

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2013

Situación de salud, sistema sanitario
y opinión de los ciudadanos

Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2013

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Observatorio del Sistema Nacional de Salud

Palabras clave: Sistema Nacional de Salud –
Información Sanitaria – Informe – Estadísticas

Autorización de uso: Se autoriza su reproducción
total o parcial para uso no comercial, siempre que
se haga referencia al documento

Cita sugerida: Ministerio de Sanidad, Servicios
Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema
Nacional de Salud, 2013 Disponible
en www.msssi.gob.es

ÍNDICE

Equipo de trabajo	7
Introducción	9
Resumen	11
LA SALUD	21
1 Situación de Salud	22
1.1 Datos demográficos	22
1.2 Esperanzas de vida	26
1.3 Autovaloración de estado de salud	33
1.4 Morbilidad.....	36
1.5 Mortalidad general	50
1.6 Mortalidad infantil.....	52
1.7 Bajo peso al nacer	54
1.8 Interrupción voluntaria del embarazo	55
2 Hábitos de Vida	57
2.1 Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas psicoactivas.....	57
2.2 Obesidad y sobrepeso	68
2.3 Comportamientos de salud en los escolares	72
EL SISTEMA SANITARIO	75
3 Recursos Asistenciales	76
3.1 Centros de Salud y consultorios locales	76
3.2 Hospitales, camas hospitalarias y puestos de hospital de día	77
3.3 Tecnologías médicas	81
3.4 Médicos en ejercicio	85
3.5 Profesionales de enfermería en ejercicio	89
3.6 Centros, Servicios y Unidades de Referencia del SNS	93
3.7 Red de equipos de trasplante de órganos sólidos	96
3.8 Centros y Servicios de transfusión sanguínea	97
4 Ordenación Profesional.....	101
4.1 Formación sanitaria especializada	101
4.2 Especialistas en formación	103

4.3	Acreditación de centros, unidades y dispositivos docentes	104
4.4	Reconocimiento de títulos	107
5	Actividad, calidad y accesibilidad de los Servicios Sanitarios ...	111
5.1	Actividad en atención primaria	111
5.2	Vacunación infantil.....	113
5.3	Vacunación de la gripe estacional en personas mayores	115
5.4	Actividad urgente extra-hospitalaria.....	117
5.5	Accesibilidad a la atención primaria.....	119
5.6	Actividad en hospitales y consultas externas	119
5.7	Calidad asistencial	123
5.8	Lista de espera en consultas externas y cirugía programada	125
5.9	Actividad en centros, servicios y unidades de referencia (CSUR) .	128
5.10	Donación y trasplante de órganos.....	131
5.11	Medicina transfusional.....	136
6	Farmacia	139
6.1	Prestación farmacéutica a través de receta médica del SNS	139
6.2	Prestación farmacéutica hospitalaria	154
6.3	Medicamentos financiados por el Sistema Nacional de Salud	156
7	Gasto Sanitario	161
7.1	Evolución del gasto sanitario	161
7.2	Gasto sanitario según función	162
7.3	Gasto sanitario según proveedor	164
7.4	Gasto sanitario según agente de financiación	166
7.5	Gasto sanitario público del sector comunidades autónomas.....	167
8	Estrategias del Sistema Nacional de Salud	173
8.1	Estrategias de Salud	173
8.2	Cronicidad	176
8.3	Buenas prácticas en el Sistema Nacional de Salud	177
8.4	Red Española de Escuelas de Salud para la Ciudadanía.....	180
8.5	Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud	181
9	e-Salud	183

9.1	Tarjeta Sanitaria en el Sistema Nacional de Salud.....	183
9.2	La historia clínica electrónica del Sistema Nacional de Salud	185
9.3	La receta electrónica del Sistema Nacional de Salud.....	189
LA OPINIÓN DE LOS CIUDADANOS		197
10	Percepción y opinión de los ciudadanos.....	199
10.1	Valoración del funcionamiento del sistema sanitario	199
10.2	Elección de servicio público o privado	201
10.3	Equidad en la prestación de los servicios	202
10.4	Opinión sobre la repercusión de las medidas estructurales en los servicios sanitarios.....	204
10.5	Opinión de los pacientes acerca de su participación en las decisiones que afectan a su salud.....	206
Índice de Tablas		207
Índice de Gráficos.....		211
Abreviaturas, acrónimos y siglas		215
Fuentes		221

Equipo de trabajo

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación

Director General: José Javier Castrodeza Sanz

Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación

Subdirectora General: Mercedes Alfaro Latorre

Dirección y coordinación

Santiago Esteban Gonzalo

Recopilación de los datos, análisis y tratamiento de la información

Alicia López Rodríguez

Ángel Abad Bassols

Elena Campos Carrizo

Elena Rodríguez Álvarez

José Antonio Lozano Sánchez

María Jesús Calvo Esteban

Santiago Esteban Gonzalo

Tratamiento de textos y maquetación

Elena Campos Carrizo

Corrección de estilo

José Antonio Lozano Sánchez

Colaboradores:

Abad Bassols, Ángel (7)
Agra Varela, Yolanda (5)
Alfaro Latorre, Mercedes (7)
Andradas Aragonés, Elena (9)
Arias Bohigas, Pedro (7)
Benedí González, Alicia (6)
Bustos Guadaño, Miguel de (7)
Calvo Esteban, María Jesús (7)
Campos Carrizo, Elena (7)
Campos Esteban, Pilar (9)
Carbajo Arias, Pilar (8)
Casado Durández, Paloma (5)
Casal Gómez, Jesús (5)
Díaz Franco, Asunción (9)
Díaz Torres, Pilar (4)
Diez Ruiz-Navarro, Mercedes (9)
Espiga López, Isabel (5)
Esteban Gonzalo, Santiago (7)
Fernández Quintana, Ana (7)
Fidalgo García, Luz (7)
Garrido Cantarero, Gregorio (3)
Gogorcena Aoiz, María de los Ángeles (7)
Gómez-Martino Arroyo, María Dolores (4)
Guilló Izquierdo, María Jesús (6)
Gutiérrez Fisac, Juan Luis (7)
Ichaso Hernández-Rubio, María de los Santos (7)
Izquierdo Martínez, Maravillas (4)
Jiménez Martín, Jesús (4)
Jiménez Rosado, Pilar (7)
Juárez Rojo, Celia (5)
Lens Cabrera, Carlos (6)
Lillo Fernández de Cuevas, José María (4)
Limia Sánchez, Aurora (9)
López Orive, María de los Ángeles (5)
López Rodríguez, Alicia (7)
López Rodríguez, Rosa (5)
Lozano Sánchez, José Antonio (7)
Macías Fernández María Jesús (2)
Mahillo Durán, Beatriz (3)
Martín Martínez, María Teresa de (10)
Melquiades Ruiz Olano, José (5)
Merino Merino, Begoña (9)
Montesinos Alonso, Amparo (7)
Moreno Portela, María Isabel (4)
Moro Domingo, Elena (9)
Muñoz Montalvo, Juan Fernando (2)
Neira León, Montse (7)
Palanca Sánchez, Inés (5)
Peláez Moya, Sonia (5)
Pérez Jiménez, Magdalena (9)
Pérez Mateos, Carmen (4)
Prieto Yerro, Isabel (4)
Ramírez Díaz-Bernardo, Jesús (4)
Regidor Poyatos, Enrique (7)
Remacha Roig, Pilar (4)
Rodríguez Álvarez, Elena (7)
Rodríguez Blas, Carmen (4)
Rodríguez Escobar, José (5)
Romero Gutiérrez, Arturo (7)
Rubio Ajenjo, Joaquín (1)
Sanz Sebastian, Cristina (7)
Sarabia y Álvarez-Ude, José (7)
Soler Crespo, Pilar (5)
Suárez Cardona, Mónica (7)
Toledo Gómez, David (7)
Toribio Moreno, María Jesús (4)
Vargas Marcos, Francisco (5)

⁽¹⁾ Dirección General de Ordenación Profesional

⁽²⁾ Subdirección General de Tecnologías de la Información

⁽³⁾ Organización Nacional de Trasplantes

⁽⁴⁾ Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión

⁽⁵⁾ Subdirección General de Calidad y Cohesión

⁽⁶⁾ Subdirección General de Calidad de los Medicamentos y Productos Sanitarios

⁽⁷⁾ Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación

⁽⁸⁾ Subdirección General de Ordenación Profesional

⁽⁹⁾ Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología

⁽¹⁰⁾ Subdirección General de Recursos Humanos del SNS

Introducción

El Informe referido al año 2013 es continuista en su índice, con contenidos similares a los recogidos en los informes de años precedentes donde se hacía una descripción de la situación de salud y de los servicios sanitarios respondiendo a preguntas del tipo de cuál era la esperanza de vida de los españoles; de qué habían muerto; cuáles eran las enfermedades que habían padecido; qué estilos de vida mostraban; qué recursos tenía el sistema sanitario, cuál era su actividad y accesibilidad; cuanto supuso el gasto sanitario y qué percepción y opinión tenían los ciudadanos de su funcionamiento y equidad.

La imagen de la situación de salud y del sistema sanitario se ha hecho según las cifras disponibles en el momento de la confección del documento referidas al año 2013 o en su defecto, al año más cercano disponible. Los datos estadísticos han sido recopilados, y en buena parte producidos, por la Subdirección de Información Sanitaria e Innovación (antes Instituto de Información Sanitaria) dependiente de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación y otras unidades del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Instituto Nacional de Estadística (INE). Con carácter general, las fuentes de información empleadas son los sistemas de información y estadísticas oficiales incluidas en el Plan Estadístico Nacional (PEN) todas ellas accesibles desde el Portal estadístico del SNS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>

En definitiva, el Informe Anual del SNS 2013 aporta y agrupa datos e información sobre la salud, los servicios sanitarios y los hechos más importantes que han sucedido en el año 2013 en el Sistema Nacional de Salud con el propósito de proporcionar un instrumento de consulta válido para administradores, estudiosos y sobre todo para los ciudadanos, auténticos legitimadores del sistema sanitario.

Agradecemos la colaboración prestada por los integrantes de los equipos de trabajo responsables de los sistemas de información utilizados en la elaboración del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2013.

Esta nueva entrega se complementa con un Anexo que contiene informes individualizados redactados por las comunidades autónomas e INGESA en los que se relatan las estrategias y medidas llevadas a cabo durante el año 2013 en relación a la eficiencia, la calidad y en términos globales, la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

■ Situación de Salud y Hábitos de Vida

- A 1 de julio de 2013 residían en España 46,6 millones de habitantes, con una tasa de natalidad de 9,1 nacimientos por cada 1.000 habitantes y una edad media materna de cerca de 32 años. La tasa de defunciones fue de 8,6 por mil habitantes. La esperanza de vida al nacer alcanzaba los 82,3 años (79,3 años para los hombres y 85,2 años para las mujeres). Los años de vida saludable al nacer se situaban en 66,5 años (67,0 en hombres y 65,9 en mujeres), con un aumento de 3,5 años desde el año 2007.
- El 75,3% de la población percibía su estado de salud como bueno o muy bueno. Según se desciende en la escala social se observa una caída en la valoración positiva del estado de salud, siendo el gradiente más acentuado en las mujeres. Los problemas de salud crónicos más frecuentes estaban constituidos por el dolor de espalda lumbar, la hipertensión arterial, la artrosis, artritis o reumatismo, la hipercolesterolemia y el dolor cervical crónico. Algunos de los problemas muestran una tendencia ascendente en el tiempo: en las últimas 2 décadas la hipertensión pasó de afectar al 11,2% de la población adulta al 18,5%, la diabetes del 4,1% al 7% y el colesterol elevado del 8,2% al 16,4%. En la infancia, las enfermedades crónicas prevalentes eran la alergia (10,0%) y el asma (5,2%).
- Se declararon 5,0 casos de tosferina por cada 100.000 habitantes, 30,0 de parotiditis 0,3 de sarampión y 0,01 de rubéola, enfermedades transmisibles incluidas en el calendario de vacunación, que presentan una tendencia decreciente desde los años noventa, aunque la parotiditis presentó ondas epidémicas. La hepatitis A, con 1,3 casos por 100.000 habitantes descendió importantemente en el último quinquenio, siendo el descenso de 1,9 a 1,5 en el caso de la hepatitis B y manteniéndose en 1,6 casos por 100.000 habitantes en otras hepatitis víricas. La incidencia estimada por 100.000 habitantes para la infección gonocócica (7,1) y sífilis (8,0) muestra desde el año 2005 una tendencia creciente. El número de nuevas infecciones con VIH se mantuvo estable durante los últimos años, mientras que los casos de sida mostraron una tendencia decreciente.
- Las causas más frecuentes de hospitalización en las mujeres fueron la atención al parto, puerperio y complicaciones de la gestación (20,8% del total). Le siguen, por orden de frecuencia, las enfermedades del aparato circulatorio, digestivo, respiratorio y los tumores. En los hombres la causa más frecuente de hospitalización fueron las enfermedades del aparato circulatorio (17% del total) seguidas de las enfermedades del aparato respiratorio, digestivo y los tumores.

- Las principales causas de mortalidad fueron las enfermedades isquémicas del corazón en hombres y las enfermedades cerebrovasculares en mujeres, aunque se produjo un descenso de muertes por esas causas respecto al año anterior. Dentro de los tumores, los responsables de mayor mortalidad fueron el cáncer de bronquios y pulmón y el cáncer de colon. Por sexo, el cáncer que más muertes causó entre los hombres fue el de bronquios y pulmón, y entre las mujeres el de mama. La tasa ajustada de suicidios se situó en 6,4 por cada 100.000 personas, con un ligero incremento sobre años anteriores y volviendo a valores similares a 2008. La mortalidad infantil arrojó una tasa de 2,7 defunciones en menores de un año por 1.000 nacidos vivos, siendo la primera vez que se sitúa por debajo de 3 por mil.
- El 24% de la población adulta de 15 y más años fumaba a diario, el 3,1% era fumador ocasional y el 19,6% se declaraba exfumador. El porcentaje de fumadores varones se relaciona, en sentido inverso, con el nivel educativo. Entre los estudiantes (14 a 18 años) parece frenada la tendencia descendente del consumo de tabaco iniciada en 2006; un 91,4% es consciente de que el tabaco supone un riesgo para la salud.
- El 65,6% de la población de 15 y más años había consumido alcohol alguna vez en el último año (77,5% hombres y 54,3% mujeres). El 4,5% había hecho un consumo intensivo de alcohol en el último mes. El porcentaje de hombres es superior al de mujeres en todos los grupos de edad, excepto en los más jóvenes. El 74% de los estudiantes (14-18 años) había consumido alcohol en el último mes y 3 de cada 10 se había emborrachado en ese mismo periodo.
- La edad media de inicio de consumo de otras drogas psicoactivas se sitúa entre los 13 y los 16 años y su consumo en estudiantes aumenta con la edad. El cannabis es la droga ilegal más consumida (26,6% en los últimos 12 meses y 16,1% en los últimos 30 días), asociándose a un peor rendimiento escolar. En el 35% de los estudiantes se observó policonsumo.
- Un 53,7% de la población de 18 y más años y un 27,8% de entre 2 y 17 años padecía obesidad o sobrepeso. Entre los adultos, la frecuencia de obesidad aumenta según desciende el nivel de estudios: el 26,7% de personas con educación primaria o inferior frente al 9,8% con estudios universitarios.
- El 34,6% de los adolescentes (15-18 años) había mantenido relaciones sexuales coitales y de estos, el 12% sin protección.
- La tendencia de incremento del número de recién nacidos con bajo peso se frenó en los últimos años: en 2013, la proporción de nacidos con peso inferior a 2.500 gramos fue de 8,2%.
- El número de víctimas de accidentes de tráfico se situó en 371 víctimas por 100.000 habitantes y a 1.412 víctimas por 1.000 accidentes. Los accidentes de trabajo presentan una tendencia descendente, de modo que entre 2000 y 2012 sus tasas se redujeron un 59%.

■ Recursos Asistenciales

- El Sistema Nacional de Salud contaba con 3.004 centros de salud y 10.112 consultorios de atención primaria. La proporción media de 3,4, consultorios locales por cada centro de salud muestra un amplio rango (14,8 – 0,0), reflejo de las variaciones de la dispersión geográfica en España. Igualmente cuenta con una red de 453 hospitales, de los cuales 325 son de dependencia pública. Los hospitales de la red del SNS ofrecen el 79,2% de las camas hospitalarias en funcionamiento, cuya tasa total en España era de 3,0 por cada 1.000 habitantes. En la red de hospitales públicos se disponía, asimismo, de 16.413 plazas de hospital de día (35,0 plazas por cada 100.000 habitantes), recurso que va progresivamente en aumento en consonancia con el aumento de la atención ambulatoria a procesos sin necesidad de ingreso.
- La red asistencial del Sistema Nacional de Salud contaba con un total de, 115.200 médicos y 165.000 enfermeros, siendo éste el colectivo más numeroso en el SNS, con una razón enfermero/ médico de 1,4. La atención primaria contaba con 34.800 médicos y 29.500 enfermeros, siendo los hospitales quienes emplean a un mayor número de profesionales: 76.700 médicos y 132.200 enfermeros. En los servicios del 112/ 061 prestan servicios 3.600 médicos y 3.200 enfermeros. La densidad de profesionales por cada 1.000 habitantes se mantiene en cifras de 0,8 médicos en atención primaria y de 1,7 médicos en atención especializada. La enfermería se sitúa en valores cercanos al 0,7 en atención primaria y en 2,8 en atención especializada. En los últimos años se observa una disminución de los efectivos, más evidente en enfermería que en el colectivo médico.
- La dotación de alta tecnología contaba con 534 equipos TAC (71,8% de total de equipos en funcionamiento en España) con una tasa de 11,5 por cada millón de habitantes. Igualmente se contabilizaban 249 aparatos de resonancia magnética (53,4% del total), con una tasa de 6,3 por cada millón de habitantes. Los 179 equipos de radioterapia (78,5% del total de equipos) arrojaban una tasa de 3,9 por cada millón de habitantes. El número de mamógrafos era de 418 (65,8% del total de equipos) y una tasa de 9,0 por cada millón de habitantes.
- El SNS contaba con 177 Centros, servicios y unidades de referencia concentrados en 42 centros sanitarios para la atención de determinadas patologías y/o la realización de procedimientos de especial complejidad. La red de Centros de Transfusión Sanguínea, estaba constituida por 24 centros públicos que operaban a través de 400 Servicios de transfusión ubicados en la red hospitalaria. A su vez, 44 hospitales contaban con programa de trasplante autorizado, en los que participaban 187 equipos de coordinación integrados por 261 médicos y 163 enfermeras.

■ Ordenación profesional

- Durante 2013, el Sistema Nacional de Salud ejerció su labor de formación de especialistas sobre un colectivo de 30.135 profesionales postgrado en alguna de las 2.800 unidades docentes acreditadas; de ellas, 192 corresponden a unidades docentes multiprofesionales donde se forman, conjuntamente, residentes de especialidades a las que se accede con distinta titulación. La oferta de plazas de la Convocatoria 2013/14 en función de las necesidades de especialistas del SNS y de las posibilidades presupuestarias, alcanzó un total de 7.784 plazas, un 0,8% menos que en la convocatoria previa.
- Se reconocieron 559 títulos de diferentes profesiones sanitarias, obtenidos en países de la Unión Europea y se emitieron igualmente 226 credenciales de reconocimiento de títulos de especialistas procedentes de países extracomunitarios.

■ Actividad, calidad de los servicios sanitarios y accesibilidad de los servicios sanitarios

- La atención primaria atendió 375 millones de consultas en el año 2013. La frecuentación a consultas médicas fue de 5 visitas por persona /año y en enfermería se situó en 3 visitas/año. El 97% de la actividad tuvo lugar en el centro sanitario. Cuatro de cada diez usuarios obtuvieron cita con el médico de familia en el mismo día en que la solicitaron; quienes no la obtuvieron, tuvieron que esperar, de media, 3,5 días para ser vistos en consulta. La actividad domiciliaria supuso el 1,3% del total de la actividad de medicina de familia y el 7,4% en el caso de la enfermería, siendo sus principales destinatarios las personas mayores de 65 años.
- La cobertura de las vacunas infantiles recomendadas en España fue superior al 95%, y el porcentaje de niños de 1 a 2 años que recibieron las dosis de recuerdo de más del 92%. La vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis alcanzó a más del 95% de los niños de 1 a 2 años, superando el 90% los que recibieron la dosis de recuerdo recomendada. El 56% de los adultos de 65 y más años recibieron la vacunación contra la gripe, mostrando su cobertura una tendencia descendente en los últimos años.
- La actividad urgente en atención primaria se realizó en 1.942 puntos de atención, con un volumen de 25,5 millones de consultas atendidas y una frecuentación media de 0,6 por persona/año. Los centros coordinadores de urgencias y emergencias 112/061 recibieron 6,3 millones de demandas sanitarias urgentes de los ciudadanos. En los servicios de urgencia hospitalarios se atendieron, a su vez, 20,5 millones de urgencias.
- Los hospitales dependientes del Sistema Nacional de Salud atendieron 4 millones de ingresos y 77,6 millones de consultas médicas. Se practicaron 3,5 millones de intervenciones quirúrgicas, de las que más de 1 millón se realizaron con cirugía mayor ambulatoria. Se atendieron igualmente más de 332 mil partos con un

22,1% de cesáreas mientras que en la totalidad del sector (público y privado) fue del 25,4%.

- La estancia media hospitalaria era de 8 días siguiendo una tendencia descendente, con un índice de rotación de 36,4. Los hospitales de agudos presentaban 6,9 días de estancia media, con un índice de rotación de 42,7. La estancia media preoperatoria era de 1,6 días y en el caso de intervenciones quirúrgicas programadas era inferior a un día (0,8 días).
- El 42% de los 3,5 millones de actos quirúrgicos que se realizaron en los hospitales requirieron ingreso. Los procedimientos ambulatorios para atender determinadas patologías van sustituyendo progresivamente a los realizados mediante ingreso de paciente. El 97,8% de las intervenciones de cataratas se realizaron en 2013 de forma ambulatoria al igual que el 51,8% de los casos de reparación de hernia inguinal o el 31,1% de amigdalectomías.
- Las patologías cuyo ingreso se considera potencialmente evitable representaron el 6,4% del total de altas en los hospitales de agudos del SNS. Por otra parte la incidencia de fractura de cadera en pacientes que estaban hospitalizados se situó en 0,06 fracturas por cada 100 altas y la mortalidad intrahospitalaria post-infarto agudo de miocardio en 7,3 defunciones por cada 100 diagnósticos de infarto agudo de miocardio, ambas con tendencia descendente.
- La tasa de pacientes pendientes de una primera consulta en atención especializada era de 39,0 por cada 1.000 habitantes, con un tiempo medio de espera de 67 días, 8 días más respecto a la situación de la lista de espera de diciembre del año anterior. Del mismo modo, la tasa de pacientes en lista de espera quirúrgica era de 12,3 pacientes por cada 1.000 habitantes. El tiempo medio de espera se situó en 98 días y, para el 14,0% de los pacientes, era superior a 6 meses.
- La tasa de donantes de órganos por cada 1.000.000 de habitantes se situó en 35 lo que supuso, en valores absolutos más de 1.600 donantes. La edad media de los donantes fue de 59 años, siguiendo la tendencia ascendente de años anteriores. El trasplante renal fue el más frecuente (2.552) seguido del hepático (1.093). Cada año se realizan alrededor de 3.000 trasplantes de Progenitores Hematopoyéticos (TPH). A su vez, en la red transfusional se registraron 1,7 millones de donaciones de sangre voluntarias y altruistas, lo que supuso un índice de donación de 36,6 por 1.000 habitantes. En las últimas tres décadas el índice de donación por 1.000 habitantes se ha incrementado en 16,6 puntos.

■ Farmacia

- A 31 de diciembre de 2013, el número de presentaciones de medicamentos financiados públicamente ascendía a 19.367. A lo largo del año se incluyeron 2.344 nuevas presentaciones, incorporándose por primera vez 30 nuevos principios activos. Del total de las presentaciones incluidas, un 81,1% son medicamentos genéricos.
- El gasto farmacéutico del SNS generado por la facturación de recetas médicas fue el más bajo de los últimos 10 años, 9.183 millones de euros, y respecto a 2012

supuso un ahorro de 588 millones de euros. El número de recetas facturadas en 2013 tuvo una reducción sobre 2012 del -5,94% y el gasto medio por receta fue de 10,7 euros, el más bajo de los últimos 15 años.

- El consumo de medicamentos genéricos supuso en 2013 el 46,5% del total de los envases de medicamentos facturados y el 21% en relación al importe facturado.
- Los medicamentos antiulcerosos, fueron el subgrupo de mayor consumo en número de envases a través de recetas médicas del SNS, con una dosis por habitante/día de 117,3. El Omeprazol, fármaco de elección del grupo de los antiulcerosos, fue el principio activo de mayor consumo en envases a través de recetas médicas del SNS, 54,3 millones, (6,4% del total) con un coste tratamiento/ día de 0,1 euros. A su vez, los medicamentos para el tratamiento del asma y EPOC (adrenérgicos en combinación con corticosteroides u otros agentes), fueron el subgrupo que mayor importe facturó, con 508,9 millones de euros.
- En el ámbito hospitalario, 15 subgrupos farmacológicos originaron el 60,8% del gasto total de medicamentos. Un inhibidor del factor de necrosis tumoral alfa tiene el mayor peso económico con un 5,1% de gasto farmacéutico hospitalario.
- En cuanto a otros productos sanitarios, los absorbentes para incontinencia de orina, fueron los de mayor consumo en envases (6,8 millones) y en importe (264,6 millones de euros).

■ Gasto Sanitario

- El gasto total del sistema sanitario español ascendió, según el último dato disponible correspondiente al año 2012, a 95.670 millones de euros, lo que representa un 9,3% del PIB, del cual un 6,7% se financia con recursos públicos y un 2,6%, con recursos privados.
- El gasto sanitario de las administraciones públicas se cifró en 68.607 millones de euros, contribuyendo al 71,7% del gasto sanitario total. El sector privado contribuyó con el 28,3% restante. Las administraciones autonómicas, con una participación del 91,7%, son los agentes que soportaron una mayor carga en la financiación sanitaria pública.
- El gasto en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación, alcanzó 55.565 millones de euros, absorbiendo más de la mitad del gasto sanitario total.
- Atendiendo al tipo de proveedor de atención sanitaria, el gasto de los hospitales, que ascendió a 40.464 millones de euros, supuso el mayor porcentaje del gasto sanitario total. Los hospitales generales originaron el 92,9% del gasto hospitalario.
- En relación a la población, el gasto sanitario total disminuyó en el último quinquenio pasado de 2.103 euros por habitante en el año 2008 a 2.024 euros por habitante en 2012, lo que supuso un decremento anual medio del 1,0%.

■ Estrategias del Sistema Nacional de Salud

- En el año 2013, estaban implantadas en todas las comunidades y ciudades autónomas las estrategias en cáncer, cardiopatía isquémica, diabetes, salud mental, cuidados paliativos, Ictus, EPOC, enfermedades raras, abordaje de la cronicidad, enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas y de seguridad del paciente.
- En el marco de abordaje de la cronicidad en el año 2013 se aprobó por el Consejo Interterritorial del SNS la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Del mismo modo, se inició el proceso de elaboración de la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas.
- Para fomentar buenas prácticas en el Sistema Nacional de Salud se llevó a cabo una convocatoria dirigida a su identificación, específicamente orientada a actuaciones sanitarias frente a la violencia de género, así como las derivadas de la Estrategia en Enfermedades Raras del SNS, coincidiendo con la designación de 2013 como el Año Español de las Enfermedades Raras.

■ e-Salud

- La Tarjeta Sanitaria, el Sistema de Historia Clínica Digital y el Sistema de Receta Electrónica son tres proyectos basados en las TICs que tienen vocación vertebradora entre todos los agentes del sistema sanitario público.
- La Tarjeta Sanitaria es la llave que permite el acceso a los datos clínicos y administrativos de cada persona en sus contactos con el Sistema Nacional de Salud. El acceso a los servicios del SNS precisa de la identificación segura de los usuarios que proporciona la tarjeta sanitaria, la cual se gestiona en una base de datos común del SNS que suministra información de y hacia todas las comunidades autónomas. Esta base de datos asigna a cada persona un código personal, único y vitalicio, que le identifica ante todos los servicios del SNS. Ello posibilita el acceso a los datos administrativos y clínicos cuando procede y bajo unas estrictas condiciones de seguridad y de confidencialidad de los datos.
- El Sistema de Historia Clínica Digital interoperable permite a los profesionales sanitarios del SNS acceder a la información clínica relevante de un paciente cuando éste necesita asistencia fuera de su comunidad de residencia. A finales del año 2013, 18.540.815 personas disponían de información clínica accesible tanto para ellas como para los profesionales. Todo acceso de pacientes y profesionales exige disponer de un sistema de identificación digital segura. El paciente puede comprobar los accesos efectuados sobre sus datos.
- El 66% de las recetas fueron dispensadas utilizando electrónicamente, lo que supone un incremento en el trienio 2011-2013 de más de 38,6 puntos. La implantación del Sistema de Receta Electrónica era completa en cinco comunidades autónomas, estaba en proceso de expansión en nueve, en dos se encontraban en fase piloto, y una estaba pendiente de abordar su implantación. Con el fin de

posibilitar la dispensación electrónica de medicamentos en cualquier oficina de farmacia del país, independientemente de en qué Servicio de Salud se hayan prescrito, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad inició el proyecto de interoperabilidad de la e-Receta en el SNS.

■ Percepción y opinión de los ciudadanos

- El 65,9% de los ciudadanos valoraban favorablemente el funcionamiento del sistema sanitario español, considerando que funcionaba bastante bien aunque necesitase algunos cambios.
- El grado de satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario público en España se calificó con 6,4 puntos sobre 10 y los ciudadanos seguían prefiriendo, como en años anteriores, los servicios públicos en mayor proporción que los privados.
- El 62,9% manifestaba que había podido participar suficientemente en la toma de decisiones sobre su salud en la consulta con el médico de familia; un 54,2% en la del médico especialista y un 54,4% durante la estancia en el hospital.
- En relación al nuevo sistema de aportación a la prestación farmacéutica implantado en 2012, la mayoría de los ciudadanos (83,4%) estaban muy o bastante de acuerdo en que el nuevo sistema de prestación farmacéutica debería contemplar más tramos para ajustar mejor la aportación al nivel de renta. En este mismo sentido, el 81,8% de los ciudadanos manifestó que el sistema de copago de recetas debía ser idéntico en todas las comunidades autónomas.

- LA SALUD
- EL SISTEMA SANITARIO
- LA OPINIÓN DE LOS CIUDADANOS

LA SALUD

1 Situación de Salud

1.1 Datos demográficos

1.1.1 Cifras de población, tasa de natalidad y edad media materna

A 1 de julio de 2013 residían en España 46,6 millones de habitantes, con un ligero predominio de las mujeres (50,8%) frente a los hombres (49,2%). La población española decreció respecto al mismo periodo del año anterior.

El 58,4% de la población se concentraba en cuatro comunidades autónomas: en Andalucía, Cataluña, Madrid y la Comunidad Valenciana.

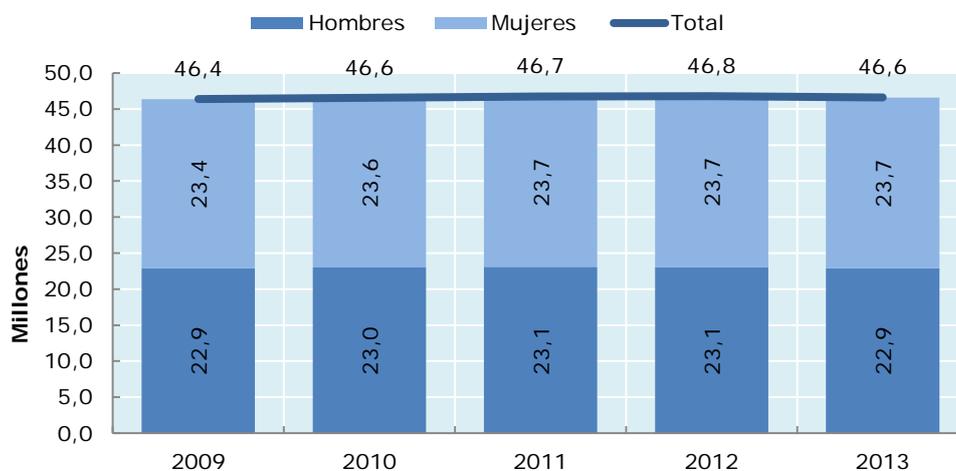
La tasa bruta de natalidad era de 9,1 nacimientos por cada 1.000 habitantes y la edad materna de casi 32 años. La tasa de natalidad más alta la presentaba Melilla (18,0) y la más baja, Asturias (6,3). La edad media a la maternidad presentaba un rango amplio que iba desde los 32,7 años en el País Vasco, a los 29,6 en Melilla.

Tabla 1.1. Cifras de población residente a 1 de julio de 2013 por comunidad autónoma, según sexo

	Ambos sexos	% sobre el total	Hombres	Mujeres
Andalucía	8.387.264	18,0	4.151.341	4.235.923
Aragón	1.334.503	2,9	663.294	671.209
Asturias	1.062.935	2,3	509.300	553.636
Baleares	1.112.736	2,4	557.538	555.198
Canarias	2.108.462	4,5	1.050.509	1.057.953
Cantabria	588.538	1,3	287.922	300.617
Castilla y León	2.506.320	5,4	1.241.109	1.265.211
Castilla - La Mancha	2.083.588	4,5	1.049.481	1.034.107
Cataluña	7.443.574	16,0	3.660.694	3.782.881
Comunidad Valenciana	4.967.019	10,7	2.459.931	2.507.088
Extremadura	1.098.248	2,4	546.442	551.807
Galicia	2.753.230	5,9	1.331.433	1.421.797
Madrid	6.392.713	13,7	3.074.465	3.318.247
Murcia	1.461.214	3,1	734.406	726.808
Navarra	637.020	1,4	316.497	320.523
País Vasco	2.170.900	4,7	1.055.855	1.115.045
La Rioja	316.825	0,7	157.376	159.449
Ceuta	84.500	0,2	43.240	41.260
Melilla	83.645	0,2	42.919	40.726
España	46.593.236	100	22.933.750	23.659.486

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Gráfico 1.1. Evolución de las cifras de población residente en millones, según sexo



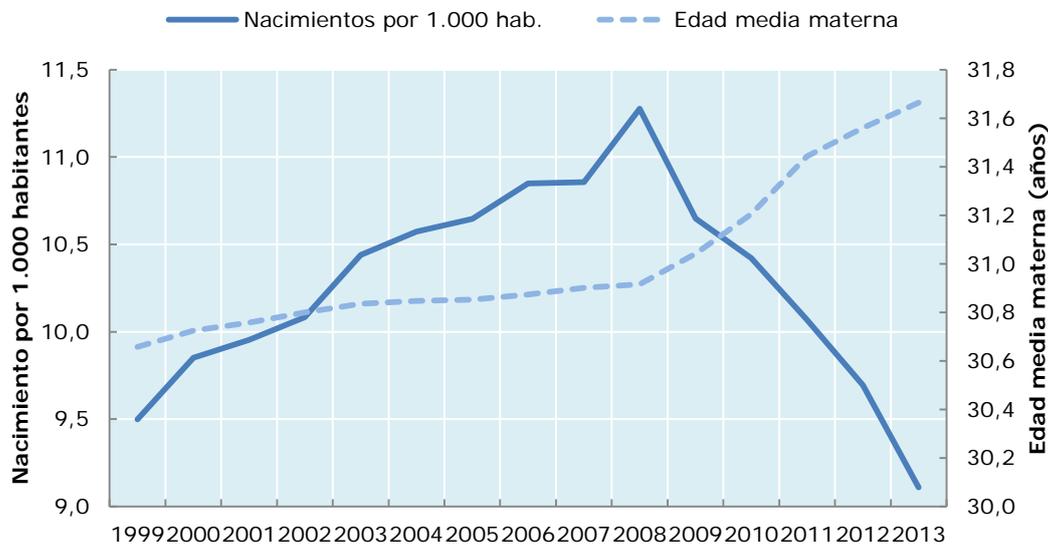
Observaciones: Las cifras de población están referidas a 1 de julio de cada año.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Cifras de Población Residente. Años 2009-2013.

Tabla 1.2. Tasa de natalidad por 1.000 habitantes y edad media materna en años, según comunidad autónoma

Tasa de natalidad por 1.000 hab.		Edad media materna (años)	
Melilla	18,0	País Vasco	32,7
Ceuta	12,9	Castilla y León	32,3
Murcia	11,0	Galicia	32,3
Madrid	10,2	Navarra	32,3
Andalucía	9,7	Cantabria	32,2
Cataluña	9,6	Madrid	32,2
Baleares	9,5	Asturias	32,0
Navarra	9,5	Aragón	31,9
Castilla - La Mancha	9,2	La Rioja	31,9
La Rioja	9,2	Extremadura	31,7
España	9,1	España	31,7
Comunidad Valenciana	8,9	Castilla-La Mancha	31,6
País Vasco	8,8	Cataluña	31,6
Aragón	8,7	Comunidad Valenciana	31,6
Cantabria	8,2	Andalucía	31,2
Extremadura	8,1	Baleares	31,1
Canarias	7,5	Canarias	31,0
Galicia	7,2	Murcia	31,0
Castilla y León	7,1	Ceuta	30,0
Asturias	6,3	Melilla	29,6

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según el valor del indicador.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos. Año 2013.

Gráfico 1.2. Evolución del número de nacimientos por 1.000 habitantes y la edad media materna en años



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos. Años 1999-2013.

1.1.2 Tasas de dependencia

La tasa de dependencia¹ tiene una gran trascendencia en las previsiones presupuestarias de los gastos en educación, sanidad, pensiones y otros gastos sociales. A medida que se incrementa, aumenta la carga que supone para la parte productiva de la población mantener a la parte económicamente dependiente. La tasa de dependencia se puede descomponer en tasa de dependencia de jóvenes (menores de 16 años) y tasa de dependencia de mayores (mayores de 64 años).

En el año 2013 la tasa de dependencia en España era del 51,0 %: 26,7% la tasa de dependencia de mayores y 24,3% la tasa de dependencia de los jóvenes.

Según comunidades autónomas las mayores tasas de dependencia se observan en Castilla y León (56,8%), Galicia (55,7%) y Aragón (54,6%) y las más bajas en Canarias (42,8%) y Baleares (44,9%).

¹ La tasa de dependencia es el índice demográfico que expresa en forma de porcentaje la relación existente entre la población dependiente (menor de 16 años y mayor de 64 años) y la población productiva (de 16 a 64 años) de la que aquella depende.

Tabla 1.3. Evolución de la tasa de dependencia total según comunidad autónoma

	1999	2004	2008	2013	Diferencia 2013 - 1999
Navarra	43,1	45,0	47,2	54,1	11,0
Murcia	48,2	48,7	49,1	53,6	5,4
Cataluña	47,2	46,7	46,7	52,1	4,9
Madrid	43,6	42,4	42,9	48,2	4,6
Galicia	51,1	51,0	51,3	55,7	4,5
Asturias	49,4	48,9	48,5	53,0	3,6
Comunidad Valenciana	48,6	46,8	46,6	51,2	2,6
País Vasco	51,2	49,2	48,6	53,6	2,4
Cantabria	48,6	47,2	46,6	50,9	2,3
Castilla y León	54,9	54,6	53,7	56,8	2,0
España	49,0	47,8	47,2	51,0	2,0
Aragón	53,5	52,8	51,0	54,6	1,1
Melilla	50,5	48,5	46,9	49,9	-0,6
Canarias	43,5	41,5	40,8	42,8	-0,7
Andalucía	50,8	48,7	47,4	49,6	-1,2
Melilla	50,8	48,7	47,4	49,6	-1,2
La Rioja	50,8	49,3	49,4	49,3	-1,6
Baleares	47,4	43,9	42,2	44,9	-2,5
Ceuta	54,9	53,7	52,7	52,3	-2,7
Extremadura	58,1	56,4	53,2	53,2	-4,9
Castilla-La Mancha	59,1	56,5	51,7	52,4	-6,7

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según la columna diferencia en el periodo 1999-2013.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos.

En los últimos quince años las mayores diferencias en la tasa de dependencia se encontraron en Navarra, con un incremento en 2013 respecto a 1999 de 11,0 puntos, seguida a mucha distancia de Murcia con 5,4 puntos, Cataluña con 4,9 puntos y Madrid con un incremento de 4,6 puntos. Por el contrario en Castilla-La Mancha (-6,7 puntos), Extremadura (-4,9 puntos) y Ceuta (-2,7 puntos) encontramos las disminuciones más pronunciada de las tasa de dependencia; en España la diferencia fue de 2,0 puntos.

Las comunidades autónomas del noroeste peninsular presentan las tasas de dependencia de mayores más altas: Castilla y León con un 36,4%, seguido de Galicia con un 35,9%, y Asturias con un 35,2%: la tasa de España en 2013 fue de un 26,7%.

Las comunidades autónomas que presentaron unas mayores tasas de dependencia juvenil fueron Melilla 37,5%, Ceuta con un 31,1% y Murcia con un 28,2%. En España la tasa fue de un 24,3%.

Gráfico 1.3. Evolución de la tasa de dependencia: tasa de dependencia de menores de 16 años y tasa de dependencia de mayores de 64 años



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos. Años 1999-2013.

1.2 Esperanzas de vida

1.2.1 Esperanza de vida (EVn) y años de vida saludables (AVSn) al nacer

La esperanza de vida (EVn) en España al nacer era de 82,3 años, 79,3 años para los hombres y 85,2 años para las mujeres.

El continuo incremento que se viene observando en los últimos decenios en la esperanza de vida (EV) tiene importantes consecuencias sanitarias y sociales: aumento del número de personas de más avanzada edad, predominio de las enfermedades crónicas y de la incapacidad en el patrón de morbilidad.

Tabla 1.4. Esperanza de vida (EVn) y años de vida saludables (AVSn) al nacer por sexo

	EVn		AVSn	
	2007	2012	2007	2012
Ambos sexos	81,1	82,3	63,0	66,5
Hombres	77,8	79,3	63,0	67,0
Mujeres	84,3	85,2	62,9	65,9

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Años 2007-2012.

La Esperanza de vida al nacimiento (EVn) aumentó durante el periodo 2007-2012 en 1,2 años (1,5 en los hombres y 0,9 entre las mujeres). Al nacer, las mujeres españolas esperaban vivir 5,9 años más que los hombres.

Los años vividos por un individuo no serán todos en un estado de perfecta salud y el incremento observado en la EVn en una población podría no acompañarse de un buen nivel salud. Para acercarnos a esta situación es necesario utilizar la esperanza de vida en salud, conjunto diverso de indicadores que tienen en cuenta no solo la experiencia de mortalidad de la población, sino también la experiencia de morbilidad o incapacidad.

Los años de vida saludable el nacer (AVSn) en España se situaron en 66,5 años, siendo de 67,0 en hombres y 65,9 en mujeres. Cuando se tienen en cuenta los AVSn, la diferencia a favor de las mujeres que se observa en la EVn desaparece, y son los hombres los que esperan vivir sin limitación de actividad 1,1 años más que las mujeres.

En el conjunto de la población española los AVSn han aumentado desde el año 2007² en 3,5 años, situándose en 67,0 años en hombres y en 65,9 años en mujeres. El incremento fue ligeramente mayor en los hombres, en los que aumentó 4 años, que en las mujeres, en las que se creció en 3 años.

² Año anterior disponible del indicador AVSn

Tabla 1.5. Diferencia entre 2012 y 2007 en la esperanza de vida (EVn) y años saludables (AVSn) al nacer por comunidad autónoma

	EVn	AVSn
Ceuta y Melilla	1,6	9,3
La Rioja	1,1	8,1
Navarra	1,2	7,6
Comunidad Valenciana	1,3	6,9
Aragón	1,2	5,4
Cataluña	1,0	5,4
Murcia	1,4	5,3
Galicia	1,2	5,2
País Vasco	1,4	4,9
Asturias	1,0	4,4
Cantabria	1,5	4,2
Baleares	0,3	3,9
España	1,2	3,5
Extremadura	0,8	3,4
Castilla - La Mancha	1,3	2,3
Andalucía	1,2	1,9
Madrid	1,6	0,8
Castilla y León	1,1	0,8
Canarias	1,5	-5,9

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según el valor de la diferencia AVSn al nacer.
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.

Aunque no se aprecia un patrón geográfico definido en las diferencias entre las comunidades autónomas con más y menos AVSn, el noroeste y algunas de las comunidades de la vertiente mediterránea registraron los índices más bajos.

Tabla 1.6. Esperanza de vida (EVn) y años de vida saludables (AVSn) al nacer por comunidad autónoma

	EVn		AVSn	
	2007	2013	2007	2013
Aragón	81,7	82,9	67,1	72,5
Cantabria	81,1	82,6	67,8	72,0
Navarra	82,5	83,7	62,8	70,4
Castilla y León	82,1	83,2	68,7	69,5
Castilla - La Mancha	81,5	82,8	67,1	69,4
País Vasco	81,6	83,0	63,3	68,2
Madrid	82,5	84,1	67,3	68,1
Extremadura	80,6	81,4	63,8	67,2
La Rioja	81,8	82,9	58,7	66,8
España	81,1	82,3	63,0	66,5
Comunidad Valenciana	80,6	81,9	59,4	66,3
Cataluña	81,6	82,6	60,8	66,2
Baleares	81,7	82,0	61,7	65,6
Murcia	80,5	81,9	60,0	65,3
Andalucía	79,8	81,0	63,1	65,0
Galicia	81,0	82,2	59,1	64,3
Asturias	80,4	81,4	58,7	63,1
Ceuta y Melilla	79,5	81,1	53,3	62,6
Canarias	80,4	81,9	63,9	58,0

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según el valor de los AVSn del año 2012.
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Años 2007-2013.

El porcentaje de los años de esperanza de vida al nacer, vividos sin limitación, era del 80,8% y mayor en los hombres (84,5%) que en las mujeres (77,3%). Tanto en uno como en otro sexo, este porcentaje había aumentado desde 2007 (77,7%).

Tabla 1.7. Porcentaje de años de vida saludable (AVSn) en la Esperanza de vida (EVn) al nacer por comunidad autónoma

	2007	2012
Aragón	82,2	87,5
Cantabria	83,5	87,2
Navarra	76,1	84,1
Castilla - La Mancha	82,3	83,8
Castilla y León	83,7	83,5
Extremadura	79,2	82,6
País Vasco	77,5	82,2
Madrid	81,6	81,0
Comunidad Valenciana	73,7	81,0
España	77,7	80,8
La Rioja	71,8	80,6
Andalucía	79,0	80,2
Cataluña	74,5	80,1
Baleares	76,5	80,0
Murcia	74,5	79,7
Galicia	73,0	78,2
Asturias	73,0	77,5
Ceuta y Melilla	67,0	77,2
Canarias	79,5	70,8

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según AVSn al nacer del año 2012.
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Años 2007-2012.

1.2.2 Esperanza de vida (EV_{65}) y años de vida saludables (AVS_{65}) a los 65 años

La esperanza de vida a los 65 años era de 20,7 años: 18,6 años en hombres y 22,6 años en mujeres.

A la edad de 65 años, los hombres esperaban vivir 12,4 años de vida saludable (un 66,7% de la EV_{65} a esa edad) mientras que las mujeres esperaban vivir 11,8 años (un 52,2% de la EV_{65}).

Tabla 1.8. Esperanza de vida (EV₆₅) y años de vida saludables (AVS₆₅) a los 65 años por sexo

	EV ₆₅		AVS ₆₅	
	2007	2012	2007	2012
Ambos sexos	20,0	20,7	11,4	12,1
Hombres	17,8	18,6	11,5	12,4
Mujeres	21,9	22,6	11,4	11,8

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Años 2007-2012.

Las comunidades autónomas con cifras más altas tanto en la EV₆₅ como en la AVS₆₅ eran Navarra (21,8 y 13,1), Castilla y León (21,6 y 15,2) y País Vasco (21,4 y 15,5).

Tabla 1.9. Evolución de la Esperanza de vida (EV₆₅) y años de vida saludables (AVS₆₅) a los 65 años por comunidad autónoma

	EV ₆₅		AVS ₆₅	
	2007	2012	2007	2012
País Vasco	20,6	21,4	11,9	15,5
Castilla y León	21,0	21,6	12,9	15,2
Cantabria	20,2	20,9	12,5	13,2
Navarra	21,1	21,8	10,9	13,1
Aragón	20,5	21,0	13,0	13,1
Comunidad Valenciana	19,6	20,3	11,0	12,8
Madrid	21,0	22,1	13,7	12,7
Cataluña	20,3	20,9	11,1	12,3
La Rioja	20,5	21,1	7,1	12,2
España	20,0	20,7	11,4	12,1
Castilla - La Mancha	20,2	20,8	11,2	12,0
Baleares	20,3	20,4	10,0	11,7
Galicia	20,3	20,9	10,0	11,2
Asturias	19,7	20,3	10,0	10,9
Extremadura	19,6	20,0	11,9	10,9
Murcia	19,4	20,1	8,2	10,5
Andalucía	18,8	19,5	11,3	10,3
Canarias	19,7	20,5	11,8	9,2
Ceuta y Melilla	19,1	19,9	6,4	9,2

Observaciones: Datos ordenados según los años de vida saludables a los 65 años (AVS₆₅) en 2012.
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.

Tabla 1.10. Porcentaje de años de vida saludable (AVS₆₅) en la Esperanza de vida (EV₆₅) a los 65 años por comunidad autónoma

	2007	2012
País Vasco	57,9	72,4
Castilla y León	61,2	70,4
Cantabria	61,8	63,2
Comunidad Valenciana	56,2	63,1
Aragón	63,2	62,4
Navarra	51,6	60,1
Cataluña	55,0	58,9
España	57,0	58,5
La Rioja	34,5	57,8
Castilla - La Mancha	55,4	57,7
Madrid	65,3	57,5
Baleares	49,0	57,4
Extremadura	60,6	54,5
Asturias	50,6	53,7
Galicia	49,4	53,6
Andalucía	60,1	52,8
Murcia	42,2	52,2
Ceuta y Melilla	33,5	46,2
Canarias	59,9	44,9

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según porcentaje de años saludables en la esperanza de vida a los 65 años del año 2012.
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.

Tabla 1.11. Diferencia entre 2012 y 2007 en la esperanza de vida (EV₆₅) y años saludables (AVS₆₅) a los 65 años por comunidad autónoma

	EV ₆₅	AVS ₆₅
La Rioja	0,6	5,1
País Vasco	0,8	3,6
Ceuta y Melilla	0,8	2,8
Murcia	0,7	2,3
Castilla y León	0,6	2,3
Navarra	0,7	2,2
Comunidad Valenciana	0,7	1,8
Baleares	0,1	1,7
Galicia	0,6	1,2
Cataluña	0,6	1,2
Asturias	0,6	0,9
Castilla - La Mancha	0,6	0,8
Cantabria	0,7	0,7
España	0,7	0,7
Aragón	0,5	0,1
Madrid	1,1	-1,0
Andalucía	0,7	-1,0
Extremadura	0,4	-1,0
Canarias	0,8	-2,6

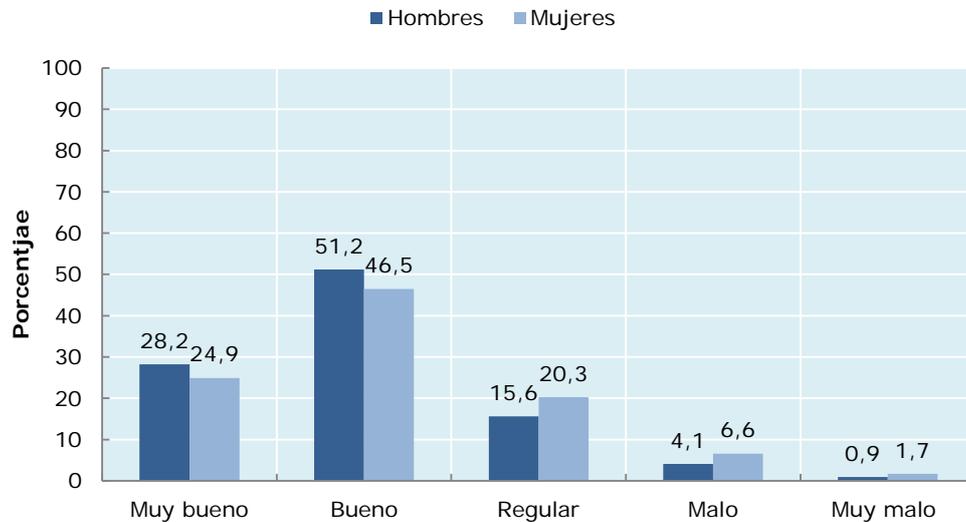
Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según el valor de la diferencia AVS₆₅ al nacer.
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.

1.3 Autovaloración de estado de salud

La medición de la salud subjetiva contribuye a evaluar los problemas de salud, la carga de enfermedad y las necesidades de salud de la población. La salud auto-percibida complementa a otros indicadores de la salud objetivos, habiéndose mostrado como un buen predictor de la mortalidad.

El 75,3% de la población percibía su estado de salud como bueno o muy bueno. Los hombres declaraban un mejor estado de salud que las mujeres: el 79,3% y el 71,3% respectivamente.

Gráfico 1.4. Salud percibida según sexo



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012.

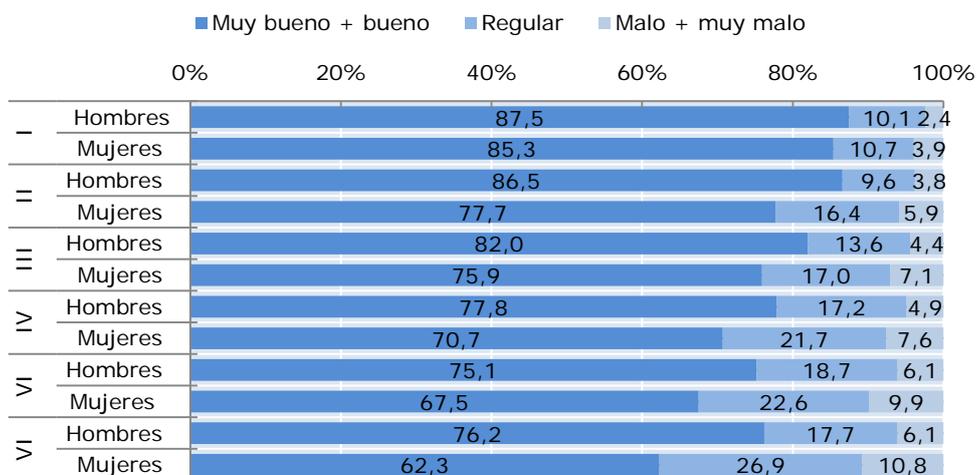
La percepción de un estado de salud bueno o muy bueno disminuye con la edad: en el grupo de 85 y más años, solo el 32,1% de los hombres y el 29,0% de las mujeres perciben su estado de salud como positivo, mientras que en el caso de los menores de 15 años lo valoran de dicha manera el 93,0% y el 93,2% respectivamente.

El nivel socioeconómico muestra una clara relación con el estado de salud autopercibido. Según se desciende en la escala social se observa una caída en la valoración positiva del estado de salud, que pasa de 86,5% en la clase I a 68,5% en la clase VI. El gradiente es más acentuado en mujeres, de 85,4% en clase I a 62,4% en clase VI³.

³ Clase social ocupacional: Las clases sociales utilizadas en la ENSE 2011/12 son las propuestas en 2012 por el Grupo de Trabajo de Determinantes de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) adaptadas para la Encuesta Nacional de Salud de España. Corresponde a una agrupación de ocupaciones codificadas según la Clasificación Nacional de Ocupaciones que entró en vigor en 2011 (CN=-11). Las 6 utilizadas son las siguientes:

- I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
- II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
- III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
- IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.
- V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as.
- VI. Trabajadores no cualificados.

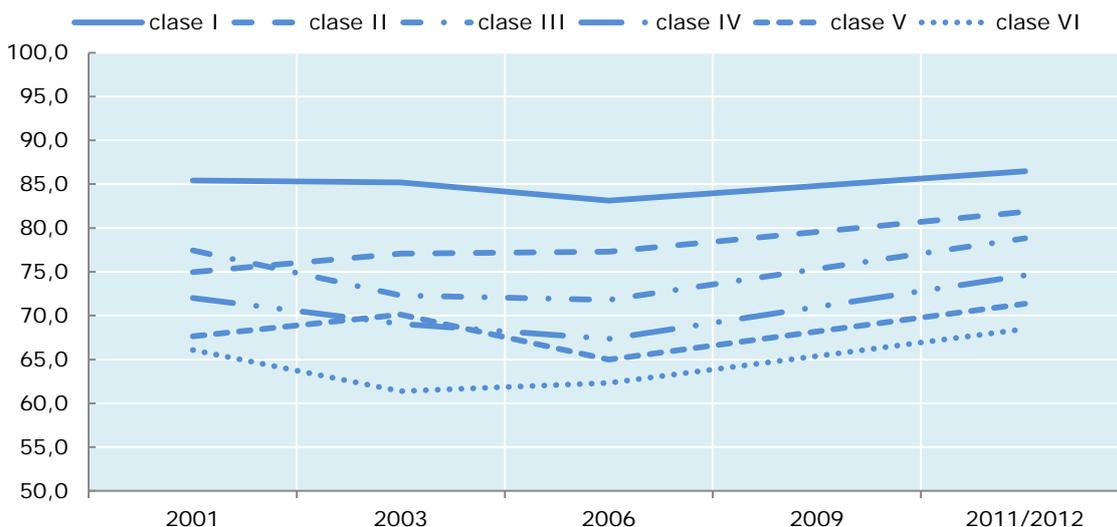
Gráfico 1.5. Salud percibida según sexo y clase social



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España. Años 2011/2012.

Desde un punto de vista temporal, la evolución del porcentaje de población que valora su estado de salud como positivo (bueno o muy bueno) muestra una tendencia ligeramente descendente desde 1987 hasta 2006 (70,0%) y un claro aumento en 2011/2012 (75,3%). Mejora la valoración de la salud de la población en 5,3 puntos porcentuales con respecto a 2006.

Gráfico 1.6. Evolución de la autovaloración positiva de la salud según clase social



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España. Años 2001-2011/2012.

La calidad de vida relacionada con la salud mental explorada mediante el cuestionario genérico EuroQol,⁴ mostraba que el dolor/malestar, era la dimensión que se presentaba con mayor frecuencia, al afectar al 24,8% de la población de 15 y más años. El 20,9% padecía dolor o malestar moderado o leve y el 3,9% sufría dolor fuerte o extremo (2,1% de los hombres y 5,7% de las mujeres).

La ansiedad/depresión afectaba al 14,6% y los problemas para caminar al 13,9%. El 10,9% manifestaba tener problemas para realizar las actividades de la vida cotidiana y un 6,1% para lavarse o vestirse.

1.4 Morbilidad

En los países desarrollados los principales problemas sanitarios y las enfermedades prevalentes han ido evolucionando, las enfermedades no transmisibles y las enfermedades crónicas han ido reemplazando a las enfermedades infecciosas como principales causas de morbilidad.

1.4.1 Enfermedades y problemas de salud crónicos en adultos

Alrededor de 1 de cada 6 adultos de 15 y más años padecía alguno de los trastornos crónicos más frecuentes: dolor de espalda lumbar (18,6%), hipertensión arterial (18,5%), artrosis, artritis o reumatismo (18,3%), colesterol elevado (16,4%) y el dolor cervical crónico (15,9%).

La mayoría de los problemas crónicos observados son más frecuentes en mujeres que en hombres.

⁴ El cuestionario genérico EuroQol aborda cinco dimensiones: movilidad, cuidados personales, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión

Tabla 1.12. Problemas de salud crónicos en adultos de 15 y más años. Distribución porcentual según sexo

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Dolor de espalda crónico (lumbar)	18,6	14,3	22,8
Hipertensión Arterial	18,5	17,4	19,5
Artrosis, artritis o reumatismo	18,3	11,1	25,1
Colesterol alto	16,4	15,9	16,8
Dolor de espalda crónico (cervical)	15,9	9,6	21,9
Alergia crónica	10,7	9,7	11,8
Varices en las piernas	10,4	4,0	16,5
Migraña o dolor de cabeza frecuente	8,4	4,2	12,3
Diabetes	7,0	7,1	6,8
Ansiedad crónica	6,7	3,5	9,8
Depresión crónica	5,9	3,0	8,7
Cataratas	4,9	3,8	5,9
Problemas de tiroides	4,5	1,0	7,8

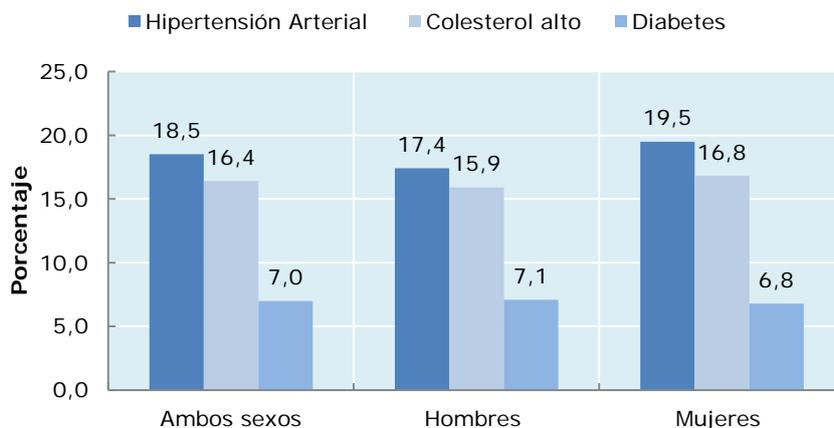
Observaciones: Enfermedades o problemas de salud crónicos en adultos de 15 y más años con prevalencia superior al 5%.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España. Año 2011/12.

Factores de riesgo cardiovascular

La hipertensión arterial, el colesterol elevado y la diabetes, todos ellos factores de riesgo cardiovascular, mostraban una distribución distinta en hombres y en mujeres.

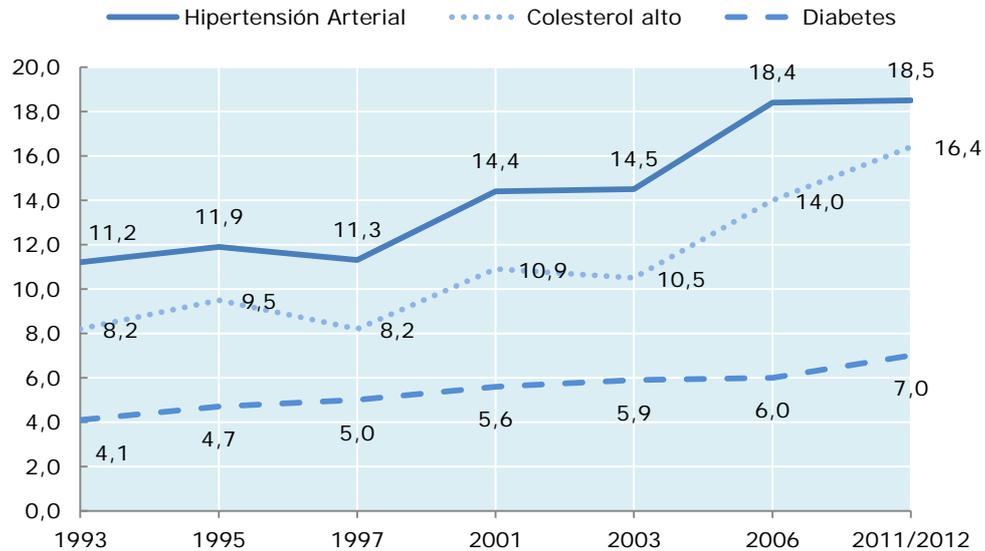
Gráfico 1.7. Factores de riesgo cardiovascular en adultos de 15 y más años. Distribución porcentual según sexo



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España. Año 2011/2012.

La evolución de algunos de los principales trastornos crónicos y factores de riesgo muestra una tendencia ascendente. La hipertensión arterial, el colesterol elevado y la diabetes continúan su tendencia ascendente.

Gráfico 1.8. Evolución de la prevalencia de problemas de salud crónicos en adultos. Distribución porcentual



Observaciones: En el año 2011 la población de referencia es de 15 y más años. El resto de la serie es población de 16 y más años.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España. Años 1993 - 2011/2012.

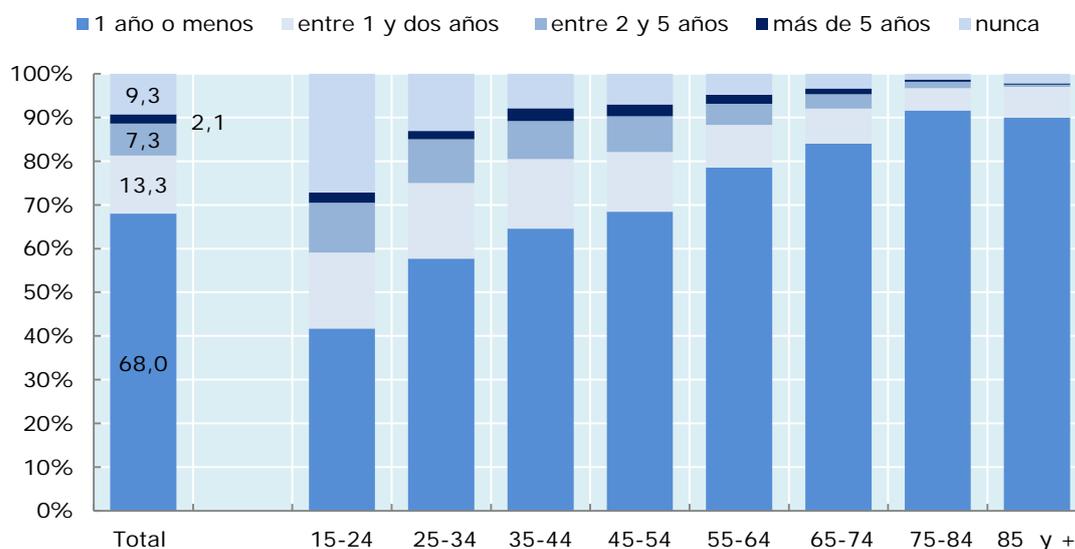
De hecho, desde 1993 la hipertensión habría pasado a afectar del 11,2% al 18,5% de los adultos, la diabetes del 4,1% al 7,0% y el colesterol elevado del 8,2% al 16,4%.

Medición de la tensión arterial

La preocupación de la población por la medición de su tensión arterial era alta, un 89,7% de los mayores de 45 años se habían tomado la tensión en los últimos dos años.

El 9,3 % de la población mayor de 15 años nunca se había tomado la tensión arterial, proporción que superaba el 27% en el grupo de 15 a 24 años. El 68,0% de los adultos (mayores de 15 años) se habían tomado la tensión en el último año, proporción que llegaba al 92% en el grupo de edad de 75 a 84 años.

Gráfico 1.9. Tiempo transcurrido desde la última toma de tensión arterial. Distribución porcentual según grupo de edad en población de 15 y más años

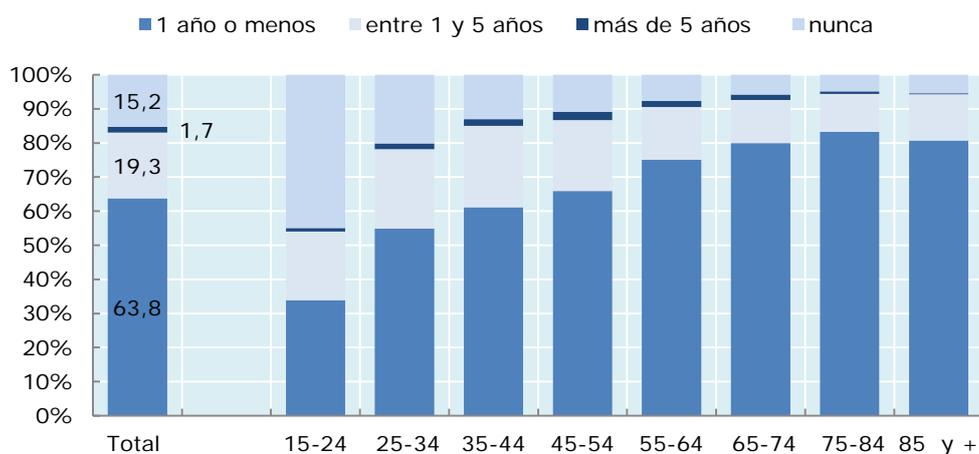


Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España. Año 2011/2012.

Medición del colesterol

El colesterol es otra de las preocupaciones de la población, ya que el 87,3% de las personas entre 35 y 74 años, se había medido el colesterol en los últimos 5 años.

Gráfico 1.10. Tiempo transcurrido desde la última medición de colesterol. Distribución porcentual según grupo de edad en población de 15 y más años



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España. Año 2011/2012.

El 15,2% de la población de 15 y más años nunca se había medido el colesterol, proporción que llegaba casi el 45% en el grupo de edad de 15 a 24 años. Los adultos (mayores de 15 años) se midieron el colesterol en una proporción que llegó a casi el 64% siendo el grupo de 75 a 84 años donde se encontró la proporción más alta con más del 83%.

Diabetes

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica extendida entre la población, encontrándose entre las cinco principales causas de muerte en países desarrollados. La prevalencia de la diabetes en adultos en España era del 7,0%, siendo más baja en mujeres (6,8%) que en hombres (7,1%).

El diagnóstico y control correcto de la diabetes disminuye el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares como el infarto de miocardio o el ictus; tienen menor riesgo de pérdida de visión, de fallo renal o de amputación de las extremidades. Un 10-20% de los diabéticos mueren por fallo renal y en torno al 50% fallecen por enfermedad cardiovascular.

Gráfico 1.11. Prevalencia de la diabetes en población adulta según comunidad autónomas



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud.

1.4.2 Enfermedades y problemas de salud crónicos en la infancia

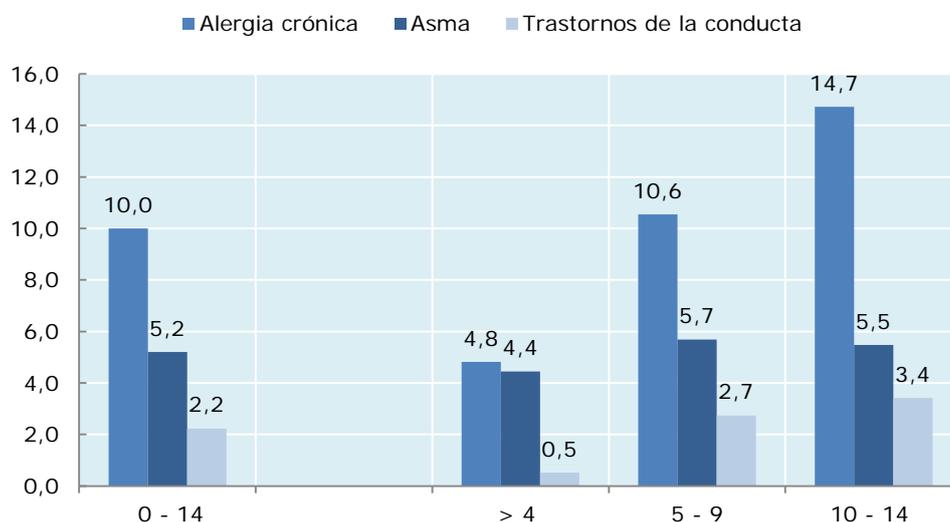
La enfermedad crónica con mayor prevalencia en la infancia (0 a 14 años), era la alergia, seguida del asma. La alergia afectaba a 1 de cada 10 menores y el asma a 1 de cada 20.

Tabla 1.13. Problemas de salud crónicos o de larga duración en población infantil menor 15 años. Distribución porcentual según sexo

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Alergia crónica	10,0	11,9	8,1
Asma	5,2	6,0	4,3
Diabetes	0,1	0,0	0,1
Tumores malignos (incluye leucemia y linfomas)	0,1	0,0	0,2
Epilepsia	0,5	0,4	0,5
Trastornos de la conducta (incluye hiperactividad)	2,2	3,0	1,4
Trastornos mentales (ansiedad, depresión..)	1,0	1,2	0,8
Lesiones o defectos permanentes causados por un accidente	0,5	0,6	0,4

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España. Año 2011/12.

Gráfico 1.12. Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en población infantil menor de 15 años. Distribución porcentual según grupo de edad



Observaciones: Enfermedades o problemas de salud crónicos en población infantil (0 a 14 años) con prevalencia superior al 2%. Los trastornos de la conducta incluyen hiperactividad.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España. Año 2011/2012.

1.4.3 Enfermedades de declaración obligatoria

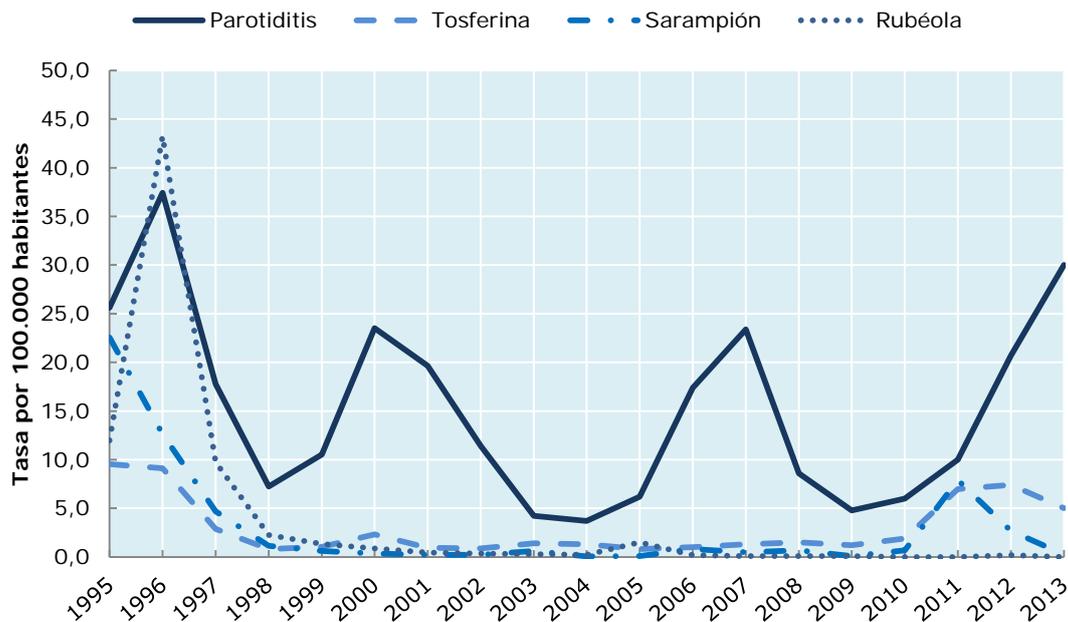
Enfermedades prevenibles mediante vacunación

La vacunación sistemática de la población infantil ha contribuido en gran medida a la disminución de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunación.

La parotiditis, rubéola, sarampión y tosferina, incluidas en calendario de vacunación, presentan una tendencia decreciente desde los años noventa, aunque la parotiditis presentó algunas ondas epidémicas, la última de las cuales tuvo lugar en el año 2013 con una tasa de 30,0 casos declarados por cada 100.000 habitantes.

En el año 2013 los casos declarados en España de tosferina, sarampión y rubéola por cada 100.000 habitantes fueron 5,0; 0,3 y 0,01, respectivamente.

Gráfico 1.13. Parotiditis, tosferina, sarampión y rubéola. Tasas de casos declarados por 100.000 habitantes



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Economía y Competitividad-Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Años 1995-2013.

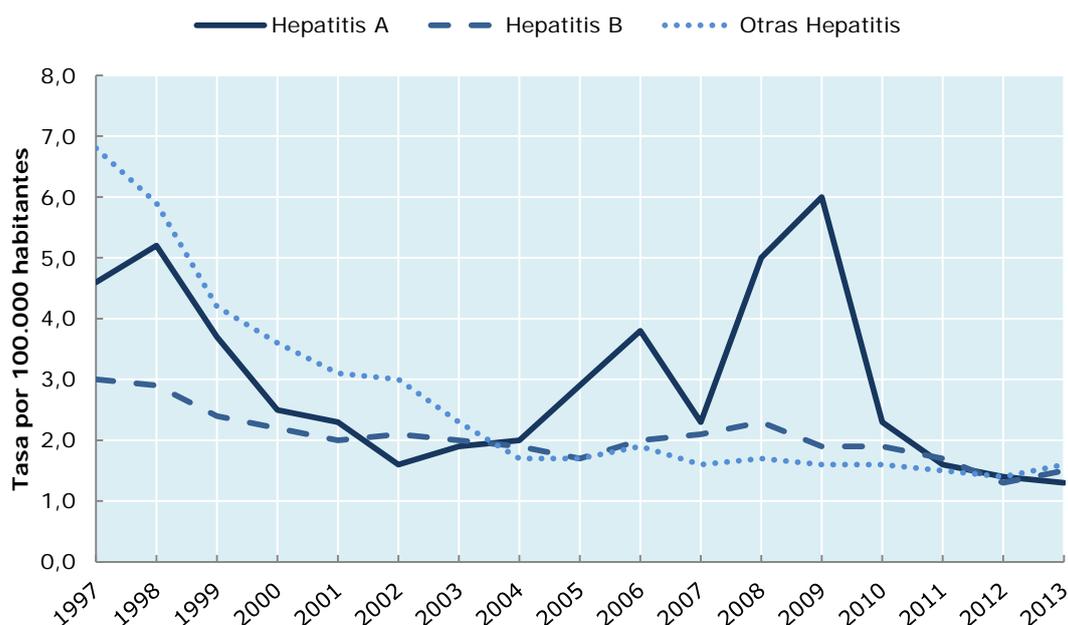
Hepatitis

La incorporación de la declaración de los diferentes tipos de hepatitis víricas a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica tuvo lugar en la segunda mitad de los años noventa.

La declaración de los casos de estas enfermedades mostró una tendencia descendente hasta el año 2004, se incrementó el número de casos declarados de hepatitis A y hepatitis B hasta el año 2009 y a partir de ese año se observa otra vez una tendencia descendente en estas hepatitis.

El número de casos declarados de otras hepatitis permaneció estabilizado desde 2004. Desde 2009 a 2013, el número de casos declarados por 100.000 habitantes pasó de 6,0 a 1,3 en la hepatitis A, de 1,9 a 1,5 en la hepatitis B y se mantuvo en 1,6 en otras hepatitis víricas.

Gráfico 1.14. Hepatitis A, Hepatitis B y otras Hepatitis. Tasas de casos declarados por 100.000 habitantes



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Economía y Competitividad-Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Años 1997-2013.

Infección gonocócica y sífilis

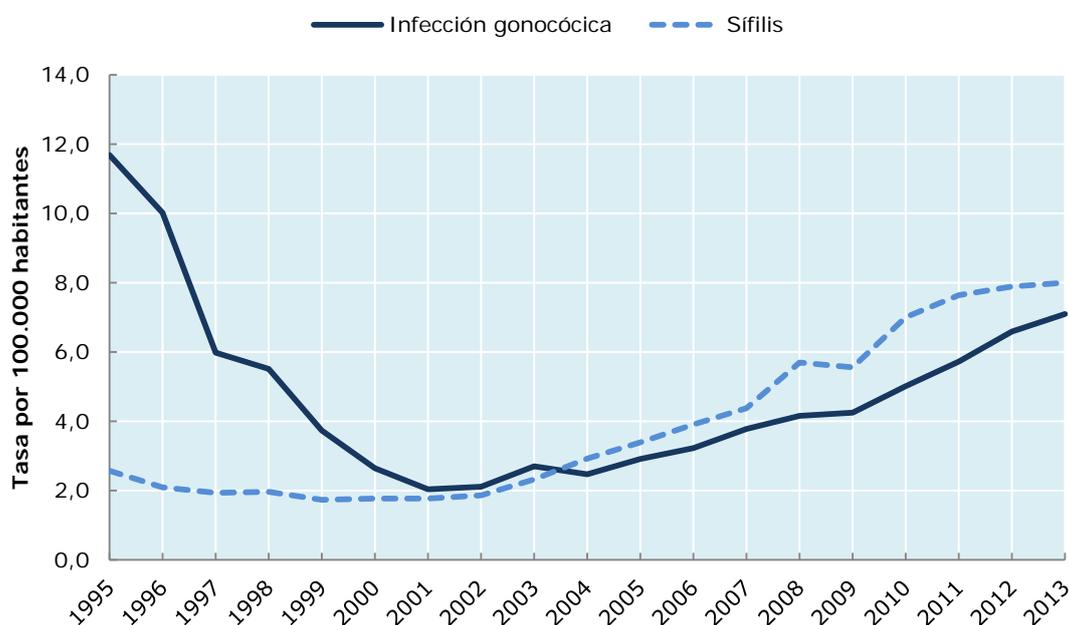
En el año 2013 se notificaron 3.314 casos de infección gonocócica y 3.720 de sífilis, lo que suponía en el conjunto de la población española unas tasas de casos declarados por 100.000 habitantes de 7,1 para la gonococia y 8,0 para la sífilis.

En el periodo 1995-2013 se produjo un marcado descenso en la incidencia de infección gonocócica, cuyas tasas decrecieron desde el 11,7 por 100.000 habitantes en 1995 a 7,1 en el 2013. Sin embargo, esta tendencia no es homogénea, tras el descenso inicial entre 1995-2001 se produjo un incremento continuado a partir de 2002.

Los datos de sífilis a lo largo de estos años también muestran un descenso en las tasas de incidencia en el periodo 1995-2001 (desde 2,6 por 100.000 habitantes hasta 1,8 por 100.000 habitantes), observándose un aumento a partir de ese año hasta alcanzar una tasa de 8,0 por 100.000 habitantes en 2013. Desde el año 2004 las tasas de sífilis superan a las de infección gonocócica.

Durante este periodo no se han producido cambios en este sistema de vigilancia que justifiquen la tendencia observada en ambas enfermedades.

Gráfico 1.15. Infección gonocócica y Sífilis. Tasas de casos declarados por 100.000 habitantes



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Economía y Competitividad-Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Años 1995-2013.

VIH y Sida

España cuenta con dos registros poblacionales que son esenciales para monitorizar la evolución de la epidemia de VIH: el Sistema de Información sobre Nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH) y el Registro Nacional de Sida.

El SINIVIH inició su implantación en los años 80 a las que progresivamente se han sumado comunidades autónomas, habiéndose completado en 2013. Los datos obtenidos a través de este sistema son la mejor aproximación a la incidencia de VIH de que se dispone, aunque, por ser la infección asintomática, los nuevos diagnósticos de VIH incluyen no sólo infecciones recientes, sino también otras que se produjeron años atrás.

En el año 2013, se notificaron 3.278 nuevos diagnósticos de VIH.

Tabla 1.14. Número de nuevos diagnósticos de VIH por comunidades y ciudades autónomas informantes según año de diagnóstico

	2003	2013	Total 2003 -2013
Baleares	131	167	1.802
Canarias	183	129	2.639
Cataluña	732	738	8.278
Ceuta	1	3	17
Extremadura	39	46	489
Navarra	35	44	377
País Vasco	183	142	1.898
La Rioja	41	20	282
Asturias	96	57	1.007
Galicia	-	182	2.033
Madrid	-	641	7.410
Aragón	-	104	644
Melilla	-	6	21
Castilla - La Mancha	-	63	523
Castilla y León	-	121	686
Cantabria	-	41	228
Murcia	-	87	533
Com. Valenciana	-	348	781
Andalucía	-	339	339
Total	1.441	3.278	29.987

Observaciones: Datos no corregidos por retraso en la notificación. Las comunidades autónomas se ordenan según fecha de implantación del Sistema de Información, en 2013 finalizó la implantación del SI en todo el Estado.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia Epidemiológica del VIH/Sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida.

En el año 2013 se notificaron 604 casos de sida, de los que el 77,5% eran hombres⁵.

Los casos notificados en personas heterosexuales supusieron el 33,4% del total, los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres representan el 32,3% y los usuarios de drogas intravenosas el 22,5%. El 11,4% de los casos fueron por otras exposiciones, desconocido o sin constancia. Las transmisiones madre-hijo y los receptores de transfusiones, supusieron para cada una de esas categorías de exposición el 0,2% de los casos.

En el caso de las mujeres el mecanismo de transmisión de especial relevancia fueron las relaciones heterosexuales que supusieron el 62,2% de los casos nuevos en mujeres.

Desde el inicio de la epidemia en España se han notificado un total 83.932 casos de Sida.

Tabla 1.15. Casos nuevos de sida, distribución por categoría de transmisión según sexo

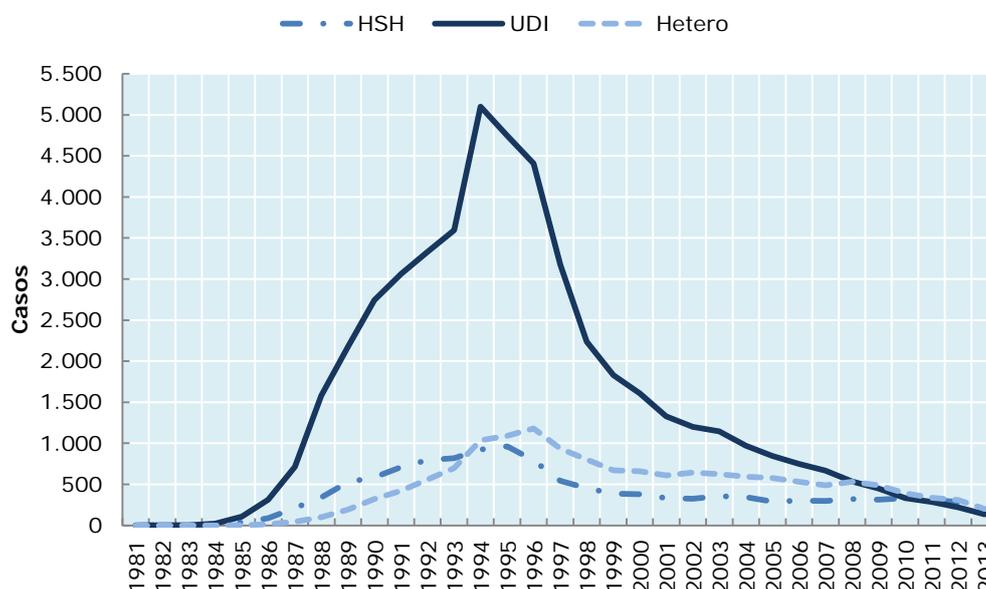
Vigilancia del sida	Hombres	Mujeres	Total
Nuevos casos	469	135	604
Distribución en porcentaje (%) según categoría de transmisión			
. Hombres que mantienen relaciones con hombres	41,7	-	32,3
. Usuarios de drogas inyectadas	21,4	26,7	22,5
. Receptores de hemoderivados	0,0	0,0	0,0
. Receptores de transfusiones	0,2	0,0	0,2
. Madre - hijo	0,2	0,0	0,2
. Relaciones heterosexuales de riesgo	25,2	62,2	33,4
. Otras exposiciones/ desconocido/No consta	11,5	11,1	11,4
Total	100,0	100,0	100,0

Observaciones: Datos no corregidos por retraso en la notificación, por lo que las cifras aumentarán en próximas actualizaciones.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia Epidemiológica del VIH/Sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Año 2013.

⁵ Al ser datos no corregidos por retraso en la notificación, las cifras podrán aumentar en próximas actualizaciones.

Gráfico 1.16. Casos nuevos de sida por año de diagnóstico según principales categoría de transmisión



Observaciones: HSH = Hombre que mantienen relaciones sexuales con hombres. UDI= Usuarios de Drogas Inyectadas. Hetero = Relaciones heterosexuales de riesgo.
 Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia Epidemiológica del VIH/Sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Años 1981-2013.

El número de casos notificados viene experimentado un progresivo declive desde la década de los 90, que supone un 85% desde 1996. En los últimos años hay una tendencia descendente en las tres principales categorías de transmisión, especialmente de los usuarios de drogas inyectadas, año previo a la generalización la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA).

1.4.4 Causas de hospitalización en el Sistema Nacional de Salud

La causa más frecuente de hospitalización en mujeres fue la atención al parto, puerperio y complicaciones de la gestación, constituyendo el 20,8% del total de las altas hospitalarias en mujeres.

Excluido lo anterior, las enfermedades que causaron más ingresos hospitalarios entre las mujeres, fueron las del aparato circulatorio (11,9%), las del aparato digestivo y las del aparato respiratorio con 10,3% y 9,3% respectivamente, seguidas de los tumores que supusieron el 9,2 % de las altas en las mujeres.

En los hombres, las enfermedades del aparato circulatorio (17% de total de altas hospitalarias), seguidas de las enfermedades del aparato respiratorio (14,2%), del aparato digestivo (14,1%), fueron las causas más frecuentes de hospitalización. Los tumores supusieron el 11,5%.

Los ingresos hospitalarios por trastornos mentales fueron más frecuentes en hombres (2,4% del total de altas) que en mujeres (2,0%).

Tabla 1.16. Hospitalización en el Sistema Nacional de Salud. Altas por los principales grupos de enfermedad según sexo

	Hombres		Mujeres	
	Altas	Altas por 10.000 hab.	Altas	Altas por 10.000 hab.
TOTAL:	1.739.617	758,6	1.897.113	801,9
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio			395.957	167,4
Enfermedades del sistema circulatorio	295.376	128,8	226.389	95,7
Enfermedades del aparato digestivo	246.418	107,5	195.822	82,8
Enfermedades del aparato respiratorio	245.115	106,9	175.115	74,0
Neoplasias	200.136	87,3	173.790	73,5
Lesiones y envenenamientos	167.592	73,1	158.557	67,0
Enfermedades del aparato genitourinario	107.626	46,9	116.619	49,3
Enfermedades del sistema osteo-mioarticular y tejido conjuntivo	96.767	42,2	109.400	46,2
Síntomas, signos y estados mal definidos	73.505	32,1	63.514	26,9
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	57.934	25,3	54.734	23,1
Enfermedades infecciosas y parasitarias	48.139	21,0	36.979	15,6
Trastornos mentales	41.069	18,6	37.481	16,8
Enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad	28.379	17,9	38.641	15,8
Ciertas enfermedades con origen en el periodo perinatal	30.520	12,4	24.784	16,3

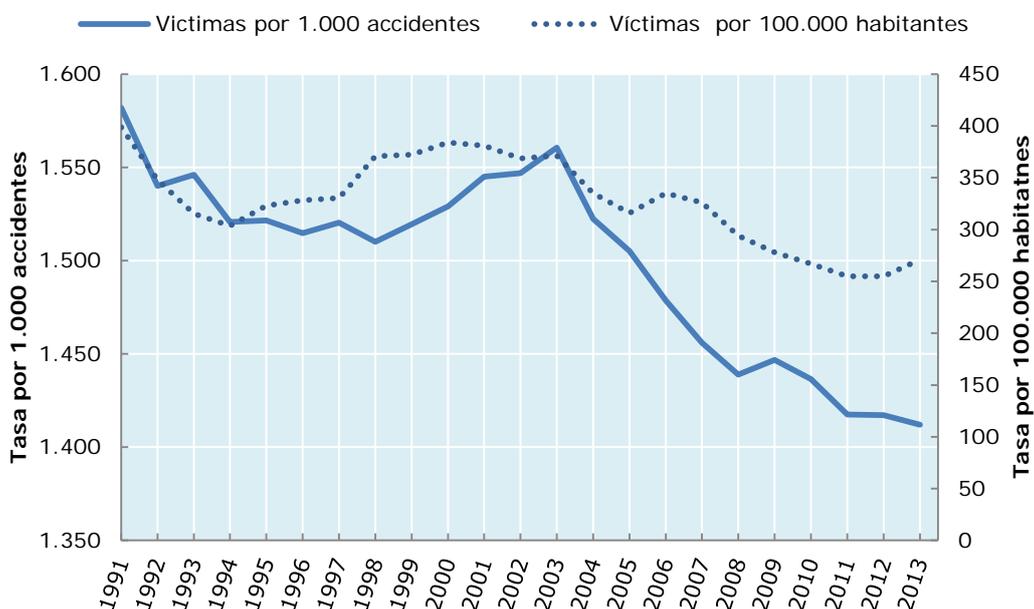
Observaciones: Se han incluido como principales grupos de enfermedad aquellas cuya frecuencia es igual o superior al 1,5% del total de altas.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Registro de Altas-CMBD de los hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud. Año 2013.

1.4.5 Víctimas por accidentes de tráfico y de trabajo

Desde la década de los noventa el número de víctimas⁶ por accidentes de tráfico viene mostrando un descenso marcado tanto en relación con el número de accidentes como con el número de habitantes. El número de víctimas por 1.000 accidentes descendió de 1.582 en 1991 a 1.529 en el año 2000 y pasó a 1.412 en 2013. La tasa de víctimas por 100.000 habitantes descendió de 399 en el año 1991 a 384 en el año 2000, en 2013 la tasa era de 371.

Gráfico 1.17. Evolución de la tasa de víctimas de accidentes de tráfico por 1.000 accidentes y por 100.000 habitantes



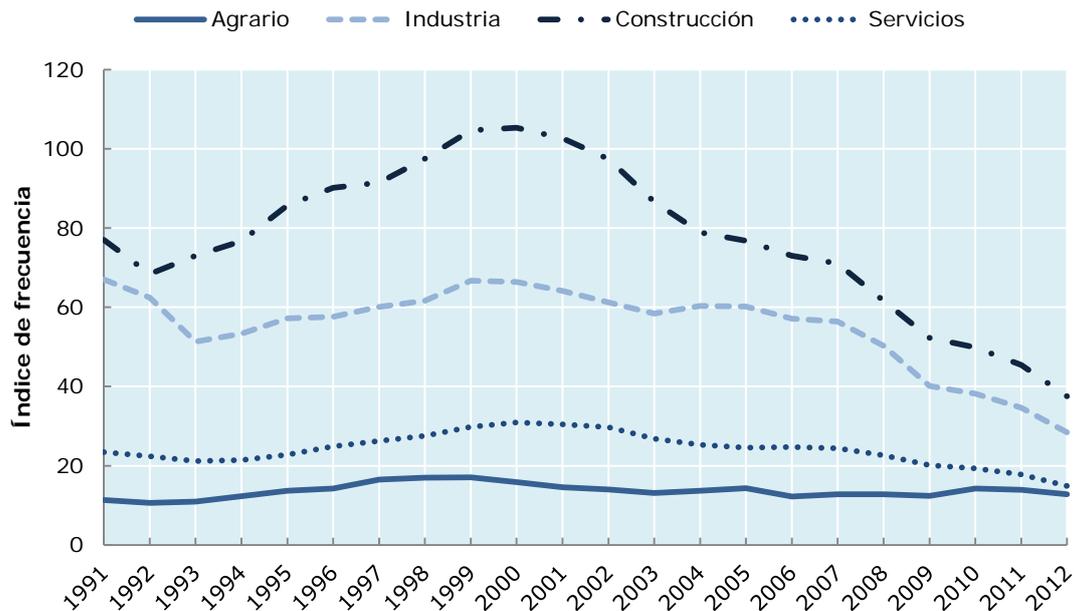
Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico. Anuario Estadístico. Años 1991-2013.

Por lo que se refiere a las víctimas de accidentes de trabajo, la construcción es el sector económico donde más accidentes se producen, seguido de la industria. El número de accidentes de trabajo con baja laboral por millón de personas-horas trabajadas, fue 37,5 en la construcción y 28,4 en la industria.

⁶ Víctimas incluye muertos y heridos graves y leves. El cómputo de muertos se realiza a 30 días: Hasta 1993 mediante la aplicación del factor corrector recomendado por la Conferencia Europea de Ministros de Transportes (CEMT) sobre la cifra de muertos. Desde 1993 a 2010, el cómputo de muertos se realiza a 30 días como resultado de la aplicación de los factores correctores deducidos del seguimiento real de una muestra representativa de heridos graves. A partir de 2011 se hizo una revisión metodológica de su cálculo.

En líneas generales, la frecuencia de accidentes de trabajo mostró una tendencia ascendente a lo largo de la década de los años noventa, pero esa tendencia modificó en el año 2000. A partir de ese año, la frecuencia de accidentes de trabajo presenta una tendencia descendente. Concretamente, entre 2000 y 2012, la frecuencia de accidentes de trabajo con baja se redujo en España en un 59%.

Gráfico 1.18. Evolución de los accidentes de trabajo con baja en jornada laboral por millón de personas / horas trabajadas, según sector económico



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de Salud 2013. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Años 1991-2012.

1.5 Mortalidad general

Según los últimos datos disponibles⁷ se produjeron en España 402.950 defunciones, 15.039 más que las registradas en el año anterior. Fallecieron 197.030 mujeres (un 4,8% más que el año anterior) y 205.920 hombres (un 3,1% más).

⁷ Instituto Nacional de Estadística (INE) 2012. Defunciones según causa de muerte, 2012. Último dato disponible en el momento de la elaboración del informe.

La tasa bruta de mortalidad⁸ se situó en 861,6 fallecidos por cada 100.000 habitantes, lo que supuso un aumento del 3,8% respecto al año anterior. Por sexo, la tasa femenina se situó en 831,0 fallecidas por cada 100.000 mujeres, mientras que la masculina fue de 893,1 por cada 100.000 hombres.

Las tres principales causas de muerte por grandes grupos de enfermedades fueron las enfermedades del sistema circulatorio (responsables del 30,3% del total de defunciones), los tumores (27,5%) y las enfermedades del sistema respiratorio (11,7%).

A nivel más detallado, las enfermedades isquémicas del corazón (infarto, angina de pecho, etc.) y las cerebrovasculares volvieron a ocupar el primer y segundo lugar en número de defunciones entre las enfermedades cardiovasculares.

Tabla 1.17. Defunciones según las principales causas de muerte

	Total	Hombres	Mujeres
Total defunciones	402.950	205.920	197.030
Enfermedades isquémicas del corazón	34.751	19.973	14.778
Enfermedades cerebrovasculares	29.520	12.436	17.084
Cáncer de bronquios y pulmón	21.487	17.661	3.826
Insuficiencia cardíaca	18.453	6.412	12.041
Enfermedades crónicas de la vías respiratorias inferiores	16.964	12.557	4.407
Demencia	16.361	5.314	11.047
Enfermedad de Alzheimer	13.015	3.830	9.185
Cáncer de colon	11.768	6.937	4.831
Enfermedad hipertensiva	10.273	3.354	6.919
Diabetes mellitus	9.987	4.207	5.780
Neumonía	9.289	4.699	4.590
Insuficiencia renal	7.067	3.282	3.785
Cáncer de mama	6.375	93	6.282
Cáncer de próstata	6.045	6.045	...
Cáncer de páncreas	5.976	3.121	2.855

Observaciones: Causas con un peso relativo superior al 1,5%.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística 2012. Defunciones según causa de muerte. Año 2012.

El número de defunciones por enfermedad isquémica del corazón apenas varió con respecto al año anterior, mientras que las defunciones por enfermedades cerebrovasculares se incrementaron un 1,2%. Las isquémicas fueron la primera causa en los hombres y las cerebrovasculares en las mujeres.

⁸ En el cálculo de las tasas brutas de 2011, el INE ha utilizado las poblaciones interanuales 2001-2011 revisadas en 2013 y por tanto difieren con las tasas publicadas en las que se utilizaban los datos previos a la revisión.

Si bien las causas de mortalidad más frecuentes en ambos sexos fueron los tumores y las enfermedades del sistema circulatorio, se situaron en distinto orden para cada caso. Los tumores fueron la primera causa de muerte en los hombres (con una tasa de 296,3 fallecidos por cada 100.000) y la segunda en mujeres (con 180,0). En ambos casos la tasa aumentó respecto al año anterior.

Dentro de los tumores, los responsables de mayor mortalidad fueron el cáncer de bronquios y pulmón (con un 2,0% más de defunciones que en 2011) y el cáncer de colon (con un 0,1% más). Por sexo, el cáncer que más muertes causó entre los hombres fue el de bronquios y pulmón. Y entre las mujeres el de mama, cuyo número prácticamente se mantuvo estabilizado con respecto al año anterior.

Otro grupo que experimentó un importante aumento de defunciones, en términos relativos, fue el de enfermedades del sistema nervioso (9,4%), que se situó como cuarta causa de muerte más frecuente. La principal enfermedad de este grupo es el Alzheimer, que causó 13.015 muertes, lo que ya supone más del doble de fallecimientos que en el año 2000.

Los fallecidos por accidentes de tráfico volvieron a reducirse. En concreto, fueron 1.915 personas, un 9,5% menos que en el año anterior. Desde comienzos de la pasada década los muertos por esta causa se han reducido aproximadamente a la tercera parte.

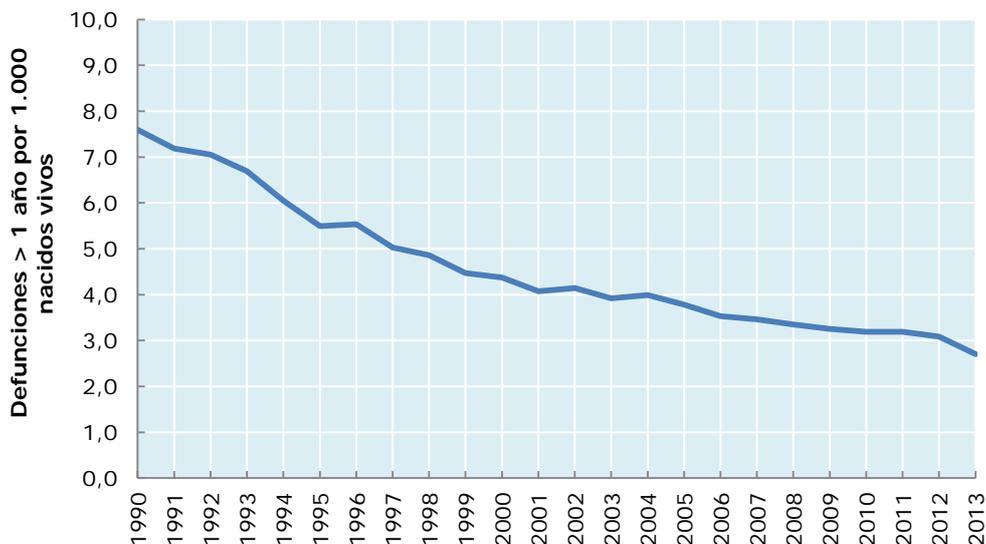
La tasa ajustada de suicidios se situó en 6,4 por cada 100.000 personas, con un ligero incremento y volviendo a valores similares a 2008.

1.6 Mortalidad infantil

En 2013 la tasa de mortalidad infantil se situó en 2,7 defunciones en menores de un año por 1.000 nacidos vivos, lo que supone un descenso de un 40%, en el periodo entre 1999 y 2013 y un 64% respecto a 1990.

La mortalidad infantil sigue siendo un indicador imprescindible en cualquier valoración del estado de salud de una población, aunque en los países desarrollados ha perdido sensibilidad como testigo de nivel social y económico de una comunidad.

Gráfico 1.19. Evolución de la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS). Años 1990-2013.

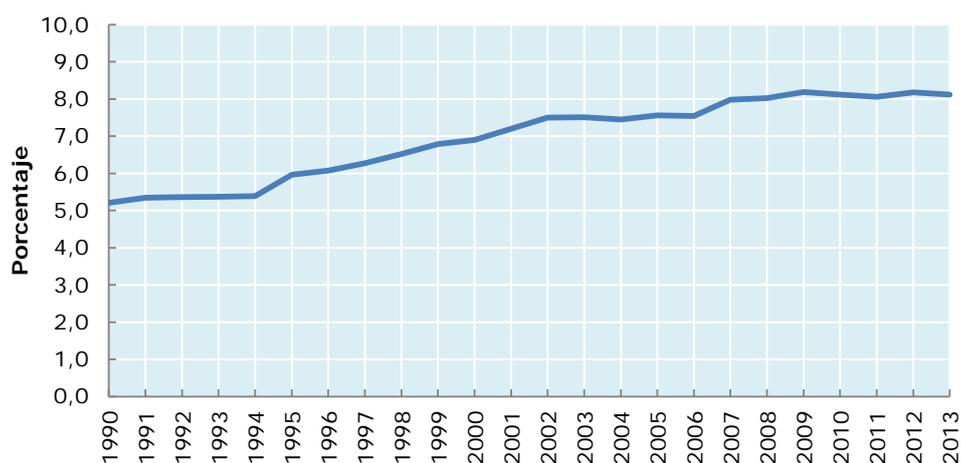
Las 10 primeras causas de muerte infantil de acuerdo al número de defunciones fueron:

1. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.
2. Sepsis bacteriana del recién nacido.
3. Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer.
4. Hemorragia del recién nacido.
5. Síndrome de la muerte súbita infantil.
6. Dificultad respiratoria del recién nacido.
7. Feto y recién nacido afectados por complicaciones maternas del embarazo.
8. Hipoxia intrauterina y asfixia al nacimiento.
9. Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido.
10. Feto y recién nacido afectados por complicaciones de la placenta y las membranas.

1.7 Bajo peso al nacer

España ha tenido un gran incremento en las pasadas décadas de la proporción de nacidos con peso inferior a 2.500 gramos, aunque en los últimos años parece que esta tendencia se ha frenado. En el año 1990 su porcentaje era algo más del 5% y en el año 2000 era de 6,8% pasando a 8,1% en 2010 y 8,2% en 2013.

Gráfico 1.20. Evolución de la proporción de recién nacidos con peso inferior a 2.500 gramos al nacer por cada 100 nacidos vivos



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS). Años 1990-2013.

Los niños con un bajo peso al nacer tienen mayor riesgo de mala salud o muerte, requieren un mayor periodo de hospitalización después del nacimiento y tienen más probabilidades de desarrollar incapacidades.

El bajo peso al nacer es un importante indicador de salud infantil por su estrecha relación con la morbilidad y mortalidad infantil; además es reflejo de diversas circunstancias adversas que acompañan al embarazo y se asocia a factores biológicos, demográficos y socioeconómicos. Sin embargo, los factores más importantes parecen ser el estado general y la nutrición de la madre, por lo que es un buen indicador del estado nutricional de la comunidad.

Los factores de riesgo para un nacimiento con bajo peso, entre otros, son el aumento de la edad materna, la maternidad en adolescentes, los tratamientos de fertilidad in vitro y hábitos perjudiciales como el tabaquismo y el alcohol; el incremento del uso de técnicas de control del parto, como la inducción y la cesárea, aumentan el índice de supervivencia de los niños nacidos con bajo peso.

1.8 Interrupción voluntaria del embarazo

El seguimiento y evaluación de las IVEs que tienen lugar en nuestro país se lleva a cabo a través de un sistema de vigilancia epidemiológica que recibe información de todo el Estado.

En el año 2013 la tasa de IVEs por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años fue de 11,7 mostrando una tendencia descendente en los últimos tres años.

Tabla 1.18. Número de Centros que han notificado IVEs. Número de IVEs realizadas. Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años

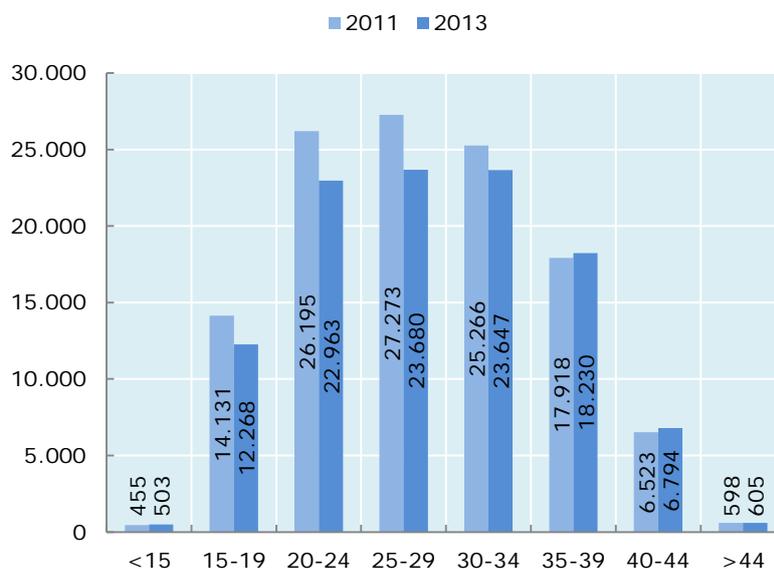
	Centros notificadores de IVEs	Total IVEs	Tasa por 1.000 mujeres
2013	198	108.690	11,7
2012	188	112.390	12,0
2011	172	118.359	12,4
2010	146	113.031	11,5
2009	141	111.482	11,4
2008	137	115.812	11,8
2007	137	112.138	11,5
2006	135	101.592	10,6
2005	134	91.664	9,6
2004	133	84.985	8,9
2003	128	79.788	8,8

Observaciones: Las interrupciones del embarazo correspondientes a los años 2011, 2012 y 2013 se han practicado dentro de los supuestos recogidos en la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo de salud sexual y reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo a partir de la fecha que entró en vigor el 5 de julio de 2010.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Interrupciones Voluntarias del Embarazo. Años 2003-2013.

La mayoría de las intervenciones (83,4%) han sido notificadas desde un centro extra-hospitalario de dependencia patrimonial privada y responden a una petición de la mujer (89,9%) con 8 semanas o menos de gestación (68,5%).

Gráfico 1.21. Número de IVEs realizadas según el grupo de edad



Observaciones: Las interrupciones del embarazo correspondientes a los años 2011-2013 se han practicado dentro de los supuestos recogidos en la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo de salud sexual y reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo a partir de la fecha que entró en vigor el 5 de julio de 2010.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Interrupciones Voluntarias del Embarazo. Años 2011-2013.

Las causas médicas están en el 10,0 % de los motivos de interrupción del embarazo:

- 6,9 % por riesgo grave para la vida o la salud de la embarazada.
- 2,8% por riesgo de graves anomalías en el feto.
- 0,3% por anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable.

Tabla 1.19. Distribución porcentual del número de IVEs realizados según motivo de interrupción

A petición de la mujer (%)	89,9
Grave riesgo para vida o la salud de la embarazada (%)	6,9
Riesgo de graves anomalías en el feto (%)	2,8
Anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable (%)	0,3
Varios motivos (%)	0,01

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Interrupciones Voluntarias del Embarazo. Año 2013.

2 Hábitos de Vida

2.1 Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas psicoactivas

2.1.1 Consumo de tabaco

Los últimos datos de la Encuesta Nacional de Salud de España señalaban que el 24,0% de la población de 15 y más años fumaba a diario, el 3,1% era fumador ocasional y el 19,6% se declaraba exfumador (había dejado de fumar hace al menos un año). Por sexo, el porcentaje de fumadores diarios era del 27,9% en hombres y del 20,2% en mujeres.

Tabla 2.1. Prevalencia del consumo diario de tabaco en la población de 15 y más años

	Total	Hombres	Mujeres
Comunidad Valenciana	27,6	32,5	22,8
Andalucía	27,1	29,7	24,6
Aragón	25,9	30,4	21,4
Murcia	25,0	30,4	19,5
Extremadura	24,7	29,3	20,2
Castilla - La Mancha	24,5	27,7	21,4
La Rioja	24,4	29,2	19,8
España	24,0	27,9	20,2
Cantabria	23,9	27,0	21,0
Navarra	23,3	25,0	21,8
País Vasco	23,3	26,9	19,9
Cataluña	23,0	28,7	17,6
Castilla y León	22,8	28,4	17,4
Baleares	22,7	25,0	20,5
Canarias	21,9	23,2	20,7
Asturias	21,8	23,1	20,6
Madrid	20,9	24,0	18,2
Galicia	20,3	25,1	15,9
Melilla	19,0	27,2	9,7
Ceuta	18,7	24,5	13,6

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según el valor total.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS). Agosto 2013. Datos procedentes de la Encuesta Nacional de Salud de España. Año 2011/2012.

El porcentaje de población que consume tabaco a diario muestra un continuo descenso desde 1993. Este descenso se ha producido mayoritariamente a expensas de los hombres: en la década entre 2001 y 2011/12, la prevalencia de consumo se ha reducido en más de un 25%. Desde 2003 también se aprecia un declive en mujeres, aunque menos marcado.

El hábito tabáquico en los jóvenes entre 15 y 24 años afectaba al 21,7%, sin gran diferencia por sexo (22,5% de los hombres frente al 21,0% de las mujeres).

En relación con el nivel educativo el porcentaje de fumadores era 39,7% en aquellos con educación primaria o inferior, 37,0% en los de educación secundaria primer ciclo, 30,1% en los de educación secundaria, segundo ciclo, y 23,7% en aquellos con estudios universitarios. Este patrón no se presenta en mujeres fumadoras.

El Barómetro Sanitario (BS) en sus últimas ediciones ha preguntado a los ciudadanos sobre la prohibición de fumar en espacios públicos: los resultados muestran que los ciudadanos creen que hay un elevado grado de cumplimiento en bares y restaurantes (8,1 sobre 10) y menor en los alrededores de colegios y hospitales (5,1 sobre 10). Ambas valoraciones han tenido una ligera evolución a la baja a lo largo de las tres ediciones en que se han explorado.

Tabla 2.2. Cumplimiento de la Ley del Tabaco

Y las siguientes medidas establecidas en la Ley del Tabaco, ¿en qué grado piensa Ud. que se están cumpliendo?			
Sitúese en la escala de 1 a 10, en la que 1 significa que "no se está cumpliendo en absoluto" y 10 que "se está cumpliendo totalmente"			
	2011	2012	2013
La prohibición de fumar en bares y restaurantes	8,4	8,2	8,1
La prohibición de fumar en los alrededores de hospitales y colegios	6,0	5,4	5,1

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario. Años 2011-2013.

A su vez, un 3,9% de los entrevistados afirmaron que habían dejado de fumar, un 9,2% manifestó que fumaba menos y dichas medidas no influyeron en el consumo de tabaco para el 27,8%.

Tabla 2.3. Influencia de la Ley del Tabaco en el hábito de fumar

Y respecto al hábito de fumar, ¿las medidas de la Ley del tabaco han influido en que...?	
Ud. ha dejado de fumar	3,9
Ud. fume menos que antes	9,2
Ud. fume más que antes	1,3
No ha influido en mi consumo de tabaco	27,8
Ud. no era fumador/a	57,5
N.C	0,3

Observaciones: Esta pregunta se hace a todas las personas encuestadas (fumadoras y no fumadoras).
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario. Año 2013.

La proporción de hombres que fumaban menos (10,5%) o habían dejado de fumar (4,5%) era mayor que la de mujeres que se manifestaban de igual manera (7,8% y 3,3% respectivamente).

Tabla 2.4. Influencia (%) de la Ley del Tabaco en el hábito de fumar de las personas fumadoras, según sexo

	Total	Hombres	Mujeres
Ud. ha dejado de fumar	9,2	8,9	9,6
Ud. fume menos que antes	21,7	20,9	22,7
Ud. fume más que antes	3,2	3,2	3,2
No ha influido en mi consumo de tabaco	65,9	67,0	64,5

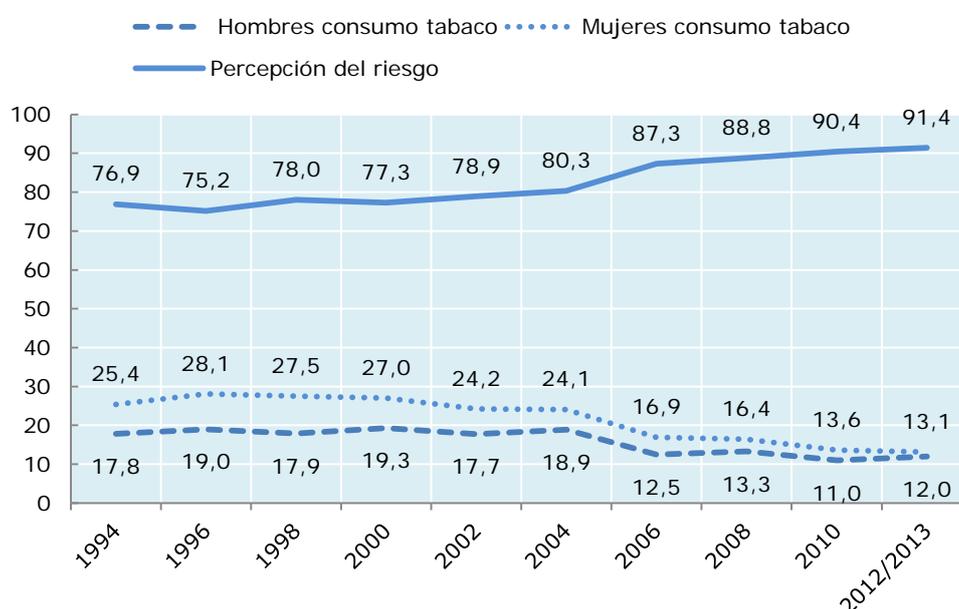
Observaciones: En la tabla solo se analizan los resultados de las respuestas de las personas fumadoras, aunque la pregunta se hace a todas las personas encuestadas.
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario. Año 2013.

Cuando se analizan los resultados, considerando solo las respuestas de las personas fumadoras, se observa que, bien por influencia o a consecuencia de las medidas vigentes contra el hábito tabáquico, el 9,2 % de los fumadores había dejado de fumar y el 21,7% había reducido el consumo de tabaco fumado. Entre aquellos que sí fumaban, más mujeres que hombres habrían dejado de fumar (9,6% frente a 8,9%) o habrían reducido su consumo (22,7 frente a 20,9%).

A su vez, la encuesta estatal sobre el uso de drogas a estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años (ESTUDES), realizada por el Observatorio Español sobre Drogas, señala que:

- se ha estabilizado la tendencia descendente del consumo de tabaco en este colectivo, iniciada en 2004.
- el consumo está más extendido entre las mujeres, siendo cada vez más cercano el consumo de hombres y mujeres.
- la percepción de riesgo ante el consumo diario de tabaco sigue aumentando y el 91,4% de los jóvenes opina que puede producir muchos problemas de salud.
- las mujeres que fuman a diario, consumen un menor número de cigarrillos que los hombres.

Gráfico 2.1. Evolución del consumo diario de tabaco (%) según sexo y de percepción del riesgo en población de 14 a 18 años



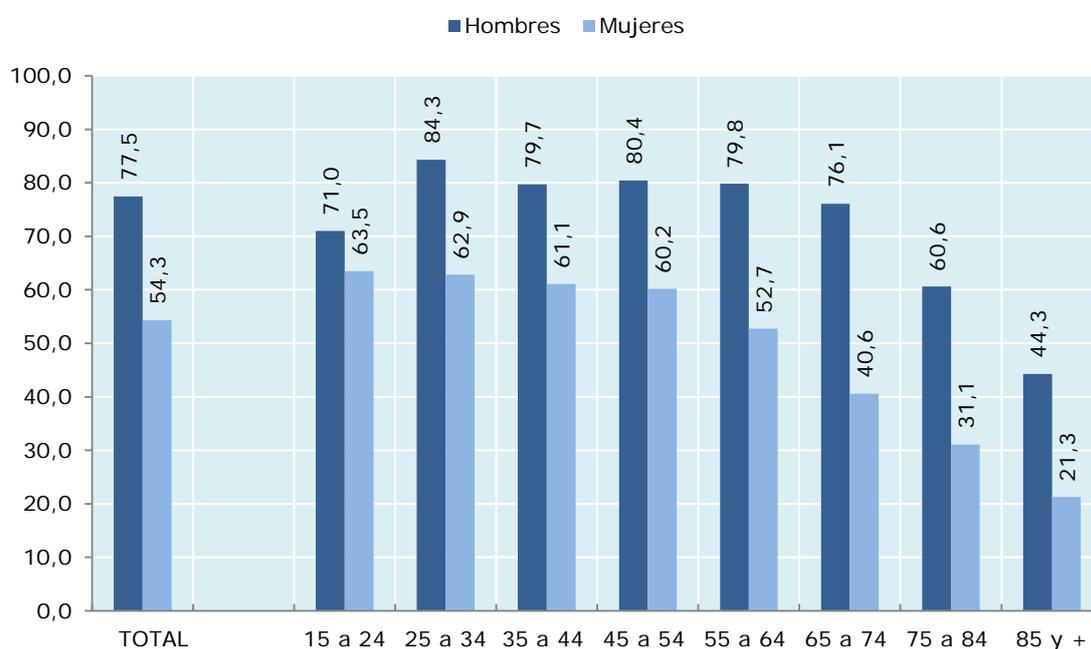
Observaciones: En el gráfico se utiliza la escala 0/100 para representar la prevalencia del consumo de tabaco y la percepción del riesgo.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Observatorio Español sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas-ESTUDES (14-18). Años 1994 - 2012/2013.

2.1.2 Consumo de alcohol

En cuanto al consumo de alcohol, en España el 65,6% de la población de 15 y más años bebió alcohol alguna vez en el último año (77,5% de los hombres y 54,3% de las mujeres). Las diferencias por sexo se observaban en todas las edades, pero eran menores entre los más jóvenes.

Gráfico 2.2. Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en población adulta (15 y más años) en los últimos doce meses según edad y sexo

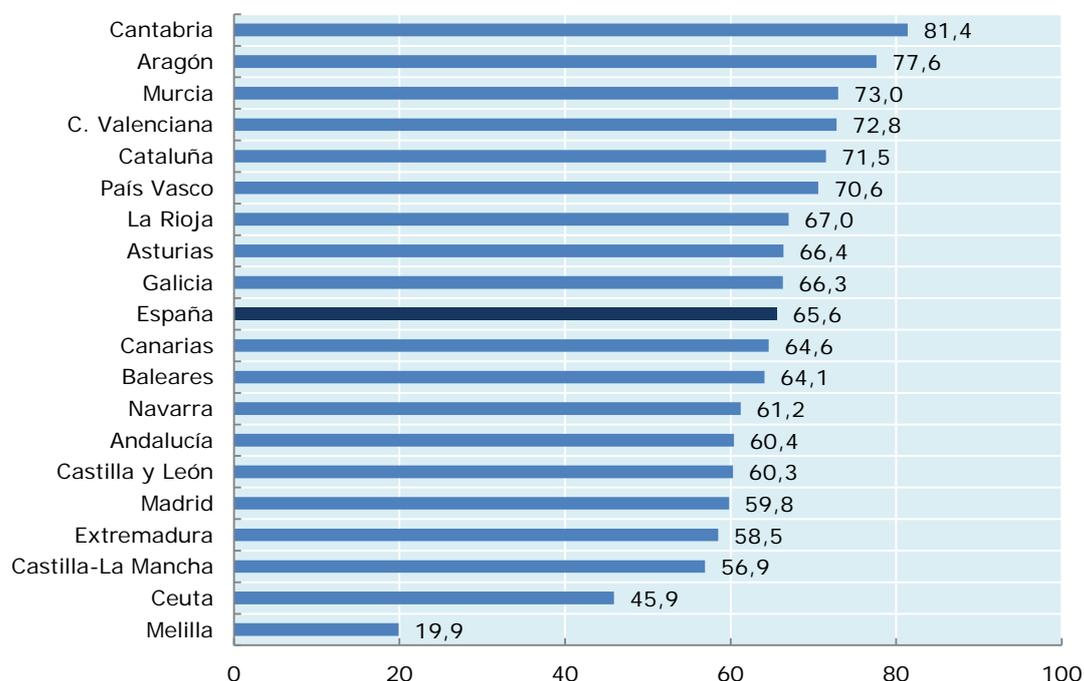


Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España. Año 2011/2012.

La prevalencia de consumo es mayor en las clases sociales altas, sobre todo en mujeres. El 71,7% de las mujeres universitarias habían bebido alcohol en el último año, frente al 27,9% de las mujeres sin estudios: la diferencia se da en todos los grupos de edad.

También había claras variaciones territoriales: las comunidades autónomas del norte y el este peninsular mostraban una mayor prevalencia de personas que han bebido alcohol en el último año. La diferencia absoluta entre los territorios con mayor (Cantabria y Aragón) y menor prevalencia (Castilla-La Mancha y Extremadura) fue del 25%.

Gráfico 2.3. Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en población adulta (15 y más años) en los últimos doce meses, según comunidad autónoma



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España. Año 2011/2012.

El 1,7% de la población (15 y más años) declaraba beber por encima de los umbrales de riesgo, aunque con una tendencia clara a su disminución (4,7% en 2006). La caída se ha producido en ambos sexos y es más acentuada en hombres, en quienes ha pasado del 6,8% al 2% en ese periodo.

Tabla 2.5. Consumo de riesgo de alcohol para la salud en población adulta (15 y más años) según sexo

	2006	2009	2011/2012	
			%	Población
Bebedores de riesgo	4,7	3,2	1,7	645.145
Hombres	6,8	4,0	2,0	380.705
Mujeres	2,7	2,5	1,4	264.440

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España. Años 2006, 2009 y 2011/12.

El porcentaje de hombres que consume alcohol en cantidad de riesgo para su salud es superior al de mujeres en todos los grupos de edad, excepto en los más jóvenes. Por clase social es más frecuente en hombres y en las clases sociales más desfavorecidas: 2,8% en la clase VI frente al 1,2% en la clase I.

En cuanto al consumo intensivo episódico de alcohol se detectó un aumento en todos los grupos de edad, especialmente entre los jóvenes. Los hombres bebían de manera intensiva el doble que las mujeres, con mayor frecuencia, en mayor cantidad y durante más años. La frecuencia de consumo intensivo en el mes era del 7,1% en hombres y el 2,1% en mujeres.

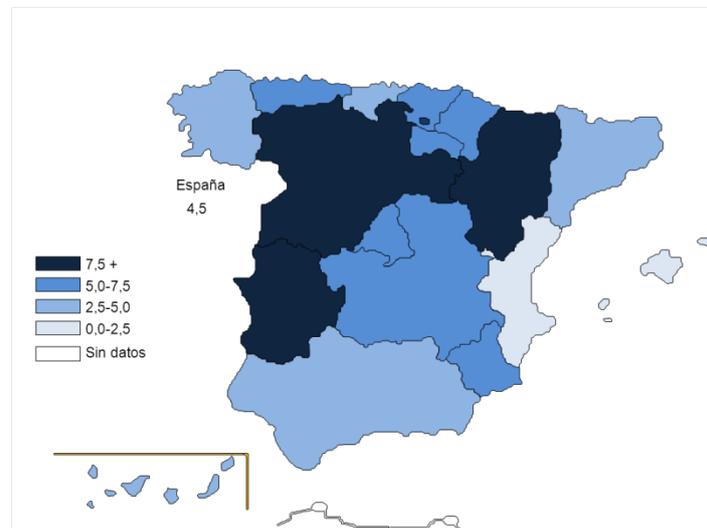
Tabla 2.6. Consumo intensivo de alcohol en el último mes en población adulta (15 y más años) según sexo y grupo de edad

	Total	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 +
Ambos sexos	4,5	8,3	8,0	4,2	3,7	3,5	1,8	0,7
Hombres	7,1	11,0	12,7	6,3	5,6	5,6	3,2	1,4
Mujeres	2,1	5,6	3,1	2,0	1,8	1,4	0,7	0,2

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España. Año 2011/2012, Serie informe monográficos 1. Consumo de alcohol.

En el consumo intensivo episódico (en el último mes) se observó un amplio rango entre las comunidades autónomas: destacan Extremadura, Aragón y Castilla y León con una elevada frecuencia declarada, más de un 8%, frente al 4,5% del total nacional. En el extremo contrario estaban Baleares y la Comunidad Valenciana. La diferencia absoluta entre la comunidad autónoma con mayor (Extremadura) y menor consumo (Baleares) fue de más del 8%.

Gráfico 2.4. Consumo intensivo de alcohol en el último mes en población adulta (15 y más años) según comunidad autónoma



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España. Año 2011/2012. Serie informe monográficos 1. Consumo de alcohol.

En cuanto a la población estudiante (14-18 años), la encuesta estatal sobre el uso de drogas (ESTUDES) señala que:

- la tendencia en el consumo de alcohol presenta un repunte en 2012: el 81,9% ha consumido en el último año y el 74% en el último mes.
- la ascendente tendencia global de las borracheras se modifica, en 2013 desciende, pero aún se mantiene en niveles altos: 3 de cada 10 jóvenes se han emborrachado en el último mes. Más de la mitad de los jóvenes de 16 años se ha emborrachado en el último año, y este porcentaje aumenta con la edad. El porcentaje de chicas de 14, 15 y 16 años que se emborracha es mayor que el de chicos.
- el “binge drinking” (consumir cinco o más vasos o copas en unas dos horas) presenta un patrón similar al de las borracheras, se hace más según aumenta la edad y el porcentaje de mujeres que lo practica entre los 14 y 15 años es mayor que en los hombres.
- la práctica del “botellón” aumenta con la edad. El porcentaje es similar entre ambos sexos y el 62% ha hecho botellón en el último año. Entre quienes hacen botellón el consumo intensivo (borracheras y binge drinking) es más habitual y también se consumen en mayor porcentaje otras sustancias como el cannabis o la cocaína.

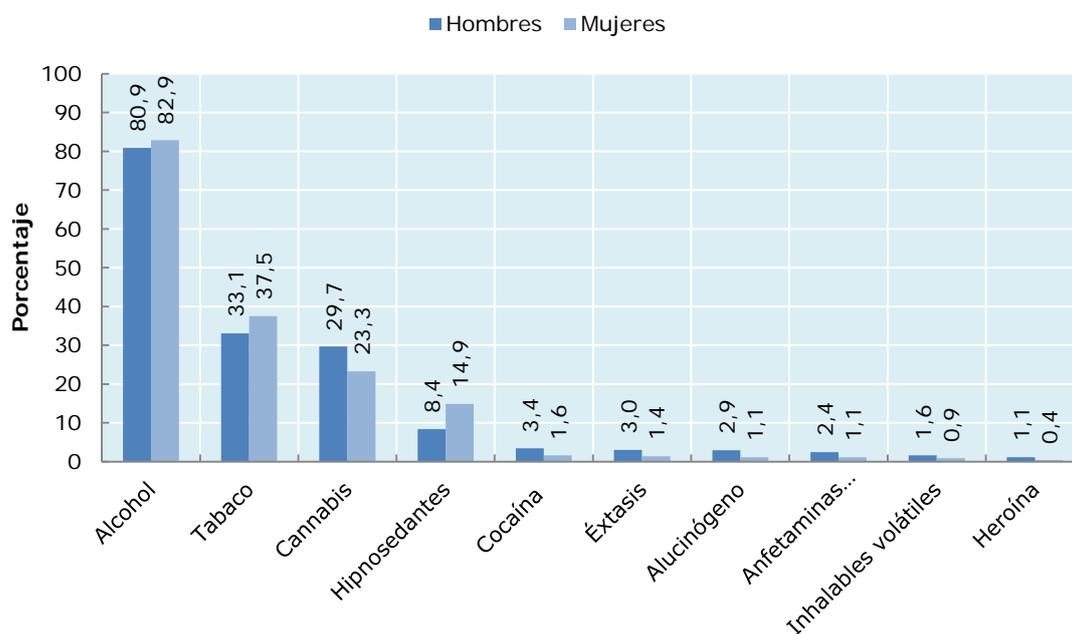
2.1.3 Drogas psicoactivas en población estudiante

Con el fin de conocer la situación y tendencias de los consumos de drogas y de orientar el desarrollo y evaluación de intervenciones destinadas a reducir el consumo y los problemas asociados; desde 1994 el Plan Nacional sobre Drogas realiza cada dos años una encuesta estatal sobre el uso de drogas a estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años de toda España (ESTUDES), que ya ha sido citado en los apartados anteriores.

En 2013 se encuestó a 27.503 estudiantes de 747 centros educativos públicos y privados.

Las drogas consumidas por el mayor porcentaje de estudiantes de 14-18 años seguían siendo el alcohol, el tabaco y el cannabis; le siguen los hipnosedantes, cocaína y éxtasis. En las mujeres está más extendido el consumo de drogas legales como el tabaco, alcohol o hipnosedantes; los hombres consumen en mayor medida todas las drogas ilegales.

Gráfico 2.5. Porcentaje de consumidores de drogas en el último año, en población de 14 a 18 años, según sexo



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Observatorio Español sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES). Año 2012/2013.

El porcentaje de consumidores de drogas aumenta con la edad, y su edad media de inicio en el consumo se sitúa entre los 13 y los 16 años.

Tabla 2.7. Edad media de inicio en el consumo de drogas en población de 14 a 18 años

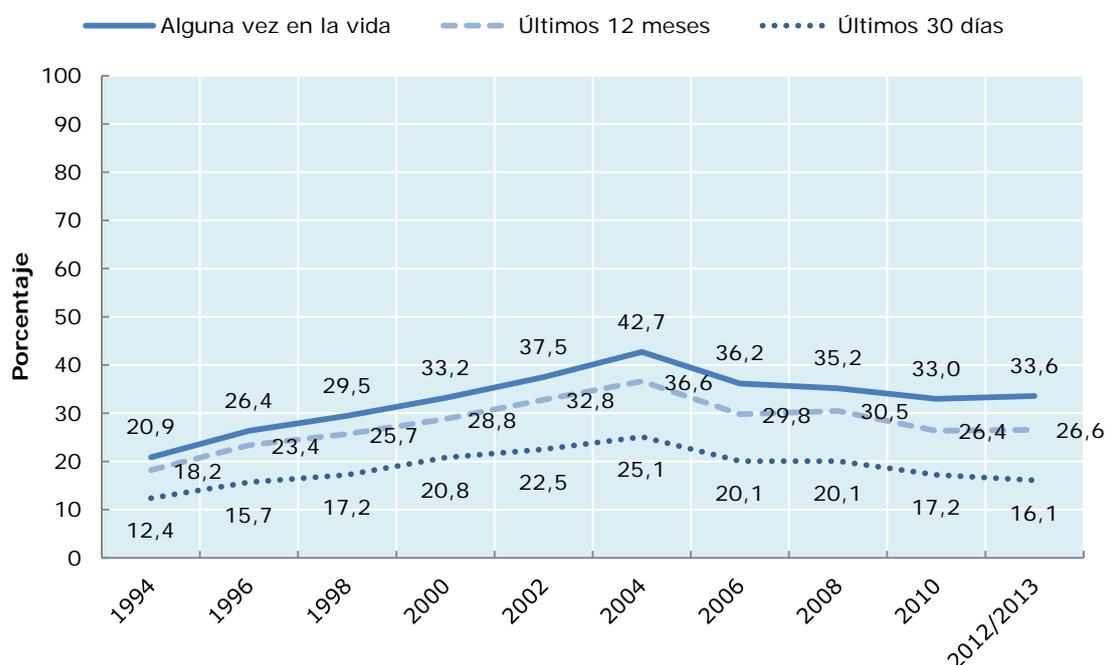
Inhalables	13,4
Tabaco	13,6
Alcohol	13,9
Hipnosedantes	14,3
Heroína	14,4
Cannabis	14,9
Alucinógenos	15,4
Cocaína	15,5
Anfetaminas/speed	15,5
Éxtasis	15,8

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Observatorio Español sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES). Año 2012/2013.

El cannabis es la droga ilegal consumida por un mayor porcentaje de estudiantes (26,6% en los últimos 12 meses y 16,1% en los últimos 30 días) y su consumo se asocia a un peor rendimiento escolar: el 44% de los estudiantes que consumen cannabis ha repetido curso, frente a un 27,9% de repetidores entre los no consumidores, el porcentaje de buenas notas (notable/sobresaliente) es mayor entre los estudiantes que no consumen cannabis (41,3 frente a 26%).

Los hipnosedantes son las sustancias después del alcohol, el tabaco y el cannabis que consume una mayor proporción de estudiantes, con una tendencia ascendente y un consumo prevalente entre las mujeres. En 2006 el 7,4% de los estudiantes habían consumido hipnosedantes en los últimos 12 meses y el 3,6% en los últimos 30 días, mientras que en 2012 habían consumido el 11,6% y el 6,6% respectivamente.

Gráfico 2.6. Evolución del porcentaje de consumidores de cannabis en población de 14 a 18 años



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Observatorio Español sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES). Año 2012/2013.

En el consumo de cocaína se confirma la tendencia descendente iniciada en 2004, año en que el 7,2% de los estudiantes habían consumido en los últimos 12 meses y el 3,8% en los últimos 30 días; en 2012 el 2,5% había consumido en los últimos 12 meses y el 1,5% en los últimos 30 días.

En el consumo de anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y heroína se presentan prevalencias bajas, que se han estabilizado a partir del descenso en 2000. En 2012 habían consumido anfetaminas el 1,7% de los estudiantes frente al 3,5% en 2000, habían consumido éxtasis el 2,2% frente al 5,2%; alucinógenos el 2,0% frente al 4,2% y heroína el 0,7% frente al 0,4% respectivamente.

En relación a las “drogas emergentes”, las prevalencia de consumo son más bajas que en las “drogas clásicas”. Las más consumidas son las setas mágicas (2,2%), el spice (1,4%) y la ketamina (1,1%) para el indicador de consumo “alguna vez en la vida”. Actualmente se trata de un fenómeno minoritario en España, aunque se lleva a cabo vigilancia activa a través del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT).

El policonsumo es un patrón cada vez más extendido entre los estudiantes: el 35% consume más de una sustancia. El consumo de alcohol, sobre todo si es de tipo intensivo (binge drinking o borracheras) se asocia con una mayor prevalencia de consumo de otras drogas.

Las sustancias percibidas como más fácilmente disponibles por los estudiantes de 14 a 18 años son el alcohol (más del 90%) y el cannabis (69,4%), seguidas de los hipnosedantes (53,4%). El alcohol se percibe como la sustancia menos peligrosa y el tabaco se considera más peligroso que el cannabis.

2.2 Obesidad y sobrepeso

La obesidad está considerada como uno de los principales factores de riesgo de un buen número de condiciones crónicas y problemas de salud, incluyendo la enfermedad coronaria y cerebrovascular, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y algunos tipos de cáncer.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011/12, la obesidad afecta al 17% de la población de 18 y más años (18% de los hombres y 16% de las mujeres). Si consideramos también el sobrepeso, un 53,7% de la población de 18 o más años padecía obesidad o sobrepeso.

Desde 1987, la obesidad sigue una línea ascendente en ambos sexos, más marcada en hombres que en mujeres. Mientras que en 1987 el 7,4% de la población de 18 y más años tenía un índice de masa corporal igual o superior a 30 kg/m² (límite para considerar obesidad), en 2011 este porcentaje superó el 17%.

La obesidad es más frecuente a mayor edad, tendencia que cambia en mayores de 74 años.

La frecuencia de obesidad presenta un gradiente inverso según el nivel de estudios. En 2011/12, mientras que el 26,7% de la población adulta con educación primaria o inferior era obesa, ese porcentaje fue del 19,0% y del 13,3% en los sujetos con educación secundaria de primer y segundo ciclo respectivamente, y del 9,8% en los de estudios universitarios. Este gradiente se viene observando continuamente desde el inicio de la década estudiada, si bien las diferencias parecen haberse reducido ligeramente.

Tabla 2.8. Porcentaje de personas de 18 años de edad y mayores con obesidad según el nivel de estudios

Nivel de estudios	2001	2003	2006	2009	2011/12
Educación primaria o inferior	22,5	20,9	22,0	24,1	26,7
Secundaria, primer ciclo	10,1	11,0	13,7	14,6	19,0
Secundaria, segundo ciclo	6,6	7,6	11,3	10,5	13,3
Estudios universitarios	6,1	5,8	9,5	9,5	9,8

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Tendencia de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas. España 2001-2011/12. Encuesta Nacional de Salud de España. Años 2001 - 2011/2012.

Tabla 2.9. Porcentaje de personas de 18 años de edad y mayores con obesidad, según la comunidad autónoma de residencia

	2001	2003	2006	2009	2011/12
Andalucía	18,0	17,6	17,9	19,5	21,2
Aragón	12,0	12,4	15,4	15,5	15,7
Asturias	14,1	13,3	14,1	21,6	18,7
Baleares	12,6	12,6	12,1	14,1	15,1
Canarias	14,9	14,6	16,0	15,2	18,2
Cantabria	14,1	12,0	14,0	12,1	11,1
Castilla-La Mancha	15,2	17,1	17,2	18,3	20,6
Castilla y León	10,7	12,0	13,7	12,5	13,8
Cataluña	10,5	11,5	14,5	13,8	14,3
Comunidad Valenciana	13,6	14,6	15,7	15,2	17,3
Extremadura	15,4	19,0	17,4	21,2	21,6
Galicia	11,0	14,4	16,9	16,6	19,2
Madrid	11,5	9,7	12,0	13,5	14,2
Murcia	14,5	15,7	19,3	22,1	20,2
Navarra	7,8	13,7	14,7	11,0	11,2
País Vasco	8,0	10,4	15,6	13,8	15,3
La Rioja	7,2	10,5	11,0	14,5	14,9
Ceuta y Melilla	14,3	12,8	17,4	17,4	19,2

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Tendencia de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas. España 2001-2011/12. Encuesta Nacional de Salud de España. Años 2001 - 2011/2012.

Tabla 2.10. Índice de masa corporal (IMC) en población adulta e infantil

Población adulta (18+ años)	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Peso insuficiente (>18,5 kg/m ²)	2,2	0,9	3,4
Normopeso (18,5-24,9 kg/m ²)	44,2	35,9	52,4
Sobrepeso (25,0-29,9 kg/m ²)	36,7	45,1	28,1
Obesidad (≥30,0 kg/m ²)	17,0	18,0	16,0
Población infantil (2-17 años)	Ambos sexos	Niños	Niñas
Normopeso/peso insuficiente	72,2	71,0	73,5
Sobrepeso	18,3	19,5	16,9
Obesidad	9,6	9,6	9,6

Observaciones: Índice de masa corporal = peso (kg) / talla (m) al cuadrado.

Para la población infantil (2 a 17 años) los puntos de corte son los publicados en Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320: 1-6.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España. Año 2011/2012.

La prevalencia de obesidad infantil (2 a 17 años), se ha mantenido relativamente estable desde 1987. Un 27,9% de esta población padecía obesidad o sobrepeso. De cada 10 niños uno tenía obesidad y dos sobrepeso, con proporción similar en ambos sexos. No había diferencias sustanciales respecto a 2006.

Tabla 2.11. Prevalencia de obesidad por 100 habitantes de 2 a 17 años

	Total	Hombres	Mujeres
Ceuta	24,7	32,0	15,2
Canarias	13,9	9,8	18,6
Murcia	12,6	9,5	16,8
Andalucía	11,7	12,3	11,1
Galicia	10,8	10,8	10,8
Madrid	10,6	11,8	9,4
La Rioja	9,7	7,9	11,6
España	9,6	9,6	9,6
Comunidad Valenciana	9,4	11,7	7,1
Asturias	9,3	9,6	9,0
Baleares	9,0	11,1	7,0
Extremadura	8,8	9,5	8,2
Melilla	8,5	7,4	10,2
Navarra	7,8	9,1	6,3
Castilla - La Mancha	7,2	5,8	8,8
Cataluña	7,2	5,0	9,7
País Vasco	7,0	8,0	5,7
Castilla y León	6,1	8,3	3,6
Cantabria	2,8	3,9	1,6
Aragón	2,7	4,1	1,1

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS). Encuesta Nacional de Salud de España. Año 2011/2012.

Los factores que favorecen la obesidad infantil⁹ son:

- La alimentación inadecuada: excesiva ingesta de calorías, mayor tamaño de las raciones con elevado aporte de azúcares, de grasas saturadas y de proteínas de origen animal, el escaso aporte de alimentos de origen vegetal como son las legumbres, los cereales integrales, verduras y frutas.

⁹ Estrategia NAOS: Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad. Ver apartado de Fuentes

- La escasa actividad física: uso del coche o autobús para ir al colegio, la escasa disponibilidad de espacios habilitados para el juego de los niños en las ciudades y la falta de tiempo o comodidad de los padres donde los juegos al aire libre, las excursiones, los deportes son sustituidos por actividades sedentarias (televisión, ordenador, videojuegos).
- Ambiente obesogénico en el hogar: poco tiempo en familia, comidas delante del televisor, escaso control de la dieta de los niños, técnicas culinarias inadecuadas.
- Ambiente obesogénico en la escuela: insuficiente control de la calidad nutricional de alimentos y bebidas que se adquieren en el colegio, insuficiente educación nutricional, insuficiente actividad física.
- Ambiente obesogénico en la comunidad: escasez de espacios para la práctica deportiva y ocio activo, oferta de alimentos a cualquier hora y en cualquier lugar ricos en energía y con escaso o nulo aporte nutritivo, influencia de los medios de comunicación, industria alimentaria, moda, marketing y publicidad en los cambios sufridos en los hábitos de vida.

2.3 Comportamientos de salud en los escolares¹⁰

2.3.1 Conducta sexual

Esta variable solo se analiza en los adolescentes de 15 a 18 años.

Los datos de la tendencia de estos casi 10 años de estudio nos muestran que entre 2002 y 2006 apareció un importante aumento en el porcentaje de adolescentes que habían mantenido relaciones sexuales coitales, pasando del 26,2% de la muestra al 33,6%, y aumentando ligeramente en el 2010 (34,6% de la muestra). Este aumento se produce, principalmente, por el incremento paulatino que se observa en la proporción de chicos y chicas mayores (17-18 años) que han mantenido este tipo de relaciones. En cualquier caso, es de destacar que las tres cuartas partes de este colectivo en 2002 y las dos terceras partes en 2006 y 2010, no habían mantenido relaciones sexuales.

La media de edad de inicio a la primera relación sexual completa en la muestra de jóvenes de 15 a 18 años es de unos 15 años, habiendo disminuido hasta 2010.

¹⁰ El estudio sobre el comportamiento de los escolares relacionadas con la salud (Health Behaviour in School-aged Children o HBSC) comenzó en 1982 con el fin de conocer en profundidad los estilos de vida de la población escolar y analizar su evolución. Se realiza cada cuatro años y en su última edición en 2010 participaron 43 países. En 2014 se realizará un nuevo estudio.

Este análisis comparativo permite realizar un seguimiento de casi una década a los comportamientos y estilos de vida de los adolescentes españoles de las ediciones de 2002, 2006 y 2010, en las que se incluyen 46.593 adolescentes.

Las directrices internacionales del estudio establecen que cada país debe estudiar a chicos y chicas representativos de la población escolarizada de 11, 13 y 15 años. España también incluye las edades pares (12, 14 y 16 años), así como al grupo de edad de 17-18 años.

En cuanto a los métodos anticonceptivos utilizados por aquellos que sí mantienen relaciones sexuales coitales podemos decir que no los ha utilizado el 8,7% en 2002, el 7,9% en 2006 y el 12,9% en 2010. No obstante hay un alto porcentaje de escolares que no responden estas preguntas sobre todo en 2002.

Tabla 2.12. Conducta sexual de los adolescentes de 15 a 18 años de edad

		2002		2006		2010	
		N	%	N	%	N	%
¿Has mantenido relaciones sexuales completas?	Si	1.711	26,2	3.394	33,6	1405	34,6
	No	4.820	73,8	6.695	66,4	2.656	65,4
	Total	6.531		10.089		4.061	1,9
Método anticonceptivo utilizado en la última relación	No utiliza ningún método	95	8,7	260	7,9	170	12,9
	Preservativo	844	77,2	2.638	80,2	977	74,0
	Píldora anticonceptiva	53	4,8	133	4,0	71	5,4
	Preservativo y Píldora	48	4,4	97	2,9	93	7,0
	Marcha atrás	53	4,8	161	4,9	10	0,8
	No sabe o no contesta	618	36,1	105	3,1	84	6,0
	Total	1.711		3.394		1.405	
Edad de inicio de conducta sexual		Media: 15,4 años		Media: 15,1 años		Media: 14,9 años	
		Desv Tipo 1,4 años		Desv Tipo 1,4 años		Desv Tipo 1,6 años	

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad- Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Universidad de Sevilla. Años 2002-2010.

2.3.2 Contexto familiar

La *estructura familiar* biparental es la más frecuente en las tres ediciones del estudio, seguida, con un porcentaje más bajo, de la estructura familiar monoparental. De una edición a la siguiente se observa una disminución en el porcentaje de las familias biparentales a la vez que un aumento de las familias no tradicionales: monoparentales, reconstituidas, homoparentales y otros tipos de estructuras familiares (adolescentes que viven con abuelos, con hermanos/as o con padres acogedores, así como adolescentes que viven en centros de acogida).

La *comunicación con la madre y con el padre* se perciben mayoritariamente como fáciles o muy fáciles, especialmente en el caso de la comunicación con la madre (80%-85%) frente a los que perciben lo mismo en relación con el padre (58%-68%).

La *percepción de afecto paterno y materno* es alta en las tres ediciones del estudio. Las madres (con valor medio alrededor del 1,7 sobre 2), los padres (en torno al 1,5 sobre 2).

La percepción del afecto paterno y materno disminuye conforme los adolescentes tienen más edad.

2.3.3 Iguales y tiempo libre

En lo relativo a la *hora de llegada a casa*, el porcentaje de adolescentes que tiene que llegar antes de las 10 de la noche aumenta del 38% en 2002 al 45% en 2010. Cuando se analiza el porcentaje de chicos y chicas que pueden llegar más tarde de la 1 de la mañana a casa se vuelve a encontrar que en 2010 este porcentaje es bastante menor que en 2002, por lo que la posibilidad de salir tarde parece que se está restringiendo con el paso de los años.

2.3.4 Contexto escolar

Alrededor del 22% de los adolescentes españoles indica “me gusta mucho la escuela”, los que dicen “me gusta un poco” se sitúan en torno al 40%. El gusto por la escuela es mayor en las chicas que en los chicos y tiende a reducirse conforme aumenta la edad hasta los 15-16 años, estabilizándose en el grupo de 17-18 años. Las diferencias entre chicas y chicos también tienden a reducirse con la edad.

La mayoría de los adolescentes españoles afirman que su rendimiento escolar es percibido como bueno (41,1%) o muy bueno (18,9%) por sus profesores y el porcentaje, además, ha aumentado ligeramente en 2010 respecto a las ediciones anteriores. La percepción del rendimiento escolar es 10 puntos más baja en el alumnado con la capacidad adquisitiva familiar más baja.

El porcentaje de adolescentes que percibe el apoyo del profesorado como alto ha pasado del 30,1% en 2002 a un 41,7% en 2010. Este aumento se manifiesta tanto en chicos como en chicas y en todos los grupos de edad estudiados (13-14, 15-16 y 17-18 años, en el caso de esta variable). En 2010 se observaba un ascenso marcado de la percepción de apoyo alto en los escolares de centros públicos, de manera que desaparecen las diferencias asociadas a la titularidad del centro encontradas en las ediciones anteriores.

2.3.5 Violencia

La frecuencia con la que se ha tenido alguna pelea física en los últimos dos meses ha disminuido levemente a lo largo de las tres ediciones del estudio; en 2010 el 3,3% de los adolescentes españoles dicen haber sufrido algún episodio de maltrato.

Respecto al hecho de *haber participado en un episodio de maltrato* experimenta un claro descenso de 11 puntos desde 2002 (31,2%) a 2010 (20,2%).

El 13,3% manifiesta haber sido *víctima de maltrato en los últimos dos meses*; en 2002 (24,1%) y en 2006 (12,5%).

EL SISTEMA SANITARIO

3 Recursos Asistenciales

3.1 Centros de Salud y consultorios locales

El Sistema Nacional de Salud contaba con 3.004 centros de salud y 10.112 consultorios locales proporcionando una gran accesibilidad geográfica de los servicios a la población.

La proporción media de consultorios locales dependientes de un centro de salud era de 3,4 con un amplio rango dependiente de la mayor o menor dispersión geográfica de los núcleos de población. Esta proporción varía desde los 14,8 de Castilla y León hasta los 0 y 0,2 de INGESA (Ceuta y Melilla) y Galicia respectivamente.

Tabla 3.1. Número de centros de salud (CS) y consultorios locales (CL) de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud por comunidad autónoma y relación de CL/CS

	Centro de salud	Consultorio local	Total	Cociente CL/CS
Andalucía	402	1.114	1.516	2,8
Aragón	118	870	988	7,4
Asturias	68	151	219	2,2
Baleares	57	103	160	1,8
Canarias	108	155	263	1,4
Cantabria	42	105	147	2,5
Castilla y León	246	3.652	3.898	14,8
Castilla-La Mancha	201	1.119	1.320	5,6
Cataluña	416	827	1.243	2,0
Comunidad Valenciana	276	575	851	2,1
Extremadura	109	417	526	3,8
Galicia	394	78	472	0,2
Madrid	262	160	422	0,6
Murcia	81	185	266	2,3
Navarra	57	245	302	4,3
País Vasco	140	182	322	1,3
La Rioja	20	174	194	8,7
Ceuta y Melilla	7	0	7	0,0
SNS	3.004	10.112	13.116	3,4

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Catálogo de Centros de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud. Año 2013.

En los últimos diez años se ha producido un incremento de 248 centros de salud y una disminución de 33 consultorios locales.

3.2 Hospitales, camas hospitalarias y puestos de hospital de día

De los 764 hospitales que estaban en funcionamiento en España, el Sistema Nacional de Salud contaba con 453 de los que 325 eran centros de dependencia pública, 14 correspondían a centros privados que mantenían un concierto sustitutorio¹¹, 92 formaban parte de una red de utilización pública y 22 eran Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS¹²) que atienden el accidente laboral y la enfermedad profesional.

Según la finalidad asistencial, 280 hospitales eran hospitales generales, 34 eran hospitales especializados, 93 de media y larga estancia y 46 se dedicaban a la salud mental y las toxicomanías.

Tabla 3.2. Número de hospitales del Sistema Nacional de Salud según dependencia funcional y finalidad asistencial

	Total	Hospital General	Hospital Especializado	Hospital Media y Larga Estancia	Hospital Salud Mental y Toxicomanías
Público SNS	453	280	34	93	46
Dependencia pública	325	249	11	40	25
Concierto sustitutorio	14	4	2	5	3
Red de utilización pública	92	23	3	48	18
MATEPSS	22	4	18	0	0

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Año 2013, datos provisionales.

¹¹ Hospitales de titularidad privada que prestan toda su oferta asistencial a una población asignada perteneciente al SNS

¹² Las MATEPSS han pasado a denominarse Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social según la Ley 35/2014, de 26 de diciembre, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social en relación con el régimen jurídico de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social

Tabla 3.3. Hospitales del Sistema Nacional de Salud por comunidades autónomas

	Hospitales Públicos SNS
Andalucía	46
Aragón	20
Asturias	11
Baleares	12
Canarias	14
Cantabria	5
Castilla y León	16
Castilla-La Mancha	20
Cataluña	157
Comunidad Valenciana	38
Extremadura	10
Galicia	19
Madrid	38
Murcia	11
Navarra	6
País Vasco	22
La Rioja	6
Ceuta y Melilla	2
Total	453

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Año 2013, datos provisionales.

Los 453 hospitales del Sistema Nacional de Salud ofertaban 109.484 camas, un 79,2% de las 138.153 del total del país.

La tasa de camas en funcionamiento en España era de 3,0 por cada 1.000 habitantes y la correspondiente al Sistema Nacional de Salud 2,3 camas por 1.000 habitantes.

Tabla 3.4. Número y tasa por 1.000 habitantes de camas en funcionamiento en el Sistema Nacional de Salud según finalidad asistencial

	Total	Hospital General	Hospital Especializado	Hospital Media y Larga Estancia	Hospital Salud Mental y Toxicomanías
Público SNS	109.484	88.645	2.706	10.080	8.053
Tasa por 1.000 hab.	2,3	1,9	0,1	0,2	0,2

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Año 2013, datos provisionales.

La mayoría de las camas públicas en funcionamiento se localizan en hospitales generales que junto con los hospitales especializados, proporcionan una tasa de 2,0 por cada 1.000 habitantes.

Si bien el número de camas dimensiona los recursos disponibles para la atención con internamiento, para reflejar mejor la capacidad que tienen los hospitales de realizar actividades también deben tenerse en cuenta los puestos de hospital día donde se realizan actuaciones que no precisan, ni justifican, el internamiento en el hospital.

El Sistema Nacional de Salud contaba 16.413 puestos de hospital de día lo que supuso disponer de 35,2 puestos por cada 100.000 habitantes. La tasa de puestos por cada 100.000 habitantes en España era de 40,1 con una dotación total de 18.694 puestos.

Tabla 3.5. Número y tasa por 100.000 habitantes de puestos de hospital de día del Sistema Nacional de Salud según finalidad asistencial

	Total	Hospital General	Hospital especializado	Hospital Media y Larga Estancia	Hospital Salud Mental y Toxicomanías
Público SNS	16.413	13.354	436	1.381	1.242
Tasa por 100.000 hab.	35,2	28,7	0,9	3,0	2,7

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Año 2013, datos provisionales.

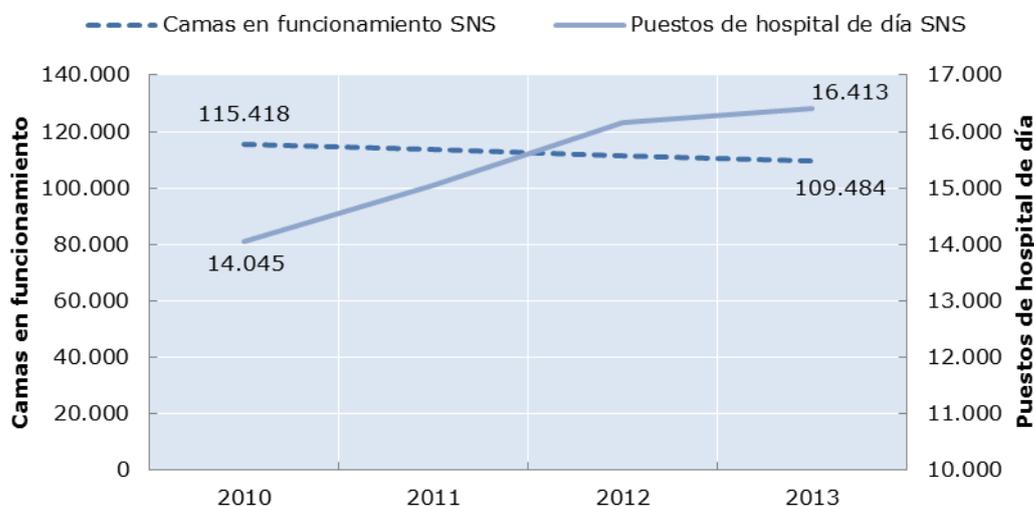
Tabla 3.6. Dotación de camas hospitalarias en funcionamiento y puestos de hospital de día en el Sistema Nacional de Salud

	Camas en funcionamiento SNS		Puestos de hospital de día SNS	
	Número	Tasa por 1.000 hab.	Número	Tasa por 100.000 hab.
Andalucía	13.916	1,7	2.313	27,6
Aragón	3.980	3,0	284	21,3
Asturias	2.966	2,8	442	41,6
Baleares	2.223	2,0	279	25,1
Canarias	4.266	2,0	429	20,3
Cantabria	1.252	2,1	275	46,7
Castilla y León	6.471	2,6	697	27,8
Castilla-La Mancha	4.226	2,0	572	27,4
Cataluña	24.863	3,3	4.860	65,3
Comunidad Valenciana	9.912	2,0	1.206	24,3
Extremadura	3.387	3,1	317	28,9
Galicia	7.738	2,8	823	29,9
Madrid	12.748	2,0	2.056	32,2
Murcia	2.951	2,0	398	27,2
Navarra	1.502	2,4	273	42,9
País Vasco	5.802	2,7	1.094	50,4
La Rioja	936	3,0	69	21,8
Ceuta y Melilla	345	2,1	26	15,5
SNS	109.484	2,3	16.413	35,2

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Año 2013, datos provisionales.

Los puestos de hospital de día son una alternativa a la hospitalización para la atención de determinados tipos de pacientes como son los pacientes crónicos, oncológicos, geriátricos o con problemas de salud mental, los cuales son atendidos durante varias horas en el hospital sin necesidad de pernoctar en una cama de hospitalización.

Gráfico 3.1. Evolución del número de camas en funcionamiento y puestos de hospital de día del Sistema Nacional de Salud



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Año 2013, datos provisionales.

La tendencia descendente del número de camas en funcionamiento se relaciona con la disminución de la estancia media hospitalaria, la disminución de la frecuentación hospitalaria y con un aumento de la actividad sin ingreso.

3.3 Tecnologías médicas

La expansión de las tecnologías médicas, la mayoría de ellas situadas en los hospitales, constituyen uno de los principales impulsores de la mejora en el proceso del diagnóstico y tratamiento de numerosas enfermedades.

Tabla 3.7. Dotación de las tecnologías médicas del Sistema Nacional de Salud número de equipos, porcentaje sobre el total de equipos en funcionamiento y tasa por millón de población (p.m.p.)

	Equipos SNS	% sobre el total de equipos	Tasa p.m.p
Tomografía Axial Computerizada	534	71,8	11,5
Resonancia Nuclear Magnética	294	53,4	6,3
Mamógrafo	418	65,8	9,0
Acelerador lineal + Telecobaltoterapia	179	78,5	3,9

Observaciones: Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Año 2013, datos provisionales.

La tomografía axial computerizada (TAC) y la resonancia nuclear magnética (RNM) son una ayuda en el proceso diagnóstico de un gran número de enfermedades.

La dotación de ambas tecnologías en el Sistema Nacional de Salud era de 534 equipos para la realización de TAC (71,8% del total de equipos en funcionamiento en España) lo que suponía una tasa de 11,5 por millón de población y de 294 aparatos para la realización de resonancias magnéticas (53,4% del total de equipos en funcionamiento) proporcionando una tasa de 6,3 por cada millón de habitantes.

Tabla 3.8. Dotación de Equipos de Tomografía Axial Computerizada (TAC) y de Resonancia Nuclear Magnética (RNM) en el Sistema Nacional de Salud por comunidades autónomas

	T.A.C.		R.N.M	
	Equipos SNS	% sobre el total de equipos en la comunidad autónoma	Equipos SNS	% sobre el total de equipos en la comunidad autónoma
Andalucía	90	70,9	29	44,6
Aragón	20	80,0	10	66,7
Asturias	13	81,3	7	53,8
Baleares	11	50,0	8	42,1
Canarias	15	46,9	6	25,0
Cantabria	8	88,9	4	80,0
Castilla y León	26	65,0	17	56,7
Castilla-La Mancha	29	82,9	11	52,4
Cataluña	87	79,1	60	70,6
Comunidad Valenciana	60	75,9	33	58,9
Extremadura	18	90,0	7	70,0
Galicia	36	72,0	20	52,6
Madrid	64	65,3	55	47,8
Murcia	17	70,8	9	50,0
Navarra	8	66,7	2	33,3
País Vasco	27	69,2	13	48,1
La Rioja	3	75,0	2	66,7
Ceuta y Melilla	2	100,0	1	100,0
SNS	534	71,8	294	53,4

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Año 2013, datos provisionales.

La mamografía facilita el diagnóstico del cáncer de mama, el más común en el caso de las mujeres. Un diagnóstico y una intervención precoces elevan de manera significativa las tasas de supervivencia de este tipo de tumor.

La dotación de mamógrafos en el Sistema Nacional de Salud SNS fue de 418, con una tasa de 9,0 aparatos por cada millón de habitantes.

Tabla 3.9. Dotación de mamógrafos en el Sistema Nacional de Salud por comunidades autónomas

	Equipos SNS	% sobre el total de equipos en la comunidad autónoma
Andalucía	70	61,9
Aragón	25	83,3
Asturias	14	70,0
Baleares	8	50,0
Canarias	14	46,7
Cantabria	5	100,0
Castilla y León	28	73,7
Castilla-La Mancha	19	70,4
Cataluña	76	76,0
Comunidad Valenciana	33	64,7
Extremadura	13	68,4
Galicia	24	63,2
Madrid	52	59,8
Murcia	10	58,8
Navarra	5	71,4
País Vasco	17	54,8
La Rioja	3	75,0
Ceuta y Melilla	2	100,0
SNS	418	65,8

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Año 2013, datos provisionales.

Tabla 3.10. Dotación de Equipos de Radioterapia (bombas de telecobaltoterapia y aceleradores lineales) en el Sistema Nacional de Salud por comunidades autónomas

	Equipos SNS	% sobre el total de equipos en la comunidad autónoma
Andalucía	28	84,8
Aragón	4	80,0
Asturias	6	85,7
Baleares	3	75,0
Canarias	9	81,8
Cantabria	3	75,0
Castilla y León	10	83,3
Castilla-La Mancha	3	100
Cataluña	31	83,8
Comunidad Valenciana	19	79,2
Extremadura	4	100
Galicia	12	100
Madrid	26	60,5
Murcia	5	100
Navarra	3	50,0
País Vasco	11	68,8
La Rioja	2	100
Ceuta y Melilla	0	0
SNS	179	78,5

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Año 2013, datos provisionales.

La dotación de aparatos de radioterapia de la red de hospitales del SNS (bombas de telecobaltoterapia y aceleradores lineales) fue de 179 equipos lo que supone una tasa de 3,9 aparatos por cada millón de habitantes.

3.4 Médicos en ejercicio¹³

En el Sistema Nacional de Salud, trabajaban 111.598 médicos, sin incluir los titulados en formación postgrado¹⁴.

La localización principal de los médicos eran los Hospitales (68,7%); en la Atención Primaria trabajaban el 30,3% de los médicos en ejercicio en el Sistema Nacional de Salud.

En los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061 del SNS trabajaban 3.666 médicos.

Tabla 3.11. Médicos en ejercicio en el Sistema Nacional de Salud, total y distribución por nivel de atención

Nivel de atención sanitaria	Médicos	% sobre total
Atención Primaria del SNS	34.885	31,3
Hospitales Públicos SNS	76.704	68,7
Total	111.598	100

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Año 2013. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Año 2013, datos provisionales.

Los médicos adoptan las decisiones fundamentales sobre promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnósticos y tratamientos y ordenan la mayor parte de la demanda del resto de los recursos humanos en el ámbito de la asistencia.

La Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud contaba con 34.885 médicos, 28.498 de medicina de familia y 6.387 pediatras, lo que supone una tasa de 0,8 médicos por cada 1.000 personas asignadas.

¹³ Según la Encuesta de Población Activa (EPA) 2012 del Instituto Nacional de Estadística (INE), España tenía una tasa de 3,8 médicos por cada 1.000 habitantes lo que suponía contar con 178.833 profesionales médicos trabajando tanto en el sector público como en el privado.

¹⁴ A 31 de diciembre de 2013 los médicos representaban el 85,8% de los 30.135 residentes en formación en las especialidades de Ciencias de la Salud, lo que suponía contar con más de 25.800 médicos especialista en formación postgrado. Ver capítulo de Ordenación Profesional.

Tabla 3.12. Número de profesionales de Medicina de Familia y Pediatría de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud y ratio por cada 1.000 personas asignadas

	Medicina de Familia	Pediatría	Total	Ratio por 1.000 personas asignadas
Andalucía	4.834	1.128	5.962	0,7
Aragón	972	174	1.146	0,9
Asturias	667	125	792	0,8
Baleares	529	139	668	0,6
Canarias	1.173	312	1.485	0,8
Cantabria	365	81	446	0,8
Castilla y León	2.364	287	2.651	1,1
Castilla-La Mancha	1.360	261	1.621	0,8
Cataluña	4.378	1.029	5.407	0,7
Comunidad Valenciana	2.727	780	3.507	0,7
Extremadura	817	134	951	0,9
Galicia	1.869	330	2.199	0,8
Madrid	3.495	873	4.368	0,7
Murcia	828	241	1.069	0,8
Navarra	383	100	483	0,8
País Vasco	1.454	326	1.780	0,8
La Rioja	214	43	257	0,8
Ceuta y Melilla	69	24	93	0,7
SNS	28.498	6.387	34.885	0,8

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Datos procedentes del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Año 2013.

La cifra de médicos en los Servicios de urgencias y emergencias 112/061 del SNS era de 3.666.

Tabla 3.13. Número de profesionales de medicina en los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061 del SNS según comunidad autónoma y funciones de atención que realizaron

	Centro Coordinador	Equipos móviles	Otros	Total
Andalucía	82	885	159	1.126
Aragón	10	117	0	127
Asturias	13	32	0	45
Baleares	13	60	0	73
Canarias	31	114	0	145
Cantabria	8	19	0	27
Castilla y León	21	165	0	186
Castilla - La Mancha	15	170	4	189
Cataluña	68	275	43	386
Comunidad Valenciana	28	218	0	246
Extremadura	8	90	0	98
Galicia	44	68	0	112
Madrid	39	176	242	457
Murcia	17	311	0	328
Navarra	19	12	26	57
País Vasco	24	53	103	180
La Rioja	7	16	0	23
Ceuta y Melilla	10	10	0	20
SNS	457	2.791	418	3.666

Observaciones: El apartado "Otros" se refiere a profesionales que dependiendo de la estructura del 112/061, realizan visitas domiciliarias urgentes (unidades de atención domiciliaria) o bien proporcionan servicios en un centro sanitario. En el resto de las comunidades autónomas estos servicios dependen de la estructura de gestión de Atención Primaria. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Año 2013.

En los hospitales del Sistema Nacional de Salud, trabajaban un total de 76.704 médicos especialistas lo que suponía 1,7 por cada 1.000 habitantes. La distribución de cada 10 médicos por grupos de especialidades era:

- 4 en medicina interna y especialidades médicas
- 2 en cirugía general o de especialidades quirúrgicas.
- 1 en Ginecología y Obstetricia.
- 1 en Traumatología y Ortopedia.
- 1 en Servicios Centrales.
- 1 en el Área de Urgencias.

Tabla 3.14. Número y tasa por 1.000 habitantes de médicos de atención especializada en ejercicio en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud

	Médicos Vinculados	Tasa por 1.000 hab.
Andalucía	11.696	1,4
Aragón	2.630	2,0
Asturias	2.135	2,0
Baleares	1.759	1,6
Canarias	2.940	1,4
Cantabria	968	1,6
Castilla y León	4.241	1,7
Castilla-La Mancha	3.504	1,7
Cataluña	12.404	1,7
Comunidad Valenciana	7.638	1,5
Extremadura	1.833	1,7
Galicia	4.535	1,6
Madrid	11.450	1,8
Murcia	2452	1,7
Navarra	1.177	1,8
País Vasco	4.609	2,1
La Rioja	510	1,6
Ceuta y Melilla	223	1,3
SNS	76.704	1,7

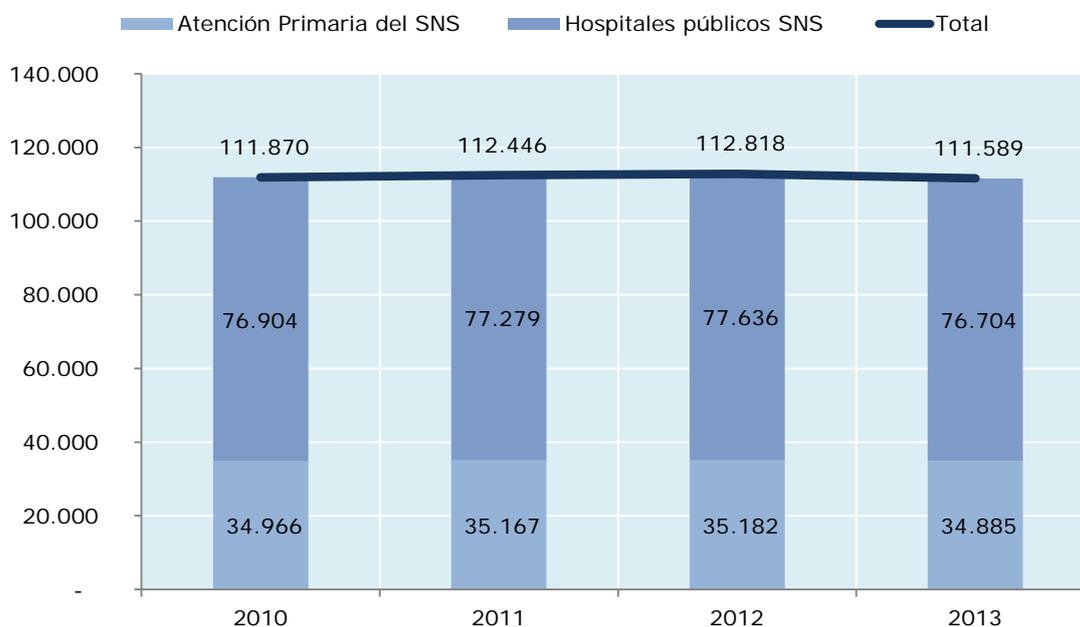
Observaciones: Son médicos vinculados aquellos que tienen contrato con el hospital, ya sea como personal funcionario, laboral o estatutario, a jornada completa o parcial.
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Año 2013, datos provisionales.

En el Sistema Nacional de Salud, el cociente entre médicos que trabajan en los hospitales y médicos que trabajan en los centros de salud era de 2,2.

Una oferta adecuada de médicos, tanto en atención primaria como en atención especializada, geográficamente bien distribuidos, resulta fundamental para proporcionar a los pacientes acceso a una atención médica de calidad.

En el último año se ha producido una minoración en el número de médicos con una disminución más acusada en el ámbito de atención especializada.

Gráfico 3.2. Evolución de número de médicos en el Sistema Nacional de Salud, según nivel de atención



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) Años 2010-2013. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Años 2010-2013, los datos del año 2013 son provisionales.

3.5 Profesionales de enfermería en ejercicio¹⁵

En el Sistema Nacional de Salud desarrollaban su actividad 161.771 profesionales de enfermería, sin incluir enfermeros en formación postgrado¹⁶. El hospital es la localización laboral principal de los efectivos en la proporción del 81,7%.

Los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061 del SNS reúnen a 3.233 profesionales de enfermería.

¹⁵ Según la Encuesta de Población Activa (EPA) del Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2012 España tenía una tasa de 5,2 profesionales de enfermería por cada 1.000 habitantes lo que suponía contar con 245.300 profesionales trabajando tanto en el sector público como en el sector privado.

¹⁶ A 31 de diciembre de 2013 había 30.135 residentes en formación en las especialidades en Ciencias de la Salud que incluye Médicos, Farmacéuticos, Químicos, Biólogos, Psicólogos, Radio físicos y Enfermeros. Los enfermeros representaban el 6,4%, lo que suponía contar con más de 1.900 enfermeros en formación especializada de postgrado. Ver capítulo de Ordenación Profesional.

Tabla 3.15. Personal de enfermería en ejercicio en el Sistema Nacional de Salud, total y distribución por nivel de atención

Nivel de atención sanitaria	Profesionales Enfermería	% sobre total
Atención Primaria del SNS	29.526	18,3
Hospitales Públicos SNS	132.245	81,7
Total	161.771	100

Observaciones: Profesionales de enfermería de los Hospitales Públicos SNS incluye matronas y enfermeros especialistas.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Año 2013. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Año 2013, datos provisionales.

Los centros de salud y consultorios, de Atención Primaria, cuentan con 29.526 profesionales de enfermería, con una ratio de 0,7 enfermeros por cada 1.000 personas asignadas.

Tabla 3.16. Número de profesionales de enfermería en Atención Primaria del SNS, según comunidad autónoma y ratio por 1.000 personas asignadas

	Profesionales Enfermería	Ratio por 1.000 personas asignadas
Andalucía	5.069	0,6
Aragón	932	0,7
Asturias	678	0,6
Baleares	551	0,5
Canarias	1.196	0,6
Cantabria	368	0,7
Castilla y León	2.117	0,9
Castilla-La Mancha	1.503	0,8
Cataluña	5.095	0,7
Comunidad Valenciana	3.080	0,7
Extremadura	902	0,8
Galicia	1.762	0,7
Madrid	3.245	0,5
Murcia	808	0,6
Navarra	460	0,7
País Vasco	1.467	0,6
La Rioja	212	0,7
Ceuta y Melilla	81	0,6
SNS	29.526	0,7

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Año 2013.

La cifra de profesionales de enfermería en los Servicios de urgencias y emergencias 112/061 del SNS se situó en 3.233 profesionales.

Tabla 3.17. Número de profesionales de enfermería en los Servicios de urgencias y emergencias 112/061, según comunidad autónoma y lugar de la actividad asistencial

	Centro Coordinador	Equipos móviles	Otros	Total
Andalucía	0	917	221	1.138
Aragón	6	102	0	108
Asturias	0	30	0	30
Baleares	0	60	0	60
Canarias	0	133	0	133
Cantabria	0	21	0	21
Castilla y León	0	164	0	164
Castilla - La Mancha	12	180	0	192
Cataluña	53	368	15	436
Comunidad Valenciana	0	218	0	218
Extremadura	6	91	0	97
Galicia	7	68	0	75
Madrid	15	167	22	204
Murcia	6	314	0	320
Navarra	0	12	34	46
País Vasco	23	90	69	182
La Rioja	0	17	0	17
Ceuta y Melilla	0	10	0	10
SNS	131	2.962	140	3.233

Observaciones: El apartado "Otros" se refiere a profesionales que dependiendo de la estructura del 112/061, realizan visitas domiciliarias urgentes (unidades de atención domiciliaria) o bien proporcionan servicios en un centro sanitario. En el resto de las comunidades autónomas estos servicios dependen de la estructura de gestión de Atención Primaria.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Año 2013.

Por último los hospitales del Sistema Nacional de Salud cuentan con 132.245 profesionales de enfermería con una tasa de 2,8 por cada 1.000 habitantes.

Tabla 3.18. Número y tasa por 1.000 habitantes de profesionales de enfermería en los hospitales del Sistema Nacional de Salud según comunidad autónoma

	Profesionales Enfermería	Tasa por 1.000 hab.
Andalucía	20.565	2,5
Aragón	5.094	3,8
Asturias	3.580	3,4
Baleares	3.270	2,9
Canarias	5.476	2,6
Cantabria	1.801	3,1
Castilla y León	7.344	2,9
Castilla-La Mancha	5.909	2,8
Cataluña	21.180	2,8
Comunidad Valenciana	12.469	2,5
Extremadura	3.000	2,7
Galicia	8.106	2,9
Madrid	18.678	2,9
Murcia	3.904	2,7
Navarra	2.044	3,2
País Vasco	8.448	3,9
La Rioja	943	3,0
Ceuta y Melilla	434	2,5
SNS	132.245	2,8

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Año 2013, datos provisionales.

Gráfico 3.3. Evolución del número de profesionales de enfermería en el Sistema Nacional de Salud



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Años 2004-2013. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Años 2004-2013, los datos del año 2013 son provisionales.

La tendencia que se venía produciendo de incremento progresivo del número de profesionales de enfermería en el Sistema Nacional de Salud se ha truncado en los últimos años con un cambio de la tendencia, produciéndose fundamentalmente entre 2011 y 2012, una disminución de los efectivos esencialmente en el ámbito de atención especializada.

3.6 Centros, Servicios y Unidades de Referencia del SNS

El establecimiento de Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud (CSUR-SNS) tiene como objetivo:

Mejorar la equidad en el acceso de todos los ciudadanos a los servicios de alto nivel de especialización que necesitan la concentración de la experiencia garantizando así una atención sanitaria de calidad, segura y eficiente.

Se trata de mejorar la atención de las patologías y procedimientos de baja prevalencia, teniendo en cuenta que cualquier procedimiento deberá estar previamente incluido en la Cartera común de servicios del SNS.

Los CSUR del SNS deben:

- Atender a todos los pacientes en igualdad de condiciones, independientemente de su lugar de residencia.
- Proporcionar atención en equipo multidisciplinar: asistencia sanitaria, apoyo para confirmación diagnóstica, definir estrategias terapéuticas y de seguimiento y actuar de consultor para las unidades clínicas que atienden habitualmente a estos pacientes.
- Garantizar la continuidad en la atención entre etapas de la vida del paciente (niño-adulto) y entre niveles asistenciales.
- Evaluar los resultados.

Cualquier Servicio o Unidad que se proponga para ser CSUR debe contar con la autorización sanitaria de la Comunidad Autónoma donde esté ubicado, conforme a lo establecido en el Real Decreto 1277/2003 y en la normativa autonómica que regule esta materia, y disponer del informe favorable de la autoridad competente de dicha comunidad.

Desde el año 2006 el Comité de Designación de CSUR, que depende del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), es el órgano que lidera y coordina este proyecto. Lo preside y gestiona la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, y está constituido por representantes de todas las Comunidades Autónomas e INGESA, la Organización Nacional de Trasplantes, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Carlos III y la Subdirección General de Calidad y Cohesión.

En el año 2013 en SNS contaba con 177 CSUR, 11 de los cuales se autorizaron ese mismo año. Daban cobertura a 53 patologías o procedimientos complejos y estaban ubicados en 42 centros.

Gráfico 3.4. Mapa de distribución de los 177 CSUR según comunidad autónoma



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Cartera Básica del SNS y Fondo de Cohesión. Año 2013.

Tabla 3.19. Relación de nuevos CSUR designados en 2013

Unidad	Hospital	Comunidad Autónoma
Cardiopatías familiares (incluye miocardiopatía hipertrófica)	Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca	Murcia
Asistencia integral del adulto con cardiopatía congénita	Hospital Universitario Ramón y Cajal	Madrid
Neurocirugía pediátrica compleja	Hospital de Sant Joan de Déu	Cataluña
	Hospitals Vall d'Hebrón	
	Hospital 12 de octubre	Madrid
	Hospital Universitario La Paz	
	Hospital Universitario La Fe	C. Valenciana
Atención de la patología vascular raquímedular	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	Cantabria
	Complejo Universitario de San Carlos	Madrid
	Hospital Universitario La Fe	C. Valenciana
Atención al lesionado medular complejo	Institut Guttmann	Cataluña

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Cartera Básica del SNS y Fondo de Cohesión. Año 2013.

En el año 2013 se inició el proceso de acreditación de 16 nuevos centros, servicios y unidades, a petición del Comité de Designación. Los informes se realizaron según lo establecido en el Real Decreto de 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los CSUR-SNS.

Tabla 3.20. Informes de acreditación de CSUR-SNS

Unidad	Hospital	Comunidad Autónoma
Trasplante de páncreas	Hospital Universitario de Salamanca	Castilla y León
Asistencia integral al neonato con cardiopatía congénita y del niño con cardiopatía congénita compleja	Hospital Sant Joan de Deu	Cataluña
Arritmología y electrofisiología pediátrica	Hospital Sant Joan de Deu	Cataluña
Cardiopatías familiares	Hospital Universitario de Majadahonda	Madrid
Epilepsia refractaria	Hospital del Mar	Cataluña
Esclerosis Múltiple	Hospital Universitario de Majadahonda	Madrid
Esclerosis Múltiple	Hospital Universitario de Basurto	País Vasco
Patología vascular raquimedular	Hospital Universitario Ramón y Cajal	Madrid
Enfermedades Metabólicas Congénitas	Hospital Universitario de Cruces	País Vasco
Enfermedades Metabólicas Congénitas	Hospital Universitario Vall d'Hebrón	Cataluña
Enfermedades Metabólicas Congénitas	Hospital Universitario Ramón y Cajal	Madrid
Enfermedades Metabólicas Congénitas	Hospital Universitario La Paz	
Enfermedades Metabólicas Congénitas	Hospital Universitario 12 Octubre	
Síndromes neurocutáneos congénitos (Facomatosis)	Hospital Germans Trias y Pujol - ICO	
Síndromes neurocutáneos congénitos (Facomatosis)	Hospital Sant Joan de Deu	Cataluña

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Año 2013.

3.7 Red de equipos de trasplante de órganos sólidos

En España un total de 44 hospitales estaban autorizados para llevar a cabo programas de trasplante de órganos para riñón, hígado, corazón, pulmón, páncreas, intestino delgado y otros, tanto para adultos como para niños. El número de equipos de coordinación eran 187, formados por 261 médicos y 163 enfermeras. El 95% de los médicos y el 66% de las enfermeras tenían una dedicación a tiempo parcial para las actividades de coordinación, lo que les permitía continuar con su trabajo previo. Un 85% de los médicos coordinadores pertenecían a la especialidad de Medicina Intensiva, siendo un 49% en el caso de las enfermeras.

El número de equipos de trasplante renal existentes en España era de 46, distribuidos en 40 hospitales (7 equipos de trasplante renal infantil y 39 de trasplante renal en adulto); a cada equipo le correspondía prácticamente una población de 1 millón.

En el caso del trasplante hepático había 29 equipos en 25 hospitales, siendo la ratio de población atendida de 1,6 millones.

Existían 20 equipos de trasplante cardíaco (ratio de población de 2,3 millones) y 8 centros con programa activo para la realización de trasplante pulmonar; esto supone una ratio de población atendida por centro de 6,75 millones.

Tabla 3.21. Red de equipos de trasplantes

CCAA	Equipos de Tx. (*) Renal (Infantil)	Equipos de Tx. (*) Hepático (Infantil)	Equipos de Tx. (*) cardíaco (Infantil)	Equipos de Tx. (*) Pulmonar (Infantil)	Equipos de Tx. (*) cardio-pulmonar (Infantil)	Equipos de Tx. de páncreas-riñón, y combinaciones (Infantil)	Equipos de Tx. de intestino (Infantil)
Andalucía	6 (1)	5 (1)	3 (1)	2 (1)	1	2	
Aragón	1	1	1	0	0		
Asturias	1	1					
Baleares	1						
Canarias	2	1				1	
Cantabria	1	1	1	1		1	
Castilla y León	2	1	1			1	
Castilla- La Mancha	2						
Cataluña	8 (2)	4 (1)	4 (1)	2 (1)	(1)	2	1
Com. Valenciana	5 (1)	3 (1)	1	1	1	1	
Extremadura	1	1					
Galicia	2	2	2 (1)	1		2	
Madrid	9 (2)	6 (2)	5 (2)	3 (1)	1	2 (1)	3 (2)
Murcia	1	1	1			1	
Navarra	1	1	1				
País vasco	2 (1)	1					
La Rioja	1						
Total equipos	46 (7)	29 (5)	20 (5)	10 (3)	4 (1)	13 (1)	4 (2)
Número hospitales	40	25	16	8	4	13	3

Observaciones: Tx (*) trasplante, () Trasplante infantil.

Fuentes: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Organización Nacional de Trasplantes (ONT). Año 2013.

3.8 Centros y Servicios de transfusión sanguínea

La red de "Centros de Transfusión Sanguínea" (CTS) que se dedican a la extracción y procesamiento de sangre y componentes, estaba constituida por 24 Centros, todos ellos públicos, cuya gestión dependía de las comunidades autónomas. Los Servicios de transfusión (ST), responsables de la terapia transfusional y atención al paciente, estaban ubicados en la red hospitalaria en número de 400.

En 1984 se puso en marcha el Plan Nacional de Hemoterapia (PNH), con los objetivos de:

- Autosuficiencia nacional en sangre y derivados, en base a la donación voluntaria y no remunerada
- Garantías de seguridad para el donante y receptor
- Utilización óptima de sangre y derivados

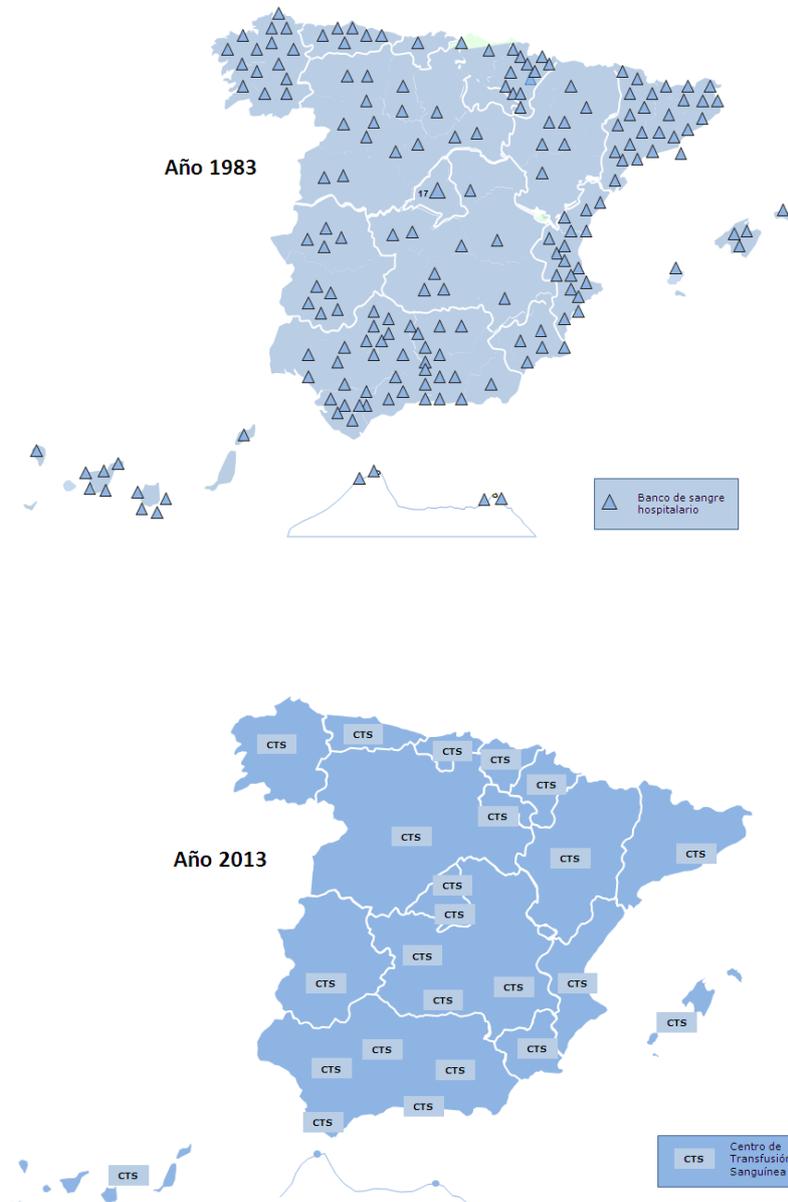
Para su consecución se establecieron cinco campos de actuación fundamentales:

1. Reforma estructural de los Bancos de Sangre hospitalarios: creación de los Centros Comunitarios de Transfusión Sanguínea (Concentración de Recursos).
2. Creación de una infraestructura de planificación y evaluación del plan.
3. Puesta en marcha de actuaciones sobre la comunidad para la promoción de la donación altruista.
4. Cooperación internacional.
5. Fraccionamiento industrial del plasma (para la obtención de derivados tales como factores de coagulación, albúmina e inmunoglobulinas).

El desarrollo del PNH posibilitó la adopción de medidas normativas, económicas y técnicas, encaminadas a la creación y desarrollo de nuevas estructuras: los Centros Comunitarios de Transfusión Sanguínea (CTS), así como al desarrollo de los correspondientes planes autonómicos.

En relación a la estructura de la red transfusional, se produjo una gran concentración de recursos pasando de contar con una red de más de 500 bancos hospitalarios a disponer de 24 CTS, actualmente únicas estructuras autorizadas a elaborar componentes sanguíneos para transfusión.

Gráfico 3.5. Evolución de la red transfusional en España



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información del Sistema Nacional para la Seguridad Transfusional (SI-SNST). Plan Nacional de Hemoterapia. Años 1983 – 2013.

4 Ordenación Profesional

4.1 Formación sanitaria especializada

En el acceso a la Formación Sanitaria Especializada (FSE) del año 2013, que corresponde con la Convocatoria 2012/13, se ofertaron 7.844 plazas y se mantuvo la tendencia de incremento en el número de aspirantes de las tres convocatorias previas.

El volumen total de aspirantes fue de 41.211. Esto supuso un incremento del 9% en el conjunto de titulaciones con respecto a la convocatoria precedente. El incremento se produjo, fundamentalmente, a expensas de los aspirantes de enfermería con un aumento del 13,3% respecto a la convocatoria previa y a los médicos con un incremento del 3.2%. El aumento porcentual en las especialidades de química, biología y radiofísica no tuvo gran impacto en números absolutos.

Tabla 4.1. Pruebas de acceso a la Formación Sanitaria Especializada

	Oferta 2012/13	Admitidos a examen Convocatoria 2012/13	Adjudicatarios Convocatoria 2012/13	Plazas no adjudicadas	Variación número admitidos Conv. 2012/13vs 2011/12 (%)
Médicos	6.388	14.022	6.349	39	3,2
Farmacéuticos	273	1.509	273	0	8,7
Químicos	22	341	22	0	25,8
Biólogos	39	858	39	0	16,9
Psicólogos	128	3.928	128	0	6,4
Radiofísicos	31	351	31	0	16,6
Enfermería	963	20.202	963	0	13,3
TOTAL	7.844	41.211	7.805	39	9,0

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Ordenación Profesional. Convocatoria Año 2012/13.

En la Convocatoria 2012/13 se aplicaron por primera vez dos nuevas medidas. La primera, con el objetivo de incrementar la calidad de los profesionales que acceden a la FSE, mediante la exigencia de una nota de corte igual o superior al 30% de la media aritmética obtenida por los diez mejores exámenes de cada una de las titulaciones. Con anterioridad, sólo se exigía que la puntuación del examen fuera positiva. La aplicación de esta medida supuso que el 21,3% de los aspirantes presentados a examen no superasen esta prueba y por tanto, no accedieran a los actos de adjudicación de plazas. La segunda medida, para garantizar la adaptación de la normativa de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, consistió en reservar un 7% de las plazas ofertadas a personas

con discapacidad igual o superior al 33 %. Se adjudicaron todas las plazas reservadas a personas con discapacidad en las titulaciones del ámbito de la Biología, Química, Psicología y Física. Sin embargo, en Medicina solo se adjudicaron 33 de las 447 plazas reservadas al cupo de personas con discapacidad, en Farmacia 6 de las 19 plazas y en Enfermería 50 de las 67 plazas.

El Pleno de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud fijó en septiembre de 2013 la Oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada de la Convocatoria 2013/14 atendiendo a las propuestas realizadas por las Comunidades Autónomas y el Instituto de Gestión Sanitaria (INGESA).

La oferta de plazas de la Convocatoria 2013/14 ascendió a un total de 7.784 plazas, 7.548 en régimen de residencia y 236 en régimen de alumnado.

Tabla 4.2. Plazas ofertadas por titulación

	Oferta plazas residencia	Oferta plazas alumnado	Reserva personas con discapacidad	Total OFERTA 2013/14
Medicina	6.145	192	430	6.337
Farmacia	234	44	19	278
Química	12	0	1	12
Biología	43	0	3	43
Psicología	130	0	9	130
Radiofísica	29	0	2	29
Enfermería	955	0	67	955
TOTAL	7.548	236	531	7.784

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Ordenación Profesional. Convocatoria Año 2013/14.

Tabla 4.3. Evolución de la oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada

	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	% variación
Médicos	6.948	6.874	6.707	6.389	6.337	-3,6
Farmacéuticos	304	298	309	273	278	1,8
Químicos	31	20	19	22	12	-45,4
Biólogos	39	41	52	39	43	10,3
Psicólogos	131	136	141	128	130	1,6
Radiofísicos	34	34	34	31	29	-6,4
Enfermería	611	848	1.002	963	955	-0,8
TOTAL	8.098	8.251	8.264	7.845	7.784	-0,8

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Ordenación Profesional. Años 2009/10 – 2013/2014.

El número de plazas convocadas se redujo un 0,8% en términos globales, respecto a la convocatoria previa. Esta reducción de plazas es acorde con las necesidades de especialistas del sistema sanitario y con los recursos disponibles, garantizando ampliamente la reposición de las plantillas por las jubilaciones.

El cupo para médicos extracomunitarios se ha limitado al 4 % en una primera vuelta, frente al 8% de la convocatoria anterior, pudiendo ampliarse hasta un 5% en una segunda vuelta, siempre y cuando existan plazas no adjudicadas una vez finalizado el llamamiento de todos los posibles adjudicatarios. El cupo para aspirantes extracomunitarios en las titulaciones de Farmacia y Enfermería se ha fijado en el 3% y en el 2% respectivamente. Estos aspirantes debían estar en posesión de la correspondiente autorización de residencia o de estancia por estudios. Asimismo, debieron acreditar su conocimiento del idioma castellano, mediante el Diploma de español de Nivel Superior C1 o C2, según la clasificación derivada del Marco Común Europeo de referencia para las lenguas.

4.2 Especialistas en formación

El 31 de diciembre de 2013 había en España 30.135 especialistas en formación de las 58 especialidades en Ciencias de la Salud.

Tabla 4.4. Residentes en formación

Especialidad	Residentes	Especialidad	Residentes
Medicina Familiar y Comunitaria	6.544	Otorrinolaringología	315
Pediatría y Áreas Específicas	1.666	Endocrinología y Nutrición	302
Medicina interna	1.525	Microbiología y Parasitología	274
Anestesiología y Reanimación	1.309	Medicina Preventiva y Salud Pública	238
Cirugía Ortopédica y Traumatológica	1.072	Geriatría	209
Obstetricia y Ginecología	1.057	Neurocirugía	205
Psiquiatría	957	Enfermería Pediátrica	200
Cirugía Gral. y del Aparato Digestivo	904	Reumatología	198
Enfermería Obstétrico-Ginecológica	887	Oncología Radioterápica	196
Radiodiagnóstico	858	Alergología	194
Medicina intensiva	752	Bioquímica Clínica	189
Cardiología	748	Angiología y Cirugía Vascul ar	188
Oftalmología	668	Medicina de Educación Física y Deporte	186
Farmacia Hospitalaria	594	Cirugía Plástica Estética y Reparadora	171
Aparato Digestivo	554	Cirugía Oral y Maxilofacial	164
Psicología Clínica	540	Medicina Nuclear	148
Neurología	487	Neurofisiología Clínica	137
Oncología Médica	474	Enfermería Geriátrica	130
Hematología y Hemoterapia	465	Cirugía Cardiovascular	128
Urología	464	Medicina Legal y Forense	119
Neumología	424	Cirugía Pediátrica	108
Enfermería de Salud Mental	367	Inmunología	99
Nefrología	353	Radiofísica Hospitalaria	98
Medicina Física y Rehabilitación	344	Farmacia Industrial y Galénica	86
Enfermería Familiar y Comunitaria.	338	Cirugía Torácica	84
Medicina del Trabajo	320	Farmacología Clínica	50
Análisis Clínicos	319	Radiofarmacia	41
Anatomía Patológica	317	Hidrología Médica	34
Dermatología Médico-Quirúrgica y V.	316	Enfermería del Trabajo	21
TOTAL			30.135

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Ordenación Profesional. Año 2013.

4.3 Acreditación de centros, unidades y dispositivos docentes

En 2013 se produjeron 43 nuevas acreditaciones de unidades docentes y en 4 unidades se incrementó la capacidad docente previa. Además, se acreditaron 4 centros docentes nuevos y 19 dispositivos docentes que se integran en la estructura de las unidades docentes acreditadas para complementar o mejorar los itinerarios formativos de los residentes. Asimismo se realizó la suspensión cautelar de la acreditación de tres unidades docentes en las que existían deficiencias formativas.

El incremento global de las plazas acreditadas durante 2013 fue de 168. Por especialidad, el mayor incremento en las plazas acreditadas se produce en la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, 158 plazas. Entre las especialidades médicas se incrementa en 9 plazas la acreditación de Psiquiatría y se reduce en 30 la de Medicina Familiar y Comunitaria.

Al finalizar 2013 se contaba con 2.800 unidades docentes acreditadas con un total de 9.599 plazas (20 por cada 100.000 habitantes); de ellas 192 correspondían a unidades docentes multiprofesionales, donde se forman conjuntamente residentes de especialidades a las que se accede con distinta titulación, pero que se desarrollan en campos asistenciales afines.

Tabla 4.5. Variación de plazas acreditadas por comunidad autónoma

Cataluña	88
Murcia	40
Asturias	9
Canarias	7
Madrid	6
País Vasco	5
Galicia	4
Extremadura	3
Castilla y León	3
C. Valenciana	3
Castilla-La Mancha	1
Aragón	0
Cantabria	0
La Rioja	0
Illes Balears	0
Navarra	0
INGESA	0
Andalucía	-1

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Ordenación Profesional. Año 2013.

A lo largo de 2013 se realizaron, con el apoyo de equipos de auditoría vinculados con las comunidades autónomas, 21 auditorías de centros docentes acreditados para la formación sanitaria especializada en ciencias de la salud.

Tabla 4.6. Auditorias de centros docentes

Hospital/Centro	Localidad	Comunidad
Hospital Infanta Elena	Huelva	Andalucía
Hospital Universitario San Cecilio	Granada	
Hospital Universitario Virgen de la Victoria	Málaga	
Hospital Universitario Virgen de las Nieves	Granada	
Hospital Arnau de Vilanova	Valencia	C Valenciana
Hospital de Sagunto	Sagunto	
Hospital Dr. Peset	Valencia	
Hospital Francesc de Borja	Gandía	
Hospital Marina Baixa	Villajoyosa	
Hospital Universitario Sant Joan	San Juan	Canarias
Complejo Hospitalario Dr. Negrín	Las Palmas	
Hospital Ntra.Sra. de Candelaria	S. C. de Tenerife	Castilla y León
Complejo Asistencial de Burgos	Burgos	
Hospital de Tortosa Verge de la Cinta	Tortosa	Cataluña
Hospital Uniersitario de Lleida Arnau de Vilanova	Lleida	
Institut Universitari Dexeus	Barcelona	
Complejo Hospitalario de Cáceres	Cáceres	Extremadura
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Hospital do Meixoeiro)	Vigo	Galicia
Fundación Jiménez Díaz	Madrid	Madrid
Hospital Infantil Niño Jesús	Madrid	
Hospital Donostia	San Sebastián	País Vasco

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Calidad y Cohesión. Año 2013.

También se realizaron 30 auditorías de unidades docentes, que han permitido simultáneamente el pilotaje de nuevos cuestionarios de auditoria adaptados a los programas formativos correspondientes a las especialidades de Cardiología, Cirugía Cardiovascular, Radiodiagnóstico y Medicina Intensiva.

Tabla 4.7. Auditorias de unidad docente

Especialidad	Hospital/Centro	Localidad
Neurocirugía	Complejo Hospitalario Torrecárdenas	Almería
Radiodiagnóstico		
Cardiología	Hospital Universitario Virgen de la Macarena	Sevilla
Cirugía Cardiovascular		
Medicina Intensiva		
Radiodiagnóstico		
Cardiología	Hospital Universitario Germans Trías y Pujol	Badalona
Cirugía Cardiovascular		
Medicina Intensiva		
Radiodiagnóstico		
Cardiología	Hospital Vall de Hebrón	Barcelona
Cirugía Cardiovascular		
Medicina Intensiva		
Radiodiagnóstico		
Cardiología	Complejo Asistencial de León	León
Radiodiagnóstico		
Cardiología	Hospital General Universitario de Elche	Elche
Radiodiagnóstico		
Cardiología	Complejo Hospitalario Universitario A Coruña	A Coruña
Cirugía Cardiovascular		
Medicina Intensiva		
Radiodiagnóstico		
Cardiología	Hospital Universitario La Paz	Madrid
Cirugía Cardiovascular		
Medicina Intensiva		
Radiodiagnóstico		
Cardiología	Clínica Universitaria de Navarra	Pamplona
Radiodiagnóstico		
Cardiología	Hospital Universitario de Cruces	Barakaldo
Radiodiagnóstico		

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Calidad y Cohesión. Año 2013.

4.4 Reconocimiento de títulos

Durante el año 2013 se reconocieron 559 títulos de diferentes profesiones sanitarias, obtenidos en países de la Unión Europea por nacionales de los Estados miembros.

Tabla 4.8. Reconocimiento de títulos de las profesiones sanitarias de la Unión Europea (UE)

Médico	173
Médico especialista	125
Enfermera responsable de cuidados generales	94
Fisioterapeutas	45
Odontólogo	44
Enfermera especialista (matrona)	42
Farmacéutico	13
Veterinario	13
Óptico-optometrista	4
Logopeda	3
Psicólogo especialista en psicología clínica	2
Biólogo especialista	1
TOTAL	549

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Ordenación Profesional. Año 2013.

En la distribución por países destaca el reconocimiento del título de médico obtenido en Alemania (54), seguido de Italia (42); de enfermera especialista, Reino Unido con 29 y de enfermera responsable de cuidados generales, Rumanía con 23; de fisioterapeuta y de Odontólogo, destacan las 15 plazas de Alemania.

El número de solicitudes de reconocimiento de títulos de especialista en Ciencias de la Salud procedentes de países extracomunitarios recibidas durante el año 2013 ascendió a 259.

Durante 2013 se emitieron 226 credenciales de reconocimiento en alguna de las especialidades en Ciencias de la Salud. De ellas, 99 corresponden a la especialidad de Anestesiología y Reanimación (43,8%), 20 a Pediatría y sus Áreas específicas (8,8%), 17 a Medicina Familiar y Comunitaria (7,5%), 11 a Neurocirugía (4,9%) y el resto se distribuyen en 21 especialidades. Por país de procedencia de la titulación, se destaca el reconocimiento de 60 títulos de especialista de Argentina, 55 de Cuba, 49 de Venezuela y 12 de Nicaragua.

Tabla 4.9. Reconocimiento de títulos extranjeros de especialista en Ciencias de la Salud

País Especialidad	Total especialidad	País																		
		Albania	Argentina	Bolivia	Chile	Colombia	Cuba	R. Dominicana	Ecuador	Egipto	EE.UU	Guatemala	México	Marruecos	Nicaragua	Perú	El Salvador	Serbia	Uruguay	Venezuela
Enfermería Obstétrico- Ginecológica	7		3		1										2					
Anatomía Patológica	1						1													
Anestesiología y Reanimación	99	1	20	1		14	21	1	1			5			9	2			2	22
Cardiología	7		3				2			1										1
Cirugía Cardiovascular	1						1													
Cirugía General y del Aparato Digestivo	4		2			1														1
Cirugía Ortopédica y Traumatológica	1																			1
Cirugía Pediátrica	2		1																	1
Cirugía Plástica, Estética y Reparadora	2		2																	
Dermatología	7		3			1	1													2
Hematología y Hemoterapia	4		2				1													1
Medicina Familiar y Comunitaria	17		1				15	1												
Medicina Física y Rehabilitación	1		1																	
Medicina Intensiva	3																		3	
Medicina Interna	2		1																	1
Nefrología	4		1				1													1
Neurocirugía	11	1	2				4					2			1					1
Obstetricia y Ginecología	4						1					1		1						1
Oftalmología	12		4			1	3													5
Otorrinolaringología	3		1				1					1								
Pediatría y Áreas Específicas	20		9			1					1		1					1		7
Psiquiatría	3					1	2													
Radiodiagnóstico	5		3								1									1
Reumatología	1																			1
Urología	5		1				1													3
Total país origen	226	2	60	1	1	19	55	2	1	1	1	9	1	1	12	2	1	6	49	

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Ordenación Profesional. Año 2013.

5 Actividad, calidad y accesibilidad de los Servicios Sanitarios

5.1 Actividad en atención primaria

En atención primaria del Sistema Nacional de Salud se realizaron 375 millones de consultas el 97% de las cuales se atendieron en los centros sanitarios y el 3% restante en domicilio.

La frecuentación media de la población a medicina fue de 5,3 visitas por persona asignada y año (5,4 a medicina de familia y 5 a pediatría). En enfermería, esta media se situó en 2,9 visitas por persona y año.

Tabla 5.1. Actividad asistencial ordinaria según profesional de Atención Primaria del SNS

	Consultas por persona asignada y año					Número de consultas
	2009	2010	2011	2012	2013	2013
Medicina	5,6	5,4	5,5	5,3	5,3	243.334.798
Medicina de familia	5,6	5,5	5,6	5,5	5,4	210.402.201
Pediatría	5,3	5,2	5,4	4,9	5,0	32.932.597
Enfermería	2,9	2,8	2,8	2,8	2,9	131.716.252
Total						375.051.050

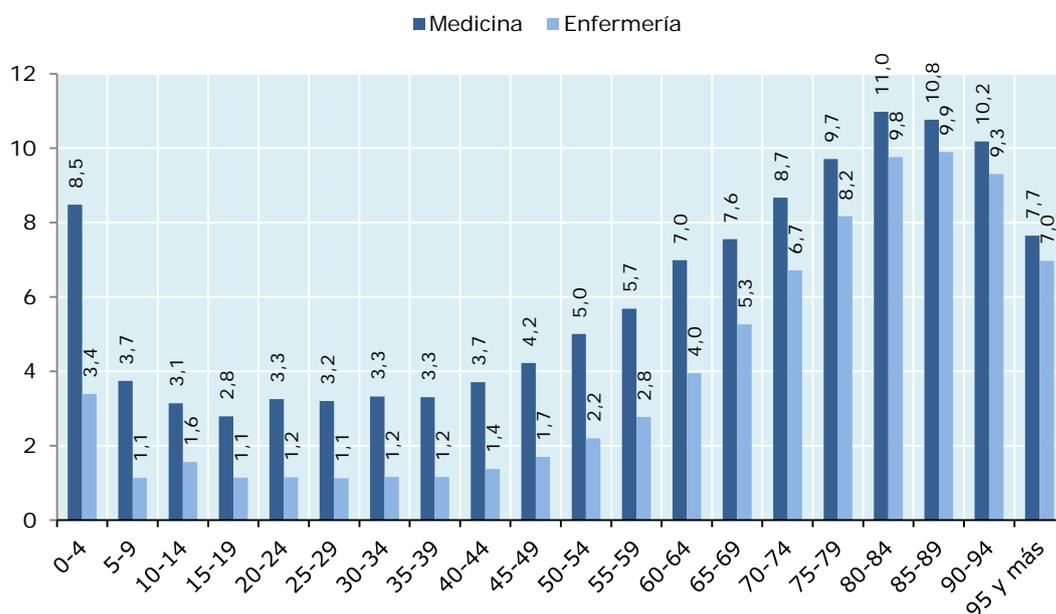
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Años 2009 – 2013.

Por sexo, la frecuentación a medicina fue superior en mujeres (5,9) que en varones (4,4), mientras que en enfermería estas diferencias se acortan ligeramente (3,1 frente a 2,5, respectivamente).

Por grupos de edad, la frecuentación media a medicina en el primer quinquenio, de 0 a 4 años, es de 8,5 consultas por niño y año; esta decrece hasta 2,8 durante la adolescencia (15 a 19 años), grupo de edad que tiene la frecuentación más baja. El ascenso posterior, muy paulatino hasta los 45 años, aumenta más claramente a partir de esa edad, alcanzando el pico de frecuentación más alta el grupo de 80-84 años, con una media de 11 visitas al año.

En enfermería, la frecuentación promedio es de 3,4 visitas/año en el grupo de 0 a 4 años, descendiendo hasta 1,1 consulta por persona y año, e iniciando un ascenso progresivo a partir de los 45 años hasta llegar a los grupos con mayor frecuentación (85 a 89 años), con 9,9 vistas/persona y año.

Gráfico 5.1. Frecuentación general por grupos de edad en Medicina y Enfermería de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud

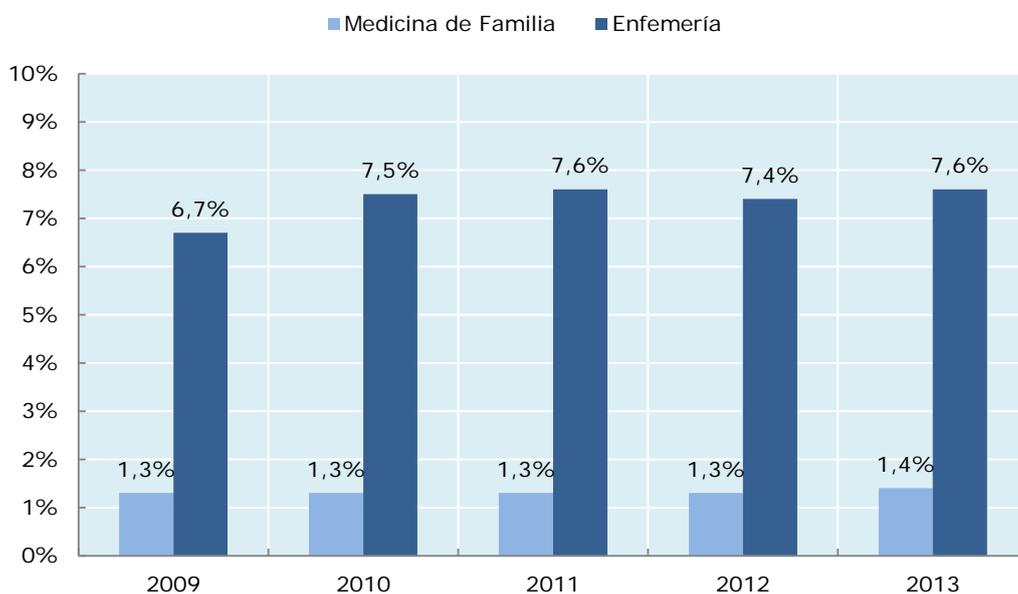


Observaciones: En los datos de Medicina se incluye Medicina de Familia y Pediatría.
 Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Año 2013.

La atención a domicilio (3% de la actividad y 12,9 millones de consultas) osciló de manera importante en función del tipo de profesional.

La actividad domiciliaria es pequeña en el caso de la pediatría (13.000 consultas), supuso el 1,4% del total de la actividad de medicina de familia (2,9 millones) y el 7,6% de la de enfermería (10 millones de visitas a domicilio).

Gráfico 5.2. Actividad domiciliaria como porcentaje del total de actividad, según profesional de la atención



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Años 2009-2013.

Las personas mayores de 65 años son las destinatarias principales de la actividad domiciliaria, con un porcentaje similar en medicina de familia (84%) y en enfermería (86%) respecto al total de domicilios realizados por cada tipo de profesional.

5.2 Vacunación infantil

El acceso de la población infantil a la vacunación sistemática de enfermedades prevenibles mediante la misma ha logrado reducir de forma importante su morbilidad y mortalidad.

A propuesta de la Comisión de Salud Pública, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó en 2013 el calendario común de vacunación infantil.

Los ciudadanos, en la proporción de 8 de cada 10 (79,9% de los preguntados en el Barómetro Sanitario), consideran que en todas las comunidades autónomas debe haber un único calendario de vacunas infantiles.

El calendario de vacunación aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud recomienda la vacunación sistemática de la población infantil frente a la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, el sarampión, la rubéola, la parotiditis, la

infección por *Haemophilus influenzae* tipo b, la hepatitis B, la enfermedad meningocócica invasora por serogrupo C, la varicela y la infección por virus del papiloma humano.

Tabla 5.2. Calendario común de vacunación infantil acordado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

Primer año de vida	Vacunación frente a hepatitis B (HB) a los 0, 2 y 6 meses.
	Vacunación frente a meningococo C (MenC) a los 4 meses.
Segundo año de vida	Vacunación de recuerdo frente a difteria, tétanos, tosferina, poliomielitis y <i>Haemophilus influenzae</i> (DTPa, VPI, Hib), a los 18 meses.
	Triple Vírica (SRP), 1ª dosis a los 12 meses.
	Vacunación frente a MenC a los 12 meses.
Edad de 3 a 6 años	Vacunación de recuerdo DTPa a los 6 años.
	Triple Vírica (SRP), 2ª dosis en la franja de edad de 3 a 4 años.
Edad de 10 a 16 años	Vacunación de recuerdo frente a tétanos y difteria (Td) a los 14 años.
	Vacunación frente a MenC a los 12 años
	Vacunación frente a varicela (2 dosis) en personas que refieran no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunadas con anterioridad.
	Vacunación frente a virus de papiloma humano (VPH) a mujeres a los 14 años.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Memoria de actividades del Consejo Interterritorial del SNS. Año 2013.

El porcentaje de niños que han recibido la serie básica de las vacunas recomendadas es del 95,6%.

Tabla 5.3. Porcentaje de coberturas de primovacunación (series básicas)

	2009	2010	2011	2012	2013
Poliomielitis	95,9	96,6	97,1	96,3	95,6
Difteria-tétanos-tosferina (DTPa)	95,9	96,6	97,1	96,3	95,6
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib),	95,9	96,6	97,1	96,3	95,6
Hepatitis B	95,5	96,5	96,6	95,8	95,2
Enfermedad meningocócica por serogrupo C.	97,4	97,8	98,0	96,6	95,8

Observaciones: El porcentaje de cobertura de primovacunación expresa el porcentaje de niños de 0 a 1 año de edad que han recibido tres dosis de vacuna frente a poliomielitis, difteria-tétanos-tosferina (DTPa), *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), hepatitis B y dos dosis de vacuna frente a enfermedad meningocócica por serogrupo C.

Para el cálculo de las coberturas de vacunación se han utilizado sólo las dosis administradas en los Servicios Oficiales de Vacunación. No se incluyen las vacunas adquiridas en Oficinas de Farmacia ni las administradas por el sector sanitario privado.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de vacunaciones. Años 2009-2013.

El porcentaje de niños de 1 a 2 años que recibieron las dosis de recuerdo recomendadas es superior al 92,3% en todos los casos.

Tabla 5.4. Porcentaje de coberturas de vacunación de refuerzo: niños vacunados de 1 a 2 años

	2009	2010	2011	2012	2013
Poliomielitis	94,1	93,7	94,3	92,9	92,3
Difteria-tétanos-tosferina (DTPa)	94,1	93,7	94,1	93,1	92,3
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	94,1	93,7	94,1	92,9	92,3
Enfermedad meningocócica serogrupo C.	96,5	94,2	98,8	94,8	96,1

Observaciones: Para el cálculo de las coberturas de vacunación se han utilizado sólo las dosis administradas en los Servicios Oficiales de Vacunación. No se incluyen las vacunas adquiridas en Oficinas de Farmacia ni las administradas por el sector sanitario privado.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de vacunaciones. Años 2009-2013.

Por su parte, la vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (SRP) en niños de 1 a 2 años es de más del 95%, superando el 90% los que recibieron la dosis de recuerdo recomendada.

Tabla 5.5. Porcentaje de coberturas de vacunación de Sarampión-Rubéola-Parotiditis

	2009	2010	2011	2012	2013
Primera dosis: niños de 1 a 2 años	97,4	95,5	96,8	97,1	95,3
Segunda dosis: niños de 3 a 6 años	90,4	92,3	91,3	90,3	90,7

Observaciones: Para el cálculo de las coberturas de vacunación se han utilizado sólo las dosis administradas en los Servicios Oficiales de Vacunación. No se incluyen las vacunas adquiridas en Oficinas de Farmacia ni las administradas por el sector sanitario privado.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de vacunaciones. Años 2009-2013.

5.3 Vacunación de la gripe estacional en personas mayores

La gripe es una enfermedad infecciosa común que afecta a personas de todas las edades, con un alto impacto en la salud de la población y en la asistencia sanitaria de un país. En ciertos momentos del año la gripe puede poner al sistema sanitario bajo una enorme presión asistencial. La repercusión en cuanto a morbilidad es mayor entre las personas de edad avanzada y las que padecen trastornos crónicos.

La cobertura de vacunación de la gripe estacional en personas mayores fue del 56,4%, con un rango que va desde el 66,4% en La Rioja hasta el 26,8% de Ceuta.

Tabla 5.6. Cobertura de vacunación frente a la gripe en personas mayores de 65 años por comunidades autónomas

	Cobertura (%) mayores 65 años
Andalucía	58,7
Aragón	58,2
Asturias	58,1
Baleares	46,7
Canarias	54,8
Cantabria	57,3
Castilla y León	66,3
Castilla-La Mancha	56,0
Cataluña	52,8
Comunidad Valenciana	52,8
Extremadura	55,6
Galicia	52,0
Madrid	60,5
Murcia	49,0
Navarra	59,4
País Vasco	59,9
La Rioja	66,4
Ceuta	26,8
Melilla	34,4
España	56,4

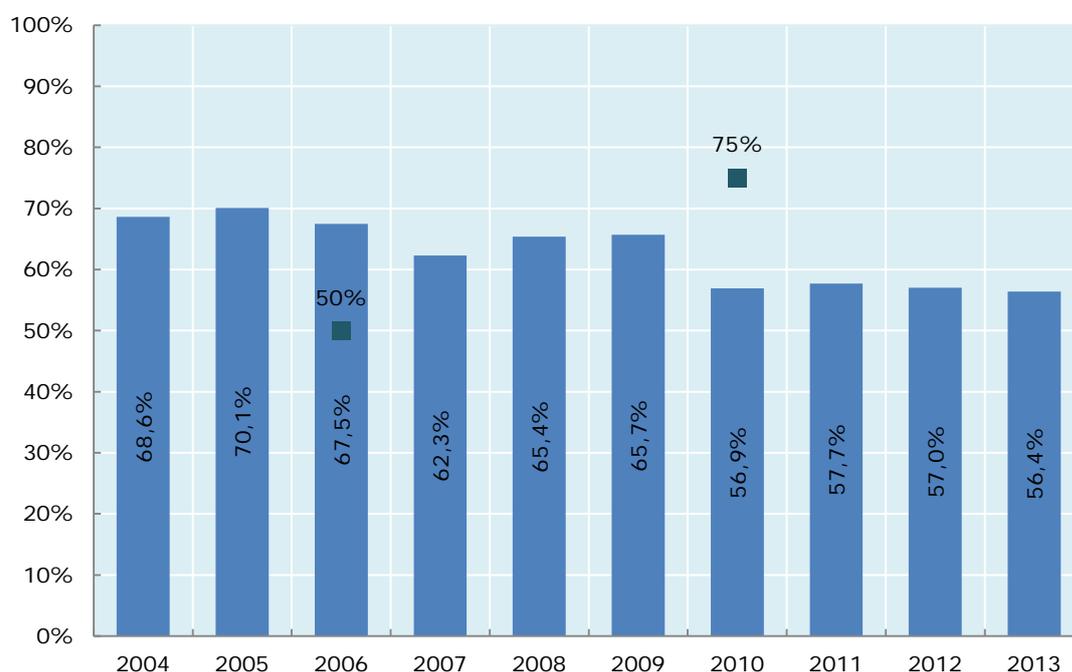
Observaciones: Cataluña: ≥ 60 años. Galicia: Datos obtenidos a través del Registro del Programa Gallego de Vacunación (RVACU).

Para el cálculo de las coberturas de vacunación se han utilizado sólo las dosis administradas en los Servicios Oficiales de Vacunación. No se incluyen las vacunas adquiridas en Oficinas de Farmacia ni las administradas por el sector sanitario privado.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, campaña 2013.

La cobertura de vacunación frente a la gripe estacional en personas mayores está disminuyendo en los últimos tiempos, aunque se mantiene en porcentajes superiores al 50%.

Gráfico 5.3. Evolución de la cobertura de vacunación frente a la gripe en personas mayores de 65 años



Observaciones: En el año 2003 los países participantes en la Asamblea Mundial de la Salud, incluidos todos los países miembros de la Unión Europea se propusieron como objetivo que la cobertura de vacunación de las personas mayores fuera al menos del 50% en 2006 y de 75% en 2010. Para el cálculo de las coberturas de vacunación se han utilizado sólo las dosis administradas en los Servicios Oficiales de Vacunación. No se incluyen las vacunas adquiridas en Oficinas de Farmacia ni las administradas por el sector sanitario privado.
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadísticas de Vacunación, campañas 2000-2013.

5.4 Actividad urgente extra-hospitalaria

Fuera del espacio hospitalario, el Sistema Nacional Salud cuenta con dos ámbitos organizativos para dar respuesta a las demandas de atención urgente de la población: la coordinada a través de los teléfonos 112/061 por los Servicios de urgencias y emergencias y la atención prestada por el nivel de Atención Primaria.

5.4.1 Actividad urgente en centros de Atención Primaria y domicilios

Esta actividad se realiza en los 1.942 puntos de urgencias extra hospitalarios existentes para la atención urgente en horario distinto del habitual, ya sean centros de salud que permanecen abiertos con esa finalidad, u otros centros en donde pueden ubicarse servicios de urgencias de Atención Primaria (o denominaciones similares).

Además de la atención prestada en dichos centros, los profesionales se desplazan también a los domicilios de los pacientes.

Esta actividad urgente ascendió a 25,5 millones de visitas, lo que supuso una frecuentación media de 0,6 consultas urgentes por persona y año.

Respecto del lugar en el que se llevó a cabo la atención, el 95% de la actividad global fue realizada en los centros sanitarios.

De la actividad domiciliaria, las personas mayores de 65 años fueron los destinatarios principales con un 75% con respecto al total de domicilios realizados.

5.4.2 Actividad urgente de los servicios de urgencias y emergencias 112/061

Los centros coordinadores de urgencias y emergencias recibieron 6,3 millones de demandas sanitarias urgentes de los ciudadanos.

Tabla 5.7. Número de demandas urgentes atendidas por los servicios 112/061 por tipo de demanda, y tasas por cada 1.000 personas

	Número de demandas	Demandas por 1.000 personas
Demandas sanitarias	6.316.806	138
Demandas informativas	1.023.243	25
Incidentes sanitarios	5.293.563	115

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Año 2013.

Del total de las demandas recibidas, el 16% fueron resueltas por los profesionales receptores de las llamadas, sin requerir la intervención del personal sanitario, son las denominadas "demandas informativas". El resto se registraron como "incidente sanitario".

El 32% de estos "incidentes sanitarios" generaron: un consejo sanitario, una recomendación al usuario de acudir a un centro sanitario o una derivando de la demanda a un centro de Atención Primaria para que un profesional sanitario se desplace para atenderla.

El resto de los "incidentes" necesitó la movilización de algún tipo de vehículo específico, siendo las ambulancias el dispositivo más movilizad, fueron utilizadas en el 61% de los "incidentes".

5.5 Accesibilidad a la atención primaria

La Atención Primaria es el primer nivel asistencial cercano a los ciudadanos con una visión integral del paciente y tiene como característica principal su accesibilidad.

La demanda de servicios se produce fundamentalmente de manera espontánea por parte de los ciudadanos y habitualmente es necesaria una cita previa para acceder a las consultas ordinarias no urgentes. De cada 10 personas, algo más de 4 manifestaron que “siempre o casi siempre” se les facilitó cita con el médico de familia para el mismo día en que la habían solicitado.

Tabla 5.8. Citación con el médico de familia

<i>“Cuando pide cita con el médico de centro de salud para ir el mismo día, ¿se la dan...?”</i>					
	2009	2010	2011	2012	2013
Siempre + casi siempre	40,7	41,6	39,5	39,2	40,5
Casi nunca + nunca	55,2	57,6	58,4	58,8	57,5
NS / NC	4,1	0,8	2,1	2,0	2,0

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario. Años 2008-2013.

Quienes no habían obtenido la cita para el mismo día, casi 6 de cada 10 ciudadanos, tuvieron que esperar una media de 3,5 días para recibir la asistencia solicitada.

5.6 Actividad en hospitales y consultas externas

5.6.1 Actividad médica, quirúrgica y obstétrica

En los hospitales del Sistema Nacional de Salud se produjeron unos 4 millones de altas lo que supone el 75,8% del total de las altas que se producen en el sector hospitalario español.

Del mismo modo, en el Sistema Nacional de Salud se realizaron 77,6 millones de consultas por los médicos especialistas (84,2% del total de las efectuadas en España), se han atendido 20,5 millones de urgencias (78,0% del total del sector) y se han ejecutado 3,5 millones de intervenciones quirúrgicas, de las que más de 1,3 millones se realizaron con cirugía mayor ambulatoria.

De cada 4 intervenciones quirúrgicas que se realizaron en España, 3 se hicieron en alguno de los hospitales del SNS.

También se atendieron en los hospitales del Sistema Nacional de Salud cuatro de cada cinco partos. Fueron atendidos 332.352 partos (79% del total), 22% de los cuales

fueron mediante cesárea. Para la totalidad del sector (público y privado) el porcentaje de cesáreas fue del 25,4%.

En cuanto a las consultas externas, sin contar Ginecología y Obstetricia, las especialidades quirúrgicas, supusieron el 42% del total de consultas, siendo Traumatología con un 12% y Oftalmología, con un 11% del total de consultas, las más frecuentadas. Las especialidades médicas recibieron el 46% de consultas.

Tabla 5.9. Actividad médica, quirúrgica y obstétrica en hospitales y centros de especialidades según dependencia

	SNS	Total hospitales
Altas (miles)	3.979,9	5.145,0
Altas/1000 hab.	85,4	110,4
Consultas (miles)	77.632,1	92.152,3
Consultas/1.000 hab.	1.666,2	1.977,9
Urgencias (miles)	20.518,0	26.297,7
Urgencias/1.000 hab.	440,4	564,4
Actos quirúrgicos (miles)	3.503,07	4.915,7
Actos quirúrgicos/1.000 hab.	75,2	105,5
Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) (miles)	1.129,4	1.522,6
Partos vaginales	258.919	313.856
Cesáreas	73.433	106.770
Total de Partos	332.352	420.626
% Cesáreas	22,1	25,4

Fuente. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Año 2013, datos provisionales.

5.6.2 Estancia media y estancia media pre-operatoria

La estancia media de los pacientes ingresados se situó en 8 días siguiendo una tendencia descendente, en el año 2010 era de 8,3 días.

Tabla 5.10. Indicadores de actividad asistencial según dependencia

	SNS	Total hospitales
Estancia media (días)	8,0	7,6
Índice de ocupación %	79,2	77,22
Índice de rotación	36,4	37,2
Porcentaje de 1ªconsultas /totales %	32,8	35,1
Porcentaje de urgencias ingresadas %	11,6	10,5
Presión de urgencias %	63,3	56,2
Intervenciones quirúrgicas /quirófanos	1.138	1.141

Fuente. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Año 2013

El índice de rotación¹⁷ creció en los últimos años, situándose en 36,4, mientras que en el año 2010 era de 35,1. En el grupo de hospitales de agudos la estancia media pasó de 6,9 a 6,6 días y el índice de rotación aumento de 41,2 a 42,7.

La estancia media ha sido considerada como un indicador de eficiencia vinculada al desarrollo de una práctica clínica resolutive. Un descenso en la estancia media, junto con un aumento en el del índice de rotación, implica una mayor productividad en el área de hospitalización, especialmente teniendo en cuenta el descenso que viene observándose en el número de camas en funcionamiento.

Necesitaron hospitalización más del 42% de los más de 3,5 millones de actos quirúrgicos que se realizaron en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. La estancia media pre-operatoria en los hospitales de agudos era 1,6 días; el tiempo transcurrido desde que un paciente ingresa en el hospital hasta que se realiza la intervención quirúrgica programada era inferior a 1 día (0,8) y para los ingresos urgentes se precisó una media de 3,2 días hasta la intervención .

La estancia media pre-operatoria refleja, aunque con significado distinto según el tipo de ingreso (programado o urgente), la capacidad de resolución asistencial. Cuando la actividad es programada nos aproxima a la eficiencia en la medida en que, en algunos casos, pueden reflejar un uso inapropiado de los recursos hospitalarios.

¹⁷ Número de pacientes que han ocupado una cama a lo largo del año

5.6.3 Cirugía sin ingreso hospitalario

El número de procedimientos quirúrgicos que anualmente son llevados a cabo de forma ambulatoria, sin ingreso hospitalario, supera el millón, con un porcentaje de sustitución de casi el 45% del abordaje mediante ingreso.

La extensión de prácticas quirúrgicas menos invasivas, con menor riesgo de complicaciones postquirúrgicas inmediatas, así como los avances en las técnicas anestésicas con una más rápida recuperación, han hecho posible que la cirugía sin ingreso haya aumentado notablemente en la última década.

Las operaciones de cataratas constituyen un ejemplo ilustrativo de la cirugía que se lleva a cabo en la actualidad de manera predominantemente ambulatoria. El progresivo envejecimiento de la población ha supuesto un incremento paralelo de este procedimiento quirúrgico, pero la seguridad y el coste- efectividad de la cirugía como procedimiento ambulatorio ha sido aún más importante en esta evolución, lo que ha determinado su incremento.

Así, en 2013 el 97,8% de las intervenciones de cataratas se habían realizado de forma ambulatoria sin precisar la hospitalización de los pacientes.

Tabla 5.11. Intervenciones de cataratas, número total y proporción de procesos realizados con y sin hospitalización

	Total de intervenciones	Intervenciones con hospitalización	% intervenciones con hospitalización	Intervenciones sin hospitalización	% intervenciones sin hospitalización
2013	306.968	6.753	2,2	300.215	97,8
2012	283.484	7.344	2,6	276.140	97,4
2011	280.184	8.582	3,1	271.602	96,9
2010	275.880	10.517	3,8	265.363	96,2
2009	272.810	11.716	4,3	261.094	95,7
2008	258.265	13.546	5,2	244.719	94,8
2007	252.059	16.285	6,5	235.774	93,5
2006	247.534	19.259	7,8	228.275	92,2
2005	226.199	21.534	9,5	204.665	90,5
2004	197.866	26.022	13,2	171.844	86,8

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Registro de Altas –CMBD de los hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud. Años 2004-2013, los datos del año 2013 son provisionales.

Otros procesos de cirugía ambulatoria frecuentes, aunque con tasas de ambulatorización inferiores a la de las cataratas, son las intervenciones de reparación de hernia inguinal y las amigdalectomías: un 51,8% de los casos (72% más que en 2004) y un 31,1% de ellas fueron realizadas ambulatoriamente (45% más que en 2004).

Tabla 5.12. Evolución de las intervenciones de hernia inguinal y amigdalectomía, número total y proporción de procesos realizados sin hospitalización

	2004		2013	
	Total de intervenciones	Intervenciones sin hospitalización	Total de intervenciones	Intervenciones sin hospitalización
Hernia Inguinal	69.372	30,1	72.853	51,8
Amigdalectomía	17.526	21,5	24.753	31,1

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Registro de Altas –CMBD de los hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud. Años 2004-2013, los datos del año 2013 son provisionales.

5.7 Calidad asistencial

5.7.1 Hospitalización potencialmente evitable

El 6,4% del total de altas en pacientes de 15 o más años de los hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud corresponden a patologías originadas por situaciones consideradas potencialmente evitables.

Los diagnósticos incluidos corresponden a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la insuficiencia cardiaca congestiva, la hipertensión arterial, la neumonía y la infección en el tracto urinario.

Este grupo de patologías, por lo general, de larga evolución, requieren de múltiples cuidados de salud, acciones orientadas a promover el autocuidado y con una vigilancia y tratamiento preferentemente ambulatorio, proporcionado preferentemente en el ámbito de la Atención Primaria.

Las hospitalizaciones evitables puede considerarse como un indicador indirecto de la efectividad de los cuidados de salud que se presta en la Atención Primaria y más extensamente en el ámbito ambulatorio: una mayor y mejor atención sanitaria en este nivel mostrará una menor prevalencia de hospitalización de estas patologías.

El porcentaje de las altas hospitalarias de patologías originadas por situaciones consideradas potencialmente evitables se mantuvo en los últimos años (5,9% en 2010) en valores alrededor del 6%.

Tabla 5.13. Hospitalización potencialmente evitable en hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud

	% sobre total de altas
Total	6,5%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1,7%
Insuficiencia cardíaca congestiva	3,3%
Hipertensión Arterial	0,7%
Neumonía	0,1%
Infección del tacto urinario	1,1%

Fuente. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Explotación Estadística del Registro CMBD de altas de hospitales del Sistema Nacional de Salud, iCMBD. Año 2012

5.7.2 Fractura de cadera en pacientes ingresados

La fractura de cadera en pacientes ingresados es un evento adverso que debería ocurrir raramente, su presencia medida como número de altas con diagnóstico de fractura de cadera sobre el total de altas es un buen indicador de seguridad de pacientes.

La evitación de efectos adversos en los pacientes ingresados es una clara preocupación de nuestro sistema sanitario. Los datos en el Sistema Nacional de Salud eran muy bajos, 0,06 fracturas de cadera en pacientes ingresados por cada 100 altas hospitalarias, con una tendencia muy estable.

5.7.3 Mortalidad intrahospitalaria post-infarto agudo de miocardio

Los avances en el diagnóstico y tratamiento de trastornos agudos se han traducido en mejoras de las patologías potencialmente mortales. Uno de los indicadores de medida de la calidad de la atención es la mortalidad intrahospitalaria post-infarto agudo de miocardio medida como el número de altas hospitalarias por fallecimiento post-infarto agudo de miocardio en relación al total de altas por infarto agudo de miocardio.

Los datos en el Sistema Nacional de Salud sitúan en 7,3 las muertes post-infarto agudo de miocardio por cada 100 altas con diagnóstico de infarto agudo de miocardio, con una tendencia claramente descendente; en 2008 era de 9,0 y 8,3 en 2010.

5.8 Lista de espera en consultas externas y cirugía programada

La tasa de pacientes pendientes de una primera consulta en especialidades básicas se situó en 2013 en 39,0 por 1.000 habitantes, con un tiempo medio de espera de 67 días, lo que supone un incremento de 8 días más respecto a la situación el año precedente.

Tabla 5.14. Situación de la lista de espera de consultas externas en el SNS

	Total primeras consultas y especialidades básicas		
	Número de pacientes pendientes por 1.000 hab.	% con fecha asignada > de 60 días	Tiempo medio de espera (días)
Ginecología	3,2	40,9	106
Traumatología	7,3	40,5	78
Oftalmología	7,7	47,1	78
Digestivo	2,2	34,7	69
Urología	1,7	39,4	64
Dermatología	5,4	45,8	63
Neurología	2,1	42,6	60
Cardiología	1,6	38,1	54
Cirugía General y Aparato Digestivo	1,5	22,6	47
O.R.L.	2,3	22,6	42
TOTAL	39,0	38,9	67

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según el tiempo medio de espera. Porcentaje de especialidades básicas sobre el total de consultas externas: 78%. Información referida a 15 Comunidades Autónomas e INGESA (Ceuta y Melilla).

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Listas de Espera en el SNS (SISLE). Año 2013.

Tabla 5.15. Evolución de la lista de espera de consultas externas en el SNS

	Pacientes por 1.000 habitantes	% de pacientes con cita > de 60 días	Tiempo medio de espera (días)
Diciembre 2013	39,0	39	67
Diciembre 2012	42,2	36	59
Diciembre 2011	36,1	38	58
Diciembre 2010	33,0	35	53
Diciembre 2009	40,2	37	59
Diciembre 2008	37,5	37	59
Diciembre 2007	39,3	34	58

Observaciones: Los datos corresponden a 14 comunidades autónomas (15 desde 2012) e INGESA. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Listas de Espera en el SNS (SISLE). Años 2007-2013.

El Sistema Nacional de Salud hace seguimiento de la situación de las lista de espera a través de un sistema de información específico que en el caso de la cirugía que no tiene carácter urgente (cirugía programada) ofrecía a 31 de diciembre de 2013 los siguientes datos.

Tabla 5.16. Situación de la lista de espera quirúrgica en el SNS. Distribución por especialidades

Especialidades	Pacientes en espera estructural (*)	Pacientes por 1.000 hab.	% > de 6 meses	Tiempo medio de espera (días)
Neurocirugía	9.701	0,2	23,0	160
Cirugía Plástica	17.099	0,4	18,8	133
Traumatología	156.017	3,4	20,9	129
Cirugía Pediátrica	14.365	0,3	15,8	113
Urología	37.665	0,8	7,8	106
Angiología /Cir. Vascular	14.338	0,3	14,3	103
Cirugía Torácica	1.525	0,0	11,2	102
Cirugía General y de Digestivo	105.863	2,3	12,1	95
Cirugía Maxilofacial	7.272	0,2	9,9	94
Otorrinolaringología (ORL)	37.801	0,8	12,2	92
Cirugía Cardíaca	3.460	0,1	5,2	75
Oftalmología	114.102	2,5	12,1	72
Ginecología	24.492	0,5	3,6	61
Dermatología	15.636	0,3	0,6	49
TOTAL	559.335	12,3	14,0	98

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según el tiempo medio de espera.

(*) En un Servicio de Salud los datos del total de LEQ han sido estimados a partir de los procesos seleccionados / el porcentaje de más de 6 meses y tiempo medio de espera corresponden a dichos procesos.

Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera en el SNS (SILE). Año 2013.

La tasa de pacientes en lista de espera estructural¹⁸ era de 12,3 pacientes por 1.000 habitantes. La cifra de pacientes que esperaron más de 6 meses se situó en 14,0% y el tiempo medio de espera fue de 98 días para el conjunto de pacientes.

¹⁸ Paciente en situación de ser intervenidos quirúrgicamente de manera no urgente pero cuya espera es atribuible a los recursos disponibles y a la organización.

Tabla 5.17. Evolución de lista de espera quirúrgica en el SNS

	% de pacientes con espera > de 6 meses	Tiempo medio de espera (días)
Diciembre 2013	14,0	98
Diciembre 2012	16,5	100
Diciembre 2011	9,9	73
Diciembre 2010	5,4	65
Diciembre 2009	5,7	67
Diciembre 2008	6,7	71
Diciembre 2007	7,4	74
Diciembre 2006	7,1	70
Diciembre 2005	8,5	83
Diciembre 2004	8,4	78

Observaciones: Hasta el año 2012 los datos corresponden a catorce comunidades autónomas e INGESA, desde 2012 los datos corresponden a quince comunidades autónomas e INGESA.
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Listas de Espera en el SNS (SISLE). Años 2004-2013.

La proporción de ciudadanos que creían que en el último año el problema de las listas de espera había empeorado o seguía igual era del 64,2 %.

La opinión mayoritaria de los ciudadanos acerca de qué circunstancia consideran que es la principal o más importante a tomar en cuenta para establecer el orden de las listas de espera quirúrgica es el criterio clínico, ya sea por la gravedad particular del proceso o por la valoración general que tenga el médico del paciente (84,4%) con una notable diferencia con las demás.

Tabla 5.18. Circunstancias para establecer el orden de la lista de espera quirúrgica

En pacientes con la misma enfermedad y necesidad de ser operados, ¿cuáles de las siguientes circunstancias cree Ud. que se deben tener en cuenta para establecer el orden de la lista de espera quirúrgica? (Máximo 3 respuestas)		
	2013	Orden
El criterio médico de prioridad o gravedad	84,4	1
Que el problema de salud repercuta en la autonomía del paciente para su propio cuidado	35,6	2
La fecha de entrada de los pacientes en la lista de espera	29,2	3
Que el problema de salud del paciente le impida trabajar	23,1	4
Que el problema de salud del paciente repercuta en el cuidado de las personas a su cargo	23,3	5
NS/NC.	3,9	-

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario. Año 2013.

En cuanto a las demás circunstancias, aunque hay diferencias porcentuales entre ellas, se puede inferir que los ciudadanos las consideran como de menor trascendencia.

Los ciudadanos consideran como la segunda circunstancia más importante “que el problema de salud repercuta en la autonomía del paciente para su propio cuidado” que reúne el 35,6% de las respuestas. Después, la consideración de “la fecha de entrada de los pacientes en la lista de espera” (29,2%) y por último, con proporciones similares (23%) que el problema de salud impida trabajar al paciente o repercuta en el cuidado de las personas a su cargo. En la apreciación de la importancia de las distintas circunstancias no hay diferencias destacables en mujeres y hombres ni por grupos de edad.

5.9 Actividad en centros, servicios y unidades de referencia (CSUR)

El sistema de información para el seguimiento de los Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) cumplió 5 años en 2013.

Las fuentes de información para el proyecto CSUR son dos:

A. *Sistema de Información del Fondo de Cohesión (SIFCO)*, que recoge los datos de los pacientes derivados entre Comunidades Autónomas y que permite analizar el seguimiento de los flujos de pacientes, los motivos de traslado a los CSUR, las patologías y procedimientos que comprende.

Tabla 5.19. Actividad derivada a los CSUR desde otras comunidades autónomas y coste total (euros) de compensación que ha supuesto la actividad

Año de realización de la actividad						
	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL 2009-2013
Número de CSUR designados	68	90	132	132	177	–
Número de asistencias derivadas a los CSUR	86	330	136	2.403	2.817	5.772
Año de compensación por Fondo de Cohesión Sanitaria						
	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL 2009-2013
Coste en euros	2.568.005	5.562.040	3.825.394	33.422.375	40.165.386	85.543.200

Observaciones: Como criterio de compensación se utiliza la actividad del año anterior. Fondo de Cohesión Sanitaria.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión. Años 2009-2013.

B. *Sistema de Información para el seguimiento de los CSUR (SISCSUR)*, que atienden o realizan una determinada patología o procedimiento, que se sustenta en el Registro de Pacientes que debe tener actualizado cada CSUR. El objetivo de este sistema de información es hacer el seguimiento anual de los criterios de designación referidos a actividad, acordados por el Consejo Interterritorial y los indicadores consensuados de procedimientos y resultados con el fin de mejorar los estándares y detectar desviaciones entre los mismos en el funcionamiento de los CSUR.

A continuación se recogen datos globales de actividad de algunas patologías y procedimientos de los 68 CSUR que iniciaron su actividad en 2009 y cumplieron en 2013 cinco años de designación. Las cifras de 2013 están sujetas a revisión.

Tabla 5.20. Actividad de los CSUR que iniciaron la actividad en el año 2009 y se mantiene en el 2013

Patologías	Número CSUR	Procedimientos	Total periodo 2009-2013	Media anual por CSUR 2009-2013	Estándar anual
Quemados críticos	7	Total de ingresos	6.613	198	100
		Intervenciones quirúrgicas por quemaduras agudas	9.871	282	70
Reconstrucción pabellón auricular	1	Reconstrucción completa	56	11	10
		Reconstrucción parcial	372	74	50
Glaucoma congénito y glaucoma en la infancia	2	Intervenciones en ≤14 años	563	57	10
		Intervenciones en otros tipos complejos de glaucomas secundarios en ≤14 años	228	23	10
Alteraciones congénitas del desarrollo ocular	1	Cirugías de párpados en ≤14 años	129	26	50
		Enucleaciones y reconstrucciones en ≤14 años de la cavidad orbitaria	43	9	30
Tumores extraoculares en la infancia	3	Pacientes nuevos ≤14 con rabdomiosarcoma orbitario	19	1	1
Tumores intraoculares en la infancia	4	Pacientes nuevos ≤14 años	234	12	6
Tumores intraoculares del adulto	3	Pacientes nuevos >14 años	1.479	98	25
		Tratamientos de braquiterapia oftálmica en > 14 años	323	22	10
Descompresión orbitaria en oftalmopatía tiroidea	1	Total descompresiones	139	28	20
Tumores orbitarios	4	Total cirugías	371	19	15
Retinopatía del prematuro avanzada	1	Total vitrectomías en ≤14 años	94	19	40
Reconstrucción superficie ocular compleja. Queratoprótesis	9	Total ojos con reconstrucción mediante trasplante de córnea, limbo, membrana amniótica y queratoprótesis	3.830	85	50
Tratamiento de tumores germinales con quimioterapia intensiva	1	Pacientes nuevos evaluados por el equipo multidisciplinar para decisión terapéutica	38	8	5
Trasplante renal infantil	5	Total trasplantes en ≤14 años	204	8	5
Trasplante hepático infantil	4	Total trasplantes en ≤14 años	247	12	8
Trasplante hepático de vivo en adulto	2	Total trasplantes de vivo	33	4	6
Trasplante pulmonar adulto e infantil	6	Total trasplantes	1.107	37	15

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

CONTINUACIÓN DE LA PÁGINA ANTERIOR

Trasplante cardiopulmonar de adultos	2	Trasplantes en el año	11	1	-
Trasplante cardiaco infantil	2	Total trasplantes en ≤14 años	47	5	2
Trasplante de páncreas	6	Total trasplantes	323	11	6
Trasplantes intestino infantil y adulto	2	Total trasplantes en el año	41	4	-
Queratoplastia penetrante en niños	2	Total realizadas en ≤14 años	64	7	5

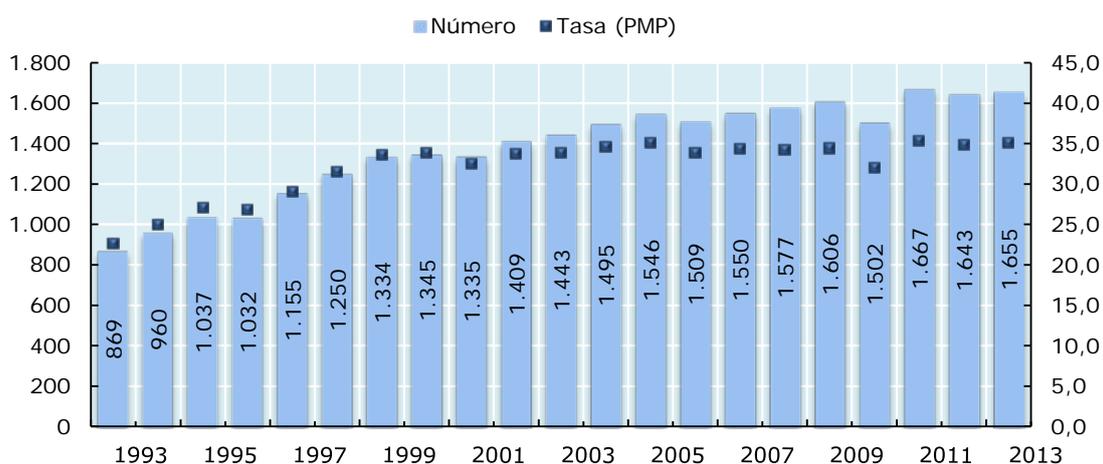
Fuente: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Cartera Básica de Servicios y Fondo de Cohesión.

Como “estándar” se considera el criterio de designación referido a actividad acordado por el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS). En algunos casos, sumando la actividad de todos los CSUR designados no se alcanza el estándar acordado por el CISNS, lo que indica que la prevalencia de la enfermedad es más baja o el procedimiento se aplica menos de lo que se había previsto. En esos casos habría que redefinir el estándar.

5.10 Donación y trasplante de órganos

La tasa de donantes por millón de población (p.m.p.) se situó en un 35,1, lo que supuso, en valores absolutos, 1.655 donantes de órganos.

Gráfico 5.4. Evolución del número total y tasa anual (p.m.p.) de donantes de órganos



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Organización Nacional de Trasplantes (ONT). Años 1993-2013.

La edad media de los donantes fue de 59,4 años, siguiendo la tendencia ascendente de años anteriores. El grupo de mayores de 45 años ha pasado de ser un 59% en el año 2000 a un 83%. La distribución por sexo se mantuvo similar a años previos, aproximadamente el 58% hombres y el 42% mujeres.

El perfil de los donantes en cuanto a la causa de muerte también se ha modificado: los accidentes cerebrovasculares como causa de muerte han pasado de un 39% en 1992 a un 66%; los donantes fallecidos por traumatismo craneoencefálico secundario a accidente de tráfico suponen actualmente solo un 4,4% de los donantes, cuando en 1992 ascendían al 43,0%.

A pesar de que la situación en España respecto a la donación es excelente, el envejecimiento poblacional, los buenos resultados obtenidos con los trasplantes y, consecuentemente, el aumento de las indicaciones hacen que la espera de los pacientes pendientes de recibir un órgano aumente.

Entre las alternativas para aumentar el número de donantes de órganos está la donación a corazón parado o donación tras la muerte cardíaca. En los últimos años ha ido aumentando progresivamente, hasta suponer el 9,6% de los donantes totales (159/ 1655).

Tabla 5.21. Distribución por comunidad autónoma de los trasplantes realizados

	Trasplante renal	Trasplante hepático	Trasplante cardíaco	Trasplante pulmonar	Trasplante pancreático	Trasplante intestinal
Andalucía	412	195	27	34	18	
Aragón	85	32	8			
Asturias	48	34	14			
Baleares	39					
Canarias	101	36			3	
Cantabria	61	22	25	49	13	
Castilla y León	108	49	4		8	
Castilla-La Mancha	94					
Cataluña	540	167	52	69	19	
Comunidad Valenciana	237	126	22	29	9	
Extremadura	30	30				
Galicia	132	85	20		4	
Madrid	406	189	62	62	18	8
Murcia	61	42	7			
Navarra	26	23	8			
País Vasco	156	63				
La Rioja	16			42		
TOTAL	2.552	1.093	249	285	92	8

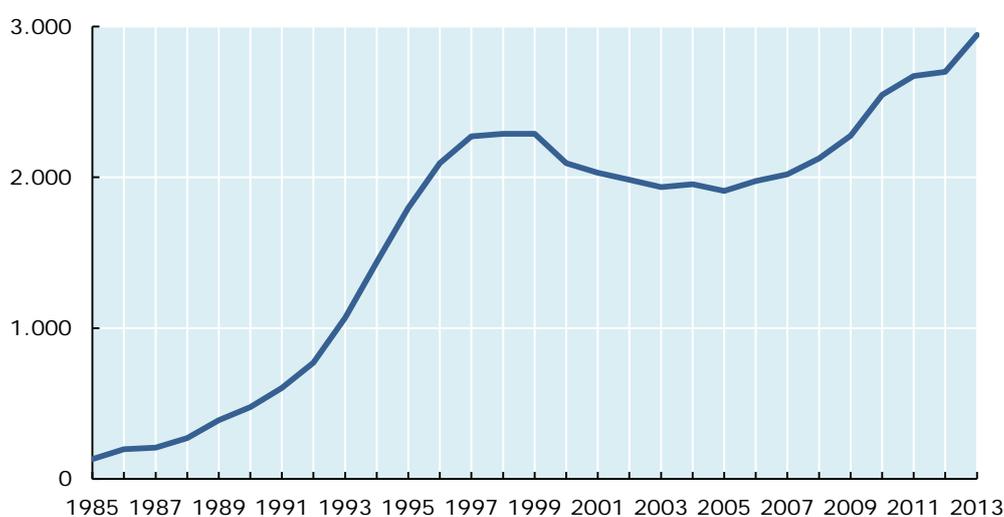
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Organización Nacional de Trasplantes. Año 2013.

5.10.1 Trasplante de progenitores hematopoyéticos

El Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH) procedentes de sangre del cordón umbilical (SCU), células madre de sangre periférica y médula ósea se ha convertido en una terapéutica consolidada, siendo de especial interés el TPH alogénico de donante no emparentado (DNE).

En España los primeros TPH fueron realizados en el año 1976 en Barcelona y hasta la actualidad se han realizados más de 47.000.

Gráfico 5.5. Evolución del número de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos



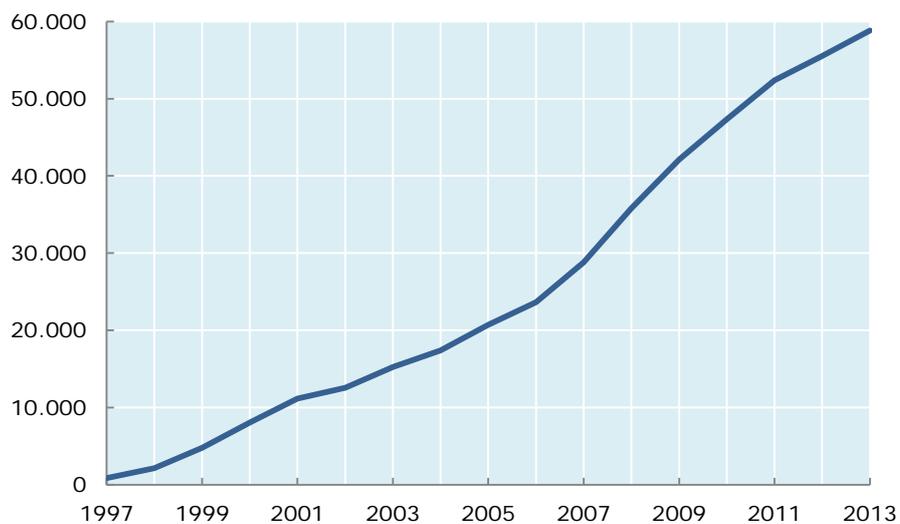
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Organización Nacional de Trasplantes (ONT). Años 1985-2013.

Cada año se realizan alrededor de 3.000 TPH, de los cuales dos terceras partes son autólogos (la fuente es el propio paciente) y el tercio restante, alogénicos (la fuente es una persona diferente al propio paciente), ya sean familiares, emparentados, obtenido de los registros de donantes o de los bancos de SCU.

Entre las principales indicaciones del TPH se encuentran determinadas neoplasias (tras agotar los tratamientos convencionales), algunas enfermedades no malignas como aplasias medulares severas, enfermedades genéticas graves, o enfermedades autoinmunes.

Para potenciar el TPH alogénico no emparentado y la donación de SCU, así como la de células madre de sangre periférica (SP) y de médula ósea (MO), el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha desarrollado el Plan Nacional de Sangre de Cordón Umbilical y el Plan Nacional de Donación de Médula Ósea.

Gráfico 5.6. Evolución del número de unidades de sangre del cordón umbilical (SCU)

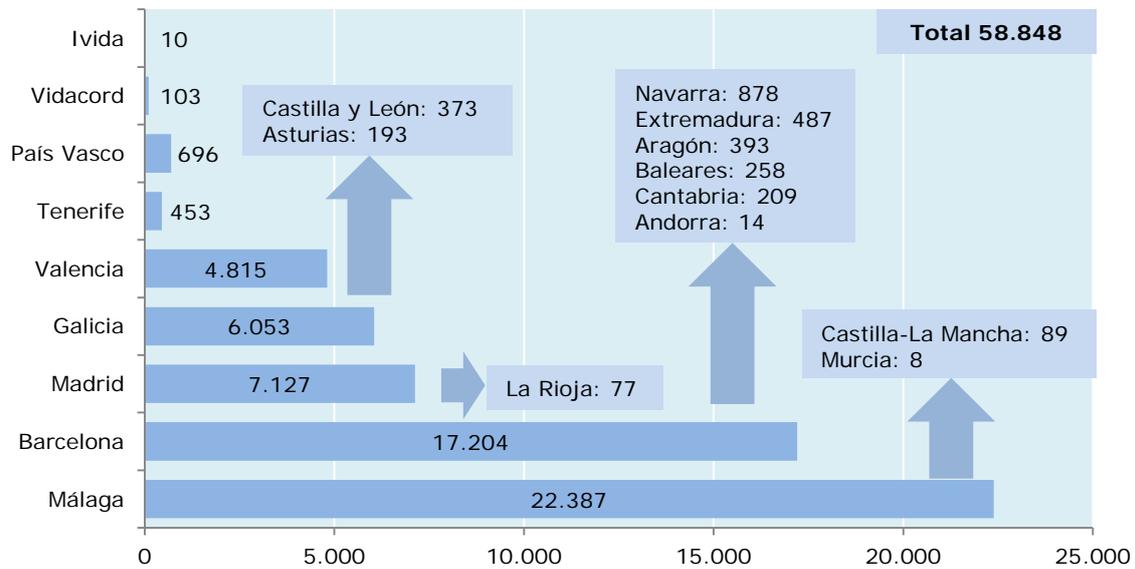


Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Organización Nacional de Trasplantes (ONT). Años 1997-2013.

El Plan Nacional de SCU se inició en 2008 y en 2012 ha convertido a España en el segundo país en números absolutos de almacenamiento de SCU, el 10,0% de todas las unidades almacenadas en el Registro Internacional de donantes de Médula Ósea (BMDW) se encuentra en los bancos públicos de nuestro país.

El almacenamiento de la SCU funciona en red, compartiendo un mismo banco diferentes comunidades autónomas, lo que supone una clara muestra de cohesión del sistema. Más de 2000 unidades de SCU se han empleado ya en el tratamiento de pacientes que necesitaban un TPH.

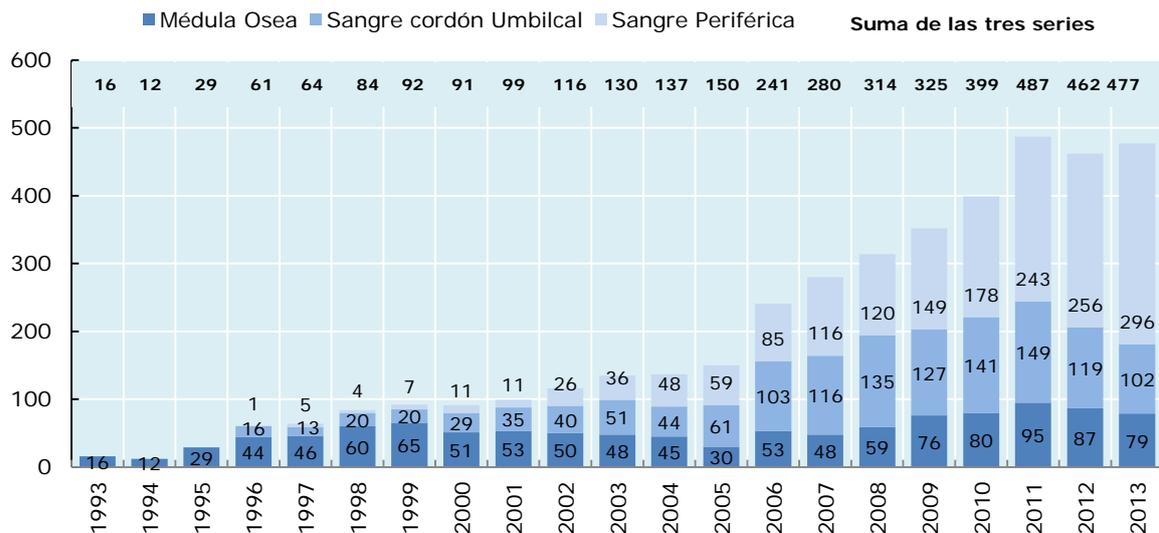
Gráfico 5.7. Distribución de las unidades de sangre del cordón umbilical (SCU) almacenadas



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Organización Nacional de Trasplantes (ONT). Año 2013.

A finales del 2013 existían en el REDMO (Registro Español de Donantes de Médula Ósea) un total de 136.449 donantes registrados.

Gráfico 5.8. Evolución de la fuente de progenitores en el Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH) alogénico no emparentado



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Organización Nacional de Trasplantes (ONT). Años 1993-2013.

5.11 Medicina transfusional

La red transfusional en España constaba de 24 Centros de transfusión y 400 Servicios de transfusión, donde se registraron 1.698.097 donaciones voluntarias y altruistas, que supuso un índice de donación de 36,6 donaciones por 1.000 habitantes.

En España, en concordancia con las directrices emanadas de la Unión Europea, está en funcionamiento una estructura (artículo 36 del RD 1088/2005) denominada “Sistema Nacional para la Seguridad Transfusional (SNST)”. El sistema está constituido por el Comité Científico para la Seguridad Transfusional (CCST), órgano de asesoramiento técnico que tiene como función “proponer las directrices sobre seguridad transfusional en el ámbito estatal”; por la Comisión Nacional de Hemoterapia, configurado como un órgano de coordinación autonómica y, en su caso, por las Comisiones Autonómicas de Hemoterapia y Comités Hospitalarios de Transfusión.

Tabla 5.22. Índice de donación por mil habitantes por comunidad autónoma

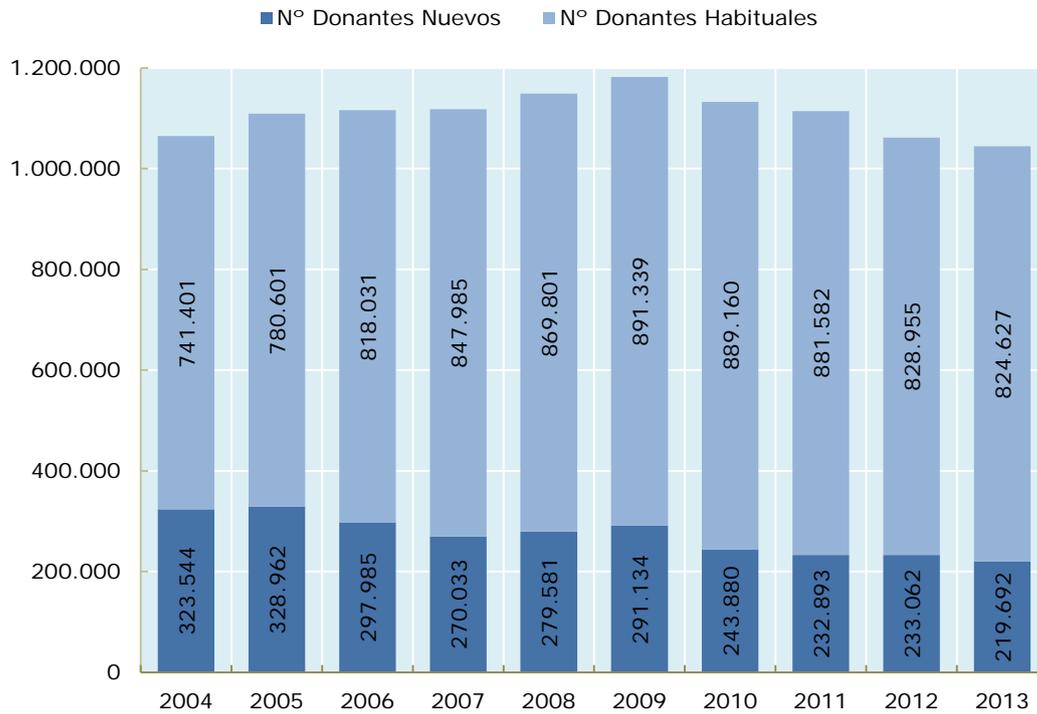
	Índice de donación
Andalucía	34,0
Aragón	35,9
Asturias	37,7
Baleares	34,3
Canarias	30,5
Cantabria	39,9
Castilla y León	41,7
Castilla-La Mancha	34,5
Cataluña	34,5
Comunidad Valenciana	35,4
Extremadura	43,7
Galicia	41,5
Madrid	38,2
Murcia	35,5
Navarra	39,5
País Vasco	43,9
La Rioja	35,7
España	36,6

Observaciones: Índice de donación se refiere al número de donaciones por 1000 habitantes. Datos ordenados de mayor a menor según los valores del índice.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información del Sistema Nacional para la Seguridad Transfusional (SI-SNST). Plan Nacional de Hemoterapia. Año 2013.

Estas donaciones proceden del acto solidario realizado por 1.044.319 donantes de sangre, que permiten mantener la autosuficiencia del país en componentes sanguíneos. En España, la donación es siempre *voluntaria y no remunerada* (artículo 4 del RD 1088/2005).

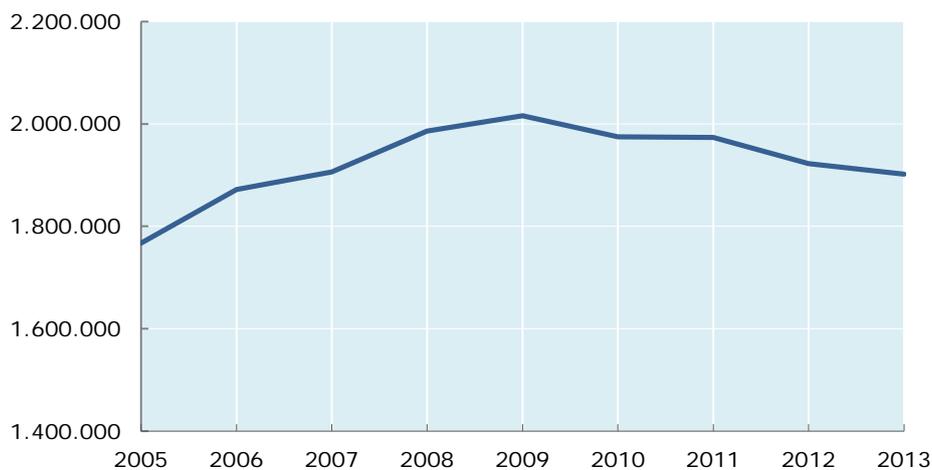
Gráfico 5.9. Evolución del número de donantes de sangre



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información del Sistema Nacional para la Seguridad Transfusional (SI-SNST). Plan Nacional de Hemoterapia. Años 2004-2013.

El número de donaciones alcanzado hizo posible la transfusión de 1.901.661 de componentes y el envío a la industria de 368.528 litros de plasma para elaboración de derivados plasmáticos (factores de coagulación, inmunoglobulinas, albúmina).

Gráfico 5.10. Evolución del número de componentes sanguíneos transfundidos



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información del Sistema Nacional para la Seguridad Transfusional (SI-SNST). Plan Nacional de Hemoterapia. Años 2005-2013.

En los últimos 30 años el índice de donación por 1.000 habitantes se ha incrementado en 16,6 puntos, pasando de 20,0 a 36,6 por 1.000 habitantes, cifras que se equiparan a nivel europeo. El incremento en la cantidad de litros de plasma enviados a la industria se ha multiplicado por 11,2 veces, pasando de 33.000 litros en 1983 a 368.528 en 2013.

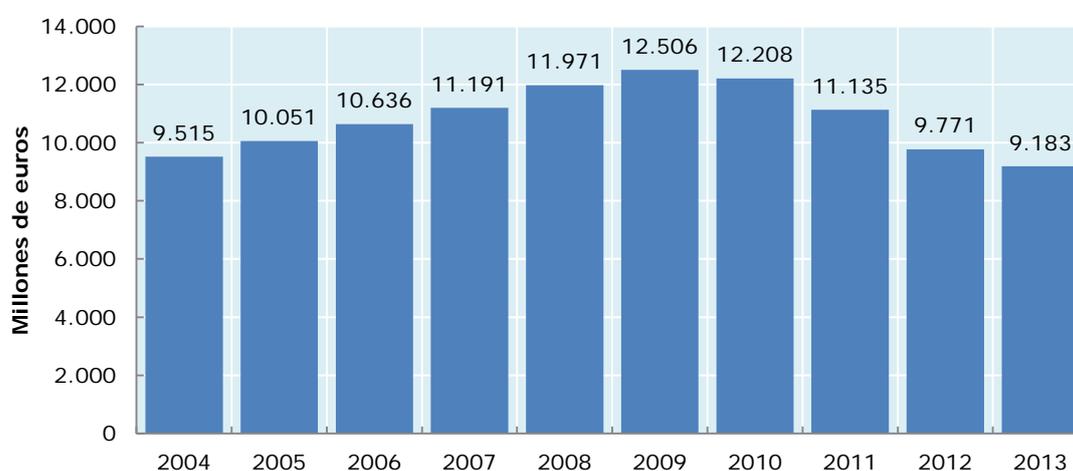
6 Farmacia

6.1 Prestación farmacéutica a través de receta médica del SNS

6.1.1 Gasto farmacéutico

En 2013 el gasto farmacéutico generado por la facturación de recetas médicas del SNS con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas y del INGESA fue de 9.183,2 millones de euros. Este gasto ha sido el más bajo de los últimos 10 años y respecto a 2012 ha supuesto un ahorro de 588 millones de euros.

Gráfico 6.1. Gasto farmacéutico (en millones de euros) a través de la facturación de recetas médicas del SNS



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

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticas de facturación de recetas médicas. Años 2004-2013.

La bajada de la factura farmacéutica de 2013 tuvo lugar por la conjunción de todas las medidas de política farmacéutica llevadas a cabo. Una gran repercusión tuvieron las establecidas en el Real Decreto-ley 16/2012, como la modificación del sistema de aportación de los usuarios en el pago de prestación farmacéutica, así como las actualizaciones de los medicamentos excluidos de la financiación pública. Asimismo, contribuyeron las medidas destinadas a la contención del gasto farmacéutico, como la revisión de precios y actualización de precios menores y más bajos para las agrupaciones homogéneas de medicamentos, que permiten una pronta incorporación de las reducciones de precios.

Igualmente intervinieron los programas de promoción del uso racional de los medicamentos desarrollados en las comunidades autónomas.

En el análisis mensual del gasto de 2013 sobre 2012 se observan variaciones negativas en el primer semestre, llegando a la máxima bajada en junio, con el -23,1%. Mientras que para el segundo semestre de 2013 se contuvo este descenso, al compararse ya con las bajadas de 2012 por las medidas antes indicadas del Real Decreto-ley 16/2012 que tuvieron su inicio en julio de 2012.

Tabla 6.1. Gasto farmacéutico mensual a través de recetas médicas del SNS

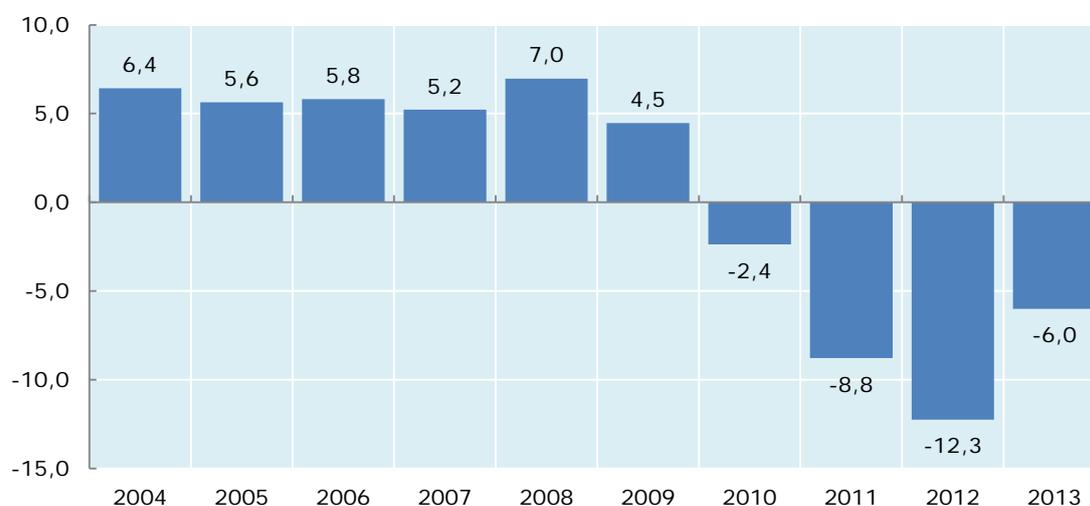
	Gasto Farmacéutico (en millones euros)	% Δ 2013/2012
Enero	787,1	-13,0
Febrero	719,1	-18,1
Marzo	737,5	-21,7
Abril	805,3	-6,4
Mayo	799,6	-12,0
Junio	753,7	-23,0
Julio	794,5	13,7
Agosto	713,4	-0,0
Septiembre	744,4	9,7
Octubre	808,4	5,1
Noviembre	758,1	4,8
Diciembre	762,0	6,8
Total	9.183,2	-6,0

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

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticas de facturación de recetas médicas. Año 2013.

El gasto farmacéutico de 2013 supuso un importante descenso del -6% sobre la facturación de 2012, aunque menor al que hubo en 2012, que generó la mayor disminución de la factura farmacéutica (-12,3%).

Gráfico 6.2. Porcentaje de variación interanual del gasto farmacéutico a través de la facturación de recetas médicas del SNS

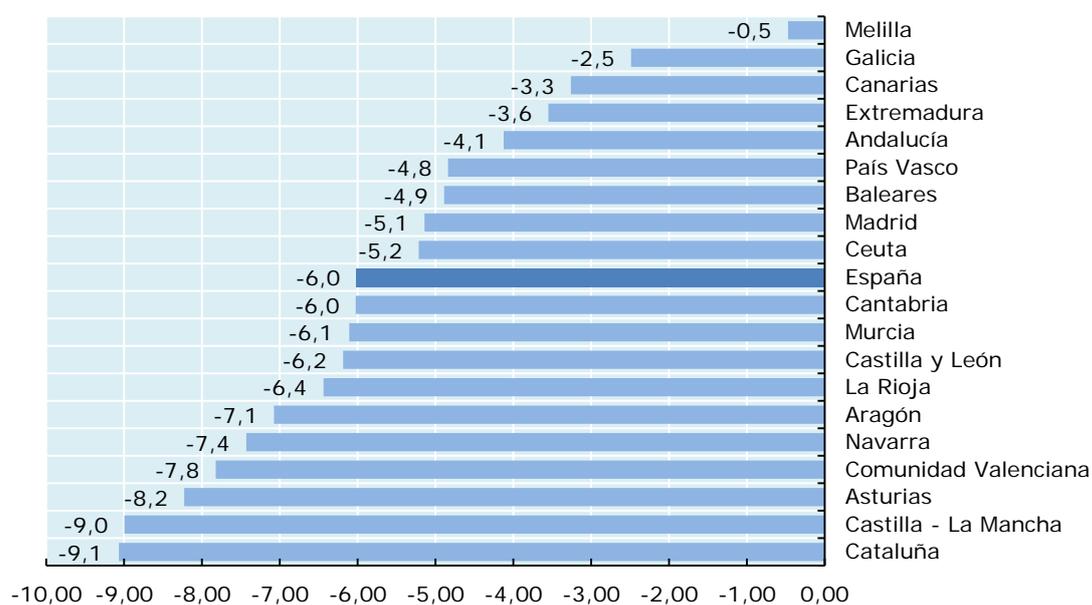


Observaciones: Gasto farmacéutico es el importe farmacéutico facturado a PVP con IVA menos las aportaciones de los usuarios, de las oficinas de farmacia y las deducciones por aplicación del RDL 8/2010.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticas de facturación de recetas médicas. Años 2004-2013.

En la evaluación por comunidades autónomas, las que presentaron una mayor reducción de la factura farmacéutica en 2013 respecto a 2012 fueron: Cataluña (-9,1%) Castilla la Mancha (-9,0%) Asturias (-8,2%) y C. Valenciana (-7,8%).

Gráfico 6.3. Porcentaje de variación del gasto farmacéutico por comunidad autónoma

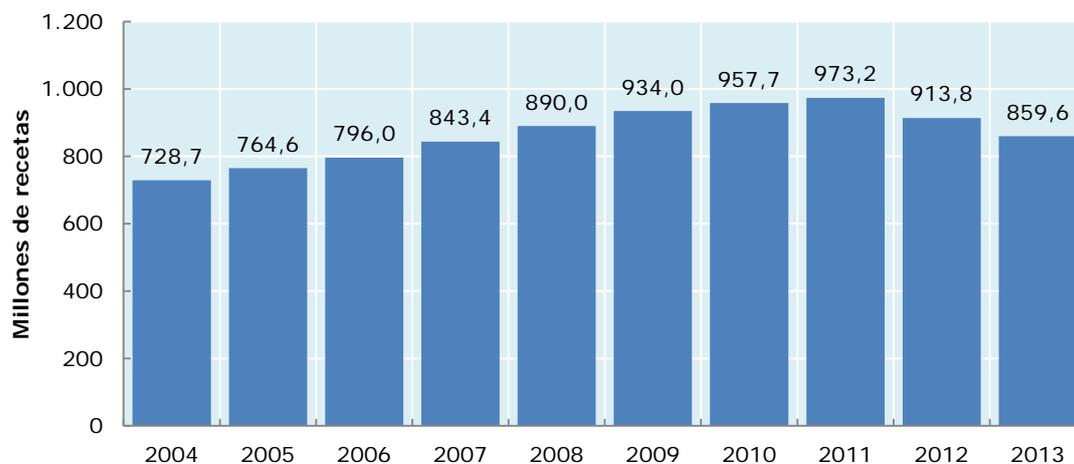


Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticas de facturación de recetas médica. Años 2012-2013.

6.1.2 Recetas facturadas

El número de recetas facturadas supuso en 2013 un total de 859,6 millones, lo que significa que se registraron 54,2 millones de recetas menos que en 2012. En el año 2012 ya hubo una gran contención en el crecimiento de recetas facturadas, por lo que en estos 2 años de aplicación de las medidas de política farmacéutica el número de recetas facturadas disminuyó en 113,6 millones, lo que representa un descenso del -11,7% en 2013 respecto a 2011.

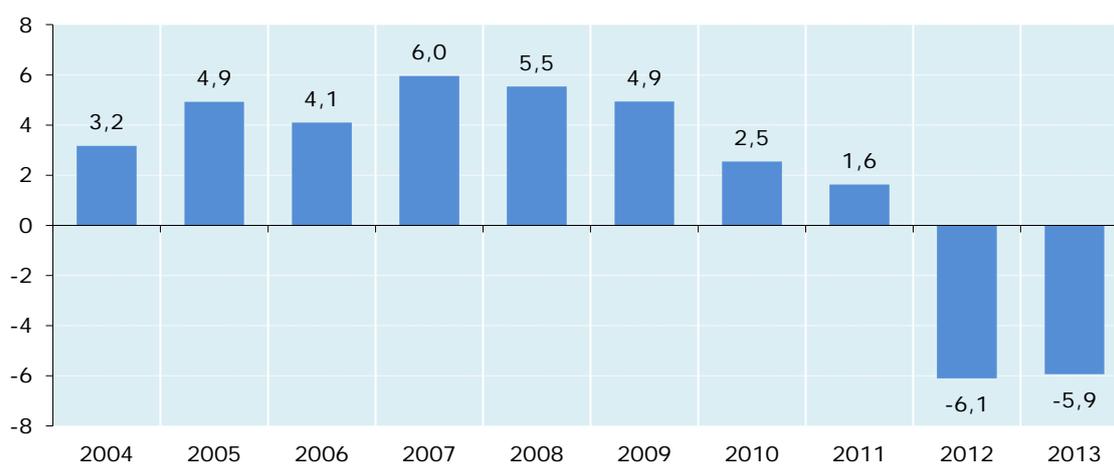
Gráfico 6.4. Número de recetas médicas del SNS facturadas



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticas de facturación de recetas médicas. Años 2004-2013.

El decremento del número de recetas facturadas en 2013 del -5,9% ha sido la segunda mayor cifra de reducción desde que existe el registro de facturación de recetas, después de la disminución en 2012 del -6,1%.

Gráfico 6.5. Porcentaje de variación interanual del número de recetas médicas del SNS facturadas



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticas de facturación de recetas médicas. Años 2004-2013.

6.1.3 Gasto medio por receta

En 2013 se mantuvo la misma tendencia de bajada del gasto medio por receta que el año anterior, lo que supuso 10,7 euros de gasto medio, el más bajo de los últimos 15 años.

Gráfico 6.6. Gasto medio por receta



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticas de facturación de recetas médicas. Años 2004-2013.

6.1.4 Consumo medicamentos genéricos

En el año 2013 el consumo de medicamentos genéricos supuso el 46,5% del total de envases de medicamentos facturados. En enero de 2013 el consumo fue del 44,2% y en diciembre este porcentaje se incrementó al 47,8%. En relación al importe facturado, un 21,0% corresponde a medicamentos genéricos. En el transcurso del año fue aumentando el número de envases EFG facturados, debido al fomento del consumo de genéricos.

Estas cifras se acercan a la media de consumo de los países de la OCDE. De los datos publicados por la OCDE correspondientes a 2012 con información de 16 países (OECD Health Data 2012), el consumo de genéricos supuso el 43,7% del total de envases de medicamentos y el 23,5% del importe.

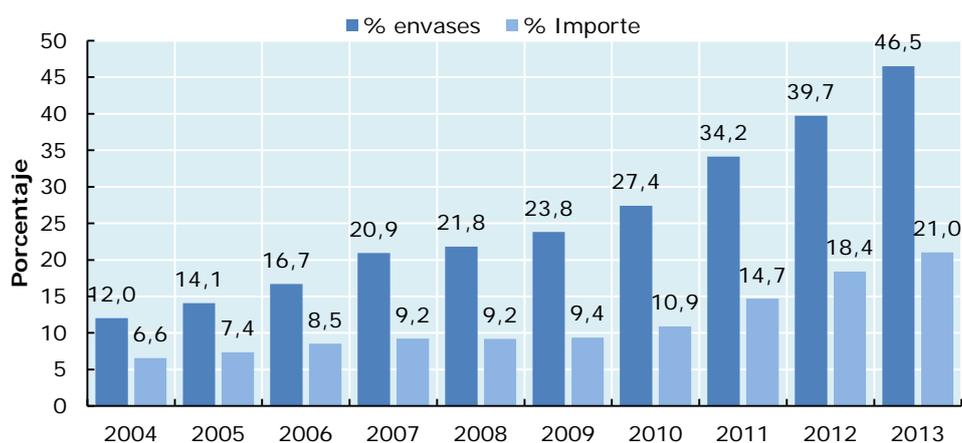
Tabla 6.2. Evolución del consumo de medicamentos genéricos (EFG)

	EFG/Total Medicamentos	
	% Envases	% Importe
Enero	44,2	20,1
Febrero	45,5	20,4
Marzo	46,0	20,7
Abril	46,3	20,9
Mayo	46,5	20,8
Junio	46,7	20,8
Julio	46,9	21,2
Agosto	47,1	21,5
Septiembre	47,1	21,4
Octubre	47,1	21,4
Noviembre	47,3	21,4
Diciembre	47,8	21,8
Total año	46,5	21,0

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara. Año 2013.

La incorporación de los medicamentos genéricos en el consumo ha sido creciente año a año. En el análisis de los últimos diez años, en 2013 se ha superado casi 4 veces el porcentaje de consumo de envases de genéricos frente al total de medicamentos de 2004, de un 12,0% ha crecido a un 46,5%. Y en el importe facturado, se ha pasado de un 6,6% del año 2004 a un 21,0% en 2013.

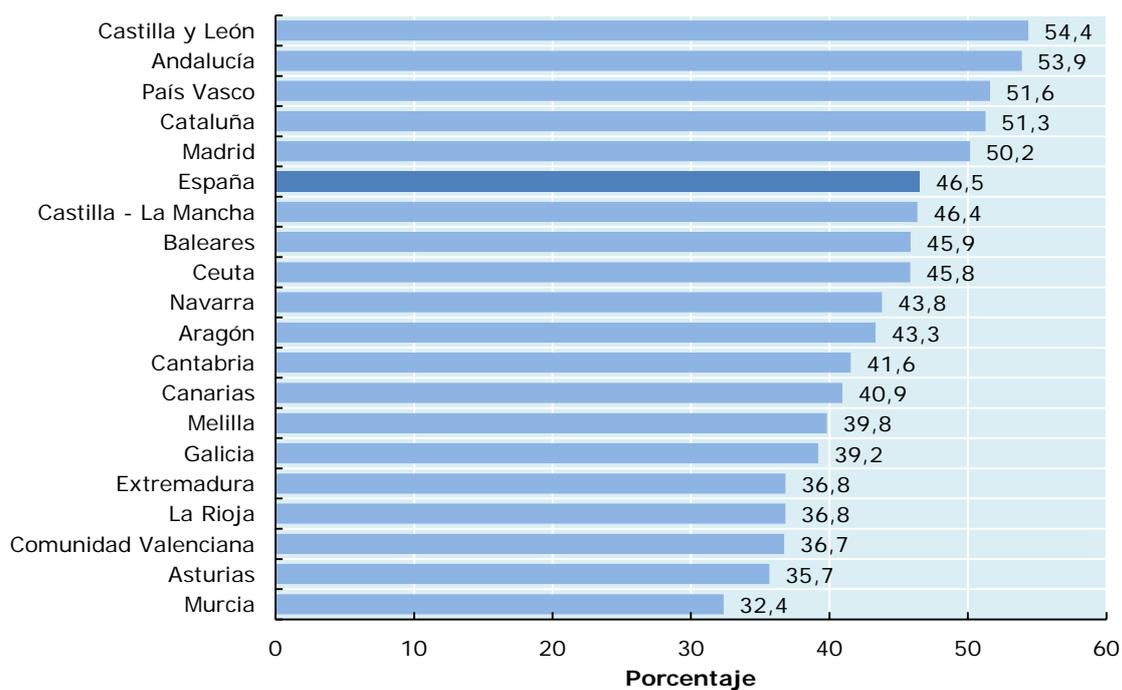
Gráfico 6.7. Evolución del consumo de medicamentos genéricos (% envases - % importe)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara. Años 2004-2013.

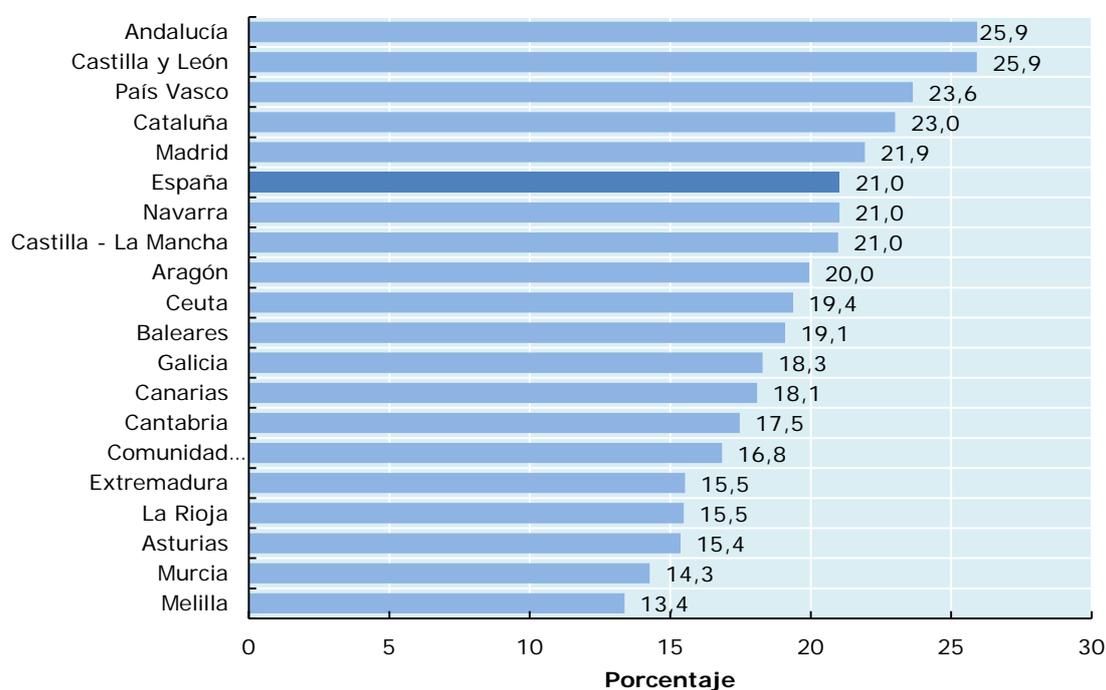
Por comunidades autónomas, Castilla y León, Andalucía, País Vasco y Cataluña son las que tuvieron mayor porcentaje de consumo de envases de genéricos respecto al total de medicamentos. Asimismo, son las comunidades con los mayores porcentajes en importe.

Gráfico 6.8. Consumo de medicamentos genéricos por comunidad autónoma (% envases sobre total de medicamentos)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara). Año 2013.

Gráfico 6.9. Consumo de medicamentos genéricos por comunidad autónoma (% importe sobre total de medicamentos)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara. Año 2013.

6.1.5 Consumo de medicamentos por subgrupos farmacológicos (ATC4)¹⁹

Los medicamentos son el grupo con mayor peso dentro de la prestación farmacéutica, ya que representan el 98% de los envases facturados y el 95% del importe a PVP.

La facturación de los 15 subgrupos de mayor consumo en número de envases en el año 2013 representó casi el 50% del total de unidades vendidas de medicamentos. El subgrupo de mayor consumo en número de envases fue el de los antiulcerosos: inhibidores

¹⁹ La clasificación ATC (Anatómica, Terapéutica y Química) divide los productos farmacéuticos en cinco niveles de acuerdo con el órgano o sistema sobre el que actúan, el efecto farmacológico, las indicaciones terapéuticas y la estructura química de los productos, siendo el primer nivel (ATC1) el más general y el quinto nivel (ATC5) el más detallado. Los diferentes niveles según la clasificación ATC son:

Primer nivel (ATC1): órgano o sistema sobre el que actúa el fármaco. Existen varios grupos anatómicos, identificados por una letra del alfabeto.

Segundo nivel (ATC2): subgrupo terapéutico

Tercer nivel (ATC3): subgrupo terapéutico o farmacológico

Cuarto nivel (ATC4): subgrupo terapéutico, farmacológico o químico

Quinto nivel (ATC5): nombre del principio activo específico (monofármaco)

de la bomba de protones (A02BC), que representó un 8,4% del total de envases. Le siguen los hipolipemiantes: inhibidores de la HMG CoA reductasa (C10AA) con un 6,3% y el tercer puesto lo ocuparon los ansiolíticos: derivados de la benzodiazepina (N05BA) con un 5,7% del total.

El A02BC es el subgrupo que tenía la Dosis por Habitante Día (DHD) más elevada (117,3); este parámetro nos proporciona una estimación de cuántas personas de cada 1.000 están recibiendo al día una Dosis Diaria Definida (DDD) de un subgrupo terapéutico. De los inhibidores de la bomba de protones disponibles en el mercado, el Omeprazol fue el más utilizado con un 77% sobre el total del subgrupo.

El segundo subgrupo C10AA comprende fármacos de elección para tratamiento de la hipercolesterolemia y tuvo un crecimiento en su consumo en envases sobre 2012 de un 3,8%. La DHD se sitúa en 85,0 en 2013. Esta DHD ha ido creciendo debido a la prevalencia de los trastornos en los que estos medicamentos son efectivos (en 2009 la DHD fue 64,9). De los fármacos de este subgrupo comercializados en España, los que tienen mayor consumo son la Simvastatina y Atorvastatina (que representan respectivamente el 47% y el 34% del consumo total de este subgrupo).

De los subgrupos de la tabla, el N02AX (Analgésicos: otros opioides), es el que tuvo mayor incremento en envases sobre el año anterior, un 10,1 %, debido al aumento del consumo de los medicamentos con Tramadol/paracetamol y a la introducción del Tapentadol incluido en la financiación en 2011.

Tabla 6.3. Quince primeros subgrupos farmacológicos de mayor consumo en envases

Subgrupo Farmacológico ATC4		Número envases (millones)	% envases s/total	% Δ envases 13/12	DHD	Importe PVPIVA (millones euros)	CTD (euros)
A02BC	Antiulcerosos: Inhibidores de la bomba de protones	70,7	8,3	1,1	117,3	397,0	0,2
C10AA	Hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG CoA reductasa	52,9	6,2	3,7	85,0	467,8	0,3
N05BA	Ansiolíticos: Derivados de la benzodiazepina	48,5	5,7	2,5	51,5	95,2	0,1
N02BE	Analgésicos y antipiréticos: Anilidas	34,7	4,1	-1,7	21,1	87,8	0,2
B01AC	Inhibidores de la agregación plaquetaria, excluyendo heparina	30,6	3,6	-2,5	52,4	162,8	0,2
M01AE	Derivados del ácido propiónico	27,3	3,2	-3,3	25,7	108,5	0,2
C09AA	Inhibidores de la ECA, monofármacos	21,3	2,5	1,6	61,8	73,4	0,1
C09CA	Antagonistas de angiotensina II, monofármacos	19,2	2,3	0,8	49,6	319,3	0,4
N06AB	Antidepresivos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	18,1	2,1	-0,1	43,5	181,8	0,2
A10BA	Hipoglucemiantes: Biguanidas	16,3	1,9	-1,5	20,1	31,8	0,1
C09DA	Antagonistas de angiotensina II y diuréticos	16,2	1,9	1,8	26,4	285,1	0,6
N02AX	Analgésicos: Otros opioides	15,8	1,9	10,1	6,5	91,9	0,8
N02BB	Analgésicos y antipiréticos: Pirazolonas	15,6	1,8	6,2	3,4	35,0	0,6
C03CA	Diuréticos de techo alto: Sulfonamidas, monofármacos	14,0	1,7	0,3	19,4	39,3	0,1
C08CA	Bloqueantes de los canales de calcio: Derivados de la dihidropiridina	13,7	1,6	2,0	30,5	70,1	0,1
% s/ TOTAL			49,0				

Observaciones: DHD: Dosis habitante día. CTD: Coste Tratamiento Día.

ATC4: Subgrupo terapéutico, farmacológico o químico.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara. Año 2013. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2013 (INE).

En 2013 los 15 primeros subgrupos que tuvieron mayor consumo en importe representaron el 44% del importe total facturado en medicamentos.

El subgrupo R03AK (Adrenérgicos en combinación con corticosteroides u otros agentes, excluyendo los anticolinérgicos) para el tratamiento del asma y EPOC es el que mayor importe facturó, con 508,9 millones de euros, un 4,8% del total, aunque tuvo una disminución del -3,9% sobre 2012. Le siguen los Hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG CoA reductasa (C10AA), con un 4,4% sobre el total y con un Coste tratamiento día (CTD), que nos indica el importe real de la DDD de este subgrupo, de 0,3 euros, CTD que ha ido disminuyendo año a año (en 2009 supuso 0,8 euros), en gran medida por la incorporación de genéricos sobre todo en la Atorvastatina. El tercer puesto en importe de facturación lo ocupan otros antiepilépticos (N03AX) con un 4,1%.

El subgrupo que tuvo un mayor crecimiento sobre el año anterior fue el A10BD (combinaciones de fármacos hipoglucemiantes orales) con un 17,3%, ya que se incrementó el importe facturado de las asociaciones de Metformina-sitagliptina y Metformina-vildagliptina, y a su vez se introdujeron las nuevas asociaciones de Metformina-saxagliptina y Metformina-linagliptina.

El subgrupo N05AX (otros antipsicóticos), con un crecimiento también elevado (8,5%), fue el subgrupo que tuvo el más alto CTD (5,7 euros). Dentro de este subgrupo, la Paliperidona fue el principio activo con mayor consumo en importe (44%), superando a la Risperidona.

Tabla 6.4. Quince primeros subgrupos farmacológicos de mayor consumo en importe

Subgrupo Farmacológico ATC4		Importe PVP-IVA (millones euros)	% importe s/total	% Δ importe 13/12	DHD	Número envases (millones)	CTD (euros)
R03AK	Adrenérgicos en combinación con corticosteroides u otras agentes, excluyendo los anticolinérgicos	508,9	4,8	-3,9	13,2	7,6	2,2
C10AA	Hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG CoA reductasa	467,8	4,4	3,7	85,0	52,9	0,3
N03AX	Otros antiepilépticos	439,2	4,1	3,8	9,5	9,8	2,7
A02BC	Antiulcerosos: Inhibidores de la bomba de protones	397,0	3,7	-6,9	117,3	70,8	0,2
N05AX	Otros antipsicóticos	348,1	3,3	8,5	3,6	2,9	5,7
A10BD	Combinaciones de fármacos hipoglucemiantes orales	329,1	3,1	17,3	8,9	5,2	2,1
C09CA	Antagonistas de angiotensina II, monofármacos	319,3	3,0	-7,7	49,6	19,2	0,4
N06AX	Otros antidepresivos	308,3	2,9	6,0	19,2	12,9	0,9
C09DA	Antagonistas de angiotensina II y diuréticos	285,1	2,7	-5,6	26,4	16,2	0,6
A10AE	Insulinas y análogos de acción prolongada para inyección	260,5	2,4	7,0	7,3	3,4	2,1
R03BB	Broncodilatadores inhalatorios: Anticolinérgicos	228,6	2,1	3,3	11,8	5,9	1,1
B01AB	Antitrombóticos: Grupo de la heparina	216,1	2,0	5,9	4,9	2,6	2,6
N05AH	Antipsicóticos: Diazepinas, oxazepinas, tiazepinas y oxepinas	188,9	1,8	3,0	4,6	4,1	2,4
G04CA	Fármacos para hipertrofia prostática benigna: Antagonistas de los receptores alfa adrenérgicos	181,9	1,7	11,9	15,7	9,0	0,7
N06AB	Antidepresivos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	181,8	1,7	-2,9	43,5	18,1	0,2
% s/ TOTAL			43,7				

Observaciones: DHD: Dosis habitante día. CTD: Coste Tratamiento Día. ATC4: Subgrupo terapéutico, farmacológico o químico.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara. Año 2013. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2013 (INE).

6.1.6 Consumo de medicamentos por principios activos (ATC5)

En 2013 los 15 principios activos con mayor número de envases facturados representaron el 33,4% del total de envases de medicamentos. El Omeprazol fue el principio activo de mayor consumo (54,4 millones de envases), un 6,4% del total de envases facturados, con una DHD de 94,7, que ha ido aumentando (en 2009 fue 84,4). Está considerado el fármaco de elección del grupo de los antiulcerosos, y tiene un bajo CTD, 0,1.

El Paracetamol ocupó la segunda posición, con el 3,8% del total. Y la Simvastatina el tercer puesto con el 2,9%, teniendo un crecimiento respecto a 2012 de un 5,2%, y puede considerarse, igualmente, el fármaco de elección para el tratamiento de la hipercolesterolemia. Su CTD es de 0,1 euros, frente a los 0,3 euros de la otra estatina que aparece en la tabla, la Atorvastatina.

Entre estos 15 principios activos se encuentran 3 benzodiazepinas: 2 están indicadas como ansiolíticos (Lorazepam y Alprazolam, con un consumo de 15,8 y 11,6 millones de envases respectivamente) y Lormetazepam como hipnótico y sedante, con 8,9 millones de envases.

Tabla 6.5. Quince primeros principios activos de mayor consumo en envases

Principio Activo ATC5		Número envases (millones)	% envases s/total	% Δ envases 13/12	DHD	Importe PVP-IVA (millones euros)	CTD (euros)
A02BC01	Omeprazol	54,4	6,4	1,8	94,7	138,0	0,1
N02BE01	Paracetamol	32,0	3,8	-2,0	20,4	80,2	0,2
C10AA01	Simvastatina	24,7	2,9	5,2	28,1	37,6	0,1
B01AC06	Ácido acetilsalicílico (Antiagregante)	24,6	2,9	-1,5	42,6	43,9	0,1
C10AA05	Atorvastatina	18,1	2,1	4,4	40,5	229,4	0,3
M01AE01	Ibuprofeno	18,0	2,1	-7,7	17,2	46,8	0,2
A10BA02	Metformina	16,3	1,9	-1,5	20,1	31,8	0,1
N05BA06	Lorazepam	15,8	1,9	2,7	20,0	26,2	0,1
N02BB02	Metamizol sódico	15,6	1,8	6,2	3,4	35,0	0,6
C09AA02	Enalapril	13,5	1,6	1,4	39,0	26,9	0,0
N02AX52	Tramadol, combinaciones	12,0	1,4	11,3	3,5	44,8	0,8
N05BA12	Alprazolam	11,6	1,4	2,4	15,0	32,1	0,1
C03CA01	Furosemida	9,0	1,1	4,0	15,4	20,0	0,1
N05CD06	Lormetazepam	8,9	1,1	5,2	18,9	19,7	0,1
J01CR02	Amoxicilina e inhibidores de la beta-lactamasa	8,5	1,0	-6,1	7,9	59,4	0,4
% s/ TOTAL			33,4				

Observaciones: DHD: Dosis habitante día. CTD: Coste Tratamiento Día. ATC5: nombre del principio activo específico (monofármaco).

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara. Año 2013. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2013 (INE).

Los 15 principios activos que mayor importe facturan en 2013 representaron el 24% del PVP/IVA total facturado en medicamentos. Las combinaciones de Salmeterol-fluticasona y Formoterol-budesonida para el tratamiento del asma y EPOC ocuparon el primer y sexto lugar de facturación en importe, con 290,3 y 172,1 millones de euros respectivamente. El antiepiléptico Pregabalina ocupó la segunda posición, con un crecimiento del 8,7% sobre 2012. De los principios activos de mayor consumo en importe, solo 2 coinciden con los 15 de mayor consumo en envases, la Atorvastatina (que ocupó el tercer puesto y tiene un CTD de 0,3 euros, CTD que a su vez ha disminuido en una gran proporción ya que en 2009 suponía 1,2 euros) y el Omeprazol.

Entre los 15 principios activos de mayor importe se introduce el antipsicótico Paliperidona, incluido en la financiación en 2008, con un elevado crecimiento del 35,3% sobre 2012; su CTD fue de 8,6 euros, siendo todas sus presentaciones de acción prolongada, y desplazó a la Risperidona que disminuyó su consumo en un -17,9%.

Tabla 6.6. Quince primeros principios activos de mayor consumo en importe

Principio Activo ATC5		Importe PVP/IVA (millones euros)	% sobre total importe	% Δ 13/12	DHD	Número envases (millones)	CTD (euros)
R03AK06	Salmeterol y fluticasona	290,3	2,7	-7,3	7,0	4,0	2,4
N03AX16	Pregabalina	243,4	2,3	8,7	3,7	4,1	3,8
C10AA05	Atorvastatina	229,4	2,2	7,2	40,5	18,1	0,3
A10AE04	Insulina glargina	194,4	1,8	9,1	5,5	2,5	2,1
R03BB04	Tiotropio, bromuro	193,3	1,8	-6,5	6,4	3,7	1,8
R03AK07	Formoterol y budesonida	172,1	1,6	-2,7	4,7	2,7	2,1
A10BD07	Metformina y sitagliptina	169,2	1,6	11,9	4,5	2,8	2,2
N05AX13	Paliperidona	151,3	1,4	35,3	1,0	0,6	8,6
B01AB05	Enoxaparina	145,6	1,4	4,4	3,8	1,8	2,3
N06AX21	Duloxetina	144,6	1,4	12,5	4,5	3,4	1,9
A02BC01	Omeprazol	138,0	1,3	0,7	94,7	54,4	0,1
A10BD08	Metformina y vildagliptina	137,1	1,3	14,4	3,7	2,1	2,2
N02AB03	Fentanilo	132,5	1,2	18,6	1,9	2,7	4,0
C10AA07	Rosuvastatina	112,2	1,1	12,6	7,6	4,0	0,9
N05AX08	Risperidona	105,9	1,0	-17,9	1,8	1,7	3,4
% s/ TOTAL			24,0				

Observaciones: DHD: Dosis habitante día. CTD: Coste Tratamiento Día. ATC5: nombre del principio activo específico (monofármaco).

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara. Año 2013. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2013 (INE).

6.1.7 Consumo de productos sanitarios

Los productos sanitarios representaron sobre el consumo total de la prestación farmacéutica el 2% de los envases y casi el 4% del importe facturado. Los productos sanitarios que tuvieron un mayor consumo en envases en el año 2013 son los absorbentes para la incontinencia de orina, facturando 6,8 millones de envases, un 44,1% sobre el total, seguido de los apósitos con el 13,5% y el tercer lugar las gasas con el 8,1% del total. En relación al importe, los absorbentes para la incontinencia de orina con 264,6 millones de euros ocupan asimismo la primera posición, con un 60,4% del total facturado en productos sanitarios, seguido de las bolsas de colostomía y de los apósitos, que representaron el 10,3% y 8% respectivamente.

6.2 Prestación farmacéutica hospitalaria

Por primera vez se presentan datos del gasto en medicamentos efectuados por los Servicios de Farmacia de la red pública hospitalaria del SNS, referidos a los de gasto a precio industrial (PVL) obtenidos de la información de consumo procedente de las CCAA e INGESA y calculado en base al PVL que consta para cada medicamento en el Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

6.2.1 Gasto de medicamentos por subgrupos farmacológicos (ATC4)

En 2013 los 15 primeros subgrupos de mayor consumo a PVL de medicamentos en hospitales representaron más del 60% del gasto total. Tan solo el subgrupo de inmunosupresores: inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) (L04AB), cuyos medicamentos se utilizan principalmente para la artritis reumatoide, abarca el 12,1% del total. En esta tabla se encuentran otros 2 subgrupos de inmunosupresores, el L04AA (inmunosupresores selectivos) y el L04AC (inhibidores de la interleucina).

En el segundo puesto con el 8,1% aparece el L01XC (Anticuerpos monoclonales). Y asimismo, se hallan otros subgrupos para el tratamiento antineoplásico, L01XE (inhibidores directos de la protein-quinasa) y el L01XX (Otros agentes antineoplásicos).

Por otra parte, figuran entre estos subgrupos de mayor gasto los antivirales J05AR, J05AE y J05AX, cuya utilización principal es para el tratamiento de la infección por VIH.

Tabla 6.7. Quince primeros subgrupos farmacológicos de mayor gasto

SUBGRUPO FARMACOLÓGICO ATC4		Gasto PVL (millones euros)	% PVL s/total
L04AB	Inmunosupresores: Inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α)	639,9	12,1
L01XC	Agentes antineoplásicos: Anticuerpos monoclonales	428,2	8,1
J05AR	Combinación de antivirales para el tratamiento de infecciones por VIH	427,2	8,1
L01XE	Agentes antineoplásicos: Inhibidores directos de la proteína-quinasa	288,1	5,4
J05AE	Antivirales : Inhibidores de la proteasa	257,3	4,9
L03AB	Inmunostimulantes: Interferones	203,9	3,9
B02BD	Factores de la coagulación sanguínea	169,1	3,2
B03XA	Otros preparados antianémicos	164,8	3,1
L04AA	Inmunosupresores selectivos	135,7	2,6
J06BA	Inmunoglobulinas humanas normales	108,3	2,0
A16AB	Otros productos para el tracto alimentario y metabolismo: Enzimas	90,3	1,7
L04AC	Inmunosupresores: Inhibidores de la interleucina	81,7	1,5
J05AX	Otros antivirales	78,6	1,5
J01XB	Otros antibacterianos: Polimixinas	74,3	1,4
L01XX	Otros agentes antineoplásicos	73,6	1,4
% sobre el total			60,8

Observaciones: ATC4: Subgrupo terapéutico, farmacológico o químico.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Información de las CCAA e INGESA. Año 2013.

El Sistema de Información de consumo de medicamentos en hospitales permitirá progresivamente conocer su evolución temporal.

6.2.2 Gasto de medicamentos por principios activos (ATC5)

En 2013 los 15 primeros principios activos de mayor consumo en hospitales representaron más del 37% del gasto total en medicamentos. El Adalimumab supuso el 5,1% del total. En el tercer y cuarto puesto se encuentran el Infliximab y Etanercept con el 3,2% y 3,1% respectivamente, y todos ellos utilizados mayoritariamente para la artritis reumatoide.

Hay un amplio porcentaje de consumo de principios activos y asociaciones para el tratamiento de la infección por VIH: J05AR06 (Emtricitabina, tenofovir disoproxilo y efavirenz), J05AR03 (Tenofovir disoproxilo y emtricitabina) y el J05AE10 (Darunavir).

Asimismo figuran 4 principios activos utilizados para el tratamiento antineoplásico, Trastuzumab, Bevacizumab, Rituximab e Imatinib.

Los medicamentos que contienen los principios activos, citados en la siguiente tabla, están calificados todos como de uso hospitalario (sólo pueden utilizarse en medio hospitalario o centros asistenciales autorizados), excepto Adalimumab, Etanercept e Imatinib, calificados de diagnóstico hospitalario a los que se les ha restringido el uso de cupón precinto (SCP), por lo que en el ámbito del SNS su dispensación es hospitalaria.

Tabla 6.8. Quince primeros principios activos de mayor gasto

PRINCIPIO ACTIVO ATC5		Gasto PVL (millones euros)	% sobre total PVL
L04AB04	Adalimumab	268	5
J05AR06	Emtricitabina, tenofovir disoproxilo y efavirenz	170	3
L04AB02	Infliximab	169	3
L04AB01	Etanercept	166	3
J05AR03	Tenofovir disoproxilo y emtricitabina	132	2
L01XC03	Trastuzumab	123	2
L03AB07	Interferon beta-1a	119	2
L01XC07	Bevacizumab	118	2
L01XC02	Rituximab	113	2
L01XE01	Imatinib	112	2
B02BD02	Factor VIII de la coagulación	111	2
J06BA02	Inmunoglobulinas humanas normales para administración Intravascular	107	2
J05AE10	Darunavir	100	2
B03XA01	Eritropoyetina	83	2
B03XA02	Darbepoetina alfa	76	1
% sobre el total			37,1

Observaciones: ATC5: nombre del principio activo específico (monofármaco).

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Información de las CCAA e INGESA. Año 2013.

6.3 Medicamentos financiados por el Sistema Nacional de Salud

El número total de presentaciones de medicamentos incluidos en la financiación pública a fecha 31 de diciembre de 2013 fue de 19.367. De estas, 16.233 (83,8%) corresponden a medicamentos en envase normal y 3.134 (16,2%) a medicamentos en envase clínico.

Dentro de los medicamentos en envase normal, 14.024 están incluidos en el Nomenclátor de productos facturables a través de receta médica del SNS en oficinas de farmacia, y 2.209 corresponden a medicamentos de uso y dispensación hospitalaria (no se facturan a través de recetas y sólo pueden ser utilizados en medio hospitalario o en centros asistenciales autorizados).

Por grupos terapéuticos el grupo N (Sistema nervioso) es el que tuvo mayor número de medicamentos financiados (4.830). Le siguen el grupo C (Sistema cardiovascular) (3.383) y el grupo J (Antiinfecciosos para uso sistémico) (2.967).

Del total de medicamentos financiados por el SNS a 31 de diciembre de 2013, un 56,1% fueron medicamentos genéricos.

Tabla 6.9. Número de presentaciones de medicamentos financiados por el SNS

GRUPO ATC1	ENVASE NORMAL		Envase Clínico	Total
	Incluidos en el Nomenclátor	Uso Hospitalario		
A / Tracto alimentario y metabolismo	1.561	102	277	1.940
B / Sangre y órganos hematopoyéticos	923	454	556	1.933
C / Sistema cardiovascular	2.761	48	574	3.383
D / Dermatológicos	361		13	374
G / Sistema genitourinario y hormonas sexuales	353	21	10	384
H / Preparados hormonales sistémicos, excluyendo hormonas sexuales e insulinas	191	58	58	307
J / Antiinfecciosos para uso sistémico	1.800	414	753	2.967
L / Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	470	497	67	1.034
M / Sistema musculoesquelético	623	113	125	861
N / Sistema nervioso	4.053	195	582	4.830
P / Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes	27	2	1	30
R / Sistema respiratorio	526	10	51	587
S / Órganos de los sentidos	209	8	1	218
V / Varios	166	287	66	519
SUBTOTAL	14.024	2.209	3.134	19.367
TOTAL	16.233			

Observaciones: Los medicamentos incluidos en el Nomenclátor son de Productos Facturables.
 ATC1: órgano o sistema sobre el que actúa el fármaco. Existen varios grupos anatómicos, identificados por una letra del alfabeto.
 Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara. Año 2013.

En el año 2013 se incluyeron en la financiación pública del SNS un total de 2.344 presentaciones de medicamentos; 136 correspondieron a presentaciones en envase clínico y 2.208 en envase normal. De estas, 223 eran medicamentos de uso y dispensación hospitalaria y 1.985 se han incluido en el Nomenclátor de productos facturables a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia. Los grupos terapéuticos en los que hubo mayor número de inclusiones son el grupo N (Sistema nervioso), con 598 presentaciones, y el grupo J (Antiinfecciosos para uso sistémico), con 553.

Del total de medicamentos incluidos en la financiación pública en 2013, un 81,1% fueron medicamentos genéricos. El número de medicamentos genéricos incluidos en la financiación ha ido aumentando cada año: así hace 5 años, en 2009, este porcentaje fue del 73,4%.

Tabla 6.10. Número de presentaciones de medicamentos financiados por el SNS

Grupo ATC1	Envase Normal		Envase Clínico	Total
	Incluidos en el Nomenclátor	Uso Hospitalario		
A / Tracto alimentario y metabolismo	211	7	13	231
B / Sangre y órganos hematopoyéticos	55	17	19	91
C / Sistema cardiovascular	352	2	21	375
D / Dermatológicos	24	0	0	24
G / Sistema genitourinario y hormonas sexuales	64	4	0	68
H / Preparados hormonales sistémicos, excluyendo hormonas sexuales e insulinas	24	0	0	24
J / Antiinfecciosos para uso sistémico	491	38	24	553
L / Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	32	75	5	112
M / Sistema musculoesquelético	79	35	19	133
N / Sistema nervioso	539	27	32	598
P / Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes	5	0	0	5
R / Sistema respiratorio	80	1	1	82
S / Órganos de los sentidos	24	1	0	25
V / Varios	5	16	2	23
SUBTOTAL	1.985	223	136	2.344
TOTAL	2.208			4

Observaciones: Los medicamentos incluidos en el Nomenclátor son de Productos Facturables.
 ATC1: órgano o sistema sobre el que actúa el fármaco. Existen varios grupos anatómicos, identificados por una letra del alfabeto.
 Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara. Año 2013.

En 2013 se incluyeron por primera vez en la financiación del SNS 30 nuevos principios activos en 47 presentaciones de medicamentos. Entre estos principios activos está el Tafamidis, cuya única presentación es para el tratamiento de la polineuropatía amiloide familiar, que es un tipo de enfermedad rara del grupo de las amiloidosis. El grupo V (Varios) es el que incorpora mayor número de nuevos principios.

Según sus condiciones de dispensación, 19 de las 47 presentaciones están calificadas como uso hospitalario, 4 son de diagnóstico hospitalario a las que se les ha restringido el uso de cupón precinto (SCP), por lo que su dispensación es hospitalaria. El resto de las presentaciones pueden ser dispensadas mediante receta médica SNS en oficinas de farmacia, de las cuales 4 están sujetas al visado previo de la inspección.

Tabla 6.11. Principios activos incluidos por primera vez en la financiación del SNS

Grupo ATC1	ATC5/ ATC4	Principios Activos	Número de Presentaciones	Condiciones de Dispensación
A / Tracto alimentario y metabolismo	A10BD11	Metformina / linagliptina	2	Receta médica
	A10BX09	Dapagliflozina	1	Receta médica CPD Visado inspección
	A10BX10	Lixisenatida	2	Receta médica CPD Visado inspección
B / Sangre y órganos hematopoyéticos	B03AC	Ferumoxitol	1	Uso hospitalario
C / Sistema cardiovascular	C10BA03	Pravastatina / fenofibrato	1	Receta médica
D / Dermatológicos	D06BX02	Ingenol	2	Receta médica
G / Sistema genitourinario y hormonas sexuales	G03AA09	Desogestrel / etinilestradiol	6	Receta médica
	G03XB02	Ulipristal	1	Receta médica CPD Visado inspección
J / Antiinfecciosos para uso sistémico	J01DI02	Ceftarolina	1	Uso hospitalario
	J05AG05	Rilpivirina	1	Uso hospitalario
	J05AR08	Emtricitabina / rilpivirina / tenofovir	1	Uso hospitalario
L / Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	L01XE12	Vandetanib	2	Diagnóstico hospitalario, SCP dispensación hospitalaria
	L01XE15	Vemurafenib	1	Diagnóstico hospitalario, SCP dispensación hospitalaria
	L01XE16	Crizotinib	2	Uso hospitalario
	L01XX41	Eribulina	1	Uso hospitalario
	L01XX44	Aflibercept	2	Uso hospitalario
M / Sistema musculoesquelético	M09AX02	Condrocitos humanos	1	Uso hospitalario
N / Sistema nervioso	N02BG	Ibuprofeno / codeína	2	Receta médica
	N06AX23	Desvenlafaxina	4	Receta médica
	N07XX07	Fampridina	2	Uso hospitalario
	N07XX08	Tafamidis	1(*)	Uso hospitalario
R / Sistema respiratorio	R03BB05	Aclidinio	2	Receta médica
	R03BB06	Glicopirronio	1	Receta médica
S / Órganos de los sentidos	S01BA05	Triamcinolona	1	Uso hospitalario
V / Varios	V03AB17	Metiltioninio	1	Uso hospitalario
	V04CX	Gaxilosa	1	Diagnóstico hospitalario, SCP dispensación hospitalaria
	V09BA04	Tecnecio (99mTc) ácido butedónico	1	Uso hospitalario
	V09CX04	Cromo(51Cr)	1	Uso hospitalario
	V10AA01	Itrio (Y90)	1	Uso hospitalario
	V10AX04	Erbio (Er169)	1	Uso hospitalario
	30			47

Observaciones (*) Medicamento huérfano.

ATC1: órgano o sistema sobre el que actúa el fármaco. Existen varios grupos anatómicos, identificados por una letra del alfabeto.

CPD: Cupón Precinto Diferenciado. SCP: Sin Cupón Precinto Diferenciado.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara. Año 2013.

7 Gasto Sanitario²⁰

7.1 Evolución del gasto sanitario

Según el Sistema de Cuentas de Salud, el gasto total del sistema sanitario español, entendido como la suma de los recursos asistenciales públicos y privados, ascendió en el año 2012 a 95.670 millones de euros (68.607 millones financiados por el sector público y 27.064 millones financiados por el sector privado).

La media anual de crecimiento total en el periodo 2008-2012 fue de un -0,4%. El gasto sanitario público presentó una tasa del -0,8%, mientras que el gasto privado creció de media un 0,8%.

Tabla 7.1. Gasto sanitario total, público y privado. Millones de euros y porcentaje sobre el producto interior bruto (PIB)

	2008	2009	2010	2011	2012
Millones de euros					
<i>Gasto sanitario total</i>	97.092	100.475	100.882	98.823	95.670
Gasto sanitario público	70.848	75.355	75.007	72.510	68.607
Gasto sanitario privado	26.244	25.120	25.875	26.312	27.064
Porcentaje sobre PIB					
<i>Gasto sanitario total</i>	8,9	9,6	9,6	9,4	9,3
Gasto sanitario público	6,5	7,2	7,2	6,9	6,7
Gasto sanitario privado	2,4	2,4	2,5	2,5	2,6

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud. Años 2008-2012.

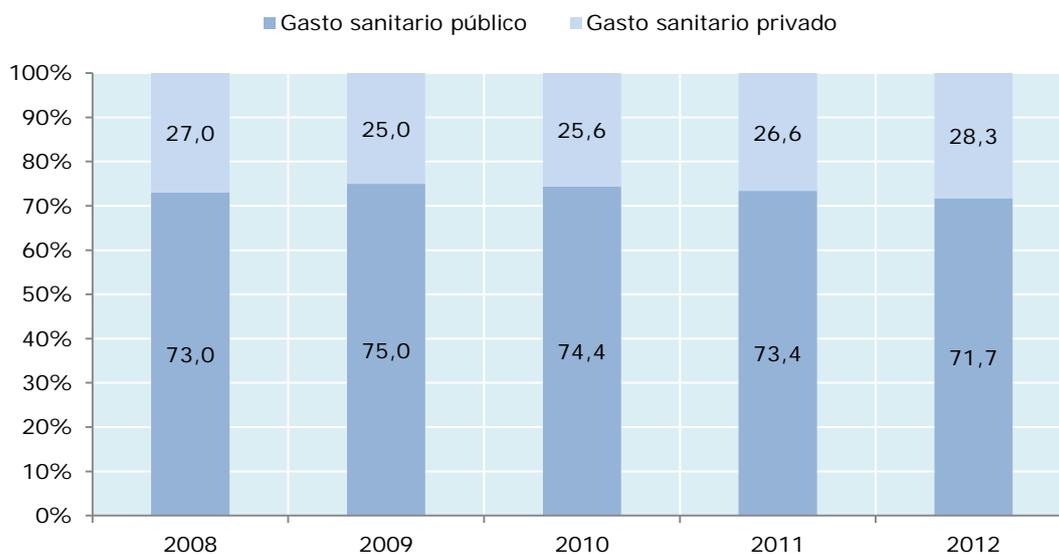
En 2012 el gasto sanitario representó un 9,3% del producto interior bruto (PIB), un 6,7% financiado con recursos públicos y un 2,6% con recursos privados.

En relación a la población, el gasto sanitario total disminuyó de 2.103 euros por habitante en el año 2008 a 2.024 euros por habitante en 2012, lo que supone un decremento anual medio del 1,0 % en el quinquenio.

En el período 2008-2012, la participación del gasto sanitario público sobre el total del gasto sanitario bajó 1,3 puntos porcentuales, ya que pasó de un 73,0% en 2008 a un 71,7% en 2012.

²⁰ Los últimos datos consolidados corresponden al ejercicio 2012

Gráfico 7.1. Gasto sanitario total. Distribución porcentual del gasto público y privado



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud. Años 2008-2012.

7.2 Gasto sanitario según función

El gasto en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación, en el año 2012 alcanzó 55.565 millones de euros, absorbiendo más de la mitad del gasto sanitario total.

Tabla 7.2. Gasto sanitario total según función de atención de la salud (millones de euros)

	2008	2009	2010	2011	2012
Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación	54.310	56.103	55.970	56.505	55.565
Servicios de atención de larga duración	9.027	9.556	10.833	10.014	10.233
Servicios auxiliares de atención de la salud	4.863	5.183	5.244	5.281	5.055
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	20.365	20.961	21.162	19.994	18.452
Servicios de prevención y de salud pública	2.240	2.688	2.270	2.130	1.989
Administración de la salud y los seguros médicos	3.047	3.204	2.932	3.025	2.973
Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud	3.239	2.780	2.470	1.873	1.403
Gasto sanitario total	97.092	100.475	100.882	98.823	95.670

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud. Años 2008-2012.

Así, en 2012, un 58,1% del gasto sanitario total se destinó a servicios de asistencia curativa y de rehabilitación. Le siguen en importancia el gasto en productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios, con un 19,3%, el gasto en servicios de atención de larga duración, con un 10,7%, y el gasto en servicios auxiliares de atención de la salud, que supuso un 5,3% del gasto sanitario total.

El peso del gasto en las principales funciones de atención de la salud durante el período 2008-2012 evolucionó de manera diferente: mientras que los gastos en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación, en servicios de atención de larga duración y en servicios auxiliares de atención de la salud se incrementaron 2,1 puntos porcentuales, 1,4 puntos porcentuales y 0,3 puntos porcentuales, respectivamente, el gasto en productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios bajó 1,7 puntos porcentuales.

Por su parte, la contribución del gasto en formación de capital de las instituciones proveedoras de atención de la salud al gasto sanitario total disminuyó 1,9 puntos porcentuales, dado que pasó del 3,3% en 2008 al 1,5% en 2012.

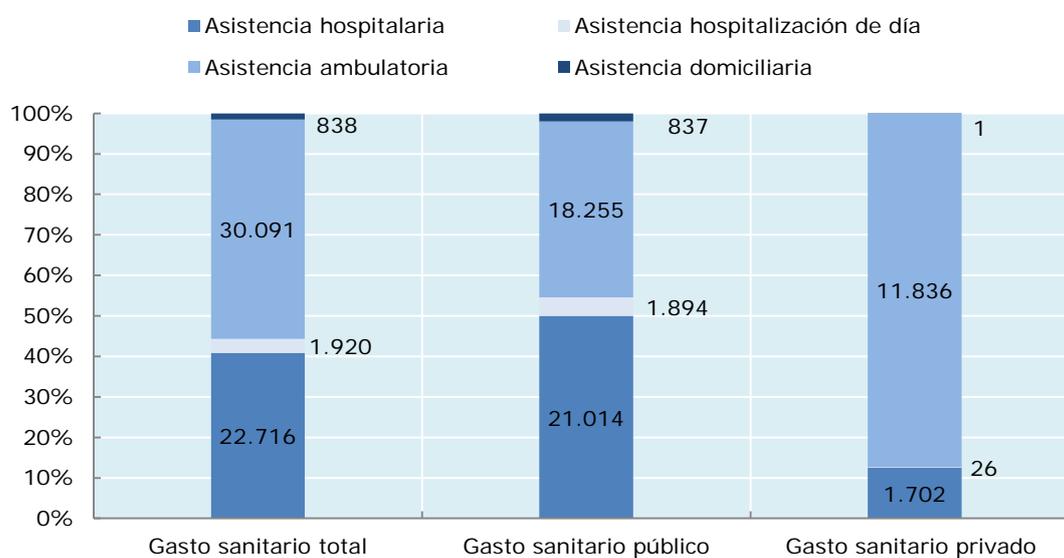
El gasto en servicios de atención de larga duración es el que en el quinquenio 2008-2012 experimentó la mayor tasa anual media de crecimiento, cifrada en un 3,2%, seguido del gasto en servicios auxiliares, con un 1,0%, y en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación, con un 0,6%.

En el último año disminuyó el gasto en todas las funciones de atención de la salud, excepto en servicios de atención de larga duración. Si no se tiene en cuenta la evolución del gasto en formación de capital de las instituciones proveedoras de atención de la salud, los principales descensos se produjeron en productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios (7,7%), en servicios de prevención y de salud pública (6,6%) y en servicios auxiliares de atención a la salud (4,3%).

El cambio brusco en la serie de gasto en servicios de prevención y de salud pública entre 2008 y 2010 se debe a la compra centralizada en el otoño de 2009 por el Ministerio de Sanidad (en ese momento Ministerio de Sanidad y Política Social) de la vacuna contra la gripe A (H1N1), por un importe de 333 millones de euros.

En cuanto a los servicios de asistencia curativa y de rehabilitación, en 2012 las 3/4 partes se financiaron con recursos públicos. La asistencia hospitalaria absorbió el 50,0% del gasto público en asistencia curativa y de rehabilitación. La asistencia ambulatorio supuso el 87,3% del gasto privado, debido a la asistencia odontológica.

Gráfico 7.2. Gasto sanitario total, público y privado en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación, en millones y distribución porcentual



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud. Años 2008-2012.

7.3 Gasto sanitario según proveedor

Según el proveedor de atención sanitaria, el gasto de los hospitales, que en 2012 ascendió a 40.464 millones de euros, supuso el mayor porcentaje del gasto sanitario total.

Concretamente, en 2012, un 42,3% del gasto sanitario total fue generado por los hospitales. El gasto de los proveedores de atención ambulatoria se sitúa en un 26,6%, el de los minoristas y otros proveedores de productos médicos, en un 19,3%, y el de los establecimientos de atención medicalizada y residencial, en un 6,5%.

La contribución del gasto de los principales proveedores de atención de la salud al gasto sanitario total fue dispar en el período 2008-2012: el gasto de los hospitales se incrementó 1,1 puntos porcentuales, el gasto de los establecimientos de atención medicalizada y residencial aumentó 0,7 puntos porcentuales, el gasto de los proveedores de atención ambulatoria se redujo menos de 0,1 puntos porcentuales y el gasto de los minoristas y otros proveedores de productos médicos (principalmente, farmacias) disminuyó 1,7 puntos porcentuales.

Tabla 7.3. Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud (millones de euros)

	2008	2009	2010	2011	2012
Hospitales	40.043	41.695	41.287	41.956	40.464
Establecimientos de atención medicalizada y residencial	5.590	5.970	7.125	6.050	6.221
Proveedores de atención ambulatoria	25.845	26.027	26.086	25.652	25.430
Minoristas y otros proveedores de productos médicos	20.365	20.961	21.161	19.994	18.451
Suministro y administración de programas de salud pública	820	1.197	795	781	731
Administración general de la salud y los seguros médicos	3.463	3.554	3.204	3.245	3.257
Otras ramas de actividad	962	1.069	1.221	1.145	1.114
Resto del mundo (*)	3	2	2	1	1
Gasto sanitario total	97.092	100.475	100.882	98.823	95.670

Observaciones: (*) Incluye las cuotas de las Organizaciones Sanitarias Internacionales. Para INGESA incluye algunas medicinas que, aunque no pueden venderse en España, son necesarias para tratamientos específicos.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud. Años 2008-2012.

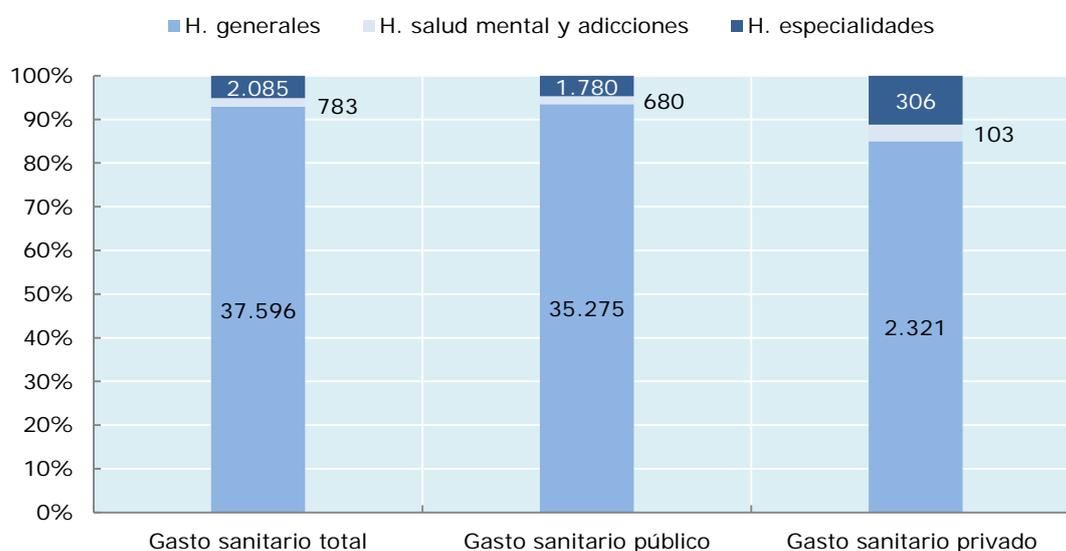
En el quinquenio 2008-2012, el gasto de las otras ramas de actividad es el que tuvo la mayor tasa anual media de crecimiento (3,7%) seguido del gasto de los establecimientos de atención medicalizada y residencial (2,7%) y del gasto de los hospitales (0,3%).

En el último año, con la excepción de los establecimientos de atención medicalizada y residencial y de la administración general de la salud y los servicios médicos, descendió el gasto de todos los proveedores de atención. Las principales bajadas se produjeron en los minoristas y proveedores de productos médicos (7,7%) en el suministro y administración de programas de salud pública (6,3%) y en los hospitales (3,6%).

La fuerte oscilación que presenta la serie de gasto de los proveedores de los programas de salud pública entre los años 2008 y 2010 se debe a la compra centralizada de la vacuna contra la gripe A (H1N1) en el otoño de 2009.

En 2012, los hospitales generales originaron el 92,9% del gasto total de los hospitales.

Gráfico 7.3. Gasto sanitario total, público y privado de los hospitales según modo de producción, en millones y distribución porcentual



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud. Años 2008-2012.

7.4 Gasto sanitario según agente de financiación

El gasto sanitario de las administraciones públicas en el año 2012 se cifró en 68.607 millones de euros, contribuyendo al 71,7% del gasto sanitario total. El sector privado contribuyó con el 28,3% restante.

En 2012, las administraciones regionales, con una participación del 91,7% son los agentes que soportaron una mayor carga en la financiación sanitaria pública. Por su parte, las administraciones de la seguridad social (que incluye las mutualidades de funcionarios) contribuyeron con el 6,6% del gasto sanitario público. La administración central participó con 0,6%.

Tabla 7.4. Gasto sanitario total según agente de financiación (millones de euros)

	2008	2009	2010	2011	2012
Administraciones públicas	70.848	75.355	75.007	72.510	68.607
Administración central	514	827	514	482	421
Administraciones regionales	64.521	68.657	68.751	66.459	62.891
Administraciones locales	1.154	1.277	1.008	915	789
Administraciones de S.S.	4.660	4.593	4.734	4.654	4.506
Sector privado	26.244	25.120	25.875	26.312	27.064
Empresas de seguro privadas	5.632	5.752	5.100	5.549	5.494
Pagos directos de los hogares	19.751	18.706	20.118	20.010	20.865
Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares	341	375	406	385	433
Sociedades (excepto seguros médicos)*	520	287	251	368	272
Gasto sanitario total	97.092	100.475	100.882	98.823	95.670

Observaciones: * Únicamente incluye gastos de capital.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud. Años 2008-2012.

Desde 2009, año en que finalizó la tendencia alcista que venía experimentando históricamente el gasto sanitario, el gasto de las administraciones públicas disminuyó un 9,0%, lo que traduce el efecto de las medidas extraordinarias para la reducción del déficit público adoptadas a partir de mayo de 2010 a consecuencia de la crisis económica. De hecho, entre los mayores descensos del gasto sanitario público, cabe destacar el de los productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos, que, desde el año 2009, cayó un 20,2%.

En relación con el gasto privado, son los hogares los que aportaron una mayor contribución a la financiación, con una participación del 77,1%. En el periodo 2008-2012, el gasto sanitario privado creció de media 0,8%.

7.5 Gasto sanitario público del sector comunidades autónomas

El gasto sanitario público en el año 2012 en España supuso 64.150 millones de euros, lo que representa el 6,2 % del PIB. El gasto per cápita ascendió a 1.357 euros por habitante.

El sector comunidades autónomas fue responsable del 92,1% del total del gasto.

Tabla 7.5. Gasto sanitario público, consolidado según clasificación sectorial en millones de euros

	2008	2009	2010	2011	2012
Administración Central	930	1.217	906	831	726
Sistema de Seguridad Social	1.820	1.625	1.692	1.610	1.434
Mutualidades de Funcionarios	1.972	2.054	2.076	2.085	2.094
Comunidades Autónomas	60.965	64.387	63.718	62.593	59.092
Ciudades con Estatuto de autonomía	17	19	17	16	15
Corporaciones Locales	1.154	1.277	1.088	915	789
Total consolidado	66.858	70.579	69.417	68.050	64.150

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP). Años 2008-2012.

El gasto público consolidado del sector comunidades autónomas en 2012 supuso 59.092 millones de euros, lo que representa el 5,8% del PIB. El gasto medio per cápita fue de 1.255 euros. En la interpretación de los datos es importante tener en cuenta que un 7,9% del gasto sanitario público de España no se recoge territorializado.

Tabla 7.6. Gasto sanitario público consolidado según comunidades autónomas. En millones de euros, porcentaje sobre el PIB y euros por habitante

	Millones de euros	%sobre PIB	euros por habitante
Cantabria (*)	1.046	8,3	1.762
País Vasco	3.449	5,4	1.573
Asturias	1.655	7,6	1.536
Aragón	2.043	6,3	1.514
Murcia	2.111	7,9	1.431
Navarra	918	5,2	1.425
Extremadura	1.556	9,5	1.404
Castilla y León	3.455	6,4	1.357
La Rioja	419	5,3	1.296
Galicia	3.530	6,4	1.269
Total Comunidades Autónomas	59.092	5,8	1.255
Cataluña	9.480	4,9	1.252
Castilla-La Mancha	2.613	7,2	1.231
Comunidad Valenciana	6.116	6,3	1.192
Canarias	2.519	6,3	1.189
Madrid	7.666	4,1	1.180
Baleares	1.293	5,0	1.155
Andalucía	9.223	6,6	1.091

Observaciones: (*) El gasto sanitario de Cantabria incluye para el 2012 la imputación de los pagos tramitados a través del Mecanismo Extraordinario del Pago a Proveedores. Datos ordenados de mayor a menor según cuantía de euros por habitante.
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Gasto Sanitario Público. Año 2012.

En valores absolutos, el 44,6% del gasto sanitario público del sector fue originado por tres comunidades autónomas: Cataluña, Andalucía y Madrid, con 9.480, 9.223 y 7.666 millones de euros, respectivamente. La Rioja, Navarra y Cantabria son las comunidades que generaron el gasto más bajo.

En relación a su población, las comunidades con mayor gasto sanitario público fueron Cantabria (1.762 euros por habitante), País Vasco (1.573 euros por habitante) y Asturias (1.536 euros por habitante). Las comunidades con menor gasto sanitario público fueron Andalucía (1.091 euros por habitante), Baleares (1.155 euros por habitante) y Madrid (1.180 euros por habitante).

El análisis de la distribución del gasto sanitario público entre las comunidades autónomas y la importancia que tiene el mismo dentro de cada una de las economías regionales se puede realizar a través del indicador de gasto sanitario como porcentaje del PIB. Sin embargo hay que tener en cuenta que los datos que se obtienen a nivel regional no

solo se explican por diferencias entre niveles de renta sino también por solidaridad entre territorios y que la asignación de recursos entre las comunidades autónomas contempla mecanismo de nivelación que tratan de garantizar la equidad del sistema.

Extremadura con 9,5% de gasto sanitario público sobre el PIB, junto con Cantabria con 8,3% y Murcia con 7,9% fueron las comunidades autónomas que presentaron en el año 2012 el porcentaje más elevado. En el extremo opuesto se encontraba Madrid con el 4,1% de gasto sanitario público sobre el PIB y Cataluña con 4,9.

El gasto total del sector Comunidades Autónomas en el último año sufrió un descenso del 5,6%. Las comunidades que más redujeron su gasto sanitario fueron Baleares un 18,3%, Castilla-La Mancha un 14,8% y la Rioja 9,2%. Únicamente dos comunidades incrementaron su gasto, Cantabria y Castilla y León.

Tabla 7.7. Gasto sanitario público consolidado según comunidades autónomas

	Tasa interanual 2012/2011
Cantabria	36,4
Castilla y León	3,7
Aragón	-0,4
Andalucía	-2,3
País Vasco	-3,3
Asturias	-3,8
Galicia	-3,8
Total sector de gasto	-5,6
Cataluña	-6,3
Murcia	-6,8
Navarra	-7,0
Canarias	-7,8
Extremadura	-8,1
Madrid	-8,9
Comunidad Valenciana	-9,0
La Rioja	-9,2
Castilla-La Mancha	-14,8
Baleares	-18,3

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor por el campo tasa de variación interanual 2012/2011. Cifras expresadas en tanto por cien.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Gasto Sanitario Público. Año 2012.

Desde la óptica de la clasificación económica el componente del gasto de las comunidades autónomas con mayor peso es la remuneración del personal que en el año 2012 alcanzó la cifra de 26.286 millones de euros, lo que representa el 44,5% del gasto consolidado, experimentando un descenso del 7,9% respecto al año anterior.

El porcentaje del gasto sanitario público dedicado por las comunidades autónomas a la remuneración de su personal osciló entre el 52,1% de Navarra y el 35,5% de Cataluña.

Tabla 7.8. Gasto sanitario público en remuneración de personal según comunidades autónomas en millones de euros y porcentaje sobre el total de gasto sanitario público de la comunidad

	Millones de euros	Porcentaje sobre el total de gasto de la comunidad
Navarra	479	52,1
Castilla-La Mancha	1.337	51,2
Castilla y León	1.737	50,3
Extremadura	781	50,2
País Vasco	1.732	50,2
Canarias	1.233	48,9
Baleares	632	48,8
Aragón	995	48,7
Andalucía	4.365	47,3
La Rioja	198	47,3
Murcia	991	47,0
Galicia	1.649	46,7
Madrid	3.482	45,4
Asturias	743	44,9
Total Comunidades Autónomas	26.286	44,5
Comunidad Valenciana	2.212	36,2
Cantabria	376	35,9
Cataluña	3.345	35,3

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según el porcentaje dedicado por la comunidad en remuneración de personal sobre el total de gasto sanitario público de la comunidad.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Gasto Sanitario Público. Año 2012.

8 Estrategias del Sistema Nacional de Salud

8.1 Estrategias de Salud

La elaboración e implementación de las Estrategias en Salud del Sistema Nacional de Salud (SNS) tiene como objetivo mejorar la calidad en la atención sanitaria de manera conjunta y coordinada con todos los servicios de salud de las comunidades y ciudades autónomas, con el fin de reforzar los principios de equidad y cohesión en la asistencia sanitaria de todos los ciudadanos.

La elaboración de las estrategias es un proceso definido y consolidado, en el que participan a través de los Comités Institucional y Técnico de cada una de ellas, representantes de la administración sanitaria tanto estatal como autonómica, los profesionales a través de sus sociedades científicas y los pacientes a través de sus asociaciones.

Corresponde al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), a propuesta del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), decidir las condiciones de salud concretas sobre las que actuar, teniendo en cuenta la carga de enfermedad, el impacto económico y las repercusiones de las diferentes patologías en las personas y la sociedad.

En el año 2013, en el SNS, estaban implantadas en todas las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla las estrategias en cáncer, cardiopatía isquémica, diabetes, salud mental, cuidados paliativos, ictus, EPOC, enfermedades raras, abordaje de la cronicidad y enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas.

En el pleno del CISNS, celebrado en julio de 2013, se aprobaron la evaluación de las estrategias de EPOC, Ictus y de la línea estratégica de asistencia a adultos en cáncer. Se acordó implantar en toda España la prueba de detección precoz de sangre oculta en heces para el cribado de cáncer colorrectal en la Cartera Básica de Servicios Comunes del SNS, en hombres y mujeres de 50 a 69 años, con la previsión de alcanzar una cobertura poblacional del 50% en 2015.

En junio de 2013 se inició el proceso de elaboración de la estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas, en cuyo comité institucional y por primera vez participan representantes de las consejerías de servicios sociales de las comunidades autónomas.

Tabla 8.1. Situación de las Estrategias en Salud del Sistema Nacional de Salud

Estrategias del SNS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Seguridad del Paciente	APR			EVA	EVA	EVA	EVA	
Cáncer	APR		EVA	ACT				APR EVA
Cardiopatía Isquémica	APR		EVA	ACT			EVA	
Salud Mental	APR			EVA y ACT				
Cuidados Paliativos		APR			EVA y ACT			
Diabetes	APR				EVA		ACT	
Ictus			APR				EVA	APR EVA
EPOC				APR			EVA	APR EVA
Enfermedades Raras				APR			EVA	ACT
Cronicidad							APR	
Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas							APR	
Enfermedades Neurodegenerativas								ELA

Observaciones: ELA = elaboración, APR = aprobada, EVA= evaluada, ACT= actualizada.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Calidad y Cohesión. Años 2006-2013.

Desde 2006 también está implantada en todas las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla la Estrategia en Seguridad del Paciente del SNS. Se trata de una estrategia transversal, dirigida a reducir los daños asociados a la atención sanitaria, en todos los niveles del SNS.

En 2013 las acciones promovidas por el MSSSI se dirigieron a reforzar la cultura y formación de profesionales con una 6ª edición del Máster de Seguridad del Paciente y la 22ª edición del curso de gestión de riesgos online. Se siguió con las acciones para la implantación de buenas prácticas, especialmente dirigidas al control de la infección relacionada con la atención sanitaria a través del “Programa de Higiene de Manos y Tolerancia Zero” en las Unidades de Cuidados Intensivos, y del uso seguro del medicamento, con la edición de una lista de medicamentos de alto riesgo para pacientes crónicos. Se desarrollaron también acciones para consolidar y extender el Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del paciente (SINASP) a la Atención Primaria.

El MSSSI también participó en la acción conjunta de la Red de la Unión Europea para la Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención (PaSQ), cuyo objetivo es contribuir a la seguridad del paciente y la buena calidad de la atención a través de la cooperación entre Estados miembros de la Unión Europea (UE) mediante el intercambio de conocimientos, experiencias y buenas prácticas. Especialmente en lo relativo a la implementación de la

estrategia multimodal de la OMS, lista de verificación quirúrgica, conciliación de la medicación y escala de detección temprana de deterioro clínico en pediatría, que se están implantando en 120 centros sanitarios, en 12 de las 17 CCAA.

En cuanto a la estrategia del cáncer se unificó el criterio para realizar la prueba de cribado (mamografía) a todas las mujeres de entre 50 y 69 años, con una revisión cada dos años. También se llegó al acuerdo de indicar el cribado de cáncer de cérvix a las mujeres con edades comprendidas entre 25 y 65 años, haciendo una citología cervical con un intervalo entre exploraciones de 3 a 5 años.

En el seno de la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS, en 2013 se inició la elaboración del documento sobre Cuidados Paliativos Pediátricos.

Respecto a la Estrategia en Cardiopatía Isquémica del SNS, en 2013 también se inició una evaluación de los cambios más significativos que se han producido en el campo de la disfunción ventricular e insuficiencia cardíaca crónica secundaria a cardiopatía isquémica y el síndrome coronario agudo, desde la anterior actualización de la estrategia.

En cuanto a la estrategia de Salud Mental, el pleno del CISNS, celebrado en julio de 2013, aprobó los documentos de difusión de la estrategia y formación de profesionales, el de transversalidad y continuidad asistencial y el de consenso de las comisiones de análisis de casos de pacientes sujetos a penas y medidas de seguridad. Así mismo, se aprobó en la 66ª asamblea de la OMS, en mayo de 2013, el "Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS" y en el "63rd WHO Regional Committee for Europe", celebrado en septiembre de 2013, el plan "The European Mental Health Action Plan - OMS Europa", ambos con la participación de España. También se participó en la acción conjunta de la Comisión Europea de Salud Mental y Bienestar para el desarrollo del modelo de atención comunitaria en salud mental.

El Gobierno, a instancia del MSSSI, aprobó el 28 de octubre de 2012 la iniciativa de declarar el año 2013 como Año Español de las Enfermedades Raras, con el objetivo de acercar a los ciudadanos al conocimiento de las patologías consideradas como poco frecuentes, despertar el interés de los investigadores, profesionales sanitarios y de la industria y continuar avanzando en el conocimiento de estas dolencias.

Dentro de las actividades realizadas durante 2013, se actualizó la Estrategia y en octubre de 2013 se celebró en el Ministerio, la Jornada Científica "Conocer la rareza, mejorar nuestras vidas. Presente y retos futuros de las enfermedades raras: traslación clínica de la investigación".

También se acordó, entre el Ministerio y las Comunidades, priorizar la realización de cribados neonatales para detectar siete patologías poco frecuentes: hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, fibrosis quística, deficiencia de acil coenzima A deshidrogenada de cadena

media (MCADD), deficiencia de 3-hidroxil acil-CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHADD), acidemia glutárica tipo I (GA-I) y anemia falciforme. Las comunidades que hacían análisis para otras enfermedades tuvieron la opción de seguir realizándolos a través de programas piloto. Se aprobaron también los criterios de designación para enfermedades metabólicas hereditarias, síndromes genético neurocutáneos (Facomatosis), enfermedades raras que cursan con trastornos del movimiento y trastornos complejos del sistema nervioso autónomo.

En la UE, España participó en el Comité de Expertos en Enfermedades Raras de la Unión Europea (EUCERD) y colaboró en los proyectos de acción conjunta: "Orphanet Europa", "Epirare: Plataforma Europea para los registros de enfermedades raras" y "EUCERD: trabajando para las enfermedades raras".

8.2 Cronicidad

En el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, celebrado el día 18 de diciembre de 2013, en el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS fue aprobada la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, que contempla el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a ganar salud y a prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad.

Su objetivo es avanzar en la intervención integral en salud, armonizando las actuaciones en prevención primaria y promoción de la salud, reforzando estas intervenciones en atención primaria con carácter universal y su coordinación entre los diferentes entornos (sanitario, social, educativo y comunitario). Se basa en los principios rectores de integralidad, evidencia científica, cohesión, participación, evaluación, salud en todas las políticas y equidad.

Se implementa de acuerdo a las siguientes líneas:

1. El desarrollo operativo de intervenciones integrales, que profundicen en los aspectos comunes y replicables de las mejores prácticas identificadas para facilitar su implantación universal en el SNS y promover una coordinación eficaz entre las estructuras de salud pública y atención primaria. Estas intervenciones integrales son:
 - El consejo integral sobre estilos de vida en atención primaria vinculado a recursos comunitarios en la población infantil, gestante y adulta.

La intervención integral pretende recomendar a la población cuando acude a la consulta de atención primaria cómo puede mantener y/o mejorar sus estilos de vida y los recursos locales disponibles para poder lograrlo. La vinculación entre el equipo de atención primaria y los recursos comunitarios disponibles para prevención y promoción de la salud se está desarrollando, y requiere de una dinamización de los recursos y propuestas organizadas en coordinación con el ámbito local.

- El cribado de fragilidad y prevención de caídas en la persona mayor realizada a través del consenso alcanzado con todas las sociedades científicas de Geriátrica, Atención Primaria y Enfermería, que se presenta como “Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor”, es un elemento clave en la promoción del envejecimiento activo y saludable y en la prevención de la discapacidad.

En el documento se propone realizar un cribado oportunista de fragilidad a la población mayor de 70 años que acude a consulta de atención primaria y proponer un programa de actividad física multi-componente. Este consenso se propone como base para avanzar en la necesaria concreción de la cartera de servicios sociosanitaria.

2. El diseño de un plan de capacitación profesional para reforzar la metodología del cambio y educación en estilos de vida saludables en atención primaria, y en coherencia con el desarrollo operativo del consejo integral en estilos de vida vinculado a recursos comunitarios.
3. La capacitación de la población se desarrollará, entre otros, a través del diseño de una plataforma web sobre estilos de vida saludables que pretende ser referente nacional de información de calidad, teniendo en cuenta el nivel de alfabetización en salud de la población española. y con un enfoque integral teniendo en cuenta cada uno de los componentes de los estilos de vida.
4. Avanzar en intersectorialidad en salud (con la generación de alianzas con los sectores de la educación, deportes, urbanismo y transporte), al objeto de potenciar la salud pública y el principio rector de salud en todas las políticas. En este sentido, se abordará el Plan de desarrollo local con la Federación Española de Municipios y provincias (FEMP), con sociedades científicas y con representantes de CCAA.

Uno de los elementos clave que se propone para la implementación de la Estrategia a nivel local es la configuración de mesa intersectorial, que entre sus funciones prioritarias en promoción y protección de la salud desarrollará un mapa “on line” de recursos comunitarios para la promoción de la salud y prevención; el cual se pretende vincular a atención primaria para facilitar el consejo integral sobre estilos de vida en la consulta de manera oportunista. Asimismo, se ha previsto la invitación a los municipios para la adhesión formal a la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención mediante un procedimiento explícito que tiene como fin dar un marco de compromiso institucional a la implementación local de la misma. El cumplimiento de las acciones previstas para la adhesión a la Estrategia se reconocerá explícitamente (se dará visibilidad a la adhesión añadiendo al logo de la Estrategia el nombre del municipio).

8.3 Buenas prácticas en el Sistema Nacional de Salud

La recogida de buenas prácticas se enmarca en los principios de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS). En dicha ley se establece que la mejora de la calidad del sistema sanitario en su conjunto debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias públicas y privadas. Asimismo se concretan los elementos que configuran la que

se denomina "Infraestructura de la Calidad, que comprende normas de calidad y seguridad, indicadores, guías de práctica clínica y registros de buenas prácticas y de acontecimientos adversos. También se establece la necesidad de crear un registro de Buenas Prácticas (BBPP), que ofrezcan una innovación o una forma de prestar un servicio mejor que las prácticas actuales.

En el Real Decreto-ley 16/2012, de 29 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, se expresa el deseo de abordar reformas en el Sistema Sanitario para su sostenibilidad, no solo mediante normas, sino también impulsando buenas prácticas y poniendo en común experiencias, siempre con base en el diálogo y contando con la colaboración de las Comunidades Autónomas (CCAA) y de cuantas asociaciones y entidades actúan en este ámbito.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad inició en 2012, en colaboración con la Comisión contra la Violencia de Género (VG) del Consejo Interterritorial del SNS y con los Comités de las Estrategias en Salud, un proceso común sistematizado para la identificación, recogida, aprobación y difusión de BBPP.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), desde la Comisión contra la violencia de género y sus grupos de trabajo técnico donde están representadas todas las comunidades autónomas, adaptó tanto la definición genérica de buenas prácticas como los 14 criterios comunes de calidad: adecuación, pertinencia, evaluación, basado en el mejor conocimiento científico disponible, efectividad, transferencia, aspectos éticos, participación, equidad, intersectorialidad, enfoque de género, innovación, eficiencia, sostenibilidad.

Estos criterios han sido elaborados y consensuados por la Subdirección General de Calidad y Cohesión junto con el desarrollo de herramientas metodológicas específicas necesarias: ficha de recogida de datos de las candidaturas, check-list para la evaluación de los 14 criterios de calidad en cada una de ellas y el sistema de baremación o puntuación.

Tras el pilotaje realizado en 2012 con la recogida y evaluación de BBPP frente a la violencia de género, en 2013 se realizó la convocatoria de recogida de buenas prácticas en el Sistema Nacional de Salud dirigida tanto a actuaciones sanitarias frente a la violencia de género como la recogida de buenas prácticas en relación con la Estrategia en Enfermedades Raras del SNS, coincidiendo con el Año Español de las Enfermedades Raras.

En la convocatoria de 2013 se identificaron 10 buenas prácticas frente a la violencia de género y 8 buenas prácticas en relación con la Estrategia en Enfermedades Raras.

Tabla 8.2. Buenas prácticas en actuación sanitaria frente a la violencia de género aprobadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud CISNS

	Nombre experiencia	Línea estratégica de actuación
Andalucía	Red FORMMA. Red de Formación contra el Maltrato a las Mujeres de Andalucía	Formación de profesionales del SNS
	Ante el espejo. Intervención-Teatro. Sensibilización ante la violencia de género	Trabajo comunitario con población para prevención VG. Trabajo grupal con mujeres (empoderamiento)
Cataluña	Mutua Terrasa. Formación. Punto Clave para combatir la Violencia de Género	Formación de profesionales del SNS
	Programa TEVI. Atención clínica a testigos de violencia doméstica desde Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil	Atención Sanitaria a hijas e hijos de mujeres que sufren VG
	Red de Centro de Atención a Drogodependencias. Programa de Abordaje de la Violencia contra la Pareja	Atención Sanitaria a mujeres en contextos más vulnerables ante VG
Extremadura	Estrategia de Coordinación Intersectorial para la Formación de Personal Sanitario en la Atención a la Violencia de Género	Coordinación Intersectorial
Madrid	Hospital Clínico San Carlos. Sensibilización frente a la violencia de género desde la responsabilidad social corporativa del hospital	Trabajo comunitario con población para prevención VG. Trabajo grupal con mujeres (empoderamiento)
	Centro de Salud Puerta de Madrid. Reconstruyendo identidades de la mujer y el hombre: hacia el encuentro personal y familiar	Trabajo comunitario con población para prevención VG. Trabajo grupal con mujeres (empoderamiento)
	Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Proyecto Vigila	Coordinación Intersectorial
Murcia	Plan Integral de Formación en Violencia de Género	Formación de profesionales del SNS

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Calidad y Cohesión. Año 2013.

Tabla 8.3. Buenas prácticas en la estrategia en enfermedades raras del SNS aprobadas por el CISNS

	Nombre experiencia	Unidad o equipo responsable
Asturias	Campaña de información y sensibilización sobre Enfermedades Raras y la ayuda ofrecida desde un sistema sanitario de Atención Integral que incorpora la atención social sanitaria "Que no se sientan solos"	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Cantabria	Implantación de un sistema de gestión de la calidad según la norma ISO 9001:2000 en la unidad de Telangiectasia hemorrágica hereditaria	Hospital Sierrallana
Cataluña	Guía Metabólica: mejora de la calidad de vida y en empoderamiento de pacientes con errores congénitos del metabolismo a través de la web 2.0.	Hospital San Joan de Deu
	Síndrome Delección 22q11. Diagnóstico y seguimiento clínico de los pacientes afectados. Consulta Multidisciplinar	Hospital Vall D'Hebron
Galicia	Página web del cálculo dietético y nutricional para pacientes con Enfermedades Raras Metabólicas Congénitas: www.ODIMET.es	Consejería de Sanidad
	Programa de formación dirigido a pacientes y familiares con enfermedades con enfermedades congénitas del metabolismo: www.ODIMET.es	Consejería de Sanidad
Navarra	Trabajando juntos: metodología de cooperación entre ADANO y el CHN en la atención a niños y niñas con enfermedades oncológicas	Consejería de Salud
País Vasco	Incorporación de las recomendaciones internacionales de calidad en el programa de cribado neonatal de Enfermedades Congénitas (Metabolopatías) de la Comunidad Autónoma	Dirección General de Salud Pública

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Calidad y Cohesión. Año 2013.

8.4 Red Española de Escuelas de Salud para la Ciudadanía

La Red Española de Escuelas de Salud para la Ciudadanía se aprobó por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) en diciembre de 2012 con el objetivo de poner a disposición de los pacientes, cuidadores y usuarios un conjunto de herramientas que aportaran información relevante para las necesidades del cuidado de la salud, actualizada y de calidad, y de fácil comprensión por los colectivos a los que se dirige, mediante la creación de una plataforma web.

La Red de Escuelas se ha ido configurando a partir de la participación de las distintas escuelas, programas y proyectos: Escuela de pacientes de Andalucía, Escuela Gallega de Salud para ciudadanos, Programa Paciente Experto de Cataluña, Universidad de los pacientes de la Fundación Josep Laporte, Fundación para la formación y la investigación sanitaria de la Región de Murcia, Programa Paciente Activo- Paziante Bizia (Osakidetza) y Red Ciudadana

de Formadores del MSSSI. Durante 2013, todos ellos colaboraron y se comprometieron con el desarrollo de la Red de Escuelas, con la vocación de integración, servicio y transparencia.

En 2013 se establecieron cinco áreas de trabajo: alfabetización sanitaria, herramientas de ayuda a la toma de decisiones, autocuidados, seguridad del paciente, y apoyo social y emocional. Se encargó a la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS la elaboración del procedimiento de validación de herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartidas (HATD).

En esta primera fase de implantación y lanzamiento de la Red de Escuelas se pretende que los proyectos, los contenidos y programas que se pongan a disposición de la ciudadanía procedan de las distintas escuelas que en la actualidad forman parte de la Red; dichos contenidos, al igual que cualquier otro que se oferte, deberán superar un proceso de selección según el procedimiento específico diseñado para tal fin.

8.5 Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud

El Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), en su reunión de 29 de febrero de 2012, acordó la creación de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud con la misión de generar, difundir y facilitar la implementación de información destinada a fundamentar la toma de decisiones en el Sistema Nacional de Salud, contribuyendo de esta forma al incremento de la calidad, equidad, eficiencia y cohesión en el mismo.

Entre sus objetivos está evaluar las técnicas y procedimientos clínicos de cara a su inclusión, exclusión y modificación de las condiciones de uso en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS). De esta manera la Red participa en el desarrollo de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, mediante la evaluación de las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos, con carácter preceptivo y previamente a su utilización en el Sistema Nacional de Salud. Actúa a través de:

- La elaboración de informes de evaluación de tecnologías sanitarias.
- La elaboración de guías de práctica clínica y otros productos basados en la evidencia, que documenten y propongan iniciativas tendentes a disminuir la variabilidad no justificada de la práctica clínica en el SNS.

Esta Red agrupa a las agencias y unidades de evaluación de tecnologías sanitarias existentes en España: Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de Salud, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la

Comunidad de Madrid, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III.

El Plan de Actividades que desarrollan las Agencias y unidades de evaluación de la Red constituye una actividad fundamental para el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el ámbito de la evaluación de tecnologías sanitarias, cuyos resultados facilitan la toma de decisiones referentes a la incorporación y exclusión de prestaciones, a la modificación de las condiciones de uso, al incremento de la calidad y a la disminución de la variabilidad de la práctica clínica mediante la utilización de informes y guías de práctica clínica.

El plan de trabajo para el año 2013, aprobado por el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS el 21 de marzo de 2013, incluyó la edición de la "Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Enfermedad Meningocócica Invasiva" y la elaboración 63 informes de evaluación de tecnologías sanitarias, 26 de ellos sobre dispositivos médicos, 3 de análisis genéticos, 6 sobre eficacia clínica de cribado neonatal y 6 sobre coste-efectividad de cribado neonatal, 4 acerca de pruebas diagnósticas, 8 sobre intervenciones preventivas y terapéuticas, 5 de procesos de atención, 3 revisiones bibliográficas relacionadas con estrategias en salud y 2 análisis metodológicos.

En cooperación internacional se trabajó en la estimación del valor monetario de un "Año de Vida Ajustado por Calidad (AVAC)", para su utilización en análisis de coste-efectividad en España.

También en el ámbito internacional la Red Española de Agencias participó en las actividades de la Red Europea de evaluación de tecnologías sanitarias, creada al amparo de la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, a través de la cual la Unión Europea facilitará la cooperación, la comunicación y el intercambio de información científica entre los Estados miembros.

En este contexto europeo la Red Española participó en la elaboración del Documento Estratégico sobre la Cooperación Europea en Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Health Technology Assessment -HTA), que será sometido a aprobación en la reunión de la Red Europea prevista en Roma el 29 de octubre de 2014.

9 e-Salud

En el SNS existe una notoria aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación como apoyo a la labor asistencial, a la gestión de los pacientes, al soporte documental y a la relación entre los profesionales para la continuidad asistencial. Los proyectos innovadores basados en las TICs son numerosos y muy estimables.

En este apartado se comentan únicamente tres proyectos que tienen vocación vertebradora entre todos los agentes del sistema sanitario público.

9.1 Tarjeta Sanitaria en el Sistema Nacional de Salud

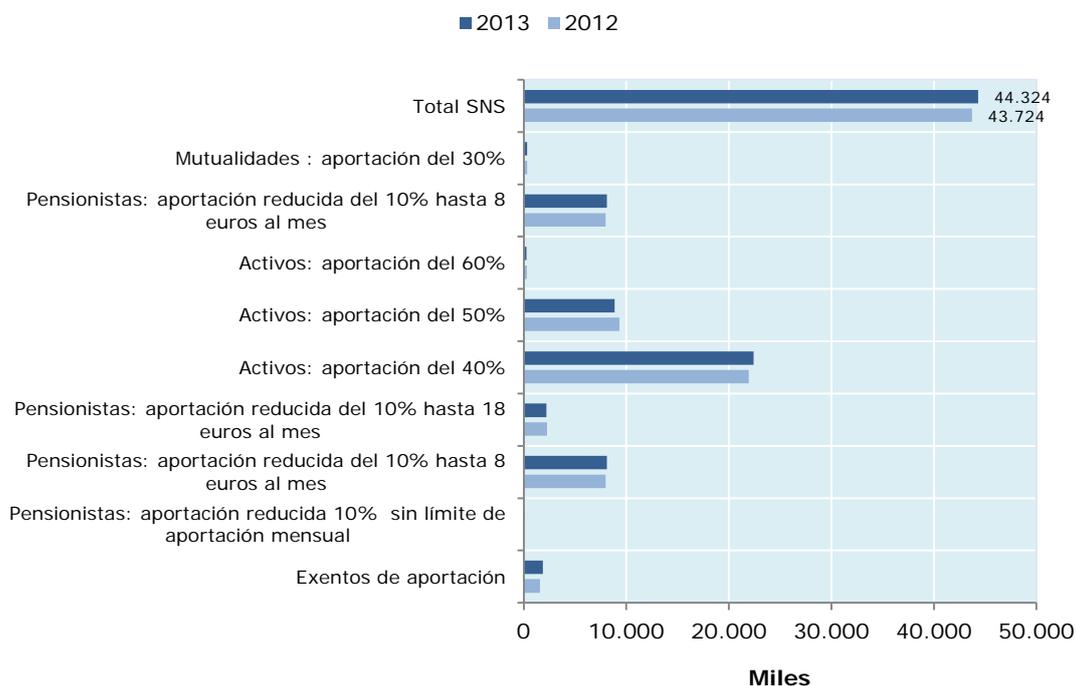
La efectividad del derecho a la protección de la salud en el conjunto del SNS precisa de un sistema normalizado de identificación de todo usuario sujeto del derecho. Dicha identificación se efectúa a través de la Tarjeta Sanitaria, emitida por cada comunidad autónoma para la población residente en su territorio. Para facilitar su gestión, y con el objetivo de poder reconocer a cada persona de manera segura y unívoca, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad registra a los usuarios en una base de datos común de Población Protegida del SNS y genera para cada usuario un código de identificación personal, único y vitalicio. El código actúa como clave de vinculación de cuantos otros códigos de identificación personal autonómicos pueda tener asignados el usuario a lo largo de la vida. Esto va a permitir la posterior recuperación de la información clínica que se encuentre asociada a dichos códigos.

De este modo, la base de datos de Población Protegida es una de las herramientas estratégicas del SNS, tanto para la identificación de los usuarios como para el desarrollo de proyectos de interoperabilidad y trazabilidad electrónica de la información clínica.

La tarjeta sanitaria es la llave que permite el acceso a los datos clínicos y administrativos de cada persona en sus contactos con el SNS.

El sistema TSI-SNS se construyó tras las transferencias sanitarias de 2001, mediante la incorporación progresiva de las comunidades autónomas, que finalizó en el año 2010. En junio de 2012, con el fin de adaptarse a lo establecido en el RDL 16/2012, se llevó a cabo su conexión y actualización con datos procedentes del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), organismo responsable del reconocimiento de la condición de asegurado y beneficiario y de la asignación del tipo de aportación a la prestación farmacéutica de cada persona.

Gráfico 9.1. Población asegurada del SNS según el nivel de aportación



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos Tarjeta Sanitaria Individual del SNS (BDTSI-SNS). Años 2012 – 2013.

En el año 2013, el sistema TSI-SNS gestionó 108,9 millones de mensajes y ejecutó 25,9 millones de transacciones entre las administraciones sanitarias.

A su vez, en septiembre de 2013, fruto del acuerdo y consenso de todos los consejeros de sanidad autonómicos, se aprobó la norma²¹ por la que se regula el soporte de la tarjeta sanitaria. Se establece un formato único y común válido para todo el Sistema Nacional de Salud, con una serie de datos básicos comunes y una banda magnética homologada que facilitan su uso en todas las Comunidades Autónomas.

²¹ Real Decreto 702/2013, por el que se modifica el Real Decreto 183/2004, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual

Tabla 9.1. Real Decreto 702/2013, por el que se modifica el Real Decreto 183/2004, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual

Datos básicos a incluir
Identidad institucional de la Comunidad Autónoma o entidad que la emite
Los rótulos de "Sistema Nacional de Salud de España" y "Tarjeta Sanitaria"
Código de identificación personal asignado por la administración sanitaria emisora de la tarjeta
Nombre y apellidos del titular de la tarjeta
Código de identificación personal único del Sistema Nacional de Salud
Código de la administración sanitaria emisora de la tarjeta
Las tarjetas también podrán incorporar opcionalmente
Número de DNI de su titular
En el caso de extranjeros, número de identidad de extranjeros
Número de la Seguridad Social
Fecha de caducidad
Número de teléfono de atención de urgencias sanitarias
Fotografía del titular de la tarjeta sanitaria
Si así está previsto en la normativa autonómica
En el ángulo inferior derecho se grabarán, en braille, los caracteres "TSI" (Tarjeta Sanitaria Individual)

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Las tarjetas existentes, previamente deben ser sustituidas por el nuevo formato con motivo de su renovación por cualquier causa y el proceso estará finalizado antes de cinco años.

9.2 La historia clínica electrónica del Sistema Nacional de Salud

Las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) están cada vez más extendidas en el sistema sanitario y se han convertido en herramienta imprescindible para su funcionamiento cotidiano. Uno de los elementos clave es la Historia Clínica Electrónica (HCE), que integra la información clínica importante para los profesionales sanitarios que intervienen en la asistencia a un mismo paciente, como resultado de las observaciones y decisiones que se registran a lo largo del proceso asistencial. La información clínica relevante ha de estar accesible para el propio paciente, en los formatos adecuados y con las normas de seguridad y confidencialidad pertinentes.

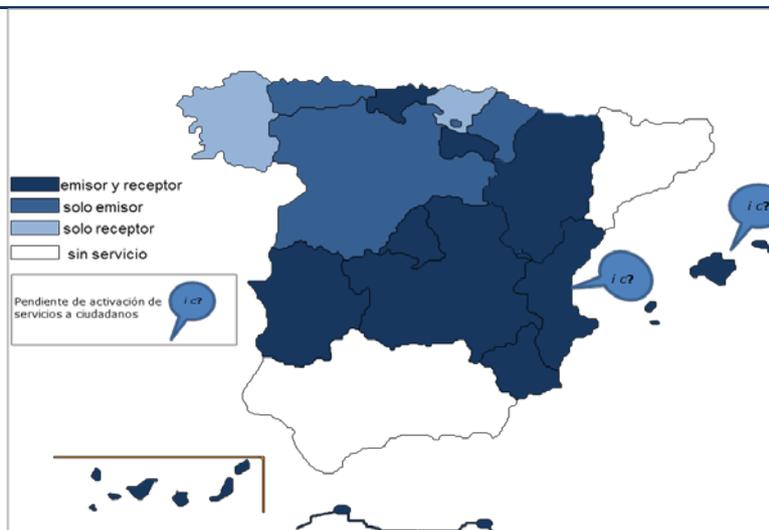
Los Servicios de Salud autonómicos han logrado una implantación generalizada de sistemas de HCE, capaces de ofrecer sus funcionalidades dentro de la red sanitaria de su ámbito territorial. Sin embargo, en un SNS distribuido autonómicamente como es el español, se ha estimado que unos 4 millones de personas reciben cada año atención médica en una comunidad autónoma distinta de la suya. Esto implica la necesidad de trabajar en comunicación de contenidos interoperables por encima del ámbito autonómico, extendiendo los beneficios que proporciona la tecnología respecto a la información clínica a nivel nacional.

Por este motivo, el Ministerio lleva impulsando desde el año 2006 un sistema de interoperabilidad para la comunicación de contenidos seleccionados de las HCE de las comunidades autónomas, de manera que cuando los ciudadanos se desplacen de una comunidad a otra, los datos más importantes de su historia clínica se encuentren a disposición de los profesionales médicos o de enfermería que les atiendan. Del mismo modo, las personas deben tener la posibilidad de acceder por vía electrónica a los datos resumidos más relevantes de su historia clínica, así como a conocer y controlar desde qué centros y servicios se ha accedido a su información personal de salud.

A finales del año 2013, se encontraban conectadas a este sistema común 16 comunidades autónomas. Existía diferente grado de desarrollo, cobertura y utilización en cada una de ellas. Se contaba con información clínica de 18.540.815 personas, que disponían de una página de referencias (un índice de los contenidos personales disponibles) y de informes clínicos o de resultados, en condiciones de interoperabilidad técnica en todos los casos y con un grado significativo de interoperabilidad semántica para los informes de Historia Clínica Resumida. Ello supuso un incremento sustancial en la participación de los servicios de salud respecto al año 2012, que se había cerrado con 10 comunidades conectadas.

La inclusión de las comunidades autónomas en el proyecto presentaba 3 perfiles diferentes: comunidades que estaban en condiciones de emitir documentos clínicos de sus pacientes (perfil emisor) y podían consultar documentos clínicos de pacientes de otras comunidades (perfil receptor). En otros casos la comunidad autónoma solo disponía de perfil emisor o receptor.

Gráfico 9.2. Mapa de perfiles de servicio de la Historia Clínica Digital para el SNS (HCDSNS) en las comunidades autónomas

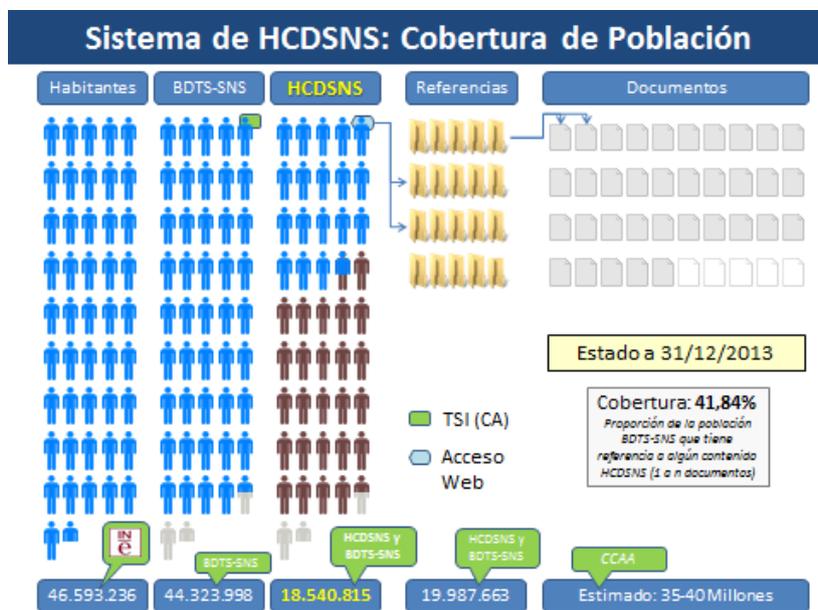


Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Repositorio Estadístico del proyecto HCDSNS. Año 2013.

Un documento de especial interés para profesionales y pacientes lo constituye la Historia Clínica Resumida (HCR), que concentra los principales datos clínicos. La HCR se obtiene a tiempo real (del conjunto de datos de la Historia Clínica), cuando la solicita un profesional o un ciudadano. En 2013 10 comunidades autónomas se encontraban emitiendo este documento.

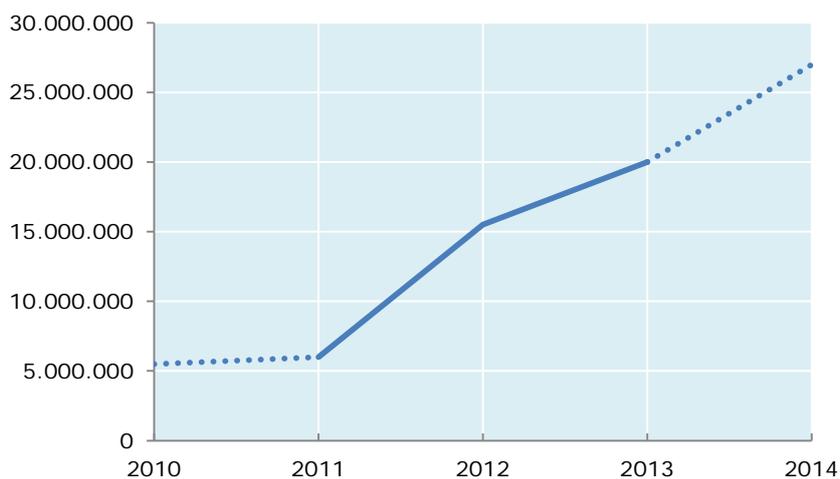
La población beneficiada por este proyecto se incrementó desde 2012 en más de 4 millones de personas. Esto se debía a la incorporación de nuevas comunidades autónomas con perfil emisor y a la progresiva extensión de cobertura interna que cada comunidad autónoma alcanza para su población protegida. Hay que señalar que el acceso de los ciudadanos a su información precisa del uso de un certificado electrónico.

Gráfico 9.3. Cobertura de HCDSNS sobre la población de la Base de Datos de Usuarios-Tarjeta Sanitaria SNS



Observaciones: Una persona puede contar con más de una carpeta electrónica, si ha sido atendido en más de una comunidad autónoma.
 Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Repositorio Estadístico del proyecto HCDSNS. Año 2013.

Gráfico 9.4. Evolución del volumen de referencias HCDSNS



Observaciones: Los segmentos discontinuos representan estimaciones. Datos de cierre 2011, 2012 y 2013. Estimación de cierre 2010 y 2014.
 Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos de la Historia Clínica Digital del SNS.

9.3 La receta electrónica del Sistema Nacional de Salud

La introducción de un sistema electrónico para la gestión de la prestación por receta es otro de los objetivos en el que, en su ámbito de competencia, las comunidades autónomas llevan trabajando largo tiempo.

El grado de implantación del sistema de receta electrónica, en 2013, llegaba al 100% en cinco comunidades autónomas: Galicia, Baleares, Andalucía, Comunidad Valenciana y Extremadura; estaba en proceso de expansión en nueve comunidades autónomas: Cataluña, Castilla-La Mancha Canarias, Navarra, Aragón, Cantabria, País Vasco, Madrid y Asturias e INGESA; Murcia y La Rioja se encontraban en fase piloto; y Castilla y León, que ya realizó un pilotaje en el año 2009, estaba pendiente de abordar su implantación.

Gráfico 9.5. Implantación de la receta electrónica por comunidad autónoma



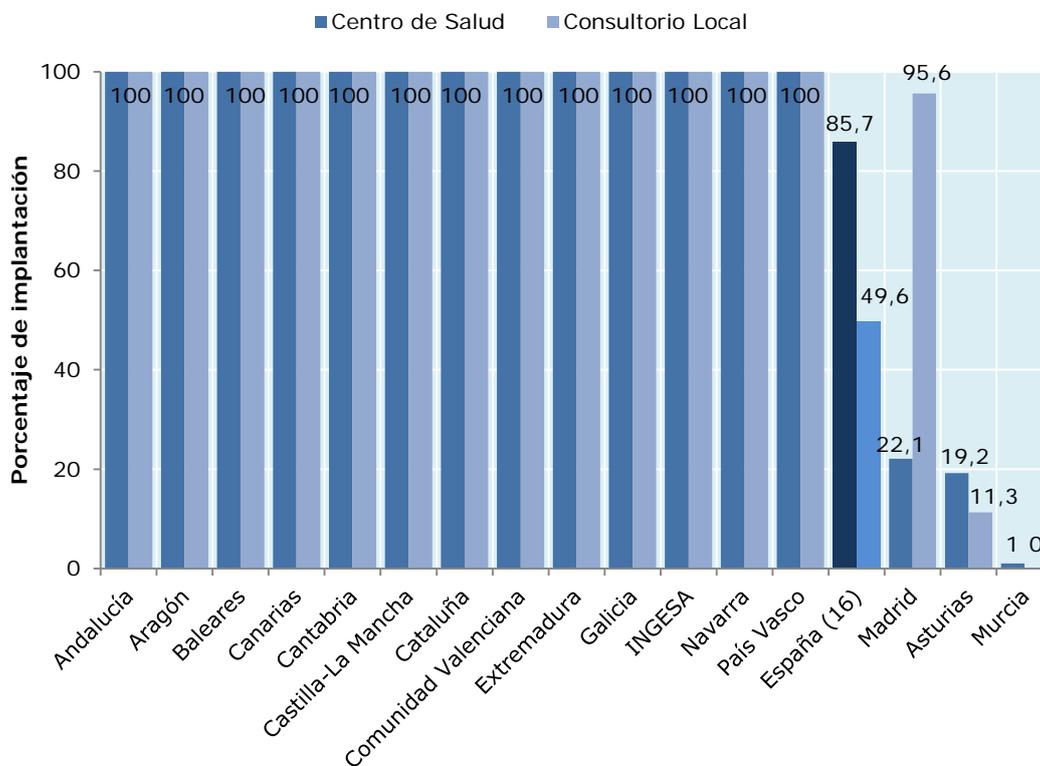
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Año 2013.

Por niveles de atención, había una implantación completa en atención primaria (centros de salud, consultorios y oficinas de farmacia) en trece comunidades autónomas y cinco de ellas (Andalucía, Baleares, Extremadura, Galicia y la Comunidad Valenciana) también tenían cobertura total en atención especializada. Diez comunidades autónomas e INGESA presentaban una cobertura del 100% de las oficinas de farmacia.

Los datos globales de implantación en España eran:

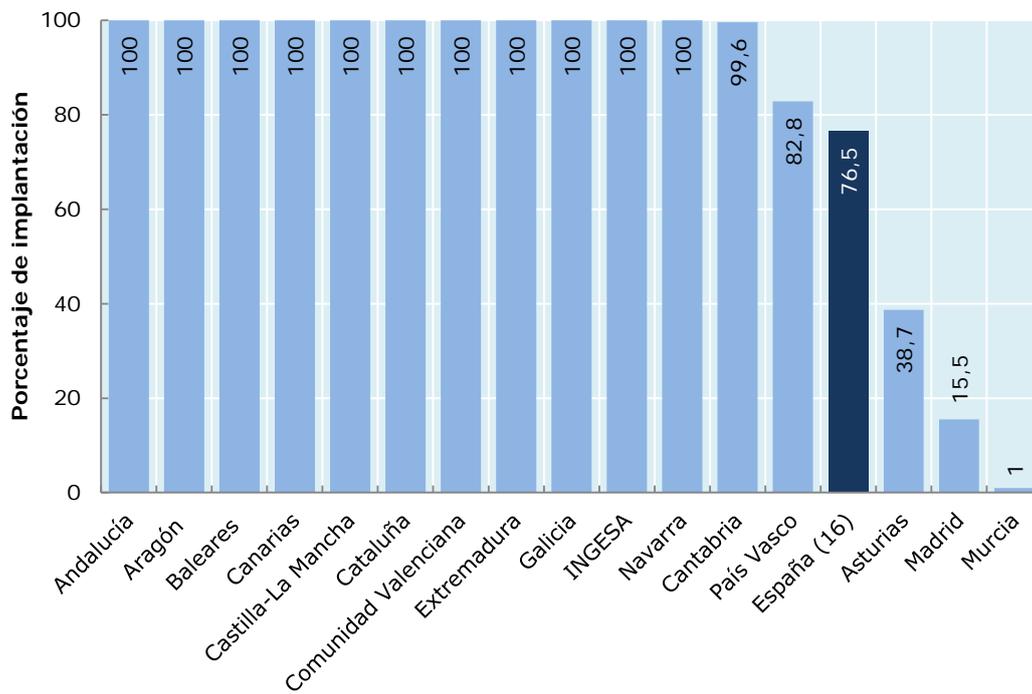
- Centros de salud: 85,7%
- Consultorios: 49,6%
- Atención Especializada: 59,6%
- Oficinas de farmacia: 76,5%

Gráfico 9.6. Porcentaje de implantación de la receta electrónica en centros de salud y consultorios de atención primaria por comunidades autónomas



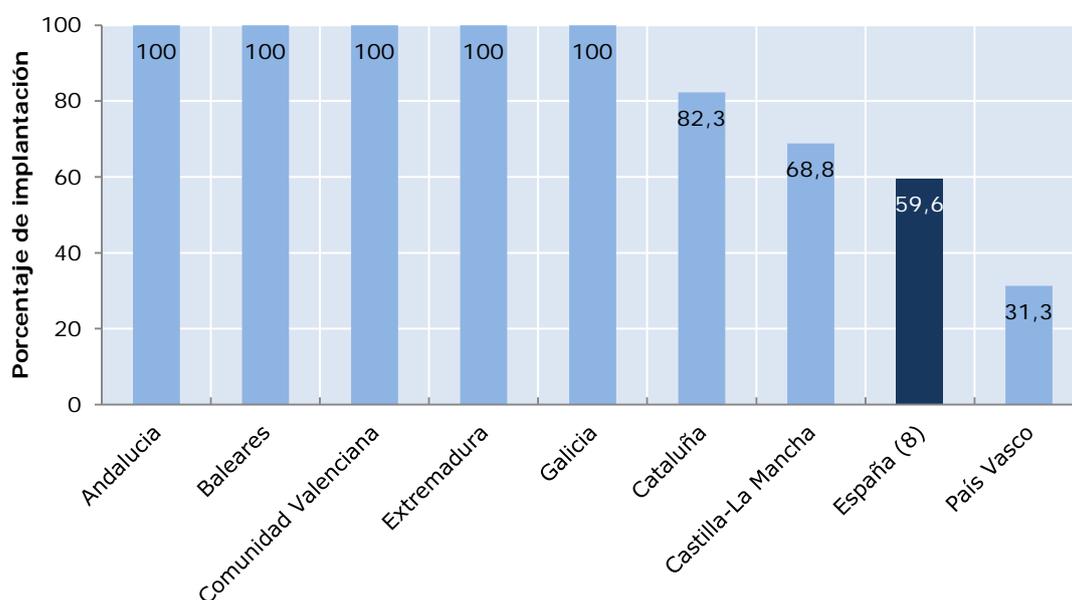
Observaciones: Murcia y La Rioja en fase piloto. Castilla y León pendiente de abordar el proceso.
 Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Año 2013.

Gráfico 9.7. Porcentaje de implantación de la receta electrónica en oficina de farmacia por comunidades autónomas



Observaciones: Murcia y La Rioja en fase piloto. Castilla y León pendiente de abordar el proceso.
 Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Año 2013.

Gráfico 9.8. Porcentaje de implantación de la receta electrónica en atención especializada por comunidades autónomas



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Año 2013.

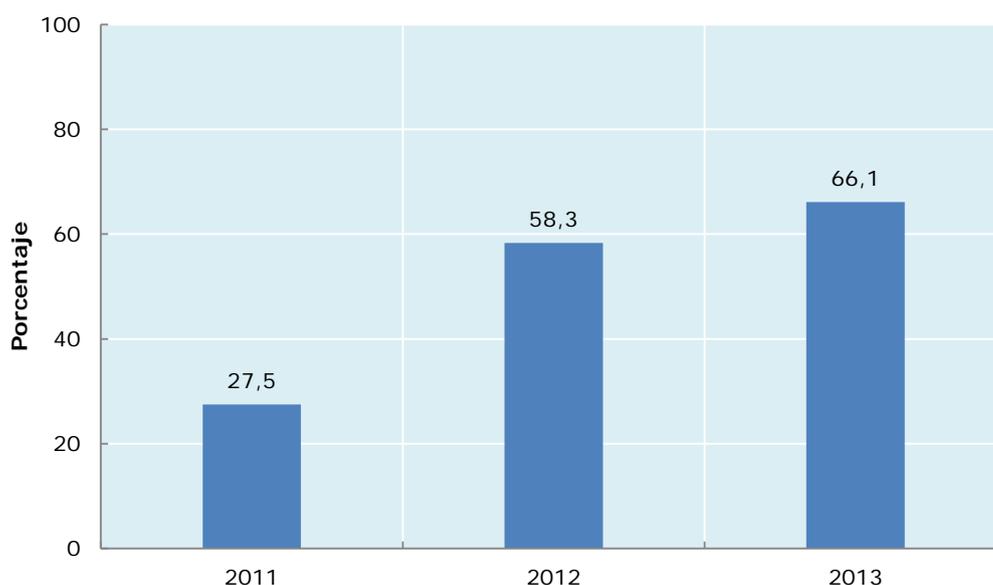
En cuanto al uso registrado de la receta electrónica, durante el año 2013, el 66,1% de las recetas dispensadas lo han sido utilizando el sistema de receta electrónica, lo que suponía un incremento en el trienio 2011-2013 de 38,6 puntos.

Por otro lado, durante 2013 se inició el pilotaje del proyecto de interoperabilidad de la receta electrónica en el Sistema Nacional de Salud con la participación de Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha y Extremadura.

En ese año, se establecieron todos los requisitos tecnológicos necesarios para que estas comunidades autónomas pudieran empezar a adaptar sus sistemas informáticos.

La interoperabilidad debe permitir que un paciente pueda recoger su medicación en cualquier oficina de farmacia del país, independientemente de la comunidad autónoma donde se le haya realizado la prescripción.

Gráfico 9.9. Porcentaje de recetas dispensadas utilizando la receta electrónica



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Año 2013.

El conocimiento por parte de la ciudadanía de la receta electrónica alcanzaba, en 2013, a más de 6 de cada 10 ciudadanos (61,7%). Además, casi 4 de cada 10 (39,5%) manifestó que no solo conocía su existencia, sino que "ya la ha usado", lo que suponía más de 9 puntos sobre el año 2012 y casi 12 respecto a 2011.

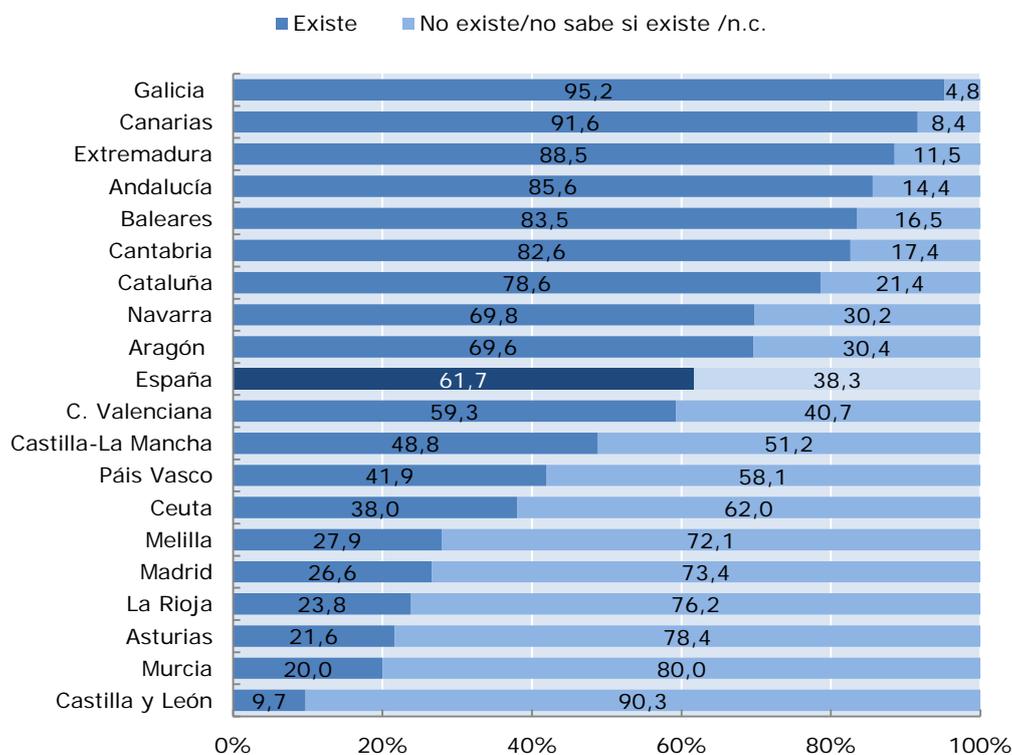
Tabla 9.2. Conocimiento de la receta electrónica

"¿Sabe Ud. si en esta Comunidad Autónoma existe el "sistema de receta electrónica"? Es decir, el sistema que permite que en la farmacia se pueda acceder por ordenador a los medicamentos recetados por su médico".			
	2011	2012	2013
Sí, existe y ya la ha usado	27,8	30,9	39,5
Sí, existe pero a Ud. no le han hecho recetas por esa vía	24,4	22,6	22,1
No existe	7,0	7,8	6,7
No sé si existe	40,6	38,3	31,4
NC	0,2	0,3	0,3

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario. Año 2013.

Por comunidades autónomas, el grado de conocimiento de la existencia del sistema de receta electrónica es más elevado, lógicamente, entre las comunidades autónomas con mayor extensión de la misma.

Gráfico 9.10. Conocimiento de la receta electrónica por comunidad autónoma



Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según conocimiento de la existencia de la receta electrónica. En la categoría "Existe" se incluye el conocimiento de su existencia con independencia de si ya la ha usado o no.

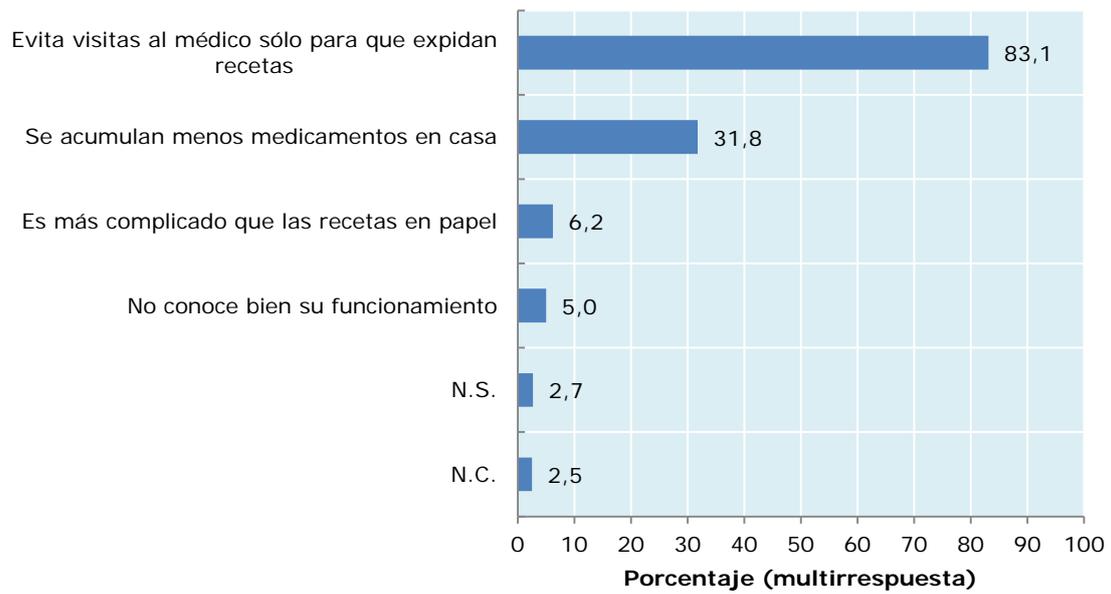
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario. Año 2013.

La mayor utilidad que los ciudadanos percibieron de la receta electrónica era que evitaba tener que hacer visitas a los médicos exclusivamente para que les expidieran recetas (83,1% de respuestas) y en segundo lugar, para el 31,8%, evitaba el acopio de medicamentos en los domicilios.

Esto no es baladí dado que el 23,7% de los ciudadanos reconoce que guarda en su casa envases enteros sin utilizar de medicamentos recetados por sus médicos²².

²² Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario 2011.

Gráfico 9.11. Opiniones de los pacientes sobre que aporta la receta electrónica



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario. Año 2013.

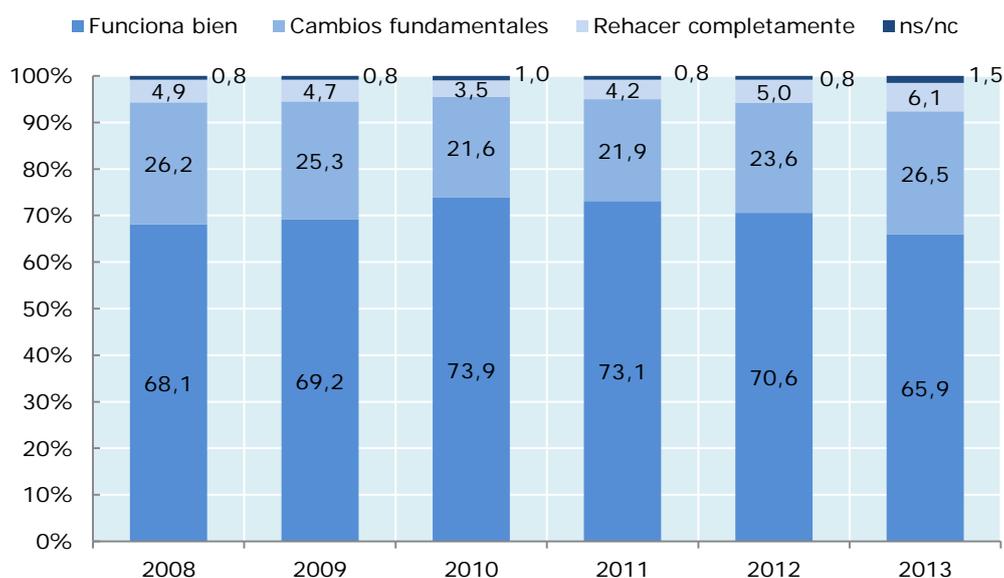
LA OPINIÓN DE LOS CIUDADANOS

10 Percepción y opinión de los ciudadanos

10.1 Valoración del funcionamiento del sistema sanitario

Los ciudadanos valoraron favorablemente el funcionamiento del sistema sanitario español: el 65,9% consideraron que funcionaba bastante bien o bien, aunque serían precisos algunos cambios.

Gráfico 10.1. Opinión (%) sobre el funcionamiento del sistema sanitario



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario. Año 2013.

En 2013 el grado de satisfacción con el modo en que funciona el sistema sanitario público en España se calificó con 6,4 puntos. Las mujeres y los hombres mostraron el mismo nivel de satisfacción. En las comunidades autónomas hay una diferencia de 21,8 puntos porcentuales entre las que tienen los niveles máximo y mínimo de satisfacción.

Tabla 10.1. Grado de satisfacción con el modo de funcionamiento del Sistema Sanitario

Aragón	7,3
Navarra	7,3
Asturias	7,0
País Vasco	6,9
La Rioja	6,8
Cantabria	6,8
Murcia	6,7
Andalucía	6,6
Castilla y León	6,5
Madrid	6,4
España	6,4
Comunidad Valenciana	6,2
Cataluña	6,2
Ceuta	6,2
Castilla - La Mancha	6,1
Melilla	6,1
Baleares	6,1
Galicia	6,1
Extremadura	6,0
Canarias	5,7

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario. Año 2013.

Para conocer mejor la valoración que hacen los ciudadanos del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos se exploró la satisfacción con servicios asistenciales concretos.

Tabla 10.2. Valoración de los servicios sanitarios públicos

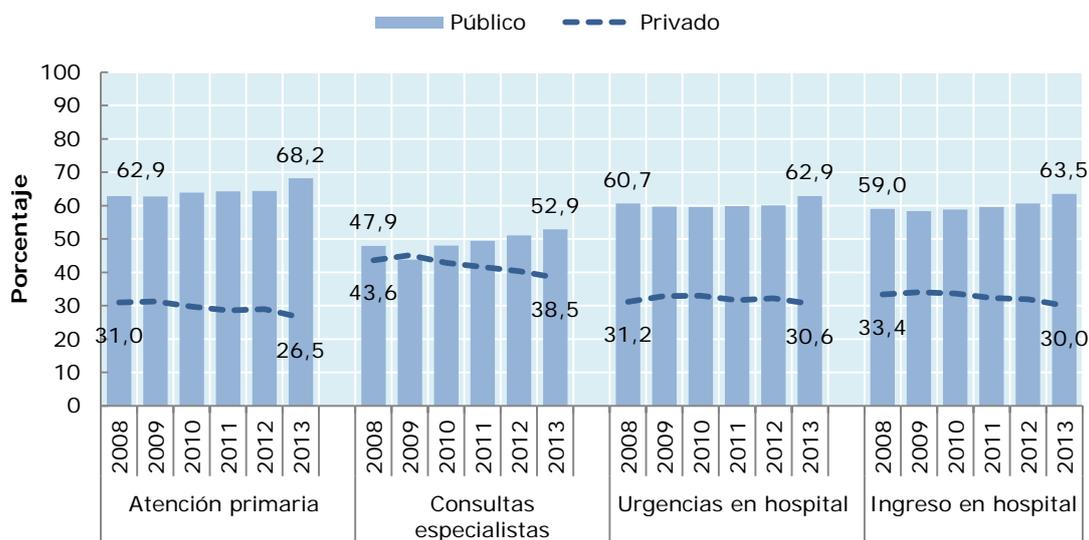
Por su experiencia o por la idea que Ud. tenga, valore los siguientes servicios sanitarios públicos.				
Escala de 1 "totalmente insatisfactorio" a 10 "totalmente satisfactorio".				
	2010	2011	2012	2013
Atención primaria (consulta de médico de familia y de pediatra en centros de salud públicos)	7,1	7,3	7,3	7,3
Atención especializada (consultas de especialistas en centros públicos)	6,7	6,9	6,9	6,8
Urgencias en hospitales públicos	6,0	6,1	6,1	6,1
Ingreso y asistencia en hospitales públicos	6,7	6,9	6,8	6,8

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario. Año 2013.

10.2 Elección de servicio público o privado

En 2013, los ciudadanos seguían prefiriendo los servicios públicos en mayor proporción que los privados, preferencia que es mayor cada año.

Gráfico 10.2. Porcentaje en la elección de servicios sanitarios públicos o privados



Observaciones: La diferencia hasta 100, es la suma de los porcentajes de cada año en cada nivel asistencial corresponde a no sabe/no contesta.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario. Años 2008-2013.

Si la posibilidad de elegir uno u otro tipo de servicio se hiciera teniendo en cuenta aspectos cualitativos concretos, como los que se relacionan en la tabla siguiente, los resultados muestran que los ciudadanos optarían en cinco de estos apartados, por los servicios públicos y por los centros privados en los otros dos apartados.

Tabla 10.3. Porcentaje de aspectos cualitativos en la elección de servicios sanitarios públicos o privados

En su caso particular, y siempre en la hipótesis de que Ud. pudiese elegir ¿Elegiría un servicio sanitario público o uno privado teniendo en cuenta...?			
	Elegiría público	Elegiría privado	Ambos
La tecnología y los medios de que dispone	71,1	21,6	6,5
La capacitación de los médicos	65,5	17,2	16,6
La capacitación de la enfermería	65,5	17,3	16,5
La rapidez con que le atienden	36,5	58,7	3,8
La información que recibe sobre su problema de salud	54,3	29,3	14,8
El trato personal que Ud. recibe	49,9	35,7	13,2
El confort de las instalaciones	42,2	49,1	7,6

Observaciones: La diferencia hasta 100, en la suma horizontal de los porcentajes de cada concepto, corresponde a no sabe/no contesta.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario. Año 2013.

Se elegirían centros del sistema público por: la *tecnología y los medios de que disponen*; la *capacitación de los profesionales médicos* y la de los *profesionales de enfermería*; la *información que recibe* (el paciente) *sobre su problema de salud* y el *trato personal* que reciben (los usuarios).

Los dos aspectos que motivarían a los ciudadanos para elegir los centros privados serían la rapidez en la atención y el confort de las instalaciones.

10.3 Equidad en la prestación de los servicios

Doce años después de que se completase el proceso de transferencias de la gestión de los servicios sanitarios a las administraciones de las comunidades autónomas, una cuarta parte de los ciudadanos (25%) siguen sin tener una opinión formada acerca de los efectos que ha tenido este hecho en la gestión de los servicios sanitarios. Otra cuarta parte de las personas entrevistadas (25,1%) manifestaron que reciben mejores servicios sanitarios con la gestión descentralizada, aunque este resultado se ha reducido 5 puntos desde 2008, entonces opinaban de esta manera el 30% de los ciudadanos.

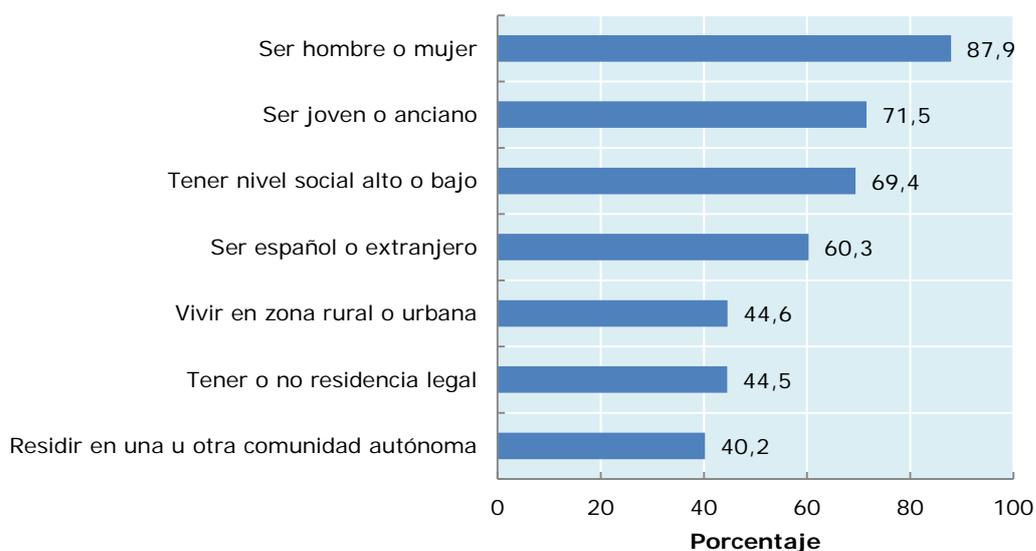
Para una proporción mayor (34,2%), los servicios que reciben gestionados por las comunidades autónomas serían iguales a cómo eran cuando la gestión de la atención sanitaria estaba centralizada.

Respecto a los servicios sanitarios que se prestan en su comunidad autónoma, 4 de cada 10 personas entrevistadas (39%) manifestaron que no tienen una opinión formada sobre si hay diferencias con los que ofrecen otras administraciones autonómicas a sus residentes. Entre quienes sí opinan, el 32,6% cree que los de su comunidad son iguales a los

que ofrecen las demás comunidades; para un 16,2% los de su comunidad autónoma serían mejores que los que ofrecen las otras y para el 11,8% son peores.

Para analizar la percepción que tienen los ciudadanos acerca de si las prestaciones asistenciales de la sanidad pública son iguales para todos, el Barómetro Sanitario utiliza la valoración de 7 circunstancias. Los resultados muestran que la condición de ser hombre o mujer no se considera un factor de diferencia (el 87,9%, así lo manifestó).

Gráfico 10.3. Opinión sobre la existencia de igualdad en la prestación de servicios de la sanidad pública



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario. Año 2013.

También son mayoría quienes consideran que la sanidad pública presta los mismos servicios asistenciales a todas las personas con independencia de la edad (71,5%), del nivel social que se tenga (69,4%) o de la nacionalidad que se posea (60,3%).

Pero únicamente 4 de cada 10 personas entrevistadas consideran que hay igualdad en la prestación de los servicios sanitarios públicos si se reside en una u otra comunidad autónoma (40,2%), si se vive en zona rural o zona urbana (44,6%) o si se tiene o no tiene residencia legal (44,5%). Por tanto, son mayoría quienes consideran que sí habría desigualdad en la prestación de servicios sanitarios en estas tres circunstancias.

10.4 Opinión sobre la repercusión de las medidas estructurales en los servicios sanitarios

Por su importante contribución a la cohesión social, el sistema sanitario tiene un peso destacado entre las áreas que despiertan mayor interés de los ciudadanos.

Con la crisis económica y financiera que como trasfondo envuelve el país, el Barómetro Sanitario de 2013 se ha interesado por la opinión que tienen los ciudadanos respecto a si en (todas) las comunidades autónomas los pacientes deben hacer las mismas aportaciones dinerarias en las recetas de los medicamentos que les son prescritos por los médicos de la sanidad pública, o si puede o debe haber diferencias entre ellas. De forma muy mayoritaria (81,8%) manifiestan su acuerdo con que las aportaciones sean las mismas en todas las comunidades.

El Barómetro Sanitario también ha explorado si en el último año los pacientes han dejado de tomar algún medicamento, recetado por un médico de la sanidad pública, porque fuese muy caro. Una mayoría muy destacada (92,7%) manifiesta que no dejaron de tomar ninguno que les fuera prescrito por ese motivo.

Tabla 10.4. Proporción de personas que dejaron de tomar medicamentos porque eran muy caros

Comunidad Valenciana	10,4
Canarias	10,0
Baleares	6,0
Castilla - La Mancha	5,8
Andalucía	5,5
Melilla	5,5
Galicia	5,2
Cantabria	5,2
España	5,2
Castilla y León	4,5
Extremadura	4,4
Cataluña	4,2
Ceuta	4,0
La Rioja	3,9
Madrid	3,5
Aragón	3,0
Murcia	2,6
Navarra	2,1
País Vasco	2,0
Asturias	1,5

Observaciones: Resultados ordenados de mayor a menor.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario. Año 2013.

En cuanto a la opinión y el grado de acuerdo de los ciudadanos con el nuevo sistema de prestación farmacéutica implantado el año 2012²³, destacan aspectos como la modificación en la aportación que deben hacer los pacientes para adquirir los medicamentos prescritos por los médicos de la sanidad pública y la vinculación de esa aportación al nivel de renta.

Tabla 10.5. Opinión (%) sobre el nuevo sistema de prestación farmacéutica

	Muy + bastante de acuerdo	Poco + nada de acuerdo
Debería contemplar más tramos para una aportación más adecuada al nivel de renta.	83,4	16,6
Contribuye a evitar la acumulación de medicamentos en casa	70,7	29,3
Es más justo que el anterior sistema de aportaciones de los activos y pensionistas	36,6	63,4
Protege a grupos sociales desfavorecidos (parados, minusválidos, ...)	36,9	63,1

Observaciones: Resultados de respuestas válidas, sin considerar las respuestas "no sabe" y "no contesta".

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario. Año 2013.

Hubo una proporción de respuestas "no sabe" y "no contesta" que osciló entre el 17 y el 24%. No obstante la falta de respuesta en unos casos, y la ausencia de criterio sobre los asuntos analizados en otros, las respuestas válidas ponen de manifiesto que la mayoría de los ciudadanos están muy o bastante de acuerdo en dos aspectos: que el nuevo sistema de prestación farmacéutica debería contemplar más tramos, para que la aportación al pago de medicamentos estuviese más ajustada al nivel de renta, y que contribuirá a evitar el acopio de medicamentos en los domicilios.

Pero también son mayoría quienes manifiestan su desacuerdo con los otros dos asuntos que se exploran: que el nuevo sistema proteja a grupos sociales desfavorecidos, y que sea más justo como consecuencia de los cambios que se han hecho en la aportación que deben hacer pensionistas y personas en activo, al adquirir los medicamentos que les prescriben los médicos de la sanidad pública.

²³ Real Decreto-ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE de 24.IV.2012

10.5 Opinión de los pacientes acerca de su participación en las decisiones que afectan a su salud

La mayor concienciación ciudadana acerca de la obligación de respetar la autonomía de las personas en general, y de los pacientes en particular, es un hecho positivo innegable. Como también lo es que en general los médicos muestran una actitud más abierta en su relación con los pacientes.

Una consecuencia directa de la observancia ética de la autonomía de los pacientes es su incorporación activa a la toma de las decisiones que adopten los médicos, relacionadas con su estado de salud y con las medidas terapéuticas que consideren precisas para mejorarlo. Además, es un hecho objetivo que la participación de los pacientes en las decisiones clínicas tienen una influencia favorable, tanto en los resultados asistenciales como en el cumplimiento de los tratamientos.

Y aunque en la atención sanitaria los avances en el respeto a la autonomía son evidentes, la posibilidad de participar que tienen los pacientes es mejorable. Así se deduce del análisis que hizo el Barómetro Sanitario sobre este asunto: de las personas que consultaron a médicos de familia, a especialistas o estuvieron hospitalizadas, poco más de la mitad manifiestan que sí pudieron participar en las decisiones que adoptaron los médicos. Las mujeres pudieron hacerlo en mayor proporción que los hombres.

Tabla 10.6. Participación (%) de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud

<i>Quando acudió a la consulta del médico de familia o de un especialista de la sanidad pública, o durante su estancia en un hospital público... ¿Pudo participar en las decisiones sobre su problema de salud y su tratamiento, tanto como Usted hubiera deseado?</i>			
		SÍ	NO
Médico de familia	TOTAL	62,9	37,1
	Hombres	59,9	40,1
	Mujeres	65,3	34,7
Médico especialista	TOTAL	54,2	45,8
	Hombres	52,8	47,2
	Mujeres	55,3	44,7
Estancia en un hospital	TOTAL	54,4	45,6
	Hombres	46,1	53,9
	Mujeres	60,8	39,2

Observaciones: Los porcentajes están calculados sobre el total de respuestas válidas.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario. Año 2013.

Índice de Tablas

TABLA 1.1. CIFRAS DE POBLACIÓN RESIDENTE A 1 DE JULIO DE 2013 POR COMUNIDAD AUTÓNOMA, SEGÚN SEXO	22
TABLA 1.2. TASA DE NATALIDAD POR 1.000 HABITANTES Y EDAD MEDIA MATERNA EN AÑOS, SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA	23
TABLA 1.3. EVOLUCIÓN DE LA TASA DE DEPENDENCIA TOTAL SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA	25
TABLA 1.4. ESPERANZA DE VIDA (EVN) Y AÑOS DE VIDA SALUDABLES (AVSn) AL NACER POR SEXO.....	26
TABLA 1.5. DIFERENCIA ENTRE 2012 Y 2007 EN LA ESPERANZA DE VIDA (EVN) Y AÑOS SALUDABLES (AVSn) AL NACER POR COMUNIDAD AUTÓNOMA	28
TABLA 1.6. ESPERANZA DE VIDA (EVN) Y AÑOS DE VIDA SALUDABLES (AVSn) AL NACER POR COMUNIDAD AUTÓNOMA.....	29
TABLA 1.7. PORCENTAJE DE AÑOS DE VIDA SALUDABLE (AVSn) EN LA ESPERANZA DE VIDA (EVN) AL NACER POR COMUNIDAD AUTÓNOMA	30
TABLA 1.8. ESPERANZA DE VIDA (EV ₆₅) Y AÑOS DE VIDA SALUDABLES (AVS ₆₅) A LOS 65 AÑOS POR SEXO	31
TABLA 1.9. EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA (EV ₆₅) Y AÑOS DE VIDA SALUDABLES (AVS ₆₅) A LOS 65 AÑOS POR COMUNIDAD AUTÓNOMA	31
TABLA 1.10. PORCENTAJE DE AÑOS DE VIDA SALUDABLE (AVS ₆₅) EN LA ESPERANZA DE VIDA (EV ₆₅) A LOS 65 AÑOS POR COMUNIDAD AUTÓNOMA	32
TABLA 1.11. DIFERENCIA ENTRE 2012 Y 2007 EN LA ESPERANZA DE VIDA (EV ₆₅) Y AÑOS SALUDABLES (AVS ₆₅) A LOS 65 AÑOS POR COMUNIDAD AUTÓNOMA.....	33
TABLA 1.12. PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS EN ADULTOS DE 15 Y MÁS AÑOS. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN SEXO .	37
TABLA 1.13. PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS O DE LARGA DURACIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL MENOR 15 AÑOS. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN SEXO.....	41
TABLA 1.14. NÚMERO DE NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH POR COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS INFORMANTES SEGÚN AÑO DE DIAGNÓSTICO	45
TABLA 1.15. CASOS NUEVOS DE SIDA, DISTRIBUCIÓN POR CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN SEGÚN SEXO	46
TABLA 1.16. HOSPITALIZACIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. ALTAS POR LOS PRINCIPALES GRUPOS DE ENFERMEDAD SEGÚN SEXO.....	48
TABLA 1.17. DEFUNCIONES SEGÚN LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE	51
TABLA 1.18. NÚMERO DE CENTROS QUE HAN NOTIFICADO IVES. NÚMERO DE IVES REALIZADAS. TASAS POR 1.000 MUJERES ENTRE 15 Y 44 AÑOS.....	55
TABLA 1.19. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NÚMERO DE IVES REALIZADOS SEGÚN MOTIVO DE INTERRUPCIÓN	56
TABLA 2.1. PREVALENCIA DEL CONSUMO DIARIO DE TABACO EN LA POBLACIÓN DE 15 Y MÁS AÑOS	57
TABLA 2.2. CUMPLIMIENTO DE LA LEY DEL TABACO	58
TABLA 2.3. INFLUENCIA DE LA LEY DEL TABACO EN EL HÁBITO DE FUMAR	59
TABLA 2.4. INFLUENCIA (%) DE LA LEY DEL TABACO EN EL HÁBITO DE FUMAR DE LAS PERSONAS FUMADORAS, SEGÚN SEXO .	59
TABLA 2.5. CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL PARA LA SALUD EN POBLACIÓN ADULTA (15 Y MÁS AÑOS) SEGÚN SEXO	62
TABLA 2.6. CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL EN EL ÚLTIMO MES EN POBLACIÓN ADULTA (15 Y MÁS AÑOS) SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD	63
TABLA 2.7. EDAD MEDIA DE INICIO EN EL CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN DE 14 A 18 AÑOS.....	66
TABLA 2.8. PORCENTAJE DE PERSONAS DE 18 AÑOS DE EDAD Y MAYORES CON OBESIDAD SEGÚN EL NIVEL DE ESTUDIOS.....	69
TABLA 2.9. PORCENTAJE DE PERSONAS DE 18 AÑOS DE EDAD Y MAYORES CON OBESIDAD, SEGÚN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE RESIDENCIA.....	69
TABLA 2.10. ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) EN POBLACIÓN ADULTA E INFANTIL.....	70
TABLA 2.11. PREVALENCIA DE OBESIDAD POR 100 HABITANTES DE 2 A 17 AÑOS.....	71
TABLA 2.12. CONDUCTA SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES DE 15 A 18 AÑOS DE EDAD	73

TABLA 3.1. NÚMERO DE CENTROS DE SALUD (CS) Y CONSULTORIOS LOCALES (CL) DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD POR COMUNIDAD AUTÓNOMA Y RELACIÓN DE CL/CS	76
TABLA 3.2. NÚMERO DE HOSPITALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SEGÚN DEPENDENCIA FUNCIONAL Y FINALIDAD ASISTENCIAL	77
TABLA 3.3. HOSPITALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS	78
TABLA 3.4. NÚMERO Y TASA POR 1.000 HABITANTES DE CAMAS EN FUNCIONAMIENTO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SEGÚN FINALIDAD ASISTENCIAL	78
TABLA 3.5. NÚMERO Y TASA POR 100.000 HABITANTES DE PUESTOS DE HOSPITAL DE DÍA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SEGÚN FINALIDAD ASISTENCIAL	79
TABLA 3.6. DOTACIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS EN FUNCIONAMIENTO Y PUESTOS DE HOSPITAL DE DÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	80
TABLA 3.7. DOTACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS MÉDICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD NÚMERO DE EQUIPOS, PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE EQUIPOS EN FUNCIONAMIENTO Y TASA POR MILLÓN DE POBLACIÓN (P.M.P.)	81
TABLA 3.8. DOTACIÓN DE EQUIPOS DE TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA (TAC) Y DE RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA (RNM) EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS	82
TABLA 3.9. DOTACIÓN DE MAMÓGRAFOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS	83
TABLA 3.10. DOTACIÓN DE EQUIPOS DE RADIOTERAPIA (BOMBAS DE TELECOBALTOTERAPIA Y ACCELERADORES LINEALES) EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS	84
TABLA 3.11. MÉDICOS EN EJERCICIO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, TOTAL Y DISTRIBUCIÓN POR NIVEL DE ATENCIÓN	85
TABLA 3.12. NÚMERO DE PROFESIONALES DE MEDICINA DE FAMILIA Y PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y RATIO POR CADA 1.000 PERSONAS ASIGNADAS	86
TABLA 3.13. NÚMERO DE PROFESIONALES DE MEDICINA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS 112/061 DEL SNS SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA Y FUNCIONES DE ATENCIÓN QUE REALIZARON	87
TABLA 3.14. NÚMERO Y TASA POR 1.000 HABITANTES DE MÉDICOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EJERCICIO EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	88
TABLA 3.15. PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EJERCICIO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, TOTAL Y DISTRIBUCIÓN POR NIVEL DE ATENCIÓN	90
TABLA 3.16. NÚMERO DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SNS, SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA Y RATIO POR 1.000 PERSONAS ASIGNADAS	90
TABLA 3.17. NÚMERO DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS 112/061, SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA Y LUGAR DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL	91
TABLA 3.18. NÚMERO Y TASA POR 1.000 HABITANTES DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LOS HOSPITALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA	92
TABLA 3.19. RELACIÓN DE NUEVOS CSUR DESIGNADOS EN 2013	95
TABLA 3.20. INFORMES DE ACREDITACIÓN DE CSUR-SNS	96
TABLA 3.21. RED DE EQUIPOS DE TRASPLANTES	97
TABLA 4.1. PRUEBAS DE ACCESO A LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA	101
TABLA 4.2. PLAZAS OFERTADAS POR TITULACIÓN	102
TABLA 4.3. EVOLUCIÓN DE LA OFERTA DE PLAZAS DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA	103
TABLA 4.4. RESIDENTES EN FORMACIÓN	104
TABLA 4.5. VARIACIÓN DE PLAZAS ACREDITADAS POR COMUNIDAD AUTÓNOMA	105
TABLA 4.6. AUDITORIAS DE CENTROS DOCENTES	106
TABLA 4.7. AUDITORIAS DE UNIDAD DOCENTE	107
TABLA 4.8. RECONOCIMIENTO DE TÍTULOS DE LAS PROFESIONES SANITARIAS DE LA UNIÓN EUROPEA (UE)	108
TABLA 4.9. RECONOCIMIENTO DE TÍTULOS EXTRANJEROS DE ESPECIALISTA EN CIENCIAS DE LA SALUD	109
TABLA 5.1. ACTIVIDAD ASISTENCIAL ORDINARIA SEGÚN PROFESIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SNS	111

TABLA 5.2. CALENDARIO COMÚN DE VACUNACIÓN INFANTIL ACORDADO POR EL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	114
TABLA 5.3. PORCENTAJE DE COBERTURAS DE PRIMOVACUNACIÓN (SERIES BÁSICAS)	114
TABLA 5.4. PORCENTAJE DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN DE REFUERZO: NIÑOS VACUNADOS DE 1 A 2 AÑOS.....	115
TABLA 5.5. PORCENTAJE DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN DE SARAMPIÓN-RUBÉOLA-PAROTIDITIS	115
TABLA 5.6. COBERTURA DE VACUNACIÓN FRENTE A LA GRIPE EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS.....	116
TABLA 5.7. NÚMERO DE DEMANDAS URGENTES ATENDIDAS POR LOS SERVICIOS 112/061 POR TIPO DE DEMANDA, Y TASAS POR CADA 1.000 PERSONAS	118
TABLA 5.8. CITACIÓN CON EL MÉDICO DE FAMILIA	119
TABLA 5.9. ACTIVIDAD MÉDICA, QUIRÚRGICA Y OBSTÉTRICA EN HOSPITALES Y CENTROS DE ESPECIALIDADES SEGÚN DEPENDENCIA.....	120
TABLA 5.10. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL SEGÚN DEPENDENCIA	121
TABLA 5.11. INTERVENCIONES DE CATARATAS, NÚMERO TOTAL Y PROPORCIÓN DE PROCESOS REALIZADOS CON Y SIN HOSPITALIZACIÓN	122
TABLA 5.12. EVOLUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE HERNIA INGUINAL Y AMIGDALECTOMÍA, NÚMERO TOTAL Y PROPORCIÓN DE PROCESOS REALIZADOS SIN HOSPITALIZACIÓN	123
TABLA 5.13. HOSPITALIZACIÓN POTENCIALMENTE EVITABLE EN HOSPITALES DE AGUDOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	124
TABLA 5.14. SITUACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS EXTERNAS EN EL SNS	125
TABLA 5.15. EVOLUCIÓN DE LA LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS EXTERNAS EN EL SNS.....	125
TABLA 5.16. SITUACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN EL SNS. DISTRIBUCIÓN POR ESPECIALIDADES.....	126
TABLA 5.17. EVOLUCIÓN DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN EL SNS.....	127
TABLA 5.18. CIRCUNSTANCIAS PARA ESTABLECER EL ORDEN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.....	127
TABLA 5.19. ACTIVIDAD DERIVADA A LOS CSUR DESDE OTRAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y COSTE TOTAL (EUROS) DE COMPENSACIÓN QUE HA SUPUESTO LA ACTIVIDAD	128
TABLA 5.20. ACTIVIDAD DE LOS CSUR QUE INICIARON LA ACTIVIDAD EN EL AÑO 2009 Y SE MANTIENE EN EL 2013	130
TABLA 5.21. DISTRIBUCIÓN POR COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LOS TRASPLANTES REALIZADOS	132
TABLA 5.22. ÍNDICE DE DONACIÓN POR MIL HABITANTES POR COMUNIDAD AUTÓNOMA.....	136
TABLA 6.1. GASTO FARMACÉUTICO MENSUAL A TRAVÉS DE RECETAS MÉDICAS DEL SNS	140
TABLA 6.2. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS (EFG).....	145
TABLA 6.3. QUINCE PRIMEROS SUBGRUPOS FARMACOLÓGICOS DE MAYOR CONSUMO EN ENVASES	149
TABLA 6.4. QUINCE PRIMEROS SUBGRUPOS FARMACOLÓGICOS DE MAYOR CONSUMO EN IMPORTE	151
TABLA 6.5. QUINCE PRIMEROS PRINCIPIOS ACTIVOS DE MAYOR CONSUMO EN ENVASES.....	152
TABLA 6.6. QUINCE PRIMEROS PRINCIPIOS ACTIVOS DE MAYOR CONSUMO EN IMPORTE	153
TABLA 6.7. QUINCE PRIMEROS SUBGRUPOS FARMACOLÓGICOS DE MAYOR GASTO	155
TABLA 6.8. QUINCE PRIMEROS PRINCIPIOS ACTIVOS DE MAYOR GASTO	156
TABLA 6.9. NÚMERO DE PRESENTACIONES DE MEDICAMENTOS FINANCIADOS POR EL SNS.....	157
TABLA 6.10. NÚMERO DE PRESENTACIONES DE MEDICAMENTOS FINANCIADOS POR EL SNS.....	158
TABLA 6.11. PRINCIPIOS ACTIVOS INCLUIDOS POR PRIMERA VEZ EN LA FINANCIACIÓN DEL SNS.....	159
TABLA 7.1. GASTO SANITARIO TOTAL, PÚBLICO Y PRIVADO. MILLONES DE EUROS Y PORCENTAJE SOBRE EL PRODUCTO INTERIOR BRUTO (PIB).....	161
TABLA 7.2. GASTO SANITARIO TOTAL SEGÚN FUNCIÓN DE ATENCIÓN DE LA SALUD (MILLONES DE EUROS).....	162
TABLA 7.3. GASTO SANITARIO TOTAL SEGÚN PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE LA SALUD (MILLONES DE EUROS).....	165
TABLA 7.4. GASTO SANITARIO TOTAL SEGÚN AGENTE DE FINANCIACIÓN (MILLONES DE EUROS).....	167
TABLA 7.5. GASTO SANITARIO PÚBLICO, CONSOLIDADO SEGÚN CLASIFICACIÓN SECTORIAL EN MILLONES DE EUROS	168

TABLA 7.6. GASTO SANITARIO PÚBLICO CONSOLIDADO SEGÚN COMUNIDADES AUTÓNOMAS. EN MILLONES DE EUROS, PORCENTAJE SOBRE EL PIB Y EUROS POR HABITANTE	169
TABLA 7.7. GASTO SANITARIO PÚBLICO CONSOLIDADO SEGÚN COMUNIDADES AUTÓNOMAS	170
TABLA 7.8. GASTO SANITARIO PÚBLICO EN REMUNERACIÓN DE PERSONAL SEGÚN COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN MILLONES DE EUROS Y PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE GASTO SANITARIO PÚBLICO DE LA COMUNIDAD	171
TABLA 8.1. SITUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS EN SALUD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	174
TABLA 8.2. BUENAS PRÁCTICAS EN ACTUACIÓN SANITARIA FRENTE A LA VIOLENCIA DE GÉNERO APROBADAS POR EL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD CISNS	179
TABLA 8.3. BUENAS PRÁCTICAS EN LA ESTRATEGIA EN ENFERMEDADES RARAS DEL SNS APROBADAS POR EL CISNS	180
TABLA 9.1. REAL DECRETO 702/2013, POR EL QUE SE MODIFICA EL REAL DECRETO 183/2004, POR EL QUE SE REGULA LA TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL	185
TABLA 9.2. CONOCIMIENTO DE LA RECETA ELECTRÓNICA	194
TABLA 10.1. GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL MODO DE FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO	200
TABLA 10.2. VALORACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS	200
TABLA 10.3. PORCENTAJE DE ASPECTOS CUALITATIVOS EN LA ELECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS O PRIVADOS ..	202
TABLA 10.4. PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE DEJARON DE TOMAR MEDICAMENTOS PORQUE ERAN MUY CAROS.....	204
TABLA 10.5. OPINIÓN (%) SOBRE EL NUEVO SISTEMA DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA.....	205
TABLA 10.6. PARTICIPACIÓN (%) DE LOS PACIENTES EN LA TOMA DE DECISIONES SOBRE SU SALUD	206

Índice de Gráficos

GRÁFICO 1.1. EVOLUCIÓN DE LAS CIFRAS DE POBLACIÓN RESIDENTE EN MILLONES, SEGÚN SEXO	23
GRÁFICO 1.2. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE NACIMIENTOS POR 1.000 HABITANTES Y LA EDAD MEDIA MATERNA EN AÑOS ...	24
GRÁFICO 1.3. EVOLUCIÓN DE LA TASA DE DEPENDENCIA: TASA DE DEPENDENCIA DE MENORES DE 16 AÑOS Y TASA DE DEPENDENCIA DE MAYORES DE 64 AÑOS	26
GRÁFICO 1.4. SALUD PERCIBIDA SEGÚN SEXO	34
GRÁFICO 1.5. SALUD PERCIBIDA SEGÚN SEXO Y CLASE SOCIAL.....	35
GRÁFICO 1.6. EVOLUCIÓN DE LA AUTOVALORACIÓN POSITIVA DE LA SALUD SEGÚN CLASE SOCIAL	35
GRÁFICO 1.7. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ADULTOS DE 15 Y MÁS AÑOS. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN SEXO	37
GRÁFICO 1.8. EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS EN ADULTOS. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL	38
GRÁFICO 1.9. TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ÚLTIMA TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN GRUPO DE EDAD EN POBLACIÓN DE 15 Y MÁS AÑOS	39
GRÁFICO 1.10. TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ÚLTIMA MEDICIÓN DE COLESTEROL. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN GRUPO DE EDAD EN POBLACIÓN DE 15 Y MÁS AÑOS	39
GRÁFICO 1.11. PREVALENCIA DE LA DIABETES EN POBLACIÓN ADULTA SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMAS	40
GRÁFICO 1.12. PROBLEMAS O ENFERMEDADES CRÓNICAS O DE LARGA EVOLUCIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL MENOR DE 15 AÑOS. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN GRUPO DE EDAD	41
GRÁFICO 1.13. PAROTIDITIS, TOSFERINA, SARAMPIÓN Y RUBÉOLA. TASAS DE CASOS DECLARADOS POR 100.000 HABITANTES	42
GRÁFICO 1.14. HEPATITIS A, HEPATITIS B Y OTRAS HEPATITIS. TASAS DE CASOS DECLARADOS POR 100.000 HABITANTES ..	43
GRÁFICO 1.15. INFECCIÓN GONOCÓCICA Y SÍFILIS. TASAS DE CASOS DECLARADOS POR 100.000 HABITANTES.....	44
GRÁFICO 1.16. CASOS NUEVOS DE SIDA POR AÑO DE DIAGNÓSTICO SEGÚN PRINCIPALES CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN	47
GRÁFICO 1.17. EVOLUCIÓN DE LA TASA DE VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁFICO POR 1.000 ACCIDENTES Y POR 100.000 HABITANTES	49
GRÁFICO 1.18. EVOLUCIÓN DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO CON BAJA EN JORNADA LABORAL POR MILLÓN DE PERSONAS / HORAS TRABAJADAS, SEGÚN SECTOR ECONÓMICO.....	50
GRÁFICO 1.19. EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR 1.000 NACIDOS VIVOS	53
GRÁFICO 1.20. EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE RECIÉN NACIDOS CON PESO INFERIOR A 2.500 GRAMOS AL NACER POR CADA 100 NACIDOS VIVOS	54
GRÁFICO 1.21. NÚMERO DE IVES REALIZADAS SEGÚN EL GRUPO DE EDAD.....	56
GRÁFICO 2.1. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DIARIO DE TABACO (%) SEGÚN SEXO Y DE PERCEPCIÓN DEL RIESGO EN POBLACIÓN DE 14 A 18 AÑOS.....	60
GRÁFICO 2.2. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN POBLACIÓN ADULTA (15 Y MÁS AÑOS) EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES SEGÚN EDAD Y SEXO	61
GRÁFICO 2.3. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN POBLACIÓN ADULTA (15 Y MÁS AÑOS) EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA	62
GRÁFICO 2.4. CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL EN EL ÚLTIMO MES EN POBLACIÓN ADULTA (15 Y MÁS AÑOS) SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA	64
GRÁFICO 2.5. PORCENTAJE DE CONSUMIDORES DE DROGAS EN EL ÚLTIMO AÑO, EN POBLACIÓN DE 14 A 18 AÑOS, SEGÚN SEXO	65
GRÁFICO 2.6. EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE CONSUMIDORES DE CANNABIS EN POBLACIÓN DE 14 A 18 AÑOS.....	67
GRÁFICO 3.1. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE CAMAS EN FUNCIONAMIENTO Y PUESTOS DE HOSPITAL DE DÍA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	81

GRÁFICO 3.2. EVOLUCIÓN DE NÚMERO DE MÉDICOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN	89
GRÁFICO 3.3. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	93
GRÁFICO 3.4. MAPA DE DISTRIBUCIÓN DE LOS 177 CSUR SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA	95
GRÁFICO 3.5. EVOLUCIÓN DE LA RED TRANSFUSIONAL EN ESPAÑA	99
GRÁFICO 5.1. FRECUENTACIÓN GENERAL POR GRUPOS DE EDAD EN MEDICINA Y ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	112
GRÁFICO 5.2. ACTIVIDAD DOMICILIARIA COMO PORCENTAJE DEL TOTAL DE ACTIVIDAD, SEGÚN PROFESIONAL DE LA ATENCIÓN	113
GRÁFICO 5.3. EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA DE VACUNACIÓN FRENTE A LA GRIPE EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS....	117
GRÁFICO 5.4. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO TOTAL Y TASA ANUAL (P.M.P.) DE DONANTES DE ÓRGANOS	131
GRÁFICO 5.5. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS	133
GRÁFICO 5.6. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE UNIDADES DE SANGRE DEL CORDÓN UMBILICAL (SCU)	134
GRÁFICO 5.7. DISTRIBUCIÓN DE LAS UNIDADES DE SANGRE DEL CORDÓN UMBILICAL (SCU) ALMACENADAS	135
GRÁFICO 5.8. EVOLUCIÓN DE LA FUENTE DE PROGENITORES EN EL TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS (TPH) ALOGÉNICO NO EMPARENTADO.....	135
GRÁFICO 5.9. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE DONANTES DE SANGRE.....	137
GRÁFICO 5.10. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS TRANSFUNDIDOS	138
GRÁFICO 6.1. GASTO FARMACÉUTICO (EN MILLONES DE EUROS) A TRAVÉS DE LA FACTURACIÓN DE RECETAS MÉDICAS DEL SNS	139
GRÁFICO 6.2. PORCENTAJE DE VARIACIÓN INTERANUAL DEL GASTO FARMACÉUTICO A TRAVÉS DE LA FACTURACIÓN DE RECETAS MÉDICAS DEL SNS.....	141
GRÁFICO 6.3. PORCENTAJE DE VARIACIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO POR COMUNIDAD AUTÓNOMA	142
GRÁFICO 6.4. NÚMERO DE RECETAS MÉDICAS DEL SNS FACTURADAS	143
GRÁFICO 6.5. PORCENTAJE DE VARIACIÓN INTERANUAL DEL NÚMERO DE RECETAS MÉDICAS DEL SNS FACTURADAS.....	143
GRÁFICO 6.6. GASTO MEDIO POR RECETA	144
GRÁFICO 6.7. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS (% ENVASES - % IMPORTE).....	145
GRÁFICO 6.8. CONSUMO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS POR COMUNIDAD AUTÓNOMA (% ENVASES SOBRE TOTAL DE MEDICAMENTOS)	146
GRÁFICO 6.9. CONSUMO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS POR COMUNIDAD AUTÓNOMA (% IMPORTE SOBRE TOTAL DE MEDICAMENTOS)	147
GRÁFICO 7.1. GASTO SANITARIO TOTAL. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GASTO PÚBLICO Y PRIVADO	162
GRÁFICO 7.2. GASTO SANITARIO TOTAL, PÚBLICO Y PRIVADO EN SERVICIOS DE ASISTENCIA CURATIVA Y DE REHABILITACIÓN, EN MILLONES Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL	164
GRÁFICO 7.3. GASTO SANITARIO TOTAL, PÚBLICO Y PRIVADO DE LOS HOSPITALES SEGÚN MODO DE PRODUCCIÓN, EN MILLONES Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL	166
GRÁFICO 9.1. POBLACIÓN ASEGURADA DEL SNS SEGÚN EL NIVEL DE APORTACIÓN	184
GRÁFICO 9.2. MAPA DE PERFILES DE SERVICIO DE LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL PARA EL SNS (HCDSNS) EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.....	187
GRÁFICO 9.3. COBERTURA DE HCDSNS SOBRE LA POBLACIÓN DE LA BASE DE DATOS DE USUARIOS-TARJETA SANITARIA SNS	188
GRÁFICO 9.4. EVOLUCIÓN DEL VOLUMEN DE REFERENCIAS HCDSNS	188
GRÁFICO 9.5. IMPLANTACIÓN DE LA RECETA ELECTRÓNICA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA	190
GRÁFICO 9.6. PORCENTAJE DE IMPLANTACIÓN DE LA RECETA ELECTRÓNICA EN CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS	191
GRÁFICO 9.7. PORCENTAJE DE IMPLANTACIÓN DE LA RECETA ELECTRÓNICA EN OFICINA DE FARMACIA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS.....	192

GRÁFICO 9.8. PORCENTAJE DE IMPLANTACIÓN DE LA RECETA ELECTRÓNICA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS.....	193
GRÁFICO 9.9. PORCENTAJE DE RECETAS DISPENSADAS UTILIZANDO LA RECETA ELECTRÓNICA	194
GRÁFICO 9.10. CONOCIMIENTO DE LA RECETA ELECTRÓNICA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA	195
GRÁFICO 9.11. OPINIONES DE LOS PACIENTES SOBRE QUE APORTA LA RECETA ELECTRÓNICA	196
GRÁFICO 10.1. OPINIÓN (%) SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO	199
GRÁFICO 10.2. PORCENTAJE EN LA ELECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS O PRIVADOS	201
GRÁFICO 10.3. OPINIÓN SOBRE LA EXISTENCIA DE IGUALDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA SANIDAD PÚBLICA	203

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

ACT: Actualizada

ADANO:

AESAN: Agencia Española de Seguridad alimentaria y Nutrición

APR: Aprobada

ATC1/ATC4/ATC5: Anatomical Therapeutic Chemical (sistema de codificación de sustancias farmacéuticas y medicamentos) Clasificación Anatomoterapéutica / ATC4 por subgrupo farmacológico / ATC5 por Principio Activo

AVAC: Años de Vida Ajustado por Calidad

AVS: Años de Vida Saludable

AVSn: Años de Vida Saludable al nacer

AVS₆₅: Años de Vida Saludable a los 65 años

B

BBPP: Buenas Prácticas

BDSI-SNS: Base de Datos de Tarjeta Sanitaria Individual del SNS

BMDW: Registro Internacional de Donantes de Médula Ósea

BS: Barómetro Sanitario

C

C1/C2: Nivel de conocimiento del idioma castellano según la clasificación derivada del Marco común Europeo de referencia para las lenguas

CCAA: Comunidades Autónomas

CCST: Comité Científico para la Seguridad Transfusional

CHN: Complejo Hospitalario de Navarra

CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas

CISNS: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

CL: Consultorio Local

CMA: Cirugía Mayor Ambulatoria

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos

CPD: Cupón Precinto Diferenciado

CS: Centro de Salud

CSUR/CSUR-SNS: Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud

CTD: Coste Tratamiento Día

CTS: Centros de Transfusión Sanguínea

D

DDD: Dosis Diaria Definida

DHD: Dosis por Habitante y Día

DNE: Donante No Emparentado

DTPa: Difteria-Tétanos-Tosferina

E

EFG: Especialidades Farmacéuticas Genéricas

EGSP: Estadística de Gasto Sanitario Público

ELA: Elaboración

ENSE: Encuesta Nacional de Salud de España

EPA: Encuesta de Población Activa

EPIRARE: Plataforma Europea para los Registros de Enfermedades Raras

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

ESTUDES: Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias

EUCERD: European Union Committee of Experts on Rare Diseases (Comité de Expertos de Enfermedades Raras de la Unión Europea)

EUROQoL: Cuestionario utilizado para explorar la calidad de vida relacionada con la salud mental

EV: Esperanza de Vida

EV_n: Esperanza de Vida al nacer

EVs: Esperanza de Vida en Salud

EV₆₅: Esperanza de Vida a los 65 años

F

FEMP: Federación Española de Municipios y Provincias

FSE: Formación Sanitaria Especializada

G

GA-I: Acidemia Glutárica tipo I

H

HATD: Herramienta de ayuda para la Toma de Decisiones compartidas

HB: Hepatitis B

HBSC: Health Behaviour in Scholl-aged Children (estudio sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud)

HCDSNS: Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud

HCE: Historia Clínica Electrónica

HCR: Historia Clínica Resumida

Hetero: Relaciones heterosexuales de riesgo

Hib: Haemophilus influenzae tipo b

HSH: Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres

HTA: Health Technology Assessment (Evaluación de la Tecnología Sanitaria)

I

IMC: Índice de Masa Corporal

INCLASNS: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud

INE: Instituto Nacional de Estadística

INGESA: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social

ISFAS: Instituto Social de las Fuerzas Armadas

IVA: Impuesto sobre el Valor Añadido

IVEs: Interrupción Voluntaria del Embarazo

Ivida: Banco privado de tejidos con autorización / acreditación para las actividades de Banco de Sangre de Cordón Umbilical y Banco de Tejido de Cordón umbilical

L

LCHADD: 3-hidroxil acil-Coencima A deshidrogenasa de cadena larga

LEQ: Lista de Espera Quirúrgica

M

MATEPSS: Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesional de la Seguridad Social

MCADD: acil-Coencima A deshidrogenasa de cadena media

MenC: Meningococo C

MJUS: Ministerio de Justicia

MO: Médula Ósea

MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

MUFACE: Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado

MUGEJU: Mutualidad General Judicial

N

NAOS: Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad

NC: No contesta

NS: No sabe

O

OCDE: Organización por la Cooperación y el Desarrollo Económico

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONT: Organización Nacional de Trasplante

P

PaSQ: Red de la Unión Europea para la Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención

PEN: Plan Estadístico Nacional

PIB: Producto Interior Bruto

PMP/p.m.p.: Por millón de población

PNH: Plan Nacional de Hemoterapia

PVL: Precio Venta Libre

PVP: Precio Venta al Público

R

RD: Real Decreto

RDL: Real Decreto Ley

REDMO: Registro Español de Donantes de Médula Ósea

RNM: Resonancia Nuclear Magnética

RUP: Red de Utilización Pública

RVACU: Registro del Programa Gallego de Vacunación

S

SCP: Sin Cupón Precinto Diferenciado

SCU: Sangre de Cordón Umbilical

SEAT: Sistema Español de Alerta Temprana (Vigilancia Activa de Drogas Emergentes)

S.G.: Subdirección General

SI: Sistema de Información

SIAE: Sistema de Información de Atención Especializada

SIAP: Sistema de Información de Atención Primaria

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SIFCO: Sistema de Información Fondo de Cohesión

SINASP: Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
SINIVIH: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH
SISLE: Sistema de Información Sanitaria de Lista de Espera
SI-SNST: Sistema de Información del Sistema Nacional para la Seguridad Transfusional
SNS: Sistema Nacional de Salud
SNST: Sistema Nacional para la Seguridad Transfusional
SP: Sangre Periférica
SRP: Sarampión, Rubeola, Parotiditis
SS: Seguridad Social
ST: Servicios de Transfusión

T

TAC: Tomografía Axial Computarizada
TARGA: Terapia Anti-retroviral de Gran Actividad
Td: Tétanos-Difteria
TIC: Tecnología de la Información y la Comunicación
TNF: Factor de Necrosis Tumoral
TPH: Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos
TSI/TSI-SNS: Tarjeta Sanitaria Individual del Sistema Nacional de Salud
Tx: Trasplante

U

UDI: Usuarios de Drogas Inyectadas
UE: Unión Europea

V

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VG: Violencia de Género
VPH: Virus del Papiloma Humano
VPI: Virus de la Poliomiélitis Inactivado

W

WHO: World Health Organization

X

XHUP: Xarxa Hospitalaria d'Utilizació Pública (Catalunya) Red de Utilización Pública (Cataluña)

Fuentes

Barómetro Sanitario

Recaba información, a través de un cuestionario y de una entrevista personal directa, sobre la percepción de los ciudadanos del funcionamiento del sistema sanitario, el impacto de medidas vinculadas a las políticas sanitarias, el conocimiento y/o actitudes de los ciudadanos ante problemas de salud de interés coyuntural, el grado de penetración de campañas de información. El cuestionario tiene una parte variable que investiga dimensiones que se definen para cada estudio anual. Como variables de clasificación utiliza la edad, sexo, nivel de estudios, actividad, tamaño del municipio de residencia, nivel de ingresos y comunidad autónoma de residencia.

El Barómetro Sanitario forma parte del Plan Estadístico Nacional (PEN) 2013–2016. Su realización es responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). La periodicidad de la recogida y difusión de la información es anual.

Más

información: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm

Base de Datos Tarjeta Sanitaria Individual del Sistema Nacional de Salud (BDTSI-SNS)

La identificación de los usuarios con derecho a la protección de la salud en el SNS se efectúa a través de la Tarjeta Sanitaria emitida por cada comunidad autónoma para la población residente en su territorio. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad registra a los usuarios del SNS en una base de datos común de población protegida por el SNS y para poder reconocer de manera segura e inequívoca a cada persona con cobertura por el SNS se genera un código de identificación personal, único y vitalicio.

El código actúa de llave de vinculación de cuantos otros códigos de identificación personal autonómicos pueda tener asignados el usuario a lo largo de su vida. Esto va a permitir la recuperación de la información clínica que se encuentre asociada a esos códigos.

Catálogo de Centros de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud

Proporciona información básica de los centros de atención primaria existentes en el Sistema Nacional de Salud. Como directorio recoge la identificación del centro (nombre, dirección, teléfono, localidad y municipio), el tipo de centro (centro de salud o consultorio local), dependencia funcional y si está acreditado como centro docente

El Catálogo de Centros de Atención Primaria Pública está elaborado el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de todas las comunidades autónomas e INGESA. La periodicidad de la recogida y difusión de la información es anual.

Más

información: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm>

Cifras de población

Las Cifras de Población proporcionan una medición cuantitativa de la población residente en España, en cada comunidad autónoma, en cada provincia y en cada isla (en las provincias insulares), desagregada según características demográficas básicas, como el sexo, el año de nacimiento, la edad, la nacionalidad y el país de nacimiento. La serie poblacional se obtiene de las Estimaciones intercensales de la población para el período 1971-2012 y a partir de 2012, de la operación Cifras de población.

Las cifras se refieren a 1 de julio y 31 de diciembre de cada año.

Estos datos son empleados como cifras poblacionales de referencia en todas las operaciones estadísticas del INE (encuestas, Contabilidad Nacional, indicadores, etc.) y son transmitidas a nivel internacional como datos oficiales de población de España a todos los efectos.

Más información:

http://www.ine.es/inebaseDYN/cp30321/cp_inicio.htm

Defunciones según la causa de muerte

Operación Estadística responsabilidad del Instituto Nacional de Estadística (INE) en colaboración con los Institutos de Estadística de todas las comunidades autónomas, Consejerías/Departamentos con competencia en Sanidad de las comunidades autónomas, Registros Civiles (MJUS) está incluida en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016.

Proporciona el conocimiento del fenómeno de la mortalidad atendiendo a la causa básica de la defunción, distinguiendo entre muertes fetales tardías y el resto, y suministrar información para la construcción de indicadores de salud. Como variables de estudio utiliza personas fallecidas y muertes fetales tardías. Como variables de clasificación la causa de la defunción, sexo, edad, mes de fallecimiento, provincia de residencia y de fallecimiento. La periodicidad de la recogida de los datos es mensual y de la difusión anual.

Más

información: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebase&N=&L=0>

Encuesta de población activa

La Encuesta de Población Activa (EPA) es una investigación por muestreo, continua y de periodicidad trimestral, dirigida a las viviendas familiares, elaborada por INE con el objetivo proporcionar datos de la fuerza de trabajo y de sus diversas categorías, así como de la población ajena al mercado laboral. La muestra inicial es de unas 65.000 familias al trimestre que equivalen aproximadamente a 180.000 personas.

La Encuesta de Población Activa (EPA) se realiza desde 1964, siendo la metodología vigente en la actualidad la de 2005, estando armonizada con la UE.

Más información:

http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=resultados&idp=1254735976595

Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES)

Se realiza desde el año 1994 con carácter bienal a estudiantes de 14 -18 años que cursan Enseñanzas Secundarias. Forma parte del Plan Estadístico Nacional 2013-2016, ESTUDES permite describir la prevalencia del consumo de drogas (alcohol, tabaco, hipnosedantes y otras drogas psicoactivas de comercio ilegal) en los estudiantes de enseñanzas secundarias, las características sociodemográficas de los consumidores, las pautas de consumo relevantes, opiniones, conocimientos, percepciones y actitudes ante determinados aspectos relacionados con el abuso de drogas y algunos factores relacionados con el consumo, grado de exposición y receptividad de los estudiantes a determinadas intervenciones.

Más información:

http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PresentESTUDES2012_2013.pdf

Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE)

Estadística, responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística. Incluida en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016, tiene como objetivo general informar sobre morbilidad percibida, utilización de servicios sanitarios, comportamiento y hábitos de vida y actividades preventivas.

Como variables de estudio utiliza, a través de un cuestionario y una entrevista personal directa, la autovaloración del estado de salud, limitación de la actividad, uso de servicios sanitarios y de medicamentos, hábitos de vida, cobertura sanitaria. Como variables

de clasificación la edad, sexo, tamaño del hábitat, país de origen y estatus socioeconómico (nivel de estudios, ocupación e ingresos). La periodicidad de la recogida y difusión de los datos es quinquenal.

Más

información: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>

Encuesta Nacional de Salud de España. Informes monográficos: consumo de alcohol.

El informe monográfico presenta los resultados sobre consumo de alcohol de la Encuesta Nacional de Salud 2011/2012. Proporciona datos sobre la frecuencia del consumo de alcohol, la cantidad consumida de los distintos tipos de alcohol en una semana tipo, el consumo medio diario en gramos de alcohol puro, la edad de inicio del consumo regular de bebidas alcohólicas y la frecuencia del consumo intensivo.

Recoge también la evolución de las prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas en la serie ENSE 2003-2011 y analiza las dificultades que presenta la medición del consumo de alcohol.

Más información:

http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/ENSE2011_12_MONOGRAFICO_1_ALCOHOL3.pdf

Esperanzas de Vida en Salud en España 2007-2011. Años de vida saludable en España y sus comunidades autónomas.

El informe presenta la evolución de la esperanza de vida saludable en dos periodos de tiempo con el objetivo de conocer la tendencia tanto en el conjunto de la población española como en la de las distintas comunidades autónomas.

La esperanza de vida en salud (EVS), conjunto diverso de indicadores que tienen en cuenta no sólo la experiencia de mortalidad de la población, sino también la experiencia de morbilidad o incapacidad. El indicador de Años de Vida Saludable (AVS) es la denominación para la (EVS) cuando la medida de salud utilizada es la limitación global de actividad.

Para obtener las estimaciones de los AVS para España y sus comunidades autónomas en los periodos estudiados se han utilizado las tablas de vida realizadas por la Subdirección de Información Sanitaria e Innovación. La información sobre salud procede de las encuestas nacionales de salud españolas realizadas sobre muestras representativas de la población en esos años.

Más Información:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/nivelSalud.htm>

Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada

Proporciona información de la actividad asistencial, económica y docente de los centros con internamiento (hospitales) y sus características estructurales, y de los centros sin internamiento, principales provisoros de servicios de atención especializada, que permite además de la obtención de índices mostrar el funcionamiento del sector y hacer seguimiento y análisis de su evolución.

Como variables de estudio utiliza la oferta asistencial, dotación, personal, altas, estancias, consultas, ingresos, técnicas de diagnóstico, actividad en otras áreas, actividad quirúrgica, actividad obstétrica, servicios de urgencia, gastos, inversiones e ingresos. Como variables de clasificación utiliza tipo de centro de atención especializada: con internamiento (hospital), sin internamiento, finalidad asistencial del centro, dependencia funcional según entidad financiadora, forma jurídica, contrato con el Sistema Nacional de Salud, acreditación docente. La periodicidad de la recogida y difusión de los datos son anuales.

Como operación estadística es responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de todas las comunidades autónomas y ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla y está incluida en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016.

Más

información: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospilInternado/InfornAnual/homeESCRI.htm>

Estadística de los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061

Los servicios de urgencias y emergencias 112/061 facilitan la identificación y el contacto de los ciudadanos ante una situación de urgencia sanitaria –especialmente ante emergencias- y permita coordinar eficazmente la atención y mejorar la respuesta a la misma.

Todas las comunidades autónomas disponen en su ámbito de un centro coordinador ligado al 061 que, si bien se integra con el teléfono de emergencias 112, mayoritariamente mantiene una estructura organizativa y de gestión propias.

La elaboración de esta estadística es responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de todas las comunidades autónomas y ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla y forma parte del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Más

información: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Organizacion.htm>

Estadística del Gasto Sanitario Público (EGSP)

La elaboración de la estadística es responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de todas las comunidades autónomas, MUFACE, MUGEJU, ISFAS, Instituto Nacional de la Seguridad Social, Ministerio de Defensa y Ministerio de Interior. Está incluida en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016.

Tiene como objetivo la obtención de la cifra agregada de gasto público en sanidad; clasificación por agregados de contabilidad nacional, clasificación económica, funcional y por sector de gasto; territorialización del gasto público en sanidad; y aproximación metodológica a las Cuentas de Salud de la OCDE.

Como variables de estudio económicas utiliza: remuneración del personal, consumo intermedio, conciertos, transferencias corrientes, gasto de capital. Como variables funcionales: servicios hospitalarios y especializados, servicios de atención primaria, servicios de salud pública, servicios colectivos de salud, farmacia, traslado, prótesis. Como variables de contabilidad nacional: consumo colectivo, consumo individual, producción de no mercado, producción de mercado. Como variables de clasificación los servicios suministrados y agentes ejecutores del gasto. La periodicidad de la difusión y recogida de los datos son anuales.

Más

información: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>

Estadísticas de Donación y Trasplante de Órganos

Estadística incluida en el inventario de operaciones estadísticas de la Administración General de Estado es elaborada por la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y permite conocer la actividad de donación, extracción y trasplante de órganos. Como variables de estudio utiliza los donantes, extracciones realizadas y trasplantes realizados. Como variables de clasificación el centro, comunidad autónoma y órgano. La periodicidad de la recogida y difusión de los datos es anual.

Más información:

<http://www.ont.es/infesp/Paginas/Datos.aspx>

Estadísticas de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVEs)

Proporciona información estadística sobre las características sociodemográficas y sobre las condiciones sanitarias en que se realizan las interrupciones voluntarias del embarazo, las características de las mujeres que se someten a una interrupción y de los centros en que se realizan. Como variables de estudio utiliza los motivos, semanas de gestación y método empleado. La periodicidad de la difusión es anual y la recogida de los datos es trimestral.

Su elaboración es responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de las comunidades autónomas. Está incluida en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016.

Más

información: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>

Estadísticas de Vacunaciones Sistemáticas

Tiene como objetivo general el conocer las vacunaciones realizadas en la población, en lo que se refiere al calendario de vacunaciones. Como variables de estudio utiliza la clase de vacuna y dosis administradas y como variables de clasificación la edad. La periodicidad de la recogida y difusión de los datos es anual. Para el cálculo de la cobertura de vacunación se utilizan las dosis administradas en los dispositivos del SNS. No incluye vacunas adquiridas en Oficinas de Farmacia y administradas a través del sector sanitario privado.

Las estadísticas de Vacunaciones Sistemáticas forman parte del inventario de estadísticas de la Administración General del Estado. Estadística responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de las comunidades autónomas y ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla.

Más

información: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm>

Estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad)

Se puso en marcha en el año 2005 por el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Tiene como propósito sensibilizar a la población sobre el problema que la obesidad representa para la salud, y de impulsar todas las iniciativas que contribuyan a lograr que los ciudadanos, y especialmente los niños y los jóvenes, adopten hábitos de vida saludables, principalmente a través de una alimentación saludable y de la práctica regular de actividad física. Los ámbitos y los campos de actuación e influencia de la Estrategia NAOS son múltiples: la familia, el entorno escolar, el mundo empresarial y el sistema sanitario.

La Estrategia NAOS ha puesto a España en un lugar destacado entre los países que se enfrentan a la epidemia de la obesidad por la forma en que aborda la colaboración entre las administraciones públicas y los agentes sociales privados.

Más información:

http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/ficheros/estrategia/PRESENTACION_DNN_2014.pdf

Estrategias del Sistema Nacional de Salud

Las Estrategias de Salud se basan en los principios de equidad y cohesión territorial y su propósito es garantizar que todos los ciudadanos tengan acceso, en las mismas condiciones, a las actuaciones y procedimientos que han demostrado efectividad sobre la mejora de la salud y de la calidad de vida.

La elaboración de las Estrategias del Sistema Nacional de Salud (SNS) está orientado a abordar desde el SNS enfermedades de elevada prevalencia y repercusión sanitaria y social.

Más información:

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec04_doc.htm

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/abordajecronicidad.htm>

Estudio sobre conductas saludables en los escolares (Health Behaviour in School-aged Children - HBSC)

El estudio sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud (Health Behaviour in School-aged Children - HBSC) está auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que comenzó con la iniciativa en 1982 en tres países (Finlandia, Noruega e Inglaterra), desde entonces se han venido realizando ediciones cada cuatro años, la última en 2010.

España participa en el estudio HBSC de forma continuada desde el año 1986, con la excepción de la edición de 1997-1998. A partir del año 2002 su realización ha sido posible gracias a Convenios de Colaboración firmados entre el Ministerio de Sanidad, (Dirección General de Salud Pública) y la Universidad de Sevilla.

Cada país en los que se desarrolla HBSC estudia a chicos y chicas representativos de la población escolarizada de 11, 13 y 15 años. España también incluye las edades pares (12, 14 y 16 años) y al grupo de edad de 17-18 años. En el año 2006 la muestra fue representativa por comunidad autónoma.

El informe 2010 compara los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a los adolescentes españoles en las ediciones de 2002-2006-2010, por lo que aporta a un importante bagaje de conocimiento sobre la población adolescente y posibilita una

significativa transferencia de conocimiento a otros profesionales implicados en esta disciplina.

Está previsto un nuevo estudio en 2014 lo que permitirá ahondar y conocer en profundidad los estilos de vida de los escolares y analizar su evolución.

Más información:

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/Comparativo2002a2010/Comparativo2002_2006_2010.pdf

Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLA-SNS)

Los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud son un conjunto priorizado de información que abarca los aspectos considerados más relevantes de la salud y del sistema sanitario español. La selección de indicadores se ha realizado por consenso entre las administraciones representadas en el Consejo Interterritorial del SNS. Su desarrollo se realiza a través de la Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Más

información: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasNS_DB.htm

Indicadores demográficos. Tasa de dependencia total, juvenil y de mayores

La tasa de dependencia es un indicador demográfico básico que elabora el Instituto Nacional de Estadística (INE). La tasa de dependencia total se define como el cociente entre la población residente en España a 1 de enero del año "x" menor de 16 años o mayor de 64 entre la población de 16 a 64 años expresada en tanto por cien.

Es un indicador con un claro significado económico, representa la medida relativa de la población potencialmente inactiva sobre la potencialmente activa.

La tasa de dependencia juvenil o de población menor de 16 años se define como el cociente entre la población residente a 1 de enero del año "x" menor de 16 años entre la población de 16 a 64 años, expresado en tanto por cien.

La tasa de dependencia de mayores o de población mayor de 64 años se define como el cociente entre la población residente en España a 1 de enero del año "x" mayor de 64 años entre la población de 16 a 64 años, expresado en tanto por cien.

Más información:

<http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1453&L=0>

Registro de Altas CMBD de los Hospitales del Sistema Nacional de Salud

La explotación estadística del Registro de Altas CMBD de los Hospitales del Sistema Nacional de Estadística es responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de todas las comunidades autónomas e INGESA y forma parte del Plan Estadístico Nacional 2013–2016.

La operación estadística tiene como objetivo conocer los procesos de hospitalización (diagnóstico, comorbilidad, tipo de proceso de atención y tipo de proceso) con internamiento y sin internamiento de los hospitales. Como variables de estudio utiliza las fechas de ingreso y alta, diagnóstico principal y secundario, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, destino y situación al alta, claves de historia clínica y hospital, financiación de la asistencia. Como variables de clasificación la edad, sexo, lugar de residencia, lugar de hospitalización. La periodicidad de la recogida y difusión de los datos es anual.

Más información:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>

Sistema de Información de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (SIAP-SNS)

Proporciona información sobre la dotación de personal, actividad (general y en prestaciones específicas) y número de centros físicos y/o funcionales del Sistema Nacional de Salud que tienen como finalidad la atención primaria. Como variables de estudio utiliza el personal, la actividad y los centros de atención primaria. La periodicidad de la recogida y difusión de los datos son anuales.

Su elaboración es responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de las comunidades autónomas. Está incluida en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016.

Más

información: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>

Sistema de Información sobre Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud (SISLE)

Ofrecer información del número de pacientes pendientes de una intervención quirúrgica programada y del número de pacientes pendientes de una consulta en Atención Especializada en la fecha de corte recogidas según los criterios establecidos en el Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, que establece los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del SNS, de modo que dicho acceso pueda realizarse en condiciones de igualdad efectiva.

La difusión de los datos es semestral tras el conocimiento y aprobación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Las fechas de corte corresponden a 31 de diciembre y 30 de junio de cada año.

Más

información: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/IstaEspera.htm>

Tendencias de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas

El informe presenta la evolución de la prevalencia de tabaquismo, inactividad física, obesidad, consumo insuficiente de frutas y verduras y consumo de alcohol en cantidad de riesgo para la salud en España, factores de riesgo que ha sido posible monitorizar en la población a partir de la encuestas de salud por entrevista de base poblacional realizadas entre 2001 y 2011/12. La población analizada corresponde a los adultos entrevistados de 16 años de edad y mayores.

Más información:

https://www.msssi.gob.es/fr/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/FactoresRiesgoEspana_2001_2011_12.pdf

El informe del Sistema Nacional de Salud pretende ofrecer, al igual que en ediciones anteriores, un resumen del estado del Sistema Nacional de Salud y su evolución anual. Su objetivo es poner a disposición de todas las personas interesadas información actualizada de experiencias e intervenciones que se han llevado a cabo en España. La visión de conjunto de todo ello contribuye a la transparencia y a un conocimiento más próximo del Sistema Nacional de Salud en el período analizado.