arte, diseño y artesanía hasta los descubrimientos científicos y el espíritu de empresa, incluido el espíritu socioempresarial. El carácter pluridimensional de la creatividad implica que los conocimientos pueden ser la base de la creatividad y la innovación en un amplio abanico de ámbitos diferentes, tanto tecnológicos como no tecnológicos. La innovación consiste en la correcta aplicación de nuevas ideas; la creatividad es una característica sine qua non de la innovación. Los nuevos productos, servicios y procesos, o las nuevas estrategias y organizaciones, requieren que las personas generen nuevas ideas y asociaciones entre ellas. Por eso, competencias como el pensamiento creativo o la resolución avanzada de problemas son esenciales tanto en el ámbito económico como en el social o el artístico.

2010 – Año Europeo de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social (184)

La lucha contra la pobreza y la exclusión social es un objetivo prioritario de la Unión Europea (UE) y de sus Estados miembros. Gran parte de la población europea se encuentra en situación de pobreza y no tiene acceso a los servicios básicos. La creación de un Año Europeo dedicado a este objetivo debe dar un nuevo impulso al proceso de inclusión social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- El reconocimiento del derecho fundamental de las personas que se encuentran en situación de pobreza, a vivir con dignidad y a desempeñar un papel activo en la sociedad. En particular, se trata de garantizar el acceso a los recursos y a los servicios sociales, a la cultura y al ocio.
- La promoción de la cohesión social, materializada a través de acciones en favor de la calidad de vida, del bienestar social, de la igualdad de oportunidades, del desarrollo sostenible, mediante el fomento de un mercado de trabajo que tome en consideración a todo el mundo y del principio de igualdad en la educación y

Esta iniciativa a dado lugar a la puesta en marcha de acciones a escala comunitaria y nacional. Se materializarán en campañas de sensibilización de la opinión pública, iniciativas innovadoras y creativas, o incluso encuentros, debates y estudios. En la ejecución del Año Europeo, la Comisión estará asistida por un Comité compuesto por representantes de los Estados miembros.

Los Estados miembros llevan a cabo estas acciones a través de programas nacionales que adaptan las orientaciones comunitarias a los desafíos y prioridades de cada país. Cada Estado miembro designa a un organismo dedicado a la elaboración y ejecución de dichos programas. Colaboran con la sociedad civil, los interlocutores sociales, las autoridades regionales y locales.

Estos objetivos deben abordarse tanto en el seno de la UE como fuera de sus fronteras. La iniciativa está abierta a la participación de los países de la Asociación Europea de Libre Comercio (AELC), los países candidatos a la adhesión a la UE y los países terceros cubiertos por la Política Europea de Vecindad (PEV).

Tabla 48 – Objetivos y resultados de los Años Europeos 2007-2011

Objetivo	Resumen
la formación. En concreto, estas acciones deben orientarse a las víctimas de discriminación, las personas con discapacidad, los niños y las situaciones de pobreza en las familias, los grupos más vulnerables o en situación de extrema pobreza. • La responsabilidad compartida y la participación colectiva e individual para incrementar el papel de todos los actores públicos o privados en la lucha contra la pobreza y la exclusión social. • El compromiso y la acción política de los Estados miembros y de la UE, y la intensificación de las acciones emprendidas en todas las instancias de gobierno. En este sentido, se debe aprovechar mejor el potencial del Método Abierto de Coordinación (MAC[m1]) establecido por la UE en 2000 en el ámbito de la protección y de la inclusión social.	
2011 – Año Europeo de las Actividades de Voluntariado que Fomenten una Ciudadanía Activa (185)	
El objetivo de este Año Europeo es desarrollar la solidaridad social y consolidar democracia, para lo cual se fomentará la creación de condiciones que impulsen la participación de la sociedad civil en las actividades de voluntariado y aumenten la visibilidad de dichas actividades. OBJETIVOS ESPECÍFICOS • Crear un entorno que favorezca el voluntariado; • Proporcionar a los organizadores medios que permitan mejorar la calidad de las actividades de voluntariado; • Desarrollar el reconocimiento de las actividades de voluntariado; • Sensibilizar sobre la relevancia del voluntariado.	A fin de conseguir sus objetivos, el Año Europeo respalda iniciativas de ámbito comunitario, nacional, regional y local. Entre ellas destacan las siguientes: • intercambio de experiencias y buenas prácticas; • encargo de estudios e investigaciones, con la consiguiente difusión de los resultados; • acontecimientos y conferencias de sensibilización; • iniciativas concretas de ámbito nacional dirigidas a promover los objetivos del Año Europeo; • campañas promocionales.
Fuente: Elaboración propia.	

2.1. La Estrategia Sanitaria Europea

Tal como mencionado anterioremente, la acción europea complementa las políticas nacionales, y la Unión fomenta la cooperación entre los Estados miembros en el ámbito de la salud. El principal objetivo de la política europea en materia de sanidad consiste en mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades y los peligros para la salud, incluidos los que están vinculados a los estilos de vida de los europeos, y luchar contra las grandes plagas favoreciendo la investigación.

Los apartados más trascendentales para la perspectiva de la política sanitaria, afectos a programas e iniciativas con implicaciones a los EE.MM. son:

– Programa plurianual de acción en el ámbito de la salud (2014-2020) (propuesta)

El «Programa de Salud para el Crecimiento» (2014-2020) es el tercer programa plurianual de acción de la Unión Europea (UE). Este Programa responde a la necesidad

de acompañar a los Estados miembros en sus esfuerzos por mejorar la salud de los ciudadanos y de garantizar la sostenibilidad de los sistemas de salud, lo que se inscribe dentro de la Estrategia Europa 2020.

Visa apoyar a los Estados miembros a: 1) emprender las reformas necesarias para unos sistemas de salud innovadores y viables; 2) mejorar el acceso de los ciudadanos a una asistencia sanitaria mejor y más segura; 3) fomentar la salud de los ciudadanos europeos y prevenir las enfermedades; 4) proteger a los ciudadanos europeos frente a las amenazas sanitarias transfronterizas.

– Nuevo planteamiento estratégico de salud pública para la UE (2008-2013)

Con esta estrategia se pretende reforzar, en un marco único, la cooperación comunitaria en ámbitos en los cuales los Estados miembros no pueden actuar solos; garantizar una mejor comprensión de la salud pública a escala europea y mundial, y dar más prioridad a la salud en el conjunto de las políticas. A tal efecto, el Libro Blanco propone cuatro principios y tres objetivos estratégicos para los próximos años.

Principio nº 1: una estrategia basada en valores sanitarios compartidos

Principio nº 2: la salud es el tesoro máspreciado

Principio nº 3: la salud en todas las políticas (la iniciativa HIAP, Health In All Policies)

Principio nº 4: reforzar la voz de la UE en el ámbito de la salud a nivel mundial

– Asistencia transfronteriza: los derechos de los pacientes

La Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, revé el establecimiento de un marco general para: 1) aclarar los derechos de los pacientes en lo relativo a su acceso a la asistencia sanitaria transfronteriza y su reembolso; 2) garantizar la calidad y la seguridad de la asistencia que recibirán en otro Estado de la UE; 3) promover la cooperación en materia de asistencia sanitaria entre los Estados miembros.

– El 7º Programa Marco de investigación 2007-2013

Incorpora la salud entre los temas del área de cooperación, junto a otros que también tienen trascendencia para la misma (alimentación, agricultura y pesca, biotecnología, energía, medioambiente, transporte y tecnologías de la información y la comunicación).

– El Tratado de Lisboa

Reconoce el derecho a la salud de toda la ciudadanía y recoge como anexo la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE, que adquiere carácter vinculante. Hace mención a temas diversos como reducir daños causados por las drogas o a los sistemas de alerta precoz. No define una política de salud pública europea ni aborda específicamente los aspectos de mayor impacto para la asistencia sanitaria relacionados con el mercado interior.

2.2. La Política de Cohesión 2007-13 en la Península Ibérica

A. Inversión

España

La dotación presupuestaria asignada a España en el marco de la política de cohesión 2007-13 asciende a un total de 35 217 millones de euros, que se desglosan de la siguiente manera: 26 180 millones de euros en el marco del objetivo de «Convergencia» (3 543 millones del Fondo de Cohesión), 8 477 millones para el objetivo de «Competitividad regional y empleo» y 559 millones para el objetivo de «Cooperación territorial europea».

Portugal

Para el período de programación 2007-2013 se asignaron a Portugal fi nanciamiento de la cantidad de 21,5 millones de euros (precios corrientes) de los Fondos Estructurales y el Fondo de Cohesión, dentro de la Convergencia, Competitividad regional y empleo y cooperación territorial europea. Con respecto a las regiones cubiertas por el objetivo de convergencia, la contribución anual global de Portugal para complementar la inversión de la UE será de 3,9 millones de euros, de acuerdo con el principio de adicionalidad.

B. Regiones beneficiarias de la inversión

España

Andalucía, Castilla-La Mancha, Extremadura y Galicia se incluyen en el objetivo de «Convergencia», mientras que Asturias, Ceuta, Melilla y Murcia son regiones en proceso de «exclusión gradual» (phasing-out) por efecto estadístico. Aragón, Baleares,

Cantabria, Cataluña, Madrid, Navarra, País Vasco y La Rioja pertenecen, por su parte, al objetivo de «Competitividad regional y empleo»; finalmente, Canarias, Castilla y León y Comunidad Valenciana son regiones en proceso de «inclusión gradual» (phasing-in) por efecto estadístico. Aparte de las regiones cubiertas por los «subobjetivos» de transición (es decir, los ya citados objetivos de exclusión e inclusión gradual), sólo Cantabria ha visto cambiar su estatus entre los períodos 2000-06 y 2007-13, ya que ha pasado del objetivo 1 de exclusión gradual (2000-06) al objetivo de Competitividad regional y empleo (2007-13). En el período 2007-13 habrá 16,3 millones de personas viviendo en las regiones de Convergencia (37 % del total, comparado con el 59 % en 2000-06).

Portugal

Para el período 2007-2013, las regiones incluidas en las regiones objetivo de convergencia son Norte, Centro, Alentejo y las Azores. La región del Algarve será elegible para el esquema de Estadística Phasing-out (ayuda transitoria hasta 2013). La región de Madeira está cubierto por el régimen de Phasing-in de la competitividad regional y empleo, mientras que Lisboa se encuentra ahora en toda una región de la competitividad regional y empleo. Por lo tanto, la situación ha cambiado a lo largo del anterior período de programación 2000-2006 en todo el país, con la excepción de Lisboa (phasing out), y luego fue elegible para el objetivo de convergencia (Objetivo. 1) .

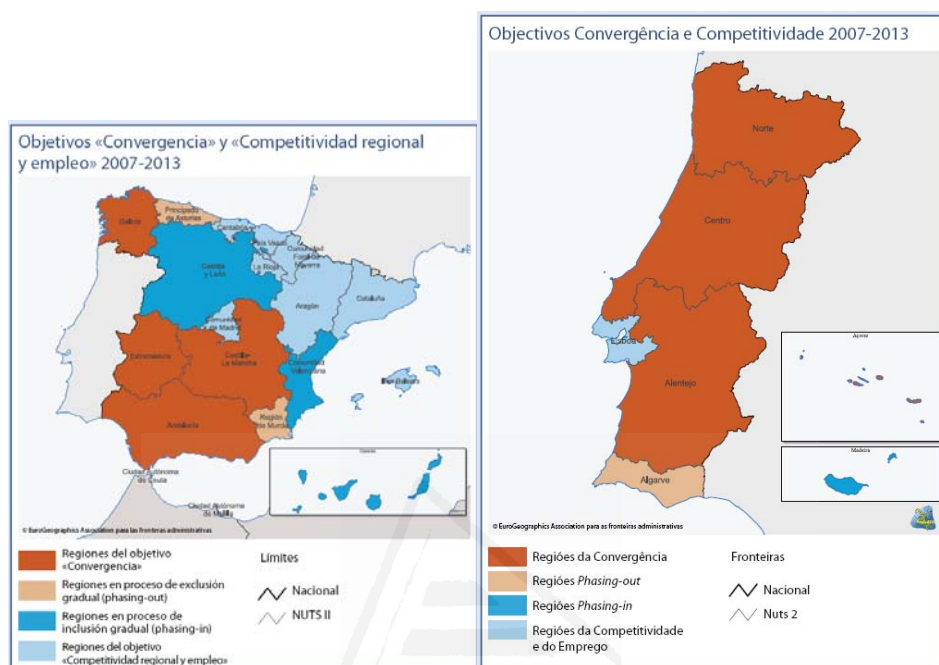
C. Objetivos estratégicos

España

Como establece el Marco Estratégico Nacional de Referencia (MENR) español, los fondos de la UE se destinarán a tres objetivos estratégicos: Convertir a España en un lugar más atractivo para invertir y trabajar. Mejorar los conocimientos y la innovación a favor del crecimiento. Más y mejores empleos. EL MENR español se ha diseñado con la idea de traducir estos tres objetivos en áreas o «temas» prioritarios de actuación destinados, entre otras cosas, a reforzar la economía del conocimiento, fomentar un entorno y un transporte sostenibles, avanzar en el desarrollo local y urbano, promover el aprendizaje permanente y la creación de empresas, mejorar el capital humano, fomentar el acceso al empleo, la integración social y la igualdad de oportunidades, reforzar las

asociaciones entre los sectores público y privado, y promover tanto la reflexión estratégica como la adquisición de capacidades y habilidades mediante el intercambio de experiencias en nuevas redes temáticas.

Figura 38 – La política de cohesión 2007-2013 en España y Portugal



Fuente: Fondo Europeo de Desarrollo Regional – INFOREGIO

http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/informat/pdf/nsrf_cover_es.pdf

Portugal

El Marco Estratégico Nacional de Referencia (Quadro de Referência Estratégico Nacional - QREN) propone cinco prioridades estratégicas nacionales portuguesas de la ayuda comunitaria: desarrollar la cualificación de los portugueses; promover el crecimiento sostenible, garantizar la cohesión social y garantizar el desarrollo del territorio y las ciudades, la mejora de la eficacia de la gobernanza.

D. Impacto estimado de la nueva política de cohesión

España

Para medir el impacto real de la inversión, España ha establecido los siguientes indicadores o metas a alcanzar para 2013: tasa de empleo del 70 % (57% entre las mujeres); gasto del 2% del PIB en investigación y desarrollo (I+D) (55% en procedencia del sector privado); 99% de tasa de penetración de Internet en las pequeñas y

medianas empresas (PYME), y 65% en los hogares; reducción del abandono escolar prematuro al 15%; y disminución en un 24% de las emisiones de CO₂ con respecto a los niveles existentes en 1990. Entre los indicadores específicamente dedicados a las regiones de Convergencia pueden citarse los siguientes: ampliar la densidad de la red ferroviaria a 35 km/1 000 km², y mantener el porcentaje actual de población residente en municipios menores de 10.000 habitantes. Objetivos todos ellos en línea con los establecidos en el Programa Nacional de Reformas para España.

Portugal

Portugal estableció una serie de objetivos relacionados con los indicadores de acuerdo con las prioridades estratégicas, para evaluar el impacto de la política de cohesión en el período 2007-2013. Una de las principales preocupaciones de las autoridades portuguesas es el sector de la educación: por ejemplo, para el año 2009 deberían beneficiarse plenamente del sistema educativo (cursos generales o profesionales) a todos los jóvenes de hasta 18 años. El objetivo es aumentar en un 50% el porcentaje de cursos de formación profesional existentes en el nivel secundario, en un esfuerzo para reducir las altísimas tasas de abandono escolar prematuro de la enseñanza secundaria (38% en 2005). Otro de los objetivos es aumentar el porcentaje de tecnología media y alta en el sector industrial del actual 3,4% al 6,2% en 2010. Portugal también quiere aumentar la inversión pública y privada en investigación y tecnología como porcentaje del PIB (0,8%, respectivamente y el 1% en 2010).

E. Inversión para el crecimiento y el empleo

España

En comparación con el período 2000-06, y a pesar de una reducción de la ayuda de la UE superior al 40%, el programa español ha incrementado significativamente su apoyo a la estrategia de Lisboa, sobre todo en las áreas de investigación, innovación y sociedad de la información, doblando la dotación total hasta alcanzar una cantidad cercana a los 8 000 millones. Aparte de ello, se ha reservado otra cantidad superior a los 8 000 millones para el desarrollo del capital humano, que se espera beneficie directamente a más de 14 millones de personas en forma de creación de empleo, formación y oportunidades para crear nuevas empresas. Los esfuerzos en este sentido son particularmente importantes en las regiones de Convergencia, donde el gasto relacionado con los objetivos de Lisboa

ha aumentado de un 53% hasta casi un 70%. Y esfuerzos similares se han registrado en las regiones de Competitividad regional y empleo, en las que dicho porcentaje ha superado el 80%.

Portugal

Portugal ha asignado una cantidad significativa de las contribuciones de los Fondos Estructurales y de Cohesión de la Estrategia de Lisboa renovada. El Marco Estratégico Nacional de Referencia (MENR) indica que estas categorías de inversión corresponden al 60% de los fondos disponibles para las regiones de convergencia y el 75% de los fondos disponibles para la Competitividad Regional y Empleo.

F. Programas operativos

España

El MENR se aplicará a través de 45 programas operativos encuadrados en los objetivos tanto de Convergencia como de Competitividad regional y empleo. De estos 45 programas, 23 recibirán financiación del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (incluido un programa operativo conjunto con el Fondo de Cohesión), y 22 del Fondo Social Europeo. Mención aparte merece el nuevo Fondo Tecnológico asociado a estos programas, que se dedica a áreas como la investigación y la innovación para y por el beneficio de las empresas, actuaciones a nivel nacional con vistas a un desarrollo urbano integral, iniciativas para lograr una mejor conciliación entre la vida profesional y la privada, y actuaciones encaminadas a reducir el porcentaje de abandono escolar prematuro.

Portugal

Las prioridades del Marco Estratégico Nacional de Referencia se llevará a cabo a través de 14 programas operativos (PO): Los factores Programa Operativo de Competitividad temáticas del Fondo Europeo de Desarrollo Regional) ofrecerá incentivos para modernizar e internacionalizar a las empresas a promover la innovación y reducir el gasto público. El Potencial Humano del Programa Temático Operativo (Fondo Social Europeo) promover la capacitación de los portugueses. El desarrollo temático del

Programa Operativo Territorial (FEDER y Fondo de Cohesión) para financiar proyectos en el transporte y el medio ambiente.

- PO Regional Norte (FEDER).
- PO Regional Centro (FEDER).
- PO Regional Lisboa (FEDER).
- PO Regional Alentejo (FEDER).
- PO Regional Algarve (FEDER).
- PO Regional Açores (FEDER).
- PO Regional Açores (FSE).
- PO Regional Madeira (FEDER).
- PO Regional Madeira (FSE).
- PO Assistência técnica al QREN (FEDER).
- PO Assistência técnica al QREN (FSE).

Asimismo, el FEDER financiará iniciativas en el marco del objetivo de cooperación territorial europea comprende los tres componentes de la cooperación transfronteriza, la cooperación transnacional e interregional. Bajo este objetivo, Portugal participarán en ocho programas operativos:

- dos de la cooperación transfronteriza;
- cuatro de cooperación transnacional;
- dos de la cooperación interregional.

Tabla 49 – Desglose por temas propuesto por España y Portugal en sus borradores de programas operativos

Fondo Europeo de Desarrollo Regional 2007-13			
	España	Portugal	Observaciones
Cultura	1,3 %	2,2 %	
Energía	1,7 %	1,8 %	
Protección del medio ambiente y prevención de riesgos	23,6 %	17,6 %	
Mejorar el acceso al empleo y la sostenibilidad		0,2 %	Solo se hace referencia en Portugal
Mejorar el capital humano		0,1 %	Solo se hace referencia en Portugal
Mejorar la Integración social de las personas más desfavorecidas		0,1 %	Solo se hace referencia en Portugal
Mejorar la adaptabilidad de trabajadores, empresas y empresarios		0,3 %	Solo se hace referencia en Portugal
Sociedad de la Información	4,3 %	4,6 %	
Inversión en infraestructuras sociales	3,2 %	11,6 %	
Mobilización para las reformas en las áreas de empleo e integración		0,4 %	Solo se hace referencia en Portugal
Reducción de costes adicionales que dificultan el desarrollo de regiones ultraperiféricas	0,9 %	0,4 %	
Investigación y desarrollo tecnológico (IDT), innovación y espíritu empresarial	30,1 %	30,2 %	Medida de mayor inversión en España y Portugal
Reforzar la capacidad institucional en los niveles nacional, regional y local		4,0 %	Solo se hace referencia en Portugal

Asistencia técnica	1,0 %	3,1 %	
Turismo	1,8 %	1,6 %	
Transporte	27,9 %	18,7 %	
Regeneración urbana y rural	4,1 %	3,0 %	
Fondo Social Europeo 2007-13			
Mejorar el acceso al empleo y la sostenibilidad	50,8 %	7,8 %	Medida de mayor inversión en España
Mejorar el capital humano	14,2 %	73,4 %	Medida de mayor inversión en Portugal
Mejorar la Integración social de las personas más desfavorecidas	6,7 %	5,9 %	
Mejorar la adaptabilidad de trabajadores, empresas y empresarios	21,5 %	7,2 %	
Inversión en infraestructuras sociales		2,5 %	Solo se hace referencia en Portugal
Movilización para las reformas en las áreas de empleo e integración	5,3 %	0,0 %	
Investigación y desarrollo tecnológico (IDT), innovación y espíritu empresarial		0,5 %	Solo se hace referencia en Portugal
Reforzar la capacidad institucional en los niveles nacional, regional y local	0,1 %	0,0 %	
Asistencia técnica	1,5 %	2,6 %	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por las Autoridades Españolas e Portuguesas responsables de la política de cohesión 2007-2013 (Dirección General de Fondos Comunitarios- Ministerio de Economía y Hacienda / Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional).

3. Principios de la Cooperación Ibérica (España – Portugal)

España y Portugal en el espacio económico y político europeo, al contribuir a la atenuación del efecto frontera – a nivel gubernamental y estructural – han significado la apertura de un campo de oportunidades en el ámbito de la cooperación entre el territorio fronterizo e ibérico, que fortalecieron su articulación en la aproximación regional y hacia mecanismos de colaboración (Figura 39).

Figura 39 – Territorio de la Península Ibérica



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2008)

La crisis económica y las crecientes restricciones presupuestarias han añadido presiones sobre los sistemas sanitarios en España y Portugal. Ambos países se han visto afectados por la crisis y han tomado una serie de medidas para reducir el gasto público en salud y que a medio plazo reflejarán alteraciones todavía totalmente previsibles en sus Indicadores Internacionales de Desarrollo Humano, tal y como se representa en la tabla 50.

Tabla 50 – Indicadores Internacionales sobre Desarrollo Humano y Perfil de España y Portugal

Indicadores y Perfil del País	España	Portugal
Salud (Esperanza de vida al nacer - años)	81.4	79.5
Educación (Años de educación promedio - años)	10.4	7.7
Ingresos (Ingreso nacional bruto per cápita)	26,508	20,573
Desigualdad (Índice de Desarrollo Humano, ajustado por la igualdad)	0.799	0.726
Género (Índice de desigualdad de género)	0.118	0.170
Sostenibilidad (Ahorro neto ajustado - % del INB)	9.7	-1.8
Demografía (Población, total considerando ambos sexos- en miles)	46,454.9	10,689.7
Índices compuestos (Valor del IDH según componentes que no constituyen ingreso)	0.920	0.833
Índice de Desarrollo Humano (Clasificación)	23	41
Índice de Desarrollo Humano - IDH	0.878	0.809
Índice de Desarrollo Humano - Salud	0.969	0.938
Índice de Desarrollo Humano - Educación	0.874	0.739
Índice de Desarrollo Humano - Ingresos	0.799	0.763

Fuente: Elaboración propia a partir de Informe Sobre Desarrollo Humano 2011 - «Sostenibilidad y Equidad: Un mejor futuro para todos», Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2011)

Sabendo que el Índice de Desarrollo Humano (IDH) fue presentado como una alternativa a las mediciones convencionales del desarrollo nacional, como el nivel de ingresos y la tasa de crecimiento económico, el HDI representa el impulso de una definición más amplia del bienestar y ofrece una medida compuesta de tres dimensiones básicas del desarrollo humano: salud, educación e ingresos.

El IDH de Portugal es 0.809 y el de España es 0.878, lo que coloca a Portugal en la posición 41 y España en la posición 23 de los 187 países para los que se disponen datos comparables. El IDH de OCDE como región ha pasado del 0.749 de 1980 al 0.873 de la actualidad, por lo que Portugal se sitúa por debajo de la media regional y España se sitúa por encima de la media regional. Las tendencias del HDI muestran un importante histórico tanto a nivel nacional como regional y localiza las pronunciadas brechas existentes en el bienestar y en las oportunidades de vida que continúan dividiendo nuestro mundo interconectado.

Estas similitudes hacen identificar oportunidades, singularmente importantes en el contexto de una franja fronteriza especialmente deprimida y ibérico, han dado origen a un nuevo período de relaciones entre los dos países, hasta hace bien poco caracterizadas por escasos niveles de cooperación y de aprovechamiento de las sinergias potenciales de articulación, presentes en ambos espacios fronterizos.

Esta cooperación esta bien visible en la nueva programación de los Fondos 2007-2013, destacando el papel de la cooperación entre Estados miembros y dotándola de mayor identidad al convertirla en uno de los tres Objetivos Prioritarios de la Unión Europea, la **«Cooperación Territorial Europea»**.

Aprobado por la Comisión Europea el 25 de octubre de 2007, el Programa de Cooperación Transfronteriza España-Portugal 2007-2013 promueve el desarrollo de las zonas fronterizas entre España y Portugal, reforzando las relaciones económicas y las redes de cooperación existentes entre las cinco Áreas definidas en el Programa.

Este Programa permite aprovechar las amplias redes de cooperación existentes que se han venido desarrollando desde 1989, con ejecución de proyectos de infraestructuras materiales, a las que se han incorporado progresivamente otros sectores como el turismo, servicios sociales, medio ambiente, innovación tecnológica, *sanidad*, educación o cultura.

Realmente, la maduración del proceso de cooperación transfronteriza si por un lado se tradujo en la multiplicación de las interacciones de los dos lados de la frontera, por otro signífico, progresivamente y según las condiciones de base eran conquistadas, una alteración en la calidad de esas mismas interacciones, reflejando un proceso que ha evolucionado de un mero aprovechamiento unilateral de las oportunidades abiertas por los fondos disponibles, hacia una cooperación de nivel básico, a menudo más nominal que real, para, finalmente, llegar a una cooperación plena, considerando la concepción, operatividad y gestión conjunta de las intervenciones (figura 40).

Figura 40 – Población de la Península Ibérica

População Población			Densidade populacional Densidad de población		
2007	1 000 hab.	1 000 hab.	2007	hab./km ²	hab./km ²
UE 27	495 129	SE 9 113	UE 27	131	FR 100 ¹
DE	82 315	AT 8 299	MT	1 292 ¹	SI 99
FR	63 392	BG 7 679	NL	394	AT 99 ¹
UK	60 853	DK 5 447	BE	347 ¹	RO 90
IT	59 131	SK 5 394	UK	250 ¹	ES 88 ¹
ES	44 475	FI 5 277	DE	23	GR 85
PL	38 125	IE 4 315	IT	196 ¹	CY 84 ¹
RO	21 565	LT 3 385	LU	184 ¹	BG 69
NL	16 358	LV 2 281	CZ	130 ¹	IE 62
GR	11 172	SI 2 010	DK	126 ¹	LT 52
PT	10 599	EE 1 342	PL	122 ¹	LV 35
BE	10 585	CY 779	PT	115	EE 30
CZ	10 287	LU 476	SK	110	SE 21
HU	10 066	MT 408	HU	108	FI 16

¹ Superficie / Superficie 2006

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2008)

En salud, esta cooperación esta principalmente vinculada al territorio transfronterizo, que ha sido reforzado su espectro con la XXIV Cumbre Hispano-Portuguesa, ocurrida a 21 de Enero de 2009, en la ciudad de Zamora y por ende ha sido un marco importante donde se profundizaran voluntades y intenciones en cooperar activamente en el marco sanitario.

Asi mismo, las Cumbres Hispano-Portuguesas son reuniones anuales bilaterales entre el presidente del gobierno de España y el primer ministro de Portugal en las que se tratan asuntos de actualidad que interesan a ambos gobiernos, así como proyectos de cooperación entre los dos países, en los cuales se han firmado acuerdos bilaterales en la área sanitaria.

En los últimos encuentros, XXII Cumbre Hispano-Portuguesa (2006) - Cumbre de Badajoz, XXIII Cumbre Hispano-Portuguesa (2008) - Cumbre de Braga, XXIV Cumbre Hispano-Portuguesa (2009) - Cumbre de Zamora, el ámbito de la Sanidad a tenido un enfoque relevante, por lo que ambos Gobiernos se felicitaron por la cooperación desarrollada entre los dos países en lo relativo a la calidad en la salud en el marco del Memorando de Cooperación Técnica de 2010, subrayaron la importancia de garantizar una atención sanitaria de calidad en el contexto transfronterizo y manifestaron su interés en dinamizar y reforzar la cooperación en dicho ámbito, así como en el de la seguridad del paciente.

Reconocieron la importancia de una estrecha cooperación en la transposición y aplicación de la Directiva 2011/24/UE relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, celebrando acuerdos entre sí, en especial para superar los obstáculos de aplicación y operatividad, garantizar el acceso a una asistencia sanitaria transfronteriza segura y de calidad, y evaluar las posibilidades de optimizar la organización de la oferta de prestaciones sanitarias en las zonas transfronterizas.

Desde 2004, los Institutos Nacionales de Estadística de España y de Portugal, en el marco del Sistema Estadístico Europeo, ejecutan la publicación «La Península Ibérica en cifras/A Península Ibérica em números», que es el resultado de la buena cooperación institucional iniciada hace varios años y de la preocupación de acompañar la expansión, actualización y difusión a indicadores transversales a sociedad ibérica.

Tabla 51 – Analisis comparativo de los indicadores sanitarios de la Península Iberica

Estado de salud percibido (%), 2009	España	Portugal
Muy Malo	2,1	5,2
Malo	6,5	14,2
Medio	20,2	32,8
Bueno	54,7	38,5
Muy Bueno	16,6	9,3
Personas con problemas de salud o una discapacidad de larga duración (%), 2009	España	Portugal
Total (UE 27 – 31,2)	30,5	34,1
Hombres (UE 27 – 29,0)	27,7	29,4
Mujeres (UE 27 – 33,3)	33,3	38,4
Principales causas de muerte (%), 2009	España	Portugal
Enfermedades del sistema circulatorio	31,2	31,9
Tumores	27,3	23,7
Enfermedades del sistema respiratorio	11,2	11,6
Enfermedades del sistema digestivo	5,1	9,4
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	4,9	5,2
Causas externas de mortalidad	3,8	4,4
Trastornos mentales y del comportamiento	3,8	4,3
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	3,2	2,9
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,9	2,8
Enfermedades del sistema genitourinario	2,8	2,5
Otras	3,8	1,2

Fuente: Elaboración propia a partir de Instituto Nacional de Estadística (2011).

En este sentido se plantea este proyecto, con una sólida visión hacia al futuro y a la importancia de la cooperación.

Tabla 52 – Programas Operativos y de Cooperación dedicados a la Cooperación Ibérica

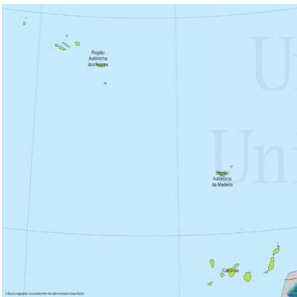
Programas de Desarrollo	Resumen	Prioridades
Programa Operativo de Cooperación Transfronteriza España–Portugal 2007-2013  Participación financiera de la Comisión Europea: 267 405 976€	El 25 de octubre de 2007, la Comisión Europea aprobó un programa de cooperación territorial europea para la cooperación transfronteriza entre España y Portugal durante el período 2007-2013 (Programa Operativo de Cooperación Transfronteriza España–Portugal 2007-2013). Este programa destina ayuda comunitaria a las diecisiete regiones fronterizas NUTS 3 de ambos países, además de a otras dieciséis zonas NUTS 3 adyacentes, en el marco del objetivo territorial europeo de cooperación. El presupuesto total del programa asciende a unos 354 millones EUR, con una financiación comunitaria del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) que ronda los 267 millones EUR. El programa afecta a 1 234 km de frontera entre ambos países. La zona subvencionable original — las diecisiete regiones NUTS 3— representa el 23,5 % de la superficie de la Península Ibérica, el 10,6 % de su población y el 9,6 % del empleo. El PIB de esa zona asciende al 7,5 % del PIB ibérico.	• Cooperación y gestión conjunta para el fomento de la competitividad y la promoción del empleo • Cooperación y gestión conjunta en medio ambiente, patrimonio y prevención de riesgos • Cooperación y gestión conjunta en ordenación del territorio y accesibilidades • Cooperación y gestión conjunta para la integración socioeconómica e institucional • Asistencia técnica al proceso de cooperación transfronteriza
Programa de Cooperación Transnacional Madeira - Azores - Canarias (MAC) 2007-2013  Participación financiera de la Comisión Europea: 55 394 099€	El 18 de septiembre de 2007, la Comisión Europea aprobó un Programa de Cooperación Territorial Europea de cooperación transnacional entre los archipiélagos de Madeira y Azores (Portugal) y las Islas Canarias (España) para el período 2007-2013, el «Programa de Cooperación Transnacional Madeira - Azores - Canarias (MAC) 2007-2013». Este Programa conlleva un apoyo comunitario a las tres regiones insulares atlánticas NUTS II en los países participantes, en el marco del Objetivo de Cooperación Territorial Europea. El presupuesto total del programa asciende a aproximadamente 65 millones de euros y la inversión comunitaria a través del FEDER asciende a unos 55 millones de euros. Este Programa beneficia a aproximadamente 2,4 millones de personas (2005) que viven en una zona subvencionable de 10 597 Km².	• Promoción de la Investigación, el desarrollo tecnológico, la innovación y la sociedad de la información • Fortalecimiento de la gestión medioambiental y la prevención de riesgos • Cooperación con terceros países y aplicación del principio de la Gran Vecindad • Asistencia técnica
Programa Operativo de Cooperación Transnacional Espacio Atlántico 2007-2013  Participación financiera de la Comisión Europea: 104 051 233€	El 20 de septiembre de 2007, la Comisión Europea aprobó un Programa de Cooperación Territorial Europea dedicado a la cooperación transnacional entre Irlanda, España, Francia, Portugal y el Reino Unido para el período 2007-2013. El Programa Operativo de Cooperación Transnacional «Espacio Atlántico 2007-2013» prevé la concesión de ayuda de la Comunidad a treinta y tres zonas costeras NUTS II de los países participantes, desde el Estrecho de Gibraltar hasta el norte de Escocia. El Programa beneficia a una población de aproximadamente 56 millones de personas (2005) que vive en la zona subvencionable, de una superficie de 594 000 Km². El Programa Operativo entra dentro del marco establecido para el Objetivo de Cooperación	• Promover el espíritu empresarial transnacional y las redes de innovación • Proteger, reforzar y mejorar el entorno marino y costero de manera sostenible • Mejorar la accesibilidad y los vínculos internos • Promover las sinergias transnacionales en el desarrollo urbano y regional sostenible • Asistencia técnica

Tabla 52 – Programas Operativos y de Cooperación dedicados a la Cooperación Ibérica

Programas de Desarrollo	Resumen	Prioridades
	Territorial Europea y tiene un presupuesto total de aproximadamente 159 millones de euros. La inversión comunitaria, a través del FEDER, asciende a unos 104 millones de euros.	
Programa Operativo Sudoeste de Europa  Participación financiera de la Comisión Europea: 99 413 459€	El 26 de septiembre de 2007, la Comisión Europea aprobó un Programa de Cooperación Territorial Europea dedicado a la cooperación transnacional entre España, Francia, Portugal y el Reino Unido para el periodo 2007-2013. El Programa de cooperación transnacional ofrece apoyo comunitario a 30 regiones NUTS II de los países participantes, que incluyen España, a excepción de las Islas Canarias, Portugal, las regiones del sur de Francia y Gibraltar. El Programa beneficia a una población de aproximadamente 62 millones de personas (2003) que vive en la zona subvencionable, de una superficie de 770 000 km². El Programa operativo entra en el marco del Objetivo de Cooperación Territorial Europea y cuenta con un presupuesto total de unos 132 millones de euros. La financiación comunitaria, prestada a través del FEDER, asciende a cerca de 99 millones de euros.	• Promover la innovación y establecer redes sostenibles en el ámbito de la cooperación tecnológica • Mejorar la sostenibilidad para proteger y conservar el medio ambiente y el patrimonio natural del sudoeste de Europa • Integración armoniosa del sudoeste de Europa y mejora de la accesibilidad a las redes de información • Promover el desarrollo urbano sostenible basado en la cooperación transnacional • Asistencia técnica
Programa operativo Programa Mediterráneo  Participación financiera de la Comisión Europea: 193 191 331€	El 20 de diciembre de 2007, la Comisión Europea aprobó un Programa de cooperación transnacional entre Chipre, Francia, Reino Unido, Grecia, Italia, Malta, Portugal, Eslovenia y España (con la participación de Croacia y Montenegro) para el período comprendido entre 2007 y 2013. El «Programa mediterráneo» está recogido en el marco del Objetivo de Cooperación Territorial Europea y cuenta con un presupuesto total de aproximadamente 256 millones de euros. La financiación comunitaria prestada a través del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) asciende a unos 193 millones de euros, lo que equivale a aproximadamente un 2,2 % de la inversión total de la UE destinada al Objetivo de Cooperación Territorial Europea en el marco de la Política de Cohesión para 2007-2013.	• Fortalecimiento de las capacidades de innovación • Protección ambiental y fomento de un desarrollo territorial sostenible • Mejora de la movilidad y de la accesibilidad al territorio • Promoción de un espacio MED policéntrico e integrado • Asistencia técnica

Fuente: Elaboración propia a partir Cooperación transfronteriza, transnacional e interregional – INFOREGIO.

http://ec.europa.eu/regional_policy/country/prordn/search.cfm?gv_pay=PT&gv_reg=ALL&gv_obj=ALL&gv_the=ALL&LAN=ES&gv_per=2

http://ec.europa.eu/regional_policy/country/prordn/search.cfm?gv_pay=ES&gv_reg=ALL&gv_obj=ALL&gv_the=ALL&LAN=ES&gv_per=2

4. Reflexiones sobre las estrategias de la Cooperación Sanitaria en la Península Ibérica

El filósofo y escritor español José Ortega y Gasset, ya en 1941, concebía Europa como un equilibrio y proponía una tarea que calificaba de formidable: «Hacer avanzar la

unidad de Europa sin que pierdan vitalidad sus naciones interiores, su pluralidad gloriosa en que ha consistido la riqueza y el brío de su historia...»

La cooperación consiste en el trabajo en común llevado a cabo por parte de un grupo de personas o entidades mayores hacia un objetivo compartido, generalmente usando métodos también comunes, en lugar de trabajar de forma separada en competición (186).

Las grandes transformaciones de la sociedad de finales del siglo XX hasta nuestros días son la consecuencia directa del proceso de globalización económica y tecnológica, así como de los cambios demográficos que conllevan un progresivo envejecimiento de la población, preferentemente en los países desarrollados. Este proceso de globalización consiste en el crecimiento de la interdependencia de los países del mundo a través de un incremento del volumen y variedad de las transacciones de bienes y servicios, así como del flujo internacional de capitales y de una más rápida y amplia difusión de las tecnologías.

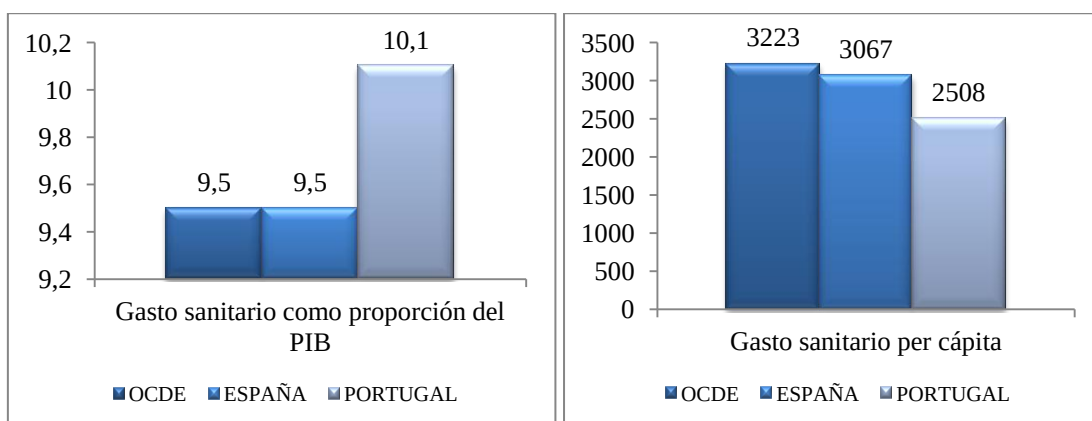
La globalización representa la fase más avanzada de la división internacional del trabajo, impulsada por la revolución tecnológica en el campo de la informática, las telecomunicaciones, la biotecnología, la ingeniería genética y los nuevos materiales. El sector de la salud está inmerso en este proceso de globalización, afectando a todas las funciones y procesos críticos de la cadena de valor de los servicios sanitarios (187).

Base de datos de la OCDE sobre la Salud 2011 – España y Portugal en comparación

El gasto sanitario como proporción del PIB alcanzó 9,5% en España (2009) y 10,1% en Portugal (2008), igual al promedio en los países de la OCDE. La reciente recesión condujo a un gran incremento de gasto en salud como proporción del PIB en España y Portugal, cuando el PIB comenzó a caer bruscamente en el segundo semestre de 2008 y durante 2009, mientras que el gasto en salud continuó subiendo, aunque a un ritmo más lento en 2009. Como resultado, el porcentaje del PIB dedicado a la salud en España y Portugal aumentó gradualmente a lo largo de los años.

España y Portugal se encuentran por debajo del promedio de la OCDE en términos de gastos totales per cápita, con un gasto promedio de 3,067 USD en España en el 2009 y de 2,508 USD en Portugal en 2008 (ajustado por poder de paridad de compra), mientras el promedio en la OCDE alcanzó 3,223 USD.

Figura 41 – Gasto sanitario como proporción del PIB y per cápita, de España y Portugal, OCDE



Fuente: Base de datos de la OCDE sobre la salud 2011, Junio 2011 (www.oecd.org/health/healthdata).

Nota: Datos en Dólares US, ajustados por paridad de poder de adquisición (PPA), lo cual permite comparar los gastos entre los países con una base en común. PPA es la tasa de cambio que iguala el costo de una canasta dada de bienes y servicios entre diferentes países.

Em 2008, el gasto farmacéutico en Portugal alcanzó 20,6% de los gastos totales en salud, lo que se refleja por encima del promedio de la OCDE de 16,9%.

Entre 2000 y 2009, se estima que los fondos dedicados al gasto en salud per cápita en España, crecieron al 4,0% anual en términos reales, igual al promedio en los países de la OCDE. Sin embargo, mirando más de cerca el impacto de la reciente recesión, la tasa de crecimiento del gasto per cápita en salud en España se desaceleró marcadamente en 2009 hasta llegar al 1,5%, lo que refleja una fuerte reducción del crecimiento del gasto público en salud, junto con un pequeño descenso (tasa de crecimiento negativo) del gasto privado.

El sector público es la fuente principal de fondos en salud en todos los países de la OCDE, a excepción de México, de los Estados Unidos y de Chile. La proporción de financiamiento público del sector salud alcanzó el 73,6% en España (2009) y el 65,1% en Portugal (2008), ligeramente superior al promedio en la OCDE de 71,7%. Los países con las proporciones públicas de gastos en salud más altas (más del 80%) son los países nórdicos (Dinamarca, Noruega, Islandia y Suecia), el Reino Unido y el Japón.

Recursos en el sector de la salud (humanos, físicos, tecnológicos)

España y Portugal tienen una densidad de médicos por habitante más alta que la mayoría de los países de la OCDE. En el 2009, el número de doctores por cada 1000 habitantes en España era 3,5 y en Portugal era de 3,8, por encima del promedio en los

países de la OCDE de 3.1. Sin embargo, con un promedio de 4,9 (España) y de 5,6 (Portugal), enfermeras por cada 1000 habitantes, España y Portugal quedan por debajo del promedio de la OCDE de 8,4.

El número de camas en hospital para cuidados agudos (intensivos) por cada 1000 habitantes alcanzó 2,5 (España) y 2,8 (Portugal) en el 2009, por debajo del promedio de la OCDE de 3.5. La mayoría de los países de la OCDE muestran una tendencia a largo plazo a un descenso del número de camas para cuidados agudos, como consecuencia del avance de la tecnología médica, que reduce la necesidad de atención hospitalaria y posibilita el progreso en el uso de las intervenciones ambulatorias.

La disponibilidad de tecnologías de diagnóstico, tales como la Tomografía Axial Computarizada (TAC) o la Imagen por Resonancia Magnética (IRM) se ha extendido rápidamente en la última década en todos los países de la OCDE. El número de unidades de IRM también aumentó, alcanzando en España 10,0 por millón de habitantes (2009) y 8,9 por millón de habitantes en Portugal (2007), aunque queda debajo del promedio de la OCDE de 12.7 en el 2009. El número de unidades de TAC en España quedó respectivamente en 15,0 por millón de habitantes (2009) y en Portugal en 26,0 por millón de habitantes (2007), por debajo del promedio de la OCDE de 22.1 en el 2009. Cabe señalar, sin embargo, que el número de unidades de TAC en España sólo incluyen aquellos instalados en los hospitales, y no aquellos que se encuentren fuera de ellos, con lo cual el número puede estar subestimado.

Estado de salud y factores de riesgo

En las últimas décadas, la esperanza de vida al nacer ha aumentado sustancialmente en los países de la OCDE, gracias a una mejor calidad de vida, al avance en la educación, y a los progresos en el acceso a la atención sanitaria. En el 2009, la esperanza de vida al nacer quedó en 81,8 años en España y 79,5 años en Portugal, ejemplo del éxito en el promedio en la OCDE (79,5). Japón tiene la esperanza de vida al nacer más alta de los países de la OCDE, con 83,0 años, seguido por Suiza (82,3) en el 2009.

La tasa de mortalidad infantil en Portugal registra el decrecimiento más significativo de la OCDE, con una tasa de 3,6 muertes por 1000 nacidos (2009), referencia de éxito considerando el promedio de la OCDE (4,4).

La proporción de personas que fuman a diario en el conjunto de la población adulta se caracterizó por un pronunciado descenso en las últimas décadas en la mayoría de los

países de la OCDE. En España y Portugal, las tasas de consumo de tabaco disminuyeron también, con una tasa de tabaquismo de 26.0% en España (2009) y de 18,6% en Portugal (2006). Sin embargo, en España dicha tasa queda encima del promedio de la OCDE de 22.3% en el 2009. Los Estados Unidos, Canadá y Suecia representan ejemplos del éxito en la reducción de las tasas de tabaquismo, con tasas debajo del 17%. Las tasas de sobrepeso y de obesidad han aumentado en todos los países de la OCDE en las últimas décadas, aunque cabe señalar que existen diferencias importantes. En Portugal, la tasa de obesidad en la población adulta – basada en medidas reportadas de tamaño y peso – quedó en 15,40% en el 2006, debajo de España (16,0% en 2009) los Estados Unidos (27.7% en el 2009), pero por encima de las tasas en Italia (10.3%) o en Francia (11.2%). El promedio de los 28 países de la OCDE con datos reportados fue del 15.1% en el 2009. Está demostrado que la obesidad es un factor agravante para varios problemas de salud, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, y presagia gastos de salud más elevados en el futuro.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Parte II – Aspectos Metodológicos

Nota Preliminar

En esta segunda parte de la tesis se evidencia una descripción metodológica a cada uno de los varios estudios que han sido realizados, para alcanzar el objetivo general de esta tesis, por lo que se constituye de estudios de naturaleza descriptiva aunque también aporta unas estrategias intervencionistas en cuanto a la exploración de las oportunidades de promoción de estrategias de cooperación ibéricas en torno de la calidad, del conocimiento y de la innovación en salud. A partir de las diversas etapas de estudio y análisis, complementarias e integradas, se desarrolla una visión sistémica y coherente con respecto a las características e indicadores más relevantes de sus sistemas de salud y las respectivas oportunidades para la cooperación ibérica.

Con este propósito, los estudios presentados en esta tesis, se han planificado y construido con diversas metodologías que involucran de modo transversal la aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los servicios de salud (188), preconizado por la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud de la Organización Mundial de la Salud y en el uso de las herramientas SUPPORT (189) para la toma de decisiones en políticas de salud informada por la evidencia, preconizado por la Organización Panamericana de la Salud.

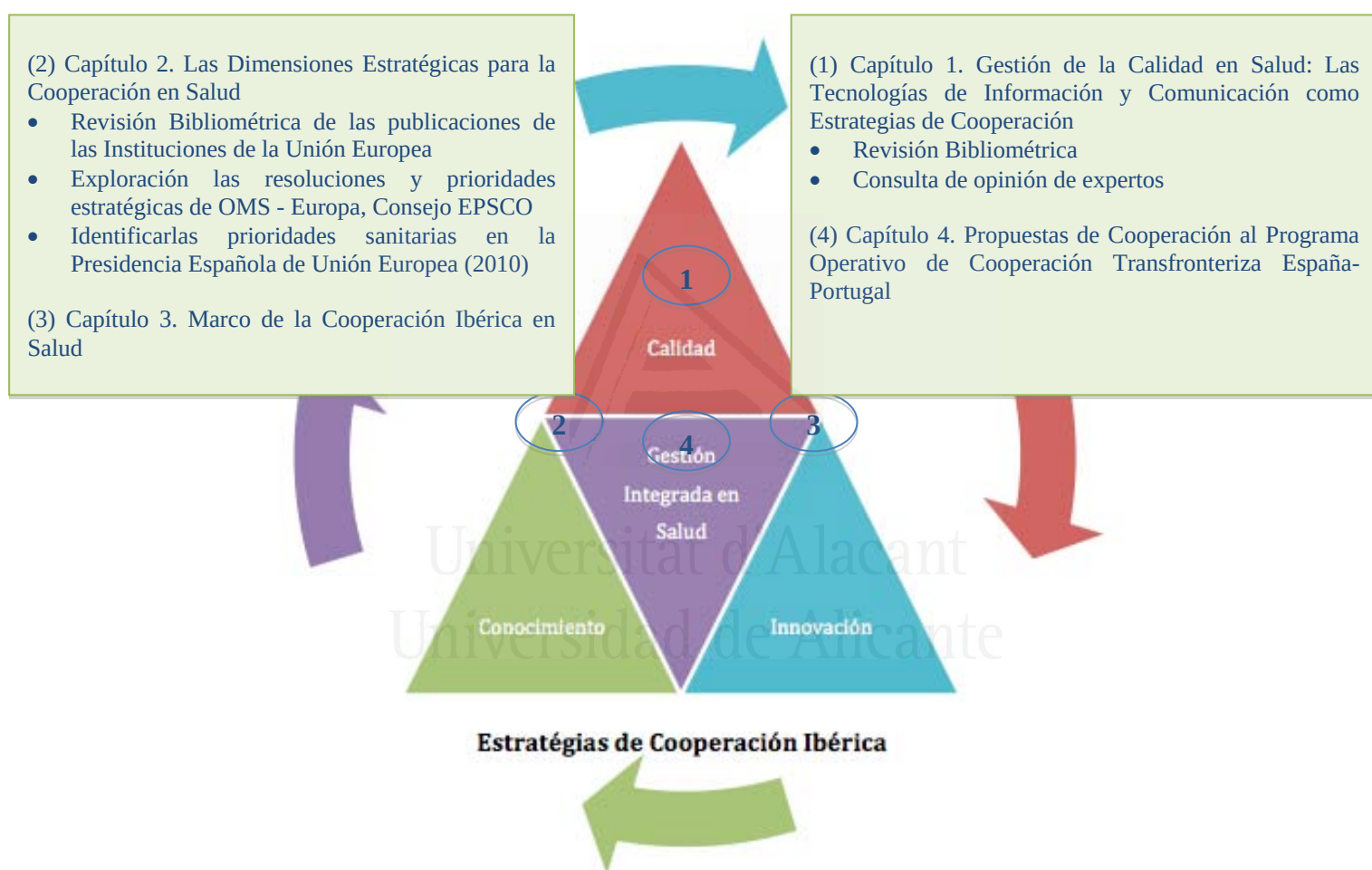
Estos principios metodológicos permitieron funcionar como un agregador de enfoques cualitativos con diferentes niveles de interpretación y recoger datos estadísticos y demográficos propios de la metodología cuantitativa, unificando en un marco coherente y sistemático que ayudaron a confirmar su validez para interpretar la realidad de los sistemas de salud ibéricos y identificar sus oportunidades estratégicas en materia de salud, considerando el recurso temporal del estudio delimitado entre enero de 2007 y diciembre de 2011.

Figura 42 – Representación visual de las palabras clave que conforman la Parte II de la tesis



Para alcanzar los objetivos propuestos, se ha planteado metodologías de investigación complementarias y aplicado instrumentos de análisis diversos, mediante una visión integrada de las estrategias de cooperación en salud [4] en los tres ámbitos de estudio: Gestión de la Calidad [1], Gestión del Conocimiento [2] y Gestión de la Innovación [3], conforme se observa en la figura 43.

Figura 43 – Estudios y metodologías que componen la Tesis



Fuente: Elaboración propia.

Los principales estudios que componen la presente tesis constituyen los 4 Capítulos identificados en la figura anterior y presentan en la siguiente organización estructural:

Capítulo 1. Gestión de la Calidad en Salud: Las Tecnologías de Información y Comunicación como Estrategias de Cooperación

Capítulo 2. Las Dimensiones Estratégicas para la Cooperación en Salud

1. Conocer la producción de información sobre salud y su referencia a la calidad, conocimiento y innovación, en el ámbito de las Instituciones de la Unión Europea, mediante el análisis bibliométrico.
2. Explorar las resoluciones y prioridades estratégicas en el marco de Asamblea Mundial de la Salud, del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa y del Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores de la Unión Europea, emitidas en el ámbito de calidad, del conocimiento y de la innovación en salud.
3. Identificar las prioridades estratégicas en el marco de la Presidencia Española de la Unión Europea y su enfoque en la calidad, conocimiento e innovación en salud

Capítulo 3. Marco de la Cooperación Ibérica en Salud

1. Explorar las principales iniciativas, tratados y convenios entre España y Portugal que fomentan la cooperación y cohesión
 - 1.1. Acuerdo Marco entre el Reino de España y la República Portuguesa sobre Cooperación Sanitaria Transfronteriza
 - 1.2. Memorándum de Entendimiento entre Ministério da Saúde de la República Portuguesa y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (España)
 - 1.3. Protocolo de Cooperación Específica entre Direção-Geral da Saúde y Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
 - 1.4. Programa Operativo de Cooperación Transfronteriza España-Portugal (POCTEP)
 - 1.5. Programa de Cooperación Territorial del Espacio Sudoeste Europeu (SUDOE)
2. Estudiar la audiencia de las paginas web ministeriales de salud en el contexto ibérico
3. Identificar a importancia e o alcance no uso da Web 2.0 pelos colaboradores do Departamento da Qualidade na Saúde – Direção-Geral da Saúde
4. Explorar los Modelos de Acreditación Sanitaria más relevantes en la promoción de la cooperación sanitaria
5. Identificar as principais iniciativas e prémios que reconhecem as boas praticas e inovação em saúde em Espanha e Portugal
 - 5.1. Caracterizar os projectos vencedores quanto ao seu mérito e enquadramento no «Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud» e na «Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde»
6. Analisar os discursos e intervenções dos membros dos Gabinetes dos Ministérios da Saúde de Espanha e Portugal, de acordo com a temática da inovação

Capítulo 4. Propuestas de Cooperación al Programa Operativo de Cooperación Transfronteriza España-Portugal

En el primer ámbito [1], el estudio «Gestión de la Calidad en Salud: Las Tecnologías de Información y Comunicación como Estrategias de Cooperación» explora la matriz conceptual y evolutiva en torno de la gestión de la calidad en salud y representa una revisión de la literatura científica, basada en un análisis bibliométrico sobre la temática en estudio y una consulta de opinión de expertos especializados en el tema, que de igual forma se complementa con la conceptualización de una propuesta de creación y desarrollo de un Repositorio Temático de Calidad en Salud – Dimensión Ibérica.

En el segundo ámbito [2], el estudio «Las Dimensiones Estratégicas para la Cooperación en Salud», se compone de diversos abordajes con enfoque en la revisión bibliométrica de las publicaciones de Instituciones de la Unión Europea y en la identificación de las resoluciones y prioridades estratégicas en el Marco de la Organización Mundial de la Salud, del Consejo EPSCO y de la Presidencia Española de la UE.

En el tercer ámbito de estudio [3], el estudio «Marco de la Cooperación Ibérica en Salud», se compone de diversos abordajes con enfoque en la exploración y análisis de las estrategias de cooperación ibéricas, desde el ámbito general a la dimensión de la salud, y se caracteriza por una identificación de iniciativas y acciones al nivel de la gestión del conocimiento y de la innovación en salud.

El cuarto ámbito de estudio [4], el estudio «Propuestas de Cooperación al Programa Operativo de Cooperación Transfronteriza España-Portugal», se compone de un estudio con el objetivo de identificar, analizar y consensuar entre los principales stakeholders de salud, las oportunidades y estrategias viables en la cooperación sanitaria transfronteriza. En este sentido, se han identificado y caracterizado iniciativas anteriores en este ámbito, que posibilitarán aunar esfuerzos y someter de forma colaborativa y cooperativa, en conformidad con las prioridades estratégicas identificadas, presentar dos proyectos al Programa Operacional de Cooperación Transfronteriza España-Portugal 2007-2013.

Los Estudios 3 y 4 se emprendieron con una búsqueda inicial de los expertos nacionales junto a una búsqueda avanzada en la documentación oficial de ámbito jurídico-legal de la UE, por consulta online en el Diario Oficial de la Unión Europea (<http://eur-lex.europa.eu/JOIndex.do?ihmlang=es>), principal fuente de contenidos de EUR-Lex, por lo cual se valorizó oportuno explorar esta metodología durante la estancia doctoral en la Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa (ENSP-UNL),

a fin de explorar en detalle estos documentos y encuadrar su pertinencia en el ámbito nacional.

Asimismo, esta estancia ha sido complementada por un periodo en el Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias de la Comunidad Valenciana (INACEPS), en virtud de la atribución de una beca iberoamericana de formación avanzada especializada MAPFRE.

A continuación se explica de forma detallada el proceso metodológico adoptado para cada uno de los estudios anteriormente mencionados.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Capítulo 1. Gestión de la Calidad en Salud: Las Tecnologías de Información y Comunicación como Estrategias de Cooperación

Se realizó un estudio descriptivo transversal de los resultados obtenidos de la búsqueda mediante revisión bibliográfica de la publicación científica, en España y en Portugal, sobre la gestión de la calidad en salud, enmarcada en el ámbito de las Tecnologías de la Información y Comunicación.

La elección de los documentos se realizó en razón de los criterios de inclusión (*la existencia de cualquier referencia a la gestión de la calidad en salud, que contemple comunidad de análisis dentro del ámbito de España y/o Portugal*) y exclusión (*la no localización del documento a texto completo*) definidos previamente.

Fuentes de datos consultadas

Las bases de datos internacionales consultadas son:

- **MEDLINE (a través de Pubmed)** – al permitir la interrogación mediante Tags (calificador de campo de registro bibliográfico que se identifica mediante una etiqueta de dos o más letras, que se puede añadir a continuación de cada término entre corchetes, ejemplo: Spain[ad] equivale a «Spain en el campo de registro de la dirección institucional»). Se utilizó el Tag [ad], que notifica la dirección y filiación institucional del artículo. El consultar MEDLINE a través de Pubmed fue debido a que permite el acceso a la base de datos mencionada de forma libre, gratuita y permanente.
- **EMBASE (Excerpta Medica data BASE)** – base de datos bibliográfica que indexa una mayor número de revistas europeas.
- **The Cochrane Library** – principal base de datos de medicina basada en la evidencia.
- **CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature)** – contiene información sobre enfermería, biociencias y cuidados de la salud.
- **ISI Web of Science** – literatura de investigación multidisciplinaria publicada en revistas líderes mundiales en las ciencias, ciencias sociales, artes y humanidades.

- **LILACS** (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) – producto cooperativo del Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud.
- **WHOLIS**(Sistema de Información de la Biblioteca de la Organización Mundial de la Salud) – publicaciones de la sede de la OMS y de las Representaciones Regionales.

Las bases de datos nacionales consultadas son:

- **IBECS** – Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud
- **IME**– Índice Médico Español de sumarios sobre biomedicina, que recoge artículos de Revistas científicas y selectivamente Actas de congresos, Series, Compilaciones, Informes y Monografías.
- **Porbase** – Base Nacional de Datos Bibliográficos, Biblioteca Nacional de Portugal.

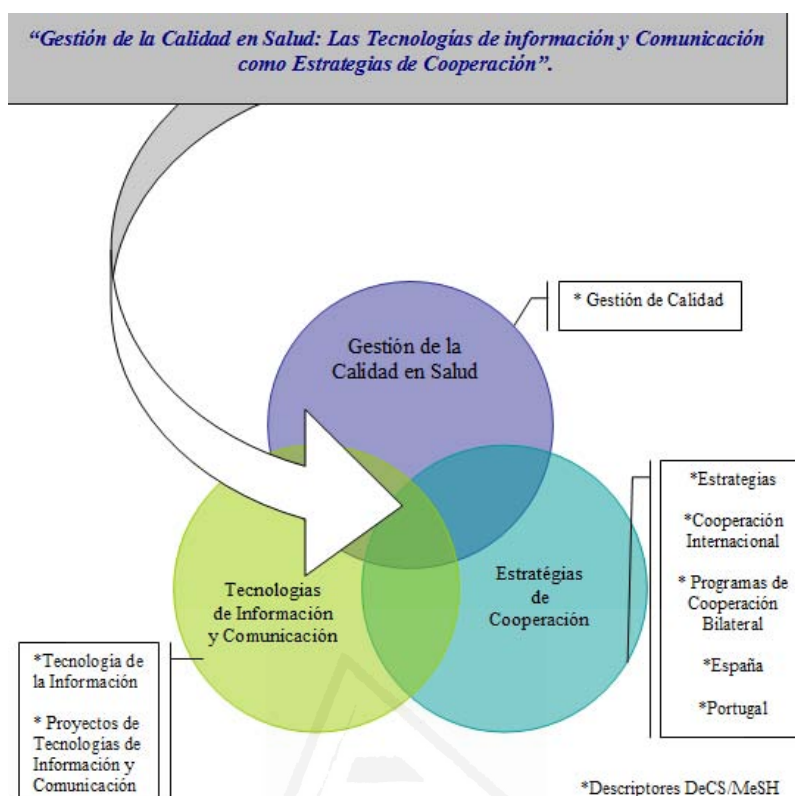
Y como complemento de la búsqueda bibliográfica se consultó, el portal de la Biblioteca Virtual de la Salud (BIREME/OPS/OMS), documentación técnica proveniente del Ministerio de Sanidad y Política Social de España y Ministerio da Saúde de Portugal, portal «gestão.saúde» de la Escuela Nacional de Sanidad de la Universidad Nova de Lisboa (Portugal), bases editoriales de revistas, tesis y distintos repositorios del ámbito ibérico (Editorial Elsevier, Red de Biblioteca Universitarias, Repositorio Científico de Acesso Aberto de Portugal – RCAAP) y las referencias bibliográficas localizadas mediante revisión manual.

Descriptores utilizados

Se consultaron los descriptores más pertinentes, su definición y su jerárquico dentro del *Thesaurus de la U.S. National Library of Medicine* (190), con el objeto de reducir los posibles sesgos de publicación.

Mediante el estudio del *Thesaurus* se identificaron y consideraron como adecuados, los descriptores (Figura 44) definidos a continuación y que están relacionados con la temática en estudio.

Figura 44 – Descriptores empleados para la revisión bibliográfica de la publicación científica, en España y en Portugal, sobre la gestión de la calidad en salud



Fuente: Elaboración propia a través del «Thesaurus de la U.S. National Library of Medicine».

«Total Quality Management»[MeSH] («Gestión de la Calidad Total»[DeSC]) – Aplicación de la practica de administración de negocios para, sistemáticamente, mantener y perfeccionar el desempeño de la organización en su todo. La efectividad y el éxito son determinados y evaluados por medidas cuantitativas de la calidad. Dependencia del jerárquico: ciencias de la salud (año de introducción en el tesauro: 1994).

«Information Science»[MeSH] («Ciencias de la Información»[DeSC]) – El campo de conocimiento, la teoría y la tecnología que se ocupan de la recogida de datos y cifras, los procesos y métodos empleados en su manipulación, almacenamiento, difusión, publicación, y la recuperación. Incluye los campos de la comunicación; Publicación; Biblioteconomía e Informática. Este descriptor engloba los conceptos de Tecnología de la Información y Proyectos de Tecnologías de Información y Comunicación, que inicialmente se calificaron como descriptores por la Biblioteca Virtual de la Salud (BIREME/OPS/OMS). Dependencia del jerárquico: ciencias de la información (año de introducción en el tesauro: 1993).

«**Information Management**»[MeSH] («Gestión de la Información»[DeSC]) – Gestión de la adquisición, organización, almacenamiento, recuperación y difusión de la información. Dependencia del jerárquico: ciencias de la información (año de introducción en el tesauro: 1997).

«**International Cooperation**» [MeSH] («Cooperación Internacional»[DeSC]) – Interacción de personas o grupo de personas que representan a varias naciones en la persecución de una meta o un interés común. Dependencia del jerárquico: ciencias sociales (año de introducción en el tesauro: desde su inicio).

En MEDLINE y EMBASE, únicas bases que lo permiten, se utilizaron los descriptores como *Major Topic* al representar el concepto más importante del artículo, eliminando aquellos menos relevantes. Para eliminar los errores en la base de datos LILACS, se consultaron los «Descriptores en Ciencias de la Salud».

Las búsquedas se realizaron desde el año de introducción en el tesauro del descriptor principal del área en estudio (Gestión de la Calidad Total), en cada base de datos, hasta el 31 de Marzo de 2009 y en todas las ecuaciones de búsqueda se utilizó «Humano» como límite.

Por consenso de los expertos en documentación científica se formularon las siguientes ecuaciones (Anexo 7 – Ecuaciones de búsqueda empleadas) y determinados criterios, como la utilización de los filtros de búsqueda en MEDLINE:

- *Filtro de búsqueda geográfico*: Se utilizó el filtro de búsqueda geográfico propuesto para España por Valderas y col. (191) y modificado por Sanz-Valero y col. (192), al que se suprimió su primera ecuación para evitar la búsqueda «en formato texto» que podría haber añadido ruido (documentos no deseados) a los resultados. En relación al filtro de búsqueda geográfico utilizado para Portugal, se construyó una ecuación de búsqueda basada en las principales ciudades de Portugal, teniendo en excepción algunas ciudades de nombre semejante en Brasil.
- *Filtro de búsqueda temático*: Se propuso la adaptación que ofrece la mayor sensibilidad en los resultados. Por ende se utilizaron los descriptores como *Major Topic* al representar el concepto más importante del artículo, eliminando aquellos menos relevantes y en algunos casos específicos los términos/descriptores MeSH, como [Title/Abstract].

Ecuación de búsqueda empleada: Mediante la unión booleanas de los «(filtros geográficos) AND (descriptores MeSH)».

En EMBASE, se ha utilizado el descriptor MeSH, como *Major Term*, mediante la unión booleana con el Tag Country of author (ca), respectivamente a España y Portugal.

No se ha aplicado límites de año de publicación.

Esta búsqueda fue llevada a cabo mediante la consulta de los descriptores más pertinentes, su definición y su jerárquico dentro del Thesaurus, con el objeto de reducir en lo posible los sesgos de publicación.

Consecuentemente, parte de este trabajo puede ser reproducido y actualizado en cualquier momento por replicación, copiar y pegar, en la base de datos adecuada, de la ecuación de búsqueda propuesta para la misma. La otra parte de este trabajo ha sido la consulta gran parte de la documentación técnica, donde mucha de esta no está indexada a bases de datos, pero constituye aportaciones consideradas relevantes y pertinentes al estudio.

Adicionalmente y como búsqueda secundaria, se revisó el listado de referencias bibliográficas de los artículos seleccionados para identificar aquellos estudios que no hubiesen sido detectados por la búsqueda electrónica.

Para el análisis de los datos obtenidos y a fin de cumplir los objetivos establecidos, se realizaron las siguientes técnicas de análisis:

- Estudio descriptivo de indicadores bibliométricos (distribución porcentual de la tipología documental publicada; distribución geográfica de procedencia de los artículos; filiación institucional de los artículos; número de autores por artículo; idioma empleado en los artículos; año de publicación; procedencia de las fuentes de publicaciones).
- Se han obtenido las distribuciones de frecuencia de cada una de las variables correspondientes.
- Se obtuvieron los porcentajes de estudio.

Para la introducción y análisis de los datos se utilizó el programa SPSS versión 15 para Windows. Para el control de calidad de la información se realizó doble entrada de datos, corrigiendo con los originales los errores detectados.

En adición al trabajo anteriormente descrito, se realizó la consulta a expertos de las áreas temáticas sobre gestión de la calidad y las TIC en el contexto ibérico, opiniones que nos han permitido complementar el estudio para trazar líneas futuras de estudio.

Para la selección de expertos se ha considerado el cargo desarrollado en la organización, la disponibilidad y factores de relevancia con la temática (Tabla 53).

Tabla 53 – Listado de Expertos por área geográfica y temática

Experto	País	Área Temática	Entidad
Paula Lobato Faria	Portugal	Organizaciones de Salud/Derecho y Nuevas Tecnologías	Escola Nacional de Saúde Publica (Universidade Nova de Lisboa)
Margarida França	Portugal	Calidad en Salud/Seguridad del Paciente/ Gestión de la Calidad	Hospital Magalhães Lemos. Dirección General de Sanidad
João Bispo	Portugal	Administración y Gestión en Salud	Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde
Antonio Correia de Campos	Portugal	Políticas de Salud/Administración y Gestión en Salud	Escola Nacional de Saude Publica (Universidade Nova de Lisboa)
Emilio Imperatori	Portugal	Gestión de la Calidad/Formación Especializada en Salud	Dirección General de Sanidad – Ministerio de la Salud.
Nina de Sousa Santos	Portugal	Derecho Sanitario/Coordinación Reglamentario en Salud	Dirección General de Sanidad – Ministerio de la Salud.
Álvaro Rocha	Portugal/España	Sistemas y Tecnologías de Información/Cooperación Ibérica	Asociación Ibérica de Sistemas y Tecnologías de la Información
Pablo Rivero Corte	España	Políticas de Salud/Administración y Gestión de la Calidad	Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud
David Novillo	España	Tecnologías de Información y Comunicación/Tecnología y Documentación Sanitaria	Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud
Javier Sanz Valero	España	Comunicación Científica/Tecnología y Documentación Sanitaria	Universidad de Alicante Universidad Miguel Hernández

Fuente: Elaboración propia.

A partir de los comentarios y opiniones aportadas por los expertos, se consolidaron algunas sugerencias que hacen referencia a las 12 áreas temáticas, identificadas en las publicaciones científicas.

Además, se realizó una aproximación a sus aportaciones, y se identificaron posibles estrategias de aplicación de las TIC, en la gestión de la calidad, donde a continuación se consideró válido la elaboración de una propuesta de diseño y desarrollo de un Repositorio Documental de Calidad en Salud, con el objetivo de que este pueda ser aplicado en ambos países, como medida de cooperación ibérica.

Capítulo 2. Las Dimensiones Estratégicas para la Cooperación en Salud

1. Conocer la producción de información sobre salud y su referencia a la calidad, conocimiento y innovación, en el ámbito de las Instituciones de la Unión Europea, mediante el análisis bibliométrico

Se realizó un estudio descriptivo transversal de los resultados obtenidos de la búsqueda mediante revisión documental de las publicaciones en la base de datos que reúne todas las publicaciones de las Instituciones de la Unión Europea, denominada de EUBookshop (<http://bookshop.europa.eu/>), sobre la temática de la salud, entre el periodo de 1 de enero de 2007 y 31 de diciembre de 2011.

La elección de los documentos se realizó en razón de los criterios de inclusión (la existencia de cualquier referencia a la temática de la salud, que contemple comunidad de análisis dentro del ámbito de calidad, conocimiento y innovación) y exclusión (la no localización del documento a texto completo) definidos previamente (Anexo 5 – Resultados de la Búsqueda en la plataforma EUBookshop).

De forma a garantizar fidelidad y calidad de la búsqueda se utilizaron los descriptores del tesoro multilingüe EuroVoc (<http://eurovoc.europa.eu/>), cuya función primera es el tratamiento de la información documental que generan las instituciones de la Unión Europea. Se trata de un tesoro multidisciplinario que cubre ámbitos suficientemente amplios para dar cabida no sólo a los aspectos comunitarios, sino también a las perspectivas nacionales, con un perceptible acento en la actividad parlamentaria, conforme se puede visualizar en la siguiente figura.

Figura 45 – Plataforma del tesoro EuroVoc empleada en la revisión documental de las publicaciones de las Instituciones de la Unión Europea



Fuente: Tesoro multilingüe EuroVoc, disponible en <http://eurovoc.europa.eu/>

El objetivo del tesoro es aportar a los servicios responsables de la gestión y de la difusión de la información un instrumento de indización coherente que les permita gestionar con eficacia sus fondos documentales y permitir a los usuarios efectuar búsquedas documentales utilizando un lenguaje controlado.

Esta búsqueda fue llevada a cabo mediante la consulta de los descriptores más pertinentes, su definición y su jerárquico dentro del Thesaurus, con el objeto de reducir en lo posible los sesgos de publicación.

Adicionalmente y como búsqueda secundaria, se revisó el listado de referencias bibliográficas de los artículos seleccionados para identificar aquellos estudios que no hubiesen sido detectados por la búsqueda electrónica.

Para el análisis de los datos obtenidos y de manera a cumplir los objetivos establecidos, se realizaron las siguientes técnicas de análisis:

- Estudio descriptivo de indicadores bibliométricos (distribución porcentual de la tipología documental publicada; distribución geográfica de procedencia de los documentos; filiación institucional de los artículos; número de autores por artículo; idioma empleado en los artículos; año de publicación; procedencia de las fuentes de publicaciones).
- Se han obtenido las distribuciones de frecuencia de cada una de las variables correspondientes.
- Se obtuvieron los porcentajes de estudio.

Para la introducción y análisis de los datos se utilizó el programa SPSS versión 15 para Windows. Para el control de calidad de la información se realizó doble entrada de datos, corrigiendo con los originales los errores detectados.

2. Explorar las resoluciones y prioridades estratégicas en el marco de Asamblea Mundial de la Salud, del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa y del Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores de la Unión Europea, emitidas en el ámbito de calidad, del conocimiento y de la innovación en salud

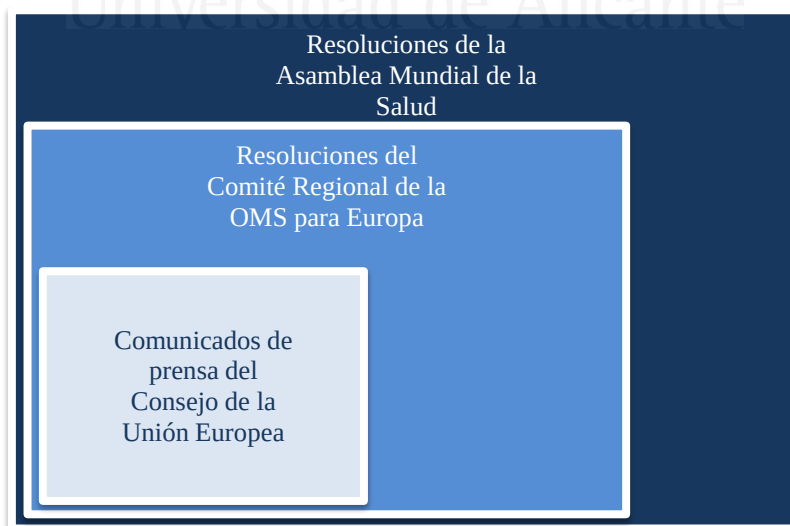
Se realizó un estudio descriptivo transversal de los resultados obtenidos de la búsqueda mediante revisión documental de las publicaciones oficiales (resoluciones y

comunicados de prensa), emitidas entre el periodo de 1 de enero de 2007 y 31 de diciembre de 2011 y disponibles en las respectivas bases de datos electrónicas:

- Asamblea Mundial de la Salud:
 - <http://apps.who.int/gb/or/>
- Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa:
 - <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions>
- Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores de la Unión Europea:
 - <http://www.consilium.europa.eu/press/press-releases/employment,-social-policy,-health-and-consumer-affairs?BID=79&lang=es>

Adicionalmente y de modo complementario, se revisó la analogía entre las resoluciones de Asamblea Mundial de la Salud y las del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa y en el Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores de la Unión Europea, se identificaron los representantes de España y Portugal, los principales resultados del Consejo y las principales conclusiones en el ámbito sanitario, a fin de identificar aquellos aspectos más relevantes que no hubiesen sido detectados por la búsqueda electrónica.

Figura 46 – Resoluciones exploradas en el Marco Mundial y Europeo de las Prioridades Estratégicas en Salud



Fuente: Elaboración propia

Asamblea Mundial de la Salud

La Asamblea Mundial de la Salud es el órgano decisorio supremo de la OMS. Se reúne por lo general en Ginebra todos los años en mayo y asisten a ella delegaciones de los 194 Estados Miembros. Su principal función consiste en determinar las políticas de la Organización, incluyen los 6 comités regionales existentes: Europa; África; Asia Sudoriental; Américas; Mediterráneo Oriental; Pacífico Occidental.

Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa

La Región Europea de la OMS se enfrenta a varios retos importantes en su búsqueda de una mejor salud. La experiencia técnica, capacidad de convocatoria y la perspectiva regional de la Oficina Regional son una fuente importante de apoyo a los Estados miembros, que en la actualidad vivencian a menudo la escasez de recursos humanos, materiales y financieros, que a su vez limitan la capacidad de los sistemas nacionales de salud para hacer frente a estos desafíos.

Las seis áreas de enfoque prioritario para la Oficina Regional Europea son: 1) la política de salud y los determinantes sociales de la salud, 2) la prevención de las enfermedades no transmisibles y la promoción de la salud, 3) sistemas de salud y la salud pública, 4) medio ambiente y la salud, 5) la seguridad sanitaria y las enfermedades transmisibles, 6) la información, investigación e innovación.

Así, asume un papel de liderazgo en salud pública y se basa en tres pilares - autoridad legal para aplicar las decisiones en los Estados miembros; la misión de actuar como asesores neutrales e imparciales a las partes interesadas y un compromiso para proporcionar la excelencia técnica y la innovación en salud pública.

En este sentido, la Oficina Regional cumple una función de gobernación amplia de promoción de los valores comunes en los Estados miembros y trata de representar los intereses de los casi 900 millones de personas que viven en la Región Europea de la OMS.

Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores de la Unión Europea

El Consejo de la Unión Europea es un polo de decisión esencial para la Unión Europea, pues adopta, en la mayoría de los casos junto con el Parlamento Europeo, actos que tienen una incidencia directa en la vida de los ciudadanos y una considerable repercusión internacional.

El Consejo es la institución de la Unión que reúne a los representantes de los Gobiernos de los Estados miembros, es decir, los ministros de los distintos Estados miembros competentes en un ámbito determinado.

El Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores (EPSCO) convoca unas cuatro veces al año a los Ministros competentes para el empleo, la protección social, la protección de los consumidores, la sanidad y la igualdad de oportunidades.

En estos ámbitos, el Consejo decide generalmente por mayoría cualificada y en codecisión con el Parlamento Europeo (salvo en el ámbito de la seguridad social, donde decide por unanimidad).

Adopta normas europeas orientadas a armonizar o coordinar las legislaciones nacionales relativas, en particular, a las condiciones de trabajo, el refuerzo de las políticas nacionales de prevención de las enfermedades y de lucha contra las enfermedades más graves y ampliamente difundidas en el ámbito sanitario y la protección de los derechos de los consumidores, através de un conjunto de normas estrictamente comunitarias, que denominan de Derecho Derivado (Tabla 54).

Tabla 54 – Derecho Derivado: Clasificación de las normas estrictamente comunitarias

Reglamento	El Reglamento tiene un alcance general y se aplica a todos los ciudadanos y Estados Miembros, o bien a categorías abstractas y globales de ellos. Es obligatorio en todos sus elementos y para todos sus destinatarios y directamente aplicable en cada Estado, en sus ordenamientos nacionales desde la publicación y entrada en vigor, sin necesidad de desarrollo ulterior.
Directiva	La Directiva establece los objetivos que deben lograr los Estados Miembros dejándoles elegir los medios para hacerlo. Se utiliza para armonizar las legislaciones nacionales y obliga al Estado Miembro destinatario en cuanto al resultado que deba seguirse, dejando, sin embargo, a las autoridades nacionales la libertad de elección de forma y medios. Por tanto no son aplicables directamente; para que los principios en ellas establecidos surtan efecto para los ciudadanos, el legislador nacional debe adoptar una norma interna de desarrollo que conforme el ordenamiento jurídico nacional a los objetivos de la Directiva. La Directiva fija una fecha límite para la transposición al Derecho nacional.
Decisiones	Se trata de actos cuasi-normativos obligatorios de alcance particular, que pueden afectar a uno o varios Estados Miembros, o a una o varias personas físicas o jurídicas. Las decisiones deben notificarse a sus destinatarios para su eficacia y se publican en el Diario Oficial de la Unión Europea (DOUE). Es la norma que adopta el Consejo de la Unión Europea, solo o en colaboración con el Parlamento Europeo o la Comisión Europea, para legislar sobre casos particulares. Mediante una Decisión, las instituciones pueden exigir a un Estado miembro o a un ciudadano de la Unión que actúe o deje de hacerlo, otorgarle derechos o imponerle obligaciones.
Recomendaciones	No son vinculantes. Contienen básicamente una invitación a actuar sobre cuestiones concretas.
Dictámenes	No son vinculantes. Se limitan a expresar una opinión.

Fuente: Elaboración propia a partir de Plataforma EUR-Lex el derecho de la Unión Europea, disponible en <http://eur-lex.europa.eu/es/index.htm>

3. Identificar las prioridades estratégicas en el marco de la Presidencia Española de la Unión Europea y su enfoque en la calidad, conocimiento e innovación en salud

Se realizó un estudio descriptivo transversal de los resultados obtenidos de la búsqueda mediante revisión documental de las publicaciones oficiales (prioridades estratégicas y el plan de acción para las actividades propuestas) de la Presidencia Española de la Unión Europea, durante el primer semestre de 2010 (1 de enero hasta 30 de junio).

De forma transversal se mapearon las iniciativas más relevantes para las temáticas en estudio y se analizaron sus conclusiones a partir de la documentación oficial contenida en la web de la Presidencia Española de la Unión Europea (<http://www.eu2010.es>).



Capítulo 3. Marco de la Cooperación Ibérica en Salud

1. Explorar las principales iniciativas, tratados y convenios entre España y Portugal que fomentan la cooperación y cohesión

Se realizó una búsqueda en los principales instrumentos legales estatales – Boletín Oficial del Estado de España y Portugal y se exploró la documentación a partir de fuentes oficiales, relativamente a las principales cumbres ibéricas en complemento con los informes europeos sobre la cohesión económica, social y territorial entre Estados Miembros de la Unión, de los cuales se destacan los siguientes sitios web consultados:

Ministerio de Sanidad y Política Social (España) (<http://www.msps.es/>)

Portal de la Salud – Ministerio da Saúde (Portugal) (<http://www.portaldasaude.pt>)

Comisión Europea (http://ec.europa.eu/index_es.htm)

Comité Económico y Social (<http://www.eesc.europa.eu/?i=portal.en.home>)

Consejo (<http://www.european-council.europa.eu/home-page.aspx?lang=es>)

Cordis (http://cordis.europa.eu/fp7/home_es.html)

DG SANCO (http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/index_en.htm)

EUR-Lex el derecho de la Unión Europea (<http://eur-lex.europa.eu/es/index.htm>)

Eurobarómetro (http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm)

Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios y Políticas
(<http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory>)

Parlamento Europeo (http://www.europarl.europa.eu/news/public/default_es.htm)

Portal de la Unión Europea (<http://europa.eu>)

Portal Salud-UE (http://ec.europa.eu/health-eu/index_es.htm)

Presidencia española de la UE 2010 (<http://www.eu2010.es/es/index.html>)

Rincón de lectura de la UE (http://ec.europa.eu/publications/index_es.htm)

Síntesis de la legislación de la UE (http://europa.eu/legislation_summaries/index_es.htm)

Sitio web de Salud Pública de la Comisión Europea
(http://ec.europa.eu/health/index_en.htm)

Tribunal de Justicia (http://curia.europa.eu/jcms/jcms/j_6/)

Se consideró oportuno explorar los siguientes instrumentos de referencia en la cooperación ibérica:

- 1.1. Acuerdo Marco entre el Reino de España y la República Portuguesa sobre Cooperación Sanitaria Transfronteriza
- 1.2. Memorándum de Entendimiento entre Ministério da Saúde de la República Portuguesa y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía
- 1.3. Protocolo de Cooperación Específica entre Direção-Geral da Saúde y Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
- 1.4. Programa Operativo de Cooperación Transfronteriza España-Portugal (POCTEP)
- 1.5. Programa de Cooperación Territorial del Espacio Sudoeste Europeo (SUDOE)

En relación al Programa Operativo de Cooperación Transfronteriza España-Portugal (POCTEP) y al Programa de Cooperación Territorial del Espacio Sudoeste Europeo (SUDOE), se consideraron de elevado valor añadido por potencialidades y adaptación de la política de cohesión a la estrategia Europa 2020, por el cual se estudió en detalle los proyectos aprobados y características relacionadas con su participación.

Este análisis se realizó con base en la metodología de benchmarking, por lo que se ha definido como un proceso sistemático de identificar, comparar y aprender de las mejores prácticas de otras organizaciones, del mismo sector o no, desagregando ordenadamente el conjunto de factores que condicionen el éxito de las mismas.

Existen cuatro tipos de benchmarking y este estudio está enfocado en el «benchmarking funcional o industrial» (Tabla 55).

Tabla 55 – Tipologías de benchmarking y sus aplicaciones

Tipo de benchmarking	Aplicación
Benchmarking estratégico	Centrado en organizaciones de otros sectores, trata de diagnosticar los cambios potenciales y las tendencias que se están produciendo, con la finalidad de anticiparse.
Benchmarking funcional o “industrial”	Centrado en organizaciones del mismo sector pero que no actúan en el mismo mercado geográfico. Permite ayudar a mejorar procesos clave de la organización, adaptando las mejores prácticas de aquellas organizaciones que, después de una búsqueda amplia, se hayan considerado como excelentes.
Benchmarking de resultados	Permite medir resultados de procesos o servicios propios frente a los de otra organización.
Benchmarking competitivo	Centrado en competidores directos, se realiza con la finalidad de llevar a cabo comparaciones específicas de organizaciones.

Fuente: Elaboración propia.

Este estudio se ha desarrollado en base al análisis de las experiencias y iniciativas publicadas de entidades de España y Portugal, de acuerdo a los programas POCTEP y

SUDOE. No se incluyeron las políticas, programas, recomendaciones u otros tipos de intervenciones que no estén implantadas o que no presenten resultados concretos que permitiesen clasificar la experiencia como «buena práctica».

2. Estudiar la audiencia de las paginas web ministeriales de salud en el contexto ibérico

Se estudió la audiencia de las páginas web ministeriales de salud en el contexto ibérico (www.msc.es / www.min-saude.pt) durante el año 2009, a través de las herramientas electrónicas de medición de audiencias Google Ad Planner, Quantcast y Compete.

Estas herramientas de Analítica Web nos posibilitaron información sobre el número de visitas, páginas vistas, desde dónde vinieron, buscadores utilizados y keywords, contenido visitado, duración de la visita, número de veces que se alcanzan los objetivos, cómo está funcionando una campaña específica de salud, geolocalización de los visitantes, si es su primera visita y datos de ámbito general.

Por otro lado, esta metodología nos permitió conocer el comportamiento de los usuarios, desde antes de llegar al site hasta que se van de la web, por lo que se consideró de gran utilidad.

3. Identificar a importancia e o alcance no uso da Web 2.0 pelos colaboradores do Departamento da Qualidade na Saúde – Direção-Geral da Saúde

Este estudo teve por base o desenvolvimento e aplicação de um questionário eletrónico a todos os colaboradores do Departamento da Qualidade na Saúde da Saúde da Direção-Geral (Portugal), durante o primeiro trimestre de 2010.

O questionário é uma forma de entrevista na qual prevalece a ausência do contacto face-a-face entre entrevistador e entrevistado (193) (194). Esta ausência assenta na ideologia de que uma interação impessoal com o inquirido é suficiente para se recolher informações acerca do problema em estudo (194).

Esta tipologia de instrumento permite sondar opiniões, sendo utilizado comumente quando a amostra do estudo é numerosa, e é caracterizado pela facilidade de administração e de ajuste, pela diversidade de respostas e pelo reduzido custo de tempo e esforço comparativamente à realização de uma entrevista (Fernández, J., 2010). Por outro lado, McKernan (2001) apela a alguns inconvenientes ou desvantagens do

questionário como a) a sua elaboração e análise requererem muito trabalho e tempo, e b) a probabilidade de prevalecer a desejabilidade social nas respostas dos sujeitos.

Rodríguez e colaboradores (1999) afirmam que a planificação do questionário implica uma reflexão do autor sobre o problema em estudo e inerente formulação de questões. Desta reflexão emerge o fundamento para o marco conceptual do problema, e consequentemente desenvolvem-se as categorias, os conteúdos e as questões do questionário. Rodríguez e colaboradores (1999) salientam ainda a importância da elaboração de um estudo piloto para providenciar a excelência do questionário definitivo.

Nesta linha formulou-se o «Questionário sobre o uso da Web 2.0». Este é um instrumento de auto-resposta online, desenvolvido no âmbito do projecto «Web 2.0: Qualidade e Inovação no Serviço Nacional de Saúde» com o objetivo de identificar a importância e o alcance do uso da Web 2.0 entre os colaboradores do Departamento de Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde. O «Questionário sobre o uso da Web 2.0» é constituído por quatro partes: Dados Gerais; Usabilidade da Web 2.0; Redes Sociais e Saúde 2.0.

A primeira parte do questionário visa recolher informações sociodemográficas (sexo e idade) e de âmbito profissional (Colaboração com o Departamento da Qualidade na Saúde – Interno, Externo ou Consultor) acerca dos inquiridos.

Com o intuito de se apurar qual a usabilidade da Web 2.0, propôs-se aos inquiridos de qualificar enquanto «Habitualmente», «Esporadicamente» ou «Nunca» o uso de tecnologias como: a) Perfil público numa rede social (Facebook, Ning, Hi5, LinkedIn, etc.); b) Visita Web sites sociais (myspace, Facebook, etc.); c) Feeds RSS; d) Adiciona tags a Web sites ou fotografias; e) Escreve ou edita wikis; f) Participa em fóruns online; g) Comenta em blogs de outras pessoas; h) Publica classificações ou análises de produtos e serviços; i) Faz upload de música ou vídeos criados por si; j) Publica as suas próprias páginas Web; e k) Publica um ou mais blogs. Na sequência desta questão, solicitou-se aos inquiridos de qualificar o uso das redes sociais ao nível da frequência (nunca, uma vez por ano, todos os 2 a 4 meses, mensalmente, semanalmente ou diariamente) e da sua finalidade (pessoal ou profissional).

Na terceira parte do questionário os inquiridos devem classificar qualitativamente (Habitualmente, Esporadicamente ou Nunca) a utilização do Facebook, Hi5, Twitter, LinkedIn, Blogs, Wikis, MySpace e outros recursos Web. Á posteriori, é-lhes questionado se utilizam alguma ferramenta automática para receber atualizações nas

temáticas de interesse pessoal, como o RSS, a subscrição por email, alertas, o leitor de notícias ou a lista de distribuição. A utilização de outros dispositivos para além do computador para aceder à Internet é questionada de forma complementar.

Para finalizar o questionário, elabora-se uma aproximação da Web 2.0 à área da saúde. Assim, questiona-se os inquiridos acerca do conhecimento que estes possuem da existência de alguma ferramenta Web 2.0 aplicada na área da saúde, e, caso conheçam, a(s) enumere(m). Concomitantemente averigua-se a visão destes quanto a Web 2.0 e as redes sociais poderem ser uma mais-valia para a comunicação e a aproximação ao cidadão na área da saúde.

Este instrumento foi desenvolvido com o objetivo de inquirir os colaboradores acerca da importância atribuída às ferramentas da Web 2.0 (blogs, wikis, blogs, micro-social bookmarking, etc.), e ao alcance definido em função da sua adopção e utilização.

A elaboração deste instrumento teve por base as ferramentas de Web 2.0 já implementadas e adoptadas pela Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (España), permitindo desta forma efetuar a respetiva análise comparativa e evolutiva.

4. Explorar los Modelos de Acreditación Sanitaria más relevantes en la promoción de la cooperación sanitaria

Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre los Modelos de Acreditación Sanitaria del Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias de la Comunidad Valenciana (INACEPS) y de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).

Se obtuvieron datos relativos a los modelos a partir de la consulta directa y acceso, vía documental, a los modelos de acreditación motivo de estudio.

El objeto de estudio del modelo de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), se fundamenta en el Protocolo de Cooperación Técnica celebrado el 5 de julio de 2010, entre el Ministério da Saúde de la República Portuguesa y el Ministerio de Sanidad y Consumo del Reino de España, que identifica el objetivo de reforzar la cooperación entre ambos países en el ámbito de la sanidad y de las ciencias biomédicas y establece la calidad y la calidad sanitaria como una de las principales iniciativas de la cooperación.

El objeto de estudio del modelo del Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias de la Comunidad Valenciana (INACEPS), se fundamenta en la

oportunidad de conocer, estudiar en detalle y presencialmente, con motivo de la atribución de una Beca Iberoamericana de Formación Especializada - Fundación MAPFRE, convocatoria 2009, en el área de Gestión Sanitaria: Calidad y Seguridad Clínica. Esta oportunidad, permitió acompañar las diversas fases del proceso de acreditación sanitaria de ambas entidades, durante el período de octubre y noviembre de 2009.

El modelo de acreditación sanitaria de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), se estudió a partir del proceso de adaptación y implementación del modelo a la realidad portuguesa, por lo que fue considerado el modelo de referencia para las instituciones de prestación de cuidados de salud en Portugal, de acuerdo con el Protocolo de Cooperación Específica entre Direcção-Geral da Saúde y Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía formalizado a 24 de septiembre de 2010, con el objetivo de desarrollar y compartir el modelo de certificación y de acreditación sanitaria.

Se seleccionaron las fases del proceso de acreditación de ambos modelos y se consideraron relevantes las diferencias y similitudes entre modelos.

En este estudio se tuvo en cuenta el intercambio mutuo de conocimientos y experiencias innovadoras en el ámbito de la calidad sanitaria de forma a contribuir al refuerzo de la cooperación sanitaria ibérica.

5. Identificar as principais iniciativas e prémios que reconhecem as boas praticas e inovação em saúde em Espanha e Portugal.

Para identificar as principais iniciativas e prémios, subjacentes às prioridades nacionais e regionais de promoção das boas praticas e inovação em saúde, foram consultados e analisados os principais documentos de referencia às politicas públicas nacionais e regionais de I&D&i em saúde, bem como a pesquisa especializada de informação nos respectivos sitios de internet de cada Comunidade Autónoma de Espanha e dos Ministerios da Saúde de Espanha e de Portugal, , no período de 1 de Janeiro de 2009 a 31 de Dezembro de 2011, conforme se ilustra na seguinte tabela 56.

Tabla 56 – Ministerios da Saúde e Serviços Regionais de Saúde na Península Ibérica

País	Ministério	Sitio de Internet
Portugal	Ministerio da Saúde	http://www.min-saude.pt/portal
Espanha	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad	http://www.mspsi.es/

Comunidade Autónoma	Serviço de Saúde Autónomo	Sítio de Internet
 Cataluña	CatSalut, Servei Català de la Salut	http://www10.gencat.cat/catsalut/esp/index.htm
 Andalucía	Servicio Andaluz de Salud (SAS)	http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/portal/index.jsp
 País Vasco	Osakidetza – Servicio Vasco de Salud	http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ghhome00/es/
 Comunidad Valenciana	Agencia Valenciana de Salud	http://www.san.gva.es/
 Galicia	Servicio Gallego de Salud (SERGAS)	http://www.sergas.es/Portada.aspx?IdPaxina=0&Idioma=es
 Navarra	Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea	http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadano/
 Canarias	Servicio Canario de la Salud (SCS)	http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/
 Asturias	Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)	https://www.asturias.es/portal/site/astursalud
 Cantabria	Servicio Cántabro de Salud (SCS)	http://www.scsalud.es/
 La Rioja	Servicio Riojano de Salud	http://www.riojasalud.es/
 Región de Murcia	Servicio Murciano de Salud (SMS)	http://www.murciasalud.es/principal.php
 Aragón	Servicio Aragonés de Salud (Salud)	http://www.aragon.es/sas
 Castilla-La Mancha	Servicio de Salud de Castilla – La Mancha (SESCAM)	http://sescam.jccm.es/web1/home.do
 Extremadura	Servicio Extremeño de Salud (SES)	http://www.saludextremadura.com/
 Islas Baleares	Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-SALUD)	http://www.ibsalut.es/webibsalut/
 Comunidad de Madrid	Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)	http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_home&language=es
 Castilla y León	Sanidad Castilla y León (SACYL)	http://www.saludcastillayleon.es/es

Fuente: Elaboración propia.

A pesquisa e análise documental teve em consideração a localização, natureza dos dados e selecção dos documentos de forma a identificar as principais iniciativas desenvolvidas pelas várias entidades que constituem o Sistema Nacional de Saúde Espanhol e Portugues.

Nesta análise considerou-se de particular interesse as actividades desenvolvidas pelos Ministerios da Saúde no contexto da implementação das estratégias de melhoria continua da qualidade e promoção da inovação em saúde.

Em Portugal, esta análise está centrada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, sob a responsabilidade do Departamento da Qualidade na Saúde da Direcção-Geral da Saúde.

Em Espanha, esta análise está centrada no Plano de Qualidade para o Sistema Nacional de Saúde, sob a responsabilidade da «Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud».

5.1. Caracterizar os projectos vencedores quanto ao seu mérito e enquadramento no «Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud» e na «Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde»

O «Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud» em Espanha e a «Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde» em Portugal constituem uma determinação ministerial que no âmbito das prioridades estratégicas de promoção da qualidade em saúde, contemplam nas suas atividades o reconhecimento de projectos e iniciativas nacionais de boas práticas e de inovação em Saúde.

De um modo exploratório descritivo, realiza-se uma análise dos projetos vencedores, ao abrigo das iniciativas apoiadas e/ou dinamizadas no âmbito da «Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde» de Portugal (em processo de implementação desde 2009), e do «Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud» de Espanha (em processo de implementação desde 2006).

Desta forma, foram exploradas as seguintes iniciativas nacionais no período de 1 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2011 e analisadas em função do reconhecimento dos projectos por prémios segundo categorias, edição/ano de atribuição-reconhecimento, dotação financeira atribuída (caso seja aplicável), entidade promotora e âmbito geográfico, de acordo com as seguintes iniciativas nacionais:

Portugal

- **Prémio de Boas Práticas em Saúde:** Promovido pela Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH) e a Direcção-Geral da Saúde (DGS), em parceria com a Administração Central do Sistema de Saúde, o Alto Comissariado da Saúde e as Administrações Regionais de Saúde (ARS).

Ao longo dos anos este prémio tem ajustado as suas categorias de reconhecimento em função da dimensão do projecto – nacional e local e em função da classificação de Primeiro Prémio e Menção Honrosa. Não é atribuído dotação económica como prémio.

A cada ano é também reconhecida uma temática de análise verificando-se desde 2007 as seguintes abordagens temáticas:

2009 - 3ª Edição – «Equidade, Efectividade e Eficiência em Saúde»

2010 - 4ª Edição – «Qualidade e Inovação»

2011 - 5ª Edição - «Hospitais e Centros de Saúde: juntos por uma melhor saúde»

Espanha

- **Prémios à Qualidade no ambito do Sistema Nacional de Saúde** - Promovido pelo Ministerio da Saúde desde 2007, através da Ordem SCO/982/2007, de 2 de abril, que estabelece o regulamento e principios para a coesão dos premios à qualidade no ambito do Sistema Nacional de Saúde.

Na sua globalidade estes prémios englobam 5 categorias de reconhecimento e afectam dotações economicas variáveis:

Prémio à inovação na melhoria global da Qualidade Assistencial – válido para instituições, unidades, equipas e serviços de saúde que ao longo do ano iniciaram um programa inovador de melhoria global da qualidade assistencial, aplicando algum modelo de excelencia.

Prémio às melhores práticas clinicas – válido para instituições, unidades, equipas e serviços de saúde que desenvolveram e avaliaram durante o ano um programa destinado a melhorar a prestação de cuidados de saúde aos seguintes niveis: segurança do doente, efectividade e utilidade da prática clinica e adequação dos cuidados em cardiopatia isquemica, cancro e diabetes.

Prémios de Qualidade e Igualdade – válido para instituições, unidades, equipas e serviços de saúde que desenvolveram e avaliaram durante o ano um programa para melhorar a acesibilidade ou a qualidade dos cuidados de saude prestados a: mulheres e/ou grupos em risco ou especialmente vulneráveis.

Prémio à transparencia – válido para instituições, unidades, equipas e serviços de saúde que ao longo do ano desenvolveram uma iniciativa relevante para melhorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde ou de comunicação entre instituições, doentes e profissionais.

Prémio de Especial Reconhecimento – válido a nivel individual ou institucional de forma a reconhecer na integra toda a trajetoria de melhoria de qualidade assistencial. Este prémio não tem dotação económica.

De forma geral, pode-se afirmar que os Premios à Qualidade no ambito do Sistema Nacional de Saúde configuram-se assim, como um elemento para a promoção da eficiencia e utilização sistemática dos sistemas de avaliação, assim como um instrumento para a difusão de boas praticas.

6. Analisar os discursos e intervenções dos membros dos Gabinetes dos Ministérios da Saúde de Espanha e Portugal, de acordo com a temática da inovação

Nesta investigação qualitativa aplicou-se o método de análise de documentos, a partir da proposta de análise de textos (Severino, 1993) (195), orientada pela perspectiva de análise de conteúdo e tendo como guia os referenciais da análise temática (Bardin, 1979) (196).

A recolha dos documentos foi de acordo com a natureza do estudo, por fontes primárias, realizada através dos discursos e intervenções oficiais em formato escrito dos Ministros da Saúde no período compreendido entre de 1 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2011, e disponíveis para consulta através dos respectivos sítios de internet:

- Ministerio de Saúde (Portugal)

<http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/?pn=3&ps=50>

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Espanña)

<http://www.msc.es/gabinetePrensa/discursosInterv/HistoricoDI.jsp>

Os enunciados discursivos que sustentam esta análise foram textualmente retirados dos seus contextos de produção/transcrição, sendo apresentados e categorizados os trechos que compõem a extensa reportagem escrita (técnica metodológica) efectuada nos respectivos sítios da internet de ambos os Ministerios da Saúde ao longo do período de análise de conteúdo – abordagem por tipologia de inovação, segundo a classificação preconizada pelo Eurostat e pela OCDE (Manual de Oslo): inovações de produto (bens e serviços), inovações de processo, inovações organizacionais e inovações de marketing; a abordagem por âmbito de atualização em relação ao sistema de saúde (Governação; Administração/Mediação; Prestação; Cidadão/Utente) e a abordagem por Foco/Dimensão da Qualidade em Saúde (Estrutura; Processo; Resultado).

No processo de análise de conteúdo foram inicialmente explorados a totalidade de discursos e intervenções oficiais disponíveis nos respectivos sítios de internet – exploração textual, posteriormente foram examinadas unidades relevantes e significativas de dados que permitiram classificá-las em categorias de conteúdo, tendo em consideração a dimensão da inovação abordada.

Os processos de categorização e codificação estiveram relacionados com a decisão sobre a associação de cada unidade a uma determinada categoria, constituindo assim um modo valido para separação em unidades, categorização/codificação e agrupamento.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Capítulo 4. Propuestas de Cooperación al Programa Operativo de Cooperación Transfronteriza España-Portugal

Estudio exploratorio con naturaleza intervencionista, en el que el ámbito de estudio es la elaboración de propuestas de cooperación en respuesta a las necesidades y prioridades de la región transfronteriza ibérica de acuerdo con las prioridades estratégicas definidas en el Programa Operativo de Cooperación Transfronteriza España-Portugal.

En este marco ha sido necesario aclarar conceptos, obtener un censo de problemas, establecer prioridades sobre ámbitos de análisis y proponer áreas de intervención bien fundamentadas y viables para su efectiva cooperación. La metodología adoptada contempló inicialmente dos tipos de acciones: estudio previo de la documentación y contactos directos con responsables de entidades de esta región, teniendo por base la aplicación de los diez pasos del Pensamiento Sistémico (197) con vista a proporcionar una comprensión adecuada para diseñar intervenciones en respuesta al conocimiento y oportunidades de las sinergias que se podrán aprovechar en la orientación práctica y más explícita en el diseño y la evaluación de la intervención (Tabla 57).

Tabla 57 – Diez pasos hacia el pensamiento sistémico: aplicación de una perspectiva sistémica al diseño y la evaluación de las intervenciones

I: Diseño de la intervención	
1. Convocar a las partes interesadas:	Individualizar y convocar a las partes interesadas que representen a cada elemento constitutivo, así como a determinados diseñadores y ejecutores de intervenciones, usuarios del sistema de salud y representantes del ámbito de la investigación
2. Celebrar una reunión de prospección:	Deliberar en forma colectiva sobre los posibles efectos en todo el sistema de la intervención propuesta, respetando las características sistémicas (retroalimentación, retrasos temporales, resistencia a las políticas) y la dinámica de sistemas
3. Conceptualizar los efectos:	Elaborar una representación conceptual de cómo la intervención afectará a la salud y al sistema de salud a través de sus subsistemas
4. Adaptar y rediseñar:	Adaptar y rediseñar la intervención propuesta para optimizar las sinergias y otros efectos positivos al tiempo que se evita o minimiza cualquier posible efecto negativo importante.
II: Evaluación de la intervención	
5. Determinar los indicadores:	Decidir sobre los indicadores que son importantes para el seguimiento de la intervención rediseñada (desde el proceso hasta el contexto pasando por los problemas) en todos los subsistemas afectados
6. Escoger los métodos:	Decidir sobre los métodos de evaluación para monitorear mejor los indicadores
7. Seleccionar el diseño:	Optar por el diseño de evaluación que permita aplicar mejor los métodos, y que mejor se acomode a la naturaleza de la intervención
8. Elaborar un plan y un calendario:	Elaborar colectivamente un plan y un calendario de evaluación con el aporte de las disciplinas necesarias
9. Establecer un presupuesto:	Determinar el presupuesto y la escala teniendo en cuenta las consecuencias para las partes asociadas tanto en la intervención como en la evaluación
10. Dotarse de financiación:	Reunir fondos para apoyar la evaluación antes de iniciar la intervención.

Fuente: Elaboración propia.

En la primera de ellas se refiere a los estudios anteriormente descritos y a la reconstrucción de experiencias previas y trabajos ya realizados, así como la revisión de archivos, informes, estudios y otro tipo de documentos o publicaciones relevantes en los proyectos ya presentados en anteriores convocatorias del POCTEP y demás iniciativas comunitarias de cooperación. Los contactos directos con las posibles entidades beneficiarias del estudio se realizaron simultáneamente con la revisión de la documentación, lo que permitió aunar esfuerzos por parte de las entidades más efectivamente relacionadas con las necesidades y oportunidades de colaboración (Tabla 67).

Tabla 58 – Entidades participantes en el diseño y elaboración de las propuestas de cooperación al Programa Operativo de Cooperación Transfronteriza España-Portugal

PAÍS	ENTIDADES	NUT III
España	Junta de Andalucía - Consejería de Salud	Huelva
España	Fundación INTRAS	Zamora y Salamanca
España	Biblioteca Virtual del Servicio Sanitario Público de Andalucía - Junta de Andalucía (BV-SSPA)	Huelva
Portugal	Direcção-Geral da Saúde – Departamento da Qualidade na Saúde (DGS/DQS)	Pluriregional
España	Xunta de Galicia - Consellería de Sanidade	Pontevedra y Orense
España	Fundación CETIEX – Centro Tecnológico Industrial de Extremadura	Cáceres y Badajoz
Portugal	CESPU - Cooperativa de Ensino Superior, Politécnico e Universitário	Alto-Tras-Os-Montes
Portugal	INA - Instituto Nacional de Administração	Pluriregional
Portugal	Administração Regional de Saúde do Norte	Alto Tras-Os-Montes, Cavado, Douro y Minho-Lima
Portugal	Administração Regional de Saúde do Centro	Beira Interior Norte y Beira Interior Sul
Portugal	Administração Regional de Saúde do Alentejo	Alentejo Central, Alto Alentejo y Baixo Alentejo
Portugal	Administração Regional de Saúde do Algarve	Algarve
Portugal	Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)	Pluriregional
Portugal	APDSI - Associação para a Promoção e Desenvolvimento da Sociedade da Informação	Pluriregional

Fuente: Elaboración propia.

Probablemente, sólo una pequeña parte del conocimiento y la experiencia existente se haya dispuesto en forma escrita, por lo que se ha garantizado la optimización de recursos y unión de esfuerzos sostenida a lo largo del tiempo y un enfoque organizacional para idear e implementar estrategias que mejoren su eficacia y eficiencia. Este estudio se realizó en el primer semestre de 2010 y contó con las referencias metodológicas «STP: Herramientas SUPPORT» (189) para la toma de decisiones en

políticas de salud informada por la evidencia, que permitieron guiar la investigación en la definición de las prioridades para localizar y utilizar evidencias de búsqueda, con el objetivo de apoyar al desarrollo de la propuesta de cooperación con base en la evidencias:

- ¿Por dónde empezar el plan del mapeamiento de las necesidades y cómo reunir los principales actores para identificar y priorizar las intervenciones?
- ¿Cómo y dónde encontrar la mejor evidencia científica disponible para tomar una decisión?
- ¿Cómo hacer uso de la evidencia hallada?
- ¿Cómo usar la evidencia científica en este contexto particular–región transfronteriza?
- ¿Qué hacer si no se encuentra suficiente información sobre un tema específico?
- ¿Cuál es la mejor estrategia para que los equipos de trabajo que brindan apoyo a la toma de decisiones presenten la información científica de una manera resumida y clara?
- ¿Cómo compartir la información con las partes interesadas y generar un ambiente de consenso en torno a la decisión que se debe tomar?

Estas cuestiones iniciales sirvieron de base para la construcción de las 2 propuestas que se consensuaron y definieron como prioritarias, en los dominios de la gestión de la calidad, del conocimiento y de la innovación en salud:

- «Salud 2.0: Estrategias de Cooperación Transfronteriza de Innovación Saludable»
- «Inovar, Valorizar e Potenciar a Biblioteca Virtual da Saúde Transfronteiriça»

Una de las propuestas está escrita en Castellano y la otra en Portugues, por se haber considerado oportuno promover el liderazgo de las iniciativas por los dos países y de acuerdo a su beneficio principal nacional y fronterizo.

Parte III – Resultados

Nota Preliminar

En esta parte de la tesis se presentan los principales resultados obtenidos en los estudios realizados. Este apartado de resultados se encuentra dividido, asimismo, en los cuatro marcos de la investigación ya anteriormente descritos.

Figura 47 – Representación visual de las palabras clave que conforman la Parte III de la tesis



Fuente: Elaboración propia.

Capítulo 1. Gestión de la Calidad en Salud: Las Tecnologías de Información y Comunicación como Estrategias de Cooperación

De las búsquedas realizadas se han seleccionado 308 documentos, de los 2704 identificados en distintas fuentes documentales.

Todos los artículos localizados en IME y en IBECS, con excepción de 2 en esta última, estaban incluidos en los resultados de la búsqueda realizada en el recuperador de ELSEVIER.

Se ha rechazado un número considerable de artículos por no cumplir los criterios de inclusión especificados anteriormente, específicamente estos son artículos sin referencia geográfica (España y/o Portugal) o que no hayan sido posibles de recuperar a texto completo.

Los resultados en las diferentes fuentes de datos se muestran en la tabla 59.

Tabla 59 – Resultados de la búsqueda realizada

Fuentes/Bases de Datos	Art. Localizados	Art. Recuperados	Art. Rechazados	Criterios de Exclusión
<i>MEDLINE</i>	33	12	21	Filtro Geográfico
<i>EMBASE</i>	26	16	11	
<i>The Cochrane Library</i>	13	0	13	
<i>ISI- Web of Sciences</i>	20	10	11	
<i>LILACS</i>	0	0	0	
<i>CINAHL</i>	409	18	389	Art. Repetidos
<i>WHOLIS</i>	15	2	13	
<i>IBECS</i>	74	2	72	
<i>IME</i>	56	0	56	Art. en Texto completo
<i>ELSEVIER</i>	1577	90	1469	
<i>PORBASE</i>	6	4	2	
<i>TESEO</i>	2	1	1	
<i>RCAAP</i>	23	11	12	
<i>BUSQUEDA MANUAL</i>	420	118	302	
<i>Ministerio Sanidad y Consumo, España</i>	30	24	6	
Total	2704	308	2378	

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la tipología documental (tabla 60), de los artículos seleccionados a estudio, se verifica que el medio más utilizado para la comunicación entre científicos son los artículos originales con 187 artículos (60,7%), le siguen los editoriales con 27 artículos (8,8%) y el formato libro con 26 referencias (8,4%).

Tabla 60 – Tipología documental de los artículos seleccionados

Tipo Artículo	Año																Total	%
	1990	1995	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009				
	Editorial y nota editorial				4	2	2	1	4	5	4	3	2		27	8,8		
	Original			2	3	18	29	11	17	31	18	28	10	15	5	187	60,7	
	Revisión									9	1					10	3,2	
	Carta al director						1			1	1		1		1	5	1,6	
	Comentario					3	6			10	2	2	1			24	7,8	
	Entrevista					3		1	2	1	5					12	3,9	
	Opinión						1				1	2				4	1,3	
	Tesis		1	1		1				1		1	2	5	1	13	4,2	
	Libro	1			1	1					3		9	10	1	26	8,4	
	Total	1	1	3	4	30	39	14	20	57	36	37	26	32	8	308	100	

Fuente: Elaboración propia.

Los artículos seleccionados presentan una mediana de edad u obsolescencia (Semiperiodo de Burton y Kleber) de 5 años estando los artículos publicados entre 1990 y 2009. El índice de Price (porcentaje de artículos con edad ≤ 5 años) es del 63,6%.

La mediana de la fecha de publicación se sitúa en 2004. En la distribución se verifican picos modales de las temáticas a investigar, respectivamente como se puede observar en la figura 48.

Las temáticas documentales identificadas se encuentran divididas en 12 categorías, correspondiendo a:

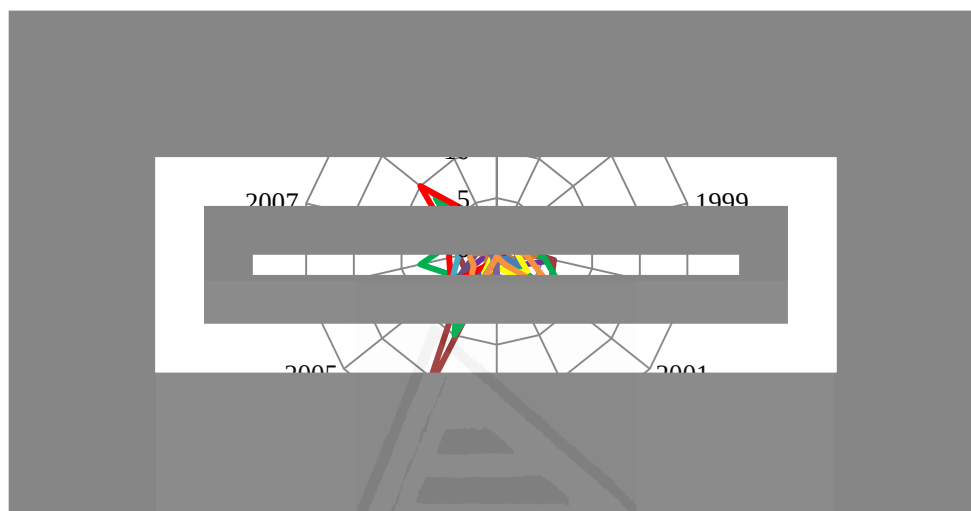
Tabla 61 – Categorías de las temáticas documentales

Código	Temáticas documentales
1	Calidad Del Servicio En General
2	Evaluacion Y Criterios De Calidad
3	Indicadores De Calidad Y Monitorizacion
4	Satisfaccion Del Usuario
5	Satisfaccion Del Profesional Y Clima Laboral

6	Acreditacion
7	Certificacion Iso
8	Seguridad Del Paciente
9	Modelo Efqm
10	Auditorias
11	Sistemas De Informacion Y Calidad
12	Gestión Sanitaria Y Inovación

Fuente: Elaboración propia.

Figura 48 – Distribución anual de las temáticas documentales

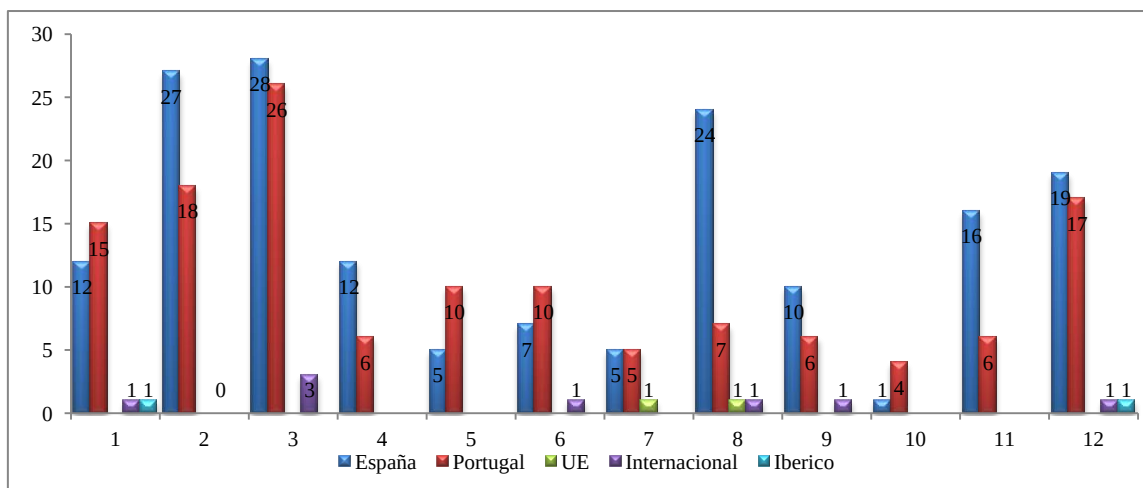


Fuente: Elaboración propia.

Por la distribución anual de las temáticas documentales, se observa que en el año 2001, un alto porcentaje de las publicaciones están referidas a indicadores de calidad y monitorización, en 2004 a la evaluación y criterios de calidad, en 2006 nuevamente a indicadores de calidad y monitorización y en 2008 a seguridad del paciente.

La distribución geográfica de las publicaciones por área temática se puede verificar en la figura 49.

Figura 49 – Frecuencia de la distribución geográfica de las publicaciones por área temática

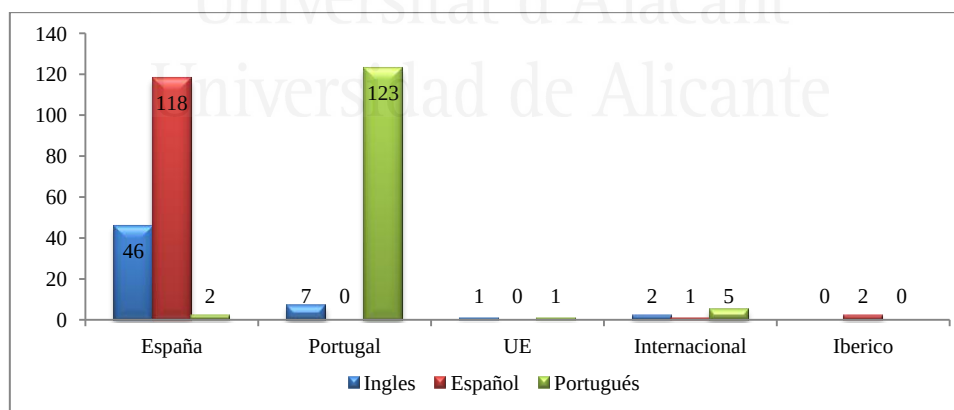


Fuente: Elaboración propia.

Temáticas como calidad del servicio en general (1), satisfacción del profesional y clima laboral (5), acreditación (6) y auditorías (10), son motivo de mayor publicación en Portugal que en España, las restantes áreas temáticas, con excepción de la certificación ISO (7), España supera la frecuencia de publicaciones.

Los idiomas en que se han publicado los artículos son: lengua inglesa 56 (18,2%), español 121 (39,3%) y portugués 131 (42,5%), como se observa en la figura siguiente.

Figura 50 – Frecuencias de la distribución geográfica de las publicaciones por idioma de publicación



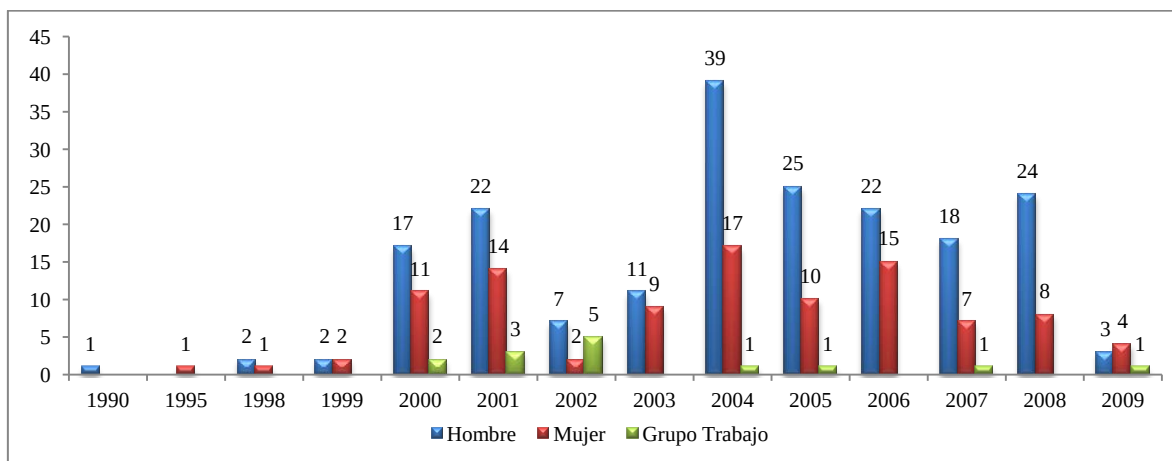
Fuente: Elaboración propia.

De este modo se verifica que España publica considerablemente más en inglés que Portugal e inclusive en portugués, factor este que no se verifica en Portugal.

Los artículos son publicados en su mayoría, 187 (60,7%), por un autor, seguido de tres autores 34 (11,0%), y quien publica como autor de filiación/primer autor es del sexo masculino 193 (62,7%).

Los artículos referenciados como autores los grupos de trabajo, se consideraron agrupados, tal como se presenta en la figura siguiente.

Figura 51 – Distribución anual de las publicaciones por el sexo del autor de filiación



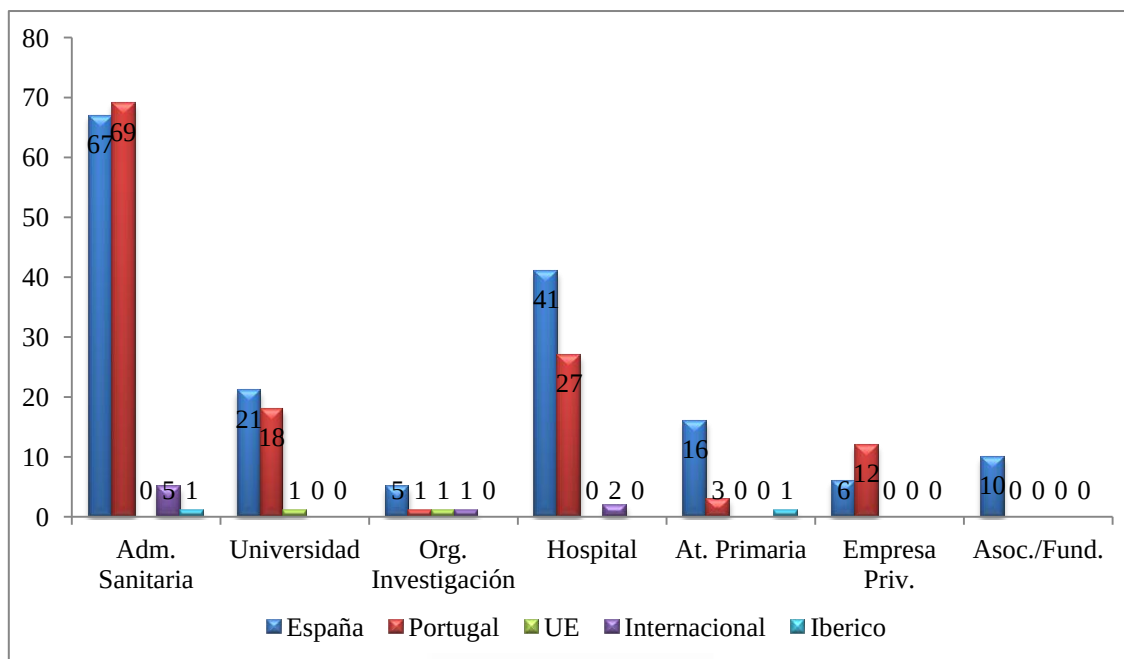
Fuente: Elaboración propia.

Dentro de la productividad científica es interesante saber el número de autores que trabajan en colaboración. Este indicador denominado índice de cooperación (numero de firmas/trabajo) ha resultado ser de 2,29 firmas o autores/trabajo. El cálculo procede de dividir el número de firmantes aparentes (705) entre el número de artículos (308).

En la producción científica, por centros o instituciones, vemos que el sector institucional público presenta mayor preocupación en comunicar, con 277 artículos (89,9%), y la administración sanitaria es el organismo más visible en esta dinámica con 142 artículos (46,1), seguido de los hospitales (22,7%) y del ámbito académico, especialmente las universidades (13,0%), como se puede observar en la figura 52.

La empresa privada en Portugal publica el doble que en España y por otro lado, las asociaciones /fundaciones de fomento de la calidad en España publican, lo mismo no se observa en Portugal.

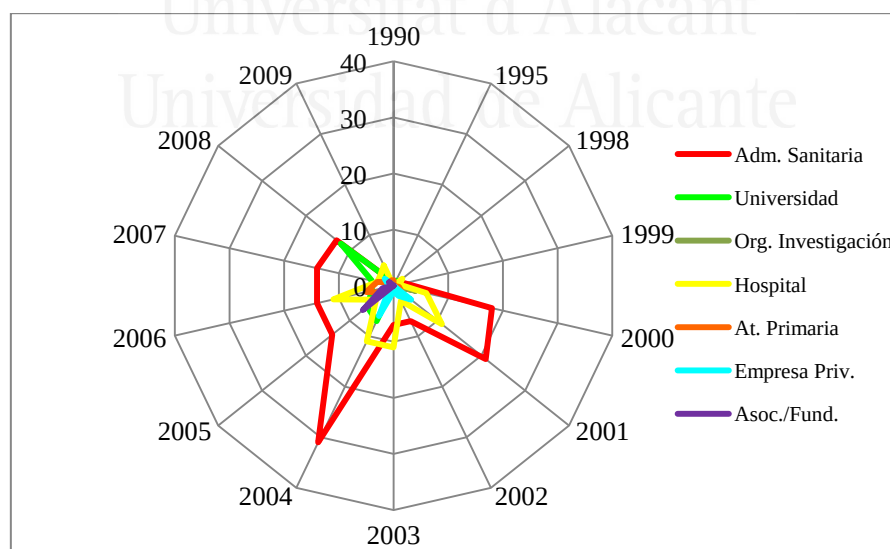
Figura 52 – Frecuencias de la distribución geográfica de las publicaciones por el tipo de institución



Fuente: Elaboración propia.

A lo largo de los años, podemos verificar variaciones importantes en las instituciones que publican, con especial atención a la Administración sanitaria (2004), los hospitales (2001, 2003, 2004, 2006) y las universidades (2008).

Figura 53 – Distribución anual de las publicaciones por instituciones

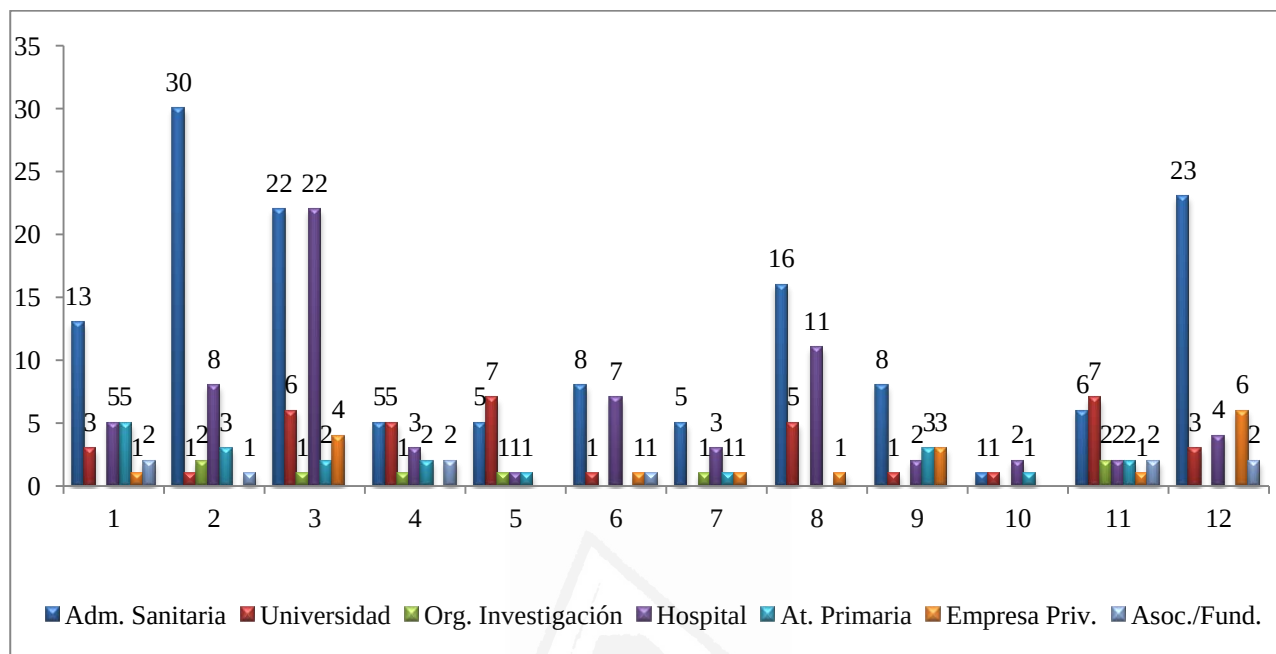


Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a las 12 áreas temáticas que categorizan la documentación obtenido, es posible identificar que la administración sanitaria publica más sobre calidad del servicio (1), evaluación y criterios de calidad (2), acreditación (6), seguridad del paciente (8), el

modelo EFQM y gestión sanitaria y innovación. Es relevante identificar que quien más publica sobre tecnologías y sistemas de información son las universidades (11).

Figura 54 – Frecuencias de la distribución institucional de las publicaciones por áreas temáticas



Fuente: Elaboración propia.

La distribución geográfica de las instituciones y sus características, cuyos autor aparecen responsables la filiación del artículo (consta en el tag [ad], o sea en el campo correspondencia/address) son españolas, con 166 de 308 artículos (53,9%), 130 artículos (42,2% del total) son portuguesas; 8 (2,6% del total) procedencia del ámbito internacional y el restante 1,6% pertenece a 2 artículos del ámbito ibérico y 2 artículos de la comunidad europea.

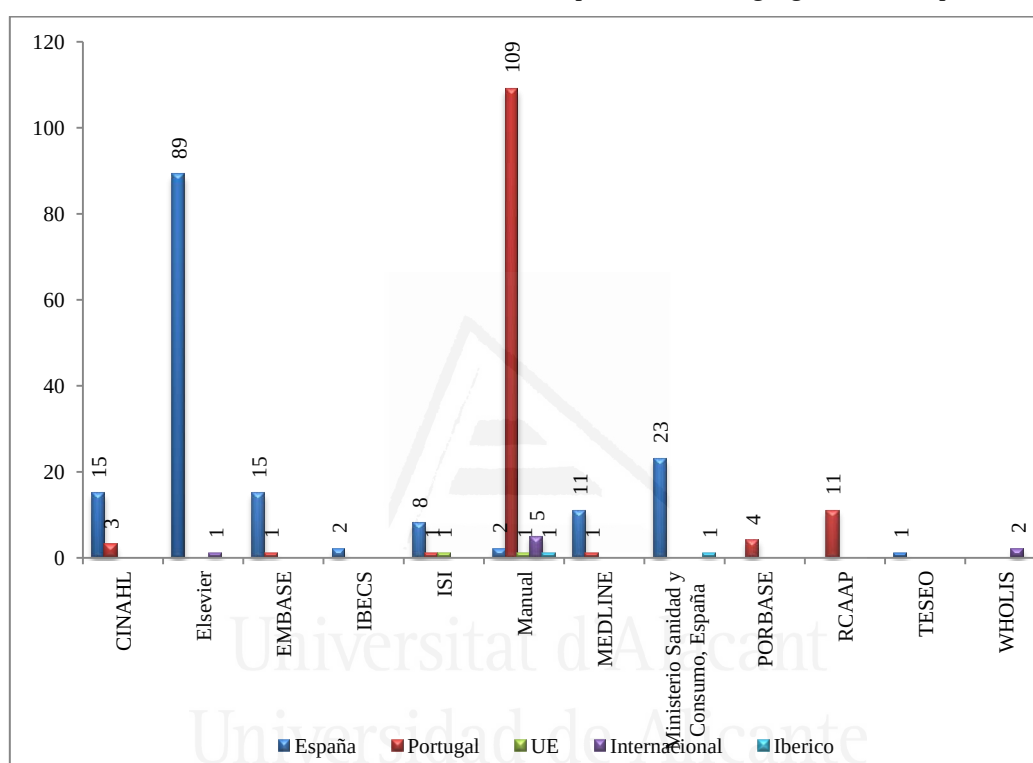
Relativo a España, la comunidad autónoma (CCAA) con mayor número de trabajos publicados es Cataluña con 32 (10,4%) y Madrid con 19 (6,2%). Es importante referir que de esta división por CCAA se ha identificado 42 trabajos relativos a España, sin referencia a comunidad autónoma, con 42 artículos (13,6%), que a su vez en la totalidad de los artículos seleccionados representa 166 publicaciones (53,9%).

En consideración a Portugal, no se han identificado trabajos adscritos a la región autónoma dos Açores, ni región autónoma da Madeira, identificándose a totalidad con referencia a Portugal Continental.

Las fuentes de datos que mas referencias aportaron al estudio, fueron en su mayoría la revisión manual con 118 artículos (38,3%), la base documental online de ELSEVIER

con 90 artículos (29,2%) y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, con 24 artículos (7,8%), como se presenta en el Grafico 54. Los artículos a su vez, están adscritos considerablemente a la Revista Portuguesa «Qualidade em Saude» con 116 (37,7%), en formato libro (sin referencia editorial), con (14%), a las Revistas Españolas de Calidad Asistencial con 37 (12%) y la Revista Administración Sanitaria Siglo XXI con 30 (9,7%).

Figura 55 – Distribución de las fuentes de datos documentales por distribución geográfica de las publicaciones



Fuente: Elaboración propia.

De la consulta de opinión realizada con expertos, se presenta una serie de referencias y líneas orientadoras para el desarrollo de este trabajo, así como algunas perspectivas futuras, comentadas.

A continuación se presenta los puntos clave abordados por cada experto, así como su orientación de aplicación de las TIC, como herramienta favorable a la cooperación ibérica en el ámbito de la gestión de la calidad (tabla 62).

Tabla 62 – Puntos clave abordados por cada experto

Experto	Comentarios
Paula Lobato Faria (Portugal)	«...este trabajo debe enfocar la importancia de la gestión del conocimiento en salud»; «...solo es posible lograr objetivos con un trabajo en equipo»; «la gestión del riesgo clínico y seguridad del paciente es una cuestión actual...»; «tanto España como Portugal, tiene necesidad de ventaje en identificar las mejores estrategias»; «primero, hay que identificar quien es quien, y antecedentes de cooperación ibérica»; «identificar lo que se esta publicando en esta temática, instituciones participantes y ejes de preocupación»
Margarida França (Portugal)	«tengo conciencia que este trabajo promoverá reflexiones oportunas sobre la evolución de la calidad en salud en Portugal»; «interpretar el Instituto da Qualidade em Saúde y su actividad científica, técnica y multidisciplinar hasta 2006, como institución responsable por la Calidad en Salud en Portugal, es fundamental»; «utilizar las TIC en salud, esta inherente, justificado y validado, pero lo importante es ser dinámico, fácil y útil»; «necesitamos como profesionales de salud, herramientas funcionales, las TIC posibilitan...»; «la calidad es un largo proceso, desde las dimensiones y exigencias profesionales y al nivel del usuario»; «Portugal esta trabajando y analizando el modelo de trabajo de Andalucía, esto es una referencia a la cooperación necesaria»; «las publicaciones científicas en Portugal sobre esta cuestión estaban fundamentalmente trabajadas en la Revista da Qualidade em saúde, con edición de 2000 a 2006...tiene que revisar su contenido...»; «publicaciones posteriores, desafortunadamente son limitadas y son de carácter mas académico y difundidos en otros medios...»
João Bispo (Portugal)	«Como Presidente de una Sociedad Científica...este proyecto tiene nuestro apoyo y colaboración»; «en Portugal hay necesidad de vitalizar la Calidad en Salud»; «como comenta, esta linea de trabajo se va a la gestión del conocimiento hacia la gestión de la calidad o mejor a la calidad de la gestión...»
Antonio Correia de Campos (Portugal)	«las auditorias y criterios de evaluación son parámetros útiles, debemos valorar sus resultados»; «...en Portugal, como tiene conocimiento, cuando quiere trabajar y estudiar Calidad, sabe quien publica y el trabajo desarrollado por el IQS...eso es importante»; «actualmente estamos en fase de re-estructuración de los servicios administrativos responsables por la Calidad en Salud»; «el nuevo departamento va a pertenecer a la DGS, Dirección General de Sanidad»; «es importante mantener la acreditación hospitalaria fomentada por el IQS, es una preocupación de todos, no solo de la Macro gestión Sanitaria»
Emilio Imperatori (Portugal)	«En Portugal, ha sido mi responsabilidad la coordinación del Programa Ibérico, referente a las actividades de formación y acompañamiento de la evaluación y mejoría de la calidad de los cuidados en atención primaria»; «España: era el Dr. Pedro J. Saturno»; «estas actividades fueron desde el fin de 1987 a mediados de 1990»; «fue una iniciativa muy bien aceptada, por los clínicos y muy productiva»; «hay necesidad de mas iniciativas de este genero de cooperación...hoy son medidas de benchmarking»; «al día de hoy comunicar es mas fácil y las TIC, pueden ayudar en todas las dificultades, pero lo importante es la iniciativa!»; «...tiene mi apoyo, como consultor de las varias organizaciones y instituciones de salud nacionales e internacionales»; «esta temática, es para comentar al Sr. Director General de Sanidad»; «indicadores de calidad...hoy en día el preocupante la seguridad del paciente, desde hace mucho tiempo lo es, ahora en otra dimensión»
Nina de Sousa Santos (Portugal)	«si quiere conocer la situación actual del departamento de la calidad de la Dirección General de Sanidad, puedo comentarle sus características y responsabilidades, desde el prisma jurídico legal y administrativo»; «este departamento deriva del antiguo IQS que tuvo termino a noviembre de 2006»; «la creación de este nuevo departamento de Calidad en Salud, ha exigido redefinir la Dirección General de Sanidad»; «el departamento de calidad en salud, haz parte de la una unidad orgánica de la DGS»; «este nuevo departamento iniciará funciones legales a marzo de 2009»; «sus responsabilidades son de coordinar y evaluar las actividades y programas de mejoría continua de la calidad clínica y organizacional, el sistema de calificación de las unidades de salud, crear y coordinar actividades y programas de seguridad del paciente, los flujos de movilidad de paciente, gestionar los sistemas de monitorización y percepción de la calidad por atentes y profesionales y gestionar el Portal de la Transparencia (TIC en salud)»
Álvaro Rocha (Portugal/España)	«como Presidente de una Asociación Ibérica, la Asociación Ibérica de Sistemas y Tecnologías de la Información, fundamentamos la importancia de este proyecto con la utilización de las TIC»; «los sistemas de información, en la gestión de la calidad en salud, o mejor en el sistema nacional de salud, ya son una realidad evidente»; «hay necesidad de averiguar cual será el mejor instrumento a aplicar pero la idea de desarrollo de un repositorio al nivel de la gestión del conocimiento es viable»; «este proyecto incube un modelo de interacción continua...el Congreso Ibérico desarrollado por esta asociación en colaboración con universidades, centros de investigación y empresa, seria una oportunidad de debate interesante»
Pablo Rivero Corte (España)	«...este evento a que asiste (Curso de Innovaciones en Gestión de Servicios de Salud: mejora de la Calidad), es el marco ideal para comprender la evolución y dedicación que el Ministerio de Sanidad tiene por la Calidad»; «como Director de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, tiene mi apoyo de colaboración y ayuda a la continuidad de este proyecto»; «el plan de calidad del SNS, presentado en 2006, incluye en las 6 áreas de actuación, las utilización de las TIC, para mejorar la atención a los ciudadanos...»; «desde las CCAA y convenios bilaterales con entidad red.es y el Ministerio de Sanidad, hay inversiones importantes en las TIC»; «...es necesarios impulsos como este tipo de proyectos a mirar hacia mas lejos, tenemos mucho a aprender»; «la seguridad del paciente es una

Tabla 62 – Puntos clave abordados por cada experto

Experto	Comentarios
	de las dimensiones clave de calidad...es un objetivo prioritario para la gestión de la calidad»; «...le enviaré documentación de la Agencia de Calidad, con la finalidad de orientar su estudio y contribuyera a una mayor aportación a su estudio...disponga»; «debe establecer contacto con el David Novillo, es el técnico documentalista de nuestro servicio»
David Novillo (España)	«como técnico de documentación, puedo orientarle a lo que ha sido publicado desde la apertura de la Agencia de Calidad, y sobre lo que actualmente estamos trabajando»; «la tendencia actual de publicación va de encuentro a la temática: seguridad del paciente...»; «... participar en los eventos que realiza el Ministerio de Sanidad, ayudará en gran medida a comprender la importancia y preocupación ministerial por la calidad...»; «...involucramos en el conocimiento, no solo los profesionales si, no pacientes y redes de pacientes...»; «como herramienta, veo interesante la creación del repositorio y alerta para la importancia de la estructura de calidad que este tendrá que tener»; «sería interesante el intercambio de información y experiencias entre España y Portugal, de forma ágil y segura»
Javier Sanz Valero (España)	«consideradas las ventajas de la cooperación en salud...este proyecto es potencialmente importante a ambos países»; «el enfoque de las TIC en la gestión del conocimiento puede en mi opinión...empezar por la gestión del conocimiento»; «desarrollar un repositorio temático documental sobre calidad en salud, es una idea»; «es favorable su creación...es una red de datos que se convierten en información y esta en conocimiento, para logra competencias»; «disponible en formato Web, este sería como una biblioteca virtual científica, donde profesionales, interactúan y difunden sus hallazgos o preocupaciones»; «...es importante garantizar una información científica de calidad garantizada!...»; «su arquitectura y contenido allí depositado, exige esfuerzos cooperativos... »; «nunca podemos olvidar de los criterios de calidad metodológica, documental y científica»; «la acreditación de la información puede ser validada por el Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias (INACEPS), de la Consellería de Sanidad de la Comunidad Valenciana.»; «...un website, de articulación y desarrollo para el repositorio es un paso necesario...»

Fuente: Elaboración propia.

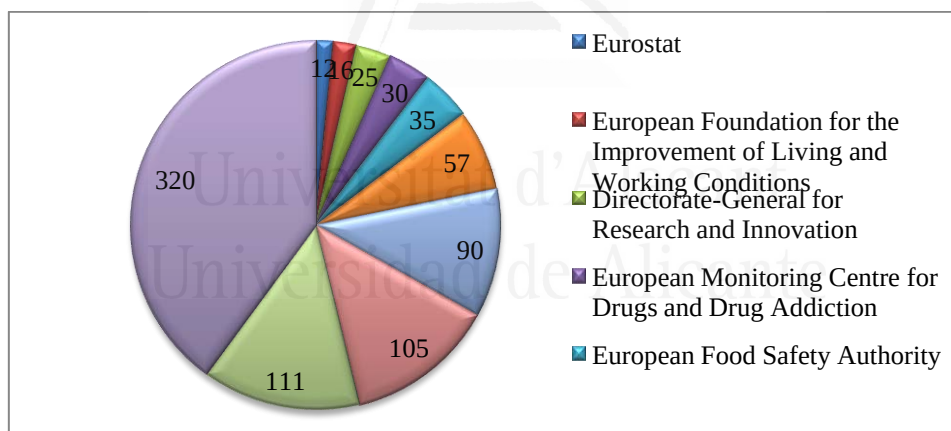
Capítulo 2. Las Dimensiones Estratégicas para la Cooperación en Salud

1. Conocer la producción de información sobre salud y su referencia a la calidad, conocimiento y innovación, en el ámbito de las Instituciones de la Unión Europea, mediante el análisis bibliométrico.

Se localizaran 569 publicaciones en el periodo de estudio, de las cuales 307 destinadas al ámbito técnico e especializado, 136 al ámbito científico, 80 al público en general, 42 a los consumidores y 4 con el ámbito educativo.

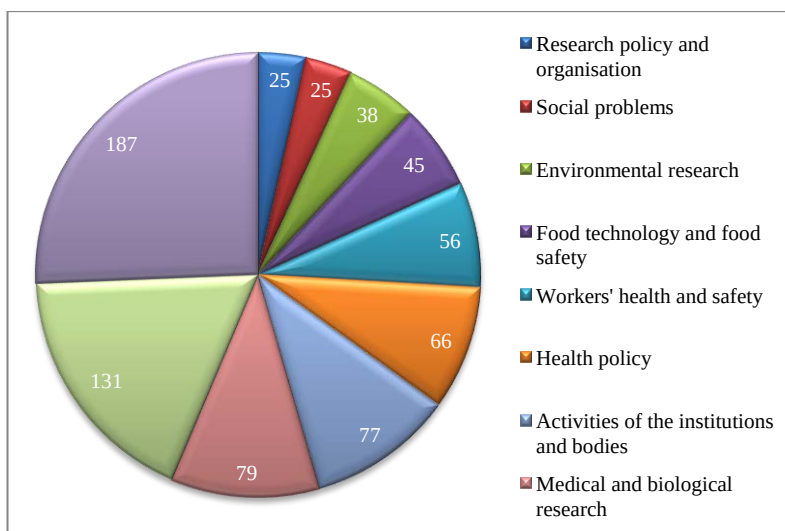
La institución europea que mas publicó fue la Comisión Europea (n=320), la temática más citada fue sobre salud pública (n=187) y los descriptores eurovoc más citados fueran: salud pública, revista, seguridad alimentaria y medicina preventiva, conforme se puede observar en las siguientes figuras.

Figura 56 – Identificación de instituciones europeas que mas publicaran



Fuente: Elaboración propia

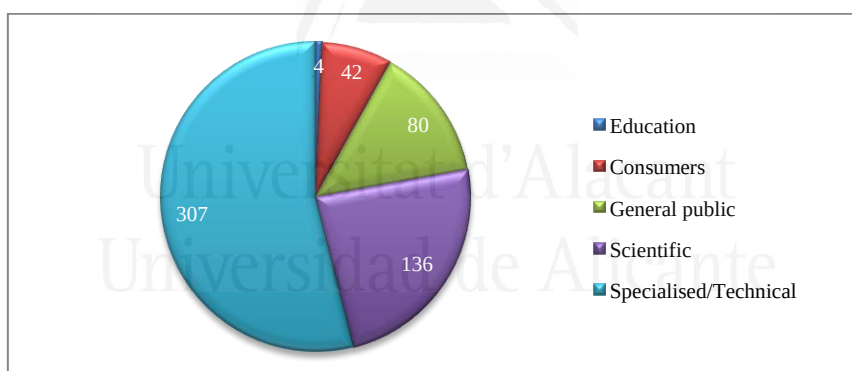
Figura 57 – Identificación de las temáticas más publicadas



Fuente: Elaboración propia

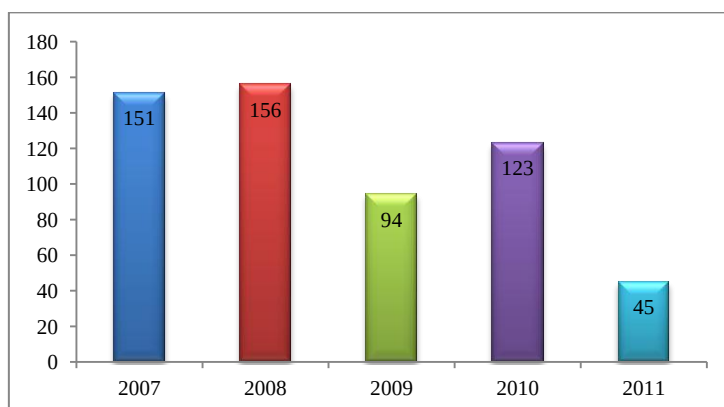
De los resultados obtenidos se observó una variación en las temáticas y distribución por descriptor Eurovoc, conforme se ilustra en las figuras 58, 59 y 60.

Figura 58 – Distribución de las publicaciones por áreas temática



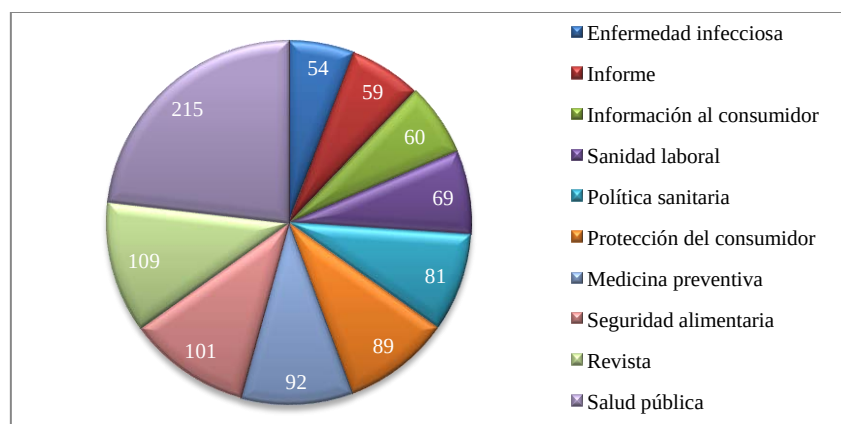
Fuente: Elaboración propia

Figura 59 – Distribución anual de las publicaciones



Fuente: Elaboración propia

Figura 60 – Enumeração dos 10 Eurovocs mais publicados entre 2007 e Setembro de 2011 (inclusive) sobre Saúde



Fuente: Elaboración propia

2. Explorar las resoluciones y prioridades estratégicas en el marco de Asamblea Mundial de la Salud, del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa y del Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores de la Unión Europea, emitidas en el ámbito de calidad, del conocimiento y de la innovación en salud.

La exploración y identificación de las resoluciones y prioridades en estos 3 dominios estratégicos contiene, de modo ampliamente desarrollados, los contenidos de una de las propuestas más ambiciosas puestas en marcha a lo largo los últimos años (2007-2011) en el ámbito de la gestión de la calidad, del conocimiento y de la innovación.

Tabla 63 – Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud (2007-2011)

60.ª Asamblea Mundial de la Salud 14-23 de mayo de 2007	61.ª Asamblea Mundial de la Salud 19-24 de mayo de 2008	62.ª Asamblea Mundial de la Salud 18-22 de mayo de 2009	63.ª Asamblea Mundial de la Salud 17-21 de mayo de 2010	64.ª Asamblea Mundial de la Salud 16-24 de mayo de 2011
WHA60.1 Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de Variola virus	WHA61.1 Poliomielitis: mecanismo de gestión de los riesgos potenciales para la erradicación	WHA62.1 Prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables	WHA63.1 Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios	WHA64.1 Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)
WHA60.2 Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado	WHA61.2 Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)	WHA62.2 Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado	WHA63.2 Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado	WHA64.2 Reforma de la OMS
WHA60.3 Informe financiero interino no comprobado sobre las cuentas de la OMS en 2006 y observaciones del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo	WHA61.3 Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado	WHA62.3 Informe financiero interino no comprobado sobre las cuentas de la OMS en 2008	WHA63.3 Fomento de las iniciativas en materia de inocuidad de los alimentos	WHA64.3 Resolución de Apertura de Créditos para el ejercicio 2012-2013
WHA60.4 Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución	WHA61.4 Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol	WHA62.4 Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución	WHA63.4 Informe financiero y estados financieros comprobados sobre el ejercicio 1 de enero de 2008 - 31 de diciembre de 2009	WHA64.4 Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado
WHA60.5 Escala de contribuciones para 2008-2009	WHA61.5 Informe financiero y estados financieros comprobados sobre el ejercicio 1 de enero de 2006 - 31 de diciembre de 2007.	WHA62.5 Escala de contribuciones para 2010-2011	WHA63.5 Escala de contribuciones para 2010-2011	WHA64.5 Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios
WHA60.6 Contribución de un nuevo Miembro	WHA61.6 Ingresos varios 2006-2007 y financiación del déficit correspondiente a los objetivos estratégicos 12 y 13	WHA62.6 Modificaciones del Reglamento Financiero y de las Normas de Gestión Financiera	WHA63.6 Protección y seguridad del personal y los locales	WHA64.6 Fortalecimiento del personal sanitario
WHA60.7 Nombramiento de Comisario de Cuentas	WHA61.7 Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución	WHA62.7 Modificaciones del Estatuto del Personal	WHA63.7 Plan de mejoras	WHA64.7 Fortalecimiento de la enfermería y la partería
WHA60.8 Ejercicio 2006-2007: aplicación de la resolución WHA58.4	WHA61.8 Arreglos especiales para la liquidación de atrasos: Kirguistán	WHA62.8 Sueldos de los titulares de puestos sin clasificar y del Director General	WHA63.8 Informe del Comisario de Cuentas	WHA64.8 Fortalecimiento del diálogo nacional con el fin de elaborar políticas, estrategias y planes de salud más sólidos
WHA60.9 Modificaciones del Reglamento Financiero y de las Normas de Gestión Financiera: introducción de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público	WHA61.9 Informe del Comisario de Cuentas a la Asamblea de la Salud	WHA62.9 Resolución de Apertura de Créditos para el ejercicio 2010-2011	WHA63.9 Sueldos de los titulares de puestos sin clasificar y de la Directora General	WHA64.9 Estructuras de financiación sostenible de la salud y cobertura universal
WHA60.10 Modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal	WHA61.10 Modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal	WHA62.10 Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios.	WHA63.10 Alianzas	WHA64.10 Fortalecimiento de la capacidad nacional de manejo de las emergencias sanitarias y los desastres y resiliencia de los sistemas de salud
WHA60.11 Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013	WHA61.11 Método de trabajo de la Asamblea de la Salud	WHA62.11 Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013, incluido el proyecto de presupuesto por programas 2010-2011	WHA63.11 Acuerdos con organizaciones intergubernamentales	WHA64.11 Preparativos para la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, en relación con la Conferencia de Moscú
WHA60.12 Resolución de Apertura de Créditos para el ejercicio 2008-2009	WHA61.12 Multilingüismo: aplicación del plan de acción	WHA62.12 Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud	WHA63.12 Disponibilidad, seguridad y calidad de los productos sanguíneos	WHA64.12 Función de la OMS en el seguimiento de la reunión plenaria de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Nueva York, septiembre de 2010)
WHA60.13 Control de la leishmaniasis	WHA61.13 Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer: modificación de los Estatutos	WHA62.13 Medicina tradicional	WHA63.13 Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol	WHA64.13 Hacia la reducción de la mortalidad perinatal y neonatal
WHA60.14 Poliomielitis: mecanismo de gestión de los posibles riesgos para la	WHA61.14 Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la	WHA62.14 Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la	WHA63.14 Promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños	WHA64.14 Estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/sida, 2011-2015

Tabla 63 – Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud (2007-2011)

60.ª Asamblea Mundial de la Salud 14-23 de mayo de 2007	61.ª Asamblea Mundial de la Salud 19-24 de mayo de 2008	62.ª Asamblea Mundial de la Salud 18-22 de mayo de 2009	63.ª Asamblea Mundial de la Salud 17-21 de mayo de 2010	64.ª Asamblea Mundial de la Salud 16-24 de mayo de 2011
erradicación	estrategia mundial	salud		
WHA60.15 Función y responsabilidades de la OMS en las investigaciones sanitarias	WHA61.15 Estrategia mundial de inmunización	WHA62.15 Prevención y control de la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis ultrarresistente	WHA63.15 Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud	WHA64.15 Mecanismo para el control y la prevención del cólera
WHA60.16 Progresos realizados en el uso racional de los medicamentos	WHA61.16 Mutilación genital femenina	WHA62.16 Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual	WHA63.16 Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud	WHA64.16 Erradicación de la dracunculosis
WHA60.17 Salud bucodental: plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad	WHA61.17 Salud de los migrantes		WHA63.17 Defectos congénitos	WHA64.17 Paludismo
WHA60.18 Paludismo, incluida la propuesta de establecimiento de un Día Mundial del Paludismo	WHA61.18 Monitoreo de los progresos realizados hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud		WHA63.18 Hepatitis virales	WHA64.18 Informe financiero interino no comprobado sobre las cuentas de la OMS en 2010
WHA60.19 Control de la tuberculosis: progresos realizados y planificación a largo plazo	WHA61.19 Cambio climático y salud		WHA63.19 Estrategia OMS contra el VIH/sida para 2011-2015	WHA64.19 Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución
WHA60.20 Mejora de los medicamentos de uso pediátrico	WHA61.20 Nutrición del lactante y del niño pequeño: informe bienal sobre los progresos realizados		WHA63.20 Enfermedad de Chagas: control y eliminación	WHA64.20 Arreglos especiales para la liquidación de atrasos
WHA60.21 Sostenimiento de la eliminación de los trastornos por carencia de yodo	WHA61.21 Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual		WHA63.21 Función y responsabilidades de la OMS en las investigaciones sanitarias	WHA64.21 Escala de contribuciones para 2012-2013
WHA60.22 Sistemas de salud: sistemas de atención de emergencia			WHA63.22 Trasplante de órganos y tejidos humanos	WHA64.22 Modificaciones del Reglamento Financiero
WHA60.23 Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial			WHA63.23 Nutrición del lactante y del niño pequeño	WHA64.23 Nombramiento de Comisario de Cuentas
WHA60.24 Promoción de la salud en un mundo globalizado			WHA63.24 Acelerar los progresos hacia el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio para reducir la mortalidad en la niñez: prevención y tratamiento de la neumonía	WHA64.24 Agua potable, saneamiento y salud
WHA60.25 Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS			WHA63.25 Mejora de la salud mediante una gestión de desechos segura y ecológicamente racional	WHA64.25 Sueldos de los titulares de puestos sin clasificar y de la Directora General
WHA60.26 Salud de los trabajadores: plan de acción mundial			WHA63.26 Mejora de la salud mediante la gestión racional de los plaguicidas y otras sustancias químicas en desuso	WHA64.26 Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer: modificación de los Estatutos
WHA60.27 Fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria			WHA63.27 Fortalecimiento de la capacidad de los gobiernos para implicar de forma constructiva al sector privado en la prestación de servicios esenciales de atención de salud	WHA64.27 Prevención de los traumatismos en los niños
WHA60.28 Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios			WHA63.28 Establecimiento de un grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación	WHA64.28 Los jóvenes y los riesgos sanitarios
WHA60.29 Tecnologías sanitarias				
WHA60.30 Salud pública, innovación y propiedad intelectual				

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 64 – Resoluciones del Comité Regional de la OMS para Europa (2007-2011)

57.ª Reunión del Comité Regional de la OMS para Europa – Belgrado, Serbia 17-20 de septiembre de 2007	EUR/RC57/R1 Las políticas de salud relacionadas con el personal sanitario en la Región de Europa
	EUR/RC57/R2 Los objetivos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en la OMS - Región de Europa: los sistemas de salud y la salud de la madre y el niño - las lecciones aprendidas
	EUR/RC57/R3 Fechas y lugares de las sesiones ordinarias del Comité Regional en 2008, 2009, 2010 y 2011
	EUR/RC57/R4 Seguimiento de la Conferencia Ministerial Europea de la OMS contra la Obesidad y del Segundo Plan de Acción Europeo para la política alimentaria y nutricional
	EUR/RC57/R5 Informe de la XIV Comisión Permanente del Comité Regional
58.ª Reunión del Comité Regional de la OMS para Europa – Tbilisi, Georgia 15-18 de septiembre de 2008	EUR/RC58/R1 Informe del Director Regional sobre la labor de la OMS en la Región Europea en el período 2006-2007
	EUR/RC58/R2 Presupuesto por programas para 2010-2011
	EUR/RC58/R3 Nombramiento de un Grupo Regional de Búsqueda
	EUR/RC58/R4 Gestión y gobernabilidad de los sistemas de salud en la Región Europea de la OMS
	EUR/RC58/R5 Revisión del proceso de presentación de informes al Comité Regional de las resoluciones adoptadas en reuniones anteriores
	EUR/RC58/R6 Fechas y lugares de las sesiones ordinarias del Comité Regional en 2009, 2010, 2011 y 2012
	EUR/RC58/R7 Informe de la XV Comisión Permanente del Comité Regional
59.ª Reunión del Comité Regional de la OMS para Europa – Copenhague, Dinamarca 14-17 de septiembre de 2009	EUR/RC59/R1 Nombramiento de Director Regional de Europa
	EUR/RC59/R2 Expresión de agradecimiento al Dr. Marc Danzon
	EUR/RC59/R3 Salud en tiempos de crisis económica global: implicaciones para la Región Europea de la OMS
	EUR/RC59/R4 Políticas de personal de salud en la Región Europea de la OMS
	EUR/RC59/R5 El Reglamento Sanitario Internacional (2005) en la Región Europea de la OMS
	EUR/RC59/R6 Fechas y lugares de las sesiones ordinarias del Comité Regional 2010-2014
	EUR/RC59/R7 Decimosexto informe del Comité Permanente del Comité Regional
60.ª Reunión del Comité Regional de la OMS para Europa – Moscú, Federación de Rusia 13-16 de septiembre de 2010	EUR/RC60/R1 Informe del Director Regional sobre la labor de la OMS en la Región de Europa en 2008-2009
	EUR/RC60/R2 Adaptación de la Oficina Regional para Europa a la evolución del entorno europeo: la perspectiva del Director Regional
	EUR/RC60/R3 Gobernanza de la Oficina Regional de la OMS para Europa de enmiendas a los métodos de trabajo y al reglamento interno del Comité Regional y del Comité Permanente del Comité Regional
	EUR/RC60/R4 Alianzas para la salud de la Región Europea de la OMS
	EUR/RC60/R5 Abordar los desafíos clave de la salud pública y la política de salud en Europa: el progreso en la investigación para mejorar la salud en la Región Europea de la OMS
	EUR/RC60/R6 La salud en la política de cooperación exterior y desarrollo: las cuestiones de salud pública son los problemas sanitarios mundiales
	EUR/RC60/R7 El futuro del proceso Europeo de Medio Ambiente y Salud
	EUR/RC60/R8 La financiación futura de la OMS
	EUR/RC60/R9 Propuesta de programa de presupuesto para 2012-2013
	EUR/RC60/R10 Fechas y lugares de las sesiones ordinarias del Comité Regional 2011-2014
	EUR/RC60/R11 XVII Informe del Comité Permanente del Comité Regional
61.ª Reunión del Comité Regional de la OMS para Europa – Bakú, Azerbaiyán 12-15 de septiembre de 2011	EUR/RC61/R1 La nueva Política Europea de Salud – Salud 2020: visión, valores, principales orientaciones y enfoques
	EUR/RC61/R2 Fortalecimiento de las capacidades de salud pública y servicios en Europa: un marco para la acción
	EUR/RC61/R3 Plan de acción para la implementación de la Estrategia Europea contra las enfermedades no transmisibles (Prevención y Control) 2012-2016
	EUR/RC61/R4 Plan de acción europeo para reducir el uso nocivo del alcohol 2012-2020
	EUR/RC61/R5 Declaración y Plan de Acción Europeo de la OMS para la salud de los niños y jóvenes con discapacidad intelectual y sus familias
	EUR/RC61/R6 Plan europeo de acción estratégico sobre resistencia a los antibióticos
	EUR/RC61/R7 Tuberculosis multirresistente y ultrarresistente en la Región Europea de la OMS
	EUR/RC61/R8 Plan de Acción Europeo sobre el VIH / SIDA 2012-2015
	EUR/RC61/R9 Decimoctavo Informe del Comité Permanente del Comité Regional
	EUR/RC61/R10 Fechas y lugares de las sesiones ordinarias del Comité Regional 2012-2015

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 65 – Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores (EPSCO)

Comunicado de Prensa	Participantes	Principales resultados del Consejo	Puntos objeto de debate en el ámbito sanitario	Síntesis de las conclusiones en el ámbito sanitario
2007				
Sesión n.º 2786 Bruselas, 22 de febrero de 2007	<u>España</u> D. Jesús Caldera Sánchez-Capitán (Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales) D. Antonio Fernández (Ministro de Empleo de la Comunidad Autónoma de Andalucía) <u>Portugal</u> D. José Vieira Da Silva (Ministro de Trabajo y Solidaridad Social)	El Consejo ha adoptado los Mensajes Clave en los ámbitos de Empleo, Política Social e Igualdad de Género que se pretende queden reflejados en las conclusiones del Consejo Europeo de Primavera. • La Comisión ha presentado al Consejo una comunicación sobre una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo 2007-2013.	Comité de Seguridad Sanitaria – Conclusiones del Consejo	El Comité de Seguridad Sanitaria creado en 2001 por los Ministros de Sanidad y el Comisario Europeo de Sanidad y Protección de los Consumidores, en calidad de órgano de coordinación y cooperación informal, han adoptado las siguientes conclusiones del Consejo: Insta a los Estados Miembros y a la Comisión a que: • se mantengan mutuamente informados de la evolución de los acontecimientos y garanticen en particular una información rápida en las crisis sanitarias; • sigan cooperando con las organizaciones internacionales e intergubernamentales • pertinentes, en especial con la Organización Mundial de la Salud; • faciliten asistencia técnica a nivel estratégico, tanto operativo como multisectorial; • laboren en favor de la coordinación y la interoperabilidad de su planificación de la preparación y la respuesta, así como de su aplicación del Reglamento Sanitario Internacional; • faciliten la celebración de reuniones periódicas de alto nivel del Comité de Seguridad Sanitaria, con la habilitación de seguridad adecuada adoptada por la Decisión 2001/264/CE del Consejo de 19 de marzo de 2001 por la que se adoptan las normas de seguridad del Consejo (DOL 101 de 11.4.2001, p. 1.), siguiendo las normas de procedimiento acordadas por el Comité de Seguridad Sanitaria; • preparen ejercicios de evaluación conjunta y participen en ellos.
Sesión n.º 2803 Bruselas, 30-31 de mayo de 2007	<u>España</u> D. Jesús Caldera Sánchez-Capitán (Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales) D.ª Elena Salgado Méndez (Ministra de Sanidad y Consumo) D. Antonio Fernández (Consejero de Empleo de la Junta de Andalucía) D.ª María Teresa Herranz (Consejera de Sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia) <u>Portugal</u> D. José Vieira Da Silva (Ministro de Trabajo y Solidaridad Social) D. António Correia De Campos (Ministro de Sanidad) D. Pedro Marques (Secretario de Estado de Seguridad Social)	El Consejo ha aceptado unánimemente todas las enmiendas al proyecto de Reglamento sobre medicamentos de terapia avanzada votadas por el Pleno del Parlamento Europeo el 25 de abril de 2007.	Estrategia comunitaria en materia de política de los consumidores 2007-2013: Resolución del Consejo Conjunto de medidas sobre enriquecedores de los alimentos Promoción de la salud. Alimentación y actividad física. Conclusiones del Consejo Medicamentos de terapia avanzada La lucha contra el VIH/SIDA en la Unión Europea y en los países vecinos: Conclusiones del Consejo Hacia una Europa sin humo de tabaco	El Consejo ha adoptado una Resolución sobre la estrategia comunitaria en materia de política de los consumidores 2007-2013 (9542/07). <i>Conjunto de medidas sobre enriquecedores de los alimentos</i> Sin perjuicio del dictamen del Parlamento Europeo en primera lectura, el Consejo ha llegado a unas orientaciones generales sobre los tres proyectos de reglamento relativos a: • el procedimiento de autorización uniforme (9536/07 ADD 1) • los aditivos alimentarios (9536/07 ADD 2) • las enzimas alimentarias (9536/07 ADD 3) El Consejo ha adoptado las Conclusiones tituladas: «Promover la salud a través de la alimentación y la actividad física» (9363/07). El Consejo ha aceptado por unanimidad todas las enmiendas votadas por el Parlamento Europeo en el pleno del 25 de abril de 2007 sobre el proyecto de Reglamento sobre medicamentos de terapia avanzada (9756/07). El Consejo ha procedido a un debate político sobre la lucha contra el VIH/SIDA en la Unión Europea y en los países vecinos, que ha abarcado, en particular, los siguientes aspectos: • La forma de intensificar tanto los esfuerzos de prevención como la participación de la sociedad civil tanto a escala de cada país como de la Unión Europea, con ejemplos y prácticas idóneas. • El acceso al tratamiento antirretroviral y los precios de los fármacos antirretrovirales, la necesidad de mantener el acceso universal general al tratamiento incluso en algunas partes de Europa, y las medidas e iniciativas adecuadas para hacer frente a este problema. El Consejo ha adoptado además unas conclusiones basadas en los resultados de la conferencia de la Presidencia sobre esta cuestión, que tuvo lugar en Bremen los días 12 y 13 de marzo de 2007. <i>Marco comunitario en materia de servicios sanitarios: Conclusiones del Consejo</i> El Consejo ha adoptado unas conclusiones sobre servicios sanitarios, que recogen el resultado de la reunión informal de Ministros de Sanidad celebrada en Aquisgrán (9540/07). <i>Prevención de lesiones y promoción de la seguridad</i> El Consejo ha adoptado una Recomendación relativa a la prevención de lesiones y la promoción de la seguridad (9476/07 y 8344/07). <i>Hacia una Europa sin humo de tabaco</i> El Consejo ha procedido a un cambio de impresiones como contribución a la consulta realizada por el Libro Verde de la Comisión (Documento 5899/07.) sobre opciones políticas a escala de la Unión Europea para luchar contra la exposición involuntaria al humo de tabaco en el ambiente (exposición pasiva al tabaco).
Sesión n.º 2837 Bruselas, 5-6 de diciembre de 2007	<u>España</u> D. Jesús Caldera Sánchez-Capitán (Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales) D. Joseba Azkarraga (Ministro de Justicia, Empleo y Seguridad Social de la Comunidad Autónoma del País Vasco) D. Bernat Soria Escoms (Ministro de	El Consejo ha adoptado principios comunes de flexibilidad y seguridad laborales. El Consejo ha celebrado por la primera vez un fructífero debate sobre el acceso de los inmigrantes a la atención sanitaria en la UE.	Salud e inmigración en la UE: Conclusiones del Consejo Estrategia en materia de sanidad de la UE. Conclusiones del Consejo Donación y trasplante de	<i>Salud e inmigración en la UE. Conclusiones del Consejo</i> El Consejo ha llevado a cabo un debate político sobre la salud y la inmigración en la UE, centrándose, en especial, en los siguientes temas: • La integración de los problemas sanitarios del emigrante en las políticas nacionales, utilizando el enfoque «La salud en todas las políticas»; • Acceso a la atención sanitaria para los emigrantes; • Vías utilizadas ya por los Estados miembros; éxitos logrados y dificultades encontradas; • Sugerencias para compartir el conocimiento, la experiencia pertinente, las buenas prácticas y las enseñanzas extraídas sobre una intervención eficaz.

Tabla 65 – Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores (EPSCO)

Comunicado de Prensa	Participantes	Principales resultados del Consejo	Puntos objeto de debate en el ámbito sanitario	Síntesis de las conclusiones en el ámbito sanitario
	Sanidad y Consumo) D. Manuel Cervera (Ministro de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Valencia) <u>Portugal</u> D. António Correia De Campos (Ministro de Sanidad) D. José Vieira Da Silva (Ministro de Trabajo y Solidaridad Social) D. Jorge Lacão (Secretario de Estado de la Presidencia del Consejo de Ministros) D. Pedro Marques (Secretario de Estado de Seguridad Social) D. Fernando Medina (Secretario de Estado de Empleo y Formación Profesional)		órganos. Conclusiones del Consejo Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad. Conclusiones del Consejo Lucha contra el VIH/SIDA en la Unión Europea y los países de su entorno	<i>Estrategia en materia de sanidad de la UE. Conclusiones del Consejo</i> El Consejo ha mantenido un debate orientativo sobre el Libro Blanco de la Comisión «Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)», centrándose, en especial, en los siguientes temas: • Temas sobre la estrategia prioritaria en materia de sanidad de la UE y su reflejo en el desarrollo y la aplicación de objetivos nacionales de política sanitaria; • Experiencias pertinentes sobre la fijación, la aplicación y la supervisión de prioridades y su posible uso para el proceso de aplicación de la estrategia en materia de sanidad de la UE; • Acciones prioritarias de definición y aplicación: papel de los Estados miembros y de la Comisión en este proceso. A raíz de la comunicación de la Comisión «Donación y trasplante de órganos: Acciones de la Unión Europea», el Consejo ha adoptado las conclusiones recogidas en 15332/07. <i>Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad. Conclusiones del Consejo</i> A raíz de un breve cambio de impresiones en torno a la Estrategia presentada por la Comisión en su Libro Blanco y las acciones contempladas en el mismo, el Consejo ha adoptado las Conclusiones recogidas en 15612/07. <i>Lucha contra el VIH/SIDA en la Unión Europea y los países de su entorno</i> El Consejo ha tomado nota del informe de situación presentado por la Presidencia (doc. 15338/1/07).
2008				
Sesión nº 2855 Bruselas, 17 de marzo de 2008	<u>España</u> D. Jesús Caldera Sánchez-Capitán (Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales) D. Gerardo Camps (Consejero de Economía, Hacienda y Empleo y Vicepresidente segundo del Consejo de la Generalitat de la Comunidad Autónoma Valenciana) <u>Portugal</u> D. José Vieira Da Silva (Ministro de Trabajo y Solidaridad Social)	El Consejo ha celebrado un debate de orientación y ha adoptado los mensajes clave en los ámbitos de empleo, política social e igualdad de género, con el propósito de que se vean reflejados en las conclusiones del Consejo Europeo de primavera. El Consejo ha alcanzado un planteamiento general sobre las Directrices para las políticas de empleo de los Estados miembros y un acuerdo político en relación con la recomendación del Consejo para 2008, así como una resolución relativa a la situación de las personas con discapacidad en la Unión Europea.	Comunicación de la Comisión titulada «Mantener el ritmo del cambio: Informe estratégico sobre la estrategia de Lisboa renovada para el crecimiento y el empleo: lanzamiento del nuevo ciclo (2008-2010)» Informes Conjuntos sobre el Empleo (2007/2008) y sobre Protección Social e Inclusión Social (2008) Resolución relativa a la situación de las personas con discapacidad en la Unión Europea	El Consejo ha alcanzado un acuerdo político sobre la Resolución relativa a la situación de las personas con discapacidad (6769/08). La Resolución, instrumento jurídicamente no vinculante, obedece a la Comunicación de la Comisión en esta materia, que establece las prioridades para 2008-2009 en el contexto del Plan de acción europeo en materia de discapacidad (2003-2010). La resolución invita a los Estados miembros y a la Comisión a que garanticen que: • las personas con discapacidad gozan plenamente de sus derechos humanos, • el empleo, la educación y formación, los bienes, servicios e infraestructuras corrientes, así como las tecnologías de información y comunicación sean más accesibles a las personas con discapacidad, como condición previa para su autonomía, su inclusión y participación social.
Sesión nº 2876 Luxemburgo, 9-10 de junio de 2008	<u>España</u> D. Celestino Corbacho Chaves (Ministro de Trabajo e Inmigración) D. Gerardo Camps (Consejero de Economía, del Tesoro y Empleo y Vicepresidente segundo del Consejo de la Generalitat de la Comunidad Autónoma Valenciana) D.ª Luisa María Noeno (Consejera de Salud y Consumo del Gobierno Autónomo de Aragón) <u>Portugal</u> D. José Vieira Da Silva (Ministro de Trabajo y Solidaridad Social) D. Francisco Ramos (Secretario de Estado Adjunto y de Sanidad)	El Consejo ha alcanzado orientaciones generales sobre dos proyectos de Reglamentos relativos a la coordinación de los sistemas de seguridad social. El Consejo ha adoptado conclusiones sobre: • la eliminación de los estereotipos de género de la sociedad • la reducción de la incidencia del cáncer • la resistencia a los agentes antimicrobianos • la aplicación de la Estrategia sanitaria de la UE • la información a los pacientes sobre los medicamentos	Estereotipos de Género. Conclusiones del Consejo Reducción de la incidencia del Cáncer. Conclusiones del Consejo Resistencia a los agentes antimicrobianos. Conclusiones del Consejo Aplicación de la Estrategia Sanitaria de la UE. Conclusiones del Consejo Mecanismo de cooperación entre el Consejo y la Comisión para la aplicación de la Estrategia sanitaria de la UE (debate público)	El Consejo ha adoptado conclusiones sobre la eliminación de los estereotipos de género de la sociedad. Los estereotipos de género son una de las causas más persistentes de desigualdad entre las mujeres y los hombres en todas las esferas y en todas las etapas de la vida. El Consejo ha celebrado un debate público y ha adoptado conclusiones sobre la reducción de la incidencia del cáncer. En sus conclusiones, el Consejo invita: • a los Estados miembros a definir y aplicar estrategias o planes generales relativos al cáncer; • a la Comisión a presentar un plan de acción de la UE sobre el cáncer que aborde todos los aspectos de un control exhaustivo del cáncer y facilite el intercambio de información y de conocimiento experto. El Consejo ha adoptado conclusiones sobre la resistencia a los agentes antimicrobianos y ha tomado nota de la siguiente información: • Francia organizará un taller técnico sobre la resistencia antimicrobiana en París, los días 6 y 7 de noviembre de 2008; • La República Checa, durante su Presidencia (Primer semestre de 2009), organizará una Conferencia destinada a formular normas básicas para los programas antimicrobianos hospitalarios. <i>Mecanismo de cooperación entre el Consejo y la Comisión para la aplicación de la Estrategia sanitaria de la UE (debate público)</i> Basándose en la Estrategia sanitaria de la UE (Libro Blanco de la Comisión: «Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)» – COM (2007) 630 final, el Consejo ha adoptado conclusiones sobre la cooperación estratégica que permitirá a la Comisión, los Estados miembros y el Consejo trabajar

Tabla 65 – Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores (EPSCO)

Comunicado de Prensa	Participantes	Principales resultados del Consejo	Puntos objeto de debate en el ámbito sanitario	Síntesis de las conclusiones en el ámbito sanitario
			Información a los pacientes sobre los medicamentos. Conclusiones del Consejo juntos en los asuntos comunitarios que tengan un impacto en la salud (por ejemplo el envejecimiento de la población, las amenazas sanitarias, etc.), lo que tendrá un valor añadido real para los Estados miembros y garantizará la aplicación de la Estrategia sanitaria de la UE, incluido el planteamiento de «la salud en todas las políticas». El Consejo ha adoptado conclusiones sobre una comunicación de la Comisión (5242/08) en la que se analiza la práctica actual en relación con la información a los pacientes sobre los medicamentos. El Consejo también ha celebrado un debate orientativo en el que se ha invitado a los Ministros a basar sus deliberaciones en varias cuestiones preparadas por la Presidencia (9608/08): • la necesidad de seguir desarrollando medios para distinguir entre publicidad e información, • la necesidad de mantener la prohibición de la publicidad para los medicamentos que sólo pueden dispensarse por prescripción facultativa, • el papel de las autoridades responsables de la salud y de los profesionales sanitarios para facilitar información a los pacientes. El Consejo ha tomado nota de la información proporcionada por la Comisión acerca de una propuesta de marco comunitario sobre la aplicación de los derechos del paciente en la atención sanitaria transfronteriza, que debería adoptarse en los próximos meses (10197/08). El Consejo ha tomado nota de la información proporcionada por la Presidencia relativa a la conferencia sobre sanidad en línea sin fronteras, celebrada en Portorož el 6 y el 7 de mayo de 2008 (9749/08). El Consejo ha tomado nota de la información proporcionada por la Presidencia sobre la Estrategia de la UE para ayudar a los Estados miembros a reducir los daños relacionados con el alcohol (9806/08). El Consejo ha tomado nota de la información proporcionada por la Presidencia y la Comisión sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad (9810/08). El Consejo ha sido informado por la Comisión sobre el Convenio Marco para el control del tabaco (9757/08). El Consejo ha tomado nota de la información proporcionada por la Comisión sobre donación de órganos y transplantes (10198/08). El Consejo ha tomado nota de la información proporcionada por la Comisión sobre el paquete relativo a la seguridad del paciente (9764/08). El Consejo ha tomado nota de la información proporcionada por la Comisión sobre cuestiones relacionadas con la seguridad sanitaria (9767/08). El Consejo ha tomado nota de la información proporcionada por la Comisión con respecto a la salud mental en Europa (9770/08). El Consejo ha tomado nota de la información proporcionada por la Presidencia sobre una propuesta de Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo por la que se modifican la Directiva 2001/82/CE y la Directiva 2001/83/CE en lo relativo a las variaciones de los términos de las autorizaciones de comercialización de medicamentos (9920/08). El Consejo ha tomado nota de la información proporcionada por la Presidencia sobre una reunión para el establecimiento de una red de autoridades competentes de valoración y reembolso de productos farmacéuticos, que se celebró en Brdo el 28 y el 29 de abril de 2008. La Presidencia ha informado al Consejo acerca de la situación del paquete sobre enriquecedores de alimentos. El Consejo ha tomado nota de las preocupaciones manifestadas por la Delegación española en relación con las personas con intolerancia al gluten (9772/08). El Consejo ha alcanzado un acuerdo político sobre un Reglamento destinado a establecer un marco común para la producción sistemática de estadísticas en los ámbitos de salud pública y seguridad en el trabajo (9823/08).	
Sesión n.º 2893 Luxemburgo, 2 de octubre de 2008	<u>España</u> D.ª Bibiana Aído Almagro (Ministra de Igualdad) D. Graciano Torre (Ministro de Industria y Empleo del Principado de Asturias) <u>Portugal</u> D. José Vieira Da Silva (Ministro de Trabajo y Solidaridad Social)	El Consejo ha procedido a un primer debate orientativo sobre un proyecto de Directiva destinada a aplicar el principio de igualdad fuera del ámbito del empleo. El Consejo ha adoptado una Decisión por la que se declara 2010 «Año europeo de lucha contra la pobreza y la exclusión social».	Año Europeo de Lucha Contra la Pobreza y la Exclusion Social (2010) Estadísticas comunitarias de salud pública y de salud y seguridad en el trabajo	Estadísticas comunitarias de salud pública y de salud y seguridad en el trabajo: • El Consejo ha aprobado una Posición Común y su exposición de motivos en primera lectura, con vistas a la adopción del Reglamento sobre estadísticas comunitarias de salud pública y de salud y seguridad en el trabajo, con arreglo al artículo 251 del Tratado (9815/08, 9815/08 ADD 1, 13371/08 ADD1).
Sesión n.º 2916 Bruselas, 16-17 de diciembre de 2008	<u>España</u> D. Bernat Soria Escoms (Ministro de Sanidad y Consumo) D. Celestino Corbacho Chaves (Ministro de Trabajo e Inmigración) D.ª Bibiana Aído Almagro (Ministra de Igualdad)	El Consejo ha adoptado una posición sobre el Reglamento en materia de coordinación de los sistemas de seguridad social. El Consejo ha adoptado asimismo conclusiones sobre:	Derechos de los pacientes en materia de asistencia sanitaria transfronteriza Acción europea en el ámbito de las enfermedades	<i>Derechos de los pacientes en materia de asistencia sanitaria transfronteriza</i> • El Consejo ha mantenido un debate público de orientación sobre la propuesta de Directiva sobre la aplicación de los derechos de los pacientes en materia de asistencia sanitaria transfronteriza, basándose en un informe de situación (16514/08) y en un cuestionario de la Presidencia (16534/08). En sus conclusiones acerca del debate, la Presidencia ha defendido la idea de lograr un equilibrio entre los derechos de los pacientes y los de los Estados miembros. La obligación de reembolso por un Estado miembro no debería superar el nivel previsto por su propio régimen. Por otro lado, la Presidencia ha determinado las cuestiones que siguen pendientes, en particular la gestión del flujo de entrada de pacientes, la definición de asistencia sanitaria y la

Tabla 65 – Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores (EPSCO)

Comunicado de Prensa	Participantes	Principales resultados del Consejo	Puntos objeto de debate en el ámbito sanitario	Síntesis de las conclusiones en el ámbito sanitario
	D. Fernando Lamata (Consejero de Salud y Bienestar Social de la Comunidad de Castilla la Mancha) D. Graciano Torre (Consejero de Industria y Empleo del Principado de Asturias) <u>Portugal</u> D. José Vieira Da Silva (Ministro de Trabajo y Solidaridad Social) D.ª Ana Jorge (Ministra de Sanidad)	- la seguridad sanitaria; - la enfermedad de Alzheimer; - la conciliación de la vida laboral y la vida familiar. Además, el Consejo ha mantenido un debate público sobre el impacto social de la crisis económica.	raras Seguridad sanitaria - Conclusiones del Consejo Enfermedades degenerativas del sistema nervioso relacionadas con la edad y enfermedad de Alzheimer - Conclusiones del Consejo	calidad de la asistencia. El Consejo ha mantenido un primer cambio de impresiones sobre la propuesta de Recomendación del Consejo relativa a una acción europea en el ámbito de las enfermedades raras (15776/08). Paralelamente a la Comunicación «Las enfermedades raras: un reto para Europa» (15775/08), que define una estrategia comunitaria global, la Comisión propone al Consejo que adopte, en la Recomendación, un planteamiento común en la lucha contra las enfermedades raras, a partir de las mejores prácticas existentes. En dicho texto se insta a los Estados miembros a que establezcan estrategias globales que incorporen los aspectos de acceso a la atención (diagnóstico, tratamiento y medicamentos huérfanos), información a los pacientes e investigación. La Recomendación preconiza que se lleve a cabo esta tarea en contacto con las asociaciones de pacientes. Además, la Comisión propone que se aplique una definición común de las enfermedades raras en toda la Unión Europea y que se colabore en el trabajo de codificación de las enfermedades raras emprendido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el marco de la revisión en curso de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Por último, se insta a los Estados miembros a que fomenten la puesta en común de conocimientos técnicos por medio de los centros europeos de referencia. El Consejo ha adoptado unas conclusiones sobre la seguridad sanitaria tras someterlas a debate público (16515/08). El Consejo ha adoptado unas conclusiones sobre las estrategias de salud pública para luchar contra las enfermedades degenerativas del sistema nervioso relacionadas con la edad, y en particular la enfermedad de Alzheimer (16516/08). Información transmitida por la Presidencia sobre el Grupo de alto nivel «Salud Pública» del Consejo sobre estrategia en materia de salud Información de la Presidencia sobre el estado de los trabajos (16519/08) en el ámbito de la Propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo sobre la información alimentaria facilitada al consumidor Información de la Presidencia sobre el estado de los trabajos (17100/08) en el ámbito de la Propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo sobre nuevos alimentos Propuesta de Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo por la que se modifican la Directiva 2001/82/CE y la Directiva 2001/83/CE en lo relativo a las variaciones de los términos de las autorizaciones de comercialización de medicamentos Información de la Comisión (16521/08 + ADD1 + ADD2) sobre la Propuesta de Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo sobre normas de calidad y seguridad de los órganos humanos destinados a transplantes Información de la Comisión sobre la Propuesta de Recomendación del Consejo sobre la seguridad de los pacientes y la calidad de los servicios sanitarios, incluidos la prevención y el control de las infecciones nosocomiales Información de la Comisión (16535/08) sobre el Libro Verde de la Comisión sobre los profesionales sanitarios Información sobre los actos organizados durante la Presidencia francesa - Tercera conferencia de las partes del Convenio marco de la OMS para el control del tabaco - La sanidad euromediterránea - La Europa de la sanidad al servicio de los pacientes - Deporte y sanidad Información de la Comisión (14582/08) sobre el Grupo de Alto Nivel de la Comisión sobre servicios sanitarios y asistencia médica Nuevas propuestas relativas a la legislación farmacéutica Información de la Comisión (12583/08) sobre la Propuesta de Directiva del Consejo por la que se modifican las Directivas 92/79/CEE, 92/80/CEE y 95/59/CE en lo referente a la estructura y a los tipos del impuesto especial que grava las labores del tabaco manufacturadas Información de la Delegación austriaca (16532/08) sobre el refuerzo de la cooperación entre los Estados miembros en el ámbito de la sanidad electrónica Información de la Presidencia sobre el estado de los trabajos en el ámbito de la Propuesta de Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo por la que se modifica la Directiva 92/85/CEE del Consejo, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia (13983/08)
Sesión n.º 2930 Bruselas, 9 de marzo de 2009	<u>España</u> D. Celestino Corbacho Chaves (Ministro de Trabajo e Inmigración) <u>Portugal</u> D. José Vieira Da Silva (Ministro de Trabajo y Solidaridad Social)	El Consejo ha mantenido un debate de orientación sobre la crisis económica y financiera actual y ha adoptado unos mensajes clave en los ámbitos del empleo y de la política social, que deberán reflejarse en las conclusiones del Consejo Europeo de primavera.	Preparación del Consejo Europeo de primavera Seguridad y salud en el trabajo de las trabajadoras embarazadas	El Consejo ha adoptado los siguientes mensajes clave relativos a los ámbitos del empleo y la política social, y ha acordado remitirlos al Consejo Europeo de primavera como contribución del Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores: - Mejorar la eficiencia de los sistemas sanitarios y reducir las desigualdades en materia de sanidad mediante el incremento de la dedicación a la atención primaria, la prevención, el fomento de la salud, la calidad y la seguridad, la mejora de la coordinación y la utilización eficaz de los recursos, incluida la sanidad electrónica, habida cuenta en particular de las limitaciones presupuestarias y en materia de recursos humanos. - Prestar una atención sanitaria a largo plazo de calidad, con el fin de garantizar un envejecimiento digno y saludable, crear una sólida base financiera, mejorar la coordinación de la asistencia, incluida la coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios de asistencia social, y asegurar la disponibilidad de recursos humanos cualificados. También resulta necesario apoyar a los auxiliares domésticos informales que prestan asistencia a

Tabla 65 – Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores (EPSCO)

Comunicado de Prensa	Participantes	Principales resultados del Consejo	Puntos objeto de debate en el ambito sanitario	Síntesis de las conclusiones en el ambito sanitario
				largo plazo y seguir fomentando el envejecimiento activo.
				El Consejo ha mantenido un debate orientativo sobre las cuestiones clave de una propuesta de la Comisión relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia.
Sesión extraordinaria Luxemburgo, 30 de abril de 2009	<u>España</u> D. ^a Trinidad Jiménez García-Herrera (Ministra de Sanidad y Política Social)	El Consejo ha mantenido un cambio de impresiones y ha adoptado las correspondientes conclusiones en relación con la infección de la gripe A/H1N1.	Infección de la gripe A/H1N1	El Consejo ha mantenido un cambio de impresiones respecto a esta cuestión y ha adoptado las conclusiones siguientes: • Habida cuenta de la aparición a nivel internacional de casos humanos de infección de gripe A/H1N1, la creciente preocupación internacional y basándose en la información actualizada procedente de la Organización Mundial de la Salud (la OMS), los Estados miembros, la Comisión, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades y el Comité de seguridad sanitaria, el Consejo de la Unión Europea toma nota de la evolución de la situación epidemiológica y expresa su satisfacción por la eficaz respuesta de la Unión Europea (UE) e internacional ante la amenaza de un brote pandémico, posible aunque todavía inseguro, y hace un llamamiento en pro de una continua cooperación a escala de la UE e internacional. En este contexto, la UE y sus Estados miembros deberán continuar actuando de un modo firme y resuelto para hacer frente a esta amenaza.
	<u>Portugal</u> D. ^a Ana Jorge (Ministra de Sanidad)			
Sesión n.º 2947 Luxemburgo, 8 y 9 de junio de 2009	<u>España</u> D. ^a Trinidad Jiménez García-Herrera (Ministra de Sanidad y Política Social) D. Celestino Corbacho Chaves (Ministro de Trabajo e Inmigración) D. Tomás Villanueva (Consejero de Economía y Empleo de la Junta de Castilla y León) D. ^a Mercedes Roldós Caballero (Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias)	El Consejo ha celebrado un debate de orientación sobre la preparación del Consejo Europeo de junio de 2009 y ha adoptado unas conclusiones sobre flexiseguridad en tiempos de crisis así como sobre los servicios sociales como instrumento de inclusión activa.	Seguridad y salud en el trabajo de las trabajadoras embarazadas Directiva sobre el principio de igualdad de trato Igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres: envejecer con dignidad y llevando una vida activa	El Consejo ha tomado nota del informe de situación de la Presidencia (docs. 10064/1/09 + 10064/1/09 COR1) sobre un proyecto de Directiva para mejorar la protección que se ofrece a las trabajadoras embarazadas, las que hayan dado a luz o se encuentran en período de lactancia.
	<u>Portugal</u> D. ^a Ana Jorge (Ministra de Sanidad) D. Fernando Medina Correia (Secretario de Estado de Empleo y Formación Profesional)	El Consejo ha adoptado unas conclusiones sobre la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres: vida activa y envejecimiento digno.	Recomendación del Consejo sobre la seguridad de los pacientes	También ha invitado a sus órganos preparatorios a que prosigan el trabajo sobre este archivo. La nueva Directiva modificaría la Directiva vigente 92/85.
		El Consejo ha adoptado unas conclusiones sobre la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres: vida activa y envejecimiento digno.	Recomendación del Consejo relativa a una acción en el ámbito de las enfermedades raras	Sobre la base de un informe de situación (doc. 10073/1/09 REV1), la Presidencia ha informado al Consejo sobre la situación en que se encuentra el proyecto de Directiva por la que se aplica el principio de igualdad de trato entre las personas independientemente de su religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual.
		El Consejo ha adoptado unas conclusiones sobre la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres: vida activa y envejecimiento digno.	Recomendación del Consejo sobre la seguridad de los pacientes	El Consejo ha adoptado en debate público una Recomendación del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (doc. 10120/09). La Recomendación se propone crear un marco para estimular el desarrollo de políticas y la acción futura, en los Estados miembros y entre ellos, para abordar los principales problemas de seguridad de los pacientes.
		El Consejo ha adoptado unas conclusiones sobre la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres: vida activa y envejecimiento digno.	Recomendación del Consejo relativa a una acción en el ámbito de las enfermedades raras	El Consejo ha adoptado en debate público una Recomendación del Consejo relativa a una acción en el ámbito de las enfermedades raras (doc. 10122/09). La Recomendación se propone dar una orientación coordinada de la UE para garantizar que sean eficaces el reconocimiento, prevención, diagnóstico, tratamiento, atención sanitaria e investigación en el ámbito de las enfermedades raras en Europa.
		El Consejo ha adoptado unas conclusiones sobre la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres: vida activa y envejecimiento digno.	Derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza	Basándose en un informe de situación de la Presidencia (doc. 10026/09) y en las preguntas que había formulado la Presidencia (doc. 10345/09) el Consejo ha procedido a un debate público sobre una propuesta de Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.
		El Consejo ha adoptado unas conclusiones sobre la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres: vida activa y envejecimiento digno.	Paquete sobre los productos farmacéuticos	Basándose en tres informes de situación de la Presidencia (docs. 10183/09 + ADD1 + ADD2 + ADD3) el Consejo ha cambiado impresiones sobre las propuestas legislativas que constituyen el «paquete sobre los productos farmacéuticos».
		El Consejo ha adoptado unas conclusiones sobre la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres: vida activa y envejecimiento digno.		Cuestiones sobre seguridad sanitaria, como las vacunas y la vacunación contra la gripe A (H1N1) • La Comisión ha informado sobre el programa de trabajo de 2009 del Comité de seguridad sanitaria y sobre los avances logrados en la revisión de las estructuras correspondientes a la seguridad sanitaria en la UE. Se ha prestado especial atención a la epidemia de gripe A (H1N1) y al tema de las estrategias sobre vacunas y vacunación contra la gripe A (H1N1). Los Ministros se han mostrado de acuerdo con la Comisión en apoyar al Comité de seguridad sanitaria en sus actividades para lograr que tanto las estrategias sobre vacunas como sobre vacunación se elaboren con coherencia y en el debido momento.
		El Consejo ha adoptado unas conclusiones sobre la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres: vida activa y envejecimiento digno.		Propuesta de Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo sobre normas de calidad y seguridad de los órganos humanos destinados a trasplantes • El Consejo ha tomado nota de un informe de situación de la Presidencia sobre un proyecto de Directiva que tiene por objeto garantizar que los órganos humanos utilizados en la UE para trasplantes cumplan los mismos requisitos de calidad y seguridad, y facilitar el intercambio de órganos humanos entre los Estados miembros (doc. 10028/09).
		El Consejo ha adoptado unas conclusiones sobre la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres: vida activa y envejecimiento digno.		Grupo «Salud Pública» del Consejo a nivel de altos funcionarios • La Presidencia ha informado sobre los resultados de la reunión del Grupo «Salud Pública» del Consejo a nivel de altos funcionarios que tuvo lugar el 29 de mayo de 2009.
		El Consejo ha adoptado unas conclusiones sobre la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres: vida activa y envejecimiento digno.		Ingredientes de las labores del tabaco • La Delegación danesa, apoyada por Francia y Letonia, ha solicitado que se adopten medidas sobre los ingredientes del tabaco y los cigarrillos de dulce dentro de la revisión de la Directiva sobre las labores del tabaco, sobre la que está previsto que la Comisión presente una propuesta en el primer semestre de 2011 (doc. 10075/09).
		El Consejo ha adoptado unas conclusiones sobre la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres: vida activa y envejecimiento digno.		La Comisión ha hecho una breve síntesis de las respuestas que ha recibido a propósito del Libro verde sobre el personal sanitario europeo, que publicó el 10 de diciembre de 2008 (doc. 10346/09).
		El Consejo ha adoptado unas conclusiones sobre la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres: vida activa y envejecimiento digno.		La Presidencia ha informado a los Ministros sobre los resultados de las siguientes conferencias (doc. 10069/09): • La sanidad electrónica para las personas, la sociedad y la economía. Praga, 18 a 20 de febrero de 2009. • La amenaza microbiana para la salud de los pacientes en Europa. Praga, 15 y 16 de abril de 2009. • La viabilidad financiera de los sistemas sanitarios. Praga, 10 a 12 de mayo de 2009.

Tabla 65 – Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores (EPSCO)

Comunicado de Prensa	Participantes	Principales resultados del Consejo	Puntos objeto de debate en el ámbito sanitario	Síntesis de las conclusiones en el ámbito sanitario
Sesión n.º 2965 Bruselas, 12 de octubre de 2009	<u>España</u> D. José Martínez Olmos (Secretario General de Sanidad) <u>Portugal</u> D. Francisco Ramos (Secretario de Estado de Sanidad)	El Consejo ha mantenido un cambio de impresiones y ha adoptado conclusiones sobre la Pandemia (H1N1) – planteamiento estratégico	Gripe A/H1N1 - Conclusiones del Consejo Informe Especial n.º 2/2009 sobre «El programa de Salud Pública de la Unión Europea (2003-2007)» - Conclusiones del Consejo Prevención del consumo de drogas - Conclusiones del Consejo	El Consejo ha adoptado las siguientes conclusiones: • «El 11 de junio de 2009, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aumentó el nivel de alerta por pandemia de gripe de nivel 5 a nivel 6, que corresponde a una difusión a escala mundial del virus de la gripe A (H1N1) 2009. Basándose en datos y conocimientos científicos y epidemiológicos, la OMS y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (CEPCE) están aconsejando a los países del hemisferio septentrional que se preparen para una nueva ola de la pandemia.» Solicita a los Estados Miembros y a la Comisión que: • determinen las posibles líneas estratégicas comunes que deban adoptarse para asegurar una información coherente entre expertos del Comité de seguridad sanitaria y las desarrollen a través de la red de comunicadores de dicho Comité; • cooperen en el intercambio de información estratégica y operativa sobre aspectos multisectoriales; • explorar maneras de apoyar los esfuerzos inmediatos del sistema de las Naciones Unidas y en particular de la OMS para mitigar la pandemia (H1N1) 2009, especialmente mediante el suministro y la adecuada distribución de vacunas y antivirales, considerando asimismo la necesidad de planes y campañas de salud pública de emergencia y elaborar y acordar una posición en respuesta al Informe de evaluación de las necesidades [OMS, Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA), Coordinación para la Gripe del sistema de las Naciones Unidas (UNSC)] de las Naciones Unidas, la OMS y el Coordinador de las Naciones Unidas para la Gripe (UNSG) de manera que no afecte negativamente a otras prioridades sanitarias mundiales; • hacer un uso eficaz de los mecanismos tanto financieros como de otro carácter (por ejemplo logísticos, apoyo técnico) de la Unión Europea en beneficio de los terceros países, en particular los países en desarrollo y la cooperación mundial; • mantener un firme apoyo mediante la ayuda a los países en desarrollo para impulsar unos sistemas sanitarios públicos sostenibles; • alentar una más amplia producción y utilización de vacunas antigripales, incluido el uso de nuevas tecnologías innovadoras, a fin de aumentar la producción mundial de vacunas y el fomento de capacidades en los países en desarrollo de modo que puedan crear sus propias vacunas y antivirales. El Consejo ha adoptado las conclusiones que figuran en el documento 13737/09 – Informe Especial n.º 2/2009 sobre «El programa de Salud Pública de la Unión Europea (2003-2007)» El Consejo ha adoptado las conclusiones que figuran en el documento 13405/09 – Prevención del consumo de drogas.
Sesión n.º 2980 Bruselas, 30 de noviembre y 1 de diciembre de 2009	<u>España</u> D. Celestino Corbacho Chaves (Ministro de Trabajo e Inmigración) D.ª Bibiana Aído Almagro (Ministra de Igualdad) D.ª Dolores Gorostiaga (Vicepresidenta y Consejera de Empleo y Bienestar Social de la Comunidad Autónoma de Cantabria) D.ª Trinidad Jiménez García-Herrera (Ministra de Sanidad y Política Social) D.ª María Kurtz (Consejera de Salud de la Comunidad Foral de Navarra) <u>Portugal</u> D.ª Helena André (Ministra de Trabajo y Solidaridad Social) D.ª Ana Jorge (Ministra de Sanidad)	El Consejo ha celebrado dos debates de orientación públicos. El primero se ha dedicado a cómo recuperarse de la crisis y prepararse para la Estrategia de Lisboa para después de 2010. En este contexto, los Ministros han adoptado unas conclusiones sobre fomento de la inserción en el mercado laboral - Recuperación de la crisis y preparación para la Estrategia de Lisboa después de 2010. El segundo debate se ha centrado en la Igualdad de los sexos: potenciar el crecimiento y el empleo. Los Ministros también han adoptado unas conclusiones sobre este tema. Además, el Consejo ha adoptado conclusiones sobre envejecimiento digno y saludable. Los Ministros han adoptado conclusiones sobre: • incentivos innovadores para antibióticos eficaces, • asistencia sanitaria segura y eficiente a través de la sanidad electrónica y • alcohol y salud. Los Ministros han cambiado impresiones a propósito de la pandemia A(H1N1), como trabajo derivado del Consejo del 12 de octubre de 2009 y puesta al día al respecto, sobre la base de una información de la Presidencia. El Consejo ha adoptado, sin debate, una	Envejecimiento digno y saludable Derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza Incentivos innovadores para antibióticos eficaces Asistencia sanitaria segura y eficiente a través de la sanidad electrónica Paquete sobre los productos farmacéuticos Alcohol y salud Pandemia A(H1N1) Acción del Consejo contra la exposición al humo de tabaco Excepciones temporales para los donantes de sangre - procedimiento de comité	El Consejo ha adoptado unas conclusiones sobre el envejecimiento digno y saludable, en las que se destaca la importancia de la mejora de la cooperación entre los Estados miembros para aumentar la dignidad en la atención a las personas de edad avanzada en la UE. El envejecimiento más saludable permitiría también reducir los costes asistenciales y podría compensar parcialmente la repercusión financiera de la demografía en los sectores sanitario y social. Dichas conclusiones figuran en el documento (14996/09). <i>Derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza</i> • A pesar de los sustanciales progresos realizados, el Consejo no ha alcanzado un acuerdo político sobre el proyecto de Directiva relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. La Comisión presentó su iniciativa legislativa como parte de un paquete del programa social del 2 de julio de 2008, centrándose en un objetivo triple: garantizar una asistencia segura y de calidad a todos los pacientes, apoyar a los pacientes en el ejercicio de su derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza, y promover la cooperación entre los regímenes de asistencia sanitaria. Según el segundo objetivo, se pretende en particular codificar la jurisprudencia del Tribunal de Justicia sobre reembolso de la asistencia sanitaria transfronteriza. Los debates del Consejo se han centrado principalmente en el reembolso de los gastos relacionados con prestadores de asistencia sanitaria no contractuales. La próxima Presidencia española se ha comprometido a continuar los trabajos y a intentar llegar a un acuerdo. <i>Incentivos innovadores para antibióticos eficaces</i> • El Consejo ha adoptado unas conclusiones sobre incentivos innovadores para antibióticos eficaces durante un debate público sobre el tema (documento 16006/09). En las conclusiones se insta a los Estados miembros y a la Comisión a que adopten medidas para disminuir el desarrollo y la propagación de la resistencia a los antibióticos y a que establezcan incentivos que lleven a la investigación y desarrollo de nuevos antibióticos eficaces. En particular, se insta a la Comisión a que elabore dentro de un plazo de 24 meses un plan de acción global, con propuestas concretas sobre incentivos para el desarrollo de nuevos antibióticos eficaces. El Consejo ha adoptado unas conclusiones sobre asistencia sanitaria segura y eficiente a través de la sanidad electrónica (16008/09) durante un debate público sobre el tema. Según las conclusiones, fundamentalmente se pretende: • reconocer la necesidad de asumir un mayor liderazgo político e integrar la sanidad electrónica en la política sanitaria; • invitar a los Estados miembros a que mejoren los servicios de sanidad electrónica y desarrollen su uso; • invitar a los Estados miembros y a la Comisión a que potencien un mecanismo de alto nivel de gobernanza al nivel de la UE para coordinar las actividades existentes en materia de sanidad electrónica. <i>Paquete sobre los productos farmacéuticos</i> • Basándose en los informes de situación, la Presidencia ha informado al Consejo sobre el estado en que se encuentran las negociaciones sobre las dos partes del paquete sobre los productos farmacéuticos: la prevención de la entrada de medicamentos falsificados en la cadena de suministro legal y el

Tabla 65 – Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores (EPSCO)

Comunicado de Prensa	Participantes	Principales resultados del Consejo	Puntos objeto de debate en el ámbito sanitario	Síntesis de las conclusiones en el ámbito sanitario
		Recomendación en la que se insta a los Estados miembros a que adopten medidas jurídicas para proteger a sus ciudadanos de la exposición al humo de tabaco.		refuerzo y la racionalización del sistema de farmacovigilancia vigente (16055/09). El Consejo ha adoptado unas conclusiones tituladas «Alcohol y salud» (16010/09), durante un debate público sobre el tema. En las conclusiones se recuerda el compromiso que han asumido los Estados miembros y la Comisión, en el marco de la estrategia de la UE sobre el alcohol adoptada en 2006 y se invita a éstos a que incrementen sus esfuerzos para reducir los daños causados por el alcohol. El Consejo ha celebrado un cambio de impresiones sobre la evolución reciente en la UE y los países vecinos en lo relativo a la situación actual del brote de gripe A/H1N1. En general, los Ministros se han mostrado de acuerdo en que el planteamiento coordinado adoptado hasta el momento a propósito de la pandemia A (H1N1) ha resultado altamente satisfactorio. Propuesta de Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo sobre normas de calidad y seguridad de los órganos humanos destinados a trasplantes – Información a cargo de la Presidencia (16521/08 y 16042/09) Comunicación de la Comisión «Acción contra el cáncer: una asociación europea» – Información a cargo de la Presidencia y la Comisión (11516/09 y 16043/09) Comunicación de la Comisión «Lucha contra el VIH/sida en la Unión Europea y los países vecinos, 2009-2013» – Información a cargo de la Comisión (15204/09 y 16045/09) Comunicación de la Comisión «Solidaridad en materia de salud: Reducción de las desigualdades en salud en la UE» – Información a cargo de la Comisión (14848/09 y 16047/09) El Consejo ha adoptado el día de hoy una Recomendación en la que se pide a los Estados miembros que emprendan acciones jurídicas para proteger a sus ciudadanos de la exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo cerrados, lugares públicos cerrados, el transporte público y, si procede, otros lugares públicos antes de 2012 (15937/09). El Consejo ha decidido no oponerse a una Directiva de la Comisión por la que se autorizan excepciones temporales a determinados criterios de selección de donantes de sangre y de componentes sanguíneos, en el contexto del riesgo de escasez causado por la pandemia de gripe A (H1N1).
2010				
Sesión n.º 3000 Bruselas, 8 de marzo de 2010	España D. Celestino Corbacho Chaves (Ministro de Trabajo e Inmigración) D.ª Bibiana Aído Almagro (Ministra de Igualdad) D.ª Cristina Garmendia (Ministra de Ciencia e Innovación) D.ª Inés Rojas de León (Consejera de Bienestar Social, Juventud y Vivienda de la Comunidad Autónoma de Canarias) Portugal D.ª Ana Paula Zacarias (Representante Permanente adjunta)	El Consejo, que ha celebrado su sesión ordinaria n.º 3000, ha llegado a un acuerdo sobre una Directiva encaminada a proteger al personal sanitario de las heridas e infecciones causadas por agujas y otros instrumentos cortantes y punzantes. Los ministros han sido informados y han mantenido un cambio de impresiones en relación con las conclusiones sobre Carreras y movilidad de los investigadores europeos adoptadas por el Consejo de Competitividad del 2 de marzo de 2010.	Prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario Carreras y movilidad de los investigadores europeos	En deliberación pública, el Consejo ha llegado a un acuerdo sobre una Directiva para la protección del personal sanitario contra las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes (6635/10 + 6635/10 COR 1 + 6635/10 ADD 1 + 6635/10 ADD 2). La nueva Directiva ofrecerá un enfoque integrado a la evaluación de riesgos, la prevención de riesgos, la formación, la información, la sensibilización y la supervisión, así como procedimientos de respuesta y seguimiento. Los Estados miembros disponen de tres años para incorporar la nueva Directiva a su Derecho nacional. El Consejo ha cambiado impresiones sobre la movilidad y las carreras de los investigadores, basándose en las conclusiones adoptadas por el Consejo de Competitividad el 2 de marzo (6362/2/10). Las conclusiones pretenden contribuir a la elaboración y la aplicación de acciones para fomentar la movilidad de los investigadores y la mejora de sus condiciones de trabajo y sus carreras, con especial hincapié en los aspectos relativos a la seguridad social.
Sesión n.º 3019 Luxemburgo, 7 y 8 de junio de 2010	España D. Celestino Corbacho Chaves (Ministro de Trabajo e Inmigración) D.ª Bibiana Aído Almagro (Ministra de Igualdad) D.ª Trinidad Jiménez García-Herrera (Ministra de Sanidad y Política Social) Portugal D.ª Helena André (Ministra de Trabajo y Asuntos Sociales) D.ª Ana Jorge (Ministra de Sanidad)	El Consejo ha refrendado el dictamen del Comité de Protección Social sobre el tema «Solidaridad en materia de salud: Reducción de las desigualdades en el ámbito de la salud en la UE» y ha acogido favorablemente el informe provisional conjunto del Comité de Política Económica (CPE) y del Comité de Protección Social (CPS) sobre las pensiones, a la espera de que ambos comités aprueben el informe más adelante durante el año. El Consejo ha adoptado una Resolución sobre el nuevo Marco Europeo de la Discapacidad (2010-2020). Por lo que respecta a las cuestiones de los ámbitos de Sanidad y Consumidores, el Consejo ha aprobado un proyecto de Directiva relativa a los derechos de los	Desigualdades en el ámbito de la salud y pensiones Envejecimiento activo Nuevo Marco Europeo de la Discapacidad Derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza Información alimentaria facilitada a los consumidores La equidad y la salud en todas las políticas: solidaridad en materia de salud Reducir la ingesta de sal a	El Consejo ha aprobado el dictamen del Comité de Protección Social (CPS) sobre la «Solidaridad en materia de salud: Reducción de las desigualdades en el ámbito de la salud en la UE» (9960/10). En su dictamen, el CPS acoge con satisfacción la Comunicación de la Comisión de octubre de 2009 (14848/09), en la que se considera la reducción de las desigualdades en el ámbito de la salud como una cuestión clave para la protección y la integración social. El Consejo ha adoptado unas conclusiones sobre el «Envejecimiento activo» (9489/10 + 9489/10 COR 1 + 9489/10 COR 2 + 9489/10 COR 3), pidiendo una mayor participación de las personas de edad avanzada en la sociedad, que representa un potencial para la competitividad futura de Europa y la prosperidad en la vida económica y social, mediante la eliminación de obstáculos para el empleo, la mejora de las condiciones de empleo, la lucha contra la discriminación y la inversión en el aprendizaje permanente. Las Conclusiones recuerdan que la población de más de 60 años aumentará a un ritmo mucho más rápido que en el pasado, y se espera que el mayor incremento se produzca durante el período 2015-2035, en el que la población de 60 años o más aumentará en 2 millones de personas al año. El Consejo ha adoptado una Resolución sobre un nuevo Marco Europeo de la Discapacidad (10173/10), donde solicita, entre otras cosas, una mayor inclusión de las personas con discapacidad y sus familias en la sociedad, mediante la integración transversal de las cuestiones de discapacidad en los distintos ámbitos políticos y la puesta en marcha de iniciativas en los sectores de educación, empleo y asuntos sociales, asuntos internacionales y desarrollo. Esta Resolución sigue a la Resolución relativa a la situación de las personas con discapacidad adoptada por el Consejo EPSCO el 29 de febrero de 2008 (6769/08). El Consejo ha aprobado hoy un proyecto de Directiva sobre los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, sobre la base de una propuesta transaccional de la Presidencia española (9948/10 + 9948/10 COR 1). El proyecto de Directiva pretende facilitar el acceso a una asistencia sanitaria transfronteriza segura y de alta calidad y fomentar la cooperación en materia

Tabla 65 – Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores (EPSCO)

Comunicado de Prensa	Participantes	Principales resultados del Consejo	Puntos objeto de debate en el ámbito sanitario	Síntesis de las conclusiones en el ámbito sanitario
		pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. Asimismo, los Ministros han mantenido un debate político en torno a un proyecto de Reglamento sobre la información alimentaria facilitada al consumidor. Asimismo, el Consejo ha adoptado unas conclusiones sobre: • la equidad y la salud en todas las políticas: solidaridad en materia de salud; • medidas para reducir la ingesta de sal de la población a fin de mejorar la salud.	fin de mejorar la salud	de asistencia sanitaria entre los Estados miembros. El proyecto de Directiva clarifica los derechos de los pacientes en busca de asistencia sanitaria en otro Estado miembro y completa los derechos que los pacientes ya tenían a escala de la UE en la legislación sobre la coordinación de los regímenes de seguridad social (Reglamento 883/04). El proyecto de Directiva forma parte del paquete de la agenda social del 2 de julio de 2008, centrado en un triple objetivo: garantizar que todos los pacientes gocen de una asistencia segura y de alta calidad, apoyar a los pacientes en el ejercicio de sus derechos a la atención sanitaria transfronteriza y fomentar la cooperación entre sistemas sanitarios. Basándose en dos preguntas sugeridas por la Presidencia relativas a legibilidad y responsabilidad (10273/10) el Consejo ha mantenido un debate de orientación sobre un proyecto de Reglamento sobre la información alimentaria facilitada al consumidor, y más específicamente la información dada en el etiquetado. El proyecto de Reglamento busca introducir un etiquetado nutricional obligatorio, especificar la responsabilidad correspondiente al papel de cada operador alimentario en la cadena de suministro y mejorar la legibilidad de la información facilitada a los consumidores. El Consejo ha adoptado unas conclusiones sobre «La equidad y la salud en todas las políticas: solidaridad en materia de salud» (9947/10), en las que establece un marco de acción para la Comisión y los Estados miembros. Al adoptar las conclusiones, el Consejo ha invitado a la Comisión a que evalúe la efectividad de intervenciones destinadas a reducir las desigualdades en materia de salud. Se ha pedido a los Estados miembros que desarrollen nuevas políticas y acciones para reducir las desigualdades en la salud y apliquen políticas destinadas a garantizar un buen comienzo de vida a todos los niños, incluidas acciones de apoyo a embarazadas y progenitores. La reducción de las desigualdades en materia de salud es una de las prioridades del programa de 18 meses de las Presidencias española, belga y húngara en materia de salud pública. El Consejo ha adoptado unas conclusiones sobre «Medidas para reducir la ingesta de sal de la población a fin de mejorar la salud» (9827/10), pidiendo a los Estados miembros que, entre otras cosas, refuercen o desarrollen sus políticas nutricionales nacionales para reducir el consumo de sal a un nivel adecuado, por ejemplo al alentar a los productores alimentarios a conseguir la mayor reducción de sal posible contenida en los alimentos. Según las conclusiones, existen pruebas científicas claras de que el elevado consumo actual de sal en Europa es un factor importante de aumento de la tensión sanguínea y, por tanto, de enfermedades cardiovasculares (la ingesta diaria de la mayoría de europeos está en unos 8-11 gr. de sal y supera con creces la ingesta diaria recomendada de 4-5 gr. de sal). <i>Convenio Marco para el control del tabaco</i> • El Consejo ha tomado nota de la información ofrecida por la Presidencia sobre el estado de los preparativos para la conferencia de las partes (CoP 4) del Convenio Marco para el control del tabaco que se celebrará en Uruguay los días 15 a 20 de noviembre de 2010. Los debates en dicha conferencia se centrarán, en particular, en el protocolo relativo al comercio ilícito de productos del tabaco. <i>Paquete farmacéutico</i> • El Consejo ha tomado nota de un informe de situación de la Presidencia sobre el estado de las negociaciones para prevenir que medicinas falsificadas entren en la cadena de producción legal de medicamentos (10469/10). <i>Grupo «Salud Pública» de funcionarios superiores</i> • Los Ministros han tomado nota de la información ofrecida por la Presidencia sobre las conclusiones del Grupo «Salud Pública» de funcionarios superiores relativas a calidad de la asistencia sanitaria y pacientes y calidad sanitaria (10392/10). <i>Reconocimiento mutuo de calificaciones de profesionales sanitarios</i> • La Delegación danesa, apoyada por la Delegación sueca, ha señalado a la atención del Consejo su deseo de aumentar el intercambio de información entre Estados miembros relativa a la concesión de licencias a profesionales sanitarios (10766/10). El Consejo no ha debatido ni adoptado formalmente declaraciones, conclusiones o resoluciones en el ámbito sanitario.
Sesión n.º 3039 Luxemburgo, 21 de octubre de 2010	<u>España</u> D. José Pascual Marco Martínez (Representante Permanente Adjunto) D. Javier Erro Urrutia (Consejero de Industria, Innovación y Empleo del Gobierno de La Rioja) <u>Portugal</u> D.ª Helena André (Ministra de Trabajo y Asuntos Sociales)	El Consejo ha adoptado las nuevas orientaciones para las políticas de empleo de los Estados miembro en el marco de la aplicación de la Estrategia Europea 2020. Los Ministros han aprobado el dictamen del Comité de Protección Social sobre la dimensión social de la Estrategia Europea 2020, sobre el que han mantenido un cambio de impresiones. Los Ministros han aprobado una declaración en la que expresan su preocupación por las consecuencias que el Acuerdo marco sobre las relaciones entre Parlamento Europeo y la Comisión podría tener sobre el	El Consejo no ha debatido ni adoptado formalmente declaraciones, conclusiones o resoluciones en el ámbito sanitario.	

Tabla 65 – Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores (EPSCO)

Comunicado de Prensa	Participantes	Principales resultados del Consejo	Puntos objeto de debate en el ámbito sanitario	Síntesis de las conclusiones en el ámbito sanitario
Sesión n.º 3053 Bruselas, 6 y 7 de diciembre de 2010	<u>España</u> D. Valeriano Gómez Sánchez (Ministro de Trabajo e Inmigración) D.ª María Luz Rodríguez Fernández (Secretaría de Estado de Empleo) D.ª Isabel Martínez Lozano (Secretaría General de Política Social) D. Roberto Sabrido Bermúdez (Presidente de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición) D.ª Sagrario Loza (Ministra de Asuntos Sociales de la Comunidad Autónoma de La Rioja) D. Vinçes Tomas (Ministro de Sanidad y Asuntos del Consumidor de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares) <u>Portugal</u> D.ª Helena André (Ministra de Trabajo y Solidaridad Social)	equilibrio institucional establecido por los Tratados. Los Ministros han llegado a un acuerdo en cuanto al proyecto de Reglamento sobre la información alimentaria facilitada al consumidor. Han cambiado impresiones sobre el seguimiento de las enseñanzas extraídas de la pandemia A/H1N1 y, en particular, en lo relacionado con la adquisición conjunta de vacunas y antivirales. Durante el almuerzo, los Ministros han cambiado impresiones en relación con el informe conjunto del Comité de Política Económica y de la Comisión Europea sobre los regímenes de asistencia sanitaria en Europa. Además, el Consejo ha adoptado tres series de conclusiones, relativas a: • La inversión en los profesionales de la sanidad del futuro en Europa: medidas para la innovación y la cooperación; • Innovación y solidaridad en el sector farmacéutico • Orientaciones innovadoras sobre las enfermedades crónicas	Información alimentaria facilitada al consumidor Pandemia de gripe A (H1N1) Regímenes de asistencia sanitaria en Europa Profesionales de la sanidad del futuro en Europa Innovación y solidaridad en el sector farmacéutico Enfermedades crónicas	Los ministros han adoptado un planteamiento general sobre el proyecto de Decisión por la que se designa 2012 Año Europeo del Envejecimiento Activo (16511/10), a la espera del dictamen del Parlamento Europeo en primera lectura. El proyecto de Decisión pretende reforzar la solidaridad intergeneracional aumentando la concienciación en cuanto a la contribución de las personas mayores a la sociedad y aplicando medidas innovadoras que podrían ayudar a aprovechar todas las posibilidades de la población de edad próxima a los sesenta años y mayores. Los ministros han llegado a un acuerdo en primera lectura sobre el proyecto de Reglamento relativo a la información alimentaria facilitada al consumidor (16555/10). Esta nueva legislación pretende garantizar que las etiquetas de los productos alimenticios contengan la información esencial de forma clara y legible que permita a los consumidores elegir sus alimentos informada y equilibradamente. Uno de los elementos clave aprobados por el Consejo es la índole obligatoria de la declaración nutricional: debe ser obligatorio el etiquetado del valor energético y de las cantidades de determinados nutrientes (grasa, saturados, hidratos de carbono, proteínas, azúcares y sal). Basándose en un cuestionario de la Presidencia (16862/10), los ministros han cambiado impresiones sobre las actuaciones derivadas de las conclusiones del Consejo sobre las enseñanzas extraídas de la pandemia de gripe A (H1N1) adoptadas en septiembre de 2010 y, en particular, sobre la adquisición conjunta de vacunas y medicación antiviral. <i>Regímenes de asistencia sanitaria en Europa</i> • Los ministros han cambiado impresiones sobre el informe conjunto del Comité de Política Económica y la Comisión en relación con los regímenes de asistencia sanitaria en Europa. Los regímenes de asistencia sanitaria de los Estados miembros experimentan actualmente distintas presiones como la crisis financiera, el envejecimiento de la población y la necesidad de hacer importantes inversiones. La sanidad no debería considerarse como una variable del ajuste presupuestario, y las medidas sanitarias de prevención no deberían considerarse solamente como gastos sino también como inversiones que pueden reducir los gastos. El Consejo ECOFIN que se ha celebrado el mismo día que el Consejo EPSCO ha adoptado conclusiones sobre el informe conjunto relativo a los sistemas sanitarios en Europa (16939/10). El Consejo ha adoptado las conclusiones «La inversión en el personal sanitario de mañana: posibilidades de innovación y colaboración» (16558/10), en las que se invita a los Estados miembros a reforzar la colaboración para la previsión de las necesidades futuras del personal sanitario y a elevar la concienciación acerca de la importancia de unos entornos laborales que sean atractivos para motivar al personal sanitario. Se insta a los Estados miembros y a la Comisión a elaborar un plan de acción para hacer frente a los desafíos importantes para el personal sanitario en toda la UE en las perspectivas de medio y largo plazo. El Consejo ha adoptado las conclusiones sobre innovación y solidaridad en relación con los productos farmacéuticos (16586/10), en las que se insta a los Estados miembros a que tomen iniciativas para fomentar la utilización racional y responsable de los medicamentos innovadores de calidad en lo que se refiere a la obtención de resultados clínicos óptimos y a la gestión eficaz de los gastos. Se invita a la Comisión Europea y a los países de la UE a seguir trabajando por la fijación de prioridades en la asignación de recursos a la investigación farmacéutica, con el fin de aumentar la probabilidad de medicamentos innovadores. El Consejo ha adoptado asimismo las conclusiones sobre planteamientos innovadores para las enfermedades crónicas en los sistemas de salud pública y de atención sanitaria (16559/10), en las que se invita a los Estados miembros a impulsar en mayor medida las políticas sanitarias centradas en el paciente en el ámbito de las enfermedades crónicas. Se invita a los Estados miembros y a la Comisión a iniciar un proceso de reflexión con objeto de optimizar la respuesta a los desafíos de las enfermedades crónicas. Los resultados del proceso de reflexión deberán resumirse en un documento en 2012. <i>Paquete de medidas farmacéuticas</i> • El Comisario de Sanidad y Consumidores, John Dalli, ha declarado que la Comisión está dispuesta a modificar sus propuestas relativas a la información al público en general sobre los medicamentos de uso humano sujetos a receta médica, con el fin de tener en cuenta las inquietudes de los Estados miembros. <i>Asociación europea para la innovación a favor de un envejecimiento activo y en buena salud</i> • El Comisario Dalli ha informado a los ministros acerca de esta iniciativa (17309/10) y ha anunciado una consulta pública que desembocará en la elaboración de un documento estratégico que se publicará en el año 2011. <i>«Euforizantes legales»</i> • La Delegación polaca, con el respaldo de varias Delegaciones, ha señalado a los ministros el problema, que aumenta rápidamente, planteado por las sustancias psicoactivas vendidas legalmente, y ha pedido una iniciativa preventiva de la UE que apoye a las medidas nacionales (17260/10). La Presidencia Belga ha informado el Consejo acerca de las siguientes conferencias que se han organizado durante su Presidencia (17137/10): • Seguridad sanitaria: las enseñanzas extraídas de la pandemia de gripe A (H1N1) de 2009. Para una mejor gestión de las futuras amenazas sanitarias (1 y 2 de julio de 2020) (16615/10). • La inversión en los profesionales de la sanidad del futuro en Europa: medidas para la innovación y la cooperación (9 y 10 de septiembre de 2020).

Tabla 65 – Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores (EPSCO)

Comunicado de Prensa	Participantes	Principales resultados del Consejo	Puntos objeto de debate en el ámbito sanitario	Síntesis de las conclusiones en el ámbito sanitario
				• Innovación y solidaridad en el sector farmacéutico (23 y 24 de septiembre de 2010). • Orientaciones innovadoras sobre las enfermedades crónicas en la sanidad y los regímenes de asistencia sanitaria (20 de octubre de 2010). • Reducción de las desigualdades sanitarias con una perspectiva regional. ¿Qué funciona y qué no funciona? (8 y 9 de noviembre de 2010). • El reto de la demencia en Europa (25 y 26 de noviembre de 2010). • Conferencias sobre un marco comunitario para el medio ambiente y la salud. • Conferencia de alto nivel sobre la evaluación de la política sobre la nutrición en la Unión Europea (8 y 9 de diciembre de 2010).
2011				
Sesión n.º 3073 Bruselas, 7 de marzo de 2011	<u>España</u> D.ª María Luz Rodríguez Fernández (Secretaría de Estado de Empleo) D. Leandro González Gallardo (Subsecretario de Sanidad, Política Social e Igualdad) <u>Portugal</u> D.ª Helena André (Ministra de Trabajo y Solidaridad Social)	El Consejo ha adoptado el Informe conjunto sobre el empleo, junto con las conclusiones correspondientes y las conclusiones sobre la Plataforma Europea contra la Pobreza. El Consejo ha adoptado el nuevo Pacto Europeo por la Igualdad de Género para el período comprendido entre 2011 y 2020, en la forma de conclusiones del Consejo.	El Consejo no ha debatido ni adoptado formalmente declaraciones, conclusiones o resoluciones en el ámbito sanitario.	El Consejo no ha debatido ni adoptado formalmente declaraciones, conclusiones o resoluciones en el ámbito sanitario.
Sesión n.º 3089 Bruselas, 19 de mayo de 2011	<u>España</u> D.ª Isabel Martínez Lozano (Secretaria General de Política Social) <u>Portugal</u> D. Pedro Costa Pereira (Representante Permanente Adjunto)	Durante esta sesión extraordinaria del Consejo EPSCO, dedicada a la integración de la población gitana, el Consejo ha tomado nota de la presentación que ha hecho la Comisión de su Comunicación sobre Un marco europeo de estrategias nacionales de inclusión de los gitanos hasta 2020. El Consejo ha procedido a un cambio de impresiones sobre la integración socioeconómica de los gitanos y ha adoptado unas conclusiones.	El Consejo no ha debatido ni adoptado formalmente declaraciones, conclusiones o resoluciones en el ámbito sanitario.	El Consejo no ha debatido ni adoptado formalmente declaraciones, conclusiones o resoluciones en el ámbito sanitario.
Sesión n.º 3095 Bruselas, 6 de junio de 2011	<u>España</u> D.ª Leire Pajín Iraola (Ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad) <u>Portugal</u> D. Pedro Costa Pereira (Representante Permanente Adjunto)	Los Ministros han cambiado impresiones sobre la inmunización infantil y sobre las características de unos sistemas sanitarios modernos, reactivos y sostenibles, y han adoptado conclusiones sobre: • el Pacto Europeo para la Salud y el Bienestar Mental y • la innovación en el sector de los productos sanitarios. Los Ministros han hecho balance de la situación actual del brote de E.coli.	Pacto Europeo para la Salud y el Bienestar Mental Innovación en el sector de los productos sanitarios Inmunización Infantil Hacia unos Sistemas Sanitarios Modernos, Reactivos y Sostenibles Grupo de alto nivel «Salud Pública» Información sobre medicamentos Asociación sobre un envejecimiento activo y saludable Evaluación intermedia del programa sanitario de la UE y de la estrategia sanitaria de la UE Brote de E.coli	El Consejo ha adoptado unas conclusiones tituladas «El Pacto Europeo para la Salud y el Bienestar Mental: resultados y actuación futura» (10384/11). En esas conclusiones se reconoce la labor realizada en el marco del Pacto Europeo para la Salud y el Bienestar Mental desde junio de 2008, y se invita a los Estados miembros y a la Comisión a que sigan movilizándose en favor del tratamiento y la prevención en materia de salud y bienestar mentales. Más concretamente, en las conclusiones se invita a los Estados miembros y a la Comisión a que establezcan, en el marco del Programa de Salud Pública de la UE 2008-2013, una «Acción Común» sobre la Salud y el Bienestar Mental que ofrezca una plataforma para el intercambio de opiniones, la cooperación y la coordinación entre los Estados miembros. El Consejo ha adoptado unas conclusiones sobre la innovación en el sector de los productos sanitarios (10391/11). Las conclusiones instan a los Estados miembros y a la Comisión a que emprendan iniciativas para fomentar productos sanitarios innovadores y fáciles de utilizar centrados en mejorar la salud de los pacientes y su bienestar y el de sus familiares. Los ministros han adoptado unas conclusiones sobre inmunización infantil (10390/11) y cambiado impresiones sobre el resurgir del sarampión en Europa. En las conclusiones se invita a los Estados miembros y a la Comisión a que, entre otras cosas, emprendan acciones para intensificar los programas de vacunación de los Estados miembros, intercambiar información, aumentar la cobertura de vacunación y fomentar los programas de vacunación infantil y a establecer, con el apoyo del ECDC y de la Agencia Europea de Medicamentos, una lista no exhaustiva de datos que podrían incluirse en los carnés de vacunación o libretas de salud nacionales y subnacionales. El 16 de septiembre de 2010, la OMS adoptó una resolución sobre un compromiso renovado con la eliminación del sarampión y de la rubéola y la prevención del síndrome de rubéola congénita para 2015 y la continuación del apoyo para preservar la certificación de la región europea de la OMS como región libre de poliomielitis. Los ministros han cambiado impresiones sobre la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y han adoptado unas conclusiones tituladas «Hacia unos sistemas sanitarios modernos, reactivos y sostenibles» (10392/11). En sus conclusiones, los ministros han invitado a los Estados miembros y a la Comisión a que inicien un proceso de reflexión auspiciado por el Grupo de alto nivel «Salud Pública» para definir métodos eficaces de invertir en salud, de modo que se consigan unos sistemas de salud modernos, reactivos y sostenibles. Hungría ha informado al Consejo de la organización de las siguientes conferencias durante su Presidencia (10869/11): • Conferencia «Por un futuro saludable para nuestros hijos: la inmunización infantil» (Budapest, 3 y 4 de marzo de 2011)

Tabla 65 – Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores (EPSCO)

Comunicado de Prensa	Participantes	Principales resultados del Consejo	Puntos objeto de debate en el ámbito sanitario	Síntesis de las conclusiones en el ámbito sanitario
Sesión n.º 3099 Luxemburgo, 17 de junio de 2011	<u>España</u> D.ª María Luz Rodríguez Fernández (Secretaría de Estado de Empleo) D.ª Bibiana Aído Almagro (Secretaría de Estado de Igualdad)	El Consejo ha adoptado unas conclusiones sobre empleo juvenil, discapacidad y pobreza infantil.	El Consejo no ha debatido ni adoptado formalmente declaraciones, conclusiones o resoluciones en el ámbito sanitario.	• Conferencia ministerial de 2011 sobre sanidad electrónica (Budapest, 10 a 12 de marzo de 2011) • Conferencia «Acción para la Prevención» (Budapest, 30 y 31 de mayo de 2011) • Conferencia sobre la prevención de lesiones (Budapest, 16 y 17 de junio de 2011) La Presidencia húngara ha informado a la ministros del resultado de la reunión del Grupo de alto nivel «Salud Pública» celebrada el 18 de marzo de 2011 (10768/11). La Comisión ha informado a los ministros sobre sus propuestas revisadas relativas a la comunicación de información a pacientes sobre medicamentos sometidos a receta médica (10783/11 REV 1). La Comisión ha informado a los ministros sobre la Asociación sobre un envejecimiento activo y saludable (10911/11). La Comisión ha informado al Consejo sobre la evaluación intermedia del programa sanitario de la UE y de la estrategia sanitaria de la UE (10769/11). La Comisión ha informado a los ministros sobre los últimos datos, aunque la situación evoluciona rápidamente, sobre el brote de E.coli y ha detallado las medidas que ha tomado hasta la fecha (intercambio de información en tiempo real con la activación de la red correspondiente, apoyo científico del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades y de la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria y comunicación de actualizaciones diarias a través de Internet). El Consejo no ha debatido ni adoptado formalmente declaraciones, conclusiones o resoluciones en el ámbito sanitario.
Sesión n.º 3114 Bruselas, 3 de octubre de 2011	<u>España</u> D.ª María Luz Rodríguez Fernández (Secretaría de Estado de Empleo) D.ª María Angeles Palacios Sanchez (Ministra de Sanidad y Política Social de la Comunidad Autónoma de Murcia)	El Consejo ha mantenido un debate político sobre la futura configuración del Fondo social Europeo y su función en la aplicación de la Estrategia Europa 2020.	El Consejo no ha debatido ni adoptado formalmente declaraciones, conclusiones o resoluciones en el ámbito sanitario.	El Consejo no ha debatido ni adoptado formalmente declaraciones, conclusiones o resoluciones en el ámbito sanitario.
	<u>Portugal</u> D. Pedro Costa Pereira (Representante Permanente adjunto)	El Consejo ha adoptado unas conclusiones sobre el papel de las actividades de voluntariado en la política social y sobre la gestión de los retos demográficos conciliando mejor el trabajo y la vida familiar.		
Sesión n.º 3131 Bruselas, 1 y 2 de diciembre de 2011	<u>España</u> D.ª María Luz Rodríguez Fernández (Secretaría de Estado de Empleo) D. Alfonso Jiménez Palacios (Secretario de Estado de Sanidad) D. Constantino Sotoca Carrascosa (Consejero de Educación Formación y Empleo de la Comunidad Autónoma de Murcia)	Los Ministros han adoptado tres series de conclusiones sobre:	Enfermedades respiratorias crónicas de los niños	El Consejo ha adoptado las conclusiones «Prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de las enfermedades respiratorias crónicas de los niños» (16709/11), en las que se pide a los Estados miembros que en sus programas sanitarios presten la debida atención a la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento de las enfermedades respiratorias crónicas de los niños. Los Estados miembros deberán asimismo aumentar la concienciación pública en relación con estas enfermedades, reforzar los programas de prevención y cese del tabaquismo para las mujeres embarazadas y seguir la recomendación del Consejo sobre los entornos libres de humo (15937/09).
	<u>Portugal</u> D. Pedro Mota Soares (Ministro de Solidaridad y Seguridad Social) D. Pedro Silva Martins (Secretario de Estado de Empleo)	• prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de las enfermedades respiratorias crónicas de los niños; • detección precoz y tratamiento de trastornos de comunicación infantiles, entre otros la utilización de instrumentos sanitarios y soluciones innovadoras; • subsanar las desigualdades sanitarias en el seno de la UE mediante una acción concertada para promover hábitos saludables de vida. Los Ministros también han cambiado impresiones sobre la propuesta de la Comisión relativa al Programa de Salud para el Crecimiento 2014-2020.	Trastornos de comunicación infantiles Subsanar las desigualdades sanitarias en el seno de la UE mediante una acción concertada para promover hábitos saludables de vida Programa de Salud para el Crecimiento 2014-2020	El Consejo ha adoptado las conclusiones sobre detección precoz y tratamiento de trastornos de comunicación infantiles, incluida la utilización de instrumentos de sanidad electrónica y de soluciones innovadoras (16620/11), en las que se invita a los Estados miembros a seguir dando prioridad a la detección precoz controlando y siguiendo los trastornos de la audición, de la vista y del habla en la infancia. Con la Comisión, los Estados miembros deben considerar el ámbito de los trastornos de comunicación infantiles como parte del proceso en curso que deberá llevarse a cabo en las redes de referencia europeas, con arreglo a la Directiva sobre sanidad transfronteriza, así como estudiar adecuadamente este tema en el marco de las iniciativas actuales de la UE sobre sanidad electrónica, entre otras la red de sanidad electrónica. El Consejo ha adoptado las conclusiones «Subsanar las desigualdades sanitarias en el seno de la UE mediante una acción concertada para promover hábitos saludables de vida» (16708/11), en las que se invita a los Estados miembros a proseguir, intensificar o desarrollar políticas y acciones de fomento de los hábitos de vida saludables y tratando los determinantes sociales para contribuir a subsanar las desigualdades sanitarias. También se pide a los Estados miembros y a la Comisión que mantengan y en su caso refuercen las acciones y políticas de eficacia demostrada a la hora de subsanar las desigualdades sanitarias, fomentar la aplicación eficaz del planteamiento «Salud en todas las políticas» centrándose en la igualdad, así como que refuercen la cooperación y hagan mejor uso de las redes existentes. Los Ministros han cambiado impresiones sobre el proyecto de Reglamento por el que se establece el Programa de Salud para el Crecimiento, tercer programa plurianual de acción de la UE en el ámbito de la salud para el período 2014-2020 (16796/11). El programa propuesto se basa en el programa actual, que se aplicará hasta el final de 2013.

Tabla 65 – Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores (EPSCO)

Comunicado de Prensa	Participantes	Principales resultados del Consejo	Puntos objeto de debate en el ámbito sanitario	Síntesis de las conclusiones en el ámbito sanitario
				Pretende apoyar y complementar los trabajos de los Estados miembros para lograr cuatro objetivos: • desarrollar sistemas sanitarios innovadores y sostenibles; • mejorar el acceso de los ciudadanos a una mejor y más segura atención sanitaria; • fomentar la salud y la prevención de las enfermedades; • proteger a los ciudadanos frente a las amenazas sanitarias transfronterizas. Información sobre medicamentos y farmacovigilancia • La Comisión ha informado al Consejo que separará sus propuestas, por un lado la relativa a la información al público en general sobre medicamentos, y por otro sobre la farmacovigilancia. Resultados y conferencias de la Presidencia polaca • La Presidencia polaca ha informado al Consejo del resultado de las conferencias organizadas desde julio. • La Presidencia ha informado a los ministros acerca del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) El Consejo ha tomado nota de un informe de situación de la Presidencia sobre el proyecto de Reglamento relativo a los alimentos destinados a los lactantes y niños de corta edad y los alimentos para usos médicos especiales (17469/11). Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA • La Presidencia ha informado a los Ministros acerca de la reunión del Grupo de Alto Nivel «Sanidad Pública» que se mantuvo en Bruselas el 10 de octubre de 2011 (17658/11) Asociación Europea para la Innovación • La Comisión ha informado al Consejo sobre la Asociación Europea para la Innovación y, en particular, acerca del proyecto piloto sobre envejecimiento activo y saludable (17658/11).

Fuente: Elaboración propia

3. Identificar las prioridades estratégicas en el marco de la Presidencia Española de la Unión Europea y su enfoque en la calidad, conocimiento e innovación en salud

Durante el primer semestre de 2010 España asumió el importante reto de ejercer la Presidencia del Consejo de Ministros de la UE.

Son muchos los aspectos que hicieron decisivo un acontecimiento como éste. Se trata de un reto de enorme significación institucional, ya que implica asumir la responsabilidad de dar un impulso decisivo al apasionante proyecto de construcción europea en el que nos encontramos implicados los 27 Estados Miembros.

Desde una perspectiva sectorial, la Presidencia Española constituyó una oportunidad única para trabajar en un conjunto de políticas sanitarias y sociales que se consideran prioritarias para la Unión Europea. Dichas políticas tuvieron un fiel reflejo en los diversos eventos programados para el primer semestre de 2010, los cuales conformaron un programa de actuación especialmente ambicioso, tanto desde un punto de vista cuantitativo como cualitativo.

Por otro lado, no hay que olvidar que la Presidencia española del Consejo asumió su responsabilidad en un momento de inflexión institucional y política de la Unión Europea (UE): con un nuevo Tratado, en vigor desde el 1 de diciembre de 2009; una Comisión nombrada y ratificada por el Parlamento a mediados de febrero de 2010; una Estrategia con el horizonte de Europa 2020, así como una agenda sustentada de temas en el ámbito particular del Consejo de Competitividad (investigación). Por otra parte, y más allá del contexto institucional, el escenario económico y financiero europeo era y sigue siendo, especialmente complejo.

Las cuatro prioridades en torno a las cuales se articuló el Programa de la Presidencia española:

- 1 – La plena aplicación del Tratado de Lisboa.
- 2 – La coordinación de las políticas económicas para promover la reactivación y un crecimiento sostenible en toda Europa: lanzamiento de Europa 2020.
- 3 – El refuerzo de la política exterior de la Unión para convertir a ésta en un verdadero actor global.
- 4 – El impulso de una Europa de derechos y libertades al servicio de los ciudadanos.

A la relevancia implícita en el ejercicio de toda Presidencia europea, hay que añadir el desafío adicional de hacer frente a los cambios sustanciales introducidos por el Tratado de Lisboa relativos al funcionamiento y competencias de la Unión Europea.

Entre otras novedades, con la Presidencia Española «se estreno» oficialmente el sistema de Trío contemplado por el Tratado de Lisboa y que tiene por finalidad garantizar la continuidad y coherencia de actuación entre Presidencias consecutivas. El objetivo de este nuevo procedimiento fue dotar de una mayor continuidad a las iniciativas y trabajos de la UE. España asumió durante el primer semestre del año 2010 la Presidencia del Consejo de la Unión Europea, con un balance en materia de investigación e innovación, que ha sido considerado como muy positivo.

Hacer este balance con una cierta distancia, da además la perspectiva de los logros alcanzados ha permitido constatar la impronta que la Presidencia ha dejado en las políticas y prácticas en prol de la calidad, conocimiento y innovación en salud.

En el ámbito sanitario, durante la Presidencia Española se trabajó para incrementar los niveles de salud de los ciudadanos conforme a los principios de igualdad e innovación. En particular, se pretendió fomentar la promoción y protección de la salud, mejorar la asistencia sanitaria y mantener la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

La Presidencia se ha propuesto a profundizar la Declaración del Consejo de 2006 sobre los valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de la UE, teniendo en cuenta las prioridades del segundo programa de acción comunitario en el ámbito de la salud 2008-2013 y la futura estrategia en salud de la Unión.

La Presidencia Española ha logrado un fuerte contributo en la monitorización de los determinantes sociales de la salud y en la disminución de desigualdades. La igualdad de oportunidades para acceder a una salud de calidad es un derecho que debe ser promovido desde la solidaridad tanto a nivel regional como de Estados, pasando de una comunidad de intereses a una comunidad de igualdad de oportunidades y cohesión y haciendo un uso racional de las tecnologías. Una población sana es un requisito indispensable para la prosperidad económica y es un factor clave para el crecimiento económico, tal y como reconoce la Estrategia de Lisboa para el Crecimiento y el Empleo en el año 2005.

La equidad en salud está en la agenda de los principales Organismos Internacionales (OMS, UE, OCDE, Consejo de Europa, OIM, etc.), y la propia Comisión Europea ha presentado una Comunicación sobre la materia. Al introducirla como una de las prioridades de la Presidencia Española, se pretendió impulsar una agenda internacional

coherente y efectiva con un gran impacto en la Unión Europea.

Otra cuestión de especial trascendencia para la Presidencia Española fue la donación y trasplante de órganos. La Comisión Europea presentó en diciembre de 2008 la propuesta de Directiva sobre normas de calidad y seguridad de los órganos humanos destinados a trasplante. Se verificó un esfuerzo para impulsar al máximo el avance de esta norma.

Asimismo, se potenció la excelencia clínica y la continuidad asistencial, sobre todo en el campo de enfermedades crónicas no transmisibles, tales como las enfermedades cardiovasculares y la salud mental. Este grupo de enfermedades tiene una gran prevalencia en Europa y se caracteriza por requerir atención sanitaria durante largos periodos de tiempo y provocar problemas sociales a los afectados y a sus familias, lo que supone una importante carga social y un elevado gasto sanitario. Los Estados Miembros abordan su prevención y asistencia de manera diferente y con distintos resultados, por lo que compartir las experiencias y las buenas prácticas permite mejorar su atención en la UE.

Constitueran también áreas de especial interés durante la Presidencia, por su relevancia en la salud de los ciudadanos, la mejora de la seguridad de los pacientes y la lucha contra el VIH/ SIDA.

Otro aspecto que recibió especial atención en el marco de la Presidencia Española 2010 fue el impulso de la salud electrónica o e-health, por lo que observó un fuerte impulso a la utilización de herramientas tecnológicas y del conocimiento en el campo de la salud.

Finalmente, la Presidencia Española trabajó intensamente para conseguir un consenso entre los Estados Miembros que permita que la asistencia sanitaria transfronteriza se preste con las adecuadas garantías de calidad y seguridad, velando por el equilibrio entre el derecho individual de los pacientes a circular y la responsabilidad de los Estados miembros de organizar sus servicios de salud. Fruto de este trabajo a sido posible explorar las bases de implementación de la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.

De este modo, las actividades en materia de salud, se organizan en torno de las áreas de sanidad, de la política social, del medicamento, de la seguridad alimentaria y de las drogras, conforme se observa en las segientes tablas 66 a 71:

Tabla 66 – Sanidad

Nombre	Fecha	Lugar
Chief Medical and Nursing Officers	12-13/02/2010	Cáceres
Conferencia sobre Enfermedades cardiovasculares	18-19/02/2010	Madrid
Conferencia Ministerial e-Health 2010	15-18/03/2010	Barcelona
Conferencia de Alto Nivel sobre donación y trasplante de órganos	23-25/03/2010	Madrid
Conferencia VIH-SIDA / Alianza ESTHER	12-13/04/2010	Madrid
Conferencia sobre Salud mental y mayores	19-20/04/2010	Madrid
Conferencia preparatoria de Expertos	21/04/2010	Madrid
Reunión Informal de Ministros de Salud: “Innovación en salud pública: vigilancia de los determinantes sociales de la salud y disminución de las desigualdades”	22-23/04/2010	Madrid
Conferencia sobre Seguridad de Pacientes: Infección relacionada con la atención sanitaria y resistencia antimicrobiana	03-04/06/2010	Madrid

Fuente: Elaboración propia

Tabla 67 – Política Social

Nombre	Fecha	Lugar
Conferencia Inaugural del Año Europeo de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social	21/01/2010	Madrid
Cumbre Europea sobre acciones y políticas a favor de la población gitana	08/04/2010	Córdoba
Conferencia sobre envejecimiento activo y saludable	29-30/04/2010	Logroño-La Rioja
Reunión semestral del Grupo Permanente Intergubernamental L'Europe de l'Enfance	07/05/2010	Madrid
Reunión Informal de Ministros de discapacidad	19/05/2010	Zaragoza
Conferencia sobre la autonomía personal a través de la accesibilidad universal, la educación y el empleo	20-21/05/2010	Zaragoza
IX Encuentro Europeo de personas que experimentan pobreza y exclusión social	25-26/06/2010	Bruselas

Fuente: Elaboración propia

Tabla 68 – Consumidores

Nombre	Fecha	Lugar
Conferencia de expertos sobre políticas de competencia y consumidores	11-12/05/2010	Madrid
Seminario sobre seguridad de los productos y consumidores	10-11/06/2010	Mallorca

Fuente: Elaboración propia

Tabla 69 – Medicamentos

Nombre	Fecha	Lugar
Reunión de Jefes de Agencia de Medicamentos I (HMA)	28-29/01/2010	Madrid
EMACOLEX	25-26/02/2010	Madrid
Comité Pediátricos (PDCO)	04-05/03/2010	Madrid
Encuentro de Autoridades Competentes sobre Productos Sanitarios	11-12/03/2010	Madrid
Grupo Farmacovigilancia Humana (PhWP)	25-26/03/2010	Madrid
Comité Telemático (TSC)	13/04/2010	Sevilla
Reunión de Jefes de Agencia de Medicamentos II (Agencias Europeas de Medicamentos)	12-13/04/2010	Sevilla
Grupo de Inspección (WGEO)	19-21/04/2010	Madrid
Reunión de Autoridades Competentes sobre Precios y Financiación de Medicamentos	28-29/04/2010	Madrid
Comité Permanente de medicamentos de uso humano (CHMP) y Reconocimiento Mutuo Humano	04-05/05/2010	Madrid
Comité de Terapias Avanzadas (CAT)	05/05/2010	Madrid
VIII Encuentro de Autoridades Competentes en Medicamentos de los Países Iberoamericanos (EAMI)	11-14/05/2010	Madrid

Conferencia Intersectorial sobre Disponibilidad de Medicamentos de Uso Veterinario	26/05/2010	Madrid
Comité Permanente de Medicamentos de Uso veterinario (CVMP) y Reconocimiento Mutuo Veterinaria (CCDM-v)	27-28/05/2010	Madrid
Grupo Calidad (WGQM)	07/06/2010	Madrid
Grupo Homeopáticos (HMPWG)	08-09/06/2010	Madrid
Comité de Plantas Medicinales (HMPC)	10-11/06/2010	Madrid
Grupo de Comunicación (WGCP)	14-15/06/2010	Madrid
Comité de Medicamentos Huérfanos (COMP)	16-17/06/2010	Barcelona
Fuente: Elaboración propia		

Tabla 70 – Seguridad Alimentaria

Nombre	Fecha	Lugar
Seminario sobre el soporte científico en la vigilancia de riesgos asociados con alimentos importados	10/02/2010	Sevilla
Reunión del Foro Consultivo de la Agencia Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) y Reunión de Autoridades Europeas de Seguridad Alimentaria	11-12/02/2010	Sevilla
Reunión internacional sobre complementos alimenticios	08/03/2010	Madrid
Reunión del Grupo de alto nivel sobre nutrición y actividad física	16/06/2010	Madrid
Fuente: Elaboración propia		

Tabla 71 – Drogas

Nombre	Fecha	Lugar
Conferencia europea sobre enfoque integral de las políticas de droga	23-24/03/2010	Madrid
XII Reunión del mecanismo de alto nivel del mecanismo de cooperación y coordinación sobre drogas entre la UE y ALC	26-27/04/2010	Madrid
Reunión de coordinadores nacionales UE sobre drogas	28/04/2010	Madrid
Seminario Internacional sobre Expertos en Drogas	28-29/06/2010	Santander
Fuente: Elaboración propia		

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Capítulo 3. Marco de la Cooperación Ibérica en Salud

1. Explorar las principales iniciativas, tratados y convenios entre España y Portugal que fomentan la cooperación y cohesión

Portugal y España mantienen una relación privilegiada en el plano político bilateral, marcado por un intenso diálogo que abarca un significativo número de áreas. La firma del Tratado de Amistad y Cooperación entre los dos países en 1977 y, sobre todo, la adhesión simultánea a la entonces CEE el 1 de enero de 1986, concedieron un extraordinario impulso a las relaciones bilaterales entre los dos países, que se convirtieron en las de dos socios y vecinos de una misma comunidad, permitiendo la adopción de posiciones convergentes en múltiples dominios y, en particular, en relación con las grandes cuestiones europeas, así como sobre cooperación sanitaria.

Portugal y España son hoy miembros fundadores del Eurogrupo y del espacio Schengen y ratificaron ambos el Tratado de Lisboa.

Por otro lado, los lazos históricos desarrollados por los dos países con otras regiones del globo aportan a la UE nuevas perspectivas de relación externa, en particular con el Magreb, en el ámbito del Proceso de Barcelona/Unión para el Mediterráneo, y con América Latina: Portugal y España hacen parte de la Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, que reúne anualmente los Jefes de Estado y de Gobierno de los países de Iberoamérica en un forum de concertación política y de cooperación regional.

A nivel multilateral, los dos países son socios privilegiados en organizaciones internacionales o regionales como la ONU, la NATO, la OSCE, la OMC, la OIT o el Consejo de Europa. Esa relación única se ha reflejado, por ejemplo, en una práctica sistemática de intercambio de apoyos a candidaturas a Organizaciones Internacionales y Europeas. Digno de destacar es el intercambio de apoyos en las candidaturas al Consejo de Seguridad de la ONU (Portugal para 2011-2012 y España para 2015-2016), así como el apoyo de Portugal a la candidatura de España al Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2010-2013). En el ámbito europeo, subráyese el apoyo de Portugal a la candidatura de Barcelona para sede de la Autoridad Supervisora del Galileo – GNSS (EGSA).

En lo que respecta a las relaciones económicas, España es el principal socio comercial (cliente y suministrador) de Portugal, constituyendo igualmente un importante inversor

(4ª posición en cuanto país de origen de Inversión Directa Extranjera, en 2007), con más de 1000 empresas operando en nuestro país. Por su parte, Portugal se destaca como el cuarto cliente español y su séptimo abastecedor (2008), siendo España uno de los principales destinos de la inversión portuguesa en el exterior (3º lugar en el ranking de Inversión Directa Portuguesa en el Extranjero, en 2006 y 2007). En cuanto al Turismo, España es uno de los principales mercados emisores para Portugal, con casi 50% de los extranjeros que visitan anualmente nuestro país.

La intensidad de las relaciones bilaterales se refleja a nivel institucional en consultas y encuentros regulares entre las Administraciones de los dos países y en la frecuencia de los contactos entre los titulares de órganos de soberanía.

A nivel Gubernamental, se celebran, desde 1983, Cumbres anuales presididas por los Jefes de Gobierno de los dos países. La primera Cumbre Luso-Española se realizó en Lisboa entre el Primer Ministro portugués Mário Soares y el Presidente del Gobierno español Felipe González, culminando con la firma de la Declaración de Lisboa. En este documento se establecieron los principios que desde entonces orientan la relación entre los dos países: solidaridad, cooperación, concertación e información y consulta.

Hasta el momento se han celebrado 24 Cumbres entre los dos países, siendo la más reciente la realizada en Zamora, el 22 de enero de 2009. La participación en la Cumbre de la practica totalidad de los miembros de ambos Gobiernos, así como de los Presidentes de cuatro Comunidades Autónomas españolas fronterizas con Portugal, refleja la importancia estratégica de las relaciones bilaterales entre los dos países y es una clara demostración de la importancia que los dos Gobiernos atribuyen a la cooperación transfronteriza en cuanto pilar fundamental de esa misma relación bilateral. En 2001, en la Cumbre de Lisboa, se decidió intercalar reuniones entre los Ministros de Asuntos Exteriores, con el fin de analizar los principales temas bilaterales y concretizar los objetivos definidos en cada Cumbre. El primer encuentro de este tipo tuvo lugar en la ciudad de Horta, en Azores, el 6 de julio de ese año, y el más reciente se realizó en Viana do Castelo, el 20 de diciembre de 2008, con el fin de preparar la Cumbre de Zamora.

Además de las Cumbres y de las reuniones de Ministros de Asuntos Exteriores, hay que destacar, a nivel institucional, los siguientes foros:

- Comisión Luso Española para la Cooperación Transfronteriza (CTF): órgano intergubernamental responsable de la supervisión y evaluación de la Convención de Valencia sobre CTF, así como del impulso al desarrollo de la cooperación en

esta área, que constituye uno de los elementos más dinámicos de las relaciones entre los dos países;

- Consejo Luso Español de Seguridad y Defensa (CLESD): instituido en la Cumbre de Braga (2008), se reúne anualmente bajo la autoridad y orientación del Primer Ministro portugués y del Presidente del Gobierno español. Para dotar de operatividad el CLESD, fue creada una Comisión Preparatoria de la cual dependen cuatro grupos de trabajo: Armamento; Cooperación entre Fuerzas Armadas; Diálogo Político-Estratégico; y Diálogo Político Diplomático (al nivel de Directores Generales de Política Exterior).
- Forum Parlamentar Luso Español: añade una dimensión importante a la relación institucional entre los dos países, habiéndose reunido por vez primera en los días 14 y 15 de enero de 2009 en Zamora, precediendo la Cumbre.

La cooperación siempre ha estado latente entre los Estados de Portugal y España, especialmente desde la entrada de España y Portugal en la Unión Europea se han reforzado enormemente, conforme se evidencia pela realización de las diversas iniciativas, tratados y convenios (tabla 72).

Tabla 72 – Principales iniciativas, tratados y convenio de relieve

Designación	Descripción	Datas	Notas
Tratado de Madrid – Convenio Marco Europeo	Establece el compromiso de los Estados firmantes a facilitar y promover la cooperación transfronteriza, así como a promover la conclusión de los acuerdos necesarios para tal fin. Positiviza las definiciones de «cooperación transfronteriza» y de «comunidades o autoridades territoriales». Establece los modelos de arreglo transfronterizo e delimita los acuerdos interestatales. Comprende las obligaciones de intercambio de información y los mecanismos de solución de dificultades de orden jurídico.	Se firmó el 21 de mayo de 1980. Suscrito por España en julio de 1990 (BOE de 16 de octubre de 1990). Entra en vigor en España el 25 de noviembre de 1990.	Hasta la fecha ha sido firmado por 39 Estados Miembros del Consejo de Europa y ratificado por 36. Esta cooperación transfronteriza ha dado lugar a numerosos organismos con y sin personalidad jurídica, permitiendo salvar las barreras impuestas por los límites estatales y facilitando así la toma de decisiones y la gestión conjunta de muy variados ámbitos públicos de actuación entre entes territoriales a uno y otro lado de las fronteras.
Protocolo 1 Adicional al Convenio Marco ¹	Detalla las características y procedimientos de concertación en torno a los convenios de cooperación transfronteriza. Se define su objeto, y se permite incluso la creación en estos convenios de organismos dotados o no de personalidad jurídica, indicando además las reglas para la determinación del Derecho aplicable en uno u otro caso. Se delimitan las tareas de estos organismos y el régimen jurídico aplicable a los actos que emanen de los mismos.	Se abre a la firma el 9 de noviembre de 1995. Entra en vigor el 1 de diciembre de 1998.	Ha sido firmado por 27 Estados Miembros del Consejo de Europa y ratificado por 21.
Protocolo 2 Adicional al Convenio Marco ¹	Se refiere a la cooperación interterritorial, definida como “cualquier concertación dirigida a establecer relaciones entre entidades territoriales de dos o más Partes, distintas de las relaciones de cooperación transfronteriza entre entidades vecinas, inclusive la celebración de convenios con entidades territoriales de otros Estados”. Esta cooperación va por tanto más allá de la cooperación a ambos lados de la frontera, y la labor del Protocolo es básicamente transformar el	Se abre a la firma el 5 de mayo de 1998. Entra en vigor el 1 de diciembre de 2001.	Ha sido firmado por 25 Estados Miembros del Consejo de Europa y ratificado por 20.

	término “cooperación transfronteriza” del Convenio Marco y Protocolo Adicional, en el término “cooperación interterritorial”.		
Tratado de Valencia (Tratado entre el Reino de España y la República Portuguesa)	Contiene el objeto y el ámbito territorial de aplicación de la cooperación transfronteriza con Portugal, el régimen jurídico, contenido y derecho aplicable a los convenios de cooperación transfronteriza, y la Comisión Hispano-Portuguesa de seguimiento del Tratado. Habla de las Comunidades de Trabajo y de los Grupos de Trabajo para los organismos sin personalidad jurídica, y de las Asociaciones de Derecho Público y Empresas Intermunicipales (Portugal) y los Consorcios (España), en el caso de los organismos con personalidad jurídica. Delimita el ámbito funcional de los diferentes organismos de cooperación transfronteriza.	Se firmó el 3 de octubre de 2002. Entra en vigor el 30 de enero de 2004 (BOE de 12 de septiembre de 2003).	Los organismos que no están dotados de personalidad jurídica tienen por cometido el estudio de cuestiones de interés mutuo, la formulación y realización de propuestas de cooperación, la preparación de estudios, planes, programas y proyectos, la promoción de formas de relación entre los agentes de este tipo de cooperación, y la ejecución de las tareas previstas para estas estructuras en el Programa España – Portugal de la iniciativa comunitaria INTERREG III A o en los instrumentos que lo sustituyan (Objetivo Cooperación Territorial Europea 2007-2013). Los organismos con personalidad jurídica pueden tener diferentes finalidades: la realización de obras públicas, la gestión común de equipamientos o servicios públicos, y el desarrollo de las acciones que les permitan beneficiarse de fondos comunitarios (FEDER).
Real Decreto 1317/1997 (Procedimiento de Comunicación a la Administración General del Estado de los Convenios de Cooperación Transfronteriza)	Sustituye la «conformidad expresa» del Estado a los proyectos de cooperación transfronteriza, vigente hasta el momento, y lo sustituye por el denominado procedimiento de «comunicación previa» a la Administración General del Estado de estos proyectos. Exige la publicación de los convenios en el Boletín Oficial del Estado para que puedan surtir efectos frente a sujetos distintos de las entidades territoriales firmantes.	1 de agosto de 1997 (BOE de 29 de Agosto de 1997).	–
Acuerdos de Desarrollo del Real Decreto a Nivel Autonómico y Local	Para facilitar el cumplimiento de lo dispuesto en el Real Decreto 1317/1997 se aprobaron, en los organismos de concertación adecuados, sendos Acuerdos con las Comunidades Autónomas (<i>Acuerdo de la Conferencia para Asuntos Relacionados con las Comunidades Europeas</i>) y con las Entidades Locales (<i>Acuerdo de la Comisión Nacional de Administración Local</i>) que detallan las reglas procedimentales de la remisión del proyecto en la comunicación previa, el trámite en la Administración General del Estado, el resultado del procedimiento y la superación de las objeciones del Estado, y la publicación en el Boletín Oficial del Estado de los convenios de cooperación transfronteriza.	<i>Acuerdo de la Conferencia para Asuntos Relacionados con las Comunidades Europeas:</i> 2 de diciembre de 1996 (BOE de 12 de diciembre de 1997) <i>Acuerdo de la Comisión Nacional de Administración Local:</i> 30 de enero de 1997 (BOE de 12 de diciembre de 1997)	Ambos Acuerdos se realizaron en paralelo a la elaboración, aprobación y publicación del propio Real Decreto, y se publicaron con la misma fecha.

¹ España no ha firmado a día de hoy ninguno de los dos protocolos, debido fundamentalmente a que las respuestas a tales necesidades vienen cubiertas por la normativa vigente en España en materia de cooperación transfronteriza, transnacional e/o interregional, entre la que se encuentran los Tratados bilaterales firmados con Francia y Portugal.

Fuente: Elaboración propia

Al amparo del Convenio Marco Europeo y de los Tratados bilaterales con Portugal se han suscrito por las entidades territoriales españolas varios convenios de cooperación transfronteriza durante todos estos años. La tabla 73 contiene los datos principales.

Tabla 73 – Datos principales acerca de los convenios de cooperación transfronteriza

Frontera Hispano-Portuguesa	
Suscritos entre entidades locales	13
Suscritos entre entidades regionales	14
Totales	27
Fuente: Elaboración propia	

En la tabla 74 se distinguen los convenios de cooperación transfronteriza en función de su contenido, del tipo de organismo que crean en su caso, y del régimen jurídico que se aplica.

Tabla 74 – Distinción de los convenios de cooperación transfronteriza en función de sus características

Frontera Hispano-Portuguesa	
Creación institución colaboración Marco General	26
Gestion de un objetivo definido	1
Sin organismo	2
Organismo sin personalidad jurídica	17
Organismo con personalidad jurídica	8
Derecho aplicable	6 d. español 3 d. portugués 18 propio de cada territorio
Fuente: Elaboración propia	

Se comprueba que son mayoría los convenios que crean una estructura de colaboración permanente, lo cual puede estimarse positivo cuando ello tiene como fin último la realización de tareas y funciones concretas. Esto se cumple en los convenios que se dirigen a la consecución de objetivos bien definidos.

Por otra parte, las cifras son parecidas en el lado francés y en el portugués cuando se habla de organismos. Dependiendo de su finalidad, hay convenios que no han requerido la constitución de organismo de colaboración alguno. La mayor parte de convenios han creado estructuras estables de colaboración para el seguimiento y potenciación del convenio. Cuando se ha tratado de la gestión en común de equipamientos o servicios públicos, o de la realización de actuaciones cubiertas por los Programas de la iniciativa comunitaria INTERREG III (El Objetivo Cooperación Territorial Europea 2007-2013 ha sustituido a la iniciativa comunitaria INTERREG), sí ha sido necesario crear organismos con personalidad jurídica.

Así, se enumeran los principales convenios de cooperación transfronteriza suscritos por las entidades territoriales españolas, durante todos estos años, en la tabla 75.

Tabla 75 – Convenios de Cooperación Transfronteriza derivados o relacionados con el Tratado con Portugal (Tratado de Valencia, entrada en vigor el 30 de enero de 2004, BOE del 12 de septiembre de 2003)

Designación	Suscripción	Publicación	Notas
Acuerdo constitutivo de la Comunidad de Trabajo Galicia-Norte de Portugal	31.10.1991	No publicado en BOE	Modificación de su artículo 3, para incorporar a las Entidades Locales en la Comunidad de Trabajo: 1999 (Ver el convenio 2005 de adaptación de la Comunidad de Trabajo al Tratado hispano-portugués- CT-HPO- 17)
Protocolo de Cooperación entre la Junta de Extremadura y la Comisión de Coordinación de la Región portuguesa del Alentejo	17.1.1992	12.12.1997	-
Protocolo de Cooperación entre la Junta de Extremadura y la Comisión de Coordinación de la Región Centro portuguesa	27.5.1994	12.12.1997	-
Estatutos de la Entidad intermunicipal «Mesa Permanente Luso-Española: Un camino para Europa»	No consta	No publicado en BOE	(Municipios de Almeida, Béjar, Ciudad Rodrigo, Covilhá, Figueira de Foz, Fuentes de Oñoro, Fundao, Gouveia, Guarda, Sabugal, Salamanca, Tordesillas y Viseu)
Protocolo de cooperación entre la Comunidad de Castilla y León y la Comisión de Coordinación de la Región Centro de Portugal	3.3.1995	No publicado en BOE	(Ver el Convenio de cooperación transfronteriza de adaptación del Protocolo de Cooperación entre la Comunidad de Castilla y León y la Comisión de Coordinación de la Región Centro de Portugal, suscrito el 3 de marzo de 1995, al Tratado entre el Reino de España y la República Portuguesa sobre cooperación transfronteriza entre Entidades e Instancias territoriales CT- HPO-23)
Protocolo de cooperación entre la Junta de Andalucía y la Comisión de Coordinación de la Región del Algarve, creando la Comunidad de Trabajo «Andalucía – Algarve»	27.7.1995	No publicado en BOE	-
Protocolo de colaboración entre la Xunta de Galicia y la Comisión de Coordinación de la Región del Norte de Portugal, para la realización de un estudio de viabilidad técnico – económico y de mercado de la conexión ferroviaria Oporto – Vigo	20.7.1999	No publicado en BOE	-
Acuerdo entre la Comunidad de Castilla y León y la Comisión de Coordinación de la Región Norte de Portugal, para la constitución de la Comunidad de Trabajo Castilla y León-Norte de Portugal	19.1.2000	10.4.2000	(Ver el Acuerdo Convenio de cooperación transfronteriza de adaptación del Protocolo de Cooperación entre la Comunidad de Castilla y León y la Comisión de Coordinación de la Región Norte de Portugal para la constitución de la Comunidad de Trabajo Castilla y León- Norte de Portugal, suscrito el 20 de julio de 1999, al Tratado entre el Reino de España y la República Portuguesa sobre cooperación transfronteriza entre Entidades e Instancias territoriales. CT-HPO-24)
Convenio de cooperación transfronteriza entre la Cámara Municipal de Almeida (Portugal), el Ayuntamiento de Ciudad Rodrigo (España) y otros 18 municipios de la provincia de Salamanca, para la constitución de la «Asociación Transfronteriza de Municipios de la Raya Seca»	26.6.2000	No publicado en BOE	-
Convenio de cooperación transfronteriza entre la Diputación Provincial de Zamora, el Ayuntamiento de Zamora y otros cuatro ayuntamientos españoles, y la Cámara Municipal de Bragança-Zamora y otras cuatro cámaras municipales portuguesas, para la constitución de la Comunidad de Trabajo Bragança – Zamora	12.9.2000	No publicado en BOE	-
Protocolo de cooperación entre la Junta de Andalucía y la Comisión de Coordinación de la Región del Alentejo, creando la Comunidad de Trabajo «Alentejo-Andalucía»	25.1.2001	No publicado en BOE	-
Acuerdo entre la Diputación Provincial de Salamanca y la Asociación de Cámaras Municipales portuguesas del Duero Superior (4 Cámaras Municipales), de constitución de la Comunidad Territorial de Cooperación del Duero Superior-Salamanca	31.5.2001	No publicado en BOE	-
Convenio de cooperación transfronteriza entre quince municipios españoles (Vilvestre y otros) y dos cámaras municipales portuguesas (Freixo de Espada á Cinta y Figueira de Castelo Rodrigo) para la constitución de la «Asociación Transfronteriza de las Arribes del Duero y Águeda»	30.6.2001	No publicado en BOE	-

Tabla 75 – Convenios de Cooperación Transfronteriza derivados o relacionados con el Tratado con Portugal (Tratado de Valencia, entrada en vigor el 30 de enero de 2004, BOE del 12 de septiembre de 2003)

Designación	Suscripción	Publicación	Notas
Convenio de constitución de la Comunidad de Trabajo entre las Ciudades de Évora (Cámara Municipal de Évora) y Mérida (Municipio de Mérida)	13.11.2001	No publicado - enBOE	
Convenio de cooperación transfronteriza entre el Ayuntamiento Salamanca, el Ayuntamiento de Ciudad Rodrigo (España), y la Cámara Municipal de Guarda (Portugal), para la creación de la «Asociación Transfronteriza de Municipios de las Ciudades de Frontera». (2002)	No consta	No publicado - enBOE	
Convenio de cooperación transfronteriza entre el Ayuntamiento de Salamanca, el Ayuntamiento de Ciudad Rodrigo (España), y la Cámara Municipal de Vila Real (Portugal), para la creación de la «Asociación Transfronteriza de las Ciudades Patrimoniales Ibéricas». (2002)	No consta	No publicado - enBOE	
Convenio de cooperación transfronteriza entre la Comunidad Autónoma de Galicia y la Comisión de Coordinación y Desarrollo Regional del Norte de Portugal para la adaptación, al Tratado entre el Reino de España y la República Portuguesa sobre cooperación transfronteriza entre Entidades e Instancias territoriales, del Acuerdo constitutivo de la Comunidad de Trabajo Galicia – Norte de Portugal. (2004)	24.2.2006	17.5.2006	(Ver el Acuerdo constitutivo de la Comunidad de Trabajo Galicia – Norte de Portugal, suscrito el 31 de octubre de 1991)
Convenio de cooperación transfronteriza entre el Ayuntamiento de Ciudad Rodrigo y la Cámara Municipal de Almeida, para la creación del «Consorcio Transfronterizo de Ciudades Amuralladas». (2005)	13.3.2006	17.5.2006	-
Convenio de cooperación transfronteriza entre la Comunidad Intermunicipal del Valle del Miño (Portugal) y la Diputación Provincial de Pontevedra (España), para la constitución de la «Asociación del Valle del Miño Transfronterizo – Unimiño»	8.5.2006	12.9.2006	-
Convenio de cooperación transfronteriza entre las nueve Cámaras Municipales de la Beira Interior Norte (Portugal) y la Diputación Provincial de Salamanca (España), por el que se constituye la Comunidad de Trabajo Beira Interior Norte – Provincia de Salamanca (CT BIN – SAL)	18.7.2006	7.11.2006	-
Convenio de cooperación transfronteriza entre la Diputación Provincial de Ourense (España) y las Cámaras Municipales de Boticas, Chaves, Montealegre, Valpaços, Vila Pouca de Aguiar, y Vinhais (Portugal), por el que se constituye la Asociación de Cooperación Transfronteriza del Valle del Tâmega (ACTVT)	No consta	No publicado - enBOE	
Convenio de cooperación transfronteriza entre el Ayuntamiento de Salamanca (España) y la Cámara Municipal de Guarda (Portugal), por el que se constituye el Consorcio Transfronterizo «Ciudades Culturales para el Desarrollo Territorial»	24.4.2008	-	
Convenio de cooperación transfronteriza de adaptación del Protocolo de Cooperación entre la Comunidad de Castilla y León y la Comisión de Coordinación de la Región Centro de Portugal, suscrito el 3 de marzo de 1995, al Tratado entre el Reino de España y la República Portuguesa sobre cooperación transfronteriza entre Entidades e Instancias territoriales	18.11.2008	13.1.2009	(Ver el Protocolo de cooperación entre la Comunidad de Castilla y León y la Comisión de Coordinación de la Región Centro de Portugal CT-HPO-5)
Convenio de cooperación transfronteriza de adaptación del Protocolo de Cooperación entre la Comunidad de Castilla y León y la Comisión de Coordinación de la Región Norte de Portugal para la constitución de la Comunidad de Trabajo Castilla y León- Norte de Portugal, suscrito el 20 de julio de 1999, al Tratado entre el Reino de España y la República	27.1.2009	16.3.2009	(Ver el Acuerdo entre la Comunidad de Castilla y León y la Comisión de Coordinación de la Región Norte de Portugal, para la constitución de la Comunidad de Trabajo Castilla y León-Norte de Portugal CT-HPO-8)

Tabla 75 – Convenios de Cooperación Transfronteriza derivados o relacionados con el Tratado con Portugal (Tratado de Valencia, entrada en vigor el 30 de enero de 2004, BOE del 12 de septiembre de 2003)

Designación	Suscripción	Publicación	Notas
Portuguesa sobre cooperación transfronteriza entre Entidades e Instancias territoriales			
Convenio de cooperación transfronteriza de adaptación del Protocolo de Cooperación entre la Comunidad Autónoma de Andalucía y la Comisión de Coordinación de la Región Algarve de Portugal, suscrito el 27 de julio de 1995, al tratado de Valencia	No consta	No publicado en BOE	(Ver el protocolo de cooperación entre la Junta de Andalucía y la Comisión de Coordinación de la Región de Algarve . CT-HPO-6)
Convenio de cooperación transfronteriza de adaptación del Protocolo de Cooperación entre la Comunidad Autónoma de Andalucía y la Comisión de Coordinación de la Región Alentejo de Portugal, suscrito el 25 de enero de 2001, al tratado de Valencia	No consta	No publicado en BOE	(Ver el protocolo de cooperación entre la Junta de Andalucía y la Comisión de Coordinación de la Región del Alentejo, creando la Comunidad de Trabajo Alentejo-Andalucía. CT-HPO-11)
Convenio de Cooperación Transfronteriza para la Constitución de la Comunidad de Trabajo de la Eurorregión Alentejo-Centro Extremadura (Euro-Ace)	21.9.2009	No publicado - en BOE	

Fuente: Elaboración propia

En paralelo con el diálogo institucional, hay igualmente una multiplicidad de instituciones y de fundaciones privadas, cuyo objetivo es promocionar un mejor conocimiento entre las sociedades de los dos países, así como estimular la cooperación bilateral en distintos dominios. Se destaca los siguientes: Forum Empresarial; Consejo Común de la Cámara Hispano-Portuguesa de Comercio e Industria y de la Cámara de Comercio e Industria Luso Española; Fundación Cataluña-Portugal; Fundación Luso Española; Fundación Hispano-Portuguesa Rey D. Afonso Henriques; e Forum Civil Luso Español. Este último, creado en 2000, no se reunía desde 2004, habiéndose reactivado en la Cumbre de Braga. En la Cumbre de Zamora los dos Gobiernos decidieron encomendarle la organización y la promoción de las celebraciones de los 25 años de la adhesión conjunta a la CEE (2010).

Tabla 76 – Principales Acuerdos bilaterales vigentes entre Portugal y España

Dominio de Cooperación	Descripción – resumen
Laboratorio Ibérico Internacional de Nanotecnologías (Braga)	La creación de este centro de investigación luso español, donde participarán investigadores de los dos países y de distintas nacionalidades, es consecuencia de un memorando firmado entre los Gobiernos en 2005. Durante la Cumbre de Braga de 2008, se puso la primera piedra del edificio y se firmó el Acuerdo de la Sede entre la República Portuguesa y el Laboratorio Ibérico Internacional de Nanotecnología. El laboratorio, que tiene una inversión anual prevista de 30 millones de euros, deberá contar con 14 mil metros destinados a laboratorios, en un edificio de cerca de 20 mil metros cuadrados. El objetivo es que el centro esté concluido en 2010/2011. El 17 de julio de 2009 tuvo lugar la inauguración de la primera fase de las instalaciones del Laboratorio, que contó con la presencia de los Jefes de Estado y de los Jefes de Gobierno de Portugal y España.
Centro Ibérico de Energías Renovables y Eficacia Energética	Creado durante la Cumbre de Zamora, es un proyecto emblemático que contribuirá a reforzar la nueva orientación de las relaciones bilaterales hacia la promoción de instituciones que están en la vanguardia de la nueva economía y de la aplicación de nuevas tecnologías. Fue nombrado Director del Centro el Prof. Ing. António Sá da Costa.

(Badajoz)

Lince Ibérico	El 28 de julio de 2009, se firmó por los Ministros de Medio Ambiente de los dos países el Protocolo de cesión de ejemplares de Lince Ibérico. Este Protocolo surge a consecuencia del Acuerdo de Cooperación entre la República Portuguesa y el Reino de España relativo al programa de reproducción en cautividad del Lince-Ibérico, que entró en vigor el 3 de marzo de este mismo año.
Mibel-Mercado Ibérico de la Electricidad	El Acuerdo fue firmado en 2004 y revisado en enero de 2008 en la Cumbre de Braga. Con la concretización del MIBEL será posible, para cualquier consumidor en el espacio ibérico, adquirir energía eléctrica, en un régimen de libre competencia, a cualquier productor o comercializador que actúe en Portugal o España. En la Cumbre de Zamora ambos Gobiernos acordaron la constitución definitiva del Operador del Mercado Ibérico a través de la integración de los dos organismos operadores, hasta 15 de junio de 2009, y la creación de un grupo de trabajo conjunto para acompañar este proceso.
Convención de Albufeira	Firmada en 1998, entró en vigor el año 2000. En términos simplificados, establece una gestión común de las cuencas hidrográficas internacionales, en concreto de los ríos, Miño, Duero, Tajo y Guadiana. Además de cuantificar caudales mínimos que España tendrá que garantizar a Portugal, la Convención establece una amplia cooperación en materia de intercambio de información y calidad del agua.
Pesca	En 2003 se firmó un Acuerdo de Pesca entre Portugal y España con vigencia de diez años, que fija montantes máximos de captura por especie y por barco para los dos países. En la Cumbre de Braga se firmó el Acuerdo de Pesca Artesanal entre Azores, Madeira y Canarias, que estuvo en vigor hasta el final de 2010.
Alta Velocidad	En 2005, en la Cumbre de Évora, se decidió la construcción hasta 2013 de una línea de Alta Velocidad destinada a mercancías y pasajeros entre Lisboa y Madrid, con un tiempo de viaje directo de 2h45 minutos y una velocidad máxima prevista de 350km/h. Las obras ya han empezado en Extremadura, entre Montijo y Badajoz, en un tramo de 20,2km. Del lado portugués ya fue convocado el concurso para la construcción del tramo Poceirão-Caia. En la Cumbre de Évora fue también acordada la construcción de la vía de Alta Velocidad Oporto-Vigo. En la Cumbre de Zamora, de 22 de enero de 2009, se alcanzó un acuerdo para la localización de la Estación Internacional Badajoz-Elvas. A este respecto, el Presidente del Gobierno español y el Primero Ministro portugués renovaron el firme compromiso de impulsar el proyecto de TGV Madrid-Lisboa - Oporto-Vigo.

Fuente: Elaboración propia

A partir de estas iniciativas y encuadramiento legal, se fundamenta la cooperación ibérica, que a su vez se explorará posteriormente en detalle su enfoque en el dominio específico de la salud (*Acuerdo Marco entre el Reino de España y la República Portuguesa sobre Cooperación Sanitaria Transfronteriza; Memorándum de Entendimiento entre Memorándum de Entendimiento entre Ministério da Saúde de la República Portuguesa y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; y Protocolo de Cooperación Específica entre Direção-Geral da Saúde y Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*), y más concretamente su acción efectiva en el POCTEP y SUDOE.

1.1. Acuerdo Marco entre el Reino de España y la República Portuguesa sobre Cooperación Sanitaria Transfronteriza

En la Cumbre de Zamora, de 22 de enero de 2009, el Reino de España y la República Portuguesa fundamentaron la importância de la cooperación sanitaria en respuesta a:

- la tradición de movilidad de las poblaciones entre España y Portugal, así como de la puesta en marcha de diferentes proyectos de cooperación transfronteriza entre ambos países;

- los retos planteados por la mejora permanente de la calidad en la atención sanitaria y de la organización de los sistemas de atención sanitaria;
- el reforzar de las bases de la cooperación sanitaria transfronteriza entre España y Portugal, con el fin de mejorar el acceso a la asistencia sanitaria y garantizar su continuidad para las poblaciones de la zona fronteriza;
- el facilitar el acceso a los servicios móviles de urgencia de las poblaciones de la zona fronteriza.

En este sentido, el simplificar de los procedimientos administrativos y financieros, tomando en consideración las disposiciones del Derecho comunitario aplicable, y la promoción de dicha cooperación mediante la firma de convenios de cooperación, en el respeto de la legislación interna y de los compromisos internacionales adquiridos por las Partes, se destaca de gran relieve, por lo que acuerdan el como objeto precisar el marco jurídico en el que se inscribe la cooperación sanitaria transfronteriza, a través de lo siguiente – tabla 77.

Tabla 77 – Atribuciones del Acuerdo Marco

Objeto	a. Asegurar un mejor acceso a una atención sanitaria de calidad para las poblaciones de la zona fronteriza; b. Garantizar la continuidad de la asistencia sanitaria para dichas poblaciones; c. Optimizar la organización de la oferta de atención sanitaria, facilitando la utilización o el reparto de los recursos humanos y materiales; d. Promover la complementariedad de los conocimientos y prácticas, especialmente en el ámbito de la calidad clínica y organizativa, y de la seguridad de los pacientes, innovación y nuevas tecnologías en salud.
Ámbito de aplicación	a. En el Reino de España, a las zonas fronterizas de las Comunidades Autónomas de Galicia, Castilla y León, Extremadura y Andalucía; b. En la República Portuguesa, a las zonas fronterizas dentro del ámbito de intervención de las Administraciones Regionales de Salud del Norte, Centro, Alentejo y Algarve.
Autoridades competentes	a. Por la República Portuguesa, el Ministerio de Salud; b. Por el Reino de España, el Ministerio de Sanidad y Consumo.
Convenios de cooperación sanitaria transfronteriza	a. Ámbitos territorial y personal a los que se aplicarán estos convenios; b. Intervención transfronteriza de los profesionales de salud, incluidos los aspectos estatutarios; c. Organización del transporte sanitario de los pacientes; d. Garantía de la continuidad de la atención sanitaria, incluidas en particular la acogida e información a los pacientes; e. Criterios de evaluación y de control de calidad y seguridad de la atención sanitaria; f. Medios financieros necesarios para la realización de las acciones de cooperación; g. Mecanismos de pago, facturación y reembolso entre instituciones responsables de la atención sanitaria objeto del convenio, dentro del marco de los reglamentos comunitarios de coordinación de la seguridad social aplicables; h. Duración y condiciones de renovación y denuncia del convenio.

Fuente: Elaboración propia

En aplicación del artículo 5.3 del Acuerdo marco y sin perjuicio de las reglamentaciones nacionales existentes, los convenios de cooperación sanitaria transfronteriza precisarán especialmente, según los casos, los siguientes aspectos – tabla 78.

Tabla 78 – Condiciones y modalidades de intervención de los profesionales de la salud y de las estructuras de atención sanitaria transfronteriza

Intervención transfronteriza de los profesionales de la salud	a. Condiciones de movilidad de los profesionales; b. Naturaleza y duración de la participación de los profesionales; c. Condiciones de participación de los profesionales salud, tanto asalariados como liberales, en las urgencias hospitalarias y en la permanencia de los cuidados; d. Sobre la organización de los auxilios de urgencia y del transpone sanitario de los pacientes; e. Condiciones de intervención para proporcionar los primeros auxilios a las personas con urgencia vital; f. Determinación del lugar de la hospitalización de los pacientes tratados con urgencia, en función del lugar de intervención, de la gravedad de las patologías y de los equipamientos técnicos hospitalarios; g. Condiciones de acompañamiento del paciente, si fuera necesario, desde el lugar de la emergencia hasta el establecimiento de atención más próximo; h. Coordinación de los medios de comunicación; i. Modalidades de toma de contacto con los centros reguladores de las llamadas de urgencia; j. Modalidades de intervención de un equipo de socorro que responde a una llamada de urgencia; k. Modalidades de intervención fuera de las llamadas de urgencia, en función de la proximidad de las estructuras de atención y de la disponibilidad de los equipos.
Garantía de continuidad de los cuidados, incluidas en particular la acogida y la información de los pacientes	a. Condiciones de acceso a los cuidados; b. Transportes sanitarios; c. Modalidades de alta; d. Condiciones de facturación y de reembolso; e. Información del paciente (historial médico, resumen clínico, documento de alta, informe operativo); f. Cartilla de acogida en cada una de las respectivas lenguas oficiales.
Criterios de evaluación y control de la calidad y la seguridad de la atención	a. Medidas de política de calidad para el control de riesgos y en especial: – Conjunto de ámbitos de vigilancia; – Distribución de medicamentos; – Transfusión de sangre; – Anestesia; – Gestión de riesgos iatrogénicos y de infecciones nosocomiales. b. Actualización de conocimientos de los profesionales de la salud; c. Transmisión de informaciones médicas relativas a los pacientes; d. Tratamiento del dolor.

Nota: Los convenios precisan la metodología asociada a la puesta en común de las buenas prácticas.

Fuente: Elaboración propia

A partir de este marco legal España y Portugal desarrollaran estrategias más específicas en el ámbito sanitario, a través del:

- Memorándum de Entendimiento entre Ministério da Saúde de la República Portuguesa y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (España) para compartir políticas en materia de calidad sanitaria.
- Protocolo de Cooperación Específica entre Direcção-Geral da Saúde y Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía para desarrollar y compartir el modelo de certificación y de acreditación sanitaria, así como compartir el modelo de observación de seguridad del paciente, ambos desarrollados por la Agencia de Calidad de Andalucía.

1.2. Memorándum de Entendimiento entre Ministério da Saúde de la República Portuguesa y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (España)

El Ministério de Salud de la República Portuguesa, representado por la Alta Comissária da Saúde, Excma. Sra. Professora Doutora Maria do Céu Machado, lo que resulta en la activación del Memorándum de Cooperación Técnica entre el Ministerio de Salud de la República Portuguesa y el Ministerio de Sanidad y Política Social del Reino de España firmado el 5 de Julio de 2010 y las competencias contenidas en el Decreto-Ley nº 218/2007 de 29 de Mayo, modificado por el Decreto-Ley nº 91/2010, de 22 de Julio, y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, representada por la Excma. Sra. Doña María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud de la Junta de Andalucía, nombrada por Decreto del Presidente 4/2009, de 23 de abril (BOJA nº 78, de 24 de abril de 2009) en el ejercicio de las competencias que le atribuyen el artículo 63.2 de la Ley 2/1998, de 15 de junio de Salud de Andalucía y el artículo 26.1 y 2 i) de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía, firman a 24 de septiembre de 2010 el Memorándum de Entendimiento entre Ministério da Saúde de la República Portuguesa y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (España) para compartir políticas en materia de calidad sanitaria.

Este Memorándum de Entendimiento proclama que una de las formas de cooperación tiene como objetivo compartir modelos de cualificación y de cualificación sanitaria, según la valoración de que:

- la calidad constituye uno de los pilares básicos para, por una parte, atender con éxito las necesidades sanitarias de los ciudadanos y, por otra, superar de forma eficaz los nuevos desafíos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios;
- la calidad entendida como cultura organizativa no es únicamente un conjunto de acciones, sino un sistema coherente e integrado de principios, valores y procesos que, situando al ciudadano en el centro del sistema sanitario, tiene como objetivo contribuir para que se garantice la subsistencia de un sistema sanitario público solidario, justo y sostenible;
- en el contexto de la prestación de cuidados sanitarios, se busca la mejora constante y la excelencia de los cuidados que se prestan a los ciudadanos;
- la seguridad del paciente constituye un componente fundamental de la calidad;

- ambos Firmantes reconocen que los desafíos a los que hay que hacer frente en la mejora constante de la calidad de los cuidados sanitarios prestados a sus poblaciones, cuyo perfil epidemiológico y demográfico es similar, son factores que tienen un amplio campo de convergencia de objetivos;
- el intercambio mutuo de conocimientos y experiencias innovadoras en el ámbito de la calidad sanitaria puede contribuir al refuerzo de la cooperación transfronteriza.

Conscientes del interés común para facilitar y fomentar la cooperación en este ámbito, y deseando fomentar la cooperación en materia sanitaria, deciden firmar el presente Memorándum de entendimiento, de acuerdo con las respectivas atribuciones – tabla 79.

Tabla 79 – Atribuciones del Memorándum de entendimiento

Objeto	Garantizar la cooperación entre los Firmantes en el ámbito de compartir y desarrollar políticas en materia de calidad sanitaria y de la seguridad del paciente, buscando la mejora permanente y la excelencia de los cuidados prestados a los ciudadanos.
Ámbito de aplicación	La cooperación se desarrolla en el ámbito de compartir y desarrollar modelos de cualificación sanitaria, sistemas de apoyo a la gestión de la calidad y de la seguridad del paciente, con arreglo a los ordenamientos jurídicos vigentes en el territorio de ambos Firmantes.
Colaboraciones específicas	a. La Direção-Geral da Saúde, a través del Departamento da Qualidade na Saúde; b. La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, Fundación Pública Andaluza.
Ámbito Temporal de aplicación	El presente Memorándum de entendimiento tendrá una duración de 5 años, contados a partir del momento de su firma, pudiendo ser prorrogado por períodos de 5 años, mediante acuerdo mutuo y expreso por escrito de las instituciones firmantes, suscrito antes de su finalización.
Convenios de cooperación sanitaria transfronteriza	a. Ámbitos territorial y personal a los que se aplicarán estos convenios; b. Intervención transfronteriza de los profesionales de salud, incluidos los aspectos estatutarios; c. Organización del transporte sanitario de los pacientes; d. Garantía de la continuidad de la atención sanitaria, incluidas en particular la acogida e información a los pacientes; e. Criterios de evaluación y de control de calidad y seguridad de la atención sanitaria; f. Medios financieros necesarios para la realización de las acciones de cooperación; g. Mecanismos de pago, facturación y reembolso entre instituciones responsables de la atención sanitaria objeto del convenio, dentro del marco de los reglamentos comunitarios de coordinación de la seguridad social aplicables; h. Duración y condiciones de renovación y denuncia del convenio.

Fuente: Elaboración propia

1.3. Protocolo de Cooperación Específica entre Direção-Geral da Saúde y Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

El Protocolo de Cooperación Específica entre Direção-Geral da Saúde y Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía se formaliza a 24 de septiembre de 2010, con el objetivo de desarrollar y compartir el modelo de certificación y de acreditación sanitaria, así como compartir el modelo de observación de seguridad del paciente, ambos desarrollados por la Agencia de Calidad de Andalucía, según la valoración de que:

- A 31 de agosto de 2009 se definió, por orden de la Ministra de Sanidad de Portugal, el Modelo de Acreditación de Unidades de Salud de la Agencia de Calidad de Andalucía, como modelo oficial y nacional de acreditación;
- El Protocolo de Cooperación Técnica celebrado el 05/07/2010, entre el Ministério da Saúde de la República Portuguesa y el Ministerio de Sanidad y Consumo del Reino de España, tiene como objetivo reforzar la cooperación entre los Signatarios en el ámbito de la sanidad y de las ciencias biomédicas y establece la calidad y la calidad sanitaria como una de las principales iniciativas de la cooperación;
- El Memorándum de entendimiento celebrado el 24/09/2010, entre el Ministério da Saúde de la República Portuguesa y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, tiene como objetivo compartir y desarrollar políticas en materia de calidad sanitaria, buscando la mejora permanente y la excelencia de los cuidados prestados a los ciudadanos;
- El citado Memorándum de entendimiento proclama que la cooperación se desarrolla en el ámbito de compartir y desarrollar modelos de cualificación sanitaria, de sistemas de apoyo a la gestión de la calidad y de la seguridad del paciente;
- La calidad constituye uno de los pilares básicos para, por una parte, atender con éxito las necesidades sanitarias de los ciudadanos y, por otra, superar de forma eficaz los nuevos desafíos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios;
- La calidad entendida como una cultura organizativa nueva y diferente no es únicamente un conjunto de acciones, sino un sistema coherente e integrado de principios, valores y procesos que, situando al ciudadano en el centro del sistema sanitario, tiene como objetivo contribuir para que se garantice la subsistencia de un sistema sanitario público solidario, justo y sostenible;
- El contexto de la prestación de cuidados sanitarios de calidad, los modelos de certificación y acreditación sanitaria, así como los modelos de apoyo a la gestión en el ámbito de la seguridad del paciente, como componente fundamental de la calidad, constituyen, cada vez más, un elemento estratégico de primer orden a través del cual las unidades prestadoras de cuidados sanitarios intentan gestionar y potenciar sus políticas de calidad, buscando una mejora permanente y la excelencia de los cuidados prestados a los ciudadanos;

- Ambos Signatarios reconocen que los desafíos a los que hay que hacer frente en la mejora constante de la calidad de los cuidados sanitarios prestados a sus poblaciones, cuyo perfil epidemiológico y demográfico es similar, son factores que tienen un amplio campo de convergencia de objetivos, posibilitando, por tanto, que compartan y desarrollen de forma conjunta, un modelo de certificación y acreditación en materia de salud sostenible y adaptable a las características de los sistemas sanitarios de ambos Signatarios;
- Ambos Signatarios reconocen, por otro lado, que el desarrollo compartido de modelos de cualificación sanitaria puede constituir la base para incentivar su difusión e implementación en la Unión Europea, así como constituir una plataforma para que sea adoptado por los países lusófonos y latinoamericanos;
- El intercambio mutuo de conocimientos y experiencias innovadoras en el ámbito de la implementación de modelos de cualificación sanitaria puede contribuir al refuerzo de una cooperación transfronteriza que tenga como finalidad garantizar cuidados sanitarios de calidad para las poblaciones de la zona transfronteriza.

Conscientes del interés común para facilitar y fomentar la cooperación en este ámbito, y deseando fomentar la cooperación en materia sanitaria, deciden firmar el presente Protocolo de Cooperación Específica, de acuerdo con las respectivas atribuciones – tabla 80.

Tabla 80 – Atribuciones del Protocolo de Cooperación

Objeto	Desarrollar y compartir el modelo de certificación y de acreditación sanitaria, así como compartir el modelo de observación de seguridad del paciente, ambos desarrollados por la Agencia de Calidad de Andalucía, respetando la naturaleza y la organización de los sistemas sanitarios de ambos Signatarios.
Áreas de cooperación	La cooperación se desarrollará principalmente en el ámbito de compartir y desarrollar modelos de cualificación sanitaria y de sistemas de apoyo a la gestión de la calidad y de la seguridad del paciente.
Entidades responsables	a. Por parte del Signatario portugués, a la Direção-Geral da Saúde, a través del Departamento da Qualidade na Saúde. b. Por parte del Signatario andaluz, a la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
Sistemas de apoyo a la gestión de la calidad y de la seguridad del paciente	Se consideran parte integrante del presente Protocolo, los contratos celebrados entre ambos Signatarios que tengan por objeto la regulación de las condiciones del uso exclusivo de permisos, derechos de propiedad industrial e intelectual, en el ámbito de los sistemas de apoyo a la gestión de la calidad y de la seguridad del paciente.
Entrada en vigor	a. El presente Protocolo entrará en vigor a partir del día de su firma, por tiempo indefinido. b. El presente Protocolo dejará de estar en vigor cuando cualquiera de los Signatarios manifieste su voluntad, por escrito y en ese sentido, sin menoscabo del cumplimiento íntegro de los objetivos subyacentes. c. En el caso previsto en el número anterior, las partes renuncian de forma recíproca a cualquier tipo de pago, sin menoscabo de las obligaciones contractuales.

Fuente: Elaboración propia

1.4. Programa Operativo de Cooperación Transfronteriza España-Portugal (POCTEP)



El Programa de Cooperación Transfronteriza España-Portugal 2007-2013 promueve el desarrollo de las zonas fronterizas entre España y Portugal.

Aprobado por la Comisión Europea el 25 de octubre de 2007, este Programa permite aprovechar las amplias redes de cooperación existentes que se han venido desarrollando desde 1989, con ejecución de proyectos de infraestructuras materiales, a las que se han incorporado progresivamente otros sectores como el turismo, servicios sociales, medio ambiente, innovación tecnológica, sanidad, educación o cultura.

El Programa de Cooperación Transfronteriza España-Portugal 2007-2013, abarca un territorio compuesto por 17 NUT III fronterizas, territorio que constituirá el ámbito básico de aplicación.

Provincias españolas (7):

Badajoz, Cáceres, Huelva, Orense, Pontevedra, Salamanca y Zamora.

Regiones NUT III portuguesas (10):

Minho-Lima, Cávado, Alto Tras-os-Montes, Douro, Beira Interior Norte, Beira Interior Sul, Alto Alentejo, Alentejo Central, Baixo Alentejo e Algarve.



Estas unidades territoriales cubren una superficie total de 136.640 Km² (23,5 % del espacio ibérico) y cuentan con una población de 5.474.225 habitantes, lo que representa cerca del 10% de la población total de los dos estados.

Se trata, por tanto, de un programa con una fuerte incidencia territorial y, en menor escala, poblacional.

Hay que señalar que, debido a las asociaciones territoriales establecidas entre las regiones portuguesas y las comunidades autónomas españolas, algunas de las NUT III se reparten – aún con territorios no coincidentes – en más de un área de cooperación (sectores).

El Programa se estructura en 5 áreas de cooperación, respetando así las particularidades de los territorios de la mayor frontera interior de la Unión Europea:

- Galicia/Norte de Portugal;
- Norte de Portugal/Castilla y León;
- Centro/Castilla y León;
- Alentejo/Centro/Extremadura;
- Alentejo/Algarve/Andalucía.

La dotación financiera del Programa de Cooperación Transfronteriza España-Portugal es de 359,33 Meuros de coste total, con una ayuda FEDER de 267,4 Meuros. Esta Decisión fue modificada por la Decisión C (2008) 7439, de 25 de noviembre de 2008 y por la Decisión C (2009) 7886, de 14 de octubre de 2009.

El Programa se estructura en cuatro ejes prioritarios fundamentales:

- 1 – Cooperación y gestión conjunta para el fomento de la competitividad y promoción del empleo: con una dotación de 93,63 Meuros de ayuda FEDER se podrán desarrollar actuaciones encaminadas a promover la implantación de estructuras mixtas de innovación y desarrollo tecnológico, dinamizar el crecimiento en el área de sociedad de la información y potenciar el desarrollo de las economías locales, promocionando las relaciones entre empresas y asociaciones empresariales y comerciales.
- 2 – Cooperación y gestión conjunta en medio ambiente, patrimonio y entorno natural: se destinarán unos 76,754 Meuros de ayuda FEDER, para desarrollar actuaciones de apoyo a infraestructuras y servicios ambientales coordinados, promoción de acciones conjuntas de protección, conservación y valorización del medio ambiente, gestión conjunta de recursos humanos y materiales en situación de catástrofes, promoción local de recursos culturales e impulsar los productos turísticos comunes que se asienten en recursos ambientales, así como la puesta en marcha de proyectos conjuntos de utilización compartida de recursos energéticos.
- 3 – Cooperación y gestión conjunta en accesibilidad y ordenación territorial: las actuaciones se dirigirán a reforzar la integración territorial, desarrollar la cooperación entre áreas urbanas y rurales, mejorar las conexiones transfronterizas en el ámbito regional y local, y planificación de una red conjunta de infraestructuras logísticas. La dotación financiera de este eje es de 56,17 Meuros.

- 4 – Cooperación y gestión conjunta para el fomento de la cooperación e integración económica y social: los recursos disponibles ascienden a 22,80 Meuros, destinados a promover la utilización conjunta de equipamientos y servicios sociales educativos, económicos, sanitarios, administrativos, etc... , así como a potenciar la eficacia de las redes de cooperación existentes en el ámbito municipal, empresarial, social e institucional.

El Comité de Seguimiento del Programa aprobó en su reunión de 23 de febrero de 2010 publicar una segunda convocatoria para la presentación de proyectos, acordando que ésta tendrá un carácter conjunto y único para todo el Programa, y definiendo las siguientes bases de la segunda convocatoria:

- La presentación de proyectos tiene por objeto promover la participación en acciones de cooperación transfronteriza en el marco del POCTEP, estableciendo las condiciones y las bases para la obtención de ayudas del FEDER en régimen de concurrencia competitiva;
- Las ayudas serán de aplicación en las zonas fronterizas elegibles señaladas en las NUT IIIy casos especiales, debidamente justificados durante el proceso de selección de proyectos, se podrá conceder financiación para medidas desarrolladas en las NUT IIIadyacentes a las fronterizas (las cuales aparecen identificadas en el PO), a condición de no suponer más del 20% de la ayuda FEDER total del POCTEP;
- El plazo límite máximo de ejecución de los proyectos será el 31 de diciembre de 2012. No obstante, los proyectos de carácter “estructurante”, de infraestructuras públicas o asimilables, así como los que por sus características específicas lo requieran y así se justifique debidamente, podrán ser presentados para la selección con un horizonte de ejecución más amplio, siendo su plazo límite máximo el 31 de diciembre de 2013;
- El porcentaje máximo de cofinanciación FEDER queda establecido en el 75% del coste elegible de los proyectos.

Los agentes que pueden participar en los proyectos de Programa son las instituciones públicas nacionales, regionales o locales, y otras instituciones de carácter asimilable a público, que realizarán proyectos comunes.

Los proyectos se presentarán en el marco de una convocatoria, utilizando los documentos establecidos para ello: Formulario de candidatura, presupuesto detallado y Acuerdo entre socios.

Las estructuras de gestión y seguimiento del Programa son las siguientes:

- Autoridad de Gestión: Dirección General de Fondos Comunitarios del Ministerio de Economía y Hacienda (España).
- Autoridad de Certificación: Instituto Financiero para o Desenvolvimento Regional del Ministerio do Ambiente, Ordenamento do Território e Desenvolvimento Regional (Portugal).
- Autoridad de Auditoria: Intervención General de la Administración del Estado (España), en coordinación con la Inspección General do Finanças de Portugal.
- Comité de Seguimiento: asegura la eficacia y la calidad de la ejecución del Programa.
- Comité de Gestión: responsable de la selección de los proyectos y del seguimiento de los mismos durante su ejecución.
- Comités Territoriales: se establece uno por cada Área de Cooperación para garantizar la aproximación a los promotores locales.
- Coordinadores Regionales/Nacionales: interlocutores del Programa a nivel regional con las entidades participantes en los proyectos, participan en la selección y seguimiento de los proyectos.
- Secretariado Técnico Conjunto: con sede en la ciudad de Badajoz, presta apoyo al conjunto de estructuras de gestión del Programa y a los promotores de proyectos.

En este sentido se pueden destacar en las tablas 81 y 82, los siguientes proyectos aprobados en la primera y segunda convocatoria POCTEP, resaltando el predominio de entidades españolas como beneficiarias principales de los proyectos.

Tabla 81 – Proyectos aprobados en la área de la salud – POCTEP

Área Cooperación	Eje Prioritario	Acrónimo	Título	Beneficiário (Institución)	BP/ B	Feder Total Aprobado
2ª CONVOCATORIA POCTEP						
2 - Norte de Portugal-Castilla y León	4	0441_ZOONOSIS_2_E	Programa Epidemiológico Transfronterizo de Investigación de Zoonosis	DGV - Direção-Geral de Veterinária	B	96 775,50
				ESAB - Escola Superior Agrária de Bragança	B	186 371,25
				Consejería de Agricultura y Ganadería (C.A. Castilla y León)	BP	674 287,50
				Agencia de Protección de la Salud y Seguridad Alimentaria. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León	B	0,00
				Agrupamento de Centros de Saúde de Alto Tras-Os-Montes I Nordeste. ARS Norte (ACES Nordeste)	B	9 000,00
0441_ZOONOSIS_2_E						966 434,25
5 - Alentejo-Algarve-Andalucía	1	0465_NEONATAL_5_E	Desarrollo de la atención neonatal en el área fronteriza Algarve-Andalucía	Servicio Andaluz de Salud (Sas)	BP	433 410,60
				Administração Regional de Saúde do Algarve	B	80 000,00
0465_NEONATAL_5_E						513 410,60
5 - Alentejo-Algarve-Andalucía	1	0571_JANELA_ABERTA_5_P	Desenvolvimento de plataformas de comunicação entre os serviços e os cidadãos do Algarve e Huelva	IDT - Instituto da Droga e da Toxicodependência	B	65 000,00
				Secretaría General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía	B	140 175,00
				Administração Regional de Saúde do Algarve	BP	65 000,00
				Globalgarve - Cooperação e Desenvolvimento, SA	B	40 000,00
0571_JANELA_ABERTA_5_P						310 175,00
5 - Alentejo-Algarve-Andalucía	4	0467_MATERNO_INFANTIL_5_E	Desarrollo de la atención materno-infantil en el área fronteriza Algarve-Andalucía	Servicio Andaluz de Salud (Sas)	BP	437 351,50
				Administração Regional de Saúde do Algarve	B	80 000,00
0467_MATERNO_INFANTIL_5_E						517 351,50
1ª CONVOCATORIA POCTEP						
4 - Centro-Extremadura-Alentejo	1	0002_BIOEXAL_4_E	Banco de tumores y ADN extremeño-alentejano	Servicio Extremeño de Salud	BP	673 575,00
				Administração Regional de Saúde do Alentejo	B	221 250,00
0002_BIOEXAL_4_E						894 825,00
5 - Alentejo-Algarve-Andalucía	4	0129_OBSERVATORIO_SALUD_5_E	Proyecto de cooperación sanitaria entre el Algarve y Andalucía; Observatorio de salud en la región fronteriza	Servicio Andaluz de Salud (Sas)	BP	1 575 000,00
				Administração Regional de Saúde do Algarve	B	300 000,00
0129_OBSERVATORIO_SALUD_5_E						1 875 000,00
5 - Alentejo-Algarve-Andalucía	2	0130_AMBIENTAL_5_E	Gestión ambiental de los centros sanitarios de la región fronteriza Algarve - Huelva	Servicio Andaluz de Salud (Sas)	BP	1 275 000,00
				Administração Regional de Saúde do Algarve	B	105 387,00
0130_AMBIENTAL_5_E						1 380 387,00
3 - Castilla y León - Centro de Portugal	4	0100_REDES_DROG_3_E	Intervenciones en drogodependencias	Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.	B	75 000,00
				IDT - Instituto da Droga e da Toxicodependência	B	77 055,00
				Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades (C.A. Castilla y León)	BP	984 000,00
				0100_REDES_DROG_3_E		
Fuente: Elaboración propia						

Fuente: Elaboración propia

Tabla 82 – Descripción resumen de los proyectos aprobados en el POCTEP

Acrónimo/ Calendario	Objetivos principales	Acciones del proyecto	Resultados previstos
0441_ZOO NOSIS_2_ E 01/01/2011- 31/12/2012	Establecer mapas epidemiológicos entre las poblaciones de ambas poblaciones, con el fin de evaluar los factores de riesgo e implementar un programa divulgativo y de prevención entre la población sensible.	Análisis y grabación de los datos de las en plataforma informática común. Realización de estudios epidemiológicos. Programas críticos en el contagio de zoonosis y mejorar el estado de salud de las poblaciones sensibles. Perfeccionamiento de técnicas de diagnóstico.	Investigar la situación sanitaria de la población animal y su relación con la salud humana con vistas a conocer los puntos críticos en el contagio de zoonosis y mejorar el estado de salud de las poblaciones sensibles. Poner a punto diversas técnicas diagnósticas de zoonosis.
0465_NEO NATAL_5_ E 01/01/2011- 31/12/2012	Objetivo general: Aumentar la seguridad de la atención sanitaria a la población infantil en situación crítica.	Adecuación de las infraestructuras actuales de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales. • Dotación de las últimas tecnologías para una óptima seguridad en la atención para evitar los efectos indeseables que se producen en el proceso de atención. • Elaboración de protocolos conjuntos de actuación en seguridad pediátrica. • Formación sobre el uso de buenas prácticas en la atención neonatal. • Establecer líneas de investigación conjunta para la mejora de la salud de los neonatos	Área para cuidados críticos neonatales y pediátricos que sirva de referencia para toda la zona transfronteriza Algarve-Andalucía
0571_JAN ELA_ABE RTA_5_P 01/01/2011- 31/12/2012	Desenvolver a utilização das novas tecnologias da informação e comunicação (TIC) entre a administração pública transfronteiriça e os cidadãos, através do desenvolvimento de plataformas digitais TIC na área da saúde materno-infantil.	Criação e implementação de plataformas TIC que promova a comunicação entre parceiros, cidadãos, especificamente na área da saúde materno-infantil, públicos e melhorar a integração dos serviços públicos e área da saúde materno-infantil. Produção de conteúdos e materiais da fronteira em respostas pedagógicas. Estudo da eficácia e limitações das TIC.	Melhorar a comunicação entre a administração pública e os cidadãos, especificamente na área da saúde materno-infantil, e os cidadãos, através do desenvolvimento de conteúdos e materiais da fronteira em respostas pedagógicas. Estudo da eficácia e limitações das TIC.
0467_MAT ERNO_IN FANTIL_5_ E 01/01/2011- 31/12/2012	Objetivo general: Promover y desarrollar una red conjunta de infraestructuras logísticas de cooperación sanitaria en el ámbito de la atención materno-infantil.	Impulsar la atención “humanizada” al parto normal. Dotación de equipamiento para posibilitar diferentes modalidades de parto. Adaptación de consultas obstétricas para discapacitadas y grupos con riesgo de exclusión social. Garantizar las buenas prácticas en común de vinculación entre los base a la evidencia científica en la atención sanitaria de madres e hijos. Promover la lactancia materna. Establecer líneas de investigación conjunta en el área materno infantil.	Implantación de una “Atención humanizada” al parto normal en el área transfronteriza Algarve-Andalucía como un objetivo común de vinculación entre los centros hospitalarios de la atención sanitaria de madres e hijos.
0002_BIOE XAL_4_E 01/10/2008- 31/12/2010	Implantación de una Red de Bancos de muestras biológicas, con nodos principales en Badajoz (Extremadura) y Évora (Alentejo).	Creación de los Bancos de tumores y ADN extremeño y alentejano; Protocolos de actuación y creación de colección de muestras; Desarrollo de Patología molecular; Investigación e intercambio de conocimientos.	Mejorar las posibilidades terapéuticas y de investigación en todos los temas relacionados con el cáncer en ambas regiones.
0129_OBS	Establecer líneas de	Cuidados paliativos, detección	Aumentar la calidad de vida,

Tabla 82 – Descripción resumen de los proyectos aprobados en el POCTEP

Acrónimo/ Calendario	Objetivos principales	Acciones del proyecto	Resultados previstos
ERVATORIO_SALUD_5_E 01/01/2008-31/12/2010	cooperación sanitaria en precoz del cáncer (colon, mama y mediante la prevención y la diversas áreas de actividad y cervix), estudio de prevalencia de mejora de la atención sanitaria de la que se benefician tanto la esterilidad femenina en que reciben los ciudadanos que los ciudadanos portugueses Andalucía y el Algarve, unidad de habitan en el espacio fronterizo como andaluces que habitan a referencia para lesionados de las regiones del Algarve y ambos lados de la frontera. medulares, programa de Andalucía. La creación de Creación de un observatorio de rehabilitación cardíaca precoz, protocolos comunes y salud conjunto entre Andalucía creación de protocolo común de estructuras de uso conjunto y el Algarve y estructuras violencia de género contribuirá a la consecución de sanitarias de uso común, así como sistemas de información comunes para el registro de las actividades		
0130_AMBIENTAL_5_E 01/01/2008-31/12/2010	Potenciar la protección del medio mediante la implantación de criterios comunes de Gestión ambiental en centros sanitarios de la región Algarve-Huelva	Gestión eficaz energética. consumo energético; Conciliación e infraestructuras; Ahorro de recursos naturales; de agua en los centros sanitarios Eficacia y reducción en la gestión del Algarve y Huelva; de los residuos peligrosos y eliminación de los dispositivos sustitución de materiales de medición con mercurio y su sustitución por mecanismos electrónicos; eliminación de materiales peligrosos (amianto).	Minimizar el impacto ambiental en la zona fronteriza por el consumo energético; disminución del consumo anual de agua en los centros sanitarios; Eficacia y reducción en la gestión del Algarve y Huelva; eliminación de los dispositivos de medición con mercurio y su sustitución por mecanismos electrónicos; eliminación de materiales peligrosos (amianto).
0100_RED ES_DROGAS_3_E 01/04/2008-31/12/2010	Consolidar y profundizar en la cooperación entre el Distrito de Guarda y la provincia de Salamanca en el ámbito de la intervención en estudio de necesidades a través de calidad asistencial mediante el drogodependencias, mejorando personas clave y refuerzo refuerzo de los recursos su capacidad asistencial. asistencial de los recursos asistenciales y la posibilidad de uso compartido.	Adaptación de programas de prevención y de acreditados de prevención y de acreditados de prevención y reducción de los riesgos del taller para la reducción de consumo de drogas, formación e riesgos a ambos lados de la frontera e incremento de la intercambio de profesionales, frontera e incremento de la intervención en estudio de necesidades a través de calidad asistencial mediante el drogodependencias, mejorando personas clave y refuerzo refuerzo de los recursos su capacidad asistencial. asistencial de los recursos asistenciales y la posibilidad de uso compartido.	Aplicación de programas de prevención y de acreditados de prevención y de acreditados de prevención y reducción de los riesgos del taller para la reducción de consumo de drogas, formación e riesgos a ambos lados de la frontera e incremento de la intercambio de profesionales, frontera e incremento de la intervención en estudio de necesidades a través de calidad asistencial mediante el drogodependencias, mejorando personas clave y refuerzo refuerzo de los recursos su capacidad asistencial. asistencial de los recursos asistenciales y la posibilidad de uso compartido.

Fuente: Elaboración propia

1.5. Programa de Cooperación Territorial del Espacio Sudoeste Europeu (SUDOE)

El Programa de Cooperación Territorial del Espacio Sudoeste Europeo (SUDOE) apoya el desarrollo regional a través de la cofinanciación de proyectos transnacionales por medio del FEDER (Fondo Europeo de Desarrollo Regional).

El Programa de Cooperación Territorial del Espacio Sudoeste Europeo (SUDOE) 2007-2013, aprobado por la Comisión Europea el 26 de septiembre de 2007, es el segundo programa de cooperación transnacional en la zona, dando



continuidad al Programa precedente del periodo 2000-2006 que se enmarcaba en la iniciativa comunitaria INTERREG.

El Programa SUDOE apoya, en el marco del Objetivo de Cooperación Territorial Europea, el desarrollo de las regiones del sudoeste de Europa a través de la cofinanciación de proyectos transnacionales por medio del FEDER (Fondo Europeo de Desarrollo Regional).

El objetivo del Programa SUDOE 2007-2013 es consolidar el Sudoeste europeo como un Espacio de cooperación territorial en los ámbitos de la competitividad y la innovación, el medio ambiente, el desarrollo sostenible y la ordenación territorial, lo que contribuya a asegurar una integración armoniosa y equilibrada de sus regiones, dentro de los objetivos de cohesión económica y social de la Unión Europea. Se pretende asimismo consolidar las estructuras de cooperación existentes y obtener resultados tangibles, ya que los logros concretos son indispensables para garantizar la visibilidad de la cooperación transnacional. El Espacio Sudoeste Europeo está compuesto por 30 regiones y ciudades autónomas de España (excepto Canarias), Francia (las seis regiones del suroeste), Portugal (excepto Azores y Madeira) y Reino Unido (Gibraltar) y se extiende por una superficie de 770.120 km², lo que representa el 18,2 % de la superficie de la Unión Europea (UE-27). La población de este Espacio se eleva a, aproximadamente, 62 millones de habitantes, lo que representa el 12,4% de la población total de la Unión (EU-27), conforme se identifica en la figura 61.

Figura 61 – Areas geograficas apoyadas por el SUDOE



Fuente: Elaboración propia

El Programa SUDOE visa invertir 132 millones de euros para el conjunto del Espacio Sudoeste europeo en el periodo 2007-2013. Este montante financiero está constituido por 99,4 millones de euros de contribución de la Unión Europea a través del FEDER y 32,6 millones de euros de contrapartidas nacionales públicas. Los proyectos aprobados son cofinanciados por el FEDER hasta una tasa máxima del 75% del gasto elegible. Trabajando conjuntamente y desarrollando proyectos de cooperación transnacional en materia de innovación, medioambiente, nuevas tecnologías de la información y desarrollo urbano sostenible, los actores regionales del Espacio contribuyen a que el Sudoeste Europeo alcance las estrategias de la Unión europea en materia de crecimiento, empleo y desarrollo sostenible.

Resultados de las Convocatorias SUDOE

La primera convocatoria del Programa de Cooperación Territorial Espacio Sudoeste Europeo fue publicada en abril de 2008. Abierta a las cuatro prioridades operacionales y dotada de un montante FEDER de 51 millones de euros, esta primera convocatoria registró 256 candidaturas de proyectos.

Tras las fases de selección, se aprobaron 46 proyectos por los comités de programación celebrados en Madrid el 12 de marzo y el 4 de junio de 2009.

A. Convocatoria 2008

Prioridades

Innovación: Promoción de la innovación y constitución de redes estables de cooperación en materia tecnológica

El objetivo de esta Prioridad es favorecer la excelencia científica, la competitividad y la innovación a través del desarrollo de una mejor cooperación entre los diversos actores económicos, sociales y científicos. Para alcanzar este objetivo general, se han definido tres objetivos intermedios:

Objetivo 1: Desarrollar investigaciones de tipo tecnológico y experiencias piloto con elevado potencial para la transferibilidad de sus resultados.

Objetivo 2: Configurar redes estables en el ámbito del SUDOE para la generación, intercambio y transferencia de innovaciones y de nuevos conocimientos.

Objetivo 3: Reforzar la competitividad y la capacidad de innovación en los

segmentos de mayor interés de la economía del SUDOE.

Medio Ambiente: Mejora de la sostenibilidad para la protección y conservación del medio ambiente y el entorno natural del SUDOE

La Prioridad 2 pretende que los actores del SUDOE pongan en práctica, desde la óptica de la sostenibilidad, las medidas necesarias con el fin de proporcionar las bases para prácticas más adecuadas en el campo de la prevención de riesgos y la conservación de los recursos naturales.

Para alcanzar este objetivo general, tres objetivos intermedios han sido definidos:

Objetivo 4: Preservar y mejorar el valor patrimonial de los espacios y de los recursos naturales.

Objetivo 5: Mejorar la gestión de los recursos naturales, en especial fomentando la eficiencia energética y la utilización sostenible de los recursos hídricos.

Objetivo 6: Impulsar estrategias de cooperación conjuntas a favor de la prevención de riesgos naturales y, particularmente, del riesgo de incendios, de inundaciones, de carácter sísmico, de deforestación, de desertificación o de contaminación, entre otros posibles.

Accesibilidad: Integración armoniosa del espacio SUDOE y mejora de la accesibilidad a las redes de información

El objetivo principal de esta Prioridad es buscar nuevas tipologías de ordenación territorial y aplicar la estrategia del desarrollo policéntrico al Espacio del SUDOE, para corregir los desequilibrios poblacionales y territoriales existentes en el mismo. Por otro lado, el impulso de la accesibilidad depende también del acceso de las regiones a las TIC. Para alcanzar este objetivo general se han definido dos objetivos intermedios:

Objetivo 7: Integrar la multimodalidad en el transporte y la interconexión de las redes desde una óptica transnacional.

Objetivo 8: Promover condiciones de igualdad territorial en el acceso a las infraestructuras de comunicación, a la sociedad de la información y a los conocimientos.

Desarrollo urbano sostenible: impulso del desarrollo urbano sostenible aprovechando los efectos positivos de la cooperación transnacional

El objetivo central de esta prioridad es impulsar el desarrollo equilibrado de las ciudades y las redes de ciudades, favoreciendo la generación de sinergias entre

estas y los medios agrícolas.

Para alcanzar este objetivo, se han definido tres objetivos intermedios:

Objetivo 9: Aprovechar las sinergias entre las zonas urbanas y rurales para impulsar el desarrollo sostenible del SUDOE, mediante la asociación de recursos y conocimientos.

Objetivo 10: Aumentar el protagonismo socio-económico de los municipios y regiones del SUDOE mediante su inclusión en redes de cooperación.

Objetivo 11: Valorizar el patrimonio cultural con interés transnacional y la identidad del espacio del SUDOE.

B. Convocatoria 2009-2010

La segunda convocatoria del Programa de Cooperación Territorial Espacio Sudoeste Europeo fue publicada en noviembre de 2009. Abierta a dos de las cuatro prioridades operacionales (Innovación y Medio Ambiente) y dotada de un montante FEDER de 25,38 millones de euros, esta segunda convocatoria registró 223 candidaturas de proyectos. Estas cifras se suman a los 51 millones de euros de montante FEDER concedido a los 46 proyectos aprobados en el marco de la primera convocatoria, durante la cual se recibieron 256 candidaturas de proyectos.

Tras las fases de selección, se aprobaron para esta segunda convocatoria 28 proyectos por los comités de programación celebrados en Santander el 20 de septiembre de 2010 y en Bruselas el 29 de noviembre de ese mismo año. Unas 175 instituciones de España, Francia, Portugal y Reino Unido (Gibraltar) llevan a cabo las actividades previstas en cada uno de los proyectos en el marco de las dos prioridades del Programa antes mencionadas.

En este sentido se pueden destacar en la tabla 83 y 84, los siguientes proyectos aprobados en la primera y segunda convocatoria POCTEP, resaltando el predominio de entidades españolas como beneficiarias principales de los proyectos.

Tabla 83 – Proyectos aprobados en la área de la salud – SUDOE

Prioridad	Acrónimo	Título	Beneficiário (Institución)	BP/ B	Feder Total Aprobado
CONVOCATORIA SUDOE 2008					
Innovación	INTERBIO	Abordajes interdisciplinares y estrategias integradas para las ciencias de la vida y sus aplicaciones en el Sudoeste Europeo	Fundación Privada BioRegió de Catalunya (ES)	B	1.453.554,85
			Centre national de la recherche scientifique, délégation Aquitaine Limousin (FR)	B	
			UPS - Université Paul Sabatier Toulouse III (FR)	BP	
			Instituto de Tecnología Química e Biológica - Universidade Nova de Lisboa (PT)	B	
			FIVEC - Fundación de la Comunidad Valenciana para la Innovación Urbana y Economía del Conocimiento (ES)	B	
INTERBIO					
Innovación	IMMUNONET	Red de Inmunoterapia	Universidad de Vigo (ES)	BP	1.032.815,57
			FIMA - Fundación para la Investigación Médica Aplicada (ES)	B	
			CNRS - Centre national de la recherche scientifique - IGMM - Institut de Génétique Moléculaire de Montpellier CNRS UMR 5535 (FR)	B	
			Instituto de Medicina Molecular (PT)	B	
			Clínica Universitaria de Navarra (ES)	B	
			Universidade do Porto (PT)	B	
			FIB-HUPH - Fundación Investigación Biomédica Hospital Universitario Puerta de Hierro (ES)	B	
			Fundación Investigación Biomédica - Hospital Universitario de la Princesa (ES)	B	
			INSERM - Institut national de la santé et de la recherche médicale Midi-Pyrénées Limousin (FR)	B	
			IMMUNONET		
Accesibilidad	RESATER	Red de salud y telemedicina en zonas rurales	Syndicat mixte du Pays Couserans (FR)	BP	1.299.135,00
			Association pour le développement du Pays de Figeac (FR)	B	
			FDS - Federación de Desarrollo Social (ES)	B	
			Federación Asturiana de Concejos (ES)	B	
			Fundación INTRAS (ES)	B	
			Municipio de Silves (PT)	B	
			RESATER		
CONVOCATORIA SUDOE 2009-2010					
Innovación	CLINK	Nuevos protocolos de inmunoterapia: Producción de células NK activadas para una utilización clínica	Universidad de Zaragoza - Facultad de Ciencias - Departamento de Bioquímica y Biología Molecular y Celular (ES)	BP	1.064.450,10
			Institut National de la Santé et de la Recherche Medicale -INSERM (FR)	B	
			Centre National de la Recherche Scientifique - CNRS Délégation régionale Midi-Pyrénées - Laboratoire de Chimie de Coordination - LCC (FR)	B	
			Fundación para la Investigación Biomédica Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (ES)	B	
			Consorci Mar Parc de Salut de Barcelona - IMIM - Instituto de Investigación Hospital del Mar (ES)	B	
			Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes (FR)	B	
CLINK					
Innovación	FOODSME-HOP	Tutorización a pymes del sector agroalimentario del espacio SUDOE para el despegue de su actividad innovadora en el desarrollo de productos saludables	Ainia Centro Tecnologico - Departamento de Transferencia de Tecnología (ES)	BP	683.234,49
			Institut de Recerca de i Tecnologies Agroalimentaries (ES)	B	
			Institut des Corps Gras - ITERG (FR)	B	
			Fundación para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología en Extremadura (ES)	B	
			Agencia Andaluza del Conocimiento (ES)	B	
			Agência de Inovação, S.A (PT)	B	
			Instituto Politécnico de Viana do Castelo (PT)	B	
FOODSME-HOP					

Fuente: Elaboración propia

Tabla 84 – Descripción acrónimo/resumen de los proyectos aprobados en el SUDOE

INTERBIO
El Espacio SUDOE se enfrenta a la necesidad de la innovación científica y tecnológica para mantener y ampliar su competitividad en un contexto de desarrollo sostenible. En este ámbito, las biotecnologías se convierten en un sector importante de la economía y potencial creador de empresas. El proyecto INTERBIO se plantea optimizar a escala transnacional las inversiones individuales realizadas en el Espacio SUDOE en el campo de la biotecnología, poniendo en red plataformas tecnológicas de alto nivel y facilitando la transferencia de los progresos innovadores hacia el sector industrial. Para conseguir este objetivo, el proyecto plantea la constitución de una red interactiva de socios académicos e industriales, con el objetivo de estimular la explotación de los resultados científicos y tecnológicos dirigidos hacia la innovación industrial. Además de esta red, se constituirá otra red del Sudoeste Europeo de plataformas tecnológicas que incluya el intercambio de equipamientos y buenas prácticas entre sus miembros y la creación de un consejo científico en el seno de la red. Esta red tiene por objetivo favorecer, mediante los intercambios, la movilidad y la sinergia entre los actores, la necesidad de contar con un polo SUDOE Biología/Salud competitivo y con un partenariado permanente para la realización de actuaciones europeas de envergadura imprescindibles en el sector de la biología/salud. En una primera fase, se identificarán las potencialidades científicas, las competencias, las experiencias y los medios de investigación utilizados por los socios de la red. En una segunda fase, se llevará a cabo toda una serie de actividades para la promoción de la investigación interdisciplinaria y de la investigación conjunta público/privada asociada a objetivos innovadores. Entre estas actividades, destaca la celebración de talleres de apoyo a la creación de proyectos y de escuelas de verano para la sensibilización de los jóvenes investigadores respecto al interés de la interdisciplinariedad y de la comunicación en torno a las ciencias de la vida. Además, se creará una bolsa de convocatorias para la innovación tecnológica y foros de innovación tecnológica destinados a los mundos de la investigación e industrial del Espacio del Sudoeste Europeo.
IMMUNONET
La inmunoterapia mediante anticuerpos y citocinas es ya una realidad en el tratamiento de muchas enfermedades (cáncer, autoinmunidad, rechazo de trasplantes, etc) pero es necesario profundizar en la investigación para desarrollar nuevos fármacos más eficaces. El SUDOE tiene un gran potencial en investigadores en inmunología y biotecnología. Sin embargo, la mayoría trabajan en pequeños grupos inconexos y dispersos y en PYMES deficientes en I+D+I, transferencia de tecnología y consolidación de propiedad intelectual, lo que dificulta su competencia con empresas multinacionales. El proyecto IMMUNONET se plantea como objetivo principal establecer una red estable de investigación puntera en inmunoterapia en el SUDOE con un centro virtual de apoyo donde distintos grupos de investigadores puedan cooperar, compartir recursos y equipamiento e intercambiar información con universidades, administraciones públicas, la opinión pública en general y la iniciativa privada. La creación de esa red de cooperación traerá consigo un incremento significativo en la calidad y producción bibliográfica de los grupos, así como en los conocimientos en inmunoterapia y diagnóstico generados en la región SUDOE. Para ello se pretende formar personal en transferencia tecnológica y en patentes entre los distintos grupos de investigación y empresas y PYMES locales. Además, se fomentará la movilidad de los investigadores, lo que facilitará la investigación al optimizar el uso de animales, material y equipamiento costosos y el conocimiento mutuo de los grupos. Asimismo, se llevará a cabo una formación de alto nivel de investigadores y técnicos mediante cursos internacionales, seminarios y conferencias, mejorando de esta forma la masa crítica de investigadores de excelencia que puedan sostener y ampliar en el tiempo los fines del proyecto. Finalmente, todas estas actividades conllevarán un aumento del número de patentes presentadas y de la calidad de redacción de las mismas y una potenciación de la transferencia de tecnología, la competitividad y el desarrollo regional en un sector industrial/tecnológico de alto valor añadido para el SUDOE.
RESATER
En el contexto de la accesibilidad de los territorios que forman el Espacio SUDOE, especialmente las zonas rurales, se deben aprovechar las ventajas que supone el uso de las TIC para la mejora de los servicios que se prestan a la población, entre otros, la asistencia médica. La finalidad del proyecto RESATER es, por tanto, contribuir a la mejora del poder de atracción de las zonas rurales del SUDOE manteniendo y desarrollando una oferta sanitaria adaptada e innovadora, a través de la creación de un proyecto territorial de salud concertado a nivel local que pueda ser un modelo en beneficio del conjunto de los territorios rurales de la zona. El proyecto RESATER se plantea como resultado la creación de una herramienta integrada de gestión de la información, conocimientos, competencias y servicios vinculados al mantenimiento de una oferta de servicios de asistencia de calidad en el medio rural de la zona en cuestión y a coste optimizado. Esto permitirá un aumento del número de redes locales de salud y del número de organizaciones participantes en estas redes, con lo que se conseguirá a su vez un aumento de la conectividad en cuanto a protagonistas implicados en la salud a nivel local. Se creará así un espacio de trabajo cooperativo virtual, mediante la integración de tecnologías multimedia y la transmisión de datos en red. Asimismo, se constituirá un observatorio SUDOE en cuanto a salud y telemedicina y se creará una Plataforma común de servicios TIC aplicados al desarrollo de servicios y redes locales de salud. Todo ello implicará la creación de nuevos empleos específicos, el mantenimiento de la oferta de asistencia en el territorio y otras ventajas tales como la disminución del tiempo de espera de los pacientes para acceder a prestaciones de asistencia sanitaria, la limitación de los desplazamientos (concretamente, visitas a domicilio) o la racionalización de los costes de hospitalización y transporte. De esta forma, se mejorará el servicio sanitario que se presta en las poblaciones rurales del conjunto del territorio SUDOE.
CLINK
La falta de estructuras que permitan el contacto e intercambio de conocimiento y tecnología entre los grupos de investigación existentes en el espacio SUDOE provoca, en ocasiones, que no se desarrollen patentes, especialmente cuando dichos grupos se encuentran con una fuerte competencia desde los Estados Unidos. En este contexto, el objetivo del proyecto CLINK es la puesta en valor de dos tecnologías que permiten producir células NK (Natural Killer) humanas activadas que podrían representar una solución para varios tipos de cáncer, principalmente hematológicos. Como objetivo último, el proyecto se plantea la producción, si es posible, de patentes para una explotación comercial posterior. Para lograr este objetivo, se establecerá un consorcio, en el que gracias al intercambio de información y tecnología sobre células NK, se pueda desarrollar una temática puntera implementando un tratamiento clínico desarrollado íntegramente con grupos y conocimientos de la región SUDOE. De este modo, tras la puesta a punto de los protocolos clínicos para el tratamiento de pacientes que padecen cáncer, se realizarán varios ensayos clínicos en pacientes con cáncer hematopoyético en los hospitales de las regiones

Tabla 84 – Descripción acrónimo/resumen de los proyectos aprobados en el SUDOE

implicadas, con el objetivo de comprobar los protocolos de activación de células NK humanas más eficaces. Finalmente, se espera mejorar o eliminar completamente la enfermedad residual en los pacientes estudiados, proceder a una reducción de los costes de tratamiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes. En el caso positivo de mejoras en el pronóstico vital del paciente, en su calidad de vida y/o en los costes del tratamiento, la técnica creada será explotada comercialmente por medio de dos patentes. Los pacientes que primero se beneficiarán de esta técnica serán de la región SUDOE. La explotación comercial recaerá también en la región mediante la probable creación de una empresa de biotecnología de tipo Start-up.

FOODSME-HOP

La concienciación general sobre la necesidad de establecer unos hábitos de alimentación saludables ha dado lugar a un incremento de la demanda de productos saludables por parte de los consumidores. Esto sitúa al desarrollo de productos saludables novedosos como una oportunidad de innovación para las empresas del sector en el espacio SUDOE. Estas empresas encuentran barreras a la hora de llevar a término proyectos de innovación e investigación que les permitan adaptarse a los constantes cambios del mercado y evolucionar para ser más innovadoras y competitivas. El objetivo del proyecto FOODSME- HOP es mejorar la competitividad y la capacidad de innovación del tejido empresarial agroalimentario del espacio SUDOE, constituido principalmente por PYMES. Se pretende aumentar el número de PYMES innovadoras en el sector, favoreciendo la transferencia de tecnología desde los centros de investigación a dichas PYMES y capacitándolas en la gestión de la innovación en el área de la nutrición y la salud, una de las áreas con mayor futuro y ámbitos de aplicación en el sector agroalimentario.

Varias acciones se desarrollarán en este proyecto para guiar y asesorar a las empresas del sector en su «despegue» hacia las actividades de innovación. En primer lugar, se llevará a cabo un mapping de empresas del sector agroalimentario con alto potencial de innovación que participarán en el proyecto. Al mismo tiempo, se definirá un sistema de tutorización para 130 empresas a través del cual recibirán apoyo para los aspectos tecnológicos y de gestión de la innovación, y se lanzará una plataforma de información en este ámbito. A continuación, se llevará a cabo un proceso de formación de las empresas en las temáticas principales del proyecto y sobre las necesidades de innovación que ellas mismas han identificado. Finalmente, se desarrollarán proyectos de demostración de reducción/sustitución de sal, azúcar, grasas y aditivos sintéticos en productos alimentarios. A partir de esta estrategia de actuación global se aumentará el número de PYMES innovadoras, capacitándolas para contribuir al desarrollo económico- industrial del sector en el espacio SUDOE.

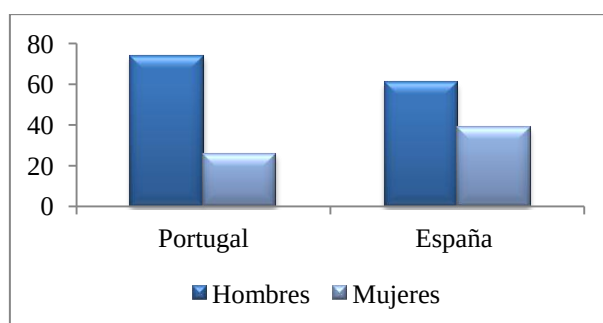
Fuente: Elaboración propia

2. Estudiar la audiencia de las paginas web ministeriales de salud en el contexto ibérico

Se presentan en forma de gráficos y tablas los principales resultados obtenidos en la investigación sobre la Audiencia de las webs ministeriales.

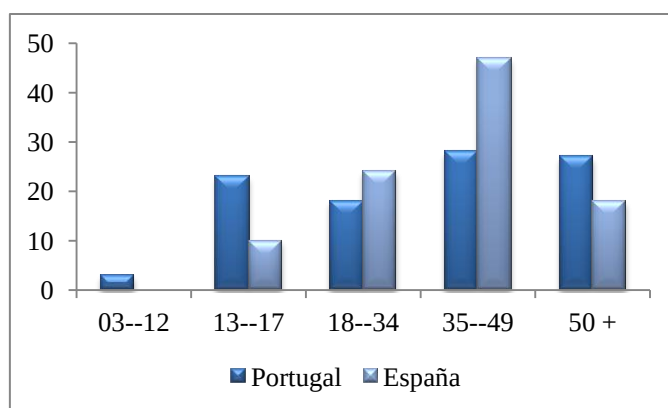
La distribución por sexo, edad, nivel de estudios – características demográficas – de los usuarios de las páginas web ministeriales, varía de acuerdo al área geográfica (figuras 62 y 63).

Figura 62 – Distribución de la frecuencia de los usuarios por sexo y país



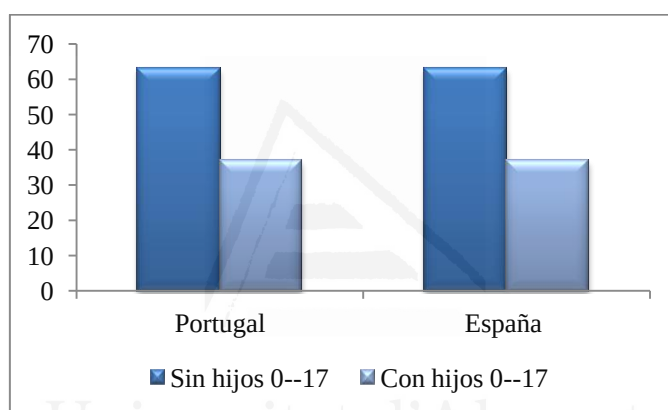
Fuente: www.quantcast.com

Figura 63 – Distribución de usuarios por rangos de edad y país



Fuente: www.quantcast.com

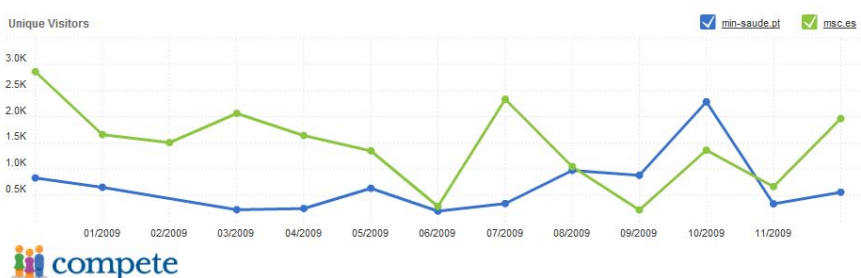
Figura 64 – Distribución de la frecuencia de los usuarios por presencia de hijos y país



Fuente: www.quantcast.com

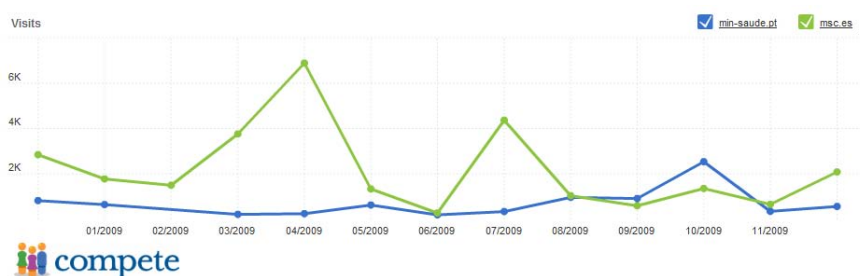
Su presentación grafica permite identificar la considerable variación a lo largo de 2009, considerando la línea a verde referente a la página ministerial de España y la línea azul referente a Portugal.

Figura 65 – Distribución de la frecuencia del indicador Unique Visitors, en las paginas ministeriales a lo largo de 2009



Fuente: www.compete.com

Figura 66 – Distribución de la frecuencia del indicador Visits, en las paginas ministeriales a lo largo de 2009



Fuente: www.compete.com

Los principales Upstream y Downstream Sites, palabras clave buscadas y dominios web relacionados, referentes a las páginas web ministeriales están representados en la tabla 85.

Tabla 85 – Principales fuentes de tráfico y términos de búsqueda para acceder a las webs ministeriales

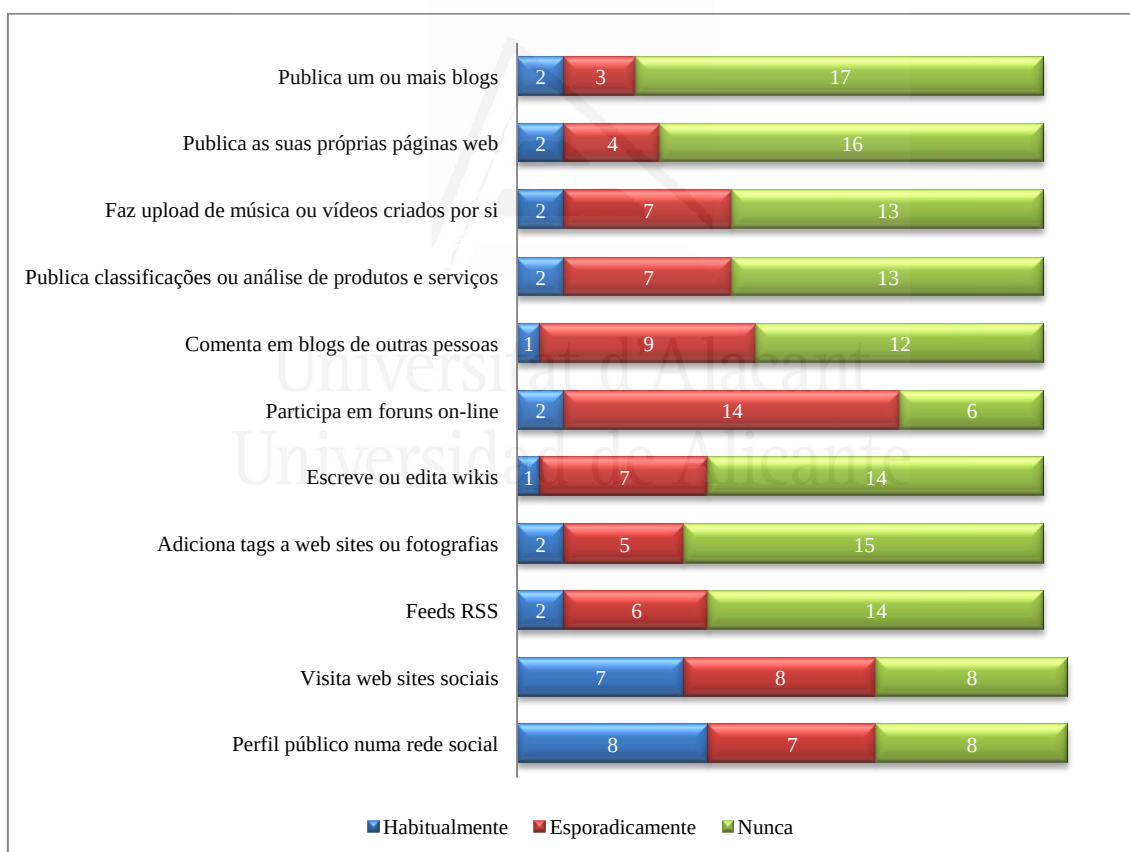
	<u>www.msc.es</u>	<u>www.min-saude.pt</u>
Upstream Sites	67.69% google (diversos dominios) 10.26% mspes.es 4.62% megaclick.com 3.59% wikipedia.org 2.56% consumo-inc.es 2.56% europa.eu	71.94% google (diversos dominios) 4.42% medicointerno.com 3.64% facebook.com 2.60% msn.com 2.34% live.com 2.34% portaldasaude.pt 1.82% hi5.com 1.82% iol.pt
Downstream Sites	60.64% google (diversos dominios) 8.43% mspes.es 4.82% megaclick.com 3.61% yahoo.com 3.01% europa.eu 3.01% facebook.com 3.01% live.com 2.41% conduit.com	63.64% google (diversos dominios) 4.87% facebook.com 4.22% sapo.pt 3.90% live.com 3.57% medicointerno.com 3.25% msn.com 2.92% portaldasaude.pt 2.60% youtube.com
Palabras Clave más buscadas	2.81% ministerio de sanidad 1.93% gripe a 1.52% ministerio sanidad 0.87% ministerio de sanidad y consumo 0.84% vacunas para viajar 0.64% msc 0.52% plan nacional sobre drogas 0.46% sanidad exterior 0.41% registro sanitario 0.37% prohibido fumar	2.36% gripe a 1.88% sintomas gripe a 1.85% gripe a sintomas 0.83% acss 0.79% sintomas da gripe a 0.78% hospital santa maria 0.64% ipo 0.59% diabetes 0.55% portal da saude 0.49% ars

Fuente: Elaboración propia a partir de www.compete.com

3. Identificar a importancia e o alcance no uso da Web 2.0 pelos colaboradores do Departamento da Qualidade na Saúde – Direção-Geral da Saúde

Da análise das respostas obtidas ao Questionário sobre o uso da Web 2.0 verifica-se que as tecnologias mais utilizadas são o perfil público numa rede social (oito dos inquiridos utilizam habitualmente esta tecnologia, 35%) e a visita a Web sites sociais (sete dos inquiridos utilizam habitualmente esta tecnologia, 30%) em detrimento da publicação de um ou mais blogs (dezassete dos inquiridos nunca utilizaram esta tecnologia, 74%) e a publicação das suas próprias páginas Web (dezasseis dos inquiridos nunca utilizaram esta tecnologia, 70%), já a participação em fóruns online é pautada como sendo esporadicamente utilizada (n=14) (figura 67).

Figura 67 – Tecnologias utilizadas

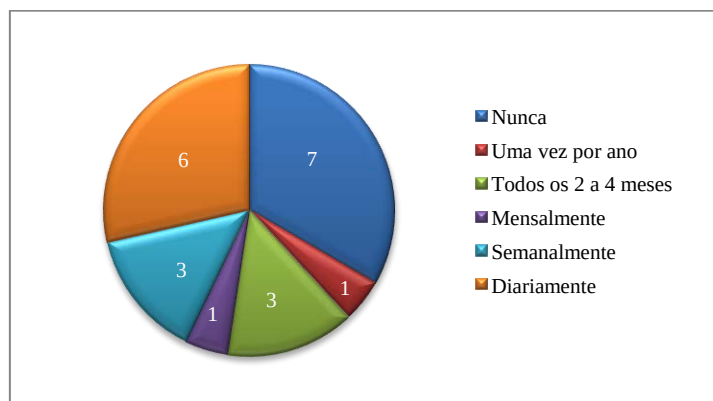


Fuente: Elaboración propia

No que concerne a frequência do uso das redes sociais verifica-se uma heterogeneidade de respostas: sete dos inquiridos nunca usam redes sociais (33%), três utilizam semanalmente (14%) e seis utilizam diariamente (29%) e os restantes utilizam-nas com

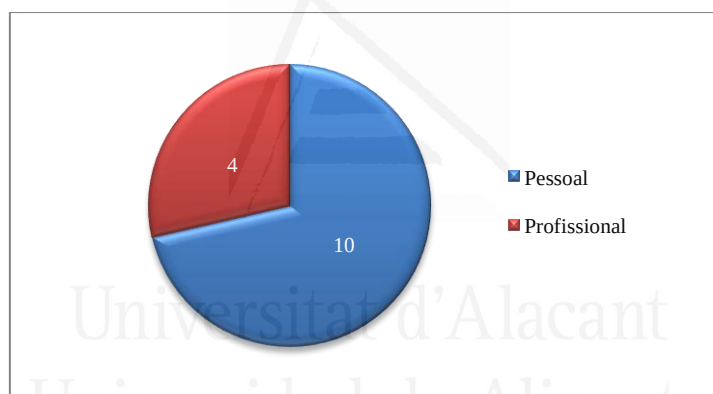
uma frequência intermédia (figura 68). Sendo que, dos que usam as redes sociais, dez usam-na com uma finalidade de índole pessoal (71%) e quatro de índole profissional (29%) (figura 69).

Figura 68 – Frequência do uso das redes sociais



Fuente: Elaboración propia

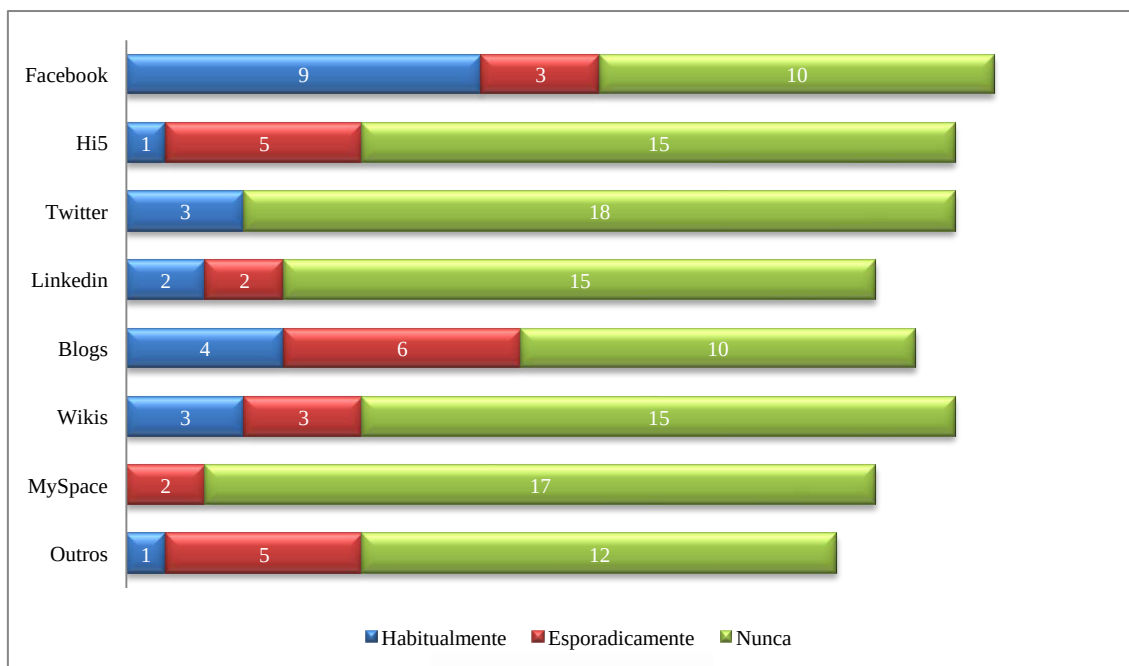
Figura 69 – Finalidade do uso das redes sociais



Fuente: Elaboración propia

As redes sociais utilizadas com maior frequência são o Facebook (nove dos inquiridos usam-no habitualmente, 41%, e três esporadicamente, 14%) e os Blogs (quatro dos inquiridos usam-nos habitualmente, 18%, e seis esporadicamente, 27%). Por oposição, o Twitter e o MySpace são os recursos menos utilizados (dezoito, 82%, e dezassete, 77%, dos inquiridos, respectivamente, nunca os utilizam) (figura 70).

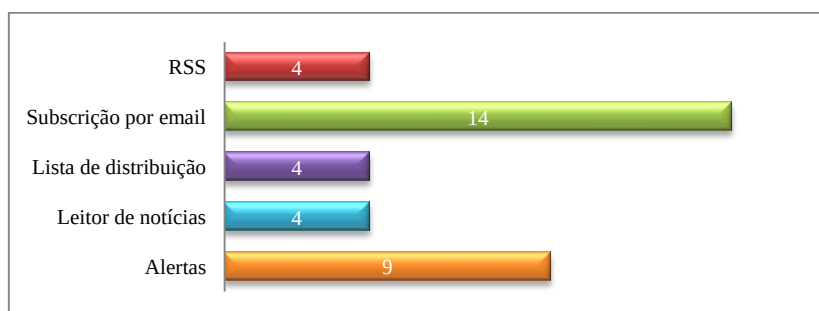
Figura 70 – Utilização dos recursos Web



Fuente: Elaboración propia

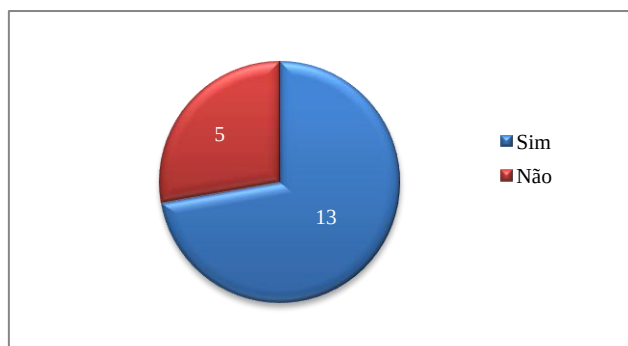
As ferramentas automáticas mais utilizadas para receber actualizações sobre temáticas de interesse para os inquiridos são a subscrição por email (n=14, 78%) e alertas (n=9, 50%). Já as ferramentas RSS, lista de distribuição e leitor de notícias são utilizadas por quatro dos inquiridos (22%), respectivamente (figura 70). Treze dos inquiridos (72%) afirmam ainda que utilizam outros dispositivos para além do computador para aceder à Internet (figura 72).

Figura 71 – Ferramentas automáticas para receber actualizações sobre temáticas de interesse



Fuente: Elaboración propia

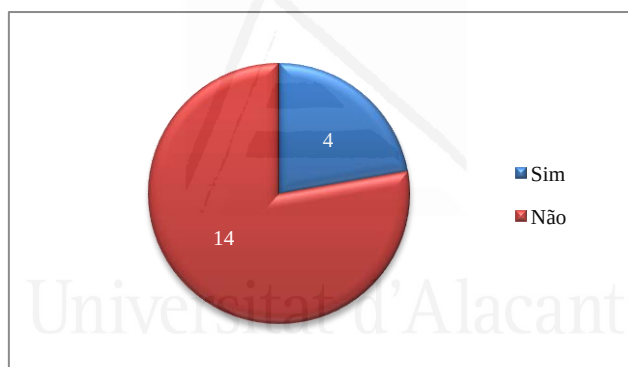
Figura 72 – Utilização de outros dispositivos para além do computador para aceder à Internet



Fuente: Elaboración propia

Relativamente à aplicabilidade da Web 2.0 na Saúde verifica-se que apenas quatro dos inquiridos têm conhecimento de ferramentas Web 2.0 aplicadas na área da Saúde (figura 73).

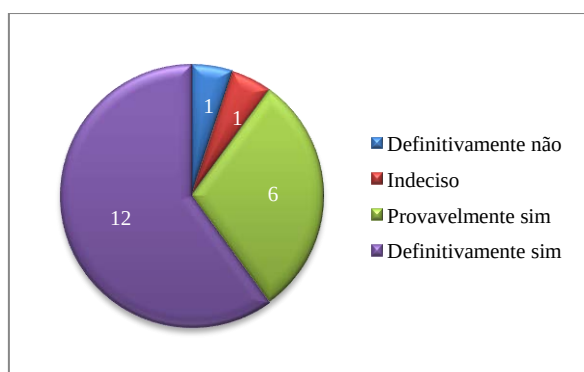
Figura 73 – Conhecimento sobre ferramentas Web 2.0 aplicadas na área da saúde



Fuente: Elaboración propia

Nesta linha ainda se observa que doze dos inquiridos considera que a Web 2.0 e as redes sociais podem ser definitivamente uma mais-valia para a comunicação e aproximação ao cidadão na área da saúde, seis consideram que provavelmente poderão ser uma mais-valia, um dos inquiridos afirma estar indeciso e um considera que definitivamente não será uma mais-valia para a comunicação e aproximação ao cidadão na área da saúde (figura 74).

Figura 74 – Web2.0 e redes sociais como mais-valia para a comunicação e a aproximação ao cidadão na área da saúde



Fuente: Elaboración propia

No que concerne a comparação entre os recursos Web 2.0 utilizados pelo Departamento da Qualidade na Saúde – Direção Geral de Saúde (DQS-DGS) em Portugal e os utilizados pela Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (MSPS) em Espanha verificou-se que estes últimos dispõem aos seus utentes um vasto leque de recursos informáticos ao contrário de Portugal que apenas dispõe de Website (tabla 86).

Tabla 86 – Recursos Web 2.0 utilizados pelo Departamento da Qualidade na Saúde – Direção Geral de Saúde (Portugal) e pela Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (Espanha)

	ESPAÑA	PORTUGAL
	Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (MSPS)	Departamento da Qualidade na Saúde (DGS)
Website	http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm	http://www.dgs.pt
Blog	http://blog.plandecalidadsns.es/ Informacion descriptiva: Desde la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud somos conscientes del creciente uso de las herramientas de la web social por parte de las personas usuarias de Internet. Utilizamos este blog para compartir y difundir toda la información y documentación que generamos y que nos hacen llegar en relación con el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (publicaciones, boletines y suplementos, eventos ...).	
Facebook	http://www.facebook.com/pages/Agencia-de-Calidad-del-Sistema-Nacional-de-Salud/47120718027 Informacion descriptiva: Te damos la bienvenida a la página en Facebook de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social del Gobierno de España. Desde esta página tendrás acceso a toda nuestra información.	
Twitter	http://twitter.com/#!/agenciocalidad Informacion descriptiva: @agenciocalidad Madrid, Spain twitter del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad	
Delicious	http://delicious.com/agenciocalidadsns	

Tabla 86 – Recursos Web 2.0 utilizados pelo Departamento da Qualidade na Saúde – Direção Geral de Saúde (Portugal) e pela Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (Espanha)

ESPAÑA		PORTUGAL
Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (MSPS)		Departamento da Qualidade na Saúde (DGS)
	agenciocalidadsns http://www.slideshare.net/sanidadyconsumo Informacion descriptiva: Name Plan de Calidad para el SNS Street address Paseo del Prado, 18-20 Location Madrid, Madrid, Spain Work Administración pública at Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Calidad del SNS About Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Website www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/p... Tags Administración, Ministerio, Sanidad, Política social, Consumo, Igualdad Joined Jan 09	
Slideshare		
Feed RSS	feed://blog.plandecalidadsns.es/feed/ feed:https://listas.mspsi.es/listasDistribucion/feed.do?id=11	
Listas de distribuição - Subscritores a Listas de Email	http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/listas/home.htm	
Fuente: Elaboración propia		

4. Explorar los Modelos de Acreditación Sanitaria más relevantes en la promoción de la cooperación sanitaria

Los sistemas de acreditación sanitaria están sujetos a diferentes variables y situaciones, generalmente preconcebidas por la cultura, el nivel político y socioeconómico, así como el entorno en que se halla el país o región donde se aplique el sistema de acreditación.

De este modo, se estudiarán los Modelos de Acreditación de la Comunidad Valenciana (INACEPS) y de la Comunidad de Andalucía (ACSA), considerando sus potenciales y valor añadido para una futura cooperación con el Servicio Nacional de Salud Portugues. La tabla 87 presenta una caracterización general de las entidades promotores de los modelos de acreditación en estudio (INACEPS y ACSA):

Tabla 87 – Caracterización General de los Modelos de Acreditación INACEPS y ACSA

	INACEPS	ACSA
Misión	Promover la excelencia en la calidad. Fomentar la mejora continua de la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria.	Impulsar la cultura de la calidad, seguridad y mejora continua en la atención sanitaria.
Visión	Promoción y acreditación de la efectividad, calidad y la excelencia de la asistencia sanitaria. Defensa de la calidad y seguridad asistencial, buscando la mejora de la calidad, atendiendo de manera especial a sus aspectos más propiamente sanitarios. Aspira a convertirse en una institución de referencia en la evaluación y acreditación de tecnologías, centros y servicios y, en definitiva en la valoración, promoción, investigación y desarrollo de la calidad de la asistencia prestada en las instituciones sanitarias.	Ser reconocidos como una organización de referencia en el ámbito de la calidad sanitaria.
Valores	Independencia en la toma de decisiones. Objetividad y rigor como fundamento de los dictámenes y de la metodología de trabajo. Servicio al ciudadano, incrementando su confianza.	Transparencia, Integridad, Cooperación, Compromiso, Rigor científico-metodológico, Creatividad e innovación, e Independencia.
Marco Legal	DECRETO 14/2002, de 8 de febrero, del Gobierno Valenciano, por el que se acuerda la constitución de la sociedad mercantil Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias, SA. [2002/M1363]	Fundación Pública Andaluza -fundación del sector público perteneciente a la Consejería de Salud, de acuerdo con lo establecido en el art. 55 de la Ley 10/2005 de Fundaciones de la Comunidad Autónoma de Andalucía).
Programas de Acreditación	- Acreditación de Organizaciones y Prácticas Sanitarias - Acreditación Sanitaria en Atención Primaria - Acreditación de Unidades de Hemodialisis - Acreditación de Oficinas de Farmacia - Acreditación de Centros de Atención Primaria	- Acreditación de Centros y Unidades Sanitarias de la Consejería de Salud - Acreditación de Competencias Profesionales - Acreditación de Formación Continuada - Acreditación de Páginas Web Sanitarias

Fuente: Elaboración propia

Figura 75 – Organigrama del INACEPS

Fuente: Elaboración propia

Figura 76 – Organigrama del ACSA

Fuente: Elaboración propia

Análisis en detalle de cada uno de los modelos de acreditación:

Modelo de Acreditación - INACEPS

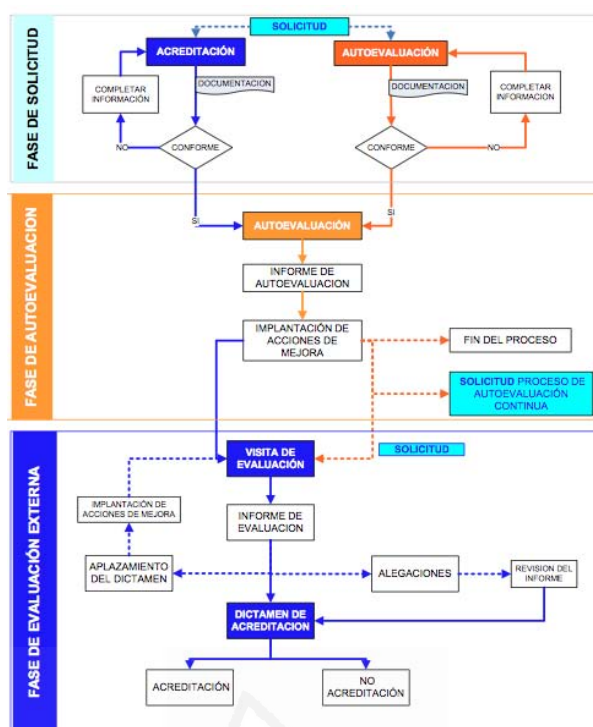
La acreditación del Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias se basa en la comparación del estado de la organización a acreditar, con una serie de criterios y estándares de evaluación definidos por el Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias, y recogidos en el Manual de Acreditación Inaceps.

El procedimiento para la Acreditación es gestionado en todas sus fases y resuelto por el órgano acreditador, esto es el Inaceps, como se puede observar en el siguiente diagrama (figura 75).

Las principales fases son:

- a. Fase de Información y Solicitud
- b. Fase de Autoevaluación
- c. Fase de Evaluación Externa para la Acreditación

Figura 77 – Fases y procedimientos del Modelo de Acreditación INACEPS



Fuente: Modelo de Acreditación INACEPS

a. *Fase de Información y Solicitud*

Según consta en sus estatutos, Inaceps podrá acreditar centros y servicios de salud y en general todos aquellos establecimientos en los que se lleven a cabo prácticas sanitarias, con independencia de su titularidad, destino o ubicación.

Las organizaciones que deseen ser acreditadas, deberán ejercer la actividad como mínimo desde 18 meses antes de solicitarla.

La organización puede solicitar previamente información al Inaceps sobre el contenido y requerimientos del procedimiento de Acreditación. El Instituto podrá facilitar esta información tanto por escrito, como por otras vías (entrevista, teléfono, etc.)

La información comprende el procedimiento y las normas para la Acreditación, en el los que se establecen las reglas para la concesión, mantenimiento y extinción de la Acreditación.

Esta información hace referencia a: definiciones, concesión de la Acreditación y niveles, mantenimiento y renovación de la Acreditación, registro de la Acreditación, uso de la certificación, compromisos, sanciones, recursos, reclamaciones, renunciaciones, confidencialidad, publicidad, acuerdos sobre la Acreditación, modificaciones, etc..

Se proporciona una guía de conceptos básicos del Manual para la Acreditación, que la organización debe cumplir para obtener la Acreditación o en su caso, a petición de la institución se le facilitará el Manual para la Acreditación Inaceps, previo pago del mismo.

Se facilita a la organización un impreso de solicitud de Acreditación y una valoración estimada del coste de la Acreditación, una vez se disponga de los datos primordiales de la organización.

Tratándose de un proceso voluntario, basado en criterios de evaluación explícitos, tendrá que ser la organización que estime estar en condiciones de hacerlo, la que a través de su ente directivo y su representante legal, presente una “Solicitud” dirigida al Inaceps.

Inaceps se compromete a establecer normas y procedimientos específicos para salvaguardar la confidencialidad de la documentación que le sea entregada y de la información utilizada para la realización de estos procesos.

La denegación de una solicitud no se hará pública en ningún caso.

b. Fase de Autoevaluación

La organización accede, mediante una plataforma informática diseñada al efecto, a un cuestionario para la autoevaluación basado en los criterios y estándares que componen el Manual específico para la Acreditación y que ha de servir para que la organización inicie un proceso de reflexión que le permita discernir sus fortalezas y debilidades y como consecuencia las posibles acciones de mejora a implantar antes de seguir con el proceso de Acreditación.

El cuestionario va dirigido al estrato directivo de la organización, de quien forzosamente tiene que partir la iniciativa para poner en marcha el proceso de Acreditación de la calidad de la organización a su cargo.

Su pretensión consiste en promover en el mencionado ente directivo, una obligada reflexión previa a tal proceso, a fin de que éste, una vez transitado el camino propuesto por el cuestionario y tras una concienzuda valoración de cada uno de los aspectos planteados, dé sincera respuesta a las cuestiones que en él se formulan.

De las respuestas deben surgir orientaciones a propósito de los puntos fuertes de que goza la organización así como también de aquellos puntos débiles que precisan acciones correctoras o de mejora, si se está firmemente decidido a obtener la Acreditación o al menos a establecer un proceso de mejora continua de la institución.

Hay que entender que con la cumplimentación del cuestionario, no se pretende examinar a la organización, sino tan sólo proporcionar pistas y materiales al estrato directivo que le permitan situarse en correcta perspectiva a propósito del proceso en el que va a participar. De ahí la necesidad de llevar a cabo una profunda reflexión sobre cada una de las cuestiones planteadas, que propicie una respuesta real y sincera, cuyo primer usufructuario va a ser el propio directivo, al permitirle adoptar una decisión en orden, bien a continuar el proceso, o bien a suspender el mismo hasta disfrutar de una mejor posición para poder afrontarlo con garantías.

Conviene recordar que el conjunto de estándares y criterios recogidos en el Manual para la Acreditación no son otra cosa que la ramificación o descomposición en múltiples facetas de las preguntas planteadas de manera más general en el presente cuestionario, proporcionando con ello una visión detallada y exhaustiva de los mismos aspectos sobre los que el directivo habrá tenido ocasión de reflexionar previamente, al cumplimentar el cuestionario.

Asimismo Inaceps entrega a la organización el Manual para la Acreditación, para su mejor conocimiento.

Del estudio del anterior cuestionario, el equipo de evaluadores de Inaceps elabora un breve informe con los puntos fuertes y débiles detectados así como posibles medidas correctoras a adoptar. Así mismo, se emite un certificado que acredita que la organización ha realizado satisfactoriamente el proceso de Autoevaluación Inaceps.

A la vista de los resultados, si fuese necesario, el Centro podrá realizar las mejoras que considere oportunas para situarse en posición de obtener la Acreditación. Cuando esta circunstancia se dé, comunicará a Inaceps su disposición a iniciar el proceso de certificación externa.

Si el Centro optara por no continuar el proceso de Acreditación, podrá solicitar a Inaceps la posibilidad de mantener activa la plataforma de Autoevaluación como herramienta de mejora iniciando un Proceso de Autoevaluación Continua.

c. Fase de Evaluación Externa para la Acreditación

Para iniciar la fase de evaluación externa de la Acreditación es obligatorio superar la fase de autoevaluación y remitir a Inaceps una solicitud.

Inaceps dispone del Manual para la Acreditación, adaptado para cada especialidad.

Este manual está dividido en diez Dimensiones con un peso específico cada una de ellas:

Tabla 88 – Dimensiones evaluadas en el Modelo de Acreditación INACEPS

Dimensión	Denominación	Peso Específico (en %)
1	Dirección y gestión de la organización	8
2	Gestión de los recursos humanos	8
3	Gestión de las funciones logísticas	8
4	Gestión de la información	8
5	Gestión y mejora continua de la calidad	8
6	Relación con los pacientes y Aspectos éticos	10
7	Proceso asistencial	16
8	Continuidad de la asistencia	10
9	Gestión y control de acontecimientos adversos	12
10	Resultados	12

Cada dimensión contiene los criterios de evaluación.

Cada uno de ellos tiene un peso específico o importancia dentro de la dimensión que ha sido establecido por el Consejo Científico del Inaceps.

El equipo evaluador, una vez realizada la visita de evaluación y tras el estudio de las pruebas de evidencia analizadas, puntúa cada criterio con una nota máxima de 5 y mínima de 1, de acuerdo con el grado de cumplimiento del mismo.

Esta valoración establecida por el equipo evaluador, se pondera en función del peso específico atribuido a cada criterio (distinto para cada uno de ellos) determinado según se ha visto anteriormente, obteniendo así la puntuación final de cada criterio.

La Acreditación se otorgará siguiendo las siguientes normas:

- Existen en el manual unos criterios considerados Esenciales y señalados por un asterisco, que son de obligado cumplimiento a juicio del organismo acreditador y a los cuales se les exige inexcusablemente la obtención de una puntuación de 5 (Cumplimiento íntegro y sistemático del enunciado del criterio).

El hecho de que algún criterio de los mencionados no obtenga tal puntuación, impedirá la obtención de la Acreditación por el organismo solicitante, en tanto no se subsanen las deficiencias que condicionan dicha situación.

- El organismo acreditador establece dos niveles de Acreditación:
 - 1) Nivel Avanzado: cuando la puntuación obtenida por un Centro supere los 500 puntos.
 - 2) Nivel Excelente: cuando la puntuación obtenida por un Centro supere los 700 puntos.

Teniendo en cuenta que:

- La puntuación total obtenida por la organización solicitante será la que proporcione la suma de la puntuación final de todos sus criterios
- La puntuación máxima del Manual obtenida sumando las de las diez dimensiones será de 1000 puntos.
- La validación del proceso evaluación externa de la Acreditación, se realiza por evaluadores no vinculados con la institución a acreditar. Su función es verificar que la institución cumple los criterios de calidad establecidos por el Inaceps.
- El número de componentes del equipo evaluador, depende de la dimensión y características del servicio a acreditar.
- Los evaluadores, son preferentemente licenciados o doctores en ciencias de salud o diplomados en enfermería, que previamente habrán obtenido la formación académica requerida.
- Inaceps se asegura previamente que no se presenten conflictos de intereses reales o potenciales, al seleccionar al equipo de evaluadores.

Los miembros son elegidos bajo los siguientes criterios:

- No ser, trabajador, ni haber trabajado en el servicio o centro a acreditar en los últimos tres años.
- No haber tenido nexos con el servicio que pudiesen resultar en un conflicto de intereses.

Inaceps designa a uno de ellos como jefe del equipo evaluador. Asimismo nombrará a otros observadores y coadyuvantes del proceso.

El jefe del equipo es quien asigna a cada uno de los integrantes sus áreas de responsabilidad y recaba la información y evaluación de la visita para ser entregada a la Comisión de Acreditación. por el Inaceps, deberán valorar y puntuar el cumplimiento por parte de la institución de los estándares y criterios contenidos en el Manual para la Acreditación mediante la revisión de las fuentes documentales debidamente seleccionadas y preparadas, las entrevistas con los personajes clave designados y la observación de procedimientos y el entorno.

La visita de evaluación afecta al conjunto de actividades del establecimiento. Se realiza respetando el secreto profesional. La organización proporciona a los evaluadores todo aquel documento necesario para su análisis.

Acabada la revisión que deberá ceñirse a lo dispuesto en el programa salvo causas excepcionales, los evaluadores se reúnen, para en el plazo de un mes elaborar un informe de evaluación, firmado por el equipo evaluador.

El informe además de la puntuación obtenida, incluye las fortalezas y debilidades que se evidencien y los criterios no aplicables.

La Comisión de Acreditación es la que emite el dictamen de acreditación en cualquiera de sus grados, con los miembros fijos, establecidos en los estatutos, miembros del Consejo Científico o aquellos especialistas que considere oportuno.

La Comisión de Acreditación podrá constituir una Subcomisión de Acreditación formada por expertos representantes de las Sociedades Científicas y/o Colegios Profesionales, y miembros de la propia Comisión de Acreditación. Esta Subcomisión tras el estudio del informe de evaluación del equipo evaluador elevará una recomendación de Acreditación a la Comisión de Acreditación.

La Comisión de Acreditación podrá delegar en la Subcomisión el estudio de alegaciones al informe, la solicitud de aplazamiento del dictamen o aquellas cuestiones o fases del proceso que considere oportuno. En ningún caso podrá delegar la emisión de dictamen definitivo.

Se evitará la selección de miembros que puedan tener relación o conflictos con la entidad a acreditar.

La Comisión de Acreditación del Inaceps, al emitir el dictamen de Acreditación, tendrá en cuenta:

- La recomendación efectuada por la Subcomisión de Acreditación.
- La información obtenida durante la visita de validación.
- El informe de los evaluadores.
- La documentación aportada por el servicio o centro.
- Información adicional que se haya solicitado.
- La organización cumple las normas y criterios establecidos por el Inaceps para poder acreditarse.

El dictamen definitivo puede ser:

- a. Favorable a conceder la Acreditación. Inaceps comunica al Centro este dictamen tan pronto como le sea posible y le entrega el certificado de Acreditación.
- b. Desfavorable a conceder la Acreditación. Cuando no se cumplan las normas establecidas para la Acreditación y/o la Comisión de Acreditación considere que

las acciones de mejora necesarias para optar a la misma superan el plazo máximo de un año establecido para el aplazamiento del dictamen.

La organización puede volver a solicitar la Acreditación, pasado al menos un año, asumiendo el coste de la misma.

La Acreditación tendrá una validez de 3 años. Pasado este periodo la organización deberá solicitar la Validación de la Acreditación a Inaceps. Este proceso comprende la autoevaluación y una visita de evaluación que permita confirmar que el Centro es merecedor de mantener el nivel de Acreditación concedido con anterioridad, siendo en este caso validada la Acreditación por otros tres años.

Si tras la visita de evaluación Inaceps constata que no es posible validar el nivel de Acreditación, la organización deberá solicitar la Renovación de la Acreditación, iniciando el proceso igual que si fuese la primera vez que se solicita.

A los 3 años de la Validación de la Acreditación es necesaria la solicitud de Renovación de la Acreditación.

En todo caso el Inaceps mantiene la potestad de proceder a su revisión o retirar la Acreditación otorgada antes de cumplirse el plazo de expiración cuando nuevas circunstancias obliguen a ello.

Modelo de Acreditación - ACSA

El Modelo de acreditación del Sistema Sanitario Andaluz ostenta una serie de características propias:

- Es coherente con los planes y herramientas de gestión para la mejora continua en el SSPA: la gestión clínica, la gestión por procesos, la gestión por competencias y la gestión del conocimiento.
- Los estándares presentes en los diferentes programas toman como referencia el marco normativo de Salud de Andalucía, el Plan Andaluz de Salud, los Planes Integrales, los Procesos Asistenciales Integrados, los Procesos de Soporte, los contenidos de los Contratos Programa y Acuerdos de Gestión Clínica, recomendaciones sobre mejores prácticas, elementos de seguridad, las necesidades y expectativas de los ciudadanos, etc.
- Aborda la calidad desde un enfoque integral, a través de los Programas de Acreditación dirigidos a los diferentes elementos que intervienen en la atención sanitaria: Centros Sanitarios y Unidades de Gestión Clínica, Oficinas de Farmacia,

Unidades de Hemodiálisis, Unidades de Investigación, Laboratorios Clínicos, Actividades, Programas y Centros de Formación Continuada, Competencias Profesionales, etc.

- Tiene carácter progresivo, identificando distintos tramos o grados de avance hacia la excelencia. Más allá de suponer un «hito» aislado o un reconocimiento obtenido en un momento determinado, la acreditación es un proceso dinámico, continuo y evolutivo que refleja y pone de manifiesto no sólo el momento en el que se está sino, y sobre todo, el potencial de desarrollo y mejora para crecer en calidad.

Los Programas de Acreditación puestos en marcha comparten la misma estructura y contemplan, desde cada una de sus perspectivas, las mismas áreas clave para la gestión de la calidad.

Se articulan en cinco bloques, cinco dimensiones en torno a las que se agrupan los contenidos de los distintos programas. Estos bloques tienen que ver con:

- el Ciudadano.
- la Atención Sanitaria Integral.
- los Profesionales.
- las Áreas de Soporte.
- la Eficiencia y los Resultados.

Cada programa se elabora contando con la participación de los profesionales del Sistema Sanitario a través de Comités Técnicos Asesores.

Al igual que sucediera en los restantes Programas de Acreditación, la distribución de los estándares en tres grupos permite al Centro Sanitario identificar una secuencia priorizada para su abordaje:

- los estándares del **Grupo I** contemplan los Derechos consolidados de los ciudadanos, los aspectos ligados a la Seguridad de ciudadanos y profesionales, los Principios Éticos que se deben contemplar en todas las actuaciones sanitarias y aquellos elementos prioritarios para el SSPA.
- en el **Grupo II** de estándares se incluyen los elementos asociados al mayor desarrollo de la Organización (Sistemas de Información, Nuevas Tecnologías y Rediseño de Espacios Organizativos).
- el **Grupo III** abarca aquellos estándares que demuestran que el Centro Sanitario genera innovación y desarrollo para la sociedad en general. En el Grupo I se

encuentran los estándares que tienen la consideración de Obligatorios y, por tanto, han de estar necesariamente presentes y estabilizados para alcanzar cualquier grado de acreditación.

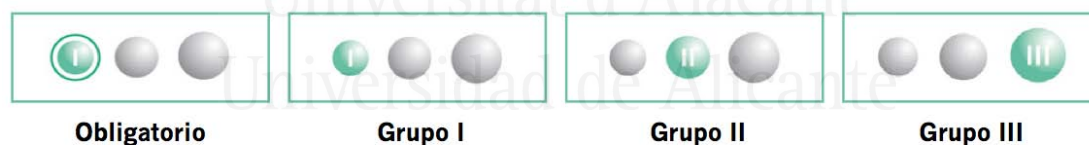
En la siguiente figura se muestra un resumen de la distribución de los estándares del Programa de Centros Sanitarios según el tipo de estándar (figura 76).

Figura 78 – Distribución de los estándares del Programa de Acreditación

TIPO DE ESTÁNDAR	DEFINICIÓN	Nº	%
GRUPO I	Estándares que contemplan los derechos consolidados de los ciudadanos, los aspectos ligados a la Seguridad de ciudadanos y profesionales, los Principios Éticos que se deben contemplar en todas las actuaciones de los Centros Sanitarios y aquellos elementos prioritarios para el SSPA.	70	25%
	Estándares Obligatorios.	92	33%
Total Grupo I		162	58%
GRUPO II	Estándares que determinan elementos asociados al mayor desarrollo de la organización (Sistemas de Información, Nuevas Tecnologías, Rediseño de Espacios Organizativos).	77	27%
GRUPO III	Abarca aquellos estándares que demuestran que el Centro Sanitario genera innovación y desarrollo orientado a la sociedad en general.	41	15%
TOTAL		280	100%

Cada estándar aparece definido y contempla el propósito que persigue su cumplimiento. A su lado, y mediante iconos, se precisa si dicho estándar pertenece al Grupo I, II ó III o si éste es Obligatorio, en cuyo caso aparece rodeado por un círculo (figura 77).

Figura 79 – Símbolos utilizados en el manual de estándares



En todos y cada uno de los ámbitos (centros, unidades sanitarias, profesionales, formación continuada, etc.), el modelo de acreditación articula la progresión en diferentes grados, cada uno de mayor complejidad y exigencia que el anterior, propiciando así la mejora continua. Los niveles de acreditación son Avanzado, Óptimo y Excelente.

En definitiva, el Modelo de Acreditación para el Sistema Sanitario Andaluz es una herramienta metodológica útil, que permite comprobar en qué medida las actividades se realizan de acuerdo a unas normas de calidad, y brinda, a la luz de evaluaciones externas, un reconocimiento público y expreso a aquellas instituciones y profesionales que lo cumplen y demuestran.

El resultado obtenido del Proceso de Acreditación puede ser:

Pendiente de estabilización de estándares Obligatorios

Situación que se mantiene hasta que los planes de mejora del Centro Sanitario cumplan con los estándares Obligatorios del Grupo I. La consecución de éstos permitirá optar a algún nivel de acreditación.

Acreditación Avanzada

Acreditación obtenida al lograr un cumplimiento mayor del 70% de estándares del Grupo I (incluyéndose dentro de este porcentaje la totalidad de los considerados como Obligatorios).

Acreditación Óptima

Se alcanza cuando se da un cumplimiento del 100% de los estándares del Grupo I y cumplimiento mayor del 40% de los estándares del Grupo II.

Acreditación Excelente

El nivel de Excelencia se obtiene cuando se da un cumplimiento del 100% de los estándares del Grupo I y del Grupo II, y cumplimiento mayor del 40% de los estándares del Grupo III.

Figura 80 – Grado de acreditación de Excelencia

	AVANZADO	ÓPTIMO	EXCELENTE
GRUPO I	↑ 70% (incluidos los obligatorios)	100%	100%
GRUPO II		↑ 40%	100%
GRUPO III			↑ 40%

Una vez obtenido un grado de acreditación Avanzado u Óptimo, el Centro Sanitario podrá optar de forma voluntaria a la acreditación en los grados sucesivos, siempre y cuando haya transcurrido un año al menos.

Se ha definido e implantado un módulo específico en la aplicación ME_jora C con el objetivo de llevar a cabo el seguimiento de los proyectos de acreditación a lo largo de los cinco años de vigencia de la acreditación.

Los objetivos planteados para la fase de seguimiento son:

- consolidar los resultados obtenidos, mediante la estabilización del cumplimiento de los estándares a lo largo de los cinco años.
- mantener y aumentar el impulso de la mejora, mediante la implantación de aquellas áreas de mejora detectadas, junto con la oportunidad de continuar identificando nuevas áreas de mejora.

Desde la obtención de la acreditación el Centro Sanitario tiene disponible la ficha de

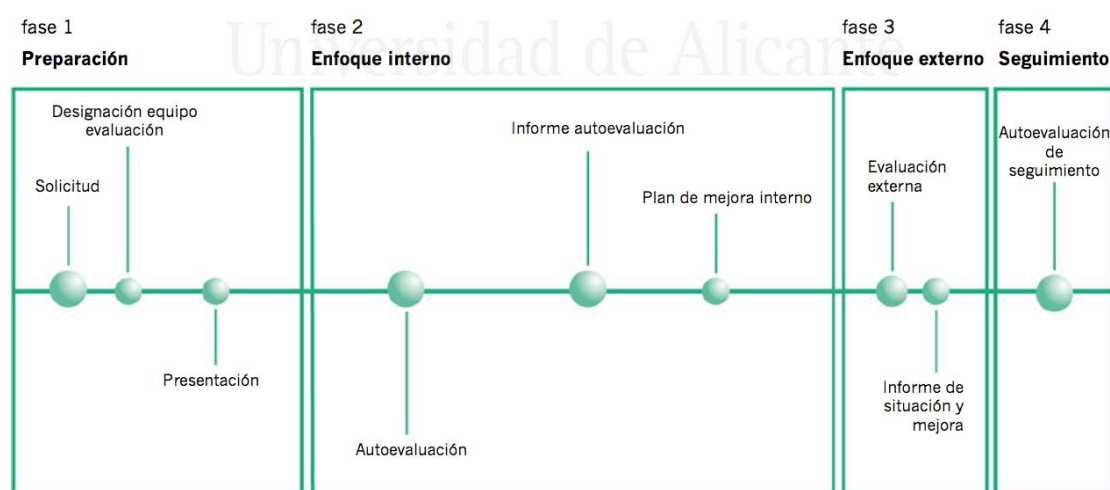
autoevaluación de seguimiento, de forma que a los dos y a los cuatro años de la fecha de la acreditación se realiza la evaluación de seguimiento que consiste en los siguientes cuatro apartados:

- análisis de las consideraciones previas sobre modificaciones estructurales y organizativas que se hubieran podido producir en el Centro Sanitario y que pudieran afectar al ámbito de la acreditación.
- posicionamiento y análisis del cumplimiento de los estándares obligatorios, con el objetivo de asegurar el mantenimiento de su cumplimiento a lo largo del tiempo.
- actualización de las áreas de mejora detectadas en la fase de autoevaluación y pendientes de cumplir.
- actualización de los indicadores de actividad y procesos asistenciales a lo largo de los dos últimos ejercicios.

Las principales fases del procedimiento para la acreditación son (figura 76):

- a. Fase 1 – Preparación
- b. Fase 2 – Enfoque interno
- c. Fase 3 – Enfoque externo
- d. Fase 4 – Seguimiento

Figura 81 – Fases del Proceso de Acreditación – Modelo ACSA



A. Fase 1 – Preparación: Solicitud de acreditación y visita de presentación

El/la director/a o responsable del Centro Sanitario solicita iniciar el proceso de acreditación a la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía mediante la

cumplimentación de una solicitud en la aplicación ME_jora C, disponible en la página web de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria>.

Esta solicitud tiene como consecuencia la planificación conjunta entre el Centro Sanitario y la Agencia, de todo el proceso de acreditación.

Seguidamente, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía designa un Responsable del proyecto, y el Centro Sanitario nombra un Responsable Interno del Proceso de Acreditación para facilitar el desarrollo del proceso y la comunicación con la Agencia.

Por último, de forma consensuada con el Centro Sanitario, se planifica y se realiza una visita de presentación del proceso de Acreditación.

B. Fase 2 – Enfoque interno: Autoevaluación

La Autoevaluación se concibe como la comprobación permanente de los espacios de mejora de la Organización, para lo que se toma como referencia el Manual de Estándares. Durante esta fase, los profesionales que integran el Centro Sanitario llevarán a cabo un ejercicio, han de observar lo que se está haciendo bien (esto es, las evidencias positivas) y detectar a su vez las áreas de mejora.

Metodología

En el diseño de la Autoevaluación, se ha optado por un enfoque cualitativo, para determinar en esta fase el nivel de cumplimiento se utiliza el Ciclo PDCA de Deming.

Así, siguiendo la metodología PDCA (Planificar–Plan, Hacer–Do, Verificar–Check y Corregir–Act), para cada uno de los estándares se desarrolla un ciclo de mejora continua. De este modo se evita que el cumplimiento de un estándar se quede en un hecho estático o puntual asociado al momento de la evaluación. Con la utilización del ciclo PDCA de mejora continua se pretende que la organización revise el enfoque que tiene para el cumplimiento de ese estándar, realice una planificación previa, lo lleve a la práctica, valore la efectividad del estándar y desarrolle acciones para mejorar su implantación y desarrollo, garantizando de este modo la consolidación y estabilización del estándar a lo largo del tiempo.

A su vez, la estabilización de un estándar no conlleva únicamente el cumplimiento de éste; supone además la movilización del Centro Sanitario en un proceso que asegurará su cumplimiento futuro.

El Centro Sanitario por tanto revisará en qué fase del ciclo PDCA se encuentra cada

estándar, según los hitos descritos en la siguiente tabla:

Tabla 89 – Fases del Ciclo PDCA y hitos		
Fase	Abreviatura	Hito
	Perfil de Mejora Previo	Se ha determinado la influencia sobre la organización del propósito del estándar con anterioridad a iniciar el Proceso de Acreditación.
Planificación	Delimita Objetivo y Sist. de Información	Se han definido los indicadores que identifican la consecución del estándar.
	Planifica	Se han definido acciones necesarias para alcanzar el estándar.
	Define funciones	Se han delimitado y asignado las responsabilidades y los recursos humanos necesarios para alcanzar el estándar.
	Comunica	Se ha informado de los planes a seguir a todos los implicados en el proceso iniciado para alcanzar el estándar.
	Adecua Recursos	Se han definido y asignado todos los recursos (materiales, formativos, etc) necesarios para alcanzar el estándar.
Cumplimiento	Cumple	Se cumple el propósito del estándar de acuerdo a su influencia y a los indicadores definidos.
Evaluación	Valora	Se han identificado las desviaciones en los resultados obtenidos.
Adecuación	Corrige y Mejora	Se han emprendido las acciones necesarias para eliminar las desviaciones observadas.
Fuente: Elaboración propia.		

La **fase de Autoevaluación** se compone a su vez de las siguientes etapas:

- 1 – El equipo de dirección establece los objetivos y el plan de acción para la Autoevaluación del Centro Sanitario. En la planificación se establece cómo se va a desplegar la Autoevaluación, cuál es el plan de comunicación tanto interno como externo, etc.
- 2 – Se designa un Responsable del Proceso de Acreditación en el Centro Sanitario. Es recomendable nombrar un responsable del Proceso de Acreditación en el Centro Sanitario, que asumirá el papel de persona clave para la organización y coordinación de todo el proceso y ejercerá de interlocutor con la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Entre sus principales funciones estarían:
 - establecer el cronograma que se va seguir y velar por su cumplimiento.
 - participar en la selección de los autoevaluadores, darles soporte y apoyo formativo.
 - fijar y dirigir las reuniones de los autoevaluadores.
- 3 – Se seleccionan los autoevaluadores y se les asignan unos determinados estándares. En esta fase se designa un grupo de autoevaluadores dependiendo de la magnitud del Centro Sanitario. Es recomendable que estos autoevaluadores sean

multidisciplinares, ya que así se potenciará el aprendizaje y la creación de conocimiento organizativo. Dado el carácter dinámico tanto de los estándares como del propio proceso, este equipo no tendría que constituirse únicamente para un ejercicio de autoevaluación puntual; antes bien, debería seguir trabajando en las áreas de mejora detectadas y en las recomendaciones de la evaluación externa, y habría de actualizar periódicamente la Autoevaluación. Para potenciar el trabajo en equipo y hacerlo eficiente, resulta asimismo recomendable repartir los estándares entre los profesionales que van a participar en la Autoevaluación.

4 – Los autoevaluadores se entrenan en el manejo de la aplicación informática. El/la responsable del proceso de Acreditación del Centro Sanitario proporciona a los autoevaluadores:

- el Manual de estándares completo y el listado de estándares sobre los que cada cual va a realizar la Autoevaluación.
- acceso al software donde los grupos puedan registrar las evidencias positivas, las áreas de mejora y el grado de cumplimiento según el ciclo PDCA.

El/la responsable del Proceso de Acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía se encargará de facilitar la formación suficiente para garantizar el manejo de la aplicación informática y seguimiento del proceso.

5 – Se completan las fichas de Autoevaluación. Coordinados por el/la responsable interno del Proceso de Acreditación, el grupo de trabajo revisa los estándares y cumplimenta las fichas de la aplicación informática, disponible en entorno web. La revisión de los estándares conlleva la reflexión sobre si el estándar se cumple, en cuyo caso habrá que describir las evidencias positivas que lo sustentan. Si no hubiera evidencias que demostraran el cumplimiento del estándar, el autoevaluador ha de describir las áreas de mejora que el Centro Sanitario tendría que desplegar para que se pueda cumplir y estabilizar el estándar. La aplicación informática permite adjuntar ficheros a las evidencias positivas actuando de este modo de gestor documental.

6 – El grupo de Autoevaluación comparte los hallazgos (evidencias positivas y áreas de mejora) y finaliza la Autoevaluación. A continuación se ponen en común los resultados de la Autoevaluación, al tiempo que se clarifican algunas respuestas, se comparte y completa la información.

7 – Se priorizan las evidencias positivas y las áreas de mejora. Tras compartir los

resultados obtenidos por los distintos grupos, se abordan globalmente las áreas de mejora, en busca de líneas de acción comunes. La aplicación informática permite la priorización, planificación y asignación de responsables de las áreas de mejora.

- 8 – Se desarrollan y se ponen en marcha los planes de mejora. La aplicación informática permite la descripción de actuaciones para cada área de mejora, lo que junto a la posibilidad de planificar y designar responsables, hace que se convierta en un fácil sistema de gestión de la mejora continua para el Centro Sanitario.
- 9 – Se evalúa y se mejora el proceso de Autoevaluación. Finalmente, el proceso de Autoevaluación pasa a ser contemplado como fórmula de aprendizaje, a fin de introducir mejoras en el mismo y preparar así las sucesivas autoevaluaciones. La aplicación informática dispone de un módulo de resultados que facilita y apoya la planificación, seguimiento y consecución de las acciones derivadas de la gestión de la mejora que se realiza en la fase de Autoevaluación.

C. Fase 3 – Enfoque externo

i. *Visita de Evaluación*

Una vez completada la fase de autoevaluación, se planifica de forma consensuada con el equipo directivo del Centro Sanitario la visita de evaluación externa por el equipo de evaluadores de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, que son los encargados de estudiar la autoevaluación y realizar la visita de evaluación externa.

De este modo, a lo largo de esta fase, el equipo de evaluadores de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía se encarga de verificar el cumplimiento de los estándares a partir de las evidencias positivas y áreas de mejora aportadas por el Centro Sanitario durante la Autoevaluación y de otras evidencias significativas que se recogerán durante la visita y que serán tanto documentales, de entrevistas, como de observación directa.

ii. *Informes*

Concluida la visita de evaluación externa, el equipo de evaluadores de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía elabora un informe de situación en el que se especifica el grado de cumplimiento de los estándares y sus recomendaciones.

Este informe es remitido desde la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía al equipo directivo del Centro Sanitario.

D. Fase 4 – Seguimiento y colaboración entre el Centro Sanitario y la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Una vez terminado el proceso de acreditación, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y el Centro Sanitario establecen un sistema de colaboración encaminado a asegurar la estabilidad del cumplimiento de los estándares en el tiempo y, con ello, un nivel de calidad.

Las visitas de seguimiento se realizarán con la periodicidad que se determine en función de los resultados alcanzados, o bien cuando existieran circunstancias que así lo justificasen.

5. Identificar as principais iniciativas e prémios que reconhecem as boas praticas e inovação em saúde em Espanha e Portugal

As principais iniciativas e prémios que reconhecem as boas praticas e a inovação em saúde foram identificadas de acordo com as seguintes dimensões: objetivo da iniciativa, âmbito geográfico e entidade promotora.

Tabla 90 – Iniciativas e prémios promotores das boas práticas e inovação em saúde

Iniciativas / Prémios	Entidade Promotora	Objetivos
Iberoamericano		
Premio Iberoamericano de la Calidad	Proyecto adscrito a la Cumbre Reconocer la Excelencia de la Gestión de las organizaciones Iberoamericana de Jefes de Estado y de premiadas en el contexto internacional Gobierno, coordinado por la SEGIB Estimular el desarrollo de las organizaciones iberoamericanas, (Secretaría General Iberoamericana) y ofreciendo un Modelo que permite compararse con gestionado por FUNDIBEQ (Fundación organizaciones excelentes a nivel internacional. Iberoamericana para la Gestión de la Promover la Autoevaluación y la focalización hacia la Calidad).	satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente y de las partes interesadas. Difundir las mejores prácticas de las Organizaciones Ganadoras y con ello facilitar la mejora de otras organizaciones.
Cimeira Ibérica de Líderes em Saúde/ Cumbre Ibérica de Líderes en Sanidad http://www.fundacionparalacolaboracion.org/	Fórum Hospital do Futuro (Portugal) Fundación para la Colaboración (Espanha)	Permitir um debate ibérico inter-regional sobre o sector da saúde, reunindo as principais instituições ibéricas, tanto a nível nacional como regional.
Península Ibérica		
Rede Ibérica de Centros de Apoio à Inovação (RICAI)	Instituto de Innovación Empresarial (ES); Contribuir para o desenvolvimento regional através da inovação Federación Regional de Empresarios del e desenvolvimento tecnológico, através da criação de uma Rede Metal de Murcia (ES); Federación de de Centros de Apoio Ibérica e Promoção da Inovação. Empresários de la Rioja (ES); Fundación Universidad Empresa de la Región de	

Tabla 90 – Iniciativas e prémios promotores das boas práticas e inovação em saúde

Iniciativas / Prémios	Entidade Promotora	Objetivos
http://www.redricai.net/	Murcia (ES); Fundación Universitaria de Las Palmas (ES); Fundación para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología en Extremadura (ES); Fundación iBit - Islas Baleares (ES); Tecnalia Research & Innovation (ES); Instituto Tecnológico de Aragón (ES); Instituto Tecnológico de Castilla y León (ES); Instituto de Tecnología de la Construcción de Cataluña (ES); Instituto Tecnológico de Galicia (ES); L'Urederra Centro Tecnológico (ES); Fundación Pro dintec (ES); Sociedade Portuguesa de Inovação (PT); Universidad Nacional de Educación a la Distancia-UNED (ES); Universidad Politecnica de Madrid (ES); Universidad Politecnica de Valencia (ES); Universidade do Porto (PT); Universidad de Navarra (ES)	
Rede Ibérica de Entidades Transfronteiriças http://www.rietiberica.eu/	Associação Europeia de Cooperação do Vale do Tâmega; Associação Ibérica de Municípios do Ribereños del Duero; Associação Territorial Bragança-Zamora; Centro de Estudos Ibéricos; Comunidade Territorial Beira Interior Norte – Província de Salamanca; Comunidade Territorial de Cooperação de Vale do Lima; Comunidade Territorial Douro Superior – Província de Salamanca; Eixo Atlântico; Eurocidade Chaves-Verín; Fundación Rei Afonso Henriques Triurbir	A Rede Ibérica de Entidades Transfronteiriças de Cooperação constitui-se por reunião dos representantes das entidades que aprovam a Declaração de Cáceres de 23 de junho de 2009 e tem como objetivos: 1. Promover um espaço de reflexão sobre o desenvolvimento das organizações transfronteiriças no desenvolvimento da cooperação ibérica e da sua visibilidade a escala europeia. 2. Desenvolvimento de reflexão estratégica e trabalho sobre questões transfronteiriças de interesse europeu, em geral, e para a fronteira Espanha - Portugal, em particular. 3. Constituição da RIETC como um espaço de cooperação das entidades transfronteiriças com o Governo Português e o Governo Espanhol.
Portugal		
Premio de Boas Práticas em Saúde http://www.boaspraticasemsaude.com/	Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar	o Reconhecer e destacar a participação de projetos em domínios em que exista valor acrescentado de cariz nacional e regional/local comprovado com base nos seguintes pressupostos: • Intercâmbio das melhores práticas; • Apoio ao desenvolvimento de redes para a partilha de conhecimento ou a aprendizagem mútua; • Reação aos mecanismos de segurança do doente para reduzir os riscos e atenuar as suas consequências; • Desbloqueamento do potencial de inovação em matéria de saúde; • Ações que possam conduzir a um sistema de otimização de recursos e avaliação comparativa, a fim de permitir uma tomada de decisão esclarecida; • Melhoria das economias de escala, evitando o desperdício devido à duplicação de esforços e otimizando o uso dos recursos financeiros.
Prémio Boas Práticas na Administração Pública http://www.boaspraticas.com/	Deloitte– serviços de auditoria, consultoria fiscal e gestão de risco	Promover a partilha de conhecimentos entre entidades em situações similares, através da divulgação de projectos que melhoraram a prestação do Estado. O Prémio visa assim reconhecer publicamente todos os que assumem o papel de «Servidores do Estado», trabalhando com tenacidade em prol do cidadão.
Prémio Hospital do Futuro http://www.hospitaldo futuro.com/	Hospital do Futuro e SINASE	Destacar e galardoar as pessoas e Organizações que mais contribuíram para o desenvolvimento nas Organizações da saúde em Portugal, nomeadamente na promoção e dinamização de

Tabla 90 – Iniciativas e prémios promotores das boas práticas e inovação em saúde

Iniciativas / Prémios	Entidade Promotora	Objetivos
		projectos de utilidade pública, no âmbito da sua contribuição para o combate à doença, para a promoção da saúde, para a aplicação das novas tecnologias de informação na saúde, entre outras áreas.
Prémio BES Inovação www.bes.pt/sitebes/	Banco Espírito Santo	Divulgar e premiar projetos de investigação aplicados a setores críticos para o futuro da economia portuguesa, tais como a saúde. Pretende contribuir de forma efetiva para a disseminação de uma cultura de inovação em Portugal.
Espanha		
Premios a la Calidad en el ámbito del Sistema Nacional de Salud http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad_premios.htm	Agencia da Qualidade do Sistema Nacional de Saúde.- Ministerio de Sanidad, grupos e serviços de saúde que se destacaram na realização de atividades que contribuíram para melhorar a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos e, por outro lado, reconhecer as iniciativas e esforços para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde através de projetos inovadores, que serão oportunamente financiados.	Premiar as instituições, unidades de saúde, equipas de saúde, grupos e serviços de saúde que se destacaram na realização de atividades que contribuíram para melhorar a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos e, por outro lado, reconhecer as iniciativas e esforços para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde através de projetos inovadores, que serão oportunamente financiados.
Premio Fenin a la Innovación en Tecnológica Sanitaria http://www.fundaciontecnologiasalud.es/	Fundación Tecnología y Salud (FTYS)	Reconocer a aquellas personas, empresas o instituciones que hayan contribuido o contribuyan a transmitir el valor de la Tecnología Sanitaria. Premiar la contribución y aportación al desarrollo de tecnologías sanitarias innovadoras que contribuyen al bienestar de la sociedad

Fuente: Elaboración propia

Tabla 91 – Iniciativas e prémios promotores das boas prácticas, qualidade e inovação em saúde nas Comunidades Autónomas de Espanha

Comunidades Autónomas	Iniciativas/Prémios	Entidade Promotora	Objetivos
 Cataluña	Premios Avedis Donabedian a la excelencia en calidad http://www.fadq.org/	Fundación Avedis Donabedian	Pretende distinguir publicamente o trabalho dos profissionais e unidades de saúde. Estes prémios são agrupadas em três áreas: informação social e transparência, melhoria de qualidade em diferentes setores e reconhecimento de indivíduos de elevado mérito.
	Premios Avedis Donabedian a la mejor memoria de una institución sanitaria y social http://www.fadq.org/	Fundación Avedis Donabedian	Pretende incentivar as instituições de saúde a darem a conhecer aos profissionais e utentes as atividades que se desenvolvem nestas instituições.
	Premios Avedis Donabedian a la mejor página web de una institución sanitaria y social http://www.fadq.org/	Fundación Avedis Donabedian	Pretende valorizar os esforços desenvolvidos pelas instituições de saúde para divulgar os seus serviços e actividades através de meios que permitem fornecer serviços de valor acrescentado aos seus utentes.
 Andalucía	Premios de Calidad Sanitaria http://www.juntadeandalucia.es/agenciaidealidadsanitaria/premioscalidadsanitaria/	Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía - Consejería de Salud de la Junta de Andalucía	de Promover uma cultura de qualidade, segurança e melhoria contínua dos cuidados de saúde através da - acreditação, identificando as melhores práticas, de divulgação de recomendações e criar alianças com outras instituições que promovem valores semelhantes.
 País Vasco			
 Comunidad Valenciana			
 Galicia			
 Navarra	Premio a la Calidad de los Servicios Públicos http://www.navarra.es/home_es/Temas/Administracion+Publica/Evaluacion+y+Calidad/Premios+a+la+calidad/	Gobierno Navarra	de Reconhecer e distinguir as instituições, unidades e departamentos que tenham desenvolvido atividades de melhoria da qualidade dos serviços públicos e na resposta às necessidades dos cidadãos através de boas práticas de gestão.
 Canarias	Premios a la Calidad http://www.gobiernodecanarias.org/cpi/igs/temas/gestion/premios.html	Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias Gobierno de Canarias	Motivar e envolver as pessoas no processo de la modernização e melhoria da Administração Pública das Canárias, são os objectivos deste premio que de também visa aumentar a qualidade dos serviços – públicos, eficiência, simplificação administrativa e s de melhoria da qualidade dos serviços prestados aos cidadãos.
 Asturias	Premios a la Innovación, Gestión y Calidad http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=3e309f1b2d0b5210VgnVCM10000097030a0aRCRD&vgnextchannel=484f15b3fb010110VgnVCM1000008614e40aRCRD	Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)	Incentivar formas innovadoras de trabalhar e recompensar os profissionais da saúde que as desenvolvem.
 Cantabria	Premios a la Mejora de la Calidad Asistencial en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Cantabria http://www.cantabria.es/web/consejeria-de-sanidad	Dirección General de Ordenación e Inspección y Atención Sanitaria, de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria	Rconhecer as iniciativas que promovem a inovação a qualidade, e que beneficiam pacientes e cidadãos.
 La Rioja			
 Región de Murcia			
 Aragón			
 Castilla-La Mancha			
 Extremadura			
 Islas Baleares			
 Comunidad de Madrid	Premios a las Mejores Prácticas e Innovación en Gestión de Calidad http://www.madrid.org/cs/Satellite?language=es&pagename=PortalSalud%2FPagina%2FPTS_A_home	Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)	Promover o desenvolvimento e a divulgação da cultura da qualidade e da melhoria contínua da saúde da Comunidade Autonoma de Madrid.
 Castilla y León	Premios a la Calidad y Modernización de la Administración http://www.jcyl.es/web/jcyl/AdministracionPublica/es/Plantilla100/1275994457932/	Junta de Castilla y León	Reconhecer, institucionalmente, a adoção de boas práticas nos serviços públicos, a proposta ou sugestão de estudos ou investigações sobre a modernização da administração.

Fuente: Elaboración propia

5.1. Caracterizar os projetos vencedores quanto ao seu mérito e enquadramento no «Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud» e na «Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde»

A análise das iniciativas de promoção e reconhecimento das boas práticas e inovação em saúde enquadradas nas respectivas Estrategias Nacionais para a Qualidade na Saúde incidiram, em Espanha, sobre o Prémio à Qualidade no âmbito do Sistema Nacional de Saúde, promovido pelo Ministério da Saúde e, em Portugal, sobre o Premio de Boas Práticas em Saúde, promovido pela Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH).

A caracterização dos projetos contemplou a categorização das variáveis em estudo: ano e edição, nome do projeto, tipo de prémio atribuído/tipologia de reconhecimento, entidade premiada e localização geográfica do projecto reconhecido, conforme apresentado na tabela 92.

Em Portugal foi considerado válido o Premio de Boas Práticas em Saúde, no período de 2009 a 2011, refletindo-se em 3 edições distintas, o que totalizou a identificação de 8 projetos de reconhecido mérito. Destes projetos observa-se que as entidades premiadas são competentes pelos diferentes atividades de coordenação, gestão e prestação de cuidados de saúde em Portugal. Relativamente à localização dos projetos verificou-se um reconhecimento heterogéneo, dado a constatação que quase todas as regiões de saúde de Portugal estão mencionadas.

Em Espanha foi considerado válido o Prémio à Qualidade no âmbito do Sistema Nacional de Saúde (Premios a la calidad en el ámbito del Sistema Nacional de Salud), no período de 2009 a 2011. Esta iniciativa contempla o Premio à Inovação na Melhoria Global da Qualidade Assistencial, o Prémio às Melhores Práticas Clínicas, o Premio à Qualidade e Igualdade, o Prémio à Transparência e o Prémio de Especial Reconhecimento, considerando-se em 3 edições ao longo desse período.

O Premio à Inovação na Melhoria Global da Qualidade Assistencial totalizou a identificação de 8 projetos de reconhecido mérito. Destes projetos observa-se que as entidades premiadas são maioritariamente entidades hospitalares e unidades de cuidados

de saúde primários, localizados nas Comunidades Autonomas de Madrid, Barcelona, Andalucía, Navarra e País Vasco.

O Prémio às Melhores Práticas Clínicas totalizou a identificação de 9 projetos de reconhecido mérito. Destes projetos observa-se que as entidades premiadas são maioritariamente serviços de hospitais de elevada diferenciação e no âmbito da melhoria da integração e prestação de cuidados. Estes projectos encontravam-se principalmente localizados na Comunidade Autónoma de Madrid.

O Premio à Qualidade e Igualdade totalizou a identificação de 8 projetos de reconhecido mérito, com foco nas temáticas da violência de género, cuidados á população imigrante e desigualdades em saúde. Destes projetos observa-se que as entidades premiadas são maioritariamente unidades de cuidados de saúde primários, localizados heterogeneamente por várias Comunidades Autonomas do território continental de Espanha.

O Prémio á Transparência totalizou a identificação de 8 projetos de reconhecido mérito. Destes projetos observa-se que as entidades premiadas são maioritariamente unidades de cuidados de saúde primários e na sua maioria o âmbito de aplicação dos projectos é transversal a todo o território nacional.

O Prémio de Especial Reconhecimento foi atribuído em 2 ocasiões a título individual, pela valorização do percurso profissional e académico, e em 2010 a título institucional pela relevância de uma página de internet contribuir para a (in)formação dos profissionais da saúde.

Tabla 92 – Prémios e projetos no âmbito da promoção da qualidade em saúde reconhecidos em Portugal e Espanha

Categoría/Prémio	Ano/ Edição	Projecto	Entidade Premiada	Localidade
España				
Prémios à Qualidade no âmbito do Sistema Nacional de Saúde				
SNS 2008 – Publicado em 2009 / SNS 2009 – Publicado em 2010 / SNS 2010 – Publicado em 2001				
Prémio à inovação na melhoria global da Qualidade Assistencial	2008-2009	Organización y puesta en marcha de una Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos para toda la Comunidad Autónoma de Madrid – Premio de 42.272,72€ (atención de los niños y niñas con enfermedades avanzadas, escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos y pronóstico de vida limitada, ejemplo de buena práctica clínica para la mejora de calidad en la atención interdisciplinar de los pacientes y sus familias)	Hospital Infantil Universitario Niño Jesús	Madrid
		Mejora de calidad asistencial, gestión clínica y liderazgo – Premio de 42.272,72€ (estrategia de liderazgo clínico para mejorar el nivel resolutivo de los profesionales de enfermería en Atención Primaria, aumentando la capacidad y poder resolutivo del equipo)	Castelldefels Agent de Salut (CASAP)	Barcelona
		Reorganización del proceso asistencial en atención primaria – Premio de 42.272,72€ (basada en la estrategia AP XXI para la mejora de la calidad del proceso asistencial, aumentando la satisfacción de pacientes y profesionales en Atención Primaria)	Dirección de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud	
	2009- 2010	Programa Esperanza. Creación de unidades para el diagnóstico y seguimiento de la espondiloartritis de reciente comienzo – Premio de 39.051,50€ (puesta en marcha de 25 unidades de atención precoz a la espondiloartritis repartidas por todo el país, que integran atención primaria y especializada, reduciendo la variabilidad de la práctica clínica, facilitando el diagnóstico precoz, la formación y la investigación)	Sociedad Española de Reumatología	Nacional
		Lean Healthcare: calidad y sostenibilidad – Premio de 39.051,50€ (sistema de gestión que, reduciendo costes, ha conseguido aumentar la calidad de las actividades del consorcio, la seguridad de los pacientes y la satisfacción de sus profesionales)	Consorci Sanitari Integral L'Hospitalet de Llobregat	L'Hospitalet de Llobregat
		Hobebidean: nuestro recorrido la excelencia, nuestro destino la innovación – Premio de 39.051,50€ (exhaustivo sistema de gestión de la excelencia de mejora continua, basado en el modelo EFQM y en la Norma ISO, gracias al cual se han alcanzado elevadas cotas de calidad y excelencia en todos los aspectos de la organización)	Comarca Ekialde –Osakidetza de San Sebastian	Osakidetza de San Sebastian
Prémio às melhores práticas clínicas	2010-2011	Gestión de la incapacidad temporal basada en criterios clínicos – Premio de 58.577,25€	Dirección de Atención Primaria – Instituto Salud Laboral de Navarra	Navarra
		Análisis de los niveles de antibióticos y su aplicación en las guías electrónicas de resistencias como estrategia para optimizar su uso clínico – Premio de 58.577,25€	Complejo Hospitalario Torrecárdenas	Almería
	2008-2009	Seguimiento remoto de dispositivos cardíacos – Premio de 42.272,72€ (optimización del seguimiento del paciente crónico cardiológico a través de la telemedicina, para disminuir las visitas hospitalarias de los pacientes y la reducción del tiempo invertido por los profesionales sanitarios y administrativos en cada revisión, mejorando la satisfacción de pacientes y profesionales)	Unidad de Arritmias. Instituto Cardiovascular. Hospital Clínico San Carlos de Madrid	Madrid
		Atención al parto natural y humanización del parto en todas sus vertientes – Premio de 42.272,72€ (mejora de la humanización del parto tanto natural y de riesgo, así como de la disminución del intervencionismo en partos naturales siguiendo las directrices de la OMS)	Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital la Plana de Castellón	Castellón
		Diagnostico temprano del cáncer colorrectal: Integración efectiva entre niveles asistenciales – Premio de 42.272,72€ (implantación de un circuito integrado e interdisciplinar entre niveles asistenciales para la mejora de la detección temprana del cáncer colorrectal)	Área 11 de Atención Primaria y Hospital 12 de Octubre de Madrid	Madrid
	2009- 2010	Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama Navarra – Premio de 39.051,50€ (en proceso de innovación continua, gracias al cual se ha disminuido enormemente la mortalidad entre las mujeres navarras y que ha sido y es referente nacional en la detección precoz de esta patología)	Instituto de Salud pública de Navarra	Navarra
		Proyecto de mejora y normalización de los centros de urgencia extrahospitalaria de la Comunidad de Madrid – Premio de 39.051,50€	Servicios de Urgencias Médicas de Madrid (SUMMA 112)	Madrid

Tabla 92 – Prémios e projetos no âmbito da promoção da qualidade em saúde reconhecidos em Portugal e Espanha

Categoría/Prémio	Ano/ Edição	Projecto	Entidade Premiada	Localidade
Prémios à Qualidade e Igualdade	2010- 2011	(integración efectiva con el resto de recursos y puesta en marcha de actuaciones orientadas a mejorar la infraestructura, equipamiento, dotación y competencia de centros y profesionales, así como la integración en un sistema de gestión de calidad) Proyecto Integral de Mejora de la Seguridad del Paciente Polimedicado (PIMSePaP) – Premio de 39.051,50€ (con participación comunitaria, investigación, formación y comunicación, ha mejorado la seguridad de los pacientes polimedicados en Extremadura y ha aumentado la efectividad de sus tratamientos.)	Fundación para la Formación y la Investigación de los Profesionales de la Salud en Extremadura (FUNDESALUD)	Extremadura
		Implantación de un procedimiento para resultados críticos de pruebas de imagen y de laboratorio – Premio de 39.051,50€ Proceso integrado de atención sociosanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental – Una experiencia innovadora en Castilla y León a través de la metodología de gestión por procesos y de la aplicación del modelo de excelência EFQM – Premio de 39.051,50€	Hospital de Montilla, Córdoba, Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir Dirección General de Planificación, Calidad y Formación, Consejería de Sanidad de Castilla y León	Córdoba
		ICO 24 h: Atención continuada en el paciente oncológico – Premio de 39.051,50€	Institut Català d'Oncologia	Cataluña
	2008-2009	Unidad móvil de intervención directa con personas que ejercen la prostitución y/o personas víctimas de trata con fines de explotación sexual – Premio de 42.272,72€ (carácter integral, preventivo y rehabilitador, con atención a situaciones de emergencia a través del teléfono 24 horas y acompañamiento de las mujeres a los centros de salud y urgencias)	Asociación para la Prevención, Reinserción y Atención a la Mujer Prostituida (APRAMP)	Madrid, Murcia, Andalucía, Asturias, Extremadura, Castilla-León, Comunidad Valenciana.
		Plan para la prevención y atención a la violencia de género – Premio de 42.272,72€ (programa de actuación sanitaria ante los malos tratos con inclusión del protocolo de detección en la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria, lo que facilita la recogida de información sobre las mujeres que han padecido violencia, o la padecen, así como de sus diferentes situaciones y sintomatología)	Gerencia de Atención Primaria Torrelavega-Reinosa, Cantabria	Cantabria
	2009-2010	Información y señalización para todos – Premio de 39.051,50€ (normalización de los sistemas de información y señalización de los centros sanitarios públicos andaluces para hacerlos accesibles a las personas con discapacidad o carencias)	Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada	Granada
		Proyecto de prevención de la mutilación genital femenina y empoderamiento de las mujeres subsaharianas con una perspectiva de interculturalidad, género y salud comunitaria – Premio de 39.051,50€ (a través de la formación de agentes de salud subsaharianas y acciones de formación y sensibilización a profesionales sanitarios y de ámbitos educativo, social y jurídico)	Médicos del Mundo	Nacional
	2010-2011	Fomento de la salud de las mujeres a través de dinámicas grupales – Premio de 39.051,50€ (mejorar la calidad de vida y la autoestima de mujeres con síntomas imprecisos y crónicos difíciles de tratar)	Centro de Salud del Natahoyo de la Gerencia de Gijón Atención Primaria de Gijón	Gijón
		Tarjeta Te Cuido. Puesta en marcha de una tarjeta destinada a la principal persona cuidadora de enfermedad de Alzheimer u otras demencias – Premio de 39.051,50€	Gerencia de Atención Primaria de Salud de León	León
		Proyecto de colaboración intersectorial para la prevención y atención de la violencia de género en el área de salud de Salamanca – Premio de 39.051,50€ Proyecto RIU: un río de culturas, un río de salud – Premio de 39.051,50€	Gerencia de Atención Primaria de Salud de Salamanca Centro de Salud Pública – Centro Superior de Investigación en Salud Pública de Valencia	Salamanca Valencia
Prémio à transparência	2008-2009	Información para profesionales & información para el gran público – Premio de 42.272,72€ (utilizando Internet para mejorar la difusión de la nueva evidencia científica entre los profesionales de la salud y difundir información sobre patología vascular y su prevención, a la población en general)	Sociedad Española de Cardiología y Fundación Nacional Española del Corazón	
		Mejora del servicio a través de la gestión del conocimiento compartido – Premio de 42.272,72€ (plataforma en línea, basada tanto en compartir el conocimiento existente como en generar nuevo conocimiento a través de la socialización y búsqueda de nuevas fuentes)	Comarca Bilbao de Atención Primaria de País Vasco Osakidetza	País Vasco

Tabla 92 – Prémios e projetos no âmbito da promoção da qualidade em saúde reconhecidos em Portugal e Espanha

Categoría/Prémio	Ano/ Edição	Projecto	Entidade Premiada	Localidade
	2009-2010	Revista electrónica: Evidencias en Pediatría – Premio de 42.272,72€ (difusión de información para la mejora en la práctica clínica de pediatría a través de una revista electrónica que realiza una revisión exhaustiva y crítica de la bibliografía publicada en este campo)	Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria	Nacional
		PrevInfad: recomendaciones sobre actividades preventivas para la infancia y la adolescencia – Premio de 39.051,50€ (revisión de la evidencia científica para la difusión y actualización de recomendaciones preventivas en la atención pediátrica)	Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria	Nacional
		Primera experiencia de desarrollo del resumen del paciente basado en el estándar ISO/CEN13606 – Premio de 39.051,50€ (sistema de integración de la Historia Clínica Electrónica que permite a los profesionales de atención primaria y hospitalaria compartir la información)	Hospital Universitario de Fuenlabrada de Madrid	Madrid
		Sistema de información de acceso público para valoración de la calidad de la atención proporcionada por los centros de reproducción asistida – Premio de 39.051,50€ (primer y único registro español de la actividad de reproducción asistida por centros)	Sociedad Española de Fertilidad	
	2010-2011	Implantación y análisis del CMBD de las hospitalizaciones del colectivo protegido por MUFACE en los hospitales privados concertados con las entidades de seguro de asistencia sanitaria – Premio de 58.577,25€	MUFACE (SEFP- Ministerio de Política Nacional Territorial y Administración Pública)	Nacional
		Observatorio de Salud en Asturias: de la información a la acción – Premio de 58.577,25€	Servicio de Salud Poblacional, Dirección General de Salud Pública y Participación, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias	Asturias
Prémio de Especial Reconhecimento	3ªEdição 2008-2009	Profesor y Doctor Alfonso Castro Beiras (trayectoria profesional dedicada a la mejora de la calidad asistencial en el campo de la cardiología)		
	4ªEdição 2009-2010	Fisterra.com, Atención Primaria en la Red (página electrónica de referencia para la consulta y formación de profesionales sanitarios de atención primaria por toda su trayectoria dedicada al fomento de la calidad en el Sistema Nacional de Salud)		
	5ªEdição 2010-2011	Doña Concepción Colomer Revuelta (trayectoria profesional dedicada a lcompromiso con la calidad del sistema sanitario y la promoción de la salud de las mujeres)		
Portugal				
Premio de Boas Práticas em Saúde	2009 - 3º Edição – «Equidade, Efectividade e Eficiência em Saúde»	Primeiro Prémio- Doença crónica na Criança	Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva, Hospital Garcia de Orta	Lisboa e Vale do Tejo
		Segundo Prémio- Intervenção Precoce no Alentejo	Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP	Alentejo
		Menção Honrosa - Equipas de Cuidados Integrados Domiciliários	Administração Regional de Saúde do Algarve, IP	Algarve
	2010 - 4º Edição – «Qualidade e Inovação»	Primeiro Prémio- Criação e implementação da Via Verde da Sepsis	Direcção Geral da Saúde (Departamento da Qualidade na Saúde) e Administração Regional de Saúde do Norte, IP	Nacional / Norte
		Primeiro Prémio- Programa Nacional de Desfibrilhação	INEM	Nacional
	2011 - 5º Edição - «Hospitais e Centros de Saúde: juntos por uma melhor saúde»	Primeiro Prémio- Olhar a visão	UCC Cacém Care	Lisboa e Vale do Tejo
		Menção Honrosa - Novas estratégias de Intervenção em Saúde Oral	DGS	Nacional
		Menção Honrosa - Complementaridade na prestação de cuidados de saúde pediátricos nos Centros de Saúde	Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada	Açores

Fuente: Elaboración propia

6. Analisar os discursos e intervenções dos Membros dos Gabinetes dos Ministérios da Saúde de Espanha e Portugal, de acordo com a temática da inovação

No período de análise, compreendido entre Janeiro de 2009 e Dezembro de 2011, foram identificados e categorizados por dimensões referentes á inovação, um total de 169 intervenções ministeriais, conforme se evidencia na tabela 93.

Tabla 93 – Quantificação dos discursos e intervenções realizados pelos Ministerios da Saúde de Espanha e Portugal

	2009	2010	2011	Total
Portugal	29	57	23	119
Espanha	12	14	24	50
Total de discursos e intervenções	41	71	47	169

Fuente: Elaboración propia

Salienta-se que durante este período, Espanha e Portugal assumiram diferentes enfoques nos seus discursos de acordo com as Legislaturas vigentes. Em Espanha o Ministério da Saúde sofreu alterações inclusive na sua denominação:

- VIII Legislatura (2004-2008):
 - 6 de julho de 2007 a 7 de abril de 2009, Sr. Ministro Bernat Soria Escoms, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- IX Legislatura (2008-2011):
 - 7 de abril de 2009 a 20 de outubro de 2010, Sra. Ministra Trinidad Jiménez García-Herrera, Ministerio de Sanidad y Política Social.
 - 20 de outubro de 2010 a 22 de dezembro de 2011, Sra. Ministra Leire Pajín Iraola, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- X Legislatura (2011-2015):
 - 22 de dezembro de 2011 – atualidade, Sra. Ministra Ana Mato Adrover, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Em Portugal, os ciclos políticos tiveram um percurso muito semelhante a Espanha, tendo-se verificado momentos disruptivos em 2011:

- XVII Legislatura (2005-2009)
 - 12 de Março de 2005 a 29 de janeiro de 2008, Sr. Ministro António Correia de Campos.
 - 30 de Janeiro de 2008 a 25 de Outubro de 2009, Sra. Ministra Ana Jorge.

- XVIII Legislatura (2009-2011) 26 de Outubro de 2009 a 20 de Junho de 2011, Sra. Ministra Ana Jorge.
- XIX Legislatura (2011-2015) 21 de Junho de 2011 – atualidade, Sr. Ministro Paulo Macedo.

De forma a recompilar e analisar as intervenções e discursos ministeriais, considerou-se oportuno a estruturação de um quadro síntese (tabela 92) com as seguintes dimensões de análise:

- Título da intervenção
- Data
- Abordagem síntese
- Intervenção / Foco de análise
- Tipo de Inovação:
 - produtos (bens e serviços)
 - processos
 - organizacional
 - marketing
- Ambito (em relação ao sistema de saúde)
 - Governação
 - Administração/mediação
 - Prestação (cuidados de saúde primários/hospitalares)
 - Cidadão/Utente
- Foco (Tríade de análise e avaliação da qualidade proposta por Donabedian, 1993)
 - Estrutura
 - Processo
 - Resultado

Tabla 94 – Identificação e categorização das intervenções e discursos dos Membros dos Gabinetes dos Ministérios da Saúde de Portugal e Espanha

Titulo / Data	Abordagem síntese	Intervenção: Foco de análise - Inovação	Tipo de Inovação / Ambito / Foco (com base no Manual de Oslo)
<u>Portugal</u>			
Intervenção da Ministra da Saúde na Conferência da Apifarma 16/03/2009 ¹	Intervenção da Ministra da Saúde, Ana Jorge, na Conferência «A Inovação ao serviço da Saúde e do Doente»	Só neste clima de colaboração e de partilha de objectivos - como a melhoria dos cuidados e da acessibilidade do cidadão às terapêuticas - é possível fomentar o dinamismo científico e económico gerador de inovação. Refiro-me à inovação séria na investigação terapêutica (o desenvolvimento de novos medicamentos), falo da inovação no acesso ao medicamento, da inovação e criatividade essenciais para alicerçar o nosso sistema de saúde e sua exigente sustentabilidade. São conhecidos projectos vencedores de investigação e inovação desenvolvidos em Portugal, empreendimentos sérios, cuja ousadia e esforço coroou de êxito e de reconhecimento as empresas nacionais. Estes exemplos tornam-se verdadeiros trampolins para novos saltos, exemplos de quem no presente está a conseguir transformar os constrangimentos em oportunidades de futuro. E isto, com o sentido ético essencial a esta, como qualquer actividade comercial, um sentido ético que coloca os cidadãos, os doentes e as suas necessidades no centro das decisões sobre acesso aos medicamentos. Garantir o acesso dos doentes à inovação terapêutica é um investimento na saúde e no desenvolvimento social. Há muito que este princípio ficou consagrado (cf. Carta de Tallinn). Como tal, o medicamento não pode ser visto apenas na perspectiva do custo nem na perspectiva do lucro.	Tipo de Inovação: produtos (bens e serviços) Ambito: Prestação (Industria Farmaceutica) Foco: Processo
26.º Encontro Nacional de Clínica Geral 18/03/2009 ¹	Intervenção da Ministra da Saúde, Ana Jorge, no 26.º Encontro Nacional de Clínica Geral	E gostaria de me deter um pouco neste ponto dos conselhos clínicos. Pela sua constituição multiprofissional e pelas funções que lhe estão cometidas, estes conselhos são outra grande inovação nos cuidados de saúde primários. A vossa responsabilidade é grande para garantir o sucesso destes órgãos, pois o seu presidente é, por força da lei, um médico de família. Os <i>conselhos clínicos</i> permitirão fazer emergir nos ACES e na sua rede de unidades uma poderosa e inspiradora dinâmica de governação clínica e de saúdenos nossos cuidados de saúde primários.	Tipo de Inovação: organizacional Ambito: Governação (cuidados de saúde primários) Foco: Estrutura
Congresso do Sistema de Saúde Português 27/03/2009 ¹	Intervenção da Ministra da Saúde, Ana Jorge, no Congresso do Sistema de Saúde Português «30 anos do SNS»	Razões suficientes para repensar um SNS que se quer, tal como no início, o garante da universalidade e da equidade do acesso dos portugueses à Saúde. Condição indispensável numa sociedade democrática. Mas é também nosso objectivo ter um SNS sustentável, virado para o futuro e para a inovação, sem nunca esquecer que é o utente que está no centro do mesmo.	Tipo de Inovação: organizacional Ambito: Governação (Sistema Nacional de Saúde) Foco: Processo
Directores executivos dos ACES 02/04/2009 ¹	Intervenção da Ministra da Saúde, Ana Jorge, na tomada de posse dos directores dos ACES na região de Lisboa	O cidadão é a pedra de toque. A valorização das suas necessidades e a confiança na resposta inovadora dos profissionais são valores essenciais. O desafio que temos à nossa frente e, que é já imparável só é possível se imbuídos de uma cultura de mudança, que desperta o espírito criativo e inovador. O espírito que vai minando por dentro estruturas ultrapassadas deixando cair por terra, sem estrondo nem dramatismo, as velhas paredes e que permite revelar este novo edifício que laboriosamente está a ser construído.	Tipo de Inovação: organizacional Ambito: Prestação (Cuidados de Saúde Primários) Foco: Estrutura
Comemorações do Dia Mundial da Saúde 07/04/2009 ¹	Intervenção da Ministra da Saúde, Ana Jorge, na sessão comemorativa do Dia	Uma vez motivados e reconhecidos dentro das organizações de saúde, são os profissionais e todos os que trabalham nos serviços que conseguem pôr de pé novas respostas, modernos métodos de organização, modelos inovadores de cuidados - com padrões de qualidade e exigências de gestão responsável - para garantir continuidade na prestação de um serviço público de saúde.	Tipo de Inovação: organizacional

Tabla 94 – Identificação e categorização das intervenções e discursos dos Membros dos Gabinetes dos Ministérios da Saúde de Portugal e Espanha

Titulo / Data	Abordagem síntese	Intervenção: Foco de análise - Inovação	Tipo de Inovação / Ambito / Foco (com base no Manual de Oslo)
	Mundial da Saúde, no Infarmed		Ambito: Prestação (Sistema Nacional de Saúde) Foco: Processo
Comissão Parlamentar de Saúde 21/04/2009 ¹	Intervenção inicial da Ministra da Saúde, Ana Jorge, na Comissão Parlamentar	Em todos os ACES estão a ser constituídos os conselhos clínicos. Esta é uma das inovações centrais, representando a consagração de uma hierarquia técnica nos cuidados de saúde primários. Os conselhos clínicos são presididos por um especialista em Medicina Geral e Familiar, integram um especialista em Saúde Pública, um enfermeiro e outro profissional de saúde, confirmando a natureza multiprofissional deste nível de cuidados. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é outra das grandes inovações introduzidas no Serviço Nacional de Saúde. Na Saúde Mental, um dos principais eixos que norteiam a intervenção do Governo é a desinstitucionalização dos doentes e a criação de serviços junto da comunidade. Para tal, foi aberta uma linha de financiamento no valor de 5 milhões de euros para atribuir a serviços públicos com projectos inovadores sobre saúde mental na comunidade. Estão em fase final de avaliação mais de 40 projectos. Os resultados vão ser conhecidos no próximo mês.	Tipo de Inovação: organizacional Ambito: governança (cuidados de saúde primários) Foco: Estrutura
Inauguração do Laboratório de Saúde Pública Dr.ª Laura Ayres 08/05/2009 ¹	Intervenção da Ministra da Saúde, Ana Jorge, inauguração do Laboratório de Saúde Pública Dr.ª Laura Ayres	Por último, gostaria de realçar a importância deste laboratório para a região do Algarve, na vertente das ciências em geral e da medicina em particular, que se reflectirá na fixação de profissionais de elevado potencial científico e na consequente disseminação do saber que aqui se produzirá. Estamos desta forma a contribuir para reduzir assimetrias regionais, um dos propósitos da política deste Governo e do Ministério da Saúde, e a contribuir com inovação e desenvolvimento para mais e melhor saúde para todos.	Tipo de Inovação: produtos (bens e serviços) Ambito: Prestação (sistema nacional de saúde) Foco: Estrutura
II Reunião de Ministros da Saúde da CPLP 15/05/2009 ¹	Intervenções da Ministra da Saúde e documentos da II Reunião de Ministros da Saúde da CPLP	Temos um inovador Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP, instrumento abrangente e integrador de sinergias no âmbito da saúde. Para reverter a situação não basta mobilizar recursos financeiros e formar. É necessário procurar formas inovadoras de gestão e de incentivos, de premiar o desempenho e a dedicação, elementos essenciais para uma estratégia de atracção, mobilização e retenção de quadros. Vamos desenvolver a nossa estratégia com recurso a mecanismos de financiamento inovadores. As cooperações bilaterais e multilaterais não se disputam. Pelo contrário, complementam-se e potenciam-se.	Tipo de Inovação: Processo Ambito: Administração (sistema nacional de saúde) Foco: Estrutura
62.ª Assembleia Mundial da Saúde 19/05/2009 ¹	Intervenções da Ministra da Saúde na 62.ª Assembleia Mundial da Saúde, em Genebra	Portugal currently holds the presidency of the Community of Portuguese-speaking countries. The eight Ministers of Health agreed, last week, on a common Strategic Plan for Health, which constitutes a collective vision for cooperation in Health among its Member States. This Strategy represents a firm commitment towards sharing, continuity and solidarity. It aims at increasing coordination, maximising the impact of financial and human resources and supported by innovative financing schemes.	Tipo de Inovação: Processo Ambito: Administração (sistema nacional de saúde) Foco: Estrutura

Tabla 94 – Identificação e categorização das intervenções e discursos dos Membros dos Gabinetes dos Ministérios da Saúde de Portugal e Espanha

Titulo / Data	Abordagem síntese	Intervenção: Foco de análise - Inovação	Tipo de Inovação / Ambito / Foco (com base no Manual de Oslo)
Monitorização da Satisfação dos Utilizadores das USF 03/06/2009 ¹	Intervenção da Ministra da Saúde na apresentação do estudo de satisfação dos utilizadores das USF	Mais de 80% dos utentes demonstram que estão muito satisfeitos ou bastante satisfeitos com os cuidados médicos, com a relação e comunicação, com a informação e apoio das equipas, com a cooperação e organização dos serviços prestados pelos profissionais das unidades de saúde familiar. Sentimos que valeu a pena inovar o modelo de prestação de cuidados, romper com a burocracia, agilizar as equipas, confiar na sua capacidade de auto-organização e apostar na humanização.	Tipo de Inovação: organizacional Ambito: prestação (cuidados de saúde primários) Foco: Resultados
Sustentabilidade Financeira do Sistema de Saúde – 30 Anos do SNS 16/06/2009 ¹	Intervenção da Ministra da Saúde em colóquio promovido pela Comissão de Saúde, na Assembleia da República	Hoje, os grandes problemas que se colocam ao Serviço Nacional de Saúde decorrem da necessidade de combinar a equidade e a eficiência, pois estes não são objectivos antagónicos e constituem também os grandes problemas dos sistemas de saúde em toda a Europa. O que se pretende é melhorar a cobertura e o acesso aos cuidados de saúde num quadro de sustentabilidade financeira do SNS. São problemas que se devem a circunstâncias verificadas em todos os países da Europa: alterações demográficas, com o aumento da esperança de vida e o envelhecimento da população, as novas doenças e o recrudescimento de outras, a inovação tecnológica e terapêutica.	Tipo de Inovação: organizacional Ambito: Governança (Sistema Nacional de Saúde) Foco: Processo
Intervenção da Ministra da Saúde na Comissão Parlamentar 01/07/2009 ¹	Intervenção da Ministra da Saúde, Ana Jorge, na Comissão Parlamentar de Saúde	Mas a reforma dos cuidados de saúde primários está longe de se esgotar nas unidades de saúde familiar. Neste momento, assume mesmo uma nova dinâmica, com a implementação dos agrupamentos dos centros de saúde (ACES). Os directores executivos dos ACES estão já em actividade e os conselhos clínicos encontram-se, em grande parte, constituídos. Estes representam uma das inovações primordiais: a existência, pela primeira vez, de uma hierarquia técnica nos cuidados de saúde primários. Outro dos eixos prioritários da política de saúde deste Governo é a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, uma das grandes inovações introduzidas no Serviço Nacional de Saúde.	Tipo de Inovação: processo Ambito: prestação (cuidados de saúde primários) Foco: Estrutura
Intervenção da Ministra da Saúde na comemoração dos 30 anos do SNS 08/07/2009 ¹	Intervenção da Ministra da Saúde, Ana Jorge, na comemoração dos 30 anos do Serviço Nacional de Saúde	Um dos eixos prioritários da política de saúde tem sido a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, uma das grandes inovações introduzidas no SNS. Esta reforma dos cuidados de saúde primários tem um cariz fortemente inovador. Aposto, essencialmente, no factor humano, no trabalho em equipa, na autonomia técnica dos profissionais, com a correspondente responsabilização e avaliação. Aposto num processo amplamente participado e de estímulo ao talento e à criatividade de todos. Os estudos e as avaliações que têm sido realizados são bem ilustrativos de que estamos a percorrer caminhos acertados. Esta reforma permite-nos também testar estratégias para transformar, requalificar e desenvolver o SNS nos seus vários níveis. Desta experiência, colher-se-ão certamente ensinamentos úteis para aferir outras medidas em curso e para encetar transformações inovadoras idênticas na rede hospitalar. Para que isto seja possível, é necessário melhorar a cobertura e o acesso aos cuidados de saúde num quadro de sustentabilidade financeira do SNS, nas circunstâncias que todos conhecem, e que se verificam em todos os países da Europa: alterações demográficas profundas com o aumento da esperança de vida e o envelhecimento da população, novas doenças e o recrudescimento de outras, a inovação tecnológica e terapêutica, entre outras. Por isso, decidimos que o dia 15 de Setembro seja o dia do Serviço Nacional de Saúde, correspondendo a uma proposta do Dr. António Arnault. A institucionalização deste dia não é um acto simbólico de tipo comemorativo. O seu objectivo principal é o de instituir a prática	Tipo de Inovação: organizacional Ambito: Governança (Sistema Nacional de Saúde) Foco: Estrutura

Tabla 94 – Identificação e categorização das intervenções e discursos dos Membros dos Gabinetes dos Ministérios da Saúde de Portugal e Espanha

Titulo / Data	Abordagem síntese	Intervenção: Foco de análise - Inovação	Tipo de Inovação / Ambito / Foco (com base no Manual de Oslo)
		regular de, ano após ano, efectuar um balanço público dos progressos e das realizações conseguidas, de reequacionar as dificuldades, de perspectivar os caminhos a prosseguir: • Quanto à evolução concreta da <i>centralidade</i> do cidadão no seu SNS; • Quanto aos progressos na edificação de um <i>sistema de qualidade</i> dos cuidados e de <i>segurança</i> do doente no SNS; • Quanto ao desenvolvimento de um sistema de <i> direcção estratégica</i> do SNS tanto a nível nacional, como aos níveis regional e local; • Quanto à articulação, entrosamento e boa governação das várias redes e níveis que integram o todo SNS (cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados, e outros prestadores de cuidados), para que seja garantida uma boa continuidade de cuidados em todo o sistema; • Quanto à <i>política de recursos humanos</i> e à sua gestão previsional rigorosa, regularmente actualizada e ajustada, para que não voltem a acontecer as graves insuficiências que estamos a tentar resolver; • Quanto aos dispositivos de contratualização e seu impacto, bem como medidas inovadoras para garantir a sustentabilidade financeira do SNS, E..., sobretudo, quanto aos resultados finais conseguidos em termos de ganhos em saúde para a população - <i>efectividade, com equidade, com eficiência</i> .	
52.ª Conferência do International Council on Alcohol and Addictions 12/10/2009 ²	Intervenção do Secretário de Estado da Saúde no Conselho Internacional sobre Álcool e Toxicodependências	Portugal strongly believes in the exchange of evidence-based knowledge and innovative approaches. Achievements in the area of drugs and alcohol require strong political commitments and pragmatic solutions based on the available scientific evidence. When the new Law entered into force (in July 2001) the international community and institutions were quite curious about this innovative approach but in fact, by that time, we still had no results to share.	Tipo de Inovação: processo Ambito: governança (sistema de saúde) Foco: processo
1000 transplantes hepáticos no Curry Cabral 20/11/2009 ¹	Intervenção da Ministra da Saúde na Fundação Calouste Gulbenkian	E dentro desta linha reformista do programa do Governo para a Saúde, anuncio também que o Centro Hepato-Bilio-Pancreático e de Transplantação tem todas as condições para ser constituído como Centro de Responsabilidade Integrado, no novo modelo de gestão do Hospital Curry Cabral. Trata-se de uma decisão da maior importância. De facto, traduz uma inovação organizativa. Cria condições de autonomia e de melhor gestão dos recursos, aumenta o poder de decisão das equipas, de equipa, de identificação clara de responsabilidades e de remuneração associada à produtividade.	Tipo de Inovação: organizacional Ambito: Administração (cuidados de saúde hospitalares) Foco: Estrutura
Taxas moderadoras para internamento e cirurgia de ambulatório 20/11/2009 ²	Intervenção do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde na Assembleia da República	Acreditamos no SNS. Acreditamos num serviço público que tem a nobre missão de democratizar o acesso à inovação tecnológica da medicina, tornando o progresso conseguido acessível a todos.	Tipo de Inovação: processo Ambito: prestação (sistema de saúde) Foco: Estrutura
Comemorações do 55.º aniversário do Hospital de Santa Maria 08/12/2009 ¹	Intervenção da Ministra da Saúde nas comemorações do 55.º aniversário do Hospital Santa Maria	Neste contexto, foi assumida pelo Ministério da Saúde a opção estratégica de reforçar a área do diagnóstico e tratamento do cancro neste centro hospitalar. E tomámos esta opção tendo em vista uma maior integração dos cuidados, o reforço das equipas, a requalificação de instalações e equipamentos e a inovação no modelo de governação clínica, com a parceria entre o Centro Hospitalar, a Faculdade de Medicina da	Tipo de Inovação: processo Ambito:

Tabla 94 – Identificação e categorização das intervenções e discursos dos Membros dos Gabinetes dos Ministérios da Saúde de Portugal e Espanha

Titulo / Data	Abordagem síntese	Intervenção: Foco de análise - Inovação	Tipo de Inovação / Ambito / Foco (com base no Manual de Oslo)
		Universidade de Lisboa e o Instituto de Medicina Molecular, no âmbito do desenvolvimento do Centro Académico de Medicina de Lisboa.	administração (cuidados de saúde hospitalares) Foco: Estrutura
Comissão Parlamentar da Saúde 09/12/2009 ¹	Intervenção da Ministra da Saúde, Ana Jorge, na Comissão Parlamentar da Saúde	Na legislatura 2005/2009, pela primeira vez, os orçamentos do SNS foram cumpridos, sem a necessidade de qualquer orçamento rectificativo motivado pelos já crónicos défices na saúde. Isto, apesar da pressão para que os gastos cresçam, com causas conhecidas: o envelhecimento da população e a inovação tecnológica. A que se juntou, nos últimos anos, o importante aumento da actividade do SNS: mais consultas, muito mais cirurgias, apoio à saúde oral e à procriação medicamente assistida, entre outros.	Tipo de Inovação: processo Ambito: Governação (sistema de saúde) Foco: Resultados
3.º Aniversário da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 14/12/2009 ¹	Intervenção da Ministra da Saúde, Ana Jorge, na sessão de encerramento do aniversário da RNCCI	Ao longo deste curto tempo de vida, a Rede tem permitido responder ao desafio de articulação entre a prestação de cuidados de saúde e o apoio social, dimensão inovadora do ponto de vista organizacional no Serviço Nacional de Saúde.	Tipo de Inovação: organizacional Ambito: prestação (sistema de saúde) Foco: Estrutura
Programa de Formação em Medicina da Universidade de Aveiro 15/12/2009 ¹	Intervenção da Ministra da Saúde no lançamento do Programa de Formação em Medicina (Universidade de Aveiro)	A articulação da investigação clínica associada ao desenvolvimento tecnológico constitui uma das premissas de sucesso numa área que se encontra em constante inovação.	Tipo de Inovação: produtos (bens e serviços) Ambito: prestação (sistema de saúde) Foco: Estrutura
Prémio Sociedade de Ciências Médicas / Merck Sharp & Dohme 17/02/2010 ¹	Intervenção da Ministra da Saúde na entrega do Prémio Nacional de Trabalhos de Epidemiologia Médica	Aos autores: Dr.ª Assunção Tuna, do Centro Hospitalar do Porto, que coordenou, Dr. Manuel Correia, Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar do Porto, Dr. Rui Magalhães, Departamento de Estudo de Populações do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, e Dr.ª Maria Carolina Costa e Silva, Departamento de Estudo de Populações do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, dou os meus parabéns pela qualidade científica e inovadora do trabalho “Prognóstico a Longo Prazo dos Acidentes Neurológicos Transitórios no Norte de Portugal” e realço o importante papel que terá na melhoria do tratamento destes doentes, prestação designadamente na urgência hospitalar e nas unidades de AVC. Tenho sempre especial apreço e grande expectativa pelos trabalhos de investigação que têm aplicação prática imediata, como é este que agora é justamente premiado.	Tipo de Inovação: produtos (bens e serviços) Ambito: prestação (cuidados de saúde hospitalares) Foco: processo
27.º Encontro Nacional de Clínica Geral 20/03/2010 ¹	Intervenção da Ministra da Saúde no 27.º Encontro Nacional de Clínica Geral – Projectar uma década	Estamos também a falar de um processo de mudança que está a ser capaz de satisfazer profissionais e utilizadores, como tem sido evidenciado em estudos já feitos. A exigência de uma «marca» de qualidade e inovação, iniciada com as USF, não pode, sob pretexto algum, ser posta em causa e tem de estar presente em todas as vertentes da reforma dos cuidados de saúde primários.	Tipo de Inovação: organizacional Ambito: prestação (cuidados de saúde primários)

Tabla 94 – Identificação e categorização das intervenções e discursos dos Membros dos Gabinetes dos Ministérios da Saúde de Portugal e Espanha

Titulo / Data	Abordagem síntese	Intervenção: Foco de análise - Inovação	Tipo de Inovação / Ambito / Foco (com base no Manual de Oslo)
Congresso 2010 IQ Saúde 26/03/2010 ¹	Intervenção da Ministra da Saúde no Congresso 2010 - Inovação e Qualidade, em Coimbra	É necessário que estes diversos pontos de observação se completem numa síntese virtuosa que confira coerência ao resultado final de uma qualquer avaliação da qualidade. Por outro lado, a inovação tecnológica constitui, em regra, um importante contributo para a qualidade. Novos medicamentos, novos equipamentos conduzem, quase sempre, a respostas mais eficazes para a saúde dos cidadãos. É necessário, porém, que estejamos particularmente atentos à avaliação clínica e económica da inovação tecnológica em saúde.	Foco: Resultados Tipo de Inovação: produtos (bens e serviços) Ambito: prestação (sistema de saúde) Foco: Resultados
Secretário de Estado da Saúde nas Tertúlias da Saúde 06/05/2010 ³	Intervenção do SES nas Tertúlias da Saúde, sob o tema «Medicamento em Portugal: Que Futuro?»	Todos nós sabemos quais e quão fortes são as pressões para o aumento das despesas em saúde. O envelhecimento da população, as inovações tecnológicas e as exigências que decorrem da melhoria do nível de vida são factores que a mobilidade, a facilidade de prescrição e o dinamismo comercial dos agentes do sector transformam em custos crescentes que, porventura, não podem nem devem ser parados, mas podem e devem ser controlados e contidos.	Tipo de Inovação: Processo Ambito: Governação (sistema de saúde) Foco: Estrutura
Encontro de Ordens Profissionais da Saúde 02/06/2010 ³	Intervenção do Secretário de Estado - Segurança dos Cuidados de Saúde vs Sustentabilidade do Sistema de Saúde	Uma medida francamente inovadora e que acreditamos ter um potencial pedagógico muito importante é a alteração da receita médica, que passará a ter mais e melhor informação, passando doravante a discriminar a informação do valor que o utente pouparia se lhe tivesse sido prescrito um medicamento mais barato. Esta medida estará em funcionamento a partir da próxima semana. O novo paradigma de rede de prestação de cuidados de saúde, para além de inovador, inculca uma mais-valia praticamente inexistente até à data. Disto são exemplo as Unidades de Cuidados Comunitários, que dão uma resposta aos mais dependentes, àqueles que não conseguem sequer <i>fisicamente</i> ter acesso ao SNS. Estas unidades dão a resposta a estas pessoas, com a sua mudança de filosofia: hoje já não é o doente que vai ao SNS, é o SNS que vai ao encontro do cidadão. À laia de síntese, permitam-me que partilhe convosco aquilo que chamo o decálogo da sustentabilidade e que orienta o meu pensamento em matéria de sustentabilidade: i. Em primeiro lugar, custo efectividade de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), medicamentos inovadores, etc.	Tipo de Inovação: produtos (bens e serviços) Ambito: Administração (sistema de saúde) Foco: Resultados
Encontro de Ordens Profissionais da Saúde 02/06/2010 ¹	Intervenção da Ministra da Saúde - Segurança dos Cuidados de Saúde vs Sustentabilidade do Sistema de Saúde	A resposta é reforçar o Serviço Nacional de Saúde, respondendo, de forma ainda mais exigente, aos desafios da qualidade. Temos de continuar a apostar na investigação e na inovação tecnológica. Novos equipamentos, novos medicamentos, novas técnicas, conduzem sempre a melhor qualidade na prestação de serviços. E é apostando na formação e inovação que continuamos a garantir profissionais à altura do melhor que há no Mundo.	Tipo de Inovação: produtos (bens e serviços) Ambito: prestação (sistema de saúde) Foco: Estrutura
Debate de urgência sobre saúde 17/06/2010 ¹	Intervenção da Ministra da Saúde no debate de urgência sobre saúde requerido pelo Grupo Parlamentar do PCP	O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral constitui uma resposta inovadora às necessidades de cidadãos mais vulneráveis, como são os idosos mais pobres, as grávidas e os jovens em idade escolar.	Tipo de Inovação: processo Ambito: prestação (cuidados de saúde primários)

Tabla 94 – Identificação e categorização das intervenções e discursos dos Membros dos Gabinetes dos Ministérios da Saúde de Portugal e Espanha

Titulo / Data	Abordagem síntese	Intervenção: Foco de análise - Inovação	Tipo de Inovação / Ambito / Foco (com base no Manual de Oslo)
			Foco: Processo
XV Congresso Nacional de Medicina 21/06/2010 ¹	Intervenção da Ministra da Saúde no XV Congresso Nacional de Medicina, «A Ordem dos Médicos no Século XXI»	A qualidade dos cuidados de saúde tem hoje novos desafios. Temos de continuar a apostar na investigação e na inovação tecnológica. Novos equipamentos, novos medicamentos, novas técnicas, conduzem sempre a melhor qualidade na prestação de serviços. E é apostando na formação e inovação que continuamos a garantir ter profissionais à altura do melhor que há no Mundo.	Tipo de Inovação: produtos (bens e serviços) Ambito: prestação (sistema de saúde)
			Foco: Processo
Dia Internacional Contra o Abuso e Tráfico Ilícito de Droga 24/06/2010 ¹	Intervenção da Ministra da Saúde nas comemorações no Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência	Uma política assente no pragmatismo e no humanismo, olhando e tratando o toxicodependente como um doente que precisa de ter acesso ao tratamento, através de uma rede pública nacional de atendimento e prestação de cuidados de saúde. Uma política assente numa atitude de abertura à inovação, considerando os resultados cientificamente comprovados e a consequente adopção de soluções adequadas à conjuntura nacional.	Tipo de Inovação: Processo Ambito: Prestação (sistema de saúde)
			Foco: Processo
A Inovação nos Hospitais ao Serviço dos Cidadãos 25/06/2010 ³	Intervenção do Secretário de Estado da Saúde, Óscar Gaspar, no Roadshow Boas Práticas em Saúde	Sob a égide da «Inovação nos Hospitais ao Serviço dos Cidadãos», esta associação divulga uma série de iniciativas e projectos nomeados ao Prémio Boas Práticas em Saúde. A difusão de boas experiências na área da saúde – especialmente quando associada à inovação - assume grande importância, em particular, na conjuntura que hoje vivemos. Todavia, a inovação não se alcança apenas através de revoluções tecnológicas, como a história muitas vezes nos ensina. Pode ser igualmente alcançada através de pequenos passos inovadores que, somados, representam um acréscimo de qualidade e eficiência, em tudo semelhante a uma grande revolução. Recorde-se que o próprio Plano Tecnológico tinha implícitos três eixos: a tecnologia propriamente dita, mas também o conhecimento e a inovação. Numa palavra, a inovação passa pela revisão do sistema, por novos procedimentos e pelas novas formas de gestão. Além desta aposta na inovação em termos de prestação de cuidados, outro exemplo claro de inovação que não passa por uma revolução tecnológica é o das práticas de gestão e eficiência. Deve, aliás, ficar claro, não estarmos aqui a falar em inovação enquanto Investigação & Desenvolvimento (I&D), pelo que deve haver um escrutínio objectivo sobre o custo-benefício dos novos processos e práticas. No actual contexto, onde a importância do sector da saúde aumenta à medida que as pessoas atribuem mais valor à sua qualidade de vida, em que a esperança de vida é maior e onde as prestações sociais representam uma grande fatia das despesas do Estado, há que inovar na gestão de recursos e meios. Dito de outra forma, a inovação pode ser uma boa ferramenta de sustentabilidade. Há que saber inovar, há que alargar horizontes. É certo que, como qualquer mudança, também nesta área há e haverá sempre resistência à mudança. Para minorizar este efeito, absolutamente expectável, em muito contribui a difusão de casos positivos e de boas práticas como os que hoje testemunhamos. Por último, quer o projecto da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, que se debruça sobre a optimização e centralização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, quer o do Centro Hospitalar de Coimbra, que pende sobre a Telemedicina em Cardiologia Pediátrica e Fetal, são exemplos nítidos sobre aquilo que mais facilmente identificamos como inovação, ou seja, as denominadas inovações tecnológicas. Na área da inovação, haverá certamente muito a descobrir, mas há também um largo caminho já percorrido. Permitam-me um parêntesis para justificar que nesta pequena apresentação não vá fazer referência detalhada à inovação na prática	Tipo de Inovação: processo Ambito: prestação (sistema de saúde) Foco: Resultados

Tabla 94 – Identificação e categorização das intervenções e discursos dos Membros dos Gabinetes dos Ministérios da Saúde de Portugal e Espanha

Titulo / Data	Abordagem síntese	Intervenção: Foco de análise - Inovação	Tipo de Inovação / Ambito / Foco (com base no Manual de Oslo)
		clínica. Acontece que essa não é a excepção, é o dia-a-dia e, no caso concreto dos médicos, é importante reconhecer que são dos profissionais que mais actualizados e adaptados estão às novas tecnologias, sejam os que entram no mercado, como os que têm carreira estabelecida. A inovação está no ADN dos médicos. E se a organização dos serviços de saúde centrada do cidadão, teve como fundamento a ligação em rede das unidades de saúde, com a criação de um sistema integrado de informação de saúde, a resposta aos novos desafios passa pela concepção e implementação de sistemas inovadores de saúde de proximidade. Este novo desígnio - saúde de proximidade -, sendo um projecto ambicioso e complexo, beneficia da existência no terreno de factores facilitadores e motivadores, que o tornam não apenas credível como desejável. Para além da reorganização dos serviços de saúde já efectuada e da implementação de um sistema de informação integrado de saúde em curso, importa ter em conta todo o património que resulta das políticas executadas no domínio das infra-estruturas tecnológicas das Redes de Nova Geração, no aumento da literacia em TIC ou da facilidade de acesso das diversas camadas da população, na melhoria do sistema nacional de I&D e dos processos de transferência de tecnologia, bem como no apoio ao desenvolvimento de muitas empresas de base tecnológica com potencial de inovação e empreendedorismo. Com a definição de uma agenda que associe os desafios que se colocam ao sistema de saúde com o potencial das novas infra-estruturas e do conhecimento nacional, será possível criar soluções inovadoras que satisfaçam simultaneamente dois objectivos fundamentais: proporcionar aos cidadãos novos serviços de saúde de proximidade e desenvolver soluções e empresas nacionais capazes de se afirmarem no mercado europeu e global. Mas nem só de novas tecnologias vive o SNS e a inovação passa também pela procura de novos procedimentos e janelas de actuação. Neste curtíssimo espaço de tempo atrevo-me apenas a mencionar uma nova área de inovação nos hospitais: a da eficiência energética. Gostaria de adiantar que, neste âmbito, o Ministério da Saúde está verdadeiramente empenhado em ser inovador e empreendedor e, por isso, estamos a estudar e avaliar diversas soluções nesta matéria. Outra das aplicações práticas da eficiência energética no cenário hospitalar é na área da iluminação. Os hospitais do Serviço Nacional de Saúde – os seus profissionais e administrações –, as Administrações Regionais de Saúde e o próprio Ministério da Saúde não têm estado parados na procura de inovação de processos. Sejam eles de menor dimensão, através de pequenos ajustamentos e abordagens que podem representar grandes melhorias, facilmente percebidos pelos cidadãos, sejam eles de maior dimensão ou em áreas de excelência para a inovação, como seja a investigação. Cabe-nos a todos, por isso, sermos catalisadores da mudança, difundirmos o trabalho, o excelente trabalho, já realizado e estarmos atentos a novas oportunidades de mudança, de inovação e de empreendedorismo. Uma última palavra para referir que a tecnologia não substitui a humanização dos hospitais. A tecnologia e a inovação só são úteis quando se traduzem em serviços que acolhem o doente como pessoa e o tratam com a dignidade que merece.	
1.º Aniversário da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 29/06/2010 ¹	Intervenção da Ministra da Saúde no encerramento do aniversário da Estratégia para a Qualidade na Saúde	Reconhecemos a oportunidade de desenvolver no Serviço Nacional de Saúde um grande movimento de promoção de melhoria contínua da qualidade, investindo na qualidade clínica e organizacional, sem ignorar a segurança dos doentes e a inovação.	Tipo de Inovação: Processo Ambito: prestação (sistema de saúde) Foco: Processo
Apresentação da Estratégia Vacinal contra a Gripe ¹ para 2010/2011 04/08/2010 ¹	Intervenção da Ministra da Saúde na apresentação da Estratégia Vacinal contra a Gripe para a época 2010/2011	Vamos promover o aumento da cobertura vacinal, usando uma estratégia inovadora no que se refere à protecção que o Serviço Nacional de Saúde vai dar aos diferentes grupos de risco e à forma como o vai fazer.	Tipo de Inovação: Processo Ambito: prestação (sistema de saúde)

Tabla 94 – Identificação e categorização das intervenções e discursos dos Membros dos Gabinetes dos Ministérios da Saúde de Portugal e Espanha

Titulo / Data	Abordagem síntese	Intervenção: Foco de análise - Inovação	Tipo de Inovação / Ambito / Foco (com base no Manual de Oslo)
			Foco: Resultado
Tomada de posse do Presidente da ERS 01/10/2010 ¹	Intervenção da Ministra da Saúde, na tomada de posse do Presidente da Entidade Reguladora da Saúde, Porto	Nos últimos trinta anos muita coisa mudou. Não só o paradigma demográfico se alterou – e continua a alterar – como novas necessidades se apresentam, decorrentes da inovação tecnológica e da investigação científica e do aumento da prevalência das doenças crónicas nas sociedades modernas.	Tipo de Inovação: produtos (bens e serviços)
			Ambito: prestação (sistema de saúde)
			Foco: Processo
3.º Fórum Nacional sobre Gestão do Medicamento em Meio Hospitalar 15/10/2010 ³	Intervenção do Secretário de Estado da Saúde, Óscar Gaspar, sobre gestão do medicamento em meio hospitalar	Recordo que então, como hoje, foi referido que é absolutamente vital haver um correcto e atempado reporte de informação da despesa com medicamentos, de modo que possamos conhecer a realidade e, quando necessário, tomar as medidas adequadas. Também nessa reunião foi abordada a problemática dos ensaios clínicos, que pretendemos incentivar, agilizando procedimentos e colocando Portugal no radar de I&D da indústria farmacêutica inovadora. Sabemos bem que a correcta gestão de um orçamento de cerca de 9.000 milhões de euros, numa área tão sensível para os cidadãos como a da saúde e com uma dinâmica previsível de crescimento para as próximas décadas, por força do envelhecimento da população e das inovações tecnológicas, exige um acompanhamento permanente.	Tipo de Inovação: Processo
			Ambito: Governança (sistema de saúde)
			Foco: Resultados
Conferência Anual do Infarmed 2010 18/10/2010 ¹	Intervenção da Ministra da Saúde na conferência sobre medicamentos, produtos de saúde e globalização, Lisboa	O tema da maximização de resultados com a utilização do medicamento e, simultaneamente, a procura da sustentabilidade da inovação são áreas que estão hoje na ordem do dia e que merecem uma profunda reflexão. A nível nacional temos de aumentar o número de ensaios clínicos realizados no nosso país e promover a inovação científica. Este é um caminho que promove ganhos em saúde e que o Serviço Nacional de Saúde está empenhado em reforçar. Os poucos medicamentos inovadores a entrar no mercado são extremamente caros e, efectivamente, a questão da avaliação das tecnologias de saúde tem hoje uma importância fulcral para doentes e Estado/pagadores.	Tipo de Inovação: produtos (bens e serviços)
			Ambito: Administração (sistema de saúde)
			Foco: Resultados
XV Jornadas do Internato de Medicina Geral e Familiar - Zona Sul 26/10/2010 ¹	Intervenção da Ministra da Saúde nas Jornadas do Internato de Medicina Geral e Familiar - Sul, em Évora	Tenho-o feito com grande satisfação e esperança num futuro melhor, que se reforçam perante esta plateia de jovens que brevemente estarão nos centros de saúde com ideias inovadoras, entusiasmados com a mudança e a dar o seu melhor como profissionais competentes.	Tipo de Inovação: Processo
			Ambito: prestação (sistema de saúde)
			Foco: Estrutura
Discussão do Orçamento de Estado 2011 04/11/2010 ¹	Intervenção de Ana Jorge na reunião conjunta das Comissões Parlamentares de Orçamento e Finanças e da Saúde	Nos últimos anos a prestação de cuidados de saúde aumentou 30%, quando a despesa correspondente aumentou apenas 8%. E estes dados traduzem a realidade. Uma realidade em que temos de dar resposta a crescentes necessidades dos cidadãos. Mas uma realidade capaz de introduzir mecanismos de inovação e reorganização.	Tipo de Inovação: processo
			Ambito: cidadão (sistema de saúde)
			Foco: Resultados

Tabla 94 – Identificação e categorização das intervenções e discursos dos Membros dos Gabinetes dos Ministérios da Saúde de Portugal e Espanha

Titulo / Data	Abordagem síntese	Intervenção: Foco de análise - Inovação	Tipo de Inovação / Ambito / Foco (com base no Manual de Oslo)
Inauguração da Central de Cogeração do Hospital de São João 04/03/2011	Intervenção da Ministra da Saúde na inauguração da Central de Cogeração do Hospital de São João	Uma referência pela qualidade dos seus profissionais e uma referência pela inovação que permanentemente imprime na sua estrutura de organização e prestação de cuidados. Esta é mais uma marca de inovação que coloca o Hospital num patamar muito avançado de eficiência energética, com as inerentes vantagens económicas e ambientais. Este desafio tem sido acompanhado pelas administrações e pelos profissionais. Sem os profissionais não é possível introduzir métodos inovadores de organização e maior rigor na utilização dos recursos.	Tipo de Inovação: Organizacional Ambito: prestação (cuidados de saúde hospitalares) Foco: Estrutura
Comissão Parlamentar da Saúde 23/03/2011 ¹	Audição na Comissão Parlamentar da Saúde, intervenção da Ministra da Saúde, Ana Jorge - 23/03/2011.	Constitui um marco relevantíssimo da política do medicamento o acordo recentemente celebrado entre o Ministério da Saúde e a Apifarma, com a intervenção, ainda, dos Ministérios das Finanças e Administração Pública e da Economia, Inovação e Desenvolvimento.	Tipo de Inovação: Organizacional Ambito: Governação (sistema de saúde) Foco: Estrutura
Homenagem a Constantino Sakellarides 03/06/2011 ³	Intervenção do Secretário de Estado da Saúde na homenagem a Constantino Sakellarides	O cepticismo do mundo actual atinge-nos de tal forma que não só desdenhamos o tesouro como, pura e simplesmente, nos custa a discernir um mapa. E foi esse papel que eu encontrei no livro do Professor Sakellarides: que activo mais precioso poderia trazer até nós que não uma proposta séria de uma abordagem, tão inovadora quanto clara, para um dos pilares da nossa sociedade, dita desenvolvida? A primeira delas é imediatamente reclamada pelo título da obra. Como diz, «o novo contrato social para a saúde visa reforçar os valores de solidariedade, previdência e coesão social como referências civilizacionais essenciais de uma sociedade de bem estar inclusiva, compatível com um crescimento económico centrado na qualificação e capacitação das pessoas, na inovação e no conhecimento». Ou seja, um «conjunto de regras do jogo que todas as pessoas conheçam e aceitem, já que visam criar um sistema de saúde que beneficie toda a comunidade».	Tipo de Inovação: organizacional Ambito: cidadão (sistema de saúde) Foco: Processo
Assinatura de contrato entre a DGS e o INEM 15/09/2011 ⁴	Intervenção do Ministro da Saúde na assinatura do contrato de certificação de qualidade entre a DGS e o INEM.	O processo de acreditação e certificação de qualidade das unidades de saúde é já uma realidade e segue o seu caminho, como neste caso. O SNS só tem a ganhar com o estabelecimento de metas de qualidade, com a comparação e emulação, com o mérito profissional e a aposta em processos inovadores.	Tipo de Inovação: Processo Ambito: Administração (sistema de saúde) Foco: Estrutura
Ministro da Saúde na Assembleia da República 07/09/2011 ⁴	Intervenção inicial de Paulo Macedo na Comissão da Saúde da Assembleia da República	No sector da saúde, o diagnóstico em termos de indicadores de saúde é muito positivo e a sua situação financeira é particularmente grave. Pela primeira vez vivemos um contexto em que a despesa de saúde teima em crescer pelos motivos conhecidos de todos, nomeadamente em função da pressão demográfica e da inovação tecnológica, quando o PIB, em simultâneo, cai de forma significativa.	Tipo de Inovação: Processo Ambito: Governação (sistema de saúde) Foco: Prcoesso

Tabla 94 – Identificação e categorização das intervenções e discursos dos Membros dos Gabinetes dos Ministérios da Saúde de Portugal e Espanha

Titulo / Data	Abordagem síntese	Intervenção: Foco de análise - Inovação	Tipo de Inovação / Ambito / Foco (com base no Manual de Oslo)
Intervenções do Ministro da Saúde na Assembleia da República 16/09/2011 ⁴	Intervenções de Paulo Macedo na AR, dia 16 de Setembro, na apresentação da proposta de Lei n.º 13/XII/1. ^a (GOV).	Uma economia baseada no conhecimento e na inovação é uma prioridade de qualquer País. Portugal pretende continuar a reforçar o papel da inovação pelo que a existência de patentes é fundamental para que aqueles que investem na investigação e desenvolvimento possam ver assegurados os seus legítimos direitos de protecção. É assim claro que defendendo o Governo uma efectiva protecção das patentes durante o seu período de vigência, não pode deixar de, uma vez esgotados esses direitos especiais, também defender que a referida inovação possa ser explorada por outros agentes. Ou seja, uma vez caducado o exclusivo de comercialização, não deverá ser possível retardar, nem sequer por um único dia, o acesso dos genéricos ao mercado. Estamos, pois, convictos que esta proposta de Lei assegura uma equilibrada protecção dos interesses em presença, a saber: • Dos cidadãos e utentes, os quais, beneficiando de mais medicamentos genéricos, vêem os seus encargos individuais reduzidos sem abdicar de qualidade, eficácia ou segurança dos medicamentos; • Do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o qual, ao reduzir encargos, liberta meios para reforçar a promoção do uso racional dos medicamentos no mercado e financiar o acesso a medicamentos inovadores; • Dos produtores de genéricos, que poderão prosseguir a sua actividade num ambiente de sã e leal concorrência; Finalmente, da indústria farmacêutica inovadora, que para além da protecção dos seus direitos de patente, beneficia também da existência de medicamentos genéricos porquanto poderá esperar que existam disponibilidades para remunerar a inovação. Julgamos que desta proposta emerge também a dignificação do Estado português que, de forma clara, assume as suas responsabilidades em matérias de protecção de patentes e valoriza a inovação terapêutica.	Tipo de Inovação: Produtos (bens e serviços) Ambito: Governação (Industria Farmaceutica) Foco: Resultados
Prescrição por Denominação Comum Internacional 28.10.2011 ⁴	Intervenção do Ministro da Saúde sobre a Proposta de Lei relativa à prescrição por Denominação Comum Internacional.	Os portugueses não perdoarão quaisquer abusos no que respeita ao controlo e avaliação. O Governo inova no sentido em que dispõe que os mecanismos de avaliação regular das justificações técnicas apresentadas pelos médicos prescritores, bem como as condições em que são dispensados os medicamentos nas farmácias, nomeadamente através da criação de comissões de farmácia e terapêutica a funcionar junto das administrações regionais de saúde, são regulados por portaria a aprovar pelo membro do governo responsável pela área da saúde, sem prejuízo das atribuições de regulação e fiscalização já cometidas ao INFARMED, IP.	Tipo de Inovação: Processo Ambito: Administração (sistema de saude) Foco: Estrutura
Intervenção do Ministro da Saúde no aniversário do Hospital Garcia de Orta 16.12.2011 ⁴	Intervenção de Paulo Macedo, dia 16 de Dezembro, na cerimónia do 20.º aniversário do Hospital Garcia de Orta.	O sistema de saúde, no âmbito da sua responsabilidade assistencial, junta ciência, conhecimento, tecnologia e inovação. É pois de primeira importância para o nosso país que os hospitais avancem decididos no caminho da qualidade e da excelência, do desenvolvimento de pólos académicos que os liguem ao exterior. Tudo em nome dos cidadãos, do restabelecimento da sua saúde e de uma resposta à esperança dos doentes.	Tipo de Inovação: Processo Ambito: Administração (I+D+I) Foco: Estrutura
Espanha			
4a Reunión Internacional sobre Investigación Traslacional y Medicina Individualizada 05/02/2009 ⁵		(...) el Ministro de Sanidad y Consumo avanzó en su comparecencia ante el Congreso en junio del año pasado, el compromiso de este Ministerio por la innovación y la calidad de los servicios sanitarios, por la cohesión y por la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, el cual puede contribuir a que España ocupe una buena posición en el entorno general de desarrollo sostenible e innovación. Por ello, para lograr mejores resultados sobre la salud de los ciudadanos resulta imprescindible impulsar y apoyar decididamente la capacidad investigadora e innovadora de los profesionales y de los centros sanitarios de nuestro SNS. De hecho, la semana pasada, durante la celebración de la II conferencia Anual de las Plataformas Tecnológicas de Investigación biomédica, medicamentos innovadores y nanomedicina, quedó patente la amplia participación de España en la iniciativa europea de proyectos IMI (iniciativa de proyectos innovadores).	Tipo de Inovação: produtos (bens e serviços) Ambito: Administração (sistema de saude) Foco:

Tabla 94 – Identificação e categorização das intervenções e discursos dos Membros dos Gabinetes dos Ministérios da Saúde de Portugal e Espanha

Título / Data	Abordagem síntese	Intervenção: Foco de análise - Inovação	Tipo de Inovação / Ambito / Foco (com base no Manual de Oslo)
Presentación fábrica vacunas 30/06/2009 ⁶	firma del protocolo de intenciones que pretende hacer realidad el proyecto de Laboratorios Rovi para la instalación de una fábrica de vacunas de gripe estacional y pandémica en el Parque Tecnológico de Ciencias de la Salud de Granada	Como decía al principio, el Ministerio de Sanidad y Consumo, y así lo declaró nuestro Ministro en la Comisión de Sanidad del Congreso el pasado mes de junio, va a continuar trabajando para que los ciudadanos se beneficien de los avances científicos mediante la rápida conversión de los resultados de la I+D+i en Terapias Avanzadas, en nuevas aplicaciones sanitarias y, para que desde la práctica clínica, se desarrollen iniciativas de investigación e innovación sobre todos aquellos aspectos que mejoren la efectividad y la calidad de la asistencia sanitaria que prestamos a los ciudadanos. El Gobierno de España apoya esta iniciativa incluyendo como prioridad en sus convocatorias de ayudas reembolsables las actividades en investigación, desarrollo e innovación en vacunas para así facilitar préstamos públicos que puedan dar soporte y respaldo a esta decisión empresarial. Entonces, el Ministerio pidió al sector que incrementara su esfuerzo inversor en innovación y desarrollo como mejor receta para construir un nuevo modelo productivo con el que afrontar la crisis y ayudar al país a salir lo antes posible de ella, dado el compromiso del Gobierno de mantener intacto el sistema sanitario a pesar de la crisis económica.	Resultados Tipo de Inovação: produtos (bens e serviços) Ambito: prestação (sistema de saúde) Foco: Estrutura
Comparecencia de la Ministra de Sanidad y Política Social para Informar sobre las Líneas Generales de la Política del Departamento 18/06/2009 ⁶		(...) el gran objetivo que me he fijado en esta etapa al frente del Ministerio de Sanidad y Política Social es continuar con las políticas desarrolladas durante estos últimos cinco años para seguir avanzando y garantizar una mayor calidad de vida y bienestar para todos los ciudadanos de este país. Todo ello, en base a unos principios y valores fundamentales que quisiera reiterar aquí: • Garantizar la equidad en el acceso y la sostenibilidad de los servicios sociales y sanitarios, propios de un Estado del bienestar avanzado y moderno; • Impulsar la calidad de esas prestaciones a través de una apuesta decidida por la innovación; • Velar por la seguridad de los productos, también mediante actuaciones preventivas y de promoción de la salud, para conseguir una mayor protección de los ciudadanos; • Promover la participación y la formación permanente de todos los profesionales implicados; • Y apostar por la información, el diálogo, la colaboración y la coordinación entre las administraciones públicas – y, especialmente, las Comunidades Autónomas –, las empresas y el Tercer Sector, como herramientas esenciales para fortalecer nuestro sistema sanitario y social. recisamente, de eso trata también el Pacto de Estado por la Sanidad – que asumo como prioridad política – y que, en estos momentos, encara su recta final. Como saben, el Pacto por la Sanidad nace con la voluntad de generar un gran acuerdo político e institucional en torno a la cohesión del Sistema Nacional de Salud, a su calidad y excelencia, así como a su sostenibilidad y legitimidad social en los próximos años. El Pacto nos ha de permitir lograr puntos de encuentro en cuestiones tan cruciales como: • la política de recursos humanos, para definir las necesidades del sistema y su adecuada planificación; • la cartera común de servicios, el impulso a la designación de los servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud y el establecimiento de un sistema de garantías de tiempos máximos de espera; • la racionalización del gasto sanitario, para contribuir a la sostenibilidad financiera del sistema; • las políticas de salud pública, que tan importantes se nos han revelado estas semanas con motivo de la crisis derivada del virus de la gripe A H1N1; • el impulso de las políticas de calidad e innovación en nuestros servicios de salud; • y la prevención del consumo de drogas. Todo ello sin dejar, en ningún momento, de apoyar la innovación, para asegurar que la prestación farmacéutica no deja fuera del sistema sanitario ninguna novedad farmacológica que aporte mejoras en la calidad asistencial de los pacientes y ciudadanos. (...) en el ámbito sanitario, estas prioridades tienen como horizonte incrementar el nivel de la asistencia sanitaria recibida por los ciudadanos y fomentar la solidaridad y la innovación, en el sentido de cuidar y mantener la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y	Tipo de Inovação: Processo Ambito: Governação (sistema de saúde) Foco: Processo

Tabla 94 – Identificação e categorização das intervenções e discursos dos Membros dos Gabinetes dos Ministérios da Saúde de Portugal e Espanha

Titulo / Data	Abordagem síntese	Intervenção: Foco de análise - Inovação	Tipo de Inovação / Ambito / Foco (com base no Manual de Oslo)
		de fomentar la protección de la salud. Paralelamente, el Gobierno de España va a incluir como prioridad en sus convocatorias de ayudas reembolsables, las actividades de investigación, desarrollo e innovación en vacunas para facilitar préstamos que puedan dar apoyo a esta iniciativa.	
Intervención de la ministra de Sanidad y Política Social, Trinidad Jiménez, en el acto de clausura de los premios de la Fundación Abbot a la Cooperación Sanitaria en Iberoamérica 08/07/2009 ⁶		(...) el Patronato de la Fundación Abbott acordó crear el Premio Fundación Abbott a la Cooperación Sanitaria con Iberoamérica, dentro del marco de su política de sensibilización y apoyo a favor de la solidaridad internacional en relación con el derecho a la protección de la salud para apoyar aquellas iniciativas de cooperación internacional en el ámbito sanitario, entre instituciones y organizaciones de España e Iberoamérica, que por su carácter innovador, incidencia en la población o aportación de valor añadido, supongan un ejemplo digno de reconocimiento.	Tipo de Inovação: Processo Ambito: prestação (sistema de saúde) Foco: Resultado
Intervención de la ministra de Sanidad y Política en el Foro Nueva Economía 07/10/2009 ⁶		(...) las políticas del Gobierno en el Sistema Nacional de Salud y en el sistema de Atención Social son, hoy, – además de políticas de bienestar – una enorme inversión para el empleo y para la innovación. estas políticas constituyen la principal fuente de financiación de sectores industriales altamente competitivos, en términos de innovación y desarrollo, como es el caso de la industria farmacéutica —en la que invertimos más de 14.000 millones de euros anuales— o de la industria de tecnologías sanitarias —en la que invertimos más de 6.000 millones de euros anuales. Estos desarrollos mejoran la calidad, la seguridad y la accesibilidad de la sanidad española. Pero también generan innovación y competitividad para las empresas que en ellos han participado. De hecho, durante la Presidencia española de la Unión Europea, la E-health ocupará un lugar destacado en nuestras líneas de trabajo y será objeto de una conferencia ministerial. (...) la creación de la red de Centros Estatales de Referencia —dependientes del IMSERSO— que tienen encomendadas, entre otras, las misiones de coordinación, investigación, innovación y formación de profesionales, además de apoyar a los pacientes y sus familias.	Tipo de Inovação: Processo Ambito: Governação (sistema de saúde) Foco: Estrutura
Discurso de la ministra en la Conferencia Inaugural del Año Europeo de lucha contra la pobreza y la exclusión social 21/01/2010 ⁶		Me refiero, por un lado, a la innovación, no sólo tecnológica, sino también económica, institucional y política, que ha de conducirnos a crear más y mejores empleos y a profundizar el modelo social europeo. La Europa que imaginamos es una Europa innovadora y avanzada. Una Europa preparada para hacer frente a los retos del futuro y que tiene, como valor esencial, la igualdad en el bienestar y en las oportunidades. Un nuevo orden que apueste por el crecimiento sostenible, por el empleo estable y de calidad, basado en la educación, el conocimiento y la innovación.	Tipo de Inovação: Organizacional Ambito: cidadão (sistema de saúde) Foco: Resultados
Intervención de la ministra de Sanidad y Política Social ante el Panel de Alto Nivel sobre Integración Social 04/02/2010 ⁶		(...) la salida de la crisis debe ser el punto de partida para una economía social sostenible que asegure el crecimiento sostenible desde el punto de vista económico y del empleo, y donde nuestra prosperidad se base en la innovación y en una mejor utilización de los recursos, cuyo principal motor debe ser el conocimiento. Esta nueva perspectiva deberá permitirnos hacer uso de las nuevas fuentes de crecimiento sostenible y crear nuevos puestos de trabajo. Evitar el desempleo a largo plazo y crear más puestos de trabajo es crucial para la inclusión social. En el contexto de los debates internos de la Unión Europea sobre la Nueva Estrategia 2020, nos gustaría conocer la opinión de los panelistas sobre la mejor manera de hacer frente a los retos que tenemos por delante, como por ejemplo la preservación y el uso más eficiente de las fuentes de energía, los recursos naturales y las materias primas, o las consecuencias de una sociedad en proceso de envejecimiento. ¿Cómo podemos crear una nueva economía de mercado social sostenible, una economía más inteligente y respetuosa con el medio ambiente donde nuestro desarrollo se base en la innovación y en una mejor utilización de los recursos y cuyo principal motor sea el conocimiento?	Tipo de Inovação: Organizacional Ambito: cidadão (sistema de saúde) Foco: Estrutura
Intervención de la ministra de Sanidad y Política Social		También es cierto que el reto demográfico ofrece nuevas alternativas en el ámbito económico. Y es que las sociedades en proceso de envejecimiento generan nuevas oportunidades de empleo y nuevas oportunidades para las empresas innovadoras, a través de una	Tipo de Inovação: Produtos (bens e serviços)

Tabla 94 – Identificação e categorização das intervenções e discursos dos Membros dos Gabinetes dos Ministérios da Saúde de Portugal e Espanha

Titulo / Data	Abordagem síntese	Intervenção: Foco de análise - Inovação	Tipo de Inovação / Ambito / Foco (com base no Manual de Oslo)
en los desayunos informativos de Europa Press 16/02/2010 ⁶		demanda de bienes y servicios nuevos o adaptados. El objetivo del Pacto por la Sanidad es garantizar a todos los ciudadanos una asistencia sanitaria pública, de calidad y equitativa, en el momento actual y, sobre todo, en el futuro —además de preservar el motor económico que, para España, supone el actual Sistema Nacional de Salud, como elemento de riqueza e innovación para la economía española. Efectivamente, es cierto que tenemos uno de los mejores sistemas sanitarios de los países de nuestro entorno —porque ofrece, con altos niveles de calidad, una amplia cartera de servicios que incorpora las innovaciones y los avances de la medicina para toda la población. Y también es cierto que se trata de un sistema sanitario sólido, que juega un papel relevante en la economía del país — como generador de empleo, cerca de un millón doscientos mil, y, también, como motor para la innovación y desarrollo, al dedicar más de 21.000 millones de euros al año a medicamentos y tecnologías sanitarias que son provistos a la sociedad por empresas tecnológicas con un alto componente de inversión en I+D+i. Porque la Europa que imaginamos es una Europa innovadora y avanzada. Una Europa preparada para hacer frente a los retos del futuro y que tiene, como valor esencial, la igualdad en el bienestar y en las oportunidades.	Ambito: Governação (sistema de saude)
Comparecencia en el Congreso sobre Ley de Dependencia 18/02/2010 ⁶	Comparecencia de la Ministra de Sanidad y Política Social para Informar sobre Balance y Perspectivas de la Ley de Dependencia	Porque, coincidirán conmigo en que —además de políticas de bienestar— el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia supone una enorme inversión para el empleo y para la innovación, aún en tiempos de crisis. Es decir, constituye una inversión rentable que produce beneficios cuantificables en la economía, incrementando el potencial productivo y el empleo de forma directa.	Tipo de Inovação: Processo Ambito: Governação (sistema de saude) Foco: Processo
Documento Consejo Interterritorial Pacto por la Sanidad 18/03/2010 ⁶	Consejo Interterritorial del SNS - Acciones y Medidas para Promover la Calidad, la Equidad, la Cohesión y la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud	(...) la capacidad demostrada por el sistema para la ágil incorporación de las innovaciones científicas más eficaces en la práctica clínica, ha permitido ofrecer un amplio catálogo de prestaciones de gran calidad que está disponible para todos los ciudadanos que lo necesiten. Se debe actuar para mantener la sostenibilidad de la calidad, de la innovación en infraestructuras y en tecnología, así como haciendo viable la respuesta al incremento y envejecimiento de la población y a las nuevas necesidades sanitarias. El Consejo Interterritorial quiere que los retos del Sistema Nacional de Salud se afronten desde el consenso.	Tipo de Inovação: Processo Ambito: Governação (sistema de saude) Foco: Estrutura
Intervención de la ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad en el Fórum Nueva Economía 13/12/2010 ⁷		Estamos viendo a países como el Reino Unido o Francia que han tomado decisiones duras y difíciles, como España, pero no iguales. Subir las tasas universitarias o reducir las becas es un camino, pero nosotros hemos optado por seguir apoyando el futuro. Creemos y queremos que el futuro pase por la educación, la innovación y la investigación porque son la mejor garantía.	Tipo de Inovação: Organizacional Ambito: Governação (I+D+I) Foco: Estrutura
Comparecencia de la ministra en la Comisión de Igualdad del Congreso 16/12/2010 ⁷		Un marco de crecimiento duradero orientado hacia los sectores de la innovación tecnológica, del aprovechamiento sostenible de los recursos naturales, así como de aquellos empleos vinculados al cuidado de las personas en situación de dependencia. He citado asimismo entre los sectores denominados «emergentes» a aquellos relacionados con la innovación tecnológica y con el aprovechamiento sostenible de los recursos medioambientales, en este sentido merece destacarse dos datos: En primer lugar el incremento paulatino de la presencia de mujeres en carreras como arquitectura, ingenierías técnicas y superiores.	Tipo de Inovação: produtos (bens e serviços) Ambito: cidadão (sistema de saude)

Tabla 94 – Identificação e categorização das intervenções e discursos dos Membros dos Gabinetes dos Ministérios da Saúde de Portugal e Espanha

Titulo / Data	Abordagem síntese	Intervenção: Foco de análise - Inovação	Tipo de Inovação / Ambito / Foco (com base no Manual de Oslo)
			Foco: Estrutura
Intervención de Leire Pajín en el Foro Europa Press «Ideas + Diálogo en Sanidad» 15/02/ 2011 ⁷	(...) es evidente que el Sistema Nacional de Salud español es un importante motor de la economía, ya que se constituye como la primera empresa del país. Una empresa capaz de generar más de un millón de empleos y de ser sustento esencial para sectores productivos basados en la innovación, como son los ligados a la industria del medicamento y de las tecnologías de la salud. Por otra parte, quiero referirme a un ambicioso proyecto para fomentar más inversión, desarrollo e innovación en el ámbito del medicamento en España: la elaboración de un marco estratégico con la industria farmacéutica que permita aprovechar el enorme potencial de nuestro SNS para que consigamos más ensayos clínicos, más presencia de plantas de producción en España, más exportaciones y más y mejor empleo en el sector. Trabajamos coordinados con los Ministerios de Ciencia e Innovación, Industria y Economía y Hacienda para tener un proyecto común que haga posible un instrumento de trabajo que, quiero anunciarles, podrá ser presentado públicamente antes de mediados del próximo mes de marzo.		Tipo de Inovação: produtos (bens e serviços) Ambito: Administração (sistema de saude) Foco: Estrutura
Intervención Leire Pajín Plan Sectorial Industria Farmacéutica - Plataforma Estratégica para el Desarrollo de la Industria Farmacéutica en España 31/03/2011 ⁷	(...) este Plan debe ser compatible con los objetivos de política sanitaria y con los requisitos de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS). Es también la Ley de Economía Sostenible la que, en su artículo 3, establece los principios de la acción de los poderes públicos para impulsar la sostenibilidad de la economía, destacando tres que son directamente aplicables al Plan Sectorial: 1) mejora de la competitividad; 2) estabilidad de las finanzas públicas; y 3) fomento de la capacidad innovadora de las empresas. De forma análoga, los objetivos de estas Mesas se incardinarán bajo los tres principios básicos establecidos en la Ley de Economía Sostenible indicados anteriormente: 1) mejora de la competitividad; 2) estabilidad de las finanzas públicas; y 3) fomento de la capacidad innovadora de las empresas. La consideración de la innovación que aporte valor añadido a la calidad asistencial como un aspecto que en determinadas situaciones puede requerir un procedimiento rápido de toma de decisiones para su incorporación a la prestación farmacéutica del SNS, es uno de los objetivos relevantes de esta mesa. <i>El acceso de los pacientes españoles a los medicamentos en general y a los innovadores en particular es uno de los mejores del mundo, tanto en términos de amplitud de la oferta como de disponibilidad territorial.</i> La Innovación y Competitividad deve estar orientada a: la colaboración entre las compañías farmacéuticas y las biotecnológicas (especialmente las <i>start ups</i>), el capital riesgo como fórmula de financiación de la innovación y la colaboración público-privada, el apoyo a la generación de empleo innovador, la captación de centros de conocimiento y producción y el desarrollo de una agenda internacional que promueva la cooperación tecnológica y la presencia internacional de las compañías.		Tipo de Inovação: Processo Ambito: Governação (sistema de saude) Foco: Estrutura
Conferencia del secretario general de Sanidad, José Martínez Olmos, sobre la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el foro Tribuna ANIS (Asociación Nacional de Informadores de la Salud) 13/06/2011 ⁷	(...) un sistema que se constituye como un importante motor de la economía, ya que es la primera empresa del país. Un sistema capaz de generar alrededor de 1,2 millones de empleos y de ser especialmente una de las fuentes principales de incentivo y sustento para sectores productivos basados en la innovación, como son los ligados a la industria del medicamento y de las tecnologías de la salud ya que desde el SNS se destinan más de 20.000 millones de euros anuales a estas finalidades.		Tipo de Inovação: organizacional Ambito: prestação (sistema de saude) Foco: Processo
Homenaje a Ernest Lluch – Intervención Ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad, Leire Pajín 05/07/2011 ⁷	A Ernest Lluch los españoles y las españolas le debemos casi todo; le debemos nada menos el Sistema Nacional de Salud que hoy disfrutamos, fruto de una de las piezas legislativas más importantes de la democracia: la Ley General de Sanidad, que tan valientemente supo impulsar y llenar de contenido y objetivos. Este año hemos tenido el privilegio de poder celebrar su 25 aniversario en el Congreso de los Diputados Una Ley que ha cumplido 25 años, se dice pronto, y que conllevó al establecimiento de un gran sistema, uno de los mejores del		Tipo de Inovação: Organizacional Ambito: Governação (sistema de saude)

Tabla 94 – Identificação e categorização das intervenções e discursos dos Membros dos Gabinetes dos Ministérios da Saúde de Portugal e Espanha

Titulo / Data	Abordagem síntese	Intervenção: Foco de análise - Inovação	Tipo de Inovação / Ambito / Foco (com base no Manual de Oslo)
		mundo, del que nos sentimos profundamente orgullosos. Un sistema que se ha convertido en un pilar fundamental de nuestro Estado del Bienestar sino también en una de las instituciones que mejor valoración recibe por la parte de los españoles y las españolas, pero es también un motor de creación empleo y lo es también de inversión e innovación en la investigación en nuestro país. Nuestro Sistema Nacional de Salud es un importante motor de la economía y del empleo, ya que es la primera empresa del país, que da trabajo a más de 1,2 millones de personas. Además es uno de los principales sectores productivos basados en la innovación y en el futuro. Les voy a decir algo, es verdad que tenemos que afrontar todos estos retos, es verdad que tenemos que hablar de aumentar la financiación y la contribución de los ciudadanos para mantener ese sistema nacional de salud. Seguiremos hablando de medidas de ahorro de las que pondremos en marcha, mantendremos una mayor innovación y eficacia del sistema, medidas que ahorren y que lo garanticen.	Foco: Resultados
Inauguración de la ministra de la I Conferencia de Atención Primaria del SNS 13/10/2011 ⁷		La Estrategia de Coordinación de la Atención Sociosanitaria, de la que hablaba antes, va a incidir en la mejora de la calidad de la atención a las personas que reciben servicios sanitarios y de atención social, pero va a incorporar también objetivos de coordinación, de mejora de la calidad y la eficiencia y objetivos ligados al impulso de la innovación en este ámbito y de la generación de empleo. Más que nunca requerimos de ideas innovadoras que, preservando los principios esenciales del Sistema Nacional de Salud, aporten iniciativas exitosas, compartan experiencias y puntos de vista, y sirvan, en definitiva, para afrontar los retos de la manera más eficiente posible.	Tipo de Inovação: Processo Ambito: Administração (sistema de saude) Foco: Processo
Intervención de la ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad, Leire Pajín, en el FORO NUEVA ECONOMÍA 27/10/2011 ⁷		Tenemos hacerlo generando nuevas alianzas con la sociedad civil organizada, sindicatos, con los movimientos de consumidores, con el tercer sector, con al empresa privada, con los sectores ciudadanos, con intelectuales y comunicadores, en definitiva, con toda la sociedad. Y debemos plantear propuestas que aporten sostenibilidad al sistema para que se garantice: • Fiscalidad suficiente, progresiva, transparente e inteligente, también desde la austeridad. • Una activación, una implicación, del protagonismo de las personas beneficiarias • Una corresponsabilización también de los ciudadanos. • Mayor flexibilidad para que se ajuste a los tiempos de crisis • Mayor innovación tecnológica y social y por supuesto, • Una apuesta por la creación de empleo, riqueza y tejido social.	Tipo de Inovação: Organizacional Ambito: Prestação (sistema de saude) Foco: Estrutura

¹Ministra da Saúde Ana Jorge; ² Secretário de Estado da Saúde Manuel Pizarro; ³ Secretário de Estadoda Saúde Óscar Gaspar; ⁴ Ministro da Saúde Paulo Macedo; ⁵Ministro de Sanidad y Consumo Bernat Soria; ⁶ Ministra De Sanidad y Política Social Trinidad Jiménez; ⁷ Ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad Leire Pajín Iraola

Fuente: Elaboración propia

Capítulo 4. Propuestas de Cooperación al Programa Operativo de Cooperación Transfronteriza España-Portugal

Segun la metodología anteriormente descrita y de acuerdo con la identificación de necesidades y oportunidades estratégicas en el ámbito del POCTEP, se consensualizaran los siguientes proyectos:

- «Salud 2.0: Estrategias de Cooperación Transfronteriza de Innovación Saludable» (Acrónimo: iNNOSALUD)
- «Innovar, Valorizar e Potenciar a Biblioteca Virtual da Saúde Transfronteira» (Acrónimo: BVS_IBERIA).

De acuerdo con estos proyectos, se pasará a describir su localización, punto de partida, objetivos y actividades.

1. «Salud 2.0: Estrategias de Cooperación Transfronteriza de Innovación Saludable» (Acrónimo: iNNOSALUD)

1.1. Localización del Proyecto

El ámbito territorial del proyecto iNNOSALUD abarca las 17 NUT III fronterizas que forman el ámbito básico de aplicación, interviniendo en las 5 áreas de cooperación del Programa y siendo, por tanto, un proyecto de implementación plurirregional. En general, las zonas fronterizas objetivo del proyecto se caracterizan por constituir zonas de difícil acceso que han dificultado desde hace tiempo la comunicación entre ambos lados. Se trata de un espacio de carácter eminentemente rural, donde la economía se fundamenta en la agricultura, ganadería y explotaciones forestales, y con escasa y/o inexistente implementación de estrategias de promoción de la salud vía Web 2.0. El área de localización del proyecto iNNOSALUD posee una estructura demográfica envejecida y por tanto una demanda de servicios y tecnologías para aplicación en cuidados continuados (demencias, enfermedades crónicas, etc.) muy alta, así como una demanda de información y conocimientos en salud para incrementar la participación de los cuidadores en la gestión de su propia salud. Es por ello que se hace preciso, por un lado, promover estrategias innovadoras de gestión de salud/enfermedad, apoyadas en el uso de las TIC y, por otro, prevenir y/o reducir el deterioro cognitivo y aislamiento social en personas dependientes y reducir la carga que soportan sus familiares y cuidadores en las zonas rayanas. Se trataría, de este modo, de dar respuesta a las

necesidades y particularidades de la zona plurirregional fomentando el desarrollo de una industria fronteriza competitiva en el sector emergente de tecnologías Web2.0, dirigidas a la colaboración interactiva del ciudadano en el sector salud, y tecnologías de apoyo a la discapacidad dirigidas a la integración de uno de los colectivos más sensibles y creciente de las áreas de actuación del proyecto.

Todavía, tenemos que considerar los condicionantes geográficos del proyecto:

- El despoblamiento progresivo de la zona determina una situación estructural de disminución crónica de la población, con un componente natural fuertemente negativo y, por consiguiente, un descenso de servicios e infraestructuras, que dificulta el desarrollo económico y potencia los ciclos migratorios.
- El creciente envejecimiento de la población provoca la desvitalización social en toda el área de cooperación del proyecto.
- La dispersión de la población y la insuficiente y limitada red de comunicaciones de la zona fronteriza dificulta la prestación de servicios sociales y sanitarios en el territorio, constituyendo por tanto una zona excepcional para el desarrollo de servicios y productos TIC que no impliquen desplazamientos.
- La desertización de amplias zonas del territorio está determinando la pérdida de las actividades y de la propia identidad del medio rural en un proceso de concentración poblacional en un número muy reducido de núcleos, que resulta en una dificultad incrementada de acceso de la población en general, y las personas mayores en particular, a las nuevas tecnologías de rehabilitación y ayudas técnicas para la atención a personas dependientes.
- El ritmo de crecimiento de las empresas en la zona fronteriza es claramente inferior al crecimiento del tejido empresarial en los totales nacionales, lo que se traduce en un limitado tejido empresarial en las zonas de actuación del proyecto con respecto al resto de España y Portugal respectivamente.
- El escaso desarrollo de la innovación, particularmente en el ámbito sociosanitario, viene generado por una participación escasa en los programas de investigación regionales, nacionales e internacionales, encontrándose el gasto en I+D+i de las áreas de cooperación implicadas por debajo de la media española y portuguesa, respectivamente.
- Además de ser escasas, las soluciones tecnológicas que resultan de las investigaciones que se llevan a cabo en la frontera son raramente innovadoras y no

siempre se centran en las necesidades del usuario final. Las universidades no suelen tener capacidad para llevar los productos creados hasta el último estadio de la cadena de los procesos de innovación, la transferencia tecnológica (asociaciones universidad-empresa) y posterior comercialización, lo que generaría un aumento en el ritmo de crecimiento del tejido empresarial en la zona, aumentando la competitividad y riqueza en el territorio.

1.2. Punto de partida del proyecto

El proyecto iNNOSALUD se presenta como en el ámbito sociosanitario, desarrollando metodologías y soluciones tecnológicas basadas en las necesidades de los usuarios finales que, tras su testeo y validación, resultarán en servicios avanzados de alto valor añadido y utilización conjunta para todas las áreas de cooperación que abarca el Programa. Los resultados de proyectos transfronterizos se desarrollando y aplicando soluciones innovadoras en todo el área fronteriza España-Portugal, con un enfoque de eliminación de fronteras no solo transfronterizo sino también interregional. La transferencia de tecnologías y aprovechamiento de los recursos desarrollados en los últimos años contribuirán así al desarrollo socioeconómico de las 17 NUTS III establecidas por el Programa. Por tanto, en este proyecto, no solo se da un paso más en el tipo de cooperación sino también en su alcance geográfico, si bien la cooperación no parte desde cero pues algunas de las regiones participantes han desarrollado iniciativas conjuntas anteriormente.

La zona fronteriza que nos ocupa presenta grandes desigualdades tanto en términos de desarrollo de la innovación como de acceso a los servicios sanitarios y sociales. Las nuevas tecnologías aplicadas al sector sociosanitario no están tan explotadas como en otras regiones de España y Portugal (Madrid, Barcelona, Lisboa...). Por otra parte, la atención y apoyo a las personas que viven en zonas rurales, aisladas, envejecidas y poco pobladas es un reto al cual los sistemas locales y regionales se enfrentan con dificultad. Para responder a estas problemáticas se requieren iniciativas innovadoras. En este contexto, el desarrollo de estrategias Web 2.0 y aplicaciones TIC puede contribuir significativamente a reducir la desigualdad, promoviendo el diseño de productos creativos adaptados a la demanda de los usuarios, y resolviendo problemas que persisten o que surgieron en la zona plurirregional fronteriza y no se sabe cómo enfrentarlos.

La nueva estrategia de Lisboa concede gran importancia a la activación del conocimiento, al fomento de la educación y a la promoción de la innovación no sólo

técnica sino también social, entendiendo el concepto de innovación como una herramienta de cambio en la sociedad. Para promover ese cambio, las estrategias regionales de innovación en el ámbito de actuación favorecen desde hace varios años, en consonancia con los objetivos comunitarios, el desarrollo de enfoques multi-actores (clúster, agrupaciones,...), que ponen en red a distintos grupos de interés y/o entidades multidisciplinares para trabajar conjuntamente en pro de un mismo objetivo. A pesar de todo, el desarrollo de enfoques integrados e innovadores que permitan producir soluciones que se adaptan a las necesidades reales de los usuarios finales y permita la viabilidad económica de procedimientos de I+D+i sigue siendo bastante limitado: sólo un 10 % - 20% de las innovaciones desarrolladas llegan al mercado.

La creación de una plataforma transfronteriza de multi-actores implicados en el proceso de innovación sociosanitaria (desde el análisis de necesidades hasta la comercialización del producto), basada en un «modelo público-privado-ciudadano», que se constituya además como banco de pruebas para validación de productos e implantación de nuevos servicios de información en salud, rehabilitación cognitiva, ciberterapia, psico-educación, redes sociales, realidad virtual y telemedicina, con fuerte implicación de las empresas de base tecnológica, representa una gran oportunidad de creación de nuevos servicios y mercados basados en la innovación. La creación de redes y transferencia de estrategias Web 2.0 en salud servirá para facilitar el desarrollo del proceso de innovación abierta y, por tanto, de competitividad, en la zona fronteriza.

La Web 2.0 promueve la creatividad y la colaboración. La proactividad bien orientada del paciente, que hoy ya utiliza la Web como una fuente de información, posibilita un cambio de paradigma de un modelo de salud basado en la cura, a otro basado en la prevención, el auto-cuidado y el bienestar personal. Las redes sociales de salud complementan los vínculos que ya existen de manera natural (familia, amigos), proporcionan apoyo y fuerza a personas con algún tipo de dolencia o discapacidad (especialmente aquellas que son crónicas, poco comunes o degenerativas), o a sus familiares y cuidadores que sufren estrés, evitando el aislamiento, mejorando su calidad de vida y ayudando a alcanzar la plena integración y el desarrollo integral de los proyectos vitales de cada persona. Además, hacen posible la colaboración entre pacientes, familiares, profesionales e instituciones de salud, para mejorar la calidad y la eficiencia de los procesos asistenciales.

La clave esencial del éxito del planteamiento y la futura implementación del proyecto iNNOSALUD está basada en la vinculación de los procesos de innovación

sociosanitaria con el mundo público-privado-ciudadano. En la zona fronteriza objetivo, al igual que en otras regiones de Europa, la vida de gran parte de los productos tecnológicos finaliza en los laboratorios de investigación o en la ejecución de una sola prueba piloto, sin llegar a alcanzar unos mínimos niveles de competitividad que le permitan acceder al mercado. La constitución de una plataforma formada por 4 grupos de instituciones (hélice cuádruple), que incluirá entidades de carácter económico (asociaciones de empresas, agencias de desarrollo, cámaras de comercio...), científico (universidades...), institucionales (ayuntamientos, agencia de innovación...) y asociaciones de usuarios (asociaciones de personas dependientes y familiares, hospitales con pacientes-usuarios...), permitirá que todos los grupos de interés involucrados en los procesos de innovación social y sanitaria participen en su desarrollo, garantizando que las soluciones innovadoras generadas por las investigaciones respondan a necesidades reales y lleguen al mercado, y que los servicios de asistencia se implanten con el apoyo requerido de las administraciones públicas para conseguir su sostenibilidad en el tiempo.

Las acciones desarrolladas para la preparación del proyecto son:

1 – Constitución del partenariado:

- toma de contacto con administraciones públicas, universidades, asociaciones de innovación y fundaciones privadas relevantes en el ámbito socio-sanitario-tecnológico con objeto de diseñar un proyecto conjunto;
- contacto con actores clave de la zona fronteriza (federaciones de empresas, centros tecnológicos, escuelas de formación, federaciones de asociaciones de usuarios y familiares, hospitales, etc) para ser incluidos en el partenariado como socios asociados al proyecto; es decir, que no participan del presupuesto global del proyecto pero formarán parte de la plataforma de actores iNNOSALUD, los Comités de expertos y evaluación y participarán en las actividades de difusión y transferencia de los resultados del proyecto;
- validación de la participación de los socios en el proyecto.

2 – Definición de los objetivos, resultados y actividades del proyecto:

- videoconferencias e intercambios bilaterales y multilaterales entre los socios para definir los objetivos y el contenido del proyecto (brainstorming, negociación...);

- validación del reparto de roles y actividades entre los socios (según naturaleza de la institución, experiencia e intereses), designación de socios líderes y/o co-líderes de cada una de las actividades del proyecto;
 - validación de los socios asociados al proyecto y su rol en las distintas actividades;
 - validación del proyecto.
- 3 – Redacción de la candidatura del proyecto:
- peticiones de información (cuestionarios) a los socios para rellenar las diferentes partes de la candidatura;
 - elaboración del presupuesto y del calendario del proyecto;
 - recogida de documentos administrativos y envío de la candidatura.

1.3. Objetivo General

Promover la innovación sociosanitaria a través del desarrollo y transferencia de metodologías, estrategias Web 2.0 y soluciones tecnológicas basadas en las necesidades de los usuarios del área fronteriza plurirregional. Tras su testeo y validación, estas tecnologías se implementarán en servicios avanzados de información en salud y asistencia social y sanitaria de utilización compartida dirigidos al ciudadano transfronterizo en general y a las personas dependientes, familiares y cuidadores en particular.

1.4. Objetivos Específicos

- Crear herramientas de cooperación para la puesta en red y formalización de un espacio colaborativo de actores y grupos de interés implicados en el proceso de desarrollo de innovación socio-sanitaria (Actividad 1)
- Conceptualizar un Observatorio Transfronterizo de la Innovación y el Bienestar, de carácter transfronterizo, que permita identificar recursos, necesidades y oportunidades de promoción de la salud y mejora de la calidad de vida en las áreas de cooperación del proyecto (Actividad 2)
- Identificar el perfil de salud del ciudadano transfronterizo y su participación en la gestión de la salud, permitiendo establecer prioridades territoriales para avanzar en el proceso de innovación tecnológica que impone el avance de la sociedad de la información y las telecomunicaciones en particular en las zonas rurales y aisladas del espacio fronterizo (Actividad 2)

- Analizar las metodologías existentes de generación de la innovación que impliquen al usuario final en sus procesos de desarrollo (Actividad 2)
- Definir y testar una metodología de desarrollo de la innovación que permita la implicación del usuario final en la creación de productos y tecnologías para el apoyo y asistencia a personas en situación de dependencia en la zona fronteriza (Actividad 2 y 3)
- Analizar las tecnologías existentes de aplicación en Web 2.0 en Salud y Neurociencia a ambos lados de la frontera susceptibles de ser adaptadas y aplicadas para uso transfronterizo (Actividad 2 y 3)
- Promover una «cultura» de transferencia de tecnología para la utilización conjunta transfronteriza de soluciones y servicios sociosanitarios existentes y/o en desarrollo en el espacio de la frontera (Actividades 1, 3 y 4)
- Desarrollar nuevos modelos de implementación de tecnologías y servicios avanzados de asistencia socio-sanitaria para la integración social de las poblaciones fronterizas (Actividad 3 y 4)
- Promover y mejorar la eficacia de redes estables de cooperación transfronteriza que permita reforzar la atención y asistencia social y sanitaria a colectivos sensibles en situación de dependencia (Actividad 1 y 4)
- Promover la creación de empleo y desarrollo socioeconómico a través de la puesta en marcha de nuevos servicios compartidos de atención sociosanitaria en toda la zona fronteriza España- Portugal (Actividad 4)

1.5. Actividades

Tabla 95 – Actividades del proyecto iNNOSALUD

ACTIVIDAD	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	FECHAS
ACTIVIDAD 1	Creación de la Plataforma Transfronteriza de Innovación Saludable	De 01/01/2011 a 31/12/2012
ACTIVIDAD 2	Creación del Observatorio Transfronterizo de Innovación y Bienestar	De 01/01/2011 a 31/10/2012
ACTIVIDAD 3	Desarrollo y Validación de Soluciones Innovadoras	De 01/01/2011 a 31/06/2012
ACTIVIDAD 4	Implementación Conjunta de Servicios Sociosanitarios Avanzados	De 01/01/2012 a 31/12/2012
ACTIVIDAD 5	Gestión y Coordinación	De 01/01/2011 a 31/12/2012
ACTIVIDAD 6	Comunicación	De 01/01/2011 a 31/12/2012

Fuente: Elaboración propia

2. «Innovar, Valorizar e Potenciar a Biblioteca Virtual da Saúde Transfronteiriça»

2.1. Localização do Projecto

A área geográfica de intervenção do projecto BVS_IBERIA desenvolve-se de forma transversal à área de cooperação Alentejo-Algarve-Andalucía. Este âmbito territorial, constituído pelas NUT III de Alto Alentejo, Alentejo Central, Baixo Alentejo, Algarve e Huelva, apresentam elevada variabilidade e necessidades de acesso à documentação científica, aos seus profissionais da saúde.

Neste contexto, urge a necessidade de cooperar e gerir conjuntamente o know how e recursos, já existentes na Biblioteca Virtual do Sistema Sanitario Publico de Andalucia (BV-SSPA), para que se possa constituir uma biblioteca virtual da saúde transfronteiriça, possibilitando recursos tecnológicos adequados e mecanismos de busca e disponibilidade de informação mais rápidos, gratuitos, confiáveis e de alta qualidade.

Em fases posteriores pretendemos estruturar e desenvolver actividades piloto às áreas de cooperação de Galicia-Norte, Norte-Castilla e León, Castilla e León-Centro e Centro-Extremadura-Alentejo, de modo a que a dimensão pluriregional desta iniciativa contribua para uma eficiente e equitativa economia de escala, no eixo da gestão do conhecimento em saúde.

Contudo, devem-se considerar as condicionantes geográficas do projecto:

- Em Alentejo-Algarve:

Do ponto de vista da geografia física, estas regiões apresentam zonas dispersas, com inúmeros problemas de infra-estrutura tecnológica no âmbito da documentação e informação científica em saúde.

Do ponto de vista da geografia humana, os profissionais da saúde que desenvolvem a sua actividade nesta região dispõem de recursos muito limitados e especificamente nulos em termos de acesso e apoio à documentação científica no seu local de trabalho (ex: Cuidados de Saúde Primários). Adjuvante a esta realidade, esta condicionante é responsável pela reduzida participação científica e actividades de formação especializadas/avançadas nesta região.

Neste sentido, é essencial, disponibilizar e fomentar o acesso à informação e partilha de boas práticas assistenciais relativamente ao conhecimento em saúde, através da utilização das tecnologias de informação, como instrumento para o desenvolvimento de competências científicas e técnicas na disseminação em

«cascata» do conhecimento científico, junto dos profissionais de saúde da região transfronteiriça.

A biblioteca virtual transfronteiriça, para além de eliminar barreiras existentes no acesso ao conhecimento na região, promoverá, um clima de benchmarking sanitário e estímulo à partilha de boas praticas entre os profissionais de saúde das regiões, pelo que a sua dinâmica envolverá Faculdades de Ciências da Saúde, Instituições prestadoras de cuidados, associações profissionais e as administrações locais/regionais de saúde.

– Em Andalucía:

Andalucía é a maior região territorial de Espanha, com uma população superior a 8 milhões de habitantes, beneficiária do Sistema Saúde Público de Andaluzia (SSPA). Os profissionais do SSPA usufruem de acesso à informação científica bio-sanitaria através da Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía (BV-SSPA), criada em 2006 e que atende a 95.000 profissionais da Saúde que desenvolvem a sua actividade nas seguintes instituições: 40 hospitais, 10 centros de investigação, docência ou gestão, e 1.500 unidades de cuidados de Saúde primários. Na actualidade, o esforço da BV-SSPA é proporcionar mais serviços e informação ao cidadão, para que este, possa decidir responsavelmente pelo seu estado de Saúde.

2.2. Ponto de partida do projecto

A proximidade geográfica, as afinidades históricas e a vontade política entre regiões fronteiriças configura, actualmente, uma janela de oportunidades para a integração sócio-económica e institucional implícita ao desenvolvimento sustentável das regiões. A cooperação transfronteiriça surge como mais um instrumento privilegiado capaz de operacionalizar essa oportunidade, e na qual os profissionais de saúde da região transfronteiriça devem beneficiar.

Este princípio orientador vinculado às políticas comunitárias, nacionais e regionais, assumido desde o início da sua constituição como um dos principais objectivos da União Europeia, para a coesão territorial e a redução das assimetrias intra e entre estados membros, têm sempre norteado as suas acções e políticas.

Ao longo das últimas décadas os diversos programas de cooperação transfronteiriça configuram apoios ao desenvolvimento dessa mesma coesão territorial, potenciando as relações de proximidade e a partilha de soluções para problemas e obstáculos similares

com que se deparam os cidadãos e as administrações apesar de localizadas em regiões transfronteiriças diferentes. Neste contexto, o Reino de Espanha e a República Portuguesa apresentaram o Programa Operacional de Cooperação Transfronteiriça Espanha - Portugal (POCTEP), para o período 2007-2013, que foi aprovado pela Comissão Europeia mediante a Decisão C(2007)5165, de 25 de Outubro de 2007, a Decisão C (2008)7439, de 25 de Novembro de 2008 e pela Decisão C(2009)7886, de 14 de Outubro de 2009.

A Cooperação Transfronteiriça em Saúde é hoje assumida como matriz transversal a todas as políticas e acções públicas, constituindo a colaboração sócio sanitária em rede e os dinamismos de inovação um factor, por excelência, de integração socioeconómica e institucional (Prioridade 4 do POCTEP). Esta estratégia deve alicerçar vínculos de efectiva colaboração e potenciar a gestão do conhecimento em saúde, com vista a que seja alcançadas, ainda que de forma indirecta, as estratégias nacionais e regionais de promoção da qualidade na saúde, com impacto num crescimento inteligente, sustentável e inclusivo (Comunicação da Comissão Europeia, Europa 2020- Estratégia para um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo).

A Biblioteca Virtual do Sistema Sanitário Público de Andalucía constitui a rede de Bibliotecas do Sistema Sanitario Público de Andalucía e o Centro Andaluz de Informação e Documentação Biosanitaria (CAIDB), com uma arquitectura científica, técnica e operacional de excelência na gestão do conhecimento em saúde, estando disponível para o profissional de saúde e cidadão na região de Andalucía.

Face a esta pertinência transfronteiriça e enquadrado na dimensão da integração sócio-económica e institucional do POCTEP, a criação de uma Biblioteca Virtual da Saúde Transfronteiriça (BVS_IBERIA) considera-se como uma prioridade estratégica, científica e operacional na gestão do conhecimento científico em saúde, aos profissionais da saúde, da região transfronteiriça (tomando por base os estudos do projecto CARTA-TRANS-SAÚDE/Programa INTERREG III).

Esta estratégia conjunta a realizar entre o Alentejo-Algarve-Andalucía susceptível de ser ampliada às áreas Galicia-Norte, Norte-Castilla y León, Castilla y León-Centro, y Centro-Extremadura-Alentejo, numa fase posterior, possibilita a uniformização do acesso à informação e desenvolvimento de competências científicas e técnicas ao profissional da saúde da região transfronteiriça, com base na criação e desenvolvimento de uma Biblioteca Virtual da Saúde Transfronteiriça e a promoção da utilização conjunta de equipamentos e serviços em saúde, com vista à melhorar a eficácia das

redes de cooperação de âmbito institucional e profissional (integração socioeconómica e institucional).

Com impacto a curto, médio e longo prazo, na dimensão tecnológica, social e profissional este projecto assume-se como um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde, pelo acesso à informação científica, intercâmbio de experiencias e conhecimento entre profissionais da região transfronteiriça.

A economia de escala e a rede de cooperação deste projecto elevam o seu carácter vinculativo de inovação tecnológica e crescimento sustentável, pelo que justificam a sua necessidade de implementação e coerência com as políticas nacionais, regionais e locais.

As acções desenvolvidas para a preparação do projecto, iniciaram-se com a exposição da ideia aos potenciais parceiros representativos de entidades/instituições no âmbito da documentação científica em saúde e inovação tecnológica das áreas de cooperação em que se estrutura o programa, no sentido de identificar necessidades, viabilidade e futura operacionalização do projecto, tendo por princípio as seguintes fases:

- 1 – Constituição do Consorcio
- 2 – Definição de objectivos, resultados e actividades a desenvolver ao longo do projecto
- 3 – Redacção do formulário de candidatura

Das actividades realizadas destacamos reuniões presenciais (9 em Lisboa, 1 em Badajoz com o Secretariado Técnico Conjunto do POCTEP), 1 em Faro com o CCDR Algarve, 1 em Évora com o CCDR Alentejo, audioconferências (3), debates em grupo (4) e inúmeros brainstorming transfronteiriços, com as respectivas entidades ao longo dos últimos meses.

Neste sentido, foi igualmente oportuno identificar projectos desenvolvidos no âmbito da saúde transfronteiriça, ao abrigo dos programas operacionais anteriores e ao qual destacamos o seu alinhamento com as necessidades a satisfazer ao longo do presente projecto.

2.3. Objectivo Geral

Desenvolver uma Biblioteca Virtual da Saúde Transfronteiriça, que ofereça acesso estruturado a uma selecção de recursos de informação de qualidade, no âmbito das Ciências da Saúde, acessível aos profissionais de saúde, através da internet.

2.4. Objectivos Específicos

- Identificar áreas de saúde e recursos transfronteiriços abrangidos, instituições e profissionais da saúde enquadrados no projecto.
- Criar uma plataforma de comunicação e trabalho online, entre os grupos de trabalho dos vários parceiros, centrado na gestão e coordenação desde o Beneficiário Principal.
- Transferir o know-how da Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía para as regiões Transfronteiriça com recursos documentais para os profissionais da saúde da região transfronteiriça.
- Constituir grupos de trabalho científico, operacional e estratégico para a criação e desenvolvimento da Biblioteca Virtual da Saúde Transfronteiriça
- Identificar recursos de informação e documentação em saúde existentes, dentro das áreas do projecto
- Aplicar mecanismos qualificados de acesso, recuperação, validação e disseminação da produção científica e técnico-científica gerada pelos profissionais da saúde da região transfronteiriça.
- Potenciar a gestão do conhecimento em saúde (informação, investigação e formação) e trabalho em rede, na região Transfronteiriça
- Estabelecer alianças estratégicas com Instituições de saúde, ensino, socioculturais e tecnológicas e intercâmbio de profissionais na região transfronteiriça
- Construir programas de formação específicos e adaptados ao nível de especialidade e formação dos profissionais da saúde.

2.5. Actividades

Tabla 96 – Breve caracterización de las actividades

	NOME DA ACTIVIDADE	ACÇÕES PROPOSTAS	DATAS
ACTIVIDADE 1	Identificação de Necessidades e Disponibilidade de Recursos de Informação e Comunicação em Saúde	1. Identificação e caracterização institucional das unidades de saúde abrangidas na área geográfica do projecto. 2. Identificação e caracterização profissional dos recursos humanos abrangidos na área geográfica do projecto. 3. Identificação e caracterização dos recursos de informação e comunicação em saúde abrangidos na área geográfica do projecto.	De 01/01/2011 a 01/03/2011

ACTIVIDADE 2	Desenvolvimento de Plataforma de Trabalho Alentejo-Algarve-Andalucía	1. Identificar e planificar prioridades de actuação, a desenvolver nas áreas de saúde transfronteiriças, instituições e profissionais da saúde enquadrados no projecto. 2. Criar uma plataforma de trabalho profissional e comunicação online. 3. Constituir uma rede multidisciplinar de gestão do conhecimento em saúde transfronteiriça e formação através da criação de uma plataforma e-learning.	01/01/2011-01/05/2011
ACTIVIDADE 3	Organização, Formação e Promoção da Biblioteca Virtual da Saúde Transfronteiriça	1. Constituir grupos de trabalho estratégico, científico e operacional para a criação e desenvolvimento da Biblioteca Virtual da Saúde Transfronteiriça. 2. Seleccionar e organizar os recursos de informação e documentação em saúde, disponíveis na BVS_IBERIA. 3. Aplicar mecanismos qualificados de acesso, recuperação, validação e disseminação da produção científica gerada pelos profissionais da saúde da região transfronteiriça.	01/01/2011-31/12/2011
ACTIVIDADE 4	Implementação da Biblioteca Virtual da Saúde Transfronteiriça	1. Estabelecer alianças estratégicas com Instituições de saúde, ensino, socioculturais e tecnológicas e intercâmbio de profissionais na região transfronteiriça. 2. Construir programas de formação específicos e adaptados ao nível de especialidade e formação dos profissionais da saúde. 3. Analisar a utilização e alcance da Biblioteca Virtual da Saúde Transfronteiriça, pelos profissionais da saúde.	01/06/2011-31/12/2012
ACTIVIDADE 5	Gestão e Coordenação	1. Constituição da Estrutura de Gestão. 2. Acompanhamento e monitorização das actividades a nível estratégico. 3. Acompanhamento e monitorização das actividades a nível intermédio. 4. Acompanhamento e monitorização das actividades «operacional».	01/01/2011-31/12/2012
ACTIVIDADE 6	Comunicação	1. Lançamento do projecto: dar a conhecer a existência do projecto e o quadro de co-financiamento. 2. Implementação do projecto: difusão das acções levadas a cabo. 3. Encerramento do projecto: actividades de disseminação dos resultados e boas práticas do projecto.	01/06/2011-31/12/2012

Fuente: Elaboración propia

Parte IV – Discusión

La salud, cuestión central en la vida de los ciudadanos, ha de ser objeto de políticas y acciones efectivas en los Estados miembros, a nivel de la Comunidad Europea y a escala mundial (198).

Esta visión estratégica desde la gestión de la calidad en salud, aporta ventajas a la promoción del bienestar de los ciudadanos, a la vinculación entre salud y prosperidad en eficacia/eficiencia de los servicios y al cumplimiento del Marco Estratégico de la Organización Mundial de la Salud (199), de gestión basada en los resultados.

La Gestión de la Calidad a su vez, se ha convertido en el paradigma más importante en el contexto global de las organizaciones contemporáneas, al mismo tiempo que, el nuevo paradigma de la gestión del conocimiento gana valor en la era de la revolución tecnológica y cultural como consecuencia de que el conocimiento se ha convertido en el principal factor de globalización e interdependiente.

En el contexto actual, donde se destaca la gran competitividad y globalización de los mercados, los modelos de calidad han evolucionado hacia la consecución de la excelencia en la gestión.

Las acciones en apoyo de las estrategias de atención y calidad de la salud a sus ciudadanos, son una preocupación para los Ministerios de Salud de España y Portugal, ya que estos, comparten entre otros elementos, el territorio de la Península Ibérica, la misma unidad biológica, ámbitos culturales y fundamentos intercomunitarios.

Reflexionar sobre el intercambio dinámico de las relaciones entre estos dos países, y su constante movilidad de recursos humanos, bienes y servicios, evidencia útil examinar la cuestión de la salud; con el fin de poder garantizar una calidad en general y cooperar al nivel de estrategias de gestión del conocimiento.

El los diversos trabajos realizados se aborda una matriz conceptual acerca de la gestión de la calidad, conocimiento e innovación en salud, destacándose el prisma de la salud en la cooperación, como principio vital, sinérgico y estratégico vinculado a éste.

En la parte final de este abordaje, se expone con evidencia la importancia de la gestión del conocimiento y de la innovación aplicadas al sector sanitario y su fundamentación con la evolución en ambos sistemas sanitarios y prioridades mundiales, europeas y ibéricas.

Capítulo 1. Gestión de la Calidad en Salud: Las Tecnologías de Información y Comunicación como Estrategias de Cooperación

«...sea cual sea el resultado de nuestra búsqueda, los hallazgos habrán quedado limitados al reducido espacio hasta donde es capaz de alcanzar nuestra vista,...»

Jorge Veiga

En el presente estudio se pudo comprobar que los estudios disponibles en la literatura científica sobre estrategias y propuestas de cooperación en la gestión de calidad a nivel ibérico, a través de las tecnologías de información y comunicación son escasos.

El documento de experiencias en el marco de la cooperación ibérica en el programa de formación y puesta en marcha de actividades de garantía de calidad en atención primaria (200), fomentado por los Ministerios de Sanidad de España y Portugal en 1990, fue clave en el despliegue y replanteamiento para el enfoque de la cooperación sanitaria ibérica en la actualidad.

Dada la escasez documental, han ocurrido limitaciones para obtener artículos en formato completo y para localizar artículos mediante el filtro geográfico en la base de datos MEDLINE/Pubmed.

En el caso de Portugal, por no existir este filtro, se utilizaron inicialmente, criterios de restricción geográfica, conllevando a elaborar un posible filtro geográfico, que a su vez demostró ser válido y útil en el que, se aumenta sustancialmente la identificación de artículos, sensibilidad y especificidad (aproximadamente 3000 artículos).

A su vez, las dificultades en localizar información relativa a Portugal en las bases de datos internacionales, ha fomentado un interrogante inevitable: ¿donde esta adscrita esta información? (Anexo 7).

Al no existir filtros temáticos en el área de estudio, posteriormente cobrará validez desarrollar actividades en este área.

Para suprimir y paliar este silencio en la búsqueda, se consultaron otras fuentes de datos que posibilitaron acceso a publicaciones de difícil obtención (ejemplo: las publicaciones de la revista *Qualidade em Saúde* de 2000 a 2006, sin embargo, es importante anotar que actualmente no mantiene edición).

A su vez, no se ha identificado ningún estudio bibliométrico en este área temática, lo que no es casual dada la preocupación por los estudios bibliométricos realizados para conocer y fomentar la producción científica en el área de las ciencias de la salud (201).

En relación a los indicadores bibliométricos estudiados, se verificó que el tipo de publicación original es lo más utilizado para comunicar, seguido del editorial y posteriormente el libro. Este último tipo de publicación, ha sido considerado relevante, porque no es normal tener esta frecuencia, así como su edición por parte de Organizaciones sanitarias (Ministerio de Sanidad), la difusión de estas publicaciones deriva de la administración sanitaria.

La administración sanitaria, presenta un interés continuo a lo largo de los años, en ambos Países en estudio. Esta referencia, se acentúa en 2004, con la influencia de las medidas y políticas sanitarias de fomento de la calidad en los servicios de salud (202).

La producción científica calculada, el número de autores y el índice de cooperación (2,29%) presentan datos similares a otras áreas de las ciencias de la salud (203). Bien es cierto, que la proporción de artículos originales (60,7%), supera los valores habituales (204).

El análisis de la obsolescencia, medido tanto por la Mediana como por el Índice de Price, muestra resultados bastante positivos. Estos datos se sitúan en el campo de las ciencias de la salud en una mediana igual a 7 años y un índice de Price entorno al 33% (205), en el cual, este estudio presenta un índice de Price entorno al 63,6% y una obsolescencia (Semiperiodo de Burton y Kleber) de 5 años.

El idioma más utilizado ha sido el portugués (42,5%), que se explica por lo que, un segmento de las publicaciones relativas a España está publicado en inglés.

La temática más abordada en los estudios son los indicadores de calidad y monitorización, considerados como justificable por su preocupación y aseguramiento por administración sanitaria, profesionales y usuarios. A lo largo de los años se verifica más productividad científica sobre determinadas áreas temáticas, así como la tendencia progresiva de la temática sobre seguridad del paciente (año 2008). Esta temática, es considerada una de las dimensiones clave de la calidad, y se ha convertido en un objetivo prioritario para la gestión de la calidad en los sistemas de salud de un número creciente de países, incluyendo la práctica totalidad del ámbito occidental (206).

El sector público y específicamente las instituciones sanitarias, son las entidades más involucradas en este proceso.

En el año 2004, se verificó un elevado índice de publicaciones, factor explicado por las medidas implementadas de fomento de la calidad en los servicios de salud, desde la macro gestión sanitaria, políticas de salud e indicadores en estudio por la OCDE.

En términos geográficos se publica en España considerablemente mas que en Portugal, verificando en Portugal un decrecido abrupto de publicaciones con el termino del Instituto da Qualidade em Saúde (año 2006), organismo de la administración sanitaria responsable por la edición de la revista Qualidade em Saúde.

La comunidad autónoma que más publica en España es Cataluña, pudiendo ser explicado por la localización del principal centro de investigación de Calidad en Salud, el Instituto Avedis Donabedian, colaborando este activamente con Universidades y Servicios de Salud.

Con respecto a la no paridad de la producción entre los servicios de salud y la administración sanitaria, debido a que esta temática involucra criterios de meso gestión y esta preocupación esta mas focalizada para la administración, donde es responsable de comunicar sus atributos y características asistenciales, constituyendo la calidad un pilar asistencial.

En el área temática sistemas de información y calidad, verificamos un progresivo incremento de publicaciones, con especial relevo a la comunidad andaluza, donde expone su modelo cooperativo de gestión del conocimiento, o también conocido como banco de innovación (207). A su vez, el Departamento de Desarrollo Directivo y Gestión de Servicios Sanitarios de la Escuela Nacional de Sanidad- Instituto de salud Carlos III, esta atento a la dinámica de la innovación posibilitada por las TIC (208).

A nivel de Portugal, las tecnologías de información y comunicación son referenciadas por los expertos como un área en evolución. En el año 2008 se comentó esta temática en la conferencia europea de salud publica, titulada: «i-health: Health and innovation in Europe». En este sentido la Dra. Paula Lobato Faria, Profesora de la Escola Nacional de Saude Publica de la Universidade Nova de Lisboa, ha referenciado su importancia en una publicación enfocada en el tratado de la Agenda de Lisboa (209).

Respecto a esto, Portugal fomenta la implementación del - i-health Bank (210)– repositorio de proyectos innovadores en el área sanitaria, alargado desde el Banco Portugués de Innovación en Salud, idea que justifica la pertinencia de un repositorio específico a este área y herramienta facilitadora para la cooperación ibérica.

Con respecto a los modelos de control y aseguramiento de la calidad, la acreditación es la mas referenciada, especialmente a nivel de Portugal, dado que en España al tener un

modelo sanitario descentralizado, cada CCAA tiene su agencia o departamento de calidad, donde establece que modelo de gestión de calidad implementa/fomenta en su comunidad.

En este sentido, es interesante contrastar las asimetrías de publicación por instituciones entre España y Portugal, en el modo que, la Atención Primaria de España publica bastante mas que Portugal y en Portugal lo mismo pasa con la empresa privada.

Las Universidades tienen especial interés por publicar sobre satisfacción del profesional y clima laboral y sistemas de información y calidad. Esta evidencia puede ser explicada por el papel de la Universidad en la gestión del conocimiento, al mismo tiempo que dinamiza las TIC en salud.

Acerca de las aportaciones consolidadas por los expertos podemos identificar un consenso de apoyo a este trabajo y su aval a una futura continuidad.

En la tabla siguiente (tabla 97) observamos las principales áreas temáticas/categorías exploradas en sus aportaciones al estudio.

Tabla 97 – Aportaciones obtenidas por los expertos, según áreas temáticas

Experto	Comentarios más relevantes	Área Temática
Paula Lobato Faria (Portugal)	«[...]la gestión del riesgo clínico y seguridad del paciente es una cuestión actual...»	Seguridad del Paciente (8)
	«[...]este trabajo debe enfocar la importancia de la gestión del conocimiento en salud...»	Sistemas de Información y Calidad (11)
Margarida França (Portugal)	«[...]utilizar las TIC en salud, esta inherente, justificado y validado, pero lo importante es ser dinámico, fácil y útil...»	Sistemas de Información y Calidad (11)
	«[...]las publicaciones científicas en Portugal sobre esta cuestión estaban fundamentalmente trabajadas en la Revista da Qualidade em saúde, con edición de 2000 a 2006...tiene que revisar su contenido...»	Sistemas de Información y Calidad (11)
João Bispo (Portugal)	«[...]en Portugal hay necesidad de vitalizar la Calidad en Salud...»	Indicadores de Calidad y Monitorización (3)
	«[...]como comenta, esta linea de trabajo se va a la gestión del conocimiento hacia la gestión de la calidad o mejor a la calidad de la gestión...»	Gestión Sanitaria y Innovación (12)
Antonio Correia de Campos (Portugal)	«[...]las auditorias y criterios de evaluación son parámetros útiles, debemos valorar sus resultados...»	Evaluación y criterios de calidad (2)
	«[...]es importante mantener la acreditación hospitalaria fomentada por el IQS, es una preocupación de todos, no solo de la Macro gestión Sanitaria...»	Evaluación y criterios de calidad (2)
Emilio Imperatori (Portugal)	«[...]En Portugal, ha sido mi responsabilidad la coordinación del Programa Ibérico, referente a las actividades de formación y acompañamiento de la evaluación y mejora de la calidad de los cuidados en atención primaria...»	Indicadores de Calidad y Monitorización (3)
	«[...]al día de hoy comunicar es más fácil y las TIC, pueden ayudar en todas las dificultades, pero lo importante es la iniciativa! ...»	Sistemas de Información y Calidad (11)

Tabla 97 – Aportaciones obtenidas por los expertos, según áreas temáticas

Experto	Comentarios más relevantes	Área Temática
Nina de Sousa Santos (Portugal)	«[...]sus responsabilidades son de coordinar y evaluar las actividades y programas de mejora continua de la calidad clínica y organizacional, el sistema de calificación de las unidades de salud, crear y coordinar actividades y programas de seguridad del paciente, los flujos de movilidad de paciente, gestionar los sistemas de monitorización y percepción de la calidad por atentes y profesionales y gestionar el Portal de la Transparencia (TIC en salud) ...]»	Indicadores de Calidad y Monitorización (3)
Álvaro Rocha (Portugal/España)	«[...]como Presidente de una Asociación Ibérica, la Asociación Ibérica de Sistemas y Tecnologías de la Información, fundamentamos la importancia de este proyecto con la utilización de las TIC...]»	Sistemas de Información y Calidad (11)
	«[...]este proyecto incube un modelo de interacción continua...el Congreso Ibérico desarrollado por esta asociación en colaboración con universidades, centros de investigación y empresa, sería una oportunidad de debate interesante...]»	Sistemas de Información y Calidad (11)
Pablo Rivero Corte (España)	«[...]el plan de calidad del SNS, presentado en 2006, incluye en las 6 áreas de actuación, las utilización de las TIC, para mejorar la atención a los ciudadanos...]»	Sistemas de Información y Calidad (11)
	«[...]la seguridad del paciente es una de las dimensiones clave de calidad...es un objetivo prioritario para la gestión de la calidad...]»	Seguridad del Paciente (8)
David Novillo (España)	«[...]la tendencia actual de publicación va de encuentro a la temática: seguridad del paciente...]»	Seguridad del Paciente (8)
	«[...]como herramienta, veo interesante la creación del repositorio y alerta para la importancia de la estructura de calidad que este tendrá que tener...]»	Sistemas de Información y Calidad (11)
Javier Sanz Valero (España)	«[...]desarrollar un repositorio temático documental sobre calidad en salud, es una idea...]»	Sistemas de Información y Calidad (11)
	«[...]es favorable su creación...es una red de datos que se convierten en información y esta en conocimiento, para logra competencias”; “disponible en formato Web, este sería como una biblioteca virtual científica, donde profesionales, interactúan y difunden sus hallazgos o preocupaciones...]»	Sistemas de Información y Calidad (11)

Fuente: Elaboración propia

Al mismo tiempo, las TIC como herramientas esenciales a este proceso de estrategias de cooperación son referenciadas por 6 de los 10 expertos, considerándolas favorables a la cooperación. Los otros expertos interpretaron aspectos como los indicadores de calidad y su monitorización en la gestión de la calidad.

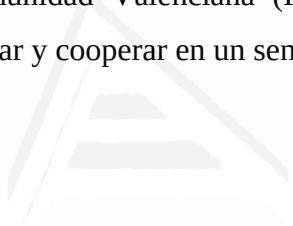
Este primer contacto con los expertos posibilitó una mayor comprensión de las áreas emergentes, tales como el proceso de Benchmarking, sistemas de participación social, «empowerment», que en proceso futuro se desarrollará en profundidad un análisis a sus aportaciones.

A modo de propuesta, se consideró oportuno proponer el desarrollo y diseño de estructura e implementación de un repositorio temático documental de calidad en salud (RDCS).

Esta herramienta posibilitada por las TIC, es una opción muy válida para fomentar investigaciones ya realizadas y, a realizar en el ámbito ibérico, compartir experiencias, proponer nuevos horizontes de cooperación, ayudar a la excelencia de las prácticas sanitarias y a lograr organizaciones más eficientes, seguras y respectivamente de más calidad humana, científica y técnica.

Así mismo se prevé, de ser posible, su implementación en un futuro próximo y consolidar medidas promotoras de cooperación a este nivel entre instituciones científicas y técnicas, interesadas en participar en este estudio.

En este momento, la Sociedade Portuguesa de Gestão da Saúde, la Asociación Ibérica de Sistemas y Tecnologías de la Información, el Instituto para la Acreditación de las Prácticas Sanitarias de la Comunidad Valenciana (INACEPS) y las Universidades participantes, declararon colaborar y cooperar en un sentido multidisciplinar y sinérgico.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Capítulo 2. Las Dimensiones Estratégicas para la Cooperación en Salud

1. Conocer la producción de información sobre salud y su referencia a la calidad, conocimiento y innovación, mediante el análisis bibliométrico

La institución europea que más se destaca en publicaciones sobre conocimiento y innovación es la Dirección General de Investigación e Innovación de la Comisión Europea (n=25), lo que refleja su importante labor de desarrollar y aplicar la política europea de investigación e innovación para cumplir los objetivos de Europa 2020 y la Unión por la innovación.

El Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) se destaca como la entidad europea que más publica sobre las temáticas de calidad en salud (n=90), lo que se justifica por su objetivo de luchar contra las enfermedades transmisibles y otras amenazas graves para la salud, especialmente contra enfermedades infecciosas como la gripe, el SARS, la gripe aviar y el VIH/SIDA.

Lo descriptor calidad se encuentra referenciado en relación a la calidad de vida (n=3), a los criterios de calidad (n=2) y a la calidad de producto (n=1), por lo que permite evidenciar la una necesidad de exploración temática.

Lo descriptor innovación se encuentra referenciado en 3 documentos, de los cuales están relacionados con la Estrategia Europa 2020 y iniciativas de promoción de la innovación.

El conocimiento no se encuentra referenciado como descriptor, pero su dominio se encuentra estrictamente relacionado con la área de la información, que ha su vez se destaca con elevado número de publicaciones los descriptores: información al consumidor (n=60), sistemas de información (n=18), tecnologías de la información y comunicación (n=19).

Un factor relevante en el análisis es verificar que en el año 2009 las publicaciones en el ámbito de la salud también pasaron a considerar aportaciones en referencia a la innovación. Este factor puede ser explicado por 2009, haber sido considerado el Año Europeo de la Creatividad e Innovación, además de su referencia a aproximación del concepto de innovación como salida a la crisis económico-financiera que se instaló, principalmente en la Europa.

Otro motivo que destacamos es la convergencia de publicaciones en diferentes sectores y multidisciplinarios, como respuesta a la implementación de la política de “Salud en todas las Políticas”.

2. Explorar las resoluciones y prioridades estratégicas en el marco de Asamblea Mundial de la Salud, del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa y del Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores de la Unión Europea, emitidas en el ámbito de calidad, del conocimiento y de la innovación en salud

Es evidente una convergencia entre las resoluciones y prioridades estratégicas identificadas. Desde la dimensión macro hasta la aproximación europea se verifica que la temática de la calidad esta presente desde hace mucho tiempo y los conceptos de innovación y conocimiento surgen asociados a nuevas formas de dar respuesta a los desafíos actuales.

Por otro lado esta patente que hay actividades orientadas a la política de Salud 2020 – enfoque europeo, que pretende rejuvenecer la agenda de la salud pública en la Región de Europa.

Para hacer frente a algunas amenazas nuevas que están interponiéndose en factores endógenos - clima cambia, los modos de vida malsanos se globalizan rápidamente, las poblaciones envejecen, los costos sanitarios se disparan, y la recesión económica se acentúa, Europa afronta daños colaterales para la salud causados por políticas adoptadas en otros sectores, o en los sistemas internacionales que rigen el funcionamiento de este mundo altamente interconectado e interdependiente.

Es relevante mencionar las estrategias dirigidas hacia la cooperación desde el nivel mas básico hasta el contexto de intercambio de buenas practicas sanitarias entre países de elevados niveles de desarrollo.

Como iniciativas complementarias, se han identificado diversas fórmulas para mejorar la capacidad y los servicios de salud, recurriendo en particular a la atención primaria, como vía hacia una mayor equidad en el acceso a la atención y una mayor eficiencia en la prestación de servicios.

Este debe ser el mayor desafío de todos y donde los sistemas sanitarios ibéricos se están mejorando: la maximización de unos beneficios para la salud medibles y equitativos en

un momento en el que los presupuestos destinados a la salud se han estancado o están disminuyendo.

Estos documentos que han revisto y analizado muestran la manera de lograr estos objetivos con un número limitado de intervenciones inteligentes de demostrada eficacia basadas en la evidencia.

El impulso de la mejora de la salud que marcó el comienzo de este siglo, y los programas de salud deben demostrar su interés por la eficiencia y su intolerancia del despilfarro.

Estos documentos, y especialmente su orientación para los planes de acción, reflejan esa actitud de forma admirable.

Algo igualmente importante es referir que el informe provisional sobre la aplicación de la Carta de Tallin nos dice que aun los compromisos ambiciosos pueden llevarse efectivamente a la práctica, incluso en el actual clima de dificultades financieras.

La Declaración de Tallin sobre los Sistemas sanitarios para la salud y la riqueza fue un logro histórico para la política de salud en la Región de Europa y un producto insignia para la Oficina Regional, pero al ser publicada en 2008, justo cuando el mundo cambió abruptamente sus perspectivas de prosperidad por un panorama de rigurosa austeridad.

Como se ha señalado en estos documentos, varios países convirtieron la crisis financiera en una oportunidad política para cambiar las prioridades y lograr aumentos de la eficiencia que pretenden mitigar los efectos adversos en las poblaciones pobres y vulnerables.

Este periodo de escrutinio crítico del gasto público, en que las actividades de sostén del desempeño de los sistemas de salud generaran datos sólidos sobre la eficiencia de ese desempeño y, por tanto, sobre el uso responsable de los fondos deben ser analizados de forma compartida entre Estados Miembros con semejantes necesidades, como es el caso de España y Portugal.

Esta línea de pensamiento posibilita la interpretación que los países pueden cambiar radicalmente la situación sanitaria si aprovechan las oportunidades de acción adecuadas, aplicando intervenciones basadas en la evidencia y decisiones de política inteligentes.

La colaboración multisectorial, en especial para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles y estrategias de gestión de enfermedades crónicas, es una de esas oportunidades. De hecho, los enfoques que implican al conjunto

son esenciales para hacer frente a muchos de esos problemas «perversos» que se quieren abordar.

A su vez, a la medida que la política Salud 2020 cobra forma, se hace patente que paradójicamente, los ministros de salud ocupan quizá una situación sin precedentes para lograr ese peso político como consecuencia de dos tendencias especialmente preocupantes, dos tendencias que requieren la atención de la comunidad internacional y que exigen la adopción de medidas desde las más altas instancias gubernamentales.

Así, las prioridades deben corresponderse con unas necesidades sanitarias urgentes ante los organismos internacionales (OMS) están especialmente bien situados para responder, y las necesidades de financiación han de ser coherentes con esas prioridades.

Un mayor liderazgo de estas iniciativas de cooperación pueden propiciar una mayor coherencia entre las iniciativas de España y Portugal asociados para la salud, así como una mayor consonancia de esas iniciativas con las prioridades y los medios de los ambos países.

3. Identificar las prioridades estratégicas en el marco de Presidencia Española de la Unión Europea y su enfoque en la calidad, conocimiento e innovación en salud

La Presidencia ha estado directamente asociada a la elaboración y tramitación de la primera Directiva aprobada en primera lectura tras la entrada en vigor del Tratado de Lisboa, la relativa a las normas de calidad y seguridad de los órganos humanos destinados a trasplantes y el Plan de Acción de donación y trasplantes, que en esencia ha asumido el modelo español que se basa en la eficiencia organizativa y de gestión del sistema sanitario. Además de salvar más de 20.000 vidas al año, se trata de combatir el tráfico de órganos. A su vez, se definirán las Líneas Directrices Integradas en relación con la Estrategia 2020, que agregan las bases de revisión de las políticas para el futuro de la Unión.

En cuanto a la Directiva de asistencia sanitaria transfronteriza, los ministros de Salud de la Unión Europea, reunidos el 8 de Junio en el Consejo europeo de empleo, política social, sanidad y consumidores (EPSSCO) en Luxemburgo, dieron el visto bueno a esta propuesta de directiva que presentó la ministra española de Sanidad y Política Social.

La iniciativa que más destaque se evidencia en torno de la tríade calidad, conocimiento e innovación fue la Conferencia de Alto Nivel e-Health 2010 – Conferencia Ministerial sobre sanidad digital, que por primera vez, coincidió con la Conferencia y Exposición

del Mundo de las Tecnologías de la Información Sanitaria (World of Health IT Conference and Exhibiton), realizada de 15 a 18 de marzo de 2010 en Barcelona.

Este evento proporcionó de forma crítica y constructiva, una discusión sobre:

- **Sanidad digital.** La Presidencia Española de la Unión Europea quiere que la sanidad digital (e-Health) sea un elemento de integración en las políticas europeas que contribuya al crecimiento económico y a la innovación tecnológica, al empleo y a la cohesión social y territorial de la Unión. De este modo, se busca aumentar la calidad de vida de los ciudadanos.
- **Declaración institucional.** Como prueba del interés en impulsar la sanidad digital en Europa, los ministros de Sanidad de la UE firmaron una Declaración institucional que recoge cinco puntos. Leer Cooperación Europea sobre eHealth 15/03/2010.
- **Gobernanza UE.** Durante la celebración de la «E-health week» de Barcelona entre el 15 y el 18 de marzo ha tenido lugar una conferencia de Secretarios de Estado europeos en la que se ha llegado al acuerdo de aprobar la implementación de la gobernanza de e-health en Europa liderada por España.
- **Red global de expertos.** Expertos en el ámbito de las Tecnologías aplicadas a la Salud de los cinco continentes se dieron cita en Barcelona, en el «Global People-centered eHealth Innovation Forum» (El Foro Global para la Innovación en eSalud Centrada en las Personas), para fomentar proyectos colaborativos a escala internacional que aceleren la implantación de sistemas de salud basados en Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) centrados en las necesidades de los ciudadanos.

España ha vuelto a ejercitar plenamente a la altura de su responsabilidad la Presidencia de la Unión Europea, siendo evidente que lo ha hecho en las peores circunstancias que ha conocido no ya ninguna Presidencia rotatoria de la Unión Europea con anterioridad, sino la propia Unión Europea a lo largo de su historia.

Capítulo 3. Marco de la Cooperación Ibérica en Salud

1. Explorar las principales iniciativas, tratados y convenios entre España y Portugal que fomentan la cooperación y cohesión

En el marco de las iniciativas, tratados, convenios y todos los restantes mecanismos de cooperación y cohesión proporcionados entre España y Portugal en el ámbito general y/o en pro de la salud representa en los últimos 5 años una evolución coordinada de actividades y oportunidades para la cooperación.

Desde luego se salienta los obstáculos e necesidades comunes identificadas por ambos países y la necesidad de articular esfuerzos en respuesta a la naturaleza fragmentada y descoordinada en algunos programas operativos de cooperación a nivel comunitario y las disposiciones burocráticas y financieras que se asocian en dichas convocatorias.

Para lograr la evolución en este entorno se verifican inumeras iniciativas, predominantemente en el ámbito transfronterizo de elevado valor añadido para las poblaciones, comunidades profesionales e incluso sistemas sanitarios.

Los Programas POCTEP y SUDOE se han verificado como instrumentos de gran utilidad, una vez que en los últimos años los esfuerzos van en dirección no solo al dominio económico social, pero cada vez mas a la dimensión socio sanitaria.

El Espacio SUDOE se enfrenta a la necesidad de la innovación científica y tecnológica para mantener y ampliar su competitividad en un contexto de desarrollo sostenible. En este ámbito, las biotecnologías se convirtieran en un sector importante de la economía y potencial creador de innovación. El proyecto INTERBIO se plantea optimizar a escala transnacional las inversiones individuales realizadas en el Espacio SUDOE en el campo de la biotecnología, poniendo en red plataformas tecnológicas de alto nivel y facilitando la transferencia de los progresos innovadores hacia el sector industrial.

Para conseguir este objetivo, el proyecto plantea la constitución de una red interactiva de socios académicos e industriales, con el objetivo de estimular la explotación de los resultados científicos y tecnológicos dirigidos hacia la innovación industrial. Además de esta red, se constituirá otra red del Sudoeste Europeo de plataformas tecnológicas que incluya el intercambio de equipamientos y buenas prácticas entre sus miembros y la creación de un consejo científico en el seno de la red. Esta red tiene por objetivo

favorecer, mediante los intercambios, la movilidad y la sinergia entre los actores, la necesidad de contar con un polo SUDOE Biología/Salud competitivo y con un partenariado permanente para la realización de actuaciones europeas de envergadura imprescindibles en el sector de la biología/salud. En una primera fase, se identificarán las potencialidades científicas, las competencias, las experiencias y los medios de investigación utilizados por los socios de la red. En una segunda fase, se llevará a cabo toda una serie de actividades para la promoción de la investigación interdisciplinaria y de la investigación conjunta público/privada asociadaa objetivos innovadores. Entre estas actividades, destaca la celebración de talleres de apoyo a la creación de proyectos y de escuelas de verano para la sensibilización de los jóvenes investigadores respecto al interés de la interdisciplinariedad y de la comunicación en torno a las ciencias de la vida. Además, se creará una bolsa de convocatorias para la innovación tecnológica y foros de innovación tecnológica destinados a los mundos de la investigación e industrial del Espacio del Sudoeste Europeo.

Prioridad Innovación

Los 18 proyectos aprobados en el marco de este eje demuestran el interés real del conjunto del SUDOE para avanzar por la senda de la economía del conocimiento promovida por la estrategia de Lisboa, a través de la promoción de actividades de alto valor añadido y elevada productividad en los ámbitos de la investigación y el avance tecnológico.

Las temáticas específicas que abordan los proyectos aprobados para esta prioridad se refieren a la promoción de la I+D+i, la mejora de la competitividad y la transferencia de tecnología (sobre todo en el ámbito de las PYMES y MICROPYMES), la biotecnología y la eficiencia energética y el desarrollo de energías renovables. Estos proyectos pretenden conseguir como resultados, entre otros, la creación de aplicaciones y servicios a empresas innovadores, la realización de estudios, investigaciones y ensayos o la creación de redes temáticas que engloben a instituciones, empresas y centros de investigación para constituir en el espacio Sudoeste polos de competencias especializadas. El importe FEDER concedido a los proyectos de la Prioridad 1 en la primera convocatoria del Programa SUDOE 2007-2013 se eleva a 17,9 millones de euros.

2. Estudiar la audiencia de las paginas web ministeriales de salud en el contexto ibérico

Los datos científicos y las estadísticas de buena calidad ayudan a aprender de las iniciativas de éxito y a evitar la repetición de errores [7;8]. El usuario medio de las páginas ministeriales de salud de España y Portugal es un usuario mayoritariamente del sexo masculino; edad comprendida entre los 35 y los 49 años; sin hijos menores de 17 años; con nivel de estudios medios o superiores.

Las fuentes/destino de tráfico son similares en ambos casos, Google lidera la primera posición, pero distintas redes sociales ocupan la 4ª posición para España en Downstream y la 5ª posición en relación a Portugal en Upstream.

Para España esto puede ser interpretado por la implementación de herramientas 2.0 en la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y de los distintos blogs y fórums sobre la Gripe A. En Portugal las iniciativas 2.0, no han tenido la misma dimensión pero la línea telefónica de apoyo a la gripe ha saturado el servicio y exigiendo un nuevo planteamiento.

En suma, la comunicación es un factor clave para el logro de la excelencia de cualquier organización, pero a su vez hay distintas formas de comunicar, de ver, de observar, de escuchar y sentir la salud 2.0. Ciertamente todas ellas caminan para los principios básicos de las redes sociales, donde calidad y seguridad buscan crear formas diferentes de relacionarse aprovechando formulas imaginativas de la cultura cada vez más participativa y abierta.

3. Identificar a importância e o alcance no uso da Web 2.0 pelos colaboradores do Departamento da Qualidade na Saúde – Direção-Geral da Saúde

A utilização da Internet apresenta uma tendência a diminuir em sentido inverso da idade: a maior parcela de utilizadores tem entre 15 e 34 anos (63%) e relativamente à ocupação profissional verifica-se maior consideração de utilizadores de Internet nos quadros superiores (100%) (212). Os colaboradores do Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) são utilizadores por excelência das ferramentas Web pelo que o acesso e utilização destes meios é transversal às suas actividades e competências profissionais.

Quando questionadas as tecnologias usadas pelos colaboradores, verifica-se uma distribuição simétrica em relação às opções de resposta (habitualmente, esporadicamente e nunca) quanto à visita a Web sites sociais e ao perfil público numa rede social (Facebook, Ning, Hi5, LinkedIn, etc.). Contudo, o estudo «A Utilização da Internet em Portugal 2010» (Taborda et al., 2010) apresenta valores de utilização habitual destas mesmas redes sociais de 50% em detrimento dos 30% e 35% obtidos no presente estudo. A participação em fóruns online pelos colaboradores do DQS é principalmente estabelecida de forma esporádica (61%), o que contrapõe com os resultados do estudo de referência supramencionado (27,9%).

A frequência de utilização das redes sociais é um aspecto merecedor de atenção visto que 33% dos colaboradores do DQS refere nunca as ter utilizado e dos restantes colaboradores apenas 29% (4) utiliza com carácter profissional. Todavia, Taborna e colaboradores (2010) referem que os motivos para aderir a uma rede social, declarados pelos internautas portugueses, tem fundamento profissional (40%).

As redes sociais são utilizadas por 56.4% dos internautas em Portugal (Taborda et al., 2010), sendo o Hi5 a rede mais utilizada (42.6%) e seguido do Facebook (39.7%), dados que contradizem os do presente estudo (Hi5 – 28%; Facebook – 55%).

A maioria dos colaboradores do DQS utiliza principalmente o telemóvel como outros dispositivos para aceder à Internet, facto este crescente e transversal ao desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação.

Quando questionados sobre o conhecimento de ferramentas Web 2.0 na saúde apenas 20% dos colaboradores do DQS identifica plataformas interactivas cidadão-sistema de saúde no domínio internacional (ex., Patient like me) e nacional (ex., Portal da saúde), o que indica um diminuto conhecimento e acesso a este tipo de plataformas bem como a exploração de oportunidades através das mesmas.

Neste sentido, questionar a Web 2.0 e as redes sociais como uma mais-valia para a comunicação e a aproximação ao cidadão na área da saúde é de extrema importância e de definitiva relevância para 60% dos colaboradores do DQS. Quando questionados, os inquiridos enumeram factores promotores de uma comunicação objectiva, próxima e compreensiva, mas com limitações na exploração e utilização das ferramentas Web, o que implica uma identificação de necessidades e definição de prioridades no âmbito da criação de pontos focais de informação ao cidadão, para que, com transparência, estes possam estar mais habilitados a fazer escolhas informadas e participadas no seu processo saúde-doença (Acção 10 da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde).

A Saúde 2.0 é uma realidade, com domínios técnicos, científicos e tecnológicos, que exige às organizações de saúde, conjugar novas áreas do saber, criar aptidões e aprofundar competências.

Neste sentido, alguns dos resultados acima apresentados, realçam a necessidade premente de o Departamento da Qualidade na Saúde, da Direcção-Geral da Saúde desenvolver a área da Saúde 2.0, desde a cultura à estrutura organizacional, como:

1 – Envolver as Organizações de Saúde

- Extrair o potencial máximo dos colaboradores das organizações de saúde, envolvendo-os em iniciativas;
- Garantir que todos os contributos voluntários da organização são valorizados e explorados, caso exista potencial.

2 – Gerar ideias com potencial

- Com maior valor acrescentado e que vão de encontro às necessidades de cidadãos, profissionais da saúde e organizações, que de certa forma quebrem regras e dogmas instituídos, explorem tendências, melhores práticas e que potenciem as melhores competências e activos.

3 – Diminuir tempo de implementação de metodologias promotoras de cultura de qualidade

- Acelerar o desenvolvimento e implementação de novas ideias e iniciativas, através de ferramentas e processos facilitados.

4 – Mitigar o risco de implementação

- Através de metodologias de experimentação e teste de conceitos, facilitando assim o processo de aprendizagem e de tomada de decisão.

5 – Criar/Enraizar Competências

- Permitindo que processos, ferramentas e a dinâmica se transformem num valor vivido pela organização e numa forma de trabalhar diferenciada.

4. Explorar los Modelos de Acreditación Sanitaria más relevantes en la promoción de la cooperación sanitaria

Los resultados obtenidos hasta el momento a través de la Acreditación en materia de mejoras, garantías y confianza para el ciudadano confirman este convencimiento, y

permiten a las Consejerías de Salud de la Junta de Andalucía y de la Comunidad Valenciana renovar y afianzar de forma decidida su apuesta por la calidad, en todos los ámbitos sanitarios para todos los ciudadanos.

Para hacer realidad este propósito, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y el Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias de la Comunidad Valenciana orientan su actividad diaria a promover y garantizar la calidad y la mejora continua de los servicios de salud.

A sido possible vericar niveles de desarrollo y implementación muy distintos, considerando su semejante importancia en las prioridades estratégica en el ambito de sus Politicas de Salud de sus Consejerias de Salud. Al mismo tiempo, se evidenció niveles de desarrollo distintos para los propios modelos de acreditación, donde hay destaque para un dominio de la ACSA en la definición y puesta en marcha de los programas de acreditación de centros, unidades sanitarias, formación continuada y competencias profesionales del Sistema Sanitario Público andaluz (SSPA).

El desarrollo de las herramientas necesarias para la gestión y seguimiento del modelo de acreditación se consideran recomendan utiles para el fomento y grantia de la calidad en salud al Sistema Nacional de Saúde de Portugal, por lo que en el momento del estudio, no se verificaba ningum modelo oficial de acreditacion en Portugal.

La pertinencia deste estudio y su exploración en el entorno del programa de doctorado europeu en la Escola Nacional de Saúde Pública – Lisboa y acompañamento de las iniciativas del Departamento da Qualidade em Saúde da Direcção-Geral da Saúde, a expressado su relevancia con el Protocolo de Cooperación Específica entre Direcção-Geral da Saúde y Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía formalizado a 24 de septiembre de 2010, que tiene el objetivo de desarrollar y compartir el modelo de certificación y de acreditación sanitária.

La calidad es una de las bases para atender satisfactoriamente las necesidades en salud de los andaluces y hacer frente de forma eficaz a los nuevos retos sanitarios.

Acreditar significa *conseguir que algo sea digno de crédito*, demostrando su certeza y realidad. Los Programa de Acreditación de Centros del Sistema Sanitario de Andalucía y de la Comunidad Valenciana responden literalmente a esta definición: supone, de hecho, un reconocimiento público de los logros y mejoras de los centros del Sistema Sanitario, que redunda en un mayor grado de confianza de los ciudadanos, al saber que reciben una atención sanitaria moderna y de calidad.

En este contexto, el Servicio Nacional de Salud de Portugal debe reconocer y fortalecer estas experiencias y modelos de acreditación para la fases fases de implementación y consolidación de la Estrategia Nacional para a Qualidade na Saúde y articular mecanismos de cooperación eficientes en torno de la definición de buenas practicas en salud.

De esta manera contribuirá, además, a impulsar el trabajo y la cultura de la calidad integral, en secuencia de los que ya acompaña y apoya en su búsqueda de la mejora continua y experiencias en torno de la calidad, del conocimiento y de la innovación en salud en la dimension ibérica.

5. Identificar as principais iniciativas e prémios que reconhecem as boas práticas e inovação em saúde em Espanha e Portugal

A identificação de iniciativas e prémios que contribuem para o reconhecimento das boas praticas e da inovação em saúde em Espanha e Portugal foi uma das atividades mais pertinentes e louváveis ao longo do processo de investigação.

Neste sentido foi possível identificar iniciativas iberoamericanas, como o Premio Iberoamericano de la Calidad e a Cimeira Ibérica de Lideres em Saúde, e constatar a necessidade de maior divulgação, partilha de informação e transferência de conhecimentos. Nesta dimensão foi possível observar a concentração de esforços para as temáticas relacionadas com a Governação e Administração da Saúde, o que nem sempre é reflexo das atividades inovadoras em gestão e/ou na prestação de cuidados de saúde.

Salientar que na dimensão ibérica já existem redes de colaboração e apoio á inovação é algo positivo, mas foi possível verificar que estes núcleos de articulação ainda não dispõem de mecanismos de promoção de boas praticas no âmbito da saúde. Uma vez que estas redes são apoiados por Programs Operacionais como o POCTEP e o SUDOE, evidencia-se a importância de promover projectos ibéricos no âmbito da saúde em articulação com as redes já existentes no domínio transfronteiriço.

A nível nacional as diferenças entre Espanha e Portugal são significativas e compreensíveis, no facto que o principal elemento promotor destas actividades é a Estrategia Nacioanal para a Qualidade na Saúde, o que em Portugal só foi implementada

em 2009 e em Espanha já apresenta resultados do processo de implementação iniciado em 2003.

Em Portugal destaca-se a existência de 4 Prémios, mas só o Prémio de Boas Práticas em Saúde, promovido pela Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, é o que associa a colaboração direta da Direção-Geral da Saúde, Administração Central dos Serviços de Saúde e das respetivas Administrações Regionais de Saúde. Este facto é extremamente relevante na medida em que se apresenta como uma iniciativa única e com uma metodologia de análise in loco, com a particularidade de atender às ações que possam contribuir para a garantia de valor acrescentado de cariz nacional, regional e local comprovado em detrimento de vários critérios.

Em Espanha destaca-se a existência de 2 Prémios, mas só o Prémio á Qualidade no âmbito do Sistema Nacional de Saúde, promovido pela Agencia da Qualidade do Ministerio da Saúde, é o que associa um rigor científico comprovado e reconhece de forma transversal o desafio alcançado, atribuindo de forma destacada reconhecimento externo e dotação económica como forma de incentivo á replicação destas boas praticas e efeito de contaminação.

Ao nível das Comunidades Autonomas de Espanha verifica-se que só 8 Comunidades Autonomas dispõem de iniciativas de reconhecimento e promoção, e destas só 5 dispõem no domínio sectorial da saúde. É de salientar uma vez mais a evolução e estágio das Comunidades Autonomas de Anadalucía, Catalunha e Madrid neste tipo de iniciativas e no alcance dos projetos desenvolvidos.

Na prespectiva ibérica, salienta-se a importância de partilhar as boas praticas de forma proactiva, continua e sinérgica onde se deverão evidenciar a promoção da qualidade e o contributo das praticas inovadores em administração, gestão e prestação de cuidados de saúde.

5.1. Caracterizar os projectos vencedores quanto ao seu mérito e enquadramento no «Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud» e na «Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde»

Em Portugal a análise incidiu sobre as 3 ultimas edições do Prémio de Boas Praticas em Saúde, destacando-se a atribuição de 8 premios, de características distintas e nível de implementação regional, nacional e insular. Os primeros prémios foram atribuios a

projectos de carácter nacional e maioritariamente estruturantes para a prestação de cuidados de saúde, mas que na sua fase inicial tiveram origem localmente.

Portugal é um bom exemplo no reconhecimento de iniciativas de boas praticas, mas em comparação estrita a Espanha não releva semelhante preocupação pela atribuição de incentivos ou benefícios em detrimento deste mérito.

Em Espanha os Premios atribuídos à Qualidade no âmbito do Sistema Nacional de saúde estavam categorizados em áreas: inovação na melhoria global da qualidade assistencial; melhores praticas clinicas; qualidade e igualdade; e especial reconhecimento e totalizavam para o período de estúdio mais de 25 entidades reconhecidas.

Um dos fatores mais relevante nesta atribuição de mérito deve-se á tendência de extrapolar experiencias com regiões próximas e de ano a ano promover efeitos multiplicadores de boas praticas e incutir translação das dimensões locais para nacional. O reconhecimento abrange principalmente unidades de cuidados de saúde primários, hospitais e individualidades/instituições que contribuíram para as prioridades estratégias da qualidade enunciadas no Plan de Calidad, supramencionado.

6. Analisar os discursos e intervenções dos membros dos Gabinetes dos Ministérios da Saúde de Espanha e Portugal, de acordo com a temática da inovação

A interpretação dos resultados derivados da analise dos discursos e intervenções seria ideal para a elaboração de uma nova dissertação neste domínio. En síntese evidenciamos que Portugal e Espanha abordam e valorizam de forma significativamente diferente a necessidade e importância da inovação em saúde.

De modo comparativo podemos afirmar que a inovação organizacional é o principal enfoque nos sistemas de saúde, para Portugal (valorizado 14 vezes nos 45 discursos) e Espanha (valorizado 6 vezes nos 18 discursos), o âmbito de actuação centra-se na prestação de cuidados e o foco de qualidade varia ao longo dos anos em Portugal e Espanha, passando de um foco inicial na estrutura para um foco nos resultados.

Neste sentido, há claramente necessidade de estudar em detalhe, um modelo de analise que suporte a evolução da inovação enquanto dimensão teórica (entendimento e factores de identificação e difusão da inovação na unidades de prestação, gestão, administração e governação de saúde), metodológica (aprendizagens expostas à operacionalização das

boas praticas e inovação na gestão) e prática (ações concretas de atores emblemáticos de inovação) nos sistemas de saúde ibéricos.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Capítulo 4. Propuesta de Cooperación al Programa Operativo de Cooperación Transfronteriza España-Portugal

1. «Salud 2.0: Estrategias de Cooperación Transfronteriza de Innovación Saludable»

1.1. Coherencia y Pertinencia del Proyecto

A. Carácter Transfronterizo

De forma general, toda el área plurirregional de cooperación fronteriza España-Portugal presenta un claro deficit de desarrollo e innovación tecnológica. Por el contrario, y debido a su distribución poblacional con un predominio de población de edad avanzada, la demanda de servicios y productos de atención sociosanitaria es muy alta. Por un lado, esta carga de enfermedad y de necesidad social constituye una dificultad para el desarrollo de la zona, tanto por el gasto que supone como por las limitaciones de actividad productiva de sus cuidadores. Por otro lado, puede constituir una zona excepcional para el desarrollo de nuevas tecnologías y servicios de asistencia a las poblaciones fronterizas de ambos lados de la raya.

Ante esta situación, el proyecto iNNOSALUD contribuirá a convertir una zona de pocos recursos generales y en particular escasos dispositivos y programas de apoyo social y sanitario en una zona favorecedora de la innovación en el sector que permita el desarrollo de técnicas innovadoras, servicios y dispositivos que mejoren la asistencia y calidad asistencial de los ciudadanos transfronterizos en general y las personas en situación de dependencia en particular, creando, además, riqueza en el territorio. El número elevado de potenciales beneficiarios constituye una oportunidad para el desarrollo de estos productos de soporte y atención sociosanitaria así como para favorecer la innovación en este campo. De este modo, se aprovecharía un deficit estructural de las regiones fronterizas pero con una importante potencialidad que favorecería el desarrollo de tecnologías innovadoras e implantación de servicios avanzados en las 5 áreas de cooperación. Por otra parte, considerando el bajísimo desarrollo de innovación socio-sanitaria-tecnológica en todo el territorio objetivo, se hace preciso el desarrollo de redes estables en materias de innovación en el sector que se dirijan al desarrollo de nuevos productos de modo que se genere una dinámica

colaborativa que facilite la puesta en marcha de nuevos servicios de atención en el espacio fronterizo.

El carácter transfronterizo de esta iniciativa se basa, por tanto, en el desarrollo de servicios avanzados de asistencia sociosanitaria de utilización compartida por ciudadanos y profesionales de ambos lados de la frontera, que permitirán reducir el déficit de desarrollo tecnológico en las 5 áreas de cooperación implicadas, siendo el fin último del proyecto responder a la demanda de servicios y productos de atención sociosanitaria en el territorio objetivo. La cooperación transfronteriza en iNNOSALUD generará un aumento de tecnologías aplicadas al sector de utilización compartida por los profesionales y ciudadanos de la frontera.

La creación de una plataforma transfronteriza de innovación (actividad 1) permitirá reforzar las redes de cooperación social y sanitaria en el espacio fronterizo, garantizando la reflexión conjunta (grupos de trabajo transfronterizos) y aumentando el número de iniciativas innovadoras promovidas en el área de cooperación.

La definición de una metodología colaborativa de diseño de innovación (actividad 2), resultado de un análisis comparado de desarrollo de innovación en la frontera (cartografía de prácticas de generación de innovación e inventario de tecnologías), permitirá desarrollar nuevos productos y servicios de forma conjunta.

El desarrollo y validación de soluciones innovadoras (actividad 3) permitirá diseñar un modelo de implementación conjunta de la Web 2.0 en Salud y Neurociencia y técnicas de asistencia y apoyo a personas que viven en zonas alejadas de los centros de recursos asistenciales en toda la zona fronteriza.

La implantación conjunta de servicios sociosanitarios avanzados (actividad 4) permitirá crear un sistema de oferta de servicios coordinado y de uso compartido, con formación conjunta de profesionales y personal de apoyo técnico compartido.

Se garantizará la cooperación transfronteriza tanto en materia de gestión y coordinación (actividad 5) como en lo que se refiere a las acciones de comunicación (actividad 6) a través de la creación de 5 comités transfronterizos (CDT, CTT, CFT, CDL y CE) y la Unidad de Comunicación Externa y Documentación (UCED).

iNNOSALUD es un proyecto que tanto en la configuración, como en su ejecución y posterior sostenimiento del mismo, plantea la cooperación transfronteriza como eje de su desarrollo, entendiéndose que ambas partes van a alcanzar un aumento significativo de iniciativas conjuntas innovadoras así como de personas beneficiadas en sus territorios. Todas las actividades planteadas en el proyecto se ejecutarán de forma

equilibrada y conjunta entre los socios. Según la metodología de trabajo prevista por el consorcio, ninguna de las actividades propuestas podrá ser implementada únicamente por una región fronteriza ni por un área específica de cooperación.

B. Coherencia con las Prioridades y Objetivos del Programa

En base al eje prioritario del Programa Operativo (PO) Cooperación Transfronteriza España - Portugal 2007-2013, *«cooperación y gestión conjunta para la integración socioeconómica e institucional»* y al objetivo específico de dicho Programa *«establecer mecanismos de cooperación en los campos de la sanidad y de la asistencia y la acción social para reforzar niveles de cobertura y atención de colectivos sensibles en la perspectiva de integración social de las poblaciones fronterizas»* (pág. 102, PO), el proyecto iNNOSALUD permitirá establecer un instrumento de cooperación en el desarrollo de innovación tecnológica, para intercambio de experiencias, diseño y ejecución conjunta de iniciativas. Este instrumento se concretizará en la creación y mantenimiento de una plataforma colaborativa de innovación sociosanitaria (iNNOSALUD) en la que participen entidades y agentes del sector sociosanitario (usuarios, profesionales, administraciones, universidades, empresas, centros tecnológicos, ...) de las 5 áreas de cooperación del proyecto.

El objetivo último de esta plataforma es promover la implantación de servicios sociosanitarios avanzados en la zona fronteriza, con un total de 5 tecnologías para uso compartido, que ofrecerán asistencia sanitaria a ciudadanos transfronterizos y, en particular, personas dependientes de ambos lados de la raya, reforzando así la cobertura de asistencia en zonas rurales del espacio fronterizo y facilitando la coordinación sanitaria y las relaciones entre centros asistenciales de la zona. Las ayudas técnicas implantadas permitirán mejorar la salud, la calidad de vida y el bienestar personal y social de colectivos con necesidades especiales, tales como personas dependientes debido a la edad, discapacidad, enfermedad, etc. En este sentido, el proyecto también es coherente con la prioridad del área de cooperación Norte- Castilla y León relacionada con el *«desarrollo de servicios comunes»* (PO, pág. 61).

Por otra parte, la creación de la plataforma transfronteriza para promoción de la innovación socio-sanitaria y tecnológica, formada por entidades y profesionales de las poblaciones rayanas, facilitará el intercambio y reforzará las relaciones fronterizas entre agentes institucionales, económicos, científicos, ciudadanos dependientes, familiares y

cuidadores, lo cual responderá tanto a la prioridad de *«reforzar la cooperación entre entidades de la administración pública regional, agentes económicos, sociales ... de los dos lados de la frontera»* (área de cooperación Norte- Castilla y León) (PO, pág. 61) como a *«la profundización de la cooperación de las instituciones de los sistemas científicos y tecnológicos de ambas regiones»* (área de cooperación Alentejo-Andalucía-Algarve) (PO, pág. 63). La estrategia de cooperación Centro- Castilla y León también cita la *«innovación y desarrollo tecnológico»* como un área de trabajo prioritaria (PO, pág. 62) y en el área fronteriza Centro- Extremadura- Alentejo *«la cooperación temática en la extensión y aplicación de las nuevas TICs, ... y la investigación y desarrollo tecnológico»* aparece como segunda línea de acción prioritaria (PO, pág. 63). En la misma línea, para el área de cooperación Norte- Galicia se establece como ámbito estratégico para los próximos años la *«promoción de la innovación y de la competitividad»*, concretamente *«iniciativas/ proyectos que fomenten procesos de innovación y de desarrollo tecnológico realizados en conjunto por instituciones de I + D de ambos lados de la frontera»* (PO, pág. 59).

Además de todo ello, el proyecto iNNOSALUD se presenta, indirectamente, como una gran oportunidad de mejorar la integración social de los colectivos a los que se dirige, en particular de personas mayores y personas con discapacidad y/o enfermedad mental, que verán mejoradas sus capacidades cognitivas y por tanto sus posibilidades de integrarse en el mercado laboral. Los familiares cuidadores atendidos por los servicios implantados verán reducida su carga y estrés relacionado con el cuidado continuado de personas dependientes, y por tanto su dificultad para incorporarse al mercado de trabajo. También indirectamente se dinamizará el crecimiento del empleo en el sector socio-sanitario-tecnológico, en particular para la comercialización de nuevas tecnologías, la aplicación de los servicios implantados y la formación de profesionales. Por otra parte, el enfoque de innovación abierta en el que se fundamentará la metodología de diseño participativa que se desarrollará en el marco del proyecto, es reconocido por la Unión Europea como ejemplar en el proceso de construcción de una economía del conocimiento que genere empleo y crecimiento.

En definitiva, iNNOSALUD es coherente, en particular, con el segundo objetivo específico del eje 4 de integración socioeconómica e institucional, con 1 de los cuatro ámbitos estratégicos del área de cooperación Norte- Galicia, con 2 de las orientaciones estratégicas del área de cooperación Norte - Castilla y León, con 1 de las seis áreas de trabajo del área Centro- Castilla y León, con 1 de las cuatro líneas de acción del área

Centro- Extremadura- Alentejo y con 1 de las 3 prioridades del área de cooperación Alentejo- Andalucía- Algarve.

C. Complementareidad y Valor Añadido

Sinergia del proyecto en la zona fronteriza donde va a ejecutarse

El proyecto se basa en sinergias locales entre distintos agentes (profesionales de salud y del sector social, administraciones locales, empresas, proveedores de servicios...) y de usuarios. Sin embargo, las políticas sociales y sanitarias se construyen en el espacio fronterizo a nivel regional y nacional. Se consultará e implicará en el proyecto a los distintos responsables del ámbito sociosanitario así como a expertos del sector con el fin de crear servicios compartidos, adaptables a las distintas legislaciones y conforme a las políticas de salud de los países implicados y a sus dispositivos de apoyo, y evaluables de acuerdo a los criterios de estas políticas. En este sentido, una de las herramientas del observatorio creado en el marco del proyecto será un dossier actualizado de las competencias y legislaciones sanitarias y sociales en las regiones transfronterizas. La plataforma iNNOSALUD se creará con un enfoque esencialmente territorial de las regiones participantes en el sentido de que se formará como una red transfronteriza de redes locales/ territoriales. Será el producto de una red de agentes y entidades locales y se inscribirá, por tanto, en una lógica de consideración y tratamiento de la innovación en respuesta a la aparición de una necesidad local. Se justifica de este modo la importancia de su creación y mantenimiento más allá del fin del proyecto. El impacto del proyecto en la frontera se conseguirá a través del compromiso de los distintos grupos de interés con la creación de la plataforma transfronteriza, que no se limite a su territorio, para el beneficio de la innovación al servicio de sus problemáticas específicas. Este enfoque, basado en los intereses de los grupos de interés involucrados, garantizará la eficiencia a nivel transfronterizo.

Valor añadido de la cooperación transfronteriza al desarrollo del proyecto

El intercambio de experiencias, la puesta en común y la transferencia de tecnologías y prácticas innovadoras en el sector socio-sanitario-tecnológico constituye el primer nivel de valorización trasfronteriza del proyecto. Estas acciones se traducirán a medio y largo plazo en la creación de redes locales con el fin de optimizar los conocimientos (observatorio) y los servicios de asistencia al ciudadano y a las personas dependientes,

cuidadores y profesionales de estas redes a través de la creación en el marco del proyecto de una plataforma transfronteriza de innovación saludable (iNNOSALUD) que permita la definición conjunta de prioridades en el sector de actuación, el trabajo en grupos de reflexión transfronterizos, el desarrollo y transferencia de tecnologías y la implementación de servicios avanzados de salud. La cooperación transfronteriza ofrecerá a los territorios rurales y aislados la oportunidad de armonizar la formulación de sus necesidades en materia de asistencia sociosanitaria y productos TIC para su bienestar, estimulando una oferta integrada y coherente (y en consecuencia, ventajosa económicamente) de los proveedores de servicios y productos. El valor añadido del proyecto INNOSALUD se vincula a 3 aspectos fundamentales. En primer lugar y gracias a la constitución de la plataforma transfronteriza, se conseguirá centralizar en la frontera una serie de tecnologías desarrolladas de manera dispersa en las regiones implicadas (la centralización nos permitirá una mejor y mayor transferibilidad de los resultados). En segundo lugar, los resultados de los estudios metodológicos que se desarrollen en el observatorio de innovación permitirán una mejor adaptación entre las necesidades reales de personas dependientes y las investigaciones y desarrollos tecnológicos en el sector socio-sanitario, mejorando así el bienestar de los ciudadanos con necesidades específicas del territorio. En tercer lugar, el desarrollo y transferencia de tecnologías y la posterior implantación de servicios innovadores avanzados facilitará el acceso a la asistencia sociosanitaria de ciudadanos transfronterizos, personas dependientes, familiares y cuidadores que viven en zonas rurales, aisladas y/o alejadas de núcleos urbanos.

Valor añadido del proyecto en el sector socio-sanitario-tecnológico

El sector terciario (servicios sanitarios y sociales) representa una parte importante de la economía en las regiones socias del proyecto. En términos de innovación y tecnología, hoy en día, este sector está creciendo principalmente a través de centros públicos y académicos, que se relacionan cada vez más frecuentemente (pero todavía rara vez) con empresas, especialmente a través de la política de clústers desarrollados en las regiones implicadas. Las poblaciones de estos territorios, primeros beneficiarios de las políticas de asistencia socio-sanitaria, especialmente en el ámbito de la dependencia ligada al envejecimiento, la discapacidad física, mental o psíquica, y las enfermedades crónicas, son raramente implicadas en estos procesos. El valor añadido y el beneficio del proyecto

para el conjunto de los grupos de interés se encuentran precisamente en la puesta en red de estos actores diversos al servicio de la innovación socio-sanitaria-tecnológica.

D. Carácter Innovador

La innovación desarrollada en el marco del proyecto iNNOSALUD consiste esencialmente en el desarrollo de una visión global e integrada de la oferta de cuidados a través de las nuevas tecnologías y servicios avanzados, que tiene en cuenta tanto los intereses de los usuarios como de los profesionales del ámbito sociosanitario y de otros grupos de interés del área fronteriza, y que se promoverá a través de una plataforma transfronteriza que permita intercambiar conocimientos y desarrollar prácticas innovadoras. Este enfoque garantiza una selección de herramientas TIC adaptada a los territorios implicados, a su grado de accesibilidad y al ritmo de apropiación de estas herramientas por los usuarios: aquí, la innovación no reside tanto en la tecnología sino en su adecuación a las necesidades identificadas.

El tema del proyecto no se ha abordado de manera integrada en anteriores convocatorias del programa transfronterizo España-Portugal. Sin embargo, las cuestiones ligadas a la pérdida de autonomía, en particular en el espacio fronterizo (envejecimiento, falta de estructuras de apoyo comunitario, escasez de cuidadores) son cruciales en términos de reflexión sobre la innovación: en este campo más que en otros, la innovación es una obligación. El proyecto iNNOSALUD permitirá crear espacios de intercambio y reflexión sobre la problemática de la dependencia, problemática humana, territorial, económica y social, con una mirada original esencialmente centrada en la innovación.

Este enfoque es también innovador por ser generador de nuevos empleos, ya que las nuevas tecnologías complementarían los servicios existentes pero no los reemplazarían (por ejemplo, la tele-terapia complementaria (pero no sustituiría) a los servicios de terapia tradicional), por lo que no se sustituirían puestos de trabajo existentes.

E. Coherencia con las Políticas Comunitarias

Crecimiento económico y empleo

iNNOSALUD contribuye a desarrollar el poder de atracción de los territorios rurales y aislados del espacio fronterizo, estructurando servicios dirigidos a la población, susceptibles de redinamizar la actividad económica y humana de estos territorios. Esta dinamización vendrá generada por el fin último del proyecto, siendo este convertir una

zona de pocos recursos generales y, por ello, con necesidad de desarrollar dispositivos y programas de apoyo social, lo que supondría un gasto importante, en una zona favorecedora de la innovación tecnológica en el sector que permita el desarrollo de servicios avanzados que mejoren la asistencia y calidad asistencial y además creen riqueza y nuevas oportunidades de empleo en el sector. Los servicios creados generarán el desarrollo de puestos de trabajo (empleos sanitarios y sociales para la utilización de las nuevas tecnologías, empleos en las empresas que desarrollan los productos...), cumpliendo así las prioridades de la estrategia de Lisboa en materia de empleo. Es importante señalar que estos empleos ocuparán nuevos segmentos de mercado y nuevas cualificaciones que no sustituirán a los puestos de trabajo existentes.

Medio ambiente y desarrollo sostenible

La aplicación de las nuevas tecnologías promovidas a través del proyecto iNNOSALUD no interferirá en el medio ambiente e incluso contribuirá a incrementar la esperanza de y/o mejorar la calidad de vida de los ciudadanos transfronterizos, especialmente las personas de edad avanzada y/o con discapacidad/ enfermedad mental, sin perjuicio del entorno. Por su respeto al medio ambiente y el desarrollo de tecnologías y ayudas técnicas no tóxicas, el proyecto no generará un impacto ambiental negativo. Por otra parte, la mayor autonomía de los beneficiarios últimos del proyecto va a posibilitar un mantenimiento de la zona y del medio ambiente de una forma sostenida y sin que se produzca un abandono total de la zona. La equidad en la asistencia tecnológica favorecerá la fijación de las personas en el territorio y contribuirá con ello a limitar la despoblación de las zonas objetivo del proyecto. Por otra parte, la opción de desarrollar aplicaciones tecnológicas para la rehabilitación a distancia y comunicación entre cuidadores y profesionales a través de plataformas online, particularmente, en materia de mantenimiento a domicilio de los pacientes o de relaciones entre centros de salud aislados y centros hospitalarios de referencia en núcleos urbanos, contribuye al respeto del medio ambiente disminuyendo los transportes no esenciales. El acompañamiento social y el mantenimiento de una oferta de cuidados de calidad contribuye al desarrollo social de los territorios.

Igualdad de oportunidades

La igualdad de oportunidades entre las poblaciones que sufren una escasa accesibilidad a los servicios de interés general, entre otros, forman parte de los objetivos del proyecto. El desarrollo de nuevos servicios y productos y la aplicación de TIC que mejorarán la autonomía de las personas con dependencia contribuirá sin duda a la igualdad de oportunidades de este sector poblacional, cuya situación de dependencia genera con frecuencia situaciones de exclusión social y laboral con respecto a la población general. iNNOSALUD garantizará igual facilidad de acceso a las nuevas tecnologías para atención a la dependencia de las personas que residen en zonas rurales dispersas y las que viven en centros urbanos, así como iguales posibilidades de acceso a las personas dependientes de uno u otro lado de la frontera. Asimismo, el proyecto favorecerá la participación en el mercado laboral de los/las cuidadores/as de las personas en situación de dependencia, al disminuir la carga de enfermedad sobre los mismos, favoreciendo así la conciliación entre la vida familiar y laboral. Por otra parte, teniendo en cuenta que hay mayor número de mujeres que hombres dependientes en la zona objetivo del proyecto, el proyecto se dirigirá especialmente a este colectivo, garantizando así la igualdad de oportunidades del género femenino. La actuación en población con discapacidad posibilitará también que numerosos ciudadanos de la zona puedan recuperar la autonomía y acceder a cursos de formación, educación e incluso un empleo en condiciones de igualdad con el resto de ciudadanos de la zona fronteriza.

F. Coherencia con las Políticas Nacionales y Regionales

A nivel nacional

En la línea de la estrategia de Lisboa, TIC e innovación son una prioridad ampliamente apoyada a nivel nacional por múltiples iniciativas y metodologías de acción en salud tanto en España como en Portugal.

En España, la innovación tecnológica se promueve a través del *Plan Nacional de I+D+i 2008-2011* del Ministerio de Ciencia e Innovación, que ofrece apoyo a través del Programa CENIT, Fondo Tecnológico, Iniciativa NEOTEC y Proyectos PID, entre otros, y que mantiene como objetivos últimos estar al servicio de la ciudadanía, del bienestar social y del desarrollo sostenible, promoviendo la innovación como un elemento esencial para la generación de nuevos conocimientos (iNNOSALUD incluye estos objetivos en su planteamiento). Además, este Plan contiene una acción estratégica

de salud, que a su vez incluye una línea específica sobre investigación sobre la salud humana, que desarrollará sublíneas sobre las enfermedades neurológicas y mentales así como sobre desarrollo humano y envejecimiento, entre muchas otras, siendo estos problemas de salud el centro de atención del proyecto iNNOSALUD. El desarrollo de las TIC se promueve esencialmente a través del *Plan Avanza 2010* (Ciudades digitales...) financiado por el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio. Por otra parte, la *Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud* (Ley 16 / 2003) dice que habrá de tenerse en cuenta las necesidades de salud de la población y el impulso de la innovación asistencial y la modernización de la estrategia de la I+D en servicios sanitarios y de salud pública.

En Portugal, TIC e innovación son promovidas a través del *Programa de Estabilidade e Crescimento 2010-2013* (Aposta na Tecnologia e Inovação), el *Plano Tecnológico* (Portugal a innovar...) y el *Plano Nacional de Saúde 2011-2016* (orientaciones estratégicas, apoyo político, técnico y financiero a la Salud), que prioriza las redes tecnológicas y la salud-on-line. De forma general, las acciones nacionales de apoyo a las actividades de innovación privilegian los proyectos centrados en las necesidades de los usuarios y la implicación de estos usuarios en los proyectos, lo cual es totalmente coherente con el enfoque del proyecto.

En cuanto a la dependencia derivada de la enfermedad, discapacidad y/o envejecimiento, el desarrollo de políticas de salud pública y atención social a nivel europeo se han concretizado, desde hace 5 años, en herramientas legislativas y planes de acción nacionales en España y Portugal, ya sea en el ámbito del desarrollo de la telemedicina, de atención sociosanitaria a personas mayores y personas con discapacidad, o de la promoción de recursos que favorecen el mantenimiento en el domicilio de personas en situación de dependencia (*Ley de la Dependencia* en España y *Plan Socio-sanitário* de Portugal, ambas de 2006). Encontramos en los 2 países acciones de apoyo a los familiares cuidadores y a la reorganización de la intervención de profesionales sanitarios y sociales comunitarios o a distancia. En este sentido, iNNOSALUD se dirige especialmente a mejorar la calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia. En Portugal, se promueven este tipo de iniciativas a través del *Programa do XVI I I Governo* (Saúde: um valor para todos) y la *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2009*. Por otra parte, tanto en la Ley de salud mental portuguesa, como en los modelos de atención de salud españoles, se plantea la continuidad asistencial y

comunitaria como uno de los principios básicos de los sistemas de salud. Los servicios que se habilitarán a través del proyecto iNNOSALUD así como los desarrollos tecnológicos que se produzcan, contribuirán, en este sentido, a mejorar y actualizar los servicios de asistencia de ambos lados de la frontera plurirregional, especialmente en zonas rurales y/o aisladas de núcleos urbanos. El desarrollo de zonas fronterizas marginadas y poco desarrolladas, especialmente en el ámbito de los servicios sociales y sanitarios, así como contribuir a las sinergias de las potencialidades de la frontera, favoreciendo la continuidad asistencial entre países fronterizos, es también un reto de las políticas nacionales España y Portugal.

Finalmente, cabe destacar que los planes del Gobierno en materia de relaciones exteriores favorecen la permeabilidad de las fronteras con los países vecinos, siguiendo así directrices de la *Política Europea de Vecindad (PEV, 2004)*. En este sentido, España y Portugal se han adelantado al resto de la UE creando un espacio de salud peninsular en el que los pacientes tendrán acceso a una misma cartera de prestaciones y un acuerdo para coordinar sus políticas de recursos humanos con el objetivo de facilitar la migración de profesionales del ámbito sanitario. El convenio firmado por la ex ministra de Sanidad, Ana Pastor, y su homólogo portugués, Luis Felipe Pereira, contempla la movilidad tanto de pacientes como de profesionales.

A nivel regional

iNNOSALUD, a través de su objetivo general de promover la innovación socio-sanitaria-tecnológica en la zona plurirregional fronteriza, es coherente con las prioridades regionales en materia de salud e innovación:

- **Galicia.** *Plan Gallego I + D+ i 2006-2010*: impulsa el desarrollo tecnológico en la región.

Plan de actuación social de Galicia 2010-2013: promueve la cooperación de actores sociales.

Plan gallego de las personas mayores 2010-2013: propone mejorar la calidad de vida de este colectivo.

Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia: creación de instrumentos que apoyen la gestión de la evaluación de tecnologías y la difusión de la investigación.

Plan de mejora de la A.P. de Galicia 2007-2011: innovación del Portal corporativo de la Sanidad Pública, mediante la creación de diferentes foros de participación.

- **Castilla y León.** *Estrategia de I + D+ i en Castilla y León 2007-2013*: impulsa el desarrollo tecnológico en la región.

Política sanitaria de la Junta de Castilla y León: considera la innovación factor clave tanto en la economía y en el bienestar de los ciudadanos como en la competitividad de los países desarrollados.

III Plan de Salud de Castilla y León (Acuerdo 116/2008): promueve la prevención de la dependencia y la atención a las necesidades específicas de determinados colectivos.

Proyecto CALENO/CALEGU (INTERREG IIIA España- Portugal 2000-2006): referencia regional en Castilla y León y sub-región de salud de Guarda en materia de telemedicina.

- **Extremadura.** *IV Plan Regional de I + D+ i de Extremadura 2010-2013*: incluye una línea prioritaria de actuación en Salud.

Plan de Salud de Extremadura 2009-2012: presta atención a las necesidades de salud de mayor prioridad.

Plan Marco de Atención Sociosanitaria de Extremadura 2005-2010: desarrollo de servicios prestados acordes con el desarrollo tecnológico actual y recursos que observen al mismo tiempo medidas de confort.

Marco de Atención a la Discapacidad en Extremadura (Decreto 159/2008): acceso a los recursos disponibles.

- **Andalucía.** *Plan Estratégico de I+D+i en Salud 2006-2010*: impulsa el desarrollo tecnológico en la región.

Plan de Innovación y Modernización de Andalucía (PIMA): incluye líneas estratégicas en I+D+i, accesibilidad, igualdad geográfica y servicios tecnológicos, así como adaptación del mundo digital a la dependencia.

Ley de Salud de Andalucía (Ley 2/1998): promueve la mejora continua en la calidad de los servicios, atención personal, confortabilidad del paciente y sus familiares, participación de los ciudadanos en la salud.

Living Lab Salud de la Consejería de Salud de Andalucía (2009): incluye grupos de trabajo en procesos innovadores en salud, telemedicina y teleasistencia, espacios de colaboración entre profesionales sanitarios.

Plan Andaluz de Alzheimer (2002): incluye una serie de programas con el propósito de mejorar la atención a los enfermos y a sus familiares a través de actividades informativas, formativas y asistenciales.

- **Norte.** *Programa Operacional Regional do Norte 2007-2013*: pretende fomentar la región como una tierra de futuro, garantizando la mejora significativa de las condiciones de vida de la población.

Planes de Acción Intermunicipales 2007 – 2013: fomentan la cualificación, modernización y el desarrollo de los servicios colectivos territoriales de proximidad, como factores de cohesión e competitividad territorial.

NORTE 2020 – Iniciativa Competitividade e Convergência: pretende promover el desarrollo regional del Norte de Portugal, que converge con la estrategia de la Comisión Europea en la iniciativa «EUROPA 2020».

- **Centro.** *Programa Operacional Regional do Centro 2007-2013*: pretende fomentar la región como una tierra de futuro, garantizando la mejora significativa de las condiciones de vida de la población.
- **Alentejo.** *Programa Operacional Regional do Alentejo 2007-2013*: pretende fomentar la región como una tierra de futuro, garantizando la mejora significativa de las condiciones de vida de la población.
- **Algarve.** *Programa Operacional Regional do Algarve 2007-2013*: pretende fomentar la región como una tierra de futuro, garantizando la mejora significativa de las condiciones de vida de la población.

2. «Inovar, Valorizar e Potenciar a Biblioteca Virtual da Saúde Transfronteiriça»

2.1. Coerência e Pertinência do Projecto

A. Carácter Transfronteiriço

De um modo geral, toda a área da cooperação transfronteiriça Espanha-Portugal apresenta um défice claro de desenvolvimento e inovação tecnológica. Devido à distribuição da população, dispersão geográfica, predomínio da população idosa, a resposta a cuidados de saúde é muito alta. Neste contexto, os desafios impostos, constituem um espaço excepcional para o desenvolvimento de novas tecnologias e serviços de apoio às cidades fronteiriças de ambos os lados da linha.

Nesta situação, a Biblioteca Virtual da Saúde Transfronteiriça visa transformar uma área de poucos recursos em geral, como já tivemos oportunidade de referir, numa área que favoreça a inovação no sector de desenvolvimento de tecnologias inovadoras, com vista a permitir e melhorar o acesso dos profissionais aos conhecimentos científicos em saúde e aumentar, por esta via, as suas competências no domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados ao cidadão.

O grande número de potenciais beneficiários é uma oportunidade para o desenvolvimento deste projecto para incentivar a inovação neste domínio. Desta forma, a ameaça inerente ao défice estrutural das regiões fronteiriças, deve configurar uma oportunidade para apoiar o desenvolvimento de tecnologias inovadoras e implantação de serviços avançados nas áreas de cooperação.

A natureza transfronteiriça da iniciativa é, portanto, desenvolver uma Biblioteca Virtual da Saúde Transfronteiriça, que ofereça acesso estruturado a uma selecção de recursos de informação de qualidade, no âmbito das Ciências da Saúde, acessível aos profissionais de saúde, através da internet, o que reduzirá o deficit de desenvolvimento de tecnologia nas áreas de cooperação em causa.

O projecto Biblioteca Virtual na Saúde Transfronteiriça permitirá alavancar a utilização de tecnologias pelos profissionais de saúde. Tendo-se como escopo principal deste projecto, nomeadamente:

- Transferir o know-how da «Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía» para as regiões transfronteiriças com recursos documentais para os profissionais da saúde da região transfronteiriça;
- Organizar e facilitar o acesso à informação sobre saúde, ao profissional da saúde;
- Aplicar mecanismos qualificados de acesso, recuperação, validação e disseminação da produção científica e técnico-científica gerada pelos profissionais da saúde da região transfronteiriça;
- Potenciar a gestão do conhecimento em saúde (informação, investigação e formação) e trabalho em rede, na região Transfronteiriça.

B. Coerência com as Prioridades e Objectivos do Programa

O Reino de Espanha e a República Portuguesa apresentaram o Programa Operacional de Cooperação Transfronteiriça Espanha - Portugal (POCTEP), para o período 2007-2013, que foi aprovado pela Comissão Europeia mediante a Decisão C (2007) 5165, de 25 de

Outubro de 2007, a Decisão C(2008)7439, de 25 de Novembro de 2008 e pela Decisão C(2009)7886, de 14 de Outubro de 2009. Uma das estratégias impulsionadas, pelo mencionado programa, consiste em efectivar a colaboração e potenciar a gestão do conhecimento em saúde, nas regiões transfronteiriças, com vista a que sejam alcançadas, ainda que de forma indirecta, as estratégias nacionais e regionais de promoção e prevenção da doença assim como de melhoria contínua da qualidade na saúde, com impacto num crescimento inteligente, sustentável e inclusivo.

Face a esta pertinência transfronteiriça e enquadrado na dimensão da integração sócio-económica e institucional do POCTEP, a criação de uma Biblioteca Virtual da Saúde Transfronteiriça (BVS_IBERIA) deve ser considerada uma prioridade estratégica, científica e operacional na gestão do conhecimento científico em saúde.

Por outro lado esta estratégia conjunta, a realizar entre as regiões transfronteiriças do Alentejo-Algarve-Andalucía, possibilita a uniformização do acesso à informação e desenvolvimento de competências científicas e técnicas do profissional da saúde.

Além disso, o desenvolvimento do presente projecto facilitará o intercâmbio de saberes e permitirá reforçar as relações de fronteira entre o institucional, económico, científico e os profissionais de saúde. Esta medida responde tanto à prioridade do reforço da cooperação entre entidades do governo regional, económicos, sociais e culturais de ambos os lados da fronteira como ao aprofundamento da cooperação das instituições de ciência e tecnologia de sistemas de ambas as regiões.

A economia de escala e a rede de cooperação deste projecto elevam o seu carácter vinculativo de inovação tecnológica e crescimento sustentável, pelo que justificam a sua necessidade de implementação e coerência.

C. Complementaridade e Valor Acrescentado

O presente projecto tem um elevado impacto na acessibilidade dos profissionais ao conhecimento em saúde, uma vez que o seu principal objectivo consiste, precisamente, em aumentar a acessibilidade e a qualidade da informação, assim como constitui uma alavanca de apoio à gestão da prestação de cuidados transfronteiriços.

O aumento da acessibilidade torna-se uma necessidade ainda mais premente quando se trata de informação e serviços a disponibilizar além fronteiras.

Neste sentido, o impacto deste projecto pode ser medido por:

- Aumento da quantidade e qualidade dos conteúdos registados e disponibilizados: a operação permitirá recolher e disponibilizar recursos científicos e conteúdos que até hoje se encontram dispersos.
- Aumento da qualidade e abrangência do acesso à informação: o investimento num sistema de acesso generalizado via *web* tornará disponível um conjunto alargado de informação a todos os interessados na temática.
- Aumento da velocidade de acesso à informação: esta operação irá privilegiar a partilha de informação de forma célere.

Tendo em conta a importância estratégica que esta iniciativa assume para a área da Saúde e os constrangimentos existentes na realidade actual, prevê-se a integração directa e imediata dos seus resultados nas actividades das regiões transfronteiriças.

D. Carácter Inovador

O Projecto Biblioteca Virtual na Saúde Transfronteiriça, perfilha um sistema, eficaz e inovador, assim como consubstancia um instrumento fundamental e imprescindível para dar resposta aos constrangimentos identificados. Se por um lado é um espaço aonde os profissionais de saúde se podem dirigir para obter informação em saúde, por outro constitui uma ferramenta que permitirá produzir o conhecimento sobre as várias dimensões do conhecimento científico em saúde.

A operação Biblioteca Virtual na Saúde Transfronteiriça assenta, assim, num modelo de serviço público centrado nas necessidades dos profissionais de saúde no tocante à informação científica de saúde, apoiando-se na utilização das mais modernas tecnologias de informação e comunicação, através da qual pretende contribuir para o desenvolvimento de regiões transfronteiriças globalmente mais inovadoras, eficientes e eficaz, com notórias vantagens para ambos os países vizinhos.

De igual modo, este projecto, vem traduzir uma abordagem pioneira, no contexto das regiões transfronteiriças podendo-se vir a consubstanciar numa boa prática, totalmente enquadrada na estratégia europeia concertada no domínio da saúde que visa, entre outros, facilitar a melhoria da qualidade dos cuidados transfronteiriços, a divulgação de mais e melhor conhecimento e tecnologias médicas inovadoras.

Neste contexto, torna-se evidente que o projecto Biblioteca Virtual na Saúde Transfronteiriça, proposto por esta candidatura, se apresenta como uma solução

consistente e com capacidade de simplificar, agilizar e melhorar o acesso ao conhecimento em Saúde.

Esta iniciativa para além de um marco relevante e inovador no contexto do desenvolvimento económico, social e cultural das regiões transfronteiriças, adicionalmente, coloca as regiões transfronteiriças de ambos os Estados-Membros da União Europeia, na vanguarda da inovação e modernidade no que concerne à promoção de mecanismos que melhorem a capacitação dos profissionais de saúde.

E. Coerência com as Políticas Comunitárias

Crescimento económico e emprego

BVS_IBERIA fornece infra-estruturas e ferramentas essenciais para a criação, a partilha e a difusão de conhecimentos, reforçando a capacidade de inovação do sector da saúde e contribuindo para um crescimento geral da produtividade e qualidade em saúde, nas unidades de prestação de cuidados, docência, investigação e administração em saúde.

Este dinamismo contribui para que novos serviços se desenvolvam, profissões se reestruturem e que os cuidados de saúde caminhem para a sustentabilidade. Nesta cadeia de valor, o crescimento económico pode-se afirmar como positivo, mas certamente que a longo prazo alcança notoriedade e sustentabilidade para um crescimento económico inteligente, sustentável e inclusivo [Comunicação da Comissão EUROPA 2020 COM(2010)].

De acordo com as políticas comunitárias, a prioridade imediata é assegurar uma saída com êxito da crise, pelo que exige esforços e mecanismos concretos de cooperação entre países. BVS_IBERIA, destaca-se como um projecto transfronteiriço de forte cooperação e gestão conjunta para a integração socioeconómica e institucional, onde a economia de escala da Estratégia de Lisboa e os pactos de crescimento e estabilidade nacionais (PEC – Portugal e Espanha) estão espelhados.

Ambiente e desenvolvimento sustentável

Promover uma economia do conhecimento científico em saúde mais eficiente em termos de utilização de recursos, mais ecológica e mais competitiva é um dos objectivos da BVS_IBERIA.

Estes objectivos estão relacionados com a Estratégia 2020 da Comissão Europeia, e no qual o presente projecto desenvolve-se claramente como uma solução «verde», pelo que

implica a utilização de tecnologias ecológicas em detrimento da compra de recursos documentais em formato papel, elimina os gastos logísticos de circulação destes mesmos recursos e potencia o largo espectro de alcance aos profissionais da saúde da região transfronteiriça em causa.

Neste sentido, visamos promover a criação e utilização de serviços em linha acessíveis e modernos (serviços de informação e documentação científica saúde em linha) e assegura o seu desenvolvimento sustentável.

Igualdade de oportunidades

A igualdade de oportunidades entre profissionais da saúde é evidentemente notória ao longo da planificação estratégica e operacional da BVS_IBERIA, pelo que se desenvolverão parcerias entre os mundos da educação/formação e do trabalho, em especial mediante o envolvimento dos parceiros sociais no planeamento do ensino e da formação [Livro Branco Juntos para a Saúde: uma abordagem estratégica para a EU 2008-2013 COM(2007) 630 Final].

A relevância do papel a desempenhar pela parceria e coesão institucional entre beneficiários da região transfronteiriça possibilita referenciar a BVS_IBERIA, como uma oportunidade e economia de escala, igualitária e equitativa, no acesso ao conhecimento a nível transfronteiriço Alentejo-Algarve-Andalucía.

Por esta via, é igualmente importante considerar que são respeitados os princípios de igualdade de género, e a ruptura de barreiras geográficas, pelo que permitirá que profissionais que desenvolvem a sua actividade em zonas remotas, possam de forma simplificada e de qualidade, aceder ao conhecimento para o desenvolvimento das suas competências.

F. Coerência com as Políticas Nacionais e Regionais

A nível nacional

Em detrimento da Estratégia de Lisboa, as tecnologias de informação e comunicação, a inovação e a economia do conhecimento são hoje, uma prioridade estratégica para Portugal e Espanha.

Desde o Plano Tecnológico ao Plano Assistencial, Portugal e Espanha desenvolvem esforços e concretizam iniciativas de reconhecido mérito internacional, mas que ao

longo dos últimos meses de crise económica e social, têm sido reforçadas por programas e medidas baseadas num Programa de Estabilidade e Crescimento (PEC).

Em Portugal, o Programa do XVIII Governo (Saúde: um valor para todos) tem presente a dimensão da gestão do conhecimento em saúde, de tal forma que considerou oportuno delimitar um Plano Tecnológico na Saúde (Portugal a Inovar), no sentido de acompanhar e «*garantir o futuro da saúde e a saúde do futuro*» na concepção e estruturação do Plano Nacional de Saúde 2011-2016.

Neste vértice de actuação nacional, temos claramente presente a importância da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, de tal forma, que o Departamento da Qualidade na Saúde, da Direcção-Geral da Saúde, assume-se como principal responsável, dinamizador transfronteiriço e beneficiário principal ao presente projecto, a desenvolver na região transfronteiriça do Alentejo-Algarve-Andalucía.

A coerência e a pertinência da participação do Departamento da Qualidade na Saúde, neste projecto, visa reforçar a coesão e articulação com as necessidades regionais dos profissionais de saúde, ao mesmo tempo que proporcionará um encontro efectivo das actividades regionais e locais, com as políticas nacionais.

Em Espanha, inúmeras iniciativas nacionais e transversais às comunidades autónomas, caracterizam a inovação e a gestão do conhecimento em saúde, como um pilar essencial à qualidade e sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde. O Plano Nacional de I+D+i 2008-2013 do Ministério de Ciência e Innovación e o Plan Avanza financiado pelo Ministério de Industria, Turismo y Comercio, são exemplos claros de medidas, que unem esforços no sentido de conjuntamente estruturar políticas de saúde em todas as políticas (ex: cidades digitais). Neste sentido, a Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, é hoje um princípio orientador de todo o sistema sanitário e estratégico para o projecto BVS_IBERIA, de tal forma que foi considerado como viável e oportuno o alargamento da Biblioteca Virtual do Sistema Sanitário de Andalucía (BV-SSPA) a todo o território nacional.

Finalmente, destaca-se a Política Europeia de Vizinhança, como princípio da permeabilidade fronteiriça e o convénio de espaço de saúde peninsular, que contempla a mobilidade de pacientes e profissionais na Península Ibérica.

A nível regional

A BVS_IBERIA, através do seu objectivo geral de promover o acesso estruturado a uma selecção de recursos de informação de qualidade, no âmbito das Ciências da Saúde, é totalmente coerente com as prioridades regionais, no âmbito da saúde, da inovação tecnológica e do crescimento sustentável.

Destacamos as seguintes estratégias, acções políticas e programas regionais de acordo com este projecto:

- **Alentejo.** O Programa Operacional da Região do Alentejo (PORA), com o objectivo comum de afirmar o Alentejo como terra de futuro garantindo a melhoria significativa das condições de vida população.
- **Algarve.** O Programa Operacional Algarve 21, pelo que estimula a valorização dos recursos humanos e criação de mais competências; o PROT Algarve, pelo que estabelece uma ambição de futuro: Algarve, uma Região dinâmica, competitiva e solidária, no contexto da sociedade do conhecimento.
- **Andalucia.** O Plan de Innovación y Modernización (PIMA), pelo que pretende impulsionar o desenvolvimento crescente do bem-estar social e comunico da região andaluza; a Ley de Salud de Andalucía, como princípio da melhoria continua da qualidade nos serviços de saúde; Living Lab Salud Andalucía, da Junta de Andalucia, como espaço de colaboração e partilha de informação entre profissionais da saúde. Transversal às regiões destaca-se o papel do Gabinete de Iniciativas Transfronteiriças Alentejo-Algarve-Andaluzia (GIT-AAA), com o objectivo de desenvolver a cooperação económica e social através de estratégias conjuntas e programas de desenvolvimento.

CONCLUSIÓN

Nota Preliminar

A continuación sintetizamos los resultados obtenidos en esta tesis qué consideramos más importantes. Este apartado de conclusiones ha sido dividido, asimismo, en dos secciones: en la primera de ellas señalamos aquellas conclusiones que se pueden desprender directamente del trabajo realizado y en la segunda, exponemos las vías de investigación que, a nuestro juicio, han quedado abiertas para posteriores desarrollos.

Figura 82 – Representación visual de las palabras clave que conforman la conclusión de la tesis



Fuente: Elaboración propia

^aIn ancient times there existed in the country of Serendippo, in the Far East, a great and powerful king by the name of Giaffer. He had three sons who were very dear to him. And being a good father and very concerned about their education, he decided that he had to leave them endowed not only with great power, but also with all kinds of virtues of which princes are particularly in need.

The Three Princes of Serendip; Autor desconhecido (1557)

Michele Tramezzino Editora

1. CONCLUSIONES PROPIAS DE LA TESIS

Presentamos en este epígrafe las conclusiones que propiamente se pueden extraer de la tesis presentada, diferenciándose cada una de las partes que la conforman.

A. En la primera parte de la tesis hemos expuesto las principales características, dimensiones y factores evolutivos que constituyen una visión global y integrada de la gestión de calidad, del conocimiento y de la innovación en salud en la Península Ibérica, que utilizamos como base para el desarrollo de los estudios presentados en las siguientes partes, las cuales conforman el cuerpo del trabajo.

Algunos tópicos como la aproximación triangular a estos abordajes a partir de estudios diversos, mapas conceptuales evolutivos o enfoques transectoriales, son necesarios para el desarrollo de toda la tesis, y otros, como la reflexión sobre las referidas dimensiones en la Península Ibérica son específicas de algunas de las partes de la tesis. En cualquier caso, no hemos pretendido ser exhaustivos ya que nuestro interés se centró, principalmente, en exponer la importancia de la calidad, del conocimiento y de la innovación en salud para la exploración de prioridades y líneas de orientación hacia la elaboración de estrategias de cooperación en salud para llevar a cabo el desarrollo en las últimas partes del trabajo.

B. La pregunta ¿Cómo se podría reforzar la cooperación entre los sistemas de salud de España y Portugal? es pues, un desiderato del proceso evolutivo de reflexión sobre las temáticas en estudio y su aportación es de valor añadido a ambos sistemas

^aSerendipity: el uso del término se remonta al siglo XVIII, pero su significado no puede ser más oportuna. Últimamente, se utiliza como un recurso lenguaje útil para designar el ingenio, la perseverancia, la capacidad de observación, la serendipia, los descubrimientos accidentales e incluso la creatividad. Estos últimos cuatro años han sido también una congregación de situaciones serendipiosas cuyo resultado fue fructífero en la presente tesis doctoral.

nacionales de salud. Desde luego por su aportación transfronteriza, en la movilidad de los pacientes con procesos implícitos a las economías de escala derivados de la acción coordinada entre España y Portugal a los importantes adelantos en áreas como las redes de conocimiento, la realización del potencial de innovación en el sector de la salud, la puesta en común de datos para apoyar el desarrollo de políticas o el análisis de impacto en los sistemas de salud.

C. La principal aportación de esta parte de la tesis es el estudio realizado sobre las oportunidades de cooperación sanitaria ibérica (2007-2011), con el fin de llegar a un acuerdo sobre las prioridades y competencias de cooperación en respuesta a los desafíos sanitarios comunes, con capacidad para llevar a cabo las actividades pertinentes, y crear consenso al respecto (identificado en los estudios referentes a las propuestas de cooperación sanitarias: «Salud 2.0: Estrategias de Cooperación Transfronteriza de Innovación Saludable» y «Innovar, Valorizar e Potenciar a Biblioteca Virtual da Saúde Transfronteiriça»).

D. Para ello la utilización de metodologías diversas propuestas por entidades de reconocido mérito, como la Organización Mundial de la Salud, y complementada con resultados obtenidos por estudios de referencia en el marco de las temáticas centrales con respecto a la aproximación a determinadas magnitudes transectoriales y instrumentos de cooperación territorial de política de cohesión han permitido encontrar:

- mayor comprensión de las prioridades nacionales en materia de calidad, conocimiento e innovación y adopción de medidas al respecto;
- mayor comprensión de las prioridades mundiales, europeas, ibéricas, nacionales y regionales en materia de calidad, conocimiento e innovación y la adopción de medidas al respecto;
- mejora de la comprensión y la cooperación por los programas operativos de cooperación entre España y Portugal, a fin de diseñar propuestas en que los recursos disponibles permitan atender a las necesidades prioritarias con coherencia y claridad en lo que se refiere a la participación en el ámbito sanitario.

E. Hemos observado que, aunque las estrategias de cooperación ibéricas son una realidad con alguna historia, pero todavía hoy es más urgente promover mecanismos de articulación efectivas en el ámbito sanitario, especialmente en las áreas donde ha sido demostrado el valor añadido, a través del:

- Intercambio de buenas prácticas, conocimientos y experiencias entre España y Portugal, especialmente en el ámbito de la calidad sanitaria y organizacional, de la seguridad del paciente, innovación y nuevas tecnologías sanitarias;
- Apoyar las redes de intercambio de conocimientos, mejores prácticas y el aprendizaje mutuo;
- Estructurar mecanismos de identificación de las prioridades y las acciones que permitan recoger, analizar y difundir información sobre la salud, así como la asignación de recursos financieros.
- Reacción coordinada y compartida a las amenazas transfronterizas de forma a reducir los riesgos y mitigar sus consecuencias a través de criterios, indicadores y otras herramientas para recoger información que sirva de base para la definición de políticas y estrategias de cooperación, y se centrar en acercar la información a la ciudadanía, incluidos los criterios para evaluar si se trata o no de casos de interés excepcional. Los métodos de aplicación de las estrategias y acciones deben estar articulados con las estrategias nacionales y con otros programas, acciones y fondos comunitarios.
- Contribuir para las acciones que puedan conducir a liberar el potencial de la innovación en salud y un sistema de evaluación comparativa para permitir la toma de decisiones informada a nivel de la cooperación sanitaria en la Península Ibérica;
- Mejorar sus economías de escala, evitando el desperdicio debido a la duplicación y optimizar el uso de los recursos financieros.

F. Los sistemas sanitarios de España y Portugal comparten el mismo modelo de sistema de salud (Modelo Beveridge) y presentan avances significativos con diferentes niveles de desarrollo en relación a sus Planes Nacionales de Calidad en Salud, donde se evidencia distintos períodos de implementación y adopción de sus estrategias (España desde 2003 y Portugal desde 2009).

G. Desde el año de 2010, Portugal ha adoptado oficialmente el modelo andaluz de acreditación de centros y unidades sanitarias y de competencias profesionales en materia de certificación, por considerar el modelo andaluz como el que mejor se podía adaptar a la realidad del sistema sanitario público portugués.

H. España y Portugal muestran que la cooperación desarrollada entre estos dos países en el ámbito de la calidad en salud se inició en 1985, pero fue a partir de 2010

quando se destacó y se estableció en el marco del memorando de entendimiento para la cooperación técnica, la importancia de garantizar la prestación de atención sanitaria de calidad en el contexto transfronterizo y el manifiesto interés en fortalecer y profundizar la cooperación en este ámbito.

I. La innovación en la asistencia sanitaria en términos de productos y servicios, organización y prestación de la atención, tiene el potencial de mejorar la calidad de la atención al paciente, satisfacer las necesidades aún no resueltas y, al mismo tiempo, mejorar la relación coste / eficiencia y sostenibilidad de la atención. Por lo tanto, las estrategias de cooperación ibérica deberán facilitar la implantación de la innovación en la asistencia sanitaria.

J. Las nuevas tecnologías y el uso creciente de Internet en Salud están transformando las economías y sistemas sanitarios ibéricos, pero entrañan también desafíos de orden social y cultural.

K. Las propuestas de cooperación elaboradas pretenden ayudar a España y Portugal para estimular la innovación en la asistencia sanitaria y mejorar la sostenibilidad de los sistemas de salud, mejorar la salud de los ciudadanos y protegerlos de las amenazas transfronterizas para la salud.

L. Es notoria la evolución y compromiso de cooperar estrechamente en el proceso de intercambio de buenas prácticas, la transposición y aplicación de la Directiva 2011/24/UE relativa al ejercicio de derechos de los pacientes en materia de asistencia sanitaria transfronteriza, por lo que España y Portugal concluyeron acuerdos con el fin de superar obstáculos para la implementación y operación, asegurando el acceso al seguro de salud y la calidad transfronterizo y evaluar el potencial de optimizar la organización de la oferta de atención de salud en la región fronteriza.

M. Esta tesis es una contribución para la comprensión de los mecanismos de cooperación en materia de asistencia sanitaria entre España y Portugal, por lo que representa uno de objetivos centrales de la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.

N. España y Portugal tienen capacidad para reforzar las capacidades de promoción y desarrollo de la investigación e innovación que tanto necesitan, para poder convertirse en una economía próspera basada en el conocimiento. Apoyar aspectos clave de la capacidad de investigación e innovación, como las infraestructuras de investigación – Laboratorio Ibérico de Nanotecnología, las agrupaciones regionales/agrupaciones

regionales de convergencia, las cuestiones de ciencia y sociedad, el desarrollo de políticas y actividades horizontales de cooperación internacional, es seguramente una solución a mejorar su enfoque y análisis de resultados a partir de la necesaria articulación entre Programas Operacionales Regionales y el de Cooperación Transfronteriza – Instrumentos de Política de Cohesión.

O. Este es sin lugar a dudas, un marco pertinente para el diálogo y el acercamiento en las relaciones bilaterales entre España y Portugal, lo que permitió reafirmar sus compromisos de oportunidades para superar el actual contexto de austeridad y la cooperación estratégica sobre los desafíos futuros en materia de salud, siendo este un esfuerzo de todos:

- **Los usuarios**, que deben entender que son corresponsables de su salud y tienen que implicarse en el compromiso de hacer un buen uso del sistema.
- **Los profesionales sanitarios y investigadores**, que tienen que seguir cooperando dado que gran parte del gasto sanitario depende de su criterio y sus actuaciones clínicas.
- **Las empresas suministradoras de productos sanitarios**, que deberán también corresponsabilizarse de la sostenibilidad del sistema.
- **Los gestores**, que han de garantizar la utilización eficaz, eficiente, y equitativa de los recursos públicos que les son asignados.
- **Las autoridades sanitarias**, que han de asegurar un sistema de calidad, equitativo y cohesionado que incorpore prestaciones solamente en base a la evidencia científica al coste más eficiente posible.

P. La convergencia de puntos de vista, compartidos a lo largo de los estudios que componen esta tesis, nos permite poner de relieve el compromiso de ambos países de intensificar la cooperación a través de la conciencia de las ventajas de un concierto continuo el nivel político, técnico y científico en el campo de la salud.

2. CONCLUSIONES PROYECTIVAS DE LA TESIS

A continuación exponemos sucintamente los temas estudiados que creemos que deben ser motivo de posterior análisis y reflexión, y las vías de investigación en temas relacionados con la tesis realizada o en temas afines que pueden ser desarrollados.

A. Durante el primer semestre de 2010, la Presidencia Española de la UE, ha establecido cuatro grandes prioridades que tienen mucho que ver con las desigualdades sociales, de salud y a la luz de la aplicación de los principios de igualdad e innovación. Su objetivo ha sido reforzar la coordinación a nivel de la UE de las políticas de los Estados Miembros, mediante la formulación de la Estrategia UE 2020 (instrumento de coordinación idóneo, basándose en una mejora de la gobernanza, para vertebrar el nuevo modelo de crecimiento, caracterizado por la sostenibilidad económica, social y medioambiental), sucesora de la Estrategia de Lisboa. En esta línea, consideramos de relieve la monitorización del progreso de la Estrategia Europa 2020 y el contributo de las iniciativas de “Unión de la Innovación”, en dirección a la cooperación sanitaria ibérica y de las políticas nacionales de promoción de la calidad en salud.

B. Una cuestión tangencial a la presente tesis, pero que creemos que debería ser abordada es analizar el impacto de la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, para la cooperación sanitaria entre España y Portugal, y su vez analizar su comportamiento en las siguientes medidas:

- Desarrollar la cooperación en la evaluación de tecnologías sanitarias;
- Promover la adopción de la innovación en materia de salud y e-salud mediante el aumento de la interoperabilidad de las aplicaciones de e-Salud;
- Apoyar la sostenibilidad de los recursos humanos en el sector de la salud, para promover la previsión y la planificación de estrategias eficaces y eficientes de contratación y retención;
- Monitorización de los proyectos pilotos desarrollados en el Programa Europeo «Unión por la Innovación» en virtud de la iniciativa emblemática «Europa 2020»;
- Mejorar el acceso de los ciudadanos de la UE a la asistencia sanitaria mejor y más segura por el establecimiento de modelos de acreditación y apoyo a las redes europeas de referencia;
- Fortalecer la colaboración en la seguridad del paciente y la calidad de la atención de salud, el aumento de la disponibilidad de información a los pacientes, el intercambio de buenas prácticas y directrices de desarrollo; acciones de apoyo en la atención y la investigación de las enfermedades crónicas, incluyendo la

elaboración de directrices europeas;

- Monitorear y evaluar periódicamente el impacto de las iniciativas contempladas en los programas de cooperación teniendo en cuenta el hecho de que los objetivos de las estrategias y programas pueden requerir un periodo más largo que la duración prevista y los recursos estimados.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conclusiones del Consejo sobre los valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de la Unión Europea. Diario Oficial de la Unión Europea, 2006/C146/01, 2006.
2. Calvete, A. Estrategia de salud de la Unión Europea: salud pública para las personas europeas. Revista Española Salud Publica: 2008; 82 (3).
3. Diccionario de la Lengua Española – Vigésima segunda edición. [base de datos en línea]. Real Academia Española. URL disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=calidad>.
4. Legido-Quigley, H, McKee, M, Glino, IA. Assuring the Quality of Health Care in the European Union: A case for action. United Kingdom: World Health Organization, 2008.
5. Blumenthal, D., Part 1: Quality of care – what is it?. The New England Journal of Medicine 1996, 335 (12): 891–894.
6. Brook, R, McGlynn, E, Cleary, P, Measuring quality of care. The New England Journal of Medicine: 1996, 335 (13): 966–970.
7. Saturno, J, Gascón, J and Parra, JP, Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Madrid: Du Pont Pharma; 1997.
8. Evans, DB, et al. Measuring quality: from the system to the provider. International Journal for Quality Health Care: 2001; 13 (6): 439-446.
9. Shaw, C, Kalo, I, A background for national quality policies in health systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2002.
10. Suñol, R. Los Servicios de Salud de las CCAA. SNS 2005 [Health care services of the Autonomous Communities. Spanish NHS 2005]. Madrid: Spanish Ministry of Health, 2006.
11. IOM (Instituto de Medicina) [en línea]. Institute of Medicine. URL disponible en <http://www.iom.edu/>
12. Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de calidad total y medicina basada en la evidencia. Medicina Clinica: 2000; 114: 460-463.

13. Ruiz-Olalla, MC, Gestión de la calidad del servicio a través de indicadores externos. Madrid: AECA, 2001.
14. Benbassat, J, Taragin, M, What is adequate health care and how can quality of care be improved? Int J Health Care Qual: 1998; 11: 58-64.
15. Quijano Portilla, VM, ¿Qué es la calidad en el servicio? [en línea]; GestioPolis; 2003.
<http://www.gestiopolis.com/canales/demarketing/articulos/69/calidadeser.htm>
16. Serrano, A, López Fernández, C, Piqueres, G, Gestión de la calidad en servicios: una revisión desde la perspectiva del management. Cuadernos de Gestión: 2007; 7 (1): 33-49.
17. Ochoa, LA. Gestión clínica: desarrollos e instrumentos. Ediciones Díaz de Santos, 2006.
18. Shaw, CD, Kalo, I, A background for national quality policies in health systems. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2002.
19. Donabedian, A, The Quality of Care: How can it be assessed?. Journal of the American Medical Association: 1988; 260: 1743-1748.
20. Maxwell, R. Dimensions of quality revisited: from thought to action. Quality in Health Care: 1992; 1: 171-7.
21. Department of Health, The new NHS: modern, dependable. London: The Stationary Office; 1997.
22. Council of Europe, Recommendation on development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care and explanatory memorandum: 51. Brussels: Council of Europe; 1998.
23. Institute of Medicine, Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington: IOM; 2001.
24. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO [página en Internet]. URL disponible en: www.jcaho.org
25. Pérez, PR. Perspectiva histórica sobre la Calidad de la Atención Sanitaria: evolución, tendencias y métodos. Arbor: 2001; 670: 371-381.

26. Saturno, PJ, Corbella, A, Imperatori, E, Evaluación de la calidad asistencial en atención primaria: Experiencias en el Marco de la Cooperación Ibérica: Diseños de Proyectos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
27. Portaria n.º 288/99 SÉRIE I-B [en línea]. Portugal: Diário da República Electrónico. URL disponible en: <http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=dr&cap=1-1200&doc=19991258%20&v02=&v01=2&v03=1900-01-01&v04=3000-12-21&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11=Portaria&v12=&v13=&v14=&v15=&sort=0&submit=Pesquisar>.
28. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. B.O.E.; n.º 128. 2003.
29. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Secretaría General de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. [Monografía en línea] Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006. [Consulta realizada el 20 diciembre 2008]. URL disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>.
30. Decreto-Lei n.º 212/2006 de 27 de Outubro. Portugal: Diário da República, 1.ª série - n.º 208; 2006.
31. James, P. La gestión de la calidad total. Un texto introductorio. Madrid: Prentice Hall Iberia, 1997.
32. Taylor, FW. The Principles of Scientific Management. Trade edition. New York: Harper and Brothers Publishers, 1911.
33. Juran, J, Gryna, F. Quality control hanbook. 3º ed. New Cork: Mc Graw-Hill, 1974.
34. Vivas, J, Sierra, J, Villarejo, P, Catálogo de Indicadores para la Evaluación de la Gestión de los Centros de Educación Infantil y Primaria. Grupo de Análisis de Datos e Ingeniería de Calidad (GADIC), Conselleria de Cultura, Educació i Esport. Valencia: Generalitat Valencian, 2007.
35. Crosby, P. Hablemos de calidad. México: McGraw-Hill, 1990.
36. 31. Juran, JM, Conceptos básicos. En: JM Juran, FM Gryma, JR Bringham, editores. Manual de control de la calidad. 2.ª ed. Barcelona: Reverté; 1990.

37. Morales Sanchez, V, Hernandez Mendo, A, Calidad y satisfacción en los servicios: Conceptualización. Lecturas: EF y Deportes. Revista Digital: 2004; 73.
38. Morales Sanchez, V. Evaluación psicosocial de la calidad en los servicios municipales deportivos: aportaciones desde el análisis de variabilidad [Tesis doctoral]. Malaga: Universidad de Malaga; 2003.
39. Deming, W. Out of the crisis. Quality, productivity and competitive position. Cambridge: Cambridge University Press; 1982.
40. Ishikawa, K, What is total quality control. Englewood Cliffs: Prentice-Hall Inc.; 1985. pp. 18-19.
41. Crosby, PB, The Quality is free. The art of making quality certain. New York: NAL Penguin Inc.; 1979.
42. Berwick, DM, Godfrey, AB, Roessner, J. Curing health care: new strategies for quality improvement. San Francisco: Jossey-Bass; 1990.
43. International Organization for Standardization [página en Internet]. URL disponible en: www.iso.ch
44. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO). Quality Assurance in Ambulatory Care. Chicago: JCAHO; 1990.
45. Fundación Avedis Donabedian [página en Internet]. URL disponible en: www.fadq.org.
46. European Foundation for Quality Management [página en Internet]. URL disponible en: www.efqm.org.
47. Deming, WE. Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1989.
48. EFQM: European Foundation for Quality Management [página en Internet]. URL disponible en: <http://www.efqm.org/en/>. <http://www.efqm.org/en/>
49. Schmidt, F, Eigler, M, Geurse, R, Drugs made in Germany. Aventis Pharma AG: 2001; 44 (3).
50. García-Armesto, S, et al., Spain: Health system review. Health Systems in Transition: 2010; 12 (4): 1-295.

51. Ley 14/1986, de 25 de abril General de Sanidad. España: BOE n.º 102, de 29 de abril de 1986.
52. Durán, A, Lara, JL, Van Waveren, M, Spain: Health system review. *Healths Systems in Transition*: 2006; 8 (4): 1-208.
53. Sistema Nacional de Salud de España 2010 [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. URL disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm>
54. Agencia de Calidad del SNS, Secretaría General de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. [Monografía en Internet] [Consulta realizada el 20 diciembre 2008]. URL disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/planCalidad2007.pdf>
55. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Secretaría General de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006. [Monografía en Internet] [Consulta realizada el 20 diciembre 2008]. URL disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
56. Casas, M. Evaluación de resultados de Servicios de Salud. En: Comunicación al XXV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Barcelona; 2007.
57. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. [Monografía en Internet] [Consulta realizada el 20 diciembre 2008]. URL disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/informe2005.htm>
58. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Secretaría General de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe Sistema Nacional de Salud 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
59. Servicio Navarro de Salud, Gobierno de Navarra. Plan de Salud de Navarra 2006-2012. Navarra: Gobierno de Navarra; 2006.
60. Instituto de Información Sanitaria, Agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo. Barómetro Sanitario 2006. Madrid:

- Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. [Monografía en Internet] [Consulta realizada el 20 diciembre 2008]. URL disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>.
61. Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia [página en Internet]. URL disponible en: <http://www.sergas.es/>.
62. Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya [página en Internet]. URL disponible en: <http://www.gencat.es/sanitat/cat/cindex.html>.
63. Osakidetza [página en Internet]. URL disponible en: http://www.osanet.euskadi.net/r8513539/es/contenidos/informacion/organizacion_osk/es_org_osk/reconocimientos_c.html.
64. Agencia de Calidad Sanitaria de la Junta de Andalucía [página en Internet]. URL disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/>.
65. Campos, A. Reformas da saúde – o fio condutor [Health care reforms – the logic behind them]. Coimbra: Almedina; 2008.
66. Barros, P, Machado, S, Simões, J, Portugal: Health system review. Health Systems in Transition: 2011, 13 (4): 1-156.
67. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Geneva: Organización Mundial de la Salud, 2008.
68. Barros, P, de Almeida Simões, J, Portugal: Health system review [en línea]. Health Systems in Transition: 2007; 9 (5): 127-129. URL disponible en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/107842/E90670.pdf.
69. Aguadero, F. La sociedad de la información. Madrid: Acento, 2002.
70. Davenport, TH, De long, DW, Beers, MC, Successful Knowledge Management Projects. Sloan Management Review: 1998; 39: 43-57.
71. Muñoz-Seca, B, Riverola, J, Gestión del Conocimiento. Barcelona: Ed. Folio S.A. Estudios y Ediciones. IESE, S.L.; 1997.

72. Unión Internacional de Telecomunicaciones, Cumbre Mundial de la Sociedad de la Información - Documentos Finales: Ginebra 2003 - Túnez 2005; Ginebra (Suiza): UIT, 2005.
73. Mullin, R, Knowledge management: a cultural revolution. *Journal of Business Strategy*: 1996; 17 (5): 56-60.
74. Roberts, V, et al. Globalization of U.S. Health Care Services: Assessment and Implementation. *Health Care Management Review*: 2000; 25 (3): 24-35.
75. Drucker, P. Knowledge-worker Productivity: The Biggest Challenge. *California Management Review*: 1999; 41 (2): 79-94.
76. Davenport, TH and Glaser, J. Just-in-Time Delivery Comes to Knowledge Management. *Harvard Business Review*: 2002; winter: 3-9.
77. Taylor, FW, *The Principles of Scientific Management*. New York: Harper, 1911.
78. Lesser, E, Prusak, L, Preserving Knowledge in a Uncertain World. *Sloan Management Review*: 2001; 43 (1): 101-102.
79. Drucker, P. La Productividad del Trabajador del Conocimiento. Máximo Desafío 2001. *Harvard Deusto Business Review*: 2001; Especial 100: 22-33.
80. Brown, JS e Duguid, P. Balancing Act: How to Capture Knowledge without Killing it. *Harvard Business Review*, 2000; May – June: 3-7.
81. Balancing Act: How to Capture Knowledge without Killing it. *Harvard Business Review*: 2000, 78 (3): 1-7.
82. Luque, LF, Salcedo, VT, Ochoa, A, La nueva sanidad y los nuevos pacientes en la web 2.0. *Diario Medico*; 2010. URL disponible en <http://www.webcitation.org/5u4gBe2dw>
83. European Commission, *The European files: El reto de la telemedicina en Europa*. Brussels: European Commission; 2010; n.º 10.
84. European Commission. *eHealth: Ministerial Declaration* [en línea]. Brussels: European Commission; 2003. Disponible en: http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/ehealth/conference/2003/doc/min_dec_22_may_03.pdf.

85. European Commission. European eHealth Conference 2004 - Executive Summary of Conference: «eHealth: What Future Are We Heading Towards?» [en línea]. Cork: European Commission, 2004. URL disponible en: http://www.eipa.eu/eEurope_Awards/eEurope_Website_Documentation%20Section/eHealth_Executive%20Summary%20of%20Conference_2004.pdf.
86. European Commission. eHealth 2005 - Conference Conclusions [en línea]. Tromsø: European Commission, 2005. URL disponible en: http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/docs/events/ehealth2005tromso/ehealth2005-conference_conclusions.pdf.
87. Wilson, P, Lessens, V, European Commission. eHealth 2006 - eHealth and Health Policies: Synergies for better Health in a Europe of Regions - Rising to the challenges of eHealth across Europe's regions [en línea]. Málaga: European Commission; 2006. URL Disponible en: http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/docs/events/ehealth2006malaga/ehealth2006rising_challenges_ehealth_europe_regions.pdf.
88. European Commission. eHealth Conference 2007 Declaration [en línea]. Berlin: European Commission; 2007. URL disponible en: http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/docs/events/ehealth2007/eh_declaration20070417_en.pdf.
89. European Commission. The Portorož Declaration at eHealth 2008 Conference [en línea]. Portoroz : European Commission; 2008. URL disponible en: http://ec.europa.eu/information_society/newsroom/cf/document.cfm?action=display&doc_id=474.
90. European Commission. The Prague Declaration at eHealth 2009 Conference [en línea]. Praga : European Commission; 2009. URL disponible en: http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/docs/events/2009/ehealth2009/prague_declaration.pdf.
91. European Commission. Conference Declaration - European Co-operation on eHealth [en línea]. Barcelona: European Commission; 2010. URL disponible en: ec.europa.eu/information_society/newsroom/cf/document.cfm?action=display&doc_id=658.

92. European Commission. eHealth Ministerial Conference 2011 [en línea]. Budapest: European Commission; 2011. URL disponible en: http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/docs/events/2011/ehealth-wohit2011/hu-presidency-declaration-final.doc.
94. Europe's Information Society – Thematic Portal: eTEN Project Database [página en Internet]. URL disponible en: http://ec.europa.eu/information_society/activities/eten/cf/opdb/cf/project/index.cfm?mode=search&s_status=&s_keyword1a=22&s_keyword1b=&s_keyword1_type=A&s_keyword2a=&s_keyword2b=&s_keyword2_type=&s_partner_country=P&s_call=&s_prototype=&s_date_start=&s_dat
95. Ruggles, R, The State of the Notion: Knowledge Management in Practice. California Management Review: 1998; 40 (3): 80-89.
96. Davenport, TH, De Long, DW, Beers, MC, Proyectos Exitosos de Gestión del Conocimiento. Harvard Deusto Business Review: 1998; 85: 4-19.
97. Davenport, TH, Glaser, J, El Sistema Just-in-Time llega a la Gestión del Conocimiento. Harvard Deusto Business Review: 2002; 111: 6-13.
98. Moss, MT, Management Forecast: Optimizing the Use of Organizational and Individual Knowledge. Journal of Nursing Administration: 1999; 29 (1): 57-62.
99. Andry, R, Amara, N, Pablos-Mendes, A, Shademani, R, The knowledgevalue chain: Conceptual framework for knowledge translation in health. Bulletin of the World Health Organisation: 2005; 84: 597–602.
100. Nonaka, I, Takeuchi, H, The Knowledge-Creating Company. Oxford: Oxford University Press; 1995.
101. O'Reilly, T. What Is Web 2.0: Design Patterns and Business Models for the Next Generation of Software. Munich Personal RePEc Archive: 2007; 4580.
102. Pfizer. The Cocktail Analysis: El rol de Internet en el proceso de consulta de información sobre salud. 2010.
103. Berg, M. Implementing information systems in health care organizations: myths and challenges. International Journal of Medical Informatics: 2001; 64 (2-3): 143-156.

104. Martín-Sánchez, F, Giménez de Azcárate, JC, La información de salud en Internet: cómo mejorar su calidad desde la perspectiva de los principales agentes implicados, En Giménez de Azcárate, JC et al., Informes SEIS: Luces y sombras de la información de salud en Internet. Pamplona: ONA Industria Gráfica; 2002. pp. 35-54.
105. Bottles, K, Patients, Doctors and Health 2.0 Tools [en línea]. PEJ; 2009; 35(4): 22-25. URL disponible en: http://www.icsi.org/media_coverage_/patients__doctors_and_health_2_0_tools_.html.
106. Hubbard, G, Kidd, L, Donaghy, E, Preferences for involvement in treatment decision making of patients with cancer: a review of the literature. European Journal of Oncology Nursing; 2008; 12 (4): 299-318.
107. Eysenbach, G, What is e-health? [en línea]; Journal of Medical Internet Research: 2001; 3 (2).URL disponible en: <http://www.jmir.org/2001/2/e20>
108. Castells, M, Cardoso, G, A Sociedade em Rede: Do Conhecimento à Acção Política. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda; 2006.
109. Rice, RE, Katz, JE, The Internet and health communication: Expectations and experiences. Thousand Oaks, CA: Sage; 2001.
110. Murero, M, et al. The Internet and Health Care: Theory, Research, and Practice. Routledge: UOC's library; 2006.
111. World Economic Forum, The Global Competitiveness Report 2010–2011. Geneva: World Economic Forum; 2010.
112. 97. García, AI, Webs y buscadores en Ciencias de la Salud [en línea]. 2ª edición. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad - Instituto de Salud Carlos III; 2012. URL disponible en: <http://publicaciones.isciii.es/>.
113. The Internet World Stats 2011 [página en Internet]. URL disponible en: <http://www.internetworldstats.com/>.
114. Fundación Orange: Mapa Visual de la Web 2.0 [página en Internet]. URL disponible en: http://fundacionorange.es/areas/25_publicaciones/mapa-final-poster.pdf

115. Fundació Josep Laporte - Casa Convalescència UAB [página en Internet]. Fundació Biblioteca Josep Laporte; 2003. URL disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/>
116. Web Médica Acreditada (WMA) – Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, Decálogo para el uso de de Webs de Salud [en línea]. Barcelona: guiasinfosalud.es; 2008. URL disponible en: http://www.guiasinfosalud.es/doc/guia_diptico.pdf
117. Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social [página en Internet], URL disponible en: <http://www.institutoeuropeo.es>.
118. de Zárate, AO, Sistemas sanitarios más cercanos: Decálogo para una sanidad ciudadanocéntrica - Manifiesto Salud 2.0, En: Salcedo, VT, Fernández-Luque, L, Salud 2.0: el ePaciente y las redes sociales. Valencia: Fundación Vodafone España; 2011.
119. Tecnologías para la Salud y el Bienstar (ITACA-tsb): Manifiesto ABLA 2010. Salud 2.0 [página en Internet], URL disponible en: <http://www.salud20.es/manifiesto/>
120. Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social, Decálogo sobre la Satisfacción de los Pacientes. Web - Area de Salud de Puertollano [en línea]; Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social; 2007. URL disponible en: <http://www.gapllano.es/pciudadana/documentos/DECALOGO%20SATISFACCION%20DE%20LOS%20PACIENTES.pdf>
121. Fundació Josep Laporte, Decálogo de los Pacientes. Fundació Biblioteca Josep Laporte. [en línea]. Fundació Josep Laporte; 2003. URL disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/docs/repositori/070807113626.pdf>
122. Asociación de la Industria Navarra, Guía práctica - La gestión de la Innovación en 8 pasos [en línea]. Pamplona: ANAIN - Agencia Navarra de Innovación; 2008. URL disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.navarrainnova.com/pdf/2008/8pasos.pdf>
123. Institute for Higher Education Policy, Berlin Principles on Ranking of Higher Education Institutions [en línea]. Berlin: Institute for Higher Education Policy;

2006. URL disponible en:
http://www.che.de/downloads/Berlin_Principles_IREG_534.pdf
124. Cybermetrics Lab: Ranking Web of Hospitals [página en Internet]. URL disponible en: <http://hospitals.webometrics.info/>
 125. Global Observatory for eHealth Series, Atlas eHealth country profiles: based on the findings of the second global survey on eHealth. World Health Organization: 2011.
 126. OECD: Science, Technology and Industry Outlook 2010 [página en Internet]. Paris: OECD. URL disponible en:
<http://www.oecd.org/sti/innovationinsciencetechnologyandindustry/oecdsciencetechnologyandindustryoutlook2010.htm>
 127. World Health Organization, Atlas eHealth country profiles: based on the findings of the second global survey on eHealth. Ginebra: WHO; 2010.
 128. Secretaría General de Innovación, Ministerio de Ciencia e Innovación, Estrategia Estatal de Innovación. España: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2011.
 129. Downs, GW, Mohr, LB, Conceptual issues in the study of innovation. Administrative Science Quarterly: 1976; 21: 700-714.
 130. Butler, RJ, Innovations in organizations: Appropriateness of perspectives from small group studies for strategy formulation. Human Relations. 1981; 34: 763-788.
 131. Rogers, EM, Diffusion of innovations. 3ª ed. New York: Free Press, 1983.
 132. Handy, C, Understanding organizations. 3ª ed. London: Penguin, 1985.
 133. Dosi, G, The nature of the innovate process, En; Dosi, G et al., Technical change and economic theory. London: Pinter, 1988, pp. 221-238.
 134. Drucker, PF, Inovação e gestão. Lisboa: Presença; 1986.
 135. Porter, ME, The competitive advantage of nations. London: Macmillan; 1990.
 136. Amara, R, New directions for innovation. Futures: 1990; March: 142-152.
 137. Lundvall, BA. Introduction. National systems of innovation. Towards a theory of innovation and interactive learning. London: Pinter; 1992, pp. 1-19.

138. Mezas, SJ, Glynn, MA, The three faces of corporate renewal: Institution, revolution, and evolution. *Strategic Management Journal*: 1993; 14: 77-101.
139. Ng, PN, The learning organisation and the innovate organisation. *Human Systems Management*: 2004; 23 (2): 93-100.
140. Cunha, MP, et al., *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. 6ª Ed - Revista e Atualizada. Lisboa: Editora RH; 2007.
141. Huggins, R, *Global Index of Regional Knowledge Economies*. England: South East England Development Agency; 2001.
142. Fonseca, JM, Cunha, MP, Gonçalves, F, *Inovação organizacional: Perspectivas e níveis de análise*, En: Marques, CA, Cunha, MP, *Determinantes da gestão e relações com o mercado*. Lisboa: Publicações Dom Quixote; 1996.
143. Woodman, RW, Sawyer, JE, Griffin, RW, Toward a theory of organizational creativity. *Academy of Management Review*: 1993; 18: 293-321.
144. Bessant, J, Davies, A, *Managing service innovation*. En: *Innovation in services*. UK: Imperial College Press; 2007.
145. Jaruzelski, B, Kevin, D, *The global innovation 1000: how the top innovators keep winning*. *Strategy+ business*: 2010; 61: 1-16.
146. Campbell, DT. Blind variation and selective retention in creative thought as in other knowledge processes. *Psychological Review*: 1960; 67: 380-400.
147. Amabile, TM. A model of creativity and innovation in organizations, En: Staw, BM, Cummings, LL, *Research in organizational behavior*. Greenwich, CT: JAI Press; 1988, Vol. 10, pp. 123-167.
148. Burns, T, Stalker, GM. *The management of innovation*. London: Tavistock, 1961.
149. Miles, RE, Snow, CC, *Organizational strategy, structure, and process*. New York: McGraw-Hill; 1978.
150. Kanter, RM. *The change masters*. New York: Simon & Schuster, 1983.
151. Cohen, MD, March, JG, Olsen, JP, A garbage can model of organization choice. *Administrative Science Quarterly*: 1972; 17: 1-25.
152. Mintzberg, H, Raisinghani, D, Théorêt, A, The structure of «unstructured» decision processes. *Administrative Science Quartely*: 1976; 21: 243-275.

153. Van de Ven, AH. Managing the process of organizational innovation, En: Huber, GP, Glick, WH, Organizational change and redesign. New York: Oxford University Press; 1993, pp. 269-294.
154. Office of Science and Technology Policy, National Economic Council, Executive Office of the President of the United States, A strategy for American innovation: Driving towards sustainable growth and quality jobs. Washington: DIANE Publishing; 2009.
155. OECD, The OECD Innovation Strategy: Getting a Head Start on Tomorrow. Paris: OECD; 2010.
156. Comisión Europea, Documento de evaluación de la Estrategia de Lisboa. Bruselas: Comisión Europea; 2010.
157. Comisión Europea, Consulta sobre la futura estrategia UE 2020. Bruselas: Comisión Europea; 2009.
158. Comisión Europea, EUROPA 2020: Una Estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador. Bruselas: Comisión Europea; 2010.
159. European Commission, Europe 2020 Flagship Initiative – Innovation Union. En Communication COM(2010) 546 final, SEC/2010 1161. Bruselas: European Commission; 2010.
160. European Commission, Innovation Union Scoreboard 2010. Brussels: European Commission; 2011.
161. Gobierno de España: Pae – portal administración electrónica [página en Internet]. URL disponible en: <http://www.administracionelectronica.gob.es/>
162. European Commission, Malmo Ministerial Declaration 2009 [en línea]. EU Institutions: eGovernment; 2009. URL disponible en: <http://www.epractice.eu/en/library/299149>
163. European Commission: Digital Agenda for Europe – A Europe 2020 Initiative [página en Internet]. URL disponible en: <https://ec.europa.eu/digital-agenda/>
164. European Commission: eGovernment Action Plan – ICT for Government and Public Services [página en Internet]. URL disponible en:

http://ec.europa.eu/information_society/activities/egovernment/action_plan_2011_2015/index_en.htm

165. Plan Avanza 2 [página en Internet]. Madrid: Secretaria de Estado de Telecomunicaciones y para la Sociedad de la Información, Ministerio de Industria, Energía y Turismo, Gobierno de España. URL disponible en: <https://www.planavanza.es/InformacionGeneral/ResumenEjecutivo2/Paginas/ResumenEjecutivo.aspx>
166. European Commission: i2010 – A European Information Society for growth and employment [página en Internet]. URL disponible en: http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/i2010/index_en.htm.
167. Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos. España: BOE núm. 150; 2007; pp. 27150-27166. URL disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2007/06/23/pdfs/A27150-27166.pdf>
168. Gobierno de España: Programa Ingenio 2010 [página en Internet]. URL disponible en: <http://www.ingenio2010.es/>.
169. Plan Avanza 2: Plan Avanza 1 [página en Internet]. Madrid: Secretaría de Estado de Telecomunicaciones y para la Sociedad de la Información, Ministerio de Industria, Energía y Turismo, Gobierno de España. URL disponible en: <https://www.planavanza.es/InformacionGeneral/PlanAvanza1/Paginas/PlanAvanza.aspx>
170. Plan Avanza 2: Estrategia 2011-2015 [página en Internet]. URL disponible en: https://www.planavanza.es/InformacionGeneral/Estrategia2011/Paginas/Estrategia2011_2015.aspx.
171. Gobierno de España: Plan de Acción para la Reducción de Cargas Administrativas [página en Internet]. Madrid: Consejo Superior de Cámaras de Comercio, Industria y Navegación de España, 2008. URL disponible en: http://www.camaras.org/publicado/estudios/simplificacion_adm/plan_accion_reduccion_cargas_administrativas.pdf
172. Technological Plan - Inovating Portugal [Plano Tecnológico - Portugal a Inovar]: Technological Plan [página en Internet]. Lisboa: Ministério da Economia,

- Inovação e Desenvolvimento; 2011. URL disponible en: <http://www.planotecnologico.pt/en/technological-plan/about-the-plan/list.aspx>
173. Technological Plan - Inovating Portugal [Plano Tecnológico - Portugal a Inovar]: Measures [página en Internet]. Lisboa: Ministério da Economia, Inovação e Desenvolvimento; 2011. URL disponible en: <http://www.planotecnologico.pt/en/technological-plan/measures/list.aspx>.
174. Umic: Governo Apresenta Agenda Digital 2015 [página en Internet]. Porto Salvo: Umic – Agência para a Sociedade do Conhecimento, Ministério da Educação e Ciência; 2006. URL disponible en: http://www.unic.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=3474&Itemid=331
175. Agência para a Modernização Administrativa. Simplex'10: Quanto mais simples, melhor. Lisboa : Agência para a Modernização Administrativa, 2010. Disponible en: <http://www.simplex.pt/downloads/programasimplex2010.pdf>.
176. Governo de Portugal, SIMPLEGIS: Programa Simplificação Legislativa - Menos Leis, Mais Acesso, Melhor Aplicação [en línea]. Lisboa: 2010. URL disponible en: http://www.dgpj.mj.pt/sections/politica-legislativa/anexos/avaliacao-do-impacto/anexos9170/simplegis-apresentacao/downloadFile/file/Simplegis_Apresentacao.pdf?nocache=1291113801.84
177. Organización Mundial de la Salud, Estrategias de Cooperación de la OMS con los Países: Marco Referencial. Geneva: OMS; 2005.
178. OECD, Development Co-operation report 2010. Paris: OECD; 2010.
179. Comisión Europea, Comunicación de la Comisión: Consulta sobre la acción comunitaria en materia de servicios de salud. En comunicación de la Comisión de las Comunidades Europeas, SEC 1195/4 de 26 de septiembre de 2006. Bruselas: Comisión Europea; 2006.
180. Comisión Europea, Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Bruselas: Diario Oficial de las Comunidades Europeas 2000/C 364/01; 2000.
181. Comisión Europea, Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones de

- 19 junio 2009 – Implementación, resultados y evaluación general del Año Europeo de la Igualdad de Oportunidades para Todos. En comunicación de la Comisión de las Comunidades Europeas COM(2009) 269 final – no publicado en el Diario Oficial. Bruselas: Comisión Europea; 2009
182. Comisión Europea , Informe de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones de 6 de julio de 2010 – Evaluación del Año Europeo del Diálogo Intercultural (2008). En comunicación de la Comisión Europea COM(2010) 361 final – no publicado en el Diario Oficial. Bruselas: Comisión Europea; 2010.
183. Decisión nº 1350/2008/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 2008, relativa al Año Europeo de la Creatividad y la Innovación 2009. Bruselas: Diario Oficial de la Unión Europea L 348, 24.12.2008; 2008, p. 115.
184. Decisión 1098/2008/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 22 de octubre de 2008 relativa al Año Europeo de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social. Bruselas: Diario Oficial de la Unión Europea L 298/20, 7.11.2008; 2010.
185. Decisión del Consejo 2010/37/CE, de 27 de noviembre de 2009, sobre el Año Europeo de las Actividades de Voluntariado que Fomenten una Ciudadanía Activa. Bruselas: Diario Oficial de la Unión Europea L 17/43, 22.1.2010; 2010
186. Axelrod, R, The Evolution of Cooperation. New York: Basic Books; 2006.
187. Roberts, V, et al. Globalization of U.S. Health Care Services: Assessment and Implementation. Health Care Management Review: 2000; 25 (3): 24-35.
188. Savigny, D, Adam, T, Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. Geneva: OMS, 2009.
189. Lavis, JN, et al. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Health Research Policy and Systems: 2009; 7 (Suppl 1): S3. DOI:10.1186/1478-4505-7-S1-S3
190. MeSH Browser [base de datos en Internet]. Bethesda: National Library of Medicine (USA); 1999 [actualizada: 5 oct 2007; acceso 4 feb 2008]. Medical

Subject Headings, Main Headings [aproximadamente 5 pantallas]..
<http://www.nlm.nih.gov/mesh/2007/MBrowser.htm>.

191. Valderas, JM, et al., Construcción de un filtro geográfico para la identificación en PubMed de estudios realizados en España. *Revista Española de Cardiología*: 2006; 59 (12): 1244-51.
192. Sanz-Valero, J, et al., os filtros metodológicos: aplicación a la búsqueda bibliográfica en la medicina del trabajo española. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 2008; 54 (211): 75-83. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000200009&lng=es.
193. McKernan, J, Investigación-acción y currículum. 2ª Ed. Madrid: Morata; 2001.
194. Rodríguez, G, Gil, J, García, E, Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Aljibe; 1999.
195. Severino, AJ, Metodologia do trabalho científico. São Paulo: Cortez; 1993.
196. Bardin, L, Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
197. de Savigny, D, Adam, T, Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. Bruselas: OMS; 2009.
198. Conclusiones del Consejo sobre los valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de la Unión Europea. Bruselas: Diario Oficial de la Unión Europea 2006/C 146/01; 2006.
199. Oliva, AC, Estrategia de salud de la Unión Europea: salud pública para las personas europeas [en línea]. *Revista Española de Salud Publica*: 2008; 82(3): 273-281. URL disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000300004&lng=en
200. Dirección General de Planificación Sanitaria, Ministerio Sanidad y Consumo, Evaluación de la Calidad Asistencial en Atención Primaria. Experiencias en el Marco de la Cooperación Ibérica: Diseño de los Proyectos. España : Dirección General de Planificación Sanitaria, Ministerio Sanidad y Consumo; 1990.

201. Hospital 12 de Octubre, Memoria Científica: producción Científica Hospital 12 de Octubre 1996-2006 [monografía en Internet]. Madrid : Hospital 12 de Octubre, 2007 [citado 2 sep 2008]. URL disponible en: http://www.h12o.es/nuestro_hospital/investigacion/index.php.
202. Arbusa, I, Alfaro, L, Zamora, JJ, El Sistema Nacional de Salud en el Siglo XXI. La gestión de la calidad en la provisión de Servicios Sanitarios. Revista de Administración Sanitaria: 2005; 3: 431-46.
203. Andrés, CP, et al., Estudio bibliométrico de los artículos originales de la revista española de la salud pública (1991-2000) - Parte primera: Indicadores generales. Revista Española de Salud Pública: 2002; 76: 659-672.
204. Garrido, JF, Sánchez, FG, Análisis bibliométrico de la productividad en la revista Mapfre Medicina. Mafre Medicina: 2001; 12 (3): 157-167.
205. Álvarez, FV, et al., Estudio bibliométrico de los artículos originales de la Revista Española de Salud Pública (1991-2000) - Parte tercera: análisis de las referencias bibliográficas. Revista Española de Salud Publica: 2007; 81 (3): 247-59.
206. Bengoa, R, et al., Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization; 2006.
207. Zamudio, IC. Más que un sistema de información...Banco de prácticas innovadoras. Revista de Administración Sanitaria: 2006; 4 (1): 67-79.
208. Oteo, LA, Repullo, JR, La Innovación en los Servicios Sanitarios: Consideraciones desde la Perspectiva del Sistema Nacional de Salud español. Revista Administración Sanitaria: 2003; 1 (2): 307-332.
209. Sakellarides, C, A Lisbon agenda on health innovation. European Journal of Public Health: 2008; 18: 102-103.
210. Health and innovation in Europe. ihealth [página en Internet]. [Citado: 11 Abril 2009]. URL disponible en: www.healthinnovation2008.com.pt
211. Comité permanente de los hospitales de la Unión Europea, La calidad de la atención hospitalaria. En Seminario europeo del programa HOPE. Limerick (Irlanda): HOPE; 1997.

212. Taborda, MJ, Cardoso, G, Espanha, R, A Utilização da Internet em Portugal 2010.
Lisboa: Lisbon Internet and Networks International Research Programme; 2010.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANEXOS

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANEXO I

INDICADORES SANITARIOS DE ESPAÑA Y PORTUGAL
(Organización Mundial de la Salud, 2011)



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ESTADÍSTICAS SANITARIAS MUNDIALES 2011 - ©

Indicadores sanitarios mundiales

Estas tablas sinópticas representan las estimaciones óptimas de la OMS –basadas en los datos probatorios disponibles en 2010–, y no las estimaciones oficiales de los Estados Miembros. Estas estimaciones se han calculado utilizando categorías y métodos normalizados para asegurar la comparabilidad entre países. Por consiguiente, no siempre coinciden con las estimaciones oficiales de estos, ni necesariamente han sido aprobadas por el Estado Miembro de que se trate.

En el caso de las tasas y razones, cuando se trata de valores agregados mundiales, por regiones y por grupos de ingresos, son promedios ponderados, mientras que cuando se trata de valores absolutos, son sumas. Solo se han calculado valores agregados cuando se ha dispuesto de datos de al menos el 50% de la población del grupo. Salvo que se indique otra cosa, los valores agregados de los grupos de ingresos se han calculado utilizando la World Bank list of economies de 2010

World Bank list of economies (December 2010) . Washington, DC, Banco Mundial, diciembre de 2010 (<http://siteresources.worldbank.org/ DATASTATISTICS/Resources/CLASS.XLS>).

1. Esperanza de vida y mortalidad

Estado Miembro	Esperanza de vida al nacer ^a (años)									Tasa de mortinatalidad ^b (por 1000 nacimientos en total)	Tasa de mortalidad neonatal ^a (por 1000 nacidos vivos)	ODM 4 Tasa de mortalidad de menores de 1 año ^a (probabilidad de morir antes de cumplir 1 año por 1000 nacidos vivos)									ODM 4 Tasa de mortalidad de menores de 5 años ^a (probabilidad de morir antes de cumplir 5 años por 1000 nacidos vivos)									Tasa de mortalidad de adultos ^a (probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años por 1000 habitantes)										
	Hombres			Mujeres			Ambos Sexos			Ambos Sexos	Ambos Sexos			Hombres			Mujeres			Ambos Sexos			Hombres			Mujeres			Ambos Sexos			Hombres			Mujeres			Ambos Sexos		
	1990	2000	2009	1990	2000	2009	1990	2000	2009	2009	1990	2000	2009	1990	2000	2009	1990	2000	2009	1990	2000	2009	1990	2000	2009	1990	2000	2009	1990	2000	2009	1990	2000	2009	1990	2000	2009			
España	73	76	78	80	83	85	77	79	82	3	5	3	2	8	5	4	7	4	3	7	4	3	10	6	4	8	5	4	9	6	4	146	122	94	60	49	43	103	86	68
Portugal	71	73	76	77	80	82	74	77	79	3	7	3	2	13	7	4	10	5	3	11	6	4	16	9	5	12	7	4	14	8	4	176	155	123	80	66	54	127	111	88

a Mortality Data. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (www.who.int/healthinfo/statistics/mortality/en).

b Cousens S et al. (2011). National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since

2. Mortalidad y morbilidad por causas específicas

Estado Miembro	Mortalidad																							Morbi lidad				
	ODM 5 Razón de mortalidad materna ^a (por 100 000 nacidos vivos)			Tasa de mortalidad por causas específicas (por 100 000 habitantes)			Tasa de mortalidad normalizada según la edad, por causas ^{e,f} (por 100 000 habitantes)			Distribución de los años de vida perdidos por causas generales ^{e,g} (%)			Distribución de las causas de muerte de menores de 5 años ^{a,h} (%)										ODM 6 Prevalencia de la tuberculosis ⁱ (por 100 000 habitantes)		ODM 6 Incidencia de la tuberculosis ⁱ (por 100 000 habitantes y año)		ODM 6 Prevalencia del VIH en adultos de entre 15 y 49 años ^b (%)	
199020002008			VIH/sida ^b ODM 6 Malaria ^c ODM 6 Tuberculosis en la población seronegativa ^d			Transmisible ^e transmisible ^e Traumatismos ^f			Transmisible ^e transmisible ^e Traumatismos ^f			VIH/sidaDiarreaSarampiónMalariaNeumoníaPrematuridad ^g Asfixia perinatalSepsis neonatalAnomalías congénitasOtras enfermedades ^h Traumatismos ^f										20002009		20002009		2009		
España	7 [6–8]	5 [4–6]	6 [5–7]	...	0.0j [0.0–0.0]	0.7 [0.6–0.9]	24	351	23	7	83	10	0	0	0	0	1	12	9	4	26	41	6	28 [10–47]	19 [6.4–32]	23 [20–26]	17 [15–19]	0.4 [0.3–0.4]
Portugal	15 [11–19]	9 [6–12]	7 [5–10]	...	0.0j [0.0–0.1]	1.5 [1.1–2.3]	46	394	28	10	81	9	0	0	0	0	1	13	12	1	24	42	8	53 [17–91]	32 [11–56]	48 [41–54]	30 [26–34]	0.6 [0.4–0.7]

a Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf).

b Cifras basadas en el Informe sobre la epidemia mundial de sida 2010. Ginebra, ONUSIDA y Organización Mundial de la Salud, 2010. Estimaciones y datos sobre VIH y sida, 2009 y 2001 (http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_es.pdf).

c World malaria report 2009. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (www.who.int/malaria/world_malaria_report_2009).

d Se han clasificado como defunciones debidas a la tuberculosis de acuerdo con la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión (A15-A19, B90). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1992. Global tuberculosis control 2010. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

e Mortality estimates for WHO Member States in 2008. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (www.who.int/entity/healthinfo/statistics/bodgbddeathdealyestimates.xls). En el sitio web se ofrece más información sobre los métodos, la información nacional utilizada y los márgenes de incertidumbre. Entre las enfermedades transmisibles se incluyen las causas maternas, los trastornos surgidos durante el periodo perinatal y las carencias nutricionales.

f Las tasas se han normalizado según la edad con respecto de la población estándar mundial de la OMS. Ahmad OB et al. Age standardization of rates: a new WHO standard. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (GPE Discussion Paper Series No.31) (<http://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf>).

g La suma de las proporciones individuales puede no alcanzar el 100% debido al redondeo.

h Datos de mortalidad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (www.who.int/healthinfo/statistics/mortality/en). Las estimaciones se han actualizado, por lo que pueden diferir de las publicadas en Black RE et al. (Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. Lancet, mayo de 2008).

i Los datos corresponden a todas las formas de tuberculosis, incluida la tuberculosis oportunista en personas infectadas por el VIH. Además de las estimaciones óptimas, la tabla presenta los intervalos de incertidumbre. Global tuberculosis control 2010. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010

3. Enfermedades infecciosas (selección)

Estado Miembro	Número de casos notificados
----------------	-----------------------------

	Colera ^a	Difteria ^b	Gripe por el virus H5N1 ^c	Encefalitis Japonesa ^b	Lepra ^d	Malaria ^e	Sarampión ^b	Menigitis ^f	Parotiditis ^b	Tos ferina ^b	Peste ^g	Poliomielitis ^h	Síndrome de rubéola congénita ^b	Rubéola ^b	Tétanos neonatal ^b	Tétanos total ^b	Tuberculosis ⁱ	Fiebre amarilla ^b
	2009	2010	2009					2010	2009			2010	2009					
España	...	0	...	0	...	...	41	...	2 036	393	...	...	2	20	0	7 6 687	1	...
Portugal	...	0	...	...	...	...	3	...	154	68	...	...	1	3	0	6 2 723	...	...

a *Cholera*, 2009. *Weekly Epidemiological Record*, No 31, 2010, 85:293-308 (www.who.int/wer/).

b Datos proporcionados por los Estados Miembros a través del Formulario conjunto de la OMS y el UNICEF de recogida de datos y las Oficinas Regionales de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (www.who.int/immunization_monitoring/data/en/).

c *Cumulative number of confirmed human cases of avian influenza A(H5N1) reported to WHO*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/cases_table_2011_01_13/en/index.html; consulta el 14 de enero de 2011). Todas las fechas se refieren a la fecha de notificación.

d *Global leprosy situation*, 2010. *Weekly Epidemiological Record*, No 35, 2010, 85:337-348 (www.who.int/wer/).

e *World malaria report 2010. Anexo 7.A: Reported malaria cases and deaths, 2009*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 2010 (www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010).

f Casos sospechosos de meningitis notificados al Departamento de Alerta y Respuesta Mundiales de la OMS en países africanos bajo vigilancia reforzada hasta el 28 de noviembre de 2010.

g Casos de peste notificados al Departamento de Alerta y Respuesta Mundiales de la OMS a enero de 2011.

h Datos de la Iniciativa OMS de Erradicación Mundial de la Poliomielitis a 11 de enero de 2011. (Más información actualizada en: www.who.int/immunization_monitoring/en/diseases/poliomyelitis/case_count.cfm). Los casos de poliomielitis confirmados se refieren a cualquier poliovirus circulante (poliovirus salvajes y poliovirus de origen vacunal circulantes –PVO- Vc–). Las cifras comprenden 1 PVOVc en el Níger y la India, 4 PVOVc en Afganistán, 5 PVOVc en Etiopía, 13 PVOVc en la República Democrática del Congo y 21 PVOVc en Nigeria. En la actualidad, la poliomielitis es endémica en Afganistán, la India, Nigeria y Pakistán. En los países en los que no lo es, se trata de casos importados. En el Congo, más de 450 casos de parálisis flácida aguda se han asociado a un brote confirmado de poliomielitis. En muchos de ellos no se recolectaron muestras para la confirmación virológica de la infección y se encuentran actualmente en evaluación para su clasificación definitiva.

i Número de casos nuevos y de recidivas de tuberculosis diagnosticados y tratados en programas nacionales de lucha contra la tuberculosis y notificados a la OMS. Global tuberculosis control 2010. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (www.who.int/tb/publications/global_report/). Tras la elaboración del informe, algunos países enviaron cifras actualizadas que pueden diferir de las publicadas en él. Las cifras presentadas son a 24 de enero de 2011. Las cifras por regiones de la OMS, por grupos de ingresos y mundiales excluyen los territorios y pueden diferir de las que aparecen en la publicación.

j Número de casos notificados hasta el 31 de octubre de 2010.

k Todos los casos notificados son importados.

l Número de casos notificados hasta el 10 de octubre de 2010.

m Ocho de los diez casos notificados son importados.

n Número de casos notificados hasta el 16 de mayo de 2010.

o Número de casos notificados hasta el 27 de junio de 2010.

4. Cobertura de los servicios de salud

Estado Miembro	ODM 5 Cobertura de la atención prenatal (%)		ODM 5 Partos atendidos por personal de salud	Nacimientos por cesárea ^a (%)	Cobertura de la inmunización en niños de 1 año ^d (%)												ODM 5 Prevalencia del uso de métodos anticonceptivos	ODM 6 Tasa de detección de casos de todas las formas de tuberculosis ⁱ (%)		ODM 6 Tasa de éxito terapéutico en la tuberculosis bacilífera ^k (%)	
	Al menos 1 visita ^{a,b}	Al menos 4 visitas ^a			ODM 4 Sarampión			DTP3			HepB3		Hib3		2000–2009	2000 2009		2000 2008			
					2000–2010	2000–2010	2000–2010	1990	2000	2009	1990	2000	2009	2000		2009		2000	2009	2000	2008
España	...	...	...	25,3	99	94	98	86	95	96	77	96	92	96	65,7	87 [77–100]	89 [77–100]	...	...		
Portugal	100	...	100m	33,1	85	87	95	89	96	96	58	96	86	96	86,8	87 [77–100]	86 [74–96]	79	87		

a *WHO global database on maternal health indicators, 2011 update*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (www.who.int/gho/).

b Los datos solo incluyen las consultas de atención prenatal dispensadas por personal de salud cualificado (médico, enfermero o partero). Estas cifras calculadas pueden diferir de las de los documentos originales.

d Sarampión: vacunas que incluyen la antisarampionosa (MCV); DTP3: 3 dosis de vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina; HepB3: 3 dosis de vacuna contra la hepatitis B; Hib3: 3 dosis de vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo B. *WHO/UNICEF estimates of national immunization coverage* [base de datos en línea]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (www.who.int/immunization_monitoring/routine/immunization_coverage/en/index4.html). Estimaciones basadas en los datos disponibles hasta el 2 de julio de 2010. En los países que recomiendan administrar la primera dosis de vacuna antisarampionosa a niños mayores de 12 meses, el indicador se calcula como la proporción de niños menores de 24 meses que reciben una dosis de vacuna que incluya la antisarampionosa. Las estimaciones de la cobertura completa están disponibles en línea.

g *World contraceptive use 2010*. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, 2011 (POP/DB/CP/Rev2010).

j La tasa de detección de casos de todas las formas de tuberculosis es el número de casos nuevos y recidivas de tuberculosis diagnosticados y tratados en los programas nacionales de lucha contra la tuberculosis y notificados a la OMS, dividido por la estimación que hace la OMS del número de casos nuevos de tuberculosis en ese mismo año, expresado como porcentaje. Además de las estimaciones óptimas, la tabla presenta los intervalos de incertidumbre. *Global tuberculosis control 2010*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (www.who.int/tb/publications/global_report/). Las estimaciones se han actualizado con posterioridad a la elaboración del informe, por lo que pueden diferir de las publicadas en él. Las cifras presentadas llegan hasta el 24 de enero de 2011. Los valores agregados por regiones de la OMS, por grupos de ingresos y mundiales incluyen los territorios.

k La tasa de éxito del tratamiento de los casos nuevos de tuberculosis bacilífera es la proporción (expresada como porcentaje) de casos nuevos de tuberculosis bacilífera registrados durante un año en el marco de un programa nacional de lucha contra la tuberculosis que terminaron con éxito el tratamiento, ya sea con confirmación bacteriológica del éxito («curados») o sin ella («terminaron el tratamiento»). *Global tuberculosis control 2010*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (www.who.int/tb/publications/global_report/). Tras la elaboración del informe, algunos países enviaron cifras actualizadas que pueden diferir de las publicadas en aquel. Las cifras presentadas llegan hasta el 24 de enero de 2011. Los valores agregados por regiones de la OMS, por grupos de ingresos y mundiales incluyen los territorios.

5. Factores de riesgo

Estado Miembro	ODM 7						ODM 7						Obesidad en adultos de 20 o más años ^f (%)		Consumo de alcohol entre adulto	Prevalencia del consumo de cualquier producto de tabaco fumado entre adultos de 15	
	Población que utiliza fuentes mejoradas de agua potable ^a (%)						Población que utiliza servicios de saneamiento mejorados ^a (%)										
	Urbana		Rural		Total		Urbana		Rural		Total		Hombres	Mujeres		Homb	Mujer
	1990	2008	1990	2008	1990	2008	1990	2008	1990	2008	1990	2008	2008			2005	2006
España	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	24,9 [21,1–29,1]	23,0 [18,4–27,8]	10,0	37,0	27,2
Portugal	98	99	94	100	96	99	97	100	87	100	92	100	20,4 [14,9–25,6]	22,3 [16,4–28,5]	12,2	33,7	15,5

a WHO/UNICEF *Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y UNICEF, 2010 (www.wssinfo.org/en/welcome.html). Los valores agregados de los grupos de ingresos se han calculado utilizando la *World Bank list of economies* de 2009.

f Finucane MM et al. on behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Body Mass Index). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet*, 2011; publicado en línea el 4 de febrero. DOI:10.1016/S0140-6736(10)62037-5. Las personas con un índice de masa corporal (IMC) $\geq 30,00$ kg/m2 se clasifican como obesas. Las estimaciones se han actualizado desde la publicación del análisis, por lo que pueden diferir de las que figuran en este.

g *Global information system on alcohol and health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (www.who.int/globalat-las/DataQuery/default.asp). Definición del indicador: cantidad registrada de alcohol consumido por cada adulto (> 15 años de edad) a lo largo de un año civil en un país, en litros de alcohol puro (el indicador solo tiene en cuenta el consumo calculado a partir de los datos registrados sobre la producción, la importación, la exportación y la venta de alcohol, a menudo a través de los impuestos). Los valores agregados de los grupos de ingresos se han calculado utilizando la *World Bank list of economies* de 2009.

h Cifras basadas en el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo*, 2009: *Crear ambientes libres de humo*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009. Véase el Apéndice VII: Estimaciones de la prevalencia estandarizadas por edad para los Estados Miembros de la OMS, 2006. Definición del indicador: ser consumidor (fumador) de cualquier tipo de tabaco en el momento de la encuesta (cigarrillos, puros, pipas, bidis, etc.), con la excepción del tabaco sin humo. Estas cifras representan las tasas de prevalencia estandarizadas por edad para el consumo de tabaco fumado y solo deben utilizarse para comparar la prevalencia entre países y entre hombres y mujeres dentro de un país. No deben emplearse para calcular el número de fumadores en un país, una región, un grupo de ingresos o el mundo. Los valores agregados de los grupos de ingresos se han calculado utilizando la *World Bank list of economies* de 2009.

6. Personal sanitario, infraestructura y medicamentos esenciales

Estado Miembro	Personal sanitario ^a								Infraestructura	
	Médicos		Personal de enfermería y de partería		Personal de odontología		Personal de farmacia		Nº de camas hospitalarias	Unidades de radioterapia ^c (por 10 000 habitantes)
	Número	Densidad (por 100 000)	Número	Densidad (por 100 000)	Número	Densidad (por 100 000)	Número	Densidad (por 100 000)		
	2000–2010								2000–2009	2010
España	162	37,1	226	51,6	25	5,9	46	10,7	32	4,3

Portugal	40	37,6	56	53,3	7 093	6,7	6 931	6,5	34	4,0
----------	----	------	----	------	-------	-----	-------	-----	----	-----

a *WHO global atlas of the health workforce*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (www.who.int/globalatlas/autologin/hrh_login.asp). Esta fuente ofrece las actualizaciones más recientes, las estadísticas de las tendencias temporales y los datos desglosados, así como los descriptores de metadatos. En general, los datos del denominador de la densidad de personal sanitario (es decir, las estimaciones de la población nacional) se extrajeron de la base de datos World population prospects de la División de Población de las Naciones Unidas. En algunos casos, el informe oficial solo proporcionaba indicadores de la densidad de la fuerza de trabajo, a partir de los cuales se calcularon las cifras absolutas. Puede que, según la organización de los sistemas sanitarios nacionales y los medios de seguimiento, los datos no sean exactamente comparables entre países.

b Fuentes: *Indicadores básicos de la OPS 2010*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 2010 (www.paho.org/English/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm); *European health for all database* (HFA-DB). Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 2010 (<http://data.euro.who.int/hfadb>); *Country health information profiles* (CHIPS). Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 2010 (www.wpro.who.int/countries/countries.htm); *11 health questions about the 11 SEAR countries*. Nueva Delhi, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental, 2007 (www.searo.who.int/LinkFiles/Country_Health_System_Profile_11health-questions.pdf); *Demographic, social and health indicators for countries of the Eastern Mediterranean*. El Cairo, Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental, 2010 (www.emro.who.int/dsa/dsa1082.pdf); datos adicionales compilados a enero de 2010 por la Oficina Regional de la OMS para África. Puede que, según la fuente y los medios de seguimiento, los datos no sean exactamente comparables entre países. Véanse en la fuente mencionada los pormenores específicos del país.

c Salvo que se indique otra cosa, los datos proceden de la encuesta nacional inicial de la OMS sobre dispositivos médicos llevada a cabo en 2010. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (www.who.int/medical_devices/survey_preliminary_results/en/index.html). Las cifras presentadas comprenden las unidades de radioterapia del sector público y el sector privado (aceleradores lineales y bombas de cobalto 60).

7. Gasto en salud

Estado Miembro	Porcentajes de gasto en salud ^a												Gasto en salud per cápita ^a										
	Gasto total en salud como % del PIB		Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud ^b		Gasto privado en salud como % del gasto total en salud ^b		Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total del		Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto del gobierno general en salud		Gasto directo de los hogares como % del gasto privado en salud		Planes de prepago privados como % del gasto privado en salud		Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio promedio (US\$)		Gasto total en salud per cápita en dólares internacionales ^d		Gasto del gobierno en salud per cápita al tipo de cambio promedio		Gasto del gobierno en salud per cápita en dólares internacionales		
	2000	2008	2000	2008	2000	2008	2000	2008	2000	2008	2000	2008	2000	2008	2000	2008	2000	2008	2000	2008	2000	2008	
España	7,2	9,0	71,6	69,7	28,4	26,9	13,2	15,2	9,6		6,7	83,1	77,0	13,7	20,7	1 030	3 132	1 529	2 941	738	2 182	1 095	2 049
Portugal	8,8	10,6	72,5	67,4	27,5	28,5	14,9	15,4	1,3		1,2	80,8	77,5	11,1	13,8	967	2 434	1 507	2 578	702	1 641	1 093	1 737

a Fuente: Cuentas Nacionales de Salud (CNS) de la OMS. *Country health information*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, febrero de 2010 (las últimas actualizaciones pueden consultarse en: www.who.int/nha/country/en/). Todos los indicadores presentados se miden como agentes de financiación salvo «recursos externos para la salud», que se mide como fuente de financiación. Las cifras por regiones, por grupos de ingresos y mundiales se calculan mediante la paridad del poder adquisitivo (PPA). Los porcentajes inferiores a 0,05% pueden aparecer como cero. En el caso de los indicadores del gasto per cápita, esto se representa como <1. En el caso de los países en los que el ejercicio económico empieza en julio, los datos sobre el gasto se han asignado al año civil más reciente (por ejemplo, los datos para 2008 corresponden al ejercicio económico 2007-2008), salvo que se indique otra cosa para el país en cuestión. Los valores absolutos de los gastos se expresan en valores nominales (precios corrientes). La unidad de divisa nacional por US\$ se calcula utilizando los tipos de cambio promedio del año. Para 2008, el uso de los tipos de cambio promedio anuales (comparado con el uso de los tipos de cambio al cierre del ejercicio) puede no representar plenamente el impacto de la crisis financiera mundial.

b En algunos casos, la suma de los porcentajes del gasto del gobierno general y del gasto privado en salud puede no ser 100% debido al redondeo.

d Se ha utilizado una serie de paridades del poder adquisitivo (PPA) derivada del Programa de Comparación Internacional (PCI) 2005 del Banco Mundial. En el caso de los países que no disponen de PPA, la OMS hace una estimación de ellas.

9. Estadísticas demográficas y socioeconómicas

Estado Miembro	Población ^a									Cobertura del registro civil (%)		Tasa de fecundidad total ^a (por mujer)			ODM 5 Tasa de alfabetización	Tasa neta de escolarización		Ingreso nacional bruto per cápita en						
	Total (miles)	Mediana de edad (años)	Menores de 15 años (%)	Mayores de 60 años (%)	Tasa anual de crecimiento (%)	En zonas urbanas (%)			Nacimientos ^b	Causa s de muerte ^c	1990	2000	2009	2000-2008	1990- 1999	2000- 2008	1990- 1999	2000- 2010	1990- 1999	2000- 2010	1990	2000	2009	
2009	2009	2009	2009	1989- 1999	1999- 2009	75	76	77	2000- 2009	1990	2000	2009	2000- 2008	1990- 1999	2000- 2008	1990- 1999	2000- 2010	1990- 1999	2000- 2010	1990	2000	2009		
España	44	40	15	22	0,3	1,2	75	76	77	>90	90-10	1,3	1,2	1,5	13	96	98	100	100	99	100	13	21	31
Portugal	10	41	15	23	0,2	0,5	48	54	60	>90	90-10	1,5	1,4	1,4	17	88	95	...	99	...	98	11	17	23

a *World population prospects: the 2008 revision*. Nueva York, División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Secretaría de las Naciones Unidas, 2009.

b *United Nations demographic yearbook 2008*. Nueva York, División de Estadística de las Naciones Unidas, 2010 (<http://unstats.un.org/unsd/Demographic/Products/dyb/dyb2007.htm>; consulta el 14 de enero de 2011).

c *WHO mortality database: tables* [base de datos en línea]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (www.who.int/healthinfo/morttables).

d *2010 update for the MDG database: adolescent birth rate* (POP/DB/Fert/A/MDG2010). Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, 2010 (www.un.org/esa/population/publications/2010_MDGData-base/2010_Update_MDG_ABR.xls).

e *Centro de datos del Instituto de Estadística de la UNESCO* [base de datos en línea]. Montreal, Instituto de Estadística de la UNESCO, 2010 (<http://stats.uis.unesco.org>; consulta el 14 de enero de 2011).

f Dólares internacionales PPA: paridad del poder adquisitivo al tipo de cambio del dólar internacional. Base de datos *World development indicators*. Washington, DC, Banco Mundial (www.worldbank.org/data; actualización de diciembre de 2010). Las cifras por grupos de ingresos corresponden únicamente a los Estados Miembros de la OMS, por lo que pueden diferir de las notificadas en la base de datos *World development indicators*.

g Base de datos *World development indicators*. Washington, DC, Banco Mundial (www.worldbank.org/data; actualización de diciembre de 2010).

i International data base (IDB). Washington, DC, US Census Bureau, 2010 (<http://www.census.gov/ipc/www/idb>, consulta el 14 de enero de 2011).

ANEXO II

INDICADORES DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA DE ESPAÑA Y PORTUGAL

(Red Iberoamericana de Indicadores de Ciencia y Tecnología, 2011)



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

PUBLICACIONES EN PASCAL CADA 100 INVESTIGADORES		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	PAPERS IN PASCAL PER 100 RESEARCHERS	
Portugal	EJC	11,83		8,54			7,90		11,98	13,82	15,45	13,44	15,06	14,13	14,77	14,91	15,01	15,51	11,89	9,60	FTE	Portugal
Portugal	Personas Físicas	5,51		5,20			4,90		7,31	0,00	8,57	7,56	8,57	8,01	8,34	8,37	8,39	8,57	6,51	5,17	Head Count	Portugal
España	EJC	21,09	22,87	27,29	26,54	21,74	20,24	20,60	23,96	22,32	23,44	18,53	19,44	19,54	18,00	17,62	16,26	14,44	14,78		FTE	Spain
España	Personas Físicas	11,94	12,64	14,69	14,37		9,57		12,42		12,38		11,09	10,85	10,50	10,47	9,85	8,66	8,77		Head Count	Spain

PUBLICACIONES EN SCI CADA 100 INVESTIGADORES		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	PAPERS IN SCI SEARCH PER 100 RESEARCHERS	
Portugal	EJC	16,10		13,19			16,54		18,24	19,08	21,77	21,56	22,58	24,33	24,70	27,60	28,58	29,86	26,50	22,46	FTE	Portugal
Portugal	Personas Físicas	7,50		8,03			10,26		11,13	0,00	12,08	12,12	12,85	13,79	13,95	15,51	15,98	16,50	14,51	12,09	Head Count	Portugal
España	EJC	28,46	29,43	33,31	35,46	34,00	38,82	38,89	40,97	39,46	40,67	32,54	32,97	34,10	32,03	32,23	31,76	32,50	33,10		FTE	Spain
España	Personas Físicas	16,11	16,26	17,93	19,19		18,37		21,25		21,48		18,80	18,93	18,69	19,15	19,25	19,50	19,64		Head Count	Spain

PUBLICACIONES EN PASCAL EN RELACIÓN AL GASTO EN I + D		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	PAPERS IN PASCAL / R&D EXPENDITURE	
Portugal	cada millón de u\$s	1,91		1,35			1,50	1,69	2,47	2,62	2,80	2,63	2,87	2,76	2,59	2,23	2,12	1,92	1,24	1,02	per million u\$s	Portugal
España	cada millón de u\$s	1,90	2,01	2,15	2,61	2,54	2,02	2,10	2,81	2,56	2,71	2,69	2,79	2,40	1,79	1,60	1,40	1,13	0,99	0,88	per million u\$s	Spain

PUBLICACIONES EN SCI EN RELACIÓN AL GASTO EN I + D		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	PAPERS IN SCI SEARCH / R&D EXPENDITURE	
Portugal	cada millón de u\$s	2,60		2,09			3,14	3,10	3,77	3,62	3,95	4,21	4,30	4,75	4,34	4,14	4,03	3,69	2,76	2,39	per million u\$s	Portugal
España	cada millón de u\$s	2,56	2,58	2,62	3,49	3,97	3,88	3,97	4,80	4,52	4,70	4,72	4,73	4,18	3,19	2,93	2,74	2,54	2,22	2,09	per million u\$s	Spain

PUBLICACIONES EN PASCAL EN RELACIÓN AL PBI		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	PAPERS IN PASCAL / GDP	
Portugal	cada mil millones de u\$s	9,76	9,95	8,24	11,69	11,89	8,11	9,67	14,58	17,12	19,97	19,91	23,05	20,98	19,07	17,20	17,06	19,61	15,00	16,11	per billion u\$s	Portugal
España	cada mil millones de u\$s	16,11	17,53	19,63	23,90	21,48	16,38	17,08	22,51	22,36	23,33	24,39	25,54	23,64	18,81	17,02	15,76	13,57	12,59	11,85	per billion u\$s	Spain

PUBLICACIONES EN SCI EN RELACIÓN AL PBI		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	PAPERS IN SCI SEARCH / GDP	
Portugal	cada mil millones de u\$s	13,27	12,93	12,74	15,89	17,74	16,97	17,74	22,20	23,64	28,15	31,93	34,56	36,11	31,91	31,86	32,50	37,75	33,43	37,69	per billion u\$s	Portugal
España	cada mil millones de u\$s	21,73	22,56	23,97	31,93	33,60	31,43	32,25	38,50	39,53	40,47	42,84	43,31	41,25	33,47	31,13	30,79	30,56	28,21	28,00	per billion u\$s	Spain

PUBLICACIONES EN PASCAL POR HABITANTE		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	PAPERS IN PASCAL PER INHABITANT	
Portugal	cada 100 000 habitantes	7,06	8,10	8,10	10,16	10,78	9,12	11,30	16,17	20,01	23,86	21,94	25,85	25,78	28,47	29,36	29,91	36,07	31,60	36,60	per 100 000 inhabitants	Portugal
España	cada 100 000 habitantes	20,45	23,87	29,15	29,44	26,57	24,42	27,08	32,81	34,09	36,42	35,58	38,67	38,92	39,00	41,20	40,45	37,40	40,09	41,38	per 100 000 inhabitants	Spain

PUBLICACIONES EN SCI POR HABITANTE		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	PAPERS IN SCI SEARCH PER INHABITANT	
Portugal	cada 100 000 habitantes	9,61	10,53	12,52	13,81	16,09	19,10	20,72	24,62	27,63	33,63	35,18	38,75	44,38	47,62	54,37	56,95	69,43	70,43	85,62	per 100 000 inhabitants	Portugal
España	cada 100 000 habitantes	27,59	30,72	35,58	39,33	41,55	46,86	51,12	56,11	60,27	63,19	62,49	65,57	67,92	69,40	75,34	79,02	84,20	89,81	97,77	per 100 000 inhabitants	Spain

PUBLICACIONES LILACS		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	PAPERS IN LILACS	
Portugal	porcentaje del total mundial																				global percentage	Portugal
Portugal	Total																				Total	Portugal
España	porcentaje del total mundial																				global percentage	Spain
España	Total																				Total	Spain

PUBLICACIONES EN CLASE		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	PAPERS IN CLASE	
Portugal	porcentaje del total mundial	0,01%	0,02%	0	0,02%	0,03%	0,03%	0,04%	0,05%	0,11%	0,08%	0,07%	0,12%	0,07%	0,39%	0,54%	0,67%	0,49%	0,28%	0,58%	global percentage	Portugal
Portugal	Total	1	1	0	2	3	3	4	5	10	8	6	12	7	24	33	48	31	13	42	Total	Portugal
España	porcentaje del total mundial	0,40%	0,52%	0,60%	0,95%	0,89%	1,01%	1,12%	1,59%	2,15%	1,57%	1,90%	1,98%	2,26%	4,23%	4,69%	4,79%	5,11%	6,27%	6,50%	global percentage	Spain
España	Total	28	24	29	84	83	89	103	146	200	158	172	201	222	262	287	342	324	294	470	Total	Spain

PUBLICACIONES EN PERIODICA		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	PAPERS IN PERIODICA	
Portugal	porcentaje del total mundial	0,04%	0,02%	0,11%	0,01%	0,02%	0,04%	0,07%	0,09%	0,07%	0,16%	0,10%	0,17%	0,24%	0,28%	0,20%	0,34%	0,16%	0,17%	0,32%	global percentage	Portugal
Portugal	Total	3	1	5	1	2	3	6	7	6	17	9	18	26	29	23	57	17	13	19	Total	Portugal
España	porcentaje del total mundial	0,66%	0,62%	0,41%	0,53%	0,74%	0,83%	0,80%	1,11%	1,44%	1,23%	1,40%	1,94%	2,24%	3,08%	2,18%	1,42%	2,40%	2,32%	2,72%	global percentage	Spain
España	Total	48	37	19	43	62	65	71	90	132	133	130	211	244	319	245	237	249	176	162	Total	Spain

PUBLICACIONES EN IME		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	PAPERS IN IME	
Portugal	porcentaje del total mundial	0,91%	0,28%	0,20%	0,30%	0,22%	0,25%	0,16%	0,22%	0,12%	0,21%	0,30%	0,31%	0,32%	0,22%	0,23%	0,27%	0,50%	0,34%	1,33%	global percentage	Portugal
Portugal	Total	107	22	13	19	15	19	13	18	5	16	28	32	32	20	20	25	43	25	45	Total	Portugal

España	porcentaje del total mundial	82,65%	87,65%	88,64%	89,23%	89,52%	88,21%	86,90%	85,81%	90,61%	86,87%	87,26%	26,12%	33,43%	50,54%	39,75%	42,53%	37,00%	43,13%	79,32%	global percentage	Spain
España	Total	9766	6890	5772	5601	6173	6575	6865	7067	3627	6617	8046	2708	3306	4568	3484	3999	3175	3190	2681	Total	Spain

	PUBLICACIONES EN ICYT	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	PAPERS IN ICYT	
Portugal	porcentaje del total mundial	0,48%	0,50%	0,88%	0,82%	0,69%	0,65%	0,78%	0,82%	1,22%	1,31%	0,76%	1,49%	1,24%	1,42%	1,92%	2,32%	2,15%	1,75%	2,38%	global percentage	Portugal
Portugal	Total	31	35	69	65	49	47	56	62	95	103	59	114	76	93	113	117	102	86	127	Total	Portugal

España	porcentaje del total mundial	75,90%	75,36%	72,61%	75,10%	75,10%	73,29%	70,03%	71,18%	71,71%	67,33%	67,40%	66,37%	61,29%	61,26%	60,47%	63,17%	66,97%	66,75%	67,75%	global percentage	Spain
España	Total	4893	5328	5710	5963	5300	5328	5038	5382	5589	5299	5225	5087	3747	4022	3557	3187	3173	3277	3619	Total	Spain

	PUBLICACIONES EN CAB	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	PAPERS IN CAB	
Portugal	porcentaje del total mundial	0,13%	0,12%	0,15%	0,21%	0,19%	0,23%	0,22%	0,23%	0,27%	0,32%	0,30%	0,32%	0,39%	0,33%	0,41%	0,44%	0,48%	0,50%	0,52%	global percentage	Portugal
Portugal	Total	208	184	221	304	289	343	328	361	423	513	492	551	663	598	789	905	1038	1210	1411	Total	Portugal

España	porcentaje del total mundial	1,22%	1,74%	1,41%	1,92%	1,87%	1,97%	1,96%	2,11%	2,14%	2,37%	2,23%	2,59%	2,45%	2,60%	2,77%	2,77%	2,71%	2,80%	2,77%	global percentage	Spain
España	Total	1945	2663	2147	2841	2773	2989	2972	3308	3348	3820	3620	4432	4159	4712	5309	5652	5858	6749	7495	Total	Spain

	PUBLICACIONES EN MEDLINE	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	PAPERS IN MEDLINE	
Portugal	porcentaje del total mundial	0,08%	0,10%	0,10%	0,11%	0,12%	0,13%	0,12%	0,15%	0,15%	0,17%	0,18%	0,19%	0,21%	0,23%	0,25%	0,27%	0,29%	0,31%	0,35%	global percentage	Portugal
Portugal	Total	315	368	392	413	477	530	483	595	636	658	848	974	1127	1277	1511	1704	1931	2133	2549	Total	Portugal

España	porcentaje del total mundial	1,29%	1,35%	1,49%	1,66%	1,65%	1,81%	1,99%	2,06%	2,11%	2,12%	2,09%	2,15%	2,20%	2,17%	2,18%	2,25%	2,33%	2,41%	2,44%	global percentage	Spain
España	Total	4866	5078	5639	6344	6423	7229	7991	8432	8902	8380	10042	10999	11763	12285	13096	14401	15582	16618	17754	Total	Spain

	PUBLICACIONES EN BIOSIS	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	PAPERS IN BIOSIS	
Portugal	porcentaje del total mundial	0,12%	0,11%	0,16%	0,14%	0,18%	0,18%	0,20%	0,22%	0,23%	0,26%	0,28%	0,30%	0,31%	0,33%	0,32%	0,35%	0,40%	0,45%	0,51%	global percentage	Portugal
Portugal	Total	690	599	876	745	973	974	1117	1208	1203	1330	1584	1663	1793	1877	1664	2014	2435	2782	3168	Total	Portugal

España	porcentaje del total mundial	1,53%	1,57%	1,75%	1,79%	1,87%	1,92%	2,21%	2,20%	2,24%	2,17%	2,15%	2,13%	2,16%	2,17%	2,11%	2,27%	2,38%	2,46%	2,57%	global percentage	Spain
España	Total	8495	8497	9353	9272	10172	10300	12214	11993	11584	11000	12324	11865	12340	12381	10999	13183	14339	15244	16038	Total	Spain

	PUBLICACIONES EN CHEMICAL ABSTRACTS	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	PAPERS IN CHEMICAL ABSTRACTS	
Portugal	porcentaje del total mundial	0,13%	0,15%	0,16%	0,18%	0,18%	0,21%	0,21%	0,24%	0,24%	0,27%	0,28%	0,30%	0,32%	0,33%	0,34%	0,31%	0,38%	0,33%	0,36%	global percentage	Portugal
Portugal	Total	656	849	911	1045	1088	1344	1419	1642	1700	1887	2120	2373	2558	2656	3063	3026	3413	3566	4152	Total	Portugal

España	porcentaje del total mundial	1,17%	1,27%	1,32%	1,47%	1,46%	1,57%	1,60%	1,65%	1,64%	1,71%	1,65%	1,71%	1,74%	1,74%	1,72%	1,67%	1,79%	1,68%	1,61%	global percentage	Spain
España	Total	6002	6963	7747	8699	8906	9980	11006	11383	11711	12091	12514	13326	13779	14031	15465	16125	16252	18293	18420	Total	Spain

	PUBLICACIONES EN COMPENDEX	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	PAPERS IN COMPENDEX	
Portugal	porcentaje del total mundial	0,18%	0,20%	0,20%	0,19%	0,24%	0,25%	0,30%	0,35%	0,41%	0,40%	0,46%	0,45%	0,46%	0,43%	0,48%	0,48%	0,55%	0,57%	0,62%	global percentage	Portugal
Portugal	Total	271	346	265	356	535	494	691	851	822	863	1039	1101	1229	1756	2573	2874	3302	3598	4075	Total	Portugal

España	porcentaje del total mundial	0,71%	0,71%	0,87%	1,06%	1,15%	0,98%	1,31%	1,45%	1,51%	1,67%	1,79%	1,81%	1,84%	1,88%	1,86%	1,95%	2,13%	2,27%	2,16%	global percentage	Spain
España	Total	1084	1207	1158	1930	2534	1963	3031	3507	3006	3595	4079	4405	4868	7670	9929	11737	12702	14227	14312	Total	Spain

	PUBLICACIONES EN INSPEC	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	PAPERS IN INSPEC	
Portugal	porcentaje del total mundial	0,16%	0,18%	0,18%	0,20%	0,22%	0,24%	0,26%	0,29%	0,34%	0,40%	0,37%	0,41%	0,43%	0,41%	0,46%	0,45%	0,52%	0,48%	0,57%	global percentage	Portugal
Portugal	Total	404	463	450	531	623	734	831	942	1122	1315	1243	1391	1624	1501	1902	1983	2551	2725	3562	Total	Portugal

España	porcentaje del total mundial	0,88%	0,95%	1,07%	1,24%	1,25%	1,34%	1,45%	1,55%	1,67%	1,78%	1,72%	1,84%	1,87%	1,82%	1,94%	1,99%	2,11%	2,17%	2,28%	global percentage	Spain
España	Total	2291	2407	2724	3243	3531	4035	4584	4985	5498	5911	5765	6323	7110	6711	8050	8848	10280	12203	14299	Total	Spain

	PUBLICACIONES EN PASCAL	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	PAPERS IN PASCAL	
Portugal	porcentaje del total mundial	0,14%	0,15%	0,14%	0,17%	0,21%	0,20%	0,24%	0,33%	0,40%	0,48%	0,44%	0,52%	0,53%	0,57%	0,61%	0,66%	0,84%	0,72%	0,81%	global percentage	Portugal
Portugal	Total	699	808	807	1013	1078	916	1138	1635	2031	2433	2250	2670	2683	2989	3083	3170	3823	3350	3880	Total	Portugal

España	porcentaje del total mundial	2,20%	2,26%	2,42%	2,65%	3,10%	3,99%	4,21%	4,42%	4,66%	4,92%	4,88%	5,15%	5,59%	5,68%	6,40%	7,26%	8,30%	8,76%	9,46%	global percentage	Spain
España	Total	10724	11962	13884	15376	16274	18379	20080	22077	23780	25041	24951	26401	28409	29634	32548	34846	37639	40594	45130	Total	Spain

	PUBLICACIONES EN SCI	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	PAPERS IN SCI SEARCH	
Portugal	Total	951	1050	1247	1377	1609	1918	2087	2489	2804	3429	3608	4003	4619	5000	5709	6037	7360	7466	9076	Total	Portugal
Portugal	porcentaje del total mundial	0,14%	0,15%	0,17%	0,18%	0,20%	0,22%	0,23%	0,27%	0,30%	0,35%	0,37%	0,41%	0,45%	0,47%	0,50%	0,51%	0,59%	0,56%	0,66%	global percentage	Portugal

España	Total	10724	11962	13884	15376	16274	18379	20080	22077	23780	25041	24951	26401	28409	29634	32548	34846	37639	40594	45130	Total	Spain
España	porcentaje del total mundial	1,57%	1,69%	1,93%	2,02%	2,03%	2,14%	2,23%	2,35%	2,51%	2,57%	2,53%	2,69%	2,76%	2,77%	2,87%	2,92%	3,02%	3,06%	3,28%	global percentage	Spain

	COEFICIENTE DE INVENCIÓN	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	INVENTION COEFFICIENT	
Portugal	Total	1,02	1,02	0,72	0,93	1,05	0,82	0,86	0,71	0,96	0,79	0,79	1,04	1,25	1,19	1,15	0,00	0,00	0,00	0,00	Total	Portugal

España	Total	0,00	5,91	5,69	5,99	6,00	5,81	6,61	6,97	7,52	8,04	8,84	8,60	7,30	7,22	7,18	7,37	7,50	7,61	8,20	Total	Spain
--------	-------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------	-------

Notas:
Coeficiente de invención: Patentes solicitadas por residentes cada 100 000 habitantes

	TASA DE AUTOSUFICIENCIA	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	AUTO-SUFFICIENCY RATE	
Portugal	Total	0,03	0,03	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,42	0,55	0,66	0,73	0,76	0,65					Total	Portugal

España	Total	0,00	0,05	0,05	0,05	0,04	0,04	0,04	0,03	0,03	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	Total	Spain
--------	-------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------	-------

Notas:
Tasa de Autosuficiencia: Patentes solicitadas por residentes / total de patentes solicitadas

	TASA DE DEPENDENCIA	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	DEPENDENCY RATE	
Portugal	Total	35,06	33,85	183,58	396,94	396,85	552,06	609,89	1148,22	1154,37	1,41	0,80	0,52	0,38	0,32	0,55					Total	Portugal

España	Total	0,00	18,92	21,10	20,44	22,12	24,41	24,24	31,74	37,65	37,67	39,89	46,36	51,30	54,56	57,50	60,00	62,33	62,30	59,98	Total	Spain
--------	-------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Notas:
Tasa de Dependencia: Patentes solicitadas por no residentes / patentes solicitadas por residentes

	PATENTES OTORGADAS	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	GRANTED PATENTS	
Portugal	de no residentes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Non residents	Portugal
Portugal	de residentes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Residents	Portugal
Portugal	Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Total	Portugal

España	de no residentes	3053	5935	8625	11242	13593	14050	13694	14138	11452	13823	11144	10304	17751	21422	19956	18444	21233	19220	18705	Non residents	Spain
España	de residentes	3499	2134	2549	292	1014	684	1025	1470	2236	2468	2190	2210	1303	1910	1981	2661	2107	2603	2202	Residents	Spain
España	Total	6552	8069	11174	11534	14607	14734	14719	15608	13688	16291	13334	12514	19054	23332	21937	21105	23340	21823	20907	Total	Spain

Notas:
España: Las patentes otorgadas a residentes corresponden a concesiones nacionales otorgadas por la OEPM. Las patentes otorgadas a no residentes corresponden a validaciones europeas concedidas por la OEP con efectos en España. Fuente: Oficina Española de Patentes y Marcas

	SOLICITUDES DE PATENTES	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	PATENT APPLICATIONS	
Portugal	de no residentes	3541	3453	13218	36915	41669	45269	53060	82672	111974	114	65	56	49	40	66	0	0	0	0	Non residents	Portugal
Portugal	de residentes	101	102	72	93	105	82	87	72	97	81	81	107	130	125	121	0	0	0	0	Residents	Portugal
Portugal	Total	3642	3555	13290	37008	41774	45351	53147	82744	112071	195	146	163	179	165	187	0	0	0	0	Total	Portugal

España	de no residentes	0	43514	46872	47844	51997	55663	62929	86987	111642	120047	140836	160588	156726	168108	178237	195112	208936	214264	226901	Non residents	Spain
España	de residentes	0	2300	2221	2341	2351	2280	2596	2741	2965	3187	3531	3464	3055	3081	3100	3252	3352	3439	3783	Residents	Spain
España	Total	0	45814	49093	50185	54348	57943	65525	89728	114607	123234	144367	164052	159781	171189	181337	198364	212288	217703	230684	Total	Spain

Notas:
España: El total de Patentes Solicitadas incluye las solicitadas por vía nacional, las solicitadas a través de la Oficina Europea de Patentes (OEP), que designan a España, las solicitadas vía Euro-PCT, que son las presentadas a la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI) que designan a España a través de una patente europea.

	DOCTORADOS	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	DOCTORATES	
Portugal	Ciencias Agrícolas	32	13	25	23	28	24	17	21	38	43	32	46	55	36	46	35	38	30	41	Agricultural Sciences	Portugal
Portugal	Humanidades	49	33	45	71	46	62	53	54	94	94	138	113	107	126	135	146	152	177	171	Humanities	Portugal
Portugal	Ingeniería y Tecnología	68	65	66	99	90	124	164	136	162	186	154	180	220	235	259	281	245	297	335	Engineering and Technology	Portugal
Portugal	Ciencias Médicas	47	43	47	58	57	74	70	75	73	102	96	98	104	94	94	122	135	152	174	Medical Sciences	Portugal
Portugal	Cs. Naturales y Exactas	88	98	96	141	126	166	180	196	202	199	269	251	284	296	294	333	401	407	379	Natural and Exact Sciences	Portugal
Portugal	Ciencias Sociales	53	67	71	102	105	119	124	108	149	148	170	220	216	240	255	282	328	398	384	Social Sciences	Portugal
Portugal	Total	337	319	350	494	452	569	608	590	718	772	859	908	986	1027	1083	1199	1299	1461	1484	Total	Portugal

España	Ciencias Agrícolas	0	0	0	0	0	0	0	0	112	144	50	106	0	0	0	0	110	0	0	Agricultural Sciences	Spain
España	Humanidades	0	965	900	1032	897	992	980	953	841	915	894	913	0	0	0	0	1064	935	931	Humanities	Spain
España	Ingeniería y Tecnología	0	301	383	449	427	523	580	550	575	670	768	655	0	0	0	0	859	927	1019	Engineering and Technology	Spain
España	Ciencias Médicas	0	0	0	0	0	0	0	0	1432	1388	0	0	0	0	0	0	938	3302	3279	Medical Sciences	Spain
España	Cs. Naturales y Exactas	0	2772	2460	2937	2949	3028	3158	3334	1686	1656	3102	3069	0	0	0	0	2302	0	0	Natural and Exact Sciences	Spain
España	Ciencias Sociales	0	634	731	775	884	1080	1109	1283	1225	1353	1462	1631	0	0	0	0	1612	1546	1496	Social Sciences	Spain
España	Total	0	4672	4474	5193	5157	5623	5827	6120	5871	6126	6276	6374	0	0	0	0	6885	6710	7302	Total	Spain

Notas:
Portugal: A partir del año 1998 se adoptó la clasificación ISCED 97. Para los años 1998 al 2002 se incluye en el total de graduados a los diplomados en el area de servicios (código 8 del ISCED 97) que no tiene correspondencia con las áreas científicas del OCES.
España: En los datos correspondientes a los años 1991 a 1997, Ingeniería y Tecnología incluye Ingeniería Agrónoma

	TITULADOS DE MAESTRÍAS	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	MASTER GRADUATES	
Portugal	Ciencias Agrícolas	0	0	27	70	88	119	57	69	57	37	36	30	35	49	30	36	59	46	294	Agricultural Sciences	Portugal
Portugal	Humanidades	0	0	146	118	252	408	302	340	224	274	239	298	282	421	433	443	553	780	720	Humanities	Portugal
Portugal	Ingeniería y Tecnología	0	0	189	151	163	248	302	313	378	356	305	344	361	370	344	377	453	1221	3408	Engineering and Technology	Portugal
Portugal	Ciencias Médicas	0	0	95	110	82	172	43	54	76	73	85	74	82	99	164	169	244	427	1859	Medical Sciences	Portugal
Portugal	Cs. Naturales y Exactas	0	0	48	101	131	241	342	412	429	348	320	353	401	527	560	565	700	1012	1725	Natural and Exact Sciences	Portugal
Portugal	Ciencias Sociales	0	0	341	546	634	681	658	696	953	891	968	1108	1165	1419	1537	1562	2239	2821	3099	Social Sciences	Portugal
Portugal	Total	0	0	846	1096	1350	1869	1704	1884	2117	1979	1953	2207	2326	2885	3068	3152	4248	6307	11105	Total	Portugal

España	Ciencias Agrícolas	0	0	0	0	0	0	0	0	2612	1413	3199	3580	0	0	0	0	0	0	0	Agricultural Sciences	Spain
España	Humanidades	0	0	0	0	0	0	133	55	99	58	25	67	0	0	0	0	0	0	0	Humanities	Spain
España	Ingeniería y Tecnología	0	0	0	0	0	0	16734	19028	18348	22894	19728	20882	0	0	0	0	0	0	0	Engineering and Technology	Spain
España	Ciencias Médicas	0	0	0	0	0	0	10537	11266	10990	11931	12267	13595	0	0	0	0	0	0	0	Medical Sciences	Spain
España	Cs. Naturales y Exactas	0	0	0	0	0	0	714	733	1043	1519	1288	899	0	0	0	0	0	0	0	Natural and Exact Sciences	Spain
España	Ciencias Sociales	0	0	0	0	0	0	42278	49447	50455	51837	50832	51826	0	0	0	0	0	0	0	Social Sciences	Spain
España	Total	0	0	0	0	0	0	70396	80529	83547	89652	87339	90849	0	0	0	0	0	0	0	Total	Spain

Notas:
Portugal: A partir del año 1998 se adoptó la clasificación ISCED 97. Para los años 1998 al 2002 se incluye en el total de graduados a los diplomados en el area de servicios (código 8 del ISCED 97) que no tiene correspondencia con las áreas científicas del OCES

	TITULADOS DE GRADO	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	FIRST LEVEL UNIVERSITY GRADUATES	
Portugal	Ciencias Agrícolas	0	0	831	889	1070	960	795	904	1146	1128	1157	1331	1258	1317	1265	1289	1131	1339	1719	Agricultural Sciences	Portugal
Portugal	Humanidades	0	0	3283	3773	4378	4546	3966	3891	4431	4417	4555	4503	4999	5193	5498	5595	5465	6162	6622	Humanities	Portugal
Portugal	Ingeniería y Tecnología	0	0	2850	2414	3794	3669	4462	5164	5860	6451	6753	6863	7972	8675	9284	9742	9845	14493	13670	Engineering and Technology	Portugal
Portugal	Ciencias Médicas	0	0	743	2647	3085	3149	4028	4831	4384	5108	6942	10149	9805	10514	11552	13385	15491	16287	15569	Medical Sciences	Portugal
Portugal	Cs. Naturales y Exactas	0	0	1104	825	1372	1528	2536	2612	2906	2971	3310	3584	3967	4302	4540	4972	4362	5242	5549	Natural and Exact Sciences	Portugal

Portugal	Ciencias Sociales	0	0	11118	10571	17046	19643	21725	23278	25259	28903	29034	31918	33106	34787	32566	30854	30192	32177	28490	Social Sciences	Portugal
Portugal	Total	0	0	19929	21119	30745	33495	37512	40680	43986	48978	51751	58348	61107	64788	64705	65837	66486	75700	71619	Total	Portugal
España	Ciencias Agrícolas	0	0	0	0	0	0	0	0	1095	1343	1503	1604	0	1341	1373	1423	0	0	1144	Agricultural Sciences	Spain
España	Humanidades	0	15568	14954	14590	14566	15594	15425	17522	18602	18058	18045	19182	0	17895	16707	15139	13426	12708	10007	Humanities	Spain
España	Ingeniería y Tecnología	0	5960	7041	7126	6965	8604	9917	11232	12092	15451	14951	16090	0	15596	16116	15262	15555	17532	3535	Engineering and Technology	Spain
España	Ciencias Médicas	0	9744	9125	8838	9035	8806	8659	9898	10623	9887	9824	9633	0	9150	9046	8733	8491	8520	7456	Medical Sciences	Spain
España	Cs. Naturales y Exactas	0	7932	7586	8169	8047	8112	9860	10913	12065	13753	14064	14408	0	12300	11396	10527	9463	9237	9505	Natural and Exact Sciences	Spain
España	Ciencias Sociales	0	35438	37693	41961	45068	48161	56380	59100	64505	62944	62615	56450	0	50336	47530	46263	43283	42426	46873	Social Sciences	Spain
España	Total	0	74642	76399	80684	83681	89277	100241	108665	118982	121436	121002	117367	0	106618	102168	97347	90218	90453	78520	Total	Spain

Notas:
Portugal: A partir del año 1998 se adoptó la clasificación ISCED 97. Para los años 1998 al 2002 se incluye en el total de graduados a los diplomados en el area de servicios (código 8 del ISCED 97) que no tiene correspondencia con las áreas científicas del OCES
España: En los datos correspondientes a los años 1991 a 1997, Ingeniería y Tecnología incluye Ingeniería Agrónoma

	INVESTIGADORES POR NIVEL DE FORMACIÓN	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	RESEARCHERS BY GRADUATION LEVEL	
Portugal	Doctorado (Personas Físicas)									8,91%	6,63%	4,71%	4,22%								Doctorates (Head Count)	Portugal
Portugal	Licenciatura o equivalente (Personas Físicas)									24,80%	25,74%	28,58%	30,70%								Basic university degree (Head Count)	Portugal
Portugal	Maestría (Personas Físicas)									13,73%	16,76%	16,05%	26,14%								Master (Head Count)	Portugal
Portugal	Otros (Personas Físicas)									3,48%	14,65%	20,35%	14,96%								Other (Head Count)	Portugal
Portugal	Terciario no universitario (Personas Físicas)									49,08%	36,23%	30,31%	23,98%								Other post-secondary diploma (Head Count)	Portugal
Portugal	Total (Personas Físicas)									100,00%	100,00%	100,00%	100,00%								Total (Head Count)	Portugal
España	Doctorado (Personas Físicas)																				Doctorates (Head Count)	Spain
España	Licenciatura o equivalente (Personas Físicas)																				Basic university degree (Head Count)	Spain
España	Maestría (Personas Físicas)																				Master (Head Count)	Spain
España	Otros (Personas Físicas)																				Other (Head Count)	Spain
España	Terciario no universitario (Personas Físicas)																				Other post-secondary diploma (Head Count)	Spain
España	Total (Personas Físicas)																				Total (Head Count)	Spain

Notas:
Investigadores incluye Becarios de I+D

	INVESTIGADORES POR DISCIPLINA CIENTÍFICA	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	RESEARCHERS BY SCIENTIFIC FIELD	
Portugal	Ciencias Agrícolas (Personas Físicas)										8,06%	7,67%	7,29%	7,12%	6,97%	6,44%	5,93%	4,89%	4,16%	3,30%	Agricultural Sciences (Head Count)	Portugal
Portugal	Humanidades (Personas Físicas)										10,22%	10,07%	9,93%	10,21%	10,45%	10,34%	10,23%	9,64%	9,23%	10,28%	Humanities (Head Count)	Portugal
Portugal	Ingeniería y Tecnología (Personas Físicas)										25,34%	25,27%	25,21%	25,30%	25,37%	26,23%	27,05%	31,29%	34,23%	26,62%	Engineering and Technology (Head Count)	Portugal
Portugal	Ciencias Médicas (Personas Físicas)										15,08%	14,77%	14,47%	14,16%	13,89%	14,50%	15,08%	12,86%	11,32%	14,21%	Medical Sciences (Head Count)	Portugal
Portugal	Cs. Naturales y Exactas (Personas Físicas)										25,05%	25,80%	26,49%	25,80%	25,20%	25,00%	24,80%	24,71%	24,65%	25,00%	Natural and Exact Sciences (Head Count)	Portugal
Portugal	Ciencias Sociales (Personas Físicas)										16,25%	16,42%	16,59%	17,41%	18,11%	17,50%	16,91%	16,61%	16,40%	20,60%	Social Sciences (Head Count)	Portugal
Portugal	Total (Personas Físicas)										100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	Total (Head Count)	Portugal
España	Ciencias Agrícolas (Personas Físicas)																				Agricultural Sciences (Head Count)	Spain
España	Humanidades (Personas Físicas)																				Humanities (Head Count)	Spain
España	Ingeniería y Tecnología (Personas Físicas)																				Engineering and Technology (Head Count)	Spain
España	Ciencias Médicas (Personas Físicas)																				Medical Sciences (Head Count)	Spain
España	Cs. Naturales y Exactas (Personas Físicas)																				Natural and Exact Sciences (Head Count)	Spain
España	Ciencias Sociales (Personas Físicas)																				Social Sciences (Head Count)	Spain
España	Total (Personas Físicas)																				Total (Head Count)	Spain

Notas:
Investigadores incluye Becarios de I+D
Portugal: Para el año 1999 existen 667 investigadores del sector empresas que no tienen asignada la disciplina científica.

	INVESTIGADORES POR SECTOR	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	RESEARCHERS BY SECTOR OF EMPLOYEMENT	
Portugal	Educación Superior (EJC)			56,60%			50,44%		54,80%	53,47%	52,33%	51,33%	50,45%	50,05%	49,71%	50,81%	51,86%	48,82%	46,54%	57,26%	Higher Education (FTE)	Portugal
Portugal	Empresas (EJC)			10,50%			9,27%		8,74%	10,84%	12,66%	14,09%	15,36%	17,16%	18,74%	18,87%	19,00%	25,33%	30,09%	25,52%	Enterprises (FTE)	Portugal
Portugal	Gobierno (EJC)			21,10%			23,63%		21,47%	21,69%	21,87%	21,18%	20,57%	18,66%	16,99%	16,38%	15,80%	13,18%	11,21%	7,93%	Government (FTE)	Portugal
Portugal	Org.priv.sin fines de lucro (EJC)			11,80%			16,66%		14,99%	14,00%	13,14%	13,40%	13,63%	14,12%	14,55%	13,94%	13,34%	12,67%	12,16%	9,29%	Non profit private organizations (FTE)	Portugal
Portugal	Total (EJC)			100,00%			100,00%		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	Total (FTE)	Portugal
Portugal	Educación Superior (Personas Físicas)			60,60%			58,86%		59,91%	58,17%	56,80%	56,10%	55,47%	55,49%	55,52%	56,08%	56,62%	53,90%	51,91%	61,88%	Higher Education (Head Count)	Portugal
Portugal	Empresas (Personas Físicas)			10,80%			9,01%		9,99%	10,96%	11,73%	13,36%	14,85%	16,01%	17,02%	16,69%	16,38%	23,14%	28,10%	24,25%	Enterprises (Head Count)	Portugal
Portugal	Gobierno (Personas Físicas)			17,90%			16,79%		14,91%	17,15%	18,92%	17,77%	16,73%	15,28%	14,02%	14,44%	14,83%	11,44%	8,96%	5,89%	Government (Head Count)	Portugal
Portugal	Org.priv.sin fines de lucro (Personas Físicas)			10,70%			15,34%		15,19%	13,71%	12,55%	12,76%	12,95%	13,21%	13,44%	12,79%	12,17%	11,52%	11,03%	7,98%	Non profit private organizations (Head Count)	Portugal
Portugal	Total (Personas Físicas)			100,00%			100,00%		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	Total (Head Count)	Portugal
España	Educación Superior (EJC)	50,18%	51,12%	53,18%	55,36%	59,73%	58,44%	59,76%	56,88%	57,28%	54,96%	54,86%	58,65%	54,88%	53,17%	51,11%	49,24%	47,88%	47,96%		Higher Education (FTE)	Spain
España	Empresas (EJC)	29,21%	28,60%	27,81%	25,96%	23,13%	22,82%	21,50%	22,29%	23,07%	24,65%	27,22%	23,68%	29,56%	29,81%	31,74%	31,93%	34,49%	34,33%		Enterprises (FTE)	Spain
España	Gobierno (EJC)	20,23%	19,88%	18,38%	17,84%	16,34%	17,66%	17,67%	19,47%	18,29%	19,38%	16,58%	16,66%	15,15%	16,74%	16,98%	18,63%	17,33%	17,46%		Government (FTE)	Spain
España	Org.priv.sin fines de lucro (EJC)	0,38%	0,41%	0,63%	0,85%	0,81%	1,09%	1,06%	1,36%	1,36%	1,00%	1,34%	1,01%	0,40%	0,28%	0,17%	0,19%	0,31%	0,24%		Non profit private organizations (FTE)	Spain
España	Total (EJC)	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%		Total (FTE)	Spain
España	Educación Superior (Personas Físicas)								71,41%		70,66%		70,55%	67,30%	64,69%	62,01%	60,12%	58,58%			Higher Education (Head Count)	Spain
España	Empresas (Personas Físicas)								13,41%		14,85%		15,02%	20,26%	21,51%	23,54%	24,10%	26,56%			Enterprises (Head Count)	Spain
España	Gobierno (Personas Físicas)								14,03%		13,61%		13,31%	12,08%	13,54%	14,26%	15,58%	14,48%			Government (Head Count)	Spain
España	Org.priv.sin fines de lucro (Personas Físicas)								1,15%		0,88%		1,12%	0,36%	0,27%	0,19%	0,20%	0,37%			Non profit private organizations (Head Count)	Spain
España	Total (Personas Físicas)								100,00%		100,00%		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%			Total (Head Count)	Spain

Notas:
EJC: Corresponde a Equivalente a Jornada Completa

	PERSONAL POR GÉNERO	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	S&T PERSONNEL BY GENDER	
Portugal	Femenino (Personal de apoyo)														52,51%	52,54%	52,58%	42,06%	36,31%	35,59%	Female (Technicians)	Portugal
Portugal	Femenino (Becarios I + D/doctorado)																				Female (Scholars I + D/doctorates)	Portugal
Portugal	Femenino (Investigadores)						40,05%		41,49%		43,19%	43,39%	43,58%	43,98%	44,33%	44,35%	44,37%	43,84%	43,45%	43,03%	Female (Researchers)	Portugal
Portugal	Femenino (Personal de servicios C - T)																				Female (S&T services personnel)	Portugal
Portugal	Femenino (Técnicos y personal asimilado)														39,35%	39,56%	39,79%	36,27%	34,00%	35,18%	Female (Technicians and equivalent staff)	Portugal
Portugal	Femenino (Total Personal en C y T)																				Female (Total)	Portugal
Portugal	Masculino (Personal de apoyo)														47,49%	47,46%	47,42%	57,94%	63,69%	64,41%	Male (Technicians)	Portugal
Portugal	Masculino (Becarios I + D/doctorado)																				Male (Scholars I + D/doctorates)	Portugal
Portugal	Masculino (Investigadores)						59,95%		58,51%		56,81%	56,61%	56,42%	56,02%	55,67%	55,65%	55,63%	56,16%	56,55%	56,97%	Male (Researchers)	Portugal
Portugal	Masculino (Personal de servicios C - T)																				Male (S&T services personnel)	Portugal

Portugal	Masculino (Técnicos y personal asimilado)															60,65%	60,44%	60,21%	63,73%	66,00%	64,82%	Male (Technicians and equivalent staff)	Portugal
Portugal	Masculino (Total Personal en C y T)																					Male (Total)	Portugal
España	Femenino (Personal de apoyo)	27,20%	27,60%	33,50%	33,23%		31,40%		36,90%		36,65%		36,77%	39,37%	39,06%	39,24%	39,57%	40,06%				Female (Technicians)	Spain
España	Femenino (Becarios I + D/doctorado)																					Female (Scholars I + D/doctorates)	Spain
España	Femenino (Investigadores)	26,10%	26,54%	27,70%	27,50%		30,50%		32,80%		32,67%		35,37%	35,21%	36,27%	36,11%	36,69%	36,69%				Female (Researchers)	Spain
España	Femenino (Personal de servicios C - T)																					Female (S&T services personnel)	Spain
España	Femenino (Técnicos y personal asimilado)																					Female (Technicians and equivalent staff)	Spain
España	Femenino (Total Personal en C y T)	26,48%	26,87%	29,72%	29,44%		30,79%		34,15%		34,05%		35,83%	36,68%	37,29%	37,26%	37,73%	37,96%				Female (Total)	Spain
España	Masculino (Personal de apoyo)	72,80%	72,40%	66,50%	66,77%		68,60%		63,10%		63,35%		63,23%	60,63%	60,94%	60,76%	60,43%	59,94%				Male (Technicians)	Spain
España	Masculino (Becarios I + D/doctorado)																					Male (Scholars I + D/doctorates)	Spain
España	Masculino (Investigadores)	73,90%	73,46%	72,30%	72,50%		69,50%		67,20%		67,33%		64,63%	64,79%	63,73%	63,89%	63,31%	63,31%				Male (Researchers)	Spain
España	Masculino (Personal de servicios C - T)																					Male (S&T services personnel)	Spain
España	Masculino (Técnicos y personal asimilado)																					Male (Technicians and equivalent staff)	Spain
España	Masculino (Total Personal en C y T)	73,52%	73,13%	70,28%	70,56%		69,21%		65,85%		65,95%		64,17%	63,32%	62,71%	62,74%	62,27%	62,04%				Male (Total)	Spain

Notas:
Porcentajes calculados en Personas Físicas
Portugal: En el año 2005 en “otro personal de apoyo” incluye al personal técnico.
España: Corresponde a Personal de I+D

INVESTIGADORES POR CADA MIL INTEGRANTES DE LA PEA		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	RESEARCHERS PER THOUSAND LABOUR FORCE	
Portugal	EJC	1,19	0,00	2,03	0,00	0,00	2,55	0,00	2,94	2,88	3,07	3,20	3,33	3,51	3,71	3,77	3,81	4,41	5,02	7,18	FTE	Portugal
Portugal	Personas Físicas	2,56	0,00	3,33	0,00	0,00	4,11	0,00	4,81	0,00	5,52	5,69	5,85	6,19	6,57	6,71	6,81	7,98	9,16	13,35	Head Count	Portugal
España	EJC	2,40	2,57	2,62	2,70	2,98	2,92	3,13	3,22	3,55	3,56	4,29	4,45	4,43	4,74	5,00	5,28	5,39	5,55	0,00	FTE	Spain
España	Personas Físicas	4,24	4,65	4,87	4,99	0,00	6,17	0,00	6,21	0,00	6,74	0,00	7,80	7,98	8,13	8,41	8,70	8,98	9,35	0,00	Head Count	Spain

Notas:
Investigadores incluye Becarios de I+D
España: Para los años 2001 y 2002 se incluyen becarios de I+D y postdoctorados

PERSONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	S&T PERSONNEL	
Portugal	Personal de apoyo (EJC)	6134	0	3997	0	0	2207	0	2487	2531	2575	2473	2371	2235	2098	1891	1683	2274	2866	2466	Supporting staff (FTE)	Portugal
Portugal	Becarios I + D/doctorado (EJC)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	PHD scholars/R&D assistants (FTE)	Portugal
Portugal	Investigadores (EJC)	5908	0	9451	0	0	11599	0	13642	14697	15751	16738	17725	18984	20242	20684	21126	24651	28176	40408	Researchers (FTE)	Portugal
Portugal	Personal de servicios C-T (EJC)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	S&T services personnel (FTE)	Portugal
Portugal	Técnicos y personal asimilado (EJC)	0	0	0	0	0	1660	0	1906	2192	2479	2676	2874	3031	3189	3054	2918	3605	4292	5008	Technicians and equivalent staff (FTE)	Portugal
Portugal	Total (EJC)	12042	0	13448	0	0	15465	0	18035	19420	20806	21888	22970	24250	25529	25629	25728	30531	35334	47882	Total (FTE)	Portugal
Portugal	Personal de apoyo (Personas Físicas)	6278	0	6085	0	0	3499	0	3949	0	4241	3897	3553	3477	3401	2999	2596	3676	4756	4585	Supporting staff (Head Count)	Portugal
Portugal	Becarios I + D/doctorado (Personas Físicas)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	PHD scholars/R&D assistants (Head Count)	Portugal
Portugal	Investigadores (Personas Físicas)	12675	0	15522	0	0	18690	0	22355	0	28375	29761	31146	33501	35855	36812	37769	44606	51443	75073	Researchers (Head Count)	Portugal
Portugal	Personal de servicios C-T (Personas Físicas)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	S&T services personnel (Head Count)	Portugal
Portugal	Técnicos y personal asimilado (Personas Físicas)	0	0	0	0	0	2835	0	3109	0	4256	4360	4464	4622	4780	4500	4220	5387	6553	7907	Technicians and equivalent staff (Head Count)	Portugal
Portugal	Total (Personas Físicas)	18953	0	21607	0	0	25024	0	29413	0	36872	38018	39163	41600	44036	44311	44585	53669	62752	87565	Total (Head Count)	Portugal

España	Personal de apoyo (EJC)	32008	31764	31639	32367	32532	32645	35631	33267	36829	40670	43948	45669	50940	58964	60938	65053	73179	0	0	Supporting staff (FTE)	Spain
España	Becarios I + D/doctorado (EJC)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	PHD scholars/R&D assistants (FTE)	Spain
España	Investigadores (EJC)	37676	40642	41681	43367	47867	47342	51633	53883	60269	61568	76670	80081	83318	92523	100994	109720	115798	122624	0	Researchers (FTE)	Spain
España	Personal de servicios C-T (EJC)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	S&T services personnel (FTE)	Spain
España	Técnicos y personal asimilado (EJC)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Technicians and equivalent staff (FTE)	Spain
España	Total (EJC)	69684	72406	73320	75734	80399	79987	87264	87150	97098	102238	120618	125750	134258	151487	161933	174773	188977	0	0	Total (FTE)	Spain
España	Personal de apoyo (Personas Físicas)	34964	35043	41319	40985	0	46976	0	51212	0	61593	0	68604	81921	91403	97972	101781	116869	0	0	Supporting staff (Head Count)	Spain
España	Becarios I + D/doctorado (Personas Físicas)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	PHD scholars/R&D assistants (Head Count)	Spain
España	Investigadores (Personas Físicas)	66582	73551	77430	80113	0	100070	0	103905	0	116595	0	140407	150098	158566	169970	181023	193024	206681	0	Researchers (Head Count)	Spain
España	Personal de servicios C-T (Personas Físicas)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	S&T services personnel (Head Count)	Spain
España	Técnicos y personal asimilado (Personas Físicas)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Technicians and equivalent staff (Head Count)	Spain
España	Total (Personas Físicas)	101546	108594	118749	121098	0	147046	0	155117	0	178188	0	209011	232019	249969	267942	282804	309893	0	0	Total (Head Count)	Spain

Notas:
EJC: Corresponde a Equivalente a Jornada Completa
Portugal: En los datos correspondientes al año 2005 “otro personal de apoyo” incluye personal técnico.

GASTO EN CYT POR DISCIPLINA CIENTÍFICA		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	EXPENDITURE BY FIELD OF SCIENCE	
Portugal	Ciencias Agrícolas (ACT)																				Agro Sciences (STA)	Portugal
Portugal	Humanidades (ACT)																				Humanities (STA)	Portugal
Portugal	Ingeniería y Tecnología (ACT)																				Engineering and Tech. (STA)	Portugal
Portugal	Ciencias Médicas (ACT)																				Medical Sciences (STA)	Portugal
Portugal	Cs. Naturales y Exactas (ACT)																				Natural Sciences (STA)	Portugal
Portugal	Sin asignar (ACT)																				Not specified (STA)	Portugal
Portugal	Ciencias Sociales (ACT)																				Social Sciences (STA)	Portugal
Portugal	Total (ACT)																				Total (STA)	Portugal
Portugal	Ciencias Agrícolas (I + D)								10,39%		10,05%	9,05%	8,27%	7,94%	7,61%	7,49%	8,55%	6,23%	4,82%	3,37%	Agro Sciences (R&D)	Portugal
Portugal	Humanidades (I + D)								4,13%		5,32%	5,36%	5,39%	5,52%	5,65%	5,32%	5,14%	4,66%	4,36%	4,22%	Humanities (R&D)	Portugal
Portugal	Ingeniería y Tecnología (I + D)								19,49%		20,88%	18,87%	17,29%	16,36%	15,42%	16,41%	46,93%	44,76%	43,43%	39,73%	Engineering and Tech. (R&D)	Portugal
Portugal	Ciencias Médicas (I + D)								6,96%		8,26%	7,40%	6,73%	7,00%	7,28%	7,25%	10,91%	9,69%	8,94%	10,77%	Medical Sciences (R&D)	Portugal
Portugal	Cs. Naturales y Exactas (I + D)								24,03%		21,18%	20,47%	19,91%	19,89%	19,86%	17,46%	18,12%	21,40%	23,40%	29,90%	Natural Sciences (R&D)	Portugal
Portugal	Sin asignar (I + D)								22,46%		22,68%	27,80%	31,81%	32,48%	33,15%	36,03%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	Not specified (R&D)	Portugal
Portugal	Ciencias Sociales (I + D)								12,54%		11,62%	11,05%	10,60%	10,81%	11,03%	10,05%	10,34%	13,27%	15,04%	12,00%	Social Sciences (R&D)	Portugal
Portugal	Total (I + D)								100,00%		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	Total (R&D)	Portugal

España	Ciencias Agrícolas (ACT)																				Agro Sciences (STA)	Spain
España	Humanidades (ACT)																				Humanities (STA)	Spain
España	Ingeniería y Tecnología (ACT)																				Engineering and Tech. (STA)	Spain
España	Ciencias Médicas (ACT)																				Medical Sciences (STA)	Spain
España	Cs. Naturales y Exactas (ACT)																				Natural Sciences (STA)	Spain
España	Sin asignar (ACT)																				Not specified (STA)	Spain
España	Ciencias Sociales (ACT)																				Social Sciences (STA)	Spain
España	Total (ACT)																				Total (STA)	Spain
España	Ciencias Agrícolas (I + D)	7,89%	7,69%	6,77%	6,82%	6,84%	6,76%	7,42%	7,36%	7,15%	7,22%	6,75%	7,10%	5,90%							Agro Sciences (R&D)	Spain
España	Humanidades (I + D)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%							Humanities (R&D)	Spain
España	Ingeniería y Tecnología (I + D)	61,60%	60,12%	56,70%	54,07%	52,16%	51,22%	50,31%	50,31%	52,45%	52,86%	54,41%	52,60%	53,14%							Engineering and Tech. (R&D)	Spain

España	Ciencias Médicas (I + D)	12,12%	12,97%	13,00%	13,43%	12,96%	13,77%	13,15%	13,75%	13,86%	13,39%	13,24%	14,32%	14,17%							Medical Sciences (R&D)	Spain
España	Cs. Naturales y Exactas (I + D)	10,60%	10,71%	13,20%	13,45%	18,70%	19,76%	20,76%	20,09%	18,54%	18,56%	17,78%	18,03%	19,13%							Natural Sciences (R&D)	Spain
España	Sin asignar (I + D)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%							Not specified (R&D)	Spain
España	Ciencias Sociales (I + D)	7,78%	8,51%	10,32%	12,23%	9,33%	8,49%	8,37%	8,49%	8,00%	7,97%	7,82%	7,96%	7,66%							Social Sciences (R&D)	Spain
España	Total (I + D)	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%							Total (R&D)	Spain

Notas:
ACT corresponde a actividades científicas y tecnológicas
Portugal: El porcentaje sin asignar para los años 1997 al 2003 corresponde al Gasto en I+D del sector empresas. Para el año 2001, se incluyen el Gasto en I+D de todos los sectores.

	CRÉDITOS PRESUPUESTARIOS PÚBLICOS EN I+D POR OBJETIVO SO	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	GOVERNMENT APPROPRIATIONS ON R&D BY SOCIO-ECON	
Portugal	Tecnología Agrícola (I + D)							11,31%	13,18%	12,89%	12,10%	13,00%	13,14%	12,89%	12,01%	11,82%	8,48%	8,13%	0,00%	0,00%	Agricultural Technology (R&D)	Portugal
Portugal	Medio Ambiente (I + D)							4,22%	4,32%	4,25%	4,30%	4,40%	3,66%	3,54%	3,33%	3,74%	3,85%	3,76%	0,00%	0,00%	Environment (R&D)	Portugal
Portugal	Otra investigación civil (I + D)							1,08%	4,26%	4,19%	3,32%	3,39%	2,10%	2,03%	1,90%	3,61%	3,24%	3,16%	0,00%	0,00%	Other civil research (R&D)	Portugal
Portugal	Defensa (I + D)							2,16%	1,38%	1,33%	1,60%	1,18%	2,07%	1,91%	2,00%	0,82%	0,67%	0,56%	0,00%	0,00%	Defense (R&D)	Portugal
Portugal	Energía (I + D)							0,48%	1,38%	1,37%	0,85%	0,87%	1,35%	1,31%	1,23%	0,92%	0,97%	0,95%	0,00%	0,00%	Energy (R&D)	Portugal
Portugal	Espacio (I + D)							0,00%	0,31%	0,31%	0,53%	0,55%	0,50%	0,48%	0,45%	0,22%	0,33%	0,33%	0,00%	0,00%	Space (R&D)	Portugal
Portugal	Explotación de la Tierra (I + D)							3,79%	2,71%	2,64%	1,58%	1,61%	2,01%	1,94%	1,82%	1,72%	1,23%	1,20%	0,00%	0,00%	Exploitation of the earth (R&D)	Portugal
Portugal	Tecnología Industrial (I + D)							14,66%	11,60%	15,09%	15,48%	13,04%	11,70%	17,40%	17,10%	16,68%	15,29%	16,92%	0,00%	0,00%	Industrial Technology (R&D)	Portugal
Portugal	Infraestructura (I + D)							2,50%	2,81%	2,75%	7,38%	7,56%	5,23%	5,07%	4,76%	4,78%	6,76%	6,60%	0,00%	0,00%	Infrastructures (R&D)	Portugal
Portugal	Investigación no orientada (I + D)							9,96%	7,47%	7,31%	8,00%	8,19%	10,49%	10,17%	9,54%	10,98%	9,40%	9,16%	0,00%	0,00%	Non-oriented Research (R&D)	Portugal
Portugal	Salud Humana (I + D)							4,75%	5,29%	5,17%	6,49%	6,63%	8,06%	7,82%	7,32%	8,08%	7,21%	7,03%	0,00%	0,00%	Human Health (R&D)	Portugal
Portugal	Sin asignar (I + D)							0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%			Not specified (R&D)	Portugal
Portugal	Relaciones Sociales (I + D)							4,25%	4,28%	4,21%	3,35%	3,43%	4,08%	3,95%	3,71%	3,60%	3,80%	3,70%	0,00%	0,00%	Social Relationships (R&D)	Portugal
Portugal	Total (I + D)							100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%			Total (R&D)	Portugal
Portugal	I+D financiada con fondos de universidades (I + D)							40,84%	41,00%	38,49%	35,02%	36,16%	35,61%	31,49%	34,84%	33,06%	38,75%	38,51%	0,00%	0,00%	R & D Financed by University Funds (R&D)	Portugal

España	Tecnología Agrícola (I + D)						4,80%	4,61%	4,98%	5,63%	5,17%	6,02%	4,94%	5,45%	3,78%	5,35%	6,33%	6,25%	6,95%	0,00%	Agricultural Technology (R&D)	Spain
España	Medio Ambiente (I + D)						2,91%	3,04%	2,74%	3,66%	3,64%	3,87%	5,90%	2,31%	1,88%	2,76%	3,01%	3,72%	4,31%	0,00%	Environment (R&D)	Spain
España	Otra investigación civil (I + D)						1,79%	2,14%	1,74%	1,69%	1,27%	1,78%	0,16%	0,27%	0,88%	3,70%	3,72%	4,01%	10,63%	0,00%	Other civil research (R&D)	Spain
España	Defensa (I + D)						0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	23,90%	18,88%	16,41%	16,22%	13,11%	0,00%	Defense (R&D)	Spain
España	Energía (I + D)						3,02%	2,81%	5,22%	4,92%	5,28%	5,16%	1,75%	1,77%	1,67%	2,00%	2,24%	2,70%	3,23%	0,00%	Energy (R&D)	Spain
España	Espacio (I + D)						8,94%	8,67%	8,08%	7,45%	6,52%	7,88%	3,82%	4,63%	3,02%	3,32%	3,52%	2,92%	3,20%	0,00%	Space (R&D)	Spain
España	Explotación de la Tierra (I + D)						2,68%	2,81%	2,74%	2,67%	2,69%	2,87%	3,51%	1,63%	1,09%	1,15%	1,58%	1,20%	1,16%	0,00%	Exploitation of the earth (R&D)	Spain
España	Tecnología Industrial (I + D)						22,57%	22,06%	21,52%	21,38%	24,83%	22,64%	26,61%	27,64%	21,36%	22,08%	18,52%	19,53%	21,11%	0,00%	Industrial Technology (R&D)	Spain
España	Infraestructura (I + D)						0,67%	0,68%	0,50%	0,84%	1,21%	0,86%	2,71%	5,04%	3,54%	4,36%	5,53%	4,26%	6,41%	0,00%	Infrastructures (R&D)	Spain
España	Investigación no orientada (I + D)						9,50%	7,60%	9,70%	9,85%	7,84%	10,52%	3,35%	6,40%	5,99%	5,46%	10,99%	7,27%	0,00%	0,00%	Non-oriented Research (R&D)	Spain
España	Salud Humana (I + D)						5,81%	6,30%	6,22%	6,47%	6,73%	6,88%	3,51%	9,12%	7,53%	8,68%	8,18%	10,45%	10,73%	0,00%	Human Health (R&D)	Spain
España	Sin asignar (I + D)						0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%		Not specified (R&D)	Spain
España	Relaciones Sociales (I + D)						1,12%	1,24%	0,87%	0,84%	1,10%	0,86%	2,71%	0,68%	0,43%	1,55%	2,17%	3,11%	3,39%	0,00%	Social Relationships (R&D)	Spain
España	Total (I + D)						100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%		Total (R&D)	Spain
España	I+D financiada con fondos de universidades (I + D)						36,20%	38,04%	35,70%	34,60%	33,72%	30,67%	41,04%	35,06%	24,92%	20,70%	17,81%	18,37%	15,78%	0,00%	R & D Financed by University Funds (R&D)	Spain

Notas:
I+D corresponde a investigación y desarrollo experimental

	GASTO EN CYT POR OBJETIVO SOCIOECONÓMICO	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	EXPENDITURE ON R&D BY SOCIO-ECONOMIC OBJECTIVE	
Portugal	Tecnología Agrícola (ACT)																				Agricultural Technology (STA)	Portugal
Portugal	Medio Ambiente (ACT)																				Environment (STA)	Portugal
Portugal	Otra Investigación Civil (ACT)																				Other civil research (STA)	Portugal
Portugal	Defensa (ACT)																				Defence (STA)	Portugal
Portugal	Energía (ACT)																				Energy (STA)	Portugal
Portugal	Espacio (ACT)																				Space (STA)	Portugal
Portugal	Explotación de la Tierra (ACT)																				Exploitation of the earth (STA)	Portugal
Portugal	Tecnología Industrial (ACT)																				Industrial Technology (STA)	Portugal
Portugal	Infraestructura (ACT)																				Infrastructures (STA)	Portugal
Portugal	Investigación no Orientada (ACT)																				Non-oriented Research (STA)	Portugal
Portugal	Salud Humana (ACT)																				Human Health (STA)	Portugal
Portugal	Sin asignar (ACT)																				Not specified (STA)	Portugal
Portugal	Relaciones Sociales (ACT)																				Social Relationships (STA)	Portugal
Portugal	Total (ACT)																				Total (STA)	Portugal
Portugal	Tecnología Agrícola (I + D)	15,70%		12,40%			10,97%		13,45%	13,11%	12,87%	11,87%	11,98%	11,31%	10,62%	9,75%	9,01%	6,59%	5,11%		Agricultural Technology (R&D)	Portugal
Portugal	Medio Ambiente (I + D)	11,70%		8,50%			0,00%		6,00%	5,95%	5,92%	5,15%	5,79%	5,36%	4,92%	4,73%	4,57%	4,33%	4,18%		Environment (R&D)	Portugal
Portugal	Otra Investigación Civil (I + D)	0,00%		0,00%			0,00%		2,05%	1,84%	1,70%	1,35%	2,11%	2,17%	2,24%	2,13%	2,03%	4,14%	5,42%		Other civil research (R&D)	Portugal
Portugal	Defensa (I + D)	0,70%		0,40%			1,15%		0,73%	0,58%	0,47%	0,71%	0,91%	0,84%	0,76%	0,73%	0,70%	0,40%	0,21%		Defence (R&D)	Portugal
Portugal	Energía (I + D)	0,00%		0,00%			0,00%		1,53%	1,21%	0,99%	1,07%	2,01%	1,68%	1,35%	1,39%	1,43%	2,62%	3,35%		Energy (R&D)	Portugal
Portugal	Espacio (I + D)	0,00%		0,00%			0,00%		0,33%	0,40%	0,45%	0,40%	0,37%	0,36%	0,34%	0,38%	0,42%	0,50%	0,54%		Space (R&D)	Portugal
Portugal	Explotación de la Tierra (I + D)	0,00%		0,00%			10,59%		3,07%	2,53%	2,14%	1,96%	1,88%	1,83%	1,77%	1,59%	1,43%	1,22%	1,09%		Exploitation of the earth (R&D)	Portugal
Portugal	Tecnología Industrial (I + D)	22,60%		19,40%			15,73%		10,82%	9,92%	9,29%	9,12%	30,67%	31,46%	32,27%	34,12%	35,70%	35,31%	35,07%		Industrial Technology (R&D)	Portugal
Portugal	Infraestructura (I + D)	5,30%		7,50%			3,35%		3,72%	6,44%	8,37%	6,70%	10,07%	9,39%	8,70%	9,73%	10,61%	13,96%	16,00%		Infrastructures (R&D)	Portugal
Portugal	Investigación no Orientada (I + D)	26,30%		36,40%			22,67%		19,45%	19,48%	19,50%	18,99%	18,74%	19,80%	20,88%	19,19%	17,75%	16,03%	14,98%		Non-oriented Research (R&D)	Portugal
Portugal	Salud Humana (I + D)	8,80%		9,40%			7,27%		7,92%	8,48%	8,87%	8,38%	8,99%	9,27%	9,57%	9,71%	9,83%	8,91%	8,35%		Human Health (R&D)	Portugal
Portugal	Sin asignar (I + D)	0,00%		0,00%			20,92%		22,46%	22,59%	22,68%	27,80%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%		Not specified (R&D)	Portugal
Portugal	Relaciones Sociales (I + D)	8,90%		6,00%			7,36%		8,47%	7,46%	6,74%	6,50%	6,48%	6,53%	6,59%	6,56%	6,53%	6,01%	5,69%		Social Relationships (R&D)	Portugal
Portugal	Total (I + D)	100,00%		100,00%			100,00%		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%		Total (R&D)	Portugal

España	Tecnología Agrícola (ACT)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
--------	---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

España	Defensa (I + D)																		0,45%		Defence (R&D)	Spain
España	Energía (I + D)																		1,56%		Energy (R&D)	Spain
España	Espacio (I + D)																		1,75%		Space (R&D)	Spain
España	Explotación de la Tierra (I + D)																		2,13%		Exploitation of the earth (R&D)	Spain
España	Tecnología Industrial (I + D)																		5,49%		Industrial Technology (R&D)	Spain
España	Infraestructura (I + D)																		3,69%		Infraestructures (R&D)	Spain
España	Investigación no Orientada (I + D)																		7,57%		Non-oriented Research (R&D)	Spain
España	Salud Humana (I + D)																		9,95%		Human Health (R&D)	Spain
España	Sin asignar (I + D)																		55,87%		Not specified (R&D)	Spain
España	Relaciones Sociales (I + D)																		3,94%		Social Relationships (R&D)	Spain
España	Total (I + D)																		100,00%		Total (R&D)	Spain

Notas:
ACT corresponde a actividades científicas y tecnológicas
Portugal: Los porcentajes sin asignar para los años 1997 a 2000 corresponden al Gasto en I+D del sector empresas. A partir del año 2001, se incluye el Gasto en I+D por objetivo socioeconómico de todos los sectores.
España: Los gastos desagregados por objetivo socioeconómico para el año 2007 no incluyen al sector empresas

	GASTO EN CYT POR SECTOR DE EJECUCIÓN	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	EXPENDITURE ON S&T BY PERFORMANCE SECTOR	
Portugal	Educación Superior (ACT)																				Higher Education (STA)	Portugal
Portugal	Empresas (ACT)																				Enterprises (STA)	Portugal
Portugal	Gobierno (ACT)																				Government (STA)	Portugal
Portugal	Org.priv.sin fines de lucro (ACT)																				Non profit private organizations (STA)	Portugal
Portugal	Total (ACT)																				Total (STA)	Portugal
Portugal	Educación Superior (I + D)	36,03%		43,02%			37,05%		40,04%		38,58%	37,50%	36,66%	37,53%	38,43%	36,79%	35,40%	31,89%	29,75%	34,48%	Higher Education (R & D)	Portugal
Portugal	Empresas (I + D)	26,11%		21,71%			20,92%		22,46%		22,68%	27,80%	31,81%	32,48%	33,15%	36,03%	38,47%	46,40%	51,24%	50,10%	Enterprises (R & D)	Portugal
Portugal	Gobierno (I + D)	25,45%		22,13%			27,02%		24,22%		27,94%	23,92%	20,75%	18,83%	16,87%	15,65%	14,62%	11,34%	9,35%	7,28%	Government (R & D)	Portugal
Portugal	Org.priv.sin fines de lucro (I + D)	12,41%		13,15%			15,01%		13,28%		10,79%	10,78%	11,16%	11,54%	11,53%	11,52%	10,36%	9,66%	8,14%		Non profit private organizations (R & D)	Portugal
Portugal	Total (I + D)	100,00%		100,00%			100,00%		100,00%		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	Total (R & D)	Portugal

España	Educación Superior (ACT)																				Higher Education (STA)	Spain
España	Empresas (ACT)																				Enterprises (STA)	Spain
España	Gobierno (ACT)																				Government (STA)	Spain
España	Org.priv.sin fines de lucro (ACT)																				Non profit private organizations (STA)	Spain
España	Total (ACT)																				Total (STA)	Spain
España	Educación Superior (I + D)	20,37%	22,22%	28,91%	31,28%	31,58%	32,02%	32,26%	32,73%	30,51%	30,12%	29,62%	30,92%	29,78%	30,34%	29,53%	29,03%	27,64%	26,37%	54,92%	Higher Education (R & D)	Spain
España	Empresas (I + D)	57,83%	56,00%	50,51%	47,75%	46,76%	48,23%	48,35%	48,80%	52,11%	51,99%	53,66%	52,37%	54,58%	54,10%	54,38%	53,79%	55,50%	55,87%	26,75%	Enterprises (R & D)	Spain
España	Gobierno (I + D)	21,26%	21,27%	20,01%	20,00%	20,70%	18,62%	18,30%	17,37%	16,27%	16,88%	15,82%	15,88%	15,40%	15,36%	15,96%	17,04%	16,68%	17,60%	18,18%	Government (R & D)	Spain
España	Org.priv.sin fines de lucro (I + D)	0,55%	0,52%	0,57%	0,97%	0,97%	1,12%	1,10%	1,10%	1,01%	0,90%	0,83%	0,24%	0,19%	0,13%	0,14%		0,18%	0,16%	0,16%	Non profit private organizations (R & D)	Spain
España	Total (I + D)	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	Total (R & D)	Spain

Notas:
ACT corresponde a actividades científicas y tecnológicas

	GASTO EN CYT POR SECTOR DE FINANCIAMIENTO	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	EXPENDITURE ON S&T BY FUNDING SOURCE	
Portugal	Educación Superior (ACT)																				Higher Education (STA)	Portugal
Portugal	Empresas (ACT)																				Enterprises (STA)	Portugal
Portugal	Extranjero (ACT)																				Foreign (STA)	Portugal
Portugal	Gobierno (ACT)																				Government (STA)	Portugal
Portugal	Org.priv.sin fines de lucro (ACT)																				Non profit private organizations (STA)	Portugal
Portugal	Total (ACT)																				Total (STA)	Portugal
Portugal	Educación Superior (I+D)	1,00%		1,00%			1,21%		1,54%		1,31%	1,05%	0,85%	1,05%	1,26%	1,12%	1,01%	0,80%	0,68%	3,57%	Higher Education (R&D)	Portugal
Portugal	Empresas (I+D)	27,00%		20,00%			19,47%		21,24%		21,32%	27,05%	31,54%	31,63%	31,73%	34,18%	36,27%	42,96%	47,03%	48,08%	Enterprises (R&D)	Portugal
Portugal	Extranjero (I+D)	5,00%		15,00%			11,90%		6,13%		5,34%	5,19%	5,07%	5,03%	5,00%	4,84%	4,70%	5,16%	5,43%	2,99%	Foreign (R&D)	Portugal
Portugal	Gobierno (I+D)	61,00%		59,00%			65,28%		68,21%		69,68%	64,79%	60,95%	60,53%	60,11%	57,45%	55,20%	48,59%	44,56%	43,71%	Government (R&D)	Portugal
Portugal	Org.priv.sin fines de lucro (I+D)	6,00%		5,00%			2,13%		2,88%		2,34%	1,92%	1,60%	1,75%	1,91%	2,40%	2,83%	2,50%	2,30%	1,65%	Non profit private organizations (R&D)	Portugal
Portugal	Total (I+D)	100,00%		100,00%			100,00%		100,00%		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	Total (R&D)	Portugal

España	Educación Superior (ACT)																				Higher Education (STA)	Spain
España	Empresas (ACT)																				Enterprises (STA)	Spain
España	Extranjero (ACT)																				Foreign (STA)	Spain
España	Gobierno (ACT)																				Government (STA)	Spain
España	Org.priv.sin fines de lucro (ACT)																				Non profit private organizations (STA)	Spain
España	Total (ACT)																				Total (STA)	Spain
España	Educación Superior (I+D)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,94%	0,00%	0,00%	Higher Education (R&D)	Spain
España	Empresas (I+D)	47,41%	48,11%	43,69%	41,03%	40,28%	44,53%	45,47%	44,71%	49,80%	48,86%	49,73%	47,18%	48,86%	48,35%	48,04%	46,29%	47,07%	45,46%	44,95%	Enterprises (R&D)	Spain
España	Extranjero (I+D)	6,79%	5,56%	5,49%	6,40%	6,36%	6,69%	5,56%	6,74%	6,69%	5,62%	4,88%	7,68%	6,83%	5,73%	6,16%	5,74%	5,94%	7,01%	5,70%	Foreign (R&D)	Spain
España	Gobierno (I+D)	45,03%	45,71%	50,19%	51,59%	52,38%	47,99%	47,98%	47,83%	42,74%	44,74%	43,36%	44,32%	43,62%	45,46%	45,15%	47,11%	42,49%	46,99%	48,79%	Government (R&D)	Spain
España	Org.priv.sin fines de lucro (I+D)	0,77%	0,62%	0,63%	0,98%	0,98%	0,79%	0,98%	0,72%	0,77%	0,79%	2,04%	0,83%	0,69%	0,45%	0,65%	0,86%	0,56%	0,54%	0,55%	Non profit private organizations (R&D)	Spain
España	Total (I+D)	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	Total (R&D)	Spain

Notas:
ACT corresponde a actividades científicas y tecnológicas
España: Gobierno incluye al sector de educación superior

	GASTO EN I + D POR TIPO DE INVESTIGACIÓN	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	EXPENDITURE ON S&T BY TYPE OF ACTIVITY	
Portugal	Investigación Aplicada	40,00%		42,00%			44,97%		42,69%		42,57%	41,00%	39,77%	39,85%	39,93%	38,57%	37,42%	36,35%	35,70%	34,76%	Applied Research	Portugal
Portugal	Investigación Básica	21,00%		24,00%			24,93%		27,82%		26,23%	25,05%	24,13%	24,75%	25,39%	25,35%	25,31%	21,07%	18,49%	19,72%	Basic Research	Portugal
Portugal	Desarrollo Experimental	39,00%		34,00%			30,10%		29,50%		31,21%	33,95%	36,10%	35,40%	34,68%	36,08%	37,28%	42,58%	45,81%	45,52%	Experimental Development	Portugal
Portugal	Total	100,00%		100,00%			100,00%		100,00%		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	Total	Portugal

España	Investigación Aplicada	39,93%	38,47%	37,03%	36,39%		37,00%		38,81%		36,89%	36,65%	38,76%	39,46%	40,35%	39,23%	41,30%	43,23%	43,58%	43,27%	Applied Research	Spain
España	Investigación Básica	17,97%	18,37%	20,05%	21,49%		25,32%		22,81%		22,00%	20,47%	20,24%	18,55%	23,96%	22,66%	21,36%	19,14%	20,16%	20,89%	Basic Research	Spain
España	Desarrollo Experimental	42,10%	43,17%	42,93%	42,11%		37,68%		38,38%		41,11%	42,88%	41,00%	41,99%	35,69%	38,11%	37,35%	37,63%	36,26%	35,84%	Experimental Development	Spain
España	Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%		100,00%		100,00%		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	Total	Spain

Notas:
I+D corresponde a investigación y desarrollo experimental
España: Los datos para los años 1999 a 2007 no incluyen el gasto en I+D por tipo de actividad del sector empresas

	GASTO EN I + D POR INVESTIGADOR	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	EXPENDITURE ON R&D PER RESEARCHER	
Portugal	EJC (Miles PPC)	87,83		73,21			61,22		62,96	68,33	74,24	79,02	83,06	76,55	71,39	75,07	80,37	91,51	99,18	98,61	FTE (Thousand PPP)	Portugal

Portugal	EJC (Miles USD)	61,93		63,15			52,65		48,44	52,77	55,18	51,15	52,47	51,19	56,96	66,74	70,83	80,83	95,96	94,15	FTE (Thousand U\$S)	Portugal
Portugal	Personas Físicas (Miles PPC)	40,94		44,58			37,99		38,42		41,21	44,44	47,27	43,38	40,30	42,18	44,96	50,57	54,32	53,08	Headcount (Thousand PPP)	Portugal
Portugal	Personas Físicas (Miles USD)	28,87		38,45			32,67		29,56		30,63	28,77	29,86	29,01	32,16	37,50	39,62	44,67	52,56	50,68	Headcount (Thousand U\$S)	Portugal

España	EJC (Miles PPC)	110,48	111,59	117,49	114,08	99,91	105,85	104,05	104,24	108,84	110,74	101,48	105,16	117,72	117,99	116,83	121,07	134,68	145,64		FTE (Thousand PPP)	Spain
España	EJC (Miles USD)	111,21	113,88	126,96	101,53	85,62	100,15	98,05	85,29	87,24	86,56	68,92	69,64	81,54	100,38	110,13	115,77	128,12	149,14		FTE (Thousand U\$S)	Spain
España	Personas Físicas (Miles PPC)	62,52	61,66	63,24	61,75		50,08		54,06		58,48		59,98	65,35	68,85	69,42	73,38	80,80	86,41		Headcount (Thousand PPP)	Spain
España	Personas Físicas (Miles USD)	62,93	62,93	68,34	54,96		47,38		44,23		45,71		39,72	45,26	58,57	65,44	70,17	76,86	88,48		Headcount (Thousand U\$S)	Spain

Notas:
I+D corresponde a investigación y desarrollo experimental
España: Los datos para los años 2001 y 2002 incluyen becarios de I+D y postdoctorados

	GASTO EN CYT POR HABITANTE	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	EXPENDITURE ON S&T PER CAPITA POPULATION	
Portugal	ACT (PPC)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	118,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	STA (PPP)	Portugal
Portugal	ACT (U\$S)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	101,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	STA (U\$S)	Portugal
Portugal	I + D (PPC)	52,41	0,00	69,47	0,00	0,00	70,70	78,06	84,96	98,96	114,71	128,95	142,53	139,63	137,63	147,87	160,18	212,81	263,62	375,92	R & D (PPP)	Portugal
Portugal	I + D (U\$S)	36,96	0,00	59,92	0,00	0,00	60,81	66,91	65,36	76,42	85,26	83,48	90,04	93,38	109,81	131,48	141,16	187,98	255,08	358,91	R & D (U\$S)	Portugal

España	ACT (PPC)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	STA (PPP)	Spain
España	ACT (U\$S)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	STA (U\$S)	Spain
España	I + D (PPC)	107,10	116,49	125,50	126,53	122,11	127,76	136,78	142,75	166,26	172,06	194,87	209,14	234,48	255,67	273,14	301,22	348,90	395,12	406,23	R & D (PPP)	Spain
España	I + D (U\$S)	107,82	118,88	135,62	112,62	104,65	120,88	128,88	116,79	133,27	134,48	132,35	138,51	162,41	217,51	257,46	288,05	331,90	404,59	468,72	R & D (U\$S)	Spain

Notas:
ACT corresponde a actividades científicas y tecnológicas

	GASTO EN CYT EN RELACIÓN AL PBI	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	EXPENDITURE ON S&T AS A PERCENTAGE OF GDP	
Portugal	ACT						0,90%														STA	Portugal
Portugal	I + D	0,51%	0,00%	0,61%	0,00%	0,00%	0,54%	0,57%	0,59%	0,65%	0,71%	0,76%	0,80%	0,76%	0,74%	0,77%	0,81%	1,02%	1,21%	1,58%	R & D	Portugal

España	ACT																				STA	Spain
España	I + D	0,85%	0,87%	0,91%	0,91%	0,85%	0,81%	0,81%	0,80%	0,87%	0,86%	0,91%	0,91%	0,99%	1,05%	1,06%	1,12%	1,20%	1,27%	1,34%	R & D	Spain

Notas:
ACT corresponde a actividades científicas y tecnológicas

	GASTO EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	EXPENDITURE ON S&T	
Portugal	millones de dólares expresados en PPC (ACT)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1186,47	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	millons current dollars (PPP) (STA)	Portugal
Portugal	millones de u\$S (ACT)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1020,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	millions u\$S (STA)	Portugal
Portugal	millones de dólares expresados en PPC (I + D)	518,88	0,00	691,92	0,00	0,00	710,09	786,23	858,96	1004,30	1169,43	1322,62	1472,21	1453,21	1445,12	1552,67	1697,91	2255,76	2794,39	3984,71	millons current dollars (PPP) (R & D)	Portugal
Portugal	millones de u\$S (I + D)	365,88	0,00	596,85	0,00	0,00	610,68	673,99	660,77	775,60	869,20	856,19	930,05	971,81	1152,97	1380,50	1496,28	1992,62	2703,89	3804,50	millions u\$S (R & D)	Portugal

España	millones de dólares expresados en PPC (ACT)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	millons current dollars (PPP) (STA)	Spain
España	millones de u\$S (ACT)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	millions u\$S (STA)	Spain
España	millones de dólares expresados en PPC (I + D)	4162,45	4535,13	4896,94	4947,20	4782,18	5011,13	5372,44	5616,92	6559,42	6817,91	7780,72	8421,11	9808,50	10917,16	11799,58	13283,91	15595,71	17859,32	18751,64	millons current dollars (PPP) (R & D)	Spain
España	millones de u\$S (I + D)	4190,12	4628,31	5291,90	4403,18	4098,42	4741,45	5062,40	4595,58	5258,03	5329,13	5284,47	5577,19	6793,71	9287,49	11122,35	12702,80	14835,76	18287,57	21636,26	millions u\$S (R & D)	Spain

Notas:
Las estimaciones en dólares fueron obtenidas aplicando los datos de Tipo de Cambio del Fondo Monetario Internacional sobre la información en moneda local, provista por el país.

	POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA (PEA)	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	LABOUR FORCE	
Portugal	millones de personas	4,95	4,80	4,67	4,72	4,82	4,55	4,58	4,64	5,10	5,14	5,23	5,33	5,41	5,46	5,49	5,54	5,59	5,62	5,62	millions	Portugal

España	millones de personas	15,69	15,82	15,89	16,05	16,09	16,23	16,49	16,73	16,99	17,29	17,86	18,00	18,80	19,50	20,20	20,80	21,50	22,10	22,81	millions	Spain
--------	----------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	----------	-------

Notas:
PEA: Corresponde a Población Económicamente Activa

	POBLACIÓN	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	POPULATION	
Portugal	millones de personas	9,90	9,97	9,96	9,97	10,00	10,04	10,07	10,11	10,15	10,20	10,26	10,33	10,41	10,50	10,50	10,60	10,60	10,60	10,60	millions	Portugal

España	millones de personas	38,86	38,93	39,02	39,10	39,16	39,22	39,28	39,35	39,45	39,63	39,93	40,27	41,83	42,70	43,20	44,10	44,70	45,20	46,16	millions	Spain
--------	----------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	----------	-------

	PRODUCTO BRUTO INTERNO (PBI)	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	GROSS DOMESTIC PRODUCT (GDP)	
Portugal	millones de dólares expresados en PPC	101597,00	109741,58	113492,14	113727,52	117246,05	131415,16	137251,97	145767,79	153575,62	163904,68	174529,80	183324,01	191264,33	196421,94	201542,98	210802,77	220722,55	230776,00	252182,74	millons current dollars (PPP)	Portugal
Portugal	millones de u\$S	71638,87	81236,59	97899,03	86640,73	90694,59	113016,51	117658,30	112134,23	118602,55	121824,89	112980,18	115812,36	127905,62	156712,11	179195,00	185769,75	194974,42	223302,12	240777,19	millions u\$S	Portugal
España	millones de dólares expresados en PPC	490165,24	519640,83	536068,35	540977,74	565229,18	617955,43	660784,54	700804,54	750529,41	791533,13	857476,76	920494,28	994283,33	#####	#####	#####	#####	#####	#####	millons current dollars (PPP)	Spain
España	millones de u\$S	493422,88	530317,15	579304,00	481488,85	484412,27	584700,00	622650,44	573375,97	601624,49	618691,00	582377,00	609631,00	688676,00	885358,00	#####	#####	#####	#####	#####	millions u\$S	Spain

Notas:
Las estimaciones en dólares fueron obtenidas aplicando los datos de Tipo de Cambio del Fondo Monetario Internacional sobre la información en moneda local, provista por el país.

ANEXO III

**INDICADORES Y PERFIL DE eHEALTH EN
ESPAÑA Y PORTUGAL**
(Atlas - eHealth country profiles.
Global Observatory for eHealth series, 2010)



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Country indicators	Population (000s)	44 486	Total health expenditure (%GDP)	8.7	ICT Development Index	6.27
	GNI per capita (PPP Int \$)	31 630	Per capita total health expenditure (PPP Int \$)	2 791	ICT Development Index rank	25
	World Bank income group	High	Hospital bed density (per 10 000 population)	34	Mobile cellular subscriptions (per 100 population)	113.76
	OECD country	Yes	Physician density (per 10 000 population)	37.6	Internet users (per 100 population)	62.62
	Life expectancy at birth (years)	81	Nurse density (per 10 000 population)	74.4	Disability Adjusted Life Years (DALY)	9 474

Sources: See page ix

I. eHealth foundation actions

eHealth foundation actions build an enabling environment for the use of ICT for health. These include supportive eHealth policy, legal and ethical frameworks; adequate funding from various sources; infrastructure development; and developing the capacity of the health work force through training.

I. Policy framework				
	Country response	Global response (%) [§]	Policy implemented	Year of implementation
National eGovernment policy	Yes	85 ^b	Partly	2007
National eHealth policy	Yes	55 ^b	Yes	2006
National ICT procurement policy for health sector	Yes	37 ^b	Partly	2006
National multiculturalism policy for eHealth	Yes	30 ^b	No	—
National telemedicine policy	No	25 ^c	—	—

II. Legal and ethical frameworks for eHealth		
	Country response	Global response (%) ^{a§}
<i>Legislation on personal and health-related data</i>		
To ensure privacy of personally identifiable data	Yes	70
To protect personally identifiable data specifically in EMR or EHR ¹	Yes	31
<i>Legislation for sharing health-related data between health care staff through EMR/EHR¹</i>		
Within the same health care facility and its network of care providers	Yes	26
With different health care entities within the country	Yes	23
With health care entities in other countries	Yes	11
<i>Internet pharmacies</i>		
Legislation that allows/prohibits Internet pharmacy operations	No	Allows: 7, Prohibits: 19
National regulation/accreditation/certification of Internet pharmacy sites	No	7
Legislation that allows/prohibits Internet pharmacy purchases from other countries	Prohibits	Allows: 6, Prohibits: 12
<i>Internet safety</i>		
Government sponsored initiatives about Internet safety and literacy	No data	47
Security tools required by law for facilities used by children	No data	22
<i>Quality assurance approaches to health-related Internet content</i>		
Voluntary compliance by content providers or web site owners	No data	56
Technology through filters and controls	No data	28
Government intervention through laws or regulations	No data	26
Education programmes for consumers and professionals	No data	23
Official approval through certification, accreditation, or quality seals	No data	17

III. eHealth expenditures and their funding source								
Expenditure	Public funding		Private funding		Donor/non-public funding		Public-private partnerships funding	
	Country response	Global response (%) ^{b§}	Country response	Global response (%) ^{b§}	Country response	Global response (%) ^{b§}	Country response	Global response (%) ^{b§}
ICT equipment	Yes	78	—	37	—	59	No data	28
Software	Yes	76	—	35	—	56	No data	29
Pilot projects	Yes	69	—	33	—	51	No data	28
Skills training	Yes	61	—	26	—	43	No data	20
Ongoing support	Yes	61	—	19	—	35	No data	18
Scholarships	No	28	—	8	—	19	No data	4

IV. Capacity building		
	Country response	Global response (%) ^{b§}
<i>ICT education</i>		
ICT training for students in health sciences at tertiary institutions	Yes	77
Institutions offer continuing education in ICT for health professionals	Yes	75
<i>Professional groups offered ICT continuing education</i>		
Medical	Yes	73
Nursing	Yes	62
Public health	Yes	60
Dentistry	Yes	54
Pharmacy	Yes	54

[§] Indicates the percentage of participating Member States responding “Yes”

¹ Electronic medical records / Electronic health records

2. eHealth applications

eHealth applications surveyed in 2009 include telemedicine (the delivery of health care services using ICT where distance is a barrier to care); mHealth (the use of mobile devices in delivering health care services); and eLearning (use of ICT for learning).

I. Telemedicine		
	Country response	Global response (%) ^{c§}
<i>Telemedicine enabling actions</i>		
National telemedicine policy	No	25
Implemented national telemedicine policy	—	—
Formal evaluation and/or publication of telemedicine initiatives since 2006	Do not know	22
<i>Barriers to implementing telemedicine solutions</i>		
Perceived costs too high	Yes	60
Lack of legal policies/regulation	Yes	40
Organizational culture not supportive	No	39
Underdeveloped infrastructure	No	38
Lack of policy frameworks	No	37
Competing priorities	No	37
Lack of demand by health professionals	No	31
Lack of nationally adopted standards	No	26
Lack of knowledge of applications	No	25
Lack of technical expertise	No	17
<i>Information most needed in country to support telemedicine development</i>		
Cost and cost effectiveness	Yes	69
Clinical possibilities	No	58
Infrastructure	No	52
Evaluation	No	46
Legal and ethical	No	45
Effect on human resources	Yes	40
Patients' perception	Yes	30

II. mHealth		
	Country response	Global response (%) ^{b§}
<i>mHealth initiatives</i>		
mHealth initiatives are conducted in country	Yes	83
Formal evaluation and/or publication of mHealth initiatives	No data	12
<i>Barriers to implementing mHealth initiatives</i>		
Competing priorities	No data	53
Lack of knowledge of applications	No data	47
Lack of policy framework	No data	44
Cost effectiveness unknown	No data	40
Lack of legal policies/regulation	No data	38
Perceived costs too high	No data	37
Lack of demand	No data	29
Underdeveloped infrastructure	No data	26
Lack of technical expertise	No data	26

IIIa. eLearning		
	Country response	Global response (%) ^{c§}
<i>eLearning in health sciences at the tertiary level</i>		
Used in teaching health sciences	No data	72
Used in training health professionals	Yes	69
<i>Barriers to eLearning</i>		
Underdeveloped infrastructure	No data	64
Lack of policy framework	No data	63
Lack of skilled course developers	No data	55
Lack of knowledge of applications	No data	46
Perceived costs too high	No data	45
Availability of suitable courses	No data	42
Lack of demand	No data	21

IIIb. eLearning target groups				
Profession	Students		Professionals	
	Country response	Global response (%) ^{c§}	Country response	Global response (%) ^{c§}
Medical	Yes	68	Yes	71
Public health	No	52	No	56
Nursing	No	50	No	55
Pharmacy	No	45	No	37
Dentistry	No	39	No	37

^a n=113

^b n=112

^c n=114

Country indicators	Population (000s)	10 677	Total health expenditure (%GDP)	10.1	ICT Development Index	5.77
	GNI per capita (PPP Int \$)	22 870	Per capita total health expenditure (PPP Int \$)	2 334	ICT Development Index rank	32
	World Bank income group	High	Hospital bed density (per 10 000 population)	35	Mobile cellular subscriptions (per 100 population)	148.77
	OECD country	Yes	Physician density (per 10 000 population)	34.4	Internet users (per 100 population)	48.27
	Life expectancy at birth (years)	79	Nurse density (per 10 000 population)	48.3	Disability Adjusted Life Years (DALY)	11 419

Sources: See page ix

I. eHealth foundation actions

eHealth foundation actions build an enabling environment for the use of ICT for health. These include supportive eHealth policy, legal and ethical frameworks; adequate funding from various sources; infrastructure development; and developing the capacity of the health work force through training.

I. Policy framework				
	Country response	Global response (%) [§]	Policy implemented	Year of implementation
National eGovernment policy	Yes	85 ^b	Partly	Before 2000
National eHealth policy	Yes	55 ^b	Partly	2008
National ICT procurement policy for health sector	Yes	37 ^b	Partly	2007
National multiculturalism policy for eHealth	No	30 ^b	—	—
National telemedicine policy	Yes	25 ^c	No	—

II. Legal and ethical frameworks for eHealth		
	Country response	Global response (%) ^{a§}
<i>Legislation on personal and health-related data</i>		
To ensure privacy of personally identifiable data	Yes	70
To protect personally identifiable data specifically in EMR or EHR ¹	Yes	31
<i>Legislation for sharing health-related data between health care staff through EMR/EHR¹</i>		
Within the same health care facility and its network of care providers	Do not know	26
With different health care entities within the country	Do not know	23
With health care entities in other countries	Do not know	11
<i>Internet pharmacies</i>		
Legislation that allows/prohibits Internet pharmacy operations	Allows	Allows: 7, Prohibits: 19
National regulation/accreditation/certification of Internet pharmacy sites	Do not know	7
Legislation that allows/prohibits Internet pharmacy purchases from other countries	Do not know	Allows: 6, Prohibits: 12
<i>Internet safety</i>		
Government sponsored initiatives about Internet safety and literacy	Yes	47
Security tools required by law for facilities used by children	Do not know	22
<i>Quality assurance approaches to health-related Internet content</i>		
Voluntary compliance by content providers or web site owners	Yes	56
Technology through filters and controls	Yes	28
Government intervention through laws or regulations	No	26
Education programmes for consumers and professionals	Yes	23
Official approval through certification, accreditation, or quality seals	No	17

III. eHealth expenditures and their funding source								
Expenditure	Public funding		Private funding		Donor/non-public funding		Public-private partnerships funding	
	Country response	Global response (%) ^{b§}	Country response	Global response (%) ^{b§}	Country response	Global response (%) ^{b§}	Country response	Global response (%) ^{b§}
ICT equipment	Yes	78	—	37	—	59	—	28
Software	Yes	76	—	35	—	56	—	29
Pilot projects	Yes	69	—	33	—	51	—	28
Skills training	Yes	61	—	26	—	43	—	20
Ongoing support	Yes	61	—	19	—	35	—	18
Scholarships	No	28	—	8	—	19	—	4

IV. Capacity building		
	Country response	Global response (%) ^{b§}
<i>ICT education</i>		
ICT training for students in health sciences at tertiary institutions	Yes	77
Institutions offer continuing education in ICT for health professionals	Yes	75
<i>Professional groups offered ICT continuing education</i>		
Medical	Yes	73
Nursing	Yes	62
Public health	Yes	60
Dentistry	Yes	54
Pharmacy	Yes	54

§ Indicates the percentage of participating Member States responding “Yes”

¹ Electronic medical records / Electronic health records

2. eHealth applications

eHealth applications surveyed in 2009 include telemedicine (the delivery of health care services using ICT where distance is a barrier to care); mHealth (the use of mobile devices in delivering health care services); and eLearning (use of ICT for learning).

I. Telemedicine		
	Country response	Global response (%) ^{c§}
<i>Telemedicine enabling actions</i>		
National telemedicine policy	Yes	25
Implemented national telemedicine policy	No	—
Formal evaluation and/or publication of telemedicine initiatives since 2006	Yes	22
<i>Barriers to implementing telemedicine solutions</i>		
Perceived costs too high	No	60
Lack of legal policies/regulation	Yes	40
Organizational culture not supportive	No	39
Underdeveloped infrastructure	Yes	38
Lack of policy frameworks	No	37
Competing priorities	Yes	37
Lack of demand by health professionals	No	31
Lack of nationally adopted standards	No	26
Lack of knowledge of applications	Yes	25
Lack of technical expertise	No	17
<i>Information most needed in country to support telemedicine development</i>		
Cost and cost effectiveness	No	69
Clinical possibilities	Yes	58
Infrastructure	Yes	52
Evaluation	Yes	46
Legal and ethical	Yes	45
Effect on human resources	No	40
Patients' perception	No	30

II. mHealth		
	Country response	Global response (%) ^{b§}
<i>mHealth initiatives</i>		
mHealth initiatives are conducted in country	Yes	83
Formal evaluation and/or publication of mHealth initiatives	No	12
<i>Barriers to implementing mHealth initiatives</i>		
Competing priorities	Yes	53
Lack of knowledge of applications	Yes	47
Lack of policy framework	No	44
Cost effectiveness unknown	No	40
Lack of legal policies/regulation	Yes	38
Perceived costs too high	No	37
Lack of demand	Yes	29
Underdeveloped infrastructure	No	26
Lack of technical expertise	No	26

IIIa. eLearning		
	Country response	Global response (%) ^{c§}
<i>eLearning in health sciences at the tertiary level</i>		
Used in teaching health sciences	Do not know	72
Used in training health professionals	Do not know	69
<i>Barriers to eLearning</i>		
Underdeveloped infrastructure	Yes	64
Lack of policy framework	Yes	63
Lack of skilled course developers	No	55
Lack of knowledge of applications	No	46
Perceived costs too high	No	45
Availability of suitable courses	Yes	42
Lack of demand	Yes	21

IIIb. eLearning target groups				
Profession	Students		Professionals	
	Country response	Global response (%) ^{c§}	Country response	Global response (%) ^{c§}
Medical	—	68	—	71
Public health	—	52	—	56
Nursing	—	50	—	55
Pharmacy	—	45	—	37
Dentistry	—	39	—	37

^a n=113

^b n=112

^c n=114

Tabla 1 – Marcos jurídico y éticos de la eSalud en España y Portugal

	España	Portugal	Respuesta Global (%) ^{a§}
La legislación sobre datos personales y de salud:			
Para asegurar la privacidad de los datos de identificación personal	Si	Si	70
Para proteger los datos de identificación personal específicamente en EMR o EHR ¹	Si	Si	31
La legislación para el intercambio de datos relacionados con la salud entre el personal de salud a través de EMR / EHR¹:			
Dentro del mismo establecimiento de salud y su red de proveedores de atención	Si	Sin datos	26
Con diferentes entidades de atención médica en el país	Si	Sin datos	23
Con entidades de salud en otros países	Si	Sin datos	11
Farmacias online:			
Legislación que permite/prohíbe las operaciones de farmacias online	No	Permitido	Permitido: 7; Prohibido: 19
La normativa nacional / acreditación / certificación de páginas web de farmacias online	No	Sin datos	7
La legislación que permite / prohíbe la compra de farmacias online de otros países	Prohibido	Sin datos	Permitido: 6; Prohibido: 12
Seguridad en Internet:			
Patrocinado por el gobierno las iniciativas sobre seguridad en Internet y la alfabetización	Sin datos	Si	47
Herramientas de seguridad requeridas por ley para las instalaciones utilizadas por los niños	Sin datos	Sin datos	22
Aseguramiento de la calidad se acerca al contenido de Internet relacionados con la salud			
El cumplimiento voluntario por los proveedores de contenidos o propietarios de sitios web	Sin datos	Si	56
Tecnología a través de filtros y controles	Sin datos	Si	28
La intervención gubernamental a través de leyes o reglamentos	Sin datos	No	26
Los programas de educación para consumidores y profesionales	Sin datos	Si	23
La aprobación oficial a través de la certificación, acreditación, o sellos de calidad	Sin datos	No	17

^a n=113

[§] Indica el porcentaje de los Estados miembros participantes que respondieron «Si».

¹ Los registros médicos electrónicos/registros electrónicos de salud.

Fuente: Atlas eHealth country profiles: based on the findings of the second global survey on eHealth.(Global Observatory for eHealth Series, 1), World Health Organization 2011

Tabla 2 – Gastos y fuentes de financiación de la eSalud en España y Portugal

Gastos	Financiación pública		Respuesta Global (%) ^{b§}
	España	Portugal	
Equipos de TIC	Si	Si	78
Software	Si	Si	76
Proyectos piloto	Si	Si	69
Formación profesional	Si	Si	61
Apoyo continuo	Si	Si	61
Becas	No	No	28

^b n=112

[§] Indica el porcentaje de los Estados miembros participantes que respondieron «Si».

Fuente: Atlas eHealth country profiles: based on the findings of the second global survey on eHealth.(Global Observatory for eHealth Series, 1), World Health Organization 2011

Tabla 3 – Aplicaciones de Telemedicina - eSalud en España y Portugal

	España	Portugal	Respuesta Global (%) ^{c§}
La telemedicina permite acciones:			
Políticas nacionales de telemedicina	No	Si	25
Políticas nacionales de telemedicina implementadas	Sin datos	No	Sin datos
Evaluación formal y/o publicación de las iniciativas de telemedicina desde el año 2006	Sin datos	Si	22
Barreras para implementar soluciones de telemedicina:			
Costos percibidos demasiado alto	Si	No	60
La falta de políticas de legal/regulación	Si	Si	40
Cultura organizacional contraria/não apoiente	No	No	39
Subdesarrollo de la infraestructura	No	Si	38
Falta de marcos de política	No	No	37
Prioridades competitivas	No	Si	37
Falta de demanda por profesionales de la salud	No	No	31
Falta de estándares adoptados nacionalmente	No	No	26
Falta de conocimiento de las aplicaciones	No	Si	25
Falta de conocimientos técnicos	No	No	17
Información más necesaria en el país para apoyar el desarrollo de telemedicina:			
Costos y rentabilidad	Si	No	69
Posibilidades clínicas	No	Si	58
Infraestructura	No	Si	52
Evaluación	No	Si	46
Jurídico e ético	No	Si	45
Efecto sobre los recursos humanos	Si	No	40
Percepción de los pacientes	Si	No	30

^c n=114

[§] Indica el porcentaje de los Estados miembros participantes que respondieron «Si».

Fuente: Atlas eHealth country profiles: based on the findings of the second global survey on eHealth.(Global Observatory for eHealth Series, 1), World Health Organization 2011

Tabla 4 – Fortalecimiento de la capacidad de la eSalud en España y Portugal

	España	Portugal	Respuesta Global (%) ^{b§}
Educación en las TIC:			
La formación en TIC para los estudiantes de ciencias de la salud en instituciones de educación superior	Si	Si	77
Las instituciones ofrecen formación continua en TIC para los profesionales de la salud	Si	Si	75
Grupos profesionales que se ofrecen las TIC de educación continua:			
Médico	Si	Si	73
Enfermería	Si	Si	62
Salud pública	Si	Si	60
Odontología	Si	Si	54
Farmacia	Si	Si	54

^b n=112

[§] Indica el porcentaje de los Estados miembros participantes que respondieron «Si».

Fuente: Atlas eHealth country profiles: based on the findings of the second global survey on eHealth.(Global Observatory for eHealth Series, 1), World Health Organization 2011

Tabla 5 – Aplicaciones de mHealth - eSalud en España y Portugal

	España	Portugal	Respuesta Global (%) ^{b§}
Iniciativas de mHealth:			
Iniciativas de mHealth conducidas en el país	Si	Si	83
Evaluación formal y/o publicación de las iniciativas de mHealth	Sin datos	No	12
Barreras para la implementación de iniciativas de mHealth:			
Prioridades competitivas	Sin datos	Si	53
Falta de conocimiento de las aplicaciones	Sin datos	Si	47
Falta de un marco de políticas	Sin datos	No	44
Rentabilidad desconocida	Sin datos	No	40
Falta de políticas jurídicas/regulación	Sin datos	Si	38
Costos percibidos elevados	Sin datos	No	37
Falta de procura	Sin datos	Si	29
Subdesarrollo de la infraestructura	Sin datos	No	26
Falta de conocimientos técnicos	Sin datos	No	26

^b n=112

[§] Indica el porcentaje de los Estados miembros participantes que respondieron «Si».

Fuente: Atlas eHealth country profiles: based on the findings of the second global survey on eHealth.(Global Observatory for eHealth Series, 1), World Health Organization 2011

Tabla 6 – Aplicaciones de eLearning - eSalud en España y Portugal

	España	Portugal	Respuesta Global (%) ^{c§}
eLearning en ciencias de la salud en el nivel terciario:			
Utilizados en la enseñanza de ciencias de la salud	Sin datos	Sin datos	72
Utilizadas en la formación profesionales de la salud	Si	Sin datos	69
Barreras para el eLearning:			
Subdesarrollo de la infraestructura	Sin datos	Si	64
Falta de un marco de políticas	Sin datos	Si	63
Falta de diseñadores de cursos calificados	Sin datos	No	55
Falta de conocimiento de las aplicaciones	Sin datos	No	46
Costos percibidos elevados	Sin datos	No	45
Disponibilidad de cursos adecuados	Sin datos	Si	42
Falta de procura	Sin datos	Si	21

^c n=114

[§] Indica el porcentaje de los Estados miembros participantes que respondieron «Si».

Fuente: Atlas eHealth country profiles: based on the findings of the second global survey on eHealth.(Global Observatory for eHealth Series, 1), World Health Organization 2011

Tabla 7 – Profesionales sanitarios en actividades de eLearning - eSalud en España y Portugal

Profesión	Estudiantes			Profesionales		
	España	Portugal	Respuesta Global (%) ^{c§}	España	Portugal	Respuesta Global (%) ^{c§}
Médico	Si	Sin datos	68	Si	Sin datos	71
Salud pública	No	Sin datos	52	No	Sin datos	56
Enfermería	No	Sin datos	50	No	Sin datos	55
Farmacia	No	Sin datos	45	No	Sin datos	37
Odontología	No	Sin datos	39	No	Sin datos	37

^c n=114

[§] Indica el porcentaje de los Estados miembros participantes que respondieron «Si».

Fuente: Atlas eHealth country profiles: based on the findings of the second global survey on eHealth.(Global Observatory for eHealth Series, 1), World Health Organization 2011



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANEXO IV

**INDICADORES INTERNACIONALES DEL
DESARROLLO HUMANO EN ESPAÑA Y PORTUGAL**

**(Informe sobre Desarrollo Humano. Programa de las Naciones Unidas
para el Desarrollo –PNUD, 2011)**



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

España & Portugal

Indicadores Internacionales de Desarrollo Humano

Accessed: 10/31/2011, 3:44 PM en <http://hdr.undp.org/es/>

Índice de Desarrollo Humano

Año	España	Portugal	OCDE	Mundo
2011	0.878	0.809	0.873	0.682
2010	0.876	0.808	0.871	0.679
2009	0.874	0.805	0.869	0.676
2008	0.871	0.802	0.869	0.674
2007	0.866	0.798	0.866	0.670
2006	0.862	0.791	0.863	0.664
2005	0.857	0.789	0.860	0.660
2000	0.839	0.778	0.840	0.634
1995	0.801	0.751	0.816	0.613
1990	0.749	0.708	0.792	0.594
1985	0.717	0.670	0.769	0.576
1980	0.691	0.639	0.749	0.558

[Más información sobre el Índice de Desarrollo Humano](#)

Salud

Indicador	España	Portugal	Notas
Gasto público en salud (% del PIB) (%)	6.1	7.1	
Tasa de mortalidad de niños menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	4	4	
Esperanza de vida al nacer. (años)	81.4	79.5	
Índice de salud	0.969	0.938	

Educación

Indicador	España	Portugal	Notas
Gasto en educación (% del PIB) (%)	4.3	5.2	
Años esperados de instrucción (años)	16.6	15.9	9
Tasas de alfabetización de adultos (% de 15 años y mayor)	97.7	94.9	
Años de educación promedio (años)	10.4	7.7	10 11
Índice de educación	0.874	0.739	
Tasa bruta de matriculación (%)	100.7	94.7	

Ingresos

Indicador	España	Portugal	Notas
PIB per cápita (PPA en US\$ de 2005)	27,066	21,37	
Ingreso nacional bruto (INB) per cápita (Constant 2005 internacional \$)	26,508	20,573	
Índice de ingresos	0.799	0.763	

Desigualdad

Indicador	España	Portugal	Notas
Coeficiente de Gini, ingresos	34.7	n.d.	
pérdida debida a la desigualdad en la esperanza de vida (Atkinson) (%)	4.1	4.9	
pérdida debida a la desigualdad en la distribución de educación (Atkinson) (%)	5.5	5.6	
pérdida debida a la desigualdad en los ingresos (Atkinson) (%)	16.7	19.3	
Índice de educación ajustado por la desigualdad	0.826	0.697	
Índice de esperanza de vida al nacer ajustado por la desigualdad	0.929	0.893	
Índice de ingresos ajustado por la desigualdad	0.666	0.616	
Índice de Desarrollo Humano, ajustado por la igualdad	0.799	0.726	

Pobreza

Indicador	España	Portugal	Notas
Índice de pobreza multidimensional (%)	n.d.	n.d.	
Intensidad de la carencia	n.d.	n.d.	
Pobreza multidimensional, incidencia (% de la población)	n.d.	n.d.	
Población bajo la línea de pobreza de ingresos (%)	n.d.	n.d.	

Género

Indicador	España	Portugal	Notas
Población con al menos educación secundaria completa, relación mujer/hombre (Relación tasa de mujeres-tasa de hombres)	0.937	0.965	
Tasa de fecundidad entre adolescentes (mujeres de entre 15 y 19 años) (la cantidad de partos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años)	12.7	16.8	
Tasa de participación en la fuerza de trabajo (Relación tasa de mujeres-tasa de hombres)	0.718	0.809	
Índice de desigualdad de género	0.117	0.140	
Proporción en escaños en el parlamento: relación mujer/hombre.	0.533	0.377	
Tasa de mortalidad maternal (muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos)	6	7	

Sostenabilidad

Indicador	España	Portugal	Notas
Especies amenazadas (% of all species)	16	19	
Huella ecológica de consumo (hectáreas per cápita)	5.4	4.5	
Ahorro neto ajustado (% del INB)	9.7	-1.8	12
Efecto invernadero per cápita (tonnes of CO2 equivalent)	1.7	1.8	



Fuente: <http://hdrstats.undp.org/images/maps/ESP.png>



Fuente: <http://hdrstats.undp.org/images/maps/PRT.png>

Extracción de agua dulce (% of actual total renewable water resources)	29.0	n.d.	¹¹
Agotamiento de los recursos naturales (% del INB)	0.0	0.1	
Emisiones per cápita de dióxido de carbono (% de crecimiento promedio anual 1970-2008) (%)	2.0	3.1	
Superficie forestal (thousand ha)	17,821	3,448	¹⁴
Variación de la superficie forestal (%)	29.0	3.6	¹⁵
Número de muertes como resultado de desastres naturales (average per year per million people)	33	26	
Población afectada por desastres naturales (average per year per million people)	14	1,418	
Índice de desempeño ecológico	70.6	73.0	
Superficie forestal (% de superficie terrestre) (% of total land area)	35.7	37.7	
Emisiones per cápita de dióxido de carbono (toneladas)	7.4	5.3	

Demografía			
Indicador	España	Portugal	Notas
Población, total considerando ambos sexos (en miles) (miles)	46,454.9	10,689.7	
Población urbana (%) (% de la población)	77.6	61.3	¹⁶
Población, mujeres (en miles) (miles)	23,507.44	5,510.16	
Población, hombres (en miles) (miles)	22,947.46	5,179.51	

Notas

- 1: Data refer to 2011 or the most recent year available.
- 2: Updated by HDRO based on UNESCO (2011) data.
- 3: Data refer to 2011 or the most recent year available.
- 4: Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el período especificado.
- 5: Data refers to latest year between 2008-2012.
- 6: The Global Forest Resource Assessment 2010 (FRA 2010) is the main source of forest area data in FAOSTAT. Data were provided by countries for years 1990, 2000, 2005 and 2010. The data collected from official national sources through the questionnaire are supplemented with information from official secondary data sources. The secondary sources cover: official country data from websites of national ministries, national publications and related country data reported by various international organizations. Data for intermediate years were estimated for FAO using linear interpolation and tabulation.
- 7: The Change is over the period 1990-2008.
- 8: Debido a que los datos se basan en definiciones nacionales de lo que constituye una ciudad o zona metropolitana, las comparaciones entre países deben realizarse con la debida prudencia.
- 9: Data refer to 2011 or the most recent year available.
- 10: Updated by HDRO based on UNESCO (2011) data.
- 11: Data refer to 2011 or the most recent year available.
- 12: Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el período especificado.
- 13: Data refers to latest year between 2008-2012.
- 14: The Global Forest Resource Assessment 2010 (FRA 2010) is the main source of forest area data in FAOSTAT. Data were provided by countries for years 1990, 2000, 2005 and 2010. The data collected from official national sources through the questionnaire are supplemented with information from official secondary data sources. The secondary sources cover: official country data from websites of national ministries, national publications and related country data reported by various international organizations. Data for intermediate years were estimated for FAO using linear interpolation and tabulation.
- 15: The Change is over the period 1990-2008.
- 16: Debido a que los datos se basan en definiciones nacionales de lo que constituye una ciudad o zona metropolitana, las comparaciones entre países deben realizarse con la debida prudencia.

n.d.: Datos no disponibles

```
var cpg = new Spry.Widget.CollapsiblePanelGroup("CollapsiblePanelGroup1", { contentsOpen: false });
```

ANEXO V

**RESULTADOS DE LAS BUSQUEDAS REALIZADAS
SOBRE SALUD: REVISIÓN DOCUMENTAL DE LAS
PUBLICACIONES EN EL EUBOOKSHOP - PUBLIC
HEALTH (EUROPEAN COMMISSION)**

**(EU Bookshop - Librería en línea y archivo de las publicaciones de las
instituciones europeas, 2011)**



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

		Autor(es) colectivo(s)			Temas				Eurovoc														
Título	sub título	1	2	3	1	2	3	Target audience	Data Publication	de Resumen Abstract	/	1	2	3	4	5	6	7	Eurovoc / Descriptores	Temas	Autor(es) colectivo(s)		
Executive summary of the director's annual report 2006		2			2	9		2	1			3	83	232					European Centre for Disease Prevention and Control, annual report, summarising	Public health, Activities of the institutions and bodies	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control		
Programme of Community action in the field of public health	Projects funded under the call for proposals 2006	1	23		2	16		2	1			6	30	574	5	156	9	2	research programme, research project, organisation of research, public health, information policy, disease prevention, health policy	Public health, Research policy and organisation	European Commission, PHEA – Executive Agency for the Public Health Programme (Luxembourg)		
Drugnet Europe	60, October–December 2007	3			2			2	1			8	15	12	555	228			periodical publication, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, drug addition, information, prevention of delinquency	Public health	EMCDDA — European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction		
Health-EU, the public health portal of the European Union	Single access, more information, healthier choices	1	14		2			1	1			5	575	202	2	381	387		public health, Internet site, Community policy, health policy, dissemination of Community information, access to Community information	Public health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers		
Pandemic influenza preparedness in the EU	Status report as of Autumn 2006	2			2			2	1			9	52	5	2	204			disease prevention, animal disease, public health, health policy, epidemic	Public health	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control		
European Union risk assessment report	Perboric acid, sodium salt : summary risk assessment report	1	15		4	2	20	3	1			10	5	81	21	43	232		chemical salt, public health, environmental impact, Joint Research Centre, report, summarising	Environmental research, Public health, Environmental degradation	European Commission, Joint Research Centre		
Report on the monitoring and testing of ruminants for the presence of transmissible spongiform encephalopathy (TSE) in the EU in 2006		1	14		5	3		2	1			11	110	52	107	569	554	568	veterinary inspection, health control, animal disease, BSE bovine spongiform encephalopathy, cattle, goat, sheep, veterinary legislation	Veterinary sector and animal health, Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers		
The Rapid Alert System for Food and Feed (RASFF)	Annual report 2006	1	14		3			4	1			5	7	26	90				public health, food safety, consumer protection, information system	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers		
Drugs and crime, a complex relationship	Policy briefing 'Drugs in focus', issue 16	3			6	29	1	2	1			8	15	12	555				periodical publication, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, drug addition, information	Social problems, Social policy, Health policy	EMCDDA — European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction		
Drug use and related problems among very young people (under 15 years old)	EMCDDA Selected issues	3			6	29	1	2	1			12	193	24	153	25	221	74	drug addition, young person, narcotic, alcohol, tobacco, social problem, social policy, health policy	Social problems, Social policy, Health policy	EMCDDA — European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addition		
Innovative medicines initiative		1	11		7	1		3	1			13	576	57	146	131	2		medical research, research and development, Community programme, scientific cooperation, small and medium-sized enterprises, health policy	Medical and biological research, Health policy	European Commission, Directorate-General for Research and Innovation		
Accelerating the development of the eHealth market in Europe		1	24		8	1		2	1			14	181	2	389	1	386		information technology, Internet, health policy, service, health care, medical data	Information - Documentation, Health policy	European Commission, Directorate-General for the Information Society and Media		
Drugs in focus		3			6	29	1	2	1			15	8	24	12				European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, periodical publication, narcotic, drug addition	Social problems, Social policy, Health policy	EMCDDA — European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addition		
Hallucinogenic mushrooms: the challenge of responding to naturally occurring substances in an electronic age	Policy briefing 'Drugs in focus', issue 15	3			6	29	1	2	1			8	15	12	555				periodical publication, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addition, drug addition, information	Social problems, Social policy, Health policy	EMCDDA — European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addition		
Biotechnology, generic tools and technologies for human health		1	11		7	1		3	1			13	576	57	146	131	2	104	medical research, research and development, Community programme, scientific cooperation, small and medium-sized enterprises, health policy, biotechnology, public health	Medical and biological research, Health policy	European Commission, Directorate-General for Research and Innovation		
Annual report of the Director 2006		2			9	1		1	1			3	83						European Centre for Disease Prevention and Control, annual report	Activities of the institutions and bodies, Health policy	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control		
Annual report 2006		4			9	22		1	1			16	83						European Agency for Safety and Health at Work, annual report	Activities of the institutions and bodies, Workers' health and safety	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work		
Strengthening Europe's defences against infectious disease		2			9	1		1	1			3	2	23	29	5	145	239	European Centre for Disease Prevention and Control, health policy, infectious disease, epidemiology, public health, powers of the EC Institutions, operation of the Institutions, information transfer, cooperation policy	Activities of the institutions and bodies, Health policy	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control		
eHealth for safety	Impact of ICT on patient safety and risk management : eHealth for safety report	1	24		10	2		2	1			14	5	170	110	1	573	26	information technology, public health, health risk, health control, health care, organisation of health care, consumer protection	Information policy, Public health	European Commission, Directorate-General for the Information Society and Media		
Testing strategies for the prediction of skin and eye irritation and corrosion for regulatory purposes		1	15		7	2		3	1			17	13	382	383	31	53	170	research method, medical research, skin disease, eye disease, chemical product, toxic substance, health risk, cosmetic product, pharmaceutical product, public health	Medical and biological research, Public health	European Commission, Joint Research Centre		
Eurosurveillance	Vol 12, Issues 1-3, Jan-Mar 2007	2			7	2		2	1			8	9	5	110				periodical publication, disease prevention, public health, health control	Medical and biological research, Public health	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control		
Eurosurveillance	Vol. 12, Issues 10–12, Oct–Dec 2007	2			7	2		2	1			8	9	5	110				periodical publication, disease prevention, public health, health control	Medical and biological research, Public health	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control		
European Union risk assessment report	Cadmium oxide VOL 75 3rd priority list Part II Human health	1	15		4	2		3	1			5	22	70	26	43	53	461	public health, occupational health, cadmium, consumer protection, report, toxic substance, oxide	Environmental research, Public health	European Commission, Joint Research Centre		
European Union risk assessment report	Sodium hydroxide VOL 73 4th priority list	1	15		4	2		3	1			5	384	43	81	53	31	22	public health, sodium, report, environmental impact, toxic substance, chemical product, occupational health, consumer protection	Environmental research, Public health	European Commission, Joint Research Centre		
Training course on the analysis of food samples for the presence of genetically modified organisms	User manual	1	15	33	11	3		2	1			18	173	36	104	7	26	5	food inspection, food technology, genetically modified organism, biotechnology, food safety, consumer protection, public health, vocational training, traineeship, guide	Food technology and food safety, Consumers' health	European Commission, Joint Research Centre, World Health Organisation		
European Union risk assessment report	Perboric acid, sodium salt VOL 71 3rd priority list	1	15		4	2		3	1			5	31	21	43	81			public health, chemical product, Joint Research Centre, report, environmental impact	Environmental research, Public health	European Commission, Joint Research Centre		
Eurosurveillance	Vol. 12, Issues 7-9, Jul-Sep 2007	2			7	2		2	1			8	9	5	110				periodical publication, disease prevention, public health, health control	Medical and biological research, Public health	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control		
Guidelines for the regulatory control of consumer products containing radioactive substances in the European Union		1	5	25	12	3		2	1			19	5	177	178	258	578	325	radiation protection, public health, radioactivity, consumer goods, third country, market approval, information transfer, EU Member State	Nuclear energy and safety, Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Mobility and Transport, Directorate-General for Energy		
Experimental results and population response for selected chemicals		1	15		4	2		3	1			20	174	31	53	577	87		degree of pollution, experiment on humans, chemical product, toxic substance, research results, scientific research	Environmental research, Public health	European Commission, Joint Research Centre		
A review of consumer products containing radioactive substances in the European Union		5	25	1	12	3		2	1			19	5	177	178	179	364	98	radiation protection, public health, radioactivity, consumer goods, accession to the European Union, qualitative analysis, consumer information, EU Member State	Nuclear energy and safety, Consumers' health	Directorate-General for Mobility and Transport, Directorate-General for Energy, European Commission		
Eurosurveillance	Vol 12, Issues 3-6, Apr-Jun 2007	2			7	2		2	1			8	9	5	110				periodical publication, disease prevention, public health, health control	Medical and biological research, Public health	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control		
European Union risk assessment report	Cadmium metal VOL 74 3rd priority list	1	15		4	2		3	1			5	22	70	26	43	53		public health, occupational health, cadmium, consumer protection, report, toxic substance	Environmental research, Public health	European Commission, Joint Research Centre		
Summary risk assessment report	Propan-1-ol Part I Environment	1	15		4	2		3	1			21	43	31	81	5	232		Joint Research Centre, report, chemical product, environmental impact, public health, summarising	Environmental research, Public health	European Commission, Joint Research Centre		
Guidance on the calculation, presentation and use of collective doses for routine discharges		5	25	1	12	2		2	1			19	180	5	161	177			radiation protection, nuclear safety, public health, metrology, radioactivity	Nuclear energy and safety, Public health	Directorate-General for Mobility and Transport, Directorate-General for Energy, European Commission		
Magazine	10 Lighten the load	4			13			2	1			22	40	65	8				occupational health, occupational safety, working conditions, periodical publication	Working conditions	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work		
Modelling the 2007 chikungunya outbreak in Italy		1	15		7	2		3	1			23	29	288	5	395	17	166	infectious disease, epidemiology, insect, public health, Italy, research method, tropical disease	Medical and biological research, Public health	European Commission, Joint Research Centre		
Magazine	9 Safe start!	4			13			2	1			22	40	65	8				occupational health, occupational safety, working conditions, periodical publication	Working conditions	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work		
Impact of ozone-initiated terpene chemistry on indoor air quality and human health		1	15		4	2		3	1			5	175	99	37	196	579	46	public health, mass-consumption product, organic chemical, atmospheric pollution, ozone, single-family housing, environmental research, toxic substance	Environmental research, Public health	European Commission, Joint Research Centre		
Summary risk assessment report	2-methoxy-2-methylbutane (TAME)	1	15		4	2		3	1			21	43	31	81	5	232		Joint Research Centre, report, chemical product, environmental impact, public health, summarising	Environmental research, Public health	European Commission, Joint Research Centre		

A cannabis reader	Global issues and local experiences : perspectives on cannabis controversies, treatment and regulation in Europe	3		7	2	2	1	24	176	12	394	264	13	29	narcotic, psychotropic substance, drug addiction, medicament, therapeutics, medical research, epidemiology, pharmacology, pharmaceutical legislation, public health	Medical and biological research, Public health	EMCDDA — European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
Tobacco, cigarettes and cigarette smoke	An overview	1	15	14	2	3	1	25	150	87	62	17	185	580	tobacco, testing, scientific research, agronomic research, research method, analytical chemistry, tobacco industry, public health	Agricultural and fisheries research, Public health	European Commission, Joint Research Centre
Keeping European consumers safe	2006 annual report on the operation of the rapid alert system for non-food consumer products : RAPEX	1	14	9	3	2	1	26	98	90	325	178	143	332	consumer protection, consumer information, information system, information transfer, consumer goods, product safety, defective product, report	Activities of the institutions and bodies, Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Trust the flower to protect the environment and your health		1	26	15	3	4	1	27	89	26					eco-label, environmental protection, consumer protection	Environment policy and protection of the environment, Consumers' health	European Commission, Directorate-General for the Environment
Human biomonitoring	Breaking the divide between environment and health	1		7	16	3	1	28	13	20					Community research policy, medical research, degree of pollution	Medical and biological research, Research policy and organisation	European Commission
Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe	Report on the status of communicable diseases in the EU and EEA/EFTA countries	2		9	2	2	1	29	106	23	3	83			epidemiology, sexually transmitted disease, infectious disease, European Centre for Disease Prevention and Control, annual report	Activities of the institutions and bodies, Public health	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Transmissible Spongiform Encephalopathies	The European Union's research response to a major public and animal health challenge	1	11	7	16	14	3	30	13	107	29	264	9		research project, medical research, BSE bovine spongiform encephalopathy, epidemiology, therapeutics, disease prevention	Medical and biological research, Research policy and organisation, Agricultural and fisheries research	European Commission, Directorate-General for Research and Innovation
European survey on the release of formaldehyde from textiles		1	15	16	53	3	3	17	182	392	235	391	5	26	research method, textile product, clothing, dangerous substance, carcinogenic substance, public health, consumer protection	Research policy and organisation, Textiles and leather, Consumers' health	European Commission, Joint Research Centre
REACH, the new EU chemicals legislation		6	1	17	54	3	1	31	143	184	396	390	397	578	chemical product, product safety, chemical industry, import, administrative formalities, European Chemicals Agency, market approval, import restriction	Chemical industry, Environmental regulations, Consumers' health	ECHA — European Chemicals Agency, European Commission
Risk mapping of industrial hazards in new Member States		1	15	4	55	2	2	32	183	235	170	231	75	581	industrial infrastructure, industrial hazard, dangerous substance, health risk, data collection, evaluation method, Eastern Europe	Environmental research, Industrial policy, Public health	European Commission, Joint Research Centre
Annual report 2006		1	15	9	3	3	1	21	83	26	87				Joint Research Centre, annual report, consumer protection, scientific research	Activities of the institutions and bodies, Consumers' health	European Commission, Joint Research Centre
Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe	Report on the status of communicable diseases in the EU and EEA/EFTA countries	2		9	2	2	1	29	106	23	3	83			epidemiology, sexually transmitted disease, infectious disease, European Centre for Disease Prevention and Control, annual report	Activities of the institutions and bodies, Public health	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Green procurement is easy with the flower!	Ask your suppliers for products meeting the EU Eco-label criteria	1	26	15	3	4	1	27	408	89					eco-label, consumer, environmental protection	Environment policy and protection of the environment, Consumers' health	European Commission, Directorate-General for the Environment
Classification of phthalates according to their (Q)SAR predicted acute toxicity to fish	A case study	1	15	14	2	3	1	33	85	53	31	582	150	87	fish, case study, toxic substance, chemical product, fishery research, testing, scientific research	Agricultural and fisheries research, Public health	European Commission, Joint Research Centre
Risk mapping of flood hazards in new Member States		1	15	4	56	2	2	34	393	252	313	17	567	400	risk prevention, cartography, EU Member State, remote sensing, research method, flood, data processing	Environmental research, Natural disasters, Public health	European Commission, Joint Research Centre
EFSAnews	The Newsletter of the European Food Safety Authority N°14, January 2007	7		9	11	3	4	35	8						European Food Safety Authority, periodical publication	Activities of the institutions and bodies, Food technology and food safety, Consumers' health	EFSA - European Food Safety Authority
EFSAnews	The Newsletter of the European Food Safety Authority N°15, May 2007	7		9	11	3	4	35	8						European Food Safety Authority, periodical publication	Activities of the institutions and bodies, Food technology and food safety, Consumers' health	EFSA - European Food Safety Authority
EFSAnews	The Newsletter of the European Food Safety Authority N°16, December 2007	7		9	11	3	4	35	8						European Food Safety Authority, periodical publication	Activities of the institutions and bodies, Food technology and food safety, Consumers' health	EFSA - European Food Safety Authority
Annual report 2006		7		9	11	3	2	35	83						European Food Safety Authority, annual report	Activities of the institutions and bodies, Food technology and food safety, Consumers' health	EFSA - European Food Safety Authority
GMO register user guide		1	15	8	14	3	3	36	90	231	321	80			genetically modified organism, information system, data collection, dissemination of information, guide	Information - Documentation, Agricultural and fisheries research, Consumers' health	European Commission, Joint Research Centre
ICT for health	Portfolio of the eHealth projects in the FP6	1	24	18	7	3	1	30	6	13	324	14	583		research project, research programme, medical research, new technology, information technology, telemedicine	Information technology and telecommunications, Medical biological research	European Commission, Directorate-General for the Information Society and Media
The development of eServices in an enlarged EU	EGovernment and eHealth in Slovenia	1	15	19	18	3	1	14	93	90	102	2	373	238	information technology, public service, information system, electronic government, health policy, government policy, technological change, Slovenia	Information technology and telecommunications, Services, Information technology and telecommunications	European Commission, Joint Research Centre
The development of eServices in an enlarged EU	EGovernment and eHealth in Latvia	1	15	18	19	3	1	14	93	90	102	2	373	238	information technology, public service, information system, electronic government, health policy, government policy, technological change, Latvia	Information technology and telecommunications, Services	European Commission, Joint Research Centre
The development of eServices in an enlarged EU	EGovernment and eHealth in Lithuania	1	15	18	19	3	1	14	93	90	102	2	373	238	information technology, public service, information system, electronic government, health policy, government policy, technological change, Lithuania	Information technology and telecommunications, Services	European Commission, Joint Research Centre
Air pollution in Europe 1990-2004		8		20		2	1	37	5	126	68	375	376	81	atmospheric pollution, public health, environmental monitoring, ecosystem, atmospheric pollutant, reduction of gas emissions, environmental impact	Environmental degradation	EEA – European Environment Agency
Extended and unusual working hours in European companies	Establishment survey on working time 2004–2005	9		13		1	1	38	370	368	214	5	398	55	organisation of work, working time, work schedule, quality of life, public health, European undertaking, comparative study, EU Member State	Working conditions	Eurofound — European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions
Fourth European working conditions survey		9		13		2	1	55	65	38	22	370	109	513	comparative study, working conditions, organisation of work, occupational health, working time, occupational psychology, pay, Community statistics	Working conditions	Eurofound — European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions
EU security and defence	Core documents 2006 Vol VII	13		24		2	1	56	413	415	421	430	434		ESDP, international security, European defence policy, the EU's international role, European security, forces abroad	Foreign and security policy - defence Studies	EUISS — European Union Institute for Security Studies
European research on polar environment and climate	Results and information from FP5 and FP6 projects	11	1	4	20	3	1	57	30	46	426	94	126	418	Community programme, research project, environmental research, polar region, climate change, environmental monitoring, stratospheric pollution, marine pollution, ecosystem, public health	Environmental research, Environmental degradation	Directorate-General for Research and Innovation, European Commission
Food, Agriculture and Fisheries, and Biotechnology	Knowledge-Based Bio-Economy (KBBE)	11	1	16		2	1	57	28	104	363	431	445	213	Community programme, Community research policy, biotechnology, sustainable development, industrial policy, food industry, cooperation policy	Research policy and organisation	Directorate-General for Research and Innovation, European Commission
Proceedings of the International Workshop on "Combined environmental exposure : noise, air pollutants and chemicals"		1	15	4	20	3	1	58	585	189	37	589	2		research policy, pollution control measures, chemical pollution, atmospheric pollution, noise pollution, health policy	Environmental degradation	European Commission, Joint Research Centre
Working time flexibility in European companies	Establishment survey on working time 2004-2005	9		13		2	1	59	38	251	398	370	454		labour flexibility, organisation of work, employment policy, European undertaking, working time, work study	Working conditions	Eurofound — European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions
Nanotechnology	Innovation for tomorrow's world	1	11	16	8	3	1	60	190	58	242	587			public awareness campaign, nanotechnology, research policy, innovation, applied research	Research policy and organisation, Information - Documentation	European Commission, Directorate-General for Research and Innovation
Euratom, 50 years of nuclear energy serving Europe		1		9	12	1	1	61	422	416	429	455			EAEC, commemoration, historical account, Community activity, nuclear energy	Activities of the institutions and bodies, Nuclear energy and safety	European Commission
Food research funded by Europe	In 15 languages	1		11		1	1	62	361	5	173	305			agronomic research, food standard, public health, food technology, quality standard	Food technology and food safety	European Commission
Annual review of working conditions in the EU 2006-2007		9		13		2	1	63	65	453	432	22	250	244	Community employment policy, working conditions, recruitment, professional career, occupational health, professional qualifications, employment statistics	Working conditions	Eurofound — European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions

European research on traditional foods		1	11	11	3	1	64	173	423	445	5	469	466	research, food technology, product quality, food industry, public health, olive oil, food hygiene, food safety	Food technology and food safety	European Commission, Directorate-General for Research and Innovation	
Working conditions in the European Union	The gender perspective	9		13	1	1	65	439	433	370	22	268		working conditions, part-time employment, female work, working time, occupational health, European Union	Working conditions	Eurofound — European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions	
Application of explosive detection systems	Steps for fielding	1	15	25	3	1	66	424	441	587	17	75		explosive, public safety, product design, applied research, research method, evaluation method	Industrial research and development	European Commission, Joint Research Centre	
First European quality of life survey	Quality of life in Turkey	9		26	2	1	67	188	214	285	199			economic and social cohesion, social survey, quality of life, Turkey, living conditions	Social questions - town planning and housing	Eurofound — European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions	
Thresholds of contaminants	A synthesis	1	15	4	3	1	68	590	189	53	31	81	17	ecosystem, marine ecosystem, chemical pollution, toxic substance, chemical product, environmental impact, research method	Environmental research	European Commission, Joint Research Centre	
FEMIP financing operations in Syria		12		27	60	28	1	1	69	49	449	417	460	456	Mediterranean third countries, European Investment Bank, financing, development aid, EIB loan, Syria	Economy - Finance, Development aid, Mediterranean countries	European Investment Bank
European Union risk assessment report	Cadmium oxide and cadmium metal VOL 72 3rd priority list	1	15	4	15	3	1	70	53	461	43	5	89		cadmium, toxic substance, oxide, report, public health, environmental protection	Environmental research, Environment policy and protection of the environment	European Commission, Joint Research Centre
Quality of life in Croatia	Key findings from national research	9		26	61	2	1	71	188	214	199	212	447		Croatia, social survey, quality of life, living conditions, social analysis, economic situation	Social questions - town planning and housing, Central and Eastern Europe	Eurofound — European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions
Environmental assessment of municipal waste management scenarios	Part II Detailed life cycle assessments	1	15	15	4	3	1	72	114	151	85	458	81	464	waste management, waste recycling, environmental policy, case study, Malta, environmental impact, Poland	Environment policy and protection of the environment, Environmental research	European Commission, Joint Research Centre
FEMIP for the Mediterranean	2006 results	12		28	27	2	1	73	49	449	83				Euro-Mediterranean partnership, European Investment Bank, financing, annual report	Mediterranean countries, Economy - Finance	European Investment Bank
Out-of-school care services for children living in disadvantaged areas		9		29		1	1	74	591	459	435	436	592	465	social policy, child care, school age, socially disadvantaged class, less-favoured region, deprived urban area, poverty, case study, EU Member State	Social policy	Eurofound — European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions
Opinion on the ethical aspects of nanomedicine		1	27	7		3	1	13	190	468	224	57			medical research, nanotechnology, ethics, Community financing, Community programme	Medical and biological research	European Commission, European Group on Ethics in Science and New Technologies
Safety and health at work is everyone's concern	It's good for you, it's good for business	4		22		1	1	22	40	364	34				occupational health, occupational safety, qualitative analysis, risk prevention	Workers' health and safety	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work
Health & consumer voice	Newsletter on food safety, health and consumer policy from the European Commission's Health and Consumer Protection DG April 2007	14	1	3		4	1	26	98	5	7	8			consumer protection, consumer information, public health, food safety, periodical publication	Consumers' health	Directorate-General for Health and Consumers, European Commission
Health & consumer voice	Newsletter on food safety, health and consumer policy from the European Commission's Health and Consumer Protection DG January 2007	14	1	3		4	1	26	98	5	7	8			consumer protection, consumer information, public health, food safety, periodical publication	Consumers' health	Directorate-General for Health and Consumers, European Commission
Health & consumer voice	Newsletter on food safety, health and consumer policy from the European Commission's Health and Consumer Protection DG September 2007	1	14	3		4	1	26	98	5	7	8			consumer protection, consumer information, public health, food safety, periodical publication	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Organ donation and transplantation	Policy actions at EU level : impact assessment	14	1	1		2	1	2	222	213	252	60	57	557	health policy, organ transplant, cooperation policy, EU Member State, public awareness campaign, Community programme, impact study	Health policy	Directorate-General for Health and Consumers, European Commission
Alcohol in Europe	A public health perspective : a report for the European Commission	1	14	1		2	1	153	5	247	478	43	2		alcohol, public health, economic consequence, social life, report, health policy	Health policy	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Health & consumer voice	Newsletter on food safety, health and consumer policy from the European Commission's Health and Consumer Protection DG July 2007	1	14	3		4	1	26	98	5	7	8			consumer protection, consumer information, public health, food safety, periodical publication	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
TECHNICAL REPORT OF THE SCIENTIFIC PANEL ON VACCINES AND IMMUNISATION. Use of pneumococcal polysaccharide vaccine for subjects over 65 years of age during an inter-pandemic period Stockholm, January 2007		2		1		2	1	9	197	2	327	23	255	170	disease prevention, vaccination, health policy, vaccine, infectious disease, elderly person, health risk, epidemic	Health policy	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Health & consumer voice	Newsletter on food safety, health and consumer policy from the European Commission's Health and Consumer Protection DG March 2007	14	1	3		4	1	26	98	5	7	8			consumer protection, consumer information, public health, food safety, periodical publication	Consumers' health	Directorate-General for Health and Consumers, European Commission
Public Health Executive Agency	Role, responsibilities & activities	1	23	9	2	1	1	84	145	2	5	239			EU body or agency, powers of the EC Institutions, health policy, public health, operation of the Institutions	Activities of the institutions and bodies, Public health	European Commission, PHEA — Executive Agency for the Public Health Programme (Luxembourg)
Health Programme 2008-2013	Together for health	1	14	2		2	1	139	57	5					action programme, Community programme, public health	Public health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Health & consumer voice	Newsletter on food safety, health and consumer policy from the European Commission's Health and Consumer Protection DG June 2007	1	14	3		4	1	26	98	5	7	8			consumer protection, consumer information, public health, food safety, periodical publication	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Selected issue ...		3		1	6	2	1	24	12	176	221	2	8		narcotic, drug addiction, psychotropic substance, social problem, health policy, periodical publication	Health policy, Social problems	EMCDDA — European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
Health research in FP7		1	11	7	1	3	1	13	576	57	146	131	2		medical research, research and development, Community programme, scientific cooperation, small and medium-sized enterprises, health policy	Medical and biological research, Health policy	European Commission, Directorate-General for Research and Innovation
Infant and children seasonal immunisation against influenza on a routine basis during inter-pandemic period	Technical report of the scientific panel on vaccines and immunisation	2		1		2	1	5	23	611	259	170	9	197	public health, infectious disease, early childhood, child, health risk, disease prevention, vaccination, epidemic, health policy	Health policy	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
HIV prevention in Europe	Action, needs and challenges	2		1		2	1	129	9	2	268	278	556	213	AIDS, disease prevention, health policy, European Union, Baltic States, migrant, cooperation policy	Health policy	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Health & consumer voice	Newsletter on food safety, health and consumer policy from the European Commission's Health and Consumer Protection DG October 2007	1	14	3		4	1	26	98	5	7	8			consumer protection, consumer information, public health, food safety, periodical publication	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Health & consumer voice	Newsletter on food safety, health and consumer policy from the European Commission's Health and Consumer Protection DG February 2007	14	1	3		4	1	26	98	5	7	8			consumer protection, consumer information, public health, food safety, periodical publication	Consumers' health	Directorate-General for Health and Consumers, European Commission
Organ donation and transplantation	Policy actions at EU level	14	1	1		2	1	2	222	213	252	60	57		health policy, organ transplant, cooperation policy, EU Member State, public awareness campaign, Community programme	Health policy	Directorate-General for Health and Consumers, European Commission
Health research in FP7		11	1	7		2	1	57	87	13					Community programme, scientific research, medical research	Medical and biological research	Directorate-General for Research and Innovation, European Commission
Health & consumer voice	Newsletter on food safety, health and consumer policy from the European Commission's Health and Consumer Protection DG May 2007	1	14	3		4	1	26	98	5	7	8			consumer protection, consumer information, public health, food safety, periodical publication	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Food (including seafood) health and well-being	A guide to FP7 research within Activity 2.2	11	1	16	11	2	1	57	28	616	445	7	5		Community programme, Community research policy, agri-foodstuffs, food industry, food safety, public health	Research policy and organisation, Food technology and food safety	Directorate-General for Research and Innovation, European Commission
Chikungunya in Italy	Joint ECDC/WHO visit for a European risk assessment	2		2	7	2	1	146	395	23	204	170	9	3	scientific cooperation, Italy, infectious disease, epidemic, health risk, disease prevention, European Centre for Disease Prevention and Control, research body	Public health, Medical and biological research	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
The Commission Health Emergency Operations Facility	For a coordinated management of public health emergency at EU level	1	14	2		2	1	2	5	277	110	170	474	213	health policy, public health, management, health control, health risk, civil defence, cooperation policy, information transfer	Public health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Funding health in your region		1	14	2	68	1	1	5	224	220	279	281	548		public health, Community financing, Community regional policy, regional economy, regional development, Structural Funds	Public health, Regional policy and regional economies	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Good safety and health is good business	Summary of the Agency's 2006 annual report	4		22	9	1	1	16	83	232	22	40			European Agency for Safety and Health at Work, annual report, summarising occupational health, occupational safety	Workers' health and safety, Activities of the institutions and bodies	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work
Expert meeting on ECDC outbreak assistance laboratories		2		2	16	2	1	146	39	3					scientific cooperation, research body, European Centre for Disease Prevention and Control	Public health, Research policy and organisation	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health		4		22	13	2	1	22	40	109	65				occupational health, occupational safety, occupational psychology, working conditions	Workers' health and safety, Working conditions	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work

European Food Safety Authority		7		3	9	1	1	26	7	35	239	consumer protection, food safety, European Food Safety Authority, operation of the Institutions	Consumers' health, Activities of the institutions and bodies	EFSA - European Food Safety Authority			
Examples of good practice in education and risk prevention	A safe start for young workers in practice	4		22	52	2	1	154	40	266	617	young worker, occupational safety, vocational training, teaching method	Workers' health and safety, Vocational training	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work			
Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health (OSH)		4		22	13	1	1	22	65	294	275	109	319	16	occupational health, working conditions, labour market, globalisation, occupational psychology, mental stress, European Agency for Safety and Health at Work	Workers' health and safety, Working conditions	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work
Work plan 2007	European Food Safety Authority	7		3	11	2	1	35	139	295	77	7	5		European Food Safety Authority, action programme, nutrition, human nutrition, food safety, public health	Consumers' health, Food and food safety	EFSA - European Food Safety Authority
Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union		1	14	2	29	2	1	155	225	5	247	252			socioeconomic conditions, social inequality, public health, economic consequence, EU Member State	Public health, Social policy	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Young workers, facts and figures	Youth employment	4		22	70	1	1	154	226	38	343	244	103	22	young worker, youth employment, organisation of work, economic sector, employment statistics, Community statistics, occupational health, occupational safety	Workers' health and safety, Statistics	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work
Prepared for any public health emergency		14	1	2	1	1	1	2	5	90	57	230	9		health policy, public health, information system, Community programme, international cooperation, disease prevention	Public health, Health policy	Directorate-General for Health and Consumers, European Commission
Charter establishing the European alcohol and health forum		14	1	2	6	2	1	618	5	344	345				alcoholism, public health, Community action, European charter	Public health, Social problems	Directorate-General for Health and Consumers, European Commission
Translating research for human health	Integrating biological data and processes : large scale gathering and systems biology	11	1	7	1	3	1	13	576	57	146	131	2	123	medical research, research and development, Community programme, scientific cooperation, small and medium-sized enterprises, health policy, disease of the nervous system, elderly person, mental illness	Medical and biological research, Health policy	Directorate-General for Research and Innovation, European Commission
Local food for better health (LOCAL FOOD-NUTRACEUTICALS)		1	11	11		3	1	30	77	5	263	547	445	2	research project, human nutrition, public health, quality of the environment, EC Mediterranean region, food industry, health policy	Food technology and food safety	European Commission, Directorate-General for Research and Innovation
Harmful drinking		1	14	3	6	4	1	618	221	247	2				alcoholism, social problem, economic consequence, health policy	Consumers' health, Social problems	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
The healthy workplace initiative	A new deal for a better workplace	4		22		2	1	22	40	267	34	75			occupational health, occupational safety, Community initiative, risk prevention, evaluation method	Workers' health and safety	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work
Lighten the load	Good practice awards 2007 : call for nominations : a European campaign on musculoskeletal disorders	4		22		1	1	60	22	287	293	550			public awareness campaign, occupational health, business policy, ergonomics, honour	Workers' health and safety	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work
Young workers, facts and figures	Exposure to risks and health effects	4		22		1	1	22	65	40	154	245	158		occupational health, working conditions, occupational safety, young worker, occupational accident, occupational disease	Workers' health and safety	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work
Lighten the load	A European campaign on musculoskeletal disorders	4		22		1	1	60	9	223	22	158			public awareness campaign, disease prevention, handling, occupational health, occupational disease	Workers' health and safety	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work
Food traceability		1	14	3	2	4	1	144	7	26	5				traceability, food safety, consumer protection, public health	Consumers' health, Public health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
European risk observatory report		4		22		2	1	8	43	22	40				periodical publication, report, occupational health, occupational safety	Workers' health and safety	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work
Expert forecast on emerging biological risks related to occupational safety and health		4		22		2	1	16	43	22	40	132			European Agency for Safety and Health at Work, report, occupational health, occupational safety, biology	Workers' health and safety	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work
Work-related musculoskeletal disorders	Back to work report	4		22		1	1	22	65	9	339	340	252	251	occupational health, working conditions, disease prevention, labour law, discrimination based on disability, EU Member State, employment policy	Workers' health and safety	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work
OSH in figures	Young workers : facts and figures	4		22		2	1	154	22	40	294	252	65		young worker, occupational health, occupational safety, labour market, EU Member State, working conditions	Workers' health and safety	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work
Healthier, safer, more confident citizens		1	14	3	2	4	1	5	26	7					public health, consumer protection, food safety	Consumers' health, Public health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Work-related musculoskeletal disorders	Back to work : a summary	4		22		1	1	9	223	22	158	13			disease prevention, handling, occupational health, occupational disease, medical research	Workers' health and safety	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work
Work-related neck and upper limb disorders		4		22		1	1	22	47	158	9				occupational health, chronic illness, occupational disease, disease prevention	Workers' health and safety	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work
Guidelines for the evaluation of treatment in the field of problem drug use	A manual for researchers and professionals : EMCDDA Manuals	3		6	2	8	2	12	264	5	13	75			drug addiction, therapeutics, public health, medical research, evaluation method	Social problems, Public health, Information - Documentation	EMCDDA — European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
Guidance for the measurement of drug treatment demand		3		6	2	8	2	12	264	90	231	292	80		drug addiction, therapeutics, information system, data collection, information analysis, guide	Social problems, Public health, Information - Documentation	EMCDDA — European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
DG JRC contributes to EU health and consumer protection		1	15	11	3	1	1	21	7	77	26	37	36	58	Joint Research Centre, food safety, human nutrition, consumer protection, atmospheric pollution, genetically modified organism, research policy	Food technology and food safety, Consumers' health	European Commission, Joint Research Centre
Information society and health	Linking European policies	1	24	18	1	1	1	156	2	265	14	181	222		information policy, health policy, information society, information technology, Internet, organ transplant	Information technology and telecommunications, Health policy	European Commission, Directorate-General for the Information Society and Media
Scientific committees on consumer products, on emerging and newly identified health risks, on health and environmental risks	2004-2006 : opinions	1	14	9	2	15	2	45	5	26	89	170	151		EC scientific committee, public health, consumer protection, environmental protection, health risk, environmental policy	Activities of the institutions and bodies, Public health, Environment policy and protection of the environment	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Scientific committees on consumer products, on emerging and newly identified health risks, on health and environmental risks		1	14	9	2	15	1	45	5	26	89	170	151		EC scientific committee, public health, consumer protection, environmental protection, health risk, environmental policy	Activities of the institutions and bodies, Public health, Environment policy and protection of the environment	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Consultation on Chikungunya risk assessment for Europe		2		2		2	1	3	5	23	288				European Centre for Disease Prevention and Control, public health, infectious disease, insect	Public health	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Drugnet Europe	58, April-June 2007	3		2		2	1	8	15	12	555	228			periodical publication, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, drug addiction, information, prevention of delinquency	Public health	EMCDDA — European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
Zoonoses in the European Union		7		2		2	1	157	5	7	52	121			zoonosis, public health, food safety, animal disease, health statistics	Public health	EFSA - European Food Safety Authority
Translating research for human health	Major infectious diseases	11	1	7	1	3	1	13	576	57	146	131	2	23	medical research, research and development, Community programme, scientific cooperation, small and medium-sized enterprises, health policy, infectious disease, public health	Medical and biological research, Health policy	Directorate-General for Research and Innovation, European Commission
Drugnet Europe	59, July-September 2007	3		2		2	1	8	15	12	555	228			periodical publication, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, drug addiction, information, prevention of delinquency	Public health	EMCDDA — European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
Drugnet Europe	57, January-March 2007	3		2		2	1	8	15	12	555	228			periodical publication, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, drug addiction, information, prevention of delinquency	Public health	EMCDDA — European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
European Union risk assessment report	Benzyl butyl phthalate (BBP) VOL 76 3rd priority list	1	15	4	2	20	3	81	5	31	21	43			environmental impact, public health, chemical product, Joint Research Centre, report	Environmental research, Public health, Environmental degradation	European Commission, Joint Research Centre
Long-term care in the European Union		1	17	1		1	2	1	573	342	108	385			health care, organisation of health care, equal treatment, ageing of the population, provision of services	Health policy	European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion
Mental health in workplace settings	Consensus paper	1	14	1	6	2	2	2	117	255	108				health policy, mental health, elderly person, ageing of the population	Health policy, Social problems	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
High level pharmaceutical forum 2005-2008	Conclusions and recommendations	1	22	14	2	51	2	4	171	172	5	365	388		State health service, competitiveness, pharmaceutical industry, public health, benchmarking, pharmaceutical product	Public health, Pharmaceutical and cosmetics industry	European Commission, 22, Directorate-General for Health and Consumers
Consultation on vector-related risk for chikungunya virus transmission in Europe		2		2	7	2	2	5	23	288	3				public health, infectious disease, insect, European Centre for Disease Prevention and Control	Public health, Medical and biological research	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Better training for safer food		1	14	3	52	5	2	7	110	266	26	5	284		food safety, health control, vocational training, consumer protection, public health, Community law	Consumers' health, Vocational training, Veterinary sector and animal health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Promotional flyer — Monographs — Cannabis		3		2	7	2	2	24	12	264	13	372	5		narcotic, drug addiction, therapeutics, medical research, pharmacology, public health	Public health, Medical and biological research	EMCDDA — European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

Safety, health and environmental annual report 2007		1	15	21	22	15	3	2	39	584	22	40	89	81	585	research body, energy research, occupational health, occupational safety, Energy research, Workers' health and European Commission, Joint Research Centre environmental protection, environmental impact, pollution control measures safety, Environment policy and protection of the environment
Keeping European consumers safe	2007 annual report on the operation of the rapid alert system for non-food consumer products : RAPEX	1	14	3	9	2	2	2	26	98	90	325	178	143	332	consumer protection, consumer information, information system, information transfer, Consumers' health, Activities of the European Commission, Directorate-General for consumer goods, product safety, defective product, annual report institutions and bodies Health and Consumers
OSH in the school curriculum	Member State activities : summary of a report	4		22	34	1	2	2	22	40	60	253	169	252		occupational health, occupational safety, public awareness campaign, education policy, Workers' health and safety, Education EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work teaching curriculum, EU Member State policy
The European Food Safety Authority at a glance		7		3	9	1	2	2	26	35	7	239				consumer protection, European Food Safety Authority, food safety, operation of the Consumers' health, Activities of the EFSA - European Food Safety Authority institutions and bodies
Workplace exposure to vibration in Europe	An expert review	4		22	13	1	2	2	40	34	371	22	30			occupational safety, risk prevention, mechanical vibration, occupational health, Workers' health and safety, Working EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work research project conditions
Occupational skin diseases and dermal exposure in the European Union (EU-25)	Policy and practice overview	4		22	1	1	2	2	22	382	170	158	9	40	252	occupational health, skin disease, health risk, occupational disease, disease prevention, Workers' health and safety, Health EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work occupational safety, EU Member State policy
Protecting workers in hotels, restaurants and catering		4		22	19	1	2	2	22	40	369	367	65	252		occupational health, occupational safety, hotel profession, catering profession, working Workers' health and safety, Services EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work conditions, EU Member State
GHB and its precursor GBL : an emerging trend case study	EMCDDA Thematic papers	3		2	6	2	2	2	24	176	53	5	170	2	12	narcotic, psychotropic substance, toxic substance, public health, health risk, health Public health, Social problems EMCDDA — European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction policy, drug addiction, social problem
Food contaminants		1	14	3	11	1	2	2	41	218	5	361				foodstuffs legislation, food contamination, public health, food standard Consumers' health, Food technology European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Guidance document of the scientific panel on genetically modified organisms for the risk assessment of genetically modified plants and derived food and feed		7		3	11	2	2	2	7	36	377	34	80	35	211	food safety, genetically modified organism, transgenic plant, risk prevention, guide, Consumers' health, Food technology EFSA - European Food Safety Authority European Food Safety Authority, Community certification and food safety
Report on the implementation of the EU Tobacco Advertising Directive		1	14	3	57	2	2	2	43	403	25	399	380	401		report, advertising, tobacco, sponsorship, approximation of laws, national Consumers' health, Approximation of European Commission, Directorate-General for implementing measure legislation Health and Consumers
New rules on pesticide residues in food		1	14	3	58	1	2	2	42	586	378	26	7	374	406	foodstuff, pesticide residue, agricultural product, consumer protection, food safety, Consumers' health, Plant health European Commission, Directorate-General for plant health product, Community regulation, pesticide, plant health control Health and Consumers
Work-related musculoskeletal disorders	Prevention report	4		22		1	2	2	22	65	9	252	251			occupational health, working conditions, disease prevention, EU Member State, Workers' health and safety EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work employment policy
National economics and occupational safety and health		4		22		1	2	2	22	40	379	171	245	404	407	occupational health, occupational safety, national economy, competitiveness, Workers' health and safety EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work occupational accident, cost-benefit analysis, productivity
Good practice in preventing risks to young workers	Summary of a report	4		22		1	2	2	40	22	154	402	60			occupational safety, occupational health, young worker, professional experience, public Workers' health and safety EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work awareness campaign
Facts		4		22		2	2	2	22	40	8					occupational health, occupational safety, periodical publication Workers' health and safety EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work
Prevention of work-related MSDs in practice	European good practice awards 2007	4		22		1	2	2	22	65	9	252	251			occupational health, working conditions, disease prevention, EU Member State, Workers' health and safety EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work employment policy
European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening	Second edition	10		8	1	7	2	2	44	80	48	9	264	409		Community publication, guide, cancer, disease prevention, therapeutics, cytology Information - Documentation, Health Publications Office policy, Medical and biological research
Legally eHealth	Putting eHealth in its European legal context	1	24	10	1	59	1	2	14	284	181	405	2	26	389	information technology, Community law, Internet, data protection, health policy, information policy, Health policy, Law European Commission, Directorate-General for the consumer protection, service, health care, medical data and justice Information Society and Media
Scientific committees on consumer products, on emerging and newly identified health risks, on health and environmental risks	2007 : opinions	1	14	9	2	15	2	2	45	26	5	89	170			EC scientific committee, consumer protection, public health, environmental protection, Activities of the institutions and European Commission, Directorate-General for health risk bodies, Public health, Environment Health and Consumers policy and protection of the environment
Summary risk assessment report	Bis (2-ethylhexyl) phthalate (DEHP)	1	15	4	2	20	3	2	46	81	31	5	21	43	232	environmental research, environmental impact, chemical product, public health, Joint Environmental research, Public health, European Commission, Joint Research Centre Research Centre, report, summarising Environmental degradation
Major and chronic diseases report 2007		1	14	2		2	2	2	47	231	90	5	170	326	252	chronic illness, data collection, information system, public health, health risk, mortality, Public health European Commission, Directorate-General for EU Member State, research project Health and Consumers
Prevention of substance abuse	EMCDDA Insights	3		2		2	2	2	12	2	221	176	43	5		drug addiction, health policy, social problem, psychotropic substance, report, public Public health EMCDDA — European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction health
International cooperation in health research	The role of Europe	11	1	16	7	3	2	2	13	230	57					medical research, international cooperation, Community programme Research policy and organisation, Directorate-General for Research and Innovation, Medical and biological research European Commission
Drugnet Europe	No 63, July–September 2008	3		2		2	2	2	8	15	12	555	228			periodical publication, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, drug Public health EMCDDA — European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction addition, information, prevention of delinquency
Drugnet Europe	64, October–December 2008	3		2		2	2	2	8	15	12	555	228			periodical publication, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, drug Public health EMCDDA — European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction addition, information, prevention of delinquency
Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on standards of quality and safety of human organs intended for transplantation and Communication from the Commission action plan on organ donation and transplantation (2009-2015) : strengthened cooperation between Member States		1	14	2		2	2	2	5	222	227	2	311	213		public health, organ transplant, medicine, health policy, health legislation, cooperation Public health European Commission, Directorate-General for Health and Consumers policy
European Union risk assessment report	Bis(2-ethylhexyl)phthalate (DEHP) VOL 80 2nd priority list	1	15	4	2	20	3	2	46	81	31	5	21	43		environmental research, environmental impact, chemical product, public health, Joint Environmental research, Public health, European Commission, Joint Research Centre Research Centre, report Environmental degradation
Commission staff working document	Impact assessment and annexes accompanying the proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on standards of quality and safety of human organs intended for transplantation and the Communication from the Commission : action plan on organ donation and transplantation (2009-2015): strengthened cooperation between Member States	1	14	2		2	2	2	5	222	227	2	311	213		public health, organ transplant, medicine, health policy, health legislation, cooperation Public health European Commission, Directorate-General for policy Health and Consumers
Drugnet Europe	62, April–June 2008	3		2		2	2	2	8	15	12	555	228			periodical publication, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, drug Public health EMCDDA — European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction addition, information, prevention of delinquency
Cadmium metal and cadmium oxide	Summary risk assessment report	1	15	4	2	20	3	2	21	43	232	5	81	70	452	Joint Research Centre, report, summarising, public health, environmental impact, Environmental research, Public health, European Commission, Joint Research Centre cadmium, metals, oxide Environmental degradation
Drugnet Europe	61, January–March 2008	3		2		2	2	2	8	15	12	555	228			periodical publication, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, drug Public health EMCDDA — European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction addition, information, prevention of delinquency
Surveillance of tuberculosis in Europe, EuroTB	Report on tuberculosis cases notified in 2006	1		2		2	2	2	23	229	5	121	450	82		infectious disease, respiratory disease, public health, health statistics, Europe, Public health information network European Commission
Major and chronic diseases report 2007		1	14	2		2	2	2	47	231	90	5	170	326	252	chronic illness, data collection, information system, public health, health risk, mortality, Public health European Commission, Directorate-General for EU Member State, research project Health and Consumers
Summary risk assessment report	Sodium hydroxide	1	15	4	2	20	3	2	5	384	43	81	53	31	22	public health, sodium, report, environmental impact, toxic substance, chemical product, Environmental research, Public health, European Commission, Joint Research Centre occupational health, consumer protection, summarising Environmental degradation
How do screening and vaccination protect against cervical cancer?		1	14	2		1	2	2	48	197	9	448	193			cancer, vaccination, disease prevention, woman, young person Public health European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Overview report 2007	Operations evaluation : EIB financing in the European Union, 1997-2006 : education, health, research, development, innovation cross-border TENs, cohesion in Germany, Ireland, Spain	12		23	9	2	2	2	49	43	449	410	5	576	67	European Investment Bank, report, financing, education, public health, research and Community finance, Activities of the European Investment Bank development, economic and social cohesion, Germany, Ireland, Spain institutions and bodies

EFSA in focus. Food		7		9	3	11	2	2		8	7	295		periodical publication, food safety, nutrition	Activities of the institutions and bodies, Consumers' health, Food technology and food safety	EFSA - European Food Safety Authority		
The Rapid Alert System for Food and Feed (RASFF)	Annual report 2007	1	14	3			4	2		5	7	26	90	public health, food safety, consumer protection, information system	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers		
EU veterinary week 2008	Animals + humans = one health	1		5	2		1	2		50	51	425	5	428	427	52	external border of the European Union, border control, customs formalities, public health, meat, milk product, animal disease, health certificate, domestic animal	Veterinary sector and animal health, European Commission
Diseases don't respect borders	What are the rules?	1		5	2		1	2		51	50	42	396	187	52	411	border control, external border of the European Union, foodstuff, import, domestic animal, animal disease, health certificate, public health	Veterinary sector and animal health, European Commission
Diseases don't respect borders		1		5	2		1	2		50	428	427	348	51	425	5	external border of the European Union, meat, milk product, animal product, border control, customs formalities, public health	Veterinary sector and animal health, European Commission
Healthy workplaces	Good for you, good for business : European good practice awards : call for nominations	4		13	22		1	2		22	40	287	60				occupational health, occupational safety, business policy, public awareness campaign	Working conditions, Workers' health and safety
EFSA in focus. Animals		7		9	5	11	2	2		8	7	120	119				periodical publication, food safety, animal welfare, animal health	Activities of the institutions and bodies, Veterinary sector and animal health, Food technology and food safety
Better training for safer food	Annual report 2007	1	14	3	5	30	2	2		26	5	83	77	18	11	266	consumer protection, public health, annual report, human nutrition, food inspection, veterinary inspection, vocational training	Consumers' health, Veterinary sector and animal health, Agricultural policy
Scientific and technical contribution to the development of an overall health strategy in the area of GMOs		1	15	11	3		3	2		30	36	104	26	5	34	2	research project, genetically modified organism, biotechnology, consumer protection, public health, risk prevention, health policy	Food technology and food safety, European Commission, Joint Research Centre
EFSA conference on nutrition and health claims		7		11	1		3	2		5	7	18	167	26	87		public health, food safety, food inspection, conference proceedings, consumer protection, scientific research	Food technology and food safety, EFSA - European Food Safety Authority
Annual report 2007	As a key player in the implementation of the new Community Strategy for Health and Safety at Work (2007-2012), EU-OSHA's annual report provides a concise overview of its activities in 2007. Highlights of the year include the extension of its European and global networks, the 'Lighten the load campaign' and the Healthy Workplace Initiative, as well as research into new and emerging workplace risks.	4		9	22		2	2		16	83						European Agency for Safety and Health at Work, annual report	Activities of the institutions and bodies, Workers' health and safety
Annual report of the Director, 2007		2		9	1		1	2		3	83						European Centre for Disease Prevention and Control, annual report	Activities of the institutions and bodies, Health policy
Keep infectious animal diseases out of the European Union!		1		5			1	2		52	23	348	11	51	50	170	animal disease, infectious disease, animal product, veterinary inspection, border control, external border of the European Union, health risk	Veterinary sector and animal health
Diseases don't respect borders	Did you bring their papers? Your pet cannot enter the EU without the correct certification	1		5			1	2		52	187	411	51	50			animal disease, domestic animal, health certificate, border control, external border of the European Union	Veterinary sector and animal health
Working safely in a multicultural Horeca sector	Draft of the Forum publication on a workshop held by the European Agency for Safety and Health at Work, 26-27 February 2007, Bilbao	4		13	19		1	2		22	40	414	191	65	419	451	occupational health, occupational safety, hotel industry, migrant worker, working conditions, cultural difference, moonlighting, vocational training	Working conditions, Services
Executive science update				7	2		3	2		8	5	23	87	9			periodical publication, public health, infectious disease, scientific research, disease prevention	Medical and biological research, Public health
ECC-Net, the European Consumer Centres Network	Information and support to consumers across Europe	1		8	3		4	2		26	98	163	82				consumer protection, consumer information, consumer policy, information network	Information - Documentation, European Commission
Executive science update	Edition 04, September 2008	2		7	2		3	2		8	5	23	87	9			periodical publication, public health, infectious disease, scientific research, disease prevention	Medical and biological research, Public health
European Union Risk assessment report	Alkanes, C10-13, chloro VOL 81 1st priority list	1	15	4	2		3	2		53	31	81	5	26	89		toxic substance, chemical product, environmental impact, public health, consumer protection, environmental protection	Environmental research, Public health
Eurosurveillance	Vol. 13, Issues 14–26, Apr–Jun 2008	2		7	2		2	2		8	9	5	110				periodical publication, disease prevention, public health, health control	Medical and biological research, Public health
SHARE the journey	A European healthgrid roadmap	1	24	8	18	1	2	2		43	587	412	324	400	386	85	report, applied research, medical computing, new technology, data processing, medical data, case study	Information - Documentation, Information technology and telecommunications, Health policy
Eurosurveillance	Vol. 13, Issues 27-39, Jul-Sep 2008	2		7	2		2	2		8	9	5	110				periodical publication, disease prevention, public health, health control	Medical and biological research, Public health
The COST633 aerosol phenomenology		1	15	37	4	2	3	2		54	231	5	46	588	420	457	aerosol, data collection, public health, environmental research, field research, urban area, rural region	Environmental research, Public health
Eurosurveillance	Vol. 13, Issues 1-3, Jan-Mar 2008	2		7	2		2	2		8	9	5	110				periodical publication, disease prevention, public health, health control	Medical and biological research, Public health
Eurosurveillance	Vol. 13, Issues 40-51, Oct-Dec 2008	2		7	2		2	2		8	9	5	110				periodical publication, disease prevention, public health, health control	Medical and biological research, Public health
The Benigni / Bossa rulebase for mutagenicity and carcinogenicity	A module of Toxtree	1	15	7	2		3	2		75	185	31	235	53	391		evaluation method, analytical chemistry, chemical product, dangerous substance, toxic substance, carcinogenic substance	Medical and biological research, Public health
Executive science update	Edition 02, March 2008	2		7	2		2	2		8	5	23	87	9			periodical publication, public health, infectious disease, scientific research, disease prevention	Medical and biological research, Public health
The way forward	The new EU regulation on organic farming	1	28	30	3		1	2		76	467	41	89	26	462	284	organic farming, labelling, foodstuffs legislation, environmental protection, consumer protection, marketing, Community law	Agricultural policy, Consumers' health
Functional food in the European Union		1	15	11	3		3	2		77	437	173	5	443	593	445	human nutrition, processed food product, food technology, public health, economic analysis, market research, food industry, consumer behaviour, research and development	Food technology and food safety, European Commission, Joint Research Centre
Executive science update	Edition 05, December 2008	2		7	2		3	2		8	5	23	87	9			periodical publication, public health, infectious disease, scientific research, disease prevention	Medical and biological research, Public health
Implied doses to the population of the EU arising from reported discharges from EU nuclear power stations and reprocessing sites in the years 1997 to 2004		1	5	25	12	2	2	2		19	180	5	161	177	442	463	radiation protection, nuclear safety, public health, metrology, radioactivity, radioactive waste, radioactive effluent	Nuclear energy and safety, Public health
The advice of the Ad-Hoc Working Group on Sampling and Monitoring to the Standing Committee on Drinking Water concerning sampling and monitoring for the revision of the Council Directive 98/83/EC		1	15				3	2		78	77	110	364	444	440	170	drinking water, human nutrition, health control, qualitative analysis, water supply, water treatment, health risk, chemical product, biology, public health	European Commission, Directorate-General for Mobility and Transport, Directorate-General for Energy
Review of data sources, QSARs and integrated testing strategies for skin sensitisation		1	15	7	2		3	2		79	470	438	311	31	5		source of information, database, computer system, health legislation, chemical product, public health	Medical and biological research, Public health
Microbes without borders, key facts on infectious diseases in Europe	Highlights from ECDC's annual report on infectious diseases in Europe	2		9	2		2	2		23	43	252	3	229	106	9	infectious disease, report, EU Member State, European Centre for Disease Prevention and Control, respiratory disease, sexually transmitted disease, disease prevention, public health	Activities of the institutions and bodies, Public health
Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008	Report on the state of communicable diseases in the EU and EEA/EFTA countries	2		9	2		2	2		3	83	29	23	157	106		European Centre for Disease Prevention and Control, annual report, epidemiology, infectious disease, zoonosis, sexually transmitted disease	Activities of the institutions and bodies, Public health
Guidance on information requirements and chemical safety assessment	Guidance for the implementation of REACH VOL 8 Dose (concentration) - Response characterisation	6		17	55	2	2	2		80	184	34	186	31	183	53	guide, chemical industry, risk prevention, technical regulations, chemical product, industrial hazard, toxic substance, public health, health risk	Chemical industry, Industrial policy, ECHA — European Chemicals Agency
Guidance on information requirements and chemical safety assessment	Guidance for the implementation of REACH VOL 4 Endpoint specific guidance for physico-chemical properties and human health	6		17	55	2	2	2		80	34	184	186	31	183	5	guide, risk prevention, chemical industry, technical regulations, chemical product, industrial hazard, public health, toxic substance	Chemical industry, Industrial policy, ECHA — European Chemicals Agency
Guidance on information requirements and chemical safety assessment	Guidance for the implementation of REACH VOL 10 Exposure estimation and uncertainty analysis	6		17	55	2	2	2		80	34	184	186	31	183	5	guide, risk prevention, chemical industry, technical regulations, chemical product, industrial hazard, public health	Chemical industry, Industrial policy, ECHA — European Chemicals Agency
Summary risk assessment report	2-nitrotoluene	1	15	4	20	2	3	2		43	31	81	5	53			report, chemical product, environmental impact, public health, toxic substance	Environmental research, Environmental degradation, Public health

Guidance on information requirements and chemical safety assessment	Guidance for the implementation of REACH VOL 3 Collection, evaluation, adaptation and generation of information	6		17	55	2	2	2	80	34	184	186	31	183	5	guide, risk prevention, chemical industry, technical regulations, chemical product, industrial hazard, public health, toxic substance	Chemical industry, Industrial policy, ECHA — European Chemicals Agency
Insight	December 2008	2		9	2	2	2	2	8	5	23	87	9			Public health	Activities of the institutions and ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Summary risk assessment report	BenzyI butyl phthalate (BBP)	1	15	4	20	2	3	2	81	5	31	21	43	232		periodical publication, public health, infectious disease, scientific research, disease prevention	Environmental research, European Commission, Joint Research Centre
ECC-Net, the European Consumer Centres Network	2007 annual report	1		9	3	4	2		82	26	98	163	202	83		environmental impact, public health, chemical product, Joint Research Centre, report, summarising	Environmental degradation, Public health
Annual activity report 2007	DG SANCO E.2 – Hygiene & Control Measures	1	14	9	3	2	2		83	7	466	26	446			information network, consumer protection, consumer information, consumer policy, Community policy, annual report	Activities of the institutions and European Commission
General report of activities 2007	Including "Annual activity report of the EMCDDA's authorising officer"	3		9	2	2	2		83	15						annual report, food safety, food hygiene, consumer protection, European Commission	Activities of the institutions and European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Insight	September 2008	2		9	2	2	2	2	8	5	23	87	9			annual report, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction	Activities of the institutions and EMCDDA — European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
European Parliament pilot project on exposure to indoor air chemicals and possible health risks		1	15	4	7	3	2		5	37	170	2	116	375	99	periodical publication, public health, infectious disease, scientific research, disease prevention	Activities of the institutions and ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Outbreak investigation and response in the EU	Meeting report : second consultation	2		9	2	2	2	2	84	9	5	167				public health, atmospheric pollution, health risk, health policy, illness, atmospheric pollutant, organic chemical	Environmental research, Medical and European Commission, Joint Research Centre
Insight	June 2008	2		9	2	2	2	2	8	5	23	87	9			EU body or agency, disease prevention, public health, conference proceedings	Activities of the institutions and ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Insight	March 2008	2		9	2	2	2	2	8	5	23	87	9			periodical publication, public health, infectious disease, scientific research, disease prevention	Activities of the institutions and ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Magazine	11 Healthy workplaces. Good for you. Good for business	4		13		2	2	2	22	40	65	8				periodical publication, public health, infectious disease, scientific research, disease prevention	Activities of the institutions and ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Summary of annual report 2007		7		9	11	3	2	2	35	83	232					occupational health, occupational safety, working conditions, periodical publication	Working conditions
EFSAnews	Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, July 2008	7		9	11	3	4	2	35	8						European Food Safety Authority, annual report, summarising	Activities of the institutions and EFSA - European Food Safety Authority
Physical and Chemical Exposure unit	Publications : 2002 to 2006	1	15	8	32	2	3	2	87	88	31	471	472	126	5	European Food Safety Authority, periodical publication	Activities of the institutions and EFSA - European Food Safety Authority
Guidelines on positive environmental initiatives to be taken by the fishing sector	Conservation policy environment and health	1	29	31	15	2	2		594	89	595	81	72	126	231	scientific research, bibliography, chemical product, electromagnetic interference, toxicology, environmental monitoring, public health, noise, spectrometry, consumer protection	Information - Documentation, European Commission, Joint Research Centre
EFSAnews	18, November 2008	7		9	11	3	4	2	35	8						common fisheries policy, environmental protection, fishing industry, environmental impact, waste management, environmental monitoring, data collection, public awareness campaign	Fisheries policy, Environment policy European Commission, Directorate-General for Maritime Affairs and Fisheries
The development of eServices in an enlarged EU	EGovernment and eHealth in the Czech Republic	1	15	32	18	3	2		572	573	2	253	102			European Food Safety Authority, periodical publication	Activities of the institutions and EFSA - European Food Safety Authority
The development of eServices in an enlarged EU	EGovernment and eHealth in Poland	1	15	32	18	3	2		572	573	2	253	102			research report, organisation of health care, health policy, education policy, electronic government	Scientific and technical research, European Commission, Joint Research Centre
The development of eServices in an enlarged EU	EGovernment and eHealth in Estonia	1	15	18		3	2		14	181	385	265	102	596	491	research report, organisation of health care, health policy, education policy, electronic government	Scientific and technical research, European Commission, Joint Research Centre
The development of eServices in an enlarged EU	EGovernment and eHealth in Cyprus	1	15	32	18	3	2		572	573	2	253	102			information technology, Internet, provision of services, information society, electronic government, health care system, Estonia	Information technology and telecommunications
The development of eServices in an enlarged EU	EGovernment and eHealth in Slovakia	1	15	18	19	3	2		14	93	90	102	2	373	238	research report, organisation of health care, health policy, education policy, electronic government	Scientific and technical research, European Commission, Joint Research Centre
The development of eServices in an enlarged EU	EGovernment and eHealth in Malta	1	15	18	19	3	2		14	93	90	102	2	373	238	information technology, public service, information system, electronic government, health policy, government policy, technological change, Slovakia	Information technology and telecommunications, Services
A set of case studies to illustrate the applicability of DART (Decision Analysis by Ranking Techniques) in the ranking of chemicals		1	15	18	17	3	2		85	31	350	89	53			information technology, public service, information system, electronic government, health policy, government policy, technological change, Malta	Information technology and telecommunications, Chemical industry
Proficiency test on the determination of furan in baby food		1	15	11		3	2		86	39	577	75	185	87	18	case study, chemical product, software, environmental protection, toxic substance	Information technology and telecommunications, Chemical industry
Risk mapping and mathematical modelling	Assessment tools for the impact of climate change on infectious diseases	1	15	18	7	20	3	2	87	94	23	313	17	126		baby food, research body, research results, evaluation method, analytical chemistry, scientific research, food inspection, chemical compound	Food technology and food safety
Proficiency test on the determination of acrylamide in potato crisps		1	15	11		3	2		96	31	53	185	17	299	39	scientific research, food inspection, chemical compound	Information technology and food safety
The 2009 ageing report	Underlying assumptions and projection methodologies for the EU-27 Member States (2007-2060)	1	30	33	47	2	2		92	43	443	475	108	479	483	scientific research, food inspection, chemical compound	Information technology and food safety
Income and factor markets under the 2003 CAP reform		1	15	30	27	3	2		97	95	247	443	481			scientific research, food inspection, chemical compound	Information technology and food safety
Teachers' corner	A look at DOLCETA-module 4 : Consumer Education lesson plans and resources for teachers and trainers	14	1	34	8	4	2		98	598	60	304	597	80		method, environmental monitoring	Information technology and food safety
Experimental and modelling studies to identify bioavailable contaminant concentrations and bioavailability	Towards the definition of a general scale for thresholds calculation	1	15	4		3	2		99	68	336	473	20	87	46	potato, chemical product, toxic substance, analytical chemistry, research method, comparative analysis, research body	Food technology and food safety
Evaluation of agent platforms	Version 2.0	1	15	18		3	2		90	350	438	477	405	485	75	health expenditure, report, economic analysis, economic forecasting, ageing of the population, long-term forecast, economic indicator, EU Member State	Information technology and food safety
EURODELTA – II	Evaluation of a sectoral approach to integrated assessment modelling including the Mediterranean Sea	1	15	4	15	3	2		58	46	37	577	476	282	30	common agricultural policy, reform of the CAP, economic consequence, economic analysis, agricultural market	Agricultural policy, Economy - Finance
Teaching consumer education	Introduction to DOLCETA module 4 for teachers and adult educators : guidelines and examples for teaching consumer education, within schools, colleges and the community	1	14	34	8	4	2		80	306	98	297	60			consumer information, adult education, public awareness campaign, teacher, teacher training, guide	Education policy, Information - Documentation
Teaching consumer education	An introduction to DOLCETA-module 4 : ideas and lesson plans for teaching consumer education	1	14	34	8	4	2		80	304	98	297	60	306		consumer information, adult education, public awareness campaign, teacher, teacher training, guide	Education policy, Information - Documentation
European Union risk assessment report	Propan-1-ol VOL 82 2nd priority list	1	15	4	20	3	2		101	482	89	22	26	31		organic chemical, ecosystem, water pollution, industrial pollution, degree of pollution, scientific research, environmental research	Environmental research
Sensitivity analysis of the 2008 Environmental Performance Index		1	15	4		3	2		46	572	474	34	237			information system, software, computer system, computer piracy, data protection, computer network, evaluation method	Information technology and telecommunications
Annual review of working conditions in the EU 2007-2008		9		13		2	2		63	339	65	244				research policy, environmental research, atmospheric pollution, research results, Mediterranean Sea, pollution control, research project	Environmental research, Environment policy and protection of the environment
Air pollution by ozone across Europe during summer 2007	Overview of exceedances of EC ozone threshold values for April-September 2007	8		20		2	2		37	196	126	450	20			guide, teaching, consumer information, consumer behaviour, public awareness campaign	Education policy, Information - Documentation

The consumer markets scoreboard	Monitoring consumer outcomes in the Single Market	1	14	35	43	62	2	2	91	163	26	98	593	301	289	single market, consumer policy, consumer protection, consumer information, market research, economic development, consumption, Community statistics	Commercial policy, Intra-Community trade - free movement of goods, Health and Consumers	Commission, Directorate-General for Economy and finance
Working conditions of an ageing workforce		9		13	63		2	2	65	320	108	205	22	266	38	working conditions, older worker, ageing of the population, job security, occupational health, vocational training, organisation of work, employment statistics	Working conditions, Employment policy	Eurofound — European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions
Impacts of Europe's changing climate	2008 indicator-based assessment	8	1	15	15		2	2	100	94	488	480	68	124	81	Community environmental policy, climate change, meteorology, climatology, ecosystem, biodiversity, environmental impact, economic consequence	Environment policy and protection of the environment	EEA — European Environment Agency, European Commission, Joint Research Centre, World Health Organisation
Summary risk assessment report	Nitrobenzene Part I Environment	1	15	4	20		3	2	31	5	81	21	43	232		chemical product, public health, environmental impact, Joint Research Centre, report, summarising	Environmental research, Environmental degradation	European Commission, Joint Research Centre
The life of women and men in Europe	A statistical portrait	1	31	36			2	2	103	233	244	478	5	410	303	Community statistics, population statistics, employment statistics, social life, public health, education, family	Population and social conditions	European Commission, Eurostat
Active ageing and independent living services	The role of information and communication technology	1	15	18	19	29	3	2	14	389	214	272	108	255	164	Information technology, service, quality of life, social integration, ageing of the population, elderly person, social well-being, health policy	Information technology and telecommunications, Services, Social policy	European Commission, Joint Research Centre
Human resources employed in science and technology occupations	Professionals and technicians	1	31	37	64		2	2	103	244	493	486	490	484	294	Community statistics, employment statistics, staff, scientific profession, technology, technical profession, labour market, innovation	Science and technology, Labour market - free movement of workers	European Commission, Eurostat
Use of technology and working conditions in the European Union		9		13			2	2	65	490	22	489				working conditions, technology, occupational health, statistics	Working conditions	Eurofound — European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions
Consequences, opportunities and challenges of modern biotechnology for Europe	The analysis report : contributions of modern biotechnology to European policy objectives	1	15	7			3	2	104	292	43	487	294	363	202	biotechnology, information analysis, report, economic growth, labour market, sustainable development, Community policy	Medical and biological research	European Commission, Joint Research Centre
Health & consumer voice	Newsletter on food safety, health and consumer policy from the European Commission's Health and Consumers DG April 2008	1	14	3			4	2	26	98	5	7	8			consumer protection, consumer information, public health, food safety, periodical publication	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Mental health in older people		1	14	1	6		2	2	2	117	255	108				health policy, mental health, elderly person, ageing of the population	Health policy, Social problems	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Pandemic influenza preparedness in the EU/EEA	Status report as of Autumn 2007	2		1			2	2	9	204	5	2	52	157	257	disease prevention, epidemic, public health, health policy, animal disease, zoonosis, European Economic Area	Health policy	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Opening the door to better healthcare across Europe	Proposal for a directive of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare	1	14	1	50		1	2	200	1	254	596	260	125	261	right to health, health care, frontier region, health care system, European cooperation, EC Directive, social security, EU Member State	Health policy, Construction of Europe	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Health & consumer voice	Newsletter on food safety, health and consumer policy from the European Commission's Health and Consumer Protection DG February 2008	1	14	3			4	2	26	98	5	7	8			consumer protection, consumer information, public health, food safety, periodical publication	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Prevention of depression and suicide		1	14	1	6		2	2	201	2	9	117	600			suicide, health policy, disease prevention, mental health, mental illness	Health policy, Social problems	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Meeting report, TESSy working group		2		1			2	2	87	204	6	13	110			scientific research, epidemic, research programme, medical research, health control	Health policy	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Health research in FP7		1	11	7			3	2	58	6	57	13	131	146	258	research policy, research programme, Community programme, medical research, small and medium-sized enterprises, scientific cooperation, third country	Medical and biological research	European Commission, Directorate-General for Research and Innovation
Health research in FP7		1	11	7	16		3	2	13	87	57					medical research, scientific research, Community programme	Medical and biological research, Research policy and organisation	European Commission, Directorate-General for Research and Innovation
Health & consumer voice	Newsletter on food safety, health and consumer policy from the European Commission's Health and Consumer Protection DG March 2008	1	14	3			4	2	26	98	5	7	8			consumer protection, consumer information, public health, food safety, periodical publication	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Cancer screening in the European Union	Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening	1	14	1	7		2	2	9	48	5	43				disease prevention, cancer, public health, report	Health policy, Medical and biological research	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Health & consumer voice	Newsletter on food safety, health and consumer policy from the European Commission's Health and Consumers DG July 2008	1	14	3			4	2	26	98	5	7	8			consumer protection, consumer information, public health, food safety, periodical publication	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Mental health in youth and education		1	14	1			2	2	117	2	193	259	253			mental health, health policy, young person, child, education policy	Health policy	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Health & consumer voice	Newsletter on food safety, health and consumer policy from the European Commission's Health and Consumers DG October 2008	1	14	3			4	2	26	98	5	7	8			consumer protection, consumer information, public health, food safety, periodical publication	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
National drug-related research in Europe	EMCDDA Selected issues	3		1	6		2	2	5	12	176	221	2	188		public health, drug addiction, psychotropic substance, social problem, health policy, social survey	Health policy, Social problems	EMCDDA — European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
Mental health in the EU	Key facts, figures, and activities : a background paper provided by the SUPPORT-project	1	14	1			1	2	117	2	201	600	9	164		mental health, health policy, suicide, mental illness, disease prevention, social well-being	Health policy	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
White paper "Together for health : a strategic approach for the EU 2008 - 2013"	Commission staff working document accompanying the white paper	1	14	1			2	2	202	2	5					Community policy, health policy, public health	Health policy	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Guidance for the introduction of HPV vaccines in EU countries		2		1			2	2	3	2	48	23	197	9		European Centre for Disease Prevention and Control, health policy, cancer, infectious disease, vaccination, disease prevention	Health policy	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Health & consumer voice	Newsletter on food safety, health and consumer policy from the European Commission's Health and Consumers DG December 2008	1	14	3			4	2	26	98	5	7	8			consumer protection, consumer information, public health, food safety, periodical publication	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Health & consumer voice	Newsletter on food safety, health and consumer policy from the European Commission's Health and Consumers DG June 2008	1	14	3			4	2	26	98	5	7	8			consumer protection, consumer information, public health, food safety, periodical publication	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Health in the European Social Fund 2007-2013		17		1	22	49	1	2	203	5	22	40	60	2		European Social Fund, public health, occupational health, occupational safety, public awareness campaign, health policy	Workers' health and safety, European Social Fund	Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, European Commission
Health & consumer voice	Newsletter on food safety, health and consumer policy from the European Commission's Health and Consumers DG November 2008	1	14	3			4	2	26	98	5	7	8			consumer protection, consumer information, public health, food safety, periodical publication	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Food and Veterinary Office	Annual report 2007	1	14	3	9	5	2	2	83	168						annual report, Food and Veterinary Office	Consumers' health, Activities of the institutions and bodies, Veterinary sector and animal health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Health & consumer voice	Newsletter on food safety, health and consumer policy from the European Commission's Health and Consumer Protection DG January 2008	1	14	3			4	2	26	98	5	7	8			consumer protection, consumer information, public health, food safety, periodical publication	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Health & consumer voice	Newsletter on food safety, health and consumer policy from the European Commission's Health and Consumers DG September 2008	1	14	3			4	2	26	98	5	7	8			consumer protection, consumer information, public health, food safety, periodical publication	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
White paper	Together for health: a strategic approach for the EU 2008-2013	1	14	1	2		2	2	2	5	202	213	252			health policy, public health, Community policy, cooperation policy, EU Member State	Health policy, Public health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Healthy workplaces	Good for you, good for business	4		13	22		1	3	22	40	60	287				occupational health, occupational safety, public awareness campaign, business policy and safety	Working conditions, Workers' health at Work	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work
Health & consumer voice	Newsletter on food safety, health and consumer policy from the European Commission's Health and Consumers DG January 2009	1	14	3			4	3	26	98	5	7	8			consumer protection, consumer information, public health, food safety, periodical publication	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Third joint EC/ECDC/WHO workshop on pandemic influenza preparedness		2		1	9		2	3	165	204	5	3	9	197		avian influenza, epidemic, public health, European Centre for Disease Prevention and Control, disease prevention, vaccination	Health policy, Activities of the institutions and bodies	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
The bacterial challenge	Time to react : a call to narrow the gap between multidrug-resistant bacteria in the EU and the development of new antibacterial agents	2	36	1			2	3	2	9	139	23	29	172		health policy, disease prevention, action programme, infectious disease, epidemiology, pharmaceutical industry	Health policy	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control, EMA — European Medicines Agency
Review of chlamydia control activities in EU countries		2		1	29		2	3	106	5	3	2				sexually transmitted disease, public health, European Centre for Disease Prevention and Control, health policy	Health policy, Social policy	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Health & consumer voice	Newsletter on food safety, health and consumer policy from the European Commission's Health and Consumers DG March 2009	1	14	3			4	3	26	98	5	7	8			consumer protection, consumer information, public health, food safety, periodical publication	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers

Keeping Europe healthy	ECDC in action	2		1	2	2	3	3	2	110	9	23	204	5	European Centre for Disease Prevention and Control, health policy, health control, disease prevention, infectious disease, epidemic, public health, operation of the Institutions	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control		
HIV / AIDS surveillance in Europe		2	33		1		2	3	3	129	9	110	5	2	43	European Centre for Disease Prevention and Control, AIDS, disease prevention, health control, public health, health policy, report, health statistics, EU Member State	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control, World Health Organisation	
European health reports	Healthy life years in the European Union	1	14	31	2	47	2	3	5	152	252	43	249			public health, life expectancy, EU Member State, report, demographic analysis	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers, Eurostat	
Protecting health in Europe	Our vision for the future : ECDC targets and strategies 2007-2013	2			1	2	2	3	5	23	9	2	230	3		public health, infectious disease, disease prevention, health policy, international cooperation, European Centre for Disease Prevention and Control	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control	
Fighting malaria	EU-funded malaria research under Framework Programmes 6 and 7	11	1		1	7	1	3	166	23	13	6				tropical disease, infectious disease, medical research, research programme	Directorate-General for Research and Innovation, European Commission	
International Public Health Symposium on Environment and Health Research	Science for policy, policy for science: bridging the gap	11	1	33	2	4	7	3	3	167	5	2	572	151	57	34	conference proceedings, public health, health policy, research report, environmental policy, Community programme, risk prevention	Directorate-General for Research and Innovation, European Commission, World Health Organisation
Health-EU	The public health portal of the European Union	1	14		1	8	1	3	5	575						public health, Internet site	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers	
The HIV / AIDS Delegation newsletter	N°7, September-October 2009	1	34		1	6	1	3	129	555	290	335	291	8		AIDS, information, Commission Delegation, Lesotho, Swaziland, periodical publication	European Commission, Directorate-General for External Relations	
Health & consumer voice	Newsletter on food safety, health and consumer policy from the European Commission's Health and Consumers DG February 2009	1	14		3		4	3	26	98	5	7	8			consumer protection, consumer information, public health, food safety, periodical publication	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers	
eHealth in action	Good practice in European countries : good eHealth report	1	24		1	18	2	3	14	5	324	2	252	333	341	information technology, public health, new technology, health policy, EU Member State, Switzerland, Norway, Turkey, Cyprus	European Commission, Directorate-General for the Information Society and Media	
Health statistics	Atlas on mortality in the European Union	1	31		36	47	2	3	103	121	326	116				Community statistics, health statistics, mortality, illness	European Commission, Eurostat	
Expert advisory groups on human H5N1 vaccines	Scientific questions	2			2	7	2	3	5	327	2	9	165	29	13	public health, vaccine, health policy, disease prevention, avian influenza, epidemiology, medical research	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control	
Programme of Community action in the field of public health	Projects funded under call for proposals 2007	19			2	16	2	3	6	30	574	5	156	9	2	research programme, research project, organisation of research, public health, information policy, disease prevention, health policy, invitation to tender	EAHC — Executive Agency for Health and Consumers	
Core competencies for public health epidemiologists working in the area of communicable disease surveillance and response, in the European Union		2			2	7	2	3	29	250	266	5				epidemiology, professional qualifications, vocational training, public health	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control	
Expert advisory groups on human H5N1 vaccines	Public health and operational questions	2			2	7	2	3	5	327	2	9	165	29		public health, vaccine, health policy, disease prevention, avian influenza, epidemiology	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control	
Keeping European consumers safe	2008 annual report on the operation of the rapid alert system for non-food consumer products : RAPEX	1	14		3	9	2	3	26	98	90	325	178	143	332	consumer protection, consumer information, information system, information transfer, consumer goods, product safety, defective product, annual report	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers	
Food and Veterinary Office	Programme of audits and inspections 2009	1	14		3	5	2	3	168	551	18	7				Food and Veterinary Office, audit, food inspection, food safety	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers	
OSH in the school curriculum	Requirements and activities in the EU Member States	4			22	34	2	3	169	22	40	322	252			teaching curriculum, occupational health, occupational safety, educational institution, EU Member State	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work	
Perception of health and access to health care in the EU-25 in 2007		1	31		36		2	3	121	233	212	116	55			health statistics, population statistics, social analysis, illness, comparative study	European Commission, Eurostat	
Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe		2			2	1	2	3	106	129	249	252	331	307		sexually transmitted disease, AIDS, demographic analysis, EU Member State, EFTA countries, social indicator	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control	
Report on the risk assessment of B2P in the framework of the Council decision on new psychoactive substances	EMCDDA Risk assessments	3			2	6	2	3	170	53	176	43	323			health risk, toxic substance, psychotropic substance, report, drug traffic	EMCDDA — European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction	
Addiction neurobiology: ethical and social implications	EMCDDA Monographs	3			2	6	2	3	12	619	87	468	264			drug addiction, neurobiology, scientific research, ethics, therapeutics	EMCDDA — European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction	
The occupational safety and health of cleaning workers		4			22		2	3	22	40	158	245	328	329	65	occupational health, occupational safety, occupational disease, occupational accident, services company, service industry, working conditions, organisation of work	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work	
Preventing harm to cleaning workers		4			22		2	3	22	40	245	65				occupational health, occupational safety, occupational accident, working conditions	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work	
Information notices on occupational diseases	A guide to diagnosis	17	1		22		2	3	31	158	248	22				chemical product, occupational disease, medical diagnosis, occupational health	Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, European Commission	
Healthy workplaces	A European campaign on risk assessment	4			22		1	3	22	65	9	40	60	115	252	occupational health, working conditions, disease prevention, occupational safety, public awareness campaign, accident prevention, EU Member State	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work	
Workforce diversity and risk assessment	Ensuring everyone is covered : summary of an Agency report	4			22		1	3	22	40	115	245	65			occupational health, occupational safety, accident prevention, occupational accident, working conditions	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work	
Workforce diversity and risk assessment	Ensuring everyone is covered	4			22		1	3	191	316	320	243	65	154	342	migrant worker, worker with disabilities, older worker, temporary employment, working conditions, young worker, equal treatment, accident prevention, European Agency for Safety and Health at Work	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work	
Preventing risks to young workers	Policy, programmes and workplace practices	4			22		2	3	22	40	154	85	139	330	65	occupational health, occupational safety, young worker, case study, action programme, workplace, working conditions	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work	
OSH in figures	Stress at work : facts and figures	4			22		1	3	40	34	319	22	30	65		occupational safety, risk prevention, mental stress, occupational health, research project, working conditions	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work	
Impacts of climate change in human health in Europe	PESETA-Human health study	1	15		45	2	3	3	94	5	30	247	577	116	326	climate change, public health, research project, economic consequence, research results, illness, mortality, atmospheric conditions	Earth sciences research, Public health	
EMCDDA-Europol cooperation	Joint publications on illicit drugs	3	21		6	2	71	2	3	44	60	323	5	12	24	Community publication, public awareness campaign, drug traffic, public health, drug addiction, narcotic	Social problems, Public health, Justice and home affairs	
Polydrug use: patterns and responses	EMCDDA Selected issues	3			6	1	2	3	193	12	24	188	2			young person, drug addiction, narcotic, social survey, health policy	Social problems, Health policy	
Report on the monitoring and testing of ruminants for the presence of transmissible spongiform encephalopathies (TSEs) in the EU in 2007		1	14		5	3	2	3	11	110	317	107	52	170	554	veterinary inspection, health control, veterinary legislation, BSE bovine spongiform encephalopathy, animal disease, health risk, goat, sheep, sheep, statistics	Veterinary sector and animal health, Consumers' health	
Postcard - Animals + humans = one health		1			5	2	1	3	192	603	52	119	5	321		veterinary medicine, general medicine, animal disease, animal health, public health, dissemination of information	European Commission	
The Rapid Alert System for Food and Feed (RASFF)	Annual report 2008	1	14		3		4	3	5	7	26	90				public health, food safety, consumer protection, information system	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers	
Better training for safer food	Annual report 2008	1	14		3	5	30	2	3	26	83	77	18	11	7	consumer protection, annual report, human nutrition, food inspection, veterinary inspection, food safety	Consumers' health, Veterinary sector and animal health, Agricultural policy	
Evaluation of the implementation of radiation protection measures for aircrew		1	5	25	12	22	3	3	194	160	19	40	177	308	170	crew, ionising radiation, radiation protection, occupational safety, radioactivity, safety standard, health risk, occupational health	Nuclear energy and safety, Workers' health and safety	
EU Joint Action support of the World Health Organization		20			9	72	2	1	3	195	246	5	170	39	132	joint action, World Health Organisation, public health, health risk, research body, biology	Activities of the institutions and bodies, Relations with international organisations, Public health	
Technical recommendations for monitoring individuals occupationally exposed to external radiation		1	5	25	12	22	3	3	19	40	160	22	34	308	161	radiation protection, occupational safety, ionising radiation, occupational health, risk prevention, safety standard, metrology	Nuclear energy and safety, Workers' health and safety	

8.6% of workers in the EU experienced work-related health problems		1	31	36	22	2	3	103	245	22	318	244	Community statistics, occupational accident, occupational health, Community worker, Population and social conditions, European Commission, Eurostat employment statistics		
Training strategy for intervention epidemiology in the European Union		2		9	1	2	3	2	5	167	29		Workers' health and safety Activities of the institutions and bodies, Health policy		
Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents	A review of the theory and evidence base of indicated prevention : EMCDDA Thematic papers	3		6	2	2	3	12	193	5	176	9	553	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control EMCDDA — European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction	
EU veterinary diary 2009-2010	Animals + humans = one health	14	1	5		1	3	159	119	5	552			Directorate-General for Health and Consumers, European Commission	
Drug use : an overview of general population surveys in Europe	EMCDDA Thematic papers	3		6	2	2	3	12	5	221	268	188		EMCDDA — European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction	
EMCDDA-Europol joint publications		3		6	2	2	3	8	15	315				EMCDDA — European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction	
Eurosurveillance	Vol. 14, Issues 26-38, Jul-Sep 2009	2		7	2	2	3	8	9	5	110			ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control	
Food-borne outbreaks in the European Union in 2007		7	2	11	3	2	3	18	42	5	314	252		ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control EFSA - European Food Safety Authority , ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control	
Eurosurveillance	Vol. 14, Issues 1-12, Jan-Mar 2009	2		7	2	2	3	8	9	5	110			ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control	
Eurosurveillance	Special edition, May-October 2009	2		7	2	2	3	8	9	5	110			ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control	
Eurosurveillance	Special edition	2		7	2	2	3	8	9	5	110			ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control	
Executive science update	no 8, July-September 2009	2		7	2	3	3	8	5	23	87	9		ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control	
Executive science update	no 7, April-June 2009	2		7	2	3	3	8	5	23	87	9		ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control	
Spatial assessment of PM10 and ozone concentrations in Europe (2005)		8		20	2	2	3	196	37	209	5	126	313	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control EEA - European Environment Agency	
Eurosurveillance	Vol. 14, Issues 13-25, Apr-Jun 2009	2		7	2	2	3	8	9	5	110			ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control	
Eurosurveillance	Special edition, October 2009	2		7	2	2	3	8	9	5	110			ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control	
Executive science update	no 6, January-March 2009	2		7	2	3	3	8	5	23	87	9		ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control	
Executive science update	no 9, October-December 2009	2		7	2	3	3	8	5	23	87	9		ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control	
Emerging evidence for radiation induced circulatory diseases		1	5	25	12	2	3	160	5	22	219	310	311	48	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control European Commission, Directorate-General for Mobility and Transport, Directorate-General for Energy
Executive science update	Edition 03, June 2008	2		7	2	3	3	8	5	23	87	9			ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Insight	no 8, April-June 2009	2		9	2	2	3	8	5	23	87	9			ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
How the EU helps to protect you	Examples of EU research making the life of Europe's citizens safer and more secure	1	15	16	3	3	3	26	5	94	274	213	58		ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control Research policy and organisation, European Commission, Joint Research Centre
Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2009		2		9	2	2	3	197	83	29	23	157	106	312	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Insight	no 9, July-September 2009	2		9	2	2	3	8	5	23	87	9			ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Insight	no 10, October-December 2009	2		9	2	2	3	8	5	23	87	9			ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Research in service of society	Examples of JRC research making the life of Europe's citizens safer and more secure	1	15	16	3	3	3	26	5	58					ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control Research policy and organisation, European Commission, Joint Research Centre
European Union summary risk assessment report	Existing substances – 4th priority list	1	15	20	4	2	3	43	31	81	5	53			ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control Environmental degradation, European Commission, Joint Research Centre
ECC-Net, the European Consumer Centres Network	2008 annual report	1		9	3	4	3	82	26	98	163	83			ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control Activities of the institutions and bodies, Consumers' health
Insight	no 7, January-March 2009	2		9	2	2	3	8	5	23	87	9			ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
EFSAnews	19, March 2009	7		9	11	3	4	35	8						ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control Activities of the institutions and bodies, Food technology and food safety, Consumers' health
EFSA in focus. Food	Issue 05, December 2009	7		9	11	3	2	35	7	215	8				ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control Activities of the institutions and bodies, Food technology and food safety, Consumers' health
Annual report 2008	Committed to ensuring that Europe's food is safe	7		9	11	3	2	35	83						ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control Activities of the institutions and bodies, Food technology and food safety, Consumers' health
EFSA in focus. Plants	Issue 05, December 2009	7		9	11	58	2	112	7	35	8				ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control Activities of the institutions and bodies, Food technology and food safety, Plant health
EFSA in focus. Animals	Issue 05, December 2009	7		9	11	5	2	35	7	216	8	601	120		ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control Activities of the institutions and bodies, Food technology and food safety, Veterinary sector and animal health
Proficiency test on the determination of mineral oil in sunflower oil		1	15	11		3	3	198	207	218	185	299	577	39	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control Food technology and food safety
Melamine proficiency test 2009	Assessing the capabilities of control laboratories to measure melamine in skimmed milk powder and starch-containing foods	1	15	11		3	3	39	185	7	53	31	577	17	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control Food technology and food safety
Consultation of the ECDC competent bodies for preparedness and response	ECDC meeting report	2		9	29	2	3	84	9	5	167				ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control Activities of the institutions and bodies, Social policy
Holistic approach to biodiversity and bioindication in soil		1	15	45		3	3	124	208	588	237	577	17	309	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control Earth sciences research
An integrated OHSAS 18001, ISO 14001 and ISO 9001 management system in the Institute for Reference Materials and Measurements		1	15	16		3	3	21	211	273	296	305	308	209	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control Research policy and organisation
Teachers' corner	A look at DOLCETA-module 4 : ideas and lesson plans for Consumer Education	1	14	34	8	4	3	98	60	304	297	80	306		ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control Consumer information, public awareness campaign, teacher, consumer behaviour, Education policy, Information
Youth in Europe	A statistical portrait	1	31	36		2	3								ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control Population and social conditions
The social situation in the European Union 2008	New insights into social inclusion	17	1	29	36	47	2	602	212	217	302	103	307	272	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control Social policy, Population and social conditions, Demography

Second European quality of life survey	Overview	9		47	2	3		199	214	164	5	303	241	living conditions, quality of life, social well-being, public health, family, sample survey	Demography and population	Eurofound — European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions			
The consumer markets scoreboard		1	14	35	43	62	2	3	91	163	26	98	593	301	289	single market, consumer policy, consumer protection, consumer information, market research, economic development, consumption, Community statistics	Commercial policy, Intra-Community trade - free movement of goods, Economy and finance	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers	
Consumers in Europe		1	31	14	40		2	3	163	103	256	289	91	26		consumer policy, Community statistics, goods and services, consumption, single market, consumer protection	General statistics	European Commission, Eurostat, Directorate-General for Health and Consumers	
Generation and treatment of waste		1	31		48		2	3	72	210	298	300	262	103		waste management, industrial waste, domestic waste, hazardous waste, environmental statistics, Community statistics	Environment and energy	European Commission, Eurostat	
Annual review of working conditions in the EU 2008–2009		9		13			2	3	63	206	65	294	261			Community employment policy, equality between men and women, working conditions, labour market, social security	Working conditions	Eurofound — European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions	
Convergence and divergence of working conditions in Europe	1990-2005	9		13			2	3	65	205	251	22	164	268		working conditions, job security, employment policy, occupational health, social well-being, European Union	Working conditions	Eurofound — European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions	
Health research in FP7		11	1		7		3	4	13	6	230	131	104			medical research, research programme, international cooperation, small and medium-sized enterprises, biotechnology	Medical and biological research	Directorate-General for Research and Innovation, European Commission	
The safety of reprocessed medical devices marketed for single-use		1	14		1		2	4	128	5	9	499	170			medical device, public health, disease prevention, non-durable goods, health risk	Health policy	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers	
Health research in FP7	The basics	11	1		7	16	3	4	13	87	57					medical research, scientific research, Community programme	Medical and biological research, Research policy and organisation	Directorate-General for Research and Innovation, European Commission	
Consultation on Crimean-Congo haemorrhagic fever prevention and control		2			1		2	4	23	9	110	29	2			infectious disease, disease prevention, health control, epidemiology, health policy	Health policy	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control	
ECDC Guidance	Risk assessment guidelines for diseases transmitted on aircraft (RAGIDA) Part 2 Operational guidelines for assisting in the evaluation of risk for transmission by disease	2			1		2	4	5	9	23	229	204			public health, disease prevention, infectious disease, respiratory disease, epidemic	Health policy	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control	
The HIV / AIDS Delegation newsletter	N°9, January-February 2010	1	34		1	6	1	4	129	555	290	335	291	8		AIDS, information, Commission Delegation, Lesotho, Swaziland, periodical publication	Health policy, Social problems	European Commission, Directorate-General for External Relations	
Opinion on the environmental and health risks posed by depleted uranium		1	14		2	12	20	2	4	2	135	472	170	81	177	health policy, uranium, toxicology, health risk, environmental impact, radioactivity	Public health, Nuclear energy and safety, Environmental degradation	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers	
Safety & health at work is everyone's concern	It's good for you : it's good for business	4			22		1	4	22	40	287	518				occupational health, occupational safety, business policy, small business	Workers' health and safety	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work	
Mainstreaming occupational safety and health into university education		4			1	67	2	4	2	516	115	39	85			health policy, university, accident prevention, research body, case study	Health policy, Teaching	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work	
Core functions of microbiology reference laboratories for communicable diseases		2			2	7	2	4	132	39	248	128	9	13	2	biology, research body, medical diagnosis, medical device, disease prevention, medical research, health policy	Public health, Medical and biological research	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control	
Review of QSAR models and software tools for predicting acute and chronic systemic toxicity		15	1		2	7	3	4	572	53	470	350				research report, toxic substance, database, software	Public health, Medical and biological research	Joint Research Centre, European Commission	
Challenges and opportunities for mainstreaming OSH into university education	Summary of a report	4			22	34	1	4	22	40	60	253	169	252		occupational health, occupational safety, public awareness campaign, education policy, teaching curriculum, EU Member State	Workers' health and safety, Education policy	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work	
Projecting future health care expenditure at European level	Drivers, methodology and main results	1	30		33	1	2	4	92	1	5	270	475			health expenditure, health care, public health, public expenditure, economic forecasting	Economic policy - Economic and Monetary Union, Health policy	European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs	
The implementation of the "Health Check" of the CAP in the Member States, in particular with regard to the new articles 68 and 69 regulation (EC) n° 73/2009		16	35		30	68	2	4	95	137	299	276	520			reform of the CAP, single payment scheme, comparative analysis, national implementation of Community law, aid to agriculture	Agricultural policy, Regional policy and regional economies	European Parliament, Directorate-General for Internal Policies of the Union	
Opinion on mercury in certain energy-saving light bulbs		1	14		3	20	2	4	26	522	2	53	521	523		consumer protection, mercury, health policy, toxic substance, metal pollution, lighting equipment	Consumers' health, Environmental degradation	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers	
Work plan 2010	Committed to ensuring that Europe's food is safe	7			3	11	2	4	35	139	295	7	5	26	260	European Food Safety Authority, action programme, nutrition, food safety, public health, consumer protection, European cooperation, dissemination of information	Consumers' health, Food technology and food safety	EFSA - European Food Safety Authority	
Scientific opinion on the Danish EPA survey and health risk assessment of lead in jewellery	Danish EPA report on the environmental and health risks posed by heavy metals in jewellery	1	14		3	20	2	4	140	138	2	524	81			lead, jewellery and goldsmith's articles, health policy, heavy metal, environmental impact	Consumers' health, Environmental degradation	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers	
Derogation on the drinking water Directive 98/83/EC		1	14		3	54	2	4	78	125	519	606	5	336		drinking water, EC Directive, water analysis, water management, public health, water pollution	Consumers' health, Environmental regulations	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers	
Risk assessment on Q fever		2			2	1	2	4	23	5	13	502	509	9		infectious disease, public health, medical research, motherhood, blood transfusion, disease prevention	Public health, Health policy	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control	
Institute for Health and Consumer Protection		1	15		9	16	3	1	4	21	26	5	190	36		Joint Research Centre, consumer protection, public health, nanotechnology, genetically modified organism	Activities of the institutions and bodies, Research policy and organisation, Consumers' health	European Commission, Joint Research Centre	
Institute for Health and Consumer Protection		1	15		9	16	3	1	4	21	26	5	190	36		Joint Research Centre, consumer protection, public health, nanotechnology, genetically modified organism	Activities of the institutions and bodies, Research policy and organisation, Consumers' health	European Commission, Joint Research Centre	
Taxi drivers' safety and health	A European review of good practice guidelines	4			22		2	4	40	22	529	65	115	271		occupational safety, occupational health, taxi, working conditions, accident prevention, worker information	Workers' health and safety	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work	
Maintenance and occupational safety and health	A statistical picture	4			22		2	4	136	22	40	244	158	245		maintenance, occupational health, occupational safety, employment statistics, occupational disease, occupational accident	Workers' health and safety	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work	
The human machine interface as an emerging risk		4			22		2	4	22	40	324	115	80	271		occupational health, occupational safety, new technology, accident prevention, guide, worker information	Workers' health and safety	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work	
OSH in figures	Work-related musculoskeletal disorders in the EU : facts and figures	4			22		2	4	22	40	65	158	9	115		occupational health, occupational safety, working conditions, occupational disease, disease prevention, accident prevention	Workers' health and safety	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work	
The increasing use of portable computing and communication devices and its impact on the health of EU workers		17	1		22		2	4	22	14	526	525	501	90		occupational health, information technology, mobile phone, micro-computer, communications systems, information system	Workers' health and safety	Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, European Commission	
Delivery and despatch riders' safety and health	A European review of good practice guidelines	4			22		2	4	40	22	528	527	115	136	510	occupational safety, occupational health, delivery, two-wheeled vehicle, accident prevention, maintenance, road safety	Workers' health and safety	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work	
International cooperation in health research	The role of Europe	11	1		16	1	7	1	4	57	6	146	87	28	230	2	Community programme, research programme, scientific cooperation, scientific research, Community research policy, international cooperation, health policy	Research policy and organisation, Health policy, Medical and biological research	Directorate-General for Research and Innovation, European Commission
The role of technology in health care expenditure in the EU		1	30		33	1	2	4	1	92	490	443				health care, health expenditure, technology, economic analysis	Economic policy - Economic and Monetary Union, Health policy	European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs	
European Union summary risk assessment report	Methylene diphenil diisocyanate (MDI)	1	15		4	2	20	3	43	31	81	5	53			report, chemical product, environmental impact, public health, toxic substance	Environmental research, Public health, Environmental degradation	European Commission, Joint Research Centre	
HIV testing	Increasing uptake and effectiveness in the European Union : in brief : ECDC guidance	2			2		2	4	129	9	2					AIDS, disease prevention, health policy	Public health	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control	
ECDC surveillance report	Surveillance of invasive bacterial diseases in Europe 2007	2			2		2	4	9	23	204	400				disease prevention, infectious disease, epidemic, data processing	Public health	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control	
The right to political participation of persons with mental health problems and persons with intellectual disabilities		18			41	6	29	2	4	141	512	504	503	530		rights of the individual, mentally disabled, turnout of voters, political involvement, right to vote	Fundamental rights, Social problems, Social policy	FRA — European Union Agency for Fundamental Rights	
Good practice guide on noise exposure and potential health effects		8			2		2	4	142	607	589	608	5			noise, noise level, noise pollution, noise protection, public health	Public health	EEA – European Environment Agency	
Report on the monitoring and testing of ruminants for the presence of transmissible spongiform encephalopathies (TSEs) in the EU in 2008		1	14		5	3	2	4	11	110	317	107	52	170	554	veterinary inspection, health control, veterinary legislation, BSE bovine spongiform encephalopathy, animal disease, health risk, goat, sheep, cattle, statistics	Veterinary sector and animal health, Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers	
Food-related risks	Eurobarometer 73.5 : results for Denmark	1			3		2	4	7	98	170	241	507			food safety, consumer information, health risk, sample survey, Denmark	Consumers' health	European Commission	
Opinion on Hydroxyethyl-p-phenylenediamine sulfate	COLIPA n° A80	1	14		3		2	4	26	185	2	53	506			consumer protection, analytical chemistry, health policy, toxic substance, cosmetic product	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers	

Food-related risks Opinion on Basic Yellow 57	Eurobarometer 73.5 : results for Estonia COLIPA n° C10	1	14	3	2	4	7	98	170	241	491	26	185	2	53	506	food safety, consumer information, health risk, sample survey, Estonia consumer protection, analytical chemistry, health policy, toxic substance, cosmetic product	Consumers' health Consumers' health	European Commission European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Food-related risks	Eurobarometer 73.5 : results for Portugal	1		3	2	4	7	98	170	241	535						food safety, consumer information, health risk, sample survey, Portugal	Consumers' health	European Commission
Food-related risks	Eurobarometer 73.5 : results for Sweden	1		3	2	4	7	98	170	241	531						food safety, consumer information, health risk, sample survey, Sweden	Consumers' health	European Commission
Evaluation of the migration limits for chemical elements in toys		1	14	3	2	4	143	511	31	150	296	308					product safety, toy industry, chemical product, testing, European standard, safety standard	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Opinion on Disperse Black 9	COLIPA n° C106	1	14	3	2	4	26	185	2	53	506						consumer protection, analytical chemistry, health policy, toxic substance, cosmetic product	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Food-related risks	Eurobarometer 73.5 : results for Rep. of Cyprus	1		3	2	4	7	98	170	241	536						food safety, consumer information, health risk, sample survey, Cyprus	Consumers' health	European Commission
Food-related risks	Eurobarometer 73.5 : results for the UK	1		3	2	4	7	98	170	241	537						food safety, consumer information, health risk, sample survey, United Kingdom	Consumers' health	European Commission
Food-related risks	Eurobarometer 73.5 : results for Czech Republic	1		3	2	4	7	98	170	241	534						food safety, consumer information, health risk, sample survey, Czech Republic	Consumers' health	European Commission
Food-related risks	Eurobarometer 73.5 : results for Poland	1		3	2	4	7	98	170	241	464						food safety, consumer information, health risk, sample survey, Poland	Consumers' health	European Commission
Special Eurobarometer 354	Food-related risks : summary	7		3	2	4	7	98	170	241	79	505					food safety, consumer information, health risk, sample survey, source of information, public authorities	Consumers' health	EFSA - European Food Safety Authority
Opinion on Melatonin		1	14	3	2	4	26	185	2	53	540	506					consumer protection, analytical chemistry, health policy, toxic substance, hormone, cosmetic product	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Food-related risks	Eurobarometer 73.5 : results for the Netherlands	1		3	2	4	7	98	170	241	538						food safety, consumer information, health risk, sample survey, Netherlands	Consumers' health	European Commission
Food-related risks	Eurobarometer 73.5 : results for Bulgaria	1		3	2	4	7	98	170	241	539						food safety, consumer information, health risk, sample survey, Bulgaria	Consumers' health	European Commission
Opinion on N,N'-bis-(2-Hydroxyethyl)-2-nitro-p-phenylenediamine	COLIPA n° B34	1	14	3	2	4	26	185	2	53	506						consumer protection, analytical chemistry, health policy, toxic substance, cosmetic product	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Food-related risks	Eurobarometer 73.5 : results for Greece	1		3	2	4	7	98	170	241	541						food safety, consumer information, health risk, sample survey, Greece	Consumers' health	European Commission
Food-related risks	Eurobarometer 73.5 : results for Austria	1		3	2	4	7	98	170	241	542						food safety, consumer information, health risk, sample survey, Austria	Consumers' health	European Commission
Opinion on Vitamin K1(Phytonadione)		1	14	3	2	4	26	506	508	532	185						consumer protection, cosmetic product, vitamin, allergy, analytical chemistry	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Food-related risks	Eurobarometer 73.5 : results for Hungary	1		3	2	4	7	98	170	241	533						food safety, consumer information, health risk, sample survey, Hungary	Consumers' health	European Commission
Opinion on the risk from the use of diantimony trioxide in toys		1	14	3	2	4	26	2	53	31	511						consumer protection, health policy, toxic substance, chemical product, toy industry	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Opinion on triclosan	Antimicrobial resistance	1	14	3	2	4	26	506	185	53							consumer protection, cosmetic product, analytical chemistry, toxic substance	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Food-related risks	Eurobarometer 73.5 : results for Ireland	1		3	2	4	7	98	170	241	356						food safety, consumer information, health risk, sample survey, Ireland	Consumers' health	European Commission
Food-related risks	Eurobarometer 73.5 : results for Finland	1		3	2	4	7	98	170	241	544						food safety, consumer information, health risk, sample survey, Finland	Consumers' health	European Commission
Opinion on Acid Black 1	COLIPA n° B15	1	14	3	2	4	26	506	185	53							consumer protection, cosmetic product, analytical chemistry, toxic substance	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Food-related risks	Eurobarometer 73.5 : results for Lithuania	1		3	2	4	7	98	170	241	545						food safety, consumer information, health risk, sample survey, Lithuania	Consumers' health	European Commission
Opinion on Resorcinol	COLIPA n° A11	1	14	3	2	4	26	185	2	53	506						consumer protection, analytical chemistry, health policy, toxic substance, cosmetic product	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Opinion on 4-Chlororesorcinol	COLIPA n° A12	1	14	3	2	4	26	506	185	53							consumer protection, cosmetic product, analytical chemistry, toxic substance	Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Food-related risks	Eurobarometer 73.5 : results for Latvia	1		3	2	4	7	98	170	241	546						food safety, consumer information, health risk, sample survey, Latvia	Consumers' health	European Commission
Risk from organic CMR substances in toys		14	1	3	2	4	143	511	53	308	296	150					product safety, toy industry, toxic substance, safety standard, European standard, testing	Consumers' health	Directorate-General for Health and Consumers, European Commission
Food-related risks	Eurobarometer 73.5 : results for Luxembourg	1		3	2	4	7	98	170	241	543						food safety, consumer information, health risk, sample survey, Luxembourg	Consumers' health	European Commission
Food-related risks	Eurobarometer 73.5 : results for Malta	1		3	2	4	7	98	170	241	458						food safety, consumer information, health risk, sample survey, Malta	Consumers' health	European Commission
Food-related risks	Eurobarometer 73.5 : results for Slovenia	1		3	2	4	7	98	170	241	349						food safety, consumer information, health risk, sample survey, Slovenia	Consumers' health	European Commission
Better training for safer food	Annual report 2009	1	14	3	5	30	2	26	83	77	18	11	7				consumer protection, annual report, human nutrition, food inspection, veterinary inspection, food safety	Consumers' health, Veterinary sector and animal health, Agricultural policy	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Open information day on FP7 health research		11	1	7	8	2	4	57	6	13	5	60	555				Community programme, research programme, medical research, public health, public awareness campaign, information	Medical and biological research, Information - Documentation	Directorate-General for Research and Innovation, European Commission
Healthy workplaces	Good for you, good for business	4		13	22	1	4	22	40	60	287						occupational health, occupational safety, public awareness campaign, business policy	Working conditions, Workers' health and safety	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work
Annual report 2009		4		9	22	2	4	16	83								European Agency for Safety and Health at Work, annual report	Activities of the institutions and bodies, Workers' health and safety	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work
EU veterinary diary 2010-2011	Animals + humans = one health	1	14	5	1	4	159	119	5	552							veterinarian, animal health, public health, document	Veterinary sector and animal health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Keep infectious animal diseases out of the EU!		1		5	1	4	52	23	348	11	51	50	170				animal disease, infectious disease, animal product, veterinary inspection, border control, external border of the European Union, health risk	Veterinary sector and animal health	European Commission
The EU and consumers		1		35	3	4	4	26	98	284	356						consumer protection, consumer information, Community law, Ireland	Commercial policy, Consumers' health	European Commission, Representation in Ireland
Action and understanding, The animal welfare newsletter		1	14	42	3	4	4	8	60	120							periodical publication, public awareness campaign, animal welfare	Animal production, Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
The potential of ICT in supporting domiciliary care in Spain	This report documents the findings of the study on the potential of ICT in supporting the provision of domiciliary care in Spain, with particular attention to the case of immigrant care workers and informal caregivers. This country study was launched by JRC-IPTS in 2008 in parallel with two complementary country studies, assessing the situation in Germany and the UK, with the same focus and objectives. All three studies were prompted by the findings of a previous exploratory study on the use of ICT by immigrant care workers in Italy. In Spain, the use of Information Communication Technologies (ICT) for health and social care is playing an increasingly important role in the context of the demographic changes. As, on the one hand, people are getting older and the need for care is increasing, and, on the other hand, the number of formal and informal caregivers is decreasing, technical devices are seen as a possible solution to this dilemma. At the same time, people in	1	15	18	1	3	4	14	351	596	572	352	191				information technology, home care, health care system, research report, Spain, migrant worker	Information technology and telecommunications, Health policy	European Commission, Joint Research Centre
Research strategy to address the knowledge gaps on the antimicrobial resistance effects of biocides		1	14	7	2	2	4	53	170	574	81	347	132	5			toxic substance, health risk, organisation of research, environmental impact, antibiotic, biology, public health	Medical and biological research, Public health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Review of QSAR models and software tools for predicting developmental and reproductive toxicity		1	15	7	2	3	4	53	354	31	350	609	470	346			toxic substance, quantitative analysis, chemical product, software, information technology applications, database, reproductive health	Medical and biological research, Public health	European Commission, Joint Research Centre
Executive science update	no 11, April-June 2010	2		7	2	3	4	8	5	23	87	9					periodical publication, public health, infectious disease, scientific research, disease prevention	Medical and biological research, Public health	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Comparative study of EC and IAEA guidance on exemption and clearance levels		1	25	12	2	2	4	160	40	22	5	308	276				ionising radiation, occupational safety, occupational health, public health, safety standard, national implementation of Community law	Nuclear energy and safety, Public health	European Commission, Directorate-General for Energy
Executive science update	no 10, January-March 2010	2		7	2	3	4	8	5	23	87	9					periodical publication, public health, infectious disease, scientific research, disease prevention	Medical and biological research, Public health	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Eurosurveillance	Vol. 14, Issues 39-50, Oct-Dec 2009	2		7	2	2	4	8	9	5	110						periodical publication, disease prevention, public health, health control	Medical and biological research, Public health	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Review of software tools for toxicity prediction		1	15	7	2	3	4	53	354	355	350	609	34				toxic substance, quantitative analysis, chemistry, software, information technology applications, risk prevention	Medical and biological research, Public health	European Commission, Joint Research Centre
Executive science update	no 12, July-September 2010	2		7	2	3	4	8	5	23	87	9					periodical publication, public health, infectious disease, scientific research, disease prevention	Medical and biological research, Public health	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Eurosurveillance	Special focus : tuberculosis March 2010	2		7	2	2	4	8	9	5	110						periodical publication, disease prevention, public health, health control	Medical and biological research, Public health	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Eurosurveillance	Special focus : zoonotic diseases January - June 2010	2		7	2	2	4	8	9	5	110						periodical publication, disease prevention, public health, health control	Medical and biological research, Public health	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control

Eurosurveillance	Special focus : socioeconomic determinants July 2010	2		7	2	2	4	8	9	5	110	periodical publication, disease prevention, public health, health control	Medical and biological research, Public health	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control			
Marine strategy framework directive	Task group 9 contaminants in fish and other seafood	1	15	14	4	3	3	46	610	353	5	53	126	environmental research, sea fish, marine pollution, public health, toxic substance, environmental monitoring	Environmental research, Consumers' health	European Commission, Joint Research Centre, Directorate-General for Health and Consumers	
Eurosurveillance	Special focus : measles January - June 2010	2		7	2	2	4	8	9	5	110	periodical publication, disease prevention, public health, health control	Medical and biological research, Public health	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control			
Insight	no 11, January-March 2010	2		9	2	2	4	8	5	23	87	9	periodical publication, public health, infectious disease, scientific research, disease prevention	Activities of the institutions and bodies, Public health	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control		
Insight	no 13, July-September 2010	2		9	2	2	4	8	5	23	87	9	periodical publication, public health, infectious disease, scientific research, disease prevention	Activities of the institutions and bodies, Public health	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control		
The European Consumer Centres' Network	Fifth anniversary report 2005-2009	1	14	43	3	2	4	26	98	269	145	43	consumer protection, consumer information, European Consumer Centres Network, powers of the EC Institutions, report	Intra-Community trade - free movement of goods, Consumers' health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers		
EFSA in focus. Food	Issue 07, July 2010	7		9	11	3	2	35	7	215	8		European Food Safety Authority, food safety, food production, periodical publication	Activities of the institutions and bodies, Food technology and food safety, Consumers' health	EFSA - European Food Safety Authority		
EFSA in focus. Food	Issue 06, April 2010	7		9	11	3	2	35	7	215	8		European Food Safety Authority, food safety, food production, periodical publication	Activities of the institutions and bodies, Food technology and food safety, Consumers' health	EFSA - European Food Safety Authority		
EFSA in focus. Plants	Issue 07, July 2010	7		9	11	58	2	112	7	35	8		crop production, food safety, European Food Safety Authority, periodical publication	Activities of the institutions and bodies, Food technology and food safety, Plant health	EFSA - European Food Safety Authority		
Consumer products and nutrition		1	15	9	16	3	1	144	26	5	7	563	traceability, consumer protection, public health, food safety, food policy	Activities of the institutions and bodies, Research policy and organisation, Consumers' health	European Commission, Joint Research Centre		
EFSA in focus. Plants	Issue 06, April 2010	7		9	11	58	2	112	7	35	8		crop production, food safety, European Food Safety Authority, periodical publication	Activities of the institutions and bodies, Food technology and food safety, Plant health	EFSA - European Food Safety Authority		
EFSA in focus. Animals	Issue 07, July 2010	7					2	35	7	216	8	601	120	European Food Safety Authority, food safety, animal production, periodical publication, animal nutrition, animal welfare		EFSA - European Food Safety Authority	
EFSA in focus. Animals	Issue 06, April 2010	7		9	11	5	2	35	7	216	8	601	120	European Food Safety Authority, food safety, animal production, periodical publication, animal nutrition, animal welfare	Activities of the institutions and bodies, Food technology and food safety, Veterinary sector and animal health	EFSA - European Food Safety Authority	
Towards the EU-Latin America & Caribbean knowledge area		11	1	16	69	44	3	146	490	268	242	30	363	566	scientific cooperation, technology, European Union, innovation, research project, sustainable development, Latin America, Caribbean Islands	Research policy and organisation, Relations with non-member countries, European Commission Development policy	Directorate-General for Research and Innovation, European Commission
Towards the EU-Latin America & Caribbean knowledge area	Climate change, demographic transitions, expectations for better health and greener and more inclusive economies are among the drivers for more scientific and technological cooperation and innovation.	11	1	44	16	69	3	146	490	268	242	30	363	566	scientific cooperation, technology, European Union, innovation, research project, sustainable development, Latin America, Caribbean Islands	Development policy, Research policy and organisation, Relations with non-member countries	Directorate-General for Research and Innovation, European Commission
In silico modelling of microbial and human metabolism	A case study with the fungicide carbendazim	1	15	16	17		3	147	5	53	31	87	564	pesticide, public health, toxic substance, chemical product, scientific research, degradation of the environment	Research policy and organisation, Chemical industry	European Commission, Joint Research Centre	
DIDP in Oil	Report of the interlaboratory comparison	1	15	11			3	17	39	42	31	7	218	361	research method, research body, foodstuff, chemical product, food safety, food contamination, food standard	Food technology and food safety	European Commission, Joint Research Centre
EC/WHO harmonization programme for air quality measurements	The evaluation of the interlaboratory comparison exercise for SO2, O3, NO and NO2, Langen 20th-25th September 2009	1	15	4			3	37	31	299	39	364	17	atmospheric pollution, chemical product, comparative analysis, research body, qualitative analysis, research method	Environmental research	European Commission, Joint Research Centre	
Bisphenol A and baby bottles	Challenges and perspectives	1	15	7			3	148	31	611	13	17		plastics, chemical product, early childhood, medical research, research method	Medical and biological research	European Commission, Joint Research Centre	
100 years of educational reforms in Europe	A contextual database	1	15	16	34		3	149	280	559	252	470	612	educational reform, new educational methods, macroeconomics, EU Member State, database, educational system	Research policy and organisation, Education policy	European Commission, Joint Research Centre	
Report of the seventh interlaboratory comparison	Total and inorganic As in rice	1	15	11			3	150	570	161	560	39	18	testing, rice, metrology, semi-metal, research body, food inspection	Food technology and food safety	European Commission, Joint Research Centre	
The European environment (state and outlook 2010)	Air pollution	8		15			2	151	282	585	561	68		environmental policy, pollution control, pollution control measures, atmosphere, ecosystem	Environment policy and protection of the environment	EEA – European Environment Agency	
Proficiency test on the determination of 3-MCPD esters in edible oil		1	15	11			3	577	185	17	39	299	565	218	research results, analytical chemistry, research method, research body, comparative analysis, international standard, food contamination, vegetable oil	Food technology and food safety	European Commission, Joint Research Centre
The European environment (state and outlook 2010)	Soil	8		15			2	151	571	68	562	94		environmental policy, soil resources, ecosystem, land use, climate change	Environment policy and protection of the environment	EEA – European Environment Agency	
Highly educated men and women likely to live longer		1	31	36			2	152	613	103	233	307		life expectancy, level of education, Community statistics, population statistics, social indicator	Population and social conditions	European Commission, Eurostat	
Second European quality of life survey	Evaluating the quality of society and public services	9		29			2	602	93	214	359	221	67	European social policy, public service, quality of life, social services, social problem, economic and social cohesion	Social policy	Eurofound — European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions	
Biobanks in Europe	Prospects for harmonisation and networking	1	15	32			3	572	614	21	615	186		research report, information storage, Joint Research Centre, bio-ethics, technical regulations	Scientific and technical research	European Commission, Joint Research Centre	
The European environment (state and outlook 2010)	Urban environment	8		15			2	151	282	585	558	549		environmental policy, pollution control, pollution control measures, urban problem, urban population	Environment policy and protection of the environment	EEA – European Environment Agency	
Programme of pre-accession assistance "improving chemical and ionising radiation metrology" in Turkey	First interim report : EMIT I - Turkey : project No TR080209	1	15	16	12	28	3	161	285	31	160	286	179	338	metrology, Turkey, chemical product, ionising radiation, pre-accession aid, accession to the European Union, free movement of goods, research project	Research policy and organisation, Nuclear energy and safety, Mediterranean countries	European Commission, Joint Research Centre
Biochar application to soils	A critical scientific review of effects on soil properties, processes and functions	1	15	45			3	162	126	46	572	94		soil science, environmental monitoring, environmental research, research report, climate change	Earth sciences research	European Commission, Joint Research Centre	
Know your rights, use your rights	European consumer day	14	1	8	35		1	60	26	98				public awareness campaign, consumer protection, consumer information	Information - Documentation, Commercial policy	Directorate-General for Health and Consumers, European Commission	
The EU legislation on GMOs	An overview	15	1	46	14		3	36	284	144	5	89	578	genetically modified organism, Community law, traceability, public health, environmental protection, market approval	Agricultural regulations, and fisheries research	Joint Research Centre, European Commission	
The consumer markets scoreboard	Making markets work for consumers	1	14	35	43	62	2	163	26	98	593	289	91	consumer policy, consumer protection, consumer information, market research, consumption, single market	Commercial policy, Intra-Community trade - free movement of goods, Economy and finance	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers	
Second European quality of life survey	Subjective well-being in Europe	9		47	29		2	164	214	252	217			social well-being, quality of life, EU Member State, social situation	Demography and population, Social policy	Eurofound — European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions	
Opinion on updated HERA report on polycarboxylates in detergents	HERA report April 2009 : version 2	1	14	4	20		3	46	283	337	282	81	336	334	environmental research, polishing and scouring preparations, polymer, pollution control, environmental impact, water pollution, soil pollution, toxic substance	Environmental research, Environmental degradation	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Summary of key publications 2010	ECDC corporate	2		2	8	9	2	105	9	3	23			publication, disease prevention, European Centre for Disease Prevention and Control, infectious disease	Public health, Information - Documentation, Activities of the institutions and bodies	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control	
Sexually transmitted infections in Europe 1990–2009		2		1			2	106	29	121	292	43	450	sexually transmitted disease, epidemiology, health statistics, information analysis, report, Europe	Health policy	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control	
Scientific panel on childhood immunisation schedule	Diphtheria-tetanus-pertussis (DTP) vaccination	2		2	7		2	23	5	9	2	197	13	infectious disease, public health, disease prevention, health policy, vaccination, medical research	Public health, Medical and biological research	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control	

Mental health promotion in the workplace	A good practice report	4		13	2	5		109	117	22	65				occupational psychology, mental health, occupational health, working conditions	Working conditions	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work
Cross-border cooperation in animal and human health	EU regional HPED programme in Asia	1	32	2	5	1	5	110	358	52	23	165	57	515	health control, health aid, animal disease, infectious disease, avian influenza, Community programme, Asia	Public health, Veterinary sector and animal health	European Commission, Directorate-General EuropeAid Development and Co-operation
Use of interferon-gamma release assays in support of TB diagnosis	Ad hoc scientific panel opinion	2		2	7	2	5	23	9	29	110	2			infectious disease, disease prevention, epidemiology, health control, health policy	Public health, Medical and biological research	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Review of guidelines for prevention of Creutzfeldt–Jakob disease transmission in medical settings in EU Member States and Norway		2		2	7	2	5	107	123	9	29	5	599		BSE bovine spongiform encephalopathy, disease of the nervous system, disease prevention, epidemiology, public health, health care profession	Public health, Medical and biological research	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Foresight of new and emerging risks to occupational safety and health associated with new technologies in green jobs by 2020	Phase 1 key drivers of change	4		2	13	2	5	572	34	122	238	22	245		research report, risk prevention, new type of employment, technological change, occupational health, occupational accident	Public health, Working conditions	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work
The European Food Safety Authority at a glance		7		3	9	1	5	26	35	7	239				consumer protection, European Food Safety Authority, food safety, operation of the Institutions	Consumers' health, Activities of the institutions and bodies	EFSA - European Food Safety Authority
Scientific colloquium on emerging risks in food	From identification to communication	7		3	11	3	5	7	113	361	170	26			food safety, food consumption, food standard, health risk, consumer protection	Consumers' health, Food technology and food safety	EFSA - European Food Safety Authority
End-of-waste criteria for waste paper	Technical proposals	1	15	2	3	3	5	572	114	514	357				research report, waste recycling, paper, pulp and paper industry	Public health, Consumers' health	European Commission, Joint Research Centre
Increased influx of migrants at the Greek–Turkish border		2	33	2	6	2	5	23	9	5	362	366	492		infectious disease, disease prevention, public health, migration control, aid to refugees, public hygiene	Public health, Social problems	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control, World Health Organisation
Nudging lifestyles for better health outcomes	Crowdsourced data and persuasive technologies for behavioural change	1	15	2	3	3	5	572	5	236	77	297			research report, public health, weights and measures, human nutrition, consumer behaviour	Public health, Consumers' health	European Commission, Joint Research Centre
Strategic intelligence monitor on personal health systems (SIMPHS)	Structure of available data and new measurement framework with selected indicators	1	15	32	16	3	5	576	5	1	596	490			research and development, public health, health care, health care system, technology	Scientific and technical research, Research policy and organisation	European Commission, Joint Research Centre
A review of accidents and injuries to road transport drivers		4		22		2	5	111	40	115	34	360			road transport, occupational safety, accident prevention, risk prevention, transport safety	Workers' health and safety	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work
Strategic intelligence monitor on personal health systems (SIMPHS) :	Report on typology/segmentation of the PHS Market	1	15	32	2	3	5	572	21	5	596				research report, Joint Research Centre, public health, health care system	Scientific and technical research, Public health	European Commission, Joint Research Centre
Foresight of new and emerging risks to occupational safety and health associated with new technologies in green jobs by 2020	Phase 2 key technologies	4		13	2	2	5	572	34	122	238	22	245		research report, risk prevention, new type of employment, technological change, occupational health, occupational accident	Working conditions, Public health	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work
EFSA in focus. Plants	Issue 09, May 2011	7		11	58	9	2	5	112	7	35	8			crop production, food safety, European Food Safety Authority, periodical publication	Food technology and food safety, Plant health, Activities of the institutions and bodies	EFSA - European Food Safety Authority
Scientific committees on consumer safety, on emerging and newly identified health risks, 2010 : opinions on health and environmental risks		1	14	9	2	15	2	5	45	5	26	89	170	151	EC scientific committee, public health, consumer protection, environmental protection, health risk, environmental policy	Activities of the institutions and bodies, Public health, Environment policy and protection of the environment	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Assessing the impact of integrated personal health and care services	The need for modelling	1	15	32	2	3	5	572	21	5	359				research report, Joint Research Centre, public health, social services	Scientific and technical research, Public health	European Commission, Joint Research Centre
The state of men health in Europe		1	14	2		1	5	5	2	121	573	22			public health, health policy, health statistics, organisation of health care, occupational health	Public health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Drugnet Europe	75, July-September 2011	3		2		2	5	8	15	12	555	228			periodical publication, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, drug addiction, information, prevention of delinquency	Public health	EMCDDA — European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
Legionella and legionnaire's disease	European policies and good practices	4		2	22	2	5	116	22	2	16				illness, occupational health, health policy, European Agency for Safety and Health at Work	Public health, Workers' health and safety	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work
A composite index for the benchmarking of eHealth deployment in european acute hospitals	Distilling reality into a manageable form for evidence-based policy	1	15	38	2	3	5	572	5	1	365	21			research report, public health, health care, benchmarking, Joint Research Centre	Social, Public health	European Commission, Joint Research Centre
Annual report 2010	Highlights of the year include the opening of the Healthy Workplaces Campaign on Safe Maintenance, publication of the results of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER), and the piloting of the Online interactive Risk Assessment tool (OIRA). The report also offers an outlook for 2011	4		9	22	2	5	16	83						European Agency for Safety and Health at Work, annual report	Activities of the institutions and bodies, Workers' health and safety	EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work
Annual report of the Director, 2010		2		9	1	1	5	3	83						European Centre for Disease Prevention and Control, annual report	Activities of the institutions and bodies, Health policy	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Second OIE global conference on animal welfare	putting the OIE standards to work	1	14	5		2	5	118	119	120					international conference, animal health, animal welfare	Veterinary sector and animal health	European Commission, Directorate-General for Health and Consumers
Eurosurveillance	Special edition : gastrointestinal infections March - June 2011	2		7	2	2	5	8	9	5	110				periodical publication, disease prevention, public health, health control	Medical and biological research, Public health	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Analysis of the Cramer classification scheme for oral systemic toxicity	Implications for its implementation in Toxtree	1	15	32	2	3	5	572	31	235	400	391			research report, chemical product, dangerous substance, data processing, carcinogenic substance	Scientific and technical research, Public health	European Commission, Joint Research Centre
Eurosurveillance	Special edition : Influenza December 2010 - June 2011	2		7	2	2	5	8	9	5	110				periodical publication, disease prevention, public health, health control	Medical and biological research, Public health	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Fighting Malaria	EU research and innovation role	1	11	7	2	3	5	23	5	2	13	146			infectious disease, public health, health policy, medical research, scientific cooperation	Medical and biological research, Public health	European Commission, Directorate-General for Research and Innovation
Eurosurveillance	Special edition : Tuberculosis March 2011	2		7	2	2	5	8	9	5	110				periodical publication, disease prevention, public health, health control	Medical and biological research, Public health	ECDC — European Centre for Disease Prevention and Control
Computational characterisation of chemicals and datasets in terms of organic functional groups - a new toxtree rulebase		1	15	32	2	3	5	572	21	355	26				research report, Joint Research Centre, chemistry, consumer protection	Scientific and technical research, Public health	European Commission, Joint Research Centre
The use of chemical reactivity assays in toxicity prediction		1	15	32	2	3	5	572	21	355	26				research report, Joint Research Centre, chemistry, consumer protection	Scientific and technical research, Public health	European Commission, Joint Research Centre
Results of european survey on lead in lipsticks		1	15	32	2	3	5	572	21	240	26				research report, Joint Research Centre, cosmetics industry, consumer protection	Scientific and technical research, Public health	European Commission, Joint Research Centre
General report of activities 2010	Including "Annual activity report of the EMCDDA's authorising officer"	3		9	2	2	5	83	15						annual report, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction	Activities of the institutions and bodies, Public health	EMCDDA — European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
EFSAnews	24, April 2011	7		9	11	3	4	5	35	8					European Food Safety Authority, periodical publication	Activities of the institutions and bodies, Food technology and food safety, Consumers' health	EFSA - European Food Safety Authority
EFSA in focus. Animals	Issue 09, April 2011	7		9	11	5	2	5	35	7	216	8	601	120	European Food Safety Authority, food safety, animal production, periodical publication, animal nutrition, animal welfare	Activities of the institutions and bodies, Food technology and food safety, Veterinary sector and animal health	EFSA - European Food Safety Authority
EFSA in focus. Food	Issue 09, May 2011	7		9	11	3	2	5	35	7	215	8	218		European Food Safety Authority, food safety, food production, periodical publication, food contamination	Activities of the institutions and bodies, Food technology and food safety, Consumers' health	EFSA - European Food Safety Authority
New plant breeding techniques	State-of-the-art and prospectsfor commercial development	1	15	39	65	3	5	36	104	494	134	500			genetically modified organism, biotechnology, plant breeding, microorganism, plant propagation	Agriculture - Forestry - Fisheries, Vegetable production	European Commission, Joint Research Centre
The greying of the baby boomers		1	31	36	47	2	5	108	233	495	249	307			ageing of the population, population statistics, population forecast, demographic analysis, social indicator	Population and social conditions, Demography and population	European Commission, Eurostat
Key figures on Europe		1	31	40		2	5	103	605	604					Community statistics, regional statistics, economic statistics	General statistics	European Commission, Eurostat
Chemical elements in ascomycetes and basidiomycetes	The reference mushrooms as instruments for investigating bioindication and biodiversity	1	15	4		3	5	124	130	46	237	496	17	126	biodiversity, mushroom-growing, environmental research, environmental indicator, chemical element, research method, environmental monitoring	Environmental research	European Commission, Joint Research Centre
European Union emission inventory report 1990-2009 under the UNECE Convention on Long-range Transboundary Air Pollution (LRTAP)		8				3	5	126	37	375	262	43	497	498	environmental monitoring, atmospheric pollution, atmospheric pollutant, environmental statistics, report, transfrontier pollution, international convention		EEA – European Environment Agency
Why we need Galileo		1	22	18	66	2	5	127	133	234	517	57			satellite communications, satellite navigation, telecommunications equipment, space navigation, Community programme	Information technology and telecommunications, Aerospace	European Commission, 22

ANEXO VI

**PERFIL Y PROGRESO DE LOS INDICADORES DE
I&D&I EN ESPAÑA Y PORTUGAL**

**(Innovation Union Competitiveness Report 2011,
European Commission, 2011)**



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



EUROPEAN
COMMISSION / Research &
Innovation

Innovation Union Competitiveness report 2011

Country profile – Spain

Universitat d'Alacant

Universidad de Alicante





Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

COUNTRY PROFILE



ES - Spain

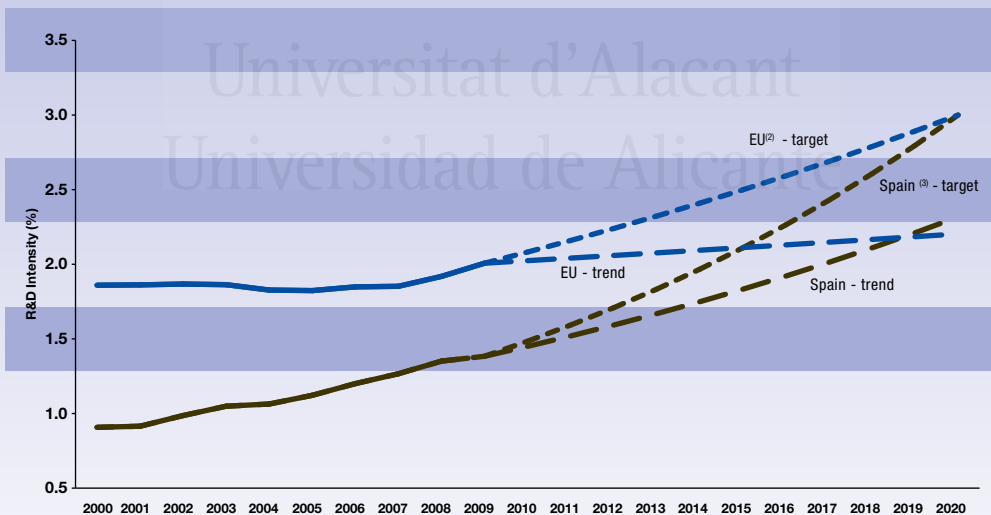
Progress towards meeting the Europe 2020 R&D intensity target

Spain's R&D intensity has grown from 0.91% in 2000 to 1.38% in 2009, which is one of the highest increases of all EU Member States. This positive trend is due to an increase of both government and business enterprise funding to R&D. Spanish GBAORD (Government Budget Appropriations or Outlays on R&D) has increased steadily with an average annual growth rate of 14.1% between 2004 and 2009. Public funding to research and innovation decreased slightly in the 2010 national budget, but in 2011 the country protected R&I investment as compared to the rest of the budgetary expenses. For 2020, Spain has set a national R&D intensity target of

3%, which is achievable but would require an increase of the average annual growth rate, mainly of business R&D investment. Given the structure of the Spanish economy, reforms for a structural change would be needed towards a more knowledge-intensive economy. Compared to other countries, Spain has scope to increase both the R&D intensity in existing high-tech and medium-high-tech sectors (moving closer to the technology frontier) and to increase knowledge intensity in more traditional sectors of the economy. Efforts already made in this direction are reflected in some figures, such as the number of employees in the high and medium-high technology manufacturing sector, where Spain is the sixth country in the EU.

SPAIN

R&D Intensity projections, 2000-2020⁽¹⁾



Source: DG Research and Innovation

Data: DG Research and Innovation, Eurostat

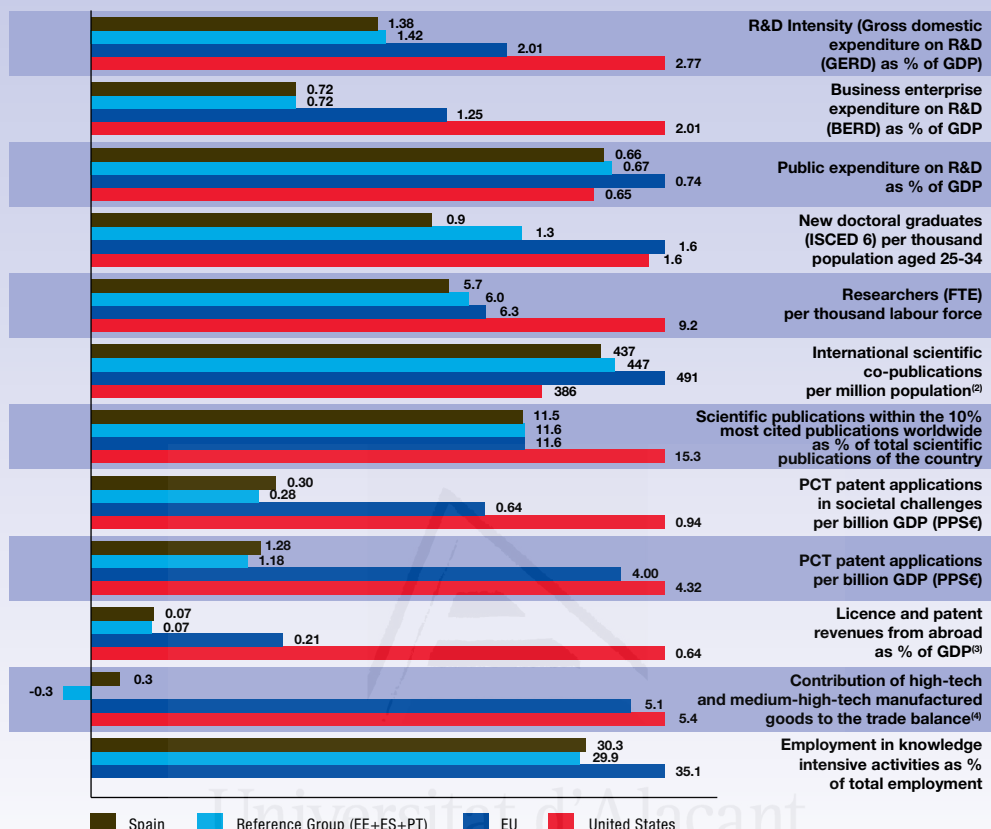
Notes: (1) The R&D Intensity projections based on trends are derived from the average annual growth in R&D Intensity 2000-2009.

(2) EU: This projection is based on the R&D Intensity target of 3.0% for 2020.

(3) ES: This projection is based on a tentative R&D Intensity target of 3.0% for 2020.

Innovation Union Competitiveness Report 2011

SPAIN

R&D profile, 2009⁽¹⁾

Source: DG Research and Innovation

Data: Eurostat, OECD, Science Metrix / Scopus (Elsevier)

Notes: (1) The values refer to 2009 or to the latest available year.

(2) The EU value refers to the median rather than to the average.

(3) EU refers to extra-EU.

(4) (i) EU does not include BG, CY, LV, LT, MT, RO; (ii) EU refers to extra-EU.

(5) Elements of estimation were involved in the compilation of the data.

Innovation Union Competitiveness Report 2011

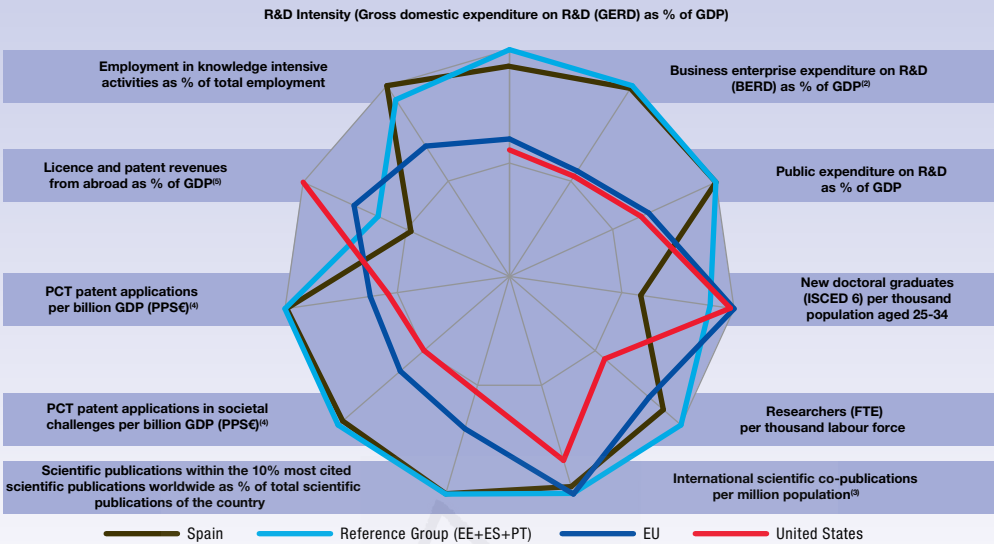
Research and Innovation Performance

The main challenge in the Spanish R&I system is to increase business expenditure on R&D, which in 2009 only amounted to 0.72% of GDP, under the EU average of 1.25%, and represented 52% of GERD, well below the figure of 65-70% of the top performing countries in Europe and the world (Germany, the Nordic countries, Switzerland, Japan and the United States). However, since 2000, business enterprises have increased their expenditure on R&D, which has grown as a share of GDP by almost 45% over the period 2000-2009. Also venture capital intensity has risen substantially to 0.13% of GDP in 2008. The still low level of business expenditure on R&D has a negative impact on Spain's technology and innovation performance, and its capacity to produce world competitive technologies and new knowledge-intensive products.

Spain is a dynamic country with a growing research and innovation system. Over the period 2000-2008, Spain increased not only its domestic expenditure on R&D but also its international scientific cooperation, the quality of the scientific production, its technological development and the knowledge-intensity of its economy. Although the growth in new doctoral graduates is lower than in the EU, Spain has one of the world's highest rates in science and engineering degrees as a percentage of all new degrees. Moreover, the number of researchers as % of total employment has been constantly growing since 2000, at an average annual growth rate of 3.60%, more than the EU average. Regarding licence and patent revenues from abroad, Spain has grown more than the EU. However, the share of doctoral degrees in the active population is still far below the EU average, and the unemployment rate of researchers is one of the highest in the EU.

SPAIN

Average annual growth (%), 2000-2009⁽¹⁾



Source: DG Research and Innovation

Data: Eurostat, OECD, Science Metrix / Scopus (Elsevier)

Notes: (1) Growth rates which do not refer to 2000-2009 refer to growth between the earliest available year and the latest available year over the period 2000-2010.

(2) Average annual growth for Spain refers to 2002-2007 - there are breaks in series between 2002 and the previous years and 2008 and the previous years.

(3) The EU value refers to the median rather than to the average.

(4) Average annual growth refers to real growth.

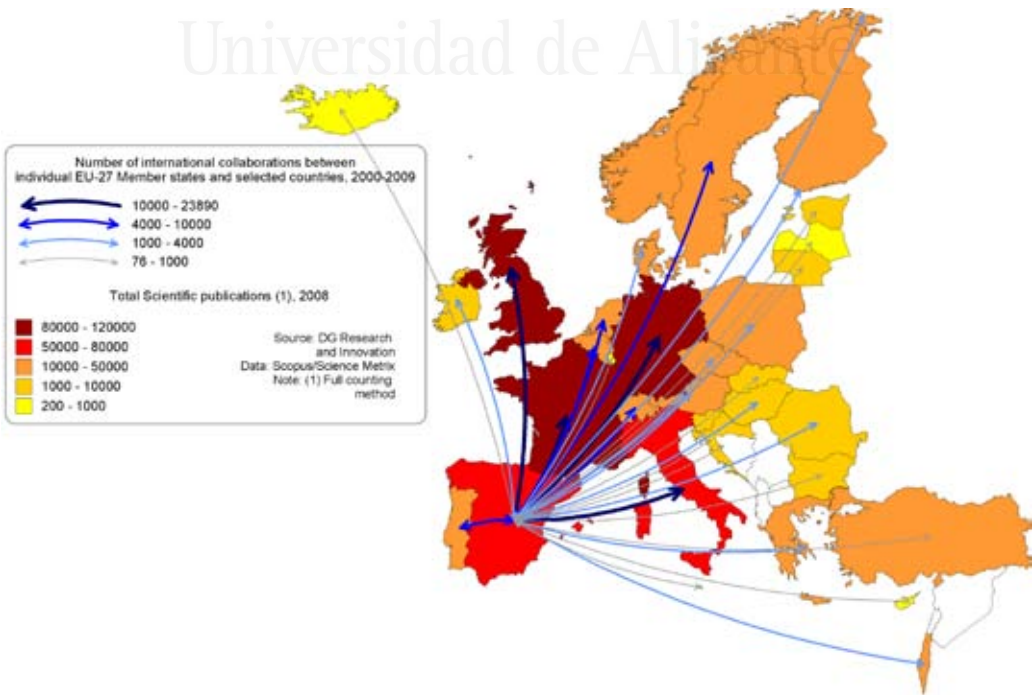
(5) EU refers to extra-EU.

(6) Elements of estimation were involved in the compilation of the data.

Innovation Union Competitiveness Report 2011

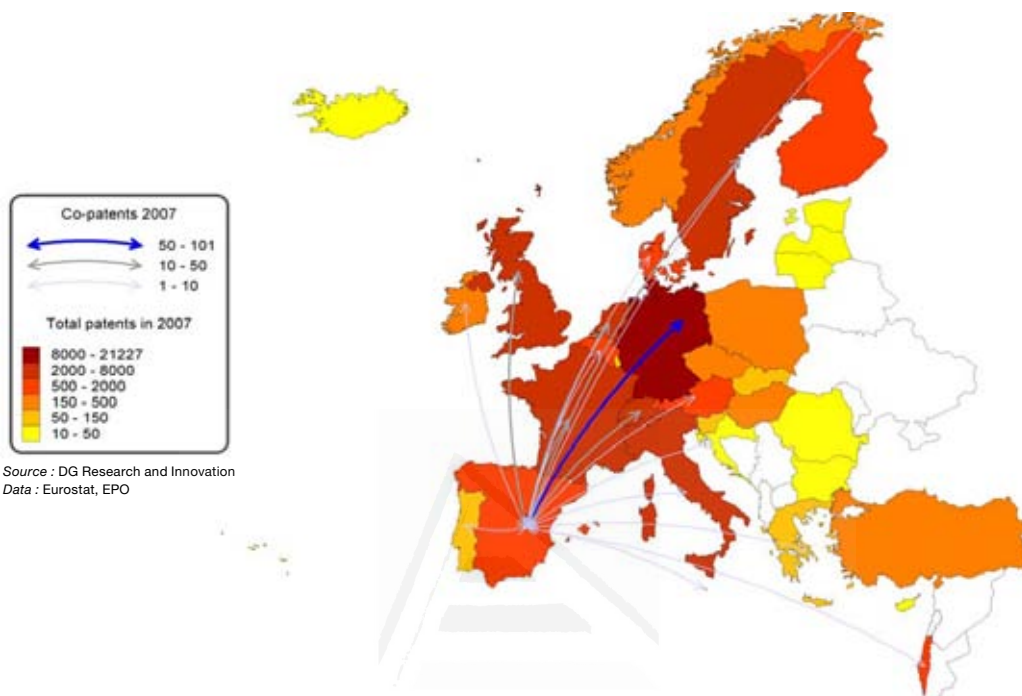
SPAIN

Co-publications between Spain and European Countries in 2000-2009



SPAIN

Co-invented patent applications between Spain and European Countries, 2007



Participation in the European Research Area : Scientific and Technological collaborations

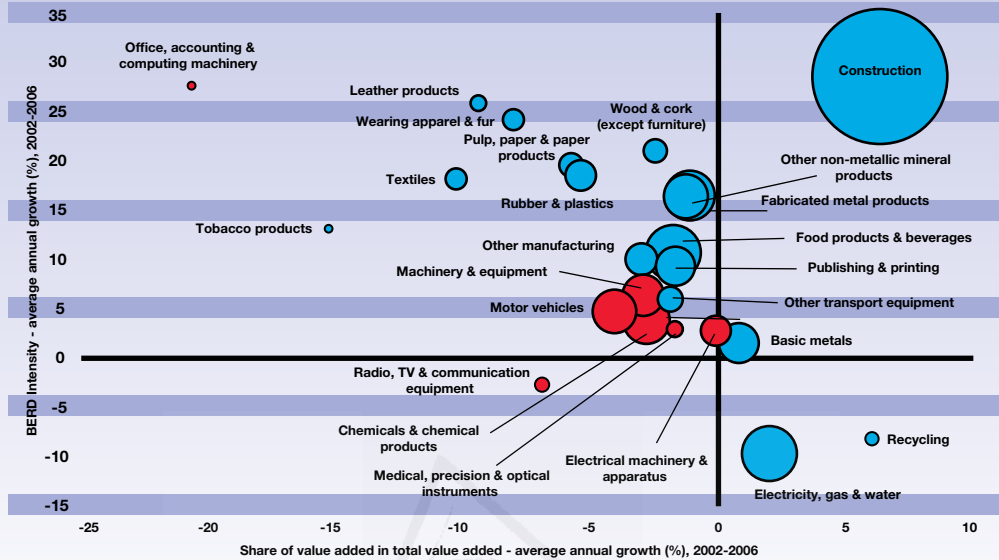
Internationalisation and connection to the major European research and innovation networks remain a major challenge for the Spanish R&I system. Spain has increased its international cooperation (as measured by co-publications and co-patents) and is building up cooperation with the major research-intensive countries in Europe - although more in scientific than in technological cooperation. However, despite progress, Spanish researchers and firms still hold a marginal position in the major S&T cooperation networks in Europe, as illustrated in the overall cooperation maps presented in part II of this report. Moreover, in the EU Research and Development Framework Programme, Spanish researchers have relatively less collaborative links with colleagues from other countries per thousand researchers. Signs of change are the better international connectivity of upcoming generations, as visible in networking maps of students for Erasmus and Marie Curie grant holders. In 2009, Spain was the 4th country concerning the number of Marie Curie Grant Agreements. Spain also has an important success rate in the grants of the European Research Council, with 13 Advanced Grants and 23 Starting Grants in 2010. The

report shows a potential for Spain to attract more top researchers, if research institutions would further improve their international excellence.

Structural change towards more knowledge-intensive economy

The figure below illustrates two trends in the Spanish economy: a) the economic expansion over the period 2002-2006 was mainly related to low-tech sectors or large consumer goods and services; b) there has been a general increase of research and innovation expenditure in most sectors of the Spanish economy, and in particular in the low-tech and traditional sectors. However, this knowledge injection has not been directly translated into an increasing share of the value added in the overall economy. Despite the harsh effects of the financial and economic crisis on the Spanish economy (a severe rise of unemployment from 8.3% in 2007 to 20.7% at the end of 2010), there is an upgrading of knowledge in traditional sectors, which still dominate the Spanish economy, matching Spain's increasingly skilled human resources. The increase of R&D expenditures is also visible in the high- and medium-high-tech sectors (red in the graph), and if this trend continues (the overall Spanish R&D investments increased on average by 8.4% over

SPAIN

Share of value added versus BERD Intensity -
Average annual growth, 2002-2006

Source: DG Research and Innovation
Data: OECD

Notes: (1) High-Tech and Medium-High-Tech sectors are shown in red. 'Other transport equipment' includes High-Tech, Medium-High-Tech and Medium-Low-Tech.
(2) 'Coke, refined petroleum, nuclear fuel' is not visible on the graph.

Innovation Union Competitiveness Report 2011

the period 2000-2008) positive economic effects may be expected in the medium-term. To this aim, the new Law for Science, Technology and Innovation establishes a general framework to strengthen and coordinate research contributing to sustainable development and social welfare. Also, the State Innovation Strategy, approved in 2010, is developing several measures to increase private R&D investment, the number of innovative enterprises, and employment in the high- and medium-tech sectors.

FP7 Key facts and figures

Applications

As of 2011/03/16, a total of

- 15512 eligible proposals were submitted in response to 248 FP7 calls for proposals
- involving 25257 applicants from Spain (9.48% of EU-27*) and
- requesting EUR 7 463.68m of EC contribution (8.45% of EU-27*)

Among the EU-27* Spain (ES) ranks:

- 4th in terms of number of applicants and
- 5th in terms of requested EC contribution

Success rates

- The ES applicant success rate of 20.3% is lower than the EU-27* applicant success rate of 21.6%.
- The ES EC financial contribution success rate of 18.0% is lower than the EU-27* rate of 20.7%.

Specifically, following evaluation and selection, a total of

- 3 152 proposals were retained for funding (20.3%)
- involving 5 118 (20.3%) successful applicants from Spain and
- requesting EUR 1 342.32m (18.0%) of EC financial contribution

Among the EU-27*, Spain (ES) ranks:

- 15th in terms of applicants success rate and
- 11th in terms of EC financial contribution success rate

Signed grant agreements

As of 2011/03/16, Spain (ES) participates in

- 2 646 signed grant agreements
- involving 28 295 participants of which 4 282 (15.13%) are from Spain
- benefiting from a total of EUR 7 908.95m of EC financial contribution of which EUR 1 198.25m

(15.15%) is dedicated to participants from Spain.

Among the EU-27* in all FP7 signed grant agreements, Spain (ES) ranks:

- 5th in number of participations and
- 6th in budget share

SME performance and participation

- The ES SME applicant success rate of 17.65% is lower than the EU-27* SME applicant success rate of 19.33%.
- The ES SME EC financial contribution success rate of 16.47% is lower than the corresponding EU-27* rate of 18.26%.

Specifically,

- 7 987 ES SME applicants requesting EUR 1 965.05m
- 1 410 (17.65%) successful SMEs requesting EUR 323.66m (16.47%)

In signed grant agreements, as of 2011/03/16,

- 854 ES SME grant holders, i.e., 19.94% of total ES participation
- EUR 184.07m, i.e., 15.36% of total ES budget share

Top 3 collaborative links with

- DE - Germany (3 487)
- UK - United Kingdom (2 923)
- FR - France (2 654)

**Nr. of Researchers

as% of population

Rank in EU-27*

Innovation scoreboard (2008)

- Below EU-27 average

- Moderate Innovator

N/A 0.40%

- 17th

Nr. of FP7 applicants

(% EU-27*)

25 257

(9.48%)

266 507

Req. EC contribution

by FP7 applicants

in EUR million

(% EU-27*)

7 463.68

(8.45%)

88 295

Nr. of successful FP7 applicants

(% EU-27*)

5 118

(8.65%)

59 199

Req. EC contribution

by successful FP7 applicants

in EUR million

(% EU-27*)

1 342.32

(7.35%)

18 262.02

Success rate FP7 applicants

20.3%

21.6%

Success rate

FP7 EC contribution

18.0%

20.7%

Nr. of FP7 grant holders

(% EU-27*)

4 282

(8.35%)

51 279

EC contribution

to FP7 grant holders

in EUR million

(% EU-27*)

1 198.25

(7.23%)

16 578.15

Nr. of FP7 coordinators

(% of grant holders)

901

(21.04%)

9 383

(18.30%)

Nr. of FP7 SME grant holders

(% of grant holders)

854

(19.94%)

8 845

(17.25%)

EC contribution to FP7 SME

grant holders in EUR million

(% of grant holders)

184.07

(15.36%)

2 207.73

(13.32%)

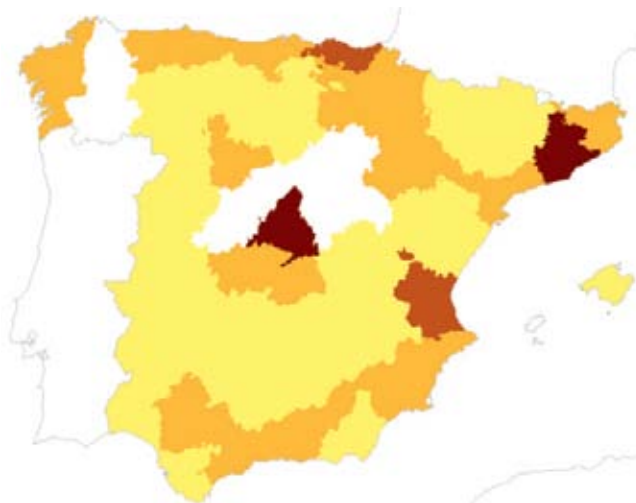
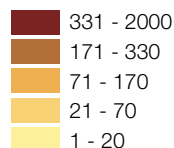


TABLE 1

**ES - Spain - Most active FP7 research priority areas
by number of applicants applying for the research projects**

FP7 priority area	Nr. of applicants	Requested EC contribution by applicants (M euro)	Nr. of mainlisted applicants	Success Rate (applicants)	Requested EC contribution by mainlisted applicants (M euro)	Success Rate (requested EC contribution)
Information and Communication Technologies	5838	2115.60	831	14.23%	309.58	14.63%
Research for the benefit of SMEs	3731	490.78	706	18.92%	91.29	18.60%
Marie-Curie Actions	3263	n/a	811	24.85%	n/a	n/a
Transport (including Aeronautics)	1696	447.85	389	22.94%	93.01	20.77%
Health	1566	662.87	332	21.20%	130.45	19.68%
Environment (including Climate Change)	1534	397.77	262	17.08%	59.50	14.96%

TABLE 2

**ES - Spain - Most active FP7 research priority areas
by EC contribution granted to the research projects**

FP7 priority area	Number of grant holders	% of all ES grant holders	EC contribution (EUR million)	% of total EC contribution to ES
Information and Communication Technologies	816	19.06%	263.17	21.96%
ERC	108	2.52%	145.71	12.16%
Marie-Curie Actions	604	14.11%	122.24	10.20%
Nanosciences, Nanotechnologies, Materials and new Production Technologies - NMP	372	8.69%	120.30	10.04%
Health	308	7.19%	106.92	8.92%
Energy	163	3.81%	80.45	6.71%

Notes : Report generated on: 2011/03/25.04:38 PM

FP7 proposal and application figures are valid as of 2011/03/16

FP7 grant agreements and participation figures are valid as of 2011/03/16

*EU-27 includes the 27 country-members and JRC as a separate entity

**E-STAT Reference year: 2007

**European Innovation Scoreboard is available at the website of DG Enterprise and Industry

TABLE 3

**ES - Spain - Participation in the FP7 research projects
by organisation activity type**

Activity Type	Nr. of applicants	Requested EC contribution by applicants (M euro)	Nr. of mainlisted applicants	Success rate (applicants)	Requested EC contribution by mainlisted applicants (M euro)	Success rate (requested contribution)	Nr. of grant holders	EC contribution to grant holders	% of total EC contribution to grant holders
PRC	7 651	2 104.87	1 512	19.76%	445.80	21.18%	1 286	340.63	28.43%
HES	7 340	1 798.97	1 293	17.62%	254.36	14.14%	1 122	317.98	26.54%
REC	6 479	1 604.00	1 564	24.14%	367.79	22.93%	1 498	466.37	38.92%
OTH	1 631	350.79	320	19.62%	58.64	16.72%	123	20.07	1.67%
PUB	1 146	266.25	320	27.92%	65.80	24.71%	253	53.21	4.44%
SME	7 987	1 965.05	1 410	17.65%	323.66	16.47%	854	184.07	15.36%

PRC - Private for profit (excl. education), HES - Higher or secondary education, REC - Research organisations, OTH - Others, PUB - Public body (excl. research and education)

TABLE 4

**ES - Spain - The most active NUTS3 regions,
by EC contribution granted to the FP7 research projects**

ES - Spain region	Number of grant holders	% of all ES - Spain grant holders	EC contribution (M euro)	% of total EC contribution to ES
Madrid (ES300)	1 464	34.19%	427.00	35.64%
Barcelona (ES511)	974	22.75%	311.35	25.98%
Vizcaya (ES213)	306	7.15%	89.07	7.43%
Valencia / Val ncia (ES523)	246	5.74%	60.07	5.01%
Guip zcoa (ES212)	162	3.78%	44.99	3.75%

TABLE 5

**ES - Spain - Most active organisations in terms of EC contribution
granted to the FP7 research projects**

Legal Name	Number of Participations	% of all ES grant holders	EC contribution (M euro)	% of total EC contribution to ES grant holders
Agencia Estatal Consejo Superior de Investigaciones Cientificas (CSIC)	331	7.73%	95.05	7.93%
Fundacion Tecnalía Research & Innovation (Tecnalia)	134	3.13%	39.29	3.28%
Universidad Politecnica De Madrid (UPM)	119	2.78%	33.45	2.79%
Telefonía Investigación y Desarrollo sa (TID)	74	1.73%	31.52	2.63%
Universitat Pompeu Fabra (UPF)	60	1.40%	29.04	2.42%

COUNTRY PROFILE



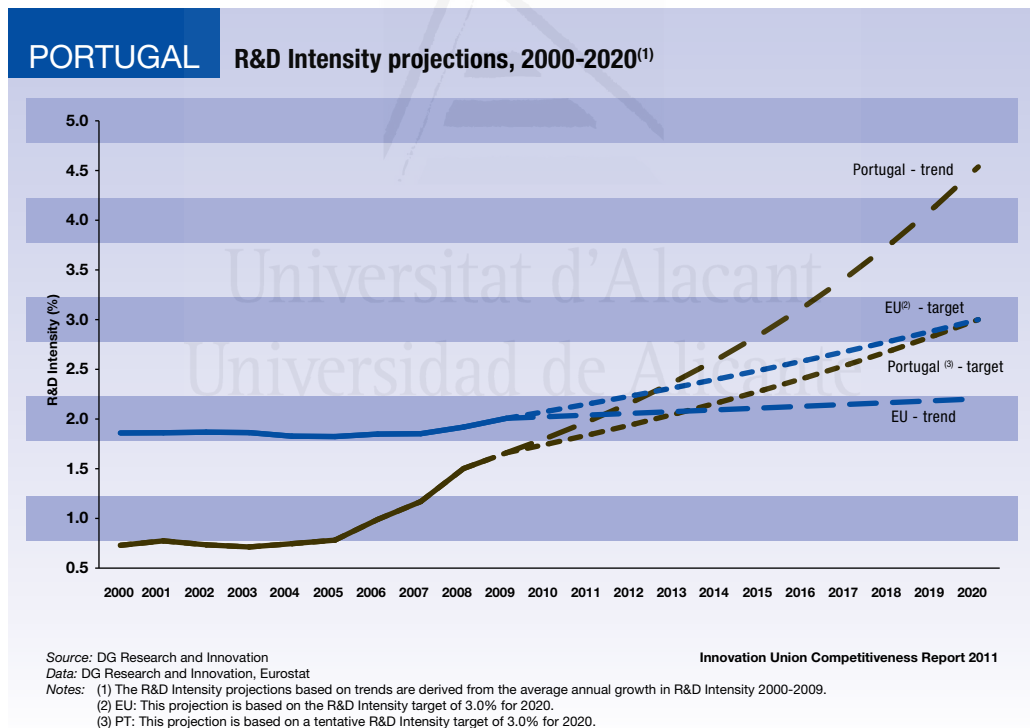
PT - Portugal

Progress towards meeting the Europe 2020 R&D intensity target

The figure for Portugal on R&D intensity (GERD/GDP) is 1.66% in 2009 (0.71% public + 0.96% private). This compares to 0.73% in 2000, having had a very high average growth rate of 10.2% for the period 2000-2009. The main feature for this period is the strong growth of private expenditure (0.28% of GDP in 2000) becoming higher than public expenditure from 2006 onwards. Despite the crisis, government spending on R&D increased in 2009 to 205 million Euro. In order to

increase its economic competitiveness by raising its productivity and changing the structure of exporting enterprises, Portugal will have to maintain its efforts in increasing its investments in Research and Innovation.

Portuguese authorities have recognised this and have set an ambitious, albeit realistic set of R&D targets for 2020: R&D intensity should account for 2.7% - 3.3%, of which 1.0% - 1.2% in the public sector and 1.7% - 2.1% in the private sector.

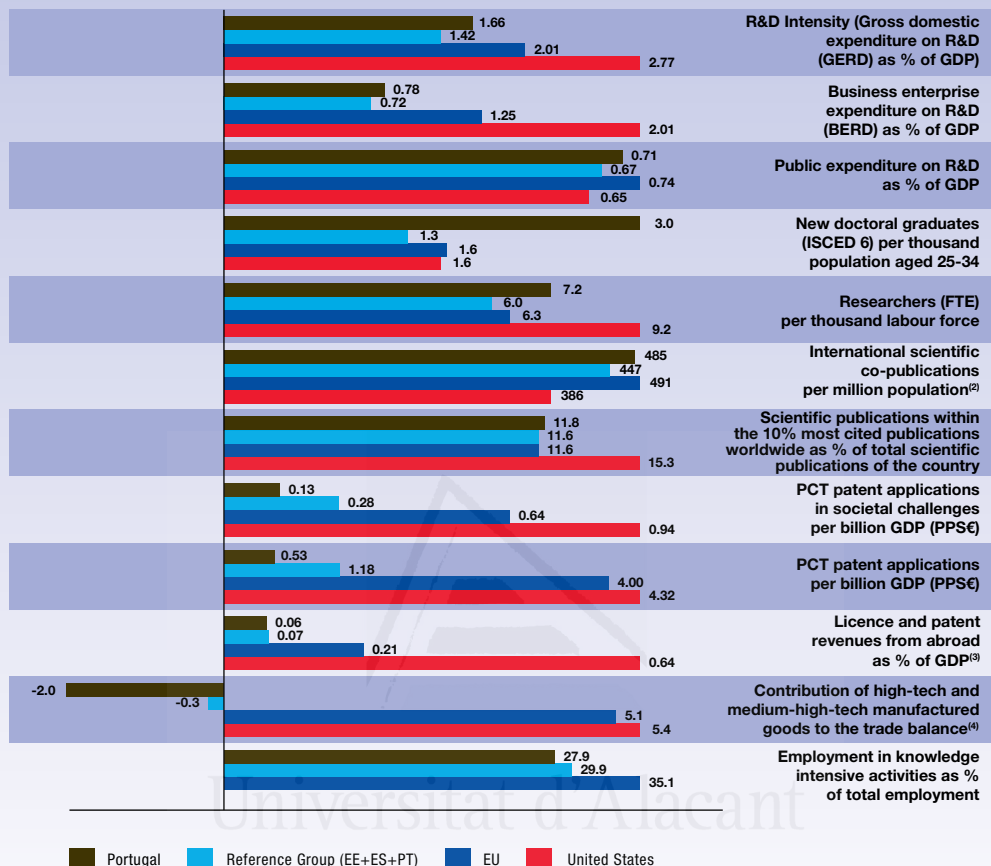


Research and Innovation Performance

The Portuguese research and innovation system is characterised by a growing private sector share in both financing and performance, although enterprises are still investing about 2/3 of the EU average on R&D.

Portugal is outperforming in doctoral graduates and employed researchers, as a result of the important resources provided by the State, having exceeded the EU average on these resources. However, tertiary and upper secondary education attainment is still low,

PORTUGAL

R&D profile, 2009⁽¹⁾

Source: DG Research and Innovation

Data: Eurostat, OECD, Science Metrix / Scopus (Elsevier)

Notes: (1) The values refer to 2009 or to the latest available year.

(2) The EU value refers to the median rather than to the average.

(3) EU refers to extra-EU.

(4) (i) EU does not include BG, CY, LV, LT, MT, RO; (ii) EU refers to extra-EU.

(5) Elements of estimation were involved in the compilation of the data.

Innovation Union Competitiveness Report 2011

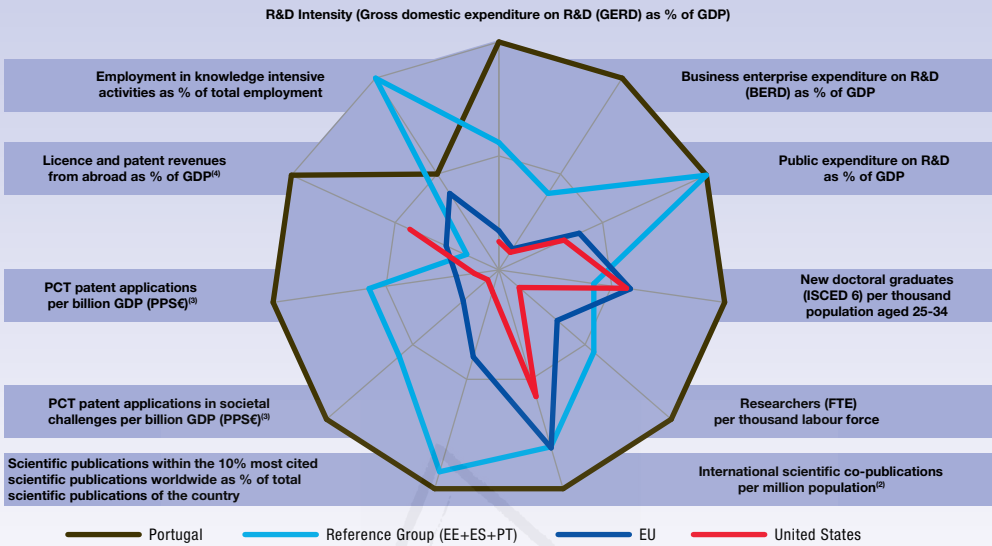
although improving. On the international scientific co-publications and their citation worldwide, Portugal has also progressed well and reached about the EU average – although remaining at less than 1/8 of the EU level in patent applications. Employment in knowledge-intensive activities remains weak which, in conjunction with the general industrial structure of the country, leads to a negative contribution of high-tech and medium-high-tech manufactured goods to the trade balance.

The Portuguese innovation framework presents some strengths and more weaknesses. Under macroeconomic imbalances, public budget austerity and a large rate of unemployment, improving the competitiveness of national enterprises is one of the key challenges.

All indicators but one improved significantly in the period 2000-2009. Portugal ranks well in international scientific co-publications, high-speed broadband lines and SMEs introducing innovations. However, notably, business enterprise expenditure in R&D, enterprise survival rate after two years and PCT patent applications remain well under the EU average. Employment in knowledge-intensive activities remains low, under other European countries and the EU average. This type of employment has not much improved over the period under analysis. This, in conjunction with the negative contribution of high-tech and medium-high-tech manufactured goods to the trade balance, shows the need of more high-tech and medium-tech innovative enterprises, notably in emerging domains.

PORTUGAL

Average annual growth (%), 2000-2009⁽¹⁾



Source: DG Research and Innovation

Data: Eurostat, OECD, Science Metrix / Scopus (Elsevier)

Notes: (1) Growth rates which do not refer to 2000-2009 refer to growth between the earliest available year and the latest available year over the period 2000-2010.

(2) The EU value refers to the median rather than to the average.

(3) Average annual growth refers to real growth.

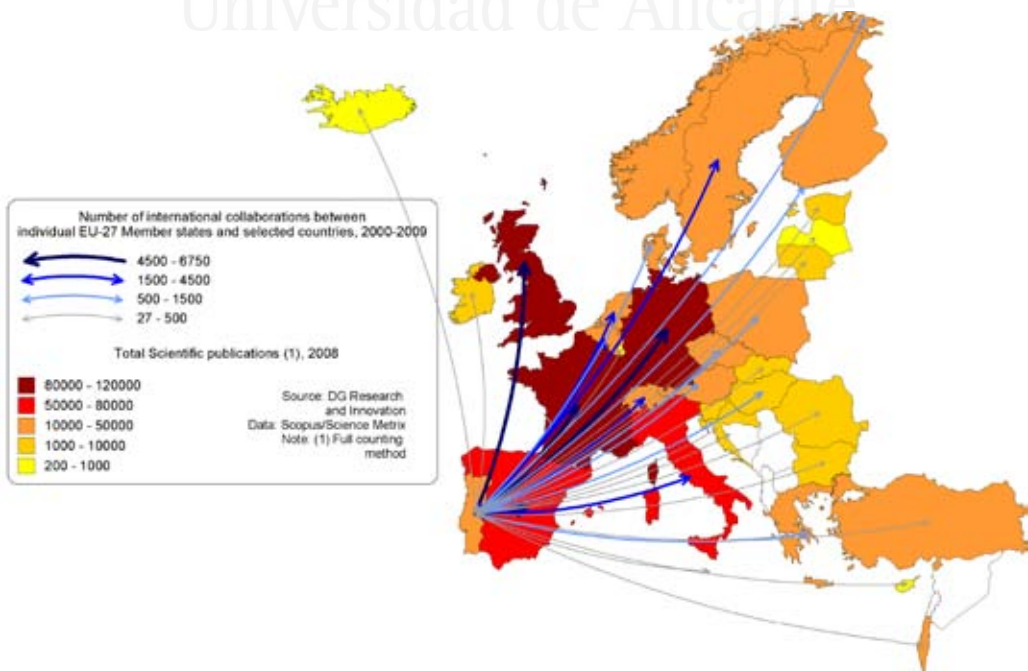
(4) EU refers to extra-EU.

(5) Elements of estimation were involved in the compilation of the data.

Innovation Union Competitiveness Report 2011

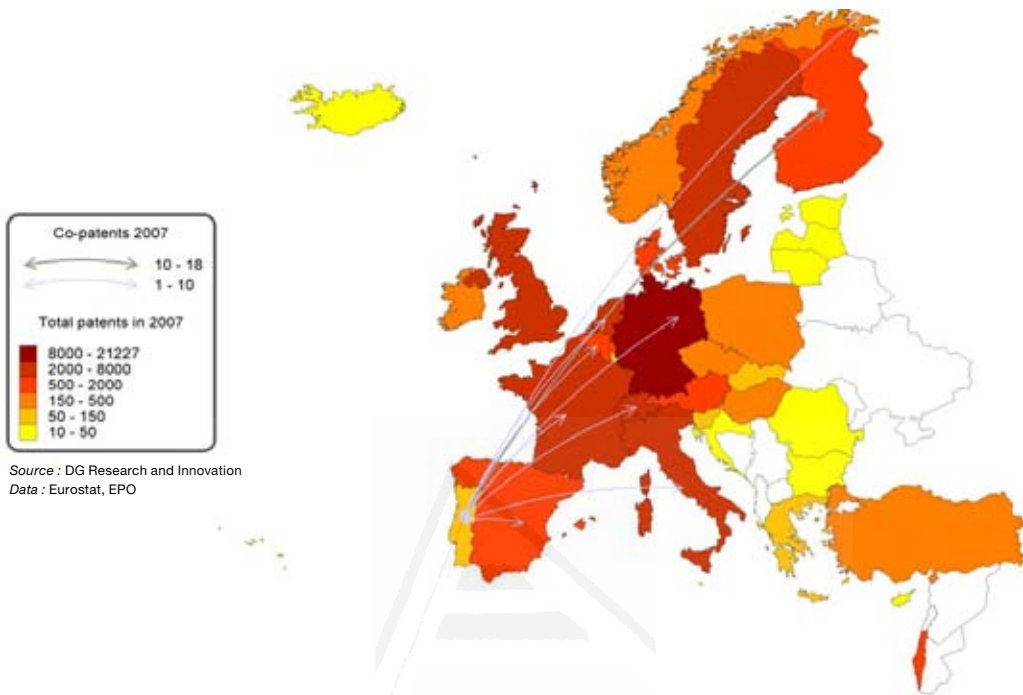
PORTUGAL

Co-publications between Portugal and European Countries in 2000-2009



PORTUGAL

Co-invented patent applications between Portugal and European Countries, 2007



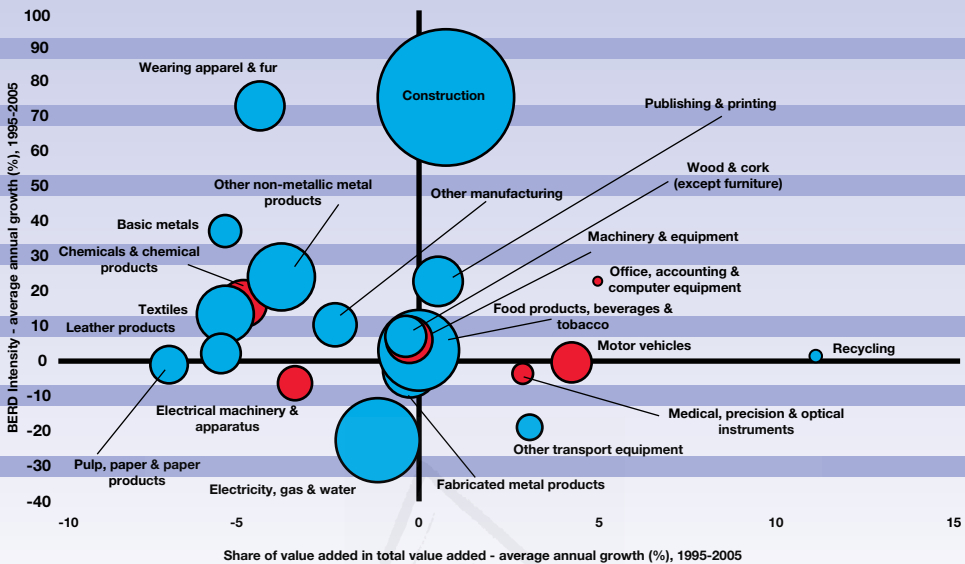
Participation in the European Research Area : Scientific and Technological collaborations

Portugal is a small and open country. The research system has a tradition of hosting researchers of other countries and promoting the participation of young researchers in other countries through bi- and multilateral agreements with other European countries. The International Iberian Nanotechnology Laboratory, jointly launched with Spain, is an example of such openness. A joint programme with Spain was launched promoting research projects in nanosciences and nanotechnologies and a cooperation agreement with Spain and France was concluded to launch a call for joint projects in knowledge-based bio-economy. Portugal is integrated in enlarging networks of scientific and technological cooperation, particularly with Spain, the United Kingdom, France, Germany and Italy. However, the absolute level of technological cooperation remains low as compared with scientific cooperation, pleading for scientific policies to further encourage its development.

Structural change towards more knowledge-intensive economy

Portugal has a low dynamics of knowledge-intensive firms which has not contributed to the expected growth of value added to the economy. High-tech and medium-high-tech sectors that have moderately increased their share in the total value-added are: Office, accounting and computing machinery, Motor vehicles, and Medical, precision and optical instruments. Other sectors have reduced their share of value added, like the Chemicals and chemical products sector, the Electrical machinery and apparatus, and the Radio, TV and communication equipment sector. Recycling has had a greater growth in the share of value added. The strong increase in BERD intensity for Construction and Wearing apparel and fur sectors demonstrates the potential of progress in traditional sectors. The highest decrease in BERD intensity occurs in Electricity, gas and water.

PORTUGAL

Share of value added versus BERD intensity -
Average annual growth, 1995-2005

Innovation Union Competitiveness Report 2011

FP7 Key facts and figures

Applications

As of 2011/03/16, a total of

- 4280 eligible proposals were submitted in response to 248 FP7 calls for proposals
- involving 5764 applicants from Portugal (2.16% of EU-27*) and
- requesting EUR 1 426.35m of EC contribution (1.62% of EU-27*)

Among the EU-27* Portugal (PT) ranks:

- 13th in terms of number of applicants and
- 14th in terms of requested EC contribution

Success rates

- The PT applicant success rate of 19.7% is lower than the EU-27* applicant success rate of 21.6%.
- The PT EC financial contribution success rate of 15.9% is lower than the EU-27* rate of 20.7%.

Specifically, following evaluation and selection, a total of

- 853 proposals were retained for funding (19.9%)

- involving 1 138 (19.7%) successful applicants from Portugal and
- requesting EUR 226.77m (15.9%) of EC financial contribution

Among the EU-27*, Portugal (PT) ranks:

- 18th in terms of applicants success rate and
- 15th in terms of EC financial contribution success rate

Signed grant agreements

As of 2011/03/16, Portugal (PT) participates in

- 716 signed grant agreements
- involving 9309 participants of which 960 (10.31%) are from Portugal
- benefiting from a total of EUR 2 502.09m of EC financial contribution of which EUR 205.65m (8.22%) is dedicated to participants from Portugal.

Among the EU-27* in all FP7 signed grant agreements, Portugal (PT) ranks:

- 14th in number of participations and
- 14th in budget share

SME performance and participation

- The PT SME applicant success rate of 16.61% is lower than the EU-27* SME applicant success rate of 19.33%.
- The PT SME EC financial contribution success rate of 14.12% is lower than the corresponding EU-27* rate of 18.26%.

Specifically,

- 1 764 PT SME applicants requesting EUR 384.02m
- 293 (16.61%) successful SMEs requesting EUR 54.21m (14.12%)

In signed grant agreements, as of 2011/03/16,

- 204 PT SME grant holders, i.e., 21.25% of total PT participation
- EUR 43.23m, i.e., 21.02% of total PT budget share

Top 3 collaborative links with

- DE - Germany (973)
- UK - United Kingdom (863)
- IT - Italy (806)

**Nr. of Researchers

as% of population

Rank in EU-27*

Innovation scoreboard (2008)

- Below EU-27 average

- Moderate Innovator

Nr. of FP7 applicants

(% EU-27*)

(2.16%)

Req. EC contribution

by FP7 applicants

in EUR million

(% EU-27*)

(1.62%)

N/A

0.40%

- 16th

5 764

266 507

1 426.35

88 295

Nr. of successful FP7 applicants

(% EU-27*)

(1.92%)

Req. EC contribution

by successful FP7 applicants

in EUR million

(% EU-27*)

(1.24%)

Success rate FP7 applicants

Success rate

FP7 EC contribution

Nr. of FP7 grant holders

(% EU-27*)

(1.87%)

EC contribution

to FP7 grant holders

in EUR million

(% EU-27*)

(1.24%)

Nr. of FP7 coordinators

(% of grant holders)

(14.48%)

(18.30%)

Nr. of FP7 SME grant holders

(% of grant holders)

(21.25%)

(17.25%)

EC contribution to FP7 SME

grant holders in EUR million

(% of grant holders)

(21.02%)

(13.32%)

1 138

59 199

226.77

18 262.02

19.7% 21.6%

15.9% 20.7%

960

51 279

205.65

16 578.15

139

9 383

204

8 845

43.23

2 207.73

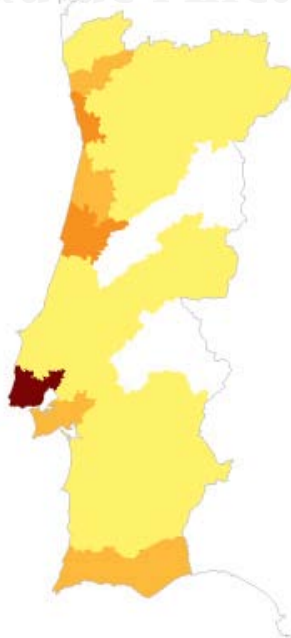
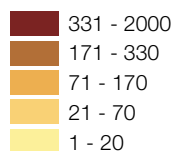


TABLE 1

**PT - Portugal - Most active FP7 research priority areas
by number of applicants applying for the research projects**

FP7 priority area	Nr. of applicants	Requested EC contribution by applicants (M euro)	Nr. of mainlisted applicants	Success Rate (applicants)	Requested EC contribution by mainlisted applicants (M euro)	Success Rate (requested EC contribution)
Information and Communication Technologies	1 228	410.63	181	14.74%	63.51	15.47%
Marie-Curie Actions	766	n/a	195	25.46%	n/a	n/a
Research for the benefit of SMEs	626	77.29	111	17.73%	12.78	16.54%
Environment (including Climate Change)	454	104.86	70	15.42%	14.60	13.92%
Transport (including Aeronautics)	424	89.06	114	26.89%	21.93	24.62%
Food, Agriculture and Fisheries, and Biotechnology	334	82.16	58	17.37%	10.42	12.68%

TABLE 2

**PT - Portugal - Most active FP7 research priority areas
by EC contribution granted to the research projects**

FP7 priority area	Number of grant holders	% of all PT grant holders	EC contribution (EUR million)	% of total EC contribution to PT
Information and Communication Technologies	182	18.96%	56.88	27.66%
Marie-Curie Actions	149	15.52%	23.40	11.38%
Nanosciences, Nanotechnologies, Materials and new Production Technologies - NMP	75	7.81%	19.38	9.42%
ERC	13	1.35%	19.00	9.24%
Transport (including Aeronautics)	86	8.96%	16.43	7.99%
Health	48	5.00%	11.49	5.59%

Notes : Report generated on: 2011/03/28.10:48 AM

FP7 proposal and application figures are valid as of 2011/03/16

FP7 grant agreements and participation figures are valid as of 2011/03/16

*EU-27 includes the 27 country-members and JRC as a separate entity

**E-STAT Reference year: 2007

**European Innovation Scoreboard is available at the website of DG Enterprise and Industry

TABLE 3

**PT - Portugal - Participation in the FP7 research projects
by organisation activity type**

Activity Type	Nr. of applicants	Requested EC contribution by applicants (M euro)	Nr. of mainlisted applicants	Success rate (applicants)	Requested EC contribution by mainlisted applicants (M euro)	Success rate (requested contribution)	Nr. of grant holders	EC contribution to grant holders	% of total EC contribution to grant holders
HES	1961	458.33	343	17.49%	64.69	14.12%	276	57.71	28.06%
PRC	1639	385.03	304	18.55%	60.99	15.84%	265	49.18	23.91%
REC	1397	312.10	316	22.62%	59.45	19.05%	306	79.13	38.48%
OTH	353	56.51	67	18.98%	7.70	13.63%	50	5.74	2.79%
PUB	268	34.25	92	34.33%	10.94	31.93%	63	13.89	6.75%
SME	1764	384.02	293	16.61%	54.21	14.12%	204	43.23	21.02%

HES - Higher or secondary education, PRC - Private for profit (excl. education), REC - Research organisations, OTH - Others, PUB - Public body (excl. research and education)

TABLE 4

**PT - Portugal - The most active NUTS3 regions,
by EC contribution granted to the FP7 research projects**

FI - Finland region	Number of grant holders	% of all PT - Portugal grant holders	EC contribution (M euro)	% of total EC contribution to PT
Grande Lisboa (PT171)	469	48.85%	105.41	51.26%
Grande Porto (PT114)	165	17.19%	31.98	15.55%
Baixo Mondego (PT162)	86	8.96%	17.88	8.70%
Baixo Vouga (PT161)	46	4.79%	10.81	5.26%
Península de Setúbal (PT172)	43	4.48%	11.03	5.36%

TABLE 5

**PT - Portugal - Most active organisations in terms
of EC contribution granted to the FP7 research projects**

Legal Name	Number of Participations	% of all PT grant holders	EC contribution (M euro)	% of total EC contribution to PT grant holders
Instituto Superior Tecnico (IST)	57	5.94%	13.56	6.60%
Fundacao Calouste Gulbenkian	29	3.02%	11.88	5.78%
Instituto de Telecomunicacoes (IT)	28	2.92%	9.74	4.74%
Universidade do Minho	32	3.33%	8.46	4.12%
Universidade do Porto (UPORTO)	35	3.65%	7.78	3.78%

ANEXO VII

ECUACIONES DE BÚSQUEDA EMPLEADAS EN CADA BASE DE DATOS

**(Capítulo 1. Gestión de la Calidad en Salud: Las Tecnologías de
Información y Comunicación como Estrategias de Cooperación)**



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

MEDLINE (a través de Pubmed)

Filtro Geográfico	
España	(spain[ad] OR espagne[ad] OR espana[ad] OR espaa[ad] OR spanien[ad] OR spagna[ad] OR espanya[ad]) OR (catalunya[ad] OR catalonia[ad] OR catalogne[ad] OR cataluna[ad] OR catala[ad] OR barcelon*[ad] OR tarragona[ad] OR lleida[ad] OR lerida[ad] OR girona[ad] OR gerona[ad] OR sabadell[ad] OR hospitalet[ad] OR l'hospitalet[ad]) OR (valencia*[ad] OR castello*[ad] OR alacant[ad] OR alicant*[ad]) OR (murcia*[ad] OR (cartagen*[ad] NOT indias[ad])) OR (andalu*[ad] OR sevilla*[ad] OR granada*[ad] OR huelva[ad] OR almeria[ad] OR cadiz[ad] OR jaen[ad] OR malaga[ad] OR (cordoba[ad] NOT argentin*[ad])) OR (extremadura[ad] OR caceres[ad] OR badajoz[ad] OR madrid[ad]) OR (castilla[ad] OR salamanca[ad] OR zamora[ad] OR valladolid[ad] OR segovia[ad] OR soria[ad] OR palencia[ad] OR avila[ad] OR burgos[ad]) OR (leon[ad] NOT (france[ad] OR clermont[ad] OR rennes[ad] OR lyon[ad] OR USA[ad] OR mexic*[ad])) OR (galicia[ad] OR gallego[ad] OR compostela[ad] OR vigo[ad] OR corun*[ad] OR ferrol[ad] OR orense[ad] OR ourense[ad] OR pontevedra[ad] OR lugo[ad]) OR (oviedo[ad] OR gijon[ad] OR asturia*[ad]) OR (cantabr*[ad] OR santander[ad]) OR (vasco[ad] OR euskadi[ad] OR basque[ad] OR bilbao[ad] OR bilbo[ad] OR donosti*[ad] OR san sebastian[ad] OR vizcaya[ad] OR bizkaia[ad] OR guipuzcoa[ad] OR gipuzkoa[ad] OR alava[ad] OR araba[ad] OR vitoria[ad] OR gasteiz[AD]) OR (navarr*[ad] OR nafarroa[ad] OR pamplona[ad] OR iruna[ad] OR irunea[ad]) OR (logron*[ad] OR rioj*[ad]) OR (aragon*[ad] OR zaragoza[ad] OR teruel[ad] OR huesca[ad]) OR (mancha[ad] OR ciudad real[ad] OR albacete[ad] OR cuenca[ad]) OR (toledo[ad] NOT (ohio[ad] OR us[ad] OR usa[ad] OR OH[ad])) OR (guadalajara[ad] NOT mexic*[ad]) OR (balear*[ad] OR mallorca[ad] OR menorca[ad] OR ibiza[ad] OR eivissa[ad]) OR (palmas[ad] OR lanzarote[ad] OR canari*[ad] OR tenerif*[ad]) OR (ceuta[ad] OR melilla[ad]) OR (osasunbide*[ad] OR osakidetza[ad] OR insalud[ad] OR sergas[ad] OR catsalut[ad] OR sespa[ad] OR osasunbidea[ad] OR imsalud[ad] OR sescam[ad] OR ib-salut[ad])
Portugal	((portugal[ad]) OR (lisboa[ad] OR leiria[ad] OR santarem[ad] OR setubal[ad] OR beja[ad] OR lisbon[ad] OR faro[ad] OR evora[ad] OR portalegre[ad] OR castelo branco[ad] OR guarda[ad] OR coimbra[ad] OR aveiro[ad] OR viseu[ad] OR braganza[ad] OR braganca[ad] OR vila real[ad] OR porto[ad] OR oporto[ad] OR braga[ad] OR viana do castelo[ad] OR acores[ad] OR azores[ad] OR madeira[ad]) NOT (porto alegre[ad] OR brazil[ad] OR brasil[ad] OR rio de janeiro[ad]))
Ecuaciones	

N. Documentos			Criterio de Exclusión
	Doc./Rev.	Válidos	
("Total Quality Management"[Majr] AND "Information Science"[Majr] AND "Information Management"[Majr])	6 / 0	0	Filtro Geográfico
Análisis de Resultados: 1: Clinical governance: another name for quality - or improving on improvement? Balding C. HIM J. 2004;33(4):137-9. PMID: 18239233 [PubMed - indexed for MEDLINE] 2: A knowledge audit of the managers of primary care organizations: top priority is how to use routinely collected clinical data for quality improvement. De Lusignan S, Wells S, Shaw A, Rowlands G, Crilly T. Med Inform Internet Med. 2005 Mar;30(1):69-80. PMID: 16036631 [PubMed - indexed for MEDLINE] 3: Compliance with instructions for writing structured care management tools. Labarère J, Bos C, Bedouch P, Fourny M, Pavese P, Allenet B, François P. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv. 2003;16(2-3):128-35. PMID: 12870252 [PubMed - indexed for MEDLINE] 4: Key principles of quality management for health information departments and their managers. Wilson LL. Health Inf Manag. 1998 Dec-1999 Feb;28(4):189-91. PMID: 10387367 [PubMed - indexed for MEDLINE] 5: Measurement issues for an adult asthma clinical improvement initiative. Sweeney L, Miller JA, Ludwig-Beymer P. J AHIMA. 1998 Jun;69(6):66-8, 70-1. No abstract available. PMID: 10180102 [PubMed - indexed for MEDLINE] 6: Looking to CQI for improvements in clinical documentation and coding. Callen J, Meehan J, Tomornsak S. Health Inf Manag. 1997 Mar-May;27(1):7-11. PMID: 10169447 [PubMed - indexed for MEDLINE]			

("Total Quality Management"[Majr]) AND (spain[ad] OR espagne[ad] OR espana[ad] OR espaa[ad] OR spanien[ad] OR spagna[ad] OR espanya[ad]) OR (catalunya[ad] OR catalonia[ad] OR catalogne[ad] OR cataluna[ad] OR catala[ad] OR barcelon*[ad] OR tarragona[ad] OR lleida[ad] OR lerida[ad] OR girona[ad] OR gerona[ad] OR sabadell[ad] OR hospitalet[ad] OR l'hospitalet[ad]) OR (valencia*[ad] OR castello*[ad] OR alacant[ad] OR alicant*[ad]) OR (murcia*[ad] OR cartagen*[ad] NOT indias[ad])) OR (andalu*[ad] OR sevilla*[ad] OR granad*[ad] OR huelva[ad] OR almeria[ad] OR cadiz[ad] OR jaen[ad] OR malaga[ad] OR (cordoba[ad] NOT argentin*[ad])) OR (extremadura[ad] OR caceres[ad] OR badajoz[ad] OR madrid[ad]) OR (castilla[ad] OR salamanca[ad] OR zamora[ad] OR valladolid[ad] OR segovia[ad] OR soria[ad] OR palencia[ad] OR avila[ad] OR burgos[ad]) OR (leon[ad] NOT (france[ad] OR clermont[ad] OR rennes[ad] OR lyon[ad] OR USA[ad] OR mexic*[ad])) OR (galicia[ad] OR gallego[ad] OR compostela[ad] OR vigo[ad] OR corun*[ad] OR ferrol[ad] OR orense[ad] OR ourense[ad] OR pontevedra[ad] OR lugo[ad]) OR (oviedo[ad] OR gijon[ad] OR asturia*[ad]) OR (cantabr*[ad] OR santander[ad]) OR (vasco[ad] OR euskadi[ad] OR basque[ad] OR bilbao[ad] OR bilbo[ad] OR donosti*[ad] OR san sebastian[ad] OR vizcaya[ad] OR bizkaia[ad] OR guipuzcoa[ad] OR gipuzkoa[ad] OR alava[ad] OR araba[ad] OR vitoria[ad] OR gasteiz[AD]) OR (navarr*[ad] OR nafarroa[ad] OR pamplona[ad] OR iruna[ad] OR irunea[ad]) OR (logron*[ad] OR rioj*[ad]) OR (aragon*[ad] OR zaragoza[ad] OR teruel[ad] OR huesca[ad]) OR (mancha[ad] OR ciudad real[ad] OR albacete[ad] OR cuenca[ad]) OR (toledo[ad] NOT (ohio[ad] OR us[ad] OR usa[ad] OR OH[ad])) OR (guadalajara[ad] NOT mexic*[ad]) OR (balear*[ad] OR mallorca[ad] OR menorca[ad] OR ibiza[ad] OR eivissa[ad]) OR (palmas[ad] OR lanzarote[ad] OR canari*[ad] OR tenerif*[ad]) OR (ceuta[ad] OR melilla[ad]) OR (osasunbide*[ad] OR osakidetza[ad] OR insalud[ad] OR sergas[ad] OR catsalut[ad] OR sespa[ad] OR osasunbidea[ad] OR imsalud[ad] OR sescam[ad] OR ib-salut[ad])	17 / 1		
Análisis de Resultados: 1: Quality management and quality of care in nursing homes. Heras I, Cilleruelo E, Iradi J. Int J Health Care Qual Assur. 2008;21(7):659-70. PMID: 19055274 [PubMed - indexed for MEDLINE] 2: [Quality management in hemodialysis. Hemodialysis centers guides] Angoso M, Alcalde G, Alvarez-Ude F, Arenas MD; (SEN) Sociedad Española de Nefrología. Nefrologia. 2006;26 Suppl 8:73-87. Spanish. No abstract available. PMID: 17802671 [PubMed - indexed for MEDLINE] 3: Pharmaceutical validation as a process of improving the quality of antineoplastic treatment. Serrano Fabiá A, Caverro Rodrigo E, Albert Marí A, Almenar Cubells D, Jiménez Torres NV.			

J Oncol Pharm Pract. 2005 Jun;11(2):45-50.
PMID: 16460604 [PubMed - indexed for MEDLINE]

4: A descriptive study of the implementation of the EFQM excellence model and underlying tools in the Basque Health Service.

Sánchez E, Letona J, González R, García M, Darpón J, Garay JJ.
Int J Qual Health Care. 2006 Feb;18(1):58-65. Epub 2005 Nov 10.
PMID: 16282335 [PubMed - indexed for MEDLINE]

5: [Variables related to job satisfaction. Cross-sectional study using the European Foundation for Quality Management [EFQM] model.]

Robles-García M, Dierssen-Sotos T, Martínez-Ochoa E, Herrera-Carral P, Díaz-Mendi AR, Llorca-Díaz J.
Gac Sanit. 2005 Mar-Apr;19(2):127-34. Spanish.
PMID: 15860161 [PubMed - indexed for MEDLINE]

6: Quality management in health care: a 20-year journey.

Ruiz U.
Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv. 2004;17(6):323-33.
PMID: 15552387 [PubMed - indexed for MEDLINE]

7: Improving operating room performance in a center of excellence.

Young DW.
Healthc Financ Manage. 2004 Aug;58(8):70-4.
PMID: 15372812 [PubMed - indexed for MEDLINE]

8: [Management by integrated care processes]

Aranaz JM, Mira JJ, Beltrán J.
Neurologia. 2003 Dec;18 Suppl 4:48-56. Spanish.
PMID: 15206331 [PubMed - indexed for MEDLINE]

9: [Variability in neurology care. Tools for quality improvement]

Escudero Torrella J.
Neurologia. 2003 Dec;18 Suppl 4:41-7. Spanish.
PMID: 15206330 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Related Articles

10: Initiation of a program in peritoneal surface malignancy.

González Bayón L, Sugarbaker PH, Gonzalez Moreno S, Vazquez Vde L, Alves S, Moran BJ.
Surg Oncol Clin N Am. 2003 Jul;12(3):741-53. Review.
PMID: 14567028 [PubMed - indexed for MEDLINE]

11: Total quality management in laparoscopic cholecystectomy. Quality of care and quality perception in ambulatory laparoscopic cholecystectomy.

Planells Roig M, Sánchez Salas A, Sanahuja Santafé A, Bueno Lledó J, Serralta Serra A, García Espinosa R, Arnal Bertomeu C.
Rev Esp Enferm Dig. 2002 Jun;94(6):319-31. English, Spanish.
PMID: 12432589 [PubMed - indexed for MEDLINE]

12: [Application of process management in nephrology. Hemodialysis process management]

López-Revuelta K, Lorenzo S, Gruss E, Garrido MV, Moreno Barbas JA.
Nefrologia. 2002;22(4):329-39. Spanish.
PMID: 12369124 [PubMed - indexed for MEDLINE]

13: [Analytic management in ophthalmology: towards a cost per hospital out- and in-patient]

Martínez Sanz F, González del Valle F, Celis Sánchez J, Cabanillas Sabio F, Muñoz Torres J.
Arch Soc Esp Oftalmol. 2002 Sep;77(9):485-92. Spanish.
PMID: 12221540 [PubMed - indexed for MEDLINE]

14: One-to-one versus group sessions to improve prescription in primary care: a pragmatic randomized

controlled trial.

Figueiras A, Sastre I, Tato F, Rodríguez C, Lado E, Caamaño F, Gestal-Otero JJ. Med Care. 2001 Feb;39(2):158-67.

PMID: 11176553 [PubMed - indexed for MEDLINE]

15: Methods for external evaluation of health care institutions.

Bohigas L, Heaton C.

Int J Qual Health Care. 2000 Jun;12(3):231-8.

PMID: 10894195 [PubMed - indexed for MEDLINE]

16: Self-assessment of all the health centres of a public health service through the European Model of total quality management.

Arcelay A, Sánchez E, Hernández L, Inclán G, Bacigalupe M, Letona J, González RM, Martínez-Conde AE.

Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv. 1999;12(2-3):54-8.

PMID: 10537857 [PubMed - indexed for MEDLINE]

17: [The continuous improvement process in mental health services management]

Pedreira Massa JL.

Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines. 1996 Jan-Feb;24(1):49-57. Spanish.

PMID: 8900977 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Revision:

Initiation of a program in peritoneal surface malignancy.

González Bayón L, Sugarbaker PH, Gonzalez Moreno S, Vazquez Vde L, Alves S, Moran BJ.

Surg Oncol Clin N Am. 2003 Jul;12(3):741-53. Review.

PMID: 14567028 [PubMed - indexed for MEDLINE]

("Total Quality Management"[Majr]) AND ((portugal[ad]) OR (lisboa[ad] OR leiria[ad] OR santarem[ad] OR setubal[ad] OR beja[ad] OR lisbon[ad] OR faro[ad] OR evora[ad] OR portalegre[ad] OR castelo branco[ad] OR guarda[ad] OR coimbra[ad] OR aveiro[ad] OR viseu[ad] OR braganza[ad] OR braganca[ad] OR vila real[ad] OR porto[ad] OR oporto[ad] OR braga[ad] OR viana do castelo[ad] OR acores[ad] OR azores[ad] OR madeira[ad]) NOT (porto alegre[ad] OR brazil[ad] OR brasil[ad] OR rio de janeiro[ad]))

0 / 0

("quality management"[Title/Abstract]) AND ((portugal[ad]) OR (lisboa[ad] OR leiria[ad] OR santarem[ad] OR setubal[ad] OR beja[ad] OR lisbon[ad] OR faro[ad] OR evora[ad] OR portalegre[ad] OR castelo branco[ad] OR guarda[ad] OR coimbra[ad] OR aveiro[ad] OR viseu[ad] OR braganza[ad] OR bragança[ad] OR vila real[ad] OR porto [ad] OR oporto[ad] OR braga[ad] OR viana do castelo[ad] OR

1 / 0

açores[ad] OR azores[ad] OR madeira[ad] NOT (porto alegre[ad] OR brazil[ad] OR brasil[ad] OR rio de janeiro[ad]))			
Análisis de Resultados: 1: World Hosp Health Serv. 2008;44(4):21-3.Links Quality, risk management and patient safety: the challenge of effective integration.França M. Hospital de Magalhães Lemos, Portugal. Nowadays we observe the development of three waves of intervention and change within healthcare services: quality management, risk management and patient safety. The Patient Safety movement has been launched at international level as a consequence of the Institute of Medicine's report--To Err is Human, and today patient safety constitutes one basic dimension of health quality subjected to the direct intervention of supranational entities (WHO, EU) and Member States' Governments. The objective of this paper is to raise awareness about the value of quality improvement (QI) methodologies and tools to sustainable healthcare quality outcomes. PMID: 19370832 [PubMed - indexed for MEDLINE]			
("Planning Techniques"[Majr]) AND ("Total Quality Management"[Majr])	8 / 0		Filtro Geográfico
Análisis de Resultados: 1: Completing the circle: from PD to PDSA. Walley P, Gowland B. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv. 2004;17(6):349-58. PMID: 15552390 [PubMed - indexed for MEDLINE] 2: Plan and execute your projects more effectively. Spath P. Hosp Peer Rev. 2001 Aug;26(8):113-6. No abstract available. PMID: 11484600 [PubMed - indexed for MEDLINE] 3: Customer satisfaction: six strategies for continuous improvement. Scott G. J Healthc Manag. 2001 Mar-Apr;46(2):82-5. No abstract available. PMID: 11277016 [PubMed - indexed for MEDLINE] 4: Instituting organizational learning for quality improvement through strategic planning nominal group processes. White DB. J Healthc Qual. 2000 Sep-Oct;22(5):13-8. PMID: 11184022 [PubMed - indexed for MEDLINE] 5: Having trouble with your strategy? Then map it. Kaplan RS, Norton DP. Harv Bus Rev. 2000 Sep-Oct;78(5):167-76, 202. PMID: 11143152 [PubMed - indexed for MEDLINE] 6: Redesign challenge lies in making it stick. [No authors listed] Patient Focus Care Satisf. 1998 Oct;6(10):119-21. No abstract available. PMID: 10186058 [PubMed - indexed for MEDLINE] 7: Connecting the dots: grounding quality improvement and cost cutting initiatives in strategic planning.			

Seymour DW, Guillelt WV.
 J Healthc Resour Manag. 1997 Sep;15(7):14-9.
 PMID: 10173840 [PubMed - indexed for MEDLINE]

8: Strategic planning and TQL at Doctrine Center.
 Johnson B.
 Navy Med. 1994 Mar-Apr;85(2):12-4. No abstract available.
 PMID: 7808558 [PubMed - indexed for MEDLINE]

EMBASE

'total quality management'/exp AND 'spain':ca

26

A quality improvement plan for hypertension control:
 The INCOTECA Project (INterventions for CONtrol of
 hyperTension in CATalonia)

The impact of prevention measures and organisational
 factors on occupational injuries

The World Health Organization Performance
 Assessment Tool for quality improvement in hospitals
 (PATH): An analysis of the pilot implementation in 37
 hospitals

Let's talk about quality: What is the European
 Foundation for Quality Management model?

Provision and quality assurance of preimplantation
 genetic diagnosis in Europe

Quality management and quality of care in nursing
 homes

Integrative decisions in rectal cancer

Solids accumulation in six full-scale subsurface flow
 constructed wetlands

Current status of JACIE accreditation in Europe: A
 special report from the Joint Accreditation Committee of
 the ISCT and the EBMT (JACIE)

Assessment of the approach and training of professionals
 to improve health-care delivery

Patients' suggestions for the continuous quality
 improvement in a postoperative acute pain unit

Three hundred automatic inpatient quality indicators
 obtained from a Minimum Basic Data Set

The crusade study, evaluation model of quality in
 percutaneous coronary intervention

Cost of quality in intensive medicine. Guidelines for
 clinical management

Management of diabetic ketoacidosis in a teaching
 hospital

Quality is a contagious disease! EFQM quality
 management model

Design of quality assessment system using proficiency
 testing in hematology and what we can gain from our
 application in Turkey

Ergonomic performance and quality relationship: An
 empirical evidence case

The EFQM excellence model is useful for primary
 health care teams

Implementation of a quality plan (ISO 9002) in a
 regional tissue bank

The EC4 Quality Manual Model

Quality management in drug dependency treatment

Training for quality management: Report on a nationwide distance learning initiative for physicians in Spain			
Evaluation and improvement of quality of care (v). Monitoring studies			
Quality guarantee program in the pharmacy department at the Hospital de Barcelona, Spain			
Total quality, accreditation, certification: From a National to a European approach?			
'total quality management'/exp AND 'portugal':ca	3		
Establishing quality management systems for European food composition databases			
Risk-adjustment model in health outcomes evaluation: A contribution to strengthen assessment towards quality improvement in interventional cardiology			
Does the sunshine regulatory approach work?. Governance and regulation model of the urban waste services in Portugal			
<i>The Cochrane Library</i>			
"MeSH descriptor Total Quality Management, this term only in Database of Abstracts of Reviews of Effects"	13		Filtro Geográfico
Análisis de Resultados: Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. Volume 6: Prevention of healthcare-associated infections (Provisional abstract) Centre for Reviews and Dissemination Original Author(s): S R Ranji, K Shetty, K A Posley, R Lewis, V Sundaram, C M Galvin, L G Winston Year: 2007 Record			
☐ Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. Volume 5: Asthma care (Provisional abstract) Centre for Reviews and Dissemination Original Author(s): D M Bravata, V Sundaram, R Lewis, A Gienger, M K Gould, K M McDonald, P H Wise, J E Holty, K Hertz, H Paguntalan, C Sharp, J Kim, E Wang, L Chamberlain, L Shieh, D K Owens Year: 2007 Record			
☐ Educational interventions to improve cancer pain control: a systematic review (Structured abstract) Centre for Reviews and Dissemination Original Author(s): P Allard, E Maunsell, J Labbe, M Dorval Year: 2001 Record			
☐ Effectiveness of teaching quality improvement to clinicians: a systematic review (Structured abstract) Centre for Reviews and Dissemination Original Author(s): R T Boonyasai, D M Windish, C Chakraborti, L S Feldman, H R Rubin, E B Bass Year: 2007 Record			
☐ Effects of end-of-life discussions on patients' affective outcomes (Provisional abstract) Centre for Reviews and Dissemination Original Author(s): M K Song Year: 2004 Record			
☐ Improving general medical care for persons with mental and addictive disorders: systematic review (Structured abstract)			

Centre for Reviews and Dissemination
Original Author(s): B G Druss, S A Von Esenwein
Year: 2006
[Record](#)

☐ **Improving patients' communication with doctors: a systematic review of intervention studies (Provisional abstract)**

Centre for Reviews and Dissemination
Original Author(s): J Harrington, L M Noble, S P Newman
Year: 2004
[Record](#)

☐ **Interprofessional education to improve pain management (Structured abstract)**

Centre for Reviews and Dissemination
Original Author(s): A Irajpour, I Norman, P Griffiths
Year: 2006
[Record](#)

☐ **Interventions to improve the delivery of preventive services in primary care (Brief record)**

Centre for Reviews and Dissemination
Original Author(s): M E Hulscher, M Wensing, R P Grol, T van der Weijden, C van Weel
Year: 1999
[Record](#)

☐ **Nonpharmacological strategies for improving heart failure outcomes in the community: a systematic review (Structured abstract)**

Centre for Reviews and Dissemination
Original Author(s): J R Duffy, L M Hoskins, M Chen
Year: 2004
[Record](#)

☐ **Practice parameter: the management of acute gastroenteritis in young children (Provisional abstract)**

Centre for Reviews and Dissemination
Original Author(s): D A Bergman, R D Baltz, J R Cooley, J B Coombs, L F nazarian, T A Riemenschneider, K B Roberts, D W Shea
Year: 1996
[Record](#)

☐ **The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review (Structured abstract)**

Centre for Reviews and Dissemination
Original Author(s): C A Wong, G G Cummings
Year: 2007
[Record](#)

☐ **A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transition outcomes for the elderly (Provisional abstract)**

Centre for Reviews and Dissemination
Original Author(s): W K Chiu, R Newcomer
Year: 2007
[Record](#)

CINAHL

1.
Determinants of quality management systems implementation in hospitals.Preview (includes abstract); Wardhani V; Utarini A; van Dijk JP; Post D; Groothoff JW; Health Policy, 2009 Mar; 89 (3): 239-51 (journal article) ISSN: 0168-8510 PMID: 18752866 CINAHL AN: 2010210625
2.
Total quality management in library and information sectors.Preview (includes abstract); Moghaddam GG; Moballegghi M; Electronic Library, 2008; 26 (6): 912-22 (journal article - tables/charts) ISSN: 0264-0473 CINAHL AN: 2010252757
3.
Geriatric co-management of proximal femur fractures: total quality management and protocol-driven care result in better outcomes for a frail patient population.Preview Friedman SM;

Mendelson DA; Kates SL; McCann RM; Journal of the American Geriatrics Society, 2008 Jul; 56 (7): 1349-56 (journal article - case study, protocol, research, tables/charts) ISSN: 0002-8614 CINAHL AN: 2009992175

4.

Interprofessional transdisciplinary teamwork in health care.Preview (includes abstract); Vyt A; Diabetes/Metabolism Research & Reviews, 2008 May-Jun; 24: Suppl 1: S106-9 (journal article - tables/charts) ISSN: 1520-7552 PMID: 18393329 CINAHL AN: 2009956059

5.

Facilitated process improvement: an approach to the seamless linkage between evidence and practice in CKD.Preview (includes abstract); Matchar DB; Patwardhan MB; Samsa GP; Haley WE; American Journal of Kidney Diseases, 2006 Mar; 47 (3): 528-38 (journal article) ISSN: 0272-6386 PMID: 16490633 CINAHL AN: 2009329801

6.

Total quality management and outcomes based quality improvement: revisiting the basics.Preview (includes abstract); Carmichael S; Home Health Care Management & Practice, 2005 Feb; 17 (2): 119-24 (journal article - forms, tables/charts) ISSN: 1084-8223 CINAHL AN: 2005067071

7.

The ABCs of foster care: building blocks to cost accountability and management.Preview (includes abstract); Menefee D; Schagrin J; Administration in Social Work, 2003; 27 (2): 39-55 (journal article - case study, research, tables/charts) ISSN: 0364-3107 CINAHL AN: 2004032600

8.

Laboratory information systems: precondition for TQM in medical laboratories [German].Preview (includes abstract); Otte K; Wulffen H; Stein W; Laboratoriums Medizin / Journal of Laboratory Medicine, 2002 May-Jun; 26 (5/6): 231-44 (journal article - tables/charts) ISSN: 0342-3026 CINAHL AN: 2002160608

9.

Contribution of laboratory medicine to introducing diagnosis related groups in hospitals [German].Preview (includes abstract); Vogt W; Appel S; Asper R; Henker O; Köller U; Neumeier D; Rodt H; Stein W; Laboratoriums Medizin / Journal of Laboratory Medicine, 2002 Mar-Apr; 26 (3/4): 101-5 (journal article) ISSN: 0342-3026 CINAHL AN: 2002156491

10.

Successfully implementing total quality management tools within healthcare: what are they key actions?Preview Jackson S; International Journal of Health Care Quality Assurance, 2001; 14 (4-5): 157-63 (journal article - tables/charts) ISSN: 1366-0756 CINAHL AN: 2001085520

11.

A cardiopulmonary bypass score system to assess quality of perfusion performance.Preview (includes abstract); Jegger D; Ruchat P; Horisberger J; Boone Y; Pierrel N; Seigneuil I; von Segesser LK; Perfusion, 2001 May; 16 (3): 183-8 (journal article - research, tables/charts) ISSN: 0267-6591 PMID: 11419653 CINAHL AN: 2002056511

12.

Managing the quality paradox: producing welfare services in a turbulent environment.Preview (includes abstract); Breda J; Crets S; International Social Work, 2001 Jan; 44 (1): 43-55, 119-20 (journal article - tables/charts) ISSN: 0020-8728 CINAHL AN: 2002075748

13.

Transformational leadership: moving total quality management to world-class organizations.Preview (includes abstract); Trofino AJ; International Nursing Review, 2000 Dec; 47 (4): 232-42 (journal article) ISSN: 0020-8132 PMID: 11153520 CINAHL AN: 2001017380

14.

Clinical nutrition and foodservice personnel in teaching hospitals have different perceptions of total quality management performance.Preview Chong Y; Unklesbay N; Dowdy R; Journal of the American Dietetic Association, 2000 Sep; 100 (9): 1044-9 (journal article - research, tables/charts) ISSN: 0002-8223 PMID: 11019352 CINAHL AN: 2001050792

15.

Total quality management: an update.Preview Gummer B; Administration in Social Work, 2000; 24 (2): 85-103 (journal article) ISSN: 0364-3107 CINAHL AN: 2001030560

16.

Total quality management in European healthcare.Preview Øvretveit J; International Journal of Health Care Quality Assurance, 2000; 13 (2-3): 74-9 (journal article) ISSN: 1366-0756 CINAHL AN: 2000049626

17.

Total quality management appears to have little impact on outcomes of coronary bypass surgery patients. Preview AHRQ Research Activities, 2000 Feb (234): 11 (journal article) ISSN: 1537-0224 CINAHL AN: 2000036211

18.

Managing quality of teaching and learning in the ophthalmic nursing course. Preview (includes abstract); Law M; Nurse Education Today, 2000 Feb; 20 (2): 136-40 (journal article) ISSN: 0260-6917 PMID: 11148836 CINAHL AN: 2000039959

19.

Total quality management in orthodontic practice. Preview Atta AE; American Journal of Orthodontics & Dentofacial Orthopedics, 1999 Dec; 116 (6): 659-60 (journal article) ISSN: 0889-5406 PMID: 10587600 CINAHL AN: 2000022330

20.

Wide application of CQI in home care. Preview (includes abstract); Morahan S; Home Health Care Management & Practice, 1999 Dec; 12 (1): 6-16 (journal article - case study, tables/charts) ISSN: 1084-8223 CINAHL AN: 2000017124

21.

Health screening for people with intellectual disability: the New Zealand experience. Preview (includes abstract); Webb OJ; Rogers L; Journal of Intellectual Disability Research, 1999 Dec; 43 (6): 497-503 (journal article) ISSN: 0964-2633 CINAHL AN: 2009437885

22.

Perceptions of care and services by the clients and families: a personal experience. Preview (includes abstract); Wallace T; Robertson E; Millar C; Frisch SR; Journal of Advanced Nursing, 1999 May; 29 (5): 1144-53 (journal article - research) ISSN: 0309-2402 PMID: 10320498 CINAHL AN: 1999048448

23.

Quantitative research versus quality assurance, quality improvement, total quality management, and continuous quality improvement. Preview (includes abstract); Vogelsang J; Journal of PeriAnesthesia Nursing, 1999 Apr; 14 (2): 78-81 (journal article - tables/charts) ISSN: 1089-9472 PMID: 10418417 CINAHL AN: 1999043574

24.

"Come, join our family": discipline and integration in corporate organizational culture. Preview (includes abstract); Casey C; Human Relations, 1999 Feb; 52 (2): 155-78 (journal article - research) ISSN: 0018-7267 CINAHL AN: 1999066957

25.

Total quality management and the not-for-profit. Preview Smergut P; Administration in Social Work, 1998; 22 (3): 75-86 (journal article - tables/charts) ISSN: 0364-3107 CINAHL AN: 1998058348

26.

A study of quality-managed human service organizations. Preview (includes abstract); Boettcher RE; Administration in Social Work, 1998; 22 (2): 41-56 (journal article - research, tables/charts) ISSN: 0364-3107 CINAHL AN: 1998051590

27.

The unmaking of management? Change and continuity in British management in the 1990s. Preview (includes abstract); Scarbrough H; Human Relations, 1998 Jun; 51 (6): 691-716 (journal article) ISSN: 0018-7267 CINAHL AN: 1999009948

28.

A review of health interpreter services in a rural community: a total quality management approach. Preview (includes abstract); Giacomelli J; Australian Journal of Rural Health, 1997 Aug; 5 (3): 158-64 (journal article - questionnaire/scale, research, tables/charts) ISSN: 1038-5282 PMID: 9437944 CINAHL AN: 1998039291

29.

Reducing resource consumption through work redesign in a surgical intensive care unit: a multidisciplinary, protocol-based Progressive Care Area. Preview (includes abstract); McAlpine L; Cohen IL; Truckenbrod A; Heart & Lung, 1997 Jul-Aug; 26 (4): 329-34 (journal article - tables/charts) ISSN: 0147-9563 PMID: 9257144 CINAHL AN: 1997035846

30.

The impact of managed care on Massachusetts mental health and substance abuse providers. Preview (includes abstract); Beinecke RH; Goodman M; Lockhart A; Administration in Social Work, 1997; 21 (2): 41-53 (journal article - research, tables/charts) ISSN: 0364-3107 PMID: 10167671 CINAHL AN: 1997030158

31.

Total quality management: organizational transformation or passing fancy?Preview Gummer B; *Administration in Social Work*, 1996; 20 (3): 75-95 (journal article - review) ISSN: 0364-3107 CINAHL AN: 1996034705

32.

Total quality management is everyone's responsibility: a process management approach.Preview McKeon T; *Home Health Care Management & Practice*, 1996 Aug; 8 (5): 68-72 (journal article) ISSN: 1084-8223 CINAHL AN: 1997001375

33.

Quality management in home care: models for today's practice.Preview (includes abstract); Verhey MP; *Home Care Provider*, 1996 Jul-Aug; 1 (4): 180-8, 211 (journal article - CEU, exam questions) ISSN: 1084-628X PMID: 9272012 CINAHL AN: 1997001354

34.

Designing a competency-based human resources organization.Preview (includes abstract); Kochanski JT; Ruse DH; *Human Resource Management*, 1996 Spring; 35 (1): 19-33 (journal article - tables/charts) ISSN: 0090-4848 CINAHL AN: 1998034430

35.

Quality assurance systems for nurse educators.Preview (includes abstract); Cleverly D; *Nurse Education Today*, 1995 Aug; 15 (4): 303-11 (journal article - tables/charts) ISSN: 0260-6917 PMID: 7565523 CINAHL AN: 1995034381

36.

Meeting the learning needs of post-myocardial infarction patients.Preview (includes abstract); Mirka T; *Nurse Education Today*, 1994 Dec; 14 (6): 448-56 (journal article - tables/charts) ISSN: 0260-6917 PMID: 7838081 CINAHL AN: 1995015918

37.

Total quality management and home health care.Preview Jatulis L; *Geriatric Nursing*, 1994 Jul-Aug; 15 (4): 223-4 (journal article) ISSN: 0197-4572 PMID: 8039738 CINAHL AN: 1994195116

38.

Total quality management -- a new culture... the nurse executive.Preview Andreoli KG; *Journal of Professional Nursing*, 1992 Mar-Apr; 8 (2): 72 (journal article) ISSN: 8755-7223 PMID: 1602086 CINAHL AN: 1992142630

ISI Web of Science			
Topic=(Total quality management) AND Address=(spain) OR Address=(portugal) Refined by: Countries/Territories=(PORTUGAL OR SPAIN) AND Topic=("quality management") AND Subject Areas=(HEALTH CARE SCIENCES & SERVICES OR GASTROENTEROLOGY & HEPATOLOGY OR MEDICAL LABORATORY TECHNOLOGY OR MEDICINE, GENERAL & INTERNAL OR NUTRITION & DIETETICS OR PUBLIC, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH OR UROLOGY & NEPHROLOGY OR ANESTHESIOLOGY OR PEDIATRICS OR PHARMACOLOGY & PHARMACY OR INFORMATION SCIENCE & LIBRARY SCIENCE OR CRITICAL CARE MEDICINE) Timespan=All Years. Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, IC, CCR-EXPANDED.	20		
Resultados: 1. Title: QUALITY MANAGEMENT IN PARENTERAL NUTRITION. PREVALENCE OF HYPERGLYCEMIA AMONG PATIENTS WITH TOTAL PARENTERAL NUTRITION Author(s): Gonzalez-Navarro M, Gonzalez-Valdivieso J, Borrás-Almenar C, et al. Source: NUTRICION HOSPITALARIA Volume: 24 Issue: 1 Pages: 103-104 Published: JAN-FEB 2009 Times Cited: 0			

2. Title: Establishing quality management systems for European food composition databases
Author(s): Castanheira I, Roe M, Westenbrink S, et al.
Source: FOOD CHEMISTRY Volume: 113 Issue: 3 Pages: 776-780 Published: APR 1 2009
Times Cited: 0
3. Title: Preliminary results of the Spanish Society of Nephrology multicenter study of quality performance measures: hemodialysis outcomes can be improved
Author(s): Alcazar JM, Arenas MD, Alvarez-Ude F, et al.
Source: NEFROLOGIA Volume: 28 Issue: 6 Pages: 597-606 Published: 2008
Times Cited: 1
4. Title: Multivariate analysis used in the investigation of antimicrobials
Author(s): Maldonado FH
Source: REVISTA ESPANOLA DE QUIMIOTERAPIA Volume: 20 Issue: 3 Pages: 300-309
Published: SEP 2007
Times Cited: 0
5. Title: Developing a checklist for qualitative evaluation of service charters in academic libraries
Author(s): Pinto M
Source: JOURNAL OF LIBRARIANSHIP AND INFORMATION SCIENCE Volume: 40 Issue: 2
Pages: 111-121 Published: JUN 2008
Times Cited: 0
6. Title: Data representation factors and dimensions from the quality function deployment (QFD) perspective
Author(s): Pinto M
Source: JOURNAL OF INFORMATION SCIENCE Volume: 32 Issue: 2 Pages: 116-130 Published: 2006
Times Cited: 2
7. Title: A descriptive study of the implementation of the EFQM excellence model and underlying tools in the Basque Health Service
Author(s): Sanchez E, Letona J, Gonzalez R, et al.
Source: INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTH CARE Volume: 18 Issue: 1
Pages: 58-65 Published: FEB 2006
Times Cited: 4
8. Title: Quality indicators and specifications for the extra-analytical phases in clinical laboratory management
Author(s): Ricos C, Garcia-Victoria M, de la Fuente B
Source: CLINICAL CHEMISTRY AND LABORATORY MEDICINE Volume: 42 Issue: 6 Pages: 578-582 Published: 2004
Times Cited: 17
9. Title: Comparison of the Emergency Medical Services systems of Birmingham and Bonn: Process efficacy and cost effectiveness
Author(s): Fischer M, Krep H, Wierich D, et al.
Source: ANASTHESIOLOGIE INTENSIVMEDIZIN NOTFALLMEDIZIN SCHMERZTHERAPIE
Volume: 38 Issue: 10 Pages: 630-642 Published: OCT 2003
Times Cited: 12
10. Title: Process management in nephrology. Management of the hemodialysis process
Author(s): Lopez-Revuelta K, Lorenzo S, Gruss E, et al.
Source: NEFROLOGIA Volume: 22 Issue: 4 Pages: 329-339 Published: 2002
Times Cited: 6
11. Title: Total quality management in laparoscopic cholecystectomy. Quality of care and quality perception in ambulatory laparoscopic cholecystectomy
Author(s): Roig MP, Salas AS, Santafe AS, et al.
Source: REVISTA ESPANOLA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS Volume: 94 Issue: 6 Pages:

326-331 Published: JUN 2002
Times Cited: 0

12. Title: From the traditional concept of safety management to safety integrated with quality
Author(s): Herrero SG, Saldana MAM, del Campo MAM, et al.
Source: JOURNAL OF SAFETY RESEARCH Volume: 33 Issue: 1 Pages: 1-20 Published: SPR 2002
Times Cited: 6

13. Title: From evidence-based medicine to medicine-based evidence
Author(s): de Dios JG
Source: ANALES ESPANOL DE PEDIATRIA Volume: 55 Issue: 5 Pages: 429-439 Published: NOV 2001
Times Cited: 4

14. Title: Usefulness of EC4 essential criteria for quality systems of medical laboratories as guideline to the ISO 15189 and ISO 17025 documents
Author(s): Jansen RTP, Kenny D, Blaton V, et al.
Source: CLINICAL CHEMISTRY AND LABORATORY MEDICINE Volume: 38 Issue: 10 Pages: 1057-1064 Published: OCT 2000
Times Cited: 12

15. Title: Total quality management and evidence based medicine
Author(s): Lorenzo S, Mira JJ, Sanchez E
Source: MEDICINA CLINICA Volume: 114 Issue: 12 Pages: 460-463 Published: APR 1 2000
Times Cited: 8

16. Title: Training for quality management: report on a nationwide distance learning initiative for physicians in Spain
Author(s): Saturno PJ
Source: INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTH CARE Volume: 11 Issue: 1 Pages: 67-71 Published: FEB 1999
Times Cited: 3

17. Title: Assessment of patient's expectations before admission in a tertiary-care center
Author(s): Lledo R, Prat A, Vilella A, et al.
Source: MEDICINA CLINICA Volume: 111 Issue: 6 Pages: 211-215 Published: SEP 5 1998
Times Cited: 6

18. Title: Marketing tools for information services in corporations: A new age for users/customers excellent service
Author(s): Balmisa YG
Source: INTERNATIONAL FORUM ON INFORMATION AND DOCUMENTATION Volume: 22 Issue: 4 Pages: 15-19 Published: 1997
Times Cited: 0

19. Title: Integration of quality and safety in construction companies
Author(s): Dias LMA, Curado MT
Conference Information: 1st International Conference of CIB Working Commission W99 on Safety and Health on Construction Sites, SEP 04-07, 1996 TECH UNIV LISBON, LISBON, PORTUGAL
Source: IMPLEMENTATION OF SAFETY AND HEALTH ON CONSTRUCTION SITES Pages: 21-28 Published: 1996
Times Cited: 0

20. Title: Manufacturing strategies and strategic management: The new consensus
Author(s): Allen DB, Garland GH
Conference Information: 3rd International Meeting of the Decision-Sciences-Institute on Competing in the Global Marketplace - A Decision Science Viewpoint, JUN 12-14, 1995 UNIV AMERICAS PUEBLA, PUEBLA, MEXICO
Source: COMPETING IN THE GLOBAL MARKETPLACE: A DECISION SCIENCE VIEWPOINT -

DECISION SCIENCES INSTITUTE THIRD INTERNATIONAL MEETING Pages: 113-115
Published: 1995
Times Cited: 0

LILACS

"GESTao de qualidade" [Descritor de assunto] and "PORTUgal" [Descritor de assunto]	0		
"GESTao de qualidade" [Descritor de assunto] and "ESPAnha" [Descritor de assunto]	0		

WHOLIS

words or phrase ""total quality management"" search found 15 titles.

#1 WA 540 HA12006MO 2006

Total quality management

Morfaw, John Ngosong.

1 copy available at HQ in READING-RM

#2 WC 503.1 2005GU 2005

Guidelines for assuring the accuracy and reliability of HIV rapid testing : applying a quality system approach

World Health Organization. Dept. of Essential Health Technologies,

1 copy available at HQ in ONLINE

#3 XX(71078.1) 1999

Evaluation of institutional cancer registries in Colombia

Cuervo, Luis Gabriel.

1 copy available at HQ in SERIALS

#4 A68368 1999

Role of health education programmes within the Libyan community

Elfituri, A. A.

1 copy available at HQ in SERIALS

#5 Please see full Catalog record

An overview of quality issues in health services

Karel, S. G.

1 copy available at HQ in SERIALS

#6 WHO/MAL/346-369 1962

Choix des méthodes à utiliser dans la phase d' attaque

Pampana, E. J.

1 copy available at HQ in WHO-HIST

#7 WHO/MAL/346-369 1962

Choice of methods for the attack phase in malaria eradication programmes

Pampana, E. J.

1 copy available at HQ in WHO-HIST

#8 WA 540 DC9 98GE V1 1998
Gerencia en salud : selección de temas
Fernandez Caballero, Emilio.
2 copies available at HQ

#9 WX 153 95WI 1995
Quality management in health care
Wilson, Lionel Leopold.
1 copy available at HQ in READING-RM

#10 W 84.1 92ME 1992
Total quality management : the health care pioneers
Melum, Mara Minerva.
1 copy available at HQ in READING-RM

#11 W 84.1 93GA 1993
Total quality in health care : from theory to practice
Gaucher, Ellen J.
1 copy available at HQ in MISSING

#12 W 84.1 94DI 1994
Quality and excellence in human services
Dickens, Paul.
1 copy available at HQ in READING-RM

#13 Z 674 93SU 1993
Maîtriser l'information pour garantir la qualité
Sutter, Eric.
1 copy available at HQ in READING-RM

#14 W 84 FA1 91KO 1991
Total quality management in health care
Koch, Hugh C. H.
1 copy available at HQ in READING-RM

#15 HD 31 92MU 1992
Implementing total quality management
Munro-Faure, Lesley.
1 copy available at HQ in READING-RM

IBECS

("GESTION DE CALIDAD") [Descriptor de asunto] and "ESPANA" [Todos los índices]	74		
("GESTION DE CALIDAD") [Descriptor de asunto] and "PORTUGAL" [Todos los índices]	0		

IME

JUNT="gestion de la calidad total" , Autores="gestion de la calidad total" , Revista="gestion de la calidad total" , TC="gestion de la calidad total" , SS="gestion de la calidad total" , CG="gestion de la calidad total"	56		
<i>Porbase</i>			
GESTAO DA QUALIDADE and SAUDE	6		
1. Garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem nos hospitais [Texto policopiado] : análise da percepção de enfermeiros gestores do hospital diistrital de Abrantes / Agostinha de Andrade Vieira Ussene Can. Lisboa : [s.n.], 1998. 2. ISO 9000 para Serviços de Saúde : guia interpretativo para aplicação da norma NP EN ISO 9001 a Serviços de Saúde / Filipa Homem Christo. 1a ed. Caparica : Instituto Português da Qualidade, 2000. ISBN 972-763-018-9. 3. Qualidade dos cuidados hospitalares [Texto policopiado] : a voz dos doentes / António Sampaio Monteiro. Coimbra : [s.n.], 2000. 4. Gestão da doença & qualidade em saúde = Disease management & health care quality ; coord. ed. Henrique Lopes... [et al.]. [Lisboa] : Comissão Sectorial da Saúde do IPO, 2000. ISBN 972-98678-0-1. 5. A voz dos utentes no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Cova da Beira [Texto policopiado] : uma investigação empírica / Ricardo Jorge dos Santos Florentim ; orient. Mário José Batista Franco. Covilhã : [s.n.], 2004. 6. EQS 2005 : livro de actas / IV Conferência Estatística e Qualidade na Saúde ; ed. Gilda Cunha, Jorge Varanda. [Lisboa : s.n.], 2006. ISBN 989-20-0173-7.			
RECUPERADOR EL SEVIER			
En la hoja de Excel	108		
Articulos del Instituto Da Qualidade em Saúde (IQS) - Portugal			
Articulos en formato revista...			
TESEO			
Palabras clave: salud gestion calidad	2		

Título: LA CALIDAD TOTAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD. PROPUESTA DE UN MODELO DE GESTIÓN Autor: MELO LINS DA COSTA STENIO Universidad: EXTREMADURA Departamento: ECONOMIA APLICADA Y ORGANIZACION DE EMPRESAS Fecha de Lectura: 01/10/2004 Dirección: LÓPEZ SALAZAR PEDRO EUGENIO (Director) Tribunal: SELVA DOMINGUEZ MANUEL J. (presidente) SÁNCHEZ VEGA JAVIER (secretario) PEREZ-MIRANDA CASTILHO JUAN (vocal) MONTERREY MAYORAL JUAN (vocal) GALERA CASQUET CLEMENTINA (vocal) Descriptores: GESTION DE RECURSOS HUMANOS MARKETING SECTOR DE SERVICIOS INDIVIDUALES Y SOCIALES SECTOR DE LA SALUD Resumen: El objetivo de la tesis fue el realizar una investigación descriptivo-comparativa del modelo de gestión de la calidad adoptado por las organizaciones hospitalarias públicas y privadas de la ciudad de Joao Pessoa -Paraib-Brasil. La investigación fue realizada por medio del método de estudio múltiple de casos. La colecta de datos fue realizada a través de la aplicación de cuestionario y de la observación no participante sistemática. El análisis estadístico de los datos fue realizado por medio de los siguientes métodos, análisis de correlación lineal simple, análisis de correlación lineal múltiple, prueba t-student y análisis de varianza. Los resultados muestran que los hospitales privados son diferentes de los hospitales públicos en relación a las variables contempladas en la investigación. Adicionalmente la tesis propone una herramienta directiva de decisión denominada "diagrama de los nueve cuadrantes".			
Título: DESARROLLO DE UN SISTEMA DE GESTION TOTAL DE LA CALIDAD EN UN LABORATORIO DE INVESTIGACION Y DESARROLLO TECNOLOGICO EN EL AMBITO DE LA BIOMEDICINA Y LA SALUD. Autor: CALVO ALONSO IDOYA LUISA Universidad: NAVARRA Fecha de Lectura: 01/01/1995 Dirección: MONGE VEGA ANTONIO (Director) Tribunal:			

FOS GALVE DANIEL (presidente)

ROIG ALDASORO JOSE
MARIA (secretario)

PALOP CUBILLO JUAN
ANTONIO (vocal)

FERNANDEZ BRAÑA
MIGUEL (vocal)

ROSER BATESTTI ROBERTO (vocal)

Descriptores:

ANALISIS DE FARMACOS

FARMACOLOGIA

CIENCIAS MEDICAS

Marcador: <https://www.micinn.es/teseo/mostrarRef.do?ref=153429>

Resumen:

SE PROPONE LA IMPLANTACION Y DESARROLLO DE UN SISTEMA DE GESTION TOTAL DE LA CALIDAD (TQM) EN LOS DEPARTAMENTOS Y LABORATORIOS DE LA UNIVERSIDAD BASADO EN LAS TECNICAS MAS MODERNAS DE GESTION Y GARANTIA DE CALIDAD, PARA EL QUE HEMOS DESARROLLADO LOS SIGUIENTES PUNTOS CLAVES:

ORGANIZACION DEL DEPARTAMENTO, CUALIFICACION DE LAS PERSONAS, INSTALACIONES, PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRABAJO PNT UNIVERSIDAD, SUSTANCIAS A ENSAYAR, SUSTANCIAS DE REFERENCIA Y SISTEMAS EXPERIMENTALES, EQUIPOS, VALIDACION DE METODOS DE TRABAJO, PROTOCOLO DEL CENTRO, DATOS PRIMARIOS Y CUADERNOS E INFORME DEL CENTRO. PARA ELLO EL DEPARTAMENTO DE LA CALIDAD SE PROPONE QUE DESARROLLE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: DOCENTE, INVESTIGADORA, IMPLANTACION DESARROLLO Y EVALUACION DE SISTEMAS DE GESTION DE LA CALIDAD EN LOS DEPARTAMENTOS, ASESORAMIENTO Y ACTIVIDAD COMO UNIDAD DE GARANTIA DE CALIDAD (UGC). COMO CONSECUENCIA LOS LABORATORIOS Y EPARTAMENTOS DE

LA UNIVERSIDAD PODRIAN CONSEGUIR UNA CERTIFICACION OFICIAL PARA PODER REALIZAR ENSAYOS SEGÚN OS PRINCIPIOS DE LAS BUENAS PRACTICAS DE LABORATORIO BPL) O LAS CORRESPONDIENTES ACREDITACI	
--	--



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANEXO VIII

«QUESTIONÁRIO SOBRE O USO DA WEB 2.0»

(3. Identificar a importancia e o alcance no uso da Web 2.0 pelos colaboradores do Departamento da Qualidade na Saúde (DQS-DGS) -

Capítulo 3. Marco de la Cooperación Ibérica en Salud)



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Questionário sobre o uso da Web 2.0 pelos colaboradores do Departamento da Qualidade na Saúde da Direcção-Geral da Saúde

http://www.survs.com/psurvey/51BY91005AQ

Reader

Google

Questionário sobre o uso da Web...

Sair do inquérito »

Questionário sobre o uso da Web 2.0 pelos colaboradores do Departamento da Qualidade na Saúde da Direcção-Geral da Saúde

A Divisão de Gestão Integrada da Doença e Inovação, integrada no Departamento da Qualidade na Saúde da Direcção-Geral da Saúde, elaborou o presente questionário no âmbito do projecto "Saúde 2.0: Qualidade e Inovação no Serviço Nacional de Saúde" com o objectivo de identificar a importância e o alcance do uso da Web 2.0 entre os seus colaboradores.

O conceito Web 2.0 refere-se à Web como plataforma de disponibilização de serviços, baseada numa arquitectura participativa e colaborativa em que o utilizador assume o papel de consumidor e produtor de conteúdo (O'Reilly, 2005).

A Saúde 2.0 pretende ser um paradigma participativo dos cuidados de saúde caracterizado pelo potencial de partilha, classificação e interacção de informação relativa à saúde dos cidadãos com o objectivo de melhorar a qualidade do sistema de saúde, através da integração da informação do cidadão. O termo 2.0 na saúde converge da ênfase posta no cidadão.

As perguntas que se seguem são de resposta múltipla, devendo ser respectivamente assinaladas no final da hipótese de resposta. Na secção dos dados gerais e nas respostas com a hipótese "outro(a)(s)", o inquirido deve escrever a sua resposta de acordo com a indicação que lhe está subjacente.

O seu preenchimento tem um tempo estimado de 1 minuto.

Se surgir alguma dúvida no preenchimento do questionário, por favor, contacte-nos através do seguinte e-mail: pedromoreira@dgs.pt

Ficamos extremamente agradecidos por dispensar alguns minutos para preencher o nosso questionário.

Garantimos em absoluto o anonimato das respostas.

Para dar início ao preenchimento do questionário, por favor seleccione o seguinte link:

Avançar »

1/5

Questionário sobre o uso da Web 2.0 pelos colaboradores do Departamento da Qualidade na Saúde da Direcção-Geral da Saúde

http://www.survs.com/psurvey/51BY91O05AQ/1?wosid=rhIAc04z54CM8Y6ctZ2btg

Google

Questionário sobre o uso da Web...

You are currently previewing this survey. No responses will be collected.

[Sair do Inquérito »](#)

Questionário sobre o uso da Web 2.0 pelos colaboradores do Departamento da Qualidade na Saúde da Direcção-Geral da Saúde

1. Idade

☐ 18-29 ☐ 30-44 ☐ 45-60 ☐ 61-75 ☐ Acima de 75

[Reiniciar](#)

2. Sexo

☐ Masculino ☐ Feminino

[Reiniciar](#)

3. De que forma desenvolve a sua colaboração com o Departamento da Qualidade na Saúde-DGS?

☐ Interno ☐ Externo ☐ Consultor

[Reiniciar](#)

[« Recuar](#) [Avançar »](#)

2/5

Questionário sobre o uso da Web 2.0 pelos colaboradores do Departamento da Qualidade na Saúde da Direcção-Geral da Saúde

http://www.survs.com/psurvey/51BY91O05AQ/1?wosid=rhIAc04z54CM8Y6ctZ2btg

Questionário sobre o uso da Web 2.0 pelos colaboradores do Departamento da Qualidade na Saúde da Direcção-Geral da Saúde

4. Quais das seguintes tecnologias usa?

	Habitualmente	Esporadicamente	Nunca
Perfil público numa rede social (Facebook, Ning, Hi5, LinkedIn, etc)	☐	☐	☐
Visita web sites sociais (myspace, Facebook, etc.)	☐	☐	☐
Feeds RSS	☐	☐	☐
Adiciona tags a web sites ou fotografias	☐	☐	☐
Escreve ou edita wikis	☐	☐	☐
Participa em foruns on-line	☐	☐	☐
Comenta em blogs de outras pessoas	☐	☐	☐
Publica classificações ou análises de produtos e serviços	☐	☐	☐
Faz upload de música ou vídeos criados por si	☐	☐	☐
Publica as suas próprias páginas web	☐	☐	☐
Publica um ou mais blogs	☐	☐	☐

5. Com que frequência usa as redes sociais?

☐ Nunca

☐ Uma vez por ano

☐ Todos os 2 a 4 meses

☐ Mensalmente

☐ Semanalmente

☐ Diariamente

6. No caso de utilizar as redes sociais, com que finalidade as utiliza?

☐ Pessoal

☐ Profissional

[Reiniciar](#)

Questionário sobre o uso da Web 2.0 pelos colaboradores do Departamento da Qualidade na Saúde da Direcção-Geral da Saúde

http://www.survs.com/psurvey/51BY91O05AQ/1?wosid=rhlAc04z54CM8Y6ctZ2btg

Google

Questionário sobre o uso da Web...

[Sair do Inquérito »](#)

Questionário sobre o uso da Web 2.0 pelos colaboradores do Departamento da Qualidade na Saúde da Direcção-Geral da Saúde

7. Por favor classifique a sua utilização, quanto aos seguintes recursos Web:

	Habitualmente	Esporadicamente	Nunca
Facebook	☐	☐	☐
Hi5	☐	☐	☐
Twitter	☐	☐	☐
LinkedIn	☐	☐	☐
Blogs	☐	☐	☐
Wikis	☐	☐	☐
MySpace	☐	☐	☐
Outros	☐	☐	☐

8. Utiliza alguma ferramenta automática para receber actualizações nas temáticas do seu interesse?

☐ RSS ☐ Subscrição por email ☐ Alertas ☐ Leitor de notícias ☐ Lista de distribuição ☐ Utiliza outros dispositivos para além do PC para a aceder à Internet?

Questionário sobre o uso da Web 2.0 pelos colaboradores do Departamento da Qualidade na Saúde da Direcção-Geral da Saúde

http://www.survs.com/psurvey/518Y91005AQ/1?wosid=rhIAc04z54CM8Y6ctZ2btg

Questionário sobre o uso da Web...

[Sair do Inquérito »](#)

Questionário sobre o uso da Web 2.0 pelos colaboradores do Departamento da Qualidade na Saúde da Direcção-Geral da Saúde

9. Conhece alguma ferramenta Web 2.0 aplicada na área da saúde?

☐ Não

☐ Sim

☐ Se sim, qual?

10. Considera que a Web 2.0 e as redes sociais podem ser uma mais valia para a comunicação e a aproximação ao cidadão na área da saúde? Porquê?

(Por favor, justifique todos os campos com a mesma resposta) *

Definitivamente não

Provavelmente não

Indeciso

Provavelmente

Definitivamente