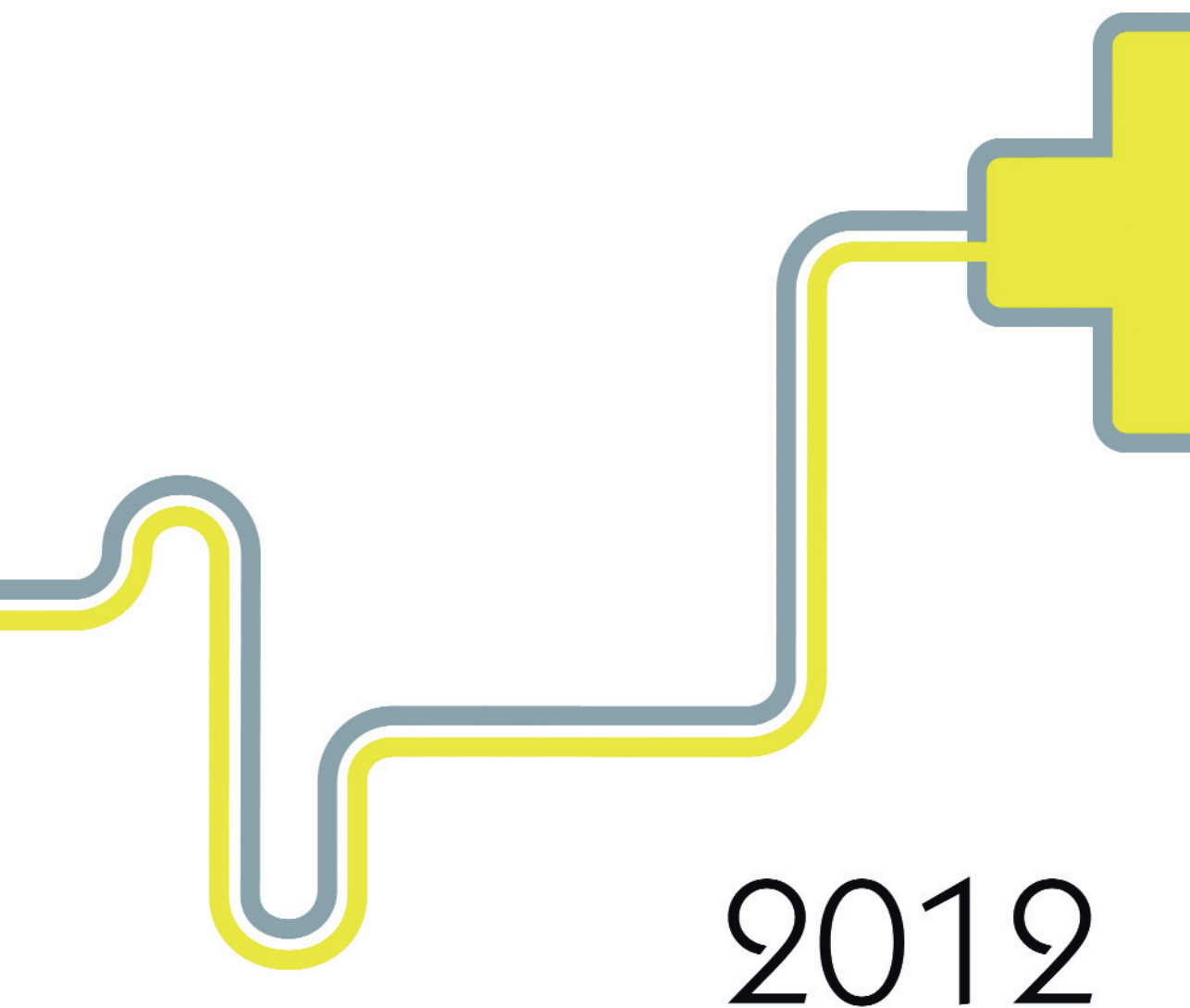


libro blanco de la prestación ortoprotésica



LIBRO BLANCO

DE LA

PRESTACIÓN

ORTOPROTESIS

**Libro blanco de
la prestación
ortoprotésica
2012**

Editan:

FEDOP

Federación Española de Ortesistas y Protésistas

Capitán Haya, 56 - 6º H

28020 Madrid - España

Teléfonos: 915 716 640 / 41

Fax: 915 715 129

Correo electrónico: fedop@fedop.org

CERMI

Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad

C/. Recoletos, 1 Bajo, 28001 Madrid

Tel.: 913 601 678

Fax: 914 290 317

Correo electrónico: cermi@cermi.es

Diseño cubiertas y maquetación:

Building The Net, SL

Imprime:

ARTEGRAFIC.

Depósito legal:

M-2582-2012

***"El éxito no es para los que piensan
que pueden hacer algo sino para
quienes lo hacen"***

(Anónimo)

LIBRO
BLANCO
DE LA
PRESUPUESTO
ORTO
2012

ÍNDICE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 13

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA 23

1.1 Cifras de la discapacidad en España.....	24
1.2 Falta de información de los productos de apoyo	33
1.3 La ortoprotésica y los productos de apoyo. Calidad y necesidad de garantías a través del técnico ortoprotésico	38
1.4 Bases para mejorar la profesión.....	43
1.5 La prestación: calidad y mejora de la autonomía personal	46
1.6 Mercado y competitividad del sector	50
1.7 Una fuente de ahorro para el SNS	53
1.8 Productos y servicios ortoprotésicos	54
1.9 Agentes implicados	57
1.9.1 Productores de bienes y servicios a medida	58
1.9.2 Usuarios y sus asociaciones	59
1.9.3 Personas amputadas	60
1.9.4 Profesionales y sus organizaciones	65
1.9.5 Establecimientos en los que se debe recibir la prestación	67
1.9.6 Administraciones públicas.....	69
1.10 El servicio de prestación ortoprotésica en cifras	71
1.10.1 Seis pasos en la mejora de la prestación	77
1.10.2 Propuestas de CERMI para actualizar la prestación.....	81
1.11 Necesidad de un nuevo marco de relaciones	84

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES..... 87

2.1 Realidad y evolución de las discapacidades	90
2.1.1 Tipos y causas de discapacidad	93
2.1.2 Mapa de la discapacidad	95
2.1.3 Gastos por hogares: los productos de apoyo	98

2.1.4 Pagos por los servicios: alta relevancia de la gratuidad.....	101
2.1.5 Empleo	102
2.1.6 Tiempo libre y ocio	105
2.1.7 Salud	105
2.1.8 Discapacidad en residencias.....	106
2.1.9 Posibles usuarios de cojines y colchones antiescaras.....	106
2.2 La ortopedia en las clasificaciones estadísticas internacionales	109
2.2.1 Primera aproximación al mercado mundial y europeo.....	112
2.3 Clasificación nacional de actividades: empresas y locales	118
2.3.1. Empresas y locales.....	125
2.3.2. Aportaciones de la aproximación a empresas y locales	130
2.3.3 Clasificación nacional de ocupaciones: personas.....	132
2.3.4 Clasificación de productos por actividades: valor generado	136
2.3.4.1 Fabricación (productos industriales o manufacturados).....	142
2.3.4.2 De la producción a la dimensión del mercado español.....	149
2.3.4.3 Comercio exterior: ventas, compras y déficits	149
2.3.4.4 Estimación total de la demanda interna.....	156
2.3.4.5 Consumo: ventas y resultados del comercio minorista	158
2.3.4.6 La inversión total	172
2.3.4.7 Otros servicios: hospitales y atención a personas con discapacidad	176
2.3.4.8 Clasificación de educación y formación: vías de mejora	178
2.3.4.9 Un capital humano ausente de las estadísticas oficiales	179

3. PROBLEMAS OBSERVADOS POR EL SECTOR 197

3.1 Horizontes potenciales para el siglo XXI	200
3.2 Principales retos	201

ÍNDICE

4. UNA AGENDA DE MEJORAS PARA EL SIGLO XXI 205

4.1 El desarrollo sostenible en el horizonte europeo y español.....	215
4.2 Dimensiones de la sostenibilidad.....	216
4.3 El sector ante el desarrollo: la Ley de Economía Sostenible.....	219
4.4 Aportaciones a los derechos y a la calidad de vida digna de los usuarios.....	221
4.5 Aportaciones sociales y al empleo.....	223
4.6 Contribución al desarrollo efectivo de la Ley 39/2006.....	225
4.7 Hacia un catálogo ortoprotésico y de productos más social	227
4.8 Otros desarrollos: hacia los apoyos y la accesibilidad universal ...	230
4.9 Irrupción de tecnologías como biónica y prótesis inteligentes	233
4.10 La participación de usuarios y profesionales.....	235
4.11 Nuevo código de buenas prácticas y compromiso social.....	237

AUTORES, AGRADECIMIENTOS Y BIBLIOGRAFÍA 239

LIBRO
BLANCO
DE LA
PRES
ORTO
2012

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El estudio que ha dado lugar a este Libro Blanco ha sido promovido por Federación Española de Ortesistas Protesistas (FEDOP) y el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) y realizado por EDAS SC entre 2009 y 2011.

Su objetivo es presentar el perfil del sector ortoprotésico con datos incuestionables, basados en estadísticas oficiales y comparaciones con otros países del entorno europeo, además de actualizar algunos de los contenidos del Libro Blanco publicado por la Confederación Española de Ortopedia (CEO) al comenzar la pasada década.

Se ha avanzado, no sin sorpresas, en el conocimiento del sector y de las necesidades y demandas de las personas usuarias, aunque la Administración central y las autonómicas deben todavía avanzar mucho en la información y coordinación de sus funciones sobre la prestación ortoprotésica de prótesis externas, que el año 2008 alcanzó para el conjunto del Sistema Nacional de Salud los 110,43 millones de euros, si bien en el 2009 apenas llegó a los 160 millones, según cifras que todavía ni Sanidad ni el Sistema Nacional de Salud han detallado por autonomías y productos.

Muchas de esas sorpresas coinciden en ampliar considerablemente tanto la percepción de la realidad como el horizonte potencial de posibilidades que se atribuían al sector. Si aquella obra estimaba que en el año 2003 los usuarios potenciales eran 9 millones de personas y los usuarios con discapacidades 3.339.015, hoy ese potencial se ha ampliado considerablemente, hasta cerca de 11 millones de personas, y el número de personas con discapacidad reconocidas por la última estimación oficial se aproxima o supera a los 4 millones; la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008 arroja la cifra de 3,85 millones de personas, aunque limita a las personas de 6 y más años, por lo que falta por estu-

diar cerca del 1% del total¹. De ellas, 1.390.000 no pueden realizar alguna de las actividades básicas de la vida diaria sin ayuda y el 40% tienen dificultad o limitación para la movilidad. Nada menos que 1,1 millones de personas presentan deficiencias osteoarticulares como secuelas de una enfermedad, y otras 245.000 personas por accidentes.

Aunque no es el momento de entrar en algunos de los datos más relevantes o resaltar unas cifras que podrían soslayar la importancia de otras o las muchas conclusiones aportadas por la investigación, el estudio que sigue altera muy positivamente la percepción del sector con respecto al previo Libro Blanco del año 2003.

El sector español ha crecido en la última década mucho más que en la Unión Europea; en una perspectiva amplia, que incluye 15 ramas de actividad, la producción alcanzó el año 2008 en los 27 países europeos un total de 14.207,3 millones de euros, con incremento en el núcleo central de los 15 países principales de un 78,71% desde 1995, mientras que en España alcanzó ese mismo años los 420,27 millones de euros cuando era solo de 17,11 millones en 1995.

Es decir, ha crecido nada menos que un 2.356%, lo que significa que en estos 14 años se ha multiplicado por 24 veces. Su crecimiento ha sido por tanto muy superior también (23 puntos más solo desde el 2001) al Producto Interior Bruto nominal español (PIB real mas las subidas anuales de precios medidas por el Índice de Precios al Consumo o IPC). Pero quizá lo más

¹ Según datos del IMSERSO. Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación, Información Estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, 1 agosto 2009, de las 946.087 personas con solicitudes de prestación registradas, el 0,333% (exactamente 3.158) tiene menos de 3 años, mientras en el tramo de 3 a 18 años las solicitudes son un 2,78% (26.262) también del total, por lo que la parte de población afecta se acelera obviamente con el paso de los años.

INTRODUCCIÓN

importante es que de esos 420 millones más de la mitad ya son productos de alta tecnología.

El problema (y por tanto la oportunidad de resolverlo) es que, en esos productos muy tecnológicos, la cobertura de las exportaciones respecto a las importaciones ha caído al 15%, ya inferior incluso a la de la informática y la electrónica. De ahí que la demanda interna de esos productos de alta tecnología ha pasado de 253,8 a 649,29 millones de euros, cifra que representa dos terceras partes del consumo total (ventas detallistas), que aumentó desde los 654,36 millones del año 2000 a los 1.083,74 del 2007.

Sí se debe destacar desde ahora que los valores social y económico de las órtesis, prótesis y productos de apoyo revelan solo una parte de esa riqueza potencial del sector. Riqueza cuyo potencial estaba en gran parte por descubrir y que ahora está en su mayoría por realizar con otros valores no menos importantes a los que apunta este Libro Blanco, como son el tecnológico, educativo o formativo, el innovador y, en definitiva, el de sostenibilidad. Todos ellos asumidos y reclamados por parte de un sector entre cuyas funciones sociales destaca la de prestar productos de apoyo a 1,5 millones de personas, principalmente personas con discapacidad y personas mayores.

Vamos a una configuración amplia de la ortopedia², determinada no solo por la atención quirúrgica y mecánica, sino sobre

² Rama de la medicina que se ocupa de la corrección post-quirúrgica y mecánica de las desviaciones y deformidades osteoarticulares.

³ La palabra órtesis no está en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (RAE), aunque se entiende generalmente como el dispositivo ortopédico que sirve para sostener, alinear o corregir deformidades y para mejorar la función del aparato locomotor. Es decir, a todos aquellos dispositivos o aparatos que tienden a asegurar al cuerpo una forma conveniente con un fin funcional. Pueden ser de dos tipos: 1) estáticos: para sostener el segmento afectado, prevenir contracturas y proteger áreas lesionadas; también para la prevención o corrección de deformidades o limitaciones del juego ▶▶▶

todo por los servicios que tienen que ver con la órtesis³, la prótesis⁴ y las ayudas técnicas⁵ o productos de apoyo. Definiciones que se extienden todas ellas hacia la atención de las discapacidades —incluidas las situaciones de dependencia— y a la promoción de la autonomía personal y a la inclusión en la comunidad.

Ahora que el mundo desarrollado se siente obligado a asumir los objetivos de inclusión social, es el momento de que esos y otros retos o desafíos se conviertan en oportunidades, y también en potenciales de crecimiento. Hay que hacerlo en el contexto de los esfuerzos recientes y anunciados por España y el conjunto de la Unión Europea de caminar hacia la transformación del modelo productivo, que en el futuro debe basarse más en actividades más intensivas en tecnología y en

▶▶▶ articular, y 2) dinámicos: para facilitar el ejercicio terapéutico y el uso funcional de la extremidad; tiene por objeto la ayuda o suplencia de una función deficitaria o ausente.

⁴ Según el diccionario de la Real Academia Española (RAE): 1. f. *Med.* Procedimiento mediante el cual se repara artificialmente la falta de un órgano o parte de él; como la de un diente, un ojo, etc., y 22. f. Aparato o dispositivo destinado a esta reparación. Más general mente se entiende por prótesis todo tipo de dispositivos ortopédicos destinados a reemplazar la parte ausente del cuerpo con un fin a la vez estético y funcional.

⁵ Ayudas Técnicas: son las adaptaciones o dispositivos de autoayuda; son útiles, instrumentos o dispositivos especiales que permiten a un individuo ejercer diversas actividades de la vida diaria. El concepto está asociado al de Medios Técnicos: transformaciones realizadas en el hábitat tendentes a eliminar las barreras que marginan a las personas con discapacidad. En función de la utilidad, es decir, del objetivo que persiguen las distintas ayudas técnicas serían: 1) ayudas técnicas preventivas: aquellas que previenen deformidades, o bien preventivas para la disminución del potencial agresivo y evolutivo de una enfermedad; habría que tener en cuenta las distintas prevenciones: primaria (la que persigue evitar que aparezca la enfermedad que no estaba), secundaria (evitar que la enfermedad evolucione hasta la incapacidad) y terciaria (prevención de la dependencia cuando existe incapacidad), 2) ayudas técnicas facilitadoras: que aumentan las posibilidades funcionales de la persona que las utiliza, distinguiendo las ayudas técnicas de carácter personal o que le afectan directamente y las que se dirigen a la adaptación del hogar o del trabajo (medios técnicos), y 3) ayudas técnicas compensadoras: aumentan la capacidad de realizar gestos imposibles, bien porque su realización provoque dolor o sea causa de deformidad; bien porque el grado de discapacidad sea tan grande que no pueda efectuarse.

INTRODUCCIÓN

conocimiento, como las órtesis y prótesis. En todos estos frentes el sector tiene mucho que decir, por su alto componente tecnológico, de empleo, de inclusión y bienestar sociales y por tanto de sostenibilidad.

Para poner de manifiesto esas oportunidades, en el primer capítulo de este Libro Blanco, se describe la realidad de partida según la situación percibida hasta iniciar su redacción, así como el marco institucional del sector, sus agentes y la necesidad de un nuevo marco de relaciones.

En el segundo capítulo abordamos la exposición y análisis de todas las estadísticas y clasificaciones oficiales en que aparece reflejado el sector, desde la última encuesta sobre discapacidades a las cifras de producción industrial del sector en Europa y en España, las correspondientes a los servicios, la dimensión del mercado interno y externo y el servicio de prestación ortoprotésica. Se ha tratado de lograr y encontrar los datos oficiales e incontrovertibles del sector para definir un perfil actual y adecuado del mismo.

En el tercer y último capítulo se incorporan como conclusiones la enumeración de los principales desafíos, así como una agenda de mejoras del sector ortoprotésico para el siglo XXI, orientada a satisfacer los principales retos.

Entre ellos destaca que el reconocimiento y refuerzo del carácter tecnológico del sector ortoprotésico, del que antes en el apartado estadístico se ha dicho que más de la mitad de su producción industrial corresponde a productos de alta tecnología, sintoniza perfectamente con algunos de los principales objetivos y necesidades de la política económica para los próximos años, porque ayudaría a la economía española a elevar su esfuerzo e intensidad tecnológica, a reducir el alto déficit exterior español, a alcanzar los objetivos de innovación, igual-

dad, cohesión e inclusión social que inspiran las políticas públicas, puesto que las órtesis, las prótesis y los productos de apoyo pueden desempeñar un importante papel en la activación económica.

Todo ello nos ofrece una oportunidad más de converger con la Unión Europea en ámbitos como la tecnología, las prestaciones, la regulación de la formación y el ejercicio profesional, etc. Y otras oportunidades para el crecimiento y desarrollo sostenibles.

Para garantizar esas mejoras, la ortoprótesis, que atiende al año más de 2,06 millones de prescripciones médicas en el Sistema Nacional de Salud (SNS), tanto de pacientes que requieren asistencia sanitaria de forma permanente o temporal, debe empezar por perfeccionar la educación y formación, lo que generaría altos rendimientos y rentabilidad del esfuerzo inversor a las administraciones públicas y al propio sector privado, además de contribuir luego a fomentar la investigación, el desarrollo y la innovación.

Si bien en este sentido la Universidad de Lleida en colaboración con las federaciones del sector y el Colegio de Ortopédicos de Aragón ha iniciado los trámites necesarios para la obtención del grado universitario en ortoprotésica, iniciativa que apunta a la buena dirección.

También definimos los instrumentos para acometer estas mejoras, e incluso para concretarlas y marcarles el calendario más oportuno en cada momento, mediante el diálogo permanente con las administraciones públicas reguladoras y los agentes económicos y sociales involucrados, especialmente las organizaciones de personas con discapacidad y sus familias y las de personas mayores, a los que se ofrece este Libro Blanco como primer paso para ese diálogo orientado a organizar el consenso sobre los objetivos de un futuro más productivo, provechoso y factible.

INTRODUCCIÓN

El primer objeto del estudio es contribuir con datos y series estadísticas incontrovertibles a consolidar la argumentación sólida que viene siendo utilizada por el sector tanto ante las administraciones públicas como ante los medios de comunicación con el fin de mejorar la realidad y el futuro de las personas con discapacidad y personas mayores, así como de los sectores que las atienden.

Las metas que se ha marcado el sector de la ortopedia en España podrían resumirse en los siguientes cinco puntos:

1. La actualización de la prestación ortoprotésica a través de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud y su desarrollo posterior en todas y cada una de las Comunidades Autónomas, a fin de ofrecer apoyos a la autonomía personal y a la plena inclusión social de las personas con discapacidad y personas mayores.
2. Mejorar la regulación existente con el objetivo de conseguir garantías profesionales para los técnicos ortopédicos en España.
3. Garantizar los servicios ortoprotésicos a los pacientes y usuarios y poder así ofrecer establecimientos normalizados con profesionales de garantía al frente.
4. Reforzar la formación del sector con el objetivo de convertir el título de técnico ortopédico en titulación universitaria.
5. Determinar el impacto de la Ley 39/2006 y garantizar que el sistema de servicios y prestaciones económicas dispuestos para sus objetivos (la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de Dependencia) se traducen en incentivos y ventajas reales para las personas beneficiarias también en el ámbito de la ortopedia, así como en un impulso de la competitividad y empleo del sector en España. Si esos objetivos

se centran en las personas con alguna discapacidad, las administraciones públicas deben contar con este sector.

En suma, se trata de presentar una guía para las actuaciones presentes y futuras que contribuya a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y mayores, la situación del sector y potenciar las acciones de relaciones institucionales y las de comunicación, haciendo un llamamiento a la suma de esfuerzos, así como a que las entidades con las que se relacionan FEDOP y CERMI conozcan mejor su propia realidad, su entorno y los múltiples efectos de su actividad en la economía y sociedad española.

LIBRO
BLANCO
DE LA
PRES
ORTO
2012

**1. EL ENTORNO DE
LA ORTOPEDIA**

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

La realidad de partida de conocimiento del sector antes de iniciarse la presente investigación estaba casi exclusivamente limitada a la encuesta de discapacidad y a los datos de dispensaciones ortoprotésicas del Sistema Nacional de Salud. A continuación se verá qué cuadro dibujaban y cuáles son también los principales elementos que configuran el entorno del sector.

1.1 Cifras de la discapacidad en España

El grupo que recoge la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia (EDAD) de 2008, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), es de 3,84 millones de personas mayores de seis años, lo que supone el 8,5% de la población, y eleva en 319.700 la estimación de la anterior encuesta del año 1999.

Sin embargo, la tasa de discapacidad ha registrado una disminución desde el 9,0% del año 1999, ya que la población creció a mayor ritmo que las personas con discapacidad. España se distancia así nuevamente de la media mundial, que afecta al 10%: unos 650 millones de discapacitados (World report on disability 2011, publicado por la Organización Mundial de la Salud)

El aumento del número de personas con discapacidad en términos absolutos supone un alza de otro 9% respecto al año 1999, indicativa del proceso de envejecimiento social, pues mientras los afectados menores de 6 años apenas han variado en una década, los mayores de 80 años han pasado en ese mismo tiempo del 21,3% al 26,7% del total, según el cuadro que sigue. Pero dicho aumento es inferior al incremento demográfico (14%) registrado durante el periodo, si bien este último se explica por la entrada de inmigrantes, un grupo de población joven y sin situaciones de discapacidad en su mayoría, por lo que no sirve como indicador para proyectar una tendencia.

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

	EDDS1999		EDAD2008	
	Nº de personas (miles)	% sobre personas con discapacidad	Nº de personas (miles)	% sobre personas con discapacidad
TOTAL	3.528,2	100,0	3.847,9	100,0
0 a 5 años (*)	49,6	1,4	60,4	1,6
6 a 64 años	1.406,0	39,9	1.560,0	40,5
65 a 79 años	1.320,5	37,4	1.201,7	31,2
80 y más años	752,1	21,3	1.025,8	26,7

(*) En ambas encuestas los tipos de limitaciones investigados para los niños de 0 a 5 años son diferentes a las discapacidades de las personas de 6 y más años.

Fuente: INE (Instituto Nacional de Estadística)

Las encuestas del INE consideran discapacidad “toda limitación importante para realizar las actividades de la vida ordinaria que haya durado o se prevea que vaya a durar más de un año y tenga su origen en una deficiencia”. Con la excepción del caso de utilizar gafas o lentillas, una persona tiene una discapacidad cuando debe valerse de productos de apoyo externos o necesite la ayuda o supervisión de otra persona, a pesar de que tenga superada dicha discapacidad. El estudio se ha centrado en la población de 6 o más años, ya que para los menores el pronóstico de evolución es incierto y solo se analizan las limitaciones adaptadas a su edad. Para las personas de 6 o más años la tasa de discapacidad se sitúa en 89,7 por mil habitantes. El panorama resultante refleja amplias disparidades territoriales y por sexo y edad, como se verá en el epígrafe 2.1.2.

Por comunidades autónomas, las que presentan un mayor porcentaje de personas con discapacidad son Galicia (11,3%), Extremadura (11,0%) y Castilla y León (10,9%), así como las ciudades autónomas de Melilla (11,9%) y Ceuta (11,3%). Por el contrario, los menores porcentajes se dan en La Rioja (6,2%), Cantabria (7,0%) e Illes Balears (7,1%).

La dimensión social de la discapacidad queda reflejada en los siguientes datos: en un total de 3,3 millones de hogares espa-

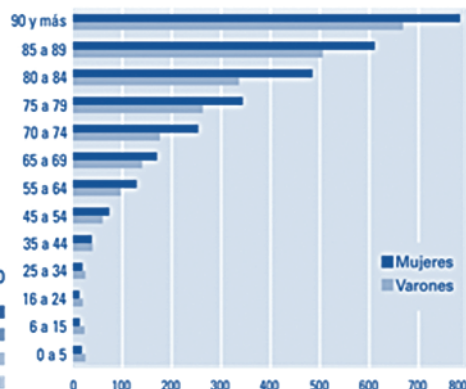
1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

Tasas de discapacidad

(Personas de 6 y más años con discapacidad por mil habitantes)



Personas con discapacidad (Tasas por mil habitantes)



Fuente: INE (Instituto Nacional de Estadística)

ñosles reside al menos una persona que afirma tener una discapacidad, lo que supone un 20% de los hogares españoles. En 608.000 de estos hogares la persona con discapacidad vive sola. No obstante, el caso más frecuente es el hogar de dos miembros donde uno de ellos presenta alguna discapacidad.

Cabe destacar que la encuesta fue dirigida, en su primera etapa (noviembre 2007–febrero 2008), a personas que residen en hogares (recibieron el cuestionario 96.000 viviendas familiares y 260.000 personas) y, en la segunda etapa (mayo–julio 2008), a personas de 6 y más años que residen centros (entre hospitales psiquiátricos y geriátricos de larga estancia, 800 centros y 11.100 personas). En estos últimos casos, el 55,4% de las personas con discapacidad recibe visitas de algún familiar una vez o más por semana; ya solo el 5,3% afirma no recibirlas.

Por tanto, la EDAD 2008 ha investigado por primera vez los centros residenciales de personas mayores, los de personas con discapacidad y los hospitales geriátricos y psiquiátricos de larga estancia. Según los resultados de la encuesta, 269.400 personas que residen en centros afirman tener alguna discapacidad (92,7% del total).

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

Personas de seis y más años con discapacidad

	Nº de personas (miles)	Tasa por 100 habitantes
España	3.787,4	8,97
Andalucía	716,1	9,58
Aragón	111,6	9,19
Asturias (Principado de)	104,5	10,37
Baleares (Illes)	68,8	7,10
Canarias	135,8	7,13
Cantabria	37,5	7,00
Castilla y León	255,9	10,86
Castilla-La Mancha	182,9	9,99
Cataluña	511,7	7,61
Comunitat Valenciana	452,8	9,92
Extremadura	111,0	10,99
Galicia	292,9	11,29
Madrid (Comunidad de)	434,8	7,59
Murcia (Región de)	127,5	9,80
Navarra (Comunidad Foral de)	41,6	7,42
País Vasco	169,4	8,45
La Rioja	17,9	6,16
Ceuta	7,4	11,32
Melilla	7,3	11,86

Fuente: INE (Instituto Nacional de Estadística)

De este número, 93.700 son hombres y 175.700 mujeres. Este grupo está formado, fundamentalmente, por personas mayores (el 82,6% tiene 65 o más años, y entre estas tres de cada cuatro son mayores de 80 años).

Por esta razón, el tipo de centro que predomina son las residencias de mayores, en las que viven 216.400 personas con alguna discapacidad (63.000 hombres y 153.400 mujeres). Le siguen los centros para personas con discapacidad, donde residen 36.000 personas (22.600 hombres y 13.400 mujeres) y los hospitales de larga estancia, donde permanecen ingresados 17.100 personas (8.100 hombres y 9.000 mujeres).

El desempleo y la inactividad castigan también más a este sector de población. En 2008, había un total de 1,48 millones de personas con discapacidad en edad de trabajar (entre 16 y 64

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

años). De ellas, el 41,0% recibía algún tipo de pensión (contributiva o no), un 28,3% trabajaba y un 7,2% estaba desempleada. Además, la cuota de mujeres que trabajaba era casi 10 puntos inferior a la de los hombres, y el porcentaje de hombres dedicado principalmente a las tareas del hogar era casi inexistente, frente al 23,5% de mujeres.

De las 419.300 personas con discapacidad que trabajan, los mayores porcentajes estaban entre las discapacidades auditivas y visuales (42,8 % y 32, 8%respectivamente) y los menores en los grupos con limitaciones de aprendizaje y aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas (con un 8,2%) y de interacciones y relaciones personales (11,0%).

De las 526.000 personas con discapacidad que se consideraban activas, estaban en paro 107.000 y buscaban empleo 136.100. Como ocurre con el resto de la población, las mujeres acusaban mayores tasas de desempleo. Pero aún más importante es que 851.200 personas con discapacidad en edad laboral no buscaban empleo, en un 64,4% porque “no podía trabajar” (sic) y en otro 24,6% porque creía que era difícil encontrarlo por su discapacidad. Las personas con limitaciones en el aprendizaje son las que más dificultades tienen a la hora de encontrar trabajo.

De las personas inactivas, la mayoría pasaron principalmente a percibir una pensión (318.500, de las cuales el 60,3% son hombres) aunque se vieron incapacitadas para trabajar sin recibir pensión alguna otros 172.800, el 49,9% mujeres.

Los principales problemas en esos hogares son los de movilidad (que afecta al 6,0% de la población), vida doméstica (4,9%) y autocuidado (4,3%). De hecho, más de la mitad de las personas con discapacidad tienen limitaciones en su actividad debido a alguno de estos tres motivos.

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

Personas de seis o más años con discapacidad según el grupo de discapacidad

Número de personas en miles y tasas por 1.000 habitantes						
	Ambos sexos		Varones		Mujeres	
	Nº de personas	Tasa por 1.000	Nº de personas	Tasa por 1.000	Nº de personas	Tasa por 1.000
TOTAL	3.787,4	89,70	1.510,9	72,58	2.276,5	106,35
Visión	979,0	23,19	371,3	17,84	607,7	28,39
Audición	1.064,1	25,20	455,7	21,88	608,5	28,43
Comunicación	734,2	17,39	336,6	16,17	397,5	18,57
Aprendizaje realización tareas	630,0	14,92	264,5	12,70	365,5	17,07
Movilidad	2.535,4	60,05	881,5	42,34	1.653,9	77,27
Autocuidado	1.824,4	43,21	645,0	30,98	1.179,5	55,10
Vida doméstica	2.079,2	49,24	605,8	29,10	1.473,4	68,83
Relaciones personales	621,2	14,71	291,7	14,01	329,5	15,39

Fuente: INE (Instituto Nacional de Estadística)

Para el grupo de 80 y más años, estos tres principales grupos de discapacidad afectan a siete de cada 10 personas con discapacidad. Dentro del grupo de movilidad, la restricción de desplazarse fuera del hogar afecta a dos de cada tres personas con problemas de movilidad. Por sexo, las mujeres presentan mayores tasas que los hombres en todos los tipos de discapacidad. Y tanto para las mujeres como para los varones la movilidad es el principal motivo de restricción de la actividad.

Las deficiencias más frecuentes en las personas de seis y más años con discapacidad son las que afectan a los huesos y articulaciones (un 39,3%), las del oído (un 23,8%), las visuales (un 21,0%) y las mentales (un 19,0%). En las mujeres destacan los problemas osteoarticulares, cuya presencia es más del doble que la de cualquier otro grupo de deficiencia.

Más de un millón de mujeres tienen una discapacidad provocada por una deficiencia en huesos y articulaciones (el 5,0% de la población femenina). Le siguen las del oído (2,4%), las visuales (2,3%) y las mentales (1,9%).

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

En el caso de los hombres, las principales deficiencias son de huesos y articulaciones (afectan al 2,0% de los varones), del oído (1,8%), mentales (1,5%) y visuales (1,4%).

Otros importantes resultados de la EDAD 2008 subrayados por el INE son que, por edad, de seis a 44 años las deficiencias predominantes son las mentales, que afectan a un tercio de las personas con discapacidad. A partir de los 45 años priman las osteoarticulares, presentes en más de cuatro de cada 10 personas de este grupo.

En cuanto a las discapacidades predominantes, en cada grupo de edad cambian según la prevalencia del tipo de deficiencia. El 31,1% de las personas con discapacidad de seis a 44 años afirma tener limitaciones en las relaciones personales, porcentaje que desciende al 12,0% en el grupo de 45 a 64 años. Lo mismo sucede con las discapacidades de comunicación (pasan del 31,1% al 11,0%), las de realización y aprendizaje de tareas (del 28,4% al 9,3%) y las de autocuidado (del 35,6% al 33,3%).

Esto se debe a que estas tres discapacidades están muy relacionadas con las deficiencias mentales. En cambio, las discapacidades de movilidad, vida doméstica, visión y audición incrementan su presencia a medida que aumenta la edad.

La causa más frecuente de las deficiencias es alguna enfermedad (sucede para casi siete de cada 10 personas con discapacidad), predominando una enfermedad común no profesional. El segundo factor más importante son otras causas, especialmente para el tramo de edad de 80 y más años, debido a que en esta rúbrica se incluye implícitamente el envejecimiento como origen de la deficiencia. Le siguen los accidentes y los problemas perinatales (causas congénitas o problemas en el parto).

Las enfermedades y los accidentes tienen como principal secuela las deficiencias osteoarticulares (1,1 millones y 245.000 casos,

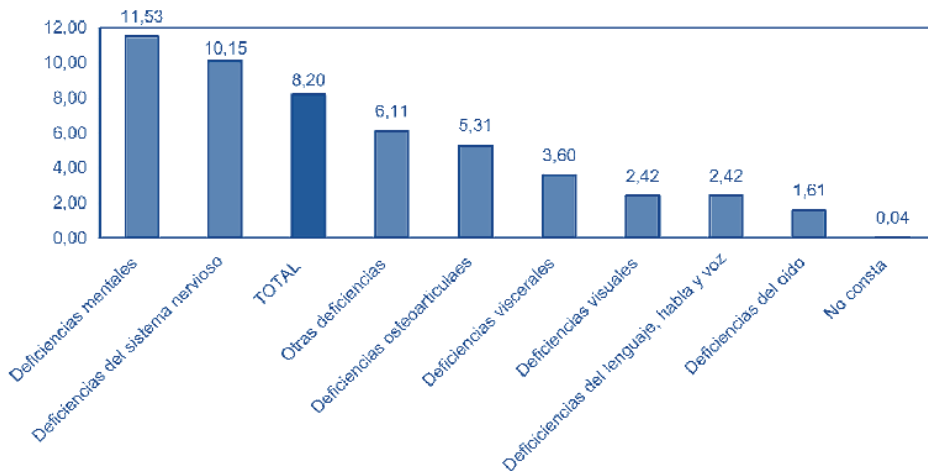
LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

Personas de seis o más años con discapacidad según el grupo de deficiencias

Número de personas en miles y tasas por 1.000 habitantes						
	Ambos sexos		Varones		Mujeres	
	Nº de personas	Tasa por 1.000	Nº de personas	Tasa por 1.000	Nº de personas	Tasa por 1.000
TOTAL personas con discapacidad	3.787,4	89,70	1.510,9	72,58	2.276,5	106,35
Mentales	718,9	17,03	306,4	14,72	412,5	19,27
Visuales	794,7	18,82	299,1	14,37	495,6	23,15
Oído	901,8	21,36	384,2	18,46	517,6	24,18
Lenguaje, habla y voz	87,1	2,06	49,9	2,40	37,2	1,74
Osteoarticulares	1.487,4	35,23	418,0	20,08	1.069,4	49,96
Sistema nervioso	486,3	11,52	204,0	9,80	282,3	13,19
Visceras	574,3	13,60	231,4	11,11	343,0	16,02
Otras deficiencias	361,7	8,57	105,2	5,06	256,5	11,98
No consta	261,4	6,19	119,4	5,74	142,0	6,64

Fuente: INE (Instituto Nacional de Estadística)

Número medio de discapacidades causadas por cada grupo de deficiencia



Fuente: INE (Instituto Nacional de Estadística)

respectivamente). Por su parte, las causas congénitas o los problemas en el momento del parto provocan fundamentalmente deficiencias mentales (126.000 personas).

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

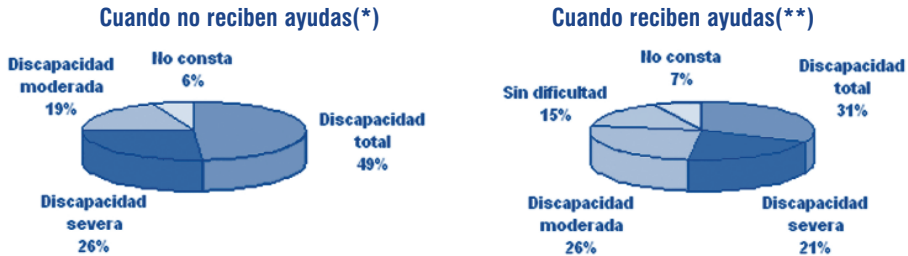
También resalta la última encuesta del INE que el número medio de discapacidades por persona se sitúa en 8,2. De las 44 discapacidades investigadas, una persona de seis o más años con discapacidad presenta como media 8,2 discapacidades. No obstante, el perfil varía mucho dependiendo de la deficiencia que las ha originado. Las que provocan por término medio un mayor número de discapacidades son las mentales (11,5) y las deficiencias del sistema nervioso (10,2). En cambio, las que causan un menor número son las deficiencias auditivas, visuales y las del habla y voz (menos de tres discapacidades de media).

El envejecimiento demográfico agravará el problema de la discapacidad en España durante los próximos años. Siete de cada diez personas con discapacidad del grupo de 80 y más años ve afectada su movilidad, vida doméstica o autocuidado. La restricción de desplazarse fuera del hogar repercute en dos de cada tres personas con problemas de movilidad. Las mujeres son además el grupo que presenta mayores tasas en todos los tipos de discapacidad que los hombres.

Si bien hay que tener en cuenta el aumento de población mayor de 64 años –un 14,4%–, también hay que llamar la atención de que las condiciones sociales y de salud han mejorado durante el periodo, así como el hecho de que el crecimiento demográfico ha estado impulsado principalmente por la entrada de población inmigrante, en su mayoría jóvenes, es decir el grupo de edad donde menos incidencia tiene la discapacidad. Estos dos factores han provocado que el porcentaje de población con discapacidad en España haya descendido 0,55 puntos desde 1999.

Aunque las personas con discapacidad declaran encontrarse con barreras para acceder a su propio domicilio (el 33,7% de los hombres y el 49,6% de las mujeres las tienen en las escaleras, por ejemplo) y para transitar por la calle (bordillos de aceras,

Distribución de las personas de seis y más años con discapacidad para las ABVD según el máximo grado de severidad y el uso de ayudas



(*) Se consideran todas las personas con discapacidad para las ABVD (dispongan o no de ayudas)

(**) Se consideran las personas con discapacidad para las ABVD que disponen de ayudas.

Fuente: INE (Instituto Nacional de Estadística)

subida y bajada de los vehículos), nueve de cada diez aseguran no sentirse discriminadas por su discapacidad.

1.2 Falta información sobre los productos de apoyo

La encuesta del INE pone también de manifiesto que, de los 3,85 millones de personas que declaran tener discapacidad, 2,8 millones tienen dificultades para realizar sus actividades cotidianas y de ellas casi un total de 1,39 millones tienen discapacidad total, porque no pueden realizar alguna de las actividades básicas de la vida diaria sin ayuda.

El INE resaltó también al publicar su última encuesta que el 74,0% de las personas con discapacidad afirman tener dificultades para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). La mitad de ellas no pueden realizar alguna de estas actividades si no reciben ayudas. Por sexo, el 80,3% de las mujeres con discapacidad presentan alguna restricción en ABVD frente al 64,6% de los hombres.

Las limitaciones adquieren mayor importancia a medida que aumenta la edad. Así, dentro de las personas con discapacidad de entre seis y 44 años, seis de cada 10 tienen una dificultad en

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

ABDV. Mientras que en el grupo de 80 y más años la proporción se eleva a 8,6 de cada 10.

De los 2,8 millones de personas con discapacidades en ABVD, el 80,5% recibe ayuda. Ello permite rebajar sensiblemente la intensidad de sus limitaciones (incluso a 339.000 les posibilita superarlas) y reducir el porcentaje de las que tienen un grado total de discapacidad en las ABVD.

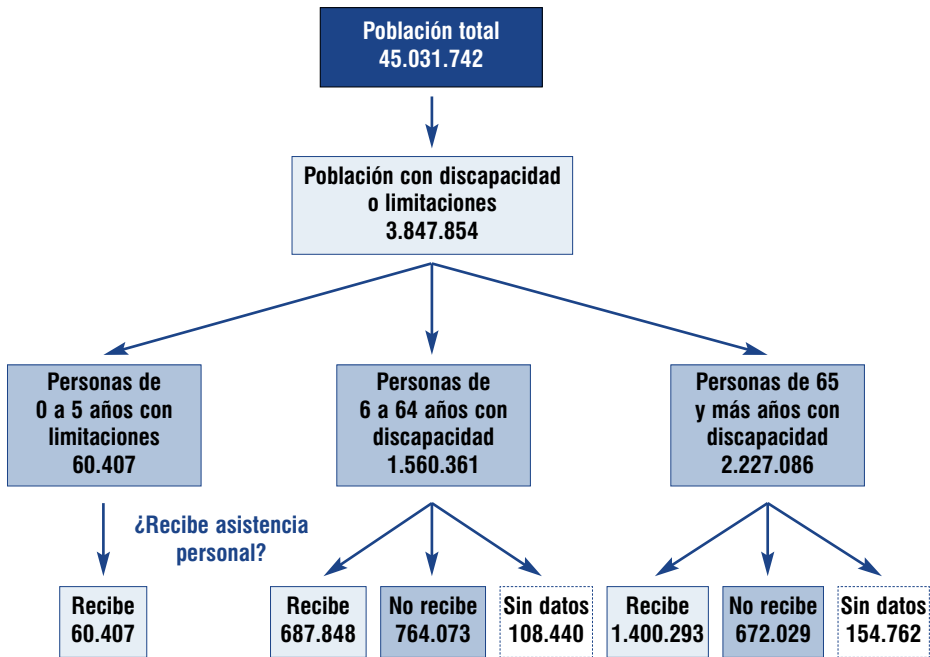
Las cifras sintonizan con otros resultados de la EDAD 2008 en el sentido de que el 67,2% de las personas con discapacidad presentan limitaciones para moverse o trasladar objetos, el 55,3% tienen problemas relacionados con las tareas domésticas y el 48,4% con las tareas del cuidado e higiene personal.

Para facilitar la vida de las personas con discapacidad están los productos de apoyo de movilidad, como sillas de ruedas, o de ayuda a la vida diaria como andadores, bastones o audífonos. Estas disminuyen la intensidad de la discapacidad, al igual que cuando reciben cuidados o asistencia de otras personas (ayudas personales).

Sin embargo, la EDAD 2008 sí informa claramente de las personas que reciben asistencia personal, que ya superan los dos millones y dibujan el panorama mostrado en el esquema adjunto.

En cambio, la EDAD 2008 no especifica qué tipo de productos de apoyo reciben las personas en situación de dependencia, si se trata de audífonos, prótesis externas, bastones, sillas de ruedas, oxígeno, etcétera. Además, las cifras de la última encuesta del INE no cuadran, como se deriva de las tablas estadísticas (**ver página 34**) a la hora de comparar las personas que reciben ayuda y las que no según el número de discapacidades.

Sí aporta la Encuesta que más de 2,5 millones de personas con discapacidad (el 71,4%) reciben algún tipo de ayuda técnica, per-



Fuente: Esperanza Catalán, Cecilia (2011). "Discapacidad y dependencia en España". Madrid, Informes Portal Mayores, no 108. [Fecha de publicación: 08/04/2011].

<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/pm-discapacidad-01.pdf>>

sonal o ambas. Las mujeres son las que proporcionalmente acceden a más ayudas: el 75,4%, frente al 65,3% de los varones. También las que más ayudas prestan.

El 88,9% del grupo que tiene un mayor grado de severidad (los 1,8 millones de personas que se ven limitadas totalmente para realizar alguna de sus actividades sin ayudas) declara que sí recibe algún tipo de ayuda.

No obstante, se ha investigado si las personas que presentan alguna discapacidad reciben algún tipo de ayuda, distinguiendo los productos de apoyo de las que son prestadas por otras personas. Los resultados muestran que casi millón y medio reciben productos de apoyo. Sin embargo, más de un millón

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

Personas con discapacidad para las ABVD según número de discapacidades y máxima dificultad CON AYUDAS

(Miles de personas)	TOTAL	Número de discapacidades				
		1-2	3-5	6-9	10-13	14-18
TOTAL	2.258,1	497,8	611,6	528,4	337,7	282,6
Sin dificultad	339,2	174,3	118,4	35,7	8,4	2,4
Discapacidad moderada	584,0	158,1	216,4	145,0	52,4	12,1
Discapacidad severa	477,2	66,7	131,6	148,3	84,1	46,5
Discapacidad total	696,7	34,5	105,1	169,7	177,3	210,1
No consta	161,6	64,2	40,2	29,8	15,4	12,0

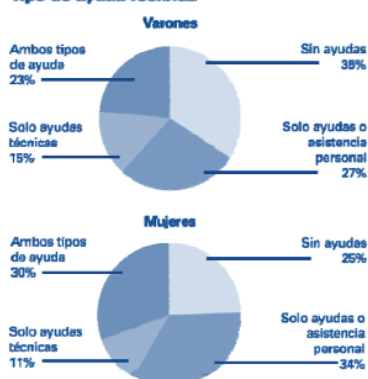
Fuente: INE (Instituto Nacional de Estadística)

Personas con discapacidad para las ABVD según número de discapacidades y máxima dificultad SIN AYUDAS

(Miles de personas)	TOTAL	Número de discapacidades				
		1-2	3-5	6-9	10-13	14-18
TOTAL	2.803,4	851,7	753,4	566,9	342,0	289,4
Discapacidad moderada	543,5	371,1	135,9	31,2	4,6	0,7
Discapacidad severa	718,0	274,4	264,4	130,9	37,2	11,1
Discapacidad total	1.384,8	144,3	314,4	375,0	284,9	266,2
No consta	157,1	61,9	38,6	29,8	15,4	11,4

Fuente: INE (Instituto Nacional de Estadística)

Tipo de ayuda recibida



Perfil del cuidador principal*

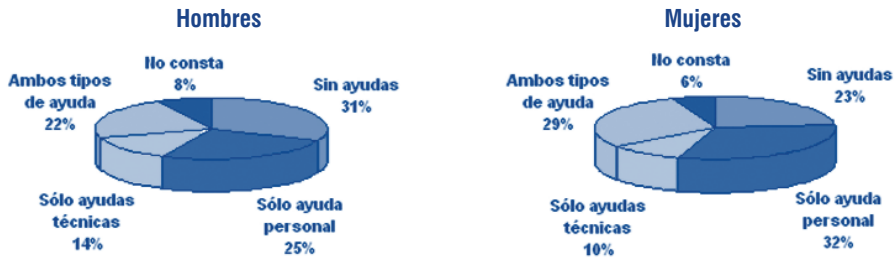


* Un cuidador puede dar asistencia a más de una persona

Fuente: INE (Instituto Nacional de Estadística)

de personas afirman no recibir ningún tipo de ayuda para realizar las actividades para las que tienen discapacidad (el 26,6% del total).

Porcentaje de las personas con discapacidad según el tipo de ayuda recibida



Fuente: INE (Instituto Nacional de Estadística)

Por sexo, se observan diferencias significativas. El 31,7% de los hombres con discapacidad no recibe ningún tipo de ayuda, frente al 23,2% de las mujeres. Cuando se analizan los tipos de ayuda, el 60,7% de las mujeres con discapacidad recibe ayuda de otras personas, frente al 47,1% de los hombres.

El perfil de la persona principal que presta cuidados personales es una mujer, de entre 45 y 64 años, que reside en el mismo hogar que la persona a la que presta cuidados. El 76,3% de las personas identificadas como cuidadoras principales son mujeres. Por edad, por cada hombre de hasta 64 años que realiza estas tareas hay cuatro mujeres cuidadoras. A su vez, en el tramo de 80 y más años las tareas de cuidadores se reparten equitativamente por sexos.

Por lugar de residencia del cuidador principal, el 79,3% reside en el mismo hogar que la persona a la que presta cuidados. Cabe destacar que para el 20,7% restante, nueve de cada 10 cuidadores son mujeres.

Especial relevancia ha dado el INE al nivel de acceso a las ayudas del grupo que tiene un mayor grado de severidad. Está formado por 1,8 millones de personas que se ven limitadas totalmente para realizar alguna de sus actividades sin ayudas. De ellas, el 88,9% recibe algún tipo de ayuda.

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

Más de seis de cada diez personas con discapacidad que reciben alguna ayuda afirman que éstas cubren sus necesidades. En concreto, el 61,7% de las que reciben productos de apoyo y el 64,4% de las que reciben cuidados personales, están satisfechas con la ayuda recibida. Las personas que no reciben ayudas para realizar sus actividades, expresan más necesidad de productos de apoyo (27,3%) que de asistencia personal (16,9%).

1.3 La ortoprotésica y los productos de apoyo. Calidad y necesidad de garantías a través del técnico ortoprotésico

Las necesidades que comprometen la calidad de la prestación recibida por el grupo social anteriormente descrito tienen muy diversas causas de carácter institucional, aunque buena parte de ellas se derivan de la falta de regulación y reconocimiento como profesión sanitaria de los Técnicos Ortopédicos (Decreto 389/1966) y Técnicos Superiores en Ortoprotésica (Real Decreto 542/1995).

Durante muchos años la regulación profesional de la ortopedia se ha ignorado por parte de las autoridades competentes.

Estas dejaron que la práctica y el sentido común, en muchos casos el menos común de los sentidos, fuesen dando forma a la profesión. Los resultados no han sido satisfactorios, ya que a la existencia del título de Técnico Superior en Ortoprotésica, único oficial para obtener ésta denominación, se han sumado normas que impiden dotar de profesionalidad a una actividad sanitaria de tanta relevancia. La Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias, no resolvió esta cuestión, aunque abre la vía legal en su artículo 2.3. El problema es que el Real Decreto 437/2002, por el que se establecen los criterios para la concesión de licencias de funcionamiento a los fabricantes de productos sanitarios a medida, permite que un veterinario, biólogo o psicólogo con un cursillo de sólo 200 horas se responsabilice de un estableci-

miento de ortopedia, así como de la fabricación de los productos sanitarios en España, posibilidad impensable y fuera de cualquier otra legislación europea, donde la ortopedia tiene niveles equivalentes a diplomatura o licenciatura, mientras en España es formación profesional.

La deficiente regulación se refleja también en la necesidad de incrementar la formación. El Real Decreto 542/1995 que establece el Título de Técnico Superior en Ortoprotésica de formación profesional en la rama sanitaria fija las correspondientes enseñanzas mínimas en 2.000 horas repartidas en dos cursos. Pero la creciente intensidad tecnológica del sector aconseja ampliar el número de horas dedicadas a la teoría y práctica de esta profesión.

En Europa la media de la duración de la formación ortoprotésica es de tres años y medio de formación teórica, frente a dos años en España.

La duración de las prácticas también es menor en el caso español al estar fijada en nueve semanas, frente al año y tres meses en Europa. Este aspecto práctico de la profesión es muy importante si se tiene en cuenta que la fabricación y adaptación de productos ortoprotésicos lleva aparejada una labor manual que requiere de formación, rigurosidad y experiencia.

Varios países cuentan con diplomatura e incluso licenciatura en la disciplina ortoprotésica, como Alemania, Gran Bretaña, Italia, Países Escandinavos, Bélgica a través de Alemania o Portugal, entre otros Estados miembros de la Unión Europea.

Esta situación supone un agravio comparativo para los técnicos españoles al no poder competir en igualdad de condiciones con sus homólogos europeos, tanto en la búsqueda de trabajo fuera y dentro de España, tal y como está ocurriendo en las zonas cos-

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

teras de atracción turística donde se tiene constancia del establecimiento de ortoprotesistas de la Unión Europea.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) e ISPO Internacional (Sociedad Científica de O&P) aseguran que la formación mínima e imprescindible de un técnico ortoprotésico para la correcta fabricación y adaptación de productos de ortopedia y productos de apoyo es de cuatro años.

Por otro lado no se puede garantizar la calidad de la prestación ortoprotésica y los productos de apoyo debido a la falta de regulación en muchas autonomías de los establecimientos de ortopedia, por lo que algunos pacientes o usuarios pueden ser atendidos en locales inadecuados o por personas sin formación con las repercusiones terapéuticas que supone. Pese a llevar largo tiempo pactada una base para su desarrollo las administraciones autonómicas han permanecido a la espera de lo que sucediera con el Real Decreto 437/2002, con la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y con el Real Decreto 1277/2003, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, establecimientos y servicios sanitarios, normas que, además de tardías, no recogen adecuadamente la realidad de la ortopedia y de otras profesiones socio sanitarias.

A lo anterior se añade el enorme retraso en la concesión de licencias de funcionamiento autonómicas, en muchos casos sin base jurídica que regule las condiciones de la misma. Dicha licencia es obligatoria y previa para ejercer esa actividad, y el plazo para la presentación de su solicitud finalizó el 14 de junio de 1998 para las ortopedias que estaban en funcionamiento antes de la entrada en vigor del Real Decreto 414/1996.

Tras la transferencia de esta competencia a las Comunidades Autónomas mediante el artículo 76 de la Ley 55/99, de medidas fiscales, administrativas y de orden social, el resultado es

incomprensible. Autonomías como Madrid, Castilla y León, Murcia, La Rioja, Baleares, Canarias y Asturias carecen de la norma que fija el procedimiento de concesión de las licencias de los establecimientos sanitarios de ortopedia, con la consiguiente descoordinación entre administraciones autonómicas y Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Faltan así un sistema homogéneo de concesión, un registro central de las licencias concedidas, y ni claridad sobre los límites territoriales de las mismas.

El sector de la ortopedia técnica se enfrenta así a una situación administrativa condicionada por la libre interpretación y desarrollo de las condiciones legales por parte de las 17 comunidades autónomas que forman la estructura territorial del Estado. Esta realidad está creando agravios comparativos entre los usuarios al disponer, por ejemplo, de catálogos de prestaciones diferentes, así como entre los profesionales, que deben sortear las trabas administrativas y adaptarse a modelos que difieren entre unas comunidades y otras.

¿Calidad? No se puede tampoco garantizar calidad en la prestación ortoprotésica y los productos de apoyo debido a la obsolescencia de catálogos de prestaciones ortoprotésicas y de productos de apoyo, así como sus diferencias entre comunidades autónomas. Esto impide que los médicos, pacientes y personas usuarias reciban productos de última tecnología o de materiales modernos, al estar excluidos de la prestación, siendo progresivamente diferentes las prestaciones, lo que dificulta incluso la prestación a un residente de otra comunidad. La Administración desconoce el perfil de paciente que atiende y tampoco dispone de normas de control de los profesionales del sector y de su cualificación.

Esto se traduce en presupuestos de gasto desiguales entre comunidades. La mayoría de las comunidades autónomas desconocen el número de pacientes temporales y/o permanentes

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

que deben atender en relación a la prestación ortoprotésica y realizan presupuestos insuficientes que no cubren la necesidad real.

Todo ello influye en la ausencia total de campañas informativas y nulo apoyo administrativo a la hora de explicar a la población los retos y problemas que afronta el grupo social destinatario, ante el evidente desconocimiento.

Otros retos profesionales pasan por incluir:

- La representación del sector en los órganos previstos en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, así como los órganos consultores para la prestación ortoprotésica de las diversas comunidades autónomas;
- La corrección de la subcontratación sin garantías de la fabricación a medida;
- La necesaria reglamentación de la erróneamente denominada venta sin adaptación de productos ortoprotésicos, la cual no existe pues todo producto ortoprotésico debe estar adaptado al paciente para cumplir sus fines terapéuticos;
- La diferenciación entre tres tipos de establecimientos que carece de toda lógica, ya que, a la venta y fabricación de productos a medida y venta y adaptación de productos, ha añadido un tercer establecimiento de venta sin adaptación, cuando todos los productos ortoprotésicos y productos de apoyo requieren de adaptación dependiendo de la edad, características físicas o patología de cada paciente;
- La regulación de la venta de productos sanitarios ortoprotésicos por Internet;
- La necesidad de reforzar los sistemas de control e inspección de los servicios de salud para detectar intrusismos, malas prácticas en la prescripción, fabricación, distribución, venta o facturación de productos ortoprotésicos; y
- La escasa formación de los propios inspectores responsables de supervisar la actividad del sector y de sus profesionales.

1.4 Bases para mejorar la profesión

Para impulsar esta actividad, esencial en el proceso de habilitación/rehabilitación de la persona usuaria, haría falta mejorar la calidad y la excelencia de la ortopedia a través de los aspectos normativos de la formación y cualificación de sus profesionales, las garantías que deben cumplir los centros, establecimientos y servicios sanitarios especializados en esta prestación, así como la necesidad de unificar criterios con el fin de que todos los ciudadanos disfruten de las mismas prestaciones y ventajas en igualdad de condiciones dentro de un marco jurídico común. Algunas propuestas de partida realizadas los últimos años desde el sector son:

- Regular sin más demora la profesionalidad, formación y lugares de trabajo, encomendando su ejercicio a quienes cuentan con formación oficial (Técnicos Ortopédicos y Técnicos Superiores en Ortoprotésica), además de aquellos que sin haber cursado estos títulos fueron habilitados de forma excepcional como responsables cumpliendo con los requisitos exigidos en el Real Decreto 2727/1998 (tres años de experiencia profesional cualificada) y lo solicitaron antes del 14 de agosto de 1999.

Para ello es necesario derogar la “formación especializada” mediante cursillos de solo 200 horas lectivas, y mejorar la formación del profesional con el diseño de nuevos títulos equiparables al resto de Europa.

El título propio en ortoprotésica de la Universidad de Lleida es un primer paso realizado por el sector para la consecución de un grado oficial en ortoprotésica y productos de apoyo, que tendrá una duración de 4 años, con un importante contenido de prácticas, y combinará aspectos de las ciencias de la salud con la ingeniería, consiguiendo así una formación completa para el ortopeda.

- Aumentar el número de horas de enseñanza teórica y práctica.

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

Hasta ahora no es posible la armonización de los planes de estudios europeos con los españoles, porque no existe el medio de homologar el título de técnico universitario europeo, aun disponiendo de la cualificación profesional exigida en España. La repercusión económica del cambio de título para toda España no supondría ninguna carga económica añadida para el Sistema Nacional de Salud, ya que la prestación ortoprotésica se desarrolla en establecimientos privados.

- Regular los establecimientos de ortopedia, publicando de manera urgente cada comunidad autónoma la correspondiente norma que fije sus requisitos mínimos, preferiblemente comunes en toda España, de acuerdo con el Real Decreto 1277/2003, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, establecimientos y servicios sanitarios. Pero esta presenta lagunas importantes, como la exclusión de la fabricación a medida de productos sanitarios y la venta sin adaptación individualizada, que creemos inadecuada al fin terapéutico de la Ortopedia.

- Aplicar la legislación sobre productos sanitarios, lo que pasa por publicar las comunidades autónomas sus normas de procedimiento para la concesión de licencias de funcionamiento, tramitar de forma preferente las licencias pendientes, concederlas realmente a ortopedias, e inspeccionar los establecimientos que no cumplan con los requisitos legalmente exigidos.

- Actualizar los catálogos de prestaciones ortoprotésicas y de productos de apoyo para alcanzar una cartera de servicios único para las comunidades autónomas, con el fin de homogeneizar la lista de productos, precios, contribución pública y privada, garantías, y tiempos de disponibilidad o de sustitución de productos, para todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud. Todo ello con la mejora de la descripción de productos y la potenciación de la formación médica y de los usuarios en el uso de los catálogos.

- Desarrollar las posibilidades abiertas por la Ley 39/2006 con propuestas y soluciones que conviertan al sector y a los usuarios en un agente clave de la nueva prestación social: el especialista en tecnologías de accesibilidad y autonomía de las personas con necesidades de apoyo para su autonomía. El sector de la ortopedia debe ser colaborador necesario del sistema a través de la firma de convenios con los servicios autonómicos de salud y servicios sociales.
- Elaborar un estudio de mercado sobre el sector y el ahorro en gasto sanitario que la prestación. Una prestación ortoprotésica de calidad, adaptada a las necesidades de su usuario, permite obtener una autonomía e independencia que no solo mejora la calidad de vida de los pacientes, sino que también ahorra recursos a la sociedad en servicios sanitarios y sociales.
- Elaborar un Código de Buenas Prácticas del sector, que promueva una actuación profesional y rigurosa basada en las mejores prácticas, así como una conducta responsable de las empresas que se dedican a la Ortopedia, de modo que redunde en el refuerzo de la confianza de usuarios y administraciones.
- Evaluación de las nuevas tecnologías e innovaciones disponibles en el mercado, con el fin de acelerar su inclusión en los catálogos, así como asegurar la máxima calidad y eficacia de los dispositivos.
- Búsqueda de un mayor protagonismo social de la ortopedia en España a través, por ejemplo, de la creación de una Fundación. Este esfuerzo debe estar apoyado desde las administraciones públicas mediante campañas divulgativas que aborden la realidad social, sanitaria y laboral de las personas con discapacidad en España y que planteen también estímulos a este colectivo y su entorno familiar, informando por ejemplo de los recursos formativos o laborales a su alcance.

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

1.5 La prestación: calidad y mejora de la autonomía personal

La ortopedia es una de las prestaciones de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud incluida en el Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre. Es, además, un derecho de todos los españoles, que emana de la Constitución de 1978 y de la Ley General de Sanidad de 1986. Se concreta en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de diciembre, por el que se establece dicha Cartera y el procedimiento para su actualización, pendiente desde el año 1995 pese a lo cual no incluye la importante evolución tecnológica de los productos ortoprotésicos, si bien a principios del 2010 el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad la ha reformado en parte y ha eliminado la restricción de prescribir prótesis mioeléctricas a amputados unilaterales.

La prestación debe mejorar sustancialmente en los últimos años, tanto en marco legal como en percepción social, gracias a normas como la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, firmada y ratificada por España: la Ley 51/2003 de Igualdad de Oportunidades, No discriminación y Accesibilidad Universal; la ya comentada Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia; la Ley 27/2007 por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas, entre otras.

En el campo profesional, queda un amplio recorrido de mejora para que quienes ejercen esta actividad sean considerados profesionales sanitarios. Aun existiendo un título de Técnico Superior en Ortoprotésica regulado por el Real Decreto 542/1995, hay una vía legal abierta por el Real Decreto 437/2002, que permite que titulados universitarios, con un curso de postgrado de 200 horas lectivas, sean habilitados como responsables técnicos de un

establecimiento de ortopedia en el que se atiende a pacientes enfermos y personas con discapacidad.

El primer Libro Blanco de la Ortopedia en España recurre con acierto a la Definición del Diccionario de la Real Academia de la Lengua para establecer los límites en que se desenvuelve esta disciplina. Ortopedia –del latín ‘orto’ (correcto, corrección) y del griego ‘paideia (educación, enseñanza) es así el “Arte de corregir o de evitar las deformidades del cuerpo humano, por medio de ciertos aparatos o de ejercicios corporales”. En esta etimología están las claves que describen la ortopedia como un servicio sanitario que incluye todas las prestaciones relacionadas con los productos y servicios, de libre adquisición o bajo prescripción facultativa, de órtesis, prótesis y productos de apoyo relacionadas con el aparato locomotor. Además incluye el proceso educativo que requiere la corrección de una discapacidad que ha de ir acompañada necesariamente del trato humano indispensable en cualquier prestación ortopédica y de la adaptación que requiere cualquier producto ortopédico. Son estos elementos los que van a estar presentes en un servicio sanitario de calidad y sin cualquiera de ellos es imposible llegar al grado de excelencia y buena práctica que requiere esta disciplina.

Más que definición, cabe centrarse en las aplicaciones de la ortopedia para conocer esta actividad⁶:

- La órtesis, como aparato externo no invasivo que mejora, palia o subsana un miembro o una deficiencia de un miembro del aparato locomotor;
- La prótesis, como aparato externo no invasivo cuya aplicación viene a suplir un miembro o parte de un miembro del aparato locomotor;

⁶ Definiciones utilizadas en el Libro Blanco de la Ortopedia en España.

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

- La ayuda técnica, como cualquier dispositivo físico de aplicación que posibilite o mejore la realización de actividades del aparato locomotor mermadas por deficiencias, discapacidad o dificultades de tipo parcial o total.

Las prestaciones ortoprotésicas generales, según el Real Decreto 63/1995 y la Orden 18/1/96, se dividían en cuatro categorías:

- Prótesis externas. Aquellos productos sanitarios que requieren una elaboración y/o adaptación individualizada y que, dirigidas a sustituir un órgano o parte de él, no precisan de implantación quirúrgica en el paciente.

- Vehículos. Entran en esta categoría las sillas de ruedas, entendiéndose como tales los vehículos individuales para favorecer el traslado de personas que han perdido, total o parcialmente, la capacidad de deambulación y que sean adecuados a su grado de discapacidad.

- Órtesis. Aquellos productos sanitarios de uso externo no implantables que, adaptados individualmente al paciente, se destinan a modificar las condiciones estructurales o funcionales del sistema neuromuscular o del esqueleto.

- Prótesis especiales. Aquellas que no se corresponden por sus características a ninguno de los apartados anteriores.

Los servicios de ortopedia serían:

- Interpretación de la prescripción, evaluación, adaptación y aplicación de productos y servicios de órtesis y prótesis en serie;

- Interpretación de la prescripción, evaluación adaptación y aplicación de productos y servicios de productos de apoyo;

- La atención personalizada y seguimiento en el funcionamiento de estas prestaciones;
- La distribución y venta en establecimientos fabriles y comerciales de todos los productos y servicios contemplados con anterioridad.

Al tener como fin garantizar el desarrollo y bienestar de los usuarios de los servicios y productos de órtesis, prótesis y productos de apoyo, la ortopedia es un servicio sanitario que mejora la calidad de vida de los pacientes y las personas usuarias.

Como profesión eminentemente práctica, es o debería ser pieza relevante en el desarrollo la Ley 39/2006, tal y como se define en el artículo 2.2 de la Ley, es “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

Por ello, el objetivo de la Ortopedia no cabe sino enmarcarlo en el que ampara esta norma, es decir, atender con las mejores garantías de calidad de vida y profesionalidad las necesidades de las personas que requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria. Entre estas se incluyen el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, el reconocimiento de personas y objetos o la capacidad para orientarse. Una garantía para cumplir este objetivo es convertir el título técnico de ortoprotesista en titulación universitaria.

Según la definición de la Ley 39/2006, autonomía es “la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisio-

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

nes personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria”. La prestación ortoprotésica permite, pues, el disfrute del bien que representa desenvolverse con un mínimo de autonomía, dignidad e independencia a un grupo muy sensible de la población que presenta discapacidades. La ortopedia colabora, por lo tanto, en la inclusión social de las personas con discapacidad al facilitar su incorporación activa en la vida familiar, social o laboral y permitir ejercer plenamente los derechos de ciudadanía de este grupo de población.

Desde este enfoque, cabría otorgar a los centros y establecimientos de ortopedia un espacio dentro de la red de utilización pública que integra el sistema de para la autonomía y atención a la dependencia de las comunidades autónomas, bien como entidades gestoras de las prestaciones o servicios del sistema o como colaboradores necesarios a la hora de hacer válidos los derechos que asisten a las personas en situación de dependencia.

Conviene tener presentes las situaciones de discapacidad que abarcan a casi el 10% de la población, así como los elevados índices de envejecimiento, a los que hay que unir la alta presencia de jubilados de otros países, para valorar la gran demanda existente de productos de apoyo por parte de este sector social. En este sentido, la autonomía personal requiere potenciar la información sobre este tipo de ayudas y dar difusión a los recursos existentes. En este sentido, cabe reforzar con la inclusión de la figura del profesional de la ortopedia el equipo de servicio de rehabilitación.

1. 6 Mercado y competitividad del sector

Si hoy el sector presta atención sanitaria como se ha dicho a 3,8 millones de usuarios (8,5% de la población española), de las cuales 1,1 millones presentan deficiencias osteoarticulares y 245.000

secuelas de accidentes, además de que otros 1,5 millones reciben distintos productos de apoyo, se trata de un mercado con importantes expectativas de crecimiento.

La mayor longevidad de la población va a ser, en efecto, uno de los factores que más va a impulsar al sector. La tasa de envejecimiento española es una de las más altas del mundo, con un 17% de la población por encima de los 65 años, y las previsiones indican que se podría elevar hasta el 36% en 2050, según Eurostat, la oficina estadística de la Unión Europea.

España cuenta además con la presencia de un elevado número de residentes jubilados procedentes de otros países, principalmente en las zonas turísticas y de costas, por lo que constituyen una demanda añadida de productos de apoyo para el sector de la Ortopedia en España.

El factor demográfico, unido a la prevalencia de enfermedades crónicas como la diabetes y de sus problemas asociados, procesos reumáticos caso de amputaciones, o el sobrepeso de la población y el desgaste de articulaciones, sobre todo rodillas o caderas, convierten así al sector español en uno de los grandes referentes de la industria asistencial, tanto ortopédica como técnica, para personas con discapacidad y personas mayores de Europa.

Con esta pirámide de población, es fácil adivinar que los productos sanitarios ortoprotésicos de mayor consumo en España son, por lo tanto, los productos ortésicos, como férulas, prótesis mamarias, corsés, entre otras, y las ayudas técnicas para la movilidad (bastones, andadores, sillas de ruedas, etcétera), que representan más del 80% del mercado. Otro 14% de las ventas aproximadamente los aportan las prótesis, mientras que los cojines antiescaras y otros productos, como adaptaciones para el baño y la vida diaria, completan la demanda de este mercado.

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

El desarrollo de la Ley 39/2006 está ya actuando de estímulo del sector, pues los servicios de asistencia domiciliaria aumentan en todas las comunidades autónomas y requieren todo tipo de productos de apoyo.

Sin embargo, y a pesar de estos condicionantes, el gasto medio entre servicios, prótesis y productos de apoyo es de de los menores de Europa en relación con la población. Es necesario que el sistema sanitario nacional asuma una mayor responsabilidad pública y dedique más presupuesto y atención a este sector, que padece una política de precios bajos y cortoplacista que impide desarrollar su potencial en beneficio de la sociedad.

La competitividad del sector requiere además difusión e información, ya que uno de los grandes problemas identificados por FEDOP es la falta de conocimiento sobre las ayudas técnicas y recursos existentes por parte de los usuarios y el ciudadano en general.

El subsector de fabricación en España, como igualmente se verá en el capítulo estadístico que sigue, todavía no es competitivo con los principales países europeos del entorno, especialmente en las gamas de productos más avanzados con un gran uso de tecnología. De ahí que una mínima parte del producto consumido en España sea de importación. No obstante, las empresas españolas han incrementado también sus exportaciones a otros países de la Unión Europea, Iberoamérica o Norte de África, a pesar de las exigentes condiciones de licencia para la fabricación en serie e importación de productos sanitarios impuestas por la Ley General de Sanidad y el Real Decreto 1591/2009 de fabricación de productos sanitarios.

Tampoco hay que olvidar el lastre que supone para la competitividad del sector el creciente intrusismo derivado de la deficiente regulación, tanto en lo que se refiere a la práctica profesional como a los requisitos de apertura y supervisión de establecimientos y la venta de productos sanitarios de ortopedia por Internet.

1.7 Una fuente de ahorro para el SNS

Uno de los grandes retos que tiene la prestación ortoprotésica por delante es tratar de cuantificar y medir sus resultados terapéuticos, con el fin de reflejar su importancia en el proceso de rehabilitación y apoyo a la autonomía y la mejora de la inclusión de las personas usuarias.

La calidad y eficacia de los productos de apoyo empleados permiten que el usuario se incorpore antes y en mejores condiciones a la vida activa, incluido el mercado laboral. El ahorro de costes en pensiones de incapacidad permanente para el sistema de Seguridad Social y el incremento de la productividad laboral son más que evidentes, si bien el sector y las Administraciones Públicas no han hecho todavía el esfuerzo de traducir en cifras el ahorro generado por la Ortopedia en España.

Tampoco puede despreciarse el efecto que la ortopedia tiene en la reducción del gasto en ayudas y prestaciones de carácter social, comprendido el derivado de la Ley 39/2006. Una prestación ortoprotésica de calidad, adaptada a las necesidades de su usuario, permite obtener una autonomía e independencia que mejora la calidad de vida de las personas usuarias y minimiza el grado de dependencia atribuido al usuario y con ello el coste de las ayudas o prestaciones económicas previstas esta crecientes necesidades.

El proceso de rehabilitación de las personas usuarias es una de las grandes asignaturas pendientes del Sistema Nacional de Salud. Los recursos dedicados a esta parte esencial en la terapia y atención de cualquier enfermo que presente lesiones en huesos y articulaciones, por ejemplo, son irrisorios. Las administraciones sanitarias han relegado este aspecto básico en el tratamiento de cualquier enfermedad o lesión y las partidas presupuestarias que tienen este fin son insuficientes y, en nin-

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

gún caso, superan el 1% de los fondos asignados en España a la atención sanitaria.

Cataluña, por ejemplo, solo tiene computado el 0,48% de su presupuesto a recuperación de sus pacientes, una tarea que exige un equipo de recuperación formado por especialistas en las afecciones del aparato locomotor, como rehabilitadores, fisioterapeutas, traumatólogos, neurólogos y en el que, según los casos, también deben estar incluidos los ortopedas.

Esta carencia del Sistema Nacional de Salud se suple a través de las familias y las personas usuarias que son al final quienes se hacen cargo de los costes y de la atención de una forma no profesional, lo que puede acarrear en muchos casos nuevos gastos en reingresos o tiempos de recuperación más largos y, por tanto, en más gastos asociados a las enfermedades, discapacidades y lesiones. Una mayor inversión en los profesionales de la ortopedia, únicos que tienen reconocida su especialización, ayudaría, sin duda, a reducir riesgos y secuelas de lesiones o discapacidades, así como contribuiría notablemente a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Tampoco se puede olvidar el coste de las lesiones provocadas en las personas con discapacidad derivadas del uso de materiales inadecuados, obsoletos o no indicados para su lesión o de una atención ortoprotésica no profesional.

1.8 Productos y servicios ortoprotésicos

La oferta de productos y servicios de ortopedia es muy amplia y para clasificar este subsector económico de servicios sanitarios hay que acudir al servicio o función que cumplen. Así pueden ser servicios o productos en el área del diseño, proyección y fabricación o bien entrar en el terreno de la adaptación, asesoramiento y aplicación de cualquier producto. Entre estos cabe incluir todos los instru-

mentos, dispositivos o sistemas técnicos destinados a prevenir, compensar, mitigar o erradicar las deficiencias, discapacidades del aparato locomotor. Aquí se engloban la subcategoría de productos formados por órtesis, prótesis y productos de apoyo.

El catálogo de productos y servicios de Ortopedia no es único en España, ya que presenta grandes variaciones entre las comunidades autónomas, por lo que es mejor acudir a la norma de homologación internacional UNE EN ISO 9999. PREN y ECRI que distingue entre el conjunto de órtesis y prótesis y los productos de productos de apoyo para la movilidad.

Este conjunto de productos de órtesis y prótesis incluye:

- Sistemas ortésicos
- Sistemas ortésicos del miembro superior (aplicados sobre el cuerpo)
- Sistema ortésicos del miembro inferior
- Órtesis del miembro superior (no aplicados sobre el cuerpo)
- Estimuladores funcionales eléctricos
- Sistemas ortésicos híbridos
- Sistemas protésicos del miembro superior y del miembro inferior
- Prótesis estéticas y no funcionales del miembro superior y del miembro inferior
- Otras prótesis no de miembros
- Calzado ortopédico

El conjunto de productos de productos de apoyo para la movilidad incluye:

- Ayudas por un brazo para caminar
- Ayudas por ambos brazos para caminar
- Accesorios de ayudas para caminar

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

- Adaptaciones para auto locomoción
- Ciclomotores
- Sillas de ruedas
- Accesorios de sillas de ruedas
- Vehículos
- Ayudas para la transferencia
- Ayudas para girar
- Ayudas de elevación y traslado.

El Catálogo general de material ortoprotésico (Insalud 2000) establece las siguientes familias de productos:

- Prótesis de miembro superior
- Prótesis estáticas de miembro superior
- Prótesis de miembro inferior
- Ortoprótesis para agenesias
- Sillas de ruedas
- Órtesis de columna vertebral
- Órtesis de miembro superior
- Órtesis de miembro inferior
- Calzados ortopédicos
- Prótesis especiales distintas de las de miembros
- Prótesis especiales (ayudas de marcha)
- Prótesis especiales (ayudas para el tratamiento afecciones circulatorias)
- Prótesis especiales. Ayudas para la prevención de daños por presión (ayudas antidecúbitos)
- Prótesis especiales. Equipamiento para el aprendizaje del movimiento, la fuerza y el equilibrio.
- Prótesis especiales. Ayudas para la audición.

Una segunda clasificación de productos tendría en cuenta el sistema de elaboración. El Real Decreto 1591/2009 que regula los productos sanitarios recoge una clasificación de órtesis, prótesis y productos de apoyo según su fabricación “en serie”

o según métodos de fabricación continua, “adaptado” (en serie con necesidad de adaptación) y “a medida”, que es el producto fabricado específicamente según la prescripción escrita de un médico especialista y que se destina únicamente a un paciente determinado.

1.9 Agentes implicados

El sector es un servicio sanitario y como tal está integrado dentro del Sistema Nacional de Salud. Implica la participación de numerosos profesionales de la sanidad, comenzando por el médico, que es quien prescribe el producto, servicio o ayuda técnica que más convenga al tratamiento de la persona con discapacidad, y demás profesionales que intervienen en el proceso de recuperación y rehabilitación de un paciente. Finalmente, y como parte integrante de este equipo, el ortopeda es el responsable de asesorar, diseñar, fabricar y/o adaptar el producto prescrito por el especialista.

Los usuarios finales de los productos y servicios de la ortopedia son en última instancia la referencia y medida de todos los esfuerzos que implica disponer de un sistema de prestaciones ortopédicas de calidad.

Las distintas administraciones públicas desempeñan un papel central en la regulación, planificación y financiación de este servicio sanitario. Son responsables, entre otras muchas tareas, de desarrollar un marco normativo que garantice la calidad y seguridad de la fabricación y venta de productos de Ortopedia, sin obstaculizar, por otra parte, los esfuerzos de desarrollo del sector por lograr la máxima excelencia posible en su actividad.

La comunicación y el conocimiento mutuo entre los diferentes agentes que componen el sector de la Ortopedia deben traducirse en la mejora de la prestación que reciben los usuarios finales.

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

1.9.1 Productores de bienes y servicios a medida

Dentro del sector de ortopedia se agrupan empresas que adaptan el producto estandarizado a la persona usuaria y/o fabrican un dispositivo a medida, además de realizar la venta y adaptación de productos de apoyo.

La actividad de los fabricantes de productos y servicios sanitarios a medida en España está profusamente regulada. El Real Decreto 437/2002 fija los requisitos legales de la concesión de licencias de funcionamiento. Entre otras condiciones, señala la obligatoriedad de disponer de una estructura organizativa capaz de garantizar la calidad.

Las instalaciones, procedimientos, equipamiento y personal deberán ser también adecuados y, en el caso de las actividades concertadas, señala, por ejemplo, que las empresas deberán declarar el nombre y dirección de los subcontratados, describir las actividades y medios disponibles para realizarlas, aportar los contratos correspondientes y los procedimientos de fabricación y control utilizados.

Por último, apunta la necesidad de disponer de un responsable técnico, cuya titulación acredite una cualificación adecuada en función de los productos que tenga a su cargo, que ejercerá la supervisión directa de la actividad realizada por la empresa. De ahí que se echa en falta un mayor grado de exigencia en esta cualificación.

Las empresas del sector deben asimismo disponer, entre otros requisitos, de un sistema de archivo documental para almacenar la documentación generada con cada producto fabricado y mantener actualizado un registro de todos los productos dispuestos. El archivo documental de fabricantes está a disposición de las autoridades sanitarias competentes y tiene como misión garantizar la calidad y especificacio-

nes de cada producto fabricado, así como permitir efectuar un seguimiento dentro de la cadena de producción y control.

1.9.2 Usuarios y sus asociaciones

La fuerte influencia y aparición de las asociaciones de usuarios y pacientes en el panorama sanitario se ha convertido en uno de los fenómenos más destacados de la sanidad. La Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, ha situado a los pacientes o usuarios de la prestación sanitaria en el centro de las decisiones.

Conforme a esta norma básica, los poderes públicos han de velar necesariamente por el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución y contar con el previo consentimiento de los pacientes o usuarios, que tienen derecho “a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles”.

El siguiente paso es dar voz de forma efectiva a los pacientes y personas usuarias y canalizar su participación en el diseño de las políticas sanitarias. En el ámbito de la discapacidad (3,8 millones de usuarios), hay un grupo de gran peso social y en crecimiento, como consecuencia del envejecimiento demográfico, entre otros factores.

Sin embargo, este grupo social, tan heterogéneo por otra parte, no tiene suficiente visibilidad en el Sistema Nacional de Salud, por lo que se antoja necesario potenciar no solo el asociacionismo de los distintos grupos de personas con discapacidad y sus familias y hacerlo no solo a una escala local, también nacional, sino la participación en la toma de decisiones en el ámbito de la políticas de salud. Los sistemas de salud han de abrirse al mundo asociativo con el fin dejar que la sociedad civil participe efectivamente en la gobernanza de las políticas públicas de salud.

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

1.9.3 Personas amputadas

El número de personas con amputaciones es una incógnita, a pesar de que la información al respecto es una de las principales reivindicaciones de las distintas asociaciones.

Las cifras recabadas de distintas fuentes oficiales no están actualizadas y son incompletas, aunque esas lagunas estadísticas no impiden analizar las tendencias demográficas, sociales y sanitarias.

Estamos lejos de la claridad de países como los Estados Unidos de América (un amputado por cada 200 habitantes, 15% del gasto en atención médica destinada a estos pacientes).

Esa oscuridad nos aleja de los objetivos internacionales de la Declaración de Sant Vincent, promovida por la Organización Mundial de la Salud el año 1989 para reducir a la mitad el número de amputaciones en un periodo de cinco años mediante estrategias preventivas multidisciplinarias, basadas en la educación y apoyadas en la evaluación mediante registros específicos.

De la explotación de las encuestas de discapacidad, e insistiendo en la ausencia de datos sobre personas amputadas, sí se puede avanzar un incremento notable de las personas con discapacidad en las extremidades superiores y un alza moderado en extremidades inferiores.

Las cifras incluyen, además de amputaciones, otras circunstancias de índole muy distinta, como malformaciones, parálisis, lesiones de vasos o nervios, aplastamientos, quemaduras, etcétera, que no pertenecen al ámbito de estudio.

Es de lamentar que la pregunta de si ha habido un diagnóstico de agenesia/amputación solo se hizo a los menores de seis

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

Amputaciones registradas entre 2000 y 2004 en el SNS

Comunidad Autónoma	2000	2001	2002	2003	2004
Andalucía	1.042	1.153	1.122	1.168	1.186
Aragón	159	142	119	126	135
Asturias	165	212	226	185	200
Baleares	89	95	104	128	104
Canarias	142	186	205	227	233
Cantabria	130	107	99	139	131
Castilla la Mancha	190	210	230	240	228
Castilla y León	303	343	341	326	326
Cataluña	920	880	958	979	951
Ceuta	7	13	10	9	6
Comunidad Valenciana	567	587	590	620	603
Extremadura	168	164	157	156	160
Galicia	239	484	474	491	479
Madrid	454	505	514	508	497
Melilla	9	14	8	23	12
Murcia	159	175	183	172	174
Navarra	50	67	48	58	62
País Vasco	298	310	315	254	298
La Rioja	20	36	18	26	19
Total General	5.111	5.683	5.721	5.835	5.804

Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

años y junto a otras nueve enfermedades (esпина bífida/hidrocefalia, síndrome de Down, autismo y trastornos asociados, parálisis cerebral, daño cerebral, trastorno mental, lesión medular, otra malformación congénita y enfermedades raras).

Paradójicamente, pese al fuerte coste de las amputaciones, la información del conjunto del sistema y sus partes se recibe con cuentagotas.

Un estudio realizado en el Área 7 de Madrid con datos del periodo 1994-1996 refleja 6.604 amputaciones, el 62.8% a pacientes diabéticos y el 37.2% a no diabéticos (Ángel Manuel Molino González, ISBN: 978-84-692-1023-9) y estima que el

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

Número de amputaciones según causas y porcentajes

Descripción	Nº casos
Enfermedades arteriales	13.590
Diabetes	6.238
Complicaciones Quirúrgicas y Médicas	2.517
Signos y síntomas no definidos	1.562
Heridas Abiertas	742
Neoplasia maligna	643
Fractura miembro inferior	518
Heridas Abiertas miembro inferior	497
Otras enfermedades de la Piel	489
Osteopatías	408
Enfermedades de Venas y Linfáticos	255
Infecciones de la Piel y del tejido subcutáneo	175
Otras enfermedades bacterianas	148
Reumatismo salvo de la espalda	142
Neoplasia maligna de otras localizaciones no especificadas	123
TOTALES 15 primeras causas	28.047
Traumáticas	
Accidentes de Tráfico	36,75
Otros accidentes	35,34
Técnicas quirúrgicas por complicaciones	5,42
Accidentes ferroviarios	4,22
Suicidios y lesiones auto inflingidas	2,81
Caídas accidentales	0,80

Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

coste anual por paciente diabético tipo 2 en nuestro país es de 1.305 euros, el 28,6% es atribuible al control de la diabetes y el 30,5 % con sus complicaciones.

La Base de Datos elaborada por el IMSERSO y los Registros de Altas de Sanidad se detienen en 2000, año en que el número de diagnósticos de agenesias/amputaciones ascendió a 28.330, el 8,7% del total de diagnósticos asociados a deficien-

cias osteoarticulares (325.628 casos). Pero el número de estas deficiencias osteoarticulares en la Encuesta del 2008 alcanza 1.429.900 de casos, cuatro veces los estimados para el 2000.

Si el citado 8,7% se extrapola al dato proporcionado por el INE, el censo de amputados sería de 124.401, ya muy próximo a la estimación que veremos de CERMI (menos de uno por cada 400 habitantes, aun así la mitad que el ratio de los EE.UU.). En cualquier caso, la evolución anual sí está en consonancia con tales estimaciones.

Las amputaciones relacionadas con patologías vasculares explican casi la mitad de las cirugías, mientras que la diabetes está ya detrás de 6.238 casos.

La diabetes se ha convertido en uno de los grandes desafíos de la sanidad mundial; su prevalencia entre la población española se ha duplicado en los últimos diez años y ya afecta a entre del 10% al 12% del total, según datos de la Red de comunicación entre profesionales de atención primaria interesados en el estudio de la diabetes. La incidencia de esta dolencia podría llegar al 20% de la población en 2020.

Entre las lesiones traumáticas, los accidentes de tráfico son la primera causa de amputación. Una investigación conjunta de los ministerios de Sanidad e Interior sobre las personas lesionadas o fallecidas en accidentes de tráfico (Estudio de la mortalidad a 30 días por accidentes de tráfico) calcula que, de las 38.447 víctimas registradas en 2001 en este tipo de siniestros, a 110 se les practicó la amputación de algún miembro (el 0,3% del total).

El descenso de siniestros de los últimos cinco años también ha reducido el número de amputaciones por esta causa. Según las estadísticas de la Dirección General de Tráfico, se registra-

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

Número de amputados/as según tipo de miembro en 2007

Total amputados/as miembro superior	5.477
Total amputados/as miembro inferior	143.755
Total amputados/as no agenesia	149.232

Fuente: Elaboración propia de CERMI a partir de datos de población en España (INE) y SNS.

ron 93.161 víctimas, entre muertos y heridos, en 2008, frente a las 101.729 víctimas de 2000.

Por todo ello, en el informe que comentaremos en el epígrafe de la prestación ortoprotésica, CERMI⁷ dice que la vía más directa para conocer información sobre amputaciones unilaterales y bilaterales en España es el Registro de Altas de Hospitalización, del Sistema Nacional de Salud.

Entre las dificultades encontradas se pueden destacar dos. La primera es que no diferencia entre amputaciones bilaterales y unilaterales, ya que el registro es de intervenciones, no de personas intervenidas; esta puede llevar a una cierta sobreestimación del dato final.

La segunda dificultad se relaciona con las causas de la amputación, y su tratamiento, ya que pueden existir ciertas situaciones en que la amputación, no siendo agenesica, puede no relacionarse con una intervención quirúrgica, en el sentido estricto en el que el SNS lo registra. Esta debilidad por tanto puede conllevar una cierta subestimación en el dato final.

Hechas estas consideraciones, el CERMI ha realizado una estimación de la población española que ha sido intervenida para una amputación, a partir de los datos de intervenciones quirúrgicas.

⁷ CERMI, Actualización de la cartera de servicios de prestación ortoprotésica. Informe del CERMI a solicitud del MSPS, 2009, 10 páginas, disponibles en la web: <http://www.cermi.es/NR/rdonlyres/93223ADF-C7E4-4C0C-B372-B779E7E9C0E1/30059/InformeOrtoprotesis2009defdef.doc>

Para realizar esta estimación de incidencia (total casos en la actualidad), que parte de un dato de prevalencia (número de operaciones al año) se han realizado proyecciones a partir de la evolución de la población y la esperanza de vida para la población española en varias cohortes desde 1900.

Para ello, se han eliminado los casos correspondientes a amputaciones de menos de un miembro entero (dedos de mano o pie, amputaciones de mano o pie no completo); y, también, se han controlado en el cálculo las variables antes mencionadas (bilateralidad y amputaciones no quirúrgicas ni agnésicas).

El resultado se detalla en la tabla mostrada en la página anterior.

1.9.4 Profesionales y sus organizaciones

La Confederación Española de Ortopedia (CEO) representa el 98% del sector y agrupa a empresas fabricantes y distribuidoras, establecimientos de prestación ortoprotésica y profesionales responsables de la prestación.

La Confederación es el resultado del acuerdo al que llegaron las dos federaciones representantes del sector existentes, la Federación Española de Ortesistas Protesistas (FEDOP) y la Federación Española de Técnicos Ortopédicos (FETOR) en noviembre de 1999. Así se constituyó la Confederación Española de Ortopedia, como un único interlocutor.

FEDOP es la entidad de ámbito estatal que integra a las más importantes asociaciones profesionales y empresariales; su amplia experiencia se inicia en la década de los años sesenta, y está integrada en la asociación mundial de Ortopedia Interbor (***International Association of Orthosis and Prosthetists***), que ha presidido en dos ocasiones.

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

Además, FEDOP acoge como socios miembros a la Asociación de Fabricantes y Distribuidores de Ortopedia (AFDO) y colabora activamente con la Sociedad Internacional de Ortopedia y Rehabilitación en España (ISPO ESPAÑA).

Entre los objetivos de la FEDOP se encuentra la unión y coordinación de las asociaciones que la integran, representando nacional e internacionalmente a los profesionales y empresas de la Ortopedia.

Otro de los cometidos de la Federación Española de Ortesistas Protesistas persigue la máxima profesionalización del sector, como parte integrante del sistema sanitario, para lo que promueve la investigación y el intercambio de experiencias técnico-científicas, así como la mejora de la calidad en la atención y servicio al paciente y al usuario de los productos y servicios ortoprotésicos.

Sin embargo, la indefinición de la legislación vigente en España que regula el desempeño de la profesión se ha convertido en un serio obstáculo para alcanzar los objetivos de calidad y profesionalización de la prestación.

Como se ha venido exponiendo en los capítulos anteriores es urgente la regulación mediante Ley del Ortesista Protesista, en cuanto a competencias profesionales, requisitos del establecimiento sanitario para ejercer con identificación general mediante el símbolo de la cruz amarilla y estudios universitarios obligatorios con aplicación en todas las comunidades autónomas.

La representación colegial de la profesión se reduce tan solo a la presencia de un Colegio Profesional de Ortopédicos en Aragón (BOA de 31 de diciembre de 2007) y un Colegio de Técnicos Superiores Sanitarios en la Comunidad Autónoma de Valencia.

1.9.5 Establecimientos en los que se debe recibir la prestación

La legislación en España diferencia tres tipos de establecimientos o de empresas de Ortopedia:

- 1º) Venta y fabricación de productos a medida.
- 2º) Venta y adaptación de productos.
- 3º) Venta sin adaptación.

Esta tercera categoría para el sector de la Ortopedia no está justificada, al entender que todos los productos ortoprotésicos y productos de apoyo requieren una adaptación que se ajuste a la edad, características físicas o patología de cada paciente.

Tanto los establecimientos de fabricación en serie como los establecimientos fabriles y/o comerciales de ortopedia tienen la consideración de sanitarios (ortopedias) y deben pasar los filtros de calidad exigidos, como disponer de un responsable técnico con la debida titulación al frente, entre otros muchos requisitos.

En el tercer caso de venta sin adaptación únicamente es suficiente con comunicar la actividad a la Consejería autonómica correspondiente.

La ortopedia diseña y fabrica a medida productos ortoprotésicos, por lo que un objetivo deseable es que todos los establecimientos cuenten con su propio taller para fabricar productos a medida y su licencia de funcionamiento.

Estos establecimientos tienen la obligación de contratar a un responsable técnico, como ya ha quedado señalado, así como dotar sus talleres de la maquinaria y utillaje necesarios, aparte

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

de las correspondientes licencias y autorizaciones administrativas que permitan su apertura y funcionamiento.

Son las comunidades autónomas las competentes para establecer los requisitos mínimos de los establecimientos sanitarios de ortopedia. Si no se obtiene autorización sanitaria el establecimiento no puede denominarse ortopedia.

Todos los centros de ortopedia deben eliminar las barreras que impidan el acceso o el movimiento de las personas con discapacidad. También tienen la obligación de garantizar el respeto a la intimidad de los usuarios.

Las dependencias mínimas son:

- Establecimientos que suministran productos ortoprotésicos fabricados a medida. Tienda, recepción y sala de espera; almacén; aseos; gabinete de consulta, toma de medidas y pruebas; gabinete para pruebas de marcha; sala de yesos; taller de adaptación y de fabricación a medida que podrá encontrarse situado en locales independientes separados del establecimiento de Ortopedia.

- Establecimientos que expenden únicamente productos fabricados en serie. Tienda, recepción y sala de espera; almacén; aseos; gabinete de consulta, toma de medidas y pruebas; taller adecuado para la realización de adaptaciones.

Una de las demandas del sector es que las administraciones públicas competentes desarrollen una normativa de elementos materiales y técnicos mínimos exigibles a las Ortopedias.

Es también deseable en el futuro que estos establecimientos dispongan de una “cartera” propia de servicios que se pueda adaptar a los usuarios o pacientes, así como criterios de cali-

dad y seguridad comunes que se traduzcan en una guía de buenas prácticas.

En la actualidad se estima que hay cerca de 100 empresas fabricantes y distribuidoras de productos en serie y unos 2.450 puntos de venta de productos ortopédicos instalados en ortopedias y farmacias, de los que 1.120 tienen licencia de fabricación de productos sanitarios a medida.

De esta cifra, alrededor de 1.000 son ortopedias que en el 74% tienen entre uno y cinco empleados y facturan menos de 300.000 euros al año. Solo un 5% cuenta con una plantilla superior a 20 empleados y factura por encima de los 1.800.000 euros. Tan solo el 1% de estas empresas tiene un volumen de ventas superior a los 3.000.000 euros y emplea a más de 50 trabajadores. Para ello cuentan con unos 2.500 profesionales titulados y 14.000 trabajadores en España.

En el caso de las empresas de fabricación y distribución de productos en serie, cuyo censo podría superar las cien firmas, el reducido tamaño del mercado y la competencia exterior dificultan en extremo su actividad expuesta a un gran riesgo por sus elevadas inversiones en maquinaria y equipos de alta tecnología. El bajo gasto sanitario que realiza el Sistema Nacional de Salud en prestaciones ortopédicas es otro freno para que se desarrolle este subsector en España.

1.9.6 Administraciones públicas

La descentralización sanitaria culminada en España en 2002 con la transferencia efectiva de las competencias en salud a las comunidades autónomas del régimen común del antiguo INSALUD ha configurado un complejo mapa de diecisiete administraciones sanitarias en el que las personas usuarias y las empresas del sector tienen que interactuar. Las competencias reguladoras

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

de las distintas administraciones públicas, ya sea central o autonómica, son amplias y condicionan tanto la regulación industrial, como el catálogo de prestaciones ortoprotésicas, los sistemas de compra y las políticas de pago e incluso la diferente sensibilidad mostrada por cada administración. Esta realidad española, promovida desde la Constitución, se ha justificado como un medio de ganar en eficacia al acercar las decisiones de gestión de las administraciones a los ciudadanos. Pero no menos cierto es que la descentralización también ha provocado trato desigual entre las personas usuarias y nuevos gastos de administración y gestión en las empresas para adaptarse a los distintos marcos legales en los que operan y que han acabado cuestionando la unidad del mercado.

Las administración central tiene competencias en la regulación y desarrollo del sector, a través del Ministerio de Educación y sobre todo del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, al decidir, entre otras cuestiones, la formación y reconocimiento del profesional técnico del sector y sus atribuciones (Real Decreto 2727/2002), el catálogo de productos sanitarios (Real Decreto 1030/2006), la concesión de licencias de funcionamiento para la fabricación en serie y para la importación o la política de precios como principal cliente y financiación de las prestaciones (Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional del Medicamento y los Productos Sanitarios). Estas competencias se ejercen a través de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

Por su parte, las comunidades autónomas también tienen un amplio margen de actuación al ser competentes en la concesión de las licencias de funcionamiento para la fabricación y venta a medida; regular los mínimos legales de los establecimientos fabriles y comerciales; actualizar los catálogos de productos, establecer el sistema de reintegro de la prestación al usuario o el pago directo a la ortopedia exonerando de la misma al paciente, o apoyar al sector en la incorporación de sistemas de gestión de cali-

dad o promover la inversión en I+D mediante ayudas y subvenciones o cualquier otro tipo de instrumento fiscal.

1.10 El servicio de prestación ortoprotésica en cifras

El coste estimado de la prestación ortoprotésica durante el año 2008 para el conjunto del Sistema Nacional de Salud ascendió a 1.114,27 millones de euros⁸, según las cifras avanzadas a comienzos del 2010 a los promotores de este Libro Blanco por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad después de meses de insistentes solicitudes, a la vista de que en ningún otro documento aparecen tales estadísticas. Los conceptos y repartos por comunidades autónomas, al igual que su evolución en los últimos años, estaban al comenzar el año 2010 pendientes de ser comunicados a las comunidades autónomas y luego difundidos a otras instancias interesadas.

Más de un año después, ya en mayo del 2010, y tras pedir con insistencia al Gabinete e incluso a la Alta Inspección de dicho Ministerio la actualización y el mayor desglose posible de las cifras, así como alguna estimación para los presupuestos 2010 al menos de los créditos previstos por todo el Sistema Nacional de Salud, todas las estadísticas recibidas cabían en las siguientes nueve líneas:

Información sobre el consumo de la prestación ortoprotésica. En 2009 se ha estimado un consumo total de 1.129 millones de euros mediante las filigranas de aproximación que figuran en el cuadro siguiente, correspondiendo 969 millones de euros a prótesis quirúrgicas y 160 millones de euros a ortoprotésis externas, es decir, las quirúrgicas representan aproximadamente el 85,84% del total del consumo. El incremento del consumo de 2009 respecto a 2006 ha sido del 23,61%, siendo también mayor el aumento de las quirúrgicas que el de las externas.

⁸ Exactamente 1.114.269.731,78 euros, según el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

Desglose de los apartados de la prestación el año 2009() (en euros)*

1. Implantes quirúrgicos	969.088.354,03
2. Total ortoprótesis externas (OPE)	159.852.208,30
2.1. Prótesis externas	27.504.571,53
2.2. Órtesis	61.372.153,16
2.3. Sillas de ruedas	53.823.033,56
2.4. Ortoprótisis especiales	15.813.579,34
Total prestación ortoprotésica (1+2)	1.128.940.562,33

* Consumo obtenido extrapolando al 100% de la población los datos facilitados por comunidades autónomas, que representan el 68,82% en el caso de Implantes. En OPE han facilitado los datos todas las Comunidades Autónomas, excepto Madrid que proporciona datos del 2008 y Navarra que no desglosa el consumo.

Fuente: Ministerio de Sanidad, S.G. Alta Inspección y Cartera de Servicios.

Entre ambas fechas, el 13 de mayo del 2010 la resistencia a informar se extendía al Congreso de Diputados, en cuya Comisión para las Políticas Integrales de la Discapacidad la diputada del Grupo Parlamentario Popular Belén Do Campo Piñeiro preguntaba sin obtener respuesta al secretario general de Sanidad, José Martínez Olmos, por los datos actualizados en prótesis y órtesis, así como por el gasto distribuido por comunidades autónomas. La respuesta tampoco llegaba de otros órganos del SNS, donde cada autonomía sigue con sus propias normas, mientras como queda dicho por primera vez en el año 2009 se ha producido una congelación (desde los indicados 1.114 a los 1.129 millones) tras varios años de incremento.

No obstante, los previos 1.114,27 millones de euros del año 2008 suponían en cualquier caso un considerable aumento sobre los 110,43 millones de pesetas de gasto de la sanidad pública en ortopedia (INSALUD y los servicios de salud autonómicos) durante el año 2001. Entonces el promedio anual por habitante era de 2,75 euros y con ese aumento subía nada menos que a 30,34 euros, pues al empezar ese ejercicio los españoles eran 46.662.000, según el correspondiente padrón municipal de habitantes.

Esos 30,34 euros representan aproximadamente el 1,3% de lo que los españoles gastan en salud, mientras que aquellos 2,75 euros representaban el 0,265% del gasto de los españoles en salud, que era de 1.036 euros durante el año 2000 y pasó seis años después a los 2.328, el 8,4% del PIB, según estadísticas armonizadas de la OMS., de las que un 71% corresponde al sector público y el resto al privado. En esta última década, además de cambios económicos y sociales, ha habido cambios legislativos que justifican con amplitud ese recorrido del gasto público en ortopedia, sector que ya registra más de 2.065.000 prescripciones médicas ortoprotésicas en el Sistema Nacional de Salud, tanto de pacientes que requieren asistencia sanitaria de forma permanente o temporal, cuyos servicios de asistencia domiciliaria llevan a cabo 44.690 intervenciones que requieren todo tipo de productos de apoyo, y que atiende 3,6 millones de prescripciones provenientes de la sanidad privada o mutual, procedentes de las de 9,5 millones de personas usuarias que estima tener la ortopedia en España, pues cabe recordar que hay censadas 137 patologías susceptibles de recibir tratamiento ortoprotésico.

Entre esos cambios legislativos cabe destacar la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI, Art. 19.3... los procesos de rehabilitación se complementarán con el suministro, la adaptación, conservación y renovación de aparatos de prótesis y órtesis...) y, con posterioridad, la Ley 14/1986 General de Sanidad. Antes que la importante Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal, fue la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, aprobada en mayo de 2003. Esta se fundamenta en la previa Ley General de Sanidad, que estableció un conjunto de prestaciones con el objeto de cubrir estados de necesidad derivados de la discapacidad, y por supuesto en la inicial Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963, que fijó las pensiones de invalidez y definió los servicios sociales como prestaciones complementarias gestionados por el IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

Sociales). Y ya introdujo en el 2003 algunas novedades respecto a la dependencia, al afirmar que asegurar el derecho a la protección de la salud pasa, entre otros aspectos, por garantizar una calidad que oriente los esfuerzos del Sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando estos aparecen. Así, la Ley de Cohesión y Calidad incorpora en su parte dispositiva el catálogo de prestaciones, contenido hasta entonces en norma reglamentaria, indicando que la prestación ortoprotésica consiste en hacer posible la utilización de productos sanitarios cuya finalidad es sustituir total o parcialmente una estructura corporal, o bien modificar, corregir o facilitar su función⁹. En esa línea ha apuntado el desarrollo reglamentario de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, cuyo desarrollo de dicha cartera concreta que la atención sociosanitaria, además de prestarse en función de las necesidades sanitarias de cada paciente, se suministrará:

1) En atención primaria, a través de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y atención de las personas mayores, entre otros;

⁹ Zabarte, María Eugenia, *La dimensión múltiple de la atención a la dependencia: la conexión de los servicios sociales con la Seguridad Social y el Sistema Nacional de Salud*, Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales nº 65, pag 57. La autora resalta que entre las novedades en el catálogo figura la prestación de transporte sanitario, que en esta nueva ley conlleva la exigencia de que dicho transporte sea accesible a las personas con discapacidad. Además incluye: 1) En las prestaciones de salud pública, «la prevención de las enfermedades y de las deficiencias»; 2) en la prestación de atención primaria, la asistencia a demanda, programada y urgente, tanto en consulta como en domicilio del enfermo; la prevención; la rehabilitación básica; las atenciones y servicios específicos relativos a grupos de riesgo y enfermos crónicos; la atención paliativa a enfermos terminales; y la atención a la salud bucodental; 3) en la prestación de atención especializada, la asistencia en consultas, hospital de día, régimen de internamiento, a domicilio; la atención paliativa a enfermos terminales; la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable; 4) en la prestación ortoprotésica, que consiste en hacer posible la utilización de productos sanitarios cuya finalidad es sustituir total o parcialmente una estructura corporal, o bien modificar, corregir o facilitar su función; y 5) en la prestación de productos dietéticos.

- 2) En atención especializada, a través de la asistencia en consultas, en hospital de día, en régimen de internamiento en hospital de agudos y en unidades de media y larga estancia y de convalecencia;
- 3) En atención paliativa a enfermos terminales desde atención primaria y especializada;
- 4) En atención a la salud mental de forma coordinada entre atención primaria y especializada;
- 5) En rehabilitación de forma coordinada entre atención primaria y especializada; y
- 6) Mediante la prestación ortoprotésica con la finalidad de mejorar la calidad de vida y autonomía del paciente.

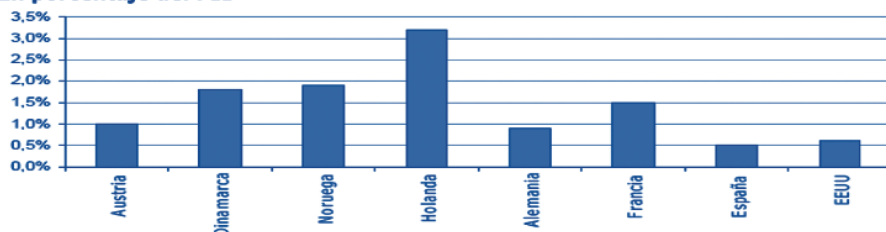
Históricamente, la atención a personas con discapacidad y mayores en lo que hace a autonomía personal se ha caracterizado por tres rasgos definitorios: un nivel de gasto público notablemente inferior a los países de nuestro entorno, como puede observarse en el cuadro de la página siguiente, su alta fragmentación y su carácter asistencial.

El carácter fragmentario, que se mantiene, se deriva de que tras la Constitución de 1978 y con el proceso de descentralización, a partir de comienzos de la década de los ochenta del siglo pasado, las nuevas comunidades autónomas fueron desarrollando su competencia en materia de servicios sociales, dando contenido específico a sus sistemas de atención a las personas con discapacidad y mayores, si bien no excluye la que pueda realizar la Seguridad Social en el ejercicio de sus competencias. Como resultado, en el 2006 coexistían diecisiete sistemas de atención con contenidos, derechos, requisitos de acceso, calidad en la atención, prestaciones y recursos diferentes. A ello hay que sumar los antecedentes de comportamiento particularista de las autono-

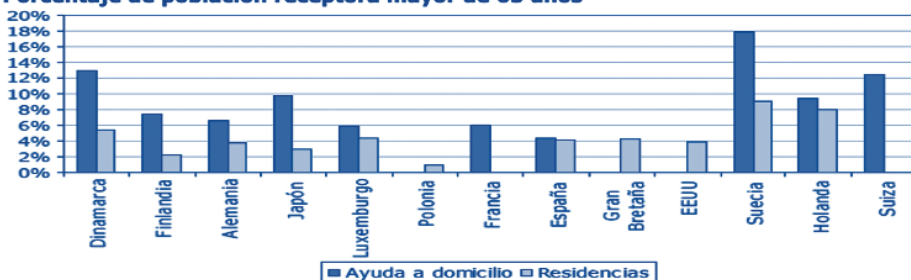
1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

Gasto público en atención a autonomía personal y dependencia

En porcentaje del PIB



Porcentaje de población receptora mayor de 65 años



Fuente: Elaboración propia de AEVAL CON Health Data 2008, OCDE.

mías en materia de servicios sociales. Pero al margen de las implicaciones de esta deriva en relación con el desigual tratamiento de derechos básicos a los ciudadanos, la cobertura garantizada en el ámbito estatal por vía de la Seguridad Social presentaba importantes lagunas, como la exclusión de un volumen importante de población (población menor de 18 años y mayor de 65) y el problema derivado de la vinculación de las cuantías de las prestaciones a la pensión a la que venía referenciada la ayuda (en lugar de determinar la sobre la base de la situación objetiva de necesidad).

En cuanto al carácter asistencial, si bien el acceso se realizaba mediante la aplicación de un baremo donde se valoran elementos tales como la salud, las necesidades de apoyo y la dependencia o la situación social y sanitaria, los recursos económicos de los que disponen los posibles beneficiarios tienen un peso fundamental. Asimismo los recursos públicos empleados tienen una naturaleza discrecional y son en ocasiones de cuantía incierta. Finalmente exis-

tía una notable falta de integración de las dimensiones socio-sanitarias, como ha puesto de manifiesto Rodríguez Rodríguez (2006) y Rodríguez Cabrero (2004) y resalta igualmente la AEVAL¹⁰.

1.10.1 Seis pasos en la mejora de la prestación

En los últimos años, la prestación ortoprotésica han experimentado estos cambios:

- Actualización y homogenización del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, inspirado por el objetivo de acceso universal e igualitario con independencia del lugar de residencia, así como en la cohesión para garantizar la equidad y eficiencia en la atención son otras metas. El Real Decreto 1030/2006 establece la cartera de servicios comunes y el procedimiento de actualización, consensado con comunidades autónomas, técnicos y expertos de sociedades científicas, asociaciones de pacientes y usuarios, etc. Para que los ciudadanos reciban esos servicios de salud de su comunidad donde se encuentren, los diferentes anexos de esa cartera especifican las prestaciones sanitarias (atención primaria, especializada, urgencias) y complementarias, entre las que aparece la ortoprotésica. El anexo VI concreta la cartera de servicios de la prestación ortoprotésica con mayor detalle que la normativa precedente; abarca desde los implantes quirúrgicos a las prótesis externas, órtesis, sillas de ruedas y ortopótesis especiales. Fija no solo los grupos y los subgrupos de los productos incluidos, sino los tipos de producto, para que cada administración sanitaria competente en la gestión fije el catálogo en su ámbito, así como las condiciones de acceso, prescripción, gestión y aplicación. Los servicios de salud que no puedan prestarlos deben coordinarse con los que sí, actividad frecuente entre comunidades, a pesar de que los avances en el

¹⁰ Hervás Soriano, Fernando (dir); Rico Callado (coord.), *La participación de la Administración General del Estado en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*, Ministerio de la Presidencia. Agencia Estatal de la Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios, 2009

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

campo de la medicina generan la incesante renovación de las técnicas, tecnologías y procedimientos de atención.

- Ligera mejora de la cartera de servicios ortoprotésicos, que incluye prótesis mioeléctricas para amputados unilaterales y clarifica la situación de algunos de los componentes externos de los implantes cocleares (procesador, micrófono y antena) que se entienden parte de dicho implante, y por tanto, estaban ya incluidos en la cartera del SNS, como aprobó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 10 de febrero de 2010, medidas que según el propio Ministerio apenas costarán 1,4 millones de euros anuales. Siguen en estudio por parte de la comisión técnica asesora de la prestación, también actualizada por una orden aparecida en el BOE el 4 de mayo del 2011 (cinco representantes estatales, tres de mutualidades y 17 autonómicos, sin incluir representantes de los usuarios como pedía CERMI), otras peticiones: colchones y cojines antiescaras (CERMI y la CEO han valorado su repercusión económica), otros materiales ligeros (de las quince comunidades que informaron al Ministerio, solo tres manifiestan que no los financian), audífonos a mayores de 16 años e incremento en la cuantía económica de la prestación, las baterías para los audífonos y los implantes cocleares, la renovación de todos los componentes externos del implante coclear y la del propio implante si así se indicase, la implantación bilateral (cocleares y osteointegrados), y la prestación para la diadema de uso previo al implante osteointegrado.

Pese a la Ley de Cohesión y Calidad ya citada, los importes y prestaciones de elementos ortoprotésicos por comunidades autónomas registran muchas diferencias entre los importes y los plazos de revisiones. Estamos así todavía lejos de lograr catálogos de prestaciones únicos y suficientes para toda la geografía española, como se requieren. Ni los responsables políticos dicen entender el porqué de los desfases, aunque las propuestas de actualización pueden ser requeridas desde el Gobierno, las comunidades autónomas, Muface o los propios grupos de interés. La Ley de Cohesión y Calidad establece que la actua-

lización de la cartera de servicios tiene que hacerse con criterios técnicos, de evidencia. Además, afirma que cuando el impacto económico sea significativo, se llevará la propuesta al Consejo de Política Fiscal y Financiera para ver quién asume el coste. De ahí que sea conveniente admitir la posibilidad de que en esa comisión técnica exista una representación de las organizaciones de la discapacidad y de los propios ortopédicos, que fueran capaces de aunar una postura común de todos, y defender los derechos de las personas con discapacidad con eficacia ante las administraciones. Una doble representación que intente convencer a la Administración de que el sector de la ortopedia sería un valor añadido clave.

- Catálogo común de ortoprótesis. Varias comunidades autónomas han publicado sus catálogos tras el Real Decreto 1030/2006, aunque la mayoría trabajan con el catálogo de INSALUD de 2001, pese a que recibieron las transferencias sanitarias en 2002. Sanidad espera a que se vayan publicando los nuevos catálogos adaptados para reducir las diferencias. En enero del 2008 volvió a plantearse la posibilidad de ese catálogo común, creándose un grupo de trabajo entre comunidades y mutualidades que ha realizado su trabajo. Este contribuirá a que haya una mayor homogeneidad en la aplicación de la prestación ortoprotésica. Si una comunidad o mutualidad desea aplicarlo en su ámbito, tiene que incluirlo previamente en su normativa, aunque la relevancia de las mutualidades en este frente resulta lamentablemente escasa, ya que son más transparentes en la información; por ejemplo, la última memoria de Muface informa que la prestación ortoprotésica correspondiente al Catálogo de Material Ortoprotésico ocupó el año 2009 el tercer lugar por volumen de gasto, con un 10,44% del total, porcentaje similar al del año anterior (10,70%), y con 16.583 expedientes (3,91%). El importe medio por expediente fue de 231,49 euros, suponiendo un descenso del 11,79% respecto a 2008, que fue de 262,46 euros. El gasto total en prestaciones ortoprotésicas y otras prestaciones sanitarias durante el ejercicio 2009 ascendió a 40.515.915,94 euros, lo que supone un 0,93%

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

más que el año anterior, con un gasto por persona protegida y año de 26,40 euros. La ministra de Sanidad se comprometió en sede parlamentaria a actualizar el catálogo ortoprotésico de forma progresiva y basada en la evidencia científica, mientras la portavoz del PP en la correspondiente Comisión del Congreso declaró la última actualización como “cutre”, recordando que en España tenemos 108.000 personas con lesión medular, de las que 34.000 necesitan productos de apoyo para que puedan mantener su cuerpo en una misma posición, aparte de contar con 520.000 personas con deficiencia auditiva, que sin prótesis no pueden seguir una conversación adecuada y de las cuales solo 113.000 tienen una prótesis. Pero el Ministerio reitera que este catálogo sirve de punto de partida para nuevas actuaciones destinadas a avanzar en la fijación de criterios comunes en las diferentes comunidades autónomas.

- Actualización de la guía descriptiva de ortoprotésis para ofrecer información, consensuada entre expertos, que facilite el quehacer clínico y ayude a garantizar una correcta indicación y seguimiento de la ortoprotésis, así como el manejo adecuado de los pacientes, a la vez que sea un vehículo de transmisión de conocimientos, dirigido a homogeneizar la terminología utilizada tanto por los prescriptores como por los gestores de la prestación. El comité asesor para la prestación ortoprotésica acordó llevar a cabo la actualización del tomo I de la guía de ortoprotésis, que comprende cuatro apartados: ortoprotésis especiales, silla de ruedas, prótesis de tronco y prótesis distintas a la de miembro.

- Acordar importes máximos de financiación. Una vez acordado el catálogo común se ha iniciado una línea de trabajo para fijar importes máximos de financiación basados en la Ley 53/2002, de medidas fiscales, administrativas y de orden social. Esta faculta al Gobierno para que, previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, establezca importes máximos de financiación tanto para los productos dietéticos como para la

prestación ortoprotésica. En su día se acordó empezar por los productos dietéticos y recabar la experiencia necesaria para continuar con la prestación ortoprotésica; el grupo de trabajo se reunió por primera vez en octubre de 2009. Los trabajos se han iniciado por las ortoprotésis externas, para continuar después por los implantes quirúrgicos.

Según también Sanidad, existe un amplio consenso para mejorar la calidad, la seguridad y la equidad de la prestación, para lo que trabaja en colaboración con las comunidades, los profesionales, la sociedad científica y las asociaciones de pacientes y personas usuarias, al igual que a la hora de fijar el contenido de la prestación, homogeneizarla en las comunidades autónomas y actualizar el catálogo con las dos citadas prestaciones adicionales. En esta línea, el consejo interterritorial extraordinario del Sistema Nacional de Salud, celebrado el 18 de marzo del 2010 alcanzó un acuerdo por la sanidad que contempla un conjunto de acciones y medidas para mejorar la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del sistema. La incorporación a la cartera de servicios de las prestaciones técnicas que demuestren relación entre efectividad y coste contribuirá a la mejora de la eficiencia y sostenibilidad del sistema.

1.10.2 Propuestas de CERMI para actualizar la prestación

El CERMI, como representación de la sociedad civil organizada en torno a la discapacidad, lleva años demandando la reforma de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud con un replanteamiento amplio y profundo que contemple la ampliación y actualización de la prestación ortoprotésica.

La revisión del catálogo ortoprotésico, según CERMI, ha de ser considerada además como una oportunidad para diseñar un Sistema de actualización y revisión continua que permita una adaptación continua a los constantes avances en investigación

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

Coste y prestación de determinados elementos ortoprotésicos

Descripción	Prestación	PVP ín.	Observaciones
Silla pasiva aluminio multiarticulada, basculante y multiposicional	No incluida	1.000-3.000 €	Para 3ª edad o lesiones muy invalidantes
Silla Semi-activa de aluminio		450 €	Para personas con una vida no muy activa
Silla activa aluminio	Depende de C.A.	2.000 €	Para personas con una vida muy activa. Sin esta silla la independencia se ve seriamente limitada.
Silla activa carbono	No incluida	3.000 €	El inferior peso respecto a la de aluminio mejora la independencia del usuario
Silla activa titanio	No incluida	3.200 €	El inferior peso respecto a la de aluminio mejora la independencia del usuario
Silla pediátrica autopropulsable básica aluminio	No incluida	1.700 €	Indicadas para lesiones medulares infantiles bajas o parálisis cerebral (PC) leve.
Silla pediátrica pasiva multiarticulada, basculante y multiposicional aluminio	No incluida	1.700 €	Para PC o lesión medular en los primeros años de vida del niño/a
Cojines antiescaras básico de células de aire	No incluida	500 €	Solo están incluidos en la prestación para lesionados medulares.
Cojines de flotación (silicona, líquido o viscoelástico)	No incluida	120 €	Indicado para los pacientes de edad avanzada o que transcurren largos periodos del día sentados.

* Para incluir las sillas de ruedas ligeras sin elevado coste se propone aumentar el plazo de renovación de los actuales 18 hasta un máximo de 48 meses. Fuente: CERMI.

y desarrollo de nuevas soluciones ortoprotésicas. De esta forma, se podría evitar o al menos minimizar el riesgo de que el nuevo catálogo pueda quedar desfasado en poco tiempo.

Precisamente, para apoyar su última demanda de reforma de la cartera de servicios con un replanteamiento amplio y extenso, el CERMI respondió a finales del 2009 con algunos datos a la petición de la Subdirección General de Cartera de Servicios y Nuevas Tecnologías (Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección) del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, de fecha 6 de agosto

de 2009, relativa a la cuantificación económica y técnica de algunas posibles altas en la nueva cartera de servicios, conforme al orden y parámetros establecidos en la petición indicada¹¹.

Este informe incluye las diferencias de costes entre los materiales ligeros (titanio y fibra de carbono) respecto a los actualmente incluidos en la prestación, diferenciando casos de prótesis y los de órtesis¹², como puede verse en el cuadro de la página anterior.

Este y otros informes como los dirigidos a actualizar el catálogo por la prestación destinada a las prótesis auditivas, ya sean audífonos o implantes, ponen de manifiesto la rentabilidad de sus propuestas y describen un contexto no solo de gran disparidad entre las comunidades autónomas, sino la distancia que todavía separa a España de las prestaciones similares en otros países europeos.

La plena universalización de la asistencia sanitaria en este frente, por tanto, es un derecho pero dista todavía de ser un hecho entre las personas con discapacidad, al margen de que incluso queden algunos segmentos de ciudadanos a los que no se les reconoce formalmente el derecho a la asistencia sanitaria pública, como los no afiliados a la Seguridad Social con recursos económicos superiores a los fijados por el Real Decreto 1088/1989. Pero lo importante es que no existe todavía una normativa ni una práctica común a todas las comunidades autónomas respecto al reconocimiento del derecho, aunque paulatinamente como ya se indicó a través de los recientes pasos se vaya homogeneizando tímidamente.

¹¹ CERMI, *Actualización de la cartera de servicios de prestación ortoprotésica. Informe del CERMI a solicitud del MSPS*, 2009, 10 páginas, disponibles en la web: <http://www.cermi.es/NR/rdonlyres/93223ADF-C7E4-4C0C-B372-B779E7E9C0E1/30059/InformeOrtoprotesis2009defdef.doc>

¹² Incluye diferencias de costes de la fibra de carbono y otros materiales ultraligeros respecto al aluminio/materiales no ligeros en sillas de ruedas.

1. EL ENTORNO DE LA ORTOPEDIA

El Sistema Nacional de Salud en el siglo XXI tiene por objeto y finalidad garantizar la protección de la salud de los ciudadanos, a través de un conjunto de servicios y prestaciones sanitarias de carácter preventivo, terapéutico, de diagnóstico, de rehabilitación, así como de promoción y mantenimiento de la salud. De este modo, el Sistema debe proporcionar a todos los ciudadanos una serie de prestaciones de atención sanitaria de índole diversa, como la atención primaria y especializada, las prestaciones complementarias (entre ellas, la prestación ortoprotésica y el transporte sanitario), los servicios de información y documentación sanitaria, y la «prestación farmacéutica» (configurada tanto por los «medicamentos» como por los «productos sanitarios» necesarios para conservar o restablecer la salud. Normas y prestaciones de las que existe en España una amplia información, entre la cual no se encuentra sin embargo el detalle del desglose y evolución de la prestación ortoprotésica.

1.11 Necesidad de un nuevo marco de relaciones

La escasa información y conocimiento sobre el sector de la ortopedia en España dificulta la correcta toma de decisiones por parte de todos los agentes implicados. Afecta, en primer lugar, a las personas usuarias, que no disponen de una información completa sobre sus derechos a la hora de acceder a esta prestación o tener un conocimiento sobre las posibilidades tecnológicas y la calidad de los productos y servicios ortoprotésicos que se pueden convertir en el mejor aliado para mejorar su calidad de vida.

Los propios gestores de las administraciones públicas responsables de organizar esta prestación desconocen también el importante activo que supone contar con un sector competitivo en este ámbito y prestaciones efectivas. La constante preocupación por los costes parece ser el único indicador que tienen presentes desde el sector público, cuando una prestación de calidad y eficiente genera más ahorros que gastos para la sanidad y la sociedad en su conjunto, tal y como se defiende en este documento.

Por último, los profesionales sanitarios que prescriben y deciden qué es lo mejor para los usuarios y pacientes tampoco tienen un acceso a la mejor información y formación sobre los productos y servicios ortoprotésicos, problema acrecentado por la existencia de diferentes categorías de establecimientos de ortopedia, cuando la experiencia aconseja que deberían reducirse solo a una, con el espacio la representación y los niveles técnicos adecuados, eliminado la posibilidad de subcontratación de servicios. De ahí que tenga tanta fuerza la sugerencia del sector profesional de contar con sistemas de control de los trabajos realizados por parte de peritos imparciales pertenecientes al cuerpo de administraciones del estado. Esta desinformación perjudica la transparencia del sector, al condicionar las decisiones a las relaciones y vínculos que se establecen entre empresas y profesionales. Y este marco de relaciones a superar tiende a acentuar, en vez de resolver, los problemas de la ortopedia, entre ellos la falta de regulación y reconocimiento profesional, formación insuficiente, imposibilidad de converger con la unión europea, falta de regulación adecuada de los establecimientos de ortopedia, falta de catálogos de prestaciones únicos y suficientes para toda la geografía española.

Con este segundo Libro Blanco se trata de completar el conocimiento del potencial y también las principales carencias y obstáculos que afronta este sector, con otros datos estadísticos como los que seguirán en el siguiente capítulo, de forma que redunde en un mejor funcionamiento de la Ortopedia en España.

LIBRO
BLANCO
DE LA
PRESUPUESTO
ORTO
2012

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Para elaborar este apartado del Libro Blanco, se ha recabado, por un lado, la normativa que afecta al ámbito de la discapacidad y la ortopedia en España, con el fin de fijar los límites legales en los que se desenvuelve esta disciplina sanitaria. Por otro, se han recopilado todas las fuentes de información estadísticas disponibles para mostrar la realidad del sector, partiendo de los datos disponibles en la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia que elabora el Instituto Nacional de Estadística, completando la información con las distintas clasificaciones nacionales existentes sobre actividades económicas, ocupaciones, productos y educación.

En consecuencia, el objetivo inmediato es analizar el favorable impacto del sector en lo económico y en lo social a partir de la recopilación, estudio y análisis de las estadísticas disponibles sobre las correspondientes actividades profesiones incluidas en la clasificación nacional de actividades económicas y en la clasificación nacional de ocupaciones, tanto dentro del sector industrial como del comercial y de otros servicios. Ello ha requerido centrar el trabajo en el uso de las siguientes cuatro clasificaciones oficiales:

- Clasificación nacional de actividades económicas
- Clasificación nacional de ocupaciones
- Clasificación nacional de productos por actividades
- Clasificación nacional de educación

Tales clasificaciones han permitido estudiar todos los datos estadísticos disponibles sobre el sector en las estadísticas oficiales, hayan sido o no publicados por sus respectivas fuentes, y en concreto las de producción y venta mayorista y minorista de productos ortoprotésicos, además del empleo necesario para ellas.

Después se ha intentado ampliar la información al incluir el consumo anual de productos ortoprotésicos dentro del SNS y del sector privado, usuarios reales de la prestación –personas con discapacidad y mayores–, patologías que requieren de la prestación, etc., siempre y cuando existan datos oficiales u oficiosos sobre el particular, para compararlos con los de otros países europeos, así como analizar su consistencia interna. Cabe recordar que hay censadas 137 patologías susceptibles de recibir tratamiento ortoprotésico.

Ese intento de búsqueda de consistencia ha llevado a intentar cuadrar en la medida de lo posible la producción y la venta con el consumo público y privado, añadiendo para ello las importaciones y exportaciones del sector, también en la medida en que las estadísticas disponibles lo permiten.

La investigación, por tanto, ha sido eminentemente cuantitativa, no cualitativa. Eso significa que se ha intentado buscar los datos y series estadísticas más actuales, relevantes, incontrovertibles y comparables internacionalmente, así como los parangones estimados más relevantes en cada caso con otros sectores o actividades nacionales, europeas e internacionales.

En aras de ese carácter irrefutable, el estudio se basa en la mayor medida en que se pueda en conceptos, clasificaciones, variables e indicadores estadísticos reconocidos o reconocibles y asumible por las administraciones públicas, los medios de comunicación, las organizaciones empresariales y sindicales, los organismos internacionales, etc.

Igualmente, la necesaria comparación ha requerido utilizar también, en la medida de lo posible, categorías o clasificaciones de actividad, ocupación o titulación que encuentren reconocimiento internacional.

Para ello se analizarán igualmente los datos disponibles en las estadísticas de la OCDE, la OMS y la Unión Europea. Tareas cuyas con-

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

clusiones –ya adelantamos– subrayan las diferencias entre países en el acceso a las prestaciones ortoprotésicas y el escaso esfuerzo presupuestario que España realiza para responder a las necesidades de un colectivo de población en continuo crecimiento.

Se comenzará el análisis estadístico que sigue por el estudio de los actores (las personas con discapacidad), con el fin de extenderlo luego a cada uno de los ámbitos en los que puede ser observada con estadísticas oficiales su incidencia económica. Pero antes, y para poder adentrarse con rigor en esa segunda tarea, se debe afrontar el complejo y cambiante asunto de las clasificaciones estadísticas, por cuanto podrán en el futuro ayudar introducir una claridad y comparabilidad internacional cuya necesidad resultan evidentes e imperiosas.

2.1 Realidad y evolución de las discapacidades

La EDAD 2008, como ya se decía al describir el entorno del sector, se basa en las personas que afirman presentar algún tipo de discapacidad. Es decir, recoge la percepción subjetiva de las personas acerca de su situación de discapacidad. Por tanto, sus cifras no tienen por qué corresponderse con otras informaciones estadísticas oficiales nacidas de otros métodos, como por ejemplo el número de personas beneficiarias o que tienen derecho a percibir una ayuda económica o prestación socioeconómica, así como tampoco con las cifras oficiales que se estudiarán más adelante sobre la actividad comercial en los establecimientos autorizados. Además, el INE ha introducido variaciones muy significativas en la presentación de los datos que dificultan en extremo la comparación de cualquier magnitud.

En su primera edición, en 1986, la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías estableció la cifra de 5.700.000 personas con discapacidad en España, lo que representaba un 15% de la población total. Trece años después, en la segunda oleada de la Encuesta, denominada entonces sobre Discapacidades, Deficien-

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

Tipos de discapacidad por edad y sexo en España (En miles de personas de 6 y más años)

	Total	Varones	Mujeres
Total	3.847,9	1.547,7	2.300,2
Visión	979,2	371,4	607,8
Percibir cualquier imagen	58,3	24,6	33,7
Tareas visuales de conjunto	673,6	236,9	436,7
Tareas visuales de detalle	662,1	239,9	422,2
Otros problemas de visión	357,4	140,8	216,6
Audición	1.064,6	456,1	608,5
Recibir cualquier sonido	59,7	28,3	31,4
Audición de sonidos fuertes	397,6	163,9	233,6
Escuchar el habla	975,9	412,0	563,8
Comunicación	737,2	338,5	398,7
Producir mensajes hablados	410,6	195,9	214,7
Recibir mensajes hablados	363,7	154,2	209,5
Comunicación de mensajes escritos	457,3	204,3	252,9
Comunicación de mensajes de gestos, señales o símbolos	255,4	103,5	151,8
Mantener una conversación	409,5	188,3	221,1
Comunicación a través de dispositivos y técnicas	520,1	226,0	294,2
Aprendizaje y aplicación de conocimientos y tareas	630,1	264,7	365,3
Uso intencionado de los sentidos (mirar, escuchar, etc.)	287,0	123,5	163,5
Aprendizaje básico (leer, escribir, contar)	434,7	184,1	250,5
Realizar tareas sencillas	320,7	115,5	205,2
Realizar tareas complejas	528,1	210,6	317,5
Movilidad	2.544,1	885,7	1.658,4
Cambiar las posturas corporales básicas	1.060,7	334,5	726,1
Mantener la posición del cuerpo	1.128,3	370,1	758,2
Desplazarse dentro del hogar	915,0	298,4	616,6
Desplazarse fuera del hogar	1.669,5	553,5	1.116,0
Desplazarse utilizando medios de transporte como pasajero	1.582,4	510,4	1.072,0
Conducir vehículos	448,4	246,1	202,3
Levantar y llevar objetos	1.394,7	440,5	954,3
Mover objetos con las extremidades superiores	1.004,2	314,1	690,1
Uso fino de la mano	775,7	252,8	522,8
Autocuidado	1.834,6	651,3	1.183,3
Lavarse	1.263,9	421,7	842,2

(Continuación de esta tabla en la página siguiente)

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

*Tipos de discapacidad por edad y sexo en España (continuación)
(En miles de personas de 6 y más años)*

	Total	Varones	Mujeres
Cuidados de las partes del cuerpo	1.215,7	406,9	808,8
Higiene personal relacionada con la micción	735,7	231,3	504,3
Higiene personal relacionada con la defecación	497,9	168,7	329,2
Higiene personal relacionada con la menstruación	32,1	0,0	32,1
Vestirse y desvestirse	1.006,7	354,2	652,5
Comer y beber	380,3	143,7	236,7
Cuidado de la propia salud: cumplir prescripciones médicas	865,8	322,0	543,8
Cuidado de la propia salud: evitar situaciones de peligro	672,4	227,6	444,8
Vida doméstica	2.095,3	613,7	1.481,7
Adquisición de bienes y servicios	1.877,4	550,9	1.326,5
Preparar comidas	1.179,8	400,6	779,2
Realizar los quehaceres de la casa	1.669,8	475,2	1.194,5
Interacciones y relaciones personales	620,9	291,2	329,7
Interacciones interpersonales básicas	255,6	120,1	135,4
Relacionarse con extraños	413,0	177,1	235,8
Relaciones formales	336,6	153,9	182,7
Relaciones sociales informales	348,9	152,7	196,1
Relaciones familiares	354,2	171,5	182,8
Relaciones sentimentales	422,8	205,1	217,7

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008. INE.

cias y Estado de Salud –y debido principalmente a un diseño más restrictivo de los criterios de identificación de la población– la cifra total de personas con discapacidad para España se situó ligeramente por encima de los tres millones y medio, es decir, un 9% de la población. Ahora, la EDAD-2008 ha reducido el porcentaje de población con discapacidad hasta el 8,5%, si bien el número de personas se eleva en casi 400.000.

No obstante, la nueva EDAD 2008 es ya la referencia más completa y principal herramienta de estudio sobre el fenómeno de la discapacidad en España.

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

*Población según grupo de discapacidad
(En miles de personas de 6 y más años)*

	Total
TOTAL	3.847,9
Visión	979,2
Audición	1.064,6
Comunicación	737,2
Aprendizaje, aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas	630,1
Movilidad	2.544,1
Autocuidado	1.834,6
Vida doméstica	2.095,3
Interacciones y relaciones personales	620,9

Fuente: EDAD 2008, INE.

2.1.1 Tipos y causas de discapacidad

A efectos de la Encuesta se ha definido la discapacidad como “la limitación por motivos de salud y de la larga duración en alguna de las 44 actividades investigadas. Las personas con discapacidad se ven limitadas a causa de una deficiencia corporal, como fallo o falta de un órgano o sistema”.

El problema de discapacidad más común es la movilidad. El 67,1% de las personas con discapacidad afirma estar limitada a la hora de moverse o trasladar objetos, mientras que el 55,3% tienen problemas relacionados con las tareas domésticas y las tareas del cuidado e higiene personal suponen una dificultad para el 48,4%.

Las causas de la discapacidad en las personas de seis y más años son múltiples pero la más frecuente es la osteoarticular. Un 42% alega deficiencias en huesos y articulaciones. Los problemas de audición son la segunda causa más corriente de discapacidad en el 28,1% de los casos y los de visión la tercera razón en el 25,8% de las personas con limitaciones en niveles que apenas han sufrido variación alguna respecto a la Encuesta del año 1999. Las deficiencias mentales son las que causan un mayor número de discapaci-

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Discapacidad según su grupo por edad y por %

	Total	De 6 a 64	De 65 a 79	De 80 y más
Total	100,00	100,00	100,00	100,00
Visión	25,85	19,61	28,06	32,75
Audición	28,11	19,42	29,73	39,42
Comunicación	19,46	18,89	14,36	26,32
Aprendizaje, aplic. de conocimientos y tareas	16,64	16,73	11,22	22,84
Movilidad	67,17	59,54	67,76	78,09
Autocuidado	48,44	34,55	48,45	69,56
Vida doméstica	55,32	45,19	53,78	72,54
Interacciones y relaciones personales	16,39	19,46	9,77	19,49

Fuente: EDAD 2008, INE.

Discapacidades por grupos y edad en 1999

	Total	6 a 64 años	65 a 79 años	80 y más años
TOTAL	3.448.862	1.376.210	1.320.533	752.119
Ver	996.543	298.765	418.808	278.970
Oír	956.269	290.647	391.002	274.620
Comunicarse	491.039	230.771	121.909	138.359
Aprender, conocer. y desarr. tareas	562.430	227.869	161.403	173.158
Desplazarse	1.218.968	409.435	477.456	332.077
Utilizar brazos y manos	1.085.958	441.426	389.517	255.015
Desplazarse fuera del hogar	2.077.773	726.946	798.833	551.994
Cuidar de sí mismo	768.439	206.609	245.294	316.536
Realizar las tareas del hogar	1.559.335	510.224	559.040	490.071
Relacionarse con otras personas	558.937	221.408	163.756	173.773

Fuente: Discapacidad y deficiencias, 1999. INE.

dades por personas, con 11,16%, frente a las 8,7 de media que tienen las personas con discapacidad.

Por edad, en el tramo de seis a 44 años las deficiencias predominantes son las mentales, que afectan a un tercio de las personas con discapacidad. A partir de los 45 años priman las osteoarticulares, presentes en más de cuatro de cada 10 personas de este colectivo.

La edad y el sexo tienen una influencia muy acusada en la discapacidad. Así el 59,8% de los 3,8 millones de personas que

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

*Población con discapacidad por regiones
(Tasa por 1000 habitantes)*

	TOTAL
TOTAL	89,70
Andalucía	95,82
Aragón	91,89
Asturias (Principado de)	103,70
Baleares (Illes)	70,99
Canarias	71,32
Cantabria	70,02
Castilla y León	108,63
Castilla-La Mancha	98,94
Cataluña	76,05
Comunitat Valenciana	99,19
Extremadura	109,89
Galicia	112,94
Madrid (Comunidad de)	75,85
Murcia (Región de)	98,02
Navarra (Comunidad Foral de)	74,22
País Vasco	84,47
La Rioja	61,63
Ceuta	113,20
Melilla	118,63

Fuente: EDAD 2008, INE.

sufren una discapacidad son mujeres. Este colectivo presenta tasas de discapacidad más elevadas que los varones en cualquier tipo de discapacidad. 77,5 mujeres por cada mil habitantes afirman presentar un problema de movilidad, frente a los 42,6 casos de hombres. También son más frecuentes los problemas de audición, visión, comunicación o interacciones y relaciones personales entre las mujeres.

2.1.2 Mapa de la discapacidad

El mapa de la discapacidad en España también ofrece pistas muy valiosas a la hora de fijar prioridades en la asistencia sociosanitaria entre las comunidades autónomas. Son las

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Personas con discapacidad por edades en 2008 (En miles)

	Total	De 6 a 64	De 65 a 79	De 70 a 74	De 75 a 79	De 80 a 84	De 85 a 89	De 90 y más
TOTAL	3.787,4	1.560,4	1.201,3	404,7	503,8	482,6	339,8	203,4
Andalucía	716,1	325,3	233,2	78,6	97,6	78,7	51,8	27,2
Aragón	111,6	41,5	31,6	11,2	14,3	19,0	11,2	8,2
Asturias	104,5	37,7	33,1	9,7	17,3	15,2	11,1	7,4
Baleares (Illes)	68,8	34,4	17,8	4,4	8,1	6,6	5,8	4,2
Canarias	135,8	68,6	40,0	15,1	15,3	13,6	7,8	5,7
Cantabria	37,5	14,8	9,1	2,2	4,8	5,5	5,3	2,9
Castilla y León	255,9	81,3	85,9	27,8	40,3	40,6	29,9	18,2
Castilla-La Mancha	182,9	63,7	62,4	20,7	25,8	29,5	17,7	9,6
Cataluña	511,7	212,1	165,6	62,9	61,9	57,7	47,6	28,6
Comunitat Valenciana	452,8	198,2	139,7	44,8	56,4	57,3	36,8	20,8
Extremadura	111,0	41,7	38,1	13,5	17,0	16,1	10,2	4,9
Galicia	292,9	102,5	95,6	29,9	42,9	42,3	32,6	19,9
Madrid	434,8	189,0	133,0	46,3	51,4	47,8	39,7	25,3
Murcia	127,5	56,8	41,5	16,1	14,9	16,3	8,1	4,8
Navarra	41,6	13,1	13,2	3,8	6,2	6,3	5,5	3,4
País Vasco	169,4	65,1	52,8	15,3	25,8	26,0	15,5	9,9
La Rioja	17,9	6,8	4,7	1,2	2,4	2,8	2,0	1,8
Ceuta	7,4	3,8	2,1	0,7	0,6	0,8	0,6	0,2
Melilla	7,3	4,0	2,1	0,6	0,9	0,5	0,6	0,2

Fuente: EDAD 2008, INE.

regiones más envejecidas las que presentan tasas de discapacidad más altas en España. Galicia, con 112,9 por mil habitantes, es la comunidad con mayor tasa de discapacidad, seguida de Extremadura (109,9), Castilla y León (108,6) y Asturias (103,7). Por el contrario, La Rioja (61,6), Cantabria (70,0) y Baleares (70,9) son las comunidades que menor tasa de discapacidad refleja la Encuesta de 2008.

Resulta muy interesante observar las variaciones del número de personas con discapacidad entre comunidades autónomas, ya que sugieren nuevas prioridades en la confección de las políticas y ayudas a la discapacidad en estas regiones.

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

Personas con discapacidad por edades en 1999

	Total	De 6 a 64	De 65 a 69	De 70 a 74	De 75 a 79	De 80 a 84	De 85 y más
TOTAL	3.478.644	1.405.992	386.338	457.269	476.926	370.701	381.418
Andalucía	708.831	319.994	80.861	98.188	89.179	61.625	58.984
Aragón	96.047	31.499	7.494	14.223	15.533	13.288	14.010
Asturias	101.003	37.227	13.078	15.208	12.071	12.322	11.095
Balears (Illes)	56.949	27.265	4.880	5.758	5.711	6.772	6.563
Canarias	106.285	54.394	10.889	10.767	10.422	9.806	10.007
Cantabria	48.150	18.402	4.939	6.409	6.789	5.401	6.210
Castilla y León	275.300	84.213	30.868	38.262	46.642	33.664	41.651
Castilla-La Mancha	164.896	57.015	20.197	24.048	26.513	18.511	18.612
Cataluña	564.513	224.960	63.582	69.032	81.956	60.131	64.852
Comunidad Valenciana	312.875	124.921	32.831	38.876	48.185	34.881	33.181
Extremadura	102.291	35.102	11.787	16.472	13.510	11.874	13.546
Galicia	272.190	103.570	26.547	36.087	36.561	31.936	37.489
Madrid	347.800	149.996	42.291	43.918	41.744	38.946	30.905
Murcia	111.259	48.701	12.150	15.939	15.451	9.650	9.368
Navarra	40.375	14.251	3.813	5.260	5.361	4.800	6.890
País Vasco	143.601	62.908	17.823	16.215	17.345	14.228	15.082
Rioja (La)	14.103	5.226	1.254	1.003	2.551	1.969	2.100
Ceuta	5.469	2.865	299	772	551	377	605
Melilla	6.708	3.481	756	832	849	521	268

Fuente: Discapacidad y deficiencias, 1999. INE.

Andalucía sigue siendo la comunidad con un mayor número de personas con discapacidad, pero este grupo ha experimentando un crecimiento más rápido en otras autonomías, como la valenciana. La Comunidad Valenciana ha visto incrementado en más de 140.000 su grupo de población con discapacidad en tan solo diez años, que si bien coincide con el fuerte alza de la población inmigrante tampoco se explicaría en su totalidad, ya que este sector está constituido por personas jóvenes. Aunque lo más lógico hubiese sido considerar que este fenómeno se debe al incremento del número de europeos y nacionales que han elegido como residencia la región levantina para disfrutar de su jubilación, los datos recogidos en la EDAD 2008 mues-

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Tipos de gasto por discapacidad los últimos 12 meses (Miles de hogares)

	Total
Total	3.283,5
Ayudas técnicas	265,0
Adaptaciones	110,4
Asistencia personal	204,1
Tratamientos médicos, terapéuticos, habilitadores, rehabilitadores	275,1
Fármacos	268,4
Transporte y desplazamientos	229,7
Escolarización, formación, aprendizaje, adiestramiento	30,5
Vivienda	62,2
Equipamiento y suministros del hogar	78,0
Ropa, útiles personales de uso común	78,7
Defensa de derechos, protección legal	7,0
Protección (previsión) económica	5,4
Trámites, gestión, administración	10,6
Otros gastos	109,4
No ha tenido gastos en los últimos 12 meses	2.138,1
No consta	198,3

Fuente: EDAD 2008, INE.

tran que el aumento se reparte al 50 por ciento entre los tramos de 6 a 64 años y el de 65 años en adelante.

Otras comunidades que han visto grandes incrementos son la de Madrid y Canarias, mientras que han tenido reducciones espectaculares Cataluña, con 46.813 personas menos, o Castilla y León (**ver tablas de las páginas 94 y 95**).

2.1.3 Gastos por hogares: los productos de apoyo

Otro dato novedoso que aporta la EDAD 2008 en relación con el trabajo de 1999 son los gastos en los que incurren los hogares con personas con discapacidad durante el último año.

Los tratamientos médicos de rehabilitación suponen el desembolso más frecuente para este tipo de hogares. Hasta 275.100 hoga-

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

Limitación según los principales tipos de gasto (En miles de hogares)

	Visión	Audición	Comunicac.	Aprendizaje	Movilidad	Autocuida	Domésticos	Relaciones
Total	920,6	1.009,2	694,3	604,8	2.294,6	1.681,8	1.914,0	588,7
Ayudas técnicas	89,2	121,8	72,0	51,6	187,2	147,3	160,4	48,7
Adaptaciones	35,7	34,6	38,2	33,6	99,3	84,6	85,6	31,7
Asistencia personal	59,3	65,6	78,9	73,1	178,8	160,2	179,0	67,0
Tratamiento médico y rehabilitador	84,0	67,5	66,7	60,7	208,3	147,9	170,1	56,7
Fármacos	81,7	69,6	69,4	65,2	210,5	153,7	174,5	64,7
Transporte y desplazamientos	71,7	59,1	59,9	53,7	185,1	142,5	159,8	51,1
Formación y aprendizaje	3,2	3,9	22,1	20,1	17,8	18,4	15,5	17,1
Vivienda	20,7	17,7	17,2	15,6	55,8	43,9	48,6	18,2
Equipamiento y hogar	26,6	25,1	29,7	25,9	67,5	56,3	61,9	25,8
Ropa, útiles de uso común	29,4	21,6	35,2	35	66,6	59,8	60,4	34,0
Defensa, protección legal	1,2	1,6	1,2	0,7	5,8	3,4	4,5	1,9
Protección económica	2,4	1,2	1,1	1,0	3,9	2,6	3,7	1,3
Trámites, gestión, administración	3,0	2,7	1,1	2,1	7,9	6,5	7,2	1,7
Otros gastos	35,7	34,4	33,2	27,4	84,5	68,0	79,0	29,2
Sin gastos en últimos 12 meses	579,5	646,1	386,8	339,2	1.427,3	1.012,1	1.161,0	329,2
No consta	59,0	64,7	39,1	36,6	135,3	95,0	115	36,3

Fuente: EDAD, 2008.

res precisan esta atención, por delante de fármacos, pagados por 268.400 hogares. Pero en tercer lugar figuran los productos de apoyo como sillas de ruedas, bastones o audífonos, y las ayudas al transporte y desplazamientos.

De los 3,8 millones de personas con discapacidad, más de 2,5 millones reciben algún tipo de ayuda técnica, personal o ambas, 517.900 personas más que en 1999. Los más demandados son los cuidados médicos y/o de enfermería. Hasta 1,1 millones solicitó esos servicios sociosanitarios, frente a los 692.600 usuarios de 1999. Este incremento de la demanda se triplica en el resto de servicios sociosanitarios, como pruebas diagnósticas, salud mental y asistencia psiquiátrica, rehabilitación, podología, actividades culturales y de ocio o tiempo libre y teleasistencia sanitaria y social.

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

*Tipo de transporte por grupo de discapacidad y sexo
(Unidades: miles de personas de 6 y más años)*

	Total	Visión	Audición	Comunicac.	Aprendizaje	Movilidad	Autocuida	Domésticos	Relaciones
Total	3.787,4	979,2	1.064,6	737,2	630,1	2.544,1	1.834,6	2.095,3	620,9
Vehículo adaptado	173,2	34,2	35,9	29,7	27,2	140,7	92,1	106,7	26,5
Vehículo no adaptado	2.022,4	494,7	581,8	376,6	328,5	1.394,4	1.023,3	1.172,5	314,3
Transporte público	1.475,0	389,0	393,4	232,8	191,1	918,3	587,1	716,9	195,9
Transporte especial	320,5	98,7	79,2	133,5	118,8	292,3	273,9	273	125,9
Otros tipos de transporte	104,4	28,5	31,1	22,3	19,4	66,8	45,8	52,4	21
No utiliza transporte	252,5	72,2	78,6	66,5	53,9	167,3	124,9	143,2	53,6
No consta	318,7	75,7	105,2	51,4	46,4	170,5	119,4	129,4	41,8

Fuente: EDAD 2008, INE.

Si nos fijamos solo en los productos de apoyo, cabe resaltar que, de las registradas en 265.000 hogares, una amplia mayoría –en concreto 187.200– lo es a la movilidad, grupo seguido por los 160.400 hogares con productos de apoyo en la vida doméstica, los 147.400 hogares con ayudas para el autocuidado y otros 121.800 a la audición. El resto de las funciones que requiere productos de apoyo (visión, comunicación, aprendizaje e interacciones y relaciones personales) son necesarias en cada tipo por menos de 100.000 hogares. Los datos del cuadro de la página anterior se refieren a los últimos doce meses encuestados.

Las cifras demuestran que en la última década las personas con discapacidad y sus familias reclaman más atención de los servicios sociosanitarios, en una tendencia que se consolida como un derecho gracias a la implantación de la Ley 39/2006. El 88,9% de los 1,8 millones de personas con limitaciones totales para alguna actividad recibe algún tipo de ayuda. Desde la perspectiva del transporte utilizado, de las casi 3,79 millones de personas con discapacidad que lo utilizaron, solo 252.500 no utilizaron transporte. De quienes sí lo usaron, solo 173.200 tenían vehículo propio adaptado en el último año en el que se ha realizado la encuesta, mientras que otras 320.500 personas

utilizaron un transporte especial. El resto se movieron con vehículo particular no adaptado (el caso más numeroso: 2,02 millones) o usaron los transportes públicos (alrededor de 1,4 millones de personas).

2.1.4 Pagos por los servicios: alta relevancia de la gratuidad

Otro aspecto de gran relevancia es la considerable dimensión de la gratuidad en los servicios sanitarios o sociales recibidos por las personas con discapacidad, derivada tanto de la alta correlación de este grupo social con situaciones de bajos ingresos e incluso de necesidad como de la extensión de los servicios sanitarios y sociales públicos en las últimas décadas.

En concreto, de los 2,2 millones de personas con discapacidad que han recibido servicios sanitarios y sociales, algo más de 2 millones se han beneficiado de la gratuidad. Solo 300.000 declararon en la última Encuesta haber incurrido en pagos directos y otros 108.000 en pagos mixtos.

De los servicios más vinculados al sector ortoprotésico vamos a destacar obviamente los de transporte y rehabilitación, dentro de los que aparecen pormenorizados en el cuadro adjunto. Los primeros que acabamos de citar son los que registran mayores tasas de gratuidad durante el último año, pues de los 326.600 registrados nada menos que 293.000 tuvieron ese carácter y poco más de 20.000 tuvieron pago directo o mixto.

En cuanto a los servicios de rehabilitación, de los 138.700 de carácter médico-funcional registrados en los últimos 14 días previos a la Encuesta fueron gratuitos 86.500. Mayores tasas de gratuidad se alcanzaron en los 37.400 servicios rehabilitadores del lenguaje y los otros 33.300 directamente ortoprotésicos, de ellos 19.700 gratuitos.

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Servicios según forma de pago los últimos 14 días (Unidades: miles de personas de 6 y más años)

	Total	Gratuito	Directo	Mixto	No consta
Total	2.203,0	2.005,9	300,0	108,6	50,1
Cuidados médicos y/o de enfermería	1.149,3	1.056,3	63,3	17,5	34,8
Pruebas diagnósticas	660,3	590,9	37,3	9,1	30,0
Servicios de podología	118,4	39,2	63,6	6,6	9,4
Rehabilitación médico-funcional	138,7	86,5	39,2	5,2	10,5
Rehabilitación del lenguaje/logopeda	37,4	21,0	11,3	2,7	3,8
Rehabilitación ortoprotésica	33,3	19,7	8,8	2,3	3,2
Atención psicológica y/o en salud mental	139,9	110,4	21,2	3,3	7,6
Teleasistencia	62,4	51,4	5,2	1,9	4,1
Atención domiciliar programada	105,6	81,4	13,4	8,3	5,1
Ayuda a domicilio de carácter social	97,2	65,4	9,5	21,2	2,7
Centro de día	64,2	40,1	10,9	11,8	1,4
Centros ocupacionales	34,7	23,2	6,2	4,4	1,1
Actividades culturales, recreativas y de ocio	75,0	46,2	17,3	7,3	6,6
Terapia ocupacional y/o adiestramiento en AVD	63,4	43,8	11,6	5,5	2,9
Información, asesoramiento y valoración	408,1	345,1	35,9	6,6	30,5
Asistencia sanitaria prestada por personal hospitalario	1.103,0	1.015,9	51,8	14,3	39,8
Atención psicosocial a familiares	60,9	47,7	7,5	1,9	4,9
Servicios de respiro: estancias temporales	34,7	24,5	5,0	1,9	3,6
Servicios de intérpretes de la lengua de signos	4,7	3,2	0,3	0,0	1,1
Otros sistemas alternativos de comunicación	10,2	6,7	2,5	0,1	0,9
Transporte sanitario y/o adaptado	326,6	296,0	16,1	5,8	12,5
Centros residenciales	20,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Turismo y termalismo para personas con discapacidad	33,4	8,9	12,6	11,4	1,2
Orientación/preparación laboral	22,0	17,5	0,9	1,4	2,5
No consta	298,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: EDAD 2008, INE.

2.1.5 Empleo

El acceso al mercado laboral es uno de los factores fundamentales para lograr la inclusión social de las personas con discapacidad. Pero tan solo el 28,3% (419.100) de los 1,48 millones de personas con discapacidad en edad laboral está ocupado, mientras un 7,2% se encuentra en desempleo. La tasa de activi-

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

Actividad por grupo de deficiencia(en miles de personas)

	Total	Mentales	Visuales	Oído	Lengua	Osteoartic	Nervios	Viscerales	Otras
Total	1.482,1	285,7	238,5	256,3	31,5	511,8	225,0	161,8	30,3
Trabajando	419,1	32,2	84,0	112,7	4,6	131,9	38,4	22,7	3,1
En desempleo	107,0	16,9	18,1	16,7	2,4	38,5	16,4	8,7	3,3
Con pensión contributiva o incapacidad	451,4	90,3	63,1	60,3	14,7	174,5	87,0	73,1	12,1
Percibiendo otro tipo de pensión	158,3	61,7	18,8	15,1	2,6	45,8	30,9	18,7	2,7
Incapacitado para trabajar	85,9	38,1	8,4	6,0	2,6	24,5	19,7	8,4	2,3
Estudiando	33,9	13,7	4,7	4,9	2,1	4,1	3,7	1,4	0,7
Principalmente labores del hogar	183,6	14,6	36,0	37,0	2,0	82,1	21,9	26,2	4,5
Trabajos sociales o benéficos	1,8	0,6	0,1	0,2	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0
Otra situación	41,1	17,5	5,3	3,3	0,4	9,9	6,9	2,6	1,6
No consta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: EDAD, 2008.

dad en este grupo está muy por debajo de la que registra la EPA (58,9%) y es, sin duda, una de las asignaturas pendientes de la sociedad.

Las diferencias de género se agravan también a la hora de acceder a un empleo. El porcentaje de mujeres con discapacidad que trabaja es casi diez puntos inferior al de los hombres. Si se comparan los datos de 2008 con los obtenidos en 1999, apenas se han registrado avances. La tasa de empleo de los hombres se mantiene en el 33%, mientras que la de las mujeres sí ha experimentado cierta mejoría al subir del 19% al 23,7%. Es evidente el esfuerzo que aún hay que hacer para facilitar la entrada al mercado. La legislación cuenta con instrumentos para fomentar su participación, como el contrato específico para personas con discapacidad o la cuota de reserva de empleo público. Pero el gran reto es mejorar las perspectivas laborales a través de la formación y los incentivos a la contratación que reduzcan la inactividad, que afecta a casi un millón de personas, de las que solo 609.700 perciben una pensión contributiva u otro tipo de pensión.

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

*Discapacidad estudios terminados por edad y sexo
(Miles de personas de 6 y más años)*

	Ambos	Varones	Mujeres
Total	3.787,4	1.511,3	2.276,2
No procede, es menor de 10 años	30,0	19,1	10,8
No sabe leer o escribir	405,8	109,3	296,5
Estudios primarios incompletos	1.285,3	452,2	833,1
Estudios primarios o equivalentes	1.106,7	459,6	647,1
Educación secundaria de 1ª etapa	356,8	162,5	194,2
Estudios de bachillerato	214,6	112,9	101,7
Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes	109,9	54,8	55,1
Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes	70,1	39,6	30,5
Estudios universitarios o equivalentes	198,6	96,7	101,8
No consta	9,8	4,4	5,4

Fuente: EDAD, 2008.

Por grupos de discapacidad, las personas con problemas auditivos y visuales presentan los porcentajes más altos de ocupación, con un 42,8 y 32,8%, respectivamente, 14 puntos por encima de la media en el primer caso. La falta de movilidad, la discapacidad más importante en España, tiene una repercusión muy negativa en la empleabilidad de este grupo de personas, ya que tan solo el 21,6% de las más de 900.000 personas con este tipo de discapacidad estaba ocupado. Los avances registrados en las prestaciones ortoprotésicas y la mejora de las condiciones de accesibilidad deben también facilitar la entrada de este grupo de población al mercado de trabajo.

Una formación adecuada puede contribuir en gran medida a superar situaciones de desventaja, sobre todo entre 6 y 15 años. El 97,2% de estos niños está escolarizado. Según la EPA, el 10,5% de la población con discapacidad dispone de estudios universitarios o equivalentes, frente al 24,1% de la población. Los estudios de bachillerato también están por debajo. Solo el 11,6% de la población con discapacidad los ha finalizado, por el 15,8% del resto de la población. En cambio, existe un mayor porcentaje

Salud según edad y sexo (Miles de personas de 6 y más años)

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	3.787,4	1.511,3	2.276,2
Muy buena	80,4	46,0	34,4
Buena	921,5	458,8	462,7
Regular	1.667,2	624,6	1.042,6
Mala	862,6	292,7	569,9
Muy mala	246,0	83,9	162,1
No consta	9,8	5,1	4,7

Fuente: EDAD, 2008.

de personas con discapacidad que ha terminado enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes. El 9,7% ha alcanzado este nivel de estudios frente al 9,1% de la población.

2.1.6 Tiempo libre y ocio

La EDAD 2008 también analiza las actividades de tiempo libre que realizan las personas con discapacidad. Ver televisión o DVD, escuchar la radio o música, hacer ejercicio físico o leer son, por este orden, las preferidas. También valora qué actividades les gustaría hacer y no pueden a causa de su discapacidad. El 23% de estas personas apunta el ejercicio físico, mientras que viajar (22,4%), hacer manualidades y artesanía u otras aficiones (12%) o ir de compras (10,8%) son otras opciones que están fuera del alcance de este grupo. Uno de los datos relevantes es que 608.000 personas con discapacidad viven solas, un 24% más que el dato recogido en 1999.

2.1.7 Salud

También se aborda por primera vez el estado de salud de la población con discapacidad. Casi la mitad de este grupo de población describe su estado de salud como regular. Para más de 860.000 personas es malo y 246.000 lo califican de muy malo. En total, más

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

de dos tercios no gozan de buena salud, un indicador de las muchas dolencias y enfermedades que arrastra este grupo y que merece una atención especial de los servicios de salud. Las mujeres son el grupo que peor estado de salud tiene, con una gran diferencia respecto a los hombres tanto en número como en intensidad, como se puede apreciar en la tabla de la página anterior.

No valoran los motivos alegados para sentirse mal por quienes residen en viviendas familiares, aunque sí en el caso de los residentes en centros. Las enfermedades crónicas más usuales diagnosticadas a este grupo son la artritis y artrosis en el 40,4% de las mujeres y el 20,2% de los hombres, seguido de demencias que no incluyen el Alzheimer en el 23,7% de las mujeres y el 17,9% de los hombres. Si se suman todas las deficiencias mentales en conjunto se observa que constituyen la primera causa de discapacidad en residencias al ser el origen del 60% de las discapacidades declaradas. Otras dolencias comunes son las cataratas, los accidentes cardiovasculares o los infartos y cardiopatías isquémicas.

2.1.8 Discapacidad en residencias

La EDAD-2008 por primera vez incluye y diferencia a las personas que residen en centros, como residencias de personas mayores, centros de personas con discapacidad y hospitales psiquiátricos y geriátricos de larga estancia. En conjunto, de los casi 300.000 residentes en dichos centros, 269.139 declaran tener alguna discapacidad, de los que el 65,2% son mujeres y el 82,6% tiene 65 o más años. A efecto de comparar, la tabla de la derecha muestra los resultados resumidos del año 1999.

2.1.9 Posibles usuarios de cojines y colchones antiescaras

De entre los muchos datos de interés para el sector que cabe extraer de la EDAD 2008 figura el de posibles usuarios de cojines

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

*Tipos de discapacidad por edad en 1999.
(En miles de personas de 6 y más años)*

	6 a 64	65 a 79	80 y más	Total
Total	1.405.992	1.320.533	752.119	3.478.644
Percibir cualquier imagen	17.907	17.376	24.258	59.541
Tareas visuales de conjunto	168.453	218.624	144.143	531.220
Tareas visuales de detalle	163.532	274.641	187.213	625.386
Otros problemas de visión	88.526	118.163	68.707	275.396
Recibir cualquier sonido	46.952	33.102	22.340	102.394
Audición de sonidos fuertes	65.905	92.789	72.042	230.736
Escuchar el habla	233.895	341.168	240.575	815.638
Comunicarse a través del habla	71.141	53.733	48.575	173.449
Comunicarse a través de lenguajes alternativos	50.814	16.321	21.508	88.643
Comunicarse a través de gestos no signados	33.741	15.346	20.680	69.767
Comun. a través de escritura-lectura convencional	191.885	95.669	127.426	414.980
Reconocer personas y objetos y orientarse	69.692	66.385	99.124	235.201
Recordar informaciones y episodios	134.801	140.548	151.428	426.777
Entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas	66.901	48.198	76.900	191.999
Entender y ejecutar órdenes y/o tareas complejas	192.464	84.281	117.826	394.571
Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	244.546	254.699	181.112	680.357
Levantarse, acostarse	353.805	391.175	272.460	1.017.440
Desplazarse dentro del hogar	200.880	292.925	268.716	762.521
Trasladar objetos no muy pesados	349.237	320.706	210.545	880.488
Utilizar utensilios y herramientas	278.019	221.464	182.036	681.519
Manipular objetos pequeños con manos y dedos	224.407	193.358	163.907	581.672
Deambular sin medio de transporte	432.614	613.788	483.692	1.530.094
Desplazarse en transporte público	484.898	650.476	531.215	1.666.589
Conducir vehículo propio	558.125	368.917	0	927.042
Asearse solo: lavarse y cuidar su aspecto	176.715	209.272	293.186	679.173
Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio	81.550	90.047	160.729	332.326
Vestirse-desvestirse y arreglarse	165.944	177.198	242.557	585.699
Comer y beber	61.719	54.762	98.982	215.463
Compras y control de los suministros y servicios	355.693	419.778	431.695	1.207.166
Cuidarse de las comidas	232.354	251.556	349.488	833.398
Limpieza y cuidado de la ropa	285.759	340.089	390.880	1.016.728
Limpieza y mantenimiento de la casa	366.996	450.673	436.193	1.253.862
Cuidarse del bienestar del resto de la familia	245.741	246.003	322.649	814.393
Mantener relaciones de cariño con familiares	67.245	30.807	47.441	145.493
Hacer nuevos amigos y mantener la amistad	174.498	94.295	124.523	393.316
Relacionarse con compañeros, jefes, etc.	208.433	158.819	170.467	537.719

Fuente: Módulo de Discapacidades y Deficiencias, 1999.

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Discapacidad en máximo grado de severidad (Personas de 6 y más años)

	Discapacidad total
Cambiar las posturas corporales básicas	230.600
Mantener la posición del cuerpo	219.800
Desplazarse dentro del hogar	254.200

Fuente: INE. EDAD 2008, y CERMI: Una persona puede tener varias deficiencias de origen.

Población en cama de forma permanente por causas y edad (Casos de 6 y más años)

	Total
Total	121.100
Deficiencias mentales	62.400
Deficiencias visuales	26.400
Deficiencias de oído	20.100
Deficiencias del lenguaje, habla y voz	13.400
Deficiencias osteoarticulares	34.000
Deficiencias del sistema nervioso	46.400
Deficiencias viscerales	22.600
Otras deficiencias	15.700
No consta	0

	Total
Total	121.100
De 6 a 64 años	20.100
De 6 a 44 años	10.300
De 45 a 64 años	9.800
De 65 a 79 años	31.100
De 80 y más años	69.900

Fuente: INE. EDAD 2008. Nota de CERMI: Una persona puede tener varias deficiencias de origen.

y colchones antiescaras. Una estimación directa lo ofrece la Encuesta atendiendo al tipo de discapacidad que mejor se relaciona con el uso de cojines antiescaras¹³ (**ver tabla superior**).

Lesión medular tienen en España, según los últimos datos del INE, 108.300 personas, de las cuales 62.342 reconocen dificultades para mantener el cuerpo en la misma posición, tarea para la cual utilizan productos de apoyo 34.535. La información está extraída de la encuesta de hogares, por lo que el INE no ha contabilizado a personas que residen en establecimientos colectivos, que pudieran disponer ya de esa ayuda.

¹³ CERMI, *Actualización de la cartera de servicios de prestación ortoprotésica. Informe del CERMI a solicitud del MSPS*, 2009, 10 páginas, disponibles en la web: <http://www.cermi.es/NR/rdonlyres/93223ADF-C7E4-4C0C-B372-B779E7E9C0E1/30059/InformeOrtoprotesis2009defdef.doc>

En cuanto a los colchones antiescaras, también una estimación directa es de 121.100 personas, cifra que incluye a todas las personas que están en cama de forma permanente (**ver tablas centrales en la página anterior**).

Esta información está extraída de la encuesta de hogares, por lo que no es esperable que se hayan contabilizado personas que residen en establecimientos colectivos, que pudieran disponer ya de esa ayuda.

2.2 La ortopedia en las clasificaciones estadísticas internacionales

Existe consenso científico en que la aproximación a cualquier realidad ha de realizarse a través de conceptos, herramientas que a su vez posibilitan y delimitan las variables, las cuales son representadas cuantitativamente por estadísticas. Por eso se va a analizar en los epígrafes que siguen cada una de las estadísticas que permitan representar cuantitativamente la realidad de la ortopedia. Y para hacerlo con un rigor merecedor de la mayor credibilidad se va a operar siempre con una única restricción: tomar como referencia solo las estadísticas oficiales.

En aras igualmente de ese objetivo de situar el estudio en el plano más riguroso y a la vez amplio que sea posible, conviene recordar que a principios de los años 70 del siglo XX se observó que era difícil y poco fiable la comparabilidad de la información estadística, debido entre otras razones a las diferencias existentes entre las clasificaciones utilizadas. Para ello se creó un grupo internacional cuya misión consistía en elaborar un Sistema Integrado de Nomenclaturas de Actividades y Productos (SINAP), en cuya última revisión de las clasificaciones económicas internacionales (denominada Operación 2007) se obtuvieron dos clasificaciones: una de actividades económicas, llamada **International Standar Industrial Classification of all Eco-**

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Correspondencia ISIC-Rev.4 nivel:4 con CNAE-2009 nivel4

4772	Retail sale of pharmaceutical and medical goods, cosmetic and toilet articles in specialized stores	4774	Comercio al por menor de artículos médicos y ortopédicos en establecimientos especializados
------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	------	---------------------------------------------------------------------------------------------

nomic Activities (ISIC) o Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las actividades económicas (CIIU-Rev.4)¹⁴, y otra de productos, la Clasificación Central de Productos (CPC)¹⁵, que junto al SA¹⁶ han seguido cumpliendo el objetivo de que las clasificaciones estuvieran armonizadas.

De cada una de estas clasificaciones va a surgir toda una familia en diferentes ámbitos geográficos, que tomarán como punto de partida la clasificación mundial. Así, y como resultado de la Operación 2007, por primera vez va a existir una comparabilidad entre las clasificaciones económicas de las principales economías del mundo: la Unión Europea, la NAFTA (integrada por México, EE.UU. y Canadá), Japón, India, MERCOSUR, Australia...etc.

En consecuencia, con objeto de resumir las principales clasificaciones estadísticas en el ámbito internacional, se ha de contar con las clasificaciones de la Unión Europea¹⁷ (NACE¹⁸-Rev.1, CPA¹⁹, PRODCOM²⁰, NC²¹, ...), de ámbito mundial y bajo el paraguas de las Naciones Unidas²² (CIIU²³ (ISIC²⁴), CPC²⁵, COICOP²⁶, COFOG²⁷, ...), de Educación²⁸ (ISCED) y de Actividades Económicas con carácter internacional²⁹ o de EEUU, Canadá y México (NAICS). Además de estas clasificaciones

¹⁴ Esta CIIU (Clasificación Internacional Industrial Uniforme de todas las actividades económicas) fue aprobada por las Naciones Unidas y esta vigente desde el 1-3-2006, para suceder a la Revisión 3 (Naciones Unidas, 1989) y a la Rev.3.1 (Naciones Unidas, 2002).

¹⁵ Clasificación Central de Productos:CPC ver.1.1, Naciones Unidas, 2002),CPC ver.2, Naciones Unidas, 2008.

¹⁶ Sistema Armonizado de Codificación y Designación de Mercancías.

¹⁷ http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/index.cfm?TargetUrl=DSP_PUB_WELC

¹⁸ Clasificación Europea de actividades económicas.

¹⁹ Clasificación de productos por actividades.

internacionales, en España se realizan por parte del INE las operaciones estadísticas que vamos a estudiar en los epígrafes anteriores, únicos oficiales.

La conclusión más llamativa es que los productos ortoprotésicos aparecen en diversas de esas clasificaciones caracterizados como productos de alta tecnología. Los respectivos grupos y códigos encontrados son tres de los cerca de 300 considerados productos de alta tecnología. Sus correspondencias entre la Standard International Trade Classification (SITC)³⁰ de las Naciones Unidas, que va por la Revisión.3, la Clasificación de Productos por Actividades del año 2002 o la que le va a sustituir CPA 2008³¹ y la clasificación de productos de la Unión Europea (PRODCOM), que va por la 2007, aparece en el cuadro de la página siguiente.

20 Lista de Productos de la Unión Europea, Eurostat, revisada anualmente.

21 Nomenclatura combinada

22 <http://unstats.un.org/unsd/methods.htm>

23 Clasificación Industrial Internacional Uniforme

24 International Standard Industrial Classification of All Economic Activities.

25 Central Product Classification, version 2 (2008) precedida por las versiones 1991, 1998 y 2002 y disponible en la página de Eurostat http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/nomenclatures/index.cfm?TargetUrl=LST_NOM_DTL&StrNom=CPC_2&StrLanguageCode=EN&IntPckey=&StrLayoutCode=HIERARCHIC&CFID=24959051&CFTOKEN=a21eae72a4864f5e-AC53F37B-AEE1-12F0-BEF3A0F100BFD8B7&jsessionid=f90084ab67c75b64486b

26 Clasificación internacional de consumo; en inglés, Classification Of Individual Consumption by Purpose).

27 Classification of the functions of government, disponible en la página [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Classification_of_the_functions_of_government_\(COFOG\)](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Classification_of_the_functions_of_government_(COFOG))

28 <http://unstats.un.org/unsd/methods.htm>

29 <http://unstats.un.org/unsd/methods.htm>

30 Standard International Trade Classification, Rev.3

31 La CPA 2008 -CN 2009 tiene una extensión total de 671 pags, a través de las cuales los agregados donde aparecen productos o servicios de órtesis y prótesis llevan diversos códigos PRODCOM (al empezar cada desglose aparecen los códigos de la Nomenclatura Comun internacional (CN) y al terminar los de la Clasificación de Productos recogida en el Anexo 3 de este Libro Blanco.

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

*Lista de productos ortopédicos de alta tecnología de la UE
(Códigos SITC y correspondencias con códigos CPA-2002 y PRODCOM2007)*

Grupo	Código SITC	Código CPA-2002/Código PRODCOM2007	Descripción
5.12	89961	33101833	Audífonos, excepto partes y accesorios
5.13	89963	3310173	Aparatos de ortopedia
5.14	89966	33101790	Los demás artículos y aparatos de prótesis

Fuente: INE, www.ine.es/daco/daco42/daco4217/lstprodsitcprodcom.xls

2.2.1 Primera aproximación al mercado mundial y europeo

Sobre estos mimbres internacionales, se va a realizar una primera aproximación a la dimensión internacional del sector objeto de estudio, a partir de los datos que elabora Eurostat para el conjunto de la Unión Europea. Esta primera aproximación incluirá quince líneas de manufacturas ortoprotésicas antes explicadas en las notas a pie de página sobre la metodología PRODCOM (producción comunitaria), desde el calzado especial hasta las partes artificiales del cuerpo y sus accesorios. En ellas no se ha considerado a propósito la óptica ni las lentes de contacto, por no considerarse generalmente dentro del sector objeto de estudio y no entrar en diferencias con la fotografía y la informática. Pero aun así, como el mercado europeo representa en volumen económico una quinta parte del mundial, suponiendo similares condiciones de desarrollo del sector en el resto del mundo la producción global rondaría un valor equivalente a los 71.000 millones de euros. La principal conclusión es que esa amplia perspectiva del sector ortoprotésico aplicada a la Unión Europea de los 27 arroja una suma total de 14.207,3 millones de euros, cifra que apenas varía si se excluyen los dos últimos países en adherirse a la Unión (Rumania y Bulgaria) y limitar la estimación a la Unión de los 25 miembros. De esa cantidad, 10-211,8 millones de euros de producción anual se realizan en la Unión de los 15 primeros países miembros, entre los cuales ya se situaba España. Y si se excluye-

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

Producción europea de manufacturas ortoprotésicas (Miles de euros, 2008)

	EU27	EU25	EU 15-08
Aparatos para la sordera (sin partes)	815.191	815.191	680.584
Partes y accesorios de audífonos	284.178	284.018	210.118
Marcapasos (sin partes y accesorios)	1.450.869	1.450.869	87.583
Vehículos sin propulsión mecánica	290.117	289.957	179.898
Vehículos de tracción mecánica	259.380	258.980	207.892
Partes y accesorios de vehículos	240.000	240.000	168.295
Asientos convertibles en camas	1.500.000	1.500.000	367.550
Articulaciones artificiales	1.650.559	1.647.259	1.502.945
Aparatos ortopédicos, férulas y otros ...	1.757.820	1.753.143	1.649.995
Dientes artificiales de plástico	173.903	173.783	160.956
Dientes artificiales no de plástico	376.520	376.241	371.638
Accesorios dentales	2.479.024	2.477.200	1.977.579
Partes artificiales del cuerpo	1.464.189	1.463.446	1.405.337
Partes y accesorios ortopédicos	1.320.000	1.320.000	1.125.810
	14.207.338	14.189.354	10.211.848

Fuente: Elaboración de EDAS SC sobre las cifras PRODCOM de Eurostat para cada país europeo en 2008.

ran los audífonos y sus partes y los marcapasos (líneas 2 a 4), casi las nueve onceavas partes de esa producción quedarían en los 15.

La producción total de esas 15 ramas industriales en los 15 países que primero formaron parte de la Unión se ha incrementado desde principios del año 1995 hasta principios del año 2009 exactamente un 78,71%. Pero sin las reducciones correspondientes a los marcapasos y a los asientos convertibles en camas el resto de las producciones ha crecido una media próxima al 169%.

Si de las quince líneas de productos que se han elegido para confeccionar el cuadro anterior se suprimen la que más se pudiera discutir que forme parte del sector ortoprotésico (la producción de asientos convertibles en camas, excluidas las de jardín y equi-

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

pos de camping), así como los audífonos y sus partes y los marcapasos, el total anterior quedaría en 10.157 millones de euros, cifra exactamente igual a la correspondiente a la Unión de los 25. En el caso de la Unión de los 15, el total sin esa partida ascendería a 8.866 millones de euros. Sin esas partidas de asientos convertibles en camas ni audífonos y marcapasos, la producción europea ortoprotésica se ha incrementado un 156% desde el año 1995 hasta el año 2008, ambos incluidos, debido a que en estos años la producción de dichas sillas se ha reducido un 78%. Se elige como punto de partida de las comparaciones el año 1995 porque es el primero en el que existió la Europa de los 15 y porque desde entonces hasta hace pocos años apenas existían estadísticas oficiales del sector en los demás países.

Sin embargo, las que interesan al sector estudiado son exclusivamente las cinco líneas de producción señaladas en rojo, cuya suma ha pasado de una producción de 1.520 millones de euros a 4.569 millones de euros entre el año 1995 y el 2008. El aumento total fue del 201,65%, aunque principalmente se debió al tercio representado por las partes artificiales del cuerpo y las partes y accesorios ortopédicos, que aumentaron casi el 300%, en tanto los aparatos ortopédicos, férulas y otros apenas crecieron la mitad, los vehículos de tracción un 79% y los vehículos sin propulsión mecánica apenas nada.

Como puede observarse en el cuadro detallado que sigue, las sillas convertibles en camas es la única partida que ha reducido su producción, aunque los incrementos del calzado ortopédico y de los vehículos sin propulsión mecánica para personas con discapacidad han sido muy ligeros en tan amplio periodo (2,3% y 1,9%). Por el contrario, los vehículos de propulsión mecánica han incrementado el valor de su producción en un 79%. Pero los mayores aumentos han correspondido, además de a las prótesis de ortodoncia (379%), a las partes y accesorios de artículos y aparatos (299%) y a las partes artificiales del cuerpo (297%).

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

Incremento de la producción industrial ortoprotésica desde el 1995 (Miles de euros, 2008)

	EU 15 en el 2008	EU 15 en 1995	%Variación 2008/1995
Calzado impermeable y especial...	115.668	113.008	2,35382
Aparatos para la sordera (sin partes)	680.584	234.631	190,066
Partes y accesorios de audífonos	210.118	57.820	263,399
Marcapasos (sin partes y accesorios)	87.583	240.000	-63,507
Vehículos sin propulsión mecánica	179.898	176.393	1,98696
Vehículos de tracción mecánica	207.892	115.573	79,8792
Partes y accesorios de vehículos	168.295	118.737	41,7377
Asientos convertibles en camas	367.550	1.723.197	-78,67
Articulaciones artificiales	1.502.945	418.923	258,764
Aparatos ortopédicos, férulas y otros ...	1.649.995	589.182	180,048
Dientes artificiales de plástico	160.956	70.229	129,187
Dientes artificiales no de plástico	371.638	77.425	379,997
Accesorios dentales	1.977.579	1.144.158	72,8414
Partes artificiales del cuerpo	1.405.337	353.109	297,99
Partes y accesorios ortopédicos	1.125.810	281.695	299,656
	10.211.848	5.714.081	78,7138

Fuente: Elaboración de EDAS SC sobre las cifras PRODCOM de Eurostat para cada uno de los países europeos en 2008 y en 1995. Sin los asientos convertibles en camas, el incremento es del 156%.

Incluso así, todas estas estadísticas son estimaciones parciales aunque oficiales, pues algunas de las líneas de productos seleccionadas forman parte del secreto estadístico en varios de los países considerados. Bélgica, Irlanda, Francia. Suecia, Noruega y gran parte de los países de Este recién incorporados son los territorios más afectados por esas restricciones, que distorsionan parcialmente las cifras totales.

En estos países con restricciones debidas al secreto estadístico u otras dificultades para acceder las gamas de productos más afectados son precisamente las de vehículos para personas con discapacidad y sus partes y accesorios, así como los sillones convertibles en camas.

Sin contar esas cuatro líneas afectadas por esos problemas, la producción total del sector ortoprotésico ascendió el año 2008 a un total de 9.367 millones de euros, cifra que tampoco varía apenas ni con respec-

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Evolución de la producción europea ortoprotésica

En miles de euros	EU27	EU25	EU 15-008	EU15-1995	Tasa EU 15=08/95
Calzado impermeable, especiales y otros	145.589	139.268	115.668	113.008	2,35382
Prótesis articulares	1.650.559	1.647.259	1.502.945	418.923	258,764
Aparatos ortopédicos, férulas y otros...	1.757.820	1.753.143	1.649.995	589.182	180,048
Dientes artificiales de plástico individuales...	173.903	173.783	160.956	70.229	129,187
Dientes artificiales de otros materiales	376.520	376.241	371.638	77.425	379,997
Accesorios dentales...	2.479.024	2.477.200	1.977.579	1.144.158	72,8414
Partes artificiales del cuerpo...	1.464.189	1.463.446	1.405.337	353.109	297,99
Partes y accesorios de artículos y aparatos	1.320.000	1.320.000	1.125.810	281.695	299,656
	9.367.604	9.367.604	9.350.340	3.047.729	206,797

Fuente: Elaboración de EDAS SC sobre las cifras PRODCOM de Eurostat para cada uno de los países europeos en 2008 y en 1995.

to a la Europa de los 25 ni tampoco con la correspondiente a la Europa de los 15 primeros países en adherirse. Es decir, que la producción europea del sector es realizada fundamentalmente por los 15 países que constituyeron la Unión con la ampliación europea registrada en el año 1995 al pasar la Unión de los 12 países a los 15 países miembros.

En ese núcleo de los 15 países principales (formado por los 6 iniciales, Bélgica, Holanda, Luxemburgo, Alemania, Francia, Italia, a los que luego se unieron Inglaterra, Irlanda y Dinamarca, después Grecia, España y Portugal y finalmente en 1995, Austria, Finlandia y Suecia) la producción del sector considerado en una perspectiva más limitada que la primera, como vemos en el cuadro siguiente, se ha incrementado desde el año 1995 hasta el año 2008 casi en un 207%, al pasar desde los 3.047 millones de euros a los 9.350 millones de euros del último año en que existen datos.

Sin embargo, en una perspectiva todavía más reducida o ajustada del sector –es decir, si se excluye desde calzado especial a la amplia variedad de prótesis dentales, para retener solo con los aparatos ortopédicos propiamente dichos y las partes artificiales del cuerpo, la producción europea quedaría a 3.222 millones de euros; es decir, a poco más de una tercera parte del total.

Una segunda sorpresa, ya de carácter metodológico, es que en esas series de Eurostat no aparecen los códigos que acabamos de señalar para el enlace entre la CPA 2002 y el PRODCOM 2007 en la última nota a pie de página, sino los dos que siguen del CPA 2008, de los que excluimos entre los que aparecen en la nota anterior la amplia variedad de prótesis dentales o servicios de ortodoncia, así como los servicios comerciales, para centrarnos exclusivamente en la producción de bienes físicos del sector ortoprotésico, que se realiza en las dos siguientes líneas:

-32.50.22.39, aparatos ortopédicos, férulas y aparatos para fracturas de otros.

-32.50.22.90, partes artificiales del cuerpo, con exclusión de los dientes artificiales y prótesis dentales, articulaciones artificiales, ortopédicas y aparatos para fracturas, marcapasos cardíacos.

En el último 2008, la producción total del citado renglón de ortopédicos fue en la Unión Europea de los 27 de 1.757,8 millones de euros, mientras que la de partes artificiales del cuerpo ascendió a otros 1.464,2 millones de euros. De la primera correspondieron a España 80,3 millones y de la segunda 7,2 millones. La suma de ambos en esta quinta parte del mercado económico mundial que representa la Unión Europea fue ese último año con estadísticas oficiales de 3.136,4 millones de euros, de los 87 en España. Por tanto, una sencilla proyección basada en suponer similares condiciones de desarrollo al resto del mundo que no forma parte de la Unión indicaría que la producción mundial de las dos líneas antes citadas de aparatos ortopédicos y partes artificiales del cuerpo rondaría como mucho los 15.000 millones de euros.

Del cuadro sobre los principales productores europeos (**página siguiente**) se desprende que 3 países del Este europeo que se adhirieron a la Unión tras la Europa de los 15, Hungría, Polonia y Chequia alcanzan mayor producción que otros que ya formaban

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

*Producción europea de productos ortopédicos y partes artificiales del cuerpo
(En miles de euros)*

	Aparatos	Partes del cuerpo	Suma total
EU27-2008	1.757.820	1.464.189	3.222.009
EU25	1.753.143	1.463.446	3.216.589
España	80.356	7.213	87.569
Bélgica	53.661		53.661
Chequia	18.372	6.958	25.330
Dinamarca	37.128	12.387	49.515
Alemania	661.479	382.797	1.044.276
Irlanda	14.010	74.641	88.651
Francia	380.510	422.141	802.651
Italia	135.318	165.731	301.049
Hungría	30.535	15.087	45.621
Holanda	107.561	91.790	199.351
Austria	43.880	76.098	119.978
Polonia	16.812	11.387	28.199
Portugal	6.281	2.700	8.981
Suecia	52.129		52.129
Reino Unido	59.726	169.736	229.462
	1.697.758	1.438.666	3.136.423

Fuente: Elaboración de EDAS SC sobre las cifras PRODCOM de Eurostat para cada uno de los países europeos en 2008 y en 1995.

parte anteriormente de la UE, aunque tienen una producción conjunta que no alcanza siquiera los 100 millones de euros.

2.3 Clasificación nacional de actividades: empresas y locales

El objetivo de esta clasificación es establecer un conjunto jerarquizado de actividades que pueda ser utilizado para favorecer la instauración de estadísticas nacionales diferenciadas de acuerdo con las actividades establecidas y clasificar unidades estadísticas

y entidades según la actividad económica ejercida. Sus variables estudiadas son: empresa, grupos de empresas, unidades de actividad económica, unidades locales y unidades locales de actividad económica clasificadas según la actividad económica ejercida. Está disponible en sus versiones CNAE-93, CNAE-93 Rev.1 y, tras unas ligeras modificaciones en 2003, recientemente se ha implantado la CNAE-2009, que lleva varios años preparándose la versión 2009.

La CNAE es un reflejo de las necesidades económicas del país en un determinado momento y recoge el impacto surgido en las clasificaciones por la aparición de nuevas actividades, como el caso de las nuevas tecnologías e Internet, que han revolucionado algunos sectores económicos y no estaban bien reflejadas en la clasificación anterior CNAE-93 Rev.1. Además, el sector servicios se ha desarrollado enormemente y por lo tanto tiene una mayor presencia. Otras actividades como el medio ambiente, tienen más importancia en la sociedad y han de ser mejor medidas. En la economía mundial también se ha producido un hecho fundamental, una mayor globalización.

El problema es que, aunque la revisión de clasificaciones las actualiza e introduce facilidades, genera una alta movilidad estadística³², que muchas veces dificulta la identificación y comparación de las ramas, como ya sucedió al cambiar de la CNAE-74 a la CNAE-93.

La nueva CNAE 2009³³ es elaborada a partir de la vigente NACE Rev.2 (última Clasificación Europea de Actividades Económicas), que sustituyó a la NACE-Rev.1.1, se elabora a partir de la CIIU Rev.4, fue aprobada por Reglamento europeo en el año 2006 y obli-

³² Luis Robles Teigeiro, Jesús Sanjuán Solís, *Análisis comparativo de las tablas input-output en el tiempo*, Estadística Española, Vol. 47, Núm. 158, 2005, págs. 143 a 177.

³³ Regulada por el Real Decreto 475/2007, de 13 de abril de 2007.

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Correspondencias entre la NACE Rev1 y NACE Rev2

3310	Médico-quirúrgicos y de aparatos ortopédicos	2660	Equipos radiación, electromédicos, electroterapéuticos
3310	Médico-quirúrgicos y de aparatos ortopédicos	3250	Instrumentos y suministros médicos y odontológicos
3310	Médico-quirúrgicos y de aparatos ortopédicos	3299	Otras industrias manufactureras n.c.o.p.
3310	Médico-quirúrgicos y de aparatos ortopédicos	3313	Reparación de equipos electrónicos y ópticos
3310	Médico-quirúrgicos y de aparatos ortopédicos	3314	Reparación de equipos eléctricos
5232	Comercio minorista artíc. médicos y ortopédicos	4774	Comercio minorista médico y ortopéd, especializado

ga a que los Estados miembros utilicen esta clasificación o una derivada de la misma, elaborada según las normas del artículo 4 apartado 2 del citado reglamento, donde dice que "la nomenclatura nacional podrá introducir partidas y niveles adicionales y podrá utilizar una codificación diferente. Cada uno de sus niveles, excepto el mayor, deberá estar constituido, o bien por las mismas partidas que el nivel correspondiente de la NACE Rev. 2, o bien por partidas que constituyan una subdivisión exacta de las mismas".

En consecuencia, la estructura de CNAE-2009 es igual a la de la NACE Rev.2 hasta el nivel de tres dígitos. Para el nivel de cuatro dígitos se crearon algunas clases adicionales mediante la desagregación exacta de clases de la NACE Rev.2, a fin de reflejar de manera más adecuada la realidad económica nacional. El resultado ha sido una cierta complicación del seguimiento del sector, pues la CNAE-93 Rev 1 en su código 33100 incluía tanto la fabricación de equipo e instrumentos medico quirúrgicos como la de aparatos ortopédicos, mientras que a partir de la CNA 2009 se amplían los dos clases: el primer grupo queda bajo el código 2660 (fabricación de equipos de radiación, electromédicos y electroterapéuticos)³⁴ y al segundo se le atribuye el código 32.50 (fabricación de instrumentos y suministros médicos y odontológicos), dentro de cuyas 15 nuevas subclases³⁵ aparece la fabricación de aparatos ortopédicos y prótesis. Esta última actividad se corresponde así en una sola agrupación con lo que la Nomenclatura Combinada internacional

³⁴ Ver componentes del código 26.60 en Anexo 5.

³⁵ Ver código 32.50 en Anexo 5.

del 2008 describe en dos códigos: los **Orthopaedic appliances** bajo su código 9021 10 10, y también los **Splints and other fracture appliances** bajo su código 9021 10 90.

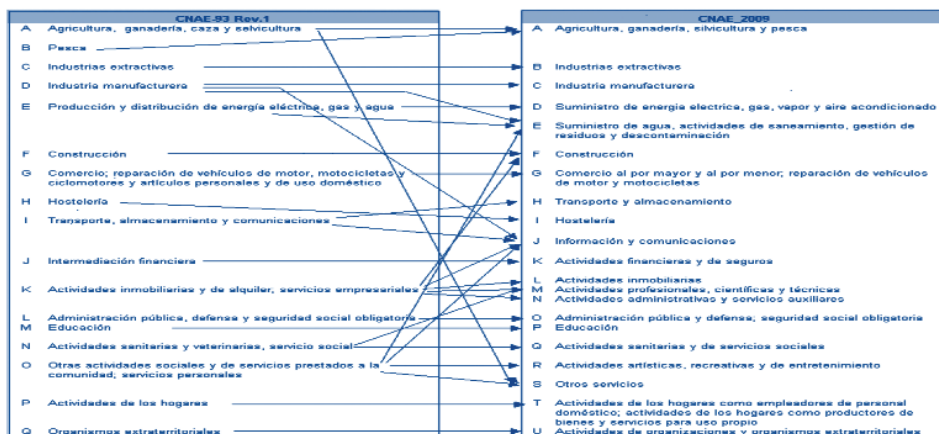
Tal complicación dificultará el seguimiento de actividades ortopédicas desde el nuevo código 32.50, pues en el anterior código 33100 la ortopedia aparecía como sólo una parte de la última de cinco subclases: la fabricación de aparatos de mecanoterapia, de masaje, de pruebas psicológicas, de ozonoterapia, de oxigenoterapia, de respiración artificial, máscaras de gas, etc. Subclase que comprendía las siguientes:

- Fabricación de aparatos de ortopedia: muletas, fajas médico - quirúrgicas, bragueros, prótesis dentales, miembros artificiales y otros artículos y aparatos de prótesis, audífonos, marcapasos, etc.
- Fabricación de calzado ortopédico.
- Instalación, reparación y mantenimiento de material y aparatos médicos y quirúrgicos.

Para mayor complejidad, dentro de la nueva clasificación, hay algunas actividades ortopédicas que aparecen en el apartado de Reparación de equipos electrónicos y ópticos (código 33.13), caso de los audífonos, pese a que en el esquema de la página siguiente se observa con carácter general que en las principales categorías existe un mayor desglose, si bien, por ejemplo, en el sector servicios el número de categorías ha aumentado considerablemente, al contrario que en la agricultura y la pesca.

Por el contrario, el paso de la NACE Rev 1 a la Rev 2 permitió una loable mejora informativa en su aplicación en España, que debería de marcar pautas por seguir en el futuro con otras clasificaciones. Dos de los servicios que afectan a las personas con discapacidad, los de asistencia y actividades de servicios sociales de alojamiento han sido mejor explicitados por la CNAE española 2009 que por la

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES



NACE Rev 2. Dado el considerable incremento en el número de categorías que la NACE Rev.2 ha supuesto en comparación con la NACE Rev.1.1, se decidió desagregar a nivel nacional únicamente aquellas clases que no cubriesen las necesidades propias derivadas de la realidad nacional. Es importante resaltar al respecto para el sector estudiado que, como consecuencia de esta adaptación, se han creado 14 clases adicionales en la versión nacional respecto a la NACE Rev.2, dos de las cuales afectan a las personas con discapacidad y mayores. En primer lugar, se trata de la asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores y con discapacidad física, que en la NACE Rev 2 tiene asignado el código 87.30 y en la CNAE 2009 aparece desglosado en dos códigos: el 87.31 para la asistencia a personas mayores y el 87.32 específicamente para personas con discapacidad física. Igualmente, y en segundo lugar, el código 88.10, correspondiente en la NACE REV 2 a actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas mayores y con discapacidad aparece desglosado en el 88.11 para las personas mayores y en el 88.12 para personas con discapacidad, tal y como se refleja en el cuadro de la página siguiente.

Por todo ello, la actividad que mejor puede permitirnos el seguimiento del sector viene en un epígrafe distinto a los dos anteriores u otros como la fabricación de sillas de ruedas (30.92): el comercio al

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

NACE Rev.2		CNAE-2009	
10.20	Procesado y conservación de pescados, crustáceos y moluscos	10.21	Procesado de pescados, crustáceos y moluscos
		10.22	Fabricación de conservas de pescado
10.41	Fabricación de aceites y grasas	10.43	Fabricación de aceite de oliva
		10.44	Fabricación de otros aceites y grasas
10.51	Preparación de leche y fabricación de sus derivados	10.53	Fabricación de quesos
		10.54	Preparación de leche y otros productos lácteos
35.11	Producción de energía eléctrica	35.15	Producción de energía hidroeléctrica
		35.16	Producción de energía eléctrica de origen térmico convencional
		35.17	Producción de energía eléctrica de origen nuclear
		35.18	Producción de energía eléctrica de origen eólico
		35.19	Producción de energía eléctrica de otros tipos
41.20	Construcción de edificios	41.21	Construcción de edificios residenciales
		41.22	Construcción de edificios no residenciales
59.11	Actividades de producción cinematográfica, de vídeo y de programas de televisión	59.15	Actividades de producción cinematográfica y de vídeo
		59.16	Actividades de producción de programas de televisión
59.13	Actividades de distribución cinematográfica, de vídeo y de programas de televisión	59.17	Actividades de distribución cinematográfica y de vídeo
		59.18	Actividades de distribución de programas de televisión
85.42	Educación terciaria	85.43	Educación universitaria
		85.44	Educación terciaria no universitaria
87.30	Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores y con discapacidad física	87.31	Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores
		87.32	Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad física
88.10	Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas mayores y con discapacidad	88.11	Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas mayores
		88.12	Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas con discapacidad
91.01	Actividades de bibliotecas y archivos	91.05	Actividades de bibliotecas
		91.06	Actividades archivos

por menor de artículos médicos y ortopédicos en establecimientos especializados, que aparece en la CNAE 2009 bajo el código 47.74 y que en las anteriores clasificaciones se correspondía con el 52320. Además, se trata de la única actividad que aparece claramente con su correspondencia en la **International Standar Industrial Classification of all Economic Activities** (ISIC) Rev. 4. Viene precedida por la 4773 (antes 5231), que es el comercio minorista de productor farmacéuticos, y seguida por la 4775 (antes 5233), que es el comercio al por menor de cosméticos y artículos de tocador.

El calendario de disponibilidad para las principales encuestas del INE tenía previsto aplicar por primera vez la CNAE-2009 en la mayoría de las estadísticas que interesan precisamente a partir de noviembre del 2009, aunque se anticipó en abril a la Encuesta de Población Activa (EPA), en junio la Encuesta Trimestral de Coste Laboral y en octubre a la Encuesta sobre Uso de Tecnologías de la

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Información y de las Comunicaciones TIC y a la del Comercio Electrónico de las Empresas. En efecto, para noviembre del 2009 se anunciaba la CNAE-2009 aplicada al Directorio Central de Empresas (DIRCE)³⁶, aunque a mediados de abril todavía el último dato era a 1 de enero (publicado a partir del 10 de agosto). También para noviembre se anunciaba su disponibilidad en las Encuestas económicas estructurales (entre las cuales cabe destacar la Encuesta Anual de Servicios y la Encuesta Anual de Comercio), la Estadística sobre Actividades en Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico y la Encuesta sobre Innovación Tecnológica en las Empresas.

En la práctica, en noviembre del 2009 salieron las anunciadas estadísticas, relativas a avances del 2008, pero sin el adecuado desglose de sectores como para cuantificar una sola actividad ortoprotésica.

Por ello, en los epígrafes que siguen se cuantificará la realidad del sector ortoprotésico en función de las nuevas clasificaciones con los datos oficiales disponibles, lo que para aproximarnos a niveles adecuados requerirá utilizar todavía la CENAE 93 y conformarnos en algunos casos con una actualización máxima hasta 2007 (si se agrupan las estadísticas del sector con las farmacéuticas y de cosméticos) o como máximo hasta el 2006 para estudiar solo las ortoprotésicas.

Se realizará esa investigación desde las dos perspectivas habituales que ofrece la macroeconomía y permiten las estadísticas oficiales: primero la oferta, empezando por la investigación de las

³⁶ Este DIRCE o Directorio Central de Empresas es el marco de la encuesta para sacar las muestras de casi todas las encuestas estadísticas oficiales que hemos considerado en este estudio. El DIRCE contiene información sobre la actividad económica principal y sobre el número de asalariados de las empresas, lo que permite su estratificación por esos conceptos. También figuran en ese directorio datos sobre la identificación y localización de las unidades estadísticas que son necesarios para una correcta recogida de la información. Los datos contenidos en el DIRCE se obtienen a partir de fuentes administrativas, proceden principalmente de la Agencia Tributaria y la Seguridad Social y se completan con informaciones procedentes de las operaciones estadísticas del INE.

empresas y locales, para pasar luego a los empleos y después a los diversos productos generados, sean industriales o de servicios, y en segundo lugar la demanda, investigando el consumo y la inversión y por último las exportaciones importaciones que ofrece el sector exterior.

2.3.1. Empresas y locales

Al empezar a investigar en las estadísticas oficiales las empresas, sus formas jurídicas y los locales y capitales que integran el sector ortoprotésico, se halla la sorpresa paradójica de que se pueda estudiar el número de empresas fabricantes o vendedoras de productos, pero no el total de las que integran el sector. En efecto, en el Directorio Central de Empresas no aparece detalle de importantes códigos de actividad para el sector investigado, como por ejemplo el 30.92 (sillas de ruedas) ni del 47.74 (comercio al por menor de productos médicos y ortopédicos). La causa es que el mayor nivel de desagregación de ese DIRCE se sitúa en 3 dígitos, por lo que por ejemplo en vez de ofrecer detalle del comercio de productos ortopédicos se queda en el código 477: comercio al por menor de otros artículos en establecimientos especializados.

Ante el reiterado fracaso en superar este problema, se planteó al INE una solicitud oficial en los términos que siguen, que recibió como número de referencia el 60380: "En las clasificaciones CNA09 y CP08 u otras vienen los aparatos ortopédicos a nivel 6 dígitos, pero luego en DIRCE, EPA encuestas de producción no aparecen los datos y quisiéramos un presupuesto al respecto para obtenerlos". La respuesta definitiva llegó el 5 de noviembre del 2009, en estos términos: "La información solicitada no se le puede facilitar, el DIRCE solo da una desagregación máxima de cuatro dígitos y en tablas simples, es decir por ejemplo número de empresas a cuatro dígitos y por comunidad autónoma. En cuanto a la EPA, establece una desagregación máxima de tres dígitos de la CNAE".

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Comercio minorista de artículos médicos y ortopédicos (Número total y, a la derecha, tasas de variación)

	Empresas	Locales	Ocupados	Empresas	Locales	Ocupados
2000	4.767	5.638	10.108			
2001	5.035	5.875	10.422	5,62	4,20	3,10
2002	5.797	7.207	13.040	15,13	22,67	25,11
2003	6.564	8.016	17.376	13,23	11,22	33,25
2004	5.584	6.835	12.932	-14,92	-14,73	-25,57
2005	5.003	6.588	12.941	-10,40	-3,61	0,06
2006	5.431	6.820	13.337	8,55	3,52	3,06
2007	5.521	6.850	14.368	13,92	3,97	8,0

Fuente: Elaboración propia de EDAS SC con las Encuestas anuales de Comercio del INE.

Sin embargo, como a lo largo de este Libro Blanco se ofrecen en otros apartados varias perspectivas parciales de las empresas y locales, ahora se indicará solamente el marco de actividad sectorial en que se encuadran, avanzando siempre con la referencia de la CNAE 09. Se trata de tres actividades industriales y seis de servicios que incluyen genéricamente la ortopedia pero no dan sus cifras.

Donde sí aparece ya citado es en las estadísticas de comercio minorista, aunque englobado en el capítulo más general de “artículos médicos y ortopédicos”. Se ha buscado desde el año 2000. Los resultados pueden resumirse en el siguiente cuadro, que muestra ápice en la actividad empresarial hasta el año 2003, tras el cual el comercio especializado ha asistido a una reducción tanto de empresas como de locales y ocupados (ver tabla adjunta).

De estas últimas estadísticas comerciales se desprende un aumento del número de empresas hasta el 2003, cuando llegó a haber casi 1.000 más que en el anterior; un incremento aún más importante del número de locales hasta el 2004, cuando llegaron a registrarse unos 1200 más que en el último año, e igualmente un incremento del número de personas ocupadas por el comercio minorista de artículos médicos y ortopédicos hasta el 2003, cuyo máximo de 17.376 empleados representa una cifra superior a los del último ejercicio con datos oficiales.

Puestas las estadísticas anteriores en tasas interanuales, su trayectoria muestra que tras los fuertes incrementos en el número de empresas de los años 2002 y 2003 (15,13% y 13,23%, respectivamente), se produjeron en los dos años siguientes descensos de similar cuantía (14,92% el año 2004 y 10,4% el año 2005), mientras que los decrementos en locales y ocupados casi se limitaron al año 2004. Pero en todos los casos los dos últimos años con estadísticas han vuelto a la senda del crecimiento tanto en empresas como en locales y ocupados.

En el último año cuantificado, el 2007, el número medio de locales por empresa en el comercio de artículos médicos y ortopédicos fue de 1,24, superior a la media del sector comercial (1,19) y considerablemente mayor al promedio de la farmacia (1,08), aunque muy por debajo del promedio de 1,62 locales por empresa alcanzados en el comercio de artículos cosméticos, que es uno de los más concentrados de todo el comercio minorista.

En cambio, el número de ocupados por empresa (2,60) y por local (2,09) es de los menores de todo el comercio minorista, donde la media alcanzaba el año 2007 a 4,23 ocupados por empresa y 3,54 por local; es decir en ambos casos de casi el doble que en el sector ortopédico.

Incluso los sectores más afines a este, como el de productos farmacéuticos y el de cosméticos, registran tasas respectivas más próximas a la media de todo el comercio: 3,92 y 4,54 las farmacias y 3,61 y 2,79 las tiendas de productos cosméticos.

En total, el balance de estos ocho años considerados ha sido que el número de empresas dedicadas a la venta minorista de artículos médicos y ortopédicos se ha incrementado el 15,81%, mientras que en el conjunto del comercio el aumento ha sido de solo el 3,9% (hasta las 817.589 que aparecen en el cuadro siguiente). Ese incremento en el número de empresas ha sido mayor que el

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Empresas, locales y ocupados por el comercio minorista (Datos económicos en miles de euros)

	Total comercio	Art. médicos y ortopédicos
Número de empresas	817.589	5.521
Número de locales	976.419	6.850
Personal ocupado el 30-09-07	3.464.506	14.368
Personal remunerado el 30-09-07	2.726.670	9.061

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

subsector afín de venta de productos farmacéuticos (+9,3%), mientras que el de cosméticos el número de empresas se ha reducido en el periodo un 0,94%.

El incremento durante estos ocho años considerados ha sido mayor en el número de locales, que ha crecido casi una cuarta parte, en total el 21,49%, hasta los citados 6.850 locales. También en este caso la expansión ha sido bastante mayor que en el conjunto del comercio minorista (+8,77%, hasta los 976.419 locales reflejados en el cuadro anterior), e incluso superior productos a la observada en los locales destinados a la venta de productos farmacéuticos (+17,93%) y cosméticos (+15,94), que al terminar el año 2007 sumaban respectivamente 22.402 en el primer caso y 9.394 en el segundo caso.

En cuanto a la evolución del personal ocupado en los 8 años considerados, las 14.368 personas estimadas en el año 2007 indican que ha sido del 31,94%, todavía mayor que el de empresas y locales. No obstante, en este caso su incremento ha sido mayor que el del total del comercio minorista español (un 22,69, hasta los 3,46 millones de personas), aunque ha sido superado por las personas ocupadas en la venta minorista de productos farmacéuticos (+ 34,64%) e incluso en mayor cuantía la de productos cosméticos (+45,54%). En el cuadro siguiente aparece el detalle comparado con el conjunto del comercio minorista de la estructura de la ocupación en la venta de productos ortopédicos.

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

Ocupados por el comercio minorista y por la ortopedia (nº de personas)

	Total comercio	Artículos médicos y ortopédicos
TOTAL OCUPADOS	3.464.506	14.368
1.REMUNERADOS	2.726.670	9.061
1.1 Fijos	2.196.282	7.242
1.1.1 Hombres	1.206.496	1.536
1.1.2 Mujeres	989.786	5.707
1.2 Eventuales	530.388	1.819
1.2.1 Hombres	245.713	151
1.2.2 Mujeres	284.675	1.668
2.NO REMUNERADOS	737.837	5.306
2.1 Hombres	440.611	1.088
2.2 Mujeres	297.226	4.218

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

La mitad aproximadamente son fijos, con amplio predominio de las mujeres, que casi multiplican por 4 a los hombres, y un tercio del total –exactamente 5.306 personas– son personal ocupado no remunerado (ayudas familiares en el negocio), donde por cada hombre aparecen ya más de de cuatro mujeres.

Este balance positivo del comercio minorista de productos ortoprotésicos viene confirmándose año tras año en la mayor parte del periodo considerado, sobre todo si en vez de compararlo con los subsectores afines de venta de productos farmacéuticos y venta de cosméticos lo hacemos con el conjunto del comercio. Así, como podemos ver en el cuadro siguiente, donde se realiza esta comparación con la media nacional del comercio, ya antes de los datos últimos del 2007 venía siendo ampliamente superiores las tasas tanto del número de locales por empresa y la tasa de asalariados, aunque no así el personal ocupado por empresa, ni el personal ocupado por local, ni tampoco el personal remunerado por empresa y personal remunerado por local.

Aunque ha recuperado su tendencia desde una cota mínima registrada en el 2001, el comercio ortopédico minorista es el subsector menos intensivo en empleo de la agrupación con la farma-

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Tasas previas de comercio minorista médico y ortopédico (% frente al total del comercio español)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nº de locales por empresa	1,1827	1,1668	1,2432	1,2212	1,224	1,224	1,256
Tasa de asalariados	0,6257	0,5515	0,6025	0,6853	0,6028	0,6028	0,634
Personal ocupado por empresa	2,1204	2,0699	2,2494	2,6472	2,3159	2,3159	2,456
Personal ocupado por local	1,7928	1,774	1,8094	2,1677	1,892	1,892	1,956
Personal remunerado por empresa	1,3268	1,1416	1,3554	1,814	1,396	1,396	1,556
Personal remunerado por local	1,1219	0,9784	1,0902	1,4854	1,1405	1,1405	1,239
Total del comercio minorista							
Nº de locales por empresa	1,14	1,1448	1,1913	1,1814	1,1922	1,1922	1,193
Tasa de asalariados	0,7471	0,7481	0,7602	0,7667	0,7749	0,7749	0,787
Personal ocupado por empresa	3,5451	3,6037	3,8262	3,904	4,0162	4,0162	4,195
Personal ocupado por local	3,1097	3,1477	3,2116	3,3047	3,3688	3,3688	3,517
Personal remunerado por empresa	2,6484	2,6959	2,9086	2,9932	3,112	3,112	3,301
Personal remunerado por local	2,3231	2,3548	2,4415	2,5336	2,6104	2,6104	2,767

Fuente: Elaboración propia de EDAS SC con las Encuestas anuales de Comercio del INE.

cia y la cosmética, que a su vez es ligeramente inferior a la media nacional de subsectores del comercio al por menor.

La misma conclusión cabe sacar, si en vez de analizar el personal por local se observa el personal remunerado por empresa, la media de intensidad de la ortopedia se ha recuperado en cinco años casi un 50% (de 1,14 a 1,55 empleos por empresa), aunque todavía es inferior a la mitad de la media nacional (3,3) y lejana a los 4 empleos remunerados alcanzados por el subsector de cosméticos y artículos de tocador.

2.3.2. Aportaciones de la aproximación a empresas y locales

Entre las conclusiones esta primera aproximación a las empresas, locales y ocupados del sector destacan las relativas a que, en la tarea de contrastar la dimensión y estructura del sector, el escaso nivel de desagregación del DIRCE y de las encuestas

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

Personal remunerado por empresa

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Total	2,648	2,696	2,9086	2,9932	3,112	3,112	3,301
59.Productos farmacéuticos (CNAE 5231)	2,016	2,228	2,3421	2,3744	2,378	2,378	2,744
60.Artículos médicos y ortopédicos (CNAE 5232)	1,327	1,142	1,3554	1,814	1,396	1,396	1,556
61.Cosméticos y artículos de tocador (CNAE 5233)	2,233	2,685	2,8571	3,0177	3,375	3,375	4,033

Fuente: Elaboración propia de EDAS SC con las Encuestas anuales de Comercio del INE.

anuales de comercio del INE apenas ayudan, por lo que el sector debe pedir al INE un mayor detalle y precisión.

En efecto, el anterior repaso no ha permitido conocer detalles de las cerca de 100 empresas fabricantes de productos en serie sobre las que informa el sector, aunque las estadísticas sobre los establecimientos en los que se recibe la prestación y luego también sobre los puntos de venta indican que hay alrededor de unos 2.300. Sin embargo, las estadísticas oficiales del sector comercial, aunque lamentablemente se quedan en el subsector de artículos “médicos y ortopédicos” sin desglosar, hablan en su última estimación del 2007 de un colectivo de empresas de más del doble (exactamente 5.521) y de casi el triple de los locales (6.850).

Si recordamos además que hasta ahora se hablaba de 2.300 puntos de venta de productos ortopédicos instalados en “ortopedias, grandes superficies, farmacias o tiendas de deporte”, ahora podemos concluir que a esos 6.950 puntos de venta de artículos médicos y ortopédicos habría que añadir los productos de este tipo que se venden en farmacias y tiendas de cosmética y belleza, además de en tiendas de deporte.

Queda pues dibujada aunque sin posibilidad de contrastación estadística oficial la idea del primer Libro Blanco del sector en el sentido que hay alrededor de 1.000 ortopedias y que en un 74% tienen entre uno y cinco empleados. El perfil observado en

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

las estadísticas oficiales sugiere que apenas son la mitad de las empresas de los tres sectores afines las que tienen menos de 5 personas ocupadas. Cabe recordar al respecto que en los más de 6.000 locales destinados a las venta de artículos ortopédicos un tercio no tienen el carácter de remunerado, lo que significa que son los titulares o propietarios o sus ayudas familiares.

Las conclusiones sobre facturación y dimensión de las plantillas serán abordadas en los capítulos correspondientes a la dimensión económica del sector. Entonces se podrá someter a mejor juicio igualmente la afirmación de que, en el caso de las empresas de fabricación y distribución de productos en serie, cuyo censo podría superar las cien firmas, el reducido tamaño del mercado y la competencia exterior dificultan en extremo su actividad, expuesta a un gran riesgo por sus elevadas inversiones en maquinaria y equipos de alta tecnología. También la idea persistente de que el bajo gasto sanitario que realiza el Sistema Nacional de Salud en prestaciones ortopédicas es otro freno para que se desarrolle este subsector en España, tipos de actividad que se reiteran en las estadísticas oficiales del INE y en sus homólogas europeas.

2.3.3 Clasificación nacional de ocupaciones: personas

Ni los profesionales especializados en órtesis ni los especializados en prótesis aparecen debidamente considerados con la cualificación que merecen en la Clasificación Nacional de Ocupaciones, cuya última versión es la CNO-94 y que tiene correspondencia con la previa clasificación internacional de ocupaciones de 19988 (CIUO88) y la previa clasificación nacional de 1979 (CNO79). Y esto se juzga relevante resaltarlo porque el objetivo de esta clasificación, que consta de 875 líneas³⁷, es garantizar el tratamiento uniforme de los datos estadísticos

³⁷ <http://www.ine.es/images/excel.gif>

sobre ocupaciones en el ámbito nacional y su comparabilidad internacional y comunitaria.

Como los criterios de clasificación utilizados son el tipo de trabajo realizado y la cualificación, esas ausencias condicionan igualmente el reconocimiento de las cualificaciones profesionales, entendidas oficialmente por el INE como “la capacidad para desempeñar las tareas inherentes a un empleo determinado, para lo cual se tienen en cuenta dos puntos vista: el nivel y la especialización de dicha cualificación”.

Sin embargo, la delimitación de los campos profesionales es siempre un tema polémico y complejo, sobre todo si lo que se pretende es delimitar competencias exclusivas o excluyentes. Y en esa tarea deben considerarse siempre múltiples perspectivas, sobre todo la académica y formativa, la laboral, la colegial y la organizativa.

En España, la CNO 94 está más desagregada que la CIUO 88³⁸. Pero en la estructura de ambas no aparecen en ningún epígrafe general las órtesis ni las prótesis, ni siquiera los productos de apoyo, aunque sí estaban parcialmente incluidos los técnicos en ortoprotésica y audioprótesis dentro del epígrafe 3214 de la CEIU 08, y en consecuencia y de la con 94. Además, en esa CON-94 dentro de sus casi 800 líneas de ocupación aparecen, entre la 277 y la 290, las que siguen:

- Otros diversos técnicos en sanidad, incluidos los de medicina tradicional
- Diversos técnicos de sanidad no clasificados en rúbricas anteriores
- Fisioterapeutas
- Terapeutas ocupacionales
- Podólogos

³⁸ <http://www.ine.es/daco/daco42/clasificaciones/cnovev/estructura08.pdf>

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Correspondencia entre clasificaciones de ocupaciones (Española, internacional y CNO-2010 en proyecto)

CIU008	CNO10	TITULO	CNO94
32	31	Técnicos sanitarios	
321p	311	Técnicos superiores sanitarios	
3211p	3111	Técnicos superiores en Radioterapia	3043p
3211p	3112	Técnicos superiores en Imagen para el Diagnóstico (antes Radiodiagnóstico)	3043p
3212p	3113	Técnicos superiores en Anatomía Patológica y Citología	3121p
3212p	3114	Técnicos superiores en Laboratorio de Diagnóstico Clínico	3121p
3214p	3115	Técnicos en Ortoprotésica	7711p
3214p	3116	Técnicos en Prótesis Dentales	7711p
3214p	3117	Técnicos en Audioprótesis	7711p
323	312	Técnicos de la Medicina Tradicional y Alternativa	
3230	3120	Técnicos de la Medicina Tradicional y Alternativa	3129p

Esta exclusión explícita del sector ortoprotésico de la CON-94 resultaba sorprendente por cuanto, al contrario, sí aparecían en ella los otros dos sectores que venimos considerando afines: el de productos farmacéuticos y cosméticos. De ellos, por ejemplo, la CNO 94 y la CIUO 88 incluyen en su código 8221 a los “operadores de máquinas para fabricar productos farmacéuticos y cosméticos”. Y mucho más cuando el objetivo declarado de esta revisión próxima es “adaptar la CON, con sus mismas variables estudias, a los cambios realizados en la clasificación internacional y adecuarla a la evolución del mercado de trabajo español.”

Afortunadamente, esas carencias se resuelven en el borrador de estructura de la CNO-2010³⁹, donde los técnicos en ortoprotésico sí aparecen integra y explícitamente consideramos por el código 3115, al igual que los técnicos en audioprótesis, que reciben el código 3117. Ambos, junto a los técnicos en prótesis dentales, que recibirá el código intermedio 3116, ya aparecían parcialmente dentro del código

³⁹ http://www.ine.es/daco/daco42/clasificaciones/cnovev/borrador_estructura.xls

⁴⁰ Gustavo Nigenda, José Arturo Ruiz, Christopher H Herbst, Aarushi Bhatnagar, Krishna D Rao, Indrani Saran, Shomikho Raha, *Análisis y síntesis de la información sobre recursos humanos para la salud a partir de múltiples fuentes: estudios de casos*, pág 22, en *Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones* ▶▶▶

3214 de la CIU 08, parcialidad en virtud de la cual en algunos manuales internacionales se identifica todo el título de ocupación 3214 como el correspondiente a “técnicos en prótesis médicas y dentales”⁴⁰.

A estas tres profesiones o campos de formación profesional cabría añadir otros relacionados con la salud que involucran igualmente a especialistas en órtesis, prótesis o productos de apoyo. Así lo reconoce el manual de Eurostat (Instituto Estadístico Europeo) *Fields of training*⁴¹, que por ejemplo al definir el código 722, correspondiente a los “servicios médicos”, dice que “se centra en las afecciones físicas, el tratamiento de las enfermedades y el mantenimiento del bienestar físico de los seres humanos sin recurrir a métodos quirúrgicos. Los programas de formación incluidos bajo este epígrafe comprenden una amplia gama de servicios como farmacia, fisioterapia, nutrición y dietética, optometría, prótesis ortopédicas, quiropraxia, radioterapia, readaptación profesional, servicios de ambulancia, técnicas de radiología médica, tecnología de audioprótesis, tecnología de laboratorio médico, tecnologías paramédicas de urgencia, terapia ocupacional y trastornos del lenguaje y logopedia”.

Sin embargo, en la lista de ocupaciones asociadas⁴² a la CNO-2010 se amplían las buenas noticias para el sector, pues en la misma aparecen una docena de ocupaciones elementales dotadas de los correspondientes códigos. Son las que se muestran en la tabla de la página siguiente.

Todas las descripciones de la CNO-94 testimonian la exclusión de la ortopedia del reconocimiento profesional y, por tanto, académico o formativo. Por esa exclusión o por aparecer con 4 dígitos

►►► *especiales para los países de ingresos bajos y medianos* / editado por Mario R. Dal Poz ... [et al.], Organización Mundial de la Salud, 2009.

⁴¹ European Centre for the Development of Vocational Training and Eurostat, 1999, *Fields of training: manual*. Thessaloniki, (http://www.trainingvillage.gr/etv/Upload/Information_resources/Bookshop/31/5092_en.pdf, accessed 10 January 2009).

⁴² http://www.ine.es/daco/daco42/clasificaciones/cnovev/listaocupa_cno2010.xls

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Ocupaciones de la próxima CON-2010

2112	MEDICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA
2112	MEDICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA
2112	MEDICO ESPECIALISTA EN REHABILITACION
2112	MEDICO ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA
2112	MEDICO ESPECIALISTA EN TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA
2154	TECNICO EN ORTOFONIA
3115	TECNICO EN ORTOPROTESICA
5430	DEPENDIENTE DE MATERIAL CLINICO, QUIRURGICO Y ORTOPEDICO
7613	MECANICO-AJUSTADOR DE APARATOS ORTOPEDICOS
7837	ZAPATERO ORTOPEDISTA
2112	MEDICO ESPECIALISTA EN TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA

de desagregación sus datos no se especifican en la Encuesta de Población Activa (EPA) y, por tanto, no sirven para obtener series estadísticas oficiales, limitadas a las de ocupados que se utilizaron en el epígrafe anterior.

2.3.4 Clasificación de productos por actividades: valor generado

La estimación valor generado por la producción del sector objeto de esta investigación debería permitir llegar a un valor total sobre el que, restadas las exportaciones y sumadas las importaciones de cada año (es decir, la demanda externa), al final se obtendría el valor total anual de la demanda interna o mercado nacional, siguiendo la siguiente ecuación:

$$DI \text{ (Demanda interna)} = P \text{ (Producción nacional)} \\ - X \text{ (Exportaciones)} + M \text{ (Importaciones)}$$

Esa demanda interna o dimensión del mercado español se tendrá que estimarla por la producción de bienes, ya que los servicios que mueve la misma (además de financieros, aseguradores, de transporte y otros) se centran en el sector comercial, tanto mayorista

como minorista. Pero el problema es que el primero, al igual que el propio sector industrial, atienden también al sector exterior (exportaciones e importaciones), por lo que para clarificar los resultados de la investigación se debe empezar por estimar la producción de bienes físicos y luego añadirle tanto el comercio exterior como interior, que obviamente se basa en esos mismos bienes físicos.

Por tanto, en este epígrafe se investigará primero la producción industrial o de bienes físicos y después la venta, tanto interior (comercio minorista) como exterior. Con ese objetivo, se ha de partir de la clasificación nacional de productos por actividades (CPA)⁴³, cuya finalidad es constituir un marco para poder establecer estadísticas básicas y definir en términos de productos las categorías de actividades económicas establecidas en CNAE-93 y sus ulteriores revisiones. En esa CPA, las variables estudiadas serán los productos ordenados siguiendo el criterio de su origen industrial. Y se encontrará que las dos últimas son la CPA-2002⁴⁴ y CPA-2008⁴⁵. Ambas contienen cerca de 6.000

43 La Clasificación de Productos por Actividad (CPA) es una macroclasificación de productos que constituye la versión europea de la Clasificación Central de Productos (CPC) elaborada y recomendada por la ONU. La CPA es legalmente vinculante en la Comunidad Europea. La versión CPA-2002 ha sido adoptada como clasificación nacional de productos en sustitución de la CNPA-96. La CPA, además de ser más detallada, difiere de la CPC en el criterio de estructuración. Mientras que en la CPC el criterio de clasificación es la naturaleza de los productos, criterio por el que se agrupan los productos por sus propiedades físicas y composición; en la CPA se sigue el criterio del origen de producción de los productos, es decir, los productos se agrupan de acuerdo a la actividad económica de la que proceden. De esta forma, la estructura de la CPA-2002 se ajusta a la de la clasificación europea de actividades económicas NACE Rev.1.1.

44 CPA-2002. Clasificación nacional de productos por actividades.
Estructura completa: <http://www.ine.es/images/excel.gif>
Real Decreto regulador 331/2003: <http://www.ine.es/images/pdf.gif>
Notas explicativas de la CPA-2002: <http://www.ine.es/images/excel.gif>

45 CPA-2008. Clasificación nacional de productos por actividades.
Reglamento: <http://www.ine.es/images/pdf.gif>
Estructura de la CPA-2008: <http://www.ine.es/images/excel.gif>
Notas explicativas de la CPA-2008 (en inglés): <http://www.ine.es/images/excel.gif>
GESCLA 2009: gestión de clasificaciones estadísticas.

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Las dos últimas clasificaciones de productos de ortoprótesis CPA 2002 - CPA 2008

Productos industriales:			
331017	Prótesis articulares; aparatos ortopédicos; dientes artificiales; aparatos de prótesis dental; partes artificiales del cuerpo; n.c.o.p.	325022	Prótesis articulares; aparatos ortopédicos; dientes artificiales; aparatos de prótesis dental; partes artificiales del cuerpo n.c.o.p.
331018	Audífonos, estimuladores; sus partes; partes y accesorios de aparatos ortopédicos y de prótesis	266014	Estimuladores cardíacos; audífonos
331018	Audífonos, estimuladores; sus partes; partes y accesorios de aparatos ortopédicos y de prótesis	325023	Componentes y accesorios de aparatos ortopédicos y prótesis
Servicios industriales:			
331099	Servicios industriales para equipo e instrumentos médico-quirúrgicos y de aparatos ortopédicos	266091	Servicios de fabricación de instrumental médico
331099	Servicios industriales para equipo e instrumentos médico-quirúrgicos y de aparatos ortopédicos	266099	Operaciones de subcontratación que forman parte de la fabricación de equipos de radiación, electromédicos y electroterapéuticos
331099	Servicios industriales para equipo e instrumentos médico-quirúrgicos y de aparatos ortopédicos	325099	Operaciones de subcontratación que forman parte de la fabricación de instrumentos y suministros médicos y odontológicos
Servicios comerciales:			
514612	Servicios comerciales al por mayor de aparatos e instrumentos quirúrgicos y ortopédicos	464612	Servicios de comercio al por mayor de aparatos e instrumentos quirúrgicos, médicos y ortopédicos
523210	Servicios comerciales al por menor de productos médicos y ortopédicos	470075	Servicios de comercio al por menor de artículos médicos y ortopédicos

Fuente: elaboración propia de EDAS SC con las clasificaciones nacionales del INE.

registros cada una y no sólo cambian los códigos asignados a cada grupo de productos dentro de las tres líneas que nos interesan (productos industriales, servicios industriales y servicios comerciales), sino que también alteran los productos incluidos en los grandes códigos que guardan cierta correspondencia.

Del detalle de las diversas casillas del cuadro anterior se desprende igualmente que todos los códigos de 6 dígitos en los que aparecen productos industriales están encuadrados en los de prótesis en el código 2660⁴⁶ y los de ortopedia en el 3250⁴⁷. Pero incluso de ellos están excluidas dos actividades claramen-

⁴⁶ El código 2660 los más claramente relaciones con el sector ortoprotésico son la fabricación de audífonos y marcapasos. Otros productos englobados en este código de 4 dígitos y que hace necesario ampliar la investigación al menos a 6 dígitos, aun con riesgo de encontrar dificultades de información, son la fabricación de aparatos y tubos de radiación (por ejemplo, para uso industrial, diagnóstico médico, para uso terapéutico, para investigación o para uso científico), la fabricación de equipos de rayos beta, gamma y X, y de otros ►►►

te propias del sector investigado, como la 3092 (fabricación de bicicletas y de vehículos para personas con discapacidad, en especial los códigos desagregados PRODCOM 30922030, 30922090, 30923070, al que cabría añadir el 31001210: asientos convertibles en camas excepto los de jardín y camping) y también la 3099 (fabricación de otro material de transporte no incluido en otras líneas de productos, al que igualmente en los códigos desagregados PRODCOM le corresponde el 30991000, si bien en este caso mejor es no considerarlo en rigor porque incluye todos los vehículos no automóviles inclui-

▶▶▶ equipos de radiación, la fabricación de escáneres CT, la fabricación de escáneres PET, la fabricación de equipos de imagen por resonancia magnética (MRI), la fabricación de equipos médicos de ultrasonido, la fabricación de electrocardiógrafos, la fabricación de equipos electromédicos de endoscopia y la fabricación de equipos de láser médico. Esta clase comprende también la fabricación de equipos para la radiación de alimentos y leche. En cambio, no comprende la fabricación de camas de bronceado (código 28.99).

47 El código 3250 comprende, además de la fabricación de mobiliario de uso médico, quirúrgico, odontológico o veterinario (como por ejemplo mesas de operaciones, mesas de reconocimiento, camas hospitalarias con accesorios mecánicos, sillas de dentista, la fabricación de placas y tornillos para huesos, jeringas, agujas, catéteres, cánulas, etc., la fabricación de instrumental odontológico (incluidas sillas de dentista que incorporan equipo odontológico), la fabricación de piezas dentales artificiales, puentes, etc., realizada en laboratorios odontológicos, otros productos más claramente identificados con el sector ortoprotésico, como son la fabricación de aparatos ortopédicos y prótesis, la fabricación de ojos de cristal. Pero también incluye otros más alejados del mismo, como son la fabricación de termómetros médicos, la fabricación de artículos oftálmicos, gafas, gafas de sol, lentillas graduadas, lentes de contacto, gafas de seguridad, la fabricación de aparatos de laboratorio, instrumental quirúrgico y médico, aparatos y suministros quirúrgicos, equipos y suministros para odontología, artículos y aparatos de ortodoncia, y dentaduras postizas. También está incluida la fabricación de mobiliario de uso médico, odontológico y similares, en los que las funcionalidades específicas añadidas determinan su uso, como las sillas de dentista que incorporan funcionalidades hidráulicas. Igualmente, esta clase comprende la fabricación de sábanas quirúrgicas e hilos y gasas estériles, la fabricación de productos de obturación dental y cemento dental (excepto adhesivos para dentaduras postizas), cera dental y otros preparados de yeso dental), la fabricación de cementos para la reconstrucción de huesos, la fabricación de hornos de laboratorio dental, la fabricación de equipos de limpieza por ultrasonido de laboratorio, la fabricación de esterilizadores de laboratorio y la fabricación de aparatos de destilación y centrifugadoras de laboratorio. Esta clase no comprende: la fabricación de adhesivos para dentaduras (véase 20.42), la fabricación de algodón, vendajes y similares impregnados con medicamentos (véase 21.20), la fabricación de equipos electromédicos y electroterapéuticos (véase 26.60), la fabricación de marcapasos (véase 26.60), la fabricación de sillas de ruedas (véase 30.92) y las actividades de los ópticos (véase 47.78).

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

dos carros de la industria, carretillas, carros de equipaje, tolva de camiones, carros de golf de la mano sacó exclusión de carritos de la compra).

Otra conclusión es que en todos los casos los artículos ortopédicos aparecen en mayor o menor medida agrupados con productos médicos, tanto en la producción de bienes y servicios industriales como en la producción de servicios comerciales.

En la encuesta de productos industriales elaborada por el INE, el sector está contemplado en la rama 76 (fabricación de instrumentos y suministros médicos y odontológicos), como una de sus seis subramas, que a su vez incluye 7 líneas de fabricación: prótesis articulares (código 3250223501), los demás aparatos de ortopedia y para fracturas, incluidos calzado y plantillas ortopédicos a medida, muletas, etc. (3250223909), dientes artificiales de plástico (3250225308), dientes artificiales de otros materiales (3250225506), los demás artículos y aparatos de prótesis dental (3250225904) y los demás artículos y aparatos de prótesis como lentillas intraoculares, ojos artificiales, brazos, piernas, caderas, tubos para reemplazar vasos sanguíneos, válvulas cardíacas, etc., (3250229002) y partes y accesorios de artículos y aparatos para prótesis incluyendo partes de estimuladores cardíacos (3250230000).

Lamentablemente, a pesar de la mejora de esas estadísticas oficiales, todavía no aparecen especificados ni en la encuesta industrial de productos ni en la encuesta industrial de empresas los servicios industriales ligados al sector ortoprotésico y clasificados como tales en la CPA 2008, bien sean los servicios de fabricación de instrumental médico bajo el código 266091, las operaciones de subcontratación que forman parte de la fabricación de equipos de radiación, electromédicos y electro terapéuticos bajo el código 266099 o Operaciones de subcontratación que forman parte de la fabricación de instrumentos y suministros médicos y odontológicos bajo el código

325099. Tampoco aparecen dichos servicios en las nuevas encuestas del sector servicios realizadas por el INE ni en su estadística de productos en el sector servicios, centrada por ahora en servicios como el turismo, los transportes, la informática y el audiovisual, los servicios jurídicos y de asesoría de todo tipo, servicios técnicos, de publicidad, de contratación, etc.

Esa laguna de las estadísticas españolas de servicios a pesar de su considerable mejora tras la adhesión de España a la Unión Europea tampoco ha sido cubierta por las diversas encuestas y series estadísticas de la Unión Europea elaboradas por Eurostat, ni en sus estadísticas PRODCOM ni en las de servicios, aunque tales servicios sí vienen en sus diversas clasificaciones de productos manufacturados.

En cualquier caso, para compensar tales omisiones y con el fin de facilitar las comparaciones la homogeneidad en las comparaciones europeas que anticipamos en otro epígrafe anterior, las series estadísticas que hemos elaborado para el presente epígrafe han sido tomadas de Eurostat e incluyen como veremos 15 ramas de actividad y no solo las siete que aparecen en la encuesta de productos del INE.

El correspondiente riesgo de incluir en el sector ortoprotésico artículos no propiamente característicos del mismo nos permitirá compensar esas y otras lagunas estadísticas o exclusiones como la óptica, siempre sin menoscabo del rigor, porque algunas de esas ramas conexas a la ortopedia pueden ser descontadas por el lector advertido.

Así, con la anterior clasificación de productos por actividades vamos a estimar en los epígrafes que siguen el valor generado por el conjunto del sector español, primero en la fabricación industrial o manufacturera, luego en los servicios industriales anejos y por último en los servicios comerciales.

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Producción española de manufacturas ortoprotésicas (En miles de euros, año 2008)

Calzado impermeable y especial...	3.953
Aparatos para la sordera (sin partes)	26.590
Partes y accesorios de audífonos (sin auriculares, amplificadores y similares)	3.089
Marcapasos (sin partes y accesorios)	0
Vehículos sin propulsión mecánica	18.474
Vehículos de tracción mecánica	:C
Partes y accesorios de vehículos	6.222
Asientos convertibles en camas	29.029
Articulaciones artificiales	41.907
Aparatos ortopédicos, férulas y otros ...	80.356
Dientes artificiales de plástico	10.342
Dientes artificiales no de plástico	46.501
Accesorios dentales	142.902
Partes artificiales del cuerpo	7.213
Partes y accesorios ortopédicos	3.800
	420.379

Fuente: Elaboración propia de EDAS SC con datos del INE y Eurostat. La “:C” significa información confidencial no disponible por estar protegida por el secreto estadístico.

2.3.4.1 Fabricación (productos industriales o manufacturados)

Para el primero de los tres citados renglones de producción, la fabricación, y siguiendo el mismo criterio de mayor amplitud que consideramos en las cifras europeas y que nos permitirá compararla con las de nuestro país, el valor total estimado el año pasado en las 15 ramas manufactureras citadas ascendió el año 2008 a los 420 millones de euros.

Algo más de la tercera parte, 142 millones, correspondió a accesorios dentales, a los que si se añade los 56, 8 millones de dientes artificiales el conjunto de la ortodoncia aportaría casi la mitad del total antes señalado. Las siguientes partidas en importancia fueron aparatos ortopédicos, férulas y otros, con 80 millones, que junto a los casi 42 millones de las articulaciones artificiales y los 11 de las par-

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

Variación de la producción española de manufacturas ortoprotésicas (En miles de euros)

	2008	1995	% Variación
Calzado impermeable y especial...	3.953	6.434	-38,5540502
Aparatos para la sordera (sin partes)	26.590	:C	
Partes y accesorios de audífonos (sin auriculares)	3.089	:C	
Marcapasos (sin partes y accesorios)	0	0	
Vehículos sin propulsión mecánica	18.474	:C	
Vehículos de tracción mecánica	:C	:C	
Partes y accesorios de vehículos	6.222	:C	
Asientos convertibles en camas	29.029	17.115	69,6120126
Articulaciones artificiales	41.907	12.942	223,798517
Aparatos ortopédicos, férulas y otros ...	80.356	17.451	360,474398
Dientes artificiales de plástico	10.342	2.533	308,225217
Dientes artificiales no de plástico	46.501	4.202	1.006,71657
Accesorios dentales	142.902	18.995	652,30198
Partes artificiales del cuerpo	7.213	2.166	233,023243
Partes y accesorios ortopédicos	3.800	:C	
	420.379	17.115	2.356,22832

Fuente: Elaboración propia de EDAS SC con datos del INE y Eurostat. La “:C” significa información confidencial no disponible por estar protegida por el secreto estadístico.

tes artificiales del cuerpo y accesorios ortopédicos sumarían 133 millones de euros, aportando otro tercio del total. Del resto cabe destacar los cerca de 30 millones de euros en audífonos y otros aparatos para la sordera, así como cantidades similares en vehículos y calzados especiales incluidos en las estadísticas oficiales.

Desde el primero de enero de 1995 hasta el primero de enero del 2009, la producción industrial manufacturera de las 15 ramas de actividad incluidas en la anterior selección y de las que existen estadísticas libres del secreto ha crecido nada menos que un 2.356%, lo que significa que en estos 14 años se ha multiplicado por 24 veces.

Tan fuerte incremento se mantiene en similar orden de magnitud (2.016%) si solo se compara la producción de principio y de final en las ocho ramas de actividad no afectadas en ninguno de los años por el secreto estadístico. De ellas, la única con reducción (el 38%) ha sido el calzado especial.

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Diez años de producción española de manufacturas ortoprotésicas (En miles de euros)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Calzado especial...	11.766	10.640	:C	13.071	:C	7.531	7.394	7.353	5.730	3.953
Aparatos para la sordera	:C	:C	14.477	20.299	21.945	28.351	28.137	28.064	28.143	26.590
Partes audífonos	:C	732	1.243	2.105	3.399	4.955	3.496	3.697	2.844	3.089
Marcapasos	0	:C	:C	:C	:C	0	0	0	0	0
Vehículos sin propulsión	12.500	12.808	14.085	18.726	20.147	17.319	19.082	20.357	19.893	18.474
Vehículos de tracción	:C	:C	:C	:C	:C	4.623	:C	:C	:C	:C
Accesorios de vehículos	:C	2.850	3.478	5.109	4.388	5.577	4.961	6.678	8.023	6.222
Asientos-camas	27.937	28.179	34.617	35.233	35.817	39.003	36.752	37.817	36.854	29.029
Articulaciones artificiales	25.978	29.458	31.987	29.535	34.308	40.461	34.983	31.345	35.457	41.907
Aparat. ortopédicos, férulas...	28.796	33.819	44.063	43.925	49.187	53.274	67.740	75.290	82.463	80.356
Dientes de plástico	3.699	5.206	7.357	5.316	6.643	6.351	8.276	8.806	6.769	10.342
Dientes no de plástico	11.896	14.748	17.322	18.886	22.219	26.573	28.654	35.796	40.118	46.501
Accesorios dentales	35.371	39.811	46.095	53.983	64.351	70.364	84.866	95.937	119.507	142.902
Partes del cuerpo	12.074	12.163	9.607	2.555	3.566	4.561	7.883	6.589	6.885	7.213
Partes y acces. ortopédicos	1.520	2.977	2.191	3.552	2.725	2.941	2.816	2.556	2.760	3.800
	171.537	193.391	226.522	252.295	268.695	311.885	335.041	360.285	395.447	420.379

Fuente: Elaboración propia de EDAS SC con datos del INE y Eurostat. La “:C” significa información confidencial no disponible por estar protegida por el secreto estadístico.

Sin la ortodoncia, los calzados especiales y los asientos convertibles en camas, los artículos ortoprotésicos propiamente dichos elevaron su producción un 297% en esos 14 años, al pasar de 32,55 a 129,5 millones de euros. El mayor ritmo de expansión (360%) correspondió precisamente a los aparatos ortopédicos, férulas y otros. Las articulaciones artificiales y las partes artificiales del cuerpo crecieron respectivamente el 223% y el 233%.

Durante la última década, la producción manufacturera de las 15 ramas analizadas ha pasado así desde los 171,5 millones de euros registrados el año 1999 hasta los citados 420,3 millones del año 2008, sin poder considerar en ninguno de estos años por motivos de secreto estadístico los marcapasos ni los vehículos de tracción mecánica.

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

Diez años de producción española de manufacturas ortoprotésicas (% de Variación sobre el año anterior)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Calzado impermeable y especial...		-9,6					-1,8	-0,5	-22,1	-31,0
Aparatos para la sordera (sin partes)				40,2	8,1	29,2	-0,8	-0,3	0,3	-5,5
Partes y accesorios de audífonos...			69,8	69,4	61,5	45,8	-29,4	5,7	-23,1	8,6
Marcapasos (sin partes y accesorios)										
Vehículos sin propulsión mecánica		2,5	10,0	32,9	7,6	-14,0	10,2	6,7	-2,3	-7,1
Vehículos de tracción mecánica										
Partes y accesorios de vehículos			22,0	46,9	-14,1	27,1	-11,0	34,6	20,1	-22,4
Asientos convertibles en camas		0,9	22,8	1,8	1,7	8,9	-5,8	2,9	-2,5	-21,2
Articulaciones artificiales		13,4	8,6	-7,7	16,2	17,9	-13,5	-10,4	13,1	18,2
Aparatos ortopédicos, férulas y otros ...		17,4	30,3	-0,3	12,0	8,3	27,2	11,1	9,5	-2,6
Dientes artificiales de plástico		40,7	41,3	-27,7	25,0	-4,4	30,3	6,4	-23,1	52,8
Dientes artificiales no de plástico		24,0	17,5	9,0	17,7	19,6	7,8	24,9	12,1	15,9
Accesorios dentales		12,6	15,8	17,1	19,2	9,3	20,6	13,0	24,6	19,6
Partes artificiales del cuerpo		0,7	-21,0	-73,4	39,5	27,9	72,9	-16,4	4,5	4,8
Partes y accesorios ortopédicos		95,8	-26,4	62,1	-23,3	7,9	-4,3	-9,2	8,0	37,7
		12,7	17,1	14,4	6,5	16,1	7,4	7,5	9,8	6,3

Fuente: Elaboración propia de EDAS SC con datos del INE y Eurostat. La “:C” significa información confidencial no disponible por estar protegida por el secreto estadístico.

Con la estimación de los dos productos de los que no hay datos oficiales, la producción del último año fácilmente habrá sobrepasado los 500 millones de euros, debido a que en el año 2004 los vehículos de tracción mecánica fueron estimados en 46 millones de euros.

Del cuadro anterior se desprende que en todos los años se registraron crecimientos de la producción manufacturera. En tasas de incremento de cada año sobre el año anterior, oscilaron entre un máximo del 17,1% el año 2001 y un mínimo del 6,3% durante el año 2008. En todos y cada uno de los ejercicios económicos esa producción ha tendido a crecer varios puntos más que el PIB anual (suma de la actividad económica real y de la inflación de cada año), acompañando así al menos al crecimiento de la población y de la renta per cápita.

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Tasas interanuales de la producción española y comunitaria (Porcentajes de crecimiento sobre el año anterior)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Tasas de crecimiento España		12,7	17,1	11,4	6,5	16,1	7,4	7,5	9,8	6,3
Tasas de crecimiento UE		9,1	23	6	1,3	7,2	-3,1	0,9	8,4	0,7
Diferencia		3,6	-5,9	5,4	5,2	8,9	10,5	6,6	1,4	5,6

Fuente: Elaboración propia de EDAS SC con datos del INE y Eurostat. Los % del 2006 al 2008 corresponden ya a la Europa de los 25 en vez de a la UE de 15 países.

Si comparamos la evolución de la producción española con la de la media de la Unión Europea de los 15 países (grupo que nos permite mayor periodo de comparación), en esta década la tasa de crecimiento española ha sido de casi el doble que la de la producción comunitaria. La simple suma aritmética de las tasas interanuales arroja en el caso de España un total de 94,8 puntos para los 9 últimos años, mientras que la suma del conjunto de la Unión Europea ha sido de 53,5, por tanto con 41, 3 puntos a favor de España.

Igualmente, la producción ortoprotésica española ha crecido en esta última década 23 puntos más que la suma aritmética del PIB nominal español (PIB real más las subidas anuales de precios medidas por el IPC). Los únicos años que ese crecimiento estuvo por debajo fueron el 2003, el 2004 y el 2006, cuyas caídas fueron compensadas por los precedentes y siguientes. El último año de crisis general ha sido junto con el 2004 y el 2001 los de mayor expansión real del sector ortoprotésico con respecto al conjunto de la economía española, pues aumentó 5,4 puntos más que el PIB real, comportándose por tanto como un factor estabilizador y compensador de las consecuencias adversas de la crisis económica en la actividad, el empleo, las rentas y otras magnitudes.

Además de todo lo indicado, más de la mitad de la producción ortoprotésica española contribuye directamente al incremento de la base tecnológica, característica que se viene acentuando en los últimos años.

*La producción ortoprotésica crece mucho más que el PIB nominal
(PIB real +IPC, en % de crecimiento sobre el año anterior)*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Tasas de crecimiento España	12,7	17,1	11,4	6,5	16,1	7,4	7,5	9,8	6,3
PIB nominal (IPC+PIB real)	8,5	7,2	7,5	7,5	7,4	8,3	7,9	7	0,9
Diferencia (España-PIB nominal)	4,2	9,9	3,9	-1	8,7	-0,9	-0,4	2,8	5,4

Fuente: Elaboración propia de EDAS SC con datos del INE correspondientes la producción y a la Contabilidad Nacional de cada uno de estos años.

En efecto, ya en la previa CNA 93 los aparatos ortopédicos aparecían junto al material médico quirúrgico en el epígrafe 392 y eran incluidos por los especialistas entre la docena de sectores industriales más frecuentemente considerados como industrias de alta tecnología (**high-tech**), tras los productos farmacéuticos, los ordenadores, las telecomunicaciones, el material científico, las aeronaves, los instrumentos ópticos y fotografía, y otros⁴⁸.

Ese carácter de productos intensivos en tecnología es avalado por su cumplimiento de algunas de las leyes de la nueva economía, como la tendencia de estos a la concentración industrial a fin de compensar sus crecientes costes de producción de la primera unidad con la tendencia muy decreciente de los costes de reproducción de las siguientes cantidades. En efecto, las principales ramas de actividades ortoprotésicas así calificadas por la siguiente clasificación, ya con el epígrafe 331 correspondiente, fueron consideradas un ejemplo de sectores de actividad con mayor concentración espacial según el índice Ellison-Glaeser (EG)⁴⁹. Exactamente alcanzaron el índice de concentración 0,031, distante del 0,184 que corresponde a los primeros (equipos informáticos), pero mayor incluso que los productos radioterápicos y los

⁴⁸ Doménech Sánchez, Rafael, y Giner Pérez, José Miguel, *Dinámica espacial de las industrias de alta tecnología en España: el caso de Castilla y León*, Junta de Castilla y León, Congresos, pag 340 http://www.jcyl.es/jcyl/cee/dgeae/congresos_ecoreg/CERCL/21339.PDF

⁴⁹ Giner, José Miguel, Santa Maria, M^a Jesús, e Ybarra, Josep-Antonio, *Localización y dinámica productiva de la industria del juguete en España*, Revista de Economía Industrial, Ministerio de Industria, nº 372, pag 30.

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Evolución de productos de ortopedia y prótesis de alta tecnología (En miles de euros)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
5.12 Audífonos excepto partes y accesorios			14.477	20.299	21.945	28.351	28.137	28.063	28.142
5.13 Aparatos de ortopedia	54.774	63.278	76.050	73.460	83.495	92.099	102.723	105.875	117.920
5.14 Demás artículos y aparatos de prótesis	12.074	12.163	96.074	25.555	35.657	4.560	7.883	6.589	126.392
Total	66.848	75.441	186.601	119.314	141.097	125.010	138.743	140.528	272.455

Fuente: Elaboración propia de EDAS SC a partir de datos del INE sobre Indicadores de Alta Tecnología y Encuesta Industrial de Productos.

farmacéuticos. Nos referimos a tres grupos: los audífonos excepto partes y accesorios, los aparatos de ortopedia y los demás artículos y aparatos de prótesis, que aparecen con los códigos respectivos 5.12, 5.13 y 5-14 en los Indicadores de alta tecnología del INE. Se trata de agrupaciones de productos distintas a las anteriormente estudiadas, cuyos valores para los últimos años en que hay datos en esos indicadores de alta tecnología aparecen en el cuadro superior.

Además, esa característica estructural muestra una tendencia creciente en los últimos años, de manera que la producción de aparatos ortopédicos y prótesis representa cada año una cuota mayor en el total de la producción de bienes considerados de alta tecnología.

El último año del que existen estadísticas oficiales el sector ortoprotésico de alta tecnología representó un 2,82% del total de la producción española de bienes de alta tecnología. En ese mismo año, 2007, todo el grupo 5 de los indicadores de alta tecnología del que forman parte los ortoprotésicos, presentado bajo el rótulo de “instrumentos científicos⁵⁰”, representaba un 11,2% del total de los productos de alta tecnología, por lo que los ortoprotésicos suponen una cuarta parte de esos instrumentos, cuyo dinamismo por otra parte es similar al del sector que nos ocupa, pues el año anterior representaban casi 2 puntos menos (9,6%).

⁵⁰ El grupo de instrumentos científicos de los Indicadores de Alta Tecnología incluye junto a los audífonos, aparatos de ortopedia y los demás artículos y aparatos de prótesis otra docena de instrumentos.

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

Cuota de ortopedias y prótesis en la producción de alta tecnología (En miles de euros y porcentajes de variación durante los 3 últimos años)

Total de bienes de alta tecnología	8.349.474,6	8.874.781,5	9.657.399,7	100%	100%
5.12 Audífonos excepto partes y accesorios	28.137,0	28.063,8	28.142,8	0,31622	0,291412
5.13 Aparatos de ortopedia	102.723,5	105.875,2	117.920,2	1,192989	1,221035
5.14 Los demás artículos y prótesis	7.883,3	6.589,1	126.392,5	0,074245	1,308763
				1,583457	2,82121

Fuente: Elaboración propia de EDAS SC a partir de datos del INE sobre Encuesta Industrial de Productos e Indicadores de Alta Tecnología.

2.3.4.2 De la producción a la dimensión del mercado español

Analizada ya la producción industrial que reflejan las estadísticas oficiales, vamos a proceder a analizar las ventas, primero en el exterior (exportaciones e importaciones) y después la demanda en el interior (ventas del comercio minorista, ya que la aportación del mayorista apenas altera los resultados, como veremos, salvo en lo relativo a la creación o reparto del valor de la producción).

Para estimar la evolución del comercio exterior, vamos a seguir como criterio de referencia esos mismos productos ortoprotésicos considerados de alta tecnología, por tres motivos: representan más de la mitad de todos los potencialmente vinculados al sector, son los que pueden ser sometidos con menores distorsiones a las comparaciones internacionales y son igualmente los que registran un mayor potencial a la luz del crecimiento de la demanda no solo exterior sino como hemos visto interior (ya que ganan cuota de mercado año tras año incluso si se les compara con el total de los productos de alta tecnología).

2.3.4.3 Comercio exterior: ventas, compras y déficits

La guía estadística principal en las estimaciones del comercio exterior del sector ortoprotésico, como de cualquier otro, ha de

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

ser el SA⁵¹: Sistema Armonizado de Codificación y Designación de mercancías, Organización Mundial de Aduanas, 2007, que se utiliza como referencia en todo el mundo para las nomenclaturas de comercio exterior y para los aranceles aduaneros. En estrecha relación con la CIIU-Rev.2, el SA entró en vigor el 1 de enero de 1988, y supuso un gran avance respecto a la anterior, pues se pasó de una clasificación de poco más de 1000 partidas a una de 5000. Además, esta clasificación ha sido muy importante en el sistema de nomenclaturas, pues las partidas más pequeñas del SA han sido los módulos elementales utilizados para elaborar la CPC y la CPA, y además estos módulos elementales van a pertenecer a una única partida de la clasificación de actividades.

En el ámbito de la UE nació a partir del SA la Nomenclatura Combinada – NC –, que mantiene la misma estructura que el SA y tan solo incorporará un nuevo nivel de ocho dígitos cuando así se requiera para la estadística de comercio exterior, el régimen agrícola o el arancel aduanero dentro de la UE. Desde el año 1996 la NC es directamente la clasificación de los Estados miembros a efectos de comercio exterior y no se pueden elaborar versiones nacionales, a diferencia de la situación existente en las clasificaciones de actividades y de productos. El SA se revisa cada cuatro años, y su última revisión ha tenido lugar en el año 2008, y la NC se revisa anualmente entrando en vigor el 1 de enero de cada año. Hemos de resaltar como de especial importancia para el sector objeto de esta investigación que en la NC se incorporan las modificaciones que han sido solicitadas a petición de las organizaciones profesionales o las administraciones nacionales y comunitarias, o por motivos jurídicos.

Ante la pujanza en la utilización del ha perdido importancia la clasificación que propuso inicialmente la ONU para las estadís-

⁵¹ Organización Mundial de Aduanas, SA: Sistema Armonizado de Codificación y Designación de Mercancías, 2007.

ticas de comercio exterior –CUCI–, en sus sucesivas versiones. Como casi todos los países del mundo ya han firmado los acuerdos GATT (a partir de 1996 OMC), la CUCI ha perdido el valor que tuvo hasta 1988, pues era la única clasificación que ofrecía la posibilidad de comparar la información procedente del comercio exterior a nivel mundial. Sobre estas clasificaciones aplicadas a los mismos productos ortoprotésicos considerados de alta tecnología que elegimos para el análisis por los tres motivos apuntados al terminar el epígrafe anterior, las series estadísticas elaboradas con los datos oficiales de los últimos años muestran que las exportaciones son inferiores a las importaciones en cada uno de los ejercicios.

Esta permanente insuficiencia de las exportaciones para cubrir las importaciones se registra de forma reiterada en todos y cada uno de los tres renglones del comercio, siendo en los aparatos de ortopedia mayor que en los audífonos y en los de prótesis y demás aparatos todavía mucho mayor que en los dos anteriores juntos. Esta situación, de obvias características estructurales, ha generado un déficit creciente en la balanza comercial del sector. El desequilibrio resultante ha pasado de los 153,7 millones de euros del año 2001 (para antes de esa fecha no hay estadísticas oficiales disponibles) hasta los 376,8 millones, por lo que el monto del desequilibrio se ha duplicado en euros durante estos siete años. A ese reiterado déficit ha contribuido sobre todo el constante aumento de las compras del exterior, agravado a partir del 2002 por el factor añadido del descenso de las exportaciones, que no obstante se freno en seco el año 2007, cuando las ventas al exterior registraron por primera vez un incremento respecto al año anterior, próximo nada menos que al 50%.

El único año de los considerados en que hubo un descenso de las importaciones fue el 2006, cuando las compras totales al exterior se redujeron de los 321 millones a los 297 millones de euros. Esto permitió reducir el déficit, por primera vez en todos los años

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Comercio exterior español ortoprotésico la última década del siglo (En miles de euros y totales en millones)

	Exportaciones	Importaciones	Déficit
2001			
5.12 Audífonos excepto partes y accesorios	1.879	14.252	-12.373
5.13 Aparatos de ortopedia	62.347	96.924	-34.577
5.14 Los demás artículos y aparatos de prótesis	28.678	135.447	-1.06769
Total anual	92,904	246,623	-153,719
2002			
5.12 Audífonos excepto partes y accesorios	2.177	17.825	-15.648
5.13 Aparatos de ortopedia	55.714	122.199	-66.485
5.14 Los demás artículos y aparatos de prótesis	25.786	143.933	-118.147
Total anual	83,677	283,957	-200,28
2003			
5.12 Audífonos excepto partes y accesorios	1.680	23.023	-21.343
5.13 Aparatos de ortopedia	50.180	107.011	-56.831
5.14 Los demás artículos y aparatos de prótesis	31.525	164.110	-132.585
Total anual	83,385	294,144	-210,759
2004			
5.12 Audífonos excepto partes y accesorios	2.328	21.808	-19.480
5.13 Aparatos de ortopedia	40.748	109.714	-68.966
5.14 Los demás artículos y aparatos de prótesis	26.791	172.088	-145.297
Total anual	69,867	303,61	-233,743
2005			
5.12 Audífonos excepto partes y accesorios	2.202	24.478	-22.276
5.13 Aparatos de ortopedia	33.997	94.495	-60.498
5.14 Los demás artículos y aparatos de prótesis	29.418	202.710	-173.292
Total anual	65,617	321,683	-256,066
2006			
5.12 Audífonos excepto partes y accesorios	1.844	26.994	-25.150
5.13 Aparatos de ortopedia	32.927	114.738	-81.811
5.14 Los demás artículos y aparatos de prótesis	11.387	155.399	-144.012
Total anual	46,158	297,131	-250,973
2007			
5.12 Audífonos excepto partes y accesorios	3.299	28.170	-24.871
5.13 Aparatos de ortopedia	46.012	132.261	-86.249
5.14 Los demás artículos y aparatos de prótesis	18.184	283.905	-265.721
Total anual	67,495	444,336	-376,841

Fuente: Elaboración propia de EDAS SC a partir de datos del INE sobre Encuesta Industrial de Productos, indicadores tecnológicos y la Agencia Estatal de la Administración Tributaria.

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

Cobertura de ventas sobre compras exteriores en alta tecnología (Unidades: porcentaje)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
0. Armas y municiones	100,4	103,3	52,8	98,1	64,1	74,5	114,0
1. Construcción aeronáutica y espacial	31,2	55,7	56,7	54,9	49,0	44,0	54,7
2. Maquinaria de oficina y equipo informático	37,0	28,6	26,4	23,4	17,9	15,1	15,6
3. Mat. electrónico equipos y apar. de radio, tv y comunicaciones	42,4	43,7	48,2	36,2	33,1	25,4	15,1
4. Productos farmacéuticos	59,4	54,9	45,3	51	52,3	46,9	42,9
5. Instrumentos científicos	34,8	35,1	35,9	31,5	26,7	23,8	30,7
6. Maquinaria y material eléctrico	46,1	48,5	52,1	37,6	56,8	70,6	31,7
8. Productos químicos	64,2	69,7	76,0	67,8	76,6	88,4	69,9
9. Maquinaria y equipo mecánico	69,9	79,5	61,2	67,0	67,6	73,5	115,0
Tasa de cobertura del comercio exterior de alta tecnología	43,0	45,1	44,7	39,4	36,8	32,4	29,1
Tasa de cobertura del comercio exterior total	74,9	76,0	74,6	72,2	66,5	64,9	64,9

Fuente: Elaboración propia de EDAS SC a partir de datos del INE y de la Agencia Estatal de la Administración Tributaria. Nota: La tasa de cobertura se define como el cociente entre exportaciones e importaciones por 100.

estudiados, desde los 256 a los 250 millones de euros, disminución que no pudo ser mayor porque el 2006 fue el último año en que se redujeron las importaciones.

El problema de ese déficit estructural se deriva en gran parte de las tradicionales insuficiencias del comercio exterior español de mercancías, que se ha agravado en la última década, como refleja un persistente déficit que incluso en términos de balanza por cuenta corriente llegó a alcanzar el 12% a principios del 2008, hasta que la reducción de las importaciones en un contexto de demanda interna recortada por la crisis lo hizo caer casi a la mitad. Por tanto, es de prever que en el 2008 y 2009 también se haya atenuado el desequilibrio comercial ortopédico.

Además de que el déficit comercial español se ha acentuado en general con la entrada de España en la Comunidad y luego con la participación en la unión monetaria europea, la industria es más deficitaria que la agricultura y los servicios. Y, sobre

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

todo, lo es la industria de alta tecnología, debido al también tradicional déficit tecnológico español.

En efecto, como refleja el cuadro de la página anterior, la cobertura de las exportaciones sobre las compras al exterior se ha reducido para el conjunto del comercio exterior español desde un 74,9% en el año 2001 hasta un 64,9% en el 2007. Pero la cobertura del comercio de productos industriales de alta tecnología, que ya era casi la mitad del total (un 43%), se ha reducido aun más en los años analizados (hasta el 29,1% en el 2007).

Además, dentro de ese comercio de alta tecnología, ha habido una serie de ramas que han realizado un esfuerzo exportador suficiente como para reducir su tasa de cobertura, como las armas y municiones, la aeronáutica, los productos químicos y sobre todo la maquinaria y equipo mecánico. Otras han caminado en la dirección contraria, como la informática, el material electrónico, los productos farmacéuticos, la maquinaria y material eléctrico, y en especial los instrumentos científicos, de los que como ya dijimos aproximadamente una décima parte son los productos ortoprotésicos que venimos considerando.

Es clara la casi permanente reducción de la tasa de cobertura de este grupo de instrumentos científicos, para pasar desde el en los años considerados desde el 34,8% a apenas el 30,7%, insuficiencia estructural solo superada aunque con ritmos todavía más crecientes por la informática y la electrónica. Pero lo cierto es que aun resulta mayor la baja cobertura de los productos ortoprotésicos, que desde una tasa del 37,% en el 2001 han bajado al 15,2% en el 2007, tasa que ya supera a la informática y solo es superada por la electrónica.

Aun con todo, este problema o característica estructural es un reto o desafío que se puede convertir en oportunidad y en potencial de crecimiento para el sector en el contexto de los

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

Evolución de la cobertura exterior en los productos ortoprotésicos (En % de las ventas sobre las compras la última década)

2001	37,7
5.12 Audífonos excepto partes y accesorios	13,2
5.13 Aparatos de ortopedia	64,3
5.14 Los demás artículos y aparatos de prótesis	21,2
2002	29,5
5.12 Audífonos excepto partes y accesorios	12,2
5.13 Aparatos de ortopedia	45,6
5.14 Los demás artículos y aparatos de prótesis	17,9
2003	28,3
5.12 Audífonos excepto partes y accesorios	7,3
5.13 Aparatos de ortopedia	46,9
5.14 Los demás artículos y aparatos de prótesis	19,2
2004	23,0
5.12 Audífonos excepto partes y accesorios	10,7
5.13 Aparatos de ortopedia	37,1
5.14 Los demás artículos y aparatos de prótesis	15,6
2005	20,4
5.12 Audífonos excepto partes y accesorios	9,0
5.13 Aparatos de ortopedia	36,0
5.14 Los demás artículos y aparatos de prótesis	14,5
2006	15,5
5.12 Audífonos excepto partes y accesorios	6,8
5.13 Aparatos de ortopedia	28,7
5.14 Los demás artículos y aparatos de prótesis	7,3
2007	15,2
5.12 Audífonos excepto partes y accesorios	11,7
5.13 Aparatos de ortopedia	34,8
5.14 Los demás artículos y aparatos de prótesis	6,4

Fuente: EDAS SC a partir de datos del INE y de la Agencia Estatal Tributaria.

esfuerzos recientes y anunciados por España y el conjunto de la Unión Europea de caminar hacia la transformación del modelo productivo, basada en el fomento de las actividades como la que ocupa en este Libro más intensivas en tecnología y en conocimiento.

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

2.3.4.4 Estimación total de la demanda interna

En cualquier caso, vistas las estadísticas oficiales de exportaciones e importaciones de los últimos años en esos productos ortoprotésicos caracterizados de alta tecnología, y como en otro epígrafe precedentes ya se había expuesto la evolución de la producción de los mismos, ya se está en condiciones de estimar la evolución de la demanda interna total en el mercado español de esos mismos productos. Estimación que luego se contrastará con el resto de los productos no incluidos en esta línea tecnológica (casi la mitad) y con las estadísticas oficiales del comercio minorista. Para acometer el primer paso y calcular la demanda interna, procederemos a operar el modelo o ecuación que se anunciaba como uno de los propósitos de esta investigación, de la siguiente forma:

$$\text{Demanda interna} = \text{Producción} - \text{Exportaciones} + \text{Importaciones}$$

El resultado es que la demanda interna total de los productos ortoprotésicos mas intensivos en tecnología ha crecido desde los 253,8 millones de euros del año 2001 a los 392,1 millones del año 2007. En consecuencia, se ha más que duplicado en estos años. También en este caso, y pese a la ya descrita fuerte pujanza de las importaciones, el crecimiento ha sido mayor que en los demás mercados europeos e incluso que el conjunto del PIB nominal (crecimiento económico real mas incremento de los precios), pues la demanda interna se ha engrosado nada menos que al 155,7% durante estos siete años estudiados en el cuadro de la página siguiente.

En efecto, las tasas de crecimiento del total de la demanda interna de un año sobre otro han sido constantes, salvo en el 2006, cuando se registró un estancamiento con respecto al precedente (reducción de apenas el 0,8%), evolución que fue ampliamente compensada el 2007 (el último año del ciclo alcis-

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

Mercado interno ortoprotésico estimado

(=Producción - exportaciones + importaciones, miles de euros, totales en millones)

	P	X	M	Demanda interna total
5.12 Audífonos excepto partes y accesorios	14.476,6	1.879	14.252	26.849,6
5.13 Aparatos de ortopedia	76.050	62.347	96.924	110.627
5.14 Los demás artículos y aparatos de prótesis	9.607,4	28.678	135.447	116.376,4
Total 2001	100.134	92.904	246.623	253.853,0
5.12 Audífonos excepto partes y accesorios	20.299,4	2.177	17.825	35.947,4
5.13 Aparatos de ortopedia	73.459,7	55.714	122.199	139.944,7
5.14 Los demás artículos y aparatos de prótesis	2.555,5	25.786	143.933	120.702,5
Total 2002	96.314,6	83.677	283.957	296.594,6
5.12 Audífonos excepto partes y accesorios	21.944,6	1.680	23.023	43.287,6
5.13 Aparatos de ortopedia	83.495,2	50.180	107.011	140.326,2
5.14 Los demás artículos y aparatos de prótesis	3.565,7	31.525	164.110	136.150,7
Total 2003	109.005,5	83.385	294.144	319.764,5
5.12 Audífonos excepto partes y accesorios	28.351,00	2.328	21.808	47.831
5.13 Aparatos de ortopedia	92.099,90	40.748	109.714	161.065,9
5.14 Los demás artículos y aparatos de prótesis	4.560,60	26.791	172.088	149.857,6
Total 2004	125.011,50	69.867	303.610	358.754,5
5.12 Audífonos excepto partes y accesorios	28.137,00	2.202	24.478	50.413
5.13 Aparatos de ortopedia	102.723,50	33.997	94.495	163.221,5
5.14 Los demás artículos y aparatos de prótesis	7.883,30	29.418	202.710	181.175,3
Total 2005	138.743,80	65.617	321.683	394.809,8
5.12 Audífonos excepto partes y accesorios	28.063,80	1.844	26.994	53.213,8
5.13 Aparatos de ortopedia	105.875,20	32.927	114.738	187.686,2
5.14 Los demás artículos y aparatos de prótesis	6.589,10	11.387	155.399	150.601,1
Total 2006	140.528,10	46.158	297.131	391.501,1
5.12 Audífonos excepto partes y accesorios	28142,8	3.299	28.170	53.013,8
5.13 Aparatos de ortopedia	117920,2	46.012	132.261	204.169,2
5.14 Los demás artículos y aparatos de prótesis	126392,5	18.184	283.905	392.113,5
Total 2007	272.455,5	67.495	444.336	649.296,5

Fuente: Elaboración propia de EDAS SC a partir de datos del INE y de la Agencia Estatal de la Administración Tributaria.

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Crecimientos de la demanda interna frente al PIB español

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Tasas de crecimiento España	24,1	16,8	7,8	12,2	10,1	-0,8	65,8
PIB nominal (IPC+PIB real)	7,2	7,5	7,5	7,4	8,3	7,9	7,0
Diferencia (España-PIB nominal)	16,9	9,3	0,3	4,8	1,8	-8,7	2,8
Promemoria: crecimiento producción	17,1	11,4	6,5	16,1	7,4	7,5	9,8

Fuente: EDAS SC a partir de datos del INE y de la Agencia de la Administración Tributaria.

ta de la economía española y mundial) con una expansión de nada menos que el 65,8%. La simple suma aritmética de las tasas de crecimiento de la demanda de productos ortoprotésicos de alta tecnología a lo largo de todo este periodo equivale a un avance de 136 puntos, muy superior a los 85 puntos que estimamos anteriormente para el conjunto de la producción española de productos de productos ortoprotésicos. Esta diferencia no solo se explica por centrarse ahora en los de mayor intensidad tecnológica y no en el total. También cabe atribuirla al descrito dinamismo de las importaciones y el relativo estancamiento de las exportaciones, que hacen crecer el mercado interno de productos ortoprotésicos intensivos en tecnología mucho más deprisa que la producción nacional, la cual ya registraba por sí misma ritmos de expansión mucho mas acelerados que los del PIB normal, magnitud expresiva de la evolución de las rentas.

2.3.4.5 Consumo: ventas y resultados del comercio minorista

Estimada ya la dimensión de la demanda interior y exterior a partir de la producción en una perspectiva amplia y en otra limitada a los productos de alta tecnología, se verán ahora las ventas totales realizadas por el comercio minorista y los resultados de este al satisfacer dicha demanda, así como de analizar la coherencia entre ambas cifras, para luego terminar con una evolución de la inversión efectuada por este sector comercial.

Como casi nada aportan al respecto la Clasificación Nacional del Consumo (COICOP 2006) y las diversas encuestas de consumo (en cuenta de presupuestos familiares⁵², encuesta de condiciones de vida⁵³, encuesta de empleo del tiempo⁵⁴, panel de hogares de la Unión Europea⁵⁵, etc.), para obtener las ventas totales y otros resultados del comercio al por menor de artículos médicos y ortopédicos en establecimientos especializados, debemos utilizar el código 4774 (antes 52320) de la clasificación de productos, que aparece precedido por el de productos farmacéuticos en establecimientos especializados (código 4773, antes 52310) y sucedido por el comercio al por menor de productos cosméticos e higiénicos en establecimientos especializados (código 4775, antes 52330). Por tratarse de sectores muy afines, con características estructuras similares pero diferentes al conjunto del comercio, además de en algunos casos utilizar unos establecimientos especializados productos de las otras dos, en este epígrafe vamos a comparar preferentemente el comercio de productos médicos y ortopédicos con el de farmacéuticos y cosméticos, en lugar de con todo el comercio minorista. Esa utilización compartida se observa con más claridad en el comercio al por mayor, donde los intermediarios de aparatos ortopédicos aparecen bajo el código 4618 pero también en el 4646 del comercio al por mayor de productos farmacéuticos y médicos, donde igualmente aparecen ventas mayoristas de prótesis.

Por este motivo y para evitar duplicidades, vamos a centrar en el análisis exclusivamente en el comercio minorista, que utiliza los mismos productos que el mayorista. Según las estimaciones que se derivan de las estadísticas oficiales del INE, en el sector ortoprotésico las ventas al por menor son el 99,84% de las ventas totales del

⁵² INE, Encuesta de presupuestos familiares.

⁵³ INE, Encuesta de condiciones de vida.

⁵⁴ INE, Encuesta de empleo del tiempo.

⁵⁵ INE, Panel de hogares de la Unión Europea.

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Ventas de artículos médicos y ortopédicos en comercios (En miles de euros)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Productos farmacéuticos	8.977.596	10.536.521	11.496.821	12.098.448	13.050.195	13.846.014	15.186.200	15.847.688
Artículos médicos y ortopédicos	654.361	653.803	819.888	1.095.812	955.363	902.168	1.006.820	1.083.743
Cosméticos y artículos tocador	1.423.688	1.887.735	1.750.331	1.983.521	2.251.302	2.324.285	2.625.924	2.845.719

Fuente: EDAS SC con datos del INE extraídos de las encuestas anuales de comercio.

Evolución de las cuotas de negocio en las tres ramas del comercio (En % del total)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
	100	100	100	100	100	100	100	100
Productos farmacéuticos	1,82475	1,99693	2,04329	2,05783	2,0526	2,04084	2,10187	2,1003
Artículos médicos y ortopédicos	0,133	0,12391	0,14572	0,18639	0,15026	0,13298	0,13168	0,1378
Cosméticos y artículos tocador	0,28937	0,35777	0,31108	0,33738	0,3541	0,34259	0,36344	0,453

Fuente: EDAS SC con datos del INE extraídos de las encuestas anuales de comercio.

mismo, por lo que se hace innecesario complicar el cuadro con el análisis del comercio mayorista, en cuanto que este se limita a atender al comercio minorista y por tanto no afecta a nuestras estimaciones de la demanda o el mercado interno, porque sólo altera principalmente el reparto de las rentas totales generadas por el sector en contrapartida a su función marcadamente logística. Se trata de una proporción similar a la de la farmacia, pero más baja que en el conjunto del comercio minorista (98,49%), según la última encuesta publicada por el INE respecto al 2007.

Las ventas de artículos médicos y ortopédicos en establecimientos autorizados ascendieron el año 2007 a 1.083,7 millones de euros, desde los 654,3 millones del año 2000.

Sobre las cifras anteriores, el comercio minorista de artículos médicos y ortopédicos supone una cuota del 0,13% de todo el comercio minorista, frente al 2,10 representado por la farmacia y el 0,45 de los cosméticos y artículos de tocador. Y es de las tres ramas citadas la que apenas ha elevado su cuota en los ocho años considerados, mientras que la farmacia lo ha hecho del 1,8% al 2,1%, ganando en

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

Incrementos anuales de ventas de artículos médicos y ortopédicos (En miles de euros)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	07/00
Productos farmacéuticos	17,36	9,11	5,23	7,87	6,1	9,68	4,36	76,52
Artículos médicos y ortopédicos	-0,09	25,4	33,65	-12,82	-5,57	11,6	7,64	65,62
Cosméticos y artículos de tocador	32,59	-7,28	13,32	13,5	3,24	12,98	8,37	99,88

Fuente: EDAS SC con datos del INE extraídos de las encuestas anuales de comercio.

Compras de artículos médicos y ortopédicos en comercios (En miles de euros)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Productos farmacéuticos	6.895.041	8.106.510	8.814.086	9.310.295	10.148.277	10.632.344	11.773.833	12.357.072
Artículos médicos y ortopédicos	503.746	474.611	616.068	755.652	710.039	649.894	733.781	799.414
Cosméticos y artículos de tocador	1.196.016	1.579.534	1.494.191	1.638.479	1.861.317	1.913.091	2.162.503	2.369.146

Fuente: EDAS SC con datos del INE extraídos de las encuestas anuales de comercio.

este periodo el equivalente a la facturación de dos años de todo el comercio de artículos médicos y ortopédicos.

Ese estancamiento de la cuota del comercio de artículos médicos y ortopédicos respecto al total frente al avance de las otras dos actividades afines se debe a su menor incremento de las ventas en el periodo. En efecto, en los ocho años considerados el aumento acumulado por las ventas del comercio de artículos médicos y ortopédicos fue del 65,63%, frente al 76,5% de la farmacia y al 99,99% de los cosméticos y artículos de tocador. Y ello porque en tres de los 8 años el comercio minorista de ortopedia ni siquiera aumentó su facturación respecto al año anterior, sino que la redujo un 0,09% en el 2001, nada menos que el 12,8% el 2004 y otro 5,57% en el 2005.

La principal partida a descontar de esas ventas totales son las compras de bienes y servicios, que para el comercio de artículos médicos y ortopédicos ha pasado en estos ocho años de 503,7 millones de euros a 799,4 millones de euros. Comparada sobre el valor añadido a precios de mercado, esta partida supuso el año 2007 menos del 74% de las ventas, alcanzado la menor cuota de

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Compras de bienes y servicios sobre ventas y margen comercial (En % sobre las ventas)

	2000	2007	Variación en los 8 años	Margen bruto 2000	Margen bruto 2007
Productos farmacéuticos	76,8	78,0	1,2	23,2	22,0
Artículos médicos y ortopédicos	77,0	73,8	-3,2	23,0	26,2
Cosméticos y artículos de tocador	84,0	83,3	-0,8	16,0	16,7

Fuente: EDAS SC con datos del INE extraídos de las encuestas anuales de comercio.

los tres sectores analizados, pese a que todavía en el año 200 era superior a la de los productos farmacéuticos.

En términos absolutos, el gasto realizado por los minoristas de artículos médicos y ortopédicos apenas ha crecido en estos ocho años un 55, mientras que en las farmacias casi se ha duplicado, al pasar de los 6.895 millones de euros en 2000 a los 12.357 en el 2007. Este incremento se produce además en un periodo de gran incertidumbre para la farmacia española, que ha tenido que hacer frente a un buen número de recortes de precios de los medicamentos, así como a la entrada en vigor del sistema obligatorio de aportaciones por ventas puesto en marcha por el Real Decreto-ley 5/2000.

El descenso relativo de la proporción de los ingresos totales por ventas que se llevan las compras de bienes y servicios refleja comparativamente el gran esfuerzo de gestión del comercio de artículos médicos y ortopédicos para aprovechar las diferencias de precios. Gracias al mismo, el peso de las compras sobre el valor añadido se ha reducido en estos ocho años desde el 77% al 73,8%. Ganando un 3,2% sobre las ventas, lo que ha permitido al sector elevar su margen comercial desde el 23 al 26,2%, mientras que el comercio de cosméticos y artículos de tocador apenas lo ha incrementado un 0,8% y, sobre todo, en las farmacias se ha reducido nada menos que en 1,2 puntos sobre ventas.

Cabe resaltar que el grueso de esas compras de bienes y servicios va destinado a la adquisición de mercancías a proveedores, aunque

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

Volumen de negocio por empresas (En miles de euros)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Total	624,81	672,35	716,17	741,90	785,82	785,82	885,01
Productos farmacéuticos	476,14	552,03	581,88	611,31	654,01	654,01	750,34
Artículos médicos y ortopédicos	137,27	129,85	141,43	166,94	171,09	171,09	185,38
Cosméticos y artículos de tocador	243,57	322,80	318,30	343,29	408,14	408,14	489,82

Fuente: EDAS SC con datos del INE extraídos de las encuestas anuales de comercio.

también recogen entre otros costes los honorarios de profesionales independientes, como abogados, auditores, notarios, así como los gastos en análisis o dictámenes, maquinaria, etcétera.

Por ello, las ortopedias se han visto obligadas a ajustar sus existencias en menor medida que la farmacia, con el fin de reducir sus gastos financieros y las consiguientes pérdidas como consecuencia de los continuos recortes de precios en el valor del **stock** de medicamentos que inciden en su cuenta de resultados. Sin embargo, el gran problema de la ortopedia es el escaso incremento relativo del volumen de negocio que muestra, si lo relacionamos con el número de empresas ya expuesto en el primero de los epígrafes de estadísticas actuales, que agrava las consecuencias del tradicionalmente menor volumen de ventas por empresa. Ciertamente, este es en la ortopedia casi cuatro veces inferior a la media nacional del comercio minorista e incluso al de la farmacia. De hecho, resulta menos de la mitad que el subsector de cosméticos y artículos de tocador, como vemos en el cuadro superior.

Las anteriores distancias se suavizan cuando se mide el volumen de negocio o facturación total por persona ocupada, que en la ortopedia es casi un tercio del registrado por la media nacional del comercio minorista e incluso de la media de la farmacia. Hasta es inferior casi en un 20% al registrado por el subsector de cosméticos y artículos de tocador. En estos últimos casos la dis-

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Volumen de negocio por personal ocupado (En miles de euros)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Total	176,250	186,570	187,180	190,040	195,660	195,660	210,960
Productos farmacéuticos	155,450	167,870	165,680	179,780	187,083	187,080	195,301
Artículos médicos y ortopédicos	64,737	62,733	62,875	63,065	73,8759	73,876	75,4907
Cosméticos y artículos de tocador	78,074	89,132	84,191	86,281	97,3326	97,333	98,9459

Fuente: EDAS SC con datos del INE extraídos de las encuestas anuales de comercio.

Volumen de negocio por personal remunerado (En miles de euros)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Total	235,92	249,40	246,22	247,87	252,51	252,51	268,14
Productos farmacéuticos	236,17	247,81	248,45	257,46	275,01	275,01	273,43
Artículos médicos y ortopédicos	103,46	113,74	104,35	92,031	122,56	122,56	119,12
Cosméticos y artículos de tocador	109,08	120,23	111,41	113,76	120,91	120,91	121,46

Fuente: EDAS SC con datos del INE extraídos de las encuestas anuales de comercio.

tancia se ha agravado con el paso de los años, pues en el año 2000 era apenas un 10% inferior.

Las distancias antes observadas se mantienen si en vez de medir la facturación por persona ocupada se evalúa el volumen de negocio por persona remunerada, inferior en la ortopedia a la mitad de la media nacional del comercio minorista y casi también a la farmacia, aunque en este caso apenas registra diferencia con la media del comercio minorista de cosméticos y artículos de tocador, que era y sigue siendo superior al de la ortopedia al empezar y terminar el periodo observado.

En consecuencia, la productividad del trabajo (facturación por empleado) es en el comercio minorista de ortopedia un tercio inferior a la media nacional de todo el sector comercial, la mitad que en la farmacia y también inferior al subsector de cosméticos y artículos de tocador, sector al que todavía superaba en el año

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

Productividad del trabajo

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Total	24,16	25,41	25,99	27,60	28,75	28,75	31,02
Productos farmacéuticos	36,54	39,41	37,87	40,68	41,54	41,54	43,48
Artículos médicos y ortopédicos	16,24	16,92	14,86	20,35	19,01	19,01	21,59
Cosméticos y artículos de tocador	15,91	17,43	16,68	19,30	21,37	21,37	21,68

Fuente: EDAS SC con datos del INE extraídos de las encuestas anuales de comercio.

Valor añadido de las ventas de artículos médicos y ortopédicos (A precios de mercado, miles de euros)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Productos farmacéuticos	2.121.688	2.500.222	2.641.522	2.744.322	2.904.073	3.190.652	3.375.453	3.489.113
Artículos médicos y ortopédicos	166.344	178.444	195.788	354.471	249.863	266.579	288.195	305.347
Cosméticos y artículos tocador	295.556	373.934	351.892	445.855	497.526	522.034	579.122	620.045

Fuente: EDAS SC con datos del INE extraídos de las encuestas anuales de comercio.

2000. Las distancias con los demás también se han agrandado durante los 7 años considerados.

Sin embargo, el comercio minorista de ortopedia ha logrado resarcirse de parte de las indicadas diferencias anteriores con un mayor incremento del valor añadido. A precios de mercado, este valor añadido (diferencia entre los input y los output o ventas) casi se ha duplicado, al pasar desde los 166,3 millones de euros registrados por el INE el año 2000 hasta los 305,3 millones de euros del año 2007, último del que existen estadísticas, y aún provisionales. En ello no solo han influido como se verá más adelante el comportamiento de las ventas y las compras, sino otros gastos como materias primas, arrendamientos, suministros, gastos en servicios, entre otros. Esto significa, en suma que el comercio ortoprotésico, a diferencia en concreto del farmacéutico, ha evitado el deterioro del margen, por lo que ha podido aprovechar –salvo en uno de esos ejercicios como también veremos– los años de mayor bonanza económica de la historia económica española reciente para invertir y modernizar sus servicios.

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Incrementos anuales del valor añadido en comercios especializados (Precios de mercado, miles de euros)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	06/00	07/00
Productos farmacéuticos	17,8	5,7	3,9	5,8	9,9	5,8	3,4	59,1	64,4
Artículos médicos y ortopédicos	7,3	9,7	81,0	-29,5	6,7	8,1	6,0	73,3	83,6
Cosméticos y artículos de tocador	26,5	-5,9	26,7	11,6	4,9	10,9	7,1	95,9	109,8

Fuente: EDAS SC con datos del INE extraídos de las encuestas anuales de comercio.

Aumento anual del valor añadido en comercios especializados (Crecimiento Anual, coste factores)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	06/00	07/00
Total	6,57	8,720	9,28	9,41	6,72	6,54	6,7	57,52	68,1
Productos farmacéuticos	17,20	6,221	4,20	5,85	9,79	6,27	2,7	60,25	54,6
Artículos médicos y ortopédicos	7,43	9,858	82,50	-30,00	8,06	8,42	6,1	75,42	86,1
Cosméticos y artículos de tocador	27,20	-6,075	27,90	11,40	4,94	10,90	7,8	98,28	113,8

Fuente: EDAS SC con datos del INE extraídos de las encuestas anuales de comercio.

El incremento de ese valor añadido del comercio minorista ortopédico en los ocho años considerados ha sido del 83.6%, veinte puntos más que el de la farmacia aunque algo más de otros tantos menos que el de los productos cosméticos y artículos de tocador. Este contrapeso en las cuentas de explotación del comercio minorista ortoprotésico se ha registrado especialmente en los últimos años, incluido el 2007, que fue el previo a la crisis financiera y económica global. Antes solo había disminuido un año, el ejercicio 2005, que ya hemos dicho fue muy negativo para las ventas. Pero los incrementos de años posteriores compensaron ese contratiempo, pues ya hasta finales del 2006 el valor añadido por el comercio minorista ortoprotésico había crecido un 73,25%, frente al 52,23% de la media nacional de todo el comercio minorista y al 59% de la farmacia, si bien esa llamativa tasa ya resultaba todavía inferior al casi 96% del subsector de cosméticos y artículos de tocador hasta finales del 2006.

Al coste de los factores, también ha logrado el comercio minorista de ortopedia recuperar posiciones con respecto a la media

Gastos de personal del comercio especializado (En miles de euros)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Productos farmacéuticos	656.663	769.737	874.082	882.326	947.489	1.048.444	1.223.989	1.277.080
Artículos médicos y ortopédicos	99.937	94.913	125.581	205.356	140.460	160.538	172.812	175.940
Cosméticos y tocador	160.804	208.344	217.428	254.033	286.940	314.409	360.555	384.238

Fuente: EDAS SC con datos del INE extraídos de las encuestas anuales de comercio.

nacional y a la de la farmacia, aunque no ala de cosméticos y artículos de tocador. En el cuadro adjunto inferior de la página anterior aparecen las tasas de crecimiento anual hasta el primero de enero del 2008 y las acumuladas.

En cuanto a las partidas de explotación del negocio, la muy principal de los costes de personal, sueldos y salarios brutos del comercio minorista, se lleva en la ortopedia más de la mitad del valor añadido. Han pasado en ella durante estos ocho años estudiados desde los 99,9 a los 175,9 millones de euros, aunque sin llegar a duplicarlos como en las otras dos ramas comerciales afines.

Por el contrario, en la farmacia española esos gastos de personal casi se han duplicado en tan solo seis años y en 2007 ascendieron a 1.277,7 millones de euros. Este incremento, derivado del aumento de las contrataciones y de la mejora salarial, se refleja con exactitud si se compara con el valor añadido de la farmacia. Así los gastos de personal representaron el 30,95% en 2000 del valor, mientras que en 2006 absorbían el 36,26%, casi seis puntos más. Durante este último año, el capítulo de personal registró un fuerte aumento del 16%, si bien hay también que constatar que esta partida se encuentra muy por debajo del esfuerzo invertido en personal, en relación con el margen comercial, de los establecimientos de venta de artículos médicos y ortopedia, así como de tiendas de cosméticos.

Por tanto, en los ocho años considerados el comercio ortoprotésico ha visto incrementados sus gastos de personal exactamente

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Crecimiento anual y acumulado de los gastos de personal (% anual)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	06/00	07/00
Total	6,2	12,8	8,8	9,5	7,6	7,6	6,9	65,0	76,5
Productos farmacéuticos	17,2	13,6	0,9	7,4	10,7	16,7	4,3	86,4	94,5
Artículos médicos y ortopédicos	-5,0	32,3	63,5	-31,6	14,3	7,6	1,8	72,9	76,1
Cosméticos y artículos de tocador	29,6	4,4	16,8	13,0	9,6	14,7	6,6	124,2	138,9

Fuente: EDAS SC con datos del INE extraídos de las encuestas anuales de comercio.

Resultados de explotación del comercio (En miles de euros)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total	30.335.652	32.470.964	33.700.854	37.066.100	40.527.788	40.527.788	45.001.173	47.871.883
Productos farmacéuticos	1.453.297	1.703.834	1.753.382	1.855.463	1.950.509	1.950.509	2.157.194	2.195.219
Artículos médicos y ortopédicos	64.224	81.443	68.161	148.202	105.334	105.334	115.167	129.582
Cosméticos y artículos de tocador	129.384	160.901	129.387	189.552	207.396	207.396	214.844	236.084

Fuente: EDAS SC con datos del INE extraídos de las encuestas anuales de comercio.

como el conjunto del sector comercial minorista, aunque con bruscas correcciones tanto a la baja (caso del 2001 y 2004) como al alza (en los demás años). Pero al final en el acumulado de estos ocho años muestra un incremento de casi 19 puntos inferior al de la farmacia y de cerca de 50 puntos menor al de los productos cosméticos.

Otro factor que hay que tener en cuenta en la economía de los tres sectores considerados, aunque ahora extendido a casi toda la economía con la crisis iniciada el año 2008, es la habitual falta de liquidez, motivada por el descenso continuo de márgenes y beneficios, que obliga a incurrir en nuevos gastos financieros al ampliar pólizas de crédito para evitar tensiones de tesorería.

Con todo ello, los resultados o excedente bruto de explotación del comercio de ortopedia (lo que deja el negocio para remunerar al capital, aunque en el sector comercial como hemos visto ello incluye la retri-

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

Incremento anual de los excedentes empresariales

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	06/00	07/00
Total	7,0	3,8	10,0	9,3	0,0	11,0	6,4	48,3	47,4
Productos farmacéuticos	17,2	2,9	5,8	5,1	0,0	10,6	1,8	48,4	51,1
Artículos médicos y ortopédicos	26,8	-16,3	117,4	-28,9	0,0	9,3	12,5	79,3	101,8
Cosméticos y artículos de tocador	24,4	-19,6	46,5	9,4	0,0	3,6	9,9	66,1	82,5

Fuente: EDAS SC con datos del INE extraídos de las encuestas anuales de comercio.

bución del trabajo de los propietarios u ocupados no remunerados) ha pasado en estos ocho años desde los 64,2 a los 129,5 millones.

Ha sido, por tanto, el único de los cuatro sectores comparados que ha logrado duplicar sus excedentes de explotación, al haber crecido exactamente su excedente un 101,8%, más del doble que en todo el comercio minorista (47,4) y casi el doble que en la farmacia (51,1%).

En el cuadro de la página siguiente se resumen las cuentas de explotación del comercio minorista y de los tres sectores que se vienen comparando con algunas de las magnitudes vistas hasta ahora correspondientes al año 2007, indicando los pasos que siguen los resultados, desde los ingresos por ventas al valor de la producción y luego al valor añadido, para después de descontar impuestos y subvenciones así como sobre todo los gastos de personal, llegar finalmente a los beneficios brutos.

Si tomamos como referencia los ingresos por ventas podemos, sobre el cuadro de la página siguiente, dibujar la estructura comparada de las cuentas de explotación, a fin de apreciar las diferencias las notables. Estructuralmente el comercio ortopédico es:

- El que consume proporcionalmente menos mercaderías.
- El que disfruta de mayores partidas de otros ingresos de gestión derivados de fuentes distintas a la venta.

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Radiografía de las cuentas de explotación del comercio (En miles de euros)

	Total	Farmacias	Ortopedias	Cosméticas
1. Total ventas mayor y menor	741.022.863	15.847.688	1.083.743	2.845.719
2. Consumo de mercaderías	577.554.095	11.580.482	610.395	1.865.403
3. Volumen de negocios por otros conceptos	31.128.024	4.371	3.361	10.320
4. Variación de existencias de productos terminados y en curso	188.261	1.531	146	-1.855
5. Trabajos realizados por la empresa para el inmovilizado	725.599	0	15	17
6. Otros ingresos de gestión	11.503.022	5.300	4.510	67.425
7. Trabajos realizados por otras empresas	9.312.672	14.598	13.007	3.033
8. Valor de la producción (1-2+3+4+5+6-7)	197.701.001	4.263.811	468.373	1.053.190
9. Consumo de materias primas y otros aprovisionamientos	15.147.980	46.718	6.863	8.492
10. Gastos en servicios exteriores	65.640.507	643.726	154.848	416.180
11. Otros gastos de gestión	1.867.357	84.254	1.315	8.473
12. Valor añadido a precios de mercado (8-9-10-11)	115.045.158	3.489.113	305.347	620.045
13. Impuestos ligados a la producción y a productos distintos del IVA	2.569.212	19.921	1.930	5.135
14. Subvenciones a la explotación	876.748	3.107	2.104	5.411
15. Valor añadido al coste de los factores (12-13+14)	113.352.694	3.472.299	305.522	620.321
16. Gastos de personal	65.480.810	1.277.080	175.940	384.238
17. Excedente bruto de explotación (15-16)	47.871.883	2.195.219	129.582	236.084

Fuente: EDAS SC con datos del INE extraídos de las encuestas anuales de comercio.

- El que junto con la farmacia recurre a menor subcontratación de otras empresas, o esta le resulta más barata (proporcionalmente menos de una décima parte que el conjunto del comercio).
- El que ostenta un mayor valor de la producción como resultado de las partidas anteriores.
- El que junto a la cosmética paga más por los servicios externos.
- El de mayor cuota de valor añadido, casi el doble que el conjunto del comercio minorista español.
- El que soporta mayores cargas de personal también respecto a las ventas (el doble que la farmacia y casi el doble que todo el

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

Estructura comparativa de las cuentas de explotación del comercio (% sobre ventas)

	Total	Farmacia	Ortopedias	Cosméticas
1. Total ventas mayor y menor	100	100	100	100
2. Consumo de mercaderías	77,9	73,1	56,3	65,6
3. Volumen de negocios por otros conceptos	4,2	0,0	0,3	0,4
4. Variación de existencias de productos terminados y en curso	0,0	0,0	0,0	-0,1
5. Trabajos realizados por la empresa para el inmovilizado	0,1	0,0	0,0	0,0
6. Otros ingresos de gestión	1,6	0,0	0,4	2,4
7. Trabajos realizados por otras empresas	1,3	0,1	1,2	0,1
8. Valor de la producción (1-2+3+4+5+6-7)	26,7	26,9	43,2	37,0
9. Consumo de materias primas y otros aprovisionamientos	2,0	0,3	0,6	0,3
10. Gastos en servicios exteriores	8,9	4,1	14,3	14,6
11. Otros gastos de gestión	0,3	0,5	0,1	0,3
12. Valor añadido a precios de mercado (8-9-10-11)	15,5	22,0	28,2	21,8
13. Impuestos ligados a la producción y a los productos distintos al IVA	0,3	0,1	0,2	0,2
14. Subvenciones a la explotación	0,1	0,0	0,2	0,2
15. Valor añadido al coste de los factores (12-13+14)	15,3	21,9	28,2	21,8
16. Gastos de personal	8,8	8,1	16,2	13,5
17. Excedente bruto de explotación (15-16)	6,5	13,9	12,0	8,3

Fuente: EDAS SC con datos del INE extraídos de las encuestas anuales de comercio.

comercio minorista), como consecuencia de la baja productividad por empleado.

- Y el que como consecuencia de todo ello es el más rentable después de la farmacia, al tener ambos un excedente bruto que duplica proporcionalmente al del conjunto del comercio minorista.

Para confirmar esa radiografía estructural, sobre estas cifras del comercio ortopédico y las correspondientes al número de empresas, locales y número de ocupados expuestas en epígrafes anteriores, cabe exponer un primer cuadro general de las principales magnitudes de la ortopedia en comparación con el total del comercio minorista. Este aparece en el cuadro de la página siguiente.

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Principales magnitudes de comercio minorista y ortopedia (En unidades y miles de euros, 2007)

	Total comercio	Art.médicos y ortopédicos
Número de empresas	817.589	5.521
Número de locales	976.419	6.850
Volumen de negocio	772.150.887	1.087.104
Valor de la producción	197.701.001	468.373
Valor añadido a precios de mercado	115.045.158	305.347
Valor añadido al coste de los factores	113.352.694	305.522
Gastos de personal	65.480.810	175.940
Compras y gastos en bienes y servicios	674.265.115	799.414
Compras de bienes y servicios para la reventa	593.423.313	637.634
Inversión bruta en bienes materiales	16.673.727	25.842
Personal ocupado el 30-09	3.464.506	14.368
Personal remunerado el 30-09	2.726.670	9.061

Fuente: EDAS SC con datos del INE extraídos de las encuestas anuales de comercio.

En el cuadro de la página siguiente resumimos, para los años anteriores al 2007, las principales magnitudes y tasas del comercio ortopédico, a fin de poder observar luego diferencias con el conjunto del comercio minorista.

2.3.4.6. La inversión total

La inversión bruta en bienes materiales, cuyas últimas cifras oficiales del 2007 se reflejan en el cuadro que sigue para los tres sectores afines que venimos considerando, ha estado marcada en términos reales por la atonía durante toda la presente década, con menores crecimientos incluso nominales en el subsector de venta minorista de productos farmacéuticos que en los de artículos médicos y ortopédicos y el de cosméticos y artículos de tocador.

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

Magnitudes y tasas del comercio ortopédico frente al total minorista

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nº de locales por empresa	1,1827	1,1668	1,2432	1,2212	1,224	1,224	1,256
Negocio por empresa (Miles euros)	137,27	129,85	141,43	166,94	171,09	171,09	185,4
Negocio por local (miles euros)	116,06	111,29	113,76	136,7	139,78	139,78	147,6
Negocio por persona ocupada (miles euros)	64,737	62,733	62,875	63,065	73,876	73,876	75,49
Negocio por remunerado	103,46	113,74	104,35	92,031	122,56	122,56	119,1
Productividad del trabajo	16,241	16,922	14,858	20,347	19,007	19,007	21,59
Tasa gastos personal	0,6088	0,5382	0,6482	0,5808	0,5715	0,5715	0,6
Tasa VACF	0,6504	0,6597	0,6051	0,6986	0,6489	0,6489	0,642
Tasa de asalariados	0,6257	0,5515	0,6025	0,6853	0,6028	0,6028	0,634
Subvenciones netas de impuestos	2,183	2,088	2,046	913	4,069	4,069	216
Consumos intermedios	86,058	88,896	124,418	151,588	128,895	128,895	160,593
Excedente bruto de explotación	64,224	81,443	6,8161	148,202	105,334	105,334	115,167
Tasa excedente bruto explotación	0,3912	0,4618	0,3518	0,4192	0,4285	0,4285	0,4
Personal ocupado por empresa	2,1204	2,0699	2,2494	2,6472	2,3159	2,3159	2,456
Personal ocupado por local	1,7928	1,774	1,8094	2,1677	1,892	1,892	1,956
Personal remunerado por empresa	1,3268	1,1416	1,3554	1,814	1,396	1,396	1,556
Personal remunerado por local	1,1219	0,9784	1,0902	1,4854	1,1405	1,1405	1,239
Total del comercio minorista							
Nº de locales por empresa	1,14	1,1448	1,1913	1,1814	1,1922	1,1922	1,193
Negocio por empresa (Miles euros)	624,81	672,35	716,17	741,9	785,82	785,82	885
Negocio por local (miles euros)	548,07	587,29	601,15	628	659,14	659,14	741,9
Negocio por persona ocupada (miles euros)	176,25	186,57	187,18	190,04	195,66	195,66	211
Negocio por remunerado	235,92	249,4	246,22	247,87	252,51	252,51	268,1
Productividad del trabajo	24,158	25,413	25,993	27,6	28,752	28,752	31,02
Tasa gastos personal	0,5502	0,5482	0,5687	0,5659	0,5662	0,5662	0,576
Tasa VACF	0,5881	0,5713	0,575	0,5823	0,5848	0,5848	0,578
Tasa de asalariados	0,7471	0,7481	0,7602	0,7667	0,7749	0,7749	0,787
Subvenciones netas de impuestos	3.351.815	3.674.982	3.293.877	2.368.925	2.436.930	2.436.930	1.536.825
Consumos intermedios	43.883.212	50.260.910	54.466.415	58.886.602	63.898.593	63.898.593	75.927.473
Excedente bruto de explotación	30.335.652	32.470.964	33.700.854	37.066.100	40.527.788	40.527.788	45.001.173
Tasa excedente bruto explotación	0,4498	0,4518	0,4313	0,4341	0,4338	0,4338	0,424
Personal ocupado por empresa	3,5451	3,6037	3,8262	3,904	4,0162	4,0162	4,195
Personal ocupado por local	3,1097	3,1477	3,2116	3,3047	3,3688	3,3688	3,517
Personal remunerado por empresa	2,6484	2,6959	2,9086	2,9932	3,112	3,112	3,301
Personal remunerado por local	2,3231	2,3548	2,4415	2,5336	2,6104	2,6104	2,767

Fuente: EDAS SC con datos del INE extraídos de las encuestas anuales de comercio.

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Inversión del comercio minorista de farmacia, ortopedia y cosmética (En miles de euros)

COMPRAS DE INMOVILIZADO (I+II+III)	503.789
I. Inmovilizado material	247.334
Terrenos y bienes naturales	6.398
Equipos informáticos	19.253
Edificios y estructuras existentes	18.247
Construcciones e instalaciones técnicas	119.391
Elementos de transporte	11.924
Maquinaria y utillaje	19.298
Otro inmovilizado material	52.824
II. Arrendamiento financiero	30.739
III. Otro inmovilizado inmaterial	225.715
Concesiones administrativas...	219.090
Aplicaciones informáticas	6.625
VENTAS DE INMOVILIZADO (IV+V)	8.159
IV Inmovilizado material	7.427
Terrenos y bienes naturales	684
Equipos informáticos	37
Edificios y estructuras existentes	1.461
Construcciones e instalaciones técnicas	940
Elementos de transporte	3.587
Maquinaria y utillaje	319
Otro inmovilizado material	400
V. Inmovilizado inmaterial	731
Concesiones administrativas...	697
Aplicaciones informáticas	34

Fuente: INE, encuestas anuales de comercio del 2007.

En conjunto, la encuesta de comercio minorista realizada por el INE indica que estos 3 subsectores registraron durante el año 2007 unas compras de inmovilizado por valor de 503,7 y unas ventas en el mismo concepto por valor de 8,1 millones de euros. Pero casi la mitad se justifican por el valor de las concesiones administrativas, incluidas dentro del apartado de inmovilizado inmaterial, como refleja el cuadro siguiente:

Inversión material previa del comercio minorista en % del VAB

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Productos farmacéuticos	5,44%	4,98%	4,36%	6,24%	4,15%	3,26%	3,43%
Artículos médicos y ortopédicos	5,72%	9,96%	6,45%	12,05%	11,77%	8,72%	11,27%
Cosméticos y artículos de tocador	16,57%	22,74%	18,93%	19,07%	24,12%	13,42%	15,42%

Fuente: EDAS SC con datos del INE extraídos de las encuestas anuales de comercio.

Obviamente, la mayor cuantía de la inversión es la realizada por las farmacias. Pero excluido el valor de las concesiones administrativas, su inversión material exclusiva apenas ha registrado variación alguna respecto a los 115 millones de euros invertidos en 2000 por las oficinas de farmacia, según estimaciones oficiales recogidas por EDAS SC. Y si se incluyen en este apartado de la Clasificación Nacional de Actividades Económicas no solo las destinadas a respaldar la venta de productos farmacéuticos sino también la de artículos médicos y ortopédicos, sí se alcanzaría un notable crecimiento, pues las inversiones del sector que nos ocupa pasaron de los 9,5 millones de euros registrados en el año 2000 a los 32,4 millones del año 2006, último del que se conocen estimaciones oficiales. Un crecimiento menos espectacular aunque más importante en términos absolutos lo registraron las inversiones destinadas a respaldar la venta de productos cosméticos y artículos de tocador, que pasaron de 48,9 a 89,2 millones de euros en el mismo periodo.

Frente al estancamiento indicado de las inversiones de las oficinas de farmacia en valores nominales de euros de cada año (lo que en términos reales, una vez descontada la inflación representa un fuerte retroceso), los otros dos subsectores han hecho crecer al conjunto del epígrafe durante la presente década desde los 173,9 millones de inversión registrados el año 2000 hasta los 237,5 millones de pesetas del año 2006. Las inversiones comunes son básicamente en reformas y ampliaciones de los propios establecimientos, así como la renovación de equipamiento informático, sobre todo en software específico para controlar, por ejemplo, las existencias, la rotación de productos en la farmacia o la mejora de bases de datos de clientes, etcétera.

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

2.3.4.7 Otros servicios: hospitales y atención a personas con discapacidad

Además de los servicios industriales y comerciales referidos en anteriores epígrafes, el sector ortoprotésico genera otros servicios, entre los cuales destacan los de instalación y reparación de equipos y los de asistencia y prestaciones ortoprotésicas en hospitales y otros centros. Pero lamentablemente se hará más por indicar la línea de investigación que por la esperanza de poder ofrecer estadísticas oficiales, a la vista de la respuesta que remitió el 5-11-09 la Subdirección General de Difusión Estadística del INE a la pregunta de que en las clasificaciones CNA09 y CP08 u otras vienen los aparatos ortopédicos a nivel 6 dígitos, pero luego en otras encuestas de producción no aparecen datos: “La información solicitada no se le puede facilitar, el DIRCE solo da una desagregación máxima de cuatro dígitos y en tablas simples, es decir por ejemplo número de empresas a cuatro dígitos y por comunidad autónoma. La EPA establece una desagregación máxima de tres dígitos de la CNAE.” Tampoco la última encuesta resuelve esas lagunas.

Entre las estadísticas de servicios que faltan pese a estar incluidas órtesis, prótesis y productos de apoyo figuran las relativas a las reparaciones de marcapasos, audífonos y otros incluidos bajo el código 33.13 de la CNAE 09⁵⁶, bajo el código 33.20⁵⁷ y

⁵⁶ Esta clase comprende la reparación y el mantenimiento de los bienes producidos en los grupos 26.5, 26.6 y 26.7, a excepción de aquellos que se consideran enseres domésticos. En concreto, incluye reparaciones y mantenimiento de los equipos de medición, comprobación, navegación y control del grupo 26.5, como instrumentos para motores de aviación, equipos de comprobación de emisiones de automoción, instrumentos meteorológicos, equipos de comprobación e inspección de propiedades físicas, eléctricas y químicas, instrumentos de geodesia, instrumentos de detección y vigilancia de radiaciones; la reparación de equipos de radiación, electromédicos y electroterapéuticos de la clase 26.60, como equipos de resonancia magnética, equipos médicos de ultrasonidos, marcapasos, audífonos, electrocardiógrafos, equipos endoscópicos electromédicos, aparatos de radiación; la reparación de equipos e instrumentos ópticos de la clase 26.70, si su uso es principalmente profesional, como prismáticos, microscopios (excepto microscopios de electrones y de protones), telescopios, prismas y lentes (excepto oftálmicas), equipo fotográfico.

la cirugía ortopédica en clínicas públicas e incluso privadas (esta última aparece en el código 8610 de la CNAE 09)⁵⁸, las prótesis dentales efectuadas por dentistas (código 06113)⁵⁹, los

57 Esta clase comprende la instalación de maquinaria industrial en plantas industriales, el montaje de equipos de control de procesos industriales, la instalación de otros equipos industriales, por ejemplo equipos de comunicaciones (centralitas telefónicas, faxes, routers...), mainframes y ordenadores similares, equipos de radiación y electromédicos, etc; el desmontaje de maquinaria y equipos de gran escala, las actividades de los mecánicos comprobadores de maquinaria, el montaje de maquinaria, la instalación de equipos para boleras automáticas. Esta clase no comprende la instalación de ascensores, escaleras mecánicas, puertas automáticas, sistemas de limpieza por vacío, etc. (véase 43.29), la instalación de puertas, escaleras, muebles comerciales, mobiliario, etc. (véase 43.32), la instalación (montaje) de ordenadores personales (véase 62.09).

58 Esta clase comprende las actividades de los hospitales de corta y larga estancia, es decir, las actividades médicas, de diagnóstico y tratamiento de los hospitales generales (por ejemplo, hospitales regionales y municipales, hospitales de organizaciones sin fines de lucro, hospitales universitarios, hospitales militares y penitenciarios) y de los hospitales especializados (por ejemplo, hospitales psiquiátricos y para drogodependientes, hospitales para enfermedades infecciosas, maternidades, sanatorios especializados). Estas actividades están principalmente destinadas a la atención de pacientes internos, se realizan bajo la supervisión directa de médicos, y comprenden los servicios del personal médico y auxiliar, los servicios de laboratorios e instalaciones técnicas, incluso servicios de radiología y anestesiología, los servicios de urgencia los servicios de quirófano, de farmacia, de comedor y otros servicios hospitalarios, los servicios de los centros de planificación familiar que ofrecen tratamientos médicos como la esterilización o el aborto, con alojamiento. Esta clase no comprende el análisis y la inspección de todo tipo de materiales y productos, por laboratorios, excepto los médicos (véase 71.20), los servicios veterinarios (véase 75.00), la asistencia sanitaria al personal militar en campaña (véase 84.22), las actividades de atención odontológica, de naturaleza general o especializada, por ejemplo, endodoncia y odontología pediátrica; las patologías bucales y las actividades de ortodoncia (véase 86.23), la asistencia privada a los pacientes internos por médicos externos (véase 86.2), los laboratorios de análisis médicos (véase 86.90) y el transporte en ambulancia (véase 86.90).

59 Bajo la rúbrica de aparatos y material terapéutico aparecen en ese código gafas y cristales graduados, audífonos y otros aparatos de ayuda a la audición, lentes de contacto, ojos de cristal, miembros artificiales, armaduras ortopédicas, corsetes y otros aparatos ortopédicos; calzado ortopédico, bragueros, fajas quirúrgicas, collarines. Aparatos para masajes médicos, lámparas de tratamiento. Sillas de ruedas con o sin motor, coches de inválido, muletas, bastones ortopédicos, andadores, prótesis dentales y dentaduras postizas pero no el coste de su colocación, reparación de aparatos y material terapéutico. Se excluyen las gafas de protección para el deporte (09321) y las gafas de sol no graduadas (12223). Se excluye el alquiler de material terapéutico (06233); los cinturones y corsetes para el deporte (09321); los productos veterinarios (09342); y los jabones médicos (12122).

60 Extracciones dentales, ortodoncias, periodoncias, endodoncias, empastes, puentes, planchas, coronas, colocación de prótesis dentales, limpieza de boca y otros servicios ►►►

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

servicios de dentistas (6221)⁶⁰, la colocación de esas prótesis dentales (código 06221), etc.

Sin embargo, dentro de las estadísticas hospitalarias del INE pueden encontrarse algunos datos de especialistas en ortopedia y traumatología, así como en rehabilitación. También los índices de médicos por 100 camas en funcionamiento y por especialidades incluyen a los médicos de ortopedia y traumatología por 100 camas en traumatología⁶¹. Igualmente, las estadísticas sobre distribución del personal en los hospitales de cada dependencia según categoría incluyen especialistas en ortopedia y traumatología⁶².

2.3.4.8 Clasificación de educación y formación: vías de mejora

En un contexto como el actual, en que la crisis financiera y económica ha deteriorado las disponibilidades de capital y de empleo, y con ellas ha reducido el crecimiento potencial de las economías, se ha incrementado el consenso para utilizar la educación y la formación como una de las vías para lograr un crecimiento estable y sostenible. Ello presenta especiales perspectivas en el sector ortoprotésico, que reúne dos de las características fundamentales para contribuir al cambio de modelo productivo necesitado por la economía española: su ya analizada aportación a la alta tecnología y a las demandas emergentes de ese cuarto sector (la dependencia) del que tanto se

▶▶▶ prestados por dentistas, especialistas en higiene bucal y auxiliares dentales, radiografías realizadas por dentistas. Se excluyen las radiografías realizadas en laboratorios radiológicos (06231) y las prótesis dentales (06113).

⁶¹ Índices de médicos por 100 camas en funcionamiento (por especialidades) en los hospitales por finalidad y especialidades médicas. <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=t15/p415/a2005/I0/&file=02008.px>

⁶² Distribución del personal en los hospitales de cada dependencia según la categoría. <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=t15/p415/a2004/I0/&file=02002.px>

espera para reforzar las posibilidades de crecimiento, desarrollo sostenible y de bienestar.

Paradójicamente, el sector ortoprotésico, no solo está ausente como tal de las clasificaciones y de las estadísticas oficiales de educación y formación, sino que carece incluso del reconocimiento profesional de los hoy considerados técnicos ortopédicos (Decreto 389/1966) y técnicos superiores en ortoprotésica (Real Decreto 542/1995). Y ello pese a que, si superara su nivel de formación su escaso desarrollo de la formación reglada, las nuevas titulaciones del sector proporcionarían ingentes rendimientos públicos, privados y sociales, que de paso contribuirían a aportar ingresos a las administraciones públicas y ahorros considerables al sistema nacional de salud, como igualmente estudiaremos en este apartado.

2.3.4.9. Un capital humano ausente de las estadísticas oficiales

Para comprobar la ausencia de las clasificaciones y estadísticas oficiales del capital humano del sector (concepto que va más allá de las cifras que vimos de ocupados e involucra a la educación y formación), se examina la clasificación nacional de educación (CNED-2 000), clasificación que versa acerca de los programas en niveles educativos, sectores de estudio y niveles de formación. Su objetivo es constituir un marco idóneo para la recogida, tratamiento y análisis de datos relativos a la educación, facilitando su armonización nacional. Además, con el objeto de facilitar la comparabilidad internacional la CNED-2000 se ha basado en la CINE-97 (Clasificación Internacional Normalizada de Educación de la UNESCO), que por sus iniciales inglesas es conocida como ISCED⁶³.

⁶³ Clasificación Internacional Normalizada de Educación, aprobada en la 29 reunión de la Conferencia General de la UNESCO, celebrada en París del 7 al 21 de octubre de 1997, en la cual se recomienda su uso a todos los países, ya que se trata de un instrumento idóneo para el acopio, compilación y presentación de indicadores comparables y de las estadísticas de educación en los distintos países y también en el plano internacional.

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

La Clasificación Internacional Normalizada de la Enseñanza (CINE) abre la vía a la posibilidad de que numerosos países, incluso en desarrollo, incluyan al menos cuatro cualificaciones que afectan al sector:

10202 - Programas de enseñanza primaria para personas con discapacidad.

35099 - Otros programas de formación de personal calificado de sanidad.

35099 - Prótesis dental.

75006 - Médico especializado en ortopedia y traumatología.

75012 - Odontólogo especializado en ortopedia y ortodoncia.

Sin embargo, su adaptación española en la CNED-2000 presenta diversos problemas. El primero es que su soporte de la CINE-97 o CINE⁶⁴ es muy básico⁶⁵, en razón al imperativo de que pueda servir para las comparaciones internacionales en un ámbito tan diverso como este. En segundo lugar, la CNED-2000 ha quedado desfasada porque partía de un sistema educativo que ha sufrido importantes transformaciones⁶⁶ y que al utilizar como unidad estadística el

64 La nomenclatura NICE (correspondiente a las clases 23-40 CITI) incluye en su clase 39 Industrias manufactureras diversas como las siguientes: 391 Fabricación de instrumentos de precisión, de aparatos de medida y de control; 392 Fabricación de material médico-quirúrgico y de aparatos ortopédicos (excluido el calzado ortopédico); 393 Fabricación de instrumentos ópticos y equipo fotográfico; 394 Fabricación y reparación de relojes; 395 Bisutería, orfebrería, joyería y talla de piedras preciosas; 396 Fabricación y reparación de instrumentos de música; 397 Fabricación de juegos, juguetes y artículos de deportes y 399 Otras industrias manufactureras.

65 Las correspondencias entre CNED y otras clasificaciones pueden verse en http://www.ine.es/clasifi/cned_cine_estudios_en_curso.htm

66 Al aprobarse la CNED 200 el sistema educativo estaba rregulado básicamente, por la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo, y por la Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria, y por el Programa de formación profesional 1998-2002, aprobado el 13 de marzo de 1998; y en lo que se refiere a la formación profesional cupacional, consideraba el Plan nacional de formación e inserción profesional, regulado por el Real Decreto 631/1993, de 3 de mayo, los programas de las escuelas taller y casas de oficio; establecidos por la Orden de 3 de agosto de 1994, modificada por la Orden de 6 de octubre de 1998, así como el programa de talleres de empleo, dispuesto en el Real Decreto 282/1999, de 22 de febrero.

programa educativo (susceptible de clasificar según diferentes criterios) ha dado paso a tres estructuras diferentes: Clasificación de programas en niveles educativos⁶⁷, Clasificación de programas en sectores de estudio⁶⁸, y Clasificación de programas en niveles de formación⁶⁹. En tercer lugar, esa clasificación parte de una previa ausencia de correspondencia entre las clasificaciones nacionales ya estudiadas de actividades (CNA) y de ocupaciones (CNO), que se mantendrá en la nueva CNON2010⁷⁰.

Así, pese a que la CNED-200 es posterior a la regulación de los técnicos ortopédicos (Decreto 389/1966) y técnicos superiores en ortoprotésica (Real Decreto 542/1995), su desfase obedece a la proliferación de disposiciones promulgadas durante la última década que afectan a la salud y al sector que nos ocupa, como por ejemplo el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Pero en este solo es citado el sector porque se declaran equivalentes entre sí los títulos de una treintena de especialidades médicas, entre ellas la de traumatología y ortopedia al actual de cirugía ortopédica y traumatología y el de traumatología y cirugía ortopédica al actual de cirugía ortopédica y traumatología. Al mismo tiempo, incluye la cirugía ortopédica y traumatología entre las especialidades médicas

⁶⁷ www.ine.es/clasifi/cnedesth.htm

⁶⁸ <http://www.ine.es/clasifi/cnedsec.xls>

⁶⁹ <http://www.ine.es/clasifi/cnedniv.xls>

⁷⁰ Las “ocupaciones elementales” de la CNO-2010 serán:

2154 - TECNICO EN ORTOFONIA

3115 - TECNICO EN ORTOPROTESICA

3116 - MECANICO DE PROTESIS DENTALES

3116 - TECNICO EN PROTESIS DENTALES

3116 - TECNICO ESPECIALISTA EN PROTESIS DENTALES DE LABORATORIO

3117 - TECNICO EN AUDIOPROTESIS

http://www.ine.es/daco/daco42/clasificaciones/cnorev/listaocupa_cno2010.xls

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

para cuyo acceso se exige estar en posesión de un título universitario oficial que habilite para el ejercicio de la profesión de médico. La formación profesional española se estructura actualmente en 26 familias profesionales (una de las cuales es la sanidad, donde se ubica al sector)⁷¹ y en dos grados: ciclos formativos de grado medio (tres en sanidad) y ciclos formativos de grado superior, diez en sanidad, donde se ubican con titulación de técnico superior la Ortoprotésica⁷² y la nueva⁷³ Audiología protésica⁷⁴, implantada en el curso 2009/2010 mediante el Decreto 1685/2007. Al margen de mantener títulos y currículum, desde el Real Decreto 269/2000, que aprueba la Clasificación Nacio-

71 <http://www.mepsyd.es/educacion/que-estudiar/formacion-profesional/que-puedo-estudiar/grado-superior.html>

72 Con 2000 horas de duración y los mismos requisitos de acceso de su nivel (Título de Bachiller o Segundo de Bachillerato de cualquier modalidad de Bachillerato experimental, Título de Técnico Superior o Especialista, curso de Orientación Universitaria. (COU), Preuniversitario o cualquier Titulación Universitaria o equivalente, o superar una prueba de acceso al ciclo formativo o haber superado la prueba de acceso a la Universidad para mayores de 25 años) , el objetivo de esta formación es Administrar y gestionar un taller/laboratorio ortoprotésico; Definir órtesis, prótesis y ortoprótesis o ayudas técnicas, ajustándose a la prescripción y a las características anatómico-funcionales del cliente; Organizar, programar y supervisar la fabricación de órtesis, prótesis y ortoprótesis y ayudas técnicas; Elaborar órtesis, prótesis y ortoprótesis y ayudas técnicas personalizadas; adaptar las órtesis, prótesis y ortoprótesis y/o ayudas técnicas y realizar revisiones periódicas de las mismas. Cuatro son las salidas profesionales: Técnico Ortoprotésico, Técnico Ortopédico, Representante/visitador médico de Ortopedia y Organización de la fabricación de órtesis, prótesis y ortoprótesis. Su plan de formación: En el centro educativo, a través de una formación teórico-práctica. Los contenidos se agrupan en los siguientes módulos profesionales: Administración y gestión de una unidad/gabinete de Ortoprotésica; Diseñar órtesis, prótesis, ortoprótesis y ayudas técnicas; Definición de procesos y programación del trabajo; Elaborar productos ortoprotésicos a medida; Adaptación de productos ortoprotésicos y ayudas técnicas; Fundamentos de tecnología industrial; Fisiopatología aplicada a la elaboración de ortoprótesis; Relaciones en el Entorno de Trabajo; Formación y Orientación Laboral (F.O.L.). En empresas, al finalizar la formación en el centro educativo, completándola y realizando actividades propias de la profesión: Formación en Centros de Trabajo (F.C.T.).

73 <http://www.mepsyd.es/educacion/que-estudiar/formacion-profesional/que-puedo-estudiar/todos-los-estu>

74 Con la misma duración y requisitos de acceso que la anterior, el objetivo del aprendizaje es seleccionar y adaptar prótesis auditivas realizando la evaluación audiológica, efectuando el seguimiento del usuario y el mantenimiento de prótesis, así como determinar medidas de protección acústica a partir de la evaluación de los niveles sonoros. Este profesional será capaz de: Realizar exploraciones audiológicas para analizar la funcionalidad del oído, ►►►

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

FAMILIA PROFESIONAL	Nivel	Clave	Título		Currículo	
			R.D.	B.O.E.	R.D.	B.O.E.
Técnico	CGM	Grado Medio				
Técnico Superior	CGS	Grado Superior				
SANIDAD						
Cuidados Auxiliares de Enfermería	CGM	SAN21	546/1995	6/5/1995	558/1995	6/6/1995
Farmacia	CGM	SAN22	547/1995	6/5/1995	559/1995	6/6/1995
Anatomía Patológica y Citología	CGS	SAN31	538/1995	6/3/1995	550/1995	6/6/1995
Salud Ambiental	CGS	SAN310	540/1995	6/10/1995	552/1995	6/10/1995
Dietética	CGS	SAN32	536/1995	6/2/1995	548/1995	6/2/1995
Documentación Sanitaria	CGS	SAN33	543/1995	6/5/1995	555/1995	6/6/1995
Higiene Bucodental	CGS	SAN34	537/1995	6/2/1995	549/1995	6/2/1995
Imagen para el Diagnóstico	CGS	SAN35	545/1995	6/12/1995	557/1995	6/12/1995
Laboratorio de Diagnóstico Clínico	CGS	SAN36	539/1995	6/3/1995	551/1995	6/6/1995
Ortoprotésica	CGS	SAN37	542/1995	6/15/1995	554/1995	6/15/1995
Prótesis Dentales	CGS	SAN38	541/1995	6/15/1995	553/1995	6/15/1995
Radioterapia	CGS	SAN39	544/1995	6/16/1995	556/1995	6/16/1995
Audioprotésis	CGS	SAN311	62/2001	2/15/2001		

nal de Educación 2000 (CNED-2000), mucho ha cambiado la realidad pero poco la regulación profesional y educativa de la ortopedia, que en la CNED tiene tres códigos: 724) prótesis dental de laboratorio FPII y prótesis dentales CGS (grado superior), incardinados en los estudios dentales⁷⁵; 725) prótesis auditivas o audioprotésis (CGS), incardinadas en el grupo de Tecnología de diagnóstico y tratamiento médico⁷⁶, y 726, técnico superior de ortoprotésis, también de técnico de grado superior.

Estos técnicos superiores ortoprotésicos⁷⁷ tienen acceso directo a una decena de estudios universitarios, que reflejamos en el cuadro de la página siguiente.

►►► elaborar adaptadores anatómicos y protectores auditivos, regular las prótesis auditivas implantadas y seleccionar y adaptar las no implantadas, seleccionar y adaptar ayudas técnicas auditivas, montar los dispositivos electroacústicos o acústicos en el adaptador anatómico y en el protector auditivo, detectar y sustituir los elementos averiados, instruir al paciente y familiares en el uso y mantenimiento de la prótesis auditiva y las ayudas técnicas auditivas, y elaborar presupuestos. Sus salidas profesionales son el sector sanitario, en gabinetes audioprotésicos y en prevención de efectos de ruido ambiental, en cinco actividades profesionales: Audioprotésico, Especialista audioprotésista, Elaborador de moldes y protectores auditivos, Técnico en medición de nivel sonoro y Audiometrista.

⁷⁵ Estudios dentales es el estudio del diagnóstico, tratamiento y prevención de infecciones y anomalías de dientes y encías. Incluye el estudio del diseño, construcción y reparación de prótesis dentales y ortodoncias. También incluye el estudio de proporcionar asistencia a los dentistas. Comprende los programas educativos con los siguientes ►►►

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

FAMILIA PROFESIONAL Título de Técnico Superior	Acceso directo a estudios universitarios
SANIDAD	
Ortoprotésica	Maestro (en todas sus especialidades)
	Diplomado en Educación Social
	Diplomado en Enfermería
	Diplomado en Fisioterapia
	Diplomado en Logopedia
	Diplomado en Podología
	Diplomado en Terapia Ocupacional
	Diplomado en Trabajo Social
	Ingeniero Técnico en Diseño Industrial
	Ingeniero Técnico Industrial (todas las especialidades)
Anatomía Patológica y Citológica	Maestro (en todas sus especialidades)
Dietética	Diplomado en Educación Social
Documentación Sanitaria	Diplomado en Enfermería

En cuanto a los criterios de admisión de estos técnicos superiores, se resumen igualmente en el cuadro adjunto de la página siguiente.

Además de estos registros en la formación profesional, en los manuales oficiales de la misma⁷⁸, y dentro de las comisiones paritarias relacionadas en la formación continua, aparece una sobre fabri-

▶▶▶ contenidos principales: odontología, cirugía dental, ortodoncias, Estudios de la higiene dental y la salud dental pública, Prótesis dentales, Tecnología de laboratorios dentales y Enfermería dental.

76 Tecnología de diagnóstico y tratamiento médico es el estudio de una amplia gama de tecnologías usadas para diagnosticar y tratar enfermedades y discapacidades. Comprende los programas educativos con los siguientes contenidos principales: Tecnologías de laboratorios médicos, Tecnologías de radiología, de ayuda auditiva, de prótesis, y Radioterapia. No comprende los programas educativos con los siguientes contenidos principales: El estudio de la tecnología de los laboratorios se excluye de este sector, si el énfasis no se hace en la tecnología de los laboratorios médicos. La tecnología de los laboratorios en general se incluye en el sector 524 Procesos químicos. El estudio de la tecnología dental (véase 724).

77 Sus competencias generales son definir órtesis, prótesis y ortoprótesis y ayudas técnicas, organizar, programar y supervisar la fabricación y adaptación al cliente, cumpliendo o asegurando el cumplimiento de las especificaciones establecidas por la normativa y por la prescripción correspondiente. Los empleos que puede desempeñar la persona portadora son Técnico Ortopédico, Técnico Ortoprotésico, Representante/visitador médico de ortopedia. Organización de la fabricación de órtesis, prótesis y ortoprótesis. Véase *Guía de la Formación de Profesionales En España*, INCUAL (Instituto Nacional de las Cualificaciones), Consejo General de Formación Profesional, Octubre de 2001, www.educacion.es/educacion/incual/pdf/.../21Guia_Formacion_Profesionales.pdf

LIBRO BLANCO DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

FAMILIA PROFESIONAL	Ciclos formativos de Grado Superior	CRITERIOS DE ADMISIÓN	
		Modalidades de Bachillerato	Materias de Bachillerato
SANIDAD	Anatomía Patológica y Citología	- Ciencias de la Naturaleza y de la Salud	Biología
	Dietética	- Ciencias de la Naturaleza y de la Salud	Biología
	Documentación Sanitaria	- Ciencias de la Naturaleza y de la Salud - Humanidades y Ciencias Sociales	- - - -
	Higiene Bucodental	- Ciencias de la Naturaleza y de la Salud - Tecnología	Biología
	Imagen para el Diagnóstico	- Ciencias de la Naturaleza y de la Salud - Tecnología	- - - -
	Laboratorio de Diagnóstico Clínico	- Ciencias de la Naturaleza y de la Salud - Tecnología	Biología
	Ortoprotésica	- Ciencias de la Naturaleza y de la Salud - Tecnología	Dibujo Técnico
	Prótesis Dentales	- Ciencias de la Naturaleza y de la Salud - Tecnología	- - - -
	Radioterapia	- Ciencias de la Naturaleza y de la Salud - Tecnología	- - - -
	Salud Ambiental	- Ciencias de la Naturaleza y de la Salud - Tecnología	Ciencias de la Tierra y del Medio Ambiente

cación y curtido de calzado artesano, manual y ortopedia y a medida y talleres de reparación y conservación del calzado usado.

En cuanto a la señalada ausencia de vinculación previa entre la CNAE y la CNO, sus consecuencias son que existen en la actualidad muchos títulos de formación universitaria destinados a ocupaciones o actividades con menor transcendencia económica, social o incluso tecnológica. Y todo ello pese a la reconocida necesidad de que los cambios de carácter tecnológico y social generen la necesidad de que los profesionales que actúan en los distintos niveles de la sanidad se adapten a las nuevas demandas competenciales de sus cualificaciones. Así, ocurre que la ortopedia no pasa de ser considerado injustamente un servicio sanitario complementario⁷⁹.

⁷⁸ INCUAL (Instituto Nacional de las Cualificaciones), Consejo General de Formación Profesional, *Guía de la Formación de Profesionales en España*, Octubre de 2001, www.educacion.es/educa/incual/pdf/.../21Guia_Formacion_Profesionales.pdf y *Guía Sectorial de la Formación de Profesionales en España*. INCUAL <http://www.educacion.es/educa/incual/pdf/2/21guiasectorial.pdf>

⁷⁹ Así aparece en la guía sectorial oficial que acabamos de citar, cuya página 68 dice que el grado de concreción de la CNAE para determinadas actividades no refleja ►►►

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Ese problema se presenta obviamente asociado a la falta de conciencia de los responsables de las administraciones no solo sobre la importancia y potencialidad del sector, sino también sobre su adecuado nivel de cualificación, que se plasma en una especie de indigencia a la hora de estimar tanto las necesidades y demandas sociales en materia ortoprotésica como el número de profesionales disponibles para atenderlas, ni siquiera el número de personas que reciben cada año formación para ello.

Prueba de ello es que en ninguna de las estadísticas oficiales del INE al respecto aparecen dichas cifras, pese a que dicho instituto proporciona anualmente información sobre la actividad educativa universitaria y no universitaria de los centros docentes públicos y privados, sus recursos humanos, las características del alumnado y los resultados académicos, elaboradas por el Ministerio de Educación en

►►► suficientemente la dimensión de las mismas. La última área de competencia recoge las actividades relacionadas con la comercialización de productos sanitarios (farmacia, óptica, etc.), y otros servicios generales de carácter complementario a los propiamente sanitarios (por ejemplo ortopedia). Como ya se ha señalado en «Comercio y marketing», ocupaciones como las de farmacéuticos y similares son campos en los que los profesionales que realizan actividades comerciales tienen su profesionalidad más ligada a la especificidad del producto/servicio que se comercializa que a la propia actividad comercial, por lo que procede incluirles en el campo de la Sanidad”.

80 Las nueve encuestas oficiales consultadas sin encontrar esa información son las que siguen:

Estadística de enseñanza universitaria

Pruebas de acceso a la universidad

Encuesta de financiación y gastos de la enseñanza privada

Encuesta sobre gasto de los hogares en educación. Módulo piloto de la encuesta de presupuestos familiares 2007

Encuesta de transición educativo formativa e inserción laboral

Encuesta sobre la participación de la población adulta en las actividades de aprendizaje

Enseñanzas anteriores a la universidad

Becas y gasto público en educación

Tecnología de la información en la enseñanza no universitaria

81 Ministerio de Sanidad y Consumo, Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2007, Informes, Estudios E Investigación 2009

cooperación con los servicios estadísticos de las Consejerías/Departamentos de Educación de las Comunidades Autónomas⁸⁰. Tampoco aparecen en la información oficial que se anuncia como “más actualizada y completa” por parte del Ministerio de Educación en la web www.educacion.es. Menos todavía en los datos europeos procedentes de la página web de Eurostat o en su apartado de Población y condiciones sociales (Population and social conditions). Pero quizás lo más relevante es que ni siquiera la proporcionen los ministerios de Trabajo ni de Sanidad, pese a haber puesto este último recientemente en marcha un Observatorio que pretendía subsanar deficiencias como las citadas.

Los últimos informes anuales del Sistema Nacional de Salud elaborados por dicho Observatorio hacen caso omiso de esa clamorosa falta de información. El del Sistema Nacional de Salud correspondiente al 2007 solo menciona en sus 225 páginas al sector para dar cuenta de que “a partir de la normativa estatal básica sobre autorización administrativa de la instalación, funcionamiento y modificación de los centros y servicios sanitarios (Real Decreto 1.277/2003), las comunidades autónomas han aprobado sus propias normas” y “se intensifica la intervención autonómica en aquellos establecimientos que, aunque no gozan de carácter sanitario en sentido estricto, desarrollan actividades directamente vinculadas, como los centros de audioprótesis (País Vasco y Extremadura), establecimientos de óptica (Asturias)⁸¹. Hay que recurrir a los informes autonómicos de dicho observatorio del SNS para encontrar mínimas referencias, y limitadas a los médicos: el último anuario del Sistema Nacional de Salud Regional de Madrid⁸² dice que hay casi 500 profesionales en traumatología y cirugía ortopédica, mientras el de Cataluña atribuye a esta comunidad la cifra de 803, de acuerdo con su correspondiente anuario⁸³.

⁸² <http://www.sensefums.com/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2007/MadridSNS2007.pdf>

⁸³ <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2007/CatalunyaSNS2007.pdf>

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Incluso las últimas guías de la formación profesional publicadas por el Instituto Nacional de las Cualificaciones mantienen esa increíble opacidad o falta de interés por el capital humano de la ortoprótesis. La Guía de la Formación de Profesionales en España publicada por el INCUAL se limita a indicar que en el año 1999 recibieron el título de técnico superior en ortoprotésica un total de 125 personas⁸⁴. Y la última Guía sectorial del mismo instituto indica que el año 1997 fue el último en que hubo un plan de formación aprobado en las comisiones paritarias para la fabricación y reparación de calzado artesano y ortopédico⁸⁵, para luego ofrecer en la página 184 de sus 681 páginas una estimación de establecimientos y personas ocupadas y actividad que engloba a la farmacia, medicina y ortopedia sin precisar por cada subsector.

Esta desidia informativa sobre uno de los sectores que ofrece algunos de los mayores potenciales relativos en empleo, tecnología, inclusión social y sostenibilidad no se extiende afortunadamente a las titulaciones universitarias vinculadas al mismo. A partir del curso 1999/2000, se publican datos según la Clasificación Nacional de la Educación (CNED), de alumnado matriculado, de nuevo ingreso y que finaliza, por sectores de estudios. Por la última Estadística de la Enseñanza Universitaria en España (relativa al curso 2007-2008)⁸⁶ podemos saber que, de los 98.304, docentes españoles, hay solo 148 docentes en traumatología y ortopedia, frente por ejemplo a un total de 207 en electrónica y 1.862 en informática, casi 6.000 en economía o casi 3.000 en enfermería.

⁸⁴ INCUAL (Instituto Nacional de las Cualificaciones), Consejo General de Formación Profesional, Guía de la Formación de Profesionales En España, Octubre de 2001, www.educacion.es/educa/incual/pdf/.../21Guia_Formacion_Profesionales.pdf y *Guía Sectorial de la Formación De Profesionales en España*. INCUAL <http://www.educacion.es/educa/incual/pdf/2/21guiasectorial.pdf>

⁸⁵ Obra citada, pag 150.

⁸⁶ <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

Las ya demostradas ausencias del capital humano del sector ortoprotésico en las estadísticas oficiales de educación y formación chocan con los muchos informes y estudios que no solo destacan cómo la atención sanitaria se configura entre los sectores con mayor potencial para los próximos años en muchos frentes (empleo, tecnología, inclusión social, sostenibilidad, etc.), sino muy especialmente con otros informes que atribuyen una muy elevada rentabilidad económica y social a las inversiones en ese tipo de capital humano.

Aunque por desgracia se ignora hasta el momento esa rentabilidad de las mejoras en el capital humano del sector ortoprotésico, sí está suficientemente comprobado en el sector afín de la farmacia, donde resulta altísima esa rentabilidad pese a que las carencias educativas y formativas no son tan notorias como en el sector ortoprotésico, debido a la larga tradición organizativa de los farmacéuticos en torno a sus colegios profesionales. Tres estudios elaborados por EDAS SC en el año 2007 para el Consejo General de Farmacéuticos y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid dieron cuenta de ello a la hora de justificar ante las autoridades la creación de dos nuevas especialidades universitarias (farmacia asistencial y farmacia galénica), así como también para favorecer el desarrollo de la carrera profesional con estudios de postgrado. He aquí las conclusiones de esos sectores afines.

En primer lugar, la Memoria económico-financiera del valor añadido aportable por la nueva Especialidad de Farmacia Asistencial⁸⁷, concluye entre sus principales resultados que el proyecto de implantar la especialidad de generaría un valor añadido directo superior al menos en los 10 primeros años a los 31 millones de euros, sin considerar siquiera las diferencias entre la productivi-

⁸⁷ Consejo General de Farmacéuticos, Memoria económico-financiera del valor añadido aportable por la nueva Especialidad de Farmacia Asistencial, , Estudio realizado en 2007 por EDAS SC para el Consejo General de Farmacéuticos y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, págs. 32-40 de 40 páginas.

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Costes y beneficios de la especialidad en farmacia asistencial (Euros corrientes)

AÑO	Nº ESPECIALISTAS	COSTE FORMACION	BENEFICIOS TOTALES	VALOR ANADIDO
1		196.000	2.610.720 €	2.414.720 €
2		485.520	6.467.126 €	5.981.606 €
3	490	640.886	8.721.232 €	8.080.346 €
4	1.680	772.559	10.990.535 €	10.217.976 €
5	3.220	848.627	12.791.231 €	11.942.604 €
6	5.040	865.599	14.113.904 €	13.248.305 €
7	7.000	882.911	15.744.105 €	14.861.194 €
8	8.960	900.570	17.651.605 €	16.751.035 €
9	10.920	918.581	19.872.111 €	18.953.530 €
10	12.880	936.953	22.442.706 €	21.505.753 €

(Estimaciones de beneficios basadas en un aumento del 1% de la productividad anual de cada profesional que siga el DCP y aumentos del IPC medio anual del 2%, PIB 3,6% y otros factores 1,44%).

Fuente: Consejo General de Farmacéuticos. Elaboración propia de EDAS SC.

dad de los becarios y el importe de las becas (cuyo coste se movería entre 6 y 31 millones durante los diez primeros años). La nueva especialidad tendría según ese estudio unos costes adicionales de formación que oscilarían entre los 196.000 euros del primer año (2008) y los 937.000 en el décimo año. En cambio, los beneficios directos que generará a las oficinas de farmacia y a las administraciones pública, empezarán multiplicando por más de 13 ya desde el primer año esos costes y lo harán por 24 el décimo año de puesta en marcha del proyecto. En consecuencia, el valor añadido directo creado por la nueva especialidad se moverá entre 2,5 millones de euros el primer año de impartición y 21,5 millones de euros en el décimo año, acelerándose claramente en cuando empiecen a rendir enteramente sus frutos los nuevos especialistas, a partir del 2010, aunque ya desde el 2008 estarían ocupados con becas en las oficinas de farmacia.

Estos resultados se obtuvieron de atribuir a los nuevos especialistas un 10% de aumento de los stocks de productividad que corresponde a cada farmacéutico por término medio como consecuencia de aplicar sus conocimientos a la puesta en marcha de

la atención farmacéutica en la oficina donde trabaje. Para ello, el valor añadido proyectado con las indicadas hipótesis que tendrán las oficinas de farmacia españolas en el año 2010 (cuando empezarían a rendir plenos frutos los nuevos especialistas una vez terminadas sus becas y sus estudios) dividimos por el número total de ocupados de cada año para obtener la productividad de cada ocupado por la que las farmacias reciben remuneración. Por el mismo procedimiento se obtuvo la productividad no remunerada por ocupado a partir del año en que empezarían a trabajar como tales los nuevos especialistas en AF (2010), segunda productividad que sería el valor total del consejo dado por los farmacéuticos de forma adicional a la prescripción y cuyas reducciones de gasto quedaron desmostadas por dichos informes del CGCOF.

Por su parte, el Estudio Económico del valor añadido aportado por la Especialidad de Farmacia Industrial y Galénica⁸⁸, evidenció que aunque cuantitativamente la inversión en conocimiento especializado relacionado con la investigación aplicada en el sector farmacéutico no ha sido determinada en ningún estudio, el asumir de forma intuitiva sus externalidades positivas en empleo cualificado y en los resultados de su actividad productiva, como la calidad de los nuevos medicamentos lanzados al mercado, así como su mayor eficacia en el seguimiento y cumplimiento de los tratamientos en el caso de los beneficios repercutibles a la Administración sanitaria, todo ello incide de forma positiva en un menor gasto sanitario asociado al fracaso o abandono de la terapia farmacológica y también a una reducción de las reacciones adversas asociadas a los medicamentos, lo que se traducirá en menores ingresos hospitalarios por esta causa. A partir de estas y otros hipótesis, la investigación concluyó que el impacto de la nueva especialidad de farmacia galénica sería muy positivo tanto

⁸⁸ Consejo General de Farmacéuticos, *Estudio Económico del valor añadido aportado por la Especialidad de Farmacia Industrial y Galénica*, Estudio realizado en 2007 por EDAS SC para el Consejo General de Farmacéuticos y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, págs 12-39 de 39 páginas.

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Estimación de output del DCPF para farmacias y ahorro público

Años	Valor no remunerado (miles)	DCPF	Total Ocupados	Product. Remunerada (miles)	Product. no remunerada (miles)	Beneficio farmacias	Ahorro público
2.000	1.300.389		57.751	37	23		
2.001	1.532.394		62.766	40	24		
2.002	1.618.997		69.390	38	23		
2.003	1.682.004		67.297	41	25		
2.004	1.779.916		69.756	42	26		
2.005	1.955.561		72.711	44	27		
2.006	1.992.546		74.165	44	27	13.150 €	8.060 €
2.007	2.179.872		75.649	47	29	14.810 €	9.077 €
2.008	2.412.205	30.000	77.161	51	31	16.870 €	10.340 €
2.009	2.692.713	31.500	78.705	56	34	19.386 €	11.882 €
2.010	3.024.788	33.075	80.279	61	38	22.417 €	13.739 €
2.011	3.412.060	34.729	81.884	68	42	25.535 €	15.651 €
2.012	3.858.415	36.465	83.522	75	46	28.875 €	17.698 €
2.013	4.368.013	37.559	85.193	84	51	32.690 €	20.036 €
2.014	4.945.305	38.310	86.896	93	57	37.010 €	22.683 €
2.015	5.595.058	39.077	88.634	103	63	41.872 €	25.664 €
2.016	6.322.373	39.858	90.407	114	70	47.315 €	29.000 €
2.017	7.132.710	40.655	92.215	126	77	53.380 €	32.717 €
2.018	8.031.914	41.468	94.059	139	85	60.110 €	36.841 €
2.019	9.026.241	42.298	95.941	154	94	67.551 €	41.402 €
2.020	10.122.388	43.144	97.859	169	103	75.755 €	46.430 €
2.021	11.327.522	44.007	99.817	185	113	84.772 €	51.957 €
2.022	12.649.318	44.887	101.813	203	124	94.665 €	58.020 €
2.023	14.095.986	45.784	103.849	221	136	105.491 €	64.656 €
2.024	15.676.320	46.700	105.926	241	148	117.319 €	71.905 €
2.025	17.399.728	47.634	108.045	263	161	130.215 €	79.809 €

Fuente: Consejo General de Farmacéuticos. Elaboración propia de EDAS SC.

para las cuentas de la empresa privada como para las cuentas públicas, especialmente en lo que se refiere a reducción del gasto farmacéutico. A partir del quinto año de mantener el programa de formación en esta especialidad, tanto las empresas como las administraciones públicas comenzarían ya a recoger los frutos de esta apuesta formativa. Los beneficios y ahorros de la industria y las administraciones superarían, a partir del décimo año de vigen-

cia de la especialidad farmacéutica, los 20 millones de euros, cantidades que multiplican por siete los costes derivados de los dos años de formación en la nueva especialidad galénica.

Pero aun mayores y más claros resultaron los beneficios de diverso tipo estimados en la Memoria económica de valor añadido, costes y beneficios del desarrollo de la carrera profesional para farmacéuticos que ejercen en el sector sanitario privado⁸⁹. Si los costes se situarán entre los 8,4 millones de euros el primer año de su implantación (2008) y los casi 19 millones de euros del año 20, en el mismo periodo los beneficios directos totales que generarán estos estudios para las farmacias y para las administraciones públicas mediante aumentos de productividad y reducciones de gasto farmacéutico ascenderán entre los 24,7 millones de euros el primer año (triplicando ya a los costes) y los 257,8 millones de euros el año número 20 (cuando multiplicarán casi por 14 a los costes de ese año). En consecuencia, el valor añadido del nuevo sistema ascenderá ya el primer año a 16,3 millones de euros irá creciendo hasta los casi 239 millones de euros del año número 20, como puede verse en la tabla de la página anterior.

El reparto de costes (formación y administración) y beneficios (incremento del 1% del valor añadido para las farmacias y reducción de costes para el sistema sanitario) son los que refleja la tabla de la página siguiente.

Las anteriores estimaciones fueron elaboradas sobre la hipótesis de que el nuevo sistema formativo elevará al menos el 1% la productividad anual de cada profesional que siga el DCP, así como a partir de la proyección de las ventas, gastos de personal y valores añadidos registrados por las farmacias en los últimos seis

⁸⁹ Consejo General de Farmacéuticos y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, *Memoria económica de valor añadido, costes y beneficios del desarrollo de la carrera profesional para farmacéuticos que ejercen en el sector sanitario privado*, Estudio realizado en 2007 para el págs 53-62 de 62 páginas.

2. DATOS ESTADÍSTICOS ACTUALES

Costes, beneficios y valores añadidos de la formación acreditada en el desarrollo de la carrera profesional del farmacéutico: euros corrientes

AÑO	Número PCG	COSTE FORMACION ADICIONAL	ADMINIS-TRACIÓN	COSTE TOTAL= FORMACIÓN + ADMINIST.	AUMENTO VALOR AÑADIDO FAR-MACIAS	AHORRO DE COSTES PARA EL SISTEMA SANITARIO	BENEFICIO TOTAL ANUAL DEL DCPF	VALOR AÑADIDO TOTAL ANUAL DEL DCPF
1	30.000	7.816.000	576.000	8.392.000	15.301.813	9.378.530	24.680.343	16.288.343
2	31.500	8.371.446	88.995	8.460.441	17.583.603	10.777.047	28.360.649	19.900.208
3	33.075	8.965.663	95.002	9.060.664	20.333.018	12.462.172	32.795.191	23.734.527
4	34.729	9.601.376	101.428	9.702.804	23.611.079	14.471.307	38.082.386	28.379.582
5	36.465	10.283.669	108.305	10.391.974	27.484.757	16.845.496	44.330.254	33.938.280
6	37.559	10.803.890	106.940	10.910.830	31.419.878	19.257.345	50.677.223	39.766.393
7	38.310	11.240.074	107.566	11.347.641	35.572.278	21.802.364	57.374.642	46.027.001
8	39.077	11.694.885	111.774	11.806.660	40.246.868	24.667.435	64.914.303	53.107.643
9	39.858	12.166.749	116.149	12.282.899	45.478.037	27.873.636	73.351.673	61.068.774
10	40.655	12.658.716	120.698	12.779.415	51.306.744	31.446.069	82.752.813	69.973.398
11	41.468	13.170.397	125.428	13.295.825	57.774.724	35.410.315	93.185.039	79.889.214
12	42.298	13.701.337	130.346	13.831.683	64.928.045	39.794.608	104.722.654	90.890.971
13	43.144	14.256.088	135.460	14.391.549	72.812.975	44.627.307	117.440.282	103.048.733
14	44.007	14.831.776	140.778	14.972.553	81.482.045	49.940.608	131.422.653	116.450.100
15	44.887	15.430.531	146.307	15.576.837	90.989.805	55.767.945	146.757.750	131.180.913
16	45.784	16.054.624	152.056	16.206.680	101.394.428	62.144.972	163.539.400	147.332.720
17	46.700	16.702.352	158.034	16.860.387	112.762.763	69.112.661	181.875.425	165.015.038
18	47.634	17.377.435	164.251	17.541.686	125.159.567	76.710.702	201.870.269	184.328.583
19	48.587	18.079.569	170.715	18.250.285	141.910.075	86.977.143	228.887.217	210.636.932
20	49.558	18.809.838	177.437	18.987.276	159.836.549	97.964.337	257.800.886	238.813.610

(Estimaciones de beneficios basadas en un aumento del 1% de la productividad anual de cada profesional que siga el DCP y aumentos del IPC medio anual del 2%, PIB 3,6% y otros factores 1,4%)

Fuente: Consejo General de Farmacéuticos. Elaboración propia de EDAS SC.

años de los que se disponían entonces de datos oficiales (2000-2005) hasta el año 2028. Tales proyecciones fueron formuladas también considerando las perspectivas macroeconómicas y con un factor residual de otro 1,4% por los efectos que pueden tener sobre las ventas de las farmacias el envejecimiento de la población, las migraciones, la entrada de nuevos productos con mayor calidad y precio, así como las políticas de contención del gasto sanitario, que durante los últimos diez años habían llevado a que el IPC general se incrementara un 30,7% (diciembre de 1997 sobre diciembre de 2006) mientras que el IPC de los gastos médicos y farmacéuticos apenas subiera el 18,7%.

Algunas de las hipótesis aplicadas a la farmacia pueden ser extendidas al sector ortoprotésico, donde además la aplicación de nuevas tecnologías se considera como un factor clave en la evolución, desarrollo y mejora de los servicios sanitarios. Por eso se requiere que desde los distintos ámbitos de responsabilidad se realice un mayor esfuerzo de inversión en I+D para optimizar la asistencia y para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud. Junto a los cambios de tipo tecnológico que afectan al sector, se deben añadir los de dimensión social. Por un lado la «cultura de la salud» cada vez está más extendida en nuestra sociedad, con una mayor sensibilización hacia las cuestiones relacionadas con el bienestar físico y mental, por lo que la «prevención» cobra una especial relevancia. Por otro lado, los pacientes reclaman una mayor y mejor relación con el personal sanitario, así como un tratamiento integral en el proceso de atención sanitaria, emergiendo la necesidad de aplicar políticas de calidad que contemplen todos los aspectos señalados, dirigidos a la mejora del Sistema Sanitario, en su conjunto. Estos cambios, de carácter tecnológico y social, generan la necesidad de que los profesionales que actúan en los distintos niveles de la sanidad se adapten a las nuevas demandas competenciales de sus cualificaciones.

3. PROBLEMAS OBSERVADOS POR EL SECTOR

LIBRO
BLANCO
DE L
PRES
ORTO
2012

3. PROBLEMAS OBSERVADOS POR EL SECTOR

La deficiente regulación del sector de la ortopedia en España sigue siendo el gran lastre que frena el desarrollo de este sector y resta oportunidades de crecimiento y de mejora de la calidad y competitividad a sus empresas.

Las administraciones competentes no han resuelto el problema de admitir en el ejercicio de esta prestación sanitaria a personal sin cualificación, ni formación, así como equiparar a los profesionales titulados y especializados en Ortopedia con aquellos que no cuentan con dicha preparación. Esta situación, admitida en la legislación española pero resuelta en otros países con una regulación que ampara la profesionalidad del sector, deja al sector sin instrumentos efectivos para modernizarse y buscar la excelencia en beneficio de la atención de usuarios y pacientes.

Tampoco se aprecia que las administraciones hayan resuelto los múltiples problemas observados en el primer Libro Blanco de 2003. Desde entonces se han registrado muy pocos avances a la hora de actualizar y renovar un catálogo de productos ortoprotésicos financiados por el sistema público que no es igual para todas las comunidades autónomas y que compromete, por lo tanto, el acceso en igualdad de condiciones de las personas usuarias y los pacientes.

Lo mismo cabe decir de la falta de información que tienen los profesionales sanitarios, usuarios y personas usuarias sobre la oferta ortoprotésica que impide beneficiarse de las innovaciones y tecnologías que aparecen en el mercado.

Como también se ha expuesto en este Libro Blanco, y a pesar de los esfuerzos invertidos por disponer de una información más completa, existen vacíos importantes que impiden disponer de un conocimiento riguroso del nivel de prestaciones ortoprotésicas en España o de la capacidad del sector para innovar y buscar un mayor reconocimiento político y social.

Entre otros problemas de regulación que afectan negativamente en la competencia del sector, cabe apuntar los siguientes:

- Catálogos de prestaciones ortoprotésicas y de productos de apoyo rígidos, obsoletos y diferentes entre Comunidades Autónomas, que no favorecen como deberían la autonomía personal y la plena inclusión social de las personas con discapacidad y mayores.
- Falta de reconocimiento profesional de los Técnicos Ortopédicos y Técnicos Superiores en Ortoprotésica.
- Formación insuficiente y escaso desarrollo de la formación reglada y las titulaciones en el sector.
- Imposibilidad de converger con la Unión Europea.
- Deficiente regulación de las diferentes categorías de establecimientos de ortopedias, que deberían ser reducidas solo a una, con el espacio la representación y los niveles técnicos adecuados; es decir, eliminando la posibilidad de subcontratación de servicios.
- Excesiva carga burocrática y retrasos injustificados en la concesión de licencias de funcionamiento de los establecimientos de fabricación a medida y/o comerciales por parte de las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas.
- Ausencia total de campañas informativas y apoyo por parte de las administraciones públicas

Las trabas y lagunas legales que afronta el sector se unen a la falta de información sobre el sector. A pesar de los esfuerzos invertidos en este segundo Libro Blanco por recabar todos los datos disponibles de fuentes estadísticas dispares, hace falta

3. PROBLEMAS OBSERVADOS POR EL SECTOR

completar un sistema de información y estadística sobre esta realidad en España.

3.1 Horizontes potenciales para el siglo XXI

Al sector ortoprotésico en España le aguarda un futuro esperanzador siempre que se superen los problemas señalados en este estudio. El factor demográfico jugará a su favor durante el siglo XXI, ya que todas las proyecciones elaboradas por los organismos competentes reflejan una clara tendencia al envejecimiento de las sociedades desarrolladas que, en el caso español, es más acusada si cabe, hasta el punto de convertirse en el segundo país más envejecido del mundo a mitad de siglo.

Este factor debe por sí solo impulsar la demanda de productos y servicios ortoprotésicos en España, que tiene también una excelente oportunidad de desarrollar un sector de actividad dinámico y que genere una gran riqueza para la economía española en términos de empleo y actividad.

Durante los últimos años, el sector sanitario está asistiendo a una eclosión tecnológica que solo cabe que se intensifique durante las próximas décadas. El diseño y fabricación de los nuevos productos y servicios ortoprotésicos está incorporando el uso de microprocesadores y la integración de las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación. La fabricación de estos dispositivos ha sufrido también un cambio de 180 grados con el uso de nuevos materiales, como el aluminio o la fibra de carbono, que hacen más ligeros, resistentes y ofrecen una mayor comodidad a los usuarios y pacientes.

Las tendencias apuntadas configuran el próximo escenario en el que se desenvolverá el sector y solo podrán revertir en beneficios siempre y cuando las administraciones opten por introducir cambios en la regulación en la dirección apuntada de ampliar y actua-

lizar el catálogo y favorecer la formación y especialización de los profesionales, así como agilizar el acceso a las prestaciones por parte de los usuarios y pacientes en las mejores condiciones de calidad y seguridad.

El llamado “Proceso de Bolonia” constituye igualmente una excelente oportunidad para mejorar la formación ortoprotésica en España y buscar la homologación de esta disciplina con el resto de países de la Unión Europea dentro del Espacio Europeo de Educación Superior. Este objetivo se puede lograr a través de una licenciatura de grado, lo que necesariamente debe llevar a un refuerzo de la formación y extensión de los estudios hasta los cuatro años, que solo se puede acometer con un plan de apertura de nuevas escuelas universitarias y profesionales.

3.2 Principales retos

Los retos planteados por el sector en la elaboración del segundo Libro Blanco reproducen fielmente los planteados en 2002, con lo que cabe interpretar que los avances han sido mínimos, salvo en el apoyo legal y social. Casi nueve de cada diez personas con discapacidad declaraban el año 2008 no sentirse discriminadas y solo el 1,2% decía sufrir discriminación constantemente. Además, la entrada en vigor de la Ley 39/2006 y el desarrollo de los derechos y prestaciones reconocidas ha de modificar la visión política y social de este sector cuya mejora y consolidación pasa por ofrecer respuestas efectivas a los siguientes retos:

- Reforzar el cumplimiento de la normativa sobre inclusión social y laboral de las personas con discapacidad.
- Renovar la regulación de la prestación ortoprotésica dentro del Sistema Nacional de Salud, con rango de derecho, como una prestación amplia, moderna, atenta a los cambios de la tecnología e inclusiva, que ayude a las personas con discapacidad y

3. PROBLEMAS OBSERVADOS POR EL SECTOR

mayores a mejorar su autonomía personal y su proceso de participación social.

- Equiparar la regulación del ejercicio profesional a los niveles de homologación y formación que existe en los países más avanzados de la Unión Europea.

- Elevar el listón profesional con el fin de erradicar intrusismo y malas prácticas que deterioran la imagen y la calidad de la prestación ortoprotésica.

- Elaborar Guías de Buenas Prácticas e implantar sistemas de gestión de calidad que promueven la excelencia en todas las actividades de fabricación, distribución, comercialización y venta.

- Agilizar los procesos de fabricación, distribución y venta de productos y servicios para que lleguen antes al mercado.

- Actualizar y renovar los catálogos de prestaciones, así como unificar su contenido para prestar el mismo servicio a todos los ciudadanos con discapacidad y mayores en España.

- Buscar financiación suficiente para las inversiones necesarias con el fin de no perder el tren de la innovación y desarrollo de nuevas tecnologías.

- Mejorar los canales de información con la sociedad y las Administraciones Públicas.

- Promover la aplicación de los principios de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal en la formación de los profesionales, para que sean capaces de identificar y dar respuesta, en su ejercicio profesional, a las necesidades de las personas con discapacidad, a través de la incorporación y aplicación de las medidas y de los recursos adecuados a cada caso.

- Garantizar la disposición de las medidas necesarias para asegurar la accesibilidad de los estudiantes con discapacidad a la formación, incluidos los entornos arquitectónicos, de comunicación y virtuales.
- Eliminar las barreras arquitectónicas y de acceso a la información y a la comunicación en los establecimientos.

4. UNA AGENDA DE MEJORAS PARA EL SIGLO XXI

LIBRO
BLANCO
DE LA
PRES
ORTO
2012

4. UNA AGENDA DE MEJORAS PARA EL SIGLO XXI

La agenda de mejoras del sector ortoprotésico para el siglo XXI ha de orientarse a satisfacer los principales retos que acabamos de enunciar resumidamente en el epígrafe anterior.

Todos ellos pueden y deben ser encaminados a aprovechar un horizonte potencial de usuarios que no deja de crecer y que actualmente supera los 10 millones de personas, casi una cuarta parte de toda la población española.

Los contextos de crisis y de búsqueda de un nuevo modelo de crecimiento y desarrollo, que inició la economía española y el conjunto de la economía global en el año 2008, pueden alimentar el nacimiento de oportunidades para el sector y sus aportaciones a la economía nacional.

El que en la agenda de mejoras para el Siglo XXI se incluyan todos y cada uno de esos retos viene especialmente justificado por esa necesidad de transformar el modelo productivo español. El sector ortoprotésico debe aspirar a ser uno de los protagonistas del nuevo modelo productivo, por cuanto las cifras analizadas en los anteriores epígrafes demuestran con estadísticas oficiales que más de la mitad de sus ventas y mercado interno y externo son ya reconocidas como correspondientes a productos de alta tecnología, cuota que puede ampliarse en los próximos años con una estrategia adecuada.

Este reconocimiento y refuerzo del carácter tecnológico del sector ortoprotésico sintoniza perfectamente con algunos de los principales objetivos y necesidades de la política económica para los próximos años, entre ellos los que siguen.

1º) Ayudaría a la economía española a elevar su esfuerzo e intensidad tecnológica, creando actividad y empleo en actividades que tienen más futuro y cuya demanda viene creciendo ya en los últimos años mucho más que las de los sectores tradicionales.

2) El fortalecimiento de la actividad y del empleo ortoprotésico en actividades de alta tecnología permitiría al mismo tiempo contribuir a paliar la alta dependencia externa del mercado interno en estos productos, que como ya hemos igualmente demostrado supera con su 85% a sectores como los de la informática y la electrónica. Esto ayudaría asimismo a reducir el alto déficit exterior español, que a principios del 2008 llegó a alcanzar el 12% del PIB y que con la recuperación económica volverá a repuntar tras su reciente moderación a raíz de la menor demanda registrada durante la recesión económica.

3º) El sector ortoprotésico puede además asistir como pocos otros sectores a satisfacer al mismo tiempo los objetivos de innovación, igualdad, cohesión e inclusión social que inspiran las políticas públicas de bienestar social.

4º) Igualmente, el sector de órtesis, prótesis y productos de apoyo puede desempeñar un importante papel en la reducción del gasto público en ayudas y prestaciones contempladas en la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.

5º) Además de desarrollar su economía, resolver los problemas de competitividad y de paso frenar la tendencia a que el sector sea uno de los de menor cobertura comercial, la potenciación del sector ortoprotésico sería una oportunidad más de converger con la Unión Europea en ámbitos como la tecnología, las prestaciones, la regulación de la formación y el ejercicio profesional, etc.

6º) Por lo dicho, la mejora de la ortopedia en España no debe ser vista en el siglo XXI como una restricción, sino como una oportunidad para el crecimiento y desarrollo sostenible de la economía española. Y solo porque la ortoprotésis satisface las tres principales dimensiones de ese tipo de desarrollo (económica, social y ecológica), sino por las posibilidades de crear durante las próximas décadas en torno a la misma una de las actividades o sectores más

4. UNA AGENDA DE MEJORAS PARA EL SIGLO XXI

pujantes y competitivos de la economía española ante el exterior, como por ejemplo los de la moda, la gestión de infraestructuras, la ingeniería, las energías alternativas u otros que hace solo 30 años parecían retos inasumibles para un país entonces como ahora sumido en la crisis internacional.

Para garantizar esas mejoras, la ortoprótesis debe empezar por mejorar la educación y formación, incluyendo en la anunciada reforma estructural educativa no solo el reconocimiento profesional de los Técnicos Ortopédicos (Decreto 389/1966) y Técnicos Superiores en Ortoprotésica (Real Decreto 542/1995), sino superando el problema de la formación insuficiente y el escaso desarrollo de la formación reglada y las titulaciones en el sector con mayor vinculación de los mismos a las especialidades médicas, que también deberían recibir apoyo para el desarrollo de su carrera profesional con planes de postgrado. Ya hemos apuntado en el capítulo sobre educación los altos rendimientos y la consiguiente rentabilidad del esfuerzo inversor que ello aportaría a las administraciones públicas además de al propio sector privado, así como por el desarrollo de su carrera profesional. Pese a que los imperativos macroeconómicos, tecnológicos y de otro tipo aconsejan como ya hemos seguido la pauta de otras industrias en situación similar como la informática y la electrónica, profesiones con reconocimiento universitario y que han mejorado en los últimos años sus titulaciones y planes de estudio, las ortoprotésicas no han contado siquiera con esa ayuda. El contexto pudo ser el pacto social y político por la Educación que negoció el Ministerio con los grupos, y todavía puede encontrarse en sus calendarios de desarrollo posteriores. Una de las líneas de actuación más prioritarias sería orientar las titulaciones más allá de la ortoprótesis y la audífonía, hacia los productos de apoyo, la robótica y la asistencia y atención de las personas con discapacidad. Si el gran reto que tienen por delante las personas con discapacidad y los derechos insatisfechos que les asisten es mejorar sus perspectivas de participación social y de acceso al mercado laboral,

esa mejora ha de realizarse evidentemente a través del reconocimiento profesional y de la formación de las actividades económicas encargadas de satisfacer su demanda, entre las cuales destaca el sector de la ortopedia.

No menos imperativo y urgente resulta acompañar esas previas mejoras en la educación y la formación con acciones complementarias para el fomento de la investigación y el desarrollo, con el fin de consolidar e impulsar de modo acorde con su elevado potencial económico y social el papel ya desempeñado por el sector ortoprotésico entre las industrias de alta tecnología, según ha quedado acreditado por las estadísticas oficiales incluidas en este Libro Blanco.

Aun cuando la escasez de recursos públicos y las restricciones del crédito derivadas de la crisis financiera y económica iniciadas en el 2008 han afectado al esfuerzo tecnológico español cuando más se necesitaba, no hay que pensar solo en que esas vías acompañen a la recuperación, sino en multitud de instrumentos creativos que pueden desempeñar la misma finalidad. Así por ejemplo, el **“Priority Review Vaucher”**⁹⁰ aplicado desde el 2009 en los EE.UU. para incentivar el desarrollo de medicamentos entre la industria farmacéutica europea y española con el fin de evitar la falta de financiación para la investigación de enfermedades olvidadas o tropicales (malaria, tuberculosis, dengue, etc.), sin necesidad de subvenciones.

90 La iniciativa consiste en emitir un derecho de tramitación acelerada de cualquier otra patente potencialmente rentable a la empresa o grupo que se comprometa a investigar en campos que hoy carecen de rentabilidad de mercado, como es el caso de las enfermedades olvidadas (las que afligen a países subdesarrollados) y puede serlo también el de las raras (las que carecer de demanda relevante afligen también a menos de una diez milésima parte de la población de los países desarrollados). Un PRV concedido puede ser utilizado directamente por su titular, o por un tercero que le compre el derecho, para obtener prioridad en el procedimiento de autorización de puesta en el mercado de EE.UU. de otro medicamento, normalmente un “super-ventas” (“blockbuster”). Este lanzamiento prioritario reportaría más de 300 millones de USD de beneficios al titular del PRV. Novartis ha sido la primera industria farmacéutica en obtenerlo en EEUU-PRV por el registro de Coartem® (artemether 20 mg/lumefantrine 120 mg) para el tratamiento de determinados tipos de malaria.

4. UNA AGENDA DE MEJORAS PARA EL SIGLO XXI

La principal virtualidad de ese instrumento es elevar el esfuerzo en I+D y su financiación sin coste directo alguno para el erario público, ni siquiera mediante una extensión del periodo de vigencia de las patentes que podría perjudicar a medio y largo plazo a quienes esperan que el producto beneficiado por la patente se convierta en genérico y abarate así su precio ampliando el mercado potencial a todos los que lo quieran producir sin haber incurrido en las enormes inversiones en investigación y desarrollo a las que pretenden proteger las patentes. El sector ortoprotésico europeo y español, que en ese objetivo deberían de caminar juntos, podría aplicar los beneficios de los PVR concedidos al mismo para adentrarse en desafíos de la investigación previos a los que vamos a proponer para la innovación, ya que posible existencia o lanzamiento de nuevas líneas de financiación a través del Instituto de Crédito Oficial y otros organismos resultarán siempre insuficientes para poner en marcha proyectos de innovación y desarrollo tecnológico como los requeridos por las enormes demandas que laten sobre el desarrollo potencial de su actividad como consecuencia de la evolución tecnológica y del envejecimiento de la población y las consiguientes tasas de dependencia.

Una tercera línea de actuación para la agenda de mejoras en el siglo XXI, igualmente complementaria a la prioridad educativa y formativa, sería el fomentar la innovación en órtesis, prótesis y productos de apoyo. Los horizontes potenciales no radican solo en el desarrollo del propio sector hacia nuevos campos como el de la robótica, los nuevos materiales e incluso el más cercano del acceso a los medios audiovisuales o al conjunto de las nuevas tecnologías de la información y de las comunicaciones por parte de personas con discapacidad, sino también en su relación con el entorno mucho más amplio y variado de todas las tecnologías sanitarias. En el primer caso, se habla de la emergencia de las tecnologías de la información y en especial las que puedan suponer una ampliación del horizonte tecnológico de la audiolgía y sus vínculos con la emergencia de otras tecnologías ligadas al

acceso a los medios audiovisuales y de comunicación a las personas con discapacidad.

En el segundo caso, estarán las volcadas en la inversión en conocimiento e innovación dentro del campo adicional y potencialmente mucho mayor de las tecnologías sanitarias, que desempeñarán durante el siglo XXI un papel protagonista a la hora de satisfacer las ingentes demandas que se avecinan en el horizonte demográfico y tecnológico, así como a la hora de reforzar la competitividad y productividad de la economía, favoreciendo el empleo de calidad y el uso de herramientas respetuosas con el medio ambiente. El desafío de la innovación apoyada en la educación y en el I+D habrá de extenderse especialmente más allá de la producción, para abarcar a la gestión de las empresas industriales y de todo tipo de servicios de nuevo cuño, en las que dentro de la economía globalizada actual existe amplios espacios para mejorar tanto la gestión de sus riesgos como de sus incertidumbres⁹¹.

Instrumentos para acometer estas mejoras, e incluso para concretarlas y marcarles el calendario más oportuno en cada momento, no faltarán, ni en el corto ni en el medio y largo plazo. Al margen del necesario estudio y diálogo permanente con las administraciones públicas reguladoras y los agentes económicos y sociales involucrados.

Sin embargo, antes de adentrarse en esos instrumentos potenciales para introducir mejoras en el sector, se debe resaltar la necesidad acometer en cada momento los oportunos procesos de diálogo tras objetivar el consenso de los agentes económicos y sociales del sector acerca de lo que quieren lograr para el mismo en el futuro inmediato, así como de los medios o instrumentos que van a utilizar para lograrlo.

⁹¹ Kotler, Philip, y Caslione, John A., *La ciencia del caos. El Management y el Marketing en la era de las turbulencias*, Gestión 2000, Barcelona, 2009.

4. UNA AGENDA DE MEJORAS PARA EL SIGLO XXI

Sería de interés también crear un Observatorio del Sector y las Prestaciones Ortoprotésicas con participaciones interdisciplinares de las universidades españolas y de otros países europeos, que siga con atención el sector en todas y cada una de las comunidades autónomas y que esté en permanente contacto con los emisores de estadísticas nacionales e internacionales que interesen al sector, además de con organismos internacionales como con las instituciones de la Unión Europea (Parlamento Europeo, Consejo UE y Comisión UE), el Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE, la OMS, OPS, Consejo de Europa, Fondo Global, Banco Mundial, FAO, UNICEF, etc.

Además de todo lo comentado, este Observatorio o la figura que lo sustituya se deberían ocupar de seguir las tendencias de los actores o protagonistas del sector de ortopedia, en particular las personas con discapacidad, entre las cuales cabe prestar especial atención a las siguientes y articular propuestas como las que igualmente se sugieren a continuación a título de ejemplo:

- Demográficas y sus alternativas para el desarrollo. Todo parece indicar que España será el país más envejecido de Europa, tendencia que merece ser seguida permanentemente, entre otras razones porque son las regiones más envejecidas las que presentan tasas de discapacidad más altas en España, y por tanto mayor demanda potencial para el sector. Igualmente, la creciente tasa de envejecimiento europeo requiere de un lugar más cálido y amable para la tercera y cuarta edad. Cabría proponer al Estado y las autonomías desde el sector, con los oportunos aliados, la promoción de España como escuela de calidad de vida. Se trataría de convertir a España en una nueva marca mundial que lidere esos estilos para aprovechar mejor algunos activos y reputación ya disponibles por nuestro país: calidad sanitaria, competencia en personas mayores y enfermos terminales, centros de excelencia en cardiología, cáncer, discapacidad, etc. También se dispone de buen y abundante personal sanitario, ortopédico y farmacéutico (además de enfermeras-os, paramédicos, generalistas y especialistas), abundancia de camas, y sacerdotes, voluntarios, asistentes sociales, psicólo-

gos, especialistas en terapia del dolor. Se dispone igualmente de activos inmobiliarios transformables en recursos, así como en centros docentes para enseñar a hacerlo a otros países. Todo ello puede convertirse en una cantera para atraer y conseguir lo que España más necesita actualmente: generación de conocimiento científico, investigación y desarrollo, etc., para potenciar numerosos sectores de actividad que irían desde la innovación en ortopedia, ergonomía, cirugía, terapia del dolor, farmacología ética y de estilo de vida (memoria, movilidad, gestión de los sentidos, sexualidad, biotecnología, nutrición, audiofonía y un largo etcétera). Pero frente a estas oportunidades mostradas por las tendencias, la sociedad ha dejado casi exclusivamente en los hospitales la responsabilidad de cuidar a los enfermos terminales sin prepararles para ello, pues no están organizados ni tienen personal capacitado para ofrecer una atención efectiva a este tipo de pacientes.

- Informativas y estadísticas. Una de las conclusiones de los capítulos estadísticos anteriores es que ni la discapacidad ni mucho menos la ortopedia reciben todavía el conocimiento estadístico que merecen, por lo que el Observatorio podría contribuir a que el Estado y el conjunto de las administraciones públicas garanticen la adecuada información e influyan en los foros de los que dependen las clasificaciones estadísticas internacionales y en cada una de las series estadísticas estudiadas para que la discapacidad y la ortopedia aparezcan debidamente reflejadas en las estadísticas oficiales. La igualdad, la inclusión, la cohesión social y otros grandes objetivos y derechos incluidos en los tratados internacionales y europeos, en la Constitución española y las leyes dependen en gran parte de que las personas con discapacidad vean adecuadamente garantizados sus derechos.

Incluso en este frente de las administraciones públicas existen notorias dificultades para el acceso a datos relevantes como el coste para las mismas de la prestación ortoprotésica, que durante meses los autores de este Libro Blanco han demandado a la

4. UNA AGENDA DE MEJORAS PARA EL SIGLO XXI

Administración sin encontrar pronta respuesta. La continuidad del proceso de descentralización de competencias hacia las comunidades autónomas no debería ser obstáculo para que exista información puntual, fiable y completa al respecto.

Aunque España presume de tener uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo por el hecho de ser universal, gratuito y de una calidad más o menos contrastada, las carencias de información dificultan el pronunciarse sobre si su coste es sostenible y menos aún para buscar alternativas. De momento se estima que el coste del sector sanitario público supera los 80.000 millones de euros anuales y crece exponencialmente. Esto ha provocado que el déficit acumulado por la sanidad pública desde 2003 supere los 20.000 millones de euros. Según los expertos de McKinsey, en diez años cada español deberá trabajar al menos treinta días al año para sufragar los costes del sistema público de salud.

- Sociales: el reto de la autonomía personal. Si por las ya apuntadas tendencias al envejecimiento de la población y la aplicación de tecnologías y tratamientos cada vez más costosos los costes de la sanidad pública tienden a un crecimiento potencial, la crisis económica incrementa enormemente los costes de los seguros de desempleo y también los de las pensiones. Cuando estos tres pilares del llamado Estado de Bienestar se enfrentan además a los crecientes desafíos de la competencia de los países emergentes, España y otros países intentan asentar un nuevo sistema de protección social: la promoción de la autonomía personal y la atención a la dependencia, cuya ley garantiza el derecho subjetivo. Este sistema debe concebirse en clave de autonomía personal, aspecto en el que la prestación ortoprotésica tiene una contribución esencial.

- Cambios en la demanda y en los modos de rehabilitación. En las últimas décadas las personas con discapacidad y sus familias ha asumido un papel más activo y reclaman más atención de los servicios socio-sanitarios en una tendencia que se consolida como en

enfoque de derechos. Además, el proceso de rehabilitación de los pacientes es una de las grandes asignaturas pendientes del Sistema Nacional de Salud. Los recursos dedicados a esta parte esencial en la terapia de cualquier persona con estas necesidades son irrisorios. Pero las administraciones sanitarias han relegado este aspecto básico en el tratamiento de cualquier enfermedad o lesión o discapacidad y las partidas presupuestarias que tienen este fin son insuficientes y, en ningún caso, superan el 1% de los fondos asignados en España a la atención sanitaria.

Por todo ello, la agenda de mejora del sector de la ortopedia para el siglo XXI ha de insertarse necesariamente en la agenda de desarrollo de la sociedad y la economía española y europea, marcadas por los imperativos de la sostenibilidad, imperativos a los que puede contribuir eficazmente, teniendo siempre presente que problemas o característica estructurales como las citadas son retos o desafíos que se pueden convertir en oportunidades y en potencial de crecimiento para el sector ortoprotésico en el contexto de los esfuerzos recientes y anunciados por España y el conjunto de la Unión Europea de caminar hacia la transformación del modelo productivo, basada en el fomento de la tecnología y el conocimiento.

4.1 El desarrollo sostenible en el horizonte europeo y español

Tras una década de fracasos en los objetivos de convertir a Europa en la mayor y más avanzada economía mundial del conocimiento, la Unión Europea busca ahora ampliar otros 10 años la Agenda de Lisboa y vincularla al desarrollo sostenible mediante la Estrategia 2020 aprobada el año 2010.

El gran fracaso europeo de la última década pasará a ser su desafío prioritario para la que ahora se inicia. Se trata de convertir a Europa en la mayor y más avanzada economía mundial del cono-

4. UNA AGENDA DE MEJORAS PARA EL SIGLO XXI

cimiento, ampliando otros 10 años la llamada Agenda o Estrategia de Lisboa. Una oportunidad para España es que el presidente del grupo de reflexión que inspirara la renovación es precisamente el expresidente español Felipe González, quien ha declarado al respecto: ***“¿Cómo nos convertimos en 2020 en la primera potencia económico-tecnológica del mundo con un modelo social cohesionado? Desgraciadamente no se sabe cómo, porque la distancia tecnológica con EE.UU. ha aumentado y la aproximación de algunos países emergentes es evidente. En los países en que se han cumplido no ha sido por la Agenda de Lisboa sino porque lo han visto, han reformado la formación del capital humano, han cambiado las cosas⁹². Y creo que no se puede discutir, seriamente, de manera separada el modelo social de la economía, y el valor que puede añadir para financiar el modelo social”***.

4.2 Dimensiones de la sostenibilidad

Las dimensiones o vértices de esa sostenibilidad son tres: económica, social y ecológica, tal y como aparecen recogidos en la Ley de Economía Sostenible. Esos tres ámbitos serían difícilmente articulados sin la presencia de las personas con discapacidad, sobre todo por la importancia económica de las mismas que se ha reiterado en los capítulos anteriores; por la transcendencia social de sus actividades, igualmente demostrada en capítulos anteriores, y también por la envergadura ecológica de las transformaciones necesarias en los entornos para cumplir los derechos a la igualdad garantizados por la constitución.

Efectivamente, la sostenibilidad es un patrón de crecimiento que concilia el desarrollo económico, social y ambiental en una economía productiva y competitiva, que a su vez favorezca el empleo de calidad, la igualdad de oportunidades y la cohesión social, y que garantice el respeto ambiental y el uso racional de los recur-

⁹² González, Felipe, en declaraciones a EL PAIS-DOMINGO, 22-11-09.

sos naturales, de forma que permita satisfacer las necesidades de las generaciones presentes sin comprometer las posibilidades de las del futuro para atender sus propias necesidades.

Dentro de su objeto, que se centra en introducir en el ordenamiento jurídico las reformas estructurales necesarias para crear condiciones que favorezcan un desarrollo económico sostenible, la Ley finalmente publicada en el BOE el 5-3-2011 incluye seis citas a las personas con discapacidad en cinco de sus 114 artículos y numerosas disposiciones (exactamente son los artículos 35, 39, 62, 109 y 111), aunque lamentablemente no menciona ni una sola vez a la ortopedia en las 57 páginas ocupadas del BOE. Es de esperar, por tanto, que esa omisión sea subsanada durante el desarrollo y aplicación de sus contenidos mediante otras disposiciones de diverso rango e incluso de diversas administraciones públicas, incluidas las autonómicas, provinciales y municipales.

Es loable que en su artículo 61, para favorecer la competitividad universitaria, prevea convocar anualmente el programa Campus de Excelencia, donde el Ministerio de Educación priorizará aquellos proyectos que persigan ocho finalidades, una de las cuales será “Potenciar la cooperación al desarrollo, configurando los Campus de Excelencia Internacional como espacios de socialización, transmisión de valores humanos y de garantía de la igualdad de oportunidades, igualdad de género, y la plena integración de las personas con discapacidad”.

También resulta positivo que el Gobierno haya incluido en su artículo 110, dentro de las actuaciones de renovación y rehabilitación urbanas, la reforma de la urbanización o de las dotaciones y la rehabilitación de edificios, especialmente los de uso residencial afectados por “procesos de obsolescencia o degradación del tejido urbano y del patrimonio arquitectónico o de uno u otro, especialmente cuando una parte significativa de la población residente en tales ámbitos se encuentre en dificultades específicas por

4. UNA AGENDA DE MEJORAS PARA EL SIGLO XXI

razón de la edad, la discapacidad, el empleo, la insuficiencia del ingreso medio u otras causas análogas.

Igualmente es digno de destacar que el artículo 111, dentro de las obras e instalaciones necesarias para la mejora de la calidad y sostenibilidad del medio urbano, catalogue a aquellas “que sirvan para garantizar los derechos reconocidos por Ley a las personas, especialmente las que padezcan alguna discapacidad, o vengán impuestas por normas legales sobrevenidas por razones de seguridad, adecuación de instalaciones y servicios mínimos, reducción de emisiones contaminantes de cualquier tipo y las necesarias para reducir los consumos de agua y energía”. Eso comportará la declaración de la utilidad pública o, en su caso, el interés social, a los efectos de la expropiación forzosa de los bienes y derechos necesarios para su ejecución.”

Sin embargo, durante el largo debate parlamentario de la Ley desapareció la previsión de cuatro ventajas adicionales para las personas con discapacidad en la deducción por inversión en vivienda habitual.

En cambio, se añadió en el artículo 35 que en las empresas públicas los preceptivos informes anuales de gobierno corporativo y de sostenibilidad hicieran referencia entre otros colectivos a la plena integración de las personas con discapacidad.

La ortopedia puede contribuir a atender al menos 6 de los 8 principios que inspiraron la Ley de Economía Sostenible: la mejora de la competitividad a través del estímulo de actividades de la producción de órtesis y prótesis, la estabilidad de las finanzas públicas mediante los ahorros que se han indicado puede ayudar a obtener el sector, el fomento de la capacidad innovadora de las empresas, la racionalización de la construcción residencial, la extensión y mejora de la calidad de la educación e impulso de la formación continua, y el fortalecimiento y garantía del Estado

social. Por tanto, satisfaría todos y cada uno de los principios de la Ley salvo los relativos ahorro y eficiencia energética y a la promoción de las energías limpias, reducción de emisiones y eficaz tratamiento de residuos.

Si pocos de los demás sectores económicos están en condiciones de igualar ese máximo de satisfacción, la ortopedia también puede ayudar ante la Estrategia Europa 2020 en los relativos a la formación y a la garantía del Estado social.

La ortopedia puede hacer aportaciones a la calidad de vida digna de los usuarios, a la cohesión social y al empleo, a un catálogo ortoprotésico y de productos de apoyo de carácter social, a dar adecuada cobertura al cumplimiento de otras leyes en el horizonte de la accesibilidad universal, a la irrupción de nuevas tecnologías que van desde la biónica o las prótesis inteligentes a los nuevos materiales, a la participación de las organizaciones de usuarios y profesionales en la mejora de la prestación y el nuevo código de buenas prácticas incluyendo un claro compromiso social.

4.3 El sector ante el desarrollo: la Ley de Economía Sostenible

Uno de los cauces institucionales para afrontar estos y otros desafíos de la agenda de mejora de las actividades ortoprotésicas para el siglo XXI ha de ser el desarrollo de la Ley de Economía Sostenible en un escenario de crisis al que no es ajeno el sector de la tecnología sanitaria.

Las empresas del sector son conscientes de las limitaciones presupuestarias que afronta su principal cliente, las administraciones públicas, a la hora de financiar e incorporar nuevas tecnologías, productos o servicios a las carteras de prestaciones sanitarias. Estas mismas restricciones financieras son las que exigen una correcta asignación de recursos entre las distintas alternativas posi-

4. UNA AGENDA DE MEJORAS PARA EL SIGLO XXI

bles y son las que están empujando a buscar una nueva estrategia productiva de crecimiento y desarrollo que sea sostenible en el tiempo, tal y como plantea la Ley de Economía Sostenible.

En efecto, la Ley aspira a marcar el rumbo para cambiar el modelo económico actual, basado en un uso intensivo de mano de obra en sectores maduros sin proyección de crecimiento futuro, por otro centrado en el conocimiento y la innovación. La Ley representa el esfuerzo político y legislativo por objetivar las bases que han de impulsar esta transformación de la economía española. En este sentido, las industrias volcadas en la inversión en conocimiento y la innovación, como es el caso del sector de tecnologías sanitarias, desempeñan un papel protagonista a la hora de ejecutar este plan para reforzar la competitividad y productividad de la economía, favoreciendo el empleo de calidad y el uso de herramientas respetuosas con el medio ambiente.

La creación de un Fondo para la Economía Sostenible en diciembre del 2009 y el diseño de medidas fiscales para premiar el empleo en las pequeñas y medianas empresas, así como la consolidación de las actividades que promuevan el uso más eficiente y sostenible de los recursos disponibles puede ser, en este sentido, una magnífica oportunidad para que el sector ortoprotésico demuestre ser una actividad innovadora y con potencial de crecimiento futuro. Dentro de esta estrategia, las empresas deben marcar sus prioridades de innovación e investigación.

La existencia de nuevas líneas de financiación a través del Instituto de Crédito Oficial y otros organismos son una ocasión para poner en marcha proyectos de innovación y desarrollo tecnológico, de ahorro y eficiencia o de internacionalización que respondan a este cambio de modelo productivo.

En este proceso por ganar en competitividad empresarial y sostenibilidad ocupa un lugar principal la formación y especialización. Sin

capital humano, difícilmente se puede aspirar a hacer un uso eficiente de las nuevas tecnologías y sacar el máximo rendimiento de las innovaciones en provecho de un ciudadano que ya no es un usuario o paciente pasivo, sino que es exigente y reclama más información y participación en todos los procesos y tratamientos. Por ello es imprescindible que en la planificación estratégica de la empresa se persiga la máxima cualificación profesional y formación continuada, lo que requiere inversión y también cambios legislativos que impidan el intrusismo en la profesión y favorezcan la acreditación de las competencias profesionales. El sector puede así impulsar una oferta de formación profesional específica adecuada a las necesidades de atender a una población en expansión y en línea con los objetivos marcados por la Ley de Economía Sostenible.

El uso de las tecnologías de la información es parte fundamental en la gestión de las empresas que aspiren a entrar en nuevos mercados al permitir un mayor aprovechamiento de recursos e integrar procesos de gestión y servicios que ahorren costes y proporcionen nuevas ventajas para proveedores, financiadores y clientes finales. Como en cualquier otro proceso, las nuevas tecnologías se concretan en la mejora asistencial del paciente al ofrecer una integración social más activa y autónoma.

4.4 Aportaciones a los derechos y a la calidad de vida digna de los usuarios

La ortopedia es un servicio sanitario que permite a los usuarios de los servicios y productos de órtesis, prótesis y productos de apoyo vivir con plenitud de derechos y participar en igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos en la vida económica, social y cultural.

El objetivo y bien social que persigue la ortopedia no es otro que garantizar una vida autónoma y digna a las personas con discapacidad y favorecer su inclusión social, tal y como, por

4. UNA AGENDA DE MEJORAS PARA EL SIGLO XXI

otra parte, obliga la Constitución Española en su artículo 49, al establecer que los poderes públicos realizarán una política de integración social de los ciudadanos con discapacidad “para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadano”. En este objetivo se están volcando esfuerzos para ofrecer las mejores oportunidades a un colectivo heterogéneo de 3,8 millones de personas.

Una de las características de la ortopedia es que todos sus procesos están adaptados a las personas que sirven. En este sentido se puede decir que ofrece soluciones a medida a la situación de cada usuario. La aspiración reciente de la medicina de personalizar las terapias y tratamientos a la salud y genética de cada paciente es un objetivo cumplido en el sector que nos ocupa. Aunque existe una diferencia entre productos ortopédicos fabricados en serie con o sin adaptación, dependiendo de las modificaciones específicas que requiera en función de la prescripción del especialista y de las necesidades del usuario, todos los productos ortopédicos están adaptados y exigen, además, que se ofrezca una adecuada atención al usuario y que se le facilite de forma comprensible y accesible la necesaria información relativa a cada producto.

La investigación, desarrollo e innovación en el terreno de la ortopedia siempre apunta a mejorar la calidad de vida de los usuarios, lo que se consigue fabricando, por ejemplo, prótesis más ligeras y resistentes que potencien la movilidad del usuario que presenta una discapacidad. Cualquier mejora introducida en el diseño, tamaño, fabricación, o vida útil de una órtesis, prótesis o producto de apoyo representa un avance incuestionable en la calidad de vida y dignidad de las personas concernidas. En este objetivo se han volcado medios y recursos por parte del sector que reclama también el marco legal adecuado que permita potenciar la calidad, profesionalidad e innovación de las empresas que se dedican a prestar este servicio sanitario esencial para un grupo de población muy significativo.

Uno de los objetivos que la ortopedia trata de cubrir es aumentar la autonomía de las personas con discapacidad y mayores, lo que incluye, por ejemplo, satisfacer el deseo de este sector de personas mayores de permanecer durante el mayor tiempo posible en su propio hogar valiéndose por sí mismo y sin depender de los demás. La calidad y dignidad de vida también se miden por la capacidad para acceder a un empleo, sin discriminaciones. El sector de la ortopedia permite que un elevado número de personas con discapacidad pueda participar en el mercado laboral y contribuir al desarrollo social y personal.

4.5 Aportaciones sociales y al empleo

El 75,3% de las 2.364.000 personas con discapacidad entre 16 y 64 años sufre algún tipo de restricción laboral, según el módulo de Personas con discapacidad y su relación con el trabajo de la Encuesta de Población Activa (EPA) que elabora el INE. Este elevado porcentaje refleja las dificultades que tiene este grupo social a la hora de acceder al empleo. La eliminación de las barreras de acceso al trabajo es sin duda uno de los objetivos prioritarios del sector.

España ha acometido durante los últimos años un importante esfuerzo al fomentar políticas activas de empleo, como la reserva de puestos, subvenciones a la contratación, bonificaciones en las cuotas de la Seguridad Social por la contratación indefinida de personas con discapacidad o desgravaciones fiscales, entre otras medidas, que han logrado reducir los niveles de desempleo y elevar las tasas de actividad, aunque se encuentre muy lejos todavía de la tasa general del mercado laboral español.

Es también reseñable el esfuerzo normativo desplegado al aprobarse tres leyes básicas que persiguen la integración sociolaboral de las personas con discapacidad y adoptarse un enfoque transversal de ayuda a la discapacidad en todas las políticas públicas.

4. UNA AGENDA DE MEJORAS PARA EL SIGLO XXI

Pero este esfuerzo legislativo no es suficiente. Solo cabe recordar el escaso cumplimiento por parte de las empresas con más de 50 trabajadores de la llamada cuota de reserva para trabajadores con alguna discapacidad del 2% de la plantilla. Tampoco ha estado acompañado del debido proceso de consulta y apoyo institucional al sector de la ortopedia española, con lo que se ha restado impulso a las políticas de empleo de las personas con discapacidad y se han restado posibilidades de contratación y de generación de un empleo de calidad. No se puede olvidar que la ortopedia ofrece soluciones tecnológicas para superar las dificultades derivadas de cualquier tipo de discapacidad, por lo que las políticas de empleo han de contar con la participación de este sector, ya que cuanto más avanzados sean los productos y servicios ortoprotésicos, con mayor eficiencia contribuirán a la inclusión, empleo y desarrollo personal de las personas con discapacidad.

La introducción de técnicas ortoprotésicas menos invasivas y mejor adaptadas a la discapacidad o con una vida útil mayor facilita una inclusión más rápida y en mejores condiciones en el mercado laboral ordinario de los ciudadanos con discapacidad, con lo que ello supone de generación de riqueza y actividad para la economía española, así como de ahorro en políticas pasivas.

Una de las múltiples dificultades que encuentra este grupo es la discriminación que sufren en función del tipo de discapacidad. Los empresarios tienden a contratar a trabajadores con discapacidades poco limitantes. El continuo esfuerzo innovador del sector de la Ortopedia permite reducir este tipo de discriminación y cumplir así con el mandato constitucional dando cuerpo a una política de inclusión social de los ciudadanos con discapacidad “para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”, tal y como recoge el artículo 49 de la Constitución Española. Entre estos derechos están los laborales plasmados en el artículo 35.1: derecho al trabajo, a la libre elección de profesión u oficio, a la promoción a través del

trabajo y a una remuneración suficiente para satisfacer sus necesidades y las de su familia.

También cabe potenciar la empleabilidad de las personas con discapacidad. Para ello es necesario mejorar su cualificación a través de una formación especializada que se adapte a los puestos de trabajo disponibles y a las necesidades reales del mercado. Esta formación debe integrarse en los programas de formación profesional de los Ministerios de Educación, Sanidad y Política Social y Trabajo e Inmigración haciendo un especial hincapié en la formación en nuevas tecnologías. La promoción del teletrabajo puede ser muy útil, sobre todo en el caso de las personas con discapacidad física que reduzca su movilidad, tal y como se subraya en el informe “Estrategia global para el empleo de personas con discapacidad 2008-2012” del Gobierno.

Pero la incorporación de las personas con discapacidad al mercado laboral no se puede reducir a una visión puramente económica o al coste adicional que puede suponer formalizar este tipo de contratos. Para las empresas integrar a este grupo en su organización es un valioso activo al dar la oportunidad de compartir valores y reenfocar prioridades en su actividad. Es también un ejemplo de superación y esfuerzo que constituye un modelo y estímulo para el conjunto de la plantilla dentro de una nueva economía más social y sostenible.

4.6 Contribución al desarrollo efectivo de la Ley 39/2006

La ortopedia es la prestación sanitaria que atiende a la población con discapacidad, bien sea temporal o permanente, y que facilita su inclusión social resolviendo determinadas dificultades funcionales para realizar actividades cotidianas, como vestirse, comer o bañarse. Es innegable, por lo tanto, su papel fundamental a la hora de ofrecer soluciones tecnológicas que se adapten y res-

4. UNA AGENDA DE MEJORAS PARA EL SIGLO XXI

pondan a las necesidades de usuarios a los que va dirigida la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, cuyo desarrollo requiere el concurso de todos los agentes, entre ellos los profesionales y empresas del sector de ortopedia como especialistas en tecnologías de accesibilidad y autonomía de los usuarios. Sin embargo, no se ha potenciado todavía la participación del sector, quizás por la difícil armonización entre las prestaciones sanitarias y sociales reflejadas en el escaso protagonismo inicial del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en el desarrollo de la norma. Pero es evidente que la Ley insta un nuevo derecho subjetivo para todos los ciudadanos e incluye, entre sus prestaciones, las de promoción de la autonomía personal, a la que la ortopedia puede aportar tanto.

La ortopedia satisface el potenciar la autonomía personal de las personas con discapacidad y permite ahorrar costes del Catálogo de servicios previsto por la Ley. La inversión en productos y servicios ortoprotésicos resulta mucho más rentable, ya que reduce considerablemente los niveles de dependencia y, en consecuencia, el gasto en servicios de Teleasistencia, de Ayuda a domicilio o de Centros de Día y de Noche o los prestados en la atención residencial.

El sector de la ortopedia tiene una buena oportunidad de convertirse en un colaborador necesario del sistema de promoción de la autonomía y atención a la dependencia a través de la firma de convenios con los servicios autonómicos de salud que cabe explorar desde las asociaciones profesionales, siempre eso sí, que se introduzca un sistema de pago directo y se respete la libre elección del usuario.

La Ley 39/2006 es además un factor positivo para promover el acceso al empleo de las personas con discapacidad a los nuevos puestos de trabajo generados con el desarrollo de esta norma.

Este puede ser un buen punto de partida para subrayar la contribución laboral del sector al potenciar la empleabilidad de las personas con discapacidad.

4.7 Hacia un catálogo ortoprotésico y de productos más social

La falta de actualización del catálogo de prestaciones ortoprotésicas se ha convertido en un tremendo obstáculo para el desarrollo del sector en España. La reciente revisión, mínima y parcial, de la cartera de servicios tampoco ha satisfecho las expectativas del sector, entre otras razones porque deja manos libres a las comunidades para ampliar sus catálogos por encima de los mínimos exigidos como básicos y comunes al sistema, lo que siempre dependerá de la gestión y sensibilización particular de cada autonomía.

El retraso en la incorporación de nuevas tecnologías y materiales más avanzados sigue siendo la constante que reduce las posibilidades de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en España. El desfase existente en los catálogos de prestaciones ortoprotésicas está provocando “regímenes prestacionales obsoletos y lesivos para los usuarios, tanto en el acceso a determinadas prestaciones, como a la participación en su financiación”, según reconoció el Defensor del Pueblo de Navarra, Francisco Javier Enériz Olaechea, en la Resolución 51/2009, de 16 de marzo, por la que se resuelve la queja formulada por una persona con discapacidad.

A este problema hay que sumar la disparidad existente entre los catálogos de productos ortoprotésicos autonómicos y la ausencia de procedimientos únicos para acceder a las prestaciones y ayudas entre de las Comunidades Autónomas. Estas diferencias, que también se trasladan a la regulación general de establecimientos de ortopedia por autonomías, están provocando que los usuarios

4. UNA AGENDA DE MEJORAS PARA EL SIGLO XXI

de material ortoprotésico en España no tengan las mismas prestaciones y oportunidades de acceso, ni se beneficien de las mismas ayudas económicas y aportaciones, dando así al traste con el principio de igualdad constitucional desarrollado en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, al señalar, en su artículo 3.2, que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva. Pero la descentralización de competencias, cuyo objetivo y mandato constitucional era ofrecer a los ciudadanos una mayor cercanía en la respuesta a sus problemas de atención sanitaria, ha derivado en una creciente desigualdad entre los ciudadanos en su acceso a las distintas prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

El resultado del proceso descentralizador de la sanidad en España es que Cataluña, País Vasco, Navarra, Andalucía, Galicia, Comunidad Valenciana, Canarias y Baleares cuentan con un catálogo de prestaciones ortoprotésicas propio y diferente al ofrecido por las comunidades que integraban el régimen común del territorio Insalud.

Corregir estos dos problemas –actualización de catálogos desfasados e insuficientes y definición de una cartera ortoprotésica común, así como un procedimiento común de prescripción, solicitud y financiación para todas las comunidades autónomas– es el principal reto que debe acometer con urgencia el sistema sanitario público si se quieren sentar las bases de una prestación ortoprotésica de calidad e igual en derechos para todos los ciudadanos en España. Para ello es necesario acometer una profunda reforma del sistema que inevitablemente requiere la modificación del Real Decreto que regula la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

La reordenación y racionalización de la prestación ortoprotésica es una necesidad básica para adecuar el Sistema Nacional de Salud a la realidad tecnológica actual del sector y aspirar a satis-

facilitar las necesidades de autonomía personal de los usuarios teniendo en cuenta su capacidad económica.

Las personas con discapacidad tienen que superar ya demasiadas barreras en España, como para que los poderes públicos levanten la de la desigualdad en el acceso a una prestación y derecho básico que disfrutan todos los españoles. Por eso, no son comprensibles limitaciones injustificables, como negar a los mayores de 16 años la prestación de audífonos (también hay una restricción en cuanto a la naturaleza de la prestación que se considera ayuda económica y la cuantía apenas alcanza el 50% del coste total). Tampoco tiene sentido que en la financiación de esta prestación pública se exija, en algunos casos, su coste por adelantado para efectuar después el reembolso. No ocurre con ninguna otra prestación sanitaria, por lo que no es admisible que se discrimine de este modo a las personas con discapacidad. Corresponde a las administraciones decidir el modelo de financiación para facilitar el acceso de los usuarios a este derecho sanitario, ya que en la actualidad operan dos sistemas: el sistema de pago directo de las prestaciones ortoprotésicas vigente en Andalucía, Galicia, Comunidad Valenciana, Cataluña, y Baleares y el modelo de reintegro de gastos implantado en el resto de comunidades autónomas.

La falta de renovación del catálogo ortoprotésico también se trasladada a los precios. Así las tarifas asignadas a cada producto no se actualizan, ni tan siquiera con la subida del IPC, por lo que las diferencias entre el precio real del producto, la tarifa correspondiente a los artículos que figuran en los catálogos de cada administración sanitaria competente y las ayudas asignadas y aportaciones de los usuarios siguen ampliándose en perjuicio de usuarios o pacientes y de las empresas del sector.

Otro problema identificado es la falta de información y conocimiento por parte de los especialistas sanitarios del contenido del

4. UNA AGENDA DE MEJORAS PARA EL SIGLO XXI

catálogo de prestaciones y de las novedades lanzadas al mercado, aún siendo responsables de prescribir este tipo de productos. En los catálogos siguen apareciendo referencias de artículos que ya no se usan o que se han sustituido por soluciones más avanzadas y que, sin embargo, siguen prescribiéndose en perjuicio de la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Todas estas propuestas deben apuntar a la configuración de un único catálogo ortoprotésico en España, actualizado y adecuado a las necesidades de usuarios y pacientes, de calidad y que incorpore también mecanismos de control y evaluación del producto y la prestación para evitar ineficiencias y el despilfarro de recursos públicos.

4.8 Otros desarrollos: hacia los apoyos y la accesibilidad universal

Los apoyos a las personas con discapacidad están garantizados por un tratado internacional como es la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, firmada y ratificada por España, donde es plenamente aplicable como norma. Este tratado contiene un artículo, el 26, dedicado a la habilitación y rehabilitación de las personas con discapacidad, en cuyo ámbito se incluyen los productos de apoyo.

Este artículo dice así: “Artículo 26 Habilitación y rehabilitación. 1. Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios socia-

les, de forma que esos servicios y programas: a) Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona; b) Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales. 2. Los Estados Partes promoverán el desarrollo de formación inicial y continua para los profesionales y el personal que trabajen en los servicios de habilitación y rehabilitación. 3. Los Estados Partes promoverán la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad, a efectos de habilitación y rehabilitación.”

Aunque todo el artículo se proyecta sobre el asunto de este Libro, el número 3 sin duda consagra la obligación de los Estados, entre ellos España, de promover entre las personas con discapacidad las tecnologías y dispositivos de apoyo.

En el plano interno, la Ley 51/2003, de 3 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad estableció el paradigma de la accesibilidad universal. Se trató de un gran avance social y también del pago de una deuda histórica que la sociedad tenía contraída con la discapacidad. Su objetivo era diseñar medidas efectivas de obligado cumplimiento para “evitar o compensar las desventajas de una persona con discapacidad para participar plenamente en la vida política, económica, cultural y social”. Entre los principios que formula la Ley figura la accesibilidad universal, es decir, “la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos para ser comprensibles utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible”. Incorpora también otro principio unido al anterior como

4. UNA AGENDA DE MEJORAS PARA EL SIGLO XXI

es la estrategia del llamado “diseño para todos”, una actividad que, según figura en la Ley, “se concibe o proyecta, desde el origen, y siempre ello sea posible, entornos, procesos, bienes, productos, servicios, objetos, instrumentos, dispositivos o herramientas, de tal forma, que puedan ser utilizados por todas las personas, en la mayor extensión posible”. Esta regulación, y su posterior desarrollo normativo a través de distintos Reales Decretos, se ha erigido en un magnífico instrumento para superar las barreras físicas, tanto arquitectónicas, de transporte, cognitivas y de comunicación, para un amplio grupo de personas con discapacidad. No obstante, también es necesario que las administraciones públicas incidan más y vigilen su cumplimiento para que las bases dispuestas fragüen en una mayor sensibilización social hacia el problema de la discapacidad.

Aunque ese objetivo fue desarrollado en el I Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012, a punto de expirar queda mucho camino por recorrer para desarrollar y cumplir los mandatos de la Ley 51/2003. En los centros laborales siguen existiendo numerosas barreras de accesibilidad que la inspección laboral no tiene en cuenta. Los transportes públicos tampoco están adaptados a pesar de los esfuerzos realizados por amoldarlos a las necesidades de las personas con discapacidad. Lo mismo se puede decir de los obstáculos a los que se enfrentan las personas con discapacidad que viven en zonas rurales y que deben sumar una nueva discriminación en virtud del territorio.

Las administraciones públicas han lanzado durante los últimos años planes de ayudas para financiar los gastos generados, tanto de las empresas por adaptarse a las normas, como de las propias personas con discapacidad para desplazarse y comunicarse libremente. Sin embargo, una de las demandas reiteradas por este grupo social es que existe un desconocimiento sobre la disponibilidad de productos de apoyo y personales, por lo que cabe desplegar un mayor esfuerzo a la hora de informar a la sociedad

sobre estos programas de ayuda que se deben mantener en el tiempo para que arrojen resultados.

El desarrollo normativo de la Ley es extenso: más de seis decretos y tres leyes. Pero no basta con una regulación adecuada que fije condiciones básicas de accesibilidad y evite la discriminación. Hace falta dotar con mayores recursos a las administraciones competentes para hacer un seguimiento del cumplimiento de las normas en los diferentes ámbitos: acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados y edificaciones, relaciones con las administraciones públicas, transportes públicos, acceso a la información y a la comunicación, acceso a las tecnologías y uso de productos y servicios relacionados con las tecnologías de la sociedad de la información o del sistema arbitral para resolver las quejas y reclamaciones.

4.9 Irrupción de tecnologías como biónica y prótesis inteligentes

La ortopedia, como tecnología, es un instrumento de soporte y ayuda para las personas con discapacidad o en situación de dependencia que está sometida a continuo cambio y evolución. El fin de sus avances tecnológicos es adaptarse a las necesidades de los usuarios y ofrecer apoyos para su autonomía. Esta innovación constante traduce el esfuerzo inversor en innovación y desarrollo de un sector que aspira a ofrecer las mejores respuestas tecnológicas a los problemas de las personas con discapacidad.

La inclusión de materiales de fabricación, como el aluminio, el titanio o la fibra de carbono, o la introducción de las nuevas tecnologías como los microprocesadores benefician la movilidad y autonomía personal de las personas en situación de discapacidad o dependencia, así como el periodo útil de las prótesis. Por este motivo, desde el sector no se entiende que el Gobierno y las

4. UNA AGENDA DE MEJORAS PARA EL SIGLO XXI

comunidades autónomas cierran las puertas de sus catálogos de prestaciones a estos avances tecnológicos.

En el área de las órtesis se ha excluido expresamente los últimos años las elaboradas en fibra de carbono. También las estructuras y articulaciones elaboradas en titanio y/o fibra de carbono y/o con control por microprocesador en las sillas de ruedas, cuando son materiales o dispositivos presentes en cualquier actividad y forman parte de la vida diaria. La diferencia entre usar una prótesis de última generación y una convencional no sólo es una cuestión estética, sino que representa un avance muy significativo en la mejora de la calidad de vida de los usuarios y una nueva posibilidad de ampliar su campo de actividades. Este tipo de limitaciones, solo explicable desde un enfoque puramente economicista en lugar de atender a criterios de bienestar y oportunidades de inclusión social, destruye además los incentivos de las empresas a la hora de innovar y supone un retraso tecnológico muy importante también para el Sistema Nacional de Salud.

Las trabas administrativas resultan más chocantes si cabe cuando la sociedad celebra con asombro el éxito de intervenciones quirúrgicas que solo hace unos años eran un sueño de la ciencia. Los ejemplos de estos avances son diarios y la capacidad de los especialistas españoles para situarse a la vanguardia en este tipo de intervenciones está más que demostrado. La prótesis de mano de última generación que emula los tejidos humanos a través de fibras blandas y que potencia el movimiento de dedos y muñeca a través de distintos ejes ofrece una mayor precisión, fuerza y velocidad frente a otros dispositivos. En 2008, dos centros hospitalarios españoles informaron del logro de colocar por vez primera en Europa una mano biónica a una adolescente, que permite mover y doblar los dedos de forma similar a la mano humana a través de electrodos de contacto que interpretan la señal de los movimientos de los músculos para coger así objetos que con las prótesis mioeléctricas actuales no es posible. Esta

integración de electrónica y biología se ha denominado biónica, una tecnología revolucionaria que ofrece la máxima funcionalidad a sus usuarios y hace posible el objetivo de autonomía personal.

La restauración de movimientos o de sentidos como el oído o la vista a causa de la pérdida o malformación de un miembro es un reto científico de primer orden que se está resolviendo con la creación de prótesis inteligentes y sistemas robotizados cada vez más complejos y capaces de establecer conexiones físicas entre una terminación nerviosa humana y unos electrodos. Todos estos avances constituyen una importante esperanza para las personas con discapacidad y son también una prueba de un sector innovador que busca constantemente el desarrollo de ayudas tecnológicas más beneficiosas para usuarios y pacientes.

4.10 La participación de usuarios y profesionales

El creciente protagonismo social es, sin duda, uno de los fenómenos en alza hoy en día que mejor refleja el vigor de la sociedad civil. Las personas con discapacidad en España no son una excepción y han encontrado en el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) un órgano de representación cada vez más influyente a la hora de expresar y defender de una forma unitaria a pesar de su diversidad las reivindicaciones de un grupo social que ronda los 4 millones de personas, al que hay que sumar sus familias.

Los poderes públicos están reconociendo poco a poco esta representación social al conceder una mayor capacidad de interlocución institucional a estas entidades/organizaciones a la hora de formular y desarrollar políticas de acción, ante la evidencia del número de representados, el grado de organización interna de estas asociaciones y los avances y mejoras efectivas logradas durante los últimos años. Prueba de este interés es la creación del Consejo Nacional para la Discapacidad, un órgano responsa-

4. UNA AGENDA DE MEJORAS PARA EL SIGLO XXI

ble de institucionalizar la colaboración del movimiento asociativo de las personas con discapacidad con la Administración General del Estado, en el que participa CERMI.

El gran reto de las plataformas de representación es seguir avanzando en el reconocimiento de derechos de las personas con discapacidad y sus familias y para ello se debe seguir incidiendo en los ámbitos legislativo, político, presupuestario y social. No cabe duda de que uno de los grandes instrumentos con los que cuentan las organizaciones de asociaciones de la dimensión de CERMI es mejorar su proyección social. El lanzamiento de campañas de información y comunicación debe servir para incrementar su visibilidad social y para que la sociedad conozca la realidad y problemas del movimiento social de la discapacidad, sin estereotipos y prejuicios, y demande soluciones.

La atención de las acciones informativas ha de concentrarse en las esferas que generen más factores de exclusión, como la no discriminación y la igualdad de oportunidades en cualquier ámbito social, la eliminación de barreras dentro de las normas de accesibilidad universal, el fomento del empleo y de la protección social.

Tanto los usuarios como los profesionales de la ortopedia se han dado cuenta que no es suficiente la acción legislativa y política, sino que también se requiere una mayor percepción social que conduzca a exigir la mejora y cumplimiento no solo de las normas que amparan en España a las personas con discapacidad, sino también de las múltiples promesas incluidas en los programas electorales de los partidos políticos. Las personas con discapacidad se han convertido, en efecto, en un grupo muy sensible para las formaciones políticas y estas han de hacer un esfuerzo suplementario a la hora de asegurar y promover el pleno ejercicio de los derechos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna. Las organizaciones de

personas con discapacidad y de sus familias deben por ello vigilar que todas las políticas incluyan la protección y promoción de sus derechos.

4.11 Nuevo código de buenas prácticas y compromiso social

En el primer Libro Blanco de la Ortopedia se apuntó la necesidad de implantar un código deontológico que implicase a profesionales y empresas en el objetivo de prestar un servicio ortoprotésico de calidad y profesional en beneficio exclusivo de la sociedad. Este código, a modo de contrato social, exige el mayor compromiso por parte del sector con el fin de erradicar malas prácticas y rechazar cualquier conducta o irregularidad que pueda arrojar la más mínima sombra de duda sobre las decisiones adoptadas en relación con la prestación ortoprotésica. La propuesta avanzada entonces está en línea con los códigos de regulación internacional existentes y sigue siendo válida casi diez años después.

**AUTORES, AGRADECIMIENTOS
Y BIBLIOGRAFÍA**

LIBR
BLAN
DE L
PRES
ORTO
2012

AUTORES, AGRADECIMIENTOS Y BIBLIOGRAFÍA

NÓMINA DE AUTORES

Gustavo Matías Clavero, profesor titular de Organización Económica Internacional en la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la UAM.

Juan Luis López Galiacho, economista y profesor de Investigación de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.

Manuel Delgado Acedo, consultor asociado de la empresa europea Cambre y experto en relaciones institucionales ante la Unión Europea

Juan Martínez Marqués, periodista y editor de la empresa Editores Asociados SC.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen las aportaciones estadísticas recibidas del Instituto Nacional de Estadística, la oficina de estadísticas europeas Eurostat y el Ministerio de Economía y Hacienda.

BIBLIOGRAFÍA

CCOO (2008) *“El destino de la Financiación compartida del Sistema de Dependencia 2007”*.

<http://www.eapn-clm.org/biblioteca/documentos/28442.html>

CEO (confederación española de la Ortopedia), *Libro Blanco de la Ortopedia en España*, 2ª edición, 2003.

CERMI, *Actualización de la cartera de servicios de prestación ortoprotésica. Informe del CERMI a solicitud del MSPS*, 2009, 10

páginas, disponibles en la web: <http://www.cermi.es/NR/rdonly-res/93223ADF-C7E4-4C0C-B372-B779E7E9C0E1/30059/Informe-Ortoprotesis2009defdef.doc>

División de Estadística de las Naciones Unidas, **Clasificación Internacional Industrial Uniforme de todas las Actividades Económicas (CIIU)**, Revisión 4.
<http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/iscic-4.asp>

División de Estadística de las Naciones Unidas, **Sistema internacional de clasificaciones: clasificaciones disponibles**.
<http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regct.asp?Lg=3>

European Centre for the Development of Vocational Training and Eurostat, 1999 , **Fields of training: manual**. Thessaloniki.
http://www.trainingvillage.gr/etv/Upload/Information_resources/Bookshop/31/5092_en.pdf

Eurostat, Combined Nomenclature, 2010 (CN 2010)
http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/nomenclatures/index.cfm?TargetUrl=LST_NOM_DTL&StrNom=CN_2010&StrLanguageCode=EN&IntPcKey=&StrLayoutCode=HIERARCHIC

Eurostat, Combined Nomenclature, 2009 (CN 2009)
http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/nomenclatures/index.cfm?TargetUrl=LST_NOM_DTL&StrNom=CN_2009&StrLanguageCode=EN&IntPcKey=&StrLayoutCode=HIERARCHIC

Eurostat, CPA 2008, **Structure and explanatory notes**, Eurostat - Unit B1, Quality; Classifications, 338 pags.

Eurostat, CPA 2008 - CN 2009, 671 pags.

Eurostat, PRODCOM List 2009 y todas las series anuales anteriores desde 1995 hasta el 2008

AUTORES, AGRADECIMIENTOS Y BIBLIOGRAFÍA

http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/nomenclatures/index.cfm?TargetUrl=LST_NOM_DTL&StrNom=PRD_2009&StrLanguageCode=EN&IntPcKey=&StrLayoutCode=HIERARCHIC

Eurostat, ***Statistical Classification of Economic Activities in the European Community***, Rev. 2 (NACE Rev. 2)

http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/nomenclatures/index.cfm?TargetUrl=LST_NOM_DTL&StrNom=NACE_REV2&StrLanguageCode=EN&IntPcKey=&StrLayoutCode=HIERARCHIC

Eurostat, ***Statistical Classification of Products by Activity in the European Economic Community***, 2008 version

http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/nomenclatures/index.cfm?TargetUrl=LST_NOM_DTL&StrNom=CPA_2008&StrLanguageCode=EN&IntPcKey=&StrLayoutCode=HIERARCHIC

González, M. (Coord.) (2007) ***Beneficiarios potenciales de la Ley de Dependencia en España 2007. Una aproximación al Baremo de Valoración de la Dependencia a partir de la EDDES 99***. Universidad de Vigo. Ourense. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/gonzalez-beneficiarios-01.pdf>

Hervás Soriano, Fernando (dir); Rico Callado (coord.), ***La participación de la Administración General del Estado en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia***, Ministerio de la Presidencia. Agencia Estatal de la Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios, 2009

Hussmanns R, Mehran F, Verma V. ***Encuestas de población económicamente activa, empleo, desempleo y subempleo: Manual de la OIT sobre conceptos y métodos***. Colección Informes OIT, No. 34. Madrid, MTSS, 1993.

INE, Clasificación Estadística de Productos por Actividades (CPA) 2008

INE, Clasificación Estadística de Productos por Actividades (CPA) 2002

NE, Clasificación Europea de actividades económicas (NACE) Rev.2

INE, Clasificación Europea de actividades económicas (NACE) Rev.1.1

INE, Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE) 2009

INE, Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE) 1993 Rev.1

INE, CPA-2008. Clasificación nacional de productos por actividades.
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft40%2Fcpa08%2F&file=inebase&L=0>

INE, CPA-2002. Clasificación nacional de productos por actividades.
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft40%2Fcpa02%2F&file=inebase&L=0>

INE, CNED-2000. Clasificación nacional de educación.
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft40%2Fcned%2F&file=inebase&L=0>

INE, CON-94. <http://www.ine.es/images/excel.gif>

INE, CON-94. <http://www.ine.es/daco/daco42/clasificaciones/cno-rev/estructura08.pdf>

INE, Contabilidad nacional trimestral de España.
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft35/p009&file=inebase&L=0>

AUTORES, AGRADECIMIENTOS Y BIBLIOGRAFÍA

INE, GESCLA 2009. Gestión de las clasificaciones estadísticas.
<http://www.ine.es/gescla/pages/inicio.jsf>

INE, 2009, Borrador de Estructura de la CON-2010,
http://www.ine.es/daco/daco42/clasificaciones/cnorev/borrador_e_structura.xls

INE, Encuesta de condiciones de vida.
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft25/p453&file=inebase&L=0>

INE, Encuesta de empleo del tiempo.
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft25/e447&file=inebase&L=0>

INE, Encuesta de presupuestos familiares.
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft25/p458&file=inebase&L=0>

INE, Encuestas anuales de comercio al por menor de los 10 últimos años.
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft09/p160&file=inebase&L=0>

INE, Panel de hogares de la Unión Europea.
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft25/p442&file=inebase&L=0>

INE, Encuesta anual de servicios.
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft37/e01&file=inebase&L=0>

INE, Encuesta industrial de empresas de los 10 últimos años.
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft05/p048&file=inebase&L=0>

INE, Encuesta industrial de productos de los últimos 10 años.
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft05/p049&file=inebase&L=0>

INE, Encuesta nacional de salud.
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p419&file=inebase&L=0>

INE, Estadística de productos en el sector servicios.
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft37/e01/p01&file=inebase&L=0>

INE, Encuestas sobre discapacidades.
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p418&file=inebase&L=0>

INE, Establecimientos sanitarios con régimen de internado.
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p123&file=inebase&L=0>

INE, Estadística de indicadores hospitalarios.
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p415&file=inebase&L=0>

INE, Encuesta sobre gasto de los hogares en educación. Módulo piloto de la encuesta de presupuestos familiares 2007.
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft13%2Fp460&file=inebase&L=0>

INE, Estadística de enseñanza universitaria.
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft13%2Fp405&file=inebase&L=0>

INE, Indicadores de alta tecnología. <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft14/p197&file=inebase&L=0>

AUTORES, AGRADECIMIENTOS Y BIBLIOGRAFÍA

INE, Indicadores sociales.

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft25/p444&file=inebase&L=0>

INE, Profesionales sanitarios colegiados.

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p416&file=inebase&L=0>

INE, Ocupaciones elementales (CNO-2010),

http://www.ine.es/daco/daco42/clasificaciones/cnovev/listaocupa_cno2010.xls

INE, Revisión de la Clasificación nacional de ocupaciones.

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft40%2Fnovev%2F&file=inebase&L=0>

Instituto de Salud Carlos III- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Ministerio de Sanidad), ***Índices y escalas utilizados en ciertas tecnologías de la prestación ortoprotésica (Protetización del Sistema Osteoarticular)***, Publicación Nº 33. Madrid, Noviembre de 2002

http://www.isciii.es/htdocs/investigacion/publicaciones_agencia/33Indices_y_Escalas.pdf

International Labour Organization, 2006, ***Options for the classification of health occupations in the updated International Standard Classification of Occupations (ISCO-08)***. Background paper for the work to update ISCO-88. Geneva,.

Jiménez-Martín, S. (Coord.) (2008) ***Aspectos económicos de la dependencia y el cuidado informal en España***. Universitat Pompeu Fabra-FEDEA-Fundación Astra-Zeneca.

Laloma García, Miguel (Coordinación) (2005) ***Ayudas Técnicas y Discapacidad***, Colección cermi.es, número 15, CERMI, Madrid.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005), **Atención a las personas en situación de dependencia en España, Libro blanco**. http://www.tt.mtas.es/periodico/serviciosociales/200501/libro_blanco_dependencia.htm

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006) **“Memoria del análisis de impacto normativo, económico, de género e igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de la Ley de Promoción de la Autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia”**.

Montserrat, J. (2006) **“El coste y el modelo de los cuidados de larga duración en la Ley de la Dependencia”**. Revista Española del Tercer Sector, nº 3. Mayo-agosto. Pág. 81-108. <http://www.fundacionluisvives.org/rets/3/articulos/6364/index.html>

Montserrat, J. (2008) **El impacto de la Ley de la Dependencia en las rentas de los usuarios mayores de 65 años: incidencia del copago**. Seminarios de Economía Pública. Instituto de Estudios Fiscales. Abril 2008. http://www.ief.es/investigacion/Recursos/Seminarios/Economia-Publica/2008_10Abr.pdf

Nigenda, Gustavo, Ruiz José Arturo , H Herbst, Christopher ET ALIA, **Análisis y síntesis de la información sobre recursos humanos para la salud a partir de múltiples fuentes: estudios de casos**, pág 22, en **Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos** / editado por Mario R. Dal Poz ... [et al], Organización Mundial de la Salud, 2009.

Observatorio de personas Mayores (2007). **“Servicios sociales para personas mayores en España. Enero 2007”**. Boletín sobre el envejecimiento. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. Nº 32 Noviembre 2007.

AUTORES, AGRADECIMIENTOS Y BIBLIOGRAFÍA

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/bol-etinsobrenejec32.pdf>

ONU, CPC Ver.2, CPC Ver.1.1, CPC Ver.1.0.
<http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/default.asp?Lg=1>

ONU, ISIC Rev.4, ISIC Rev.3.1 ISIC Rev.3.
<http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/default.asp?Lg=1>

ONU, SITC Rev.4, SITC Rev.3.
<http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/default.asp?Lg=1>

Organización Internacional del Trabajo, **La Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO)**.
<http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/isco/index.htm>

Organización Internacional del Trabajo, 2004, **Cuestiones de metodología relacionadas con el desarrollo, utilización, mantenimiento y revisión de las clasificaciones estadísticas**. Ginebra,
<http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/isco/docs/intro5.htm>

Organización Mundial de Aduanas, SA: **Sistema Armonizado de Codificación y Designación de Mercancías**, 2007.

Palacios, E., Abellán, A. & Esparza C. (2008) **“Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España”**. Madrid, Portal Mayores, Informe nº 56. [Fecha de publicación: 23/09/2008, versión 11]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/abellanstimaciones-11.pdf>

Prieto Zamora, José María, **Dictamen pericial**, TS, Sala 3ª, 2001.
<http://www.ucm.es/info/Psyap/libros/informepericial02.pdf>

Rodríguez Cabrero, G. y Monserrat, J. (2002) **Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la depen-**

dependencia. IMSERSO. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/montserrat-modelos-01.pdf>

Rodríguez Cabrero, G., Casado, D., Jiménez A., Montserrat, J., Morán E. & Vilá A. (2005): ***Un modelo de gestión de la dependencia aplicable a España***. Universidad Alcalá de Henares. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rodriguez-modelo-01.pdf>

Rodríguez Cabrero, G. (2004) ***“Protección social de la dependencia en España”***. Fundación Alternativas. Documento de trabajo 44/2004. 67 págs. <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/proteccionsocial-de-la-dependencia-en-espana>

Rodríguez Rodríguez, P. (2006). ***“El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia”***. Fundación Alternativas. Documento de trabajo 87/2006. <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/el-sistemade-servicios-sociales-espanol-y-las-necesidades-derivadas-de-la-atencion-a-ladependencia>

Sarasa, S. (2006) ***“El nuevo sistema para la autonomía y la atención a la dependencia: ¿Reducirá las desigualdades en la utilización de los servicios?”*** Revista de Escola Galega de Administración Pública. Monográfico. 2006. pág. 143-171. <http://egap.xunta.es/fich/revistapdf/revistaCast7.pdf>

UNESCO, 1997. ***Clasificación Internacional Normalizada de la Educación: CINE 1997***. París, (http://www.uis.unesco.org/TEMPLATE/pdf/isced/ISCED_E.pdf)

UNESCO: Clasificación de Educación (ISCED). <http://www.uis.unesco.org/Pages/default.aspx>

AUTORES, AGRADECIMIENTOS Y BIBLIOGRAFÍA

United Nations Statistics Division (UNSD), **International Standard Industrial Classification of all Economic Activities (ISIC)** Rev. 4

United Nations Statistics Division, **Handbooks, guidelines and training manuals**. <http://unstats.un.org/unsd/demographic/standmeth/handbooks/>

Valcarce, A. (2008). **“La Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a las personas en situación de dependencia”**. Presupuesto y Gasto Público 50/2008 Instituto de Estudios Fiscales. Pág. 201-204.

http://www.ief.es/Publicaciones/revistas/PGP/50_LeyPromocionAutonomia.pdf

V.V.A.A. (2007) **“Servicios sociales y atención a las necesidades de dependencia. Debate de Expertos.”** Fundación Alternativas. Seminarios y Jornadas 39/2007.

<http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/seminarios-y-jornadas/servicios-sociales-y-atencion-a-las-necesidades-de-la-dependencia>

WHOSIS, sistema de información estadística de la OMS, **Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008, base interactiva e informe en papel que reúnen las estadísticas sanitarias básicas de los 193 Estados Miembros de la OMS**. <http://www.who.int/whosis/whostat/2008/es/index.html>



fedop
federación española de ortesistas protesistas

CÈRMi
COMITÉ ESPAÑOL
DE REPRESENTANTES
DE PERSONAS
CON DISCAPACIDAD