



REPRESENTACIÓN PERMANENTE DE ESPAÑA
ANTE LAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES

GINEBRA

La Embajadora Representante Permanente

Ginebra, 8 de abril de 2013

VC/MSS/Nº034/2013

Sr. Anand Grover, Relator Especial sobre el derecho de toda persona
al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Sr. François Crépeau, Relator Especial sobre los derechos humanos
de los migrantes

Oficina de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas
para los Derechos Humanos

Palais Wilson

GINEBRA

Estimados Relatores Especiales:

En respuesta a su carta de 8 de febrero de 2013 por la que, en relación con la nueva legislación sobre el acceso a la atención sanitaria, solicitaban información sobre las medidas adoptadas por las autoridades competentes para garantizar el derecho de todos al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, incluidos los inmigrantes irregulares, solicitantes de asilo y víctimas de la trata de seres humanos, me complace remitirles la respuesta del Gobierno español al respecto.

Reitero mi disposición personal y la del Gobierno de España para seguir cooperando con ustedes así como con el Consejo de Derechos Humanos y todos sus procedimientos especiales.

Ana Menéndez

OHCHR REGISTRY

- 9 APR 2013

Recipients: SPD
G. Lidome (Cred)
.....
.....

RESPUESTA DEL GOBIERNO DE ESPAÑA A LA CARTA CONJUNTA DE ALEGACIONES ENVIADA POR EL RELATOR ESPECIAL SOBRE EL DERECHO DE TODA PERSONA AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL Y POR EL RELATOR ESPECIAL SOBRE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS INMIGRANTES.

De cara a poder responder a las alegaciones presentadas, y antes de entrar en detalle en las preguntas, conviene realizar una presentación previa de la situación en España en relación con el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria.

En España, todos los españoles, así como los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Esta normativa ha sido complementada por la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Los cambios legislativos recientemente abordados por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, han servido para completar el marco normativo vigente, configurando un marco de estabilidad jurídica y de sostenibilidad de nuestro sistema sanitario al definir los supuestos de acceso al derecho a la asistencia sanitaria pública a través de las figuras del asegurado y beneficiario, y regular un mecanismo de reconocimiento de dicha condición que resulte de aplicación tanto a los españoles como a los ciudadanos de otras nacionalidades.

Examen de la situación previa al Real Decreto-ley 16/2012.

Con anterioridad a esta norma, el simple empadronamiento en un municipio español bastaba para reconocer el derecho a la asistencia sanitaria en el SNS en las mismas condiciones que los españoles y eran las Comunidades Autónomas (CCAA) quienes otorgaban el título acreditativo que daba acceso a la asistencia sanitaria, y ello según el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, apartado 1. En consecuencia, un extranjero podía obtener la tarjeta sanitaria individual sin necesidad de contar con autorización de residencia ni -por ende- de estar afiliado y dado de alta en el sistema de Seguridad Social, exigiéndose tan solo su inscripción en el padrón municipal.

Al mismo tiempo, y como un fenómeno distinto, aunque también en aplicación de la misma ley, 676.000 europeos accedieron a la tarjeta sanitaria individual por el mero hecho de estar inscritos en el padrón municipal, sin contar con una residencia efectiva en España, fenómeno conocido como "turismo sanitario". Ello ha supuesto un gasto de 917 millones de euros, de los cuales 639 se han dejado de facturar a los países de origen de estos extranjeros tal y como indicó el Tribunal de Cuentas de España, en su "Informe de fiscalización de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los reglamentos comunitarios y convenios internacionales de la seguridad social" del año 2012.

Por todo ello, el gasto sanitario público en España aumentó con respecto al año 2009 en unos 5.000 millones en 2010 y en unos 10.000 millones en 2011, lo que supuso un aumento del gasto sanitario público de un 12,70%, en una coyuntura de disminución de ingresos en los años 2010 y 2011 de un 13,64 %.

Ante esta coyuntura económica, y debiendo todas las Administraciones Públicas adecuar sus actuaciones al principio de estabilidad presupuestaria recogido en el artículo 135 de la Constitución española, era necesario proceder urgentemente a reducir el déficit público sin menoscabar la prestación de los servicios públicos esenciales.

Para ello se aprobaron las medidas de racionalización de las prestaciones que ofrece el Sistema Nacional de Salud, reformando las deficiencias estructurales y corrigiendo la descoordinación entre los servicios de salud autonómicos para asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario a medio y largo plazo, toda vez que la asistencia sanitaria consume entre el 38 y el 42% de los fondos presupuestarios de las Comunidades Autónomas.

Asimismo, con dichas medidas se intenta dar cumplimiento a la recomendación del citado Informe del Tribunal de Cuentas que solicitaba que *"(...) El Ministerio de Empleo y Seguridad Social adopte las medidas legales oportunas para evitar que se produzca el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria en España, a través de la condición de "persona sin recursos económicos suficientes", a personas que están protegidas por la Seguridad Social de sus Estados de origen o que sí disponen de recursos económicos suficientes fuera de España, mediante la exigencia de las correspondientes certificaciones emitidas por sus Estados de origen"*.

Examen de la situación posterior al Real Decreto-ley 16/2012: Asistencia sanitaria a inmigrantes en situación irregular.

La nueva regulación establecida en el Real Decreto-ley 16/2012 introduce un artículo (art. 3 ter) por el que los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España recibirán asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, a través del SNS en las siguientes modalidades:

- a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación del alta médica
- b) De asistencia al embarazo, parto y postparto.
- c) Y en todo caso, los extranjeros menores de 18 años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

Por lo tanto, la nueva normativa ampara específicamente la atención sanitaria a personas en situación de urgencia o enfermedad grave, a embarazadas y a menores extranjeros, sin ninguna restricción ni condición limitativa, manteniéndolo como uno de los regímenes más generosas de todos los países de la UE. Efectivamente, todos los Estados europeos aplican normas limitativas al acceso a la sanidad pública para los inmigrantes en situación irregular, más estrictas y restrictivas que la española (ver anexo I). En algunos casos ese límite implica un cierre completo, como en Austria y Suecia, y en otros es sólo un límite temporal que permite al inmigrante el acceso tras un tiempo de estancia en el país.

Conviene añadir además que, en España, todos los extranjeros reciben actualmente asistencia sanitaria si la requieren, siendo la novedad que en caso de no ser asegurados deben después documentar ante el servicio de salud correspondiente que realmente no existe un tercero obligado al pago, que no tienen cobertura sanitaria por

otro medio, que carecen de recursos económicos y que residen en España; es decir que no ha venido expresamente a ser tratado o intervenido en España, el ya mencionado "turismo sanitario", lo que está prohibido en la normativa europea. En el caso de que carezca de cobertura sanitaria y de recursos, serán los servicios sociales los que determinarán el tipo de ayuda a prestar, tanto en materia de sanidad como en el resto de las necesidades básicas de la persona, tal y como realizan los servicios sociales de las CCAA.

A continuación se pasa a responder a las preguntas formuladas:

1. ¿Son exactos los hechos a los que se refieren las alegaciones presentadas?

Las alegaciones contenidas en su carta son las siguientes:

Alegación número 1:

"Que el 20 de abril de 2012 el Gobierno español adoptó el Real Decreto-Ley 16/2012, que modificó el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, para limitar el acceso a la salud de los inmigrantes en situación irregular únicamente a urgencias y atención médica en caso de embarazo, nacimiento y cuidado post-natal. Los inmigrantes menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles".

Se considera que se produce una inexactitud a la hora de referenciar la modificación del artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, dando apariencia de un menor disfrute de derechos en lo que al acceso a la sanidad se refiere por parte de los inmigrantes, cuando, a nuestro juicio, los derechos que actualmente se les reconoce están perfectamente en consonancia con lo expresado en el párrafo 2 del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que reconoce que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como, entre otros, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, a un medio ambiente sano e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

La modificación del artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social no es la que se recoge en la alegación número 1, sino la siguiente:

"Artículo 12. Derecho a la asistencia sanitaria.

Los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria, en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria".

Es decir, para una correcta identificación de los derechos de que gozan los inmigrantes en situación irregular en España hay que acudir al conjunto de la legislación que se ha descrito al comienzo de este informe, y no sólo a la modificación que introduce el Real Decreto-Ley a la Ley de Calidad y Cohesión del Sistema Nacional. En ese sentido es también muy importante tener en cuenta que al acceso a la asistencia sanitaria, en los términos referenciados, hay que añadir los programas de salud pública y protección sanitaria pública a la que luego nos referimos al responder a la alegación número 3.

Alegación número 2:

"Que el Decreto 1192/2012, de 3 de agosto de 2012 asegura "la asistencia sanitaria necesaria que incluirá los cuidados de urgencias y el tratamiento básico de las enfermedades (y que) proporcionará la atención necesaria, médica o de otro tipo, a los solicitantes de protección internacional con necesidades "particulares" como aquellos solicitantes de protección internacional y mujeres víctimas de la trata de seres humanos que hayan obtenido un permiso temporal de las autoridades españolas. No obstante, se expresa preocupación porque únicamente un pequeño número de mujeres víctimas de la trata obtienen efectivamente dicho permiso temporal. Además, la fuente indica que otras víctimas de la trata de seres humanos solamente tienen derecho a cuidados de urgencia y a atención médica durante el embarazo, el parto y el cuidado post-natal".

El Real Decreto 1192/2012 contempla expresamente la prestación de asistencia sanitaria para solicitantes de protección internacional y para víctimas de trata de seres humanos en periodo de restablecimiento y reflexión, mientras permanezcan en esta situación.

En consecuencia, los solicitantes de protección internacional cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo recibirán, mientras permanezcan en esta situación, la asistencia sanitaria necesaria que incluirá los cuidados de urgencia y el tratamiento básico de las enfermedades. Asimismo, se proporcionará la atención necesaria, médica o de otro tipo, a los solicitantes de protección internacional con necesidades particulares.

Por su parte, las víctimas de trata de seres humanos cuya estancia temporal en España haya sido autorizada durante el período de restablecimiento y reflexión recibirán, mientras permanezcan en esta situación, la asistencia sanitaria necesaria que incluirá los cuidados de urgencia y el tratamiento básico de las enfermedades. Asimismo, se proporcionará la atención necesaria, médica o de otro tipo, a las víctimas de trata de seres humanos con necesidades especiales.

Como puede apreciarse, no es correcto que las víctimas de la trata de seres humanos solamente tengan derecho a cuidados de urgencia y a atención médica durante el embarazo, el parto y el cuidado post-natal.

Alegación número 3:

"Que el Gobierno de España ha elaborado una orden ministerial en virtud de la cual la atención sanitaria a los inmigrantes en situación irregular queda condicionada a un previo pago, entre otros requisitos."

El apartado 5 del artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, modificado por el citado Real Decreto-Ley 16/2012, establece, como medida complementaria que permita a quienes no tienen en España la condición de asegurado, acceder también a la asistencia sanitaria en el sistema nacional de salud, mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.

Cabe subrayar que esta previsión sobre los convenios especiales queda configurada como un mecanismo opcional de garantía de acceso al sistema sanitario público para quienes no reúnen la condición de asegurado o beneficiario y carecen de acceso por cualquiera otra vía o circunstancia al sistema de protección sanitaria pública.

Efectivamente, no conviene olvidar que, en todo caso, los inmigrantes en situación irregular tienen garantizado el acceso en España a todos los programas de protección de la salud y de prevención de salud pública (vacunaciones, prevención y control enfermedades infecciosas, especialmente tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual e infección VIH), además de la asistencia sanitaria en los casos establecidos legalmente, y en los menores de edad en las mismas condiciones que los españoles y residentes legales.

Ya se ha indicado que en España los inmigrantes en situación irregular reciben asistencia sanitaria si la requieren. En todo lo que no sean prestaciones de salud públicas y aquellas otras para las cuales tienen expresamente reconocido el derecho (atención urgente -ya sea en centros de salud o en hospital- hasta el alta médica; las mujeres en atención anterior al parto, al parto y postparto y los menores de edad en condiciones de igualdad que los españoles) al no disponer de la condición de asegurados, deben documentar ante el servicio de salud correspondiente que realmente no existe un tercero obligado al pago, que no tienen cobertura sanitaria por otro medio, y que carecen de recursos económicos y residen efectivamente en España. En el caso de que carezcan de cobertura sanitaria y de recursos serán los servicios sociales los que determinarán el tipo de ayuda a prestar, en sanidad como en el resto de las necesidades básicas de la persona.

Alegación número 4:

"Por último, la información recibida indica que el Gobierno ha justificado la imposición de dichas medidas restrictivas asociando a los inmigrantes en situación irregular con el uso abusivo de los servicios sanitarios".

La imposición de las medidas establecidas en el Real Decreto-Ley no han sido justificadas asociando a los inmigrantes en situación irregular con el uso abusivo de los servicios sanitarios; ese uso abusivo no trae causa de este colectivo, sino de ciudadanos extranjeros que tenían cobertura sanitaria a través de sus países de origen, lo que se ha dado en denominar "turismo sanitario", tal y como ha quedado descrito en párrafos anteriores.

Se reitera que al menos 676.000 extranjeros europeos han accedido a la tarjeta sanitaria individual por el hecho de estar inscritos en el padrón municipal, sin contar con una residencia efectiva en España. Ello ha supuesto un gasto de 917 millones de euros, de los cuales 639 se han dejado de facturar a los países de origen de estos extranjeros.

2. Que se proporcionen los detalles y en su caso los resultados de las consultas que se hayan producido para asegurar el examen más exhaustivo de todas las alternativas posibles. Si no se hubieran realizado consultas, o hubieran sido inconcluyentes, por favor, sírvase explicar la razón.

La aprobación de la normativa reguladora de la atención sanitaria en España se ha realizado en cumplimiento de la normativa europea, estudiando la normativa comparada de los países de la UE en lo que a la atención a extranjeros no residentes legales se refiere, y al estudio de la legislación internacional y de los acuerdos bilaterales de España con países terceros, en la garantía de un marco de reciprocidad en la atención que reciben los españoles en los países terceros y la que España ofrece a los ciudadanos de los mismos cuando se encuentran en España. De esta manera queda garantizado que se ofrece a los países terceros y a sus ciudadanos la

garantía de reciprocidad respecto a la que sus gobiernos ofrecen asimismo a los ciudadanos españoles.

Para la aprobación del mencionado Real Decreto-Ley 16/2012 en el parlamento español, llevada a cabo con el apoyo mayoritario de la cámara, se ha debido contar con los informes preceptivos de los servicios jurídicos de los Ministerios del Gobierno de España. Se ha contado asimismo con informes del Consejo de Estado y con el acuerdo interpretativo de la Comisión de la UE para verificar la adecuación de la norma al marco legal de la UE, en la garantía de trato igual de los ciudadanos de la UE en España.

Asimismo, a través de los mecanismos de coordinación del Sistema Nacional de Salud, en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se han ido adoptando los acuerdos de gestión necesarios para garantía de que todo ciudadano que demanda asistencia la recibe en los servicios sanitarios del SNS, con especial referencia al desarrollo de los programas de salud pública.

Se adjunta como anexo II el Informe del Sistema Nacional de Salud 2011, que explicita la situación de desarrollo de los programas de salud pública en España.

Desde una perspectiva europea, España, tal como lo han hecho otros Estados de la UE, ha tenido que adaptar su legislación sanitaria a la normativa europea. A través del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, se completa la trasposición al Derecho nacional de la Directiva de la Unión Europea 2004/38, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, relativa al derecho de los ciudadanos de la Unión y de los miembros de sus familias a circular y residir libremente en el territorio de los Estados miembros. De esta manera, se recogen los requisitos establecidos por la norma europea para el reconocimiento de la residencia y la necesidad de disponer de suficiencia de recursos y de un seguro médico.

Convendría igualmente mencionar la Directiva Comunitaria de Asistencia Sanitaria Transfronteriza, norma que *"no da derecho a las personas a entrar, permanecer o residir en un Estado miembro con el fin de recibir asistencia sanitaria en dicho Estado miembro (...) y que corresponde a los Estados miembros determinar en su legislación nacional la definición de persona que se considera asegurada a efectos de su régimen sanitario público y legislación en materia de seguridad social mientras se salvaguarden los derechos de los pacientes establecidos en la Directiva"*.

3. Que se proporcione información sobre las medidas adoptadas para garantizar el pleno disfrute del derecho al más alto nivel posible de salud para todos.

Tal y como se ha señalado, la normativa sanitaria española ampara específicamente la atención sanitaria urgente a embarazadas y a menores extranjeros sin ninguna restricción ni condición limitativa, siendo una de las más generosas de todos los países de la UE. Todos los Estados europeos aplican normas limitativas al acceso a la sanidad pública para los inmigrantes en situación irregular más estrictas y restrictivas que la española.

Además, en España, todos los extranjeros reciben actualmente asistencia sanitaria si la requieren, siendo la novedad que en caso de no ser asegurados deben después documentar ante el servicio de salud correspondiente que realmente no existe un tercero obligado al pago, que no tienen cobertura sanitaria por otro medio, que carecen de recursos económicos y que reside en España; es decir que no ha venido expresamente a ser tratado o intervenido en España, el denominado "turismo sanitario", lo que está prohibido en la normativa europea. En el caso de que carezca

de cobertura sanitaria y de recursos, serán los servicios sociales los que determinarán el tipo de ayuda a prestar, en sanidad como en el resto de las necesidades básicas de la persona, como se está realizando por todas las CCAA.

Igualmente, hay que reiterar que los inmigrantes en situación irregular tienen garantizado el acceso en España a todos los programas de protección de la salud y de prevención de salud pública. Dichas actuaciones de salud pública, desarrolladas por las Comunidades Autónomas, se ejercen independientemente del dispositivo de asistencia sanitaria, y están dirigidas a toda la población, sin distinción de su acceso al sistema sanitario asistencial, al amparo de lo dispuesto en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Dentro de estas actuaciones, se encuentran los programas de prevención y control de enfermedades infecciosas y/o de interés comunitario (vacunaciones, prevención del VIH/SIDA, prevención y control de la tuberculosis, etc.). Estas prestaciones no están condicionadas a tener la condición de asegurado o beneficiario y, por tanto, ser o no titular de Tarjeta Sanitaria. Las mismas están basadas en criterios epidemiológicos de exposición y riesgo. En este sentido, lejos de disminuirse, se han incrementado de forma muy positiva los programas de salud pública, la atención a toda persona infectada por VIH, a todo niño en edad de vacunación o a toda persona enferma de tuberculosis o en contacto con ellas, incluyendo en todos esos casos la dispensación del tratamiento farmacológico.

Esto quiere decir, que a pesar del cambio legislativo, no se ha constatado ningún brote epidémico por encima de lo esperado y esperable en los últimos meses, ni se ha comunicado ningún incremento en la tasa de enfermos, infectados o afectados de las enfermedades de declaración obligatoria en la población de nuestro país. Como puede verse en la información recogida en el anexo III, los casos declarados de tuberculosis, infección gonocócica y sífilis son menores en 2012 de los declarados en 2011.

Conclusión

A lo largo de la presente respuesta se ha intentado reflejar las medidas adoptadas por el Gobierno Español para garantizar el pleno disfrute del derecho al más alto nivel posible de salud para todos, tanto para españoles como extranjeros, y dentro de éstos, para extranjeros, tanto en situación regular como irregular.

De esta manera España cumple ampliamente con los tratados de la Unión y con todos los acuerdos internacionales que definen las medidas que deberán adoptar los estados partes en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, a fin de asegurar la plena efectividad del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Por último conviene resaltar que en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a día de la redacción de estas observaciones, no se ha recibido notificación o informe alguno de pacientes que no hayan sido atendidos.



ANEXO I

DERECHO COMPARADO: ASISTENCIA SANITARIA A EXTRANJEROS EN SITUACIÓN IRREGULAR

La información recogida proviene de la organización PICUM (Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants) y de la asociación Médicos del Mundo.

Alemania

A los inmigrantes irregulares se les aplica la misma norma que a los peticionarios de asilo con menos de 48 meses de estancia en el país, lo que implica que sólo tienen acceso gratuito a la sanidad en caso de urgencia, maternidad o SIDA. La asistencia sanitaria a la que tienen derecho los extranjeros en situación irregular en Alemania comprende toda terapia médica y odontológica necesaria para el tratamiento de enfermedades de carácter agudo y situaciones de dolor. El tratamiento incluye el suministro de todo medicamento y material sanitario necesario para la curación, mejora de la situación o reducción de la situación de dolor (métodos paliativos) y enfermedad o sus secuelas, además de otras prestaciones, tales como fisioterapia, costes de desplazamiento o traductores.

También están incluidas las vacunas recogidas en el calendario oficial de vacunación recomendada (en Alemania no existe obligación de vacunación a ninguna edad) y los controles obligatorios de salud previstos legalmente. Las enfermedades de carácter crónico sólo serán tratadas cuando de ellas se derive una de las situaciones anteriormente descritas.

Para que los costes de la asistencia médica sean cubiertos a través de los fondos públicos, el extranjero en situación irregular debe solicitar un volante de atención sanitaria en la oficina de gestión de los subsidios de carácter social. Entre los datos que la oficina requiere para expedir este volante se encuentra la situación de residencia del solicitante. Estas oficinas (así como los médicos y los hospitales) tienen la obligación legal de informar a las autoridades de extranjería de la situación de permanencia irregular del extranjero (en los casos en que el extranjero en situación irregular asuma los costes de la atención sanitaria, esta obligación de información a las autoridades de extranjería desaparece).



Francia

Los inmigrantes irregulares que lleven más de tres meses en el país y se encuentren por debajo de cierto nivel de ingresos (598 euros mensuales por persona en 2007) pueden acceder a todos los servicios médicos públicos de forma gratuita. Francia ha creado un sistema administrativo específico para atender a este grupo: Aide Médicale de l'Etat -AME-. Los irregulares con menos tiempo de estancia sólo pueden acceder a los servicios de urgencias y a los análisis y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, SIDA o tuberculosis. Los niños tienen derecho a la atención sanitaria completa desde el primer momento.

La AME ha de solicitarse por los interesados que cumplan los siguientes requisitos: justificar su identidad, justificar una estancia irregular superior a tres meses y justificar una falta de ingresos por debajo de una cuantía establecida. En caso de concesión, se expide una carta AME de un año de duración, renovable si se mantienen los requisitos exigidos.

La carta AME también incluye a los familiares dependientes: cónyuge, pareja que ha suscrito pacto civil de solidaridad e hijos menores de 16 años o de 20 años si están cursando estudios. Su expedición devenga una tasa de 30 euros por persona mayor de edad. En todo caso, los hijos menores siempre están protegidos por la AME, incluso cuando su progenitor no sea titular de la carta. Las prestaciones cubiertas por la AME incluyen la consulta médica y la hospitalización, así como los gastos de transporte y ciertas categorías de medicamentos.

En los supuestos de intervención quirúrgica no urgente (planificada con 15 días de antelación) que conlleve gastos superiores a 15.000 euros, el extranjero ha de justificar una estancia superior a un año por cualquier medio de prueba.

Aunque aparentemente el sistema es muy abierto, según la organización Médicos del Mundo solo el 11% de los que tienen derecho al AME lo consiguen, bien porque no lo piden, bien porque las prácticas administrativas son crecientemente restrictivas. La atención a los irregulares se gestiona a través de las PASS hospitalarias (Permanences d'Accès aux Soins de Santé), pero hay una gran diferencia entre los hospitales respecto a la existencia y funciones de este servicio.

Italia

El mecanismo de asistencia sanitaria a extranjeros en situación irregular se sustancia a través de la tarjeta STP (Stranieri Temporaneamente Presenti), que se expide a petición de los interesados. La tarjeta STP ofrece asistencia ambulatoria y



hospitalaria, por enfermedad y accidente, urgente o considerada esencial, aunque sea continuada.

Se considera asistencia sanitaria urgente aquella que no puede ser aplazada porque exista peligro de muerte o de daños a la persona. Por otra parte, se considera como asistencia esencial diagnóstica o terapéutica, la que atiende enfermedades que con complicaciones, continuidad o agravamiento, podrían llevar a mayores daños en la salud o riesgo de muerte. También se incluye dentro de la cobertura el tratamiento, prevención y rehabilitación de la drogodependencia.

La tarjeta STP alcanza la atención preventiva en las áreas de gestación y embarazo, protección de la salud del menor, vacunas, profilaxis internacional y profilaxis, diagnosis y curación de enfermedades infecciosas.

La atención sanitaria se presta bien a través de los ambulatorios, bien por los servicios de urgencias o bien a través de ingresos hospitalarios. La atención de médicos especialistas conlleva el copago. También se aplica el copago farmacéutico, salvo para determinados fármacos considerados esenciales, si bien con variaciones regionales.

Países Bajos

En el año 1998 los Países Bajos modificaron sus normas para evitar que los Inmigrantes irregulares tuvieran acceso libre a la sanidad pública, con el objetivo de reducir esta forma de inmigración. A partir de entonces, los irregulares sólo tienen acceso a la sanidad en condiciones de "necesidad" médica o de enfermedades contagiosas que puedan amenazar la salud pública.

La aplicación de la nueva norma se encontró con la resistencia de los médicos, que hasta ese momento no habían tenido que preocuparse por el estatus legal de sus pacientes y, en su mayoría, aplicaron y siguen aplicando una interpretación amplia del concepto de "necesidad" que, en la práctica, permite a los Inmigrantes irregulares el acceso a casi todos los servicios médicos con la excepción de la salud mental o de los tratamientos de rehabilitación.

Suecia

Los inmigrantes irregulares no tienen ningún acceso gratuito al sistema público de salud y en caso de usarlo tienen que pagar su coste. Todos los residentes legales en Suecia tienen un número de identidad sin el cual múltiples servicios públicos son inaccesibles, como los servicios médicos. En consecuencia, los inmigrantes



Irregulares acuden a los hospitales sólo en situaciones de extrema urgencia y en esos casos se les presenta una factura.

Además, los extranjeros, ya sean turistas o inmigrantes irregulares, pagan costes mucho más altos que los nacionales por el uso de los servicios médicos. Así, acudir a un médico de medicina general cuesta 15 euros para un sueco y 10 veces más –es decir, 150 euros– para un extranjero turista o inmigrante irregular. Dar a luz en el hospital es gratuito para la mujer sueca pero le cuesta 2.200 euros al inmigrante irregular. En ocasiones el hospital niega el servicio a estas personas, consciente de que difícilmente va a cobrar su coste. La falta de atención queda sólo parcialmente paliada por la existencia en las grandes ciudades de servicios médicos ofrecidos por ONG.

Esta situación va a cambiar próximamente tras el acuerdo alcanzado en junio de este año entre el gobierno sueco y el Partido Verde, que ofrece a los inmigrantes irregulares el mismo tratamiento que a los peticionarios de asilo: atención gratuita en casos de urgencia para los adultos y atención completa para los niños y adolescentes hasta los 18 años de edad.

Las mujeres embarazadas no tienen derecho a asistencia médica durante el embarazo, parto y postparto. No obstante, existe una interpretación de que sí se considera el embarazo como emergencia, si bien habría de pagarse por la atención. Sin embargo, desde una interpretación literal de la norma sanitaria sólo tienen derecho a la asistencia médica de urgencia en caso de accidente o enfermedad grave.

Dinamarca

Los extranjeros en situación irregular sólo tienen derecho de asistencia sanitaria en caso de urgencia. Se entiende por urgencias las situaciones de accidente, enfermedad grave repentina, parto y empeoramiento de una enfermedad crónica. Esta asistencia sólo se presta en hospitales y no en ambulatorios ni en consultas médicas. Los menores y las madres gestantes en situación irregular sólo tienen derecho a la asistencia sanitaria de urgencia, no en ambulatorios ni en consultas médicas. Normalmente la asistencia sanitaria hospitalaria de urgencia es gratuita, si bien su tratamiento posterior y seguimiento es de pago.

Finlandia

Los extranjeros en situación irregular sólo tienen derecho a la asistencia sanitaria en caso de urgencia, por enfermedad grave o accidente. Cuando el paciente no tiene domicilio en Finlandia y no existe un convenio bilateral sobre costes de asistencia



sanitaria entre su país y Finlandia, los municipios finlandeses tienen derecho a cobrar al paciente. Si el paciente es insolvente, los municipios son los que se encargan de cubrir los costes por la asistencia sanitaria.

Los extranjeros menores de edad en situación irregular sólo tienen derecho a asistencia sanitaria en caso de urgencia, por enfermedad grave o accidente. Se les aplica la norma general en materia de pago de la asistencia sanitaria. Las mujeres extranjeras embarazadas en situación irregular sólo tienen derecho a la asistencia sanitaria en casos de urgencia, por enfermedad grave o accidente y por parto. No se incluye la atención durante el embarazo y el postparto. Se aplica la norma general en cuanto al pago.

Austria

Tampoco en Austria tienen los Inmigrantes Irregulares acceso a la sanidad pública. Sin embargo, ya que la legislación sobre sanidad obliga a todos los hospitales a atender a cualquier persona cuya vida esté en peligro, estos inmigrantes son atendidos en caso de urgencia. A cambio, el inmigrante recibirá una factura que el hospital espera que pague y que, si el inmigrante algún día consigue regularizarse, se le presentará de nuevo como deuda exigible. Los inmigrantes irregulares tampoco tienen acceso a tratamientos contra enfermedades contagiosas, como el SIDA.

Como en otros países, varias ONG ofrecen asistencia médica gratuita, especialmente Carifas, Cruz Roja, AMBER-MED y Omega.

Portugal

Al igual que en Francia, los inmigrantes irregulares no tienen acceso a los servicios de salud hasta que no han pasado tres meses desde su llegada, aunque esta norma no se aplica a los niños, que tienen los mismos derechos que los nacionales. El inmigrante irregular tiene que demostrar ante su ayuntamiento que ha residido en él al menos durante tres meses para obtener un certificado de residencia, de muy corta duración (Inscrição esporádica) y que debe renovarse con frecuencia. Conseguir este certificado no siempre es fácil, especialmente para los inmigrantes sin hogar. Los que no pueden presentar este certificado tienen sólo acceso a la asistencia de urgencias, bajo el supuesto de que pagarán por el coste del servicio médico. Sin embargo, los servicios de urgencia no pueden rechazar a nadie en función de su nivel de ingresos.

Como en otros países, las ONG católicas complementan la atención sanitaria pública a los inmigrantes irregulares.



Reino Unido

Los extranjeros en situación irregular tienen derecho, en todo caso, a la asistencia sanitaria de urgencia gratuita. Además, tienen derecho a la atención primaria en su área sanitaria sin que el Servicio Nacional de Salud entre a valorar su situación legal en el país. Tienen derecho a la atención hospitalaria en los siguientes supuestos:

- a) Accidente y servicios de emergencia.
- b) Servicios de planificación familiar, que incluye la provisión de productos anticonceptivos.
- c) Tratamiento de enfermedades que pueden constituir una amenaza para la salud pública
- d) Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Para el sida incluye test de diagnóstico y asesoramiento posterior.
- e) Tratamiento a personas detenidas, o que puedan ser detenidas o sujetos a una orden de tratamiento comunitario en virtud de las disposiciones de la Ley de Salud Mental de 1983 u otra normativa que autorice la detención en un hospital a causa de trastorno mental.
- f) Tratamiento derivado de sentencia judicial.
- g) Servicios no prestados en un hospital ni por una persona que trabaje para un hospital. Esto implica que los servicios prestados en el contexto de comunidades locales únicamente serán con cargo al paciente si las personas que los prestan trabajan para un hospital del NHS (Servicio Nacional de Salud).

Los menores en situación irregular tienen los mismos derechos de asistencia sanitaria que los adultos. Las mujeres embarazadas disponen del derecho a la asistencia durante el embarazo, parto y postparto, si bien han de pagar por ella. Sin embargo, el embarazo se considera una atención de primera necesidad y no puede ser negada, incluso aunque en ese momento la mujer no pueda financiarla.



Anexo III

ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA 2011-2012

Casos declarados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

1. Tuberculosis. Años 2012 y 2011
2. Infección gonocócica. Años 2011 y 2012
3. Sífilis. Años 2011 y 2012

1. CASOS DE TUBERCULOSIS declarados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en 2012 (a 28 de febrero de 2013)

Declaración numérica

CCAA	Tuberculosis respiratoria		Meningitis tuberculosa		TB. otras localizaciones	
	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa
ANDALUCÍA	662	7,03	12	0,13	.	.
ARAGÓN	166	12,79	3	0,23	66	5,56
ASTURIAS	117	11,13	0	0,00	17	1,62
BALEARES	92	8,42	3	0,27	34	2,93
CANARIAS	121	5,72	.	.	.	.
CANTABRIA	43	7,43	2	0,35	24	4,15
C.MANCHA	131	6,39	4	0,20	30	1,46
C.LEON	245	9,90	2	0,08	73	2,95
CATALUÑA	668	9,15	10	0,14	264	3,61
C.VALENCIANA	453	9,04	4	0,08	70	1,40
EXTREMADURA	51	4,71	0	0,00	8	0,74
GALICIA	.	.	.	.	.	.
MADRID	540	8,44	17	0,27	144	2,25
MURCIA	141	9,55	3	0,20	.	.
NAVARRA	56	8,65	1	0,16	18	2,72
P.VASCO	209	9,84	4	0,19	.	.
LA RIOJA	29	8,66	1	0,32	14	3,21
CEUTA	38	49,06	0	0,00	11	14,20
MELILLA	14	18,19	0	0,00	6	7,79
total	3776	8,171	66	0,143	779	1,687

Características de los casos de tuberculosis declarados de forma individualizada. España, 2011. Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.



	TB respiratoria		meningitis tb.		otras localizaciones		total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
total casos	5043	74,76	98	1,45	1605	23,79	6746	100
tasa/100.000 h	10,93		0,21		3,48		14,63	
clasif. caso								
sospechoso	1022	20,3	71	72,4	832	51,8	1925	28,5
probable	383	7,6	2	2,0	28	1,7	413	6,1
confirmado	3638	72,1	25	25,5	745	46,4	4408	65,3
sexo								
hombre	3224	63,9	60	61,2	876	54,6	4160	61,7
mujer	1815	36,0	38	38,8	728	45,4	2581	38,3
sin inf.	4	0,1	0	0,0	1	0,1	5	0,1
grupo edad								
0-4	257	5,1	5	5,1	47	2,9	309	4,6
5-14	171	3,4	6	6,1	60	3,7	237	3,5
15-24	540	10,7	6	6,1	137	8,5	683	10,1
25-34	1053	20,9	10	10,2	326	20,3	1389	20,6
35-44	977	19,4	18	18,4	290	18,1	1285	19,0
45-54	744	14,8	13	13,3	187	11,7	944	14,0
55-64	453	9,0	8	8,2	136	8,5	597	8,8
> 65	845	16,8	32	32,7	422	26,3	1299	19,3
sin inf.	3	0,1	0	0,0	0	0,0	3	0,0
estatus caso								
nuevo	4500	89,2	84	85,7	1470	91,6	6054	89,7
recurrente	298	5,9	6	6,1	68	4,2	372	5,5
sin inf.	245	4,9	8	8,2	67	4,2	320	4,7
bailescopia								
positiva	2483	49,2	2	2,0	137	8,5	2622	38,9
negativa	2197	43,6	67	68,4	1112	69,3	3376	50,0
sin inf.	363	7,2	29	29,6	356	22,2	748	11,1
cultivo								
positivo	3638	72,1	25	25,5	745	46,4	4408	65,3
negativo	724	14,4	41	41,8	465	29,0	1230	18,2
sin inf.	681	13,5	32	32,7	395	24,6	1108	16,4
país origen								
España	3401	67,4	76	77,6	1053	65,6	4530	67,2
fuera España	1598	31,7	18	18,4	532	33,1	2148	31,8
sin inf.	44	0,9	4	4,1	20	1,2	68	1,0
VIH								
positivo	296	5,9	14	14,3	104	6,5	414	6,1
negativo	3165	62,8	62	63,3	928	57,8	4155	61,6
sin inf.	1582	31,4	22	22,4	573	35,7	2177	32,3

2. INFECCIÓN GONOCÓCICA.

Declaración de casos a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica



Casos y tasas de infección gonocócica declarados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en 2011 y 2012 (datos a 28 de febrero de 2013)

Comunidades Autónomas	2011		2012	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Andalucía	300	3,63	312	3,77
Aragón	94	7,15	96	7,30
Asturias	50	4,74	32	3,03
Baleares	63	5,77	112	10,25
Canarias	154	7,31	139	6,60
Cantabria	15	2,59	28	4,84
Castilla La Mancha	48	2,35	43	2,10
Castilla y León	40	1,61	52	2,09
Cataluña	189	2,59	-	-
Comunidad Valenciana	430	8,60	366	7,32
Extremadura	25	2,31	17	1,57
Galicia	77	2,82	66	2,42
Madrid	580	9,10	574	9,01
Murcia	53	3,60	35	2,38
Navarra	53	8,51	35	5,62
País Vasco	133	6,25	76	3,57
Rioja (La)	24	7,67	29	9,27
Ceuta	0	0,00	0	0,00
Melilla	0	0,00	0	0,00
TOTAL	2.328	5,05	2.012	4,36

3. SÍFILIS. Declaración de casos a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Casos y tasas de sífilis declarados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en 2011 y 2012 (datos a 28 de febrero de 2013):



Comunidades Autónomas	2011		2012	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Andalucía	544	6,58	483	5,84
Aragón	96	7,30	136	10,34
Asturias	115	10,91	49	4,65
Baleares	127	11,62	120	10,98
Canarias	220	10,44	215	10,20
Cantabria	22	3,80	30	5,19
Castilla La Mancha	41	2,00	53	2,59
Castilla y León	62	2,50	69	2,78
Cataluña	149	2,04	-	-
Comunidad Valenciana	506	10,12	441	8,82
Extremadura	38	3,51	20	1,85
Galicia	60	2,20	142	5,20
Madrid	914	14,34	675	10,59
Murcia	87	5,91	108	7,34
Navarra	35	5,62	28	4,50
País Vasco	114	5,36	95	4,46
Rioja (La)	12	3,84	16	5,12
Ceuta	2	2,61	6	7,83
Melilla	0	0,00	0	0,00
TOTAL	3.144	6,82	2.686	5,82

INFORME ANUAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

20

11

El artículo 63 de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) dispone que el Observatorio del SNS redacte cada año un informe sobre el estado del SNS, que se presentará por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSI) al Consejo Interterritorial del SNS

**Observatorio del Sistema
Nacional de Salud**

Informe anual del Sistema Nacional de Salud,
2011

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, 2011 Disponible en
www.msssi.gob.es

Índice

Introducción	1
Resumen.....	3
1 Reparto de competencias en materia de sanidad	11
1.1 Las competencias del Estado en materia de sanidad	11
1.2 Las competencias de las comunidades autónomas	14
2 Coordinación del Sistema Nacional de Salud.....	17
2.1 El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).....	17
2.2 La Comisión Delegada	17
2.3 El Comité Consultivo	18
3 Prestaciones	19
3.1 La cartera común básica de servicios asistenciales.....	19
3.2 Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas	24
3.3 Cartera de servicios de mutualidades	24
4 Población protegida	25
5 Funcionamiento	29
5.1 Atención Primaria: recursos, actividad, calidad, satisfacción y gasto	30
5.2 Atención Especializada: recursos, actividad, calidad, satisfacción y gasto	45
5.3 Medicamentos	78
5.4 Formación de los profesionales	87
6 Financiación y gasto sanitario	94
6.1 Presupuestos iniciales para la sanidad.....	94
7 Estado de salud y estilos de vida de la población española.....	102
7.1 Situación de salud	102
7.2 Estilos de vida.....	130
Índice de acrónimos y siglas.....	141
Fuentes.....	143
Índice de Tablas.....	155
Índice de Figuras	159



Introducción

El artículo 63 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) dispone que el Observatorio del SNS redacte cada año un informe sobre el estado del SNS, que se presentará por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSI) al Consejo Interterritorial del SNS (CISNS).

Esta nueva entrega muestra una descripción de las características básicas de la sanidad pública española y proporciona al lector los principales rasgos del Sistema Nacional de Salud en 2011. El texto viene acompañado de datos que ofrecen una visión de la realidad del sector e ilustran su configuración y funcionamiento en ese año.

El informe se inicia describiendo el reparto de competencias sanitarias entre administraciones, y especialmente entre Estado y comunidades autónomas, su coordinación y las carteras de prestaciones de servicios. Continúa con información sobre la población protegida por el sistema sanitario público y datos relevantes de su funcionamiento desde la óptica de los entornos asistenciales en los que se organiza: Atención Primaria y Atención Especializada.

De cada uno de estos dos entornos en los que se organizan los cuidados de salud se ofrecen datos de dotación, personal, actividad, calidad y gasto.

Información sobre los medicamentos cubiertos por las recetas del Sistema Nacional de Salud y datos de los presupuestos iniciales y del gasto sanitario vienen a completar el informe sobre el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Por último, incluye algunos datos relevantes de la salud y estilos de vida de la población española.

La legitimación de cualquier organización de servicios, y el Sistema Nacional de Salud lo es, descansa sobre elementos de satisfacción; por eso la opinión que se tiene sobre el sistema sanitario obtenida del Barómetro Sanitario 2011 ha sido introducida en el documento.

Los datos por comunidades autónomas y ciudades con estatuto de autonomía tienen su fuente principal en las estadísticas y sistemas de información del sector salud producidos por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que forman parte del Plan Estadístico Nacional (PEN) 2009-2012 y en la Base de Datos de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS).

La Base de Datos de los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud es un conjunto priorizado de información que abarca los aspectos considerados más relevantes de la salud y del sistema sanitario español. La selección de indicadores incluidos en la Base se ha realizado por consenso entre las administraciones representadas en el Consejo

Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Su desarrollo se ha realizado en colaboración con las comunidades autónomas a través de la Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Los datos de situación de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en el Sistema Nacional de Salud se han tomado de la actualización de 2011 del programa Sanidad en Línea. La información sobre exceso de peso en la población infantil procede del Estudio de vigilancia del crecimiento ALADINO de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. La Dirección General de Ordenación Profesional ha facilitado los datos de formación de profesionales.

Para los datos internacionales se han utilizado las bases de datos Eurostat-Public Health Statistics database, OECD Health Data y WHO European Health For All- database.

Resumen

Reparto de competencias en materia de sanidad

El Sistema Nacional de Salud (SNS), garante en España de la cobertura sanitaria universal, nació en el año 1986 con la promulgación de la Ley General de Sanidad y se configura como un conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas, integrando todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos.

Son competencias exclusivas del Estado en materia de sanidad: las bases y coordinación de la sanidad, la sanidad exterior y las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales y la legislación y autorización de los medicamentos y productos sanitarios.

Todas las comunidades autónomas, al amparo de las previsiones constitucionales y de sus respectivos estatutos de autonomía, tienen asumidas competencias en materia sanitaria contando con un servicio de salud que integra todos los centros, servicios y establecimientos públicos al servicio de la salud.

Desde el año 2002 la descentralización de la gestión sanitaria es efectiva en todo el territorio nacional, manteniendo la Administración del Estado la gestión de la asistencia sanitaria de las ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003 consolidó y proyectó al futuro el derecho constitucional a la protección a la salud del que somos titulares todos los ciudadanos.

Coordinación del Sistema Nacional de Salud

La coordinación permanente y la cooperación en el Sistema Nacional de Salud se realizan a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), constituido por la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y los consejeros competentes en materia de sanidad de la administración de las comunidades autónomas y las ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla.

El CISNS funciona en Pleno, en Comisión Delegada, Comisiones Técnicas y Grupos de Trabajo. Los acuerdos se aprueban por consenso y se plasman a través de recomendaciones.

Prestaciones

El Sistema Nacional de Salud ofrece a todos los ciudadanos una amplia cartera de servicios comunes de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y transporte sanitario.

Todos los servicios sanitarios son gratuitos en el momento de uso, excepto para la prestación farmacéutica y ortoprotésica, en las que existe cofinanciación por parte de los usuarios.

Las comunidades autónomas deben garantizar la cartera común de servicios a todos los usuarios del SNS y pueden aprobar carteras de servicios complementarias no incluidas en la financiación general de las prestaciones del SNS.

Situación similar sucede con las mutualidades de funcionarios (MUFACE, MUJEJU, ISFAS), pues tienen que asegurar el contenido de los servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y pueden aprobar carteras propias de servicios.

Población cubierta

En el año 2011, el 98,3 % de los 47,2 millones de residentes en España, constituyen la población protegida por el Sistema Nacional de Salud, incluyendo a los mutualistas que reciben la prestación sanitaria por el sector público. El acceso de los ciudadanos a los servicios sanitarios públicos se realiza a través de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) como documento que identifica a cada ciudadano como usuario del Sistema Nacional de Salud.

Funcionamiento

Los ciudadanos tienen una valoración positiva del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud afirmando que funciona bien, aunque de una manera general, algunos justificarían una posible reforma. El descontento y la petición de que el SNS debe rehacerse completamente representa menos de 1 de cada 10 adultos.

Atención Primaria recursos, actividad, calidad, satisfacción y gasto

La Atención Primaria pública se caracteriza por su accesibilidad, ofreciendo a la población una serie de servicios básicos en una isócrona de 15 minutos desde cualquier lugar de residencia. Como dispositivos asistenciales cuenta con 3.006 centros de salud y 10.116 consultorios, donde trabajan más de 35.000 médicos (alrededor de 29.000 médicos de familia y algo más de 6.000 pediatras) y más de 29.000 profesionales de enfermería.

En el año 2011 los ciudadanos adultos han consultado 5,6 veces al médico de familia y los menores de 15 años, 5,4 veces al pediatra. En total se han atendido casi 279 millones de consultas médicas, que junto con los más de 139 millones de consultas de enfermería permiten contabilizar en los centros de salud y consultorios más de 418 millones de contactos.

En las consultas de Atención Primaria existe una importante implantación de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs), ya que la inmensa mayoría de los médicos de familia consultan las historias clínicas de sus pacientes a través de ordenador.

Una aproximación a la calidad y resultados de la atención proporcionada por la Atención Primaria pública se objetiva en las bajas tasas de incidencia de algunas de las enfermedades prevenibles por inmunización, en la cobertura de la vacunación de la gripe estacional en mayores de 65 años superior al 50% y en la reducción de la necesidad de ingreso hospitalario por complicaciones agudas de la diabetes, que se ha situado en 2,8 altas hospitalarias por 1.000 diabéticos.

La satisfacción con la atención recibida forma parte de la calidad percibida por los usuarios de los servicios asistenciales. Los tres aspectos mejor valorados de la atención que se presta en las consultas de Atención Primaria pública son la cercanía de los centros, la confianza y seguridad que transmite el médico y el trato recibido por el personal sanitario.

De cada 100 euros de gasto sanitario público corriente, alrededor de 15 se han dedicado a los servicios de Atención Primaria, incluida la formación de residentes. En los últimos nueve años el crecimiento del gasto en los servicios de Atención Primaria ha sido de 0,31 puntos.

Atención Especializada: recursos, actividad, calidad, satisfacción y gasto

La Atención Especializada es el entorno asistencial interrelacionado con la Atención Primaria, caracterizado por su complejidad en los cuidados que proporciona. Según las características del paciente y su proceso se prestan de manera ambulatoria o en régimen de ingreso en alguno de los 348 hospitales de titularidad pública que se encuentran en funcionamiento en España en 2010, con casi 1.11.000 camas instaladas. De cada 10 hospitales, 4 son públicos y 6 privados; proporción que se invierte si se contabiliza la titularidad de las camas instaladas: 7 son públicas y 3 privadas.

El 50% de los hospitales de agudos, el 30% de los psiquiátricos y también el 30% de los hospitales de geriatría y larga estancia tienen titularidad pública. En términos de camas instaladas, son de titularidad pública el 75% de las camas de agudos, el 34 % de las camas psiquiátricas y el 37% de las camas de geriatría y larga estancia.

En los hospitales y centros de especialidades trabajan algo más de 79.000 médicos y más de 128.000 enfermeras. Por grandes grupos de especialidad, del total de los médicos, 5 de cada 10 se dedican a disciplinas médicas, 3 a disciplinas quirúrgicas, algo más de 1 trabaja en servicios centrales y alrededor de 1 en urgencias.

Cada año se producen con financiación pública en los hospitales de España más de 4,2 millones de altas hospitalarias (80% del total de las altas), 71,8 millones de consultas (87% del total de consultas) y 20,6 millones de urgencias (79% del total de urgencias). La atención sin ingreso de los procesos quirúrgicos está claramente en aumento: en 2011 ha

supuesto 1,3 millones (81% con financiación pública) frente a 4,7 millones de intervenciones totales.

La atención al parto, puerperio y las complicaciones de la gestación son las causas más frecuentes de las altas en los hospitales de agudos del SNS. Por orden de importancia le siguen, en las mujeres, las enfermedades del aparato circulatorio, el aparato digestivo, el aparato respiratorio y el cáncer. En los hombres las causas principales son las enfermedades del aparato circulatorio, seguidas del aparato digestivo y los tumores.

El número de pacientes en lista de espera quirúrgica a 31 de diciembre de 2011 es de más de 459.000 personas, con un tiempo medio de espera de 73 días naturales. La espera media para consultas externas es de 58 días naturales.

Dentro de los supuestos recogidos en la nueva Ley Orgánica de Salud Sexual y reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo vigente, se han practicado alrededor de 118.000 interrupciones voluntarias del embarazo.

El trasplante de órganos es una técnica que sitúa a quienes la realizan en las vanguardias tecnológicas. En España hay una actividad de donación y trasplantes continuada. Las donaciones de órganos siguen en aumento con 1.667 donantes, que ha permitido en 2011 la realización de 4.222 trasplantes de órganos sólidos: casi 2.500 trasplantes renales, más de 1.100 hepáticos, más de 200 trasplantes cardíacos, 230 trasplantes pulmonares, más de 110 de páncreas y 9 trasplantes de intestinos.

Una aproximación a la calidad de la atención de los cuidados recibidos en la Atención Especializada hospitalaria pública puede hacerse a través de las inferiores tasas de cesáreas de los hospitales públicos frente a los privados, las bajas tasas de fractura de cadera que indican una importante preocupación por la evitación de los efectos adversos y la disminución patente de la mortalidad intrahospitalaria tras ingreso por infarto agudo de miocardio, son prueba de la calidad de los cuidados de agudos.

La legitimación de la organización de los servicios asistenciales descansa sobre la satisfacción de los ciudadanos. Los aspectos mejor valorados de la atención recibida durante la hospitalización son el equipamiento y medios tecnológicos de los hospitales, los cuidados y atención del personal médico y de enfermería y la información que reciben sobre la evolución de su problema de salud. La calidad percibida por los usuarios de las consultas en Atención Especializada se manifiesta en la valoración que dan a la atención proporcionada por los especialistas de la sanidad pública, con puntuaciones altas en número de especialidades a las que se tiene acceso, equipamiento y medios tecnológicos y trato recibido por el personal.

Las listas de espera siguen siendo un motivo de preocupación para los ciudadanos, indicando un campo de mejora y trabajo en este asunto. Sólo el 18% de los ciudadanos adultos piensan que han mejorado en el último año.

En términos de gasto sanitario público corriente, de cada 100 euros gastados más de 51 se han dedicado a los servicios hospitalarios y especializados, incluida la formación de residentes. En los últimos nueve años esta proporción ha crecido 5 puntos.

Medicamentos

El gasto público en medicamentos dispensados a través de recetas médicas se ha ralentizado, disminuyendo en 4 puntos en los últimos nueve años, lo que representa el 20,8 % del gasto público corriente. Como porcentaje del PIB, el gasto público y privado en medicamentos se sitúa en el 1,8%.

Los medicamentos más consumidos, con una tendencia al alza, corresponden a los agentes antihipertensivos, seguidos por los fármacos para la úlcera péptica y el reflujo gastro-esofágico, los hipolipemiantes y los antidepresivos. El volumen de genéricos dispensados a través de recetas médicas de la Seguridad Social representa el 27,4% del total, lo que en términos económicos supone el 11 %.

Los ciudadanos reconocen almacenar medicamentos en su hogar; en la mitad de los casos, para que no les falten.

Respecto al grado de implantación de la receta electrónica, más de la mitad de los ciudadanos conoce su existencia, aunque solo el 27,8% la han usado.

Formación de profesionales

En cuanto a la formación de profesionales médicos, farmacéuticos, químicos, biólogos, psicólogos, radiofísicos y de enfermería, se ha producido en 2011 un incremento global de algo más del 5% de las plazas ofertadas respecto a la oferta de 2008. El aumento se produce sobre todo a expensas de las nuevas especialidades de enfermería y de la consolidación de las especialidades previas, matronas y salud mental.

Aunque para las especialidades médicas, en el mismo periodo, hay disminución del 1,3%, su distribución por especialidades no es homogénea y muestra el esfuerzo por priorizar las especialidades consideradas como deficitarias: cirugía ortopédica y traumatológica, pediatría y sus áreas, urología, obstetricia y ginecología. Se muestra también el esfuerzo por disminuir las especialidades con superávit: cirugía torácica, cirugía vascular, neurofisiología clínica o medicina nuclear.

Se admitieron casi 34.000 aspirantes a las pruebas selectivas para la adjudicación de plazas de formación sanitaria especializada, con una disminución del número de extranjeros. Se adjudicaron más de 8.200 plazas e iniciaron la formación especializada más de 7.700 nuevos residentes. Se enviaron al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte más de 5.900 propuestas de concesión de título de especialista.

Financiación y gasto sanitario

La asistencia sanitaria es una prestación no contributiva que tiene su financiación a través de los impuestos. Para el año 2011, los presupuestos iniciales para la sanidad de la Administración General de Estado y la Seguridad Social ascendieron a más de 4.500 millones de euros. La previsión presupuestaria de las comunidades autónomas para el mismo año es de más de 57.400 millones de euros.

El gasto sanitario público, incluyendo gasto de cuidados de larga duración, es de casi 75.000 millones de euros, lo que supone más del 74% del gasto sanitario total y un 7,1% del Producto Interior Bruto (PIB). El gasto sanitario privado es del 2,5% del PIB.

El gasto sanitario público por habitante protegido del conjunto de los servicios de salud de las comunidades autónomas, de INGESA y de las respectivas administraciones territoriales sanitarias, sin incluir el gasto ocasionado por los servicios sanitarios prestados por el resto de los agentes de la administración del Estado, es de más de 1.400 euros.

Estado de salud y estilos de vida de la población española

Situación de salud

La percepción que una población tiene de su salud es un buen predictor de su estado de salud y de la utilización que hace de los servicios sanitarios. Para el total de la población española, solo 2 de cada 10 habitantes consideran que su salud es mala o muy mala; los hombres manifiestan una mejor percepción de la propia salud que las mujeres.

España tiene una de las esperanzas de vida al nacer más alta de los países industrializados, con más de 82 años. Las mujeres viven más años que los hombres, pero con una mayor proporción de ellos en mala salud, como indican las cifras de esperanza de vida al nacer en buena salud, que en las mujeres es de 57 años y en los hombres de 59. La esperanza de vida en buena salud a los 65 años es de 7 años para las mujeres y de algo más de 8 años para los hombres.

En términos absolutos, en el año 2010 en España han fallecido más de 382.000 personas. Los datos por causas muestran un perfil epidemiológico de mortalidad ya clásico en nuestro país, similar a los países de nuestro entorno socioeconómico: enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y cáncer como primeras causas de muerte. El cáncer

que más muertes causó entre los hombres fue el de bronquios y pulmón, y en la mujeres el de mama.

Solo 3 de cada 1.000 nacidos mueren en el primer año de vida, lo que supone una cifra baja de mortalidad infantil. Igualmente la mortalidad perinatal se sitúa en cifras de alrededor de 4 fallecidos por 1.000 nacidos vivos. El 8% de los nacidos vivos presentan un peso inferior a 2.500 gramos, con un incremento patente en las pasadas décadas. En los primeros años de la década de los noventa esta cifra era de 3 puntos menos.

La vacunación infantil muestra altas tasas de cobertura en menores de 2 años, en todos los casos alrededor del 97%, tanto para Difteria-Tétanos-Tos ferina, como para la vacunación del sarampión o la vacunación de la hepatitis B. La cobertura de vacunación frente al virus del papiloma humano en niñas adolescentes de 11 a 14 años es del 65,5%.

En España se han producido más de 2.900 nuevos diagnósticos de VIH. Según el mecanismo de transmisión, la tendencia en la incidencia de nuevos diagnósticos es descendente en los usuarios de drogas intravenosas, estable en la transmisión heterosexual y creciente en los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres. Se han notificado 930 casos de sida, de los que 8 de cada 10 son hombres con una mediana de edad de 42 años. Los casos en heterosexuales supusieron el 33% del total.

Las enfermedades no transmisibles y las enfermedades crónicas son en la actualidad las principales causas de morbilidad, mortalidad e incapacidad. La diabetes es una de las enfermedades más extendidas, con una prevalencia del 6%. Otros procesos de gran trascendencia son la hipertensión arterial con el 17,5% de la población adulta y la bronquitis crónica y enfisema con un 3,6 %.

Estilos de vida

El 25% de los adultos se declara fumador diario y casi el 40% afirma que no ha consumido bebidas alcohólicas en el último año. La prevalencia de sobrepeso y obesidad consideradas conjuntamente está presente en más del 50% de la población. Entre la población infantil de 6 a 9 años la prevalencia es del 40%. El porcentaje de adultos de 16 y más años que dice no hacer actividad física de ningún tipo y que tampoco camina es del 12%.

En comparación con los hombres, las mujeres muestran una menor proporción de fumadoras diarias y una mayor proporción (más del doble) de las que afirman no haber consumido alcohol en el último año. La prevalencia de exceso de peso (sobrepeso y obesidad), tanto en adultos como en niños, es menor en las mujeres. La proporción de mujeres adultas que dicen no realizar ninguna actividad física es mayor que en los hombres.



1 Reparto de competencias en materia de sanidad

La Constitución Española de 1978 establece, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos.

La regulación de las acciones que permiten hacer efectivo el derecho a la protección de la salud se recoge en un conjunto de normas con rango de Ley: Ley General de Sanidad (1986), Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003), Ley del Uso Racional del Medicamento (2006), Ley General de Salud Pública (2011).

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos.

Los principios y criterios sustantivos que permiten el ejercicio de este derecho son:

- Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso.
- Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.
- Descentralización política de la sanidad en las comunidades autónomas.
- Prestación de una atención integral de la salud que procure altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.
- Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud.

1.1 Las competencias del Estado en materia de sanidad

- Bases y coordinación general de la sanidad.
- Sanidad exterior y las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales.
- Legislación sobre productos farmacéuticos.

Tabla 1.1 Competencias de las Administraciones Públicas en materia sanitaria

	Bases y coordinación de la Sanidad	
Administración del Estado	Sanidad Exterior	
	Política del medicamento	Consejo
	Gestión de INGESA	Interterritorial
	Planificación sanitaria	del SNS
Comunidades Autónomas	Salud pública	
	Gestión Servicios de Salud	
Corporaciones Locales	Salubridad	
	Colaboración en la gestión de los servicios públicos	

Fuente: Reparto de competencias según la Constitución Española de 1978, la Ley 14 /1986, de 25 de abril General de Sanidad y la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, de 28 de mayo

Las bases y coordinación general se refieren al establecimiento de normas que fijen las condiciones y requisitos mínimos, persiguiendo una igualación básica de condiciones en el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos. Incluye la fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y autonómicas en el ejercicio de sus respectivas competencias.

Las actividades de sanidad exterior se realizan en materia de vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros. Mediante las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales, España colabora con otros países y organismos internacionales en los siguientes aspectos:

- Control epidemiológico
- Lucha contra las enfermedades transmisibles
- Conservación de un medio ambiente saludable
- Elaboración, perfeccionamiento y puesta en práctica de normativas internacionales
- Investigación biomédica y todas aquellas acciones que se acuerden por estimarse beneficiosas para las partes en el campo de la salud

En relación con los productos farmacéuticos, las competencias que corresponden al Estado son las siguientes:

- Legislación sobre productos farmacéuticos
- Evaluación, autorización y registro de medicamentos de uso humano, medicamentos de uso veterinario y productos sanitarios

- Decisión sobre la financiación pública y fijación del precio de los medicamentos y productos sanitarios
- Garantizar el depósito de sustancias estupefacientes de acuerdo con lo dispuesto en los tratados internacionales
- Importación de medicación extranjera y urgente no autorizada en España
- Mantener un depósito estatal estratégico de medicamentos y productos sanitarios para emergencias y catástrofes
- Adquisición y distribución de medicamentos y productos sanitarios para programas de cooperación internacional

Los principios y criterios sustantivos para fomentar el uso racional del medicamento se encuentran en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, con la que asegurar la calidad de la prestación en todo el Sistema Nacional de Salud en un marco descentralizado, de tal manera que se cumpla el objetivo central de que todos los ciudadanos sigan teniendo acceso al medicamento que necesiten, cuando y donde lo necesiten, en condiciones de efectividad y seguridad.

Esta ley regula los medicamentos de uso humano y productos sanitarios, su investigación clínica, su evaluación, autorización, registro, fabricación, elaboración, control de calidad, almacenamiento, distribución, circulación, trazabilidad, comercialización, información y publicidad, importación y exportación, prescripción y dispensación, seguimiento de la relación beneficio-riesgo, así como la ordenación de su uso racional y el procedimiento para la financiación, en su caso, con fondos públicos.

La regulación también se extiende a las sustancias excipientes y materiales utilizados para su fabricación, preparación o envasado, además de establecer criterios y exigencias generales aplicables a los medicamentos veterinarios y en particular a los especiales, como las fórmulas magistrales y los relativos a los elaborados industrialmente.

La Administración del Estado, sin menoscabo de las competencias de las comunidades autónomas, y en coordinación con estas, en su caso, desarrolla igualmente actuaciones en materia de:

- Control sanitario del medio ambiente y de alimentos, servicios o productos directa o indirectamente relacionados con el uso y consumo humanos
- Reglamentación, autorización y registro u homologación de los medicamentos de uso humano y veterinario y, sobre los primeros, ejerce las competencias de inspección y control de calidad
- Determinación, con carácter general, de las condiciones y requisitos técnicos mínimos para la aprobación y homologación de las instalaciones y equipos de los centros y servicios

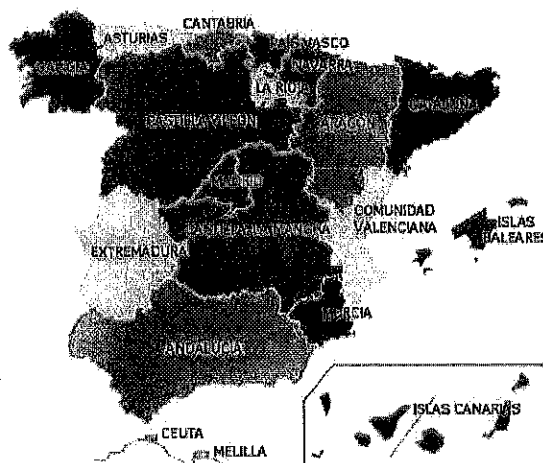
- Fomento de la calidad en el Sistema Nacional de Salud
- Formación sanitaria especializada en centros y unidades docentes acreditados al efecto
- Establecimiento del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud

1.2 Las competencias de las comunidades autónomas

Al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos estatutos de autonomía, todas las comunidades autónomas han asumido competencias en materia sanitaria. Cada una de ellas cuenta con un Servicio de Salud, que es la estructura administrativa y de gestión que integra todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias.

La Administración Central del Estado mantiene, a través de Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), la gestión de la asistencia sanitaria en las ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla.

Figura 1.1 España y comunidades autónomas



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

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

- Equidad de acceso: a las prestaciones y al derecho a la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio nacional, así como la libre circulación de todos los ciudadanos

- Calidad de evaluación: del beneficio de las actualizaciones clínicas incorporando solo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud con implicación y participación de todo el sistema sanitario
- Participación ciudadana: tanto en el respeto a la autonomía de la decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como usuarios del sistema sanitario

1

2

3

4

2 Coordinación del Sistema Nacional de Salud

2.1 El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)

Es el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los Servicios de Salud entre ellos y con la Administración del Estado. Tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado.

Está constituido por la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y los consejeros de sanidad de las comunidades autónomas. La Presidencia la ostenta la Ministra de Sanidad, y la vicepresidencia la desempeña uno de los consejeros de sanidad de las comunidades autónomas, elegido por todos los consejeros que lo integran.

El CISNS funciona en Pleno, en Comisión Delegada, comisiones técnicas y grupos de trabajo.

El Pleno es el órgano de más alto nivel, sus miembros son los máximos responsables de la Sanidad del Estado español. El Pleno se reúne al menos cuatro veces al año. Los acuerdos se plasman a través de recomendaciones que se aprueban por consenso.

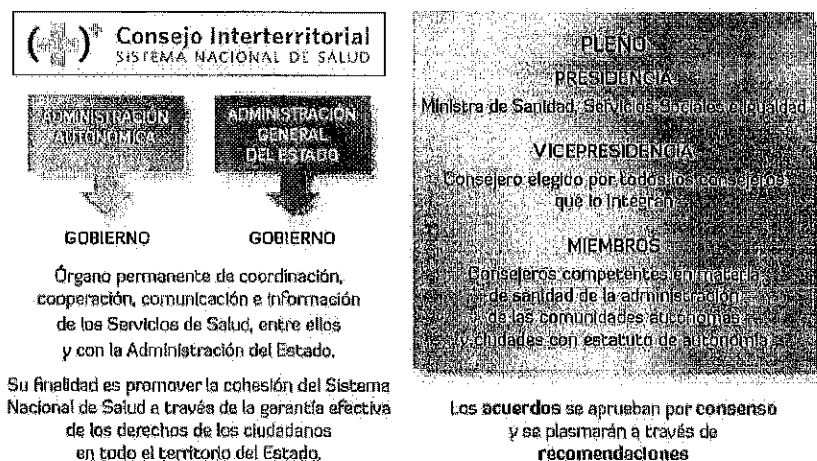
2.2 La Comisión Delegada

Presidida por la Secretaria General de Sanidad y Consumo y un representante de cada comunidad autónoma con rango de viceconsejero actúa como órgano de apoyo en la preparación de las sesiones del Consejo Interterritorial y ejerce las funciones que el CISNS le delega. Esta Comisión puede establecer las subcomisiones y grupos de trabajo que se requieran para el ejercicio de sus funciones.

El CISNS conocerá, debatirá o, en su caso, emitirá recomendaciones sobre:

- Funciones esenciales en la configuración del Sistema Nacional de Salud
- Funciones de asesoramiento, planificación y evaluación en el Sistema Nacional de Salud
- Funciones de cooperación entre el Estado y las comunidades autónomas

Figura 2.1 Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

2.3 El Comité Consultivo

Es el órgano dependiente del Consejo Interterritorial mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema Nacional de Salud, y en él se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales. Sus funciones son informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

El Comité está integrado por los siguientes miembros:

- Seis representantes de la Administración General del Estado
- Seis representantes de las comunidades autónomas
- Cuatro representantes de la administración local
- Ocho representantes de las organizaciones empresariales
- Ocho representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito estatal

3 Prestaciones

Las prestaciones del Sistema Nacional de Salud comprenden actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras y de promoción y mantenimiento de la salud, que constituyen un conjunto de servicios que se ofrece a los ciudadanos.

La cartera de servicios básica se recoge en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y se desarrolla a través del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se regula la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. En sus diferentes anexos la norma recoge la cartera de servicios comunes correspondiente a las prestaciones de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario.

El Real Decreto 1030 /2006 se ha actualizado en diversas ocasiones: Orden SAS/1904/2009, de 8 de julio, por la que se modifica el anexo III del Real Decreto 1030/2006; Orden SAS/1466/2010, de 28 de mayo, que actualiza el Anexo VI del Real Decreto 1030/2006 y Orden SPI/573/2011, de 11 de marzo, por la que se modifican los Anexos III y VII del Real Decreto 1030/2006. Por otra parte, en 2003 (Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo) se estableció un sistema de Información para el tratamiento homogéneo de las listas de espera en el SNS, que ha sido revisado en 2011(Real Decreto 1039/2011, del 15 de julio), donde se regulan los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del SNS, en condiciones de igualdad efectiva.

3.1 La cartera común básica de servicios asistenciales

Prestación de salud pública

Conjunto de iniciativas organizadas por las administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales. Los servicios se ejercen con un carácter integral, a partir de las estructuras de salud pública de las administraciones y de la infraestructura de atención primaria del Sistema Nacional de Salud. La cartera de servicios de Atención Primaria incluye los programas de salud pública cuya ejecución se realiza mediante acciones que se aplican a nivel individual por los profesionales de ese nivel asistencial.

El contenido de la cartera de servicios comunes de salud pública engloba:

- Información y vigilancia epidemiológica
- Protección de la salud: diseño e implantación de políticas de salud y ejercicio de la autoridad sanitaria

- Promoción de la salud y prevención de las enfermedades y de las deficiencias
- Protección y promoción de la sanidad ambiental
- Promoción de la seguridad alimentaria
- Vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros, por parte de la administración sanitaria competente
- Protección y promoción de la salud laboral

Atención Primaria

La Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza de forma global y continua la atención a lo largo de toda la vida de la persona, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprende actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

Todas estas actividades, dirigidas a las personas, a las familias y a la comunidad bajo un enfoque biopsicosocial, se prestan por equipos interdisciplinares, garantizando la calidad y accesibilidad a las mismas, así como la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y la coordinación entre todos los sectores implicados.

La cartera de servicios comunes de atención primaria comprende:

- Atención sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo
- Indicación o prescripción y realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Indicación o prescripción y realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria
- Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud
- Rehabilitación básica
- Atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos
- Atención paliativa a pacientes con enfermedad en fase terminal
- Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada
- Atención a la salud bucodental

Atención Especializada

La Atención Especializada comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La Atención Especializada garantiza la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la Atención Primaria y hasta que aquel pueda reintegrarse en dicho nivel.

La Atención Especializada se presta, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, en consultas externas y en hospital de día.

La cartera de servicios comunes de atención especializada comprende:

- Asistencia especializada en consultas
- Asistencia especializada en hospital de día, médica y quirúrgica
- Hospitalización en régimen de internamiento
- Apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, hospitalización a domicilio
- Indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Atención paliativa a pacientes con enfermedad en fase terminal
- Atención a la salud mental
- Rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable

Atención de urgencia

La atención de urgencia se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensa tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, y con la colaboración de otros profesionales.

La atención de urgencia se entiende como una atención integral y continua que se presta por Atención Primaria y Especializada, y por los servicios específicamente dedicados a la atención urgente.

La coordinación de los diferentes intervinientes en la atención de urgencia se realiza a través de los teléfonos 112, 061 y otros, por los centros coordinadores de urgencias y emergencias sanitarias, que garantiza, las 24 horas, la accesibilidad y la coordinación de los recursos disponibles para este tipo de atención.

Prestación farmacéutica

Comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad, de manera que se promueva el uso racional del medicamento.

En pacientes hospitalizados la prescripción farmacéutica comprende los productos que necesite cada paciente de acuerdo con la cartera de servicios comunes.

En pacientes no hospitalizados comprende la prescripción de aquellos medicamentos que han sido autorizados y registrados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, las fórmulas magistrales y los preparados oficiales elaborados por las oficinas de farmacia según lo establecido en el Formulario Nacional, y las vacunas antialérgicas y bacterianas. Quedan excluidos los productos cosméticos, dietéticos, aguas minerales, elixires, dentífricos y otros medicamentos y efectos y accesorios calificados como publicitarios. También los medicamentos homeopáticos están excluidos.

La prestación farmacéutica presenta la característica de estar cofinanciada por los usuarios. La contribución a la financiación del gasto farmacéutico es la siguiente:

Tabla 3.1 Contribución a la financiación del gasto farmacéutico

	Población protegida por la Seguridad Social	Población protegida por Mutualidades Públicas
Pensionistas y sus beneficiarios	0%	30%
No pensionistas y sus beneficiarios	40%	30%
Colectivos específicos en cualquier régimen		
Afectados por Síndrome Tóxico		0%
Pacientes con sida		
Tratamientos crónicos	10% (2,64 euros máximo)	

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, año 2011

Prestación ortoprotésica

Incluye productos sanitarios, que pueden ser implantados o no, para sustituir total o parcialmente una estructura corporal, o bien para modificar, corregir o facilitar su función. Esta prestación se facilita por los servicios de salud y da lugar a ayudas económicas.

Productos dietéticos

Comprende la dispensación de los tratamientos dietoterápicos a las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos, y nutrición enteral domiciliaria para pacientes a los que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales, a causa de su situación clínica, con alimentos de uso ordinario. Esta prestación se facilita por los servicios de salud y da lugar a ayudas económicas.

Transporte sanitario

Sujeto a prescripción facultativa por razones clínicas.

Servicios de información y documentación sanitaria

El Sistema Nacional de Salud ofrece, por último, una serie de servicios que acompañan al proceso de atención a la salud:

- Información al paciente y sus familiares o allegados de sus derechos y deberes, en particular para la adecuada prestación del consentimiento informado
- Tramitación de los procedimientos administrativos que garanticen la continuidad del proceso asistencial
- Información al paciente sobre todas las actuaciones asistenciales que se le vayan a practicar
- Expedición de los partes de baja, confirmación, alta y demás informes o documentos clínicos para la valoración de la incapacidad u otros efectos
- Informe de alta al finalizar la hospitalización o el informe de consulta externa
- A petición del interesado, comunicación o entrega de un ejemplar de su historia clínica o de determinados datos contenidos en la misma, sin perjuicio de la obligación de su conservación en el centro sanitario
- Documentación o certificación de nacimiento, defunción y demás extremos para el Registro Civil

3.2 Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas

Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, pueden aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán la cartera de servicios comunes que debe garantizarse a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

Las comunidades autónomas podrán incorporar una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera común básica, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios. En cualquier caso estos servicios complementarios no están incluidos en la financiación general de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

3.3 Cartera de servicios de mutualidades

Las mutualidades de funcionarios deben garantizar el contenido de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios.

La participación económica en la prestación farmacéutica será el 30% con carácter general.



4 Población protegida

En el año 2011, el 98,3 % de los 47,2 millones de residentes en España, constituyen la población protegida por el Sistema Nacional de Salud, incluyendo a los mutualistas que reciben la prestación sanitaria por el sector público.

El acceso a los servicios sanitarios públicos se realiza a través de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) expedida por cada Servicio de Salud, que es el documento que identifica a cada ciudadano como usuario en todo el Sistema Nacional de Salud.

Las TSI incluyen de manera normalizada los datos básicos de Identificación del titular de la tarjeta, así como del derecho que le asiste en relación con la prestación farmacéutica y del servicio de salud o entidad responsable de la asistencia sanitaria.

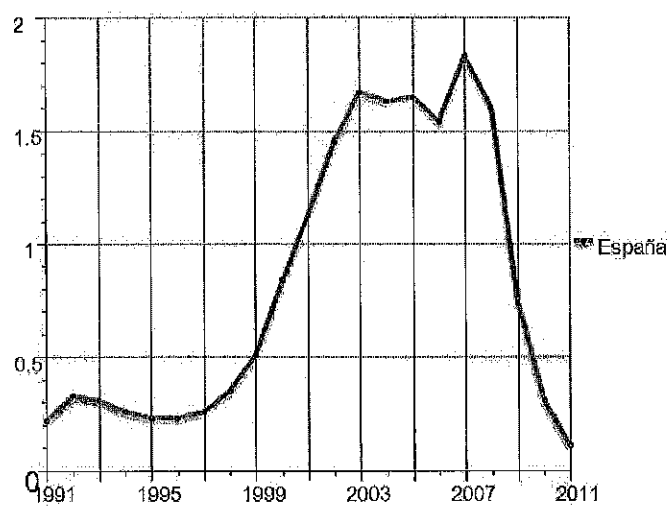
El ciudadano de una determinada comunidad autónoma es titular de la tarjeta emitida por esta, con sus características particulares y con validez en su comunidad de residencia y en los desplazamientos temporales por el resto del Estado.

Tabla 4.1 Cifras oficiales de población por comunidad autónoma

Comunidad Autónoma	2009	2010	2011
Andalucía	8.302.923	8.370.975	8.424.102
Aragón	1.345.473	1.347.095	1.346.293
Asturias	1.085.289	1.084.341	1.081.487
Baleares	1.095.426	1.106.049	1.113.114
Canarias	2.103.992	2.118.519	2.126.769
Cantabria	589.235	592.250	593.121
Castilla y León	2.563.521	2.559.515	2.558.463
Castilla - La Mancha	2.081.313	2.098.373	2.115.334
Cataluña	7.475.420	7.512.381	7.539.618
Comunidad Valenciana	5.094.675	5.111.706	5.117.190
Extremadura	1.102.410	1.107.220	1.109.367
Galicia	2.796.089	2.797.653	2.795.422
Madrid	6.386.932	6.458.684	6.489.680
Murcia	1.446.520	1.461.979	1.470.069
Navarra	630.578	636.924	642.051
País Vasco	2.172.175	2.178.339	2.184.606
La Rioja	321.702	322.415	322.955
Ceuta	78.674	80.579	82.376
Melilla	73.460	76.034	78.476
España	46.745.807	47.021.031	47.190.493

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Cifras Oficiales de Población

Figura 4.1 Porcentaje de variación interanual de población total



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Instituto Nacional de Estadística. Padrón Municipal

El crecimiento del número de habitantes en España ha sufrido un enlentecimiento apreciable desde el año 2003 y patente desde el año 2007.

Tabla 4.2 Proporción de extranjeros empadronados respecto a la población de la comunidad autónoma

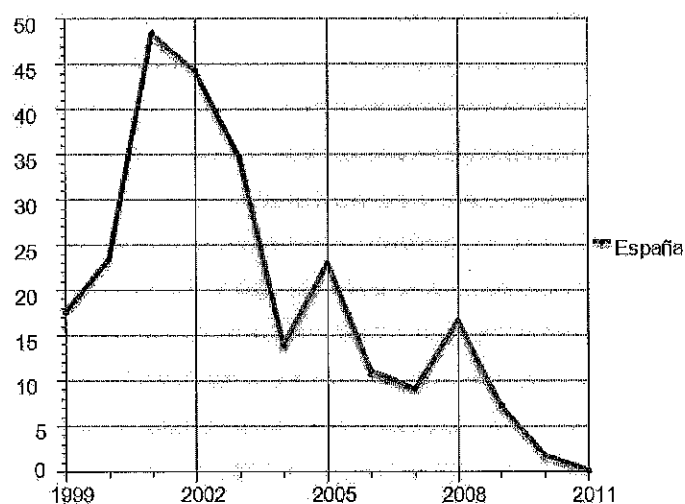
Comunidad Autónoma	2009	2010	2011
Andalucía	8,1	8,4	8,7
Aragón	12,8	12,8	12,7
Asturias	4,3	4,5	4,7
Baleares	21,7	21,9	21,8
Canarias	14,3	14,5	14,4
Cantabria	6,5	6,6	6,6
Castilla y León	6,5	6,6	6,8
Castilla - La Mancha	10,9	10,9	11,0
Cataluña	15,9	16,0	15,7
Comunidad Valenciana	17,5	17,5	17,2
Extremadura	3,4	3,6	3,8
Galicia	3,8	3,9	4,0
Madrid	16,7	16,7	16,5
Murcia	16,3	16,5	16,4
Navarra	11,2	11,2	11,2
País Vasco	6,1	6,4	6,6
La Rioja	14,6	14,5	14,3
Ceuta	4,5	5,0	6,0
Melilla	10,3	11,7	12,8
España	12,1	12,2	12,2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Cifras Oficiales de Población

Del total de habitantes en 2011, 5,7 millones son extranjeros, lo que representa el 12,2%.

Baleares es la comunidad autónoma con más residentes extranjeros (21,8%), seguida de la Comunidad Valenciana (17,2%). Extremadura y Galicia las que menos, con 3,8% y 4,0% respectivamente.

Figura 4.2 Porcentaje de variación interanual de población extranjera residente



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Instituto Nacional de Estadística. Padrón Municipal.

La variación porcentual interanual del número de residentes extranjeros en España es claramente descendente desde los inicios de los años 2000, rompiendo una tendencia previa ascendente.

En 2011, en el conjunto de los países de la Unión Europea (UE-27) residían 33,3 millones de ciudadanos extranjeros, lo que supone el 6,6% del total. La mayoría, 20,5 millones, son ciudadanos de países extracomunitarios, mientras que el resto, 12,8 millones, son de otro Estado miembro de la UE.

En números absolutos España es el segundo país de la UE-27 con más población extranjera residente, solo superada por Alemania con más de 7 millones.

5 Funcionamiento

Los ciudadanos tienen una opinión satisfactoria del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Más del 70% de los ciudadanos tienen una valoración positiva del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, el 24,2 % piensan que el sistema sanitario funciona bastante bien y el 48,9% dicen que funciona bien, pero necesita cambios, lo que justificaría una posible reforma, que para el 21,9% es más evidente ya que afirman que el sistema sanitario funciona bien pero que necesita cambios fundamentales. La proporción de quienes manifiestan su descontento y reclaman que el sistema se rehaga por completo es muy inferior a 1 de cada 10 entrevistados (0,42%), manteniéndose similar a las cifras de años anteriores.

Tabla 5.1 Satisfacción con el sistema sanitario, distribución según porcentaje de opinión.

	2009	2010	2011
Valoración positiva	69,2	73,9	73,1
Necesita cambios	25,3	21,6	21,9
Necesita rehacerse	4,7	3,5	4,2

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Investigaciones Sociológicas CIS. Barómetro Sanitario

Por sexo, la proporción de mujeres que consideran que funciona bastante bien (22,1%) es menor que la de hombres que se manifiestan con idéntico criterio (26,5%). Además las mujeres se muestran más críticas, ya que el 23,4% de ellas creen que son necesarios cambios fundamentales, aunque algunas cosas funcionan bien. Los hombres manifiestan esta misma idea con 3 puntos menos (20,4%).

Cuando se solicita que se otorgue una puntuación al funcionamiento del Sistema Sanitario (1 significa muy insatisfecho y 10 muy satisfecho) la nota otorgada es 6,6, con un incremento moderado pero constante respecto a años anteriores.

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

Tabla 5.2 Organización de los servicios asistenciales

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

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

5.1 Atención Primaria: recursos, actividad, calidad, satisfacción y gasto

La Atención Primaria pone a disposición de la población una serie de servicios básicos en una isócrona de 15 minutos desde cualquier lugar de residencia. Los dispositivos asistenciales principales son los centros de salud, donde trabajan equipos multidisciplinares integrados por médicos de familia, pediatras, personal de enfermería y personal administrativo, pudiendo disponer también de trabajadores sociales, matronas y fisioterapeutas.

En este nivel asistencial se concentra la mayor parte de actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, rehabilitación y trabajo social.

La asistencia sanitaria se presta a demanda, de manera programada o urgente, tanto en la consulta del centro de salud y del consultorio rural como en el domicilio del enfermo; incluye la indicación o prescripción y realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

De igual modo se dispensa atención médica y de enfermería de forma continuada, incluso en el domicilio si se requiere para los problemas de salud urgentes.

Se incluyen aquí todas las actividades preventivas, la promoción y educación para la salud, la atención familiar y la atención comunitaria.

Se realizan actividades de información y vigilancia en la protección de la salud y se ofrecen servicios de rehabilitación física.

Además, se realizan una serie de actividades específicas, la mayoría dirigidas a grupos de población o de riesgo concretos:

- Atención a la adolescencia: consejos sobre hábitos saludables (uso de tabaco, alcohol y sustancias adictivas) sobre conducta alimentaria e imagen corporal, promoción de conductas saludables en relación a la sexualidad
- Atención a la mujer: orientación familiar, atención al embarazo y puerperal, diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y de mama, detección y atención en los problemas del climaterio
- Atención a la infancia: detección de los problemas de salud, valoración del estado nutricional, prevención de la muerte súbita infantil, consejos generales sobre el desarrollo del niño, educación sanitaria y prevención de accidentes infantiles, orientación para la prevención y detección de los problemas del sueño y los esfínteres
- Atención al adulto y grupos de riesgo y pacientes crónicos: valoración del estado de salud y factores de riesgo, consejos sobre estilos de vida saludable, detección de problemas de salud, educación, atención y asistencia a personas polimedicadas y con pluripatologías
- Atención a las personas mayores: promoción y prevención de la salud, detección y atención al anciano de riesgo, atención domiciliaria a personas inmovilizadas.
- Atención y detección a la violencia de género y malos tratos: especialmente en menores, ancianos y personas con discapacidad
- Atención a la salud bucodental: actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, promoción de la salud, educación sanitaria
- Tratamiento de procesos agudos y odontológicos, exploración preventiva en embarazadas, medidas preventivas y asistenciales para la población infantil
- Atención al paciente con enfermedad en fase terminal: atención integral, individual y continuada que se presta en el domicilio del paciente o en el centro sanitario
- Atención a la salud mental: prevención y promoción para el mantenimiento de la salud mental, detección y atención a problemas de salud mental en coordinación con el nivel especializado

5.1.1 Recursos físicos

El Sistema Nacional de Salud cuenta con 3.006 centros de salud y 10.116 consultorios locales a los que se desplazan los profesionales del centro de salud con el fin de acercar los servicios básicos a la población.

Tabla 5.3 Centros de salud y consultorios del Sistema Nacional de Salud. España y comunidades autónomas

Comunidad Autónoma	Centros de Salud			Consultorios Locales		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Andalucía	390	405	408	1.116	1.112	1.111
Aragón	117	119	119	915	872	873
Asturias	68	68	68	151	150	150
Baleares	57	57	57	103	103	105
Canarias	111	110	108	170	171	155
Cantabria	42	42	41	121	106	106
Castilla y León	243	244	246	3.647	3.661	3.651
Castilla - La Mancha	200	200	202	1.113	1.111	1.105
Cataluña	415	415	424	831	827	832
Comunidad Valenciana	259	265	275	583	589	581
Extremadura	110	110	107	414	413	413
Galicia	390	391	393	93	88	83
Madrid	258	258	260	158	158	158
Murcia	79	80	81	189	190	186
Navarra	54	54	56	244	244	248
País Vasco	135	135	135	185	185	185
La Rioja	19	19	19	174	174	174
Ceuta y Melilla	7	7	7	0	0	0
Total	2.954	2.979	3.006	10.207	10.154	10.116

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

5.1.2 Recursos humanos

En los centros de salud y consultorios locales del Sistema Nacional de Salud trabajan más de 35.000 médicos (alrededor de 29.000 médicos de familia y algo más de 6.000 pediatras) de los que la mitad son mujeres (5 de cada 10) y más de 29.000 profesionales de enfermería de los que 8 de cada 10 son mujeres.

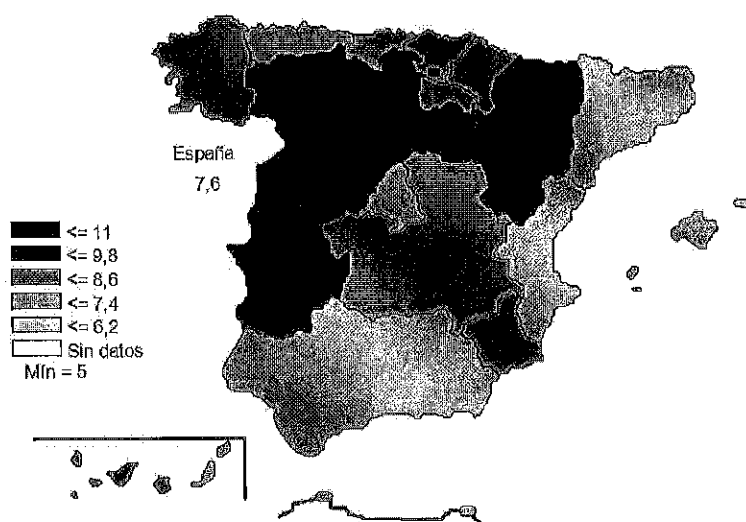
Tabla 5.4 Recursos humanos en Atención Primaria pública: médicos y enfermeros. Total, tasa por 10.000 habitantes asignados y proporción de mujeres

	2009		2010		2011		
	Total	Tasa 10.000 hab.	Total	Tasa 10.000 hab.	Total	Tasa 10.000 hab.	% de mujeres
Médicos	34.642	7,4	34.966	7,5	35.167	7,6	51,7
Medicina de Familia	28.405		28.641		28.743		
Pediatría	6.237		6.325		6.424		
Enfermería	28.660	6,2	28.970	6,2	29.407	6,3	76,7

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) 2009-2012

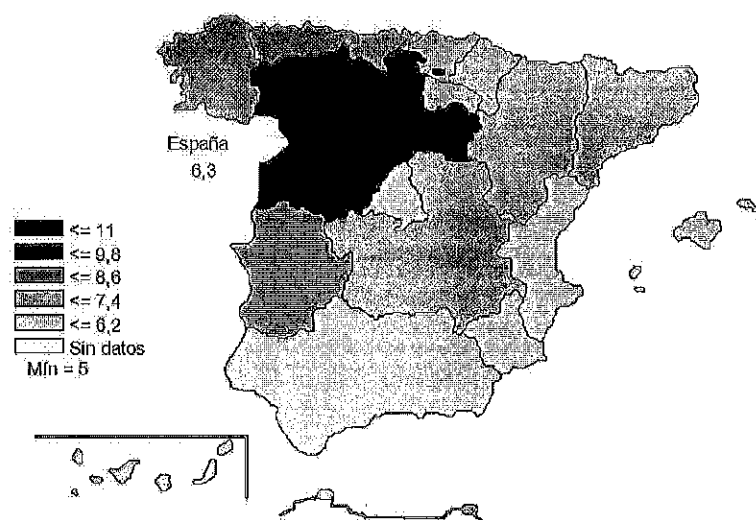
La tasa de médicos del primer nivel asistencial por 10.000 habitantes de población asignada es de 7,6 y la de enfermería 6,3.

Figura 5.1 Recursos humanos en Atención Primaria pública: médicos por 10.000 habitantes asignados



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud

Figura 5.2 Recursos humanos en Atención Primaria pública: personal de enfermería por 10.000 habitantes asignados



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud

Tabla 5.5 Recursos humanos en Atención Primaria pública: médicos y enfermeros por comunidad autónoma

Comunidades Autónomas	Medicina de Familia			Pediatria			Enfermería		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Andalucía	4.748	4.836	4.837	1.098	1.128	1.130	4.437	4.639	4.922
Aragón	990	998	998	167	169	171	933	949	941
Asturias	670	670	671	127	128	129	771	744	718
Baleares	525	528	526	141	139	136	545	547	540
Canarias	1.101	1.141	1.159	302	306	309	1.177	1.170	1.193
Cantabria	360	363	368	74	76	79	375	378	381
Castilla y León	2.383	2.384	2.386	287	283	289	2.105	2.110	2.116
Castilla-La Mancha	1.401	1.409	1.413	249	251	253	1.466	1.469	1.476
Cataluña	4.486	4.431	4.499	995	1.005	1.067	5.053	5.016	5.147
Comunidad Valenciana	2.665	2.713	2.724	756	766	777	2.734	2.828	2.828
Extremadura	810	811	812	134	135	135	898	900	901
Galicia	1.888	1.896	1.886	328	324	336	1.819	1.819	1.811
Madrid	3.513	3.524	3.523	875	886	886	3.245	3.280	3.287
Murcia	819	827	828	239	239	240	800	794	817
Navarra	377	379	384	98	101	101	448	452	454
País Vasco	1.382	1.437	1.445	303	320	318	1.570	1.570	1.570
La Rioja	220	226	216	39	44	43	204	225	225
Ceuta y Melilla	67	68	68	25	25	25	80	80	80
Total	28.405	28.641	28.743	6.237	6.325	6.424	28.660	28.970	29.407

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).2009-2011

Tabla 5.6 Recursos humanos en Atención Primaria pública: porcentaje de mujeres por comunidad autónoma

Comunidades Autónomas	Medicina de Familia	Pediatría	Enfermería
Andalucía	43,3	60,1	63,3
Aragón	45,3	71,9	86,5
Asturias	53,7	65,9	83,6
Baleares	46,4	61,0	92,2
Canarias	47,5	65,0	n.d.
Cantabria	47,8	69,6	86,6
Castilla y León	43,7	69,6	84,2
Castilla-La Mancha	41,6	63,2	67,2
Cataluña	n.d.	n.d.	n.d.
Comunidad Valenciana	45,8	69,9	72,1
Extremadura	39,9	64,4	66,4
Galicia	45,1	66,7	80,7
Madrid	67,8	75,8	85,0
Murcia	43,7	62,1	64,6
Navarra	52,6	79,2	94,5
País Vasco	51,0	65,7	91,3
La Rioja	39,9	72,1	91,6
Ceuta y Melilla	32,4	44,0	81,3
Total	48,4	67,1	76,7

Observaciones: No disponible el número de mujeres por categoría profesional de Cataluña. En Canarias no disponible el número en enfermería

n.d.: no disponible

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) 2011

5.1.3 Actividad

La frecuentación general anual por habitante asignado a las consultas médicas del primer nivel asistencial del Sistema Nacional de Salud es de 6,0, lo que supone que se atienden alrededor de 259 millones de consultas médicas al año en los centros de salud y consultorios.

Si se tienen en cuenta la atención a la urgencia fuera del horario ordinario, el número de consultas llega a 279 millones. Si a la actividad médica se añade la de enfermería, el volumen supera los 418 millones de contactos.

Tabla 5.7 Actividad asistencial en Atención Primaria pública: número de consultas en 2011 y frecuentación según población asignada en Atención Primaria y año

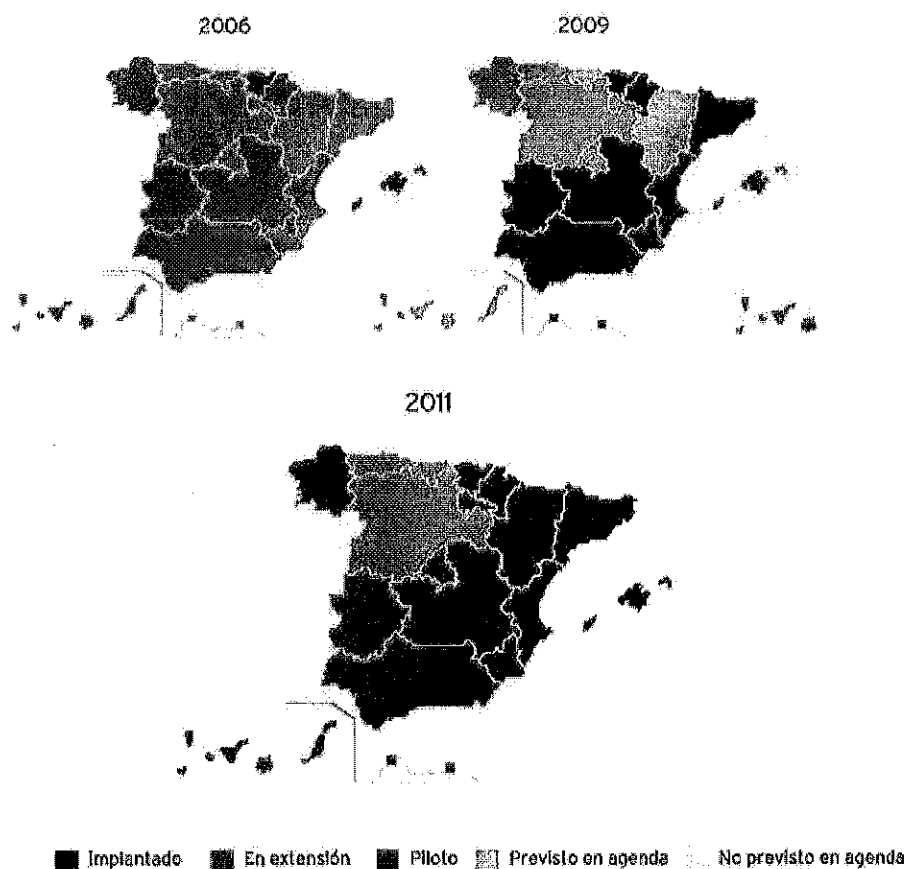
	Consultas por población asignada y año			Nº consultas
	2009	2010	2011	2011
En horario ordinario en AP				
Medicina	5,6	5,4	5,5	258.775.162
Medicina de Familia	5,6	5,5	5,6	223.643.239
Pediatría	5,3	5,2	5,4	35.131.923
Enfermería	2,9	2,8	2,8	131.578.006
Fuera de horario: urgencias en AP				
Medicina	0,5	0,5	0,5	20.180.146
Enfermería	0,3	0,3	0,3	7.880.262
Total				
Medicina	6,1	5,9	6,0	278.955.308
Enfermería	3,2	3,1	3,1	139.458.268

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) 2009-2011

La actividad asistencial en Atención Primaria se apoya de manera importante en la historia clínica electrónica (HCE). Según datos del Barómetro Sanitario 2011, la inmensa mayoría de los médicos de familia (casi 9 de cada 10) consultan las historias clínicas de su pacientes a través de los ordenadores, solo un 2,2% continua utilizando el papel y el 3,7% ambos sistemas.

Del mismo modo, en el año 2011 catorce comunidades autónomas e INGESA, que gestiona la asistencia sanitaria en Ceuta y Melilla, disponen de una HCE de atención primaria que puede consultarse desde cualquier centro de salud de la comunidad.

Figura 5.3 Evolución de la Historia Clínica en Atención Primaria: Implantación de sistemas que permiten consultar la Historia Clínica Electrónica en toda la comunidad



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad-Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Tomado de la publicación "Las TIC en el Sistema Nacional de Salud. Programa Sanidad en Línea. Actualización 2011"

Durante el año 2011 se ha avanzado en el proyecto de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS) que tiene como finalidad garantizar, a ciudadanos y profesionales sanitarios, el acceso desde cualquier punto del Sistema Nacional de Salud a la documentación clínica más relevante para la atención sanitaria de cada paciente independientemente de dónde esté almacenada.

5.1.4 Calidad y resultados de la atención primaria

Incidencia de enfermedades prevenibles por inmunización

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.

En 2011 se cumplen 9 años desde que se declaró a la Región Europea libre de polio. Hasta que no se consiga la interrupción de la transmisión de poliovirus salvaje en todo el mundo el riesgo de importación existe, por lo que es esencial que se mantengan altas coberturas de vacunación y que el sistema de vigilancia de parálisis flácida se mantenga activo y alerta. La cobertura de la polio en España es del 97,1%

La introducción sistemática de la vacuna contra la difteria, tétanos y tos ferina en el año 1965 produjo una caída drástica de la incidencia. El último caso de difteria en España se notificó en el año 1986. Desde el año 2000 la cobertura de vacunación está por encima del 95%.

La incidencia del tétanos se mantiene estable en los últimos años con tasas de 0,02 casos notificados por 100.000 habitantes.

A pesar de las altas coberturas de vacunación frente a parotiditis, en los años 2010 y 2011 se observa un incremento en la incidencia de parotiditis, pasando de 6,0 en 2010 a 10,0 casos por 100.000 en 2011 lo que parece indicar el inicio de una nueva onda epidémica. Los casos aparecen fundamentalmente en adolescentes y adultos jóvenes correctamente vacunados con dos dosis de vacuna triple vírica. Una situación similar se está dando en los países de Europa y en EE.UU. La baja efectividad de la vacuna y la evanescencia de la protección con el paso del tiempo, está permitiendo que la parotiditis mantenga su presentación cíclica, al igual que en la era prevacunal, con ondas epidémicas cada 3 ó 4 años.

En el año 2011 el número de casos de sarampión notificados ha sido más de 11 veces superior a los notificados en 2010 (3.512 notificaciones con una tasa de 7,4 casos por 100.000 habitantes frente a 302 casos y una incidencia de 0,7 casos por 100.000 habitantes).

Por lo general los brotes se han originado en grupos de niños no vacunados, unos pertenecientes a poblaciones marginales y otros a familias contrarias a la vacunación.

El objetivo de eliminación del sarampión y de la rubéola en la región Europea de la OMS, pospuesto para el año 2015, exige conseguir y mantener altas coberturas de vacunación y reforzar la vigilancia epidemiológica.

Durante el año 2011 se notificaron 11 casos confirmados de rubéola, 9 casos confirmados por laboratorio y dos casos clínicamente compatibles. La incidencia media de rubéola a nivel nacional fue de 0,02 casos por 100.000 habitantes. No se han declarado brotes ni casos importados. No se ha notificado ningún Síndrome de Rubéola Congénita.

En el caso de la tos ferina la incidencia es oscilante, con un patrón cíclico cada 2-3 años, comportamiento habitual de esta enfermedad. En el año 2011 se han notificado 3.240 casos presentando una tasa de 7,0 casos notificados por 100.000 habitantes. En los últimos años la tos ferina es motivo de preocupación por la frecuencia y la gravedad de la enfermedad en los lactantes y por el número de casos que se dan en niños vacunados.

Tabla 5.8 Enfermedades prevenibles por vacunación: casos notificados y tasas por 100.000 habitantes

	Casos notificados			Tasas notificadas por 100.000 Habitantes		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Difteria	0	0	0	0,0	0,0	0,0
Parotiditis	2.172	2.705	4.615	4,8	6,0	10,0
Poliomielitis	0	0	0	0,0	0,0	0,0
Rubeola	30	12	11	0,1	0,0	0,0
Sarampión	44	302	3.512	0,1	0,7	7,4
Tétanos	9	11	10	0,0	0,0	0,0
Tosferina	538	884	3.240	1,2	1,9	7,0

Fuente: Instituto de Salud Carlos III. Instituto de Epidemiología. Boletines epidemiológicos

La varicela se incluyó como enfermedad de declaración obligatoria en España en el año 1904 con la declaración semanal numérica (número total de casos por semana de inicio de síntomas). Aunque en 1997 se consensuó una nueva propuesta para la notificación individualizada de varicela y herpes zóster, la vigilancia de varicela no está consolidada a nivel nacional. En el año 2011 se han notificado a la declaración numérica un total de 136.823 casos de varicela lo que supone incidencia media de casos 289,3 por 100.000 habitantes, en el año 2010 se declararon 157.114 con una tasa de 374 casos por 100.000 habitantes.

Los datos e información de este apartado se han tomado del Comentario epidemiológico de las Enfermedades de Declaración Obligatoria y Sistema de Información Microbiológica del año 2011 publicado en el Boletín epidemiológico Semana (BES) que elabora el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III.

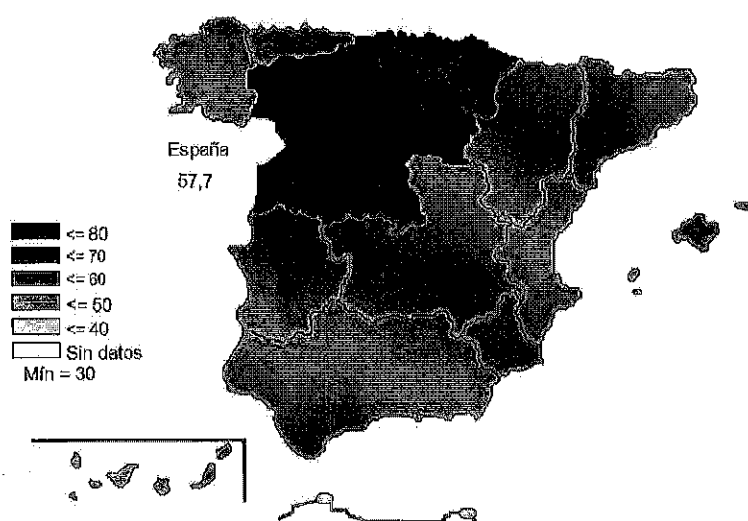
Cobertura de vacunación de la gripe estacional en personas mayores

La gripe es una enfermedad infecciosa común y afecta a personas de todas las edades que puede tener un alto impacto en la salud de la población y en el sistema de atención sanitaria.

La vacunación de la gripe en grupos de riesgo y enfermos crónicos ancianos proporciona un medio seguro y efectivo de la prevención de la gripe y reduce el impacto epidemiológico de la misma, además del riesgo de complicaciones severas o muerte.

La cobertura de vacunación de la gripe estacional en personas de 65 o más años en los últimos años está disminuyendo aunque se mantiene un porcentaje cercano al 60%. En la temporada 2011-2012 se vacunaron más de 5 millones de personas mayores lo que supone una cobertura del 57,7%.

Figura 5.4 Cobertura de la vacunación contra la gripe de personas mayores de 65 años



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Estadística de vacunaciones

Tabla 5.9 Cobertura en porcentaje de vacunación antigripal en población de 65 y más años

	Temporada 2009/2010	Temporada 2010/2011	Temporada 2011/2012
Total	65,7	56,9	57,7

Observaciones: No hay datos disponibles de Ceuta

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Estadística de vacunaciones

Tasa de hospitalización por complicaciones agudas de la diabetes

La reducción de la necesidad de ingreso hospitalario como consecuencia de un buen control previo de ciertas enfermedades, no mide exclusivamente la atención prestada por la Atención Primaria, sino toda la atención en régimen ambulatorio (primaria y especializada ambulatoria). Sin entrar en consideraciones de los factores ligados al propio paciente, la Atención Primaria juega un papel relevante en el control de una serie de patologías, como puede ser la diabetes.

La tasa de hospitalización por complicaciones agudas de la diabetes es de 2,8 altas por cada 1.000 personas diabéticas (2,9 en el caso de los varones y 2,7 en el de las mujeres).

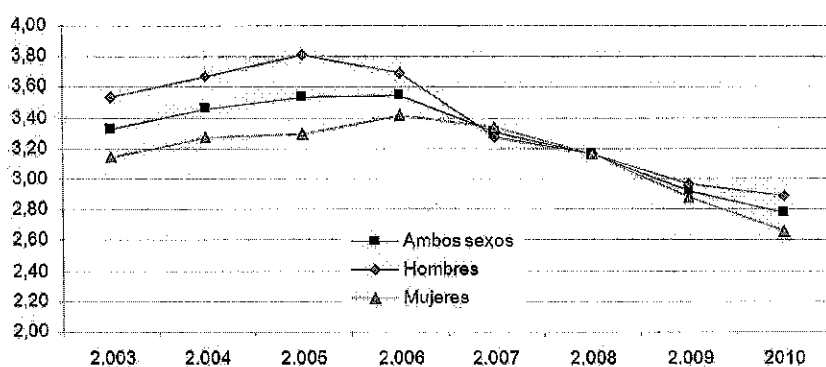
Tabla 5.10 Tasa de altas por complicaciones agudas de diabetes por 1.000 personas diabéticas

	2008	2009	2010
Ambos sexos	3,2	2,9	2,8
Hombres	3,2	3,0	2,9
Mujeres	3,2	2,9	2,7

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Registro de Altas CMBD de hospitales del Sistema Nacional de Salud

Esta tendencia en la reducción de los ingresos hospitalarios debidos a descompensaciones graves de esta enfermedad es patente en los últimos años, al tiempo que parecen desaparecer las diferencias entre sexos.

Figura 5.5 Tasa de altas por complicaciones agudas de la diabetes por 1.000 personas diabéticas



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Registro CMBD de altas de hospitales del Sistema Nacional de Salud

Satisfacción con la atención recibida en las consultas de atención primaria

La opinión que la ciudadanía tiene de los aspectos organizativos y asistenciales de la atención recibida ha sido objeto de investigación en el Barómetro Sanitario, en el que se analizan 15 componentes organizativos y asistenciales referidos a la atención que se presta en las consultas.

Tabla 5.11 Valoración de la atención que se presta en las consultas de atención primaria

	2009	2010	2011
La cercanía de los centros	7,7	7,9	8,1
El horario de atención	7,2	7,4	7,6
El trato recibido del personal sanitario	7,4	7,5	7,8
La atención a domicilio por el personal médico y de enfermería	7,0	7,1	7,3
El tiempo dedicado por el médico a cada enfermo	6,6	6,8	7,0
El conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud	7,1	7,3	7,5
La facilidad para conseguir cita	6,5	6,9	7,1
La confianza y seguridad que transmite el médico	7,4	7,5	7,8
El tiempo de espera hasta entrar en consulta	5,6	5,8	5,9
Cuando lo necesita, el médico de cabecera le envía a un especialista	7,2	7,3	7,4
El equipamiento y medios tecnológicos existentes en los centros	6,7	6,9	6,9
La información recibida sobre su problema de salud	7,2	7,3	7,50
Los consejos del médico sobre alimentación, ejercicio, tabaco, alcohol, etc.	7,1	7,3	7,4
El tiempo que tarda el médico en verle desde que pide la cita	6,2	6,4	6,5
El tiempo que se tarda en hacer las pruebas diagnósticas	5,2	5,5	5,7

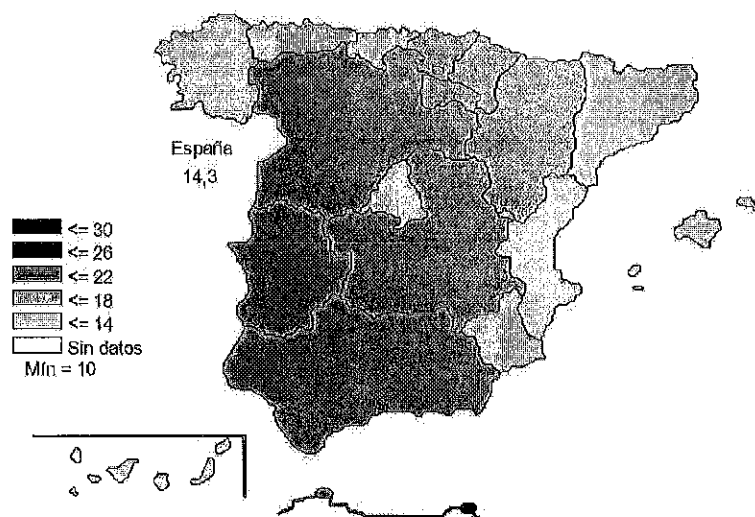
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario

Si se valora 1 como totalmente insatisfecho y 10 como totalmente satisfecho, todos los componentes superan el 5,0 siendo los tres aspectos mejor valorados: la cercanía de los centros (8,1), la confianza y seguridad que transmite el médico (7,8) y el trato recibido por el personal sanitario (7,8).

5.1.5 Gasto sanitario público en atención primaria

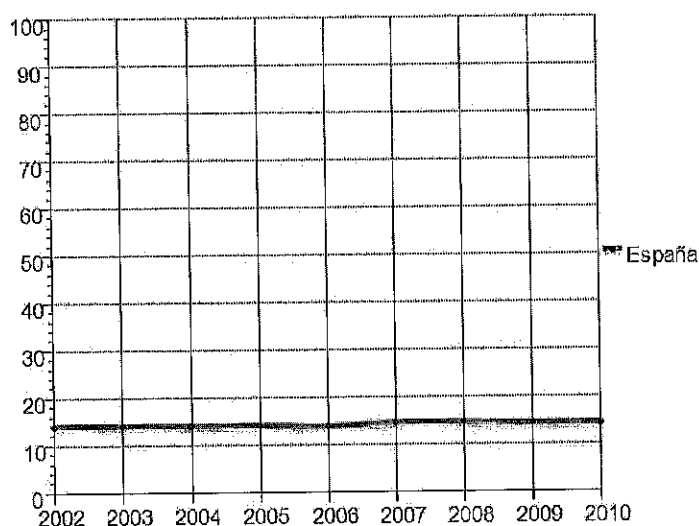
El porcentaje del gasto sanitario público corriente dedicado a los servicios primarios de salud es de 14,3%. Incluye los servicios asistenciales y preventivos realizados por medicina de familia, pediatría, enfermería, y demás personal sanitario y no sanitario en el primer nivel de asistencia sanitaria, incluida la formación de médicos especialistas residentes.

Figura 5.6 Porcentaje del gasto sanitario público corriente dedicado a los servicios primarios de salud según comunidad autónoma



Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Estadística del Gasto Sanitario Público, 2010

Figura 5.7 Evolución del porcentaje del gasto sanitario público corriente dedicado a los servicios primarios de salud



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Estadística del Gasto Sanitario Público

5.2 Atención Especializada: recursos, actividad, calidad, satisfacción y gasto

La Atención Especializada se presta en centros de especialidades y hospitales, de manera ambulatoria o en régimen de ingreso. Tras el proceso asistencial, el paciente y la información clínica correspondiente retornan nuevamente al médico de Atención Primaria quien, por disponer del conjunto de los datos de su biografía sanitaria, garantiza la visión clínica y terapéutica global. Ello permite que la continuidad de los cuidados siga caracterizada por la equidad, independientemente del lugar de residencia y de las circunstancias individuales de autonomía, dado que la atención llega hasta el propio domicilio del paciente.

La atención especializada comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, además de las de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantiza la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y en coordinación con esta.

La atención especializada se presta en función de las características del paciente y su proceso, en consultas externas, en hospital de día y en régimen de internamiento hospitalario.

El acceso del paciente a la atención de urgencia hospitalaria -que se presta durante las veinticuatro horas del día a pacientes que sufran una situación clínica aguda que obligue a una atención inmediata de los servicios del hospital- se realiza por remisión del médico de atención primaria o especializada o por razones de urgencia o riesgo vital que puedan requerir medidas terapéuticas exclusivas del medio hospitalario.

La atención especializada comprende: la asistencia especializada en consultas, en hospital de día, médica y quirúrgica, la hospitalización en régimen de internamiento, el apoyo a la atención primaria en el alta precoz y hospitalización a domicilio, la atención paliativa a pacientes con enfermedad en fase terminal, la atención a la salud mental y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional.

Comprende también los servicios de: cuidados intensivos, anestesia y reanimación, hemoterapia, rehabilitación, nutrición y dietética, seguimiento del embarazo, planificación familiar y reproducción humana asistida.

5.2.1 Hospitales y camas

En España están en funcionamiento 790 hospitales (1,8 por 100.000 habitantes) con una dotación de 162.538 camas instaladas (352,5 por 100.000 habitantes).

Por dependencia funcional de cada 10 hospitales 4 son públicos y 6 privados, proporción que se invierte cuando contamos la titularidad de las camas instaladas, de cada 10 camas instaladas 7 son públicas y 3 privadas.

Por finalidad asistencial, de cada 10 hospitales 7 se dedican a la atención de patologías agudas, 1 es un hospital psiquiátrico y 2 tienen por finalidad la asistencia geriátrica y de larga estancia. De cada 10 camas instaladas 8 están en hospitales de agudos, 1 está en un hospital psiquiátrico y 1 en un hospital de geriatría y larga estancia.

Por dependencia funcional y titularidad, la mitad de los hospitales de agudos y el 75% de las camas son de titularidad pública. El 30% de los hospitales psiquiátricos y el 34% de las camas dedicadas a esa finalidad son de titularidad pública, lo mismo que el 30% de los hospitales de geriatría y larga estancia y el 37% de las camas instaladas.

Tabla 5.12 Hospitales y camas instaladas por finalidad asistencial: total, tasa por 100.000 habitantes y proporción de hospitales públicos

	Total			Tasa por 100.000 habitantes			% Públicos		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Hospitales	803	794	790	1,8	1,8	1,8	43,7	44,0	44,1
Camas	161.549	161.022	162.538	351,7	349,5	352,5	68,2	68,1	68,3
Atención agudos									
Hospitales	588	578	577	1,3	1,3	1,3	48,5	49,3	49,4
Camas	132.368	131.832	133.216	288,2	286,1	288,9	75,0	75,1	75,6
Atención psiquiátrica									
Hospitales	91	90	88	0,2	0,2	0,2	34,1	30,0	29,5
Camas	15.259	14.729	14.440	33,2	32,0	31,3	39,2	35,5	33,7
Atención geriátrica y larga estancia									
Hospitales	124	126	125	0,3	0,3	0,3	28,2	29,4	29,6
Camas	13.922	14.461	14.882	30,3	31,4	32,3	35,3	37,8	36,6

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Catálogo Nacional de Hospitales (actualizado a 31 de diciembre de 2009, 2010 y 2011)

Tabla 5.13 Hospitales según dependencia funcional por comunidad autónoma

	Públicos Civiles	Ministerio Defensa	MATEP	Privado Benéfico	Privado no Benéfico	Total
Andalucía	47	1	1	8	48	105
Aragón	18	1	1	2	7	29
Asturias	9	0	0	5	6	20
Baleares	11	0	1	2	8	22
Canarias	14	0	0	2	21	37
Cantabria	4	0	1	2	1	8
Castilla y León	16	0	0	9	12	37
Castilla - La Mancha	21	0	1	0	10	32
Cataluña	55	0	6	54	96	211
Comunidad Valenciana	35	0	2	3	23	63
Extremadura	10	0	0	2	6	18
Galicia	14	0	1	2	22	39
Madrid	33	1	3	12	32	81
Murcia	10	0	1	2	13	26
Navarra	4	0	0	5	2	11
País Vasco	18	0	3	7	16	44
La Rioja	3	0	0	0	2	5
Ceuta	1	0	0	0	0	1
Melilla	1	0	0	0	0	1
Total	324	3	21	117	325	790

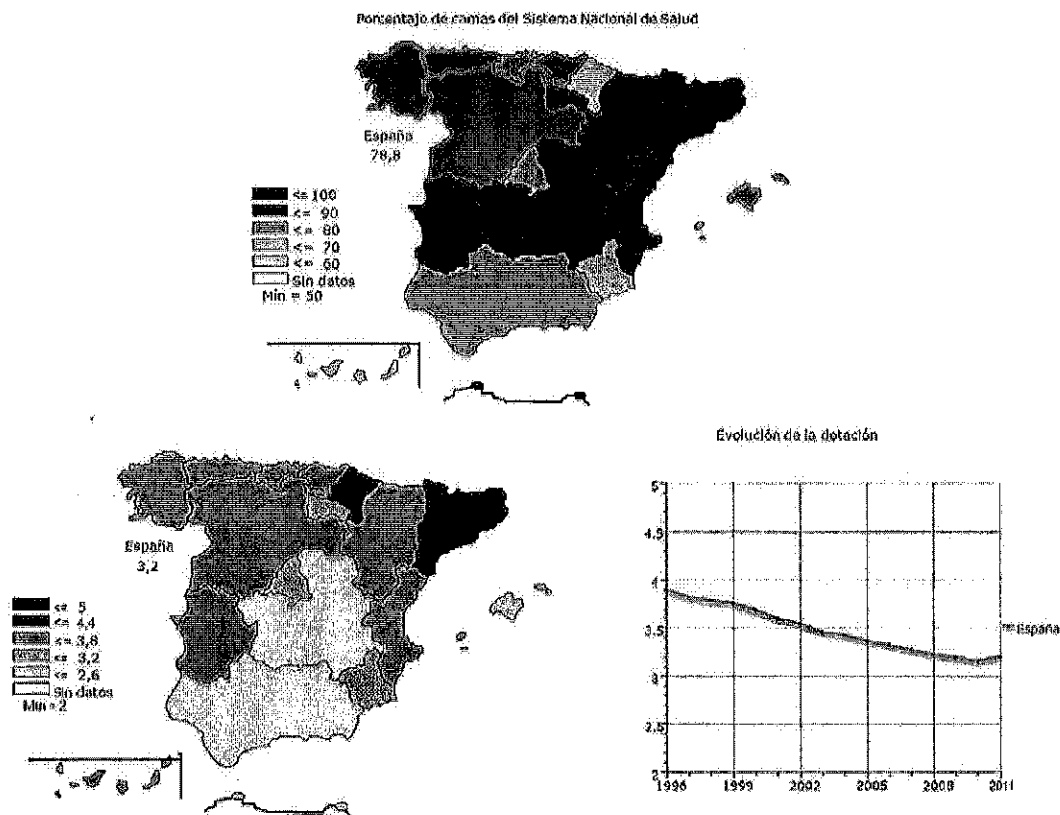
Observaciones: MATEP = Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Catálogo Nacional de Hospitales
(actualizado a 31 de diciembre de 2011)

Tabla 5.14 Camas instaladas según dependencia funcional por comunidad autónoma

	Públicos Cíviles	Ministerio Defensa	MATEP	Privado Benéfico	Privado no Benéfico	Total
Andalucía	16.551	225	102	1.351	4.002	22.231
Aragón	4.191	200	157	475	422	5.445
Asturias	3.112	0	0	640	394	4.146
Baleares	2.539	0	40	210	880	3.669
Canarias	4.741	0	0	238	2.618	7.597
Cantabria	1.362	0	30	530	120	2.042
Castilla y León	7.417	0	0	1.412	476	9.305
Castilla - La Mancha	5.297	0	10	0	854	6.161
Cataluña	14.369	0	346	8.796	11.068	34.579
Comunidad Valenciana	11.695	0	258	448	1.847	14.248
Extremadura	3.708	0	0	204	201	4.113
Galicia	7.765	0	14	274	2.165	10.218
Madrid	14.364	520	330	2.383	4.540	22.137
Murcia	3.120	0	30	220	1.277	4.647
Navarra	1.389	0	0	904	121	2.414
País Vasco	5.763	0	116	1.154	1.203	8.236
La Rioja	804	0	0	0	124	928
Ceuta	252	0	0	0	0	252
Melilla	170	0	0	0	0	170
Total	108.609	945	1.433	19.239	32.312	162.538

Observaciones: MATEP = Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Catálogo Nacional de Hospitales
(actualizado a 31 de diciembre de 2011)

Figura 5.8 Camas en funcionamiento en hospitales por 1.000 habitantes

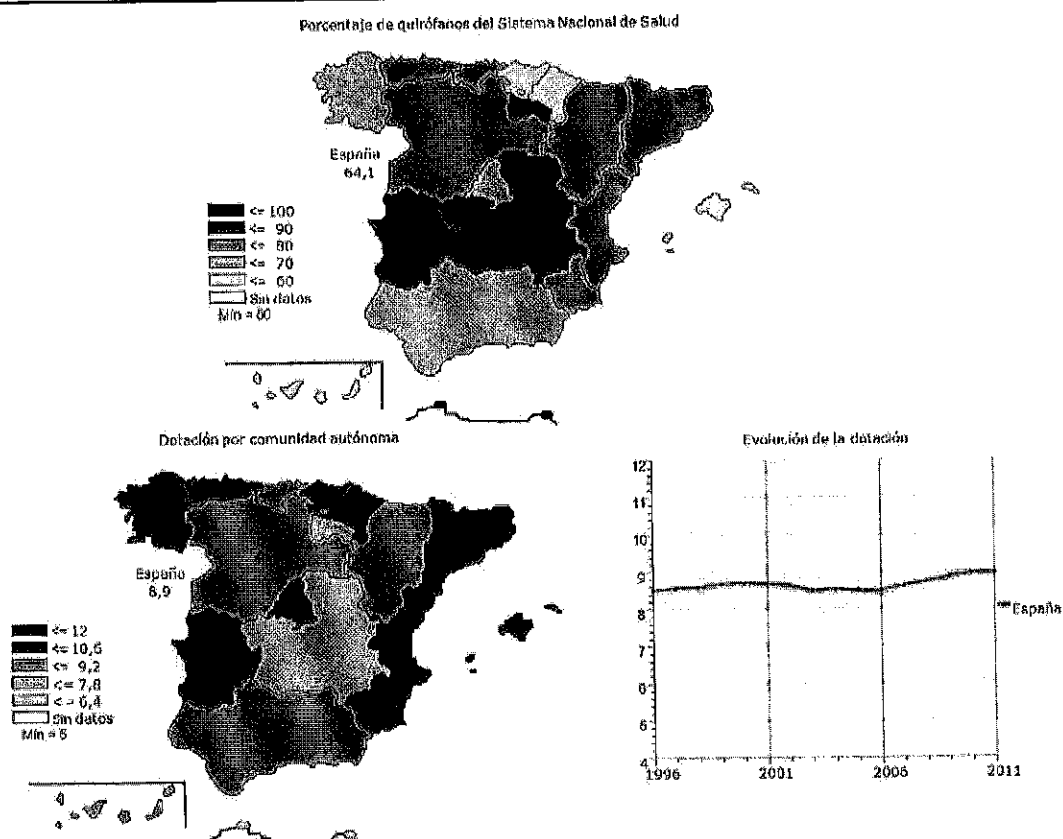


Observaciones: Sistema Nacional de Salud incluye entidades de dependencia privada que pertenecen a la red de utilización pública o tienen un concierto sustitutorio lo que implica que el centro presta toda su oferta asistencial a una población asignada perteneciente al SNS, y gran parte de su actividad proviene de este contrato

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Estadísticas de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado y Estadísticas de Centros Sanitarios de Atención Especializada, 2011 (avance)

La disminución en el número de camas en funcionamiento coincide con el incremento de la oferta de puestos de día destinados a la "hospitalización" durante unas horas, ya sea para diagnóstico, investigaciones clínicas, exploraciones múltiples o tratamientos que no pueden hacerse en consulta externa, y que no justifican la estancia en el hospital.

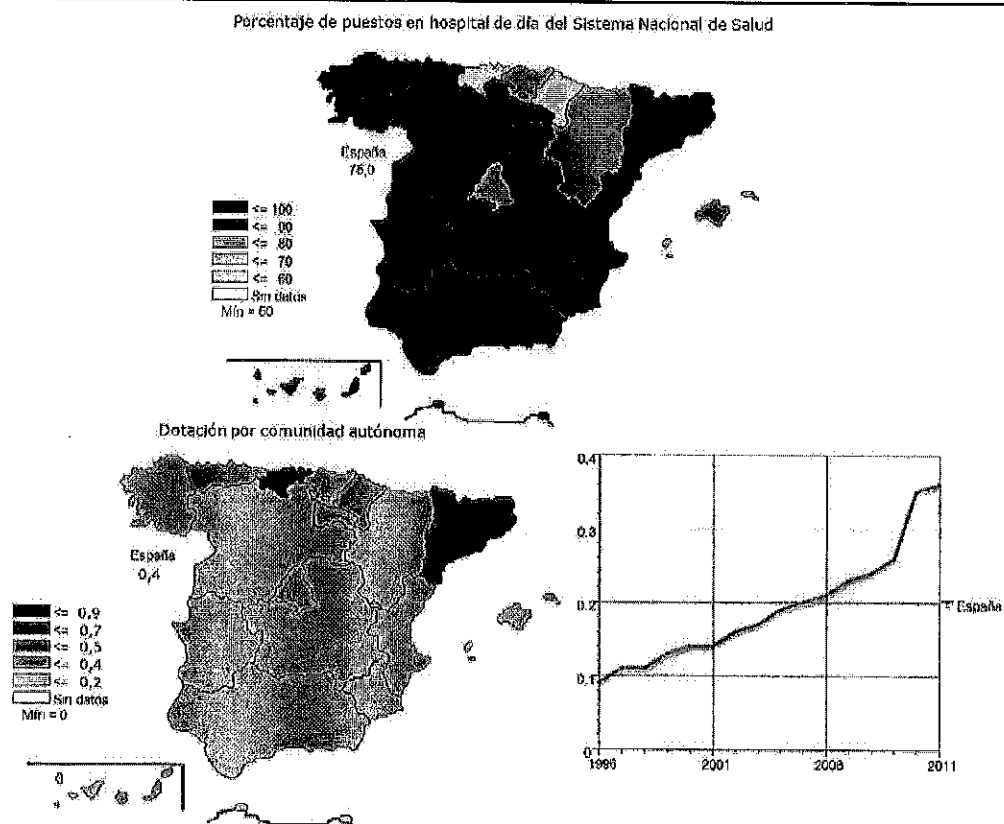
Figura 5.9 Quirófanos en funcionamiento y puestos en hospital de día por 100.000 habitantes



Observaciones: Sistema Nacional de Salud incluye entidades de dependencia privada que pertenecen a la red de utilización pública o tienen un concierto sustitutorio lo que implica que el centro presta toda su oferta asistencial a una población asignada perteneciente al SNS, y gran parte de su actividad proviene de este contrato

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Estadísticas de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado y Estadísticas de Centros Sanitarios de Atención Especializada, 2011 (avance)

Figura 5.10 Puestos en hospital de día por 1.000 habitantes



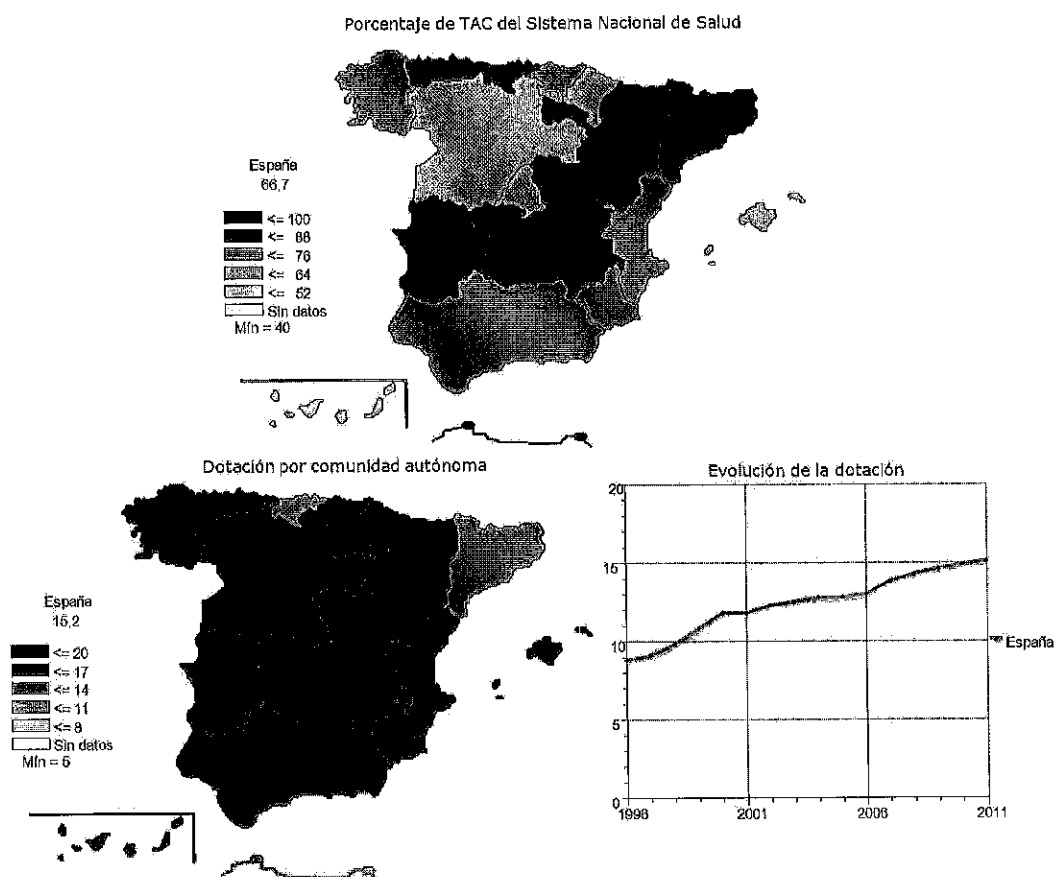
Observaciones: Sistema Nacional de Salud incluye entidades de dependencia privada que pertenecen a la red de utilización pública o tienen un concierto sustitutorio lo que implica que el centro presta toda su oferta asistencial a una población asignada perteneciente al SNS, y gran parte de su actividad proviene de este contrato

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Estadísticas de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado y Estadísticas de Centros Sanitarios de Atención Especializada, 2011 (avance)

5.2.2 Alta tecnología dependiente de hospitales

Si se excluye a los equipos de diálisis, la tomografía axial computerizada -TAC - es la alta tecnología más extendida en los hospitales y centros dependientes con un total 699 unidades y una tasa de 15,2 por millón de habitantes, le sigue la resonancia magnética con 510 unidades y una tasa de 11,1 por millón de habitantes.

Figura 5.11 Dotación de aparatos de Tomografía Axial Computerizada por millón de habitantes



Observaciones: Sistema Nacional de Salud incluye entidades de dependencia privada que pertenecen a la red de utilización pública o tienen un concierto sustitutorio lo que implica que el centro presta toda su oferta asistencial a una población asignada perteneciente al SNS, y gran parte de su actividad proviene de este contrato

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado y Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada, 2011 (avance)

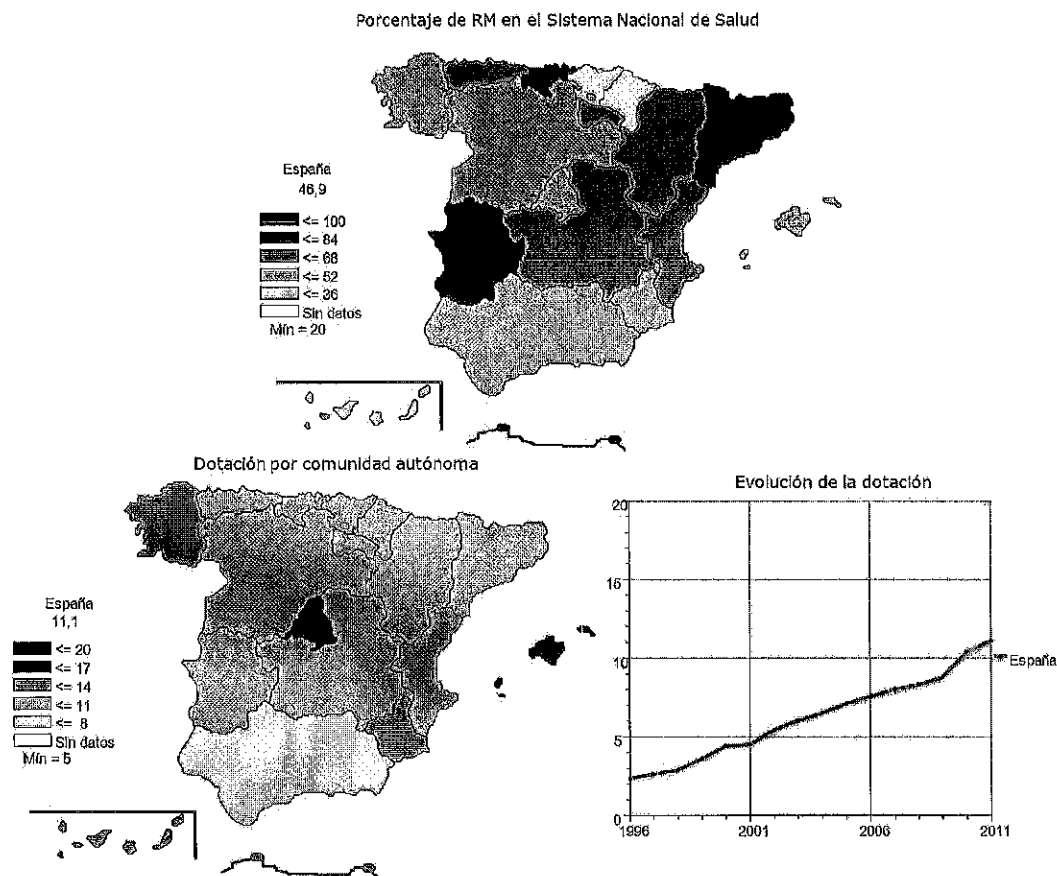
Tabla 5.15 Alta tecnología dependiente del hospital, total y tasa por millón de habitantes

	2009		2010		2011	
	Total	Tasa por millón hab.	Total	Tasa por millón hab.	Total	Tasa por millón hab.
Tomografía axial computerizada	693	14,0	690	15,0	699	15,2
Resonancia magnética	459	10,0	492	10,7	510	11,1
Gammacámara	232	5,1	237	5,1	226	4,9
Sala de hemodinámica	227	5,0	233	5,1	242	5,2
Tomografía por emisión de fotones	57	1,2	63	1,4	68	1,5
Angiografía digital	192	4,2	195	4,2	206	4,5
Litotricia extracorpórea	93	2,0	93	2,0	94	2,0
Bomba de cobalto	30	0,7	28	0,1	26	0,6
Acelerador de partículas	183	4,0	192	4,2	199	4,3
Tomografía por emisión de positrones	46	1,0	55	1,2	57	1,2
Mamógrafos	508	11,1	563	12,2	572	12,4
Densitómetros óseos	208	4,5	218	4,8	226	5,0
Equipos de hemodiálisis	4,105	89,4	4,259	92,4	4,298	93,9

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Catálogo Nacional de Hospitales 2012 (actualizado a 31 de diciembre de 2011)

El número de mamógrafos dependientes de hospitales asciende a 572. Los diagnósticos tempranos de cáncer de mama facilitan la intervención y aumentan la supervivencia.

Figura 5.12 Dotación de Resonancia Magnética por millón de habitantes



Observaciones: Sistema Nacional de Salud incluye entidades de dependencia privada que pertenecen a la red de utilización pública o tienen un concierto sustitutorio lo que implica que el centro presta toda su oferta asistencial a una población asignada perteneciente al SNS, y gran parte de su actividad proviene de este contrato

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado y Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada, 2011 (avance)

5.2.3 Recursos humanos

En los hospitales y centros de especialidades del Sistema Nacional de Salud prestan servicio algo más de 79.000 médicos (tasa de 17,2 por 10.000 habitantes), de los que 4 de cada 10 son mujeres y, más de 128.000 profesionales de enfermería (tasa de 27,9 por 10.000 habitantes), de las que 9 de cada 10 son mujeres. Por grandes grupos de especialidad, del total de los médicos, 5 de cada 10 se dedican a la disciplinas médicas, 3 a disciplinas quirúrgicas, algo más de 1 trabaja en servicios centrales (análisis clínicos, microbiología, radiodiagnóstico...) y, alrededor de 1 en urgencias.

Tabla 5.16 Recursos humanos en Atención Especializada pública: médicos y enfermeros que trabajan en hospitales y centros de especialidades: total, tasa por 10.000 habitantes y proporción de mujeres

	2008		2009		2010		% de Mujeres
	Total	Tasa 10.000 hab.	Total	Tasa 10.000 hab.	Total	Tasa 10.000 hab.	
Médicos	73.446	16,1	75.997	16,5	79.159	17,2	42,7
Medicina interna y especialidades médicas	20.571		21.738		26.511		
Cirugía general y especialidades quirúrgicas	12.626		12.970		14.306		
Traumatología	4.174		4.235		4.475		
Obstetricia / Ginecología	4.369		4.436		4.427		
Pediatría	3.609		3.836		3.775		
Psiquiatría	3.063		3.215		3.125		
Servicios centrales	15.621		15.743		12.454		
Medicina intensiva	2.440		2.414		2.284		
Rehabilitación	1.336		1.364		1.429		
Urgencias / Guardia	5.637		6.046		6.373		
Enfermería	120.991	26,5	124.080	27,0	128.314	27,9	88,4

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado

5.2.4 Actividad

Cada año se producen más de 5,2 millones de altas hospitalarias en España, de las que 4,2 millones (80,7% del total) tienen financiación del Sistema Nacional de Salud.

Del mismo modo al año, se producen 82,6 millones de consultas a los diferentes médicos especialistas (87,3% financiadas por el Sistema Nacional de Salud), se atienden 26,2 millones de urgencias (78,6% de financiación pública) y se realizan 4,7 millones de intervenciones quirúrgicas, de las que 1,3 millones se realizan con cirugía mayor ambulatoria. En los hospitales se han atendido más de 358.000 partos de los 121.436 han sido por cesárea.

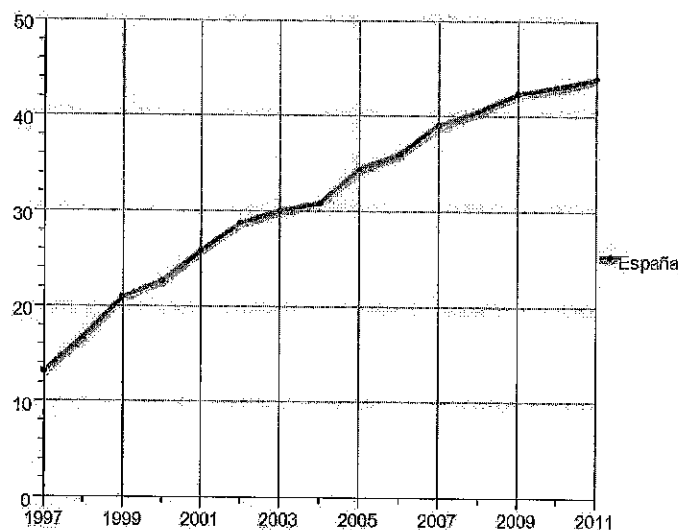
Tabla 5.17 Actividad médica, quirúrgica y obstétrica desarrollada en hospitales y centros de especialidades: total, tasa por 1.000 habitantes y porcentaje de financiación por el Sistema Nacional de Salud

	2008		2009		2010	
	Total	% financiado por SNS	Total	% financiado por SNS	Total	% financiado por SNS
Altas (miles)	5.282,5	78,4	5.269,8	78,7	5.220,60	80,7
Altas/1000 hab.	115,9		114,7		113,3	
Consultas (miles)	79.614,0	86,4	82.142,4	86,2	82.631,6	87,3
Consultas/1000 hab.	1.746,2		1.788,5		1.793,5	
Urgencias (miles)	26.249,1	76,9	26.898,6	77,1	26.206,4	78,6
Urgencias/1000 hab.	576,0		585,6		568,8	
Actos quirúrgicos (miles)	4.567,7		4.663,8		4.657,9	
Actos quirúrgicos /1000 hab.	100,2		101,5		101,1	
CMA (miles)	1.259,3	77,8	1.308,4	79,3	1.352,7	81,1
CMA/1000 hab.	27,6		29,0		29,4	
Partos vía vaginal	385.859		364.881		358.285	
Cesáreas	128.255		123.480		121.436	
% Cesáreas	24,9		25,3		25,3	
Total partos	514.114		488.361		479.721	

Observaciones: Resultados provisionales año 2010

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado

Figura 5.13 Evolución del peso, en porcentaje, de los procedimientos quirúrgicos ambulatorios sobre el total de procedimientos quirúrgicos en el Sistema Nacional de Salud



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado y Registro de actividad CMBD con Hospitalización y Ambulatoria

Si vemos la evolución del peso de las intervenciones quirúrgicas sin ingreso sobre el número total de intervenciones realizadas cada año, la actividad quirúrgica que se desarrolla en el Sistema Nacional de Salud tiene una clara tendencia a la ambulatorización.

5.2.5 Causas de hospitalización

El 13% del total de altas en los hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud lo constituye el parto, el puerperio y las complicaciones de la gestación, esta causa supone el 25,7% del total de las visitas a los hospitales de agudos en las mujeres.

Otras causas en las mujeres, en orden de importancia por su peso relativo, son las enfermedades del aparato circulatorio (11,8%), le siguen las enfermedades del aparato digestivo y las del aparato respiratorio con un peso de 10,2% y 8,9% respectivamente. Los tumores suponen el 8,8%.

En el caso de los hombres la causa más frecuente de alta hospitalaria son también las enfermedades del aparato circulatorio con 16,9% le siguen las enfermedades del aparato respiratorio con un peso del 14,7% y las del aparato digestivo con el 14,4%. Los tumores suponen el 11,2%.

Los trastornos mentales son causa de alta hospitalaria más frecuente en hombres (2,4% del total de altas) que en mujeres (1,9% del total de altas).

Tabla 5.18 Hospitalización en el Sistema Nacional de Salud: altas por los principales grupos de enfermedad por sexo y tasa por 10.000 habitantes

	Mujeres		Hombres	
	Altas	Altas 10.000 hab.	Altas	Altas 10.000 hab.
Total	1.909.188	816,8	1.721.082	758,3
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	467.031	199,8		
Sistema circulatorio	225.551	96,5	291.435	128,4
Aparato digestivo	195.025	83,4	248.302	109,4
Sistema respiratorio	170.779	73,1	253.300	111,6
Tumores	168.673	72,2	192.823	85,0
Lesiones y envenenamientos	150.285	64,3	158.613	69,9
Sistema genitourinario	116.885	50,0	100.299	44,2
Sistema osteomuscular y tejido conectivo	106.956	45,8	85.718	37,8
Sistema nervioso	55.905	23,9	57.524	25,3
Trastornos mentales	35.495	15,2	41.923	18,5

Observaciones: Se han incluido como principales grupos de enfermedad aquellos que suponen un peso relativo superior al 2,0%.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Registro de altas - CMBD, 2010

5.2.6 Lista de espera

Quirúrgica

El número de pacientes en lista de espera estructural, a 31 de diciembre de 2011 es de más de 459.000 personas, lo que supone un incremento en términos absolutos respecto a diciembre de 2010 de más de 67.000 personas. En términos de población el número de pacientes en lista de espera es de 11,7 por cada 1000 habitantes.

La lista de espera estructural se refiere a pacientes en situación de ser intervenidos quirúrgicamente de manera no urgente pero cuya espera es atribuible a los recursos disponibles y a la organización. Todos están incluidos en un registro de pacientes pendientes de una intervención. La fecha de entrada en el registro coincide con la fecha de indicación de la intervención. A 31 de diciembre de 2011, menos del 10% de los pacientes lleva en la lista de espera más de seis meses. El tiempo medio de espera es de 73 días naturales, lo que supone 8 días más que en diciembre de 2010. Para el cálculo del tiempo promedio de espera se efectúa la diferencia entre la fecha en el momento del recuento, y la fecha de entrada en el registro.

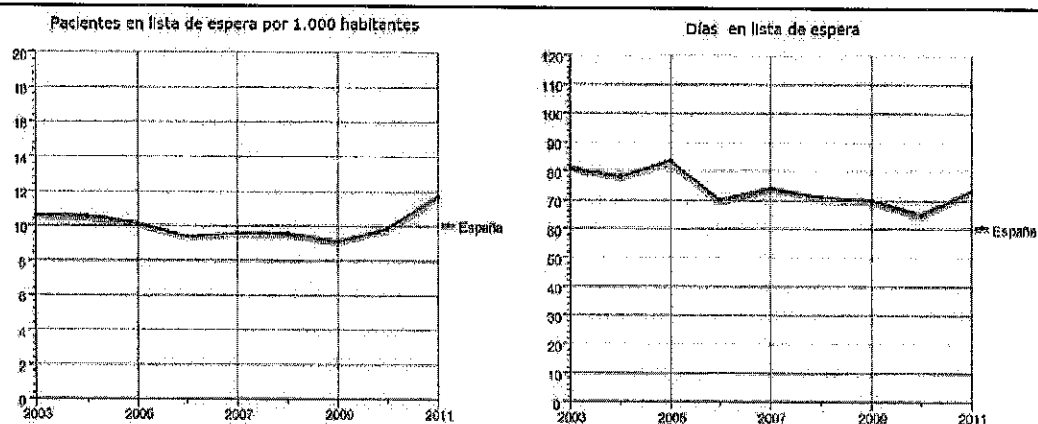
Tabla 5.19 Situación de la lista de espera quirúrgica en el Sistema Nacional de Salud

Especialidades	Total pacientes en espera estructural (*)	Nº pacientes por 1000 hab	% más de 6 meses	Tiempo medio de espera (días)
TOTAL	459.885	11,71	10,0	73
Cirugía General y Digestivo	87.152	2,22	7,8	71
Ginecología	22.566	0,57	3,3	56
Oftalmología	92.541	2,36	12,3	64
ORL	32.921	0,84	7,0	68
Traumatología	126.688	3,22	13,5	83
Urología	31.789	0,81	5,0	63
Cirugía Cardíaca	2.886	0,07	2,1	67
Angiología/Cir.Vascular	11.085	0,28	17,2	82
Cirugía Maxilofacial	6.664	0,17	7,9	82
Cirugía Pedlátrica	11.623	0,30	7,5	84
Cirugía Plástica	13.786	0,35	12,0	98
Cirugía Torácica	1.208	0,03	14,3	95
Neurocirugía	7.719	0,20	9,6	90
Dermatología	9.581	0,24	0,1	42

Observaciones: * Faltan datos de un servicio de salud

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Listas de Espera del SNS. Datos a 31 de diciembre de 2011

Figura 5.14 Evolución del número de pacientes en lista de espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes por 1.000 habitantes y días de espera



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información del Listas de espera del SNS (SISLE-SNS)

Consultas externas

El número de pacientes pendientes de una primera consulta en Atención Especializada es a 31 de diciembre de 2011 de 36,1 por 1.000 habitantes.

El tiempo medio de espera es de 58 días naturales y alrededor del 38% llevan más de 60 días de demora entre la fecha de indicación y la fecha asignada para la consulta.

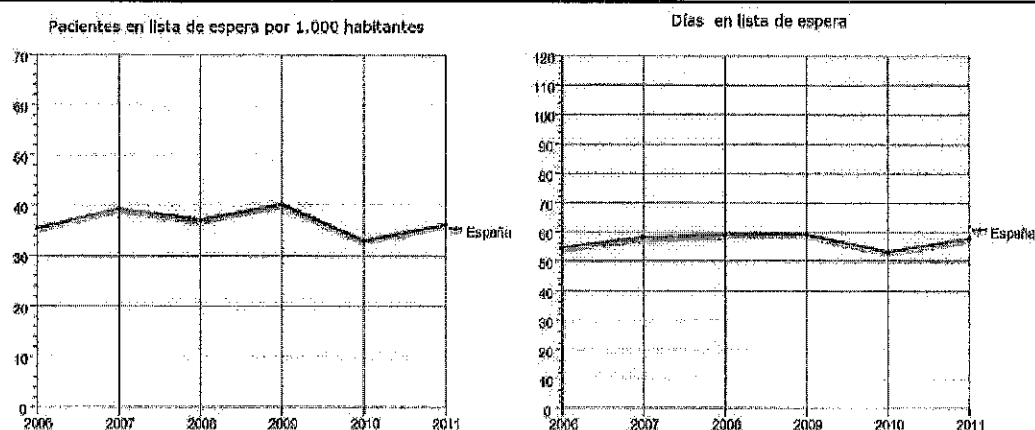
Tabla 5.20 Situación de la lista de espera de consultas externas en el Sistema Nacional de Salud

	Núm. de pacientes pendientes por 1000 hab	% con fecha asignada a más de 60 días	Tiempo medio de espera
TOTAL	36,1	38,2	58
Ginecología	2,5	40,6	86
Oftalmología	6,3	43,8	72
Traumatología	5,6	39,6	53
Dermatología	4,3	41,5	55
ORL	2,0	23,6	39
Neurología	1,7	42,8	58
C. General y Ap. Digestivo	1,4	24,2	43
Urología	1,4	35,0	53
Digestivo	1,9	33,9	51
Cardiología	1,3	36,4	57

Observaciones: La Información se refiere a 14 comunidades autónomas e Ingesa; en una comunidad autónoma los datos corresponden a junio 2011. El porcentaje de especialidades básicas sobre el total de consultas externas es del 80%

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Lista de Espera (SISLE-SNS)

Figura 5.15 Evolución del número de pacientes en lista de espera para consultas externas especializadas por 1.000 habitantes y días de espera



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información del Listas de espera del SNS (SISLE-SNS)

5.2.7 Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE)

Las IVEs del año 2011, se han practicado dentro de los nuevos 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 en la que entró en vigor, el 5 de julio.

El seguimiento y evaluación de las IVEs que tienen lugar en España, se lleva a cabo a través de un sistema de vigilancia epidemiológica que recibe información de todo el Estado. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad contrasta y analiza la información recibida.

Cada IVE que se practica, ha de ser notificada por el médico responsable de la misma a la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma donde se llevó a cabo la intervención, quien a su vez introduce los datos en la aplicación *on line* realizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con la colaboración de las comunidades autónomas, y que está en funcionamiento desde el 1 de enero de 2011.

Tabla 5.21 Interrupciones Voluntarias del Embarazo por grupo de edad. España y comunidades autónomas

	Total	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
Andalucía	23.281	111	3.329	5.876	5.480	4.441	2.899	1.040	105
Aragón	2.892	16	309	651	664	629	456	157	10
Asturias	2.713	1	272	507	666	624	479	150	14
Baleares	3.571	9	367	720	862	784	603	212	14
Canarias	6.232	21	707	1.399	1.412	1.273	1.002	382	36
Cantabria	1.185	2	125	222	234	294	221	74	13
Castilla - La Mancha	4.192	14	550	1.009	936	840	598	222	23
Castilla y León	3.582	15	471	769	795	745	556	213	18
Cataluña	21.474	68	2.277	4.341	4.876	4.928	3.601	1.289	94
Comunidad Valenciana	10.589	48	1.404	2.238	2.337	2.365	1.568	567	62
Extremadura	1.657	6	268	424	359	292	209	92	7
Galicia	4.141	14	432	934	902	880	675	263	41
Madrid	20.702	68	2.104	4.512	4.934	4.589	3.237	1.159	99
Murcia	4.561	20	531	1.008	1.061	1.031	650	246	14
Navarra	844	10	106	162	198	186	136	41	5
País Vasco	4.138	10	416	851	1.003	934	649	254	21
La Rioja	495	0	78	96	118	97	73	27	6
Ceuta	24	0	3	5	5	5	3	3	0
Melilla	125	0	17	46	26	15	14	7	0
No residentes	1.961	22	365	425	405	314	289	125	16
Total	118.359	455	14.131	26.195	27.273	25.266	17.918	6.523	598

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de interrupción voluntaria del embarazo, 2011

5.2.8 Donación y trasplante de órganos sólidos

El trasplante de órganos es en la actualidad una técnica habitual en medicina que sitúa a quienes la realizan en las vanguardias tecnológicas. Los avances científicos están posibilitando que un mayor número de enfermedades puedan ser tratadas mediante el trasplante. En España hay una actividad trasplantadora continuada y estable.

El factor limitante de la actividad de trasplantes es el número de donantes y de órganos generados. España con una tasa de donación de 35,3 por millón de habitantes, afianza su liderazgo mundial.

En el año 2011 hubo en España 1.667 donantes de órganos. Esta actividad de donación permitió la realización de un total de 4.222 trasplantes de órganos sólidos: 2.498

trasplantes renales, 1.137 trasplantes hepáticos, 237 trasplantes cardíacos, 230 trasplantes pulmonares, 111 trasplantes de páncreas y 9 trasplantes intestinales.

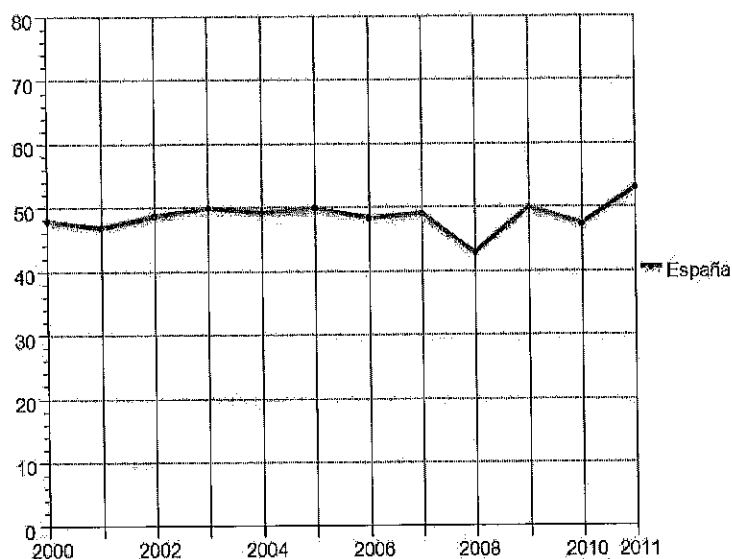
También destacan cifras como la donación de vivo con 312 trasplantes renales y 28 trasplantes hepáticos.

Tabla 5.22 Donantes y trasplantes de órganos sólidos realizados: total y tasa por millón de habitantes

	2009		2010		2011	
	Número	Tasa / millón de hab.	Número	Tasa / millón de hab.	Número	Tasa / millón de hab.
Donantes de órganos	1.606	34,4	1.502	32,0	1.667	35,3
Trasplantes Renales	2.328	49,8	2.098	47,3	2.498	52,9
(Donante vivo)	235	5,0	240	5,4	312	5,1
Trasplantes Hepáticos	1.099	23,5	971	20,7	1.137	24,1
(Donante vivo)	29	0,6	20	0,4	28	0,4
Trasplantes Cardíacos	274	5,9	217	5,2	237	5,0
Trasplantes Pulmonares	219	4,7	235	5,0	230	4,9
Trasplantes de Páncreas	97	2,1	94	2,0	111	2,4
Trasplantes de Intestino	11	0,2	5	0,1	9	0,2

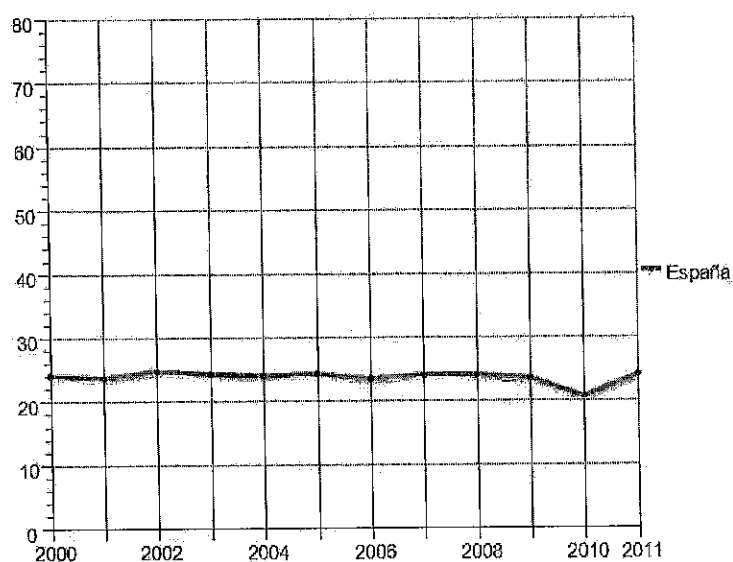
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Organización Nacional de Trasplantes (ONT)

Figura 5.16 Evolución de la tasa de trasplantes de riñón por 1.000.000 de habitantes



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Organización Nacional de Trasplantes (ONT)

Figura 5.17 Evolución de la tasa de trasplantes de Hígado por 1.000.000 de habitantes



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Organización Nacional de Trasplantes (ONT)

5.2.9 Calidad y resultado de la atención especializada

Tasa de cesáreas por cada 100 partos atendidos, vaginales y cesáreas.

De cada 100 partos, vaginales o por cesáreas, que se producen en España casi 25 han acabado en una cesárea.

Tabla 5.23 Tasa de cesáreas por cada 100 partos atendidos

	2009	2010	2011
Sistema Nacional de Salud	22,1	21,9	21,5
No Sistema Nacional de Salud	37,0	35,3	34,7
Total	25,3	25,3	24,8

Fuente: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada

Hay una clara diferencia entre las tasas de cesáreas de los partos que se atienden en el Sistema Nacional de Salud (alrededor de 21 de cada 100) de los que se atienden fuera del Sistema Nacional de Salud (casi 35 de cada 100). Esta tendencia y diferencia se aprecia desde hace más de 15 años.

La proporción de cesáreas realizadas en relación al total de partos atendidos en el Sistema Nacional de Salud, muestra un crecimiento sostenido hasta el año 2006, iniciándose a partir de ese momento una clara tendencia descendente.

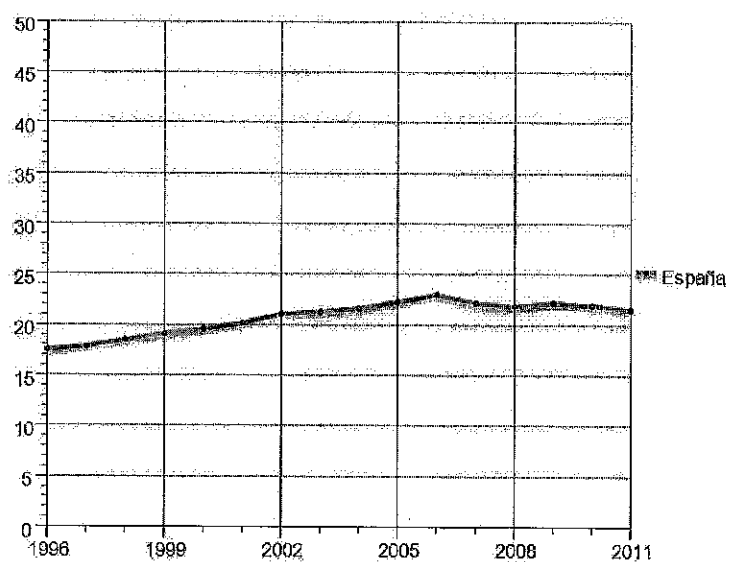
Tabla 5.24 Tasa de cesáreas en partos atendidos por el Sistema Nacional de Salud, según comunidad autónoma

Comunidades autónomas	2009	2010	2011
Andalucía	22,1	22,1	21,9
Aragón	19,0	17,8	18,4
Asturias	21,4	19,0	13,6
Baleares	20,3	20,3	26,0
Canarias	19,6	19,2	19,2
Cantabria	22,4	20,4	22,2
Castilla y León	25,9	25,9	25,6
Castilla - La Mancha	22,8	22,7	23,4
Cataluña	22,6	23,2	23,2
Comunidad Valenciana	24,6	24,2	24,4
Extremadura	28,6	31,8	27,7
Galicia	24,0	22,8	16,0
Madrid	22,5	22,9	26,3
Murcia	21,5	21,7	16,1
Navarra	15,4	15,5	15,7
País Vasco	12,7	12,8	12,8
La Rioja	18,7	19,2	12,3
Ceuta	23,2	22,5	16,8
Melilla	27,7	28,0	28,0
España	22,1	21,9	21,5

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada

Las diferencias entre los Servicios Regionales de Salud van desde el 28,0% de Melilla o el 27,7% de Extremadura hasta el 12,3% de La Rioja o el País Vasco con 12,8%.

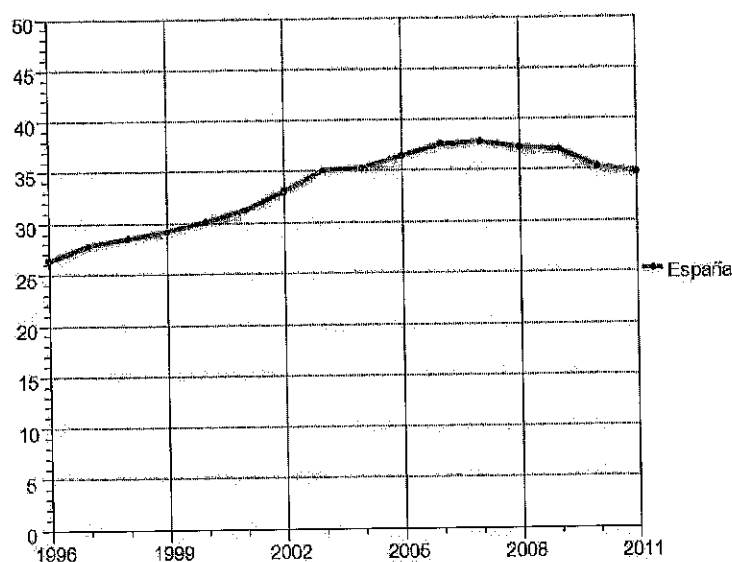
Figura 5.18 Evolución de la tasa de cesáreas en partos atendidos por el Sistema Nacional de Salud



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado - Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada

La proporción de cesáreas en los partos no atendidos en el Sistema Nacional de Salud es superior a la cifra de los que se atienden en el Sistema Nacional de Salud, los datos muestran un crecimiento sostenido hasta el año 2006, iniciándose a partir de ese momento un descenso que lo mantiene en cifras de alrededor del 35%.

Figura 5.19 Evolución de la tasa de cesáreas en partos no atendidos por el Sistema Nacional de Salud



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado - Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada

Tasa de fractura de caderas en pacientes ingresados

La evitación de efectos adversos en los pacientes Ingresados es una clara preocupación de nuestro sistema sanitario. La seguridad del paciente se ha convertido en los últimos años en una parte importante del día a día asistencial. Los indicadores de seguridad del paciente se refieren a eventos que deberían ocurrir raramente, aunque eventos adversos aislados no significan necesariamente un problema de seguridad del paciente.

La tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados mide el número de altas hospitalarias con diagnóstico de fractura de cadera en cualquiera de los códigos de diagnóstico secundario sobre el total de altas.

Los datos son muy bajos con una tendencia estable tanto para hombres como para mujeres.

Tabla 5.25 Evolución de la tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados por cada 100 altas hospitalarias

Años	Total	Mujeres	Hombres
1997	0,06	0,06	0,05
1998	0,06	0,06	0,05
1999	0,05	0,05	0,05
2000	0,05	0,05	0,05
2001	0,05	0,05	0,05
2002	0,05	0,05	0,04
2003	0,05	0,05	0,05
2004	0,06	0,06	0,05
2005	0,05	0,05	0,05
2006	0,05	0,05	0,04
2007	0,05	0,05	0,05
2008	0,05	0,05	0,05
2009	0,05	0,05	0,04
2010	0,05	0,06	0,05
2011	0,05	0,05	0,04

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Registro CMBD de Altas de Hospitales de Sistema Nacional de Salud

Tabla 5.26 Tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados por cada 100 altas hospitalarias, según comunidad autónoma

	2009	2010	2011
Andalucía	0,04	0,04	0,04
Aragón	0,04	0,05	0,05
Asturias	0,05	0,04	0,05
Baleares	0,04	0,06	0,05
Canarias	0,03	0,03	0,04
Cantabria	0,06	0,04	0,06
Castilla y León	0,04	0,04	0,05
Castilla - La Mancha	0,06	0,07	0,04
Cataluña	0,04	0,05	0,04
Comunidad Valenciana	0,05	0,05	0,05
Extremadura	0,08	0,06	0,05
Galicia	0,04	0,05	0,05
Madrid	0,06	0,08	0,06
Murcia	0,06	0,06	0,06
Navarra	0,06	0,04	0,06
País Vasco	0,04	0,06	0,05
La Rioja	0,03	0,06	0,06
Ceuta	0,05	0,07	0,03
Melilla	0,03	0,03	0,03
España	0,05	0,05	0,05

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud

Mortalidad intrahospitalaria post-infarto agudo de miocardio

Los avances en el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos agudos se han traducido en notables mejoras del pronóstico de los pacientes potencialmente mortales. La mejora de las intervenciones tanto médicas como quirúrgicas y, en particular, la moderna medicina de cuidados intensivos, han disminuido el riesgo de muerte y discapacidad. Uno de los indicadores de medida de la calidad de la atención es la mortalidad intrahospitalaria post-infarto agudo de miocardio, que mide el número de altas hospitalarias por fallecimiento post-infarto en relación al total de altas post-infarto agudo de miocardio.

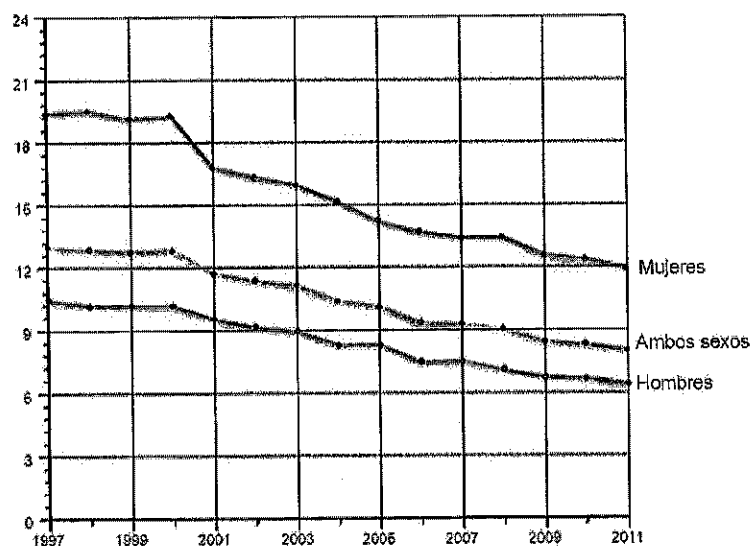
La tasa bruta por comunidades autónomas muestra en la mayoría de ellas una tendencia descendente.

Tabla 5.27 Mortalidad intrahospitalaria post-infarto agudo de miocardio por cada 100 altas por infarto agudo de miocardio por comunidades autónomas

Comunidad Autónoma	2008	2009	2010
Andalucía	9,9	9,0	8,9
Aragón	9,5	10,4	11,7
Asturias	10,4	10,6	9,3
Baleares	8,3	8,5	7,0
Canarias	7,4	6,4	7,2
Cantabria	8,5	8,3	8,8
Castilla y León	10,3	9,4	8,7
Castilla - La Mancha	8,9	7,2	8,2
Cataluña	8,4	7,9	7,6
Comunidad Valenciana	9,6	8,9	9,4
Extremadura	10,6	10,1	9,2
Galicia	9,0	7,7	7,5
Madrid	7,4	7,2	7,2
Murcia	8,6	8,7	8,4
Navarra	9,4	6,0	5,1
País Vasco	7,6	8,6	7,7
La Rioja	8,9	10,4	7,6
Ceuta	11,7	5,4	9,6
Melilla	7,2	14,8	17,6
España	9,0	8,4	8,3

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud

Figura 5.20 Evolución de la mortalidad intrahospitalaria post-infarto agudo de miocardio por cada 100 altas por infarto agudo de miocardio



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Registro CMBD de Altas de Hospitales de Sistema Nacional de Salud

Los datos de tendencia son claramente favorables tanto para hombres como para mujeres, aunque estas últimas tienen cifras mucho más altas. Las diferencias entre sexos es una constante en los países de nuestro entorno.

Satisfacción con la atención recibida durante la hospitalización

Los aspectos mejor valorados de la atención recibida durante la hospitalización son: el equipamiento y medios tecnológicos que ofrecen los hospitales (7,9); los cuidados y atención del personal de enfermería (7,4) y del personal médico (7,4), y la información que reciben los pacientes sobre la evolución de su problema de salud (7,4). En todas las ediciones del Barómetro Sanitario estos cuatro aspectos también fueron los más valorados.

Tabla 5.28 Valoración de la asistencia que se presta en los hospitales públicos

	2009	2010	2011
Aspectos de hostelería (comidas, aseos y comodidades generales de las habitaciones)	6,27	6,47	6,56
Los trámites administrativos para el ingreso	6,19	6,33	6,47
Tiempo de demora para el ingreso no urgente	4,54	4,74	4,84
Los cuidados y atención por parte del personal médico	7,19	7,24	7,35
Los cuidados y atención del personal de enfermería	7,25	7,26	7,44
El número de personas que comparten habitación	5,47	5,65	5,84
El trato recibido del personal no sanitario (celadores, administrativos)	6,89	6,83	6,97
El equipamiento y medios tecnológicos existentes en los hospitales	7,72	7,76	7,91
La información recibida sobre la evolución de su problema de salud	7,15	7,22	7,38
Los consejos del médico sobre alimentación, ejercicio, tabaco, alcohol, etc.	7,10	7,13	7,28

Observación: Con independencia de si estuvieron o no hospitalizadas. Escala de 1 [se valora "totalmente insatisfactorio"] a 10 [se valora "totalmente satisfactorio"].

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

El aspecto menos valorado es el tiempo de demora para ingreso no urgente (4,8), el único que se puntúa por debajo de 5 puntos. En todas las otras ediciones del Barómetro su calificación nunca ha superado ese valor, nivel mínimo para que se considere como aceptable (o aprobado).

Satisfacción con la atención recibida en las consultas de especialistas

En 2011 los aspectos mejor valorados de la atención recibida en las consultas de especialistas de la sanidad pública son: el número de especialidades a las que tienen acceso los pacientes (7,6); el equipamiento y medios tecnológicos que hay en los centros de especialidades (7,5) y el trato recibido del personal sanitario (7,4).

Los aspectos peor valorados se relacionan con tardanzas en la atención: el tiempo de espera que se produce hasta entrar en la consulta (5,6); el tiempo que tardan los resultados de las pruebas diagnósticas (5,0), que por primera vez aprueba su valoración, y el retraso en ser atendido por el médico desde que pide la cita (4,9).

Tabla 5.29 Valoración de las consultas de especialistas de la sanidad pública

	2009	2010	2011
El tiempo dedicado por el médico a cada usuario	6,30	6,50	6,59
El número de especialidades a las que se tiene acceso	7,36	7,47	7,59
El tiempo de espera hasta entrar en consulta	5,45	5,60	5,64
El conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada usuario	6,47	6,64	6,78
La confianza y seguridad que le transmite el médico	6,99	7,13	7,20
La facilidad para conseguir cita	5,41	5,60	5,66
El equipamiento y medios tecnológicos existentes en los centros	7,30	7,40	7,52
El trato recibido del personal sanitario	7,21	7,20	7,36
La información recibida sobre su problema de salud	7,03	7,13	7,24
Los consejos del médico sobre alimentación, ejercicio, tabaco y alcohol, etc.	6,90	6,98	7,08
El tiempo que tarda el médico en verle desde que pide cita	4,78	4,89	4,88
El tiempo que se tarda con las pruebas diagnósticas	4,72	4,87	5,00

Observaciones: Con independencia de si estuvieron o no hospitalizadas. Escala de 1 [se valora "totalmente insatisfactorio"] a 10 [se valora "totalmente satisfactorio"].

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

Conocimiento y expectativas de los ciudadanos sobre las demoras asistenciales

Las listas de espera siguen siendo un motivo de preocupación para los ciudadanos, indicando un campo de mejora y trabajo en este asunto.

Si se pregunta a los ciudadanos que piensan sobre la actuación que llevan a cabo las autoridades sanitarias para mejorar las listas de espera el 33,2% de ciudadanos cree que se realizan acciones, opinión que supone un empeoramiento de 3,7 puntos menos que en 2010. El 36,3% piensa que no se hacen actividades para la mejora y el 30,2% dice desconocer este extremo.

Tabla 5.30 "¿Cree Ud. que las autoridades sanitarias están llevando a cabo acciones destinadas a mejorar las listas de espera?"

	2009	2010	2011
Sí	41,3	36,9	33,2
No	35,4	33,5	36,3
No sabe	23,1	29,3	30,2
No contesta	0,2	0,3	0,3

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

Respecto a la evolución de las listas de espera los resultados muestran que casi la mitad de los ciudadanos (45,1%) consideran que el problema sigue igual; disminuye la proporción de quienes manifiestan que ha mejorado y aumenta la de quienes creen que ha empeorado y la de quienes no tienen opinión formada.

Tabla 5.31 "En general, ¿cree Ud. que durante los últimos doce meses el problema de las listas de espera...?"

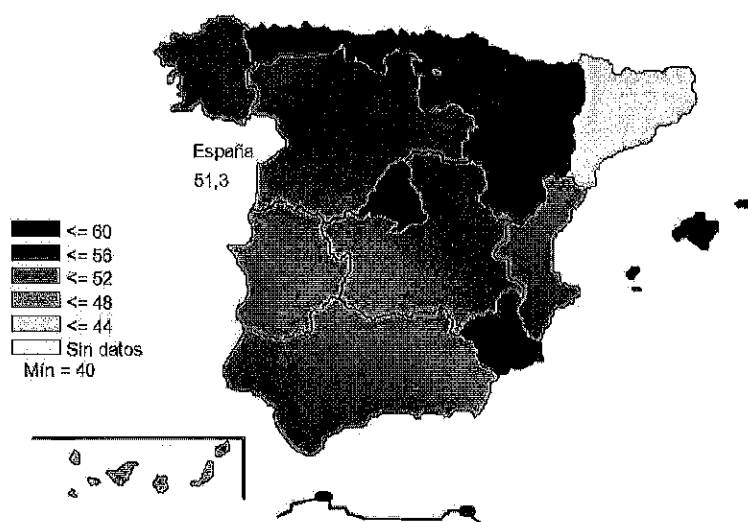
	2009	2010	2011
Ha mejorado	20,7	21,1	18,2
Ha empeorado	13,1	11,7	18,2
Sigue igual	50,8	49,7	45,1
No sabe	15,2	17,3	18,3
No contesta	0,1	0,2	0,2

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

5.2.10 Gasto sanitario público en atención especializada

El porcentaje del gasto sanitario público corriente dedicado a los servicios hospitalarios y especializados es del 51,3% y recoge la asistencia prestada por médicos especialistas y demás personal sanitario y no sanitario encaminada a conseguir el mantenimiento y mejora de la salud mediante las actividades asistenciales que se realizan en los hospitales y centros de especialidades. Comprende los servicios concertados para la actividad propia de este nivel asistencial, incluida la formación de médicos especialistas residentes. En los últimos nueve años ha crecido 5 puntos, en 2002 la proporción era de 46,3%.

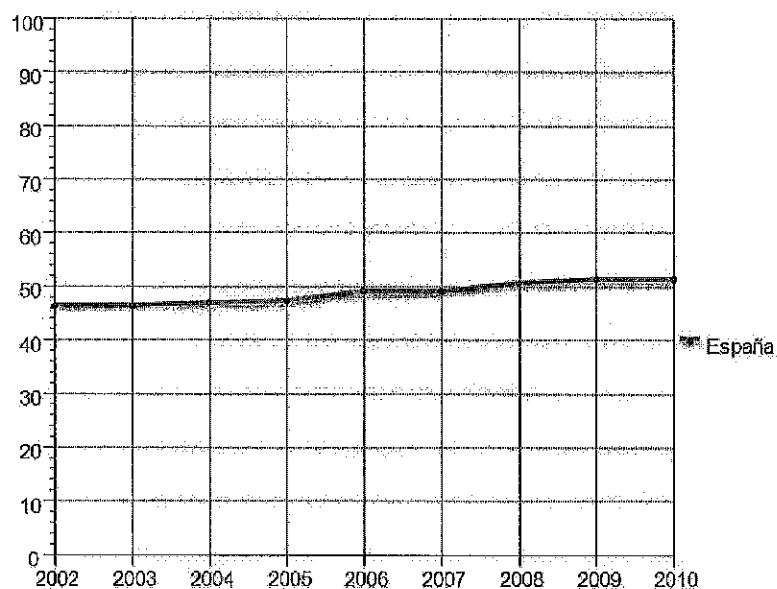
Figura 5.21 Porcentaje del gasto sanitario público corriente dedicado a los servicios de atención especializada



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Estadística del Gasto Sanitario Público, 2010

El gasto sanitario público corriente incluye el gasto financiado por el sistema público (excluido el gasto de capital), bien sea producido por medios propios como realizado con medios ajenos a través de conciertos de asistencia sanitaria.

Figura 5.22 Evolución del porcentaje del gasto sanitario público corriente dedicado a los servicios de atención especializada



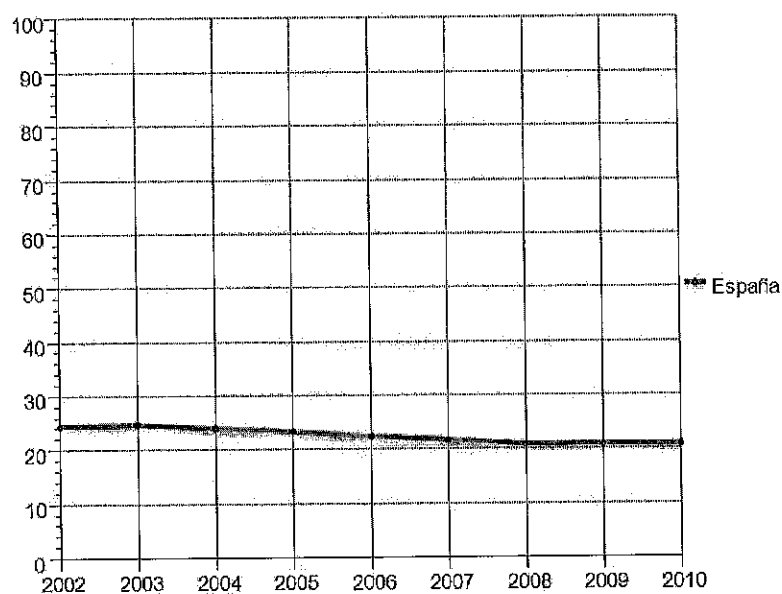
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Estadística del Gasto Sanitario Público, 2010

5.3 Medicamentos

5.3.1 Gasto en recetas

El gasto público en recetas médicas es del 20,8%. Este gasto no incluye los productos farmacéuticos que se dispensan directamente en las instituciones sanitarias. Esta cifra es inferior en más de 4 puntos (24,3%) a la que se tenía en el año 2002, con lo que la tendencia ha sido decreciente.

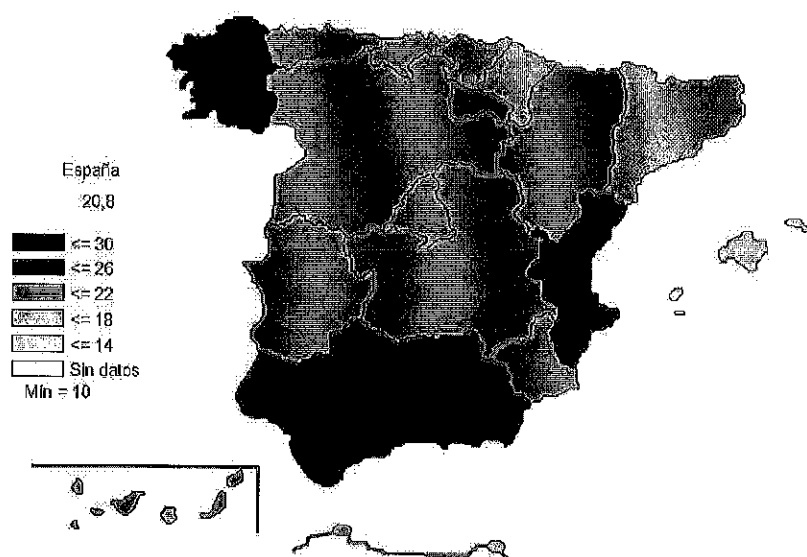
Figura 5.23 Evolución del porcentaje del gasto sanitario público en recetas médicas sobre el gasto sanitario público corriente



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Estadística del Gasto Sanitario Público

El gasto sanitario corriente incluye lo financiado por el sistema público (sin inversiones), bien sea producido por medios propios como realizado con medios ajenos a través de concertos.

Figura 5.24 Porcentaje del gasto sanitario público en recetas médicas sobre el gasto sanitario público corriente



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Estadística del Gasto Sanitario Público, 2010

El gasto sanitario total en medicamentos y productos sanitarios como porcentaje del Producto Interior Bruto (PIB) en España es del 1,8%. En la tabla adjunta se muestran cifras comparativas de los países europeos de la OCDE.

Tabla 5.32 Gasto total en medicamentos y productos sanitarios en % del PIB en países de la Unión Europea pertenecientes a la OCDE

	2008	2009	2010
Alemania	1,6	1,7	1,7
Austria	1,4	1,4	1,3
Bélgica	1,6	1,7	1,7
Dinamarca	0,8	0,8	0,8
Eslovaquia	2,2	2,4	2,4
Eslovenia	1,5	1,7	1,8
España	1,6	1,8	1,8
Estonia	1,2	1,6	1,4
Finlandia	1,2	1,3	1,2
Francia	1,8	1,9	1,9
Grecia	2,4	n.d.	n.d.
Hungría	2,3	2,5	2,6
Irlanda	1,5	1,7	1,7
Italia	1,6	1,6	1,6
Luxemburgo	0,6	n.d.	n.d.
Países Bajos	1,1	1,2	1,1
Polonia	1,6	1,7	1,6
Portugal	2,1	2,1	2,0
Reino Unido	1,0	n.d.	n.d.
República Checa	1,4	1,5	1,5
Suecia	1,2	1,3	1,2

Observaciones: El dato de Grecia en 2008 corresponde a 2007. En 2009 y 2010 no hay datos de Grecia, Luxemburgo y del Reino Unido

n.d.: no disponible

Fuente: OECD Health data 2012, versión en línea

5.3.2 Consumo de medicamentos

Los medicamentos más consumidos durante los últimos años, en términos de cantidad, por grupos corresponden al Sistema Cardiovascular (401,5 DDD por 1.000 habitantes/día) seguido del Sistema Digestivo y metabolismo (231,1 DDD por 1.000 habitantes/día) y del Sistema Nervioso (226,2 DDD por 1.000 habitantes/día). Según los datos recogidos de los informes de facturación de recetas del Sistema Nacional de Salud, que contienen los envases dispensados en oficinas de farmacia con cargo al Sistema Nacional de Salud, y medidos según Dosis Diarias Definidas (DDD).

Por fármacos los agentes antihipertensivos que actúan sobre el sistema renina-angiotensina, son los más consumidos (158,9 DDD por 1.000 habitantes/día) seguidos por los fármacos para la úlcera péptica y el reflujo gastro-esofágico (116,5, DDD por 1.000

habitantes/día) los hipolipemiantes (82,5 DDD por 1.000 habitantes/día) y los antidepresivos (61,2 DDD por 1.000 habitantes/día) mostrando en todos los casos una tendencia alcista en los últimos años.

La Dosis Diaria Definida (DDD) es la unidad técnica de medida que equivale a la dosis de mantenimiento por día para un adulto cuando el fármaco se utiliza en su indicación principal.

Tabla 5.33 Consumo de medicamentos con cargo a recetas del Sistema Nacional de Salud expresado en Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes, ordenados según pertenencia al grupo Anatomoterapéutico

Principales grupos clasificación ATC	2008	2009	2010
A Sistema digestivo y metabolismo	216,8	228,9	231,1
Antiácidos	2,7	2,5	2,4
Fármacos para la úlcera péptica y el reflujo gastroesofágico	100,8	109,6	116,5
Fármacos utilizados en la diabetes	60,4	62,0	55,8
B Sangre y órganos hematopoyéticos	104,6	108,3	120,8
C Sistema cardiovascular	373,5	389,0	401,5
Glucósidos cardíacos	4,9	4,6	4,4
Antiarrítmicos de clase I y III	3,0	2,9	3,0
Antihipertensivos	9,1	9,1	9,1
Diuréticos	41,9	44,9	44,8
Agentes beta-bloqueantes	20,8	20,8	21,3
Bloqueantes de canales de calcio	37,8	37,3	36,7
Agentes que actúan sobre el sistema renina-angiotensina	145,8	153,1	158,9
Agentes que reducen los lípidos séricos	66,7	74,0	82,5
G Aparato genito urinario y hormonas sexuales	33,0	34,1	36,1
Hormonas sexuales y moduladores del sistema genital	10,4	10,2	10,6
H Preparados hormonales sistémicos, excluidas las hormonas sexuales e insulinas	24,3	25,2	26,3
J Antiinfecciosos para uso sistémico	21,7	21,6	20,9
Antibacterianos para uso sistémico	19,7	19,7	19,9
M Sistema músculo-esquelético	84,9	88,3	87,7
Productos antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos	58,3	60,9	59,8
N Sistema nervioso	207,2	216,8	226,2
Analgésicos	32,2	35,0	36,5
Ansiolíticos	50,6	51,2	51,9
Hipnóticos y sedantes	24,9	25,8	26,8
Antidepresivos	55,0	57,7	61,2
R Sistema respiratorio	89,2	93,8	91,6
Medicamentos para enfermedades obstructivas de las vías respiratorias	44,3	45,4	44,1

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. OECD Health data 2012, versión en línea

Los fármacos utilizados en la diabetes muestran un consumo de 55,8 DDD por 1.000 habitantes/día.

El consumo de antiinfecciosos para uso sistémico es de 20,9 DDD por 1.000 habitantes/día. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad viene realizando campañas dirigidas tanto a los médicos como a los pacientes, con la finalidad de promover un uso prudente de los antibióticos y preservar su eficacia y evitar la aparición de resistencias bacterianas.

Tabla 5.34 Evolución del consumo de medicamentos genéricos como porcentaje del importe facturado, en algunos países de la Unión Europea

	Alemania	España	Francia	Italia	Portugal	Reino Unido	República Eslovaca
2000	31,9	2,9	n.d.	n.d.	0,1	20,5	46,3
2001	30,0	4,7	2,9	n.d.	0,3	17,0	43,7
2002	29,9	5,2	3,9	n.d.	1,9	18,9	40,9
2003	30,4	6,0	5,1	n.d.	6,4	22,6	40,5
2004	34,3	6,6	6,4	2,2	9,0	25,0	42,4
2005	34,6	7,4	7,4	3,0	14,0	24,9	40,7
2006	35,9	8,5	8,3	3,4	16,7	27,8	39,1
2007	36,4	9,2	9,3	4,9	19,5	27,3	37,4
2008	36,8	9,2	9,4	6,2	20,2	24,5	38,9
2009	35,9	9,4	10,4	6,0	19,6	26,4	39,4
2010	34,7	10,9	11,5	7,2	n.d.	27,6	39,9

Observaciones: n.d.: no disponible

Fuente: OECD Health Data 2012, versión en línea

Tabla 5.35 Evolución del consumo de medicamentos genéricos como porcentaje del número de envases facturados en algunos países de la Unión Europea

	Alemania	España	Francia	Italia	Portugal	Reino Unido	República Eslovaca
2000	46,7	3,1	n.d.	n.d.	0,1	65,6	79,6
2001	49,0	5,3	6,0	n.d.	0,3	68,5	77,1
2002	50,5	7,0	8,0	n.d.	1,3	70,8	75,2
2003	52,6	8,9	10,6	n.d.	4,7	71,5	74,5
2004	55,0	12,0	12,5	4,7	6,5	72,5	75,4
2005	59,3	14,1	14,9	5,7	10,4	73,6	75,0
2006	63,6	16,7	17,5	6,4	12,4	68,5	73,7
2007	67,6	20,9	19,5	8,1	14,9	70,8	72,5
2008	70,8	21,8	21,7	10,7	16,9	71,5	69,2
2009	72,4	23,8	22,6	11,6	20,1	72,5	68,2
2010	73,7	27,4	24,5	13,9	n.d.	73,6	68,0

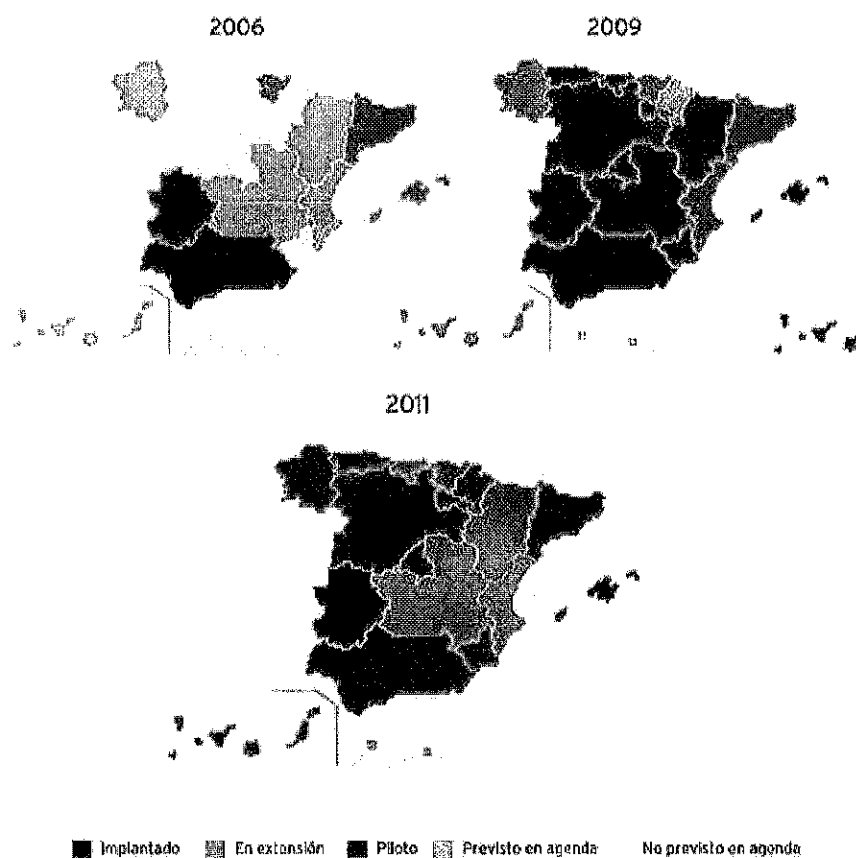
Observaciones: n.d.: no disponible
Fuente: OECD Health Data 2012, versión en línea

Si nos centramos en el consumo de genéricos en el Sistema Nacional de Salud el volumen dispensado a través de recetas va creciendo año a año y en 2010 representa el 27,4% del total, lo que en términos económicos suponen el 10,9 %. Aunque las cifras, tanto en volumen de consumo como en valor, están en franco crecimiento, todavía estamos lejos de la situación de los algunos países de nuestro entorno en la Unión Europea.

5.3.3 Conocimiento de los ciudadanos de la receta electrónica

En 2011, seis comunidades autónomas tienen implantada la receta electrónica en los centros de salud del SNS, cinco se encuentran en fase de extensión y otras seis están iniciando sus proyectos piloto.

Figura 5.25 Evolución de la implantación de la receta electrónica en los centros de salud del Sistema Nacional de Salud.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad-Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Tomado de la publicación "Las TIC en el Sistema Nacional de Salud. Programa Sanidad en Línea. Actualización 2011"

Con independencia del grado de implantación de la receta electrónica, más de la mitad de los ciudadanos, 52,2%, saben que existe este sistema de prescripción de medicamentos, aunque sólo el 27,8% lo ha usado.

Es todavía significativa la proporción de ciudadanos, 40,6%, no conocen su existencia.

Tabla 5.36 Grado de conocimiento de la receta electrónica

Sí, existe y ya la ha usado	27,8
Sí, existe pero a Ud. no le han hecho recetas por esa vía	24,4
No existe	7,0
No sé si existe	40,6
No contesta	0,2

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

5.3.4 Almacenamiento de medicamentos en los hogares

El consumo de especialidades farmacéuticas es un asunto de indudable importancia sanitaria, tanto por su repercusión en la factura del Sistema Nacional de Salud como por sus posibles consecuencias iatrogénicas por un uso inadecuado.

Un aspecto bien conocido por los ciudadanos y los profesionales sanitarios, es el acopio de medicamentos que se hace en multitud de hogares. Estos fármacos se suelen utilizar sin el debido control clínico y, en muy elevada proporción de casos, por quedar caducos acaban en la basura común o en una recogida selectiva. Pero este almacenamiento de fármacos lleva implícito, además, un gasto económico superfluo que, cuando menos, se podría minimizar reduciendo su volumen.

Con la finalidad de explorar el comportamiento de los ciudadanos acerca del acopio de medicamentos, el Barómetro incluyó en su edición 2011 tres preguntas. Los resultados muestran que sí se guardan y en una cuantía no despreciable.

Prácticamente una cuarta parte de los ciudadanos (23,7%) reconocen que en sus casas guardan envases enteros de medicamentos recetados por sus médicos.

Tabla 5.37 "Actualmente, ¿guarda Ud. en casa envases enteros de medicamentos recetados por su médico?"

	Total
Sí	23,7
No	75,9
No contesta	0,4

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

Tabla 5.38 "Y, ¿la mayoría de estos envases enteros son...?" Multirrespuesta

	Total
Medicamentos que le recetan por adelantado (para que no le falten)	48,6
Envases que le han quedado sin usar porque le cambiaron el tratamiento	35,3
Medicamentos que Ud. decidió no tomarse.	22,7
No contesta	6,3

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

A la mitad de las personas que guardan medicamentos se los habrían prescrito por adelantado para que no les faltasen en sus tratamientos (48,6 %). El 35,3% los habría acopiado porque no llegaron a utilizarlos porque les cambiaron los tratamientos, y el 22,7% los guardaron porque decidieron no tomarlos (a pesar de tenerlos prescritos por sus médicos).

Tabla 5.39 "¿Podría calcular, más o menos, cuántos envases son?"

Menos de 5	64,4
Entre 5 y 10	21,3
Entre 11 y 20	6,0
Más de 20	1,9
No sabe	1,7
No contesta	4,8

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

Casi 9 de cada 10 personas (85,7%) que almacenan medicamentos guardan entre 1 y 10 envases enteros.

5.4 Formación de los profesionales

5.4.1 Formación sanitaria especializada

Programas formativos oficiales de especialidades en Ciencias de la Salud

En 2011 el programa formativo oficial de la especialidad de Enfermería de Salud Mental se plasma a través de la Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo. Se trata de una actualización del programa previo que supone la ampliación del periodo formativo de la especialidad de 1 a 2 años.

Acreditación de centros y unidades docentes para la formación sanitaria especializada

Durante 2011 se iniciaron 358 nuevos expedientes de acreditación y se resolvieron 368, algunos de ellos iniciados en años previos.

Tabla 5.40 Acreditación de centros y unidades docentes para la Formación Sanitaria Especializada

	Total
Solicitudes tramitadas/recibidas	358
Resoluciones favorables	368
Acreditaciones Iniciales ¹	187
Re-acreditaciones	141
Incrementos capacidad docente	31
Incorporaciones de dispositivos a unidad docente	n.d.
Reducción de la capacidad docente	5
Desacreditaciones	6

Observaciones: Las resoluciones favorables de las acreditaciones iniciales incluyen nuevas acreditaciones de centros, unidades y dispositivos
n.d.: no disponible

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General de Ordenación Profesional, 2011

Oferta de plazas de formación sanitaria especializada

La oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada (FSE) de la Convocatoria 2011/12 se publicó a través de las órdenes ministeriales:

- Orden SPI/2549/2011, de 19 de septiembre, para médicos, farmacéuticos, químicos, biólogos, bioquímicos, psicólogos y radiofísicos hospitalarios
- Orden SPI/2548/2011, de 19 de septiembre, para las especialidades de enfermería

Desde la convocatoria de 2008/09 a la de 2011/12 se produjo un incremento global de las plazas ofertadas del 5.1%. Este incremento es consecuencia de la incorporación de nuevas especialidades de enfermería, así como, la consolidación de las especialidades de enfermería previas (matronas y enfermería de Salud Mental). Para las especialidades médicas, el número de plazas ofertadas en este periodo tiene una ligera reducción (-1.3%, que supone en números absolutos un total de 90 plazas).

¹ De las 368 resoluciones de acreditación, se destaca la acreditación de 65 Unidades Docentes Multiprofesionales (UDM), con un importante incremento en las plazas acreditadas para las especialidades de enfermería (EIR) y con una reacreditación de las plazas de las especialidades médicas (MIR)

Tabla 5.41 Evolución de la oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada

	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2008/09- 2011/12 % incremento
Médicos	6.797	6.948	6.874	6.707	-1,3%
Farmacéuticos	281	304	298	309	10,0%
Químicos	24	31	20	19	-20,8%
Biólogos	42	39	41	52	23,8%
Psicólogos	126	131	136	141	11,9%
Radiofísicos	33	34	34	34	3,0%
Enfermería	563	611	848	1.002	78,0%
TOTAL	7.866	8.098	8.251	8.264	5,1%

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General de Ordenación Profesional, 2011

En este período y de acuerdo con los estudios de necesidades de especialistas médicos realizados en 2007 y 2009 y las posibilidades presupuestarias, el Ministerio y la Comisión de Recursos Humanos del SNS realizaron un esfuerzo importante para lograr que la oferta por especialidades priorizara las especialidades definidas como deficitarias y redujera la oferta de las especialidades con superávit. En el caso de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, pese a ser considerada como deficitaria se produjo una reducción en la oferta de plazas de -1,7%, que debe contextualizarse en relación con el incremento de adjudicatarios y residentes en formación en este período.

Tabla 5.42 Evolución de la oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada en especialidades deficitaria

	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	% incremento
Anestesiología y reanimación	337	342	342	331	-1,8%
Cirugía ortopédica y traumatología	213	224	224	231	8,5%
Medicina familiar y comunitaria	1.892	1.904	1.919	1.860	-1,7%
Obstetricia y ginecología	260	277	273	266	2,3%
Pediatría y áreas específicas	395	410	418	423	7,1%
Urología	93	94	99	98	5,4%

Observaciones: Según el estudio realizado en el año 2009

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General de Ordenación Profesional, 2011

Tabla 5.43 Evolución de la oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada en especialidades con superávit

	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	% incremento
Alergología	58	59	60	57	-1,7%
Cirugía cardiovascular	29	27	26	20	-31,0%
Cirugía torácica	24	25	17	14	-41,7%
Hematología y hemoterapia	121	126	123	124	2,5%
Medicina física y rehabilitación	98	102	98	100	2,0%
Medicina nuclear	47	48	43	39	-17,0%
Nefrología	96	94	93	91	-5,2%
Neumología	110	116	114	110	0,0%
Neurofisiología clínica	51	47	38	42	-17,6%

Observaciones: Según el estudio realizado en el año 2009

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General de Ordenación Profesional, 2011

Desarrollo de las pruebas selectivas y adjudicación de plazas de Formación Sanitaria Especializada (FSE)

El número de aspirantes admitidos en las pruebas selectivas de la Convocatoria 2010/2011 (Orden SAS/2448/2010 y Orden SAS/2447/2010) ascendió a 33.746.

Tabla 5.44 Aspirantes admitidos a examen en la convocatoria 2010/11

Médicos	13.203
Farmacéuticos	1.278
Químicos	252
Biólogos	543
Psicólogos	3.113
Radiofísicos	286
Enfermeros	15.071
Totales	33.746

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General de Ordenación Profesional, 2011

Estas cifras suponen un 24% de incremento del número de aspirantes con respecto a la convocatoria previa (2009/10), debido principalmente al colectivo de enfermería, que creció un 70%, probablemente, en consonancia con el aumento en el número de plazas ofertadas para estos profesionales (848 plazas, un 38,7% más que el año anterior).

En el resto de titulaciones también se incrementó el número de aspirantes, si bien, en un porcentaje menor, salvo en la titulación de Medicina, donde desciende un 2% (13.203 frente a los 13.480 de la convocatoria de 2009/10).

La distribución por sexo de los aspirantes refleja que el 75,46 % de los aspirantes son mujeres.

En relación al número de aspirantes extranjeros admitidos a la prueba selectiva para médicos, la convocatoria 2010/11 presentó una reducción del 2,05% respecto al año anterior (6.039 frente a los 6.176 de la convocatoria 2009/10). De los aspirantes en esta edición, 551 procedían de países de la Unión Europea (539 el año pasado) y 5.488 eran extracomunitarios (5.637 en 2009/10). En relación a los aspirantes extracomunitarios, 3.945 estaban afectados por el cupo de plazas al no tener vínculos con nacionales de países miembros de la UE o carecer de permiso de residencia, es decir, que aspiraron, como máximo, a un 10% de las plazas ofertadas totales (688), en primer llamamiento, que podría aumentarse hasta 1.032 plazas en caso de requerirse segundo llamamiento.

Entre el 30 de marzo y el 25 de abril se celebraron los actos de adjudicación de las 8.251 plazas ofertadas en la convocatoria 2010/11, quedando sin adjudicar 4 plazas: 1 de medicina, 2 de farmacia y 1 para químicos. Todas ellas pertenecientes a centros privados con derecho a prestar conformidad previa al aspirante, que no ejercieron esta prerrogativa.

Tabla 5.45 Plazas adjudicadas en la convocatoria 2010/11

Médicos	6.873
Farmacéuticos	296
Químicos	20
Biólogos	40
Psicólogos	136
Radiofísicos	34
Enfermeros	848
Total	8.247

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General de Ordenación Profesional, 2011

Residentes en formación

En 2011, se iniciaron a la formación sanitaria especializada, 7.777 nuevos residentes que se incorporaron en el Registro Nacional de Especialistas en Formación. En este periodo se tramitaron y registraron las evaluaciones anuales y finales de 26.681 residentes en formación. Se emitieron 5.914 certificados oficiales de fin de formación y se enviaron al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte idéntico número de propuestas de concesión de título de especialista.

5.4.2 Formación continuada

En el año 2011, el Tribunal Constitucional dictó la sentencia 1/2011, de 14 de febrero de 2011, por la que resuelve los conflictos positivos de competencia 4824-2002, 4825-2002, 4826-2002, 4827-2002 y 4828-2002 (acumulados) y recurso de Inconstitucionalidad 1065-2004, interpuestos por la Diputación General de Aragón en relación con diversos convenios de colaboración en materia de formación continuada de las profesiones sanitarias, y respecto de los artículos 35.1 y 4 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

La Sentencia estima parcialmente los conflictos positivos de competencia y el recurso de inconstitucionalidad interpuestos, lo que implica:

- La acreditación, expedición de certificados, emisión de informes de evaluación y seguimiento, así como, la evaluación y supervisión de las actividades de formación continuada de los profesionales sanitarios corresponde a las Comunidades Autónomas y por tanto el Estado no puede delegarlas en otras corporaciones o instituciones de derecho público
- La competencia en materia de acreditación de actividades, programas y centros de atención continuada, corresponde a las comunidades autónomas con sujeción a las pautas, criterios y requisitos que establezca la Comisión de Formación Continuada

Actuaciones de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias

En 2011, el Pleno de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias acordó elaborar un documento de síntesis que englobe todos los acuerdos alcanzados desde su constitución, entre los que destacan:

- Actualización del procedimiento, criterios y requisitos para la acreditación de centros de formación continuada
- Actualización del procedimiento, criterios y requisitos para la acreditación de programas de formación continuada
- Reconocimiento mutuo entre sistemas acreditadores
- Propuesta procedimiento, criterios y requisitos para el desarrollo de los Diplomas de Acreditación y de Acreditación Avanzada
- Procedimiento ante auditorías no superadas: definición de las actuaciones ante discrepancias significativas entre la actividad acreditada y los resultados de la auditoría

Acreditación de cursos de segundo nivel de formación en protección radiológica para profesionales que realizan procedimientos de radiología intervencionista

Durante 2011, el número de cursos solicitados para la acreditación han sido 19 y el número de profesionales que lo han superado fueron 242.

Tabla 5.46 Acreditación de cursos de segundo nivel de formación en protección radiológica

Solicitudes de acreditación	19
Comunidades autónomas que han solicitado acreditación de cursos	9
Resoluciones acreditativas positivas, previo informe positivo de la Comisión Nacional de Radiofísica Hospitalaria	18
Cursos pendientes de completar la documentación necesaria	9
Cursos pendientes de documentación complementaria requerida por la CN de Radiofísica Hospitalaria	4
Participantes que han finalizado el curso con calificación de "aptos",	242

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011

6 Financiación y gasto sanitario

6.1 Presupuestos iniciales para la sanidad

La atención a la salud constituye uno de los principales instrumentos de las políticas redistributivas de la renta entre los ciudadanos españoles: cada persona aporta impuestos en función de su capacidad económica y recibe servicios sanitarios en función de sus necesidades de salud.

La asistencia sanitaria para enfermedad común y accidente no laboral en España es una prestación no contributiva financiada a través de los impuestos e incluida en la financiación general de cada comunidad autónoma.

Tabla 6.1 Presupuestos iniciales para la sanidad en millones de euros de la Administración General del Estado y Seguridad Social

	2009	2010	2011
Administración General de Estado y Seguridad Social (AGE y SS)			
Administración Central	2.607,7	2.464,0	1.694,2
Mutualismo Administrativo	2.060,5	2.104,7	2.088,4
Seguridad Social	1.828,4	1.935,1	1.635,8
Total AGE y SS sin consolidar con CCAA	6.496,6	6.503,8	5.418,3
(-)Transferencias a CCAA	1.702,9	1.607,5	898,6
Total AGE y SS consolidado con CCAA	4.793,6	4.896,2	4.519,6

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Para el año 2011 la previsión presupuestaria de las comunidades autónomas es de 57.408,5 millones de euros.

Tabla 6.2 Presupuesto inicial para la sanidad en millones de euros, por comunidad autónoma

COMUNIDAD AUTONOMA	2009	2010	2011
Andalucía	9.826,5	9.827,4	9.379,1
Aragón	1.879,7	1.907,6	1.849,1
Asturias	1.559,0	1.640,0	1.551,7
Baleares	1.257,5	1.176,3	1.176,3
Canarias	2.929,9	2.857,0	2.540,9
Cantabria	793,6	795,9	729,7
Castilla y León	3.408,7	3.518,6	3.461,6
Castilla - La Mancha	2.852,6	2.918,5	2.814,1
Cataluña	9.426,2	9.888,3	9.200,9
Comunidad Valenciana	5.660,0	5.720,3	5.515,3
Extremadura	1.717,7	1.664,3	1.572,1
Galicia	3.767,1	3.728,8	3.547,3
Madrid	7.122,5	7.081,2	7.134,4
Murcia	1.853,7	1.984,8	2.023,5
Navarra	906,9	986,8	971,9
País Vasco	3.546,4	3.630,3	3.506,2
La Rioja	452,6	412,0	434,3
Total	58.960,6	59.738,2	57.408,5

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

6.1.1 Gasto sanitario y su relación con el PIB

Los datos de España sitúan el gasto sanitario público, incluyendo gasto de cuidados de larga duración, en casi 75 mil millones de euros, lo que supone un 74,2% del gasto sanitario total del país, que asciende a casi 101 mil millones de euros. Como porcentaje del PIB, el gasto sanitario total en España es de 9,6%. El gasto sanitario público representa el 7,1% del PIB y supone un gasto por habitante de 1.622 euros.

Tabla 6.3 Gasto sanitario total: público y privado en millones de euros y porcentaje sobre el PIB

	2008		2009		2010	
	Millones de euros	% sobre PIB	Millones de euros	% sobre PIB	Millones de euros	% sobre PIB
Gasto sanitario público	71.169,6	6,5	75.395,3	7,2	74.732,3	7,1
Gasto sanitario privado	26.115,7	2,4	25.496,9	2,4	26.008,5	2,5
Gasto sanitario total	97.285,3	8,9	100.892,3	9,6	100.740,8	9,6

Observaciones: Cifras acordes con la metodología del Sistema de Cuentas de la Salud (System Health Account-SHA)

Fuente: OECD Health data 2012, versión en línea

Desde una dimensión funcional del gasto sanitario público, los servicios hospitalarios y especializados son los que representan la mitad del gasto (55,9% y 38.700 millones de euros), seguidos por la prestación farmacéutica, 19,3% (13.380 millones de euros) y los servicios de Atención Primaria de salud con 15,5% (10.700 millones de euros)

Tabla 6.4 Gasto sanitario público según clasificación funcional

	2008		2009		2010	
	Millones de euros	% sobre total	Millones de euros	% sobre total	Millones de euros	% sobre total
Servicios hospitalarios y especializados	36.767	55,2	39.001	55,5	38.700	55,9
Servicios primarios de salud	10.444	15,7	10.840	15,4	10.700	15,5
Servicios de salud pública	785	1,2	1.158	1,6	761	1,1
Servicios colectivos de salud	1.886	2,8	2.044	2,9	2.029	2,9
Farmacia	12.721	19,1	13.435	19,1	13.380	19,3
Traslado, prótesis y ap. terapéuticos	1.221	1,8	1.286	1,8	1.339	1,9
Gasto de capital	2.803	4,2	2.564	3,6	2.260	3,3
Gasto total consolidado	66.626	100	70.328	100	69.169	100

Observaciones: Cifras acordes con la Metodología de la Estadística de Gasto Sanitario Público. Los datos de los años 2009 y 2010 son provisionales

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Gasto Sanitario Público

En cuanto a la clasificación económico-presupuestaria, sin incluir el gasto en cuidados de larga duración, 4 de cada 10 euros del gasto sanitario público corresponde a la remuneración del personal, en números absolutos representa más de 31.000 millones de euros. La actividad concertada supone un 10,6 % (7.555 millones de euros) del gasto total.

Los servicios de salud pública suponen el 1,1% del gasto, aparentando un pequeño peso relativo debido a la definición y clasificación de los sistemas contables. En Atención Primaria se desarrollan actividades de salud pública, prevención y promoción que no se contabilizan de manera específica.

Tabla 6.5 Gasto sanitario público, composición según clasificación económico – presupuestaria en millones de euros y porcentaje sobre el total

	2008		2009		2010	
	Millones de euros	% sobre total	Millones de euros	% sobre total	Millones de euros	% sobre total
Remuneración del personal	29.025	42,2	31.329	43,3	31.038	43,6
Consumo intermedio	13.691	19,9	14.640	20,2	13.967	19,6
Consumo de capital fijo	224	0,3	274	0,4	284	0,4
Conciertos	7.644	11,1	7.538	10,4	7.555	10,6
Transferencias corrientes	15.295	22,2	15.834	21,9	16.037	22,5
Gasto de capital	2.949	4,3	2.701	3,7	2.341	3,3
Gasto total sectores	68.828		72.316		71.222	
(-) Transferencias intersectoriales	2.202		1.989		2.053	
Gasto total consolidado	66.626	100	70.328	100	69.169	100

Observaciones: Cifras acordes con la Metodología de la Estadística de Gasto Sanitario Público
Los datos de los años 2009 y 2010 son provisionales

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Gasto Sanitario Público

Los países de Unión Europea (UE-27) gastan de media 9,0 % del PIB, con un rango que va desde el 12% del PIB de Países Bajos, Alemania o Francia hasta el 6% del PIB de Estonia o Rumania.

Tabla 6.6 Gasto sanitario total como porcentaje del PIB en los países de la UE-27

	Gasto sanitario total % PIB		
	2008	2009	2010
Alemania	10,7	11,7	11,6
Austria	10,5	11,2	11,0
Bélgica	10,0	10,7	n.d.
Bulgaria	7,0	7,2	n.d.
Chipre	6,9	7,4	7,4
Dinamarca	10,2	11,5	11,1
Eslovaquia	8,0	9,2	9,0
Eslovenia	8,3	9,3	9,0
ESPAÑA	8,9	9,6	9,6
Estonia	6,0	7,0	6,3
Finlandia	8,3	9,2	8,9
Francia	11,0	11,7	11,6
Grecia	10,1	10,6	10,2
Hungría	7,5	7,7	7,8
Irlanda	8,9	9,9	9,2
Italia	8,9	9,3	9,3
Letonia	6,6	6,8	n.d.
Lituania	6,6	7,5	7,0
Luxemburgo	6,8	7,9	n.d.
Malta	8,3	8,5	8,6
Países Bajos	11,0	11,9	12,0
Polonia	6,9	7,2	7,0
Portugal	10,2	10,8	10,7
Reino Unido	8,8	9,8	9,6
República Checa	6,8	8,0	7,5
Rumania	5,4	5,6	6,0
Suecia	9,2	9,9	9,6
Total UE-27	8,4	9,2	9,0

Observaciones: Los datos de Bélgica no incluyen inversiones. Total UE-27 corresponde a la media aritmética. Cifras acordes con la metodología del Sistema de Cuentas de la Salud (System Health Account-SHA)

n.d.: no disponible

Fuente: OECD Health data 2012, versión en línea

Tabla 6.7 Gasto sanitario total por habitante en poder paritario de compra en dólares USA, en países de la UE-27

	1999	2010
Países Bajos	2.178,0	5.056,2
Luxemburgo	2.383,8	4.786,0
Dinamarca	2.410,5	4.463,9
Austria	2.761,7	4.394,8
Alemania	2.589,5	4.338,4
Francia	2.396,0	3.974,0
Bélgica	2.047,9	3.968,8
Suecia	2.129,5	3.757,7
Irlanda	1.573,6	3.718,2
Reino Unido	1.676,9	3.433,3
Finlandia	1.741,1	3.250,9
ESPAÑA	1.450,5	3.076,4
Italia	1.884,7	2.963,7
Grecia	1.467,7	2.913,7
Portugal	1.328,8	2.727,7
Eslovenia	1.303,5	2.428,5
Malta	1.415,1	2.272,7
Eslovaquia	598,8	2.095,5
Chipre	1.079,0	1.972,6
República Checa	938,4	1.883,6
Hungría	809,9	1.600,5
Polonia	567,5	1.388,7
Estonia	513,9	1.293,8
Lituania	480,9	1.280,5
Letonia	385,5	1.194,0
Rumania	208,3	595,8
Bulgaria	n.d.	n.d.

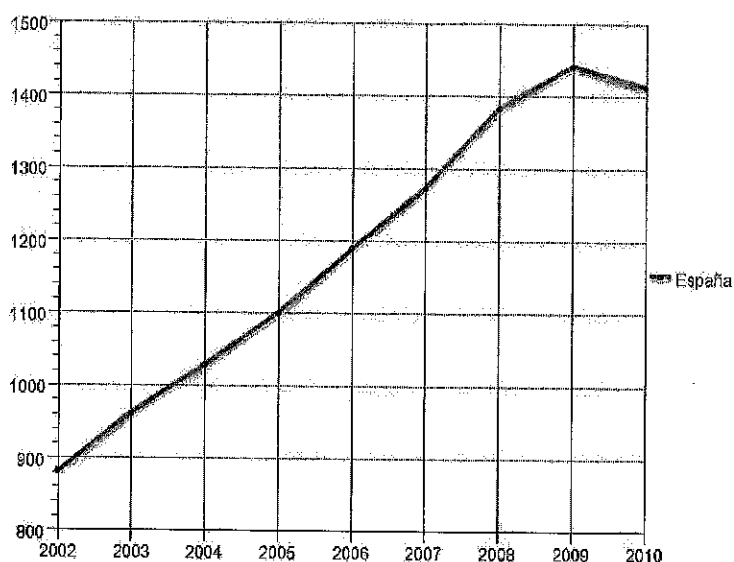
Observaciones: Los datos se ordenan en función de la variable "gasto sanitario total por habitante (en dólares USA) correspondiente al año 2010. No hay datos de Bulgaria. En Chipre y Letonia los datos corresponden al año 2008. En Lituania, Luxemburgo y España, los datos corresponden al año 2009
n.d.: no disponible

Fuente: OMS (HFA-DB) 2012, versión en línea

6.1.2 Gasto sanitario público por habitante protegido

El gasto sanitario público por habitante protegido del conjunto de los Servicios de Salud de las comunidades autónomas y de las ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla (INGESA), y de las respectivas administraciones territoriales sanitarias, es de más de 1.400 euros al año, en el año 2010. En el año 2002 era de 881 euros.

Figura 6.1 Evolución del gasto sanitario público territorializado en euros por habitante protegido



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Estadística del Gasto Sanitario Público, 2012

Para realizar el cálculo en el cómputo de gasto no se ha incluido el ocasionado en los servicios sanitarios prestados por el resto de los agentes de la Administración del Estado.

Como habitante protegido se ha considerado la población del Padrón Municipal a 1 de enero del año de referencia menos los colectivos del mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) protegidos mediante conciertos con aseguradoras privadas, a 31 de diciembre del año anterior.

Tabla 6.8 Gasto sanitario público, territorializado por habitante protegido en euros

COMUNIDAD AUTONOMA	2008	2009	2010
Andalucía	1.330,6	1.310,5	1.264,8
Aragón	1.512,1	1.610,8	1.562,4
Asturias	1.481,3	1.661,8	1.589,7
Baleares	1.265,3	1.301,1	1.464,0
Canarias	1.446,3	1.494,3	1.418,4
Cantabria	1.378,1	1.429,1	1.501,0
Castilla y León	1.510,3	1.472,1	1.505,6
Castilla - La Mancha	1.303,7	1.504,7	1.465,2
Cataluña	1.380,4	1.449,5	1.465,5
Comunidad Valenciana	1.273,0	1.353,3	1.380,8
Extremadura	1.616,0	1.695,0	1.666,5
Galicia	1.442,1	1.507,1	1.438,5
Madrid	1.261,0	1.335,0	1.207,2
Murcia	1.581,6	1.646,2	1.609,0
Navarra	1.513,7	1.633,6	1.606,2
País Vasco	1.579,7	1.692,1	1.687,5
La Rioja	1.548,7	1.515,0	1.546,7
Ceuta	1.516,1	1.565,1	1.573,6
Melilla	1.730,4	1.723,7	1.644,0
España	1.382,4	1.440,8	1.412,8

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud

7 Estado de salud y estilos de vida de la población española

A 1 de enero de 2011, residen en España 47,2 millones de habitantes, con un ligero predominio de las mujeres (50,7%). El grupo de edad de menores de 16 años supone casi el 16% y el de 65 y más años más del 17%.

Tabla 7.1 Estructura de la población, porcentaje según grupos de edad y sexo

Grupo de edad	Población	% sobre el total
0-15	7.446.863	15,8
16-44	19.729.393	41,8
45-64	11.920.680	25,3
65 y más años	8.093.557	17,2
Total	47.190.493	100,0

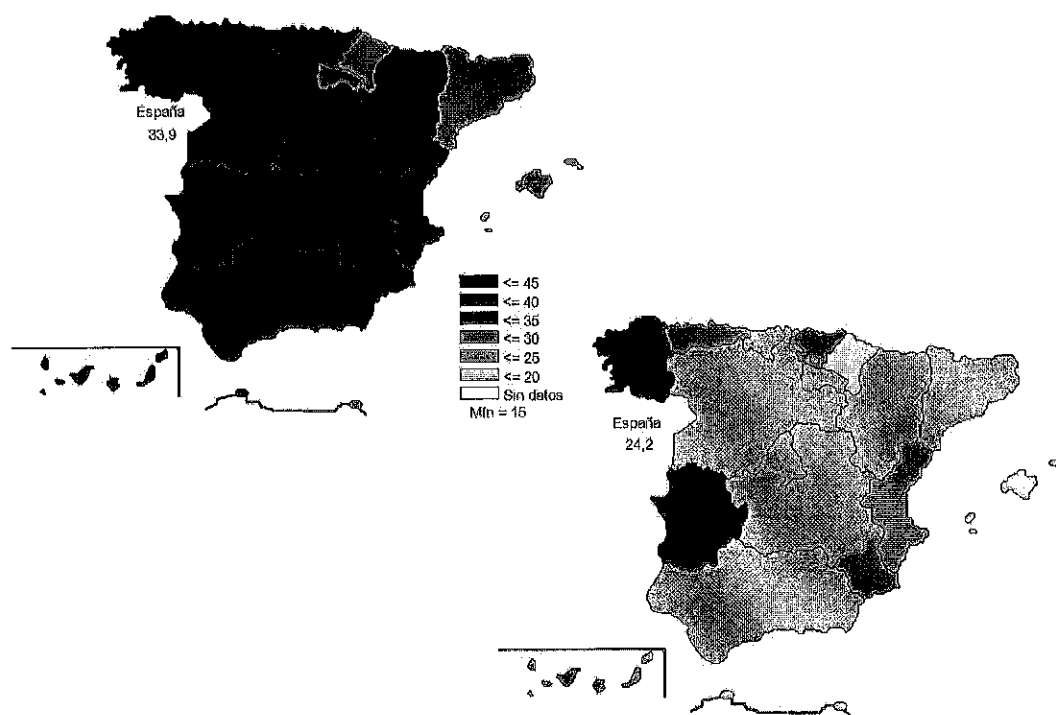
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Cifras Oficiales de Población

7.1 Situación de salud

7.1.1 Autovaloración del estado de salud

La percepción que una población tiene de su estado de salud es un buen predictor de su situación de salud y de la utilización de los servicios sanitarios. En España para el total de la población, 2 de cada 10 habitantes considera que su salud es mala o muy mala, los datos por sexos muestran que los hombres tienen una menor percepción negativa que las mujeres.

Figura 7.1 Autovaloración negativa del estado de salud, distribución porcentual



Fuente: Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística (INE) Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Encuesta Europea de Salud en España ,2009

Tabla 7.2 Autoevaluación negativa del estado de salud: distribución porcentual en el total de la población, según sexo

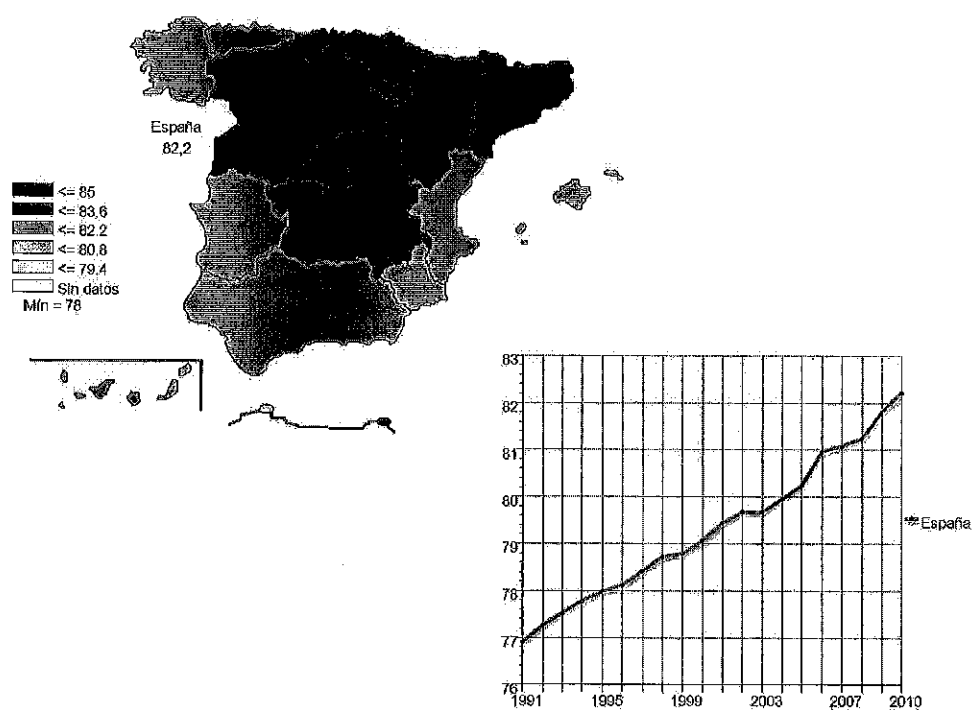
	2003	2006	2009
Total	28,7	30,0	29,1
Mujeres	32,9	35,0	33,9
Hombres	24,3	24,9	24,2

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística (INE) Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) Encuesta Europea de Salud en España

7.1.2 Esperanza de vida y esperanza de vida en buena salud

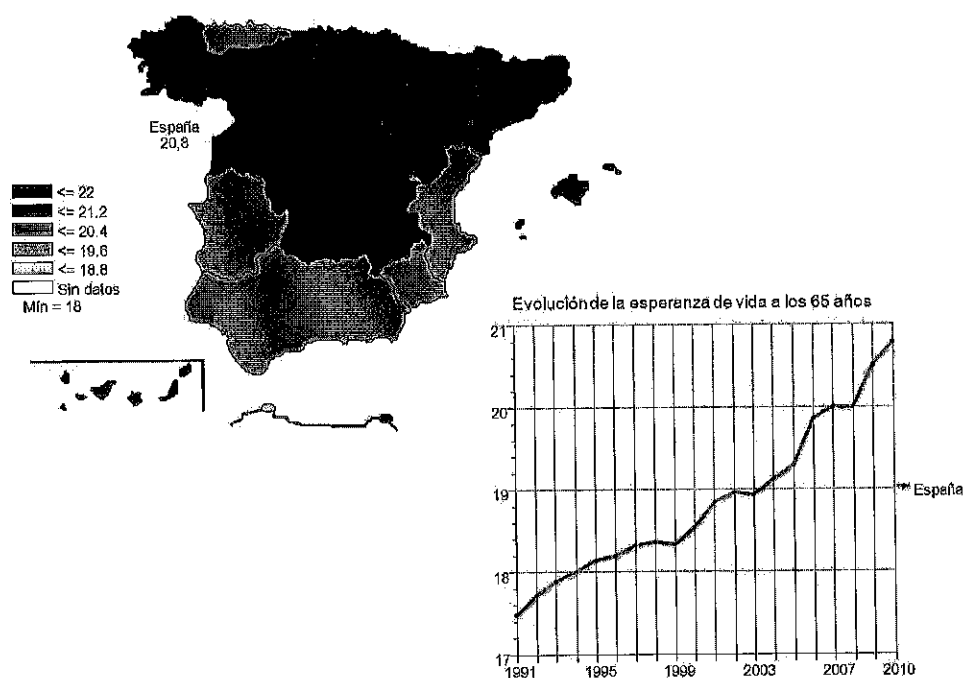
Para el conjunto de la población, España (2010) presenta una esperanza de vida al nacimiento de 82,2 años, una cifra mayor que la media de 79,7 años de la UE-27. Por sexos la esperanza de vida al nacer de las mujeres y hombres españoles es de 85,3 años y 79,1 años, respectivamente. Para los habitantes de la UE-27 estas cifras están en 82,6 años para las europeas y 76,7 para los europeos.

Figura 7.2 Esperanza de vida al nacer



Fuente: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2010

Figura 7.3 Esperanza de vida a los 65 años



Fuente: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2010

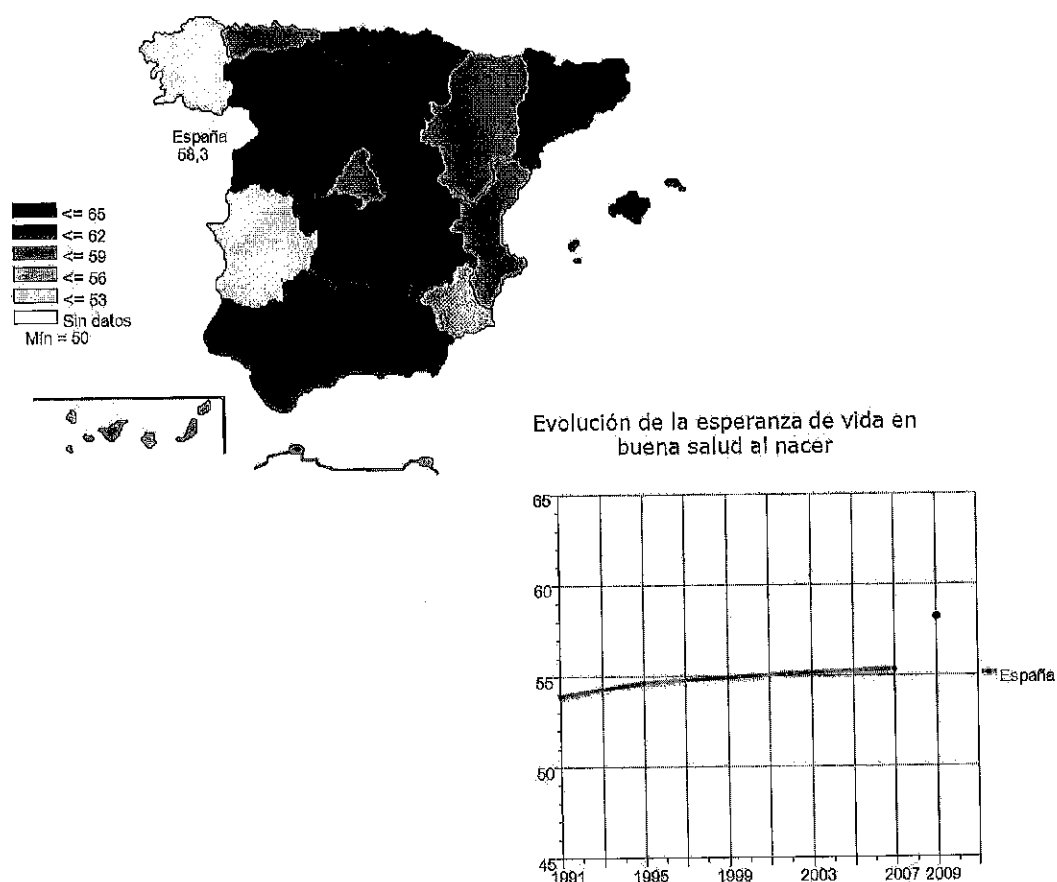
Tabla 7.3 Esperanza de vida al nacer y a los 65 años según sexo y comunidad autónoma

	Al nacer		A los 65 años	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
UE-27	82,6	76,7	20,9	17,3
España	85,3	79,1	22,7	18,6
Andalucía	84,0	77,9	21,5	17,6
Aragón	85,6	79,5	23,1	18,9
Asturias	84,9	77,5	22,5	17,7
Baleares	84,7	79,0	22,1	18,6
Canarias	85,2	79,1	22,7	18,8
Cantabria	86,0	78,6	23,6	18,5
Castilla y León	86,6	79,9	24,0	19,3
Castilla - La Mancha	85,7	80,3	22,9	19,5
Cataluña	85,6	79,4	23,0	18,8
Comunidad Valenciana	84,6	78,8	22,0	18,2
Extremadura	84,4	78,2	22,0	17,9
Galicia	85,4	78,6	22,9	18,6
Madrid	86,6	80,8	23,8	19,6
Murcia	84,7	79,2	21,9	18,4
Navarra	87,0	81,0	23,9	19,8
País Vasco	86,0	79,4	23,6	18,8
La Rioja	86,1	80,5	23,0	19,3
Ceuta	82,0	75,8	20,8	16,9
Melilla	85,1	79,3	22,3	18,3

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Instituto Nacional de Estadística

La esperanza de vida a los 65 años muestra la misma tendencia, siendo superior también en España (20,8 años) a la de la UE-27 (19,1 años). Por sexo las mujeres españolas a los 65 años tienen una esperanza de vida de 22,7 años frente a los 20,9 de las europeas de la UE-27, los hombres españoles tienen 18,6 años frente a los 17,3 de hombres de la UE-27.

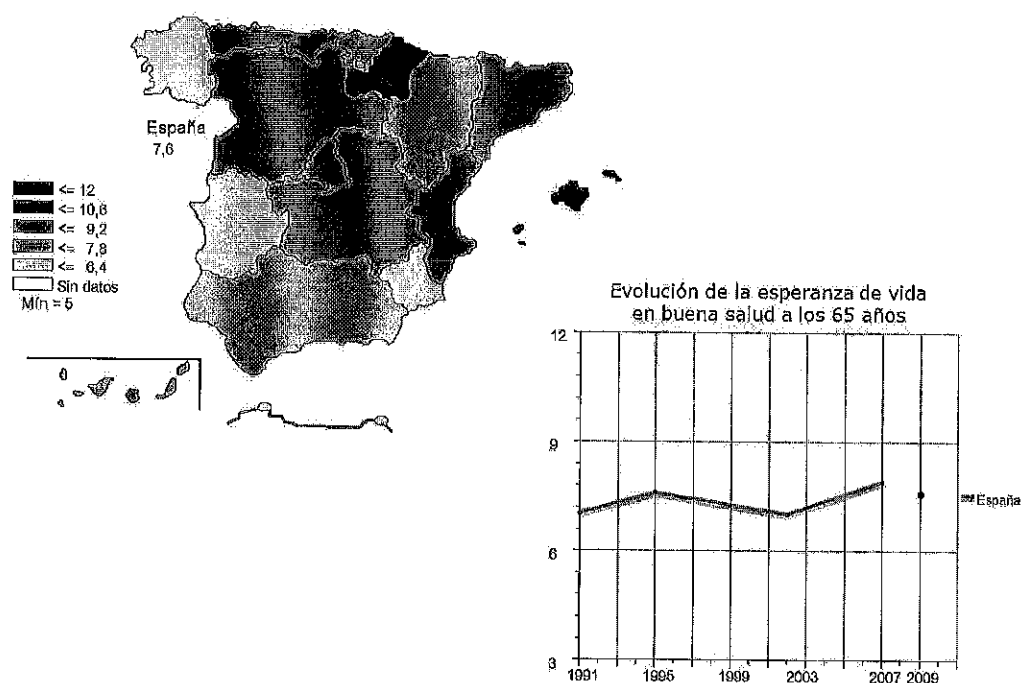
Figura 7.4 Esperanza de vida en buena salud al nacer



Observaciones: Los datos del año 2009 deben ser tomados con cautela en espera de confirmación en próximas estimaciones.
Fuente: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, Tablas de mortalidad (INE) y Encuesta Europea de Salud en España 2009

El crecimiento que muestran los datos del año 2009 puede ser un reflejo de una cierta inestabilidad en la valoración de la salud percibida, aunque no pueden ser descartadas cuestiones metodológicas, en cualquier caso las cifras deben ser tomada con cautela y esperar que sean confirmados en estimaciones posteriores cuando se disponga de los datos de autovaloración del estado de salud de la Encuesta Nacional de Salud 2011/2012.

Figura 7.5 Esperanza de vida en buena salud a los 65 años



Fuente: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, Tablas de mortalidad (INE) y Encuesta Europea de Salud en España 2009

Los datos del año 2009 puede ser un reflejo la inestabilidad en la valoración de la salud percibida, aunque no pueden ser descartadas cuestiones metodológicas, en cualquier caso las cifras deben ser tomada con cautela y esperar que sean confirmados en estimaciones posteriores cuando se disponga de los datos de autovaloración del estado de salud de la Encuesta Nacional de Salud 2011/2012.

Tabla 7.4 Esperanza de vida en buena salud al nacer y a los 65 años según sexo y comunidad autónoma

	Al nacer		A los 65 años	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
COMUNIDAD AUTÓNOMA	2009	2009	2009	2009
Andalucía	59,1	60,5	6,5	6,7
Aragón	55,6	61,1	6,3	9,1
Asturias	57,5	59,1	7,5	9,5
Baleares	61,2	61,5	10,6	8,3
Canarias	55,3	57,0	7,1	8,6
Cantabria	59,8	61,9	8,5	8,5
Castilla y León	60,6	64,7	8,3	10,2
Castilla - La Mancha	55,8	62,5	6,5	10,7
Cataluña	60,6	60,9	8,4	8,5
Comunidad Valenciana	57,4	57,3	7,3	8,6
Extremadura	49,2	56,2	4,5	7,4
Galicia	51,5	53,5	4,4	6,4
Madrid	56,8	60,9	8,1	8,5
Murcia	50,8	56,3	4,7	6,5
Navarra	63,9	64,1	12,0	10,0
País Vasco	60,5	60,0	8,2	8,8
La Rioja	63,9	62,8	8,9	10,2
Ceuta	56,9	59,7	4,0	7,8
Melilla	56,9	59,7	4,0	7,8
España	57,1	59,4	7,1	8,3

Fuente: Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad. Indicadores clave del SNS. Instituto Nacional de Estadística

Esperanza de vida en buena salud

La esperanza de vida en buena salud son aquellos años vividos sin limitación de la actividad y es equivalente a la esperanza de vida libre de discapacidad.

Un amplio abanico de factores afecta a la esperanza de vida y al número de años vividos con buena salud; una mayor renta nacional, como la que mide el producto interior bruto per cápita, está generalmente asociado con una mayor esperanza de vida al nacer y también con la esperanza de vida en buena salud, aunque también se sabe que esta relación es menos pronunciada en los niveles altos de renta nacional. Se sabe que muchos otros factores además del gasto en salud juegan un papel determinante en el número de años de vida saludable; algunos factores que explican el aumento de la esperanza de vida a los 65 años incluyen los avances en los cuidados médicos, mejor accesibilidad a la atención

sanitaria, estilos de vida más sanos y mejores condiciones de vida antes y después de los 65 años; y tanto para hombres como para mujeres, las personas con mayor nivel de educación probablemente vivan más.

Recientes estudios han demostrado que altos niveles educativos estaban asociados con alta esperanza de vida sin discapacidad a los 65 años y tanto para hombres como para mujeres, las diferencias fueron mayores en la esperanza de vida sin discapacidad que en la esperanza de vida.

En España, en 2009, la esperanza de vida en buena salud al nacer se situó para las mujeres de 57,1 años y para los hombres de 59,1. Por comunidades autónomas, las mayores esperanzas de vida en buena salud al nacer se encuentran en las mujeres de Navarra y La Rioja (63,9 años en ambas) y en los hombres, en Castilla y León (64,7). Las esperanzas de vida en buena salud al nacer más bajas se encuentran, en mujeres, en Extremadura (49,2 años) y en hombres, en Galicia (53,5).

La esperanza de vida en buena salud a los 65 años es de 7,1 años para las mujeres y de 8,3 años para los hombres. Las mujeres de Navarra presentan la mejor esperanza de vida en buena salud a los 65 años (12 años) y las mujeres de Ceuta y Melilla (4 años ambas) la peor. En cuanto a los hombres, la mejor esperanza de vida en buena salud fue la de Castilla -La Mancha (10,7 años) y la peor fue la de Galicia (6,4 años).

La esperanza de vida en buena salud, tanto al nacer como a los 65 años, fue peor en las mujeres; comparadas con los hombres, las mujeres viven más años y una mayor proporción de ellos con mala salud.

7.1.3 Defunciones por las principales causas de muerte

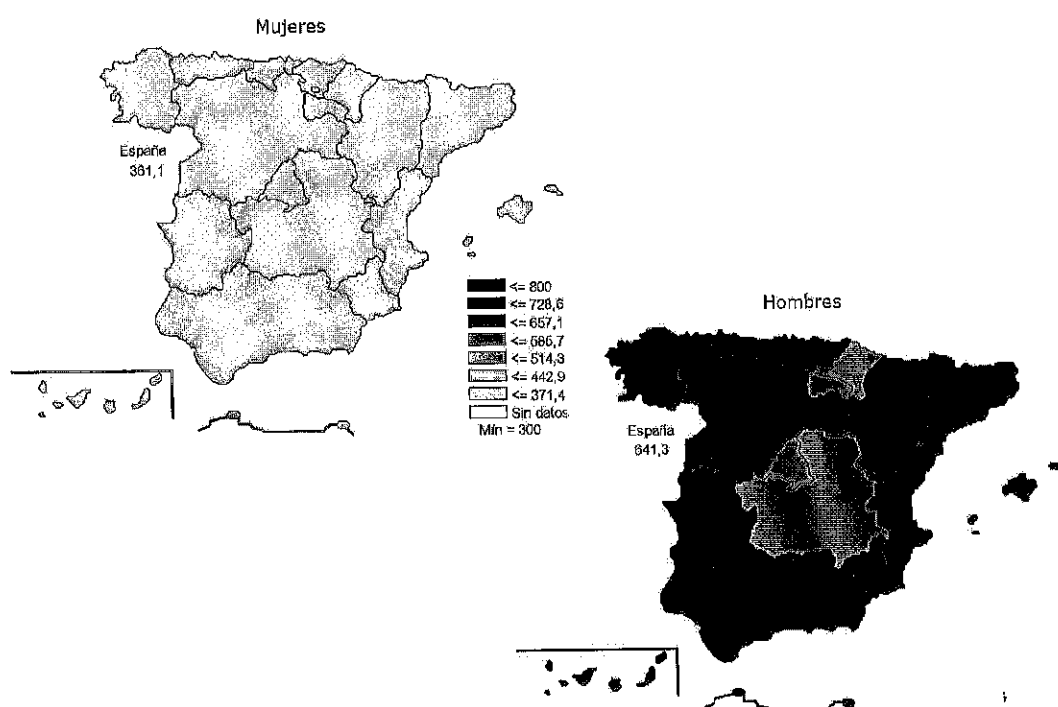
En términos absolutos el número de defunciones en España en el año 2010 ha sido de 382.047 (183.926 mujeres y 198.121 hombres), con una tasa bruta de mortalidad de 829,2 fallecidos por cada 100.000 habitantes (786,8 fallecidas por cada 100.000 mujeres y 872,9 por cada 100.000 hombres).

Tabla 7.5 Número de defunciones y tasa bruta de mortalidad por 100.000 habitantes

	2008		2009		2010	
	Nº Defunciones	Tasas 100.000 hab.	Nº Defunciones	Tasas 100.000 hab.	Nº Defunciones	Tasas 100.000 hab.
Hombres	199.647	886,8	199.095	878,2	198.121	872,9
Mujeres	186.677	808,8	185.838	799,0	183.926	786,8
Total	386.324	847,3	384.933	838,1	382.047	829,2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Mortalidad por causa de muerte

Figura 7.6 Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes ajustada por edad y sexo



Elaboración Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Año 2010
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), Mortalidad por sexo

Los datos por causa muestran un perfil epidemiológico ya clásico en España, similar al de los países de su entorno socioeconómico: enfermedades cardiovasculares, cerebro-vasculares y cáncer como primeras causas de muerte. La mortalidad por enfermedades cardiovasculares, primera causa de muerte en España, representa el 31,2% del total de defunciones.

Dentro del grupo de las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades isquémicas del corazón, son la primera causa de muerte entre los hombres (20.226

defunciones) y las enfermedades cerebrovasculares la principal entre las mujeres (17.529 defunciones).

Dentro de los tumores el responsable de mayor mortalidad fue el cáncer de bronquios y pulmón (20.755 fallecidos). Por sexo, el cáncer que más muertes causó entre los hombres fue el de bronquios y pulmón (17.303 fallecidos) y en las mujeres el de mama (6.295 fallecimientos).

Tabla 7.6 Defunciones por las principales causas de muerte según sexo

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Todas las causas	382.047	198.121	183.926
Enfermedad isquémica del corazón	35.268	20.226	15.042
Enfermedades cerebrovasculares	30.161	12.632	17.529
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	20.755	17.303	3.452
Insuficiencia cardíaca	16.038	5.598	10.440
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	15.676	11.644	4.032
Trastornos mentales	14.821	5.058	9.763
Enfermedad de Alzheimer	11.343	3.426	7.917
Tumor maligno del colon	11.241	6.527	4.714
Diabetes mellitus	9.799	4.108	5.691
Enfermedades hipertensivas	9.474	3.124	6.350
Neumonía	7.525	3.771	3.754
Nefritis, síndrome nefrítico y nefrosis	6.462	3.171	3.291
Tumor maligno de la mama	6.371	76	6.295
Tumor maligno de la próstata	5.875	5.875	0
Tumor maligno del estómago	5.851	3.601	2.250
Tumor maligno del páncreas	5.716	3.000	2.716

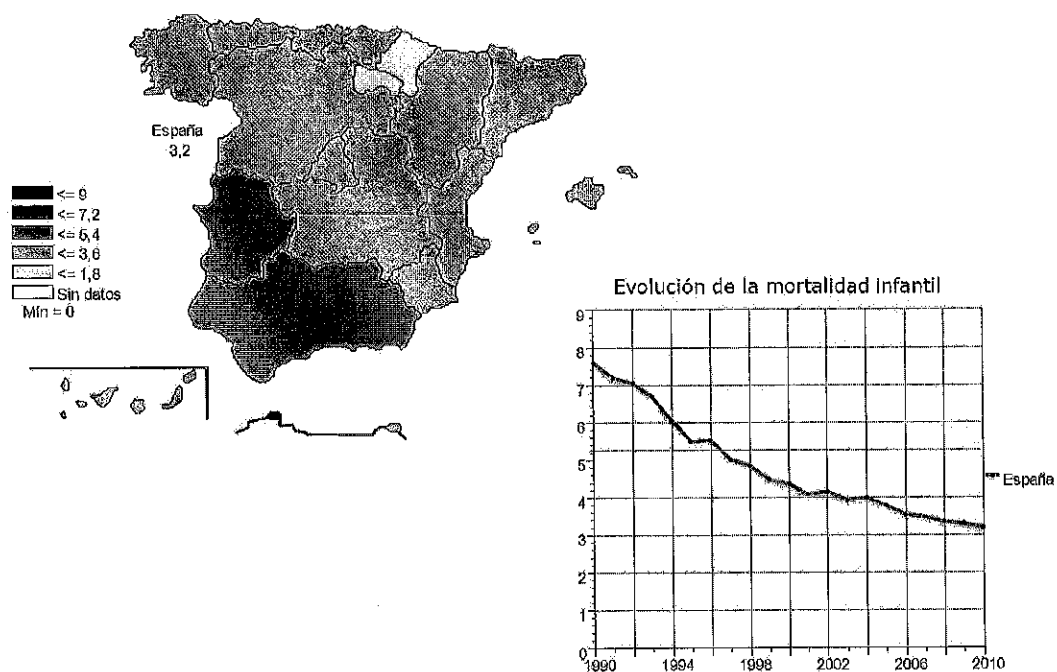
Observaciones: Se incluyen las causas de muerte con un peso relativo igual o superior al 1,5% y se ordenan según el peso relativo.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), Mortalidad por causa de muerte, 2010

7.1.4 Mortalidad infantil

La mortalidad infantil, con una evolución manifiestamente descendente, presenta en España cifras bajas. Solo 3 de cada 1.000 nacidos vivos mueren en el primer año de vida, 2 en el periodo neonatal y 1 en el periodo postneonatal. Por sexo, hay un ligero predominio de los fallecimientos de niños (3,3) frente al de niñas (3,1).

Figura 7.7 Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2010

La mortalidad perinatal también presenta en España una tendencia decreciente situándose en cifras de alrededor de 4 fallecidos por 1.000 nacidos vivos. La mortalidad perinatal incluye las defunciones fetales y las defunciones de los nacidos vivos dentro de los siete primeros días de vida y se considera que está claramente relacionada con los servicios sanitarios: grado de desarrollo, acceso, cobertura o calidad.

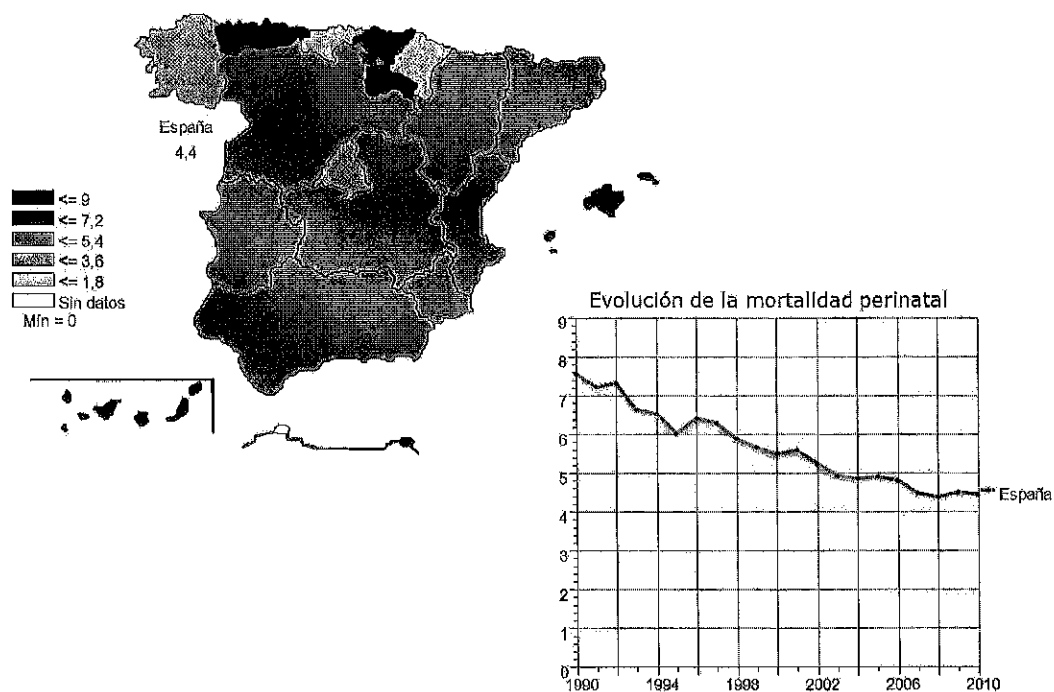
Tabla 7.7 Mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos y sus componentes: mortalidad neonatal, postneonatal y perinatal por 1.000 nacidos vivos

	2008			2009			2010		
	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres
Mortalidad infantil	3,3	3,0	3,7	3,3	3,0	3,5	3,2	3,1	3,3
Mortalidad neonatal	2,1	1,9	2,4	2,1	2,0	2,3	2,1	2,0	2,2
Mortalidad postneonatal	1,2	1,1	1,3	1,1	1,0	1,2	1,1	1,1	1,1
Mortalidad perinatal	4,4	4,0	4,7	4,5	4,3	4,7	4,4	4,4	4,4

Observaciones: *Mortalidad infantil*: nº de muertes de niños antes de cumplir un año de vida. *Mortalidad neonatal*: nº de muertes de niños de menos de 28 días de vida. *Mortalidad postneonatal*: nº de muertes de niños de más de 28 días y menos de un año. *Mortalidad perinatal*: nº de muertes de fetos de 24 semanas o más de gestación y nº de muertes en los primeros siete días de vida.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Mortalidad infantil y perinatal

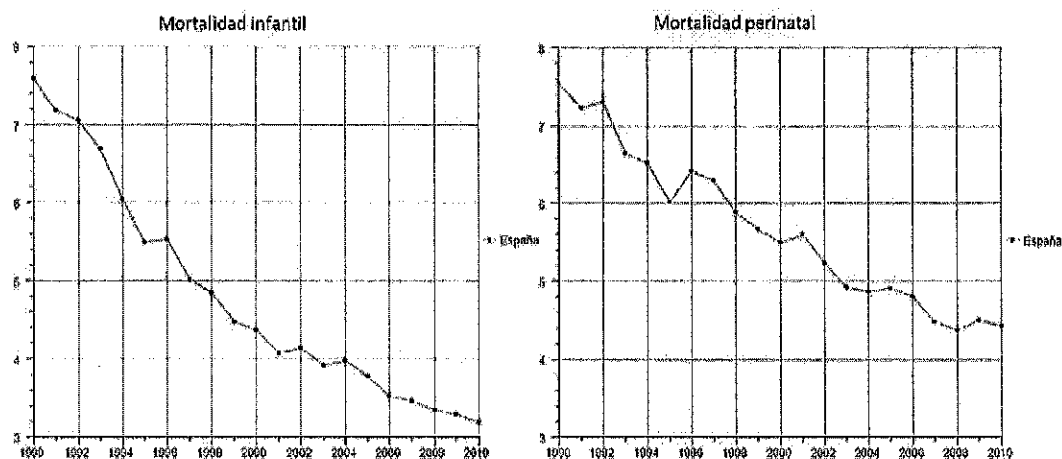
La mortalidad perinatal incluye las defunciones fetales y las defunciones de los nacidos vivos dentro de los siete primeros días de vida y se considera que está claramente relacionada con los servicios sanitarios: grado de desarrollo, acceso, cobertura o calidad. La mortalidad perinatal presenta en España una tendencia decreciente situándose en cifras de alrededor de 4 fallecidos por 1.000 nacidos vivos.

Figura 7.8 Tasa de mortalidad perinatal por cada 1.000 nacidos vivos



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Movimiento Natural de la Población

Figura 7.9 Evolución de las tasas de mortalidad infantil y mortalidad perinatal por 1.000 nacidos vivos

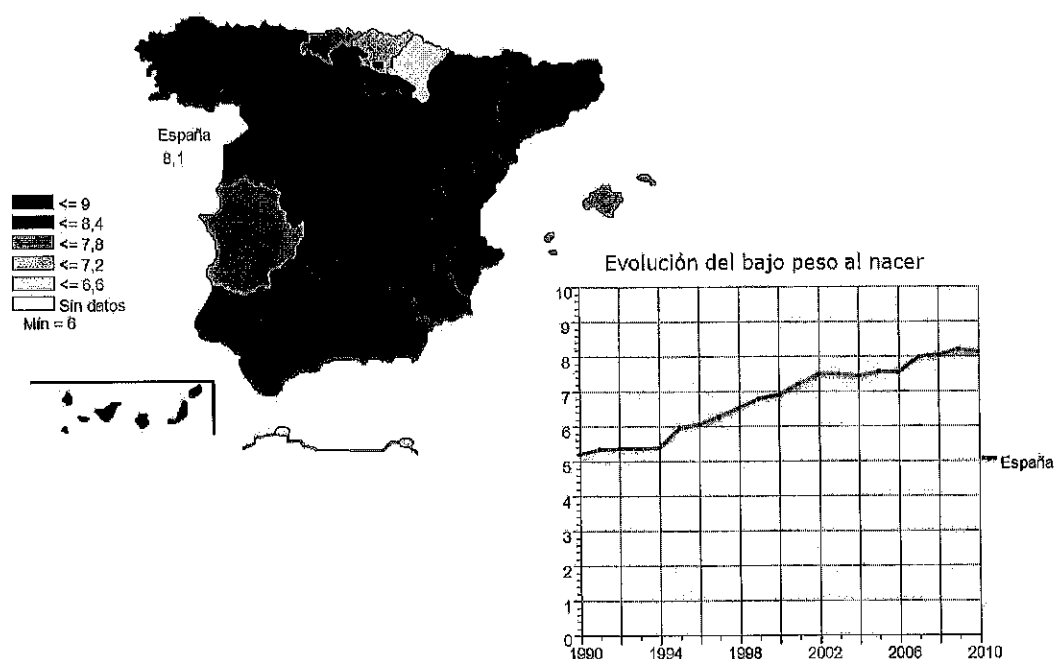


Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Movimiento Natural de la Población

7.1.5 Bajo peso al nacer

El bajo peso al nacer, definido como el de un recién nacido con peso inferior a 2.500 gramos, es un importante indicador de salud infantil por su estrecha relación entre el peso al nacer y la morbilidad y mortalidad infantil. 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.

Figura 7.10 Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2010

Esencia ha tenido un gran incremento en las pasadas décadas en la proporción de nacidos de bajo peso; en el año 1990 su porcentaje era algo más del 5% y en 2010 es de más del 8%. Los factores de riesgo para un nacimiento con bajo peso, entre otros, son el aumento de la edad materna; la maternidad en adolescentes; el incremento del uso de técnicas de control del parto, como la inducción y la cesárea, que han aumentado el índice de supervivencia de los niños nacidos con bajo peso; los tratamientos de fertilidad in vitro y hábitos perjudiciales como el tabaquismo y el alcohol.

Tabla 7.8 Recién nacidos de bajo peso al nacer (<2500gr) según comunidad autónoma, por cada 100 nacidos vivos

COMUNIDAD AUTONOMA	2008	2009	2010
Andalucía	7,8	8,1	8,1
Aragón	8,4	7,8	8,5
Asturias	9,0	9,0	8,8
Baleares	7,2	7,8	7,6
Canarias	8,1	8,6	8,6
Cantabria	7,3	7,9	7,2
Castilla y León	8,2	8,3	8,9
Castilla - La Mancha	8,6	8,1	8,6
Cataluña	8,0	8,4	8,0
Comunidad Valenciana	8,3	8,4	8,3
Extremadura	8,0	7,8	7,6
Galicia	8,1	8,0	8,1
Madrid	8,2	8,5	8,5
Murcia	7,7	7,9	7,8
Navarra	7,8	8,3	6,4
País Vasco	7,1	6,8	7,0
La Rioja	9,4	7,6	7,9
Ceuta	7,4	7,6	6,2
Melilla	5,4	4,8	6,5
España	8,0	8,2	8,1

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud

7.1.6 Coberturas de vacunación sistemática en población infantil

Los índices de vacunación reflejan el porcentaje de niños que reciben la respectiva vacunación en el periodo recomendado. 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 y administradas a través del sector sanitario privado.

El porcentaje de cobertura de vacunación expresa en el caso de la primovacunación el porcentaje de niños de 0 a 1 año de edad que han recibido tres dosis de vacuna frente a poliomielitis, difteria-tétanos-tos ferina (DTPa), *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), hepatitis B y dos dosis de vacuna de meningitis frente al meningococo C.

La cobertura de vacunación de refuerzo indica el porcentaje de niños de 1 a 2 años que han recibido una dosis de refuerzo de vacuna frente a poliomielitis, difteria-tétanos-tos ferina (DTPa), *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) y enfermedad meningocócica C, el porcentaje de niños de 4 a 6 años que han recibido una dosis de refuerzo de vacuna frente a difteria-tétanos-tos ferina (DTPa o dTpa) y el porcentaje de adolescentes de 14 a 16 años que han recibido una dosis de refuerzo frente a tétanos-difteria (Td).

La cobertura de vacunación sistemática en población menor de 1 año es de 97,1% para la poliomielitis, 97,1% para la DTP (Difteria-Tétanos-Pertusis), el 96,6% para la hepatitis B y el 97,1% para el *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib). La meningitis C tiene un porcentaje de vacunación del 98,8. Los niños entre uno y dos años tienen un 96,8% de vacunación de la triple vírica (sarampión/rubéola/parotiditis).

Tabla 7.9 Cobertura de vacunación sistemática en población infantil

	2009	2010	2011
Poliomielitis	95,9	96,6	97,1
DTP (Difteria-Tétanos-Pertussis)	95,9	96,6	97,1
Hib (<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b)	95,9	96,6	97,1
Meningitis C	96,5	94,2	98,8
Hepatitis B	95,5	96,5	96,6
Sarampión, Rubéola y Parotiditis (SRP)	97,4	95,5	96,8
Refuerzo Poliomielitis	94,1	93,7	94,3
Refuerzo DTP (Difteria-Tétanos-Pertussis)	94,1	93,7	94,1
Refuerzo Hib (<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b)	94,1	93,7	94,1

Observaciones: Los datos de Refuerzo de Poliomielitis, DTP y Hib, son referidos a una dosis
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General Salud Pública, Calidad e Innovación. Coberturas de vacunación

El porcentaje de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (SRP) para la primera dosis indica la proporción de niños de 1 a 2 años que han recibido una dosis de vacuna SRP. Para la segunda dosis el grupo de niños es el de 3 a 6 años.

La cobertura de vacunación frente a hepatitis B en adolescentes corresponde al porcentaje de adolescentes (11-14 años) que han recibido la tercera dosis de vacuna frente a hepatitis B.

7.1.7 Virus del papiloma humano

Cobertura de vacunación frente a Virus del Papiloma Humano (VPH)

El virus del papiloma humano (VPH) representa una de las infecciones de transmisión sexual más común, generalmente las infecciones por VPH ceden espontáneamente en un plazo máximo de dos años, pero pueden persistir y producir lesiones precancerosas de cuello uterino que si no se tratan pueden evolucionar en 20-30 años a un cáncer cervical.

La prevalencia de infección por el VPH está asociada a la edad, siendo más alta en las edades inmediatas al inicio de las relaciones sexuales (entre los 15-25 años de edad) relacionado con el patrón de comportamiento sexual de la comunidad; posteriormente se produce una disminución muy marcada, entre los 25-40 años para estabilizarse a partir de esta edad.

En España, la prevalencia de infección por VPH es una de las más bajas de Europa, en los estudios realizados en población general, en torno al 3,4%.

La cobertura de vacunación frente al VPH en niñas adolescentes (11-14 años) corresponde al porcentaje de niñas adolescentes de 11 a 14 años que han recibido la tercera dosis de esta vacuna.

Tabla 7.10 Cobertura de vacunación frente a virus del papiloma humano

Comunidad Autónoma	Población	Dosis	%
Andalucía	40.655	15.475	38,1
Aragón	5.602	4.323	77,2
Asturias	3.559	2.597	73,0
Baleares	4.415	2.340	53,0
Canarias	9.934	7.137	71,8
Cantabria	2.203	1.792	81,3
Castilla y León	9.954	8.652	86,9
Castilla La Mancha	9.902	5.414	54,7
Cataluña	34.674	27.982	80,7
Comunidad Valenciana	23.307	15.063	58,3
Extremadura	5.518	4.148	75,2
Galicia	10.149	6.808	67,1
Madrid	28.148	16.822	59,8
Murcia	7.573	6.001	79,2
Návarra	2.964	2.726	92,0
País Vasco	8.822	8.099	91,8
La Rioja	1.439	1.367	95,0
Ceuta	n.d	n.d	n.d
Melilla	520	449	86,3
España	209.338	137.195	65,5

Observaciones: n.d.: no disponible

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadísticas de vacunaciones. Datos 2011

7.1.8 VIH y sida

En el año 2010 se han producido 2.907 nuevos diagnósticos de VIH (tasa de 88,5 por millón de habitantes), 8 de cada 10 eran hombres y la mediana de edad fue de 35 años. La transmisión en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres fue la más frecuente (46%,) seguida de la heterosexual, (33%), y a más distancia la que se produce entre usuarios de drogas inyectadas (6%). Según el mecanismo de transmisión la tendencia en la incidencia de nuevos diagnósticos es diferente: descendente en los usuarios de drogas intravenosas, estable en la transmisión heterosexual y creciente en los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres.

En el año 2010 se han notificado 930 casos de sida, casi 8 de cada 10 diagnosticados eran hombres. La mediana de edad fue de 42 años siendo algo mayor en los hombres que en las mujeres (42 frente a 40 años). Los casos en heterosexuales supusieron el 33% del total, los usuarios de drogas intravenosas el 28%, y los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres el 26%.

Aunque en números absolutos, el mecanismo de transmisión por relaciones heterosexuales no protegidas afecta a más hombres que a mujeres, entre estas últimas adquiere especial relevancia ya que supone el 60% de los diagnósticos en mujeres. La transmisión entre hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres supone el 34% de los que afectan a hombres.

Desde el inicio de la epidemia en España se han notificado un total de 80.827 casos de Sida. En los últimos años hay una tendencia descendente en las tres principales categorías de transmisión, tanto en hombres como en mujeres

Tabla 7.11 VIH y sida: nuevos diagnósticos, tasas por millón de habitantes, mediana de edad y distribución por categoría de transmisión según sexo

Vigilancia de VIH / sida	VIH			Sida		
	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres
Nuevos casos	2.907	521	2.386	930	210	720
Tasa por millón de habitantes	88,5	31,2	147,8	20,2	9,0	31,7
Mediana de edad (años)	35	35	35	42	40	42
Distribución (%) según categoría de transmisión						
Hombres que mantienen sexo con hombres	46,1		56,1	26,5		34,2
Usuarios de drogas inyectadas	5,9	6,7	5,7	28,3	30,4	27,6
Receptores de hemoderivados	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Receptores de transfusiones	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,3
Madre -hijo	0,4	0,8	0,3	0,3	1,0	0,1
Relaciones heterosexuales de riesgo	33,1	79,8	22,9	33,1	58,6	25,7
Otras exposiciones /Desconocido/No consta	14,5	12,7	14,9	11,5	10,0	11,9
Total	100	100	100	100	100	100

Observaciones: Nuevos diagnósticos de infección y tasa por millón de habitantes de VIH corresponden a datos de 17 comunidades autónomas no corregidos por retraso en la notificación.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Ministerio de Ciencia e Innovación, 2010. Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida

7.1.9 Enfermedades crónicas

Los principales problemas sanitarios y las enfermedades prevalentes han ido evolucionando en los países desarrollados. Las enfermedades no transmisibles y las enfermedades crónicas han reemplazado como principales causas de morbilidad y mortalidad a las enfermedades infecciosas debido al descenso de estas. Además son en gran medida responsables de las limitaciones de actividad en las personas mayores.

Diabetes

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica; es una de las más extendidas en la población y supone la cuarta o quinta causa principal de muerte en los países desarrollados.

Las personas diabéticas si no están diagnosticadas o están mal controladas tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares como el infarto de miocardio o el ictus, tienen también mayor riesgo de pérdida de visión, de fallo renal o de amputación de extremidades. Un 10-20% de los diabéticos mueren por fallo renal y en torno al 50% fallecen por enfermedad cardiovascular.

La diabetes está aumentando rápidamente en todas las partes del mundo, alcanzando ya proporciones de epidemia.

La diabetes tipo 1 supone solo el 10-15% de todos los casos de diabetes, es la forma predominante en los grupos de edad más jóvenes en la mayoría de los países desarrollados. Existen evidencias alarmantes de que la diabetes tipo 1 se está desarrollando a una edad más temprana en los niños.

La diabetes tipo 2 es, en gran parte, prevenible. Factores de riesgo como el sobrepeso, la obesidad y la inactividad física son modificables y pueden ayudar a reducir las complicaciones asociadas a la diabetes; sin embargo, en la mayoría de los países, la prevalencia de sobrepeso y obesidad continúa incrementándose.

El impacto económico de la diabetes es considerable: alrededor de una cuarta parte del gasto médico se gasta en controlar la glucosa elevada en sangre, otra cuarta parte en el tratamiento de las complicaciones a largo plazo de la diabetes y el resto en atención médica general. El incremento de los costes refuerza la necesidad de proporcionar una atención de calidad para el manejo de la diabetes y sus complicaciones.

En España, la prevalencia de diabetes en adultos es de casi un 6%, siendo más baja en mujeres (5,8%) que en hombres (6,0%).

Tabla 7.12 Prevalencia de diabetes mellitus por 100 habitantes en población adulta, 16 y más años

Comunidad Autónoma	2003	2006	2009
Andalucía	7,3	7,3	6,1
Aragón	5,1	5,3	6,4
Asturias	3,6	6,7	5,5
Baleares	7,0	5,5	2,9
Canarias	7,2	5,9	6,4
Cantabria	4,1	5,3	6,1
Castilla y León	4,8	6,9	5,7
Castilla - La Mancha	7,5	7,8	6,6
Cataluña	5,7	5,7	4,9
Comunidad Valenciana	7,0	6,5	6,3
Extremadura	7,0	8,8	7,8
Galicia	6,3	6,4	6,5
Madrid	4,3	4,4	5,3
Murcia	5,6	6,4	8,1
Navarra	3,2	5,8	4,9
País Vasco	4,5	5,4	6,5
La Rioja	3,2	4,2	6,3
Ceuta	7,7	9,1	9,4
Melilla	7,7	9,1	10,5
España	5,9	6,2	5,9

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud

Tabla 7.13 Prevalencia de diabetes mellitus por 100 habitantes en mujeres adultas, 16 y más años

Comunidad Autónoma	2003	2006	2009
Andalucía	9,0	7,1	7,4
Aragón	5,7	5,9	6,2
Asturias	4,0	6,1	5,8
Baleares	8,1	6,3	3,6
Canarias	7,1	7,2	6,8
Cantabria	4,5	5,8	4,8
Castilla y León	5,6	6,2	5,5
Castilla - La Mancha	8,2	9,8	6,4
Cataluña	5,5	5,9	4,1
Comunidad Valenciana	6,6	5,3	6,4
Extremadura	6,2	9,3	7,3
Galicia	5,4	6,0	6,8
Madrid	4,7	4,1	4,2
Murcia	6,1	6,0	7,8
Navarra	3,6	5,6	4,9
País Vasco	4,0	4,5	6,0
La Rioja	3,1	3,6	5,5
Ceuta	9,6	12,6	10,0
Melilla	9,6	12,6	13,8
España	6,2	6,1	5,8

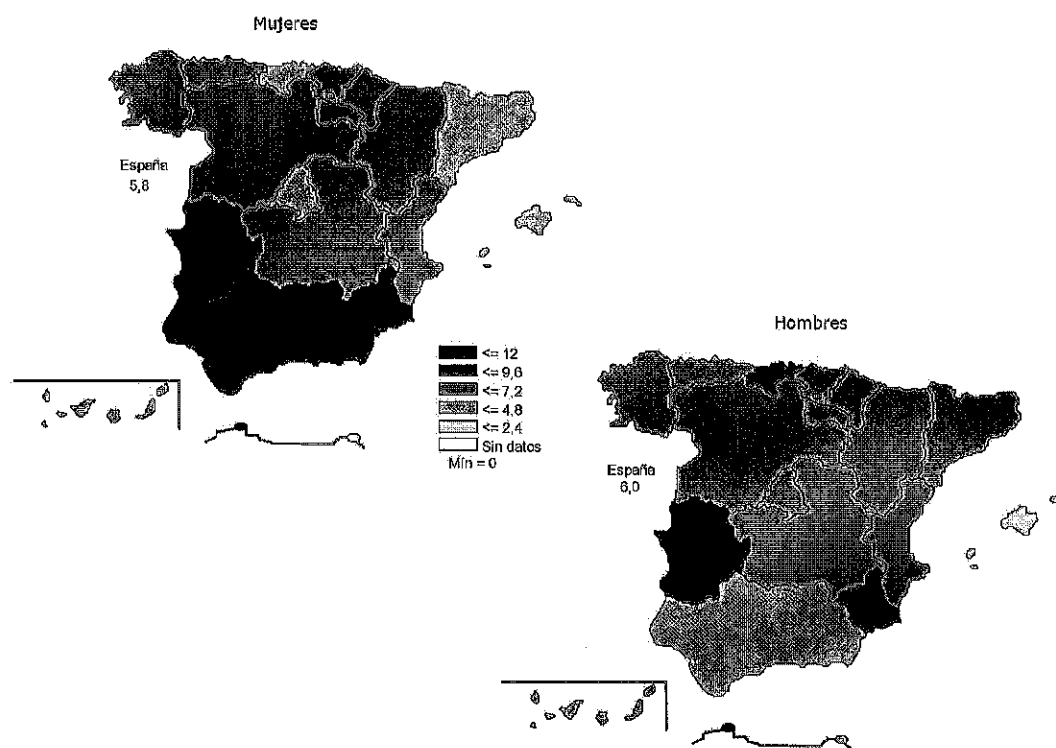
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud

Tabla 7.14 Prevalencia de diabetes mellitus por 100 habitantes en hombres adultos, 16 y más años

Comunidad Autónoma	2003	2006	2009
Andalucía	5,7	7,5	4,7
Aragón	4,6	4,7	6,6
Asturias	3,1	7,4	5,2
Baleares	5,9	4,7	2,2
Canarias	7,3	4,6	6,0
Cantabria	3,6	4,7	7,5
Castilla y León	4,0	7,6	5,8
Castilla - La Mancha	7,0	5,9	6,7
Cataluña	5,9	5,6	5,8
Comunidad Valenciana	7,4	7,8	6,3
Extremadura	7,8	8,3	8,3
Galicia	7,3	6,9	6,2
Madrid	3,9	4,8	6,5
Murcia	5,1	6,8	8,4
Navarra	2,8	6,0	4,9
País Vasco	5,2	6,3	7,0
La Rioja	3,3	4,9	7,1
Ceuta	5,8	5,6	7
Melilla	5,8	5,6	7,1
España	5,6	6,4	6,0

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud

Figura 7.11 Prevalencia porcentual de diabetes mellitus en población de 16 y más años



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de datos de Indicadores Clave del Sistema Nacional de salud (INCLA-SNS). Año 2009

Hipertensión

Tabla 7.15 Porcentaje de personas de 16 y más años que se declaran hipertensas

Comunidad Autónoma	Total	Mujeres	Hombres
España	17,5	19,0	15,9
Andalucía	16,5	18,9	14,0
Aragón	17,4	20,4	14,3
Asturias	17,9	18,8	16,9
Baleares	16,7	16,5	16,9
Canarias	18,1	19,1	17,2
Cantabria	17,2	16,0	18,5
Castilla y León	18,2	20,0	16,3
Castilla-La Mancha	17,6	18,9	16,4
Cataluña	17,9	18,9	16,8
Comunidad Valenciana	16,0	16,2	15,7
Extremadura	21,7	22,4	21,0
Galicia	22,7	25,8	19,2
Madrid	15,6	17,4	13,7
Murcia	20,3	21,9	18,6
Navarra	14,2	15,5	12,9
País Vasco	17,8	19,4	16,0
La Rioja	16,6	17,1	16,2
Ceuta	16,9	19,0	14,8
Melilla	16,3	17,4	15,2

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística (INE)
Encuesta Europea de Salud 2009

La hipertensión junto con la diabetes y el sobrepeso o la obesidad elevan el riesgo de enfermedades cardiovasculares y de diversos tipos de cáncer.

El riesgo de enfermedad cerebrovascular y cardiopatía isquémica asociadas con el aumento de la presión arterial, se ha demostrado en un gran número de estudios epidemiológicos. La hipertensión arterial es además la causante de insuficiencia cardíaca, aneurisma de aorta, insuficiencia renal y enfermedad arterial periférica y, es la causa de un porcentaje considerable de defunciones en España; se estima que la hipertensión no tratada es la causa de una cuarta parte de los accidentes cerebrovasculares ocurridos en hipertensos.

En la Encuesta Europea de Salud 2009, se declaran hipertensos el 17,5% de los encuestados; siendo las comunidades autónomas de Galicia (22,7%), Extremadura (21,7%) y Murcia (20,3%) las que presentan un porcentaje mayor de hipertensos en la población de 16 y más años. La Comunidad Valenciana (16%), Melilla (16,3%) y Andalucía (16,5%) son las que presentan el menor porcentaje de hipertensos.

Los diferentes porcentajes que aparecen en la desagregación por sexo se deben a que los datos no están estandarizados por edad, con estimaciones nacionales agregadas representando indicadores brutos entre encuestados de 16 y más años.

Bronquitis crónica y enfisema

Tabla 7.16 Porcentaje de personas de 16 y más años que se declaran con bronquitis crónica y enfisema, distribuidas según sexo

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

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística (INE)
Encuesta Europea de Salud 2009

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), término que se utiliza para la bronquitis crónica y el enfisema, causa gran discapacidad, afecta a la calidad de vida y además genera altos costes. Los pacientes con EPOC son a menudo fumadores o exfumadores, y sus síntomas raramente se desarrollan antes de los 40 años.

En España, en la Encuesta Europea de Salud 2009 declararon que sufrían bronquitis crónica y/o enfisema un 3,6% de los encuestados de 16 y más años, siendo ligeramente mayor la prevalencia en hombres que en mujeres ((3,8 % frente al 3, 3% respectivamente).

Por comunidades autónomas presentan una mayor prevalencia Galicia (5,5%,) Ceuta y Melilla (4,9% ambas), las cifras más bajas se encuentran en el País Vasco (1,7%), Navarra (1,8%) y Madrid (2,3%).

7.2 Estilos de vida

7.2.1 Consumo de tabaco

El consumo de tabaco constituye una de las principales causas de mortalidad prematura evitable. Uno de cada cuatro ciudadanos de 16 y más años fuma a diario (26,2%) uno de cada cinco se declara exfumador (20,4%) y no ha fumado nunca uno de cada dos (49,7%).

El número de fumadores diarios mayores de 16 años es mucho menor en las mujeres (21,3%) que en los hombres (31,2%) y se manifiestan exfumadores muchos más hombres (26,3%) que mujeres (14,7%) lo que supone en torno a 12 puntos porcentuales. Las mujeres son las que en mayor proporción (60,7%) no han fumado nunca, frente a un 38,4% de los hombres que nunca lo ha hecho.

Por grupos de edad, tanto en hombres como en mujeres el porcentaje más alto de fumadores está entre 25 y 54 años aunque con pesos diferentes, cerca del 40% en los hombres y casi un 30% en mujeres.

Respecto a los jóvenes entre 16 y 24 años, el hábito tabáquico afecta al 26,3% de la población (28,9% de los hombres y 23,5% de las mujeres). En este grupo de edad se produce la menor diferencia entre hombres y mujeres, por debajo de 5 puntos porcentuales.

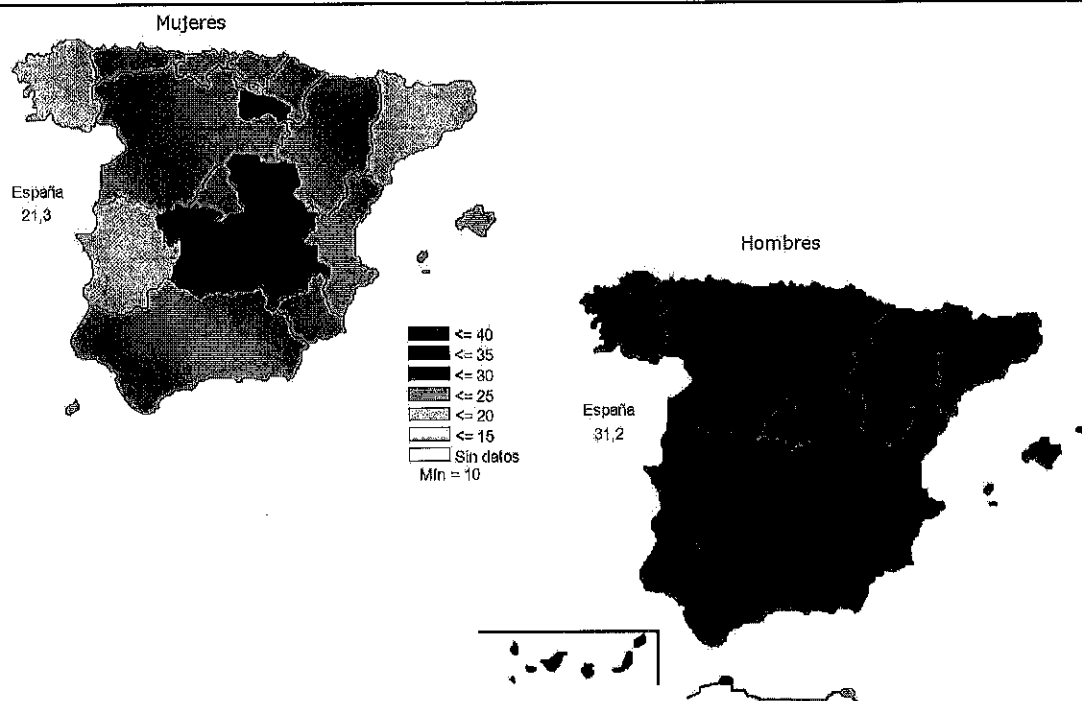
Tabla 7.17 Consumo de tabaco, distribución porcentual en población de 16 y más años

	Total	Mujeres	Hombres
Fumador diario	26,2	21,3	31,2
16-24 años	26,3	23,5	28,9
25-34 años	32,8	28,6	36,8
35-44 años	33,4	29,2	37,5
45-54 años	34,0	29,7	38,4
55-64 años	19,7	13,2	26,6
65-74 años	10,4	5,4	16,3
75 y más años	5,4	2,3	9,8
Fumador ocasional	3,7	3,3	4,2
Ex-fumador	20,4	14,7	26,3
Nunca fumador	49,7	60,7	38,4
Total	100	100	100

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud en España 2009

En las figuras siguientes se muestra la prevalencia, según sexo, del consumo diario de tabaco en población de 16 y más años por comunidad autónoma.

Figura 7.12 Consumo diario de tabaco, distribución porcentual en mujeres y hombres de 16 y más años



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Encuesta Europea de Salud en España, 2009

7.2.2 Consumo de alcohol

El consumo de bebidas alcohólicas constituye un enorme problema de salud pública en la mayoría de los países desarrollados, tanto por el continuo incremento como por los efectos nocivos que produce. Casi 4 de cada 10 personas de 16 y más años afirma que no ha consumido bebidas alcohólicas en el último año, esta proporción es el doble en mujeres que en hombres. El resto (64,6%) de la población de más de 16 años ha consumido alcohol en el último año, el 76,9% en hombres y el 52,9% en mujeres. Por edad, el porcentaje de los que consumieron alcohol en el último año, es más bajo en los grupos de más edad, y más acentuado en mujeres.

Tabla 7.18 Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses. Distribución porcentual en población de 16 y más años según sexo y grupo de edad

Grupo de edad	Total	Mujeres	Hombres
Sí ha consumido	64,6	52,9	76,9
16-24 años	70,5	65,7	75,1
25-34 años	71,4	61,5	80,9
35-44 años	70,0	60,4	79,3
45-54 años	68,8	56,9	81,0
55-64 años	62,0	48,1	76,8
65-74 años	51,8	35,3	71,5
75 y más años	38,1	24,2	57,8
No ha consumido	35,4	47,1	23,1
Total	100	100	100

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud en España 2009

En la tabla siguiente se muestra la distribución porcentual, según sexo, del consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses, en población de 16 y más años por comunidad autónoma.

Tabla 7.19 Porcentaje de mujeres y hombres de 16 y más años que dicen haber consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses

Comunidad Autónoma	Mujeres	Hombres
España	52,9	76,9
Andalucía	47,7	71,8
Aragón	50,0	68,6
Asturias	53,2	79,4
Baleares	52,0	75,9
Canarias	47,0	72,8
Cantabria	38,4	75,8
Castilla y León	38,9	75,4
Castilla - La Mancha	45,8	76,5
Cataluña	60,5	80,0
Comunidad Valenciana	58,4	79,2
Extremadura	47,8	81,8
Galicia	47,9	75,7
Madrid	60,1	82,5
Murcia	56,4	71,7
Navarra	53,0	80,1
País Vasco	55,8	78,2
La Rioja	55,2	77,5
Ceuta	33,8	33,3
Melilla	35,0	55,5

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España, 2009

7.2.3 Sobrepeso y obesidad

El consumo de tabaco y alcohol junto con el sobrepeso y la obesidad son factor de riesgo para un amplio número de enfermedades y problemas de salud: hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes de adulto, enfermedades coronarias, ciertos tipos de cáncer y muchas otras enfermedades crónicas.

Tabla 7.20 Sobrepeso y obesidad, distribución porcentual en población adulta de 18 y más años, según sexo

	Total	Mujeres	Hombres
Sobrepeso	37,7	29,9	45,5
18 - 24 años	18,5	13,8	23,2
25 - 34 años	31,4	21,4	40,7
35 - 44 años	36,9	26,1	47,2
45 - 54 años	41,1	30,8	51,4
55- 64 años	45,7	40,1	51,4
65 -74 años	47,6	43,6	52,1
75 y + años	43,7	39,0	50,2
Obesidad	16,0	14,7	17,3
18 - 24 años	5,2	4,4	5,9
25 - 34 años	9,8	7,2	12,2
35 - 44 años	14,6	11,5	17,6
45 - 54 años	17,4	14,8	20,0
55- 64 años	22,8	20,6	24,9
65 -74 años	25,7	27,4	23,9
75 y + años	21,1	23,9	17,1

Observaciones: *Sobrepeso* Índice de masa corporal = [Peso (kg) / Estatura] entre 25,0-29,9 kg/m².

Obesidad Índice de masa corporal = [Peso (kg) / Estatura] $\geq$ 30,0 kg/m².

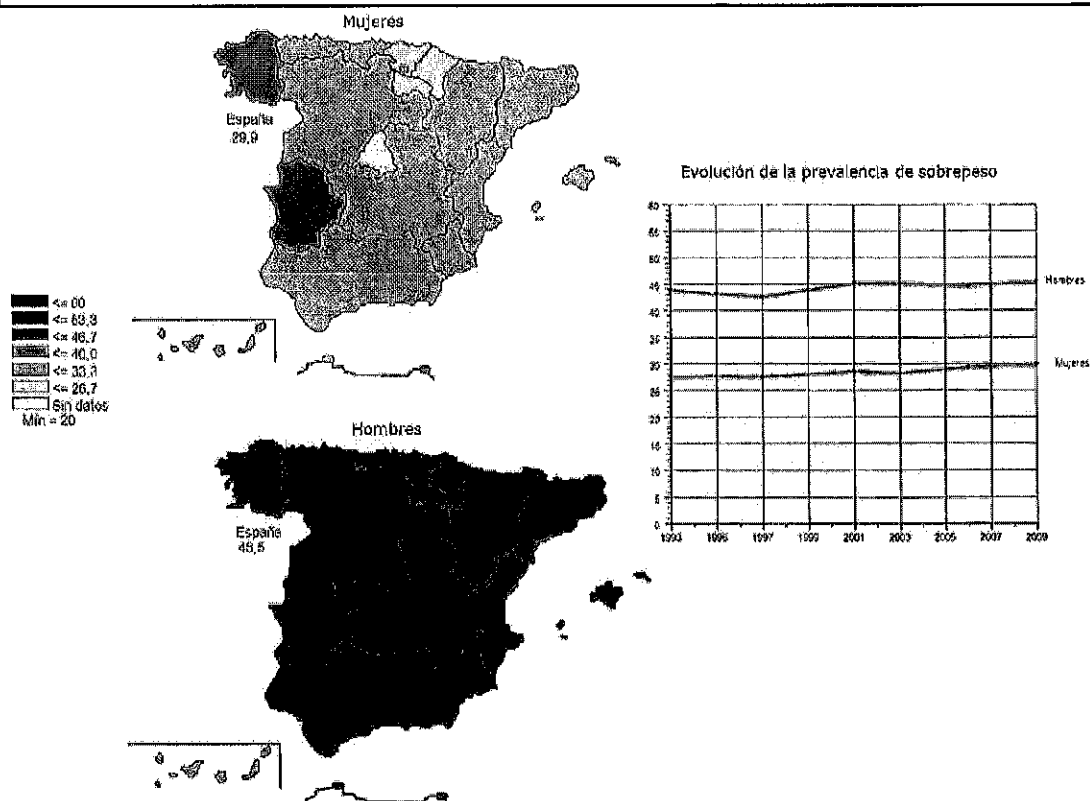
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud en España 2009

Más de la mitad de las personas de 18 y más años está por encima de su peso recomendado. Según su índice de masa corporal (IMC), un 37,7% de los adultos tiene sobrepeso y un 16,0% presenta obesidad entre la población de 18 y más años.

Tanto en hombres como en mujeres, la obesidad es más frecuente a mayor edad, excepto en la población de 75 y más años que disminuye. La prevalencia de sobrepeso y obesidad, consideradas conjuntamente, en la población de 18 y más años (53,7%) presenta valores más altos en hombres (62,8%) que en mujeres (44,6%) en todos los grupos de edad.

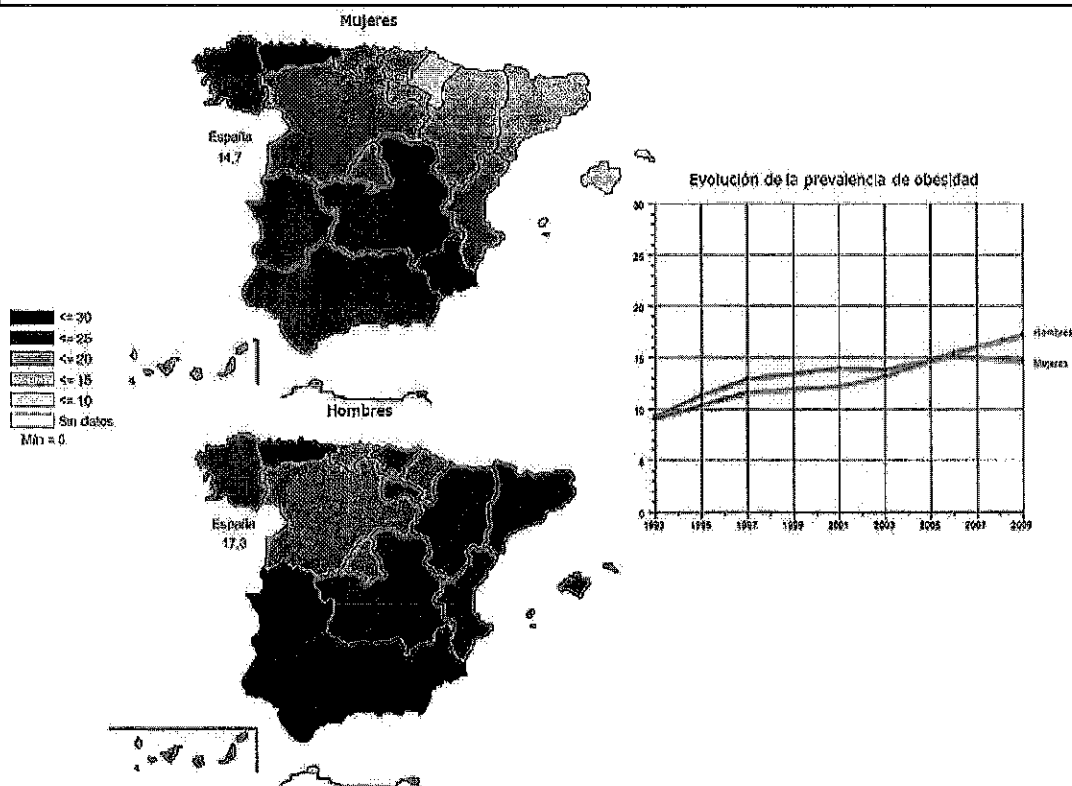
En las figuras siguientes se muestra la distribución, según sexo, del sobrepeso en población adulta de 18 y más años por comunidad autónoma.

Figura 7.13 Prevalencia de sobrepeso en adultos de 18 y más años



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Encuesta Europea de Salud en España, 2009

Figura 7.14 Prevalencia de obesidad en adultos de 18 y más años



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Encuesta Europea de Salud en España, 2009

Entre la población infantil de 6 a 9 años la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso y obesidad), es 4 de cada 10 niños y también presenta mayor prevalencia en los niños (5 de cada 10) que en las niñas (4 de cada 10).

Tabla 7.21 Sobrepeso y obesidad, distribución porcentual según sexo en población infantil de 6 a 9 años

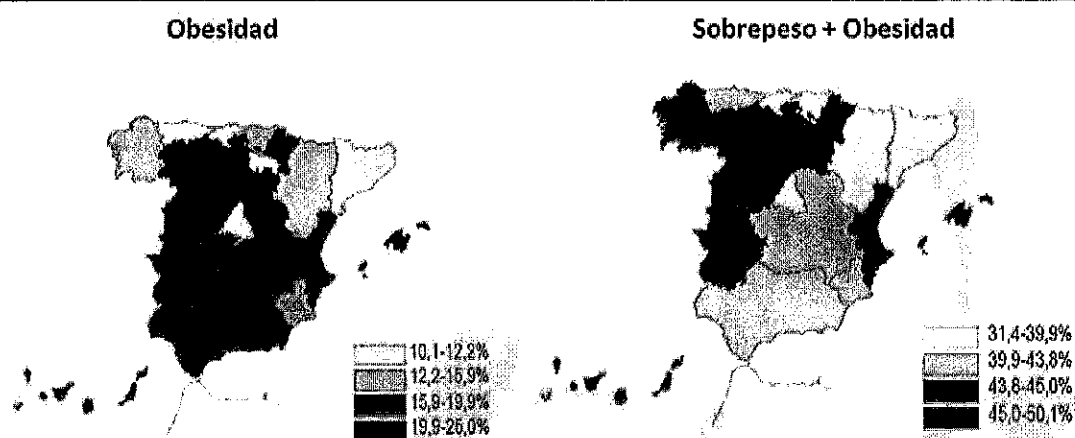
	Total	Niñas	Niños
Sobrepeso	26,2	25,7	26,7
Obesidad	18,3	15,5	20,9

Observaciones: calculado con los estándares de crecimiento de la OMS. Sobrepeso entre 1 y 2 desviaciones estándar y obesidad + 2 desviaciones estándar. Los datos de obesidad de niños tienen un $p < 0,05$.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Estudio de vigilancia del crecimiento ALADINO (Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad), 2010/2011

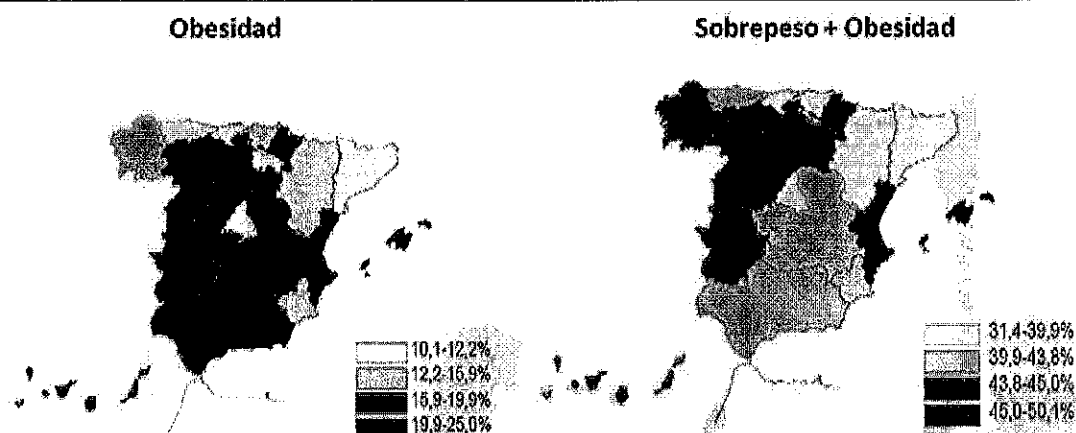
En las figuras siguientes se muestra la distribución por comunidad autónoma según los resultados del Estudio ALADINO realizado por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición

Figura 7.15 Prevalencia de obesidad y sobrepeso en niñas de 6 a 9 años



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición 2010/2011. Estudio ALADINO

Figura 7.16 Prevalencia de obesidad y sobrepeso en niños de 6 a 9 años



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición 2010/2011. Estudio ALADINO

7.2.4 Actividad física

Un nivel apropiado de actividad física es un hábito beneficioso para la salud; diversos estudios epidemiológicos han mostrado de forma consistente la relación entre actividad física y la reducción del riesgo coronario. Algunas otras enfermedades importantes también se han asociado a la inactividad física: la diabetes mellitus, la hipertensión arterial o la osteoporosis.

Tabla 7.22 Porcentaje de mujeres de 16 y más años que dicen haber realizado actividad física durante los últimos 7 días

	Total	Mujeres	Hombres
No realiza actividad física	12,1	13,3	10,9
16-24 años	7,1	8,6	5,6
25-34 años	10,0	10,9	9,2
35-44 años	9,5	8,9	10,0
45-54 años	10,6	9,6	11,5
55-64 años	10,4	10,1	10,8
65-74 años	12,8	15,5	9,7
75 y más años	31,4	35,2	25,5

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud en España 2009

El porcentaje de población de 16 y más años que declara que en los siete últimos días no hace actividad física intensa ni moderada, y que tampoco camina es del 12,1% siendo mayor el porcentaje en mujeres (13,3%) que en hombres (10,9%) y aumenta con la edad.

En las tablas siguientes se muestra la actividad física declarada y grado de la misma realizada en los 7 últimos días, según comunidad autónoma y sexo.

Las mujeres de Ceuta y Melilla son las que en mayor proporción dicen no realizar ninguna actividad (59,1% y 46,8% respectivamente). Las mujeres que en menor porcentaje manifiestan no realizar ninguna actividad pertenecen a las comunidades de Aragón (5,1%), Madrid (5,6%) y Castilla y León (6,1%).

En cuanto a los hombres, más de 3 de cada 10 residentes en Melilla dicen no realizar ninguna actividad física y 2 de cada 10 residentes de La Rioja, Melilla, Cantabria y Baleares tampoco realizan actividad física. La proporción más baja de los que dicen no realizar ninguna actividad física la encontramos en los hombres residentes en Madrid (5,4%), Castilla y León (5,9%) y Aragón (6,3%).

Tabla 7.23 Porcentaje de hombres de 16 y más años que dicen haber realizado actividad física durante los últimos 7 días

Comunidad Autónoma	Total	Actividad física intensa	Actividad física moderada	Actividad física ligera	No realiza ninguna actividad
España	100,0	15,7	42,7	28,4	13,3
Andalucía	100,0	11,7	38,6	31,7	18,1
Aragón	100,0	13,9	60,1	20,9	5,1
Asturias	100,0	13,7	15,8	50,9	19,7
Baleares	100,0	23,5	19,9	34,7	21,9
Canarias	100,0	11,1	67,8	7,0	14,2
Cantabria	100,0	19,5	12,3	47,5	20,6
Castilla y León	100,0	16,6	60,0	17,3	6,1
Castilla-La Mancha	100,0	16,5	46,9	17,6	19,1
Cataluña	100,0	17,1	34,3	36,9	11,8
Comunidad Valenciana	100,0	18,5	46,1	24,3	11,2
Extremadura	100,0	11,2	39,5	34,2	15,2
Galicia	100,0	17,7	50,6	21,8	10,0
Madrid	100,0	19,4	50,4	24,6	5,6
Murcia	100,0	16,7	35,6	25,6	22,2
Navarra	100,0	4,8	19,4	59,4	16,4
País Vasco	100,0	11,7	38,2	31,6	18,6
La Rioja	100,0	11,4	11,3	56,5	20,9
Ceuta	100,0	9,6	8,9	22,4	59,1
Melilla	100,0	4,9	9,8	38,5	46,8

Observación: la actividad realizada, hace referencia al máximo grado de actividad física realizada en los 7 últimos días.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España 2009

Tabla 7.24 Porcentaje de hombres de 16 y más años que dicen haber realizado actividad física durante los últimos 7 días, por comunidad autónoma

Comunidad Autónoma	Total	Actividad física intensa	Actividad física moderada	Actividad física ligera	No realiza ninguna actividad
España	100,0	34,4	26,0	28,8	10,9
Andalucía	100,0	32,8	27,8	27,6	11,9
Aragón	100,0	30,2	34,4	29,0	6,3
Asturias	100,0	28,8	17,2	37,6	16,4
Baleares	100,0	41,0	11,8	24,9	22,3
Canarias	100,0	30,6	52,9	7,1	9,3
Cantabria	100,0	28,7	8,4	39,7	23,3
Castilla y León	100,0	35,5	33,6	25,1	5,9
Castilla - La Mancha	100,0	28,2	25,6	28,8	17,4
Cataluña	100,0	32,5	21,0	37,1	9,4
Comunidad Valenciana	100,0	40,1	22,4	27,8	9,7
Extremadura	100,0	25,1	27,8	35,7	11,5
Galicia	100,0	37,8	26,8	24,5	11,0
Madrid	100,0	40,4	28,3	26,0	5,4
Murcia	100,0	35,1	19,9	30,3	14,7
Navarra	100,0	20,1	24,0	47,9	8,0
País Vasco	100,0	34,4	18,6	30,0	17,0
La Rioja	100,0	22,3	14,8	37,4	25,5
Ceuta	100,0	24,8	9,7	32,7	32,8
Melilla	100,0	22,8	22,2	29,7	25,4

Observación: la actividad realizada, hace referencia al máximo grado de actividad física realizada en los 7 últimos días

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España 2009

Índice de acrónimos y siglas

A

AESAN	Agencia Española de Seguridad Alimentaria
AGE	Administración General del Estado
ALADINO	Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad
AP	Atención Primaria
ATC	Anatomoterapéutico

B

BES	Boletín Epidemiológico Semanal
-----	--------------------------------

C

CCAA	Comunidades Autónomas
CIE 9-MC	Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión - Modificación Clínica
CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos

D

DDD	Dosis Diaria Definida
DTP	Difteria, Tétanos y Pertusis

E

EIR	Enfermeros Internos Residentes
ENSE	Encuesta Nacional de Salud de España
EUROSTAT	Oficina de Estadística de la Unión Europea

F

FEDER	Fondo Europeo de Desarrollo Regional
FSE	Formación Sanitaria Especializada

H

HCDSNS	Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud
HCE	Historia Clínica Electrónica
Hib	Haemophilus influenzae tipo b

I

IMC	Índice de Masa Corporal
INCLA-SNS	Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud
INE	Instituto Nacional de Estadística
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
ISFAS	Instituto Social de las Fuerzas Armadas
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo

M

MATEP	Mutua de Trabajo y Enfermedad Profesional
MIET	Ministerio de Industria, Energía y Turismo
MIR	Médico Interno Residente

MSSI	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
O	
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONT	Organización Nacional de Trasplantes
P	
PIB	Producto Interior Bruto
ppc	Precio paritario de compra
R	
RM	Resonancia Magnética
S	
SHA	Sistema de Cuentas de la Salud (System Health Account)
SIAP	Sistema de Información de Atención Primaria
SISLE-SNS	Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SRP	Sarampión-Rubeola-Parotiditis
SS	Seguridad Social
T	
TAC	Tomografía Axial Computerizada
Td	Tétanos-Difteria
TICs	Tecnologías de la Información y Comunicación
TSI	Tarjeta Sanitaria Individual
U	
UE	Unión Europea
UDM	Unidades Docentes Multiprofesionales
V	
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus del Papiloma Humano

Fuentes

Barómetro Sanitario

Estadística responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Incluida en el Plan Estadístico Nacional 2009–2012.

Tiene como objetivo general obtener, a través de un cuestionario y de una entrevista personal directa, información 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, y la reevaluación de aspectos analizados en periodos anteriores.

Como variables de estudio la parte fija del cuestionario incluye la valoración del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, la valoración del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, las listas de espera, la equidad en el acceso a los servicios y la valoración de la descentralización de la gestión sanitaria. La parte variable del cuestionario incluye diferentes 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.

La periodicidad de la recogida y la difusión de los datos son anuales.

Más información:

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

Boletín Epidemiológico Semanal (BES)

El Boletín Epidemiológico Semanal (BES) es una publicación periódica dirigida a aquellas personas, Organismos o Instituciones relacionadas con el ámbito de la salud pública y vigilancia epidemiológica. Su principal objetivo es hacer pública información útil a los profesionales de salud pública, y difundir la información ya consolidada procedente de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica a estos profesionales así como a las fuentes declarantes del Sistema (profesionales de atención primaria y especializada, médicos, microbiólogos, personal de enfermería y otros).

Más información:

<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/boletines.shtml>

Catálogo Nacional de Hospitales

Directorio responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Consejerías/Departamentos de Sanidad de las Comunidades Autónomas, el Ministerio de Defensa, los órganos competentes de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla y los propios Hospitales.

Tiene como objetivo general ofrecer información básica de los hospitales existentes en el conjunto del territorio nacional.

Como variables recoge la identificación del centro (nombre, dirección, teléfono y telefax; código identificativo), camas instaladas, finalidad asistencial, dependencia patrimonial y dependencia funcional, existencia de concierto o convenio con el organismo responsable de gestionar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y si está acreditado como centro docente.

La periodicidad de la recogida y difusión de los datos son anuales.

Más información:

<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm>

Centros de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud

Directorio 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.

Tiene como objetivo general ofrecer información básica de los centros de atención primaria existentes en el Sistema Nacional de Salud.

Como variables 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.

La periodicidad de la recogida y difusión de los datos son anuales.

Más información:

<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm>

Cifras oficiales de población

Estadística responsabilidad del Instituto Nacional de Estadística (INE) en colaboración con los Ayuntamientos. Incluido en el Plan Estadístico Nacional 2009-2012.

Tiene como objetivo general conocer la población que reside y tiene domicilio habitual en cada municipio. Toda persona que viva en España está obligada a inscribirse en el Padrón del municipio en que resida habitualmente. Quien vive en varios municipios debe inscribirse únicamente en el que habite durante más tiempo al año. La formación, mantenimiento, revisión y custodia del Padrón municipal corresponde al Ayuntamiento, de acuerdo con las normas aprobadas conjuntamente por el Ministerio de Economía y Hacienda y el Ministerio para las Administraciones Públicas a propuesta del Consejo de Empadronamiento.

Las variables son el nombre y apellidos, sexo, domicilio habitual, nacionalidad, lugar y fecha de nacimiento, número de Documento Nacional de Identidad o, tratándose de extranjeros, del Documento que lo sustituya.

La periodicidad de recogida de datos es mensual y de la difusión anual, con referencia al 1 de enero de cada año.

Más información:

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e260&file=inebase&N=&L=0>

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)

Estadística 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. Incluida en el Plan Estadístico Nacional 2009-2012.

Tiene como objetivo general el conocimiento de los procesos de hospitalización (diagnóstico, comorbilidad, tipo de proceso de atención y tipo de proceso) con internamiento y sin internamiento de los hospitales públicos y privados.

Como variables de estudio utiliza las fechas de ingreso y alta, diagnóstico principal y secundarios, 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 son anuales.

Más información:

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

Defunciones según la causa de muerte

Servicio 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). Incluido en el Plan Estadístico Nacional 2009-2012.

Tiene como objetivo general 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>

Donación y Trasplantes de Órganos

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. Forma parte del inventario de estadísticas de la Administración General del Estado.

Tiene como objetivo general 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 son anuales.

Más información:

<http://www.ont.es/infesp/Paginas/Datos.aspx>

Encuesta Europea de Salud en España

Servicio responsable el Instituto Nacional de Estadística (INE) en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSI). Incluido en el Plan Estadístico Nacional 2009-2012.

Tiene como objetivo general, a través de un cuestionario y una entrevista personal directa, informar sobre determinantes de la salud, cuidados de salud y variables sociodemográficas.

Como variables de estudio utiliza el peso y estatura, consumo de tabaco, consumo de alcohol, actividad física, consumo de drogas ilegales, hospitalización, consultas médicas y odontológicas, consumo de medicamentos, prácticas preventivas. Como variables de clasificación la edad, sexo, estado civil, nivel educativo, renta, relación de la actividad económica y ocupación.

La periodicidad de la recogida y difusión de los datos son quinquenales.

Encuesta Europea de Salud en España.

Más información:

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

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 2009-2012.

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, y 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 son quinquenales.

Más información:

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

Enfermedades de declaración obligatoria (EDOs)

Estadística responsabilidad del Centro Nacional de Epidemiología - Instituto de Salud Carlos III - en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y las Comunidades Autónomas. La vigilancia se realiza a través de la Red de Vigilancia Epidemiológica que es un sistema de Vigilancia de la Salud Pública que integra las redes de vigilancia de las distintas Comunidades Autónomas. Incluido en el Plan Estadístico Nacional 2009-2012.

Tiene como objetivo general ofrecer información sobre las enfermedades transmisibles sujetas a vigilancia, que son las recogidas en Real Decreto 2210/1995 de 28 de diciembre por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) y en la Decisión 2009/312/EC de 2 de abril y Decisión 2009/539/EC de la Comisión Europea.

Como variables de estudio utiliza la medición de la incidencia de las enfermedades objeto de vigilancia en la comunidad, el estudio de su patrón epidemiológico, así como conocer la descripción de los posibles factores de riesgo que las causan, edad y sexo.

La periodicidad de la actualización de la información y difusión es semanal a través del Boletín Epidemiológico Semanal.

Más información:

<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/enfermedades.shtml>

Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada

Estadística 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. Incluida en el Plan Estadístico Nacional 2009-2012.

Tiene como objetivo general informar de la actividad asistencial, económica y docente de los centros con internamiento (hospitales) y sus características estructurales, y de los centros sin internamiento, principales proveedores 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.

Más información:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/InforAnual/homeESCRI.htm>

Estadística Estatal de Sida

Estadística responsabilidad del Centro Nacional de Epidemiología - Instituto de Salud Carlos III -en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Direcciones Generales de Salud Pública de todas las comunidades autónomas. Incluido en el Plan Estadístico Nacional 2009-2012.

Tiene como objetivo general conocer el número de casos de sida y sus factores de riesgo.

Como variables de estudio utiliza el número de casos, factores de riesgo, edad y sexo.

La periodicidad de la recogida de datos es continua y de difusión semestral.

Más información:

<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/sida.shtml>

Estudio de Vigilancia del Crecimiento ALADINO (Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad)

El estudio del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad realizado bajo la responsabilidad de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición dentro de la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad Estrategia (NAOS), se realizó de octubre de 2010 a mayo de 2011 en todo el territorio nacional incluyendo las ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla. El universo del estudio eran niños y niñas de 6 a 9 años. El tamaño de la muestra fue de 7.659 alumnos.

La información se recogió a través de diversos formularios. Los formularios del colegio y la familia son autocumplimentados en el primer caso por la dirección del centro escolar y en el segundo caso por los progenitores de los alumnos seleccionados aleatoriamente. El formulario del examinador se cumplimenta durante la entrevista realizada

presencialmente por personal desplazado a los centros escolares para recoger las medidas del peso corporal, altura, cadera y cintura utilizando material de medición de precisión.

Más información:

www.naos.aesan.msssi.gob.es

EUROSTAT- Base de datos de Estadísticas de Salud – Public Health Statistics database -

Estadísticas responsabilidad de la Oficina de Estadística de la Unión Europea (EUROSTAT) en colaboración con los Institutos Nacionales de Estadística de los distintos países de la Unión Europea.

El objetivo es recopilar los datos de los Institutos Nacionales de Estadística Europeos y producir datos comparables a nivel de la Unión Europea siguiendo una metodología única.

Ofrece de forma periódica información estadística de la Unión Europea y sus Estados miembros.

Más información:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database

Gasto Sanitario Público

Estadística 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. Incluida en el Plan Estadístico Nacional 2009-2012.

Tiene como objetivo general 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>

Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLA-SNS)

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 y ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla.

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/inclasSNS_DB.htm

Interrupciones Voluntarias del Embarazo

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. Incluida en el Plan Estadístico Nacional 2009-2012.

Tiene como objetivo general informar 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.

Más información:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>

Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud

Estadísticas responsabilidad de las Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de todas las comunidades autónomas e INGESA. 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.

Tiene como objetivo general 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.

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/listaEspera.htm>

OCDE- Base de datos de Salud. OECD -Health database

Ofrece una recopilación de estadísticas e indicadores realizada por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en colaboración con 34 estados entre los que se encuentra España.

El objetivo es ofrecer información comparable sobre los sistemas sanitarios y la salud en todos los países de la OCDE que permitan llevar a cabo análisis y comparaciones internacionales. La base de datos incluye indicadores del gasto sanitario, recursos dedicados a los cuidados y atención de la salud, la actividad desarrollada, el estado de salud y los estilos de vida.

Más información:

<http://stats.oecd.org/index.aspx>

OMS – Base de datos europea Salud para Todos. WHO-European Health for All database (HFA-DB)

Ofrece una selección de estadísticas de salud que abarcan datos demográficos básicos, estado de salud, los factores determinantes de la salud y los factores de riesgo y los recursos de atención de salud, la utilización y el gasto en los 53 países de la Región Europea de la OMS.

Tiene como objetivo general ofrecer información de los países y análisis regionales y presentar los resultados en tablas, gráficos o mapas, que puedan ser exportados para su uso posterior.

Los datos son recopilados de varias fuentes, incluyendo una red de expertos de los países, la OMS / Europa, las Naciones Unidas, la oficina estadística de la Unión Europea (EUROSTAT) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

La periodicidad de actualización de los datos es bianual.

Más información:

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>

Sistema de Información de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (SIAP-SNS)

Estadística 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, INGESA, MUGEJU e ISFAS. Incluida en el Plan Estadístico Nacional 2009-2012.

Tiene como objetivo general proporcionar 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.

Más información:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>

TIC en el Sistema Nacional de Salud: el programa Sanidad en Línea. Actualización de datos 2011

El Informe contextualizar las actuaciones realizadas en 2011 en el marco del programa Sanidad en Línea. La fuente de información fundamental han sido las Consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas e INGESA. La recogida de datos se realizó mediante un formulario.

El programa Sanidad en Línea se puso en marcha en 2006, con el objetivo de impulsar el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en el Sistema Nacional de Salud (SNS), es una iniciativa conjunta del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSI), el Ministerio de Industria, Energía y Turismo (MIET), a través de Red.es, y todas las Consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas.

El programa, cuenta con financiación del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER), y ofrece un marco para compaginar las agendas eSalud de ámbito estatal y autonómico con el fin de mejorar la calidad del servicio sanitario, mediante el uso eficiente de las tecnologías de la información y la comunicación.

Sus objetivos fundamentales son: impulsar y complementar los proyectos autonómicos de historia clínica electrónica, receta electrónica o cita por internet, a través de la dotación de infraestructura y servicios TIC asociados y dar soporte a los sistemas de información de los Servicios de Salud de las comunidades autónomas para que se sumen al proyecto Historia Clínica Digital del SNS (HCDSNS) enfocado al intercambio de información clínica entre las comunidades.

Más información:

http://www.msc.es/profesionales/hcdsns/TICS/TICS_SNS_ACTUALIZACION_ES_2010.pdf

Vacunaciones Sistemáticas

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. Forma parte del inventario de estadísticas de la Administración General del Estado.

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. Como variables de clasificación la edad.

La periodicidad de la recogida y difusión de los datos es anual.

Más información:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm>

Índice de Tablas

Reparto de competencias en materia de sanidad

Tabla 1.1 Competencias de las Administraciones Públicas en materia sanitaria	12
--	----

Prestaciones

Tabla 3.1 Contribución a la financiación del gasto farmacéutico	22
---	----

Población Protegida

Tabla 4.1 Cifras oficiales de población por comunidad autónoma	25
Tabla 4.2 Proporción de extranjeros empadronados respecto a la población de la comunidad autónoma	27

Funcionamiento

Tabla 5.1 Satisfacción con el sistema sanitario, distribución según porcentaje de opinión... 29	
Tabla 5.2 Organización de los servicios asistenciales	30

Atención Primaria: recursos, actividad, calidad, satisfacción y gasto

Tabla 5.3 Centros de salud y consultorios del Sistema Nacional de Salud. España y comunidades autónomas	32
Tabla 5.4 Recursos humanos en Atención Primaria pública: médicos y enfermeros. Total, tasa por 10.000 habitantes asignados y proporción de mujeres	33
Tabla 5.5 Recursos humanos en Atención Primaria pública: médicos y enfermeros por comunidad autónoma.....	35
Tabla 5.6 Recursos humanos en Atención Primaria pública: porcentaje de mujeres por comunidad autónoma.....	36
Tabla 5.7 Actividad asistencial en Atención Primaria pública: número de consultas en 2011 y frecuentación según población asignada en Atención Primaria y año	37
Tabla 5.8 Enfermedades prevenibles por vacunación: casos notificados y tasas por 100.000 habitantes	40
Tabla 5.9 Cobertura en porcentaje de vacunación antigripal en población de 65 y más años41	
Tabla 5.10 Tasa de altas por complicaciones agudas de diabetes por 1.000 personas diabéticas	42
Tabla 5.11 Valoración de la atención que se presta en las consultas de atención primaria ..	43

Atención Especializada: recursos, actividad, calidad, satisfacción y gasto

Tabla 5.12 Hospitales y camas instaladas por finalidad asistencial: total, tasa por 100.000 habitantes y proporción de hospitales públicos	47
Tabla 5.13 Hospitales según dependencia funcional por comunidad autónoma	48
Tabla 5.14 Camas instaladas según dependencia funcional por comunidad autónoma.....	49
Tabla 5.15 Alta tecnología dependiente del hospital, total y tasa por millón de habitantes..	54

Tabla 5.16 Recursos humanos en Atención Especializada pública: médicos y enfermeros que trabajan en hospitales y centros de especialidades: total, tasa por 10.000 habitantes y proporción de mujeres	56
Tabla 5.17 Actividad médica, quirúrgica y obstétrica desarrollada en hospitales y centros de especialidades: total, tasa por 1.000 habitantes y porcentaje de financiación por el Sistema Nacional de Salud	57
Tabla 5.18 Hospitalización en el Sistema Nacional de Salud: altas por los principales grupos de enfermedad por sexo y tasa por 10.000 habitantes	59
Tabla 5.19 Situación de la lista de espera quirúrgica en el Sistema Nacional de Salud.....	60
Tabla 5.20 Situación de la lista de espera de consultas externas en el Sistema Nacional de Salud	61
Tabla 5.21 Interrupciones Voluntarias del Embarazo por grupo de edad. España y comunidades autónomas	63
Tabla 5.22 Donantes y trasplantes de órganos sólidos realizados: total y tasa por millón de habitantes	64
Tabla 5.23 Tasa de cesáreas por cada 100 partos atendidos.....	66
Tabla 5.24 Tasa de cesáreas en partos atendidos por el Sistema Nacional de Salud, según comunidad autónoma.....	67
Tabla 5.25 Evolución de la tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados por cada 100 altas hospitalarias.....	70
Tabla 5.26 Tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados por cada 100 altas hospitalarias, según comunidad autónoma.....	71
Tabla 5.27 Mortalidad intrahospitalaria post-infarto agudo de miocardio por cada 100 altas por infarto agudo de miocardio por comunidades autónomas	72
Tabla 5.28 Valoración de la asistencia que se presta en los hospitales públicos.....	74
Tabla 5.29 Valoración de las consultas de especialistas de la sanidad pública	75
Tabla 5.30 "¿Cree Ud. que las autoridades sanitarias están llevando a cabo acciones destinadas a mejorar las listas de espera?"	76
Tabla 5.31 "En general, ¿cree Ud. que durante los últimos doce meses el problema de las listas de espera..."	76

Medicamentos

Tabla 5.32 Gasto total en medicamentos y productos sanitarios en % del PIB en países de la Unión Europea pertenecientes a la OCDE	81
Tabla 5.33 Consumo de medicamentos con cargo a recetas del Sistema Nacional de Salud expresado en Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes, ordenados según pertenencia al grupo Anatomoterapéutico.....	82
Tabla 5.34 Evolución del consumo de medicamentos genéricos como porcentaje del importe facturado, en algunos países de la Unión Europea.....	83
Tabla 5.35 Evolución del consumo de medicamentos genéricos como porcentaje del número de envases facturados en algunos países de la Unión Europea.....	84
Tabla 5.36 Grado de conocimiento de la receta electrónica.....	86

Tabla 5.37 "Actualmente, ¿guarda Ud. en casa envases enteros de medicamentos recetados por su médico?"	86
Tabla 5.38 "Y, ¿la mayoría de estos envases enteros son...?" Multirrespuesta.....	87
Tabla 5.39 "¿Podría calcular, más o menos, cuántos envases son?"	87
Tabla 5.40 Acreditación de centros y unidades docentes para la Formación Sanitaria Especializada	88
Tabla 5.41 Evolución de la oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada	89
Tabla 5.42 Evolución de la oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada en especialidades deficitaria	89
Tabla 5.43 Evolución de la oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada en especialidades con superávit	90
Tabla 5.44 Aspirantes admitidos a examen en la convocatoria 2010/11	90
Tabla 5.45 Plazas adjudicadas en la convocatoria 2010/11	91
Tabla 5.46 Acreditación de cursos de segundo nivel de formación en protección radiológica 93	

Financiación y Gasto

Tabla 6.1 Presupuestos iniciales para la sanidad en millones de euros de la Administración General del Estado y Seguridad Social.....	94
Tabla 6.2 Presupuesto inicial para la sanidad en millones de euros, por comunidad autónoma	95
Tabla 6.3 Gasto sanitario total: público y privado en millones de euros y porcentaje sobre el PIB	96
Tabla 6.4 Gasto sanitario público según clasificación funcional	96
Tabla 6.5 Gasto sanitario público, composición según clasificación económico – presupuestaria en millones de euros y porcentaje sobre el total	97
Tabla 6.6 Gasto sanitario total como porcentaje del PIB en los países de la UE-27	98
Tabla 6.7 Gasto sanitario total por habitante en poder paritario de compra en dólares USA, en países de la UE-27.....	99
Tabla 6.8 Gasto sanitario público, territorializado por habitante protegido en euros.....	101

Estados de salud y estilos de vida de la población española

Tabla 7.1 Estructura de la población, porcentaje según grupos de edad y sexo	102
Tabla 7.2 Autoevaluación negativa del estado de salud: distribución porcentual en el total de la población, según sexo.....	103
Tabla 7.3 Esperanza de vida al nacer y a los 65 años según sexo y comunidad autónoma	106
Tabla 7.4 Esperanza de vida en buena salud al nacer y a los 65 años según sexo y comunidad autónoma	109
Tabla 7.5 Número de defunciones y tasa bruta de mortalidad por 100.000 habitantes	111
Tabla 7.6 Defunciones por las principales causas de muerte según sexo	112

Tabla 7.7 Mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos y sus componentes: mortalidad neonatal, postneonatal y perinatal por 1.000 nacidos vivos.....	114
Tabla 7.8 Recién nacidos de bajo peso al nacer (<2500gr) según comunidad autónoma, por cada 100 nacidos vivos.....	118
Tabla 7.9 Cobertura de vacunación sistemática en población infantil.....	119
Tabla 7.10 Cobertura de vacunación frente a virus del papiloma humano.....	121
Tabla 7.11 VHI y sida: nuevos diagnósticos, tasas por millón de habitantes, mediana de edad y distribución por categoría de transmisión según sexo	122
Tabla 7.12 Prevalencia de diabetes mellitus por 100 habitantes en población adulta, 16 y más años.....	124
Tabla 7.13 Prevalencia de diabetes mellitus por 100 habitantes en mujeres adultas, 16 y más años	125
Tabla 7.14 Prevalencia de diabetes mellitus por 100 habitantes en hombres adultos, 16 y más años.....	126
Tabla 7.15 Porcentaje de personas de 16 y más años que se declaran hipertensas.....	128
Tabla 7.16 Porcentaje de personas de 16 y más años que se declaran con bronquitis crónica y enfisema, distribuidas según sexo	129
Tabla 7.17 Consumo de tabaco, distribución porcentual en población de 16 y más años....	130
Tabla 7.18 Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses. Distribución porcentual en población de 16 y más años según sexo y grupo de edad	132
Tabla 7.19 Porcentaje de mujeres y hombres de 16 y más años que dicen haber consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses	133
Tabla 7.20 Sobrepeso y obesidad, distribución porcentual en población adulta de 18 y más años, según sexo.....	134
Tabla 7.21 Sobrepeso y obesidad, distribución porcentual según sexo en población infantil de 6 a 9 años	137
Tabla 7.22 Porcentaje de mujeres de 16 y más años que dicen haber realizado actividad física durante los últimos 7 días.....	138
Tabla 7.23 Porcentaje de hombres de 16 y más años que dicen haber realizado actividad física durante los últimos 7 días.....	139
Tabla 7.24 Porcentaje de hombres de 16 y más años que dicen haber realizado actividad física durante los últimos 7 días, por comunidad autónoma	140

Índice de Figuras

Reparto de competencias en materia de sanidad

Figura 1.1 España y comunidades autónomas.....	14
--	----

Coordinación con el Sistema Nacional de Salud

Figura 2.1 Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.....	18
--	----

Población Protegida

Figura 4.1 Porcentaje de variación interanual de población total	26
Figura 4.2 Porcentaje de variación interanual de población extranjera residente	28

Funcionamiento

Atención Primaria: recursos, actividad, calidad, satisfacción y gasto

Figura 5.1 Recursos humanos en Atención Primaria pública: médicos por 10.000 habitantes asignados.....	33
Figura 5.2 Recursos humanos en Atención Primaria pública: personal de enfermería por 10.000 habitantes asignados	34
Figura 5.3 Evolución de la Historia Clínica en Atención Primaria: implantación de sistemas que permiten consultar la Historia Clínica Electrónica en toda la comunidad.....	38
Figura 5.4 Cobertura de la vacunación contra la gripe de personas mayores de 65 años	41
Figura 5.5 Tasa de altas por complicaciones agudas de la diabetes por 1.000 personas diabéticas.....	42
Figura 5.6 Porcentaje del gasto sanitario público corriente dedicado a los servicios primarios de salud según comunidad autónoma	44
Figura 5.7 Evolución del porcentaje del gasto sanitario público corriente dedicado a los servicios primarios de salud	45

Atención Especializada: recursos, actividad, calidad, satisfacción y gasto

Figura 5.8 Camas en funcionamiento en hospitales por 1.000 habitantes	50
Figura 5.9 Quirófanos en funcionamiento y puestos en hospital de día por 100.000 habitantes	51
Figura 5.10 Puestos en hospital de día por 1.000 habitantes	52
Figura 5.11 Dotación de aparatos de Tomografía Axial Computerizada por millón de habitantes.....	53
Figura 5.12 Dotación de Resonancia Magnética por millón de habitantes.....	55
Figura 5.13 Evolución del peso, en porcentaje, de los procedimientos quirúrgicos ambulatorios sobre el total de procedimientos quirúrgicos en el Sistema Nacional de Salud	58
Figura 5.14 Evolución del número de pacientes en lista de espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes por 1.000 habitantes y días de espera	60

Figura 5.15 Evolución del número de pacientes en lista de espera para consultas externas especializadas por 1.000 habitantes y días de espera.....	62
Figura 5.16 Evolución de la tasa de trasplantes de riñón por 1.000.000 de habitantes	65
Figura 5.17 Evolución de la tasa de trasplantes de Hígado por 1.000.000 de habitantes.....	65
Figura 5.18 Evolución de la tasa de cesáreas en partos atendidos por el Sistema Nacional de Salud	68
Figura 5.19 Evolución de la tasa de cesáreas en partos no atendidos por el Sistema Nacional de Salud	69
Figura 5.20 Evolución de la mortalidad intrahospitalaria post-Infarto agudo de miocardio por cada 100 altas por infarto agudo de miocardio	73
Figura 5.21 Porcentaje del gasto sanitario público corriente dedicado a los servicios de atención especializada	77
Figura 5.22 Evolución del porcentaje del gasto sanitario público corriente dedicado a los servicios de atención especializada	78

Medicamentos

Figura 5.23 Evolución del porcentaje del gasto sanitario público en recetas médicas sobre el gasto sanitario público corriente.....	79
Figura 5.24 Porcentaje del gasto sanitario público en recetas médicas sobre el gasto sanitario público corriente	80
Figura 5.25 Evolución de la implantación de la receta electrónica en los centros de salud del Sistema Nacional de Salud.	85

Financiación y Gasto

Figura 6.1 Evolución del gasto sanitario público territorializado en euros por habitante protegido	100
--	-----

Estados de salud y estilos de vida de la población española

Figura 7.1 Autovaloración negativa del estado de salud, distribución porcentual	103
Figura 7.2 Esperanza de vida al nacer.....	104
Figura 7.3 Esperanza de vida a los 65 años	105
Figura 7.4 Esperanza de vida en buena salud al nacer	107
Figura 7.5 Esperanza de vida en buena salud a los 65 años.....	108
Figura 7.6 Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes ajustada por edad y sexo	111
Figura 7.7 Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	113
Figura 7.8 Tasa de mortalidad perinatal por cada 1.000 nacidos vivos	115
Figura 7.9 Evolución de las tasas de mortalidad infantil y mortalidad perinatal por 1.000 nacidos vivos	116
Figura 7.10 Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer por cada 1.000 nacidos vivos	117
Figura 7.11 Prevalencia porcentual de diabetes mellitus en población de 16 y más años ...	127

Figura 7.12 Consumo diario de tabaco, distribución porcentual en mujeres y hombres de 16 y más años	131
Figura 7.13 Prevalencia de sobrepeso en adultos de 18 y más años.....	135
Figura 7.14 Prevalencia de obesidad en adultos de 18 y más años	136
Figura 7.15 Prevalencia de obesidad y sobrepeso en niñas de 6 a 9 años	137
Figura 7.16 Prevalencia de obesidad y sobrepeso en niños de 6 a 9 años	138

