Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2015

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2015
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2015

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, 2015 Disponible en www.msssi.gob.es

Índice

Introducción 13
Resumen 15
1 Situación de salud y hábitos de vida 29
1.1 Cifras de población e indicadores demográficos básicos 29
1.1.1 Cifras de población 29
1.1.2 Natalidad y edad media materna 30
1.1.3 Tasas de dependencia 32
1.2 Esperanzas de vida 33
1.2.1 Esperanza de vida al nacer 33
1.2.2 Esperanza de vida a los 65 años 34
1.3 Mortalidad 35
1.3.1 Mortalidad general 35
1.3.2 Mortalidad por las principales causas 36
1.4 Morbilidad en la población española 43
1.4.1 Autovaloración del estado de salud 43
1.4.2 Presencia de enfermedades y problemas de salud crónicos en adultos y en la infancia 47
1.4.3 Enfermedades prevenibles mediante vacunación: sarampión, rubéola, parotiditis y tosferina 51
1.4.4 Tuberculosis 52
1.4.5 VIH / SIDA 53
1.4.6 Hepatitis 55
1.5 Salud materno –infantil 57
1.5.1 Mortalidad infantil 57
1.5.2 Bajo peso al nacer 59
1.5.3 Interrupción voluntaria del embarazo 60
1.6 Morbilidad atendida en Atención Primaria 62
1.7 Morbilidad atendida en Atención Especializada 67
1.8 Una situación de alerta: la Enfermedad por Virus de Ébola 72
1.9 Hábitos de Vida 76
1.9.1 Consumo de tabaco 76
1.9.2 Consumo de alcohol 79
1.9.3 Obesidad y sobrepeso 82
1.9.4 Actividad física 84
2 Recursos Asistenciales 89
2.1 Médicos en ejercicio 89

2.2 Enfermeras en ejercicio ... 92
2.3 Farmacéuticos en ejercicio ... 95
2.4 Centros de salud y consultorios locales ... 98
2.5 Oficinas de farmacia ... 99
2.6 Hospitales, camas hospitalarias y puestos de hospital de día ... 102
2.6.1 Hospitales ... 102
2.6.2 Camas en funcionamiento ... 105
2.6.3 Puestos de hospital de día ... 105
2.6.4 Camas en funcionamiento y puestos de hospital de día ... 106
2.7 Tecnologías médicas ... 107
2.8 Centros, servicios y unidades de referencia del SNS ... 110
2.9 Red de equipos de trasplante de órganos sólidos ... 111
2.10 Centros y servicios de transfusión sanguínea ... 112
3 Actividad, calidad asistencial y accesibilidad de los servicios sanitarios ... 113
3.1 Actividad en atención primaria ... 113
3.1.1 Actividad ordinaria en el centro y domicilio ... 113
3.1.2 Vacunación infantil ... 115
3.1.3 Vacunación frente a la gripe estacional en personas mayores ... 120
3.1.4 Actividad urgente en centros de atención primaria y domicilios ... 121
3.1.5 Accesibilidad a la atención primaria ... 122
3.2 Oficinas de farmacia ... 124
3.3 Actividad en hospitales y consultas externas ... 126
3.3.1 Actividad médica, quirúrgica y obstétrica ... 126
3.3.2 Estancia media y estancia media preoperatoria ... 128
3.3.3 Cirugía sin ingreso hospitalario ... 129
3.3.4 Calidad asistencial ... 130
3.3.5 Lista de espera en consultas externas y cirugía programada ... 131
3.4 Detección precoz de cáncer ... 134
3.4.1 Detección precoz de cáncer de mama ... 135
3.4.2 Detección precoz de cáncer de cuello de útero ... 136
3.4.3 Detección precoz de cáncer de colon ... 137
3.5 Actividad en centros, servicios y unidades de referencia ... 139
3.6 Donación y trasplante de órganos ... 144
3.6.1 Trasplante de progenitores hematopoyéticos ... 145
3.7 Medicina transfusional ... 148
4 Ordenación Profesional y Formación Continuada ... 151
4.1 Registro Estatal de Profesionales Sanitarios ... 151

4.2 Formación Sanitaria Especializada 152
4.2.1 La formación troncal 152
4.2.2 Oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada de la convocatoria 2014/15 156
4.2.3 Especialistas en formación 157
4.2.4 Acreditación de centros, unidades y dispositivos docentes 159
4.3 Reconocimiento de las cualificaciones de las profesiones sanitarias 162
4.4 Medidas en materia de recursos humanos del SNS 163
4.4.1 Estrategia frente a agresiones a profesionales del SNS 163
4.4.2 Estudio de los criterios comunes a aplicar en el SNS para retribuir a los especialistas en formación para el acceso a Áreas de Capacitación Específica ... 163
4.5 Formación Continuada de los Profesionales Sanitarios 164
5 Prestación farmacéutica 165
5.1 Medicamentos y productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del SNS 165
5.1.1 Medicamentos incluidos en el año 2014 166
5.1.2 Total de medicamentos incluidos a 31 de diciembre de 2014 171
5.1.3 Total de productos sanitarios incluidos a 31 de diciembre de 2014 172
5.2 La prestación farmacéutica a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia 173
5.2.1 Gasto farmacéutico 173
5.2.2 Recetas facturadas 176
5.2.3 Gasto medio por receta 177
5.2.4 Gasto por habitante 178
5.2.5 Recetas por habitante 179
5.2.6 Consumo por grupos de facturación 180
5.2.7 Consumo de medicamentos genéricos 180
5.2.8 Consumo de medicamentos por subgrupos farmacológicos (ATC4) 182
5.2.9 Consumo de medicamentos por principios activos (ATC5) 185
5.2.10 Consumo de productos sanitarios 187
5.3 Prestación farmacéutica hospitalaria 188
5.3.1 Gasto de medicamentos por subgrupos farmacológicos (ATC4) 188
5.3.2 Gasto de medicamentos por principios activos (ATC5) 189
5.4 Consumo medicamentos huérfanos 190
6 Gasto Sanitario 193
6.1 Evolución del gasto sanitario 193
6.2 Gasto sanitario total según función 194
6.3 Gasto sanitario total según proveedor 196

6.4 Gasto sanitario total según agente de financiación 197
6.5 Gasto sanitario público del sector comunidades autónomas 198
7 e-Salud 201
7.1 La identificación electrónica de los usuarios en el Sistema Nacional de Salud 201
7.2 La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud 202
7.3 La receta electrónica del Sistema Nacional de Salud 205
8 Percepción y opinión de los ciudadanos 211
8.1 Valoración del funcionamiento del sistema sanitario 211
8.2 Elección de servicio público o privado 213
8.3 Equidad en la prestación de los servicios 214
8.4 Opinión sobre la repercusión de las medidas estructurales en los servicios sanitarios 214
8.5 Opinión de los pacientes acerca de su participación en las decisiones que afectan a su salud 215
9 Comparaciones internacionales 217
9.1 Situación de salud y hábitos de vida 217
9.1.1 Cifras de población e indicadores demográficos básicos 217
9.1.2 Esperanzas de vida 222
9.1.3 Mortalidad 224
9.1.4 Morbilidad 226
9.1.5 Salud materno-infantil 229
9.1.6 Hábitos de vida 234
9.2 Recursos Asistenciales 238
9.2.1 Médicos en ejercicio 238
9.2.2 Enfermeras en ejercicio 240
9.2.3 Farmacéuticos en ejercicio 242
9.2.4 Camas en hospitales 244
9.2.5 Oficinas de farmacia 246
9.3 Actividad, calidad, y accesibilidad a los servicios sanitarios 246
9.3.1 Consultas a médicos 246
9.3.2 Vacunaciones 248
9.3.3 Actividad en hospitales 251
9.3.4 Donación y trasplante de órganos 253
9.3.5 Calidad percibida de la atención sanitaria 255
9.3.6 Necesidades insatisfechas de atención médica 258
9.4 Consumo de medicamentos 259
9.4.1 Medicamentos genéricos 259

9.4.2 Medicamentos con elevado consumo 262
9.5 Gasto Sanitario 274
9.5.1 Gasto sanitario y su relación con el PIB 274
9.5.2 Gasto sanitario público y gasto sanitario total 276
10 ANEXOS 279
10.1 Cuadro de Indicadores Nacionales 280
10.1.1 Cifras de población e indicadores demográficos 281
10.1.2 Esperanzas de vida 282
10.1.3 Mortalidad 283
10.1.4 Morbilidad 285
10.1.5 Salud materno-infantil 286
10.1.6 Hábitos de vida 287
10.1.7 Recursos humanos del SNS 288
10.1.8 Recursos físicos del SNS 289
10.1.9 Red transfusional 290
10.1.10 Red de equipos de trasplante 291
10.1.11 Actividad asistencial 293
10.1.12 Vacunaciones 295
10.1.13 Detección precoz de cáncer 298
10.1.14 Medicina transfusional 299
10.1.15 Órganos trasplantados 300
10.1.16 Gasto en recetas médicas del SNS 302
10.1.17 Consumo de medicamentos genéricos en el SNS 303
10.1.18 Gasto sanitario público del sector comunidades autónomas 304
10.1.19 Gasto sanitario público en remuneración de personal 305
10.1.20 Satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario 306
10.2 Cuadro de Indicadores Internacionales 307
10.2.1 Cifras de población e indicadores demográficos 308
10.2.2 Esperanzas de vida 309
10.2.3 Mortalidad 310
10.2.4 Morbilidad 311
10.2.5 Salud materno-infantil 312
10.2.6 Hábitos de vida 313
10.2.7 Recursos 314
10.2.8 Actividad asistencial 315
10.2.9 Vacunaciones 316
10.2.10 Donación y trasplante de órganos 317

10.2.11 Órganos trasplantados 318
10.2.12 Calidad percibida y accesibilidad al sistema sanitario 319
10.2.13 Consumo de medicamentos 320
10.2.14 Gasto sanitario 322
Índice de Tablas 323
Índice de gráficos 331
Abreviaturas, acrónimos y siglas 337
Fuentes 344
Equipo de Trabajo 355

Introducción

El primer informe elaborado sobre el estado del Sistema Nacional de Salud (SNS) concernió al año 2003 y desde entonces se han confeccionado once ediciones[1], siendo la última la correspondiente al año 2013.

En todos los informes se proporcionan datos sobre la salud, los servicios sanitarios y los hechos más importantes que han sucedido en el Sistema Nacional de Salud en el año de referencia.

Tras once ediciones del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, unidad donde desde el año 2012 recae la responsabilidad de coordinación y confección del informe, consideró oportuno introducir una serie de mejoras para dotar de mayor dinamismo al documento a la vez que facilitase su confección. La propuesta fue presentada al pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, celebrado el 23 de julio de 2015 conviniendo que, dada la estabilidad de algunas de las informaciones que se recogen anualmente, se elaborarán dos formatos del documento con una frecuencia bienal:

- Año "n": el informe tendrá toda la información sintética del Sistema Nacional de Salud a la que se añadirá un anexo complementario, elaborado por cada una de las comunidades autónomas, sobre acciones propias específicas y destacables llevadas a cabo en su ámbito de responsabilidad.
- Año "n+1": los datos sintéticos y resumidos del SNS se complementarán con comparaciones internacionales, revisando como está España en relación con los países de la Unión Europea (UE).

Por otro lado y en similitud con las estrategias de difusión de algunos organismos internacionales como la OCDE, la denominación del informe hará referencia al año de edición del documento y no al año de referencia de los datos.

En consecuencia, si consideramos que el informe del SNS 2013 contaba con un anexo individual elaborado por cada una de las comunidades autónoma, el informe que da continuidad a la serie deberá proporcionar comparaciones internacionales y al tener prevista su edición en el último trimestre de 2015, su denominación será el de *Informe Anual del SNS 2015*.

Los contenidos del Informe Anual del SNS 2015 se desarrollan a lo largo de nueve capítulos; en los ocho primeros, como en ediciones anteriores, se proporciona una imagen de la situación de salud y del sistema sanitario con el propósito de dar continuidad y proporcionar un instrumento de consulta válido para administradores, estudiosos y sobre todo para los ciudadanos. El capítulo nueve está dedicado a las comparaciones internacionales, utilizando como fuente las bases de datos de salud de la Unión Europea, la Organización Mundial de la Salud y de la OCDE, vigilando en todo momento la comparabilidad de la información y siempre acotado al entorno de la UE.

Con carácter general las fuentes de los datos empleados son las cifras disponibles y difundidas hasta el mes de octubre de 2015, momento en el que se inicia la confección del documento y que están recogidas en los sistemas de información y estadísticas oficiales incluidas en el Plan Estadístico Nacional (PEN). Todas ellas están accesibles desde el Portal estadístico del SNS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: http://www.msssi.gob.es/

Los datos disponibles de España en las bases de datos internaciones responden a los calendarios de recogida de información de los distintos organismos y pueden ser anteriores a los que se han aportado en los capítulos precedentes del informe, pero se ha preferido presentarlos

[1] Los informes elaborados cubren el periodo 2003-2013 estando disponibles en la página electrónica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm

como figuran en las estadísticas internacionales en aras a la comparabilidad temporal entre los países.

La comparabilidad, tanto entre territorios como a lo largo del tiempo, ha estado presente en todo momento en la confección del documento, prefiriendo aquella información y datos en los que al tener una definición común, se asegura su comparación.

El Informe Anual del SNS 2015 tiene incorporado un Anexo denominado *cuadros de indicadores*, constituidos por tablas con los nombres de las comunidades y ciudades autónomas ordenados de mayor a menor valor del indicador utilizado en la elaboración de informe. Las tablas del capítulo noveno contienen el nombre de los países ordenados de mayor a menor valor del indicador.

Como información de contexto, tanto en las tablas nacionales como en las internacionales, se aporta para cada indicador la unidad de medida, el valor máximo, el valor mínimo y el cociente máximo/mínimo. Se incluye como valor de referencia el dato de España o de la Unión Europea, en este último caso, para algunos indicadores de la UE la estimación de la cifra corresponde a la media aritmética de los datos de los países disponibles siempre que la cobertura de población supere el 70%.También se aporta la fuente de información y si fuera preciso un apartado de Observaciones que permitan mejorar la interpretación de las tablas. La consulta de un dato específico referido a una comunidad autónoma / país concreto se tendrá que hacer en las tablas y figuras que conforman el cuerpo del informe.

Agradecemos la colaboración prestada por los integrantes de los equipos de trabajo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad responsables de las estadísticas y sistemas de información utilizados en la elaboración del Informe Anual del SNS 2015.

Resumen

DEMOGRAFÍA Y ESTADO DE SALUD

Cifras de población e indicadores demográficos básicos

- A 1 de enero de 2015 residen en España 46,4 millones de habitantes, con una tasa de natalidad de 9,2 nacimientos por cada 1.000 habitantes y una edad media materna de 31,8 años. La tasa de dependencia es de 52,1% con un aumento de 3,2 puntos en los últimos 15 años.
- La esperanza de vida al nacer alcanza los 83,1 años con 80,1 años en los hombres y 86,0 años en las mujeres. Desde al año 2001 la esperanza de vida al nacer ha aumentado en 3,4 años. A los 65 años la esperanza de vida es de 21,4 años, con 19,2 años en los hombres y 23,4 años en las mujeres. Las mujeres españolas de 65 años esperan vivir 4,2 años más que los hombres.

Mortalidad

- La tasa bruta de mortalidad es de 837,9 fallecidos por cada 100.000 habitantes. Desde 2001, el riesgo de muerte en España se ha reducido un 24,5%. La mayoría de las defunciones se deben a causas naturales. El grupo de las enfermedades del sistema circulatorio (que supone un 30,1% del total de las defunciones) y los tumores (28,4%), son las principales causas de muerte.
- Entre las enfermedades cardiovasculares, la causa de muerte predominante es la enfermedad isquémica del corazón, que causa el 8,6% del total de defunciones en España, si bien el riesgo de muerte por esta causa ha disminuido un 39,5% desde principios del siglo XXI. Dentro del mismo grupo, las enfermedades cerebrovasculares causan el 7% del total de los fallecimientos. El riesgo de muerte por esa causa ha disminuido un 48,7% desde el inicio del presente siglo.
- El cáncer de pulmón es responsable del 5,6% del total de las defunciones, siendo sensiblemente superior en hombres (8,8%) que en mujeres (2,2%). El riesgo de muerte desde 2001 ha disminuido un 17,1% entre los primeros, pero ha incrementado un 75,4% entre las mujeres. No obstante el tumor maligno de mama sigue siendo la neoplasia más frecuente en la mujer, suponiendo el 3,4% del total de las muertes en mujeres. Desde inicios del presente siglo, el riesgo de muerte por cáncer de mama en la mujer se ha reducido un 18,4%.
- La cirrosis hepática supone el 1,1% del total de defunciones, el 1,6% en hombres y el 0,6% en mujeres.
- Respecto a las muertes por causas externas, en los últimos años se ha reducido el número y la importancia relativa de los accidentes de tráfico, que suponen en la actualidad un 13% del total de las defunciones debidas a causas externas y cuyo riesgo de muerte ha disminuido en un 73% desde 2001. De este modo, el suicidio ha tomado la primera posición relativa dentro de este grupo: supone alrededor de la cuarta parte de las defunciones por causas externas y el 1% de total de las defunciones registradas.

Estado de salud percibido

- El 75,3% de la población percibe su estado de salud como bueno o muy bueno. Los problemas de salud crónicos más frecuentes están constituidos por el dolor de espalda lumbar, la hipertensión arterial, la artrosis, artritis o reumatismo, la hipercolesterolemia y el dolor cervical crónico. Algunos de los problemas muestran una tendencia ascendente en el tiempo: en las últimas 2 décadas la hipertensión ha pasado de afectar del 11,2% de la población adulta al 18,5%, la diabetes del 4,1% al 7% y el colesterol elevado del 8,2% al 16,4%. En la infancia, las enfermedades crónicas prevalentes son la alergia con el 10,0% y el asma con el 5,2%.

Morbilidad registrada

- Rubéola, sarampión y parotiditis, incluidas en el calendario de vacunación, presentan una tendencia decreciente desde los años noventa, aunque la parotiditis presenta ondas epidémicas la última de las cuales ha tenido lugar en el año 2014 con una tasa de 7,1 casos declarados por 100.000 habitantes. En el mismo año se han declarado en España 0,3 casos de sarampión y 0,03 casos de rubéola por cada 100.000 habitantes. La tosferina mantiene su patrón epidémico cíclico y desde 2010 se observa un progresivo aumento de la incidencia la hospitalización y la mortalidad por esta enfermedad. En el año 2014 el número de casos declarados de tosferina por cada 100.000 habitantes es de 7,2.
- En España, en el año 2014, se notificaron 5.018 casos de tuberculosis, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 10,8 casos por 100.000 habitantes siendo un 10,0% inferior a la del año 2013. La incidencia de la tuberculosis en España sigue disminuyendo, fundamentalmente por el sensible descenso que se viene observando de las formas respiratorias que han pasado de una tasa por 100.000 habitantes de 14,2 en 2007 a 8,5 en 2014.
- El número de nuevas infecciones con VIH se mantiene estable durante los últimos años, mientras que los casos de sida muestran una tendencia decreciente.
- La hepatitis A ha descendido importantemente en el último quinquenio pasando de 6,0 casos por 100.000 habitantes en el año 2009 a 1,4 en el año 2014; también descienden, aunque no tan llamativamente, los casos de hepatitis B y otras hepatitis víricas que presentan una incidencia de 1,7 y 1,5 casos por 100.000 habitantes respectivamente.
- En cuanto a la hepatitis C, se estima que la prevalencia de anticuerpos en adultos es de 1,7%. Ante el problema de salud que supone para nuestro país la hepatitis C, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acuerda por unanimidad la elaboración un Plan Estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud con desarrollo en el trienio 2015-2017.

Salud materno-infantil

- La tasa de mortalidad infantil es de 2,7 defunciones en menores de un año por 1.000 nacidos vivos, siendo la primera vez que se sitúa por debajo de 3. La tendencia de incremento del número de recién nacidos con bajo peso se ha frenado en los últimos años, situándose en la proporción del 8,1% de nacidos con peso inferior a 2.500 gramos. El número de interrupciones voluntarias del embarazo (108.690), con una tasa de 11,7 por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años, ha disminuido confirmando la tendencia iniciada hace tres años.

Morbilidad atendida en atención primaria

- Los menores de 15 años atendidos en los centros de salud de Atención Primaria presentan una media de 4 problemas de salud a lo largo del año. Esta media crece con la edad, llegando a casi 7 problemas en las personas de 65 y más años. Los problemas de salud más frecuentes atendidos en atención primaria, varían con la edad y el sexo.

- Entre los menores de 15 años, la primera causa de consulta son los problemas del aparato respiratorio seguidos de problemas generales e inespecíficos, piel y faneras, aparato digestivo y aparato auditivo.
- En el grupo de 15 y más años la causa más frecuente de consulta son los problemas del aparato locomotor, especialmente en mujeres, y los problemas del aparato respiratorio.
- En los mayores de 64 años los principales motivos de consulta, en este orden de frecuencia, son los problemas del aparato circulatorio, locomotor, aparato endocrino, metabolismo y nutrición.

Morbilidad atendida en atención especializada

- Las causas más frecuentes de hospitalización en las mujeres son la atención al parto, puerperio y complicaciones de la gestación (20,6% del total de ingresos). Le siguen, por orden de frecuencia, las enfermedades del aparato circulatorio, digestivo, respiratorio y los tumores.
- En los hombres la causa más frecuente de hospitalización son las enfermedades del aparato circulatorio, con el 16,2% del total de causas, seguidas de las enfermedades del aparato digestivo, respiratorio y los tumores.

Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional: enfermedad por virus de Ébola

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el 8 de agosto de 2014 que el brote de Ébola en África Occidental constituía una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional. Desde el inicio de la epidemia se trataron en España 3 casos de enfermedad por virus de Ébola. Los dos primeros casos correspondían a un médico y a un enfermero que trabajaban en la zona epidémica y fueron repatriados para prestarles atención sanitaria. Ambos fallecieron. El tercer caso ha sido el primer y único caso en España de transmisión secundaria y la persona afectada fue una trabajadora sanitaria que atendió al segundo de los casos repatriado. Fue dada de alta por curación en noviembre.
- En diciembre de 2014 España fue declarada libre de Enfermedad por el Virus de Ébola. Con el objeto de maximizar la experiencia de los equipos clínicos responsable del tratamiento y reducir al número de profesionales expuestos al virus el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud confirmó 24 hospitales, presentes en todas las comunidades autónomas, para el tratamiento de los casos sospechosos (primer nivel) y 7 hospitales para el tratamiento de los casos confirmados a los que se añade la unidad de aislamiento del Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla".

HÁBITOS DE VIDA

Consumo de tabaco

- El 24% de la población de 15 y más años fuma a diario, el 3,1% es fumador ocasional y el 19,6% se declara exfumador. Por sexo, el porcentaje de fumadores diarios es del 27,9% y del 20,2% en mujeres. Según la clase social ocupacional los hombres muestran un claro gradiente ascendente desde la clase alta hasta la clase menos favorecida. En las mujeres el hábito de consumo de tabaco es similar en las clases sociales intermedias y algo inferior en las clases sociales extremas.
- La probabilidad de fumar a diario es más elevada entre las personas que están en paro que entre las personas empleadas. Por sectores de actividad laboral los valores más elevados de fumadores diarios se registran en la construcción, la hostelería y la agricultura / pesca / ganadería / extracción. Ha disminuido en número de fumadores pasivos en el lugar de trabajo en todos los sectores de actividad, destacando el descenso en el sector de la hostelería.

Consumo de alcohol

- El 65,6% de la población de 15 y más años ha consumido alcohol alguna vez en el último año con diferencias según sexo, en hombres el 77,5% y en mujeres el 54,3%.
- El 1,7 de la población de 15 más años declara beber habitualmente por encima del umbral de riesgo y el 4,5% declara haber hecho un consumo intensivo episódico de alcohol en el último mes.

Actividad física

- El 44,4% de los personas de 15 y más años se declaran sedentarios en su tiempo libre, estando más extendido entre las mujeres que entre los hombres. En la población de 5 a 14 años el 12,1% declara que no realiza actividad física alguna en su tiempo libre, siendo doble en el porcentaje de sedentarismo en las niñas que en los niños.
- En cuanto a la actividad física en el trabajo, los hombres realizan tareas que requieren gran esfuerzo físico con mayor frecuencia que las mujeres y también tareas que requieren caminar llevar peso o efectuar desplazamientos. En mujeres predomina el trabajo de pie la mayor parte de la jornada sin efectuar desplazamientos o esfuerzos.

Obesidad y sobrepeso

- Un 53,7% de la población de 18 y más años y un 27,8% de entre 2 y 17 años padece obesidad o sobrepeso. Entre los adultos, la frecuencia de obesidad aumenta según desciende el nivel de estudios: el 26,7% de personas con educación primaria o inferior frente al 9,8% con estudios universitarios. Mayoritariamente (64,0%) la población ocupada afirma que no se realizan actividades de fomento de la alimentación saludable en su lugar de trabajo.

RECURSOS ASISTENCIALES FÍSICOS Y HUMANOS

Centros de salud y hospitales

- El SNS dispone de 3.023 centros de salud y 10.081 consultorios de atención primaria. La proporción media de 3,3 consultorios locales por cada centro de salud muestra un amplio rango (de 14,8 a 0,0), reflejo de las variaciones de la dispersión geográfica en España. Si bien la variabilidad geográfica es grande, por cada 100.000 habitantes asignados existe una media de 28,2 centros de atención primaria.
- Igualmente se dispone de una red de 453 hospitales, de los cuales 325 son de dependencia pública. Los hospitales de la red del SNS ofrecen el 79,2 % de las camas hospitalarias en funcionamiento, cuya tasa total en España es de 3,0 por cada 1.000 habitantes.
- En la red de hospitales públicos se dispone, asimismo, de 16.419 plazas de hospital de día (35,2 plazas por cada 100.000 habitantes), recurso que va progresivamente en aumento en consonancia con el aumento de la atención ambulatoria a procesos sin necesidad de ingreso.

Alta tecnología

- La dotación de alta tecnología del Sistema Nacional de Salud está constituida por 534 equipos TAC (71,8% de total de equipos en España) con una tasa de 11,5 por cada millón de habitantes. Igualmente se contabilizan 249 aparatos de resonancia magnética (53,4% del total), con una tasa de 6,3 por cada millón de habitantes. Los 179 equipos de radioterapia (78,5% del total de equipos) arrojan una tasa de 3,9 por cada millón de habitantes. El número de mamógrafos es de 418 (65,8% del total de equipos) y una tasa de 9,0 por cada millón de habitantes.

Centros servicios y unidades de referencia

- El SNS cuenta con 186 Centros, servicios y unidades de referencia concentrados en 45 centros sanitarios para la atención de determinadas patologías y/o la realización de procedimientos de especial complejidad.

Red de equipos de trasplante

- 44 hospitales disponen de un programa de trasplante autorizado, en los que participan 189 equipos de coordinación integrados por 267 médicos y 172 profesionales de enfermería.

Centros de transfusión sanguínea

- La red de Centros de Transfusión Sanguínea, está constituida por 23 centros públicos que facilitan la terapia transfusional a través de 400 Servicios de Transfusión ubicados en la red hospitalaria pública y privada.

Oficinas de farmacia

- Cabe señalar que una red de 21.832 oficinas de farmacia colaboran en la ejecución de la prestación farmacéutica del SNS mediante conciertos suscritos entre las Administraciones Sanitarias de las comunidades autónomas y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

Profesionales médicos y de enfermería

- La red asistencial del Sistema Nacional de Salud cuenta con un total de 112.346 médicos y 164.385 enfermeras, siendo éste el colectivo más numeroso, con una razón enfermera/ médico de 1,5. La atención primaria cuenta con 34.900 médicos y 29.642 enfermeras. Los hospitales emplean a un mayor número de profesionales: 77.446 médicos y 134.743 enfermeras.
- La densidad de profesionales por cada 1.000 habitantes se mantiene en cifras de 0,8 médicos en atención primaria y de 1,7 médicos en atención especializada.
- La enfermería se sitúa en valores cercanos al 0,6 en atención primaria y en 2,9 profesionales por cada 1.000 habitantes en atención especializada.

ACTIVIDAD, CALIDAD Y ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS SANITARIOS

Atención primaria

- En la atención primaria se atienden 371 millones de consultas médicas y de enfermería. La frecuentación a consultas médicas es de 5,2 visitas por persona /año y de 2,9 visitas por persona /año en enfermería. Por sexo la frecuentación, tanto a medicina como a enfermería, es superior en las mujeres que en los hombres, siendo más patente esta diferencia en medicina. La actividad domiciliaria, con cerca de 14 millones de visitas/año, supone el 1,7% del total de la actividad de medicina de familia y el 7,9% en el caso de la enfermería, siendo sus principales destinatarios las personas mayores de 65 años.
- De cada 10 usuarios, algo menos de cuatro obtienen cita con el médico de familia en el mismo día en que la solicitan; algo más de 6 de cada 10 deben esperar, de media, 3,6 días para recibir la asistencia solicitada. Un 46,7% obtiene su cita con el médico por Internet, valorando este servicio con 8,6 puntos sobre 10.
- La cobertura de las vacunas infantiles recomendadas en España es superior al 96,6%, y el porcentaje de niños de 1 a 2 años que reciben las dosis de recuerdo es de más del 95,0%. La vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis alcanza a más del 95 % de los niños de 1 a

2 años, superando el 90% los que reciben la dosis de recuerdo recomendada. El 56,2% de los adultos de 65 y más años reciben la vacunación contra la gripe, mostrando su cobertura una tendencia descendente en los últimos años.

- En cuanto a los cribados poblacionales, donde colaboran tanto el nivel de atención primaria como el de atención especializada, más de 3 de cada 4 mujeres se hacen la prueba de detección precoz del cáncer de mama en el plazo recomendado. El 78,8% de las mujeres de entre 25 y 64 años se han hecho una citología vaginal en los últimos 5 años, y el 71,1% en los últimos 3 años. Del mismo modo, al 6,8% de la población de 50-69 años le han realizado una prueba de sangre oculta en heces en los últimos dos años.

Atención especializada

- Los hospitales dependientes del SNS atienden más de 4 millones de ingresos y 78,9 millones de consultas médicas. La estancia media hospitalaria es de 7,8 días siguiendo una tendencia descendente, con un índice de rotación de 36,9. La estancia media pre-operatoria es de 1,6 días y en el caso de intervenciones quirúrgicas programadas es inferior a un día (0,8 días).
- Se practican 3,5 millones de intervenciones quirúrgicas, de las que más de 1 millón se realizan con cirugía mayor ambulatoria. Se atienden igualmente más de 332 mil partos con un 22,1% de cesáreas mientras que en la totalidad del sector (público y privado) es del 25,4%.
- Los procedimientos ambulatorios para atender determinadas patologías van sustituyendo progresivamente a los realizados mediante ingreso de paciente. El 97,8% de las intervenciones de cataratas se realizan de forma ambulatoria al igual que el 51,8% de los casos de reparación de hernia inguinal o el 31,1% de amigdalectomías.
- Entre los pacientes hospitalizados la incidencia de fractura de cadera durante su ingreso se sitúa en 0,06 fracturas por cada 100 altas, con tendencia descendente.
- La mortalidad intrahospitalaria post-infarto agudo de miocardio se sitúa en 7,3 defunciones por cada 100 diagnósticos de infarto agudo de miocardio, con tendencia descendente.
- Un 6,5% de las altas hospitalarias se producen por causas que, potencialmente, no deberían haber motivado ingreso en un hospital con un correcto control ambulatorio.
- El tiempo medio de espera de los pacientes pendientes de una primera consulta en atención especializada es 65 días, 2días menos que el año anterior, y el de los pacientes en lista de espera quirúrgica se sitúa en 87 días, lo que supone 11 días menos que el año anterior. Para el 9,3% de los pacientes la espera es superior a 6 meses. La proporción de ciudadanos que creen que en el último año el problema de las lista de espera ha empeorado o sigue igual es del 76,9%.

Urgencias

- La actividad urgente supone un total de 47,2 millones de consultas al año en el SNS.
- Para dar respuesta a las demandas de atención urgente de la población el SNS cuenta con tres ámbitos organizativos: el nivel de atención primaria, los servicios de urgencia de los hospitales y la coordinación llevada a cabo por los Servicios de urgencias y emergencias ante las demandan realizadas principalmente a través de los teléfonos 112/061.
- La atención urgente prestada por el nivel de atención primaria se realiza, por una parte, en los 3.023 centros de salud y 10.081 consultorios locales por los profesionales de los equipos de atención primaria durante el horario habitual de funcionamiento de los mismos compatibilizándola con el trabajo ordinario. Y por otra parte, como actividad fuera de la habitual, en los 1.983 centros con atención de urgencias extra-hospitalarios existentes.
- En el ámbito de la atención primaria (en un centro o en domicilio) se atiende un volumen de 26,5 millones de urgencias con una frecuentación media de 0,6 por persona/año.
- En los servicios de urgencia de los hospitales del SNS se atienden, a su vez, 20,7 millones de urgencias anualmente, de las cuales un 12,3% precisan un ingreso hospitalario.
- Las demandas sanitarias anuales a los servicios 112/061 se cuantifican en 6,7 millones de llamadas.

Donación y trasplante de órganos

- La tasa de donantes de órganos por cada millón de habitantes se sitúa en 36, lo que supone en valores absolutos 1.682 donantes. Su edad media es de 59,6 años, siguiendo la tendencia ascendente de años anteriores. Por sexo, de cada 10 donantes, 6 son hombres y 4 son mujeres.
- El trasplante renal es el realizado con mayor frecuencia (2.678) seguido del hepático (1.068).
- Cada año se realizan alrededor de 3.000 trasplantes de Progenitores Hematopoyéticos. El Registro Español de Donantes de Médula Ósea consta de 165.000 donantes.

Red transfusional

- A su vez, en la Red Transfusional se registran 1,6 millones de donaciones de sangre voluntarias y altruistas, lo que supone un índice de donación de 36,2 por 1.000 habitantes. En las últimas tres décadas el índice de donación por 1.000 habitantes se ha incrementado en 16,2puntos.

ORDENACIÓN PROFESIONAL Y FORMACIÓN CONTINUADA

- En 2014, el SNS contaba con 29.546 residentes en formación postgrado en alguna de las 3.242 unidades docentes acreditadas en el Sistema Nacional de Salud. La oferta de plazas de la Convocatoria 2014/15 alcanza un total de 7.527 plazas, un 3.3% menos que en la convocatoria previa.
- El RD 639/2014, de 25 de julio ha supuesto una importante reforma del sistema de formación sanitaria especializada: incorpora la formación troncal, desarrolla las áreas de capacitación específica, crea y modifica especialidades en Ciencias de la Salud y establece las normas que regularán las pruebas de acceso a la formación especializada. Se han consensuado los criterios comunes de aplicación de los aspectos retributivos y las situaciones administrativas del personal en formación de las nuevas figuras de la formación sanitaria especializada.
- El RD 640/2014, de 25 de julio regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios, definiendo su estructura y contenido, así como las Entidades que deben facilitar cada uno de los datos profesionales que lo conforman.
- El Estudio de Ámbito Nacional sobre las Agresiones a profesionales constituyó el primer documento oficial sobre este tipo de agresiones y reveló que, entre 2008 y 2012, más de 30.000 profesionales sufrieron algún tipo de agresión, verbal o física. Las agresiones se produjeron tanto en centros de atención primaria, con un 51% de los casos, como en los hospitales, y el 72% de las víctimas fueron mujeres. El Consejo Interterritorial del SNS aprobó promover el reconocimiento de la condición de autoridad pública al personal que preste servicio en instituciones adscritas o dependientes de los servicios del Sistema Nacional de Salud.
- En el año 2014 se han llevado a cabo 49.207 actividades de formación continuada en el conjunto del SNS acreditadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

Medicamentos y productos sanitarios incluidos en la prestación del SNS

- A 31 de diciembre de 2014 el número de presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS es de 18.782. A lo largo del año se incluyeron 1.342 nuevas presentaciones, incorporándose 40 nuevos principios activos por primera vez. Del total de presentaciones incluidas, un 72,8% fueron medicamentos genéricos. Asimismo, hay un total de 4.801 productos sanitarios financiados por el SNS.

Prestación farmacéutica a través de receta médica del SNS

- El gasto farmacéutico por receta en 2014 se sitúa en 9.360 millones de euros. Desde la puesta en marcha de las medidas del Real Decreto-ley 16/2012 hasta esa fecha, ha habido un ahorro en el gasto farmacéutico a través de la facturación de recetas médicas del SNS de 4.316,2 millones de euros.
- El gasto medio por receta en 2014 es de 10,8 euros, a pesar del ligero incremento sobre 2013, sigue siendo de los más bajos en los últimos diez años.
- El gasto por habitante y año se sitúa en 200,1 euros, un 2,7% más que en 2013; aun así, es el segundo más bajo desde el año 2002.El gasto farmacéutico público por habitante ha caído entre 2009 y 2014 un 25,2%.
- El consumo de recetas por habitante se sitúa en 18,6, un 2,2% más que en 2013.Entre 2011 y 2014 el consumo de recetas por habitante ha caído un 9,7%.
- El consumo de medicamentos genéricos alcanza en 2014 una cuota del 48,4% del total de los envases de medicamentos facturados y un 22,2% del importe.
- Los medicamentos antiulcerosos son el subgrupo de mayor consumo en número de envases a través de recetas médicas del SNS. El omeprazol, fármaco de elección del grupo de los antiulcerosos, es el principio activo de mayor utilización (6,2% envases sobre el total de medicamentos), y con un coste tratamiento día de 0,1 euros. Los medicamentos para el asma y la EPOC (adrenérgicos en combinación con corticosteroides u otros agentes) son el subgrupo que mayor importe factura en recetas médicas del SNS, con 518,9 millones de euros.
- Los absorbentes para la incontinencia de orina, son los productos sanitarios de mayor consumo en envases (7,1 millones) y en importe (274,6 millones de euros).

Prestación farmacéutica hospitalaria

- En la red pública hospitalaria, los 15 subgrupos farmacológicos de mayor consumo originaron el 60,3% del gasto total de medicamentos en el año 2014. Los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa supusieron el 12,3% del gasto farmacéutico hospitalario. El 8,5% del gasto hospitalario en medicamentos correspondió a medicamentos huérfanos.

GASTO SANITARIO

- El gasto total del sistema sanitario español supone 93.048 millones de euros, según el último dato disponible correspondiente al año 2.013, lo que representa el 8,87% del PIB (6,34% gasto público y 2,53% privado). El gasto per cápita asciende a 1.974 euros por habitante.
- El gasto de las administraciones públicas se cifra en 66.521 millones de euros, contribuyendo al 71,5% del gasto sanitario total. El gasto privado contribuye con el 28,5% restante. Las administraciones autonómicas, con una participación del 91,5%, son los agentes que soportan una mayor carga en la financiación sanitaria pública.
- El gasto en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación alcanza 52.799 millones de euros. Atendiendo al tipo de proveedor de atención sanitaria, el gasto de los hospitales, que asciende a 37.973 millones de euros, supone el mayor porcentaje del gasto sanitario total.

e-SALUD

- La Tarjeta Sanitaria Individual, el Sistema de Historia Clínica Digital y el Sistema de Receta Electrónica son tres instrumentos vertebradores de los agentes del SNS, con un fuerte componente de Tecnologías de la Información (TIC).
- La Tarjeta Sanitaria Individual y su Base de Datos común, constituyen el sistema normalizador de identificación de los usuarios del SNS y permite el acceso a los datos clínicos

y administrativos de cada persona. Para ello, cada persona protegida por el SNS dispone de un código de identificación personal único y vitalicio.

- La Historia Clínica se encuentra en soporte electrónico de manera generalizada para su uso dentro de cada Servicio de Salud autonómico. El sistema de interoperabilidad de Historia Clínica Digital del SNS permite a los pacientes y a los profesionales sanitarios autorizados, acceder a la información clínica relevante generada en cualquier Servicio de Salud del SNS. Se cuenta ya con información clínica de 25.465.428 personas, lo que supone una cobertura para el 55,2% de población con Tarjeta Sanitaria Individual.
- La implantación de la receta electrónica en las comunidades autónomas es casi total en atención primaria y está alcanzando su extensión completa en atención especializada. El proyecto de interoperabilidad de receta electrónica del SNS permitirá que la dispensación de medicamentos se lleve a cabo en cualquier lugar del Estado, independientemente de la comunidad autónoma origen de la prescripción.

PERCEPCIÓN Y OPINIÓN DE LOS CIUDADANOS

- El 62,7% de los ciudadanos valora favorablemente el funcionamiento del sistema sanitario español, considerando que funciona bastante bien o bien, aunque serían precisos *algunos cambios*.
- El grado de satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario público en España se calificó con 6,3 puntos sobre 10. La Atención Primaria sigue siendo el nivel asistencial mejor valorado con 7,4 puntos sobre 10.
- El 73,9% de los pacientes opina que ha podido participar suficientemente en la toma de decisiones sobre su salud en la consulta con el médico de familia; un 64,9% en la del médico especialista y un 56,4% durante la estancia en el hospital.
- Son mayoría quienes consideran que la sanidad pública presta los mismos servicios asistenciales a todas las personas con independencia de su sexo (89,2%), de la edad (70,4%), del nivel social que se tenga (69,3%) o de la nacionalidad que se posea (59,8%). Sin embargo, el 42,3% considera que sí existen diferencias al tener en cuenta la situación de residencia legal o no en España, y un 42,0% el vivir en zona urbana o rural.
- Un 65,8% de los ciudadanos opina que el nuevo sistema de prestación farmacéutica implantado en 2012 debería contemplar más tramos para una aportación más adecuada al nivel de renta y el 60,8% piensa que contribuye a evitar la acumulación de medicamentos.

COMPARACIONES INTERNACIONALES

DEMOGRAFÍA Y ESTADO DE SALUD

Cifras de población e indicadores demográficos básicos

- En la Unión Europea de los 28 (UE-28) residen 508,2 millones de habitantes. España, con 46,4 millones, aporta el 9,1 % de los residentes europeos y es uno de los seis países que junto con Alemania (16,0%), Francia (13,1%), Reino Unido (12,7 %), Italia (12,0%) y Polonia (7,5%) concentran más del 70% de la población de la UE.
- La tasa bruta de natalidad en la UE-28 es de 10,4 nacimientos por cada 1.000 habitantes y la edad media materna es de 30,2 años. En España la cifra de nacimientos supera ligeramente los 9 nacimientos por cada 1.000 habitantes, con la mayor edad materna, cercana a los 32 años, de los países de la UE. En el conjunto de los 28 países de la UE, por cada 100 personas en edad productiva hay 27,5 con edad superior a 64 años. España ocupa una posición intermedia en el seno de la UE, con cifras (27,2%) cercanas a la media europea.
- La Esperanza de vida al nacer (EVn) de los residentes en la UE-28 es de 80,3 años. España con 83,1 años presenta la mayor EVn de los países UE y con 21,4 años la segunda Esperanza de vida a los 65 años (EV_{65}) solo precedida por Francia con 21,6 años. La EV_{65} en el conjunto de la UE es de 19,6 años.

Mortalidad

- En cuanto a la tasa de mortalidad ajustada por edad, España se encuentra entre los cuatro países de la UE con menor tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón (41,9 frente a 77,9 por cada 100.000 habitantes) y por enfermedad cerebrovascular (31,4 frente a 49,9 por cada 100.000 habitantes) y muestra una tasa de mortalidad por cáncer de pulmón (33,4 por cada 100.000 habitantes) inferior a la media del conjunto de la UE (36,7% por cada 100.000 habitantes).
- La tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres (17,6 por cada 100.000 habitantes) es la más baja del conjunto de la países de la UE (22,7 por 100.000 habitantes).
- Los países del sur de Europa–Chipre, Grecia, Malta, Italia y España- junto al Reino Unido son los países que muestran una tasa de mortalidad más baja por suicidio (inferior a 7,0 por cada 100.000 habitantes frente a 10,2 de la UE).
- En el caso de los accidentes de tráfico, España muestra una tasa de mortalidad inferior a la media del conjunto de países de la UE (4,3 frente a 5,7 por cada 100.000 habitantes).

Estado de salud percibido

- La Encuesta sobre Renta y Condiciones de Vida en los países de la UE (*Statistics on Income and Living Conditions EU-SILC*) refleja que la mayoría de los ciudadanos europeos de 16 años y más, tienen una valoración positiva de su salud (67,1%), España con un 71,6% está por encima de la media europea, lo que se mantiene del mismo modo para la población de 65 y más años (38,9% frente a 37,1%).
- En el contexto europeo, España presenta valores intermedios para cuatro de los problemas de salud crónicos analizados: diabetes, hipertensión, bronquitis crónica/EPOC, asma.

Salud materno-infantil

- En casi todos los países europeos de la UE, la mortalidad infantil es baja: de cada 1.000 nacidos vivos menos de 4 fallecen en su primer año de vida. España presenta cifras inferiores a 3 muertes por 1.000 nacidos vivos. Todos los países de la UE-28 han ido reduciendo progresivamente las tasas de mortalidad infantil.

- De cada 100 niños nacidos en los países de la UE, 7 pesan menos de 2.500 gramos. En general los países situados en el norte de Europa presentan cifras más bajas, menos del 5%, que los países del sur y del este con valores superiores al 8%. España (7,7%) muestra un porcentaje superior a la media del conjunto de países de la UE con una tendencia al incremento.
- En el conjunto de la UE la tasa de interrupciones voluntarias del embarazo es de 216,4 por cada 1.000 nacidos vivos. España presenta una tasa de 255,3 interrupciones voluntarias del embarazo por cada 1.000 nacidos vivos, se sitúa en valores similares a Francia o Reino Unido.

HÁBITOS DE VIDA

Consumo de tabaco

- Entre los países de la UE-28 hay grandes variaciones en la proporción de fumadores adultos diarios. El promedio de los países se sitúa en el 23,0%. España, con 23,9%, ocupa una posición ligeramente por encima de la media y al igual que el resto de los países europeos, muestra una tendencia descendente. En todos los países la prevalencia de fumadores es superior a la de fumadoras, con la excepción de Suecia donde las cifras son similares.

Consumo de alcohol

- El consumo del alcohol en la UE-28, medido a través del seguimiento de los datos de ventas, se sitúa en 10 litros de alcohol puro por adulto de 15 y más años. España presenta un promedio de consumo de 9,8 litros por adulto. En los últimos 25 años los niveles de consumo de alcohol en el conjunto de la UE-28 han ido gradualmente disminuyendo. Esta tendencia descendente puede reflejar cambios en los hábitos de consumo y también políticas responsables en el control del consumo del alcohol. Los niveles de consumo en España también han disminuido en los últimos 25 años pasando de 14,5 a 9,8 litros per cápita.

Obesidad

- La proporción de adultos obesos en los países europeos presenta un amplio rango, desde menos del 8% (Rumania) hasta el 25% o más (Reino Unido y Hungría). El promedio de los países europeos es de 16,7%. España con 16,6% se encuentra en los valores medios de la UE. En los países europeos, al igual que en España, los niveles de obesidad han ido aumentando, aunque esta tendencia parece haberse ralentizado en los últimos años.

RECURSOS ASISTENCIALES FÍSICOS Y HUMANOS

Camas en hospitales

- En la UE-28 se dispone de 2,7 millones de camas hospitalarias, lo que supone una tasa de 5,3 camas por cada 1.000 habitantes. España dispone de 3,0 camas por 1.000 habitantes. En la última década el número de camas disminuye en los países de la UE, reducción que puede explicarse por la disminución de las necesidades de hospitalización consecuencia de los progresos tecnológicos y el crecimiento de la actividad sin internamiento especialmente la cirugía ambulatoria. De manera global, la disminución en el territorio UE-28 es del 9%. España en el mismo periodo decrece un 5%.
- Desde el punto de vista de la finalidad asistencial, el 67% de las camas de la UE-28 son camas destinadas al tratamiento de procesos agudos y cerca del 13% se dedican a tratamiento psiquiátrico. El 20% restante son camas de larga estancia y de otro tipo. España cuanta con un 77% de camas de agudos, 12% de camas psiquiátricas y 11% de camas de larga estancia.

Oficinas de farmacia

- El promedio de oficinas de farmacia por cada 100.000 habitantes en los países de la UE es de 28,5. España, con más de 46 farmacias por cada 100.000 habitantes, es uno de los países con la disponibilidad más alta de este recurso.

Profesionales médicos y de enfermería

- En la UE-28 trabajan 1,8 millones de médicos, lo que supone una media de 3,5 por cada 1.000 habitantes. España dispone de 3,8 médicos por cada 1.000 habitantes. En términos generales, en la mayoría de los países europeos se viene observando un incremento del número de médicos en ejercicio por cada 1.000 habitantes. En el periodo 2000-2013 la tasa de médicos en ejercicio por 1.000 habitantes en España ha crecido un 20,4% frente 17,9% del conjunto de la UE.
- La media de los países europeos de enfermeras es 8,4 por cada 1.000 habitantes lo que supone disponer, en números absolutos, con más de 4,2 millones de profesionales. España cuenta con 5,1 enfermeras por cada 1.000 habitantes. En el conjunto de los países de la UE hay amplias variaciones entre los países en la tasa de enfermeras en ejercicio que puede estar poniendo en evidencia la falta de comparabilidad en los datos manejados, por lo que las comparaciones entre países deben hacerse de forma muy cautelosa.

ACTIVIDAD, CALIDAD Y ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS SANITARIOS

Actividad asistencial sin internamiento

- En el conjunto de países de la UE el promedio per cápita de todo tipo de consultas a médicos, tanto generalistas como especialistas, se acerca a 7 consultas por persona y año, con una importante variación entre los territorios que pude ser consecuencia de factores culturales y de organización de los servicios asistenciales. España con 7,4 se sitúa ligeramente por encima de la media.
- Todos los países de la UE tienen establecidos programas de vacunación basados en la interpretación que hacen de los riesgos y beneficios de cada vacuna. La edad de vacunación en niños pequeños difiere entre países debido a los diferentes programas. La cobertura de las vacunas infantiles en la UE es del 97%. La vacunación frente a sarampión alcanza el 94% de los niños de 1 a 2 años, llegando al 89% los que reciben la dosis de recuerdo recomendada. España presenta el 96% de cobertura de las series básicas y el 95% de la vacunación del sarampión.
- El 38,5% de los adultos europeos de 65 y más años reciben la vacunación frente a la gripe, mostrando su cobertura una tendencia descendente en los últimos años. España alcanza una cobertura del 57%.

Actividad asistencial con internamiento

- En los hospitales de la UE-28 se producen cerca de 89 millones de altas anuales, lo que supone una frecuentación de 175 altas hospitalarias por todas las causas por cada 1.000 habitantes. España muestra una frecuentación de 110 altas por 1.000 habitantes. En los países de la UE, incluido España, las principales causas de hospitalización son las enfermedades circulatorias, los embarazos, los accidentes y otras causas externas, así como las enfermedades del aparato digestivo, los tumores y las enfermedades del aparato respiratorio.
- La estancia media (días) en los hospitales de la UE-28, por todas las causas de hospitalización se sitúa en 7,5 días. España (7,6 días) tiene una estancia media similar a la media de la UE-28. La estancia media hospitalaria, entre otros, es un buen indicador de eficacia. En los países de

la UE-28 la estancia media por todas las causas ha disminuido casi 2 días desde el año 2.000. en España la disminución supera 1 día.

Donación y trasplante de órganos

- En el año 2014 la UE-28 alcanza la cifra de 10.073 donantes fallecidos (tasa de 19,7 por millón de población) y se realizan 31.890 trasplantes en 30.946 pacientes (tasa de 60,6 por millón de población). España con 35,7 donantes fallecidos por millón de habitantes y 90,0 pacientes trasplantados por millón de población se sitúa en cabeza de la actividad de donación y trasplante de órganos.
- Por órganos, el trasplante renal es el más numeroso con casi 20.000 trasplantes realizados (tasa de 38,5 por millón de población), seguido a distancia de los trasplantes hepáticos con más de 7.000 (tasa de 14,5 por millón de población).

Calidad percibida y accesibilidad al sistema sanitario

- Según el Eurobarómetro de la Comisión Europea, el 71% de los ciudadanos de la UE-28 valoran como *buena* la calidad de la atención sanitaria que reciben en su país. En España el porcentaje se sitúa en el 77% de los encuestados, 6 puntos por encima de la media de la UE-28.
- El 3,6% de la población de la UE-28, afirma tener necesidades de atención médica insatisfechas debido a: los costes, la lejanía para viajar o la falta de medios de transporte y las listas de espera. En España lo declara el 0,8% de los entrevistados.

CONSUMO DE MEDICAMENTOS

- El consumo de medicamentos genéricos dispensados en los países de la UE supera el 40% del total de los envases de medicamentos facturados y el 22% en relación al importe facturado. En España, para el mismo periodo, las cifras son del 39,7% y del 18,4% respectivamente, con una tendencia a incrementarse como confirman los consumos del 48,4% y del 22,2% del año 2014.
- El consumo medio de medicamentos antihipertensivo en los países europeos es de 357,0 dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día (DHD). España presenta un consumo muy inferior a 87 puntos de la media europea.
- Los hipolipemiantes presentan un consumo medio de 97,4 DHD para los que España registra una cifra 4 puntos inferior. Tanto a nivel europeo como español la tendencia es a su incremento.
- La media europea de consumo de medicamentos antidiabéticos (66,6 DHD) y la media española (66,4 DHD) son similares. En ambos casos la tendencia es ascendente. En el caso de España los motivos del incremento podría ser por el aumento de la prevalencia de diabetes en la población española, el acrecentamiento de los factores de riesgo (obesidad), el envejecimiento de la población (aumento de la esperanza de vida) y en mayor número de pacientes en fases avanzadas de la enfermedad.
- España registra el consumo de medicamentos antiulcerosos más alto de la UE con 120,7 DHD, para el conjunto de los países europeos las cifras medias de consumo son de 71,4 DHD. El consumo tan elevado en España puede deberse a su manejo, especialmente en pacientes mayores polimedicados, como protector de la mucosa gástrica, por disminuir los efectos adversos gástricos de muchos fármacos y obtener un mejor cumplimiento de los tratamientos.
- La media europea de consumo de medicamentos antidepresivos es de 55,6 dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día (DHD). España con 64,0 DHD presenta un consumo de antidepresivos algo más elevado que la media europea. El mayor uso de los antidepresivos podría explicarse por el aumento de la incidencia de trastornos del ánimo, por la mayor

detección diagnóstica por parte de los médicos de atención primaria y por la extensión de las indicaciones autorizadas para estos medicamentos.

GASTO SANITARIO

- El gasto sanitario corriente de los estados miembros de la UE-28 supera el billón de euros, Los países europeos dedican, de media, el 8,3% de PIB y de 2.120 euros por habitante. España dedica al gasto corriente el 8,8% del PIB y 1.950 euros por habitante.
- La participación media del gasto público en el total del gasto sanitario de los países europeos es de 71,8%. España con 71,5% se sitúa prácticamente en la media de la UE.

1 Situación de salud y hábitos de vida

1.1 Cifras de población e indicadores demográficos básicos

1.1.1 Cifras de población

A 1 de enero de 2015 residen[2] en España 46,4 millones de personas. La población española ha decrecido en 72.335 personas respecto al mismo periodo del año anterior. En términos relativos, los habitantes se han reducido un 0,16%.

La población se concentra en las comunidades costeras del sur-este y en el centro de la península: Andalucía, Cataluña, Madrid y Comunidad Valenciana aglutinan más del 58% de los habitantes.

Tabla 1-1 Cifras de población residente a 1 de enero de 2015 por comunidad autónoma, según sexo

	Ambos sexos	% sobre el total	Hombres	Mujeres
Andalucía	8.401.567	18,1	4.154.711	4.246.856
Aragón	1.326.937	2,9	658.363	668.574
Asturias	1.049.754	2,3	502.285	547.469
Baleares	1.124.744	2,4	562.421	562.323
Canarias	2.128.647	4,6	1.059.255	1.069.392
Cantabria	585.411	1,3	286.231	299.180
Castilla y León	2.478.376	5,3	1.226.163	1.252.213
Castilla-La Mancha	2.062.714	4,4	1.037.889	1.024.825
Cataluña	7.391.133	15,9	3.622.678	3.768.455
Comunidad Valenciana	4.939.550	10,6	2.441.695	2.497.855
Extremadura	1.091.591	2,4	542.965	548.626
Galicia	2.734.915	5,9	1.322.180	1.412.736
Madrid	6.377.364	13,7	3.062.911	3.314.453
Murcia	1.463.249	3,2	733.920	729.329
Navarra	636.638	1,4	315.619	321.019
País Vasco	2.164.311	4,7	1.050.230	1.114.081
La Rioja	313.615	0,7	154.981	158.634
Ceuta	84.726	0,2	43.142	41.584
Melilla	84.621	0,2	43.136	41.486
España	46.439.864	100,0	22.820.775	23.619.089

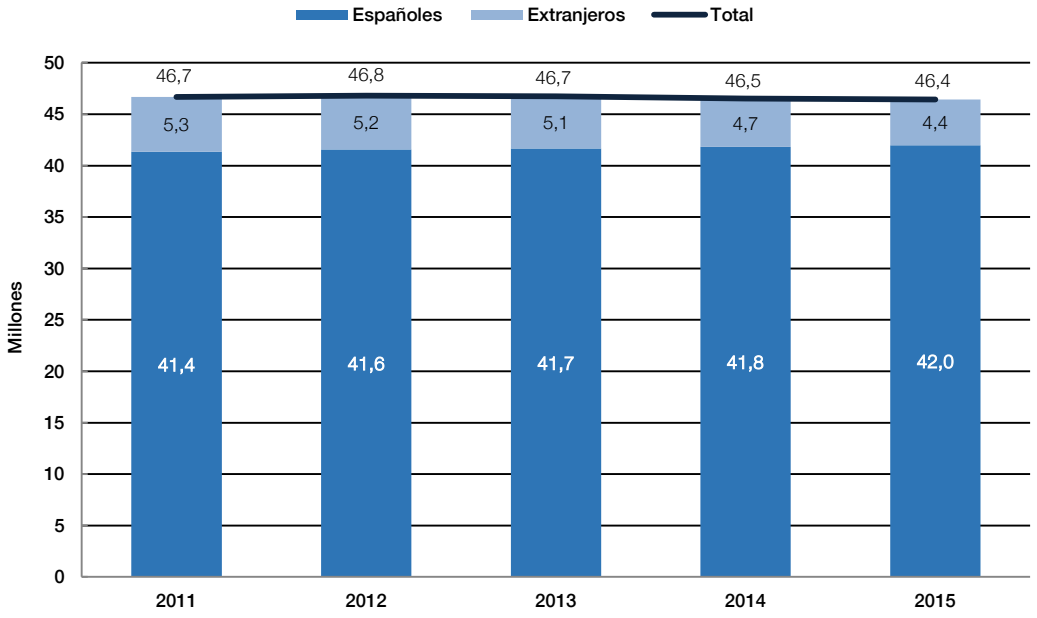
Observaciones: datos provisionales.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población.

Aunque la población española decrece, el número de españoles aumenta en 156.872 y el de extranjeros disminuye en 229.207. En estos resultados influye el proceso de adquisición de la nacionalidad española que afectó a 205.870 residentes en 2014.

[2] El Instituto Nacional de Estadística, datos provisionales. Las cifras de población residente se estiman a partir de los censos con actualizaciones continuas resultado de sumar o restar los movimientos que se producen en la población: nacimientos, defunciones, movimientos migratorios y cambios de nacionalidad.

Gráfico 1-1 Evolución de las cifras de población residente en millones, 2011-2015



Observaciones: Las cifras de población están referidas a 1 de enero de cada año. Los datos del año 2015 son provisionales.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Cifras de Población.

1.1.2 Natalidad y edad media materna

La tasa bruta de natalidad es de 9,2 nacimientos por cada 1.000 habitantes, deteniéndose la tendencia decreciente iniciada en 2008; la edad materna aunque se mantiene entorno a los 32 años, se eleva ligeramente de los 31,7 años en 2013 a 31,8 años en 2014.

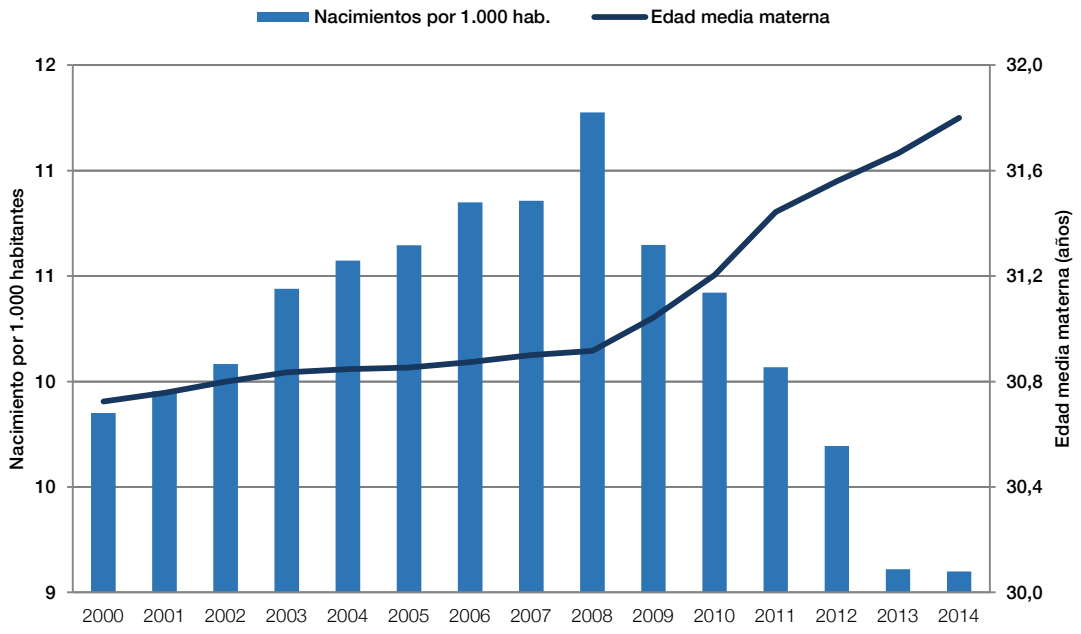
La tasa de natalidad más alta la presenta Melilla (19,3) y la más baja, Asturias (6,3). La edad media a la maternidad presenta un rango amplio que oscila desde los 32,6 años en el País Vasco, a los 29,9 años en Melilla.

Tabla 1-2 Tasa de natalidad por 1.000 habitantes y edad media materna en años, según comunidad autónoma, 2014

	Tasa de natalidad por 1.000 hab.	Edad media materna (años)
Andalucía	9,8	31,3
Aragón	8,7	32,0
Asturias	6,3	32,1
Baleares	9,5	31,5
Canarias	7,7	31,2
Cantabria	7,8	32,3
Castilla y León	7,2	31,8
Castilla-La Mancha	8,8	32,4
Cataluña	9,7	31,7
Comunidad Valenciana	8,9	31,7
Extremadura	8,4	31,7
Galicia	7,2	32,5
Madrid	10,2	32,3
Murcia	11,1	31,1
Navarra	9,7	32,3
País Vasco	8,9	32,6
La Rioja	9,0	31,9
Ceuta	14,2	30,4
Melilla	19,3	29,9
España	9,2	31,8

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos.

Gráfico 1-2 Evolución del número de nacimientos por 1.000 habitantes y la edad media materna en años, 2000-2014



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos.

1.1.3 Tasas de dependencia

La tasa de dependencia[3] tiene una gran trascendencia en las previsiones presupuestarias de los gastos en educación, sanidad, pensiones y otros gastos sociales. A medida que se incrementa, aumenta la carga que supone para la parte productiva de la población mantener a la parte económicamente dependiente. La tasa de dependencia se puede descomponer en tasa de dependencia de jóvenes (menores de 16 años) y tasa de dependencia de mayores (mayores de 64 años).

La tasa de dependencia en España es del 52,1% desagregada en 27,6% la tasa de dependencia de mayores y 24,6% la tasa de dependencia de jóvenes.

Según comunidades autónomas las mayores tasas de dependencia se observan en Castilla y León (57,8%), Galicia (56,9%) y País Vasco (55,8%) y las más bajas en Canarias (43,1%) y Baleares (45,7%).

Tabla 1-3 Evolución de la tasa de dependencia total según comunidad autónoma, 2000, 2004, 2008 y 2014

	2000	2004	2008	2014	Diferencia 2014 - 2000
Andalucía	50,5	48,7	47,4	50,4	-0,1
Aragón	53,7	52,8	51,0	55,6	1,9
Asturias	49,5	48,9	48,5	54,4	4,9
Baleares	46,6	43,9	42,2	45,7	-1,0
Canarias	43,2	41,5	40,8	43,1	-0,1
Cantabria	48,3	47,2	46,6	52,2	3,9
Castilla y León	55,1	54,6	53,7	57,8	2,8
Castilla-La Mancha	59,0	56,5	51,7	53,1	-5,9
Cataluña	47,3	46,7	46,7	53,6	6,3
Comunidad Valenciana	48,3	46,8	46,6	52,4	4,1
Extremadura	58,1	56,4	53,2	53,5	-4,6
Galicia	51,2	51,0	51,3	56,9	5,7
Madrid	43,4	42,4	42,9	49,8	6,4
Murcia	50,0	48,7	49,1	50,7	0,7
Navarra	48,3	45,0	47,2	54,8	6,5
País Vasco	43,6	49,2	48,6	55,8	12,3
La Rioja	51,2	49,3	49,4	54,9	3,8
Ceuta	50,2	53,7	52,7	49,8	-0,5
Melilla	54,1	48,5	46,9	53,3	-0,8
España	**48,9**	**47,8**	**47,2**	**52,1**	**3,2**

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos.

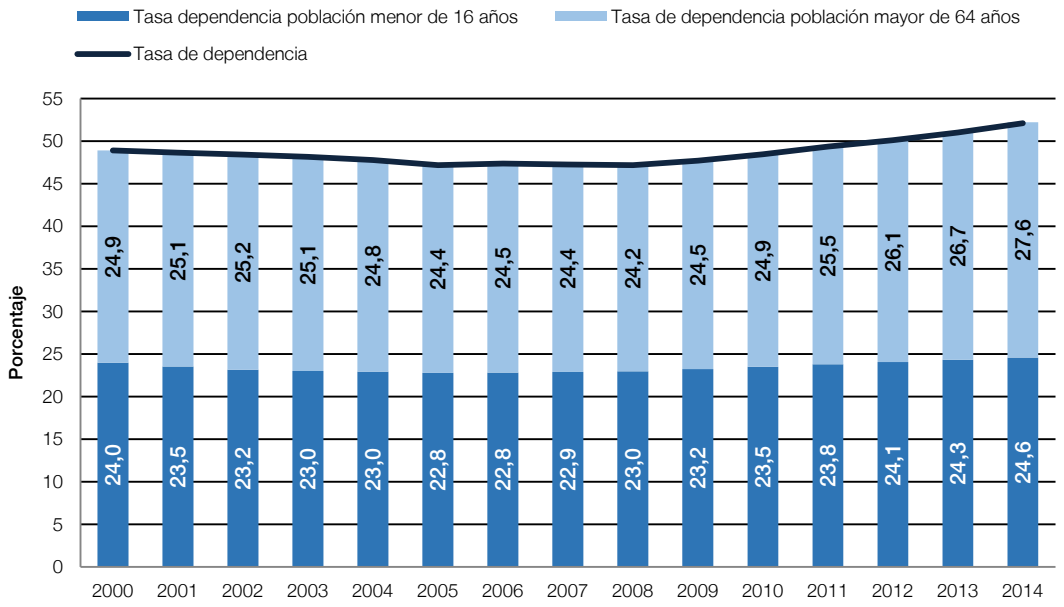
En el periodo 2000-2014, las mayores variaciones en la tasa de dependencia se han producido en el País Vasco, con un incremento en 2014 respecto a 2000 de 12,3 puntos, seguida de Navarra con 6,5 puntos, Madrid con 6,4 puntos, Cataluña con 6,3 puntos y Galicia, con un incremento de 5,7 puntos durante el periodo estudiado. Por el contrario encontramos las disminuciones más pronunciadas en Castilla-La Mancha (5,9 puntos) y Extremadura (4,6 puntos). En España la diferencia es de 3,2 puntos positivos.

Las comunidades autónomas del noroeste peninsular presentan las tasas de dependencia de mayores más altas: Castilla y León con un 37,3%, seguido de Galicia con un 36,9% y Asturias, con un 36,3%. La tasa de España es de 27,6%.

[3] La tasa de dependencia es el índice demográfico que expresa en forma de porcentaje la relación existente entre la población dependiente (menor de 16 años y mayor de 64 años) y la población productiva (de 16 a 64 años) de la que aquella depende. Los últimos datos disponibles corresponden al año 2014.

Las comunidades autónomas que presentan unas mayores tasas de dependencia juvenil son Melilla 38,3%, Ceuta, con un 33,4% y Murcia, con un 28,3%. En España la tasa es de 24,6%.

Gráfico 1-3 Evolución de la tasa de dependencia: tasa de dependencia de menores de 16 años y tasa de dependencia de mayores de 64 años, 2000-2014



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos.

1.2 Esperanzas de vida

1.2.1 Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida al nacer (EVn) en España es de 83,1 años, 80,1 años para los hombres y 86,2 años para las mujeres.

La EVn aumenta durante el periodo 2007-2013 en 3,4 años (3,9 en los hombres y 2,8 entre las mujeres). Al nacer, las mujeres españolas esperan vivir 5,9 años más que los hombres.

Tabla 1-4 Esperanza de vida al nacer por sexo, 2001 y 2013

	EVn	
	2001	2013
Ambos sexos	79,7	83,1
Hombres	76,2	80,1
Mujeres	83,2	86,2

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Esperanzas de vida en España.

Tabla 1-5 Evolución de la esperanza de vida al nacer por comunidad autónoma. 2001 y 2013			
	2001	2013	Diferencia 2013-2001
Andalucía	78,6	81,9	3,3
Aragón	80,4	83,5	3,1
Asturias	79,7	82,5	2,8
Baleares	79,3	82,9	3,6
Canarias	78,2	82,7	4,5
Cantabria	80,5	83,4	2,9
Castilla y León	80,3	84,0	2,6
Castilla-La Mancha	81,4	83,5	3,2
Cataluña	80,0	83,5	3,5
Comunidad Valenciana	79,0	82,8	3,8
Extremadura	79,4	82,2	2,8
Galicia	80,0	82,9	2,9
Madrid	80,8	84,8	4,0
Murcia	79,0	82,7	3,7
Navarra	81,3	84,0	2,7
País Vasco	80,4	83,7	3,3
La Rioja	80,8	84,0	3,2
Ceuta y Melilla	78,4	80,4	2,0
España	79,7	83,1	3,4

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Esperanzas de vida en España.

Por comunidades autónomas, Madrid, con 84,8 años y Navarra, Castilla y León y La Rioja, con 84,0 años, son las comunidades con una mayor EVn. Por su parte Ceuta y Melilla con 80,4, Andalucía con 81,9 y Extremadura con 82,2 son las comunidades donde la EVn es menor.

Entre 2001 y 2013, la EVn ha aumentado 3,4 años en el conjunto del Estado y crece en todas las comunidades autónomas. Canarias con un incremento de 4,5 años, seguida de Madrid con 4,0 años y la Comunidad Valenciana con 3,8 años, son las comunidades donde más ha crecido. Por su parte, Ceuta y Melilla, donde aumenta 2 años y Castilla y León con 2,6 años y Navarra con 2,7 años de aumento, son las comunidades con un menor incremento de la esperanza de vida.

1.2.2 Esperanza de vida a los 65 años

La Esperanza de Vida a los 65 años (EV_{65}) es de 21,4 años: 19,2 años en hombres y 23,4 en mujeres.

La EV_{65} ha aumentado durante el periodo 2001-2013 en 2,3 años (2,3 en los hombres y 2,4 años entre las mujeres). A los 65 años de edad, las mujeres españolas esperan vivir casi 4,2 años más que los hombres.

Tabla 1-6 Evolución de la esperanza de vida a los 65 años por sexo, 2001 y 2013		
	EV_{65}	
	2001	2013
Ambos sexos	19,1	21,4
Hombres	16,9	19,2
Mujeres	21,0	23,4

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Esperanzas de vida en España.

Las comunidades autónomas con cifras más altas en la EV_{65} son Madrid, con 22,7 años, Castilla y León, con 22,3 y Navarra con 22,7 años. Por su parte, Ceuta y Melilla, con menos de 20 años, Andalucía con 20,3 y Extremadura con 20,6 son las comunidades con menor EV_{65}.

Entre 2001 y 2013 la EV_{65} ha crecido en todas las comunidades autónomas, siendo Canarias con un crecimiento de 3 años y Madrid, con 2,9 años las comunidades con mayor aumento. Ceuta y Melilla con 1 año de aumento, Castilla y León, Galicia y La Rioja, las tres con un incremento de 1,8 años son las comunidades donde la EV_{65} ha aumentado menos.

Tabla 1-7 Evolución de la esperanza de vida a los 65 años por comunidad autónoma, 2001 y 2013

	2001	2013	Diferencia 2013-2001
Andalucía	18,0	20,3	2,3
Aragón	19,6	21,6	2,0
Asturias	19,2	21,1	1,9
Baleares	18,6	21,0	2,4
Canarias	18,2	21,2	3,0
Cantabria	19,6	21,7	2,1
Castilla y León	19,2	21,6	2,4
Castilla-La Mancha	20,5	22,3	1,8
Cataluña	19,3	21,6	2,3
Comunidad Valenciana	18,4	21,1	2,7
Extremadura	18,7	20,6	1,9
Galicia	19,7	21,5	1,8
Madrid	19,8	22,7	2,9
Murcia	18,4	21,1	2,7
Navarra	20,1	22,2	2,1
País Vasco	19,6	22,1	2,5
La Rioja	20,2	22,0	1,8
Ceuta y Melilla	18,2	19,2	1,0
España	19,1	21,4	2,3

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Esperanzas de vida en España.

1.3 Mortalidad

1.3.1 Mortalidad general

En el año 2013[4] se han producido en España 390.419 defunciones, 12.531 menos que las registradas en el año anterior. Han fallecido 190.585 mujeres (un 3,3% menos que el año anterior) y 199.834 hombres (un 2,9% menos).

La tasa bruta de mortalidad se sitúa en 837,9 fallecidos por cada 100.000 habitantes, lo que supone un descenso del 4% respecto al año anterior. Por sexos, la tasa femenina es de 805,5 fallecidas por cada 100.000 mujeres, mientras que la masculina es de 871,4 por cada 100.000 hombres. Los dos grandes grupos de causas de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio (30,1%) y los tumores (28,4%).

En relación al riesgo de mortalidad, expresado mediante la tasa de mortalidad ajustada por edad, Madrid, seguido de Navarra y La Rioja son las comunidades con menor riesgo de muerte, mientras que Ceuta, Melilla, Andalucía y Extremadura son las comunidades con una mayor tasa ajustada de mortalidad.

[4] Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según causa de muerte, 2013. Últimos datos publicados el 27 de febrero de 2015.

Tabla 1-8 Mortalidad general. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2013 y porcentaje de cambio 2013/2001

	2013	% cambio 2013/2001
Andalucía	506,1	-24,0
Aragón	437,7	-22,0
Asturias	479,2	-20,4
Baleares	457,1	-25,9
Canarias	474,1	-30,1
Cantabria	439,7	-21,8
Castilla y León	418,1	-19,4
Castilla-La Mancha	434,0	-24,2
Cataluña	438,9	-24,6
Comunidad Valenciana	463,7	-27,5
Extremadura	494,6	-20,5
Galicia	458,4	-20,6
Madrid	390,2	-28,5
Murcia	464,0	-27,2
Navarra	414,4	-21,0
País Vasco	430,7	-24,0
La Rioja	415,7	-22,9
Ceuta	596,4	-11,9
Melilla	541,2	-17,8
España	452,9	-24,5

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

Desde 2001, el riesgo de muerte ha descendido en España en términos relativos más del 24%. La tasa de mortalidad ajustada por edad ha descendido entre 2001 y 2013 en todas las comunidades autónomas. El descenso es mayor en Canarias, donde la tasa de mortalidad ha disminuido 30,1% y en Madrid 28,5%, y este descenso ha sido menor en Castilla y León con 19,4%, Melilla con 17,8% y Ceuta con 11,9%.

1.3.2 Mortalidad por las principales causas

1.3.2.1 Enfermedad isquémica del corazón

La enfermedad isquémica del corazón constituye una parte importante de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. El 28% de las defunciones por enfermedades cardiovasculares (36% en hombres y 22% en mujeres) se deben a esta enfermedad, causando casi el 9% del total de las defunciones ocurridas en España.

El riesgo de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón varía de forma evidente entre las distintas comunidades autónomas. Madrid, Navarra, Cantabria y País Vasco son las comunidades con menor tasa ajustada de mortalidad, mientras que Ceuta y Melilla, Asturias, Andalucía y Extremadura son las comunidades con un mayor riesgo de muerte por enfermedad isquémica del corazón.

La evolución de ese riesgo de muerte entre 2001 y 2013, ha sido descendente tanto en el conjunto del Estado, donde ha disminuido un 39,5%, como en todas las comunidades autónomas.

Canarias, con un 56,0% de descenso, Navarra con 48,3% y Madrid con 43,6% son las comunidades donde el riesgo desciende más, mientras que Melilla con un 17,7% y Cantabria con un 13,9% son donde se registran los menores descensos.

Tabla 1-9 Enfermedad isquémica del corazón. Tasa de moralidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2013 y porcentaje de cambio 2013/2001		
	2013	% cambio 2013/2001
Andalucía	46,4	-40,5
Aragón	34,0	-35,1
Asturias	51,1	-24,0
Baleares	37,5	-36,4
Canarias	44,8	-56,0
Cantabria	30,6	-13,9
Castilla y León	33,3	-32,1
Castilla-La Mancha	33,8	-39,9
Cataluña	31,9	-41,7
Comunidad Valenciana	44,5	-42,4
Extremadura	45,7	-32,2
Galicia	37,4	-36,1
Madrid	29,3	-43,6
Murcia	40,7	-36,5
Navarra	29,3	-48,3
País Vasco	30,6	-35,9
La Rioja	34,6	-30,2
Ceuta	55,8	-42,4
Melilla	51,8	-17,7
España	38,1	-39,5
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.		

1.3.2.2 Enfermedad cerebrovascular

La enfermedad cerebrovascular causa el 7% del total de defunciones ocurridas en España y aproximadamente el 24% de las muertes cardiovasculares (22% en hombres y 25% en mujeres).

Tabla 1-10 Enfermedad cerebrovascular. Tasa de moralidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2013 y porcentaje de cambio 2013/2001		
	2013	% cambio 2013/2001
Andalucía	39,1	-48,4
Aragón	28,1	-46,4
Asturias	28,9	-43,8
Baleares	24,9	-50,4
Canarias	20,5	-58,8
Cantabria	26,9	-33,3
Castilla y León	24,1	-44,8
Castilla-La Mancha	27,5	-54,3
Cataluña	24,8	-48,9
Comunidad Valenciana	29,0	-54,2
Extremadura	34,5	-45,1
Galicia	33,9	-41,6
Madrid	18,6	-50,7
Murcia	31,5	-55,4
Navarra	25,0	-40,4
País Vasco	24,6	-48,5
La Rioja	24,8	-44,5
Ceuta	29,2	-60,0
Melilla	34,3	-44,6
España	28,2	-48,7
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.		

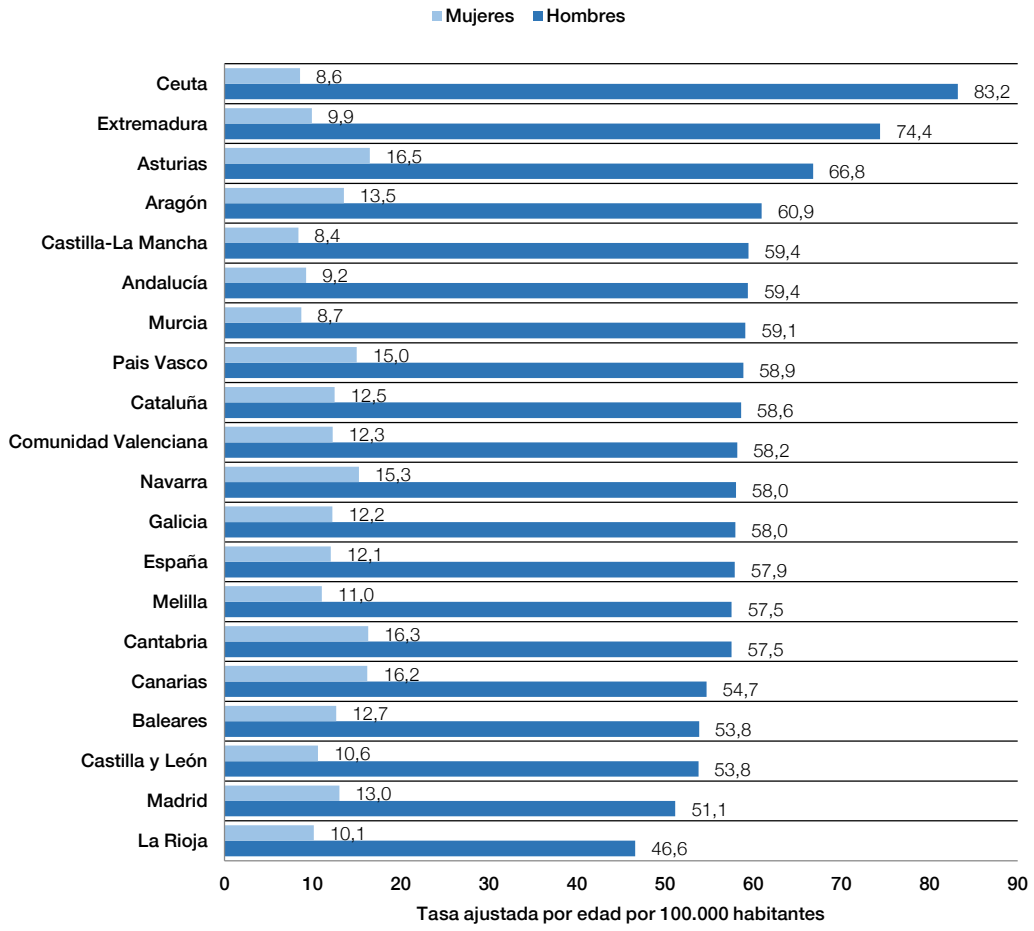
El riesgo de mortalidad por enfermedad cerebrovascular en 2013 varía entre 18,6 por 100.000 habitantes de Madrid, que es la comunidad autónoma con menor riesgo, hasta 39,1 por 100.000 habitantes de Andalucía, la comunidad donde el riesgo de muerte por esta causa es mayor. Canarias, Castilla y León y País Vasco registran también bajos riesgos de mortalidad, mientras que en Extremadura, Melilla y Galicia se observan las mayores tasas de mortalidad ajustada por edad.

La evolución de ese riesgo de muerte entre 2001 y 2013 ha sido descendente tanto en el conjunto del Estado, donde ha disminuido un 48,7%, como en cada una de las comunidades autónomas. Ceuta, con el 60,0% de descenso, Canarias con 58,8%, y Murcia con un 55,4% son las comunidades donde la magnitud del descenso del riesgo es mayor, mientras que Galicia con 41,6%, Navarra con 40,4% y Cantabria con un 33,3% registran los menores descensos de la tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad cerebrovascular.

1.3.2.3 Cáncer de pulmón y de mama

El cáncer de pulmón causa el 20% de las muertes por tumores malignos en España. En hombres es la neoplasia que más muertes causa: alrededor de un 27% de las defunciones. Este porcentaje es del 10% entre las mujeres.

Gráfico 1-4 Cáncer de pulmón. Tasas de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes por sexo y comunidad autónoma, 2013



Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según valor en hombres en 2013.

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

Tanto el patrón geográfico como, sobre todo, la evolución del riesgo de muerte por este tumor maligno son diferentes en uno y otro sexo, posiblemente como consecuencia de las diferencias en el hábito tabáquico: paulatino abandono observado desde hace tiempo en los hombres e incorporación progresiva, y más tardía, al hábito en las mujeres.

La menor magnitud en el riesgo de muerte por cáncer de pulmón en hombres se observa en La Rioja, Madrid, Castilla y León y Baleares, mientras que en mujeres, son Castilla-La Mancha, Ceuta, Murcia y Andalucía las comunidades con menor tasa de mortalidad. Los mayores riesgos de muerte se observan en los hombres en Ceuta, Extremadura y Asturias y en las mujeres en Asturias, Cantabria y Canarias.

Tabla 1-11 Cáncer de pulmón. Porcentaje de cambio en la tasa de mortalidad ajustada por edad en hombres y mujeres y comunidad autónoma, 2013/2001

	% cambio 2013/2001	
	Hombres	Mujeres
Andalucía	-21,5	53,8
Aragón	-7,1	103,1
Asturias	-10,9	70,9
Baleares	-29,3	53,9
Canarias	-13,4	94,1
Cantabria	-31,3	117,2
Castilla y León	-4,2	72,6
Castilla-La Mancha	3,3	61,6
Cataluña	-17,8	88,1
Comunidad Valenciana	-21,6	68,8
Extremadura	-18,8	122,2
Galicia	-11,8	89,8
Madrid	-27,4	65,4
Murcia	-7,5	26,5
Navarra	-12,7	107,5
País Vasco	-11,4	105,3
La Rioja	-18,9	108,6
Ceuta	43,5	4,1
Melilla	-36,3	-17,1
España	-17,1	75,4

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

La evolución de riesgo de muerte por cáncer de pulmón ha sido diferente en hombres y mujeres: mientras que en aquellos la tasa de mortalidad ajustada por edad descendió 17,1% durante el período 2013/2001, en las mujeres aumentó 75,4%.

Los territorios donde el riesgo en hombres desciende más son Baleares con 29,3%, Cantabria con 31,3% y Melilla con 36,3%. Por su parte, entre las mujeres, excepto en Melilla donde desciende un 17,1%, el riesgo de muerte por cáncer de pulmón aumentó en todas las comunidades autónomas, siendo el incremento de magnitud superior al 100% en Aragón con 103,1%, País Vasco con 105,3%, Navarra con 107,5%, La Rioja con 108,6% y Cantabria con 117,2% y superior a 120% en Extremadura con 122,2%.

Tabla 1-12 Cáncer de mama en mujeres. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes por comunidad autónoma, 2013 y porcentaje de cambio 2013/2001

	2013	% cambio 2013/2001
Andalucía	18,9	-8,8
Aragón	16,7	-22,9
Asturias	17,5	-21,4
Baleares	16,9	-19,2
Canarias	20,6	-6,0
Cantabria	17,0	-4,8
Castilla y León	15,7	-15,4
Castilla-La Mancha	14,6	-25,0
Cataluña	17,4	-23,7
Comunidad Valenciana	18,7	-14,0
Extremadura	17,7	-12,1
Galicia	16,7	-13,3
Madrid	15,2	-26,6
Murcia	17,6	-19,6
Navarra	11,5	-45,6
País Vasco	16,7	-27,8
La Rioja	14,4	-25,7
Ceuta	20,6	17,7
Melilla	27,6	70,6
España	17,2	-18,4

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

El tumor maligno de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer. Las 6.477 defunciones por cáncer de mama en la mujer, sucedidas en el año 2013, suponen alrededor del 16% de las muertes por tumores malignos y algo más del 3% del total de las defunciones entre las mujeres. Ese año, las tasas de mortalidad ajustadas por edad han variado entre el 11,5 por cada 100.000 habitantes de Navarra, que junto a La Rioja con 14,4 y Castilla-La Mancha con 14,6 son las comunidades con menor riesgo de muerte y el 27,6 por cada 100.000 habitantes de Melilla, que junto a Ceuta y Canarias con 20,6 son las comunidades que registran mayores tasas.

La evolución de riesgo de muerte por cáncer de mama en la mujer entre 2001 y 2013 es descendente excepto en Ceuta y en Melilla donde el bajo número de casos hace que las oscilaciones ofrezcan dudas a la hora de establecer conclusiones. En el conjunto de Estado, el descenso es del 18,4%. Los territorios donde el descenso es de mayor magnitud son Navarra con 45,6%, País Vasco con 27,8%, Madrid con 26,6%, La Rioja con 25,7% y Castilla-La Mancha con 25,0%.

1.3.2.4 Cirrosis hepática

Es la causa de 4.456 defunciones con 3.267 en hombres y 1.189 en mujeres, que suponen el 1,1% del total de defunciones ocurridas en el año con 1,6% en hombres y 0,6% en mujeres. La tasa ajustada de mortalidad varia moderadamente entre las distintas comunidades autónomas. Navarra y Madrid, con algo más del 4 por 100.000 habitantes, son las comunidades con menor riesgo de muerte por esta causa, mientras que Ceuta con 11,7, Canarias con 9,7, Asturias con 9,3 y Andalucía con 9,2 registran las mayores tasas.

Desde 2001, el riesgo de muerte por cirrosis hepática ha descendido un 30,6% en el conjunto de España. El descenso se observa en la mayoría de las comunidades autónomas, siendo de mayor magnitud en Asturias, donde la mortalidad por cirrosis desciende un 39,5% y Castilla y León un 38,4%, País Vasco un 38,2% y Murcia un 38,1%. La mortalidad por esta causa aumenta entre 2001 y 2013, solamente en Ceuta un 71,1% y Melilla un 16,3%.

Tabla 1-13 Cirrosis hepática. Tasa de moralidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2013 y porcentaje de cambio 2013/2001

	2013	% cambio 2013/2001
Andalucía	9,2	-28,3
Aragón	6,3	-23,7
Asturias	9,3	-39,5
Baleares	6,2	-32,4
Canarias	9,7	-27,7
Cantabria	5,5	-21,0
Castilla y León	5,3	-38,4
Castilla-La Mancha	6,0	-15,2
Cataluña	7,1	-31,5
Comunidad Valenciana	8,7	-36,8
Extremadura	5,2	-30,1
Galicia	7,8	-12,2
Madrid	4,5	-37,4
Murcia	7,8	-38,1
Navarra	4,3	-36,2
País Vasco	7,1	-38,2
La Rioja	6,8	-31,9
Ceuta	11,7	71,1
Melilla	8,6	16,3
España	7,3	-30,6

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

1.3.2.5 Accidentes de tráfico

La importancia relativa de los accidentes de tráfico como causa de muerte entre las causas externas se ha reducido de forma considerable en los últimos años. En 2013 los accidentes de tráfico en España representan el 13% del total de las defunciones debidas a causas externas.

El riesgo de muerte por accidentes de tráfico varía ligeramente entre unas comunidades y otras. Ceuta y Melilla con menos del 2 por cada 100.000 habitantes, Madrid con 2,3 y Extremadura con 2,6 son las comunidades con menor tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de tráfico en 2013. Ese mismo año las comunidades con mayor riesgo de mortalidad por accidente de tráfico son, Navarra, con una tasa de 5 por cada 100.000 habitantes, Galicia y Castilla y León, ambas con 4,6.

El riesgo de mortalidad por accidentes de tráfico en España ha descendido un 73,1% entre 2001 y 2013. Ese importante descenso se observa en la totalidad de las comunidades autónomas, las comunidades donde se observa un descenso del riesgo de mayor magnitud son Ceuta con un descenso del 90,7%, La Rioja con 83,9% y Extremadura con 81,0%.

Tabla 1-14 Accidentes de tráfico. Tasa de moralidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2013 y porcentaje de cambio 2013/2001		
	2013	% cambio 2013/2001
Andalucía	3,3	-71,8
Aragón	3,7	-75,9
Asturias	4,1	-59,3
Baleares	3,2	-79,5
Canarias	3,0	-65,7
Cantabria	2,8	-74,9
Castilla y León	4,6	-72,3
Castilla-La Mancha	4,5	-68,2
Cataluña	3,3	-74,0
Comunidad Valenciana	3,0	-76,5
Extremadura	2,6	-81,0
Galicia	4,6	-73,2
Madrid	2,3	-69,2
Murcia	4,5	-77,2
Navarra	5,0	-67,7
País Vasco	2,9	-73,3
La Rioja	3,5	-83,9
Ceuta	1,1	-90,7
Melilla	1,6	-76,6
España	3,5	-73,1

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

1.3.2.6 Suicidio

Es la causa, en el año 2013, de 3.873 muertes (2.913 en hombres y 960 en mujeres), lo que supone alrededor de una cuarta parte de las defunciones por causas externas y el 1% del total de las defunciones ocurridas en España ese año.

El riesgo de mortalidad por suicidio varía moderadamente entre unas comunidades y otras. Melilla, con una tasa de 1,3 por 100.000 habitantes, y Cantabria, Madrid y Ceuta, con una tasa aproximadamente de un 50% inferior a la de España, son las comunidades con menor tasa. Las comunidades con una tasa mayor son Asturias, con 10,3 por 100.000 habitantes, Galicia con un 9,4 y Andalucía con 8,3.

Entre 2001 y 2013, el riesgo de muerte por suicidio en España ha aumentado alrededor del 10%. La tendencia es descendente en aproximadamente la mitad de las comunidades autónomas, siendo Melilla con 79,0%, Ceuta con 56,9%, Navarra con 13,0% y Aragón con 11,3% donde se observa el mayor descenso. Por su parte, Canarias con 10,8%, Castilla-La Mancha con 16,3%, Cataluña con 22,6%, Asturias con 28,8% y Madrid con 104,7% registran una tendencia ascendente. Especialmente llamativo es el incremento en Madrid que no puede ser valorado, ya que en 2013 tuvo lugar un cambio en la metodología usada en esta comunidad en relación con las fuentes de información sobre las defunciones por causas externas.

Tabla 1-15 Suicidio. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes por comunidad autónoma, 2013 y porcentaje de cambio 2013/2001		
	2013	% cambio 2013/2001
Andalucía	8,3	0,5
Aragón	5,8	-11,3
Asturias	10,3	28,8
Baleares	8,2	-4,5
Canarias	7,7	10,8
Cantabria	4,5	-5,8
Castilla y León	6,3	-9,6
Castilla-La Mancha	7,4	16,3
Cataluña	6,2	22,6
Comunidad Valenciana	6,8	4,2
Extremadura	5,6	-4,8
Galicia	9,4	-1,6
Madrid	4,5	104,7
Murcia	6,3	3,1
Navarra	7,0	-13,0
País Vasco	6,7	7,6
La Rioja	6,6	-6,7
Ceuta	4,6	-56,9
Melilla	1,3	-79,0
España	7,0	10,2
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.		

1.4 Morbilidad en la población española

1.4.1 Autovaloración del estado de salud

La salud auto-percibida complementa a otros indicadores de la salud objetivos, habiéndose mostrado como un buen predictor de la mortalidad y del uso de los servicios sanitarios.

En España, el 75,3% de la población valora su estado de salud como bueno o muy bueno. Los hombres declaran un mejor estado de salud que las mujeres: el 79,4% y el 71,4% respectivamente.

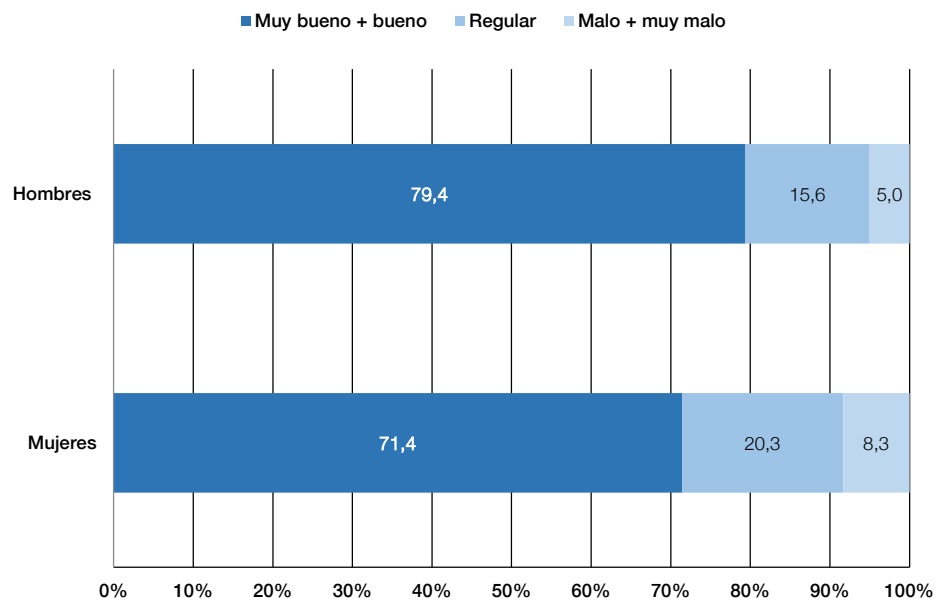
Como cabe esperar, la percepción de un estado de salud bueno o muy bueno disminuye con la edad: en el grupo de 65 y más años, el 51,0% de los hombres y el 39,0% de las mujeres perciben su estado de salud como positivo, mientras que en el caso de los menores de 15 años lo valoran de dicha manera el 93,0% y el 93,2% respectivamente.

El nivel socioeconómico[5] muestra una clara relación con el estado de salud auto-percibido; según se desciende en la escala social se observa una caída en la valoración positiva del estado de

[5] Clase social ocupacional: Las clases sociales utilizadas en la ENSE 2011/12 son las propuestas en 2012 por el Grupo de Trabajo de Determinantes de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) adaptadas para la Encuesta Nacional de Salud de España. Corresponde a una agrupación de ocupaciones codificadas según la Clasificación Nacional de Ocupaciones que entró en vigor en 2011 (CN=-11). Las 6 utilizadas son las siguientes:
I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/ as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.
V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as.
VI. Trabajadores no cualificados.

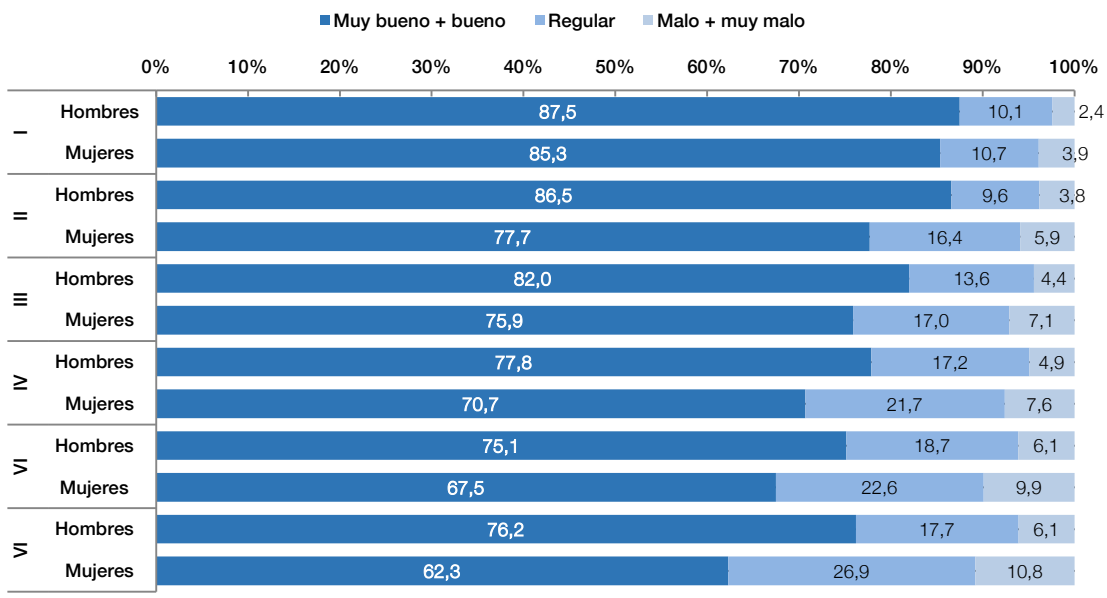
salud, que pasa de 86,5% en la clase I a 68,5% en la clase VI. El gradiente es más acentuado en mujeres, de 85,3% en clase I a 62,3% en clase VI.

Gráfico 1-5 Percepción del estado de salud según sexo, 2011/2012



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

Gráfico 1-6 Salud percibida según sexo y clase social, 2011/2012



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

Por comunidades autónomas el porcentaje de población con la autovaloración positiva del estado de salud más alto corresponde a Navarra (80,7%) y el más bajo en Canarias (68,9%). La población de 65 y más años de La Rioja (53,5%) es donde se encuentra el porcentaje más alto de autovaloración positiva del estado de salud y en Melilla (20,9%) el más bajo.

Según sexo, los hombres de Castilla-La Mancha (83,7%) y las mujeres de Navarra (78,4%) tienen los porcentajes más altos de autovaloración positiva del estado de salud; por el contrario los más bajos se encuentran en los hombres de Asturias (73,3%) y las mujeres de Galicia (63,3%).

Los hombres de 65 y más años de La Rioja (63,0%) y las mujeres de País Vasco (49,5%) presentan los porcentajes de autovaloración positiva del estado de salud más altos; los más bajos se encuentran en los hombres de Melilla (11,0%) y las mujeres de Murcia (24,0%).

Tabla 1-16 Autovaloración positiva del estado de salud en el total de población según sexo y comunidad autónoma, 2011/2012

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	74,3	78,3	70,4
Aragón	73,5	75,4	71,6
Asturias	70,1	73,3	67,1
Baleares	79,3	81,1	77,5
Canarias	68,9	73,6	64,1
Cantabria	77,4	78,8	76,0
Castilla y León	74,6	80,1	69,3
Castilla-La Mancha	78,1	83,7	72,5
Cataluña	77,0	80,5	73,6
Comunidad Valenciana	73,9	78,9	69,0
Extremadura	73,5	80,7	66,3
Galicia	69,0	74,7	63,6
Madrid	80,4	83,3	77,6
Murcia	72,2	76,0	68,3
Navarra	80,7	83,1	78,4
País Vasco	75,3	79,7	71,3
La Rioja	78,5	82,5	74,6
Ceuta	74,9	79,1	71,0
Melilla	79,3	81,0	77,5
España	75,3	79,4	71,4

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

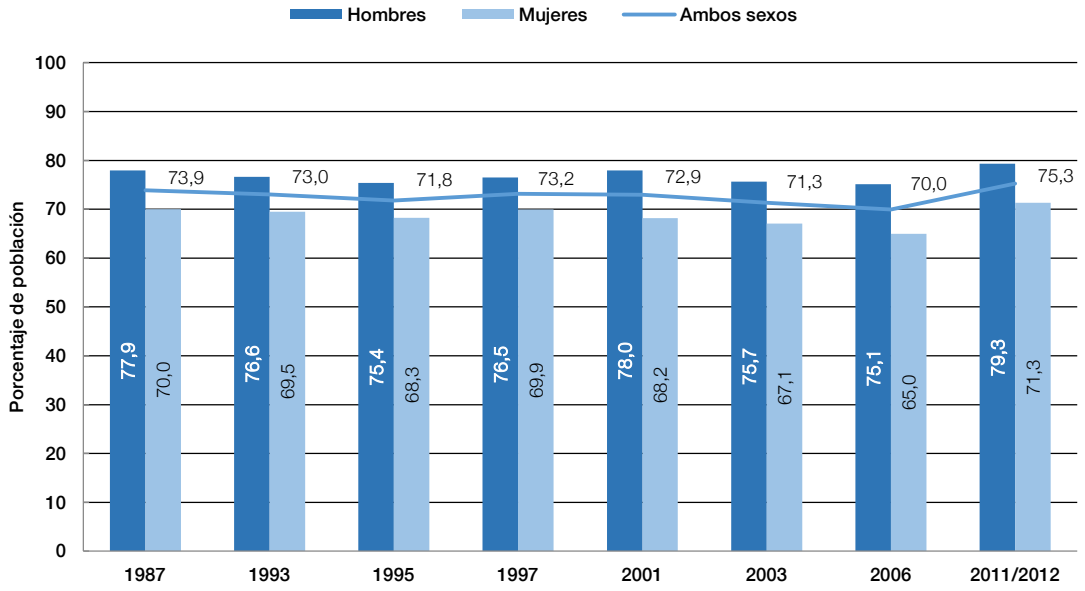
Tabla 1-17 Autovaloración positiva del estado de salud en la población de 65 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2011/2012

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	37,0	44,7	31,2
Aragón	43,0	46,3	40,5
Asturias	43,3	44,6	42,4
Baleares	48,4	50,1	47,2
Canarias	34,3	42,0	28,1
Cantabria	42,7	52,4	35,7
Castilla y León	46,9	54,5	40,9
Castilla-La Mancha	36,5	48,1	27,3
Cataluña	48,0	51,9	45,2
Comunidad Valenciana	47,6	57,3	40,1
Extremadura	40,7	56,7	28,6
Galicia	38,8	52,1	29,3
Madrid	50,0	51,5	49,0
Murcia	36,6	52,9	24,0
Navarra	51,5	54,3	49,4
País Vasco	52,7	57,0	49,5
La Rioja	53,5	63,0	45,9
Ceuta	42,9	46,1	40,0
Melilla	20,9	11,0	27,3
España	44,2	51,0	39,0

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

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

Gráfico 1-7 Tendencia de la autovaloración positiva de la salud según sexo, 1987 – 2011/2012



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

1.4.2 Presencia de enfermedades y problemas de salud crónicos en adultos y en la infancia

Los principales problemas sanitarios y enfermedades prevalentes han ido evolucionando y las enfermedades crónicas han ido reemplazando a las enfermedades infecciosas como principales causas de morbilidad. Los problemas de salud crónicos más frecuentes en la población de 15 y más años son dolor de espalda lumbar (18,6%), hipertensión arterial (18,5%), artrosis, artritis o reumatismo (18,3%), colesterol elevado (16,4%) y el dolor cervical crónico (15,9%).

Tabla 1-18 Problemas de salud crónicos en población de 15 y más años. Distribución porcentual según sexo, 2011/2012

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

Observaciones: Enfermedades o problemas de salud crónicos en población de 15 y más años con prevalencia igual o superior al 4,5%.

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

Por comunidades autónomas los valores de prevalencia de hipertensión arterial más altos se encuentran en Canarias (21,4%) y los más bajos en Melilla (13,8%). Los hombres de Canarias (21,0%) y las mujeres de Galicia (23,3%) tienen la prevalencia más alta y los hombres de Melilla (10,4%) y las mujeres de Baleares (13,7%) la más baja.

Los valores más altos de prevalencia de colesterol elevado se encuentran en Extremadura (20,5%) y los más bajos en Melilla (8,2%). Según sexo, los hombres de Extremadura (22,2%) y las mujeres de Galicia (22,4%) presentan la prevalencia más alta de valores elevados de colesterol y los hombres de Melilla (4,4%) y las mujeres de Ceuta (9,6%) los más bajos.

Tabla 1-19 Prevalencia declarada de hipertensión arterial en población adulta según sexo y comunidad autónoma, 2011/2012

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	18,0	16,3	19,6
Aragón	19,3	16,2	22,3
Asturias	21,0	19,1	22,7
Baleares	15,1	16,5	13,7
Canarias	21,4	21,0	21,7
Cantabria	19,2	17,6	20,6
Castilla y León	20,7	19,2	22,1
Castilla-La Mancha	19,2	18,3	20,2
Cataluña	20,4	20,8	19,9
Comunidad Valenciana	17,1	15,0	19,2
Extremadura	19,1	16,6	21,4
Galicia	20,9	18,3	23,3
Madrid	14,4	14,4	14,4
Murcia	19,7	17,1	22,4
Navarra	15,1	14,3	15,9
País Vasco	19,8	19,9	19,6
La Rioja	17,0	15,5	18,5
Ceuta	16,5	13,5	19,0
Melilla	13,8	10,4	17,7
España	18,5	17,4	19,5

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

Tabla 1-20 Prevalencia declarada de colesterol alto en población adulta según sexo y comunidad autónoma, 2011/2012

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

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

El 68,0% de los mayores de 14 años declara haberse tomado la tensión arterial en el último año, proporción que llegaba al 92% en el grupo de edad de 75 a 84 años. El 89,7% de la población de 45 y más años dice que se había tomado la tensión arterial en los últimos dos años.

Los mayores de 15 años se miden el colesterol en una proporción que llega a casi el 64% siendo el grupo de 75 a 84 años donde se encuentra la proporción más alta, con más del 83%. El 87,3% de las personas entre 35 y 74 años se ha medido el colesterol en los últimos 5 años.

La diabetes, enfermedad metabólica crónica extendida entre la población, se sitúa entre las cinco principales causas de muerte en países desarrollados. La prevalencia de la diabetes en adultos en España es del 7,0%, sin diferencias significativas entre mujeres (6,8%) y hombres (7,1%).

El diagnóstico y control correcto de la diabetes disminuye el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares como el infarto de miocardio o el ictus.

Tabla 1-21 Prevalencia de la diabetes en población adulta según sexo y comunidad autónoma, 2011/2012

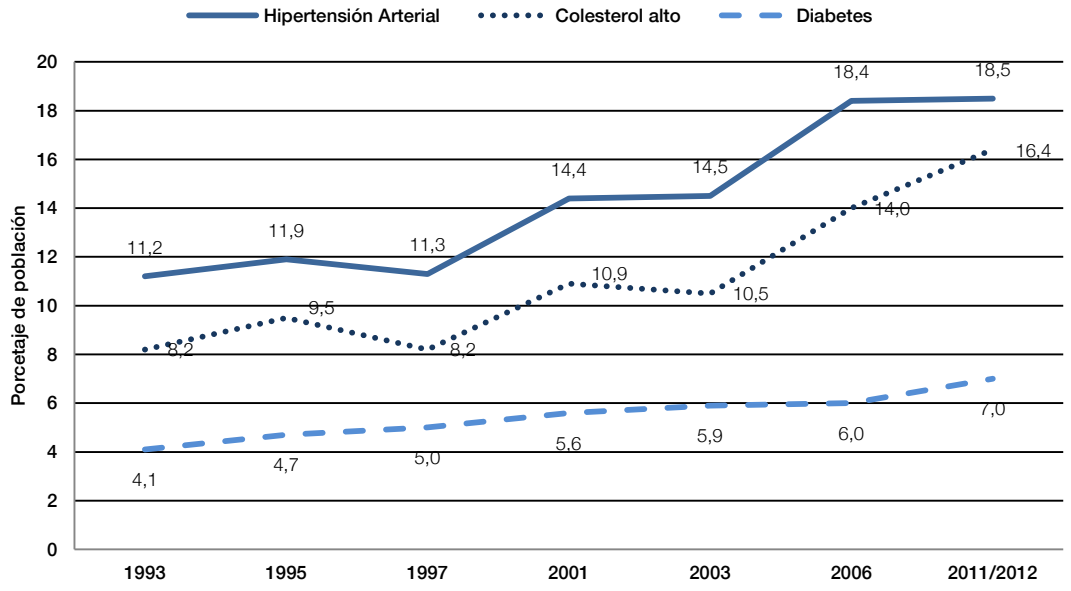
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	8,2	8,7	7,7
Aragón	4,9	4,9	4,9
Asturias	5,7	5,6	5,7
Baleares	6,0	6,3	5,8
Canarias	7,7	8,1	7,4
Cantabria	5,7	6,1	5,3
Castilla y León	6,4	5,7	7,1
Castilla-La Mancha	7,7	5,9	9,6
Cataluña	6,7	6,9	6,5
Comunidad Valenciana	7,6	7,3	8,0
Extremadura	9,4	8,8	10,0
Galicia	8,1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

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

Los valores más altos de la prevalencia de diabetes, con un rango entre 9,4 y 8,1 por cada 100 habitantes, se encuentran en Extremadura, Murcia, Andalucía, Ceuta y Galicia. Los valores menores se encuentran en Melilla, Navarra y Aragón con valores entre 4,1 y 5,0 por cada 100 habitantes.

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

Gráfico 1-8 Tendencia de la prevalencia de problemas de salud crónicos en adulto, 1993-2011/2012



Observaciones: En el año 2011 la población de referencia es de 15 y más años. El resto de la serie es población de 16 y más años.
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España.

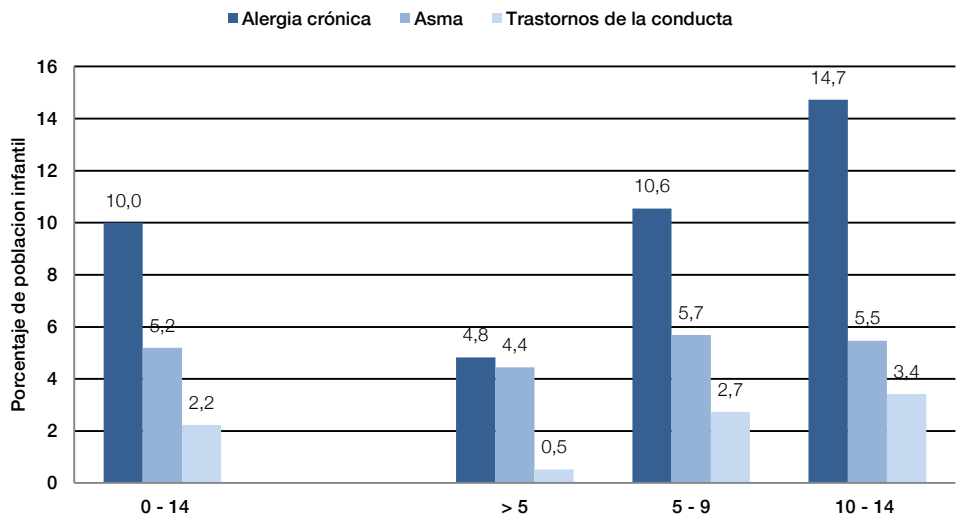
Por otra parte, la enfermedad crónica con mayor prevalencia en la infancia (0 a 14 años) es la alergia, seguida del asma. La alergia afecta a 1 de cada 10 menores y el asma a 1 de cada 20.

Tabla 1-22 Problemas de salud crónicos o de larga duración en población infantil menor 15 años. Distribución porcentual según sexo, 2011/2012

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

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

Gráfico 1-9 Principales problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en población infantil menor de 15 años. Distribución porcentual según grupo de edad, 2011/2012



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

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

1.4.3 Enfermedades prevenibles mediante vacunación: sarampión, rubéola, parotiditis y tosferina

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[6]. Rubeola, sarampión y parotiditis, incluidas en calendario de vacunación, presentan una tendencia decreciente desde los años noventa, aunque la parotiditis presentó algunas ondas epidémicas, la última de las cuales ha tenido lugar en el año 2014 con una tasa de 7,1 casos declarados por cada 100.000 habitantes.

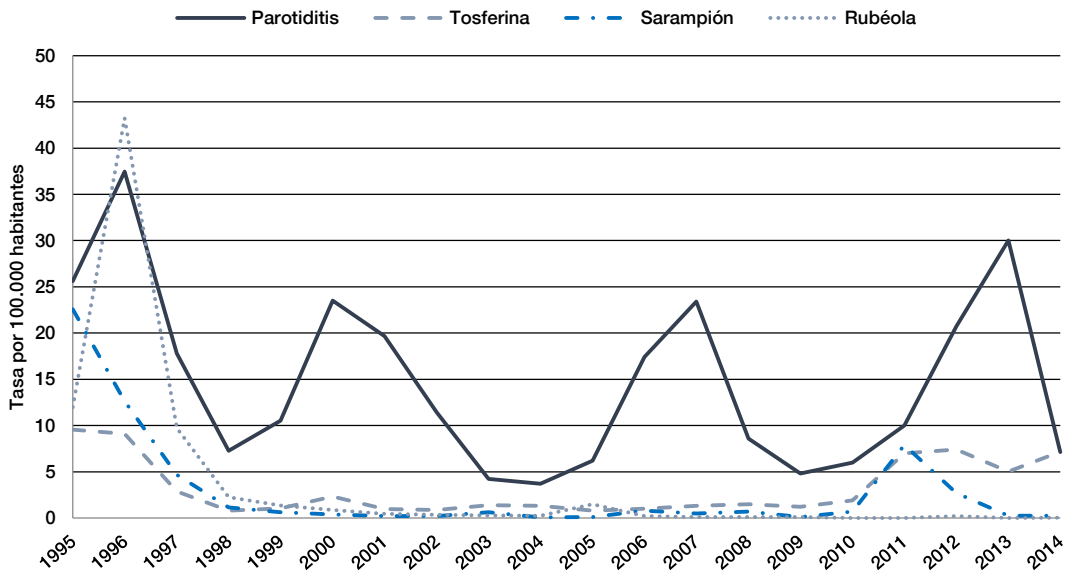
En el año 2014, los casos que se han declarado en España de sarampión y rubéola por cada 100.000 habitantes han sido 0,3 y 0,03, respectivamente.

La tosferina mantiene su patrón epidémico cíclico y desde 2010 se observa un progresivo aumento de la incidencia, hospitalización y mortalidad por esta enfermedad. El incremento de la incidencia es más marcado en los niños menores de un año, siendo especialmente frecuente entre los menores de tres meses de edad.

En el año 2014 los casos declarados de tosferina por cada 100.000 habitantes es de 7,2.

[6] Consultar en este mismo Informe el epígrafe de Vacunación Infantil del apartado 3. Actividad, calidad y accesibilidad en el Sistema Nacional de Salud.

Gráfico 1-10 Parotiditis, tosferina, sarampión y rubéola. Tasas de casos declarados por 100.000 habitantes, 1995-2014



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

1.4.4 Tuberculosis

En España en el año 2014 se notificaron 5.018 casos de tuberculosis, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 10,8 casos por 100.000 habitantes siendo un 10,0% inferior a la del año 2013.

Tabla 1-23 Tuberculosis, casos declarados y tasas por 100.000 habitantes, según categoría de localización, 2014

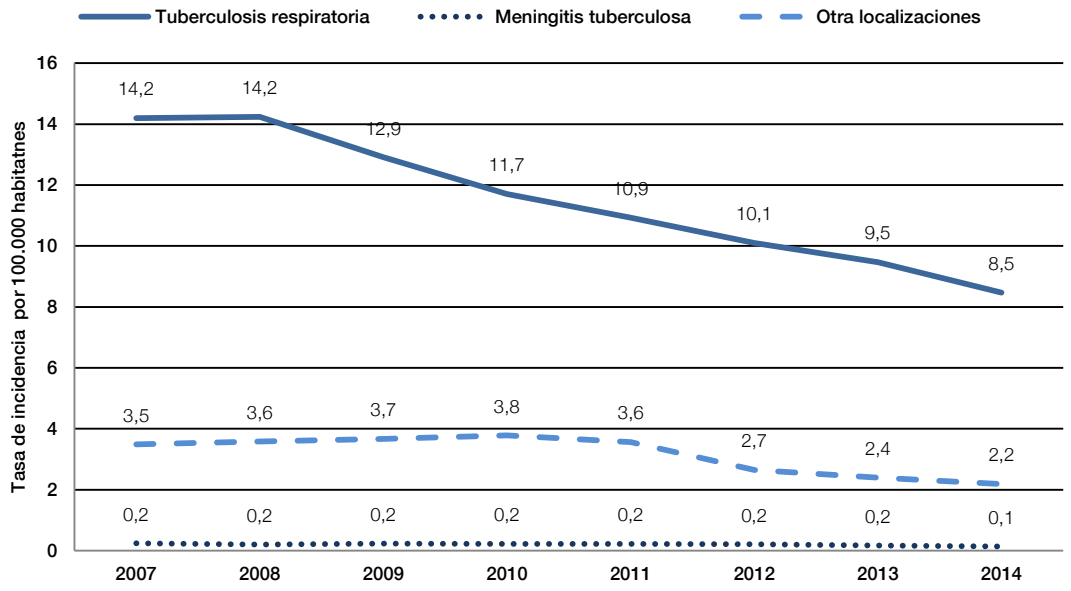
	Casos	Tasa por 100.000 habitantes
Tuberculosis respiratoria	3.933	8,5
Meningitis tuberculosa	67	0,14
Otras Localizaciones	1.018	2,2
Total	5.018	10,8

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Economía y Competitividad. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epideiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

Del total de casos notificados corresponden 3.933 a tuberculosis respiratoria, 67 a meningitis tuberculosa, y 1.018 a tuberculosis de otras localizaciones (tasas de 8,5; 0,14 y 2,2 casos por 100.000 habitantes, respectivamente). Esto supone para la tuberculosis respiratoria un descenso de un 10,5% respecto al año 2013, en el que la tasa fue de 9,5. En la meningitis tuberculosa las tasas descendieron de 0,17 a 0,14 y también se produce un descenso en la tuberculosis de otras localizaciones pasando de 2,4 a 2,2. El 85,7% de los casos (4.302) son casos nuevos sin tratamiento previo antituberculoso, mientras que 228 casos (4,5%) han recibido tratamiento previo antituberculoso. En 488 casos (9,7%) se desconoce esta circunstancia.

La incidencia de tuberculosis en España sigue disminuyendo, fundamentalmente por el sensible descenso que se viene observando de las formas respiratorias.

Gráfico 1-11 Tendencia de casos de tuberculosis notificados, según localización, 2007-2014



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y y Ministerio de Economía y Competitividad. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epideiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

En relación a la co-infección tuberculosis-VIH, con información disponibles del 63,7% de los casos (3.194) son VIH positivos 237 (7,4%) y negativos 2.957 (92,6%). Según localización de la enfermedad, los casos VIH positivos presentan mayor proporción de formas meníngeas (7 casos y 3,0%) y extra-respiratorias (60 casos y 25,3%) que los VIH negativos (33 casos y 1,1% y 609 y 20,6% respectivamente).

1.4.5 VIH / SIDA

España cuenta con dos registros poblacionales que son esenciales para monitorizar la evolución de la epidemia de VIH: el Sistema de Información sobre nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH) [7] y el Registro Nacional de sida.

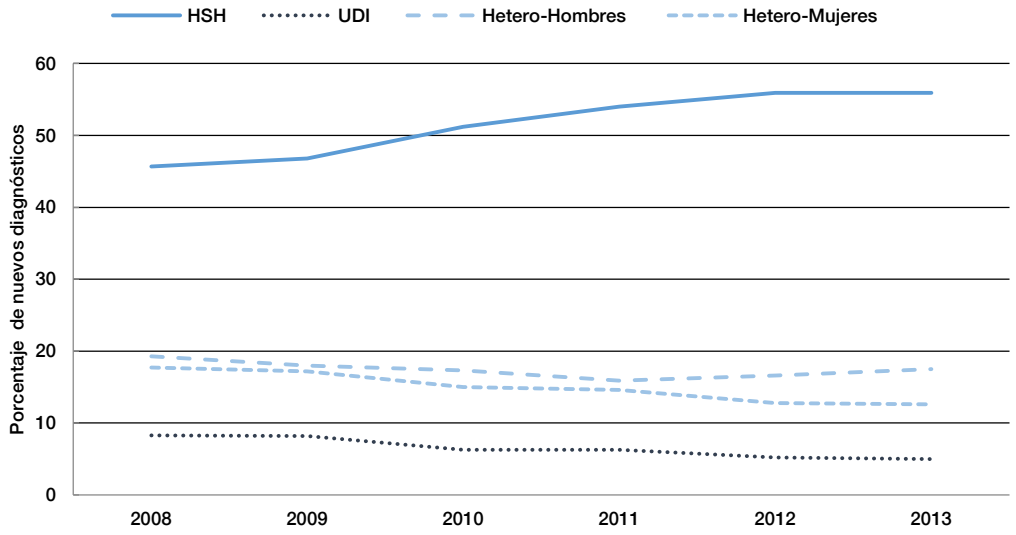
1.4.5.1 Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH

En el año 2013, se notificaron 3.866 nuevos diagnósticos de VIH lo que supone una tasa de 8,3 por 100.000 habitantes.

Del total notificado, el 85% eran hombres y la mediana de edad es de 35 años. Por la categoría de transmisión el 80% tienen su origen en transmisión sexual: 51,2% en *hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres* y 28,5% en relaciones heterosexuales de riesgo. La categoría de *usuarios de drogas intravenosas* supone el 4,4%.

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

Gráfico 1-12 Tendencia de la distribución porcentual de nuevos diagnósticos de VIH por año y categoría de transmisión, 2008-2013



Observaciones: Datos no corregidos por retraso en la notificación. HSH = Hombre que mantienen relaciones sexuales con hombres. UDI= Usuarios de drogas intravenosas. Hetero = Relaciones heterosexuales de riesgo.

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

En el periodo 2008-2013, se aprecian diferentes tendencias en la incidencia de nuevos diagnósticos según el mecanismo de transmisión. En los Usuarios de Drogas Intravenosas (UDI) la tendencia es descendente; en heterosexuales también es globalmente descendente (descendente en mujeres y estable en hombres) y en los Hombres que mantiene relaciones Sexuales con Hombres (HSH) es ascendente. Como resultado de estas tendencias contrapuestas las tasas globales estaban estabilizadas.

1.4.5.2 Registro Nacional de casos de sida

Se ha recibido la notificación de 640 casos diagnosticados de sida en 2013, que tras corregir por retraso en la notificación, se estima serán 760. El 77,5% de las personas diagnosticadas son hombres.

Tabla 1-24 Casos nuevos de sida, distribución por categoría de transmisión según sexo, 2013			
Vigilancia del sida	Hombres	Mujeres	Total
Nuevos casos	468	136	604
Distribución (%) según categoría de transmisión			
Hombres que mantienen relaciones con hombres	41,7	-	32,3
Usuarios de drogas inyectadas	21,4	26,5	22,5
Receptores de hemoderivados	0,0	0,0	0,0
Receptores de transfusiones (*)	0,0	0,7 (*)	0,2 (*)
Madre - hijo	0,2	0,0	0,2
Relaciones heterosexuales de riesgo	25,2	61,8	33,4
Otras exposiciones/ desconocido/No consta	11,5	11,0	11,4
Total	100	100	100

Observaciones: (*) El caso notificado en esta categoría de transmisión es un caso importado habiéndose producido la transfusión fuera de España.

Datos no corregidos por retraso en la notificación, por lo que las cifras aumentarán en próximas actualizaciones. Actualización 30 de junio de 2014.

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

Los casos notificados en personas que han contraído la infección por relaciones heterosexuales no protegidas suponen el 33,4% del total, los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres representan el 32,3% y los usuarios de drogas intravenosas el 22,5%. El 11,4% de los casos son por otras exposiciones, desconocido o sin constancia. La trasmisión madre-hijo supone el 0,2% de los casos. El único caso detectado en receptores de una transfusión corresponde a una mujer que recibió la transfusión fuera de nuestro país. En España no se producen casos por esta vía.

En el caso de las mujeres el mecanismo de transmisión de especial relevancia son las relaciones heterosexuales que suponen el 62,2% de los casos nuevos. Desde el inicio de la epidemia en España se han notificado un total 83.932 casos de sida.

Tras casi dos décadas de tratamiento antirretroviral eficaz la reducción de la incidencia ha sido enorme. No obstante, este descenso, inicialmente espectacular (especialmente en la categoría de transmisión de los usuarios de drogas inyectadas) se ha ido ralentizando en los últimos años.

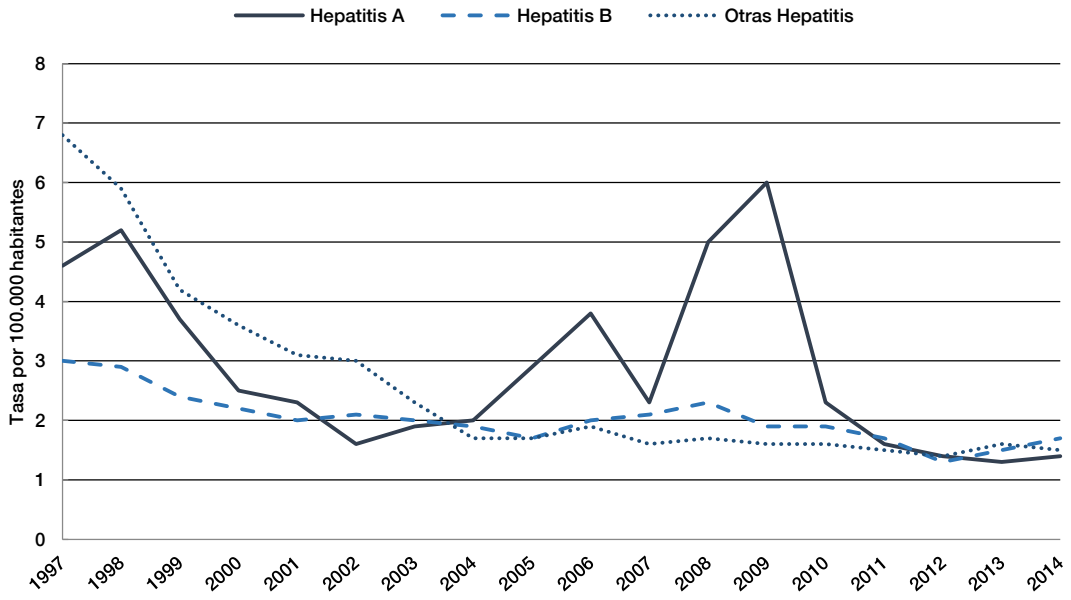
1.4.6 Hepatitis

1.4.6.1 Hepatitis A y Hepatitis B

La incorporación de la declaración de los diferentes tipos de hepatitis víricas a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica tuvo lugar en la segunda mitad de los años noventa. Hasta el año 2004, la declaración de los casos de hepatitis A y hepatitis B muestra una tendencia descendente, se incrementa hasta el año 2009 y, a partir de ese año, se observa otra vez una tendencia descendente.

El número de casos declarados de *otras hepatitis* permanece estabilizado desde 2004. Desde 2009 a 2014, el número de casos declarados por 100.000 habitantes ha pasado de 6,0 a 1,4 en la hepatitis A, de 1,9 a 1,7 en la hepatitis B y 1,5 en otras hepatitis víricas.

Gráfico 1-13 Hepatitis A, Hepatitis B y otras Hepatitis. Tasas de casos declarados por 100.000 habitantes, 1997-2014



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

1.4.6.2 Hepatitis C

Los casos de hepatitis C comunicados por las comunidades autónoma a través del sistema de vigilancia de las enfermedades de declaración obligatoria, aunque con cierta variabilidad (puede asumirse que la mayoría de los casos declarados corresponden a pacientes con anticuerpos anti-VHC) se cuantifican en el año 2014 en 677 casos, aunque no incluyen datos notificados por Asturias, Baleares, Canarias, Galicia y Ceuta por tener un sistema de registro diferente del resto de las comunidades autónomas[8]. Se estima que la prevalencia de anticuerpos (seroprevalencia) en adultos es de 1,7% (0,4-2,6%) lo que corresponde en valores absolutos a un total de 688.000 adultos con anticuerpos.

La hepatitis C es una enfermedad hepática viral, tanto aguda como crónica, cuyas manifestaciones pueden variar desde una dolencia leve a una enfermedad grave de por vida. Por lo general la infección aguda es asintomática. Aproximadamente un 15-45% de las personas infectadas eliminan el virus en un plazo de seis meses sin necesidad de tratamiento alguno, el 55-85% desarrollarán la infección crónica. Entre el 15-30% de estos pacientes en un plazo de 20 años evolucionarán a una cirrosis hepática.

Además de una importante causa de morbilidad la infección crónica puede ser causa de mortalidad, se estima una tasa de mortalidad anual de la enfermedad en 10,7 fallecimientos por 100.000 habitantes y equivale entre el 1-1,2% de la mortalidad por todas las causas.

Ante el problema de salud que supone la hepatitis C crónica en nuestro país, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en su sesión del 14 de enero de 2015 adoptó por unanimidad elaborar un Plan Estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud.

[8] En el momento de cierre del informe, todas las comunidades autónomas registran de manera normalizada los casos de hepatitis C.

El Plan se estructura en 4 líneas estratégicas estableciendo objetivos y acciones prioritarias a desarrollar en el trienio 2015-2017. Su puesta en marcha implica a: el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, los Servicios Regionales de Salud, Instituciones Penitenciarias y el Instituto de Salud Carlos III.

Tabla 1-25 Plan Estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud

OBJETIVO GENERAL: Disminuir la morbimortalidad causada por el virus de la hepatitis C en la población española, abordando eficientemente la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes.			
Línea estratégica 1	**Línea estratégica 2**	**Línea estratégica 3**	**Línea estratégica 4**
Cuantificar la magnitud del problema , describir las características epidemiológicas de los pacientes con infección y establecer las medidas de prevención	Definir los criterios científico-clínicos que permitan establecer la adecuada estrategia terapéutica considerando el uso de los antivirales de acción directa por el tratamiento de la hepatitis C en el ámbito del SNS	Establecer los mecanismos de coordinación para la adecuada implementación de la Estrategia para el abordaje de la hepatitis C en el SNS	Fomentar el avance en el conocimiento de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C en el SNS a través de actuaciones específicas en el área de la I+D+i

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaria General de Sanidad y Consumo. Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud.

El Plan cuenta con un Comité Institucional que coordina la puesta en marcha del mismo en el Sistema Nacional de Salud. La reciente aparición en el mercado de nuevos fármacos antivirales contra la hepatitis C, hace vislumbrar un cambio radical en el abordaje de esta enfermedad.

1.5 Salud materno –infantil

1.5.1 Mortalidad infantil

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

La tasa de mortalidad infantil se sitúa en 2,7 defunciones en menores de un año por 1.000 nacidos vivos, lo que supone un descenso de casi un 40%, en el periodo entre 1999 y 2013.

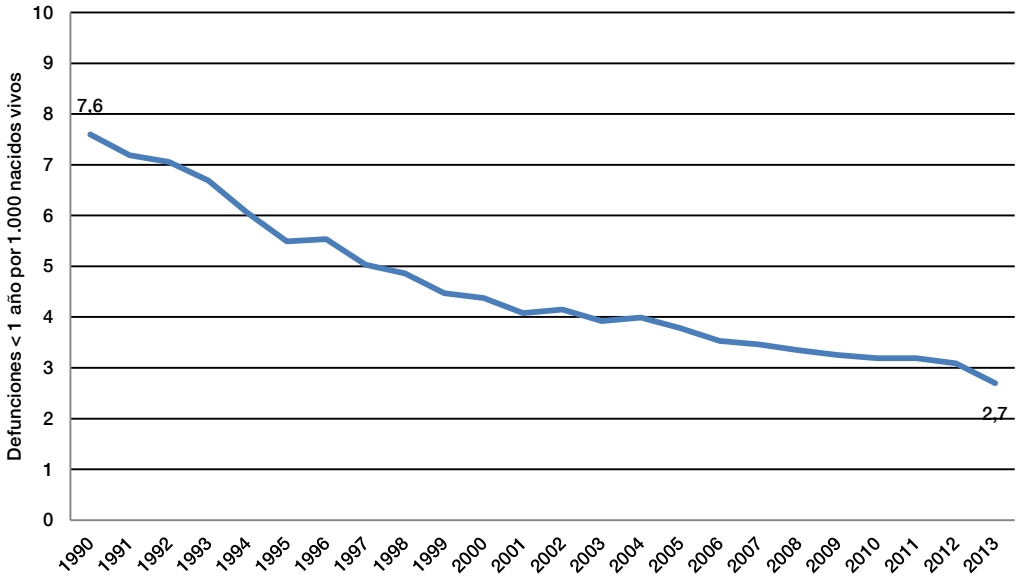
Las 10 primeras causas de muerte infantil de acuerdo al número de defunciones son:

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

Tabla 1-26 Tasa de mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos según comunidad autónoma, 2013	
Andalucía	3,1
Aragón	1,8
Asturias	1,7
Baleares	2,8
Canarias	2,5
Cantabria	3,3
Castilla y León	3,1
Castilla-La Mancha	2,4
Cataluña	2,5
Comunidad Valenciana	2,4
Extremadura	2,0
Galicia	2,1
Madrid	2,9
Murcia	3,5
Navarra	2,5
País Vasco	2,3
La Rioja	3,1
Ceuta	11,1
Melilla	4,6
España	2,7

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

Gráfico 1-14 Tendencia de la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos, 1990-2013



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

1.5.2 Bajo peso al nacer

España ha tenido un gran incremento en las últimas décadas respecto a la proporción de nacidos con peso inferior a 2.500 gramos, aunque parece que en los últimos años esta tendencia se ha ralentizado. En el año 1990 su porcentaje era de algo más del 5%, en el año 2000 era de 6,8% pasando, en el año 2013, a ser de 8,1%. Los niños con un bajo peso al nacer requieren un mayor periodo de hospitalización después del nacimiento y tienen más probabilidades de desarrollar incapacidades. El bajo peso al nacer es un importante indicador de salud infantil por su estrecha relación con la morbilidad y mortalidad infantil; además es reflejo de diversas circunstancias adversas que acompañan al embarazo y se asocia a factores biológicos, demográficos y socioeconómicos. Sin embargo, los factores más importantes parecen ser el estado general y la nutrición de la madre, por lo que es un buen indicador del estado nutricional de la comunidad.

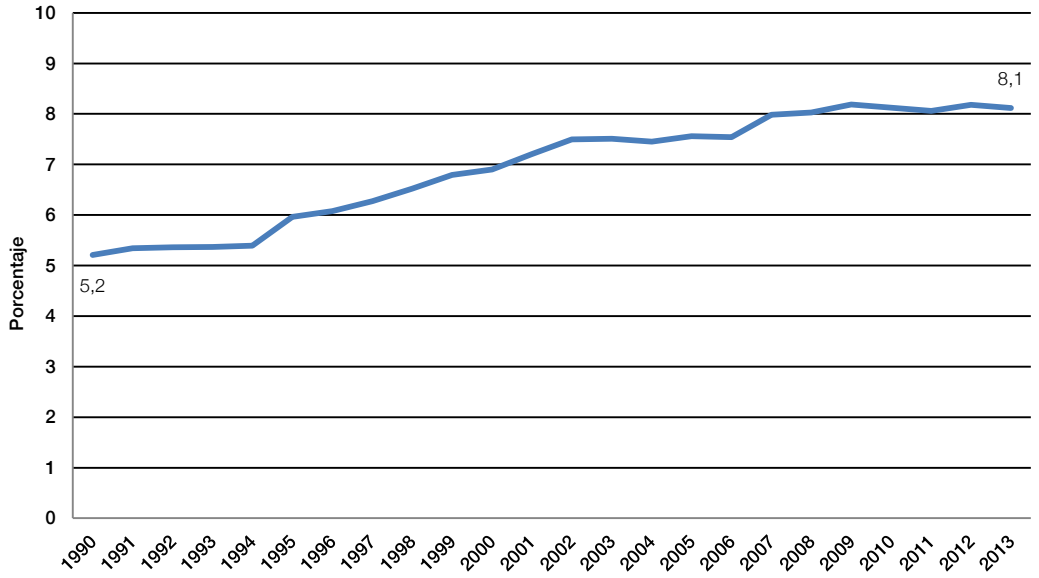
Los factores de riesgo para un nacimiento con bajo peso, entre otros, son el aumento de la edad materna, la maternidad en adolescentes, los tratamientos de fertilidad in vitro y hábitos perjudiciales como el tabaquismo y el alcohol; el incremento del uso de técnicas de control del parto, como la inducción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

Tabla 1-27 Prevalencia del bajo peso al nacer (peso inferior a 2.500 gramos) por cada 100 nacidos, según comunidad autónoma, 2013

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

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

Gráfico 1-15 Tendencia de la proporción de recién nacidos con peso inferior a 2.500 gramos al nacer por cada 100 nacidos vivos, 1990-2013



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

1.5.3 Interrupción voluntaria del embarazo

El número de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVEs) en 2013[9] se sitúa en 108.690 lo que supone una incidencia del 11,7 por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años y confirma la tendencia descendente de los últimos tres años con 0,8 puntos menos que en 2011[10]. En el grupo de menores de 20 años la incidencia se sitúa en 12,2 interrupciones voluntarias de embarazo, siendo 1,5 puntos menos que en 2011.

El seguimiento de las IVEs se lleva a cabo a través de un sistema de vigilancia epidemiológica que recibe información de todo el Estado[11].

La mayoría de las intervenciones (83,4%) se han notificado desde un centro extra-hospitalario de dependencia patrimonial privada y responden a una petición de la mujer (89,9%) con 8 semanas o menos de gestación (68,5%).Las causas médicas están presentes en el 10,0% de los motivos de interrupción del embarazo, con un claro predominio (6,9%) por riesgo grave para la vida o salud de la embarazada, seguido (3,1%) por riesgo de graves anomalías en el feto y anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad grave e incurable.

Las incidencias más altas (13 o más) se observan en Asturias, Baleares, Canarias, Cataluña y Madrid, esta última es la que presenta la cifra más alta, 14,6 interrupciones de embarazo por cada 1.000 mujeres entre 15 y 44 años. En el grupo de menores de 20 años Cataluña y Madrid ocupan la primera posición con una incidencia de 14,5 y 14,2 respectivamente.

[9] Último dato disponible en el momento de elaborar el informe.

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

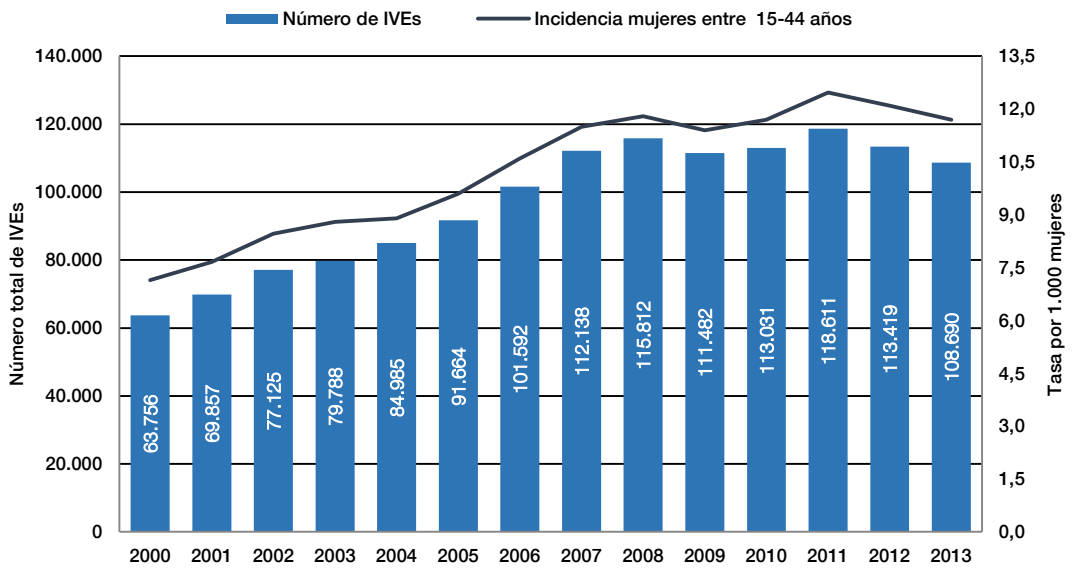
[11] En el año 2015 se han corregido los datos publicados de los años 2011 y 2012 al haberse producido una mejora de la información consolidada de la Comunidad Foral de Navarra.

Tabla 1-28 Incidencia de Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres en menores de 20 años y entre 15 y 44 años, según comunidad autónoma de residencia, 2013

	Menores de 20 años	Entre 15-44 años
Andalucía	12,9	11,9
Aragón	9,4	10,1
Asturias	13,4	13,6
Baleares	13,0	13,1
Canarias	12,9	13,0
Cantabria	10,2	9,2
Castilla y León	8,9	7,1
Castilla-La Mancha	7,5	9,0
Cataluña	14,5	14,2
Comunidad Valenciana	11,0	9,6
Extremadura	8,3	7,1
Galicia	7,1	6,8
Madrid	14,2	14,6
Murcia	12,5	12,6
Navarra	10,3	7,8
País Vasco	10,5	10,0
La Rioja	7,6	6,8
Ceuta	0,8	3,7
Melilla	6,0	
España	12,2	11,7

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

Gráfico 1-16 Tendencia del número total de IVEs notificadas y de la incidencia en mujeres entre 15 – 44 años y en menores de 20 años, 2000-2013

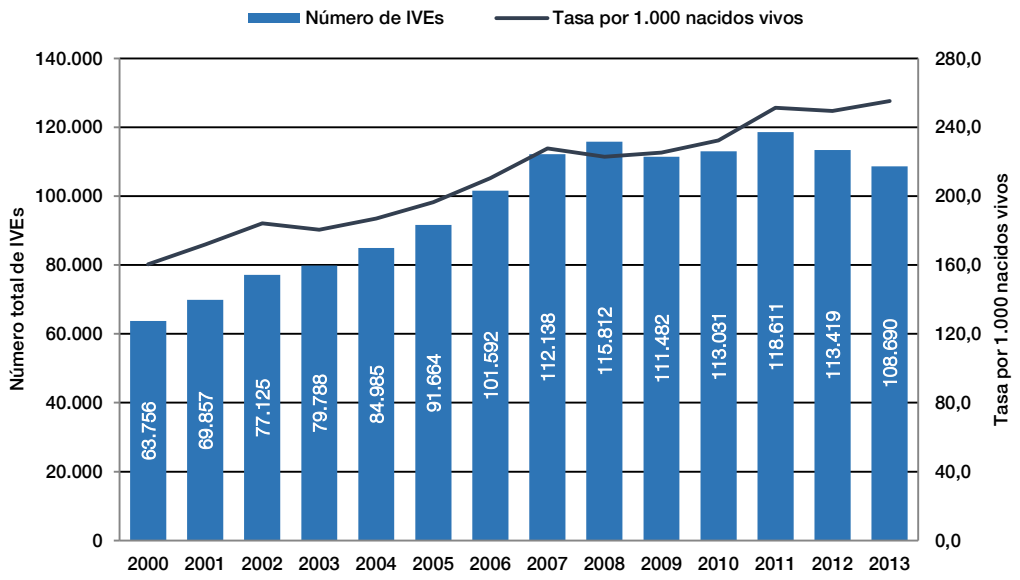


Observaciones: Las interrupciones del embarazo correspondientes a los años 2011, 2012 y 2013 se han practicado dentro de los supuestos recogidos en la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo de salud sexual y reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo a partir de la fecha que entró en vigor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

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

Aunque el número de IVEs y la incidencia en el grupo de mujeres en edad fértil (entre 15 y 44 años) muestra signos claros de descenso, si revisamos el número de abortos inducidos en relación al número de nacimientos, en este caso la tasa ha aumentado, consecuencia de la disminución patente de la natalidad acaecida en los últimos años, situándose en 255,3 IVEs por cada 1.000 nacidos vivos.

Gráfico 1-17 Tendencia del número total de IVEs notificadas y la tasa por 1.000 nacidos vivos, 2003-2013



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

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

1.6 Morbilidad atendida en Atención Primaria

Según la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP)[12] los menores de 15 años atendidos en los centros de salud de atención primaria del Sistema Nacional de Salud, presentan a lo largo del año una media de 4 problemas de salud. Esta media crece con la edad, llegando a casi 7 problemas de salud en las personas de 65 y más años.

[12] En 2014 ha sido posible disponer, por primera vez en el Sistema Nacional de Salud, de información sobre morbilidad registrada en atención primaria. Estos primeros datos son consecuencia de materializar operativamente un nuevo sistema de información, denominado Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) y están referidos a una muestra parcial de 1.474.792 personas. Las tasas utilizadas en la elaboración de este apartado se refieren en todo momento a la muestra.
Más información en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm

Tabla 1-29 Número medio de problemas de salud activos por usuario de los centros de salud de atención primaria , según grupo de edad y sexo, 2011

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
0-14 años	4,2	4,3	4,1
15 - 64 años	4,6	3,8	5,3
65 y más años	6,9	6,3	7,3

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

Los cinco problemas de salud más frecuentes, agrupados en aparatos y sistemas varían también con la edad y el sexo: en el grupo de los más pequeños, menores de 15 años, el aparato respiratorio es la primera causa de consulta, seguida, a distancia, de problemas generales e inespecíficos, piel y faneras, aparato digestivo y aparato auditivo.

En el grupo de 15 y más años los problemas del aparato locomotor son la causa registrada más frecuente de consulta, especialmente en las mujeres, seguida de los problemas de aparato respiratorios.

En los mayores de 64 años el principal motivo de consulta son los problemas de aparato circulatorio y locomotor, seguido de aparato endocrino, metabolismo y nutrición. Las diferencias entre hombres y mujeres son patentes en los tres aparatos, presentando cifras mayores en las mujeres.

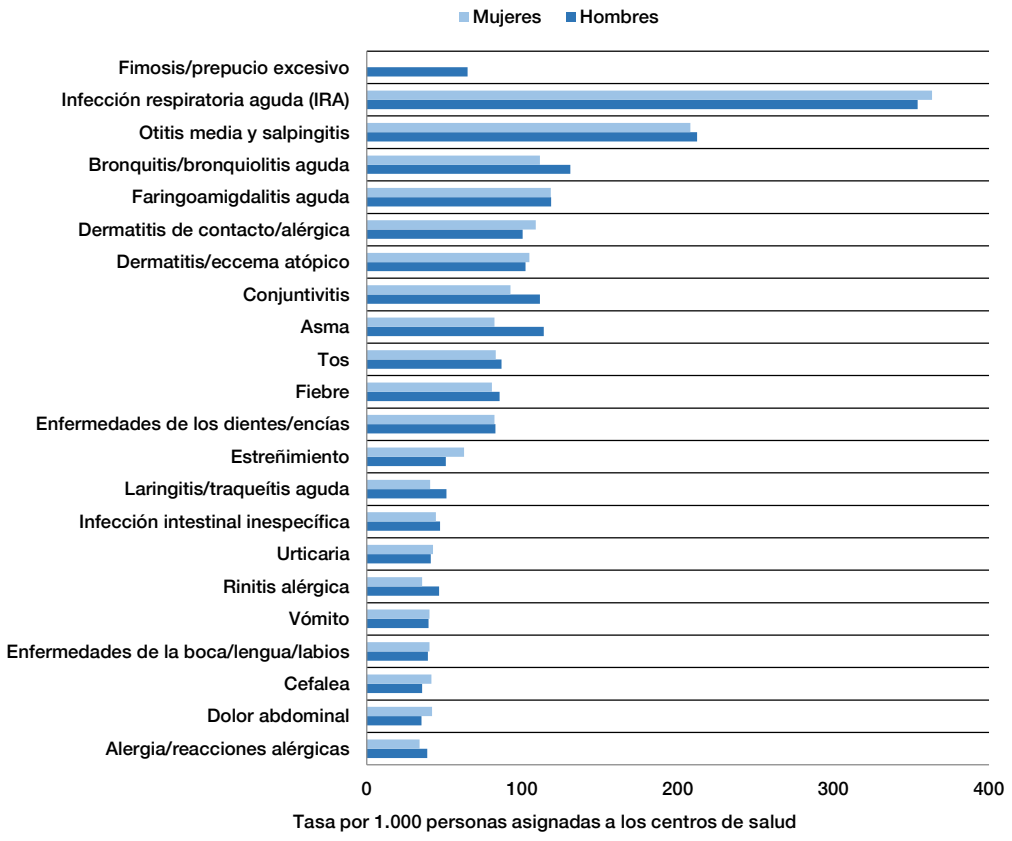
Tabla 1-30 Cinco problemas de salud más frecuentes según edad y sexo. Tasa por 1.000 personas asignadas a los centros de salud de atención primaria, 2011

0-14 años	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Aparato respiratorio	1.128,0	1.180,0	1.073,0
Problemas generales e inespecíficos	692,6	705,6	678,8
Piel y faneras	618,6	611,4	626,2
Aparato digestivo	517,6	513,1	522,3
Aparato auditivo	274,3	272,3	276,4
15 y más años	**Ambos sexos**	**Hombres**	**Mujeres**
Aparato locomotor	700,7	549,3	845,3
Aparato respiratorio	452,6	410,9	492,6
Piel y faneras	445,6	390,4	498,4
Problemas generales e inespecíficos	443,8	369,7	514,7
Aparato circulatorio	438,8	401,8	474,1
65 y más años	**Ambos sexos**	**Hombres**	**Mujeres**
Aparato circulatorio	1.104,2	1.076,0	1.126,0
Aparato locomotor	1.037,4	745,6	1.262,4
Aparato endocrino, metabolismo y nutrición	800,5	737,6	849,1
Aparato digestivo	570,7	571,2	570,4
Problemas generales e inespecíficos	569,8	519,2	608,8

Observaciones: Problemas de salud agrupados en aparatos y sistemas, según la Clasificación Internacional en Atención Primaria (CIAP) versión2.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

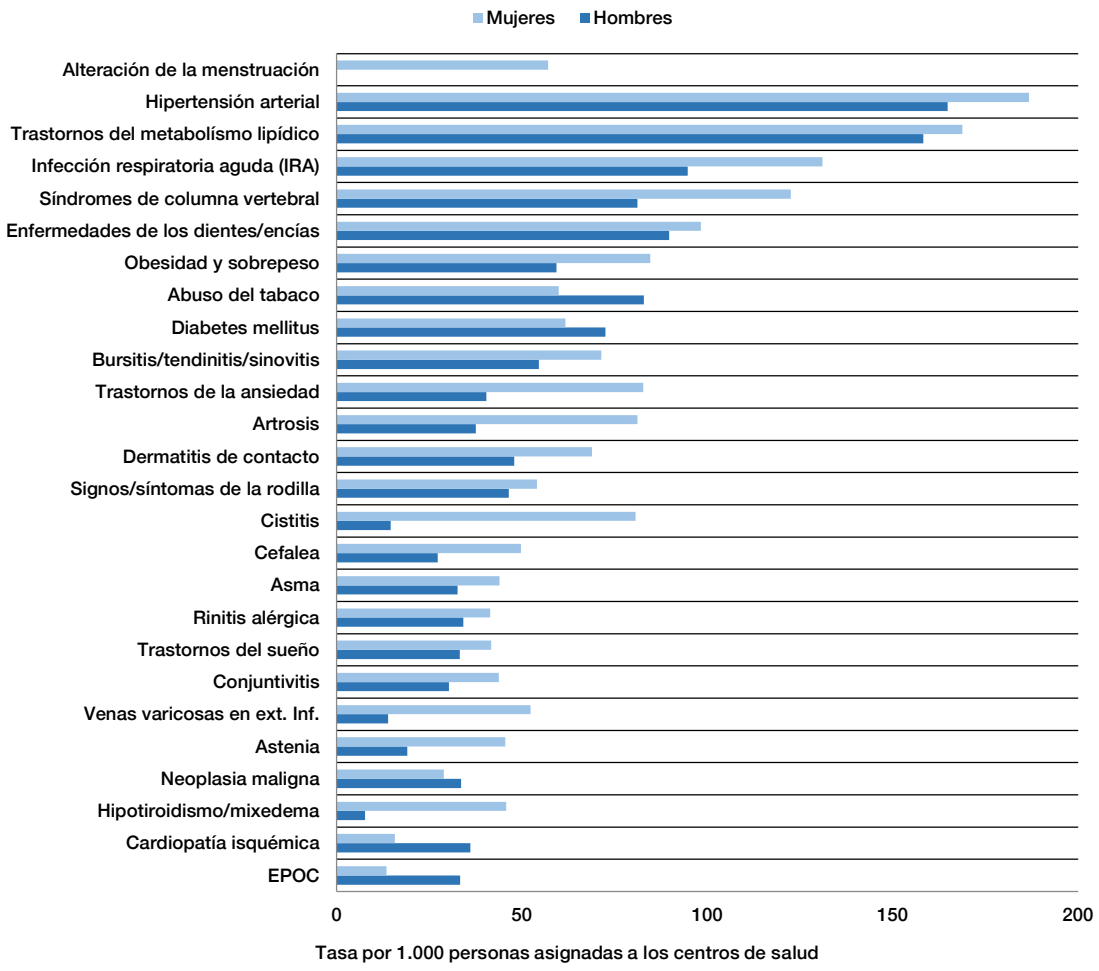
Gráfico 1-18 Problemas de salud más frecuentes en la población de 0 a 14 años. Tasa por 1.000 personas asignadas a los centros de salud, 2011



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

En cuanto a sus características en el grupo de 0 a 14 años, los problemas que predominan son los agudos e infecciosos. En niños es más frecuente que en niñas el asma, las bronquitis, laringitis agudas y conjuntivitis.

Gráfico 1-19 Problemas de salud más frecuentes en la población de 15-64 años. Tasa por 1.000 personas asignads a los centros de salud, 2011

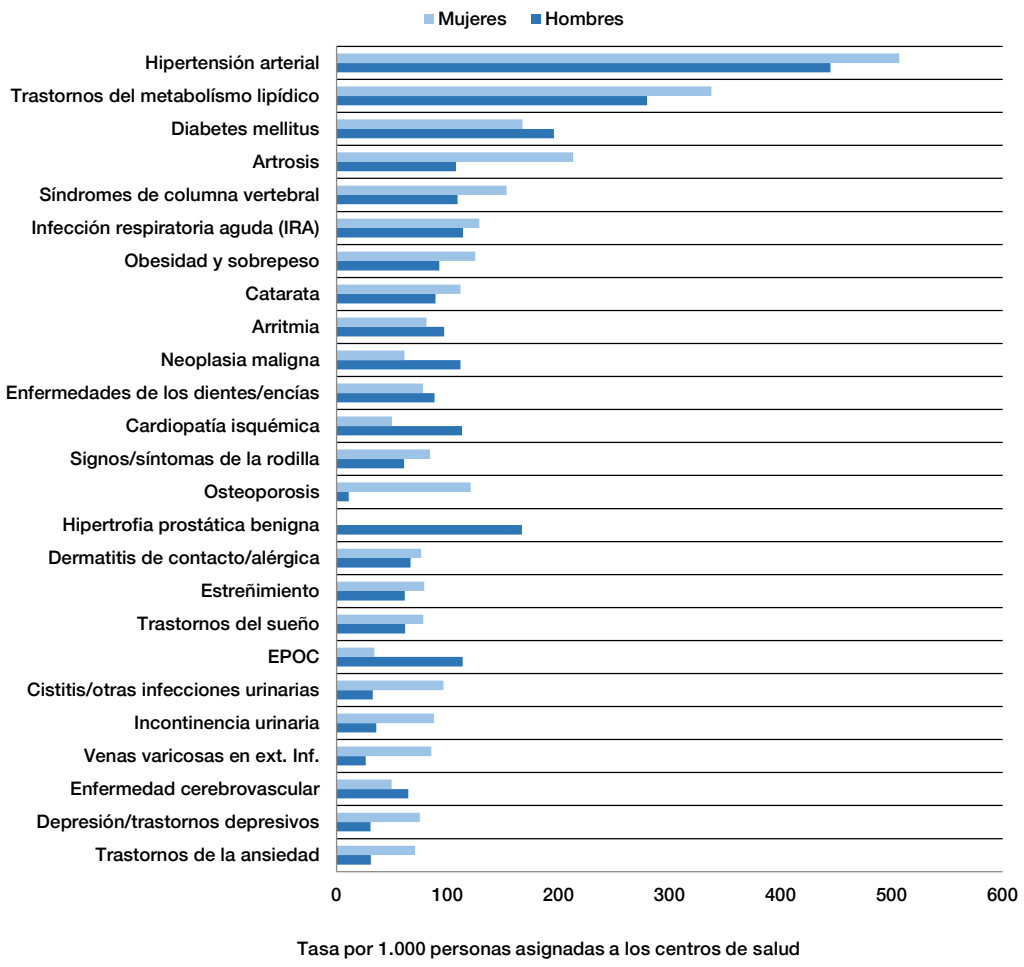


Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

En el grupo de 15 a 64 años conviven procesos crónicos (hipertensión arterial, trastornos de los lípidos) y agudos (infección respiratoria aguda).

Salvo excepciones, determinados problemas de salud son más frecuente en la mujer, especialmente, y en orden decreciente se encuentran: hipotiroidismo, cistitis, venas varicosas, astenia, artrosis o cefalea. En los hombres aparece con mayor frecuencia: abuso del tabaco, cardiopatía isquémica, EPOC o diabetes.

Gráfico 1-20 Problemas de salud más frecuentes en la población 65 y más años. Tasa por 1.000 personas asignadas a los centros de salud, 2011



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

En el grupo de mayores de 65 y más años predominan las enfermedades crónicas como: hipertensión arterial, trastornos de los lípidos, diabetes mellitus y artrosis.

En los hombres es más frecuente que en las mujeres, en orden decreciente: EPOC, cardiopatía isquémica, neoplasias, enfermedad cerebrovascular, arritmias y diabetes mellitus. En las mujeres son más frecuentes: osteoporosis, venas varicosas, cistitis, incontinencia urinaria, depresión, ansiedad y artrosis.

1.7 Morbilidad atendida en Atención Especializada

En el Registro de Actividad de Atención Especializada (RAE-CMBD)[13] se contabilizan 4,3 millones de altas, de las que casi el 85% corresponden a hospitales del Sistema Nacional de Salud y el resto a centros privados.

La principal causa de hospitalización en España son las enfermedades circulatorias (13,6%), seguida del grupo de enfermedades del aparato digestivo (12,3%) y del aparato respiratorio (11,1%).

En el caso de las mujeres, el motivo más frecuente de atención es la asistencia al parto, puerperio y complicaciones de la gestación, con un 20,6% del total de las altas hospitalarias en mujeres. Le siguen las enfermedades del aparato circulatorio con 11,3%, las del aparato digestivo y las del aparato respiratorio con 10,3% y 8,9% respectivamente; los tumores supusieron el 8,9%, de las altas en las mujeres.

En los hombres, las enfermedades del aparato circulatorio con 16,2% son la causa de hospitalización más frecuente, seguidas de las enfermedades del aparato digestivo 14,5% y del aparato respiratorio 13,5%. Los tumores suponen el 11,0%.

Los ingresos hospitalarios por trastornos mentales son mayores en hombres (2,1%) que en mujeres (1,7%).

En los últimos quince años las principales causas de hospitalización en hombres apenas han variado, siendo las enfermedades del aparato circulatorio las que dan lugar al mayor número de hospitalizaciones, seguidas de las enfermedades del aparato digestivo y de las del aparato respiratorio. Todas ellas han experimentado una disminución, siendo patente en las enfermedades del aparato respiratorio (7%) y las enfermedades del aparato digestivo (3%), se han mantenido igual la proporción de las enfermedades del aparato circulatorio que fueron en ascenso hasta el año 2004. Por el contrario las neoplasias han experimentado en ese periodo un aumento del 10,0%.

Igualmente, en las mujeres las principales causas de hospitalización no han variado en los últimos quince años aunque, como en el caso de los hombres, se ha modificado su proporción respecto al total de altas: el motivo más frecuente de estancia hospitalaria son los episodios de embarazo, parto y puerperio seguido de las enfermedades del aparato circulatorio y las enfermedades del aparato digestivo.

Los episodios de embarazo, parto y puerperio es el único grupo de causas de ingreso que en quince años registra un claro descenso (15%) coherente con la disminución del número de nacimientos en ese periodo.

Las enfermedades del aparato respiratorio aumentan el 14%, las neoplasias un 8,5% y las enfermedades del aparato digestivo 5%, manteniéndose estable la cifra de altas por trastornos mentales.

Los grupos de enfermedades responsables de los ingresos más frecuentes varían según que la dependencia del hospital sea pública o privada. En los hospitales públicos las principales causas de hospitalización son las enfermedades del aparato circulatorio (14,3%), aparato digestivo (12,2%) y aparato respiratorio (11,6%). El capítulo relacionado con la atención al embarazo y parto ha perdido peso pasando a cuarto lugar (10,9%), aunque como proceso individual el "parto vaginal sin complicaciones" sigue siendo el más frecuente.

En cuanto a diagnósticos secundarios (comorbilidad), destaca en los pacientes ingresados la presencia de hipertensión en el 27,3%, de dislipemias en el 18,1% y de diabetes mellitus en el 15,0%, (pacientes de 16 y más años) evidenciando la predominancia de estas enfermedades crónicas en gran parte de la población que hace uso de los servicios de atención especializada.

---

[13] Últimos datos año 2013. El Registro de Actividad de Atención Especializada (Real Decreto 69/2015) supone una evolución del Conjunto Mínimo Básico de Datos de las Altas Hospitalarias (CMBD), creado en 1987, se extiende a otras áreas de los hospitales (hospital de día, gabinetes de técnicas y procedimientos de alta complejidad y urgencias) y al sector privado. El 1 de enero de 2016 los hospitales de agudos públicos y privados iniciarán la recogida de datos de hospitalización y cirugía ambulatoria. La incorporación de otras modalidades asistenciales y proveedores se hará gradualmente a lo largo de un periodo de cinco años. Otra importante novedad es que se sustituye la CIE-9-MC, modificación clínica de la Clasificación Internacional de Enfermedades, por la CIE-10-ES, de mayor alcance y especificidad.

Tabla 1-31 Hospitalización por los principales grupos diagnósticos, 2013

	Altas	% sobre el total de altas	Altas por 1.000 hab.
Ambos sexos			
Enfermedades del sistema circulatorio	585.743	13,6	12,6
Enfermedades del aparato digestivo	529.182	12,3	11,4
Enfermedades del aparato respiratorio	477.703	11,1	10,3
Complicaciones de embarazo, parto y puerperio	468.381	10,9	10,1
Neoplasias	426.157	9,9	9,1
Lesiones y envenenamientos[14]	375.424	8,7	8,1
Enfermedades sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	302.312	7,0	6,5
Aparato genitourinario	278.255	6,5	6,0
Enfermedades del sistema nervioso	134.134	3,1	2,9
Trastornos mentales	82.246	1,9	1,8
Hombres			
Enfermedades del sistema circulatorio	329.707	16,2	14,4
Enfermedades del aparato digestivo	295.591	14,5	12,9
Enfermedades del aparato respiratorio	275.667	13,5	12,0
Complicaciones de embarazo, parto y puerperio	-	-	-
Neoplasias	223.526	11,0	9,7
Lesiones y envenenamientos	193.708	9,5	8,4
Enfermedades sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	144.638	7,1	6,3
Aparato genitourinario	129.739	6,4	5,7
Enfermedades del sistema nervioso	68.426	3,4	3,0
Trastornos mentales	42.728	2,1	1,9
Mujeres			
Enfermedades del sistema circulatorio	255.995	11,3	10,8
Enfermedades del aparato digestivo	233.534	10,3	9,9
Enfermedades del aparato respiratorio	201.998	8,9	8,5
Complicaciones de embarazo, parto y puerperio	468.359	20,6	19,8
Neoplasias	202.564	8,9	8,6
Lesiones y envenenamientos	181.677	8,0	7,7
Enfermedades sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	157.611	6,9	6,7
Aparato genitourinario	148.443	6,5	6,3
Enfermedades del sistema nervioso	65.693	2,9	2,8
Trastornos mentales	39.513	1,7	1,7

Observaciones: El Registro de altas de hospitalización ha contabilizado para el año 2013 un total de 4.305.527 altas.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Registro de Actividad de Atención Especializada. RAE-CMBD.

[14] Dentro del grupo diagnóstico *Lesiones y envenenamiento* se incluyen las fracturas, las luxaciones, esguinces y torceduras de articulaciones y músculos adyacentes, las lesiones intracraneales e internas de tórax, pelvis, nervios, médula espinal y no especificadas, las heridas abiertas de cabeza, cuello, tronco, miembros superiores, miembros inferiores y lesión de vaso sanguíneo, los efectos tardíos, lesiones superficiales, contusiones, aplastamientos y efectos por cuerpos extraños, quemaduras, envenenamientos y efectos tóxicos, otros efectos y efectos no especificados de causas externas y complicaciones de cuidados quirúrgicos y médicos no clasificados en otros conceptos.

Tabla 1-32 Cinco grupos diagnósticos más frecuentes según sexo y grupo de edad, 2013

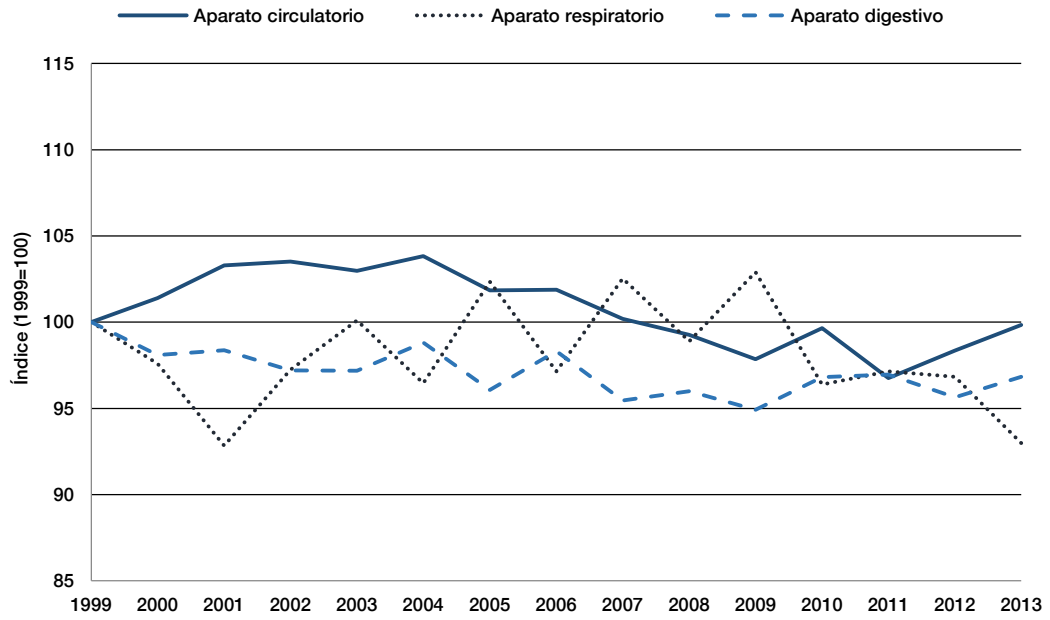
Grupo diagnóstico	Casos	% sobre el total grupo de edad	Tasa por 1.000 hab. grupo de edad
Hombres			
Edad de 0-14			
Enfermedades del sistema respiratorio	46.097	22,3	12,7
Ciertas enfermedades con origen en el período perinatal	34.504	16,7	9,5
Enfermedades del aparato digestivo	20.112	9,7	5,5
Lesiones y envenenamientos[15]	16.524	8,0	4,5
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	14.803	7,1	4,1
Edad de 15- 64			
Enfermedades del aparato digestivo	152.631	17,2	9,7
Lesiones y envenenamientos	112.580	12,7	7,2
Enfermedades del sistema circulatorio	111.635	12,6	7,1
Enfermedades sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	100.889	11,4	6,4
Neoplasias	89.527	10,1	5,7
Edad de 65 y más años			
Enfermedades del sistema circulatorio	207.934	22,1	58,1
Enfermedades del sistema respiratorio	157.361	16,7	43,9
Neoplasias	130.647	13,9	36,5
Enfermedades del aparato digestivo	122.848	13,1	34,3
Enfermedades del sistema genitourinario	65.435	7,0	18,3
Mujeres			
Edad de 0-14			
Enfermedades del sistema respiratorio	34.167	22,0	10,0
Ciertas enfermedades con origen en el período perinatal	28.121	18,1	8,2
Enfermedades del aparato digestivo	14.100	9,1	4,1
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	12.990	8,3	3,8
Lesiones y envenenamientos	9.545	6,1	2,8
Edad de 15- 64			
Complicaciones del Embarazo, parto y puerperio	468.141	38,5	30,3
Neoplasias	116.444	9,6	7,5
Enfermedades del aparato digestivo	111.395	9,2	7,2
Enfermedades del sistema genitourinario	88.206	7,2	5,7
Enfermedades sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	79.356	6,5	5,1
Edad de 65 y más años			
Enfermedades del sistema circulatorio	194.253	21,7	40,8
Enfermedades del sistema respiratorio	117.511	13,1	24,7
Lesiones y envenenamientos	109.693	12,2	23,0
Enfermedades del aparato digestivo	108.039	12,0	22,7
Neoplasias	83.250	9,3	17,5

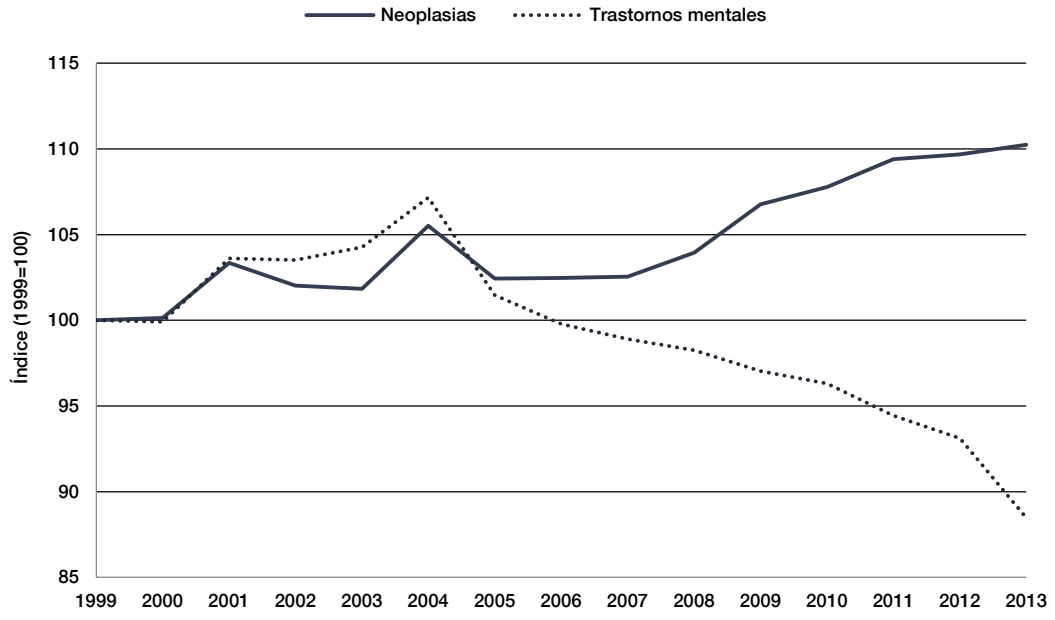
Observaciones: El Registro de altas de hospitalización ha contabilizado para el año 2013 un total de 4.305.527 altas.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Registro de Actividad de Atención Especializada. RAE-CMBD.

[15] Ibídem nota 15

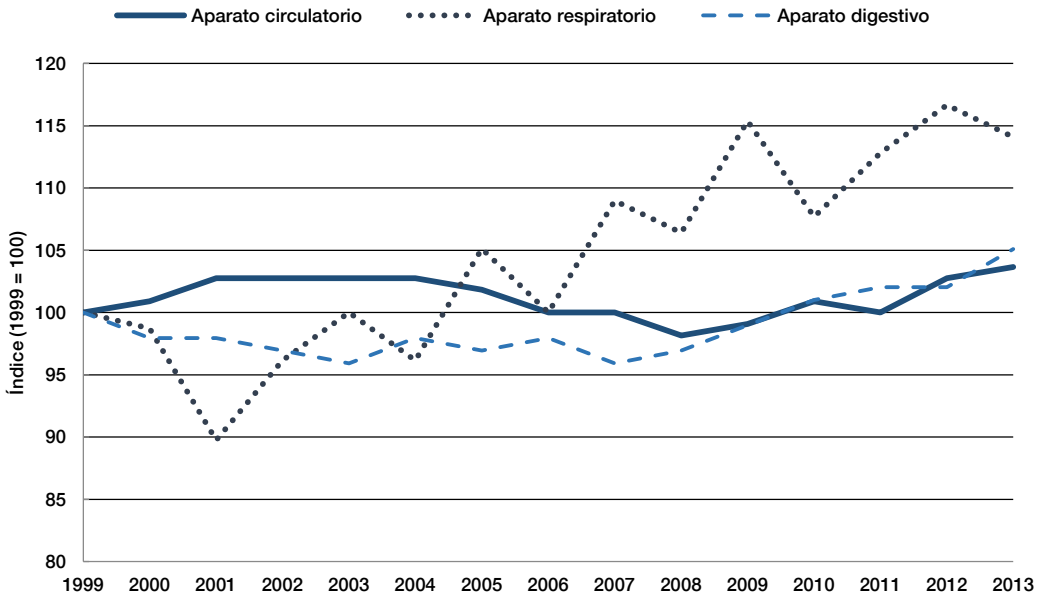
Gráfico 1-21 Tendencia de la morbilidad atendida en hospitales según grupos de diagnóstico más frecuentes en hombres, 1999-2013

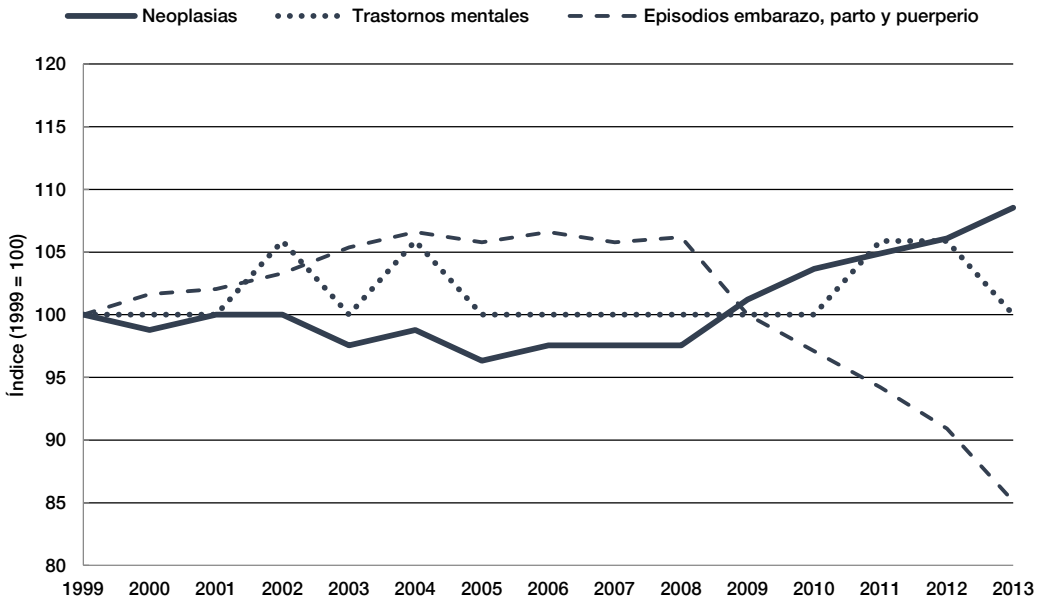




Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Registro de Actividad de Atención Especializada. RAE-CMBD.

Gráfico 1-22 Tendencia de la morbilidad atendida en hospitales según grupos de diagnóstico más frecuentes en mujeres, 1999-2013





Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Registro de Actividad de Atención Especializada. RAE-CMBD.

Tabla 1-33 Altas hospitalarias por grupos diagnósticos según dependencia del hospital, 2013

	Número de altas	% sobre el total de altas
Hospitales Públicos		
TOTAL ALTAS	3.636.876	100,0
Aparato circulatorio	521.784	14,3
Aparato digestivo	442.258	12,2
Aparato respiratorio	420.245	11,6
Embarazo, parto y puerperio	395.958	10,9
Neoplasias	373.937	10,3
Lesiones y envenenamientos	326.168	9,0
Aparato genitourinario	224.250	6,2
Sistema osteo-mioarticular y tejido conjuntivo	206.178	5,7
Hospitales privados		
TOTAL ALTAS	668.651	100,0
Sistema osteo-mioarticular y tejido conjuntivo	96.134	14,4
Aparato digestivo	86.924	13,0
Embarazo, parto y puerperio	72.423	10,8
Aparato circulatorio	63.959	9,6
Aparato respiratorio	57.458	8,6
Aparato genitourinario	54.005	8,1
Neoplasias	52.220	7,8
Lesiones y envenenamientos[16]	49.256	7,4

Observaciones: los datos están ordenados de mayor a menor peso sobre el total de altas de cada tipo de hospital. Para cada tipo de hospital solo se muestran los grupos diagnósticos con peso superior al 5%.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Registro de Actividad de Atención Especializada. RAE-CMBD.

En los hospitales privados los ingresos más frecuentes son los debidos a enfermedades del sistema osteo-mioarticular y tejido conectivo (14,8%) seguidos del aparato digestivo (13%) y, en tercer lugar la atención al embarazo y parto (10,8%). Por procesos individuales el "parto vaginal sin complicaciones" (4,6% de las altas) también como en el caso de los hospitales públicos es el proceso más frecuentemente atendido.

1.8 Una situación de alerta: la Enfermedad por Virus de Ébola

La Enfermedad por Virus de Ébola (EVE) es una enfermedad hemorrágica aguda con una tasa de letalidad entre el 50 y 90% y un periodo de incubación entre 2 a 21 días.

El Ministerio de Sanidad de Guinea Conakry notificó a la OMS en marzo de 2014 un brote de EVE que se extendió a Liberia y Sierra Leona. El 8 de agosto de 2014, tras las recomendaciones emitidas por el Comité de Emergencia, la Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el brote de Ébola en África Occidental constituía una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional.

El brote de EVE en África constituyo un "evento extraordinario" por su magnitud, ha sido el mayor conocido de esta enfermedad, y por el riesgo de propagación a otros países debido al gran número de casos, al área afectada, que incluía capitales de provincia con aeropuertos internacionales y fronteras terrestres con varios países vecinos, y a la fragilidad de los sistemas

[16] Ibídem nota 15

sanitarios de los países afectados. Una respuesta internacional coordinada fue esencial para controlar el brote en la zona epidémica y reducir el riesgo de diseminación internacional.

La OMS realizó una serie de recomendaciones para impedir la diseminación internacional del virus dirigidas a los países afectados y a los países con puntos fronterizos con estados afectados.

Todos los Estados miembros de la OMS, entre ellos España[17], elaboraron recomendaciones para minimizar los riesgos de exposición en caso de viaje a los países afectados estando preparados para detectar, investigar o tratar un posible caso de Ébola e informar a la población sobre la situación del brote.

En función de la intensidad de la transmisión la OMS distinguía dos categorías de países afectados en el brote epidémico de África Occidental: los países con transmisión extendida e intensa (Guinea Conakry, Sierra Leona y Liberia) y los países con uno o más casos iniciales o con una transmisión localizada (Italia, Mali Nigeria, Senegal, Reino Unido, EEUU y España).

Desde el inicio de la epidemia en África Occidental, en España se han atendido 3 casos de enfermedad por virus Ébola.

Los dos primeros casos tratados en nuestro país se produjeron en un país extranjero: dos profesionales sanitarios, un médico y un enfermero que trabajaban en la zona epidémica fueron repatriados para prestarles atención sanitaria después de contraer la enfermedad en Liberia y Sierra Leona, respectivamente. El primer caso fue evacuado por vía aérea y llegó a Madrid el 7 de agosto, e inmediatamente fue ingresado en el Complejo Hospitalario La Paz-Carlos III donde falleció el 12 de agosto. El segundo caso fue también al mismo hospital, falleciendo el 25 de septiembre.

El tercer caso atendido fue el primer y único caso de EVE de transmisión secundaria en España. La persona afectada fue una trabajadora sanitaria que atendió al segundo caso repatriado. Permaneció aislada en el Complejo Hospitalario La Paz-Carlos III durante su tratamiento.

Tras el diagnóstico, se identificaron 87 contactos, que fueron puestos bajo vigilancia activa y 15 contactos de alto riesgo que guardaron cuarentena voluntaria en el Hospital. Todos ellos finalizaron el período de 21 días de incubación sin desarrollar la enfermedad. Los 145 trabajadores del hospital que estuvieron en contacto con la paciente mientras estuvo ingresada, finalizaron su vigilancia activa sin haber presentado síntomas de la enfermedad.

Entre las principales medidas aplicadas para prevenir y controlar la transmisión se han incluido la identificación y seguimiento de todos los contactos, el refuerzo del protocolo en la definición de caso en investigación, bajando el umbral de fiebre para los contactos a 37,7ºC y un uso estricto de los Equipos de Protección Individual para los trabajadores sanitarios que han tratado a la paciente, mejorando también la supervisión.

El 2 de diciembre de 2014 España fue declarada libre de la Enfermedad por Virus Ébola al haber transcurrido 42 días desde la fecha del segundo resultado negativo del caso y al no producirse ningún caso nuevo.

Con el objetivo de maximizar la experiencia de los equipos clínicos responsables del tratamiento y reducir el número de profesionales expuestos al virus Ébola, el Comité Especial para la Gestión del Ébola propuso contar con un número reducido de hospitales para el tratamiento de casos confirmados de Enfermedad por Virus Ébola.

[17] Información sobre el brote de enfermedad por virus de Ébola (EVE)
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/ebola/home.htm

Partiendo de una red de unidades de atención especializada designadas por las Comunidades Autónomas las unidades propuestas se agruparon en dos niveles:

- Primer nivel: hospitales con unidades con capacidad para la gestión de casos sospechosos hasta el diagnóstico.
- Segundo nivel: hospitales con unidades destinadas al tratamiento de los casos confirmados.

Esta estructura fue aprobada por el CISNS que confirmó la red de 24 hospitales para el diagnóstico de casos sospechosos (primer nivel) presentes en todas las comunidades autónomas y la red de 7 hospitales para el tratamiento de casos confirmados.

Tabla 1-34 Unidades propuestas por las comunidades y ciudades autónomas para el aislamiento, estudio de los casos en investigación y cuarentena de los contacto de riesgo por virus Ébola, 2015

Andalucía	Complejo Hospitalario Virgen del Rocío
Aragón	Hospital Royo Villanova
Asturias	Hospital Central de Asturias
Baleares	Hospital Can Misses
	Hospital Mateu Orfila
	Complejo asistencial Son Espases
Canarias	Gerencia Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrin
	Hospital Universitario materno-Infantil Gran Canaria
	Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Candelaria-Ofra
Cantabria	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Castilla y León	Hospital Universitario Rio Hortega
Castilla–La Mancha	Hospital Universitario de Ciudad Real
Cataluña	Hospital Clinic i Provincial de Barcelona
Comunidad Valenciana	Hospital La Fe
Extremadura	Complejo Hospitalario de Cáceres
Galicia	Hospital Meixoeiro de Vigo
Madrid	Complejo Universitario La Paz-Hospital Carlos III
Murcia	Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
Navarra	Complejo Hospitalario de Navarra
País Vasco	Hospital Donostia
País Vasco	Hospital de Basurto
La Rioja	Complejo Hospitalario de San Pedro
Ceuta	Hospital Universitario de Ceuta
Melilla	Hospital Comarcal de Melilla
Ministerio de Defensa	Hospital Gómez Ulla

Fuente: Consejo Interterritorial del SNS.

Tabla 1-35 Hospitales propuestos para el tratamiento de casos confirmados de Enfermedad por virus Ébola, 2015

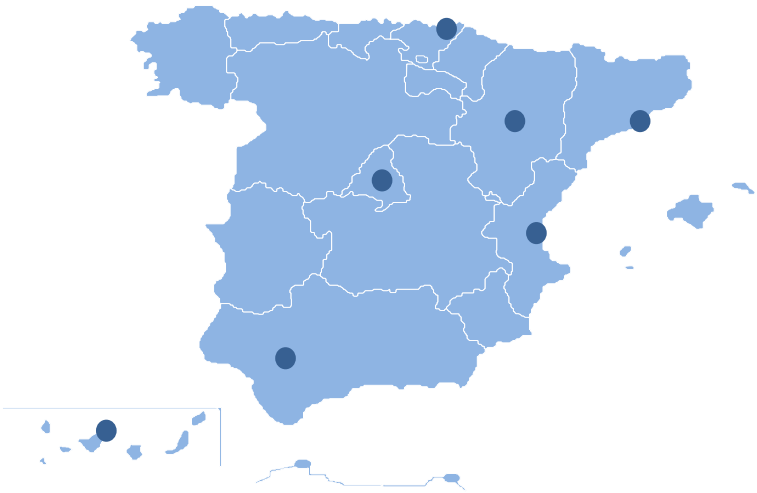
Andalucía	Complejo Hospitalario Virgen del Rocío
Aragón	Hospital Royo Villanova
Canarias	Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Candelaria-Ofra
Cataluña	Hospital Clinic i Provincial de Barcelona
Comunidad Valenciana	Hospital La Fe
Madrid	Complejo Universitario La Paz-Hospital Carlos III
País Vasco	Hospital Donostia

Fuente: Consejo Interterritorial del SNS.

A estos hospitales se añade la unidad de aislamiento del Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla" en Madrid.

Junto con la designación de los hospitales se ha constituido una Comisión de hospitales de tratamiento de Enfermedad por Virus Ébola en la que participan todas las comunidades autónomas con hospitales de tratamiento, el Director de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, en calidad de presidente, el Director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencia Sanitarias, que actúa además como presidente suplente, el Subdirector General de Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad, un representante del Ministerio Defensa, dos miembros de Comité Científico del Comité Especial para la Gestión del Ébola y un representante de la comunidad autónoma originaria del caso. La Comisión tiene como principal función recomendar el hospital a asignar a cada caso confirmado, además de garantizar la correcta formación de los profesionales.

Gráfico 1-23 Distribución geográfica de los hospitales propuestos para el tratamiento de casos confirmados de Enfermedad por virus de Ébola, 2015



Fuente: Consejo Interterritorial del SNS.

En caso de ocupación completa de los hospitales de tratamiento designados en el segundo nivel, se irá ampliando el número de unidades de tratamiento hasta las 24 preparadas para la atención de este tipo de pacientes.

El transporte de los casos confirmados desde los hospitales de diagnóstico a los hospitales de tratamiento que por razones logísticas deba realizarse por vía aérea será realizado por el Ministerio de Defensa.

1.9 Hábitos de Vida

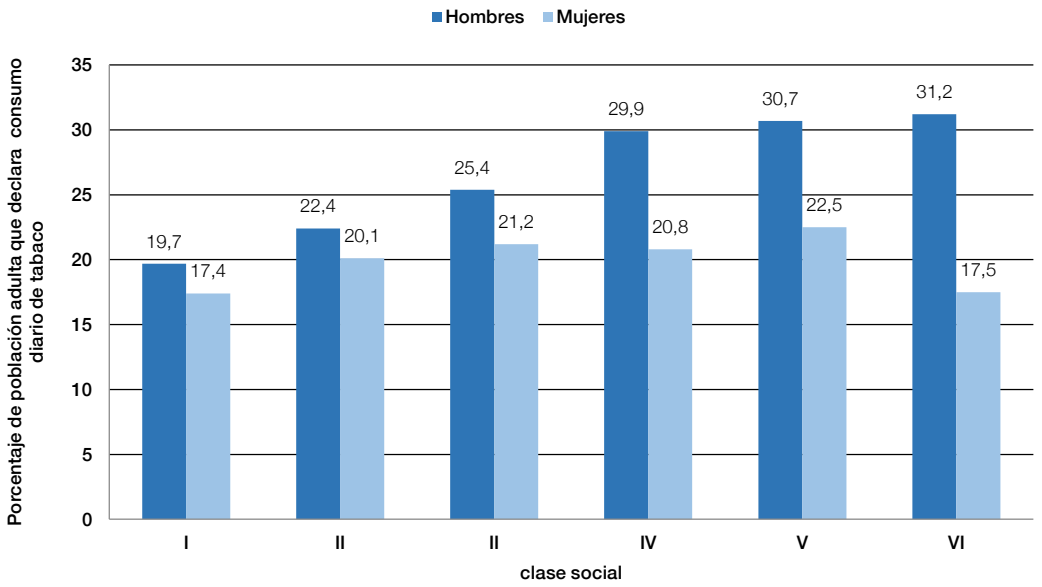
1.9.1 Consumo de tabaco

1.9.1.1 Consumo de tabaco en población adulta

En España el 24,0% de la población de 15 y más años fuma a diario[18], el 3,1% es fumador ocasional y el 19,6% se declaraba exfumador (había dejado de fumar hace al menos un año). Por sexo, el porcentaje de fumadores diarios se sitúa en el 27,9% en hombres y en 20,2% en mujeres.

El consumo tabáquico entre 15 y 24 años afecta al 21,7%. En este grupo de edad se da la menor diferencia entre hombres (22,5%) y mujeres (21,0%). Las mayores diferencias por sexo se dan en el grupo de edad de 25 a 34 y a partir de los 55 años.

Gráfico 1-24 Prevalencia de consumo diario de tabaco en población adulta (15 y más años) según sexo y clase social, 2011/2012



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

Por clase social ocupacional se observa un comportamiento distinto en el consumo de tabaco a diario según el sexo. Mientras que en los hombres se perfila claramente un gradiente social que desde, 19,7% en la clase alta, asciende escalonadamente hasta el 31,2% en la clase menos favorecida, en mujeres este consumo es similar en todas las clases sociales intermedias (en torno al 21%) y algo inferior en las extremas.

[18] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2011/2012. Datos preliminares de la Encuesta Europea de Salud en España 2014, no publicados en el momento de elaboración de informe, confirmarían una tendencia descendente.

Tabla 1-36 Prevalencia del consumo diario de tabaco en la población de 15 y más años, 2011/2012			
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	27,1	29,7	24,6
Aragón	25,9	30,4	21,4
Asturias	21,8	23,1	20,6
Baleares	22,7	25,0	20,5
Canarias	21,9	23,2	20,7
Cantabria	23,9	27,0	21,0
Castilla y León	22,8	28,4	17,4
Castilla-La Mancha	24,5	27,7	21,4
Cataluña	23,0	28,7	17,6
Comunidad Valenciana	27,6	32,5	22,8
Extremadura	24,7	29,3	20,2
Galicia	20,3	25,1	15,9
Madrid	20,9	24,0	18,2
Murcia	25,0	30,4	19,5
Navarra	23,3	25,0	21,8
País Vasco	23,3	26,9	19,9
La Rioja	24,4	29,2	19,8
Ceuta	18,7	24,5	13,6
Melilla	19,0	27,2	9,7
España	24,0	27,9	20,2

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

Las comunidades autónomas con la prevalencia más alta de consumo diario de tabaco en población adulta son la Comunidad Valenciana, Andalucía, Aragón y Murcia con cifras del 25% y más. Con menos del 21% están Madrid, Galicia, Ceuta y Melilla.

El porcentaje de población que consume tabaco a diario muestra un continuo descenso desde 1993. Este descenso se ha producido mayoritariamente a expensas de los hombres: en la década entre 2001 y 2011/2012 la prevalencia de consumo se redujo en más de un 25%. La disminución en el diferencial por sexo se observa tanto en la tendencia como en los grupos de edad más jóvenes. La tendencia descendente puede reflejar cambios en los hábitos de consumo junto a la existencia de políticas de control y prevención del tabaquismo.

1.9.1.2 Consumo de tabaco y ámbito laboral

En cuanto a la situación laboral[19] la probabilidad de fumar tabaco a diario en los últimos 30 días es más elevada entre los parados que entre los empleados. Desde 2007 ha disminuido el porcentaje de fumadores a diario (últimos 30 días) entre los empleados mientras que ha aumentado entre los parados. Por sectores de actividad, la construcción, hostelería y agricultura, pesca, ganadería y extracción, con porcentajes superiores al 40%, registran los valores más elevados de consumo de tabaco.

[19] Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. La Comisión Nacional de Prevención y Tratamiento de Drogodependencias en el ámbito laboral acordó incluir un módulo específico en la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) para obtener información sobre el consumo de sustancias psicoactivas en el contexto laboral. En el año 2007 se llevó a cabo por primera vez, realizándose nuevamente en 2013.

Tabla 1-37 Evolución del porcentaje de fumadores diarios (últimos 30 días) en población de 16 a 64 años, según situación laboral, 2007 y 2013		
	2007	2013
Empleados	32,7	31,0
Parados	35,2	39,0

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.Encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España.

Las medidas legislativas[20] adoptadas en relación con el consumo de tabaco y, en particular las que restringen el consumo en el lugar de trabajo han contribuido claramente a disminuir el número de fumadores pasivos. No obstante, 1 de cada 10 sufre de exposición al humo ambiental de tabaco en su lugar de trabajo. Los mayores porcentajes se concentran en los hombres (dos por cada mujer), con edades entre 16 y 44 años y en aquellos con niveles educativos más bajos.

Tabla 1-38 Evolución del porcentaje de fumadores pasivos en el lugar de trabajo en población laboral de 16 a 64 años, 2007 y 2013		
	2007	2013
Fumador pasivo en el lugar de trabajo	26,3	11,6

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.Encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España.

El porcentaje de fumadores pasivos en el lugar de trabajo ha disminuido en todos los sectores de activad, destacando el descenso en el sector de la hostelería que ha pasado de 58,1% en el año 2007 a 15,1% en 2013[21].

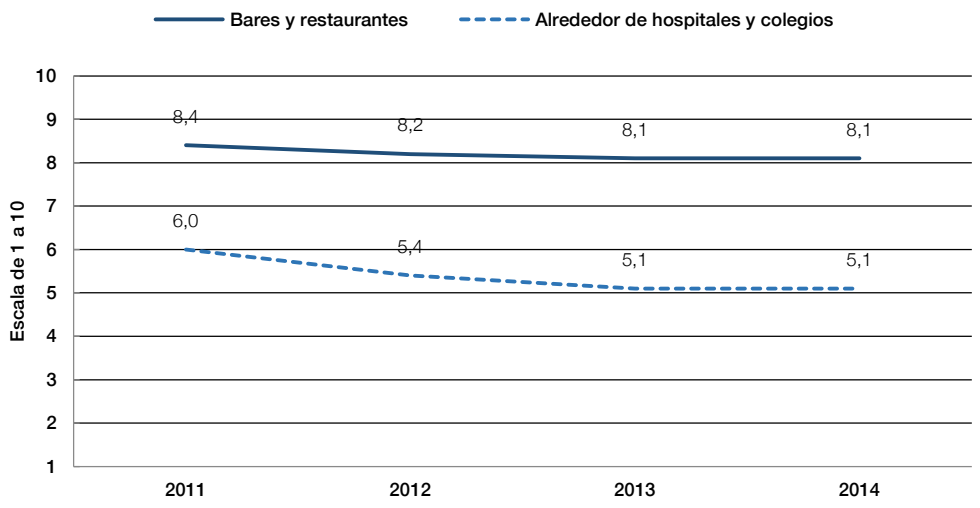
Los ciudadanos piensan[22] que hay un elevado cumplimiento de la prohibición de fumar en bares y restaurantes (8,1 sobre 10) y menor en los alrededores de los hospitales y los colegios (5,1 sobre 10). Ambas valoraciones han tenido una ligera disminución con estancamiento en los dos últimos años.

[20] La Ley 42/2010, de 30 de diciembre de 2010, más conocida como "Ley del Tabaco", entró en vigor el 2 de enero de 2011; las medidas más importantes son la extensión de los espacios sin humo a todos los espacios cerrados públicos y de uso colectivo.

[21] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral.

[22] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario (BS). En los últimos años, el Barómetro Sanitario viene investigando el grado de cumplimiento de las medidas recogidas en la "Ley del Tabaco" sobre la prohibición de fumar en espacios públicos.

Gráfico 1-25 Tendencia del cumplimiento de la Ley del Tabaco, 2011-2014



Observaciones: respecto a las medidas contempladas en la "Ley del Tabaco", 1 significa que "no se están cumpliendo en absoluto" y 10 que "se está cumpliendo totalmente".

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

Un 4,7% de las personas de 18 y más años afirman[23] que han dejado de fumar por influencia de la *Ley del Tabaco*, un 8,1% que fuma menos y para el 27,6% no ha influido en su consumo de tabaco. El 58% de los encuestados no es fumador.

El 89,4% de las personas de 18 y más años conocen la existencia de los denominados cigarrillos electrónicos y el 47,5% considera que suponen un riesgo para la salud. Un 58,5% piensa que deben ser regulados del mismo modo que si fueran productos del tabaco. Un 44,1% opina que no ayuda para dejar de fumar y que incluso que pueden inducir a hacerlo (43,7%).

1.9.2 Consumo de alcohol

1.9.2.1 Consumo de alcohol en población adulta

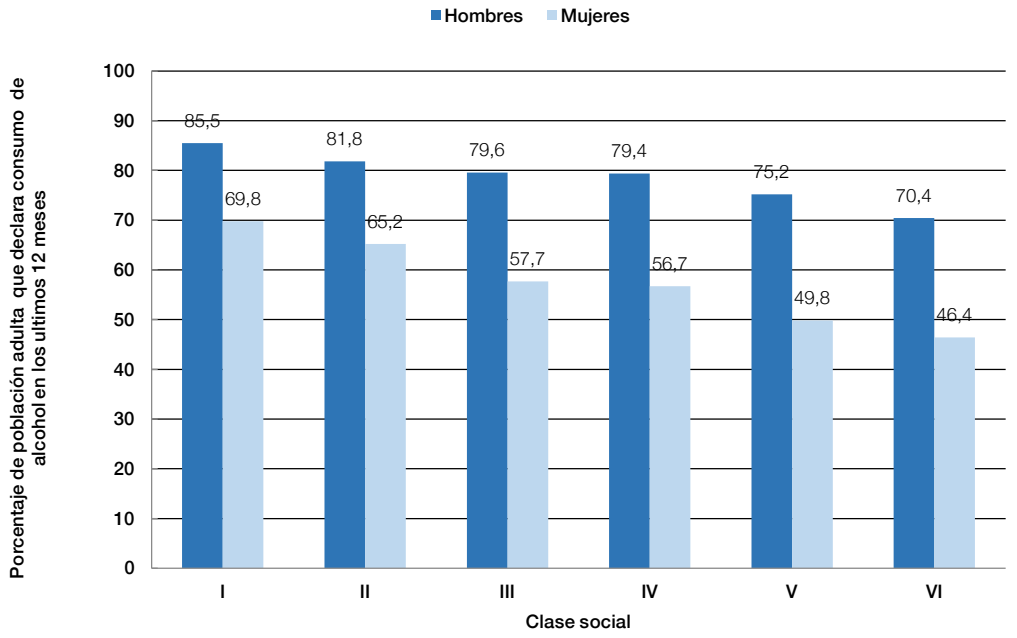
En cuanto al consumo de alcohol, el 65,6% de la población de 15 y más años ha bebido alcohol alguna vez en el último año (77,5% de los hombres y 54,3% de las mujeres). Las diferencias por sexo se observa en todas las edades, pero son menores entre los más jóvenes.

Las diferencias de sexo en la prevalencia de bebedores están relacionadas con los gradientes educativos y ocupacionales. La prevalencia de consumo es mayor en las clases sociales altas, sobre todo en mujeres. El 71,7% de las mujeres universitarias habían bebido alcohol en el último año, frente al 27,9% de las mujeres sin estudios: la diferencia se da en todos los grupos de edad.

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

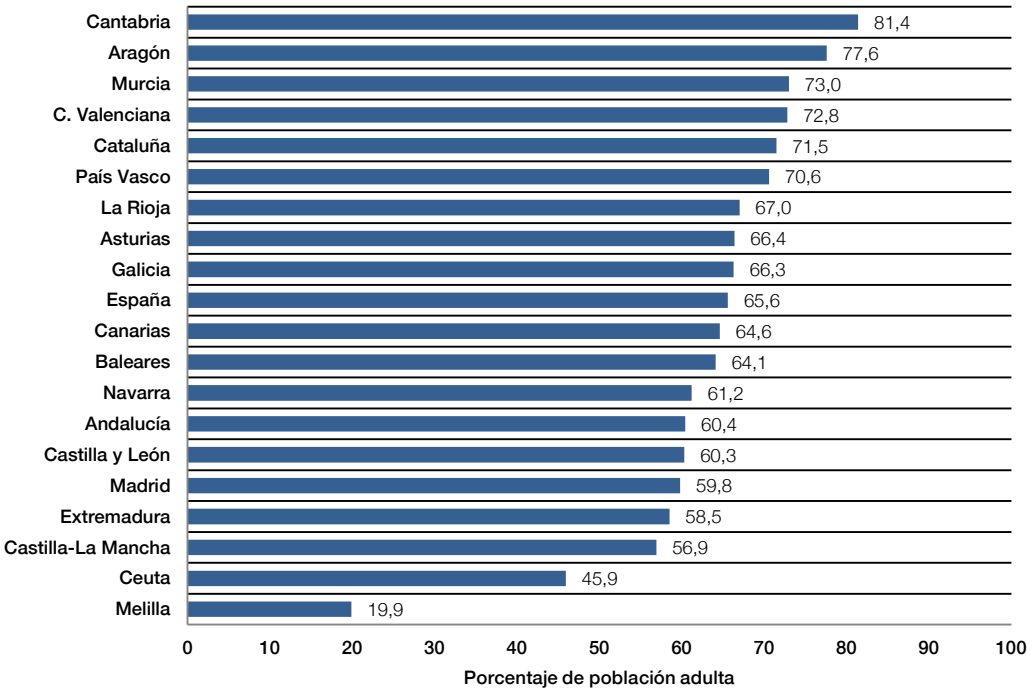
[23] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario 2014.

Gráfico 1-26 Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en población adulta (15 y más años) en los últimos doce meses según sexo y clase social, 2011/2012



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

Gráfico 1-27 Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en población adulta (15 y más años) en los últimos doce meses, según comunidad autónoma, 2011/2012



Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor.

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

El 1,7% de la población (15 y más años) declara beber por encima del umbral de riesgo (>40g/día en hombres y >20g/día en mujeres), menos de lo declarado cinco años antes (4,7%). La caída se ha producido en ambos sexos y es más acentuada en hombres, en quienes ha pasado del 6,8% al 2% en ese periodo.

Tabla 1-39 Tendencia en el consumo de alcohol considerado de riesgo para la salud en población adulta (15 y más años). Distribución porcentual según sexo, 2006, 2009, 2011/2012

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

Observaciones: El criterio para categorizar el consumo de alcohol como 'de riesgo' es de más de 40 g/día (hombre) y más de 20 g/día (mujer) en promedio.

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

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

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

Tabla 1-40 Consumo intensivo de alcohol en el último mes en población adulta (15 y más años). Distribución porcentual según sexo y grupo de edad, 2011/2012

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

Observaciones: Porcentaje de personas de 15 y más años que han consumido alcohol de forma intensiva (6 o más unidades de bebida estándar –UBE– para hombres y 5 o más UBE para mujeres. El contenido de alcohol puro en una unidad de bebida estándar (UBE) se ha definido en 10g (equivalente a 12,5 ml).

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España.Consumo de alcohol. Serie informe monográficos nº1.

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

1.9.2.2 Consumo de alcohol y ámbito laboral

El 21% de la población laboral manifiesta conocer a algún compañero de trabajo que consume en exceso alcohol u otras drogas, aunque la situación ha disminuido ligeramente respecto a años anteriores (24% en 2007).

La mayoría de la población laboral (86,6%) piensa que el consumo de alcohol y otras drogas psicoactivas en el ámbito laboral es un problema bastante importante/muy importante, por la posibilidad de provocar accidentes laborales (60,8%) y disminuir la productividad (51,3%). Opinan así un porcentaje algo superior de mujeres (87,2%) que de hombres (86,0%) y con cifras similares a años anteriores.

Tabla 1-41 Porcentaje de población laboral, según importancia otorgada al problema de consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral, 2007 y 2013

¿piensa usted que el consumo de alcohol y de otras drogas en el medio laboral es un problema importante?		
	2007	**2013**
Muy importante	48,3	52,8
Bastante importante	37,7	33,8
Nada importante	6,1	7,6
Poco importante	7,9	5,8

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España.

Por sectores, es en la administración pública, educación, sanidad y servicios sociales en los que se registra el mayor porcentaje de trabajadores que opinan que se trata de un problema bastante/muy importante[24].

En cuanto a las acciones consideradas importantes por la población laboral para realizar en el lugar de trabajo destacan: información y formación sobre drogas, orientación a los trabajadores con problemas de alcohol y otras drogas hacia centros especializados y la necesidad de disponer de servicios de atención para consumidores de drogas.

1.9.3 Obesidad y sobrepeso

1.9.3.1 Obesidad y sobrepeso en población adulta e infantil

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

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011/2012, la obesidad afecta al 17% de la población de 18 y más años (18% de los hombres y 16% de las mujeres). Si consideramos también el sobrepeso, un 53,7% de la población de 18 o más años padecía obesidad o sobrepeso.

Desde 1987[25], la obesidad sigue una línea ascendente en ambos sexos, más marcada en hombres que en mujeres. Mientras que en 1987 el 7,4% de la población de 18 y más años tenía un índice de masa corporal igual o superior a 30 kg/m2 (límite para considerar obesidad), en 2011 este porcentaje superó el 17%.

[24] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta 2013/2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral.

[25] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España. La Encuesta Nacional de Salud de 1987 fue la primera encuesta nacional de salud realizada.

Por comunidades autónomas, todas excepto Cantabria presentan una tendencia ascendente entre 2001 y 2011/2012. La frecuencia de obesidad presenta un gradiente inverso según el nivel de estudios. En 2011/2012, mientras que el 26,7% de la población adulta con educación primaria o inferior era obesa, ese porcentaje fue del 19,0% y del 13,3% en los sujetos con educación secundaria de primer y segundo ciclo respectivamente, y del 9,8% en los de estudios universitarios. Este gradiente se viene observando continuadamente desde el inicio de la década estudiada, sin que las diferencias se hayan reducido.

Tabla 1-42 Tendencia del porcentaje de personas de 18 y más años con obesidad según el nivel de estudios, 2001-2011/2012

Nivel de estudios	2001	2003	2006	2009	2011/2012
Educación primaria o inferior	22,5	20,9	22,0	24,1	26,7
Secundaria, primer ciclo	10,1	11,0	13,7	14,6	19,0
Secundaria, segundo ciclo	6,6	7,6	11,3	10,5	13,3
Estudios universitarios	6,1	5,8	9,5	9,5	9,8

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España.

Tabla 1-43 Tendencia del porcentaje de personas de 18 y más años con obesidad, según la comunidad autónoma de residencia, 2001-2011/2012

	2001	2003	2006	2009	2011/2012
Andalucía	18,0	17,6	17,9	19,5	21,2
Aragón	12,0	12,4	15,4	15,5	15,7
Asturias	14,1	13,3	14,1	21,6	18,7
Baleares	12,6	12,6	12,1	14,1	15,1
Canarias	14,9	14,6	16,0	15,2	18,2
Cantabria	14,1	12,0	14,0	12,1	11,1
Castilla y León	10,7	12,0	13,7	12,5	13,8
Castilla-La Mancha	15,2	17,1	17,2	18,3	20,6
Cataluña	10,5	11,5	14,5	13,8	14,3
Comunidad Valenciana	13,6	14,6	15,7	15,2	17,3
Extremadura	15,4	19,0	17,4	21,2	21,6
Galicia	11,0	14,4	16,9	16,6	19,2
Madrid	11,5	9,7	12,0	13,5	14,2
Murcia	14,5	15,7	19,3	22,1	20,2
Navarra	7,8	13,7	14,7	11,0	11,2
País Vasco	8,0	10,4	15,6	13,8	15,3
La Rioja	7,2	10,5	11,0	14,5	14,9
Ceuta y Melilla	14,3	12,8	17,4	17,4	19,2

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España.

Tabla 1-44 Índice de masa corporal en población adulta e infantil, 2011/2012			
Población adulta (18 y más años)	**Ambos sexos**	**Hombres**	**Mujeres**
Peso insuficiente (>18,5 kg/m2)	2,2	0,9	3,4
Normopeso (18,5-24,9 kg/m2)	44,2	35,9	52,4
Sobrepeso (25,0-29,9 kg/m2)	36,7	45,1	28,1
Obesidad (≥30,0 kg/m2)	17,0	18,0	16,0
Población infantil (2-17 años)	**Ambos sexos**	**Niños**	**Niñas**
Normopeso/peso insuficiente	72,2	71,0	73,5
Sobrepeso	18,3	19,5	16,9
Obesidad	9,6	9,6	9,6

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

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España.

La prevalencia de obesidad infantil (2 a 17 años), se ha mantenido relativamente estable desde 1987. En 2011/2012 un 27,9% de esta población padecía obesidad o sobrepeso. De cada 10 niños y adolescentes uno tiene obesidad y dos sobrepeso, con proporción similar en ambos sexos, aunque siempre algo más frecuente en hombres que en mujeres. No hay diferencias sustanciales respecto a 2006.

1.9.3.2 Fomento del hábito de la alimentación saludable en el trabajo

Mayoritariamente (64,0%) la población ocupada afirma que no se realizan actividades de fomento de la alimentación saludable en su lugar de trabajo.

Tabla 1-45 En su lugar de trabajo ¿se fomenta el hábito de la alimentación saludable?, 2014				
Si	**No**	**NS/NC**	**Total**	**(N)**
32,3%	64,0%	3,6%	100%	3.153

Observaciones: NS/NC = No sabe a qué se refiere/No sabe / No contesta. (N) = Número de entrevistas.

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

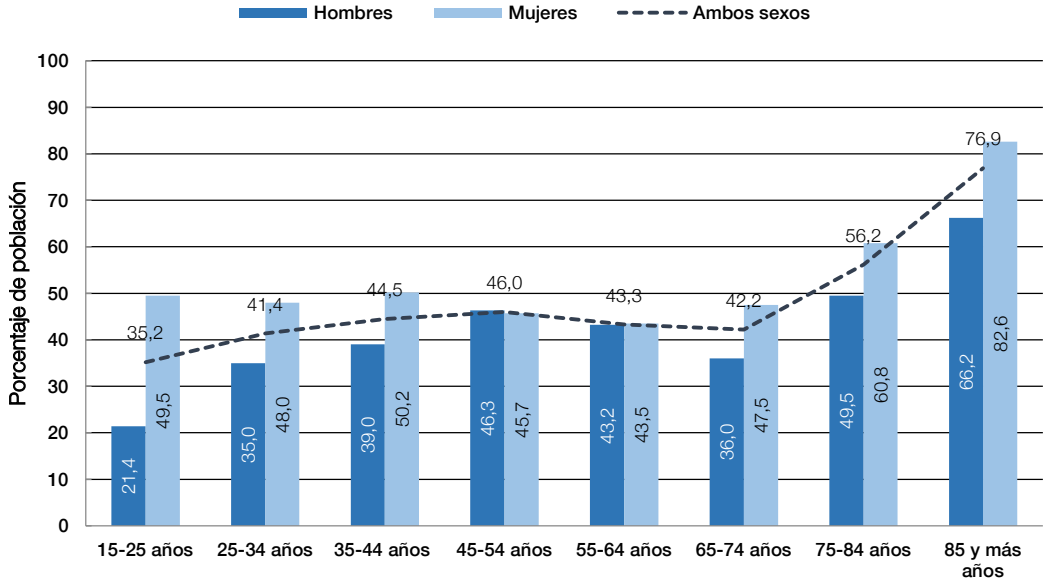
En aquellos casos en que se realizan actividades de fomento de la alimentación saludables, estas se centraban en *charlas o materiales informativo*s (41,2%) *recomendaciones sobre aperitivos o comidas saludables* (39,9%) y *máquinas expendedoras con contenido de alimentos saludables* (22,0%).

1.9.4 Actividad física

1.9.4.1 Sedentarismo y actividad física en tiempo libre

En España cuatro de cada diez personas de 15 y más años se declaran sedentarias en su tiempo libre. El 44,4% afirma que no hace ejercicio y que ocupa su tiempo de ocio de forma casi completamente sedentaria. El sedentarismo en el tiempo libre está más extendido entre las mujeres (49,8%) que entre los hombres (38,8%). La diferencia por sexo es mayor entre los jóvenes y entre las personas de mayor edad.

Gráfico 1-28 Sedentarismo en la población adulta (15 y más años) por edad y sexo, 2011/2012



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España. Actividad física, descanso y ocio. Serie informes monográficos nº 4.

Tabla 1-46 Sedentarismo en población adulta (15 y más años). Distribución porcentual según sexo y comunidad autónoma, 2011/2012

	Ambos sexos%	Hombres%	Mujeres%
Andalucía	49,5	43,7	55,1
Aragón	45,5	40,9	49,9
Asturias	37,5	33,1	41,1
Baleares	47,0	42,3	51,7
Canarias	38,3	33,7	43,0
Cantabria	64,3	52,9	74,8
Castilla y León	49,6	43,6	55,7
Castilla-La Mancha	43,8	40,6	46,8
Cataluña	45,1	39,8	50,0
Comunidad Valenciana	38,8	32,2	45,2
Extremadura	42,0	36,4	47,6
Galicia	50,1	45,3	54,5
Madrid	40,5	34,3	46,1
Murcia	53,8	45,6	62,1
Navarra	32,5	25,2	39,5
País Vasco	38,8	32,7	44,4
La Rioja	33,0	31,5	34,4
Ceuta	53,8	54,5	53,2
Melilla	32,8	34,2	31,2
España	44,4	38,8	49,8

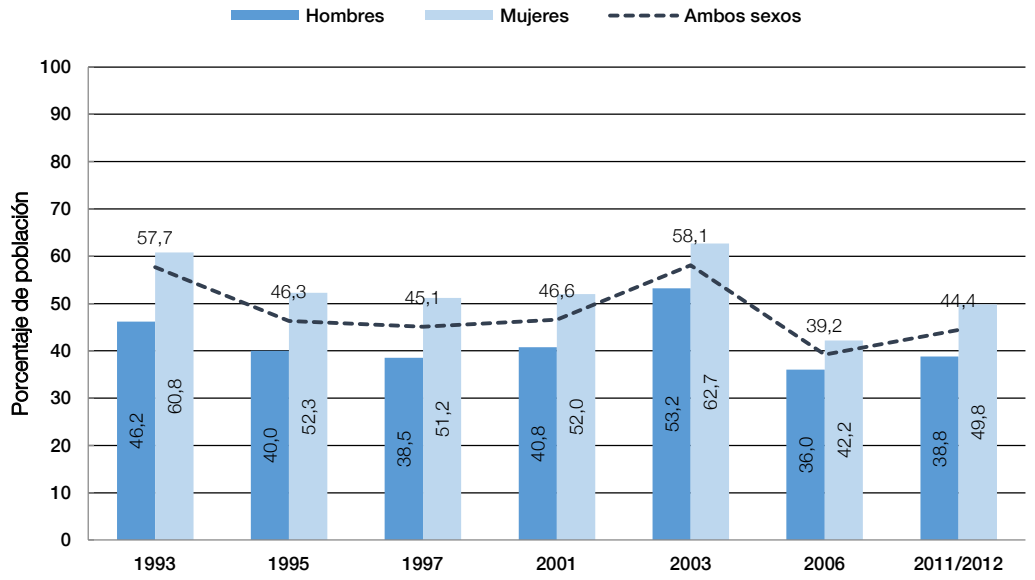
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España. Actividad física, descanso y ocio. Serie informes monográficos nº 4.

Por comunidades autónomas, Cantabria, Ceuta, Murcia y Galicia presentan cifras superiores al 50%, mientras que fueron significativamente inferiores en La Rioja, Melilla y Navarra todas ellas por debajo del 35%. Según sexo, en todas las comunidades autónomas el sedentarismo es más frecuente en mujeres que en hombres con la excepción de Ceuta y Melilla.

Un nivel adecuado de actividad física regular en adultos reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y cáncer de colon, mejorando también los problemas músculo-esqueléticos. Es además un determinante clave del sobrepeso y la obesidad.

En los últimos veinte años el sedentarismo (en tiempo libre) presenta una evolución irregular. En 1993 se declaraba sedentaria el 57,7% de la población adulta y, en 2011, el 44,4%, tras haber disminuido hasta el 2006 y aumentado posteriormente.

Gráfico 1-29 Tendencia del porcentaje de sedentarismo en la población adulta (15 y más años) según sexo, 1993-2011/2012



Observaciones: En 2003 y 2006 se produjo un cambio en la formulación de la pregunta que debe tenerse en cuenta en la interpretación de los resultados.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España. Actividad física, descanso y ocio. Serie informes monográficos nº 4.

El sedentarismo afecta al 12,1% de la población infantil de 5 a 14 años que no realiza actividad física alguna en su tiempo libre. El porcentaje de sedentarismo es el doble en niñas (16,3%) que en niños (8,2%), incrementándose con la edad tanto la frecuencia como el diferencial por sexo. De este modo en el grupo de 10 a 14 años, el 7,6% de los niños tiene un estilo de vida sedentario, frente al 19,7% en niñas.

En la práctica de actividad física o entrenamiento regular de la población infantil había diferencias destacadas entre comunidades autónomas. Llama la atención Aragón, Canarias, Cataluña, Extremadura, Navarra y La Rioja porque en ellas más del 60% de los menores hace actividad física regularmente o entrena.

La mitad de la población infantil pasa más tiempo libre del recomendado frente a una pantalla (televisión, ordenador, videojuegos u otros dispositivos electrónicos): el 51,9% de los niños y niñas de 1 año ve la televisión a diario, el 61,2% de entre 2 y 4 años la ve más de 1 hora al día, y el 52,3% de 5 a 14 años supera las 2 horas diarias (tiempos máximos recomendados para cada grupo de edad).

Tabla 1-47 Actividad física regular en tiempo libre en población infantil (5-14 años) según sexo y comunidad autónoma , 2011/2012

	Ambos sexos%	Hombres%	Mujeres%
Andalucía	53,9	64,5	43,6
Aragón	67,9	72,2	63,7
Asturias	48,7	53,4	43,5
Baleares	54,8	59,3	49,0
Canarias	61,8	65,7	57,7
Cantabria	23,7	38,5	10,5
Castilla-La Mancha	52,8	65,0	39,2
Castilla y León	24,7	32,3	16,2
Cataluña	68,1	71,6	64,1
Comunidad Valenciana	57,6	67,2	46,5
Extremadura	67,3	77,3	59,1
Galicia	50,7	58,5	41,5
Madrid	56,0	66,4	45,2
Murcia	32,6	45,1	19,5
Navarra	74,2	81,2	67,1
País Vasco	52,7	58,0	47,2
La Rioja	67,9	68,0	67,8
Ceuta	44,5	48,9	40,1
Melilla	39,9	47,4	33,7
España	55,5	63,7	46,9

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España. Actividad física, descanso y ocio. Serie informes monográficos nº 4.

1.9.4.2 Actividad física en el trabajo

En la ocupación o actividad habitual, el 44,8% de la población adulta pasa la mayor parte de la jornada de pie, sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos, y el 37,8% pasa sentada casi todo el día. En 1993 estos porcentajes eran de 51,0% y de 34,0% respectivamente.

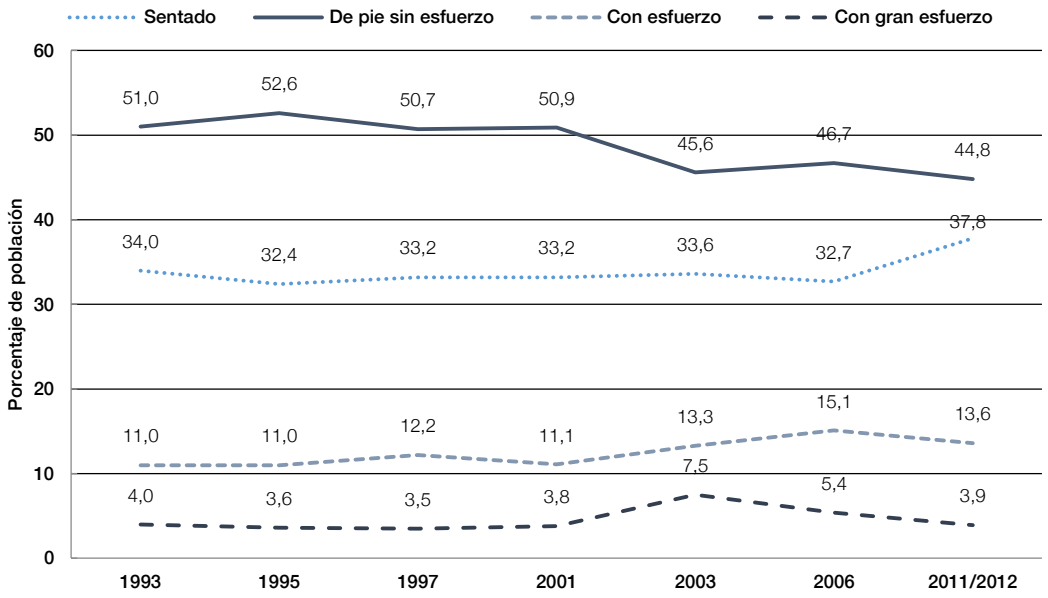
Los hombres realizan tareas que requieren gran esfuerzo físico (6,7%) con mayor frecuencia que las mujeres (1,5%), y también las tareas que requieren caminar, llevar peso o efectuar desplazamiento son más frecuentes en hombres, 16,9% frente al 10,8% de las mujeres. En mujeres predomina el trabajo de pie la mayor parte de la jornada, sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos (51,2% frente a 37,2%)

Tabla 1-48 Grados de actividad física en el trabajo o actividad principal en población ocupada, estudiante o dedicada a las labores del hogar de 16 y más años según sexo, 2011/2012

	Ambos sexos%	Hombres%	Mujeres%
Sentado la mayor parte del día	37,8	39,3	36,5
De pie sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos	44,8	37,2	51,2
Caminando, llevando peso, efectuando desplazamientos frecuentes con esfuerzo	13,6	16,9	10,8
Realizando tareas que requieren gran esfuerzo físico	3,9	6,7	1,5

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España. Año 2011/2012. Actividad física, descanso y ocio. Serie informes monográficos nº 4.

Gráfico 1-30 Tendencia en los grados de actividad física en el trabajo o actividad principal en población ocupada, estudiante o dedicada a las labores del hogar de 15 y más años, 1993-2011/2012



Observaciones: Para el año 2011/2012 la población es de 16 y más años.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España. Actividad física, descanso y ocio. Serie informes monográficos nº 4, 2014.

En la evolución de la actividad física ocupacional se observa que tiende a disminuir la proporción de la población que pasa de pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos ni esfuerzos.

Esta reducción se produce principalmente por el incremento en los que pasaban sentados la mayor parte del día. En las otras categorías la variación observada en estas dos últimas décadas es menor.

Mayoritariamente (76,3%) la población con trabajo afirma que no se realizan actividades de promoción de la actividad física en su lugar de trabajo.

Tabla 1-49 ***En su lugar de trabajo ¿se realiza algún tipo de actividades de promoción de la actividad física?*****, 2014**

Si	No	Total	(N)
23,7%	76,3%	100%	2.384

Observaciones: Distribución porcentual sobre respuestas válidas. (N) = Número de entrevistas.

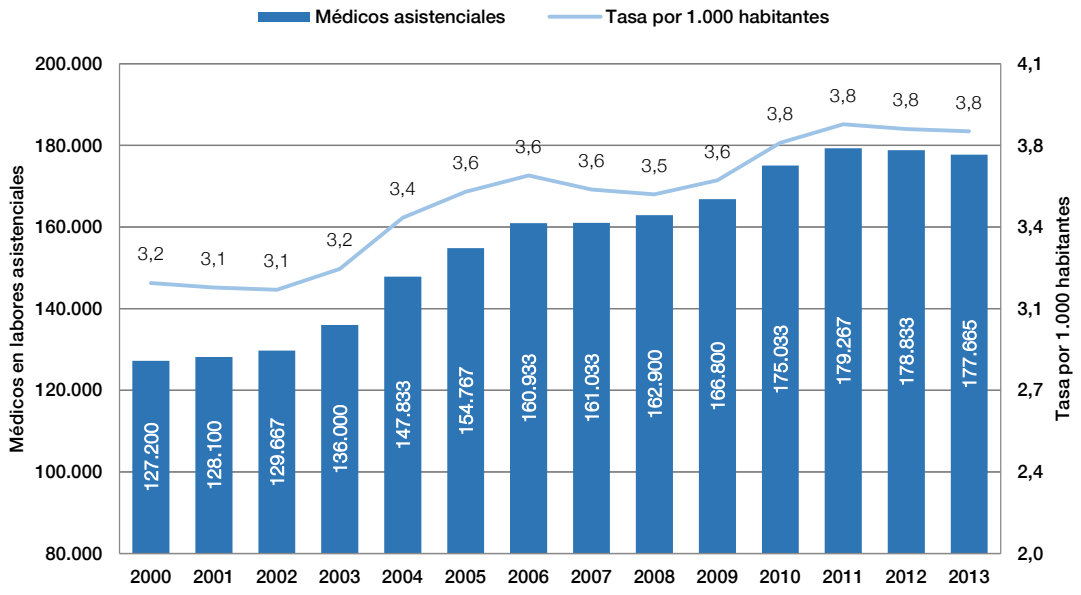
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

2 Recursos Asistenciales

2.1 Médicos en ejercicio

Los médicos que trabajan en labores asistenciales arrojan una tasa de 3,8 médicos por cada 1.000 habitantes, lo que supone contar con 177.665 efectivos tanto en el sector público como en el privado[26]. En los últimos años ha habido una cierta estabilidad de la tasa de médicos por 1.000 habitantes.

Gráfico 2-1 Evolución del número de médicos en labores asistenciales y tasa por 1.000 habitantes, 2000-2013



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa (EPA).

Tabla 2-1 Número y tasa por 1.000 habitantes de médicos en ejercicio en el Sistema Nacional de Salud, total y distribución por nivel de atención, 2014

	Médicos	Tasa por 1.000 hab.
Atención Primaria del SNS	34.900	0,8
Hospitales del SNS	77.446 (e)	1,7 (e)
Total	112.346 (e)	2,5 (e)

Observaciones: (e) datos estimados. Las cifras se han calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 68% de los hospitales con una cobertura del 72% de las camas en funcionamiento. La tasa de médicos de atención primaria del SNS se refiere a 1.000 personas asignadas.

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

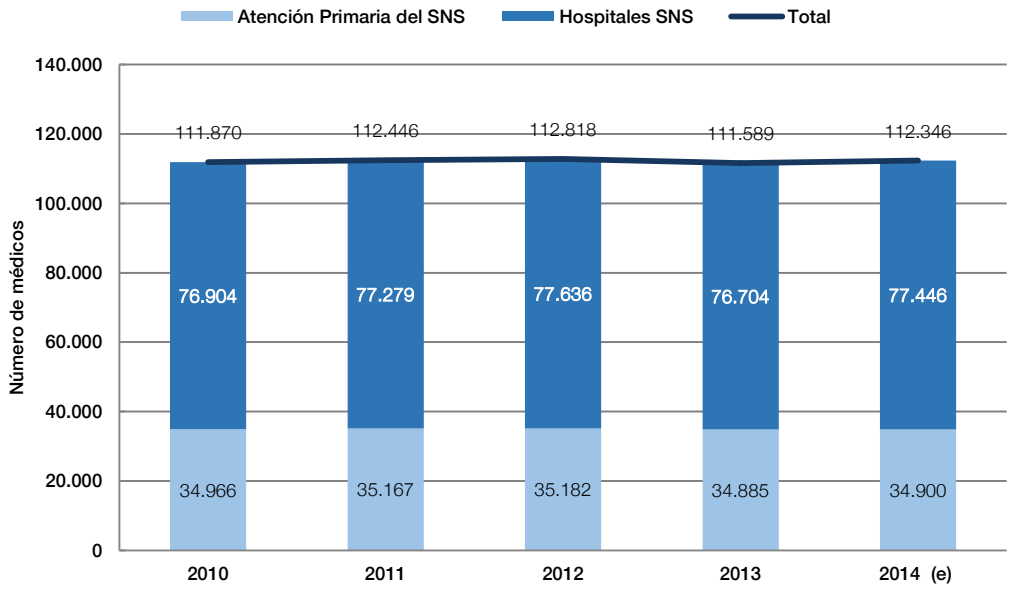
[26] Según la Encuesta de Población Activa (EPA) del Instituto Nacional de Estadística (INE) del año 2013.

El número total de médicos del SNS es de 112.346. Por nivel de asistencia, la atención primaria cuenta con 34.900 médicos (28.500 de medicina de familia y 6.400 pediatras) lo que supone una tasa de 0,8 médicos por cada 1.000 personas asignadas. En los hospitales del Sistema Nacional de Salud trabajan 77.446 médicos (sin contar con los médicos especialistas en formación postgrado) lo que supone una tasa de 1,7 médicos por 1.000 habitantes.

En el Sistema Nacional de Salud, por cada médico que trabaja en atención primaria hay 2,2 trabajando en atención especializada.

En cuanto a la evolución temporal del total de médicos del SNS, se observa un cambio de tendencia respecto a años anteriores, con un crecimiento de efectivos entre 2013 y 2014.

Gráfico 2-2 Evolución del número de médicos en el Sistema Nacional de Salud, según nivel de atención, 2010-2014



Observaciones: (e) datos estimados.

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

La capacitación de los médicos del servicio público es uno de los aspectos mejor valorados por la ciudadanía como lo indican los resultados del Barómetro Sanitario, que asignan una gran importancia a dicha capacitación, a la hora de mostrar sus preferencias entre los servicios sanitarios públicos o privados.

Tabla 2-2 En el caso de que usted pudiese elegir *¿elegiría un servicio sanitario público o un privado teniendo en cuenta…la capacitación de los médicos*, 2014

Público	Privado	Ambos	NC	(N)
63,5%	15,9%	19,8%	0,8%	7.721

Observaciones: NC = no contesta. (N)= número de entrevistas.

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

Tabla 2-3 Número de profesionales de medicina de familia y pediatría de atención primaria del Sistema Nacional de Salud y tasa por cada 1.000 personas asignadas según comunidad autónoma, 2014

	Medicina de Familia	Pediatría	Total	Tasa por 1.000 personas asignadas
Andalucía	4.830	1.130	5.960	0,7
Aragón	955	177	1.132	0,9
Asturias	637	125	762	0,7
Baleares	527	139	666	0,6
Canarias	1.174	312	1.486	0,8
Cantabria	365	79	444	0,8
Castilla y León	2.343	287	2.630	1,1
Castilla-La Mancha	1.348	252	1.600	0,8
Cataluña	4.425	1.016	5.441	0,7
Comunidad Valenciana	2.759	794	3.553	0,8
Extremadura	816	134	950	0,9
Galicia	1.865	329	2.194	0,8
Madrid	3.499	884	4.383	0,7
Murcia	832	240	1.072	0,8
Navarra	389	108	497	0,8
País Vasco	1.453	327	1.780	0,8
La Rioja	214	43	257	0,8
Ceuta y Melilla	69	24	93	0,6
SNS	28.500	6.400	34.900	0,8

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

Tabla 2-4 Número y tasa por 1.000 habitantes de médicos de atención especializada en ejercicio en los hospitales del Sistema Nacional de Salud por comunidad autónoma, 2014

	Médicos	Tasa por 1.000 hab.
Andalucía	11.809	1,4
Aragón	2.655	2,0
Asturias	2.156	2,0
Baleares	1.776	1,6
Canarias	2.968	1,4
Cantabria	977	1,7
Castilla y León	4.282	1,7
Castilla-La Mancha	3.538	1,7
Cataluña	12.524	1,7
Comunidad Valenciana	7.712	1,6
Extremadura	1.851	1,7
Galicia	4.579	1,7
Madrid	11.561	1,8
Murcia	2.476	1,7
Navarra	1.188	1,9
País Vasco	4.654	2,1
La Rioja	515	1,6
Ceuta y Melilla	225	1,3
SNS	77.446	1,7

Observaciones: Datos estimados. Solo se incluyen los médicos vinculados, es decir, aquellos que tienen contrato con el hospital, ya sea como personal funcionario, laboral o estatutario, a jornada completa o parcial.

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

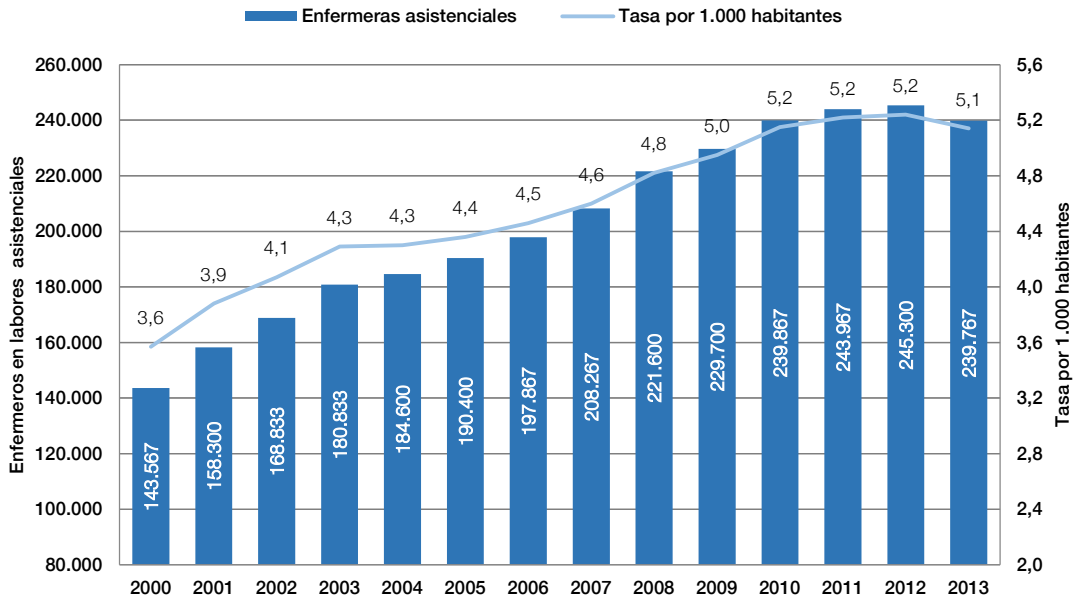
Una oferta adecuada de médicos, tanto en atención primaria como en atención especializada, que tenga en cuenta la demanda de servicios y la mayor o menor dispersión de la población, entre otros elementos, permite proporcionar a los pacientes acceso a una atención médica de calidad.

De cada 10 médicos que trabajan en los hospitales del Sistema Nacional de Salud por grupos de especialidades, corresponden: 4 a Medicina Interna y especialidades médicas, 2 a Cirugía General o de especialidades quirúrgicas, 1 a Ginecología y Obstetricia, 1 a Traumatología y Ortopedia, 1 a Servicios Centrales y 1 al Área de Urgencias.

2.2 Enfermeras en ejercicio

Hay una tasa de 5,1 enfermeras por cada 1.000 habitantes lo que supone contar con 239.767 profesionales trabajando tanto en el sector público como en el sector privado[27]. En los últimos años se ha producido un estancamiento y disminución de la tasa de enfermeras en ejercicio por 1.000 habitantes.

Gráfico 2-3 Evolución del número de enfermeras en labores asistenciales y tasa por 1.000 habitantes, 2000-2013



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa (EPA).

En el Sistema Nacional de Salud trabajan 164.385 enfermeras. Los centros de salud y consultorios, de atención primaria, cuentan con 29.642 efectivos, con una tasa de 0,6 enfermeras por cada 1.000 personas asignadas. En los hospitales del Sistema Nacional de Salud trabajan 134.743 enfermeras (sin incluir las enfermeras en formación postgrado) con una tasa de 2,9 por cada 1.000 habitantes. La tasa para el conjunto del SNS es de 3,5 enfermeras por cada 1.000 habitantes.

[27] Según la Encuesta de Población Activa (EPA) del Instituto Nacional de Estadística (INE) del año 2013.

Tabla 2-5 Número y tasa por 1.000 habitantes de enfermeras en ejercicio en el Sistema Nacional de Salud, total y distribución por nivel de atención, 2014

	Enfermeras	Tasa por cada 1.000 hab.
Atención Primaria del SNS	29.642	0,6
Hospitales SNS	134.743 (e)	2,9 (e)
Total	164.385 (e)	3,5 (e)

Observaciones: La tasa de enfermeras de atención primaria del SNS se refiere a 1.000 personas asignadas. La cifra de enfermeras en hospitales del SNS en el año 2014 son datos estimados (e). Las cifras se han calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 68% de los hospitales con una cobertura del 72% de las camas en funcionamiento. El número de enfermeras de los hospitales SNS incluye matronas y enfermeras especialistas y se refiere a personal vinculado, es decir, aquellos que tienen contrato con el hospital, ya sea como personal funcionario, laboral o estatutario, a jornada completa o parcial.

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

Como en el caso de los médicos, la capacitación de las enfermeras del servicio público es uno de los aspectos más valorados por la ciudadanía.

Tabla 2-6 En el caso de que usted pudiese elegir *¿elegiría un servicio sanitario público o un privado teniendo en cuenta..... la capacitación de los enfermeras?*, 2014

Público	Privado	Ambos	NC	(N)
62,9%	15,7%	20,3%	1,1%	7.721

Observaciones: NC = no contesta. (N)= número de entrevistas.

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

Tabla 2-7 Número y tasa por 1.000 personas asignadas de enfermeras en atención primaria del SNS, según comunidad autónoma, 2014

	Enfermeras	Tasa por 1.000 personas asignadas
Andalucía	5.043	0,6
Aragón	943	0,7
Asturias	677	0,6
Baleares	535	0,5
Canarias	1.196	0,6
Cantabria	375	0,7
Castilla y León	2.113	0,9
Castilla-La Mancha	1.459	0,7
Cataluña	5.106	0,7
Comunidad Valenciana	3.156	0,7
Extremadura	902	0,8
Galicia	1.769	0,7
Madrid	3.255	0,5
Murcia	820	0,6
Navarra	462	0,7
País Vasco	1.533	0,7
La Rioja	217	0,7
Ceuta y Melilla	81	0,6
SNS	29.642	0,6

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

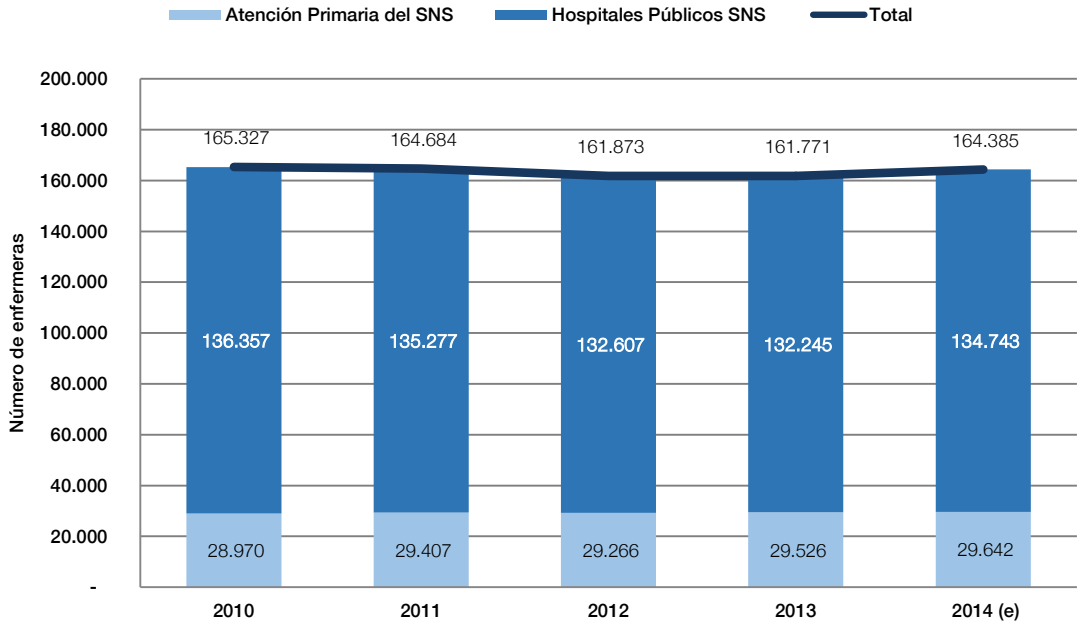
Tabla 2-8 Número y tasa por 1.000 habitantes de enfermeras en hospitales del SNS por comunidad autónoma, 2014

	Enfermeras	Tasa por 1.000 habitantes
Andalucía	20.953	2,5
Aragón	5.190	3,9
Asturias	3.648	3,5
Baleares	3.332	3,0
Canarias	5.579	2,6
Cantabria	1.835	3,1
Castilla y León	7.483	3,0
Castilla-La Mancha	6.021	2,9
Cataluña	21.580	2,9
Comunidad Valenciana	12.705	2,6
Extremadura	3.057	2,8
Galicia	8.259	3,0
Madrid	19.031	3,0
Murcia	3.978	2,7
Navarra	2.083	3,3
País Vasco	8.608	4,0
La Rioja	961	3,1
Ceuta y Melilla	442	2,6
SNS	134.743	2,9

Observaciones: Datos estimados. Solo se incluyen las enfermeras vinculadas, es decir, aquellas que tienen contrato con el hospital, ya sea como personal funcionario, laboral o estatutario, a jornada completa o parcial. El número de enfermeras de los hospitales del SNS incluye matronas y enfermeras especialistas.

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

Gráfico 2-4 Evolución del número de enfermeras en el SNS según nivel asistencial, 2010-2014



Observaciones: (e) datos estimados.

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

Desde 2010 se viene detectando una disminución de los efectivos de enfermería, esencialmente en el ámbito de atención especializada, tendencia que no se confirma con las estimaciones de efectivos para el año 2014; la recuperación 2014 respecto a 2013 se observa tanto en atención primaria (0,4%) como en especializada (1,9%), siendo más evidente en este último ámbito.

Tabla 2-9 Ratio de enfermeras por médico en el SNS según nivel asistencial, 2014

Nivel de atención sanitaria	Médicos (M)	Enfermeras (E)	Ratio E/M
Atención Primaria del SNS	34.900	29.642	0,8
Hospitales del SNS	77.446 (e)	134.743 (e)	1,7 (e)
Total	112.346 (e)	164.385 (e)	1,5 (e)

Observaciones: (e) datos estimados. Las cifras se han calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 68% de los hospitales con una cobertura del 72% de las camas en funcionamiento.

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

El número de enfermeras por médico en el Sistema Nacional de Salud es de 0,8 en los Centros de Salud (CS) y Consultorios Locales (CL) y 1,7 en los hospitales del SNS con una ratio total de 1,5 enfermeras por médico. Las diferencias por servicios de salud de las comunidades autónomas son pocas, todas superan 1,3 enfermeras por médico, y los valores máximos están en torno al 1,6 enfermeras por médico.

2.3 Farmacéuticos en ejercicio

Hay una tasa de 1,1 farmacéuticos por cada 1.000 habitantes, lo que supone contar con 52.100 profesionales trabajando tanto en el sector público como en el sector privado[28]. En los últimos años se ha producido un aumento tanto del número absoluto como de la tasa de farmacéuticos en activo.

De ellos, cerca de 46.000 trabajan en oficinas de farmacia, que supone el 87,8% del total de farmacéuticos en ejercicio[29].

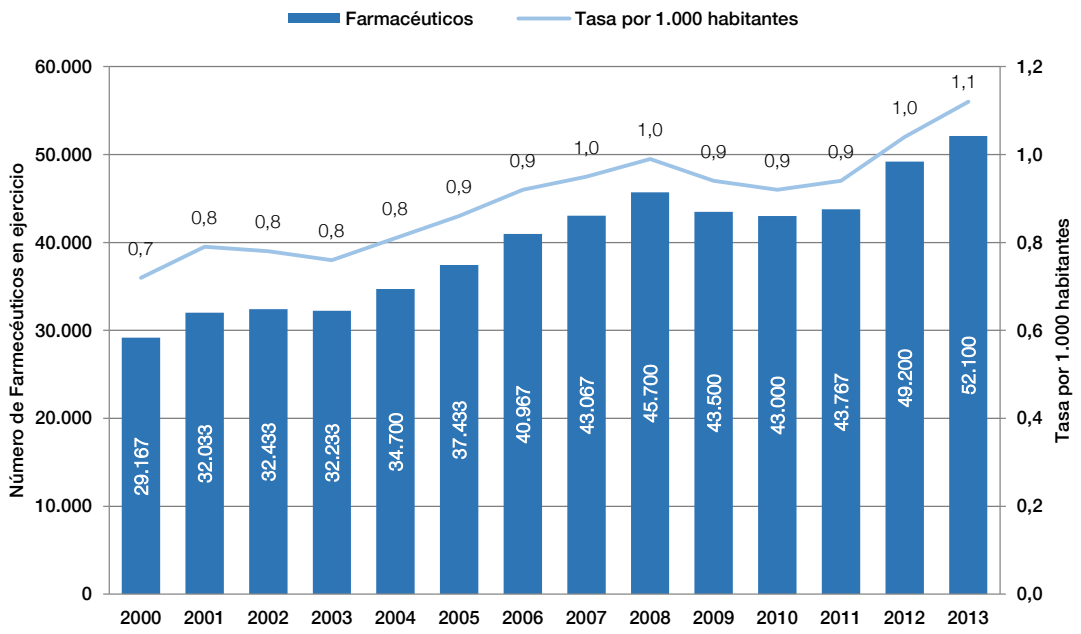
Aunque los hospitales no son la localización principal de este tipo de profesional sanitario, en el año 2014 en los hospitales del Sistema Nacional de Salud trabajan 1.704 farmacéuticos[30] (sin incluir los farmacéuticos en formación postgrado) con una tasa de 3,7 por cada 100.000 habitantes. En atención primaria se cuenta igualmente con farmacéuticos con un papel de apoyo y asesoría en el uso racional del medicamento.

[28] Según la Encuesta de Población Activa (EPA) del Instituto Nacional de Estadística (INE) del año 2013.

[29] Según la publicación Estadísticas de Colegiados y Farmacias Comunitarias del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos en al año 2013 había 45.735 farmacéuticos colegiados trabajando en alguna de las 21.600 Oficinas de Farmacia existentes en el país.

[30] El Real Decreto-Ley 16/2012 determina la obligación de establecer un servicio de farmacia hospitalaria propio en: a) Todos los hospitales que tengan cien o más camas; b) Los centros de asistencia social que tengan cien camas o más en régimen de asistidos; c) Los centros psiquiátricos que tengan cien camas o más.

Gráfico 2-5 Evolución del número de farmacéuticos en ejercicio y tasa por 1.000 habitantes, 2000-2013



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa (EPA).

Tabla 2-10 Número y tasa por 1.000 habitantes de farmacéuticos en hospitales del SNS, 2014

	Farmacéuticos	Tasa por 100.000 hab.
Hospitales del SNS	1.704 (e)	3,7 (e)

Observaciones: (e) datos estimados. Las cifras se han calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 68% de los hospitales con una cobertura del 72% de las camas en funcionamiento. Solo se incluyen los profesionales vinculados, es decir, aquellos que tienen contrato con el hospital, ya sea como personal funcionario, laboral o estatutario, a jornada completa o parcial.

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

La tasa más alta de farmacéuticos trabajando en hospitales del SNS se encuentra en Galicia (5,1 farmacéuticos por cada 100.000 habitantes) y la más baja en Andalucía (2,5 farmacéuticos por cada 100.000 habitantes).

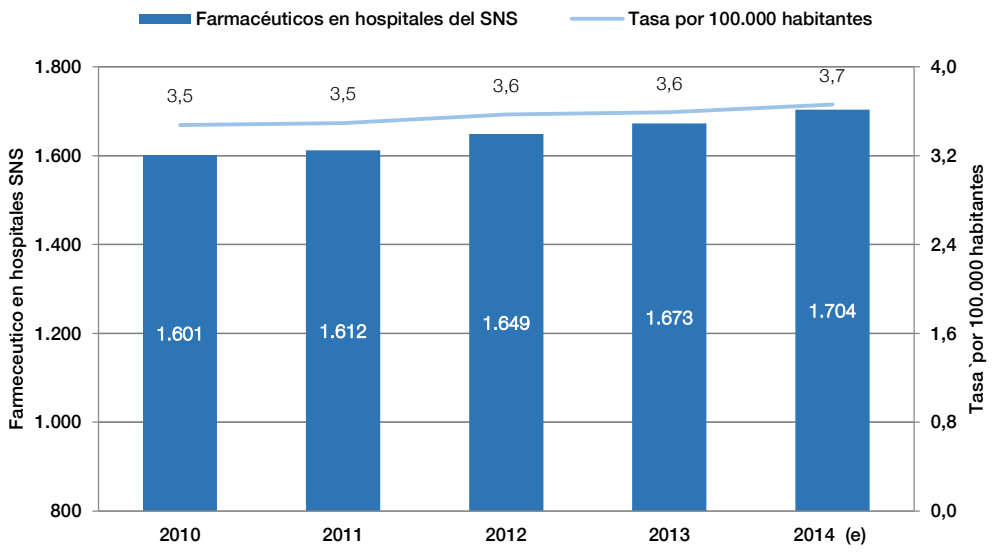
Tabla 2-11 Número de farmacéuticos en hospitales del SNS y tasa por 100.000 habitantes por comunidad autónoma, 2014

	Farmacéuticos en hospitales del SNS	Tasa por 100.000 hab.
Andalucía	207	2,5
Aragón	53	4,0
Asturias	44	4,2
Baleares	52	4,6
Canarias	69	3,3
Cantabria	24	4,2
Castilla y León	95	3,8
Castilla-La Mancha	86	4,1
Cataluña	354	4,8
Comunidad Valenciana	157	3,2
Extremadura	38	3,4
Galicia	140	5,1
Madrid	201	3,1
Murcia	51	3,5
Navarra	22	3,5
País Vasco	93	4,3
La Rioja	13	4,2
Ceuta y Melilla	6	3,6
SNS	1.704	3,7

Observaciones: Datos estimados. Solo se incluyen los profesionales vinculados, es decir, aquellos que tienen contrato con el hospital, ya sea como personal funcionario, laboral o estatutario, a jornada completa o parcial.

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

Gráfico 2-6 Evolución del número de farmacéuticos y tasa por 100.000 habitantes en hospitales del SNS, 2010-2014



Observaciones: (e) Datos estimados. Solo se incluyen los profesionales vinculados, es decir, aquellos que tienen contrato con el hospital, ya sea como personal funcionario, laboral o estatutario, a jornada completa o parcial.

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

2.4 Centros de salud y consultorios locales

El Sistema Nacional de Salud dispone de 3.023 Centro de Salud (CS) y 10.081 Consultorios Locales (CL) proporcionando una gran accesibilidad geográfica de los servicios a la población.

La proporción media de consultorios locales dependientes de un centro de salud es de 3,3 con un amplio rango según la mayor o menor dispersión geográfica de los núcleos de población. Esta proporción varía desde los 14,8 de Castilla y León hasta los 0 de Ceuta y Melilla.

Si bien la variabilidad geográfica es muy grande, por cada 100.000 habitantes asignados existe una media de 28,2 centros de atención primaria, teniendo en cuenta los centros de salud y los consultorios locales.

Tabla 2-12 Número de centros de salud y consultorios locales de atención primaria del SNS, ratio de CL/CS y tasa de CS más CL por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2015

	Centro de salud	Consultorio local	Total	Ratio CL/CS	Tasa CS+CL por 100.000 hab.
Andalucía	403	1.115	1.518	2,8	18,1
Aragón	118	870	988	7,4	74,5
Asturias	69	150	219	2,2	20,9
Baleares	58	101	159	1,7	14,1
Canarias	108	155	263	1,4	12,4
Cantabria	42	103	145	2,5	24,8
Castilla y León	247	3.655	3.902	14,8	157,4
Castilla-La Mancha	201	1.113	1.314	5,5	63,7
Cataluña	420	829	1.249	2,0	16,9
C. Valenciana	276	559	835	2,0	16,9
Extremadura	109	417	526	3,8	48,2
Galicia	395	74	469	0,2	17,1
Madrid	262	161	423	0,6	6,6
Murcia	83	185	268	2,2	18,3
Navarra	57	245	302	4,3	47,4
País Vasco	148	175	323	1,2	14,9
La Rioja	20	174	194	8,7	61,9
Ceuta y Melilla	7	0	7	0,0	4,1
SNS	3.023	10.081	13.104	3,3	28,2

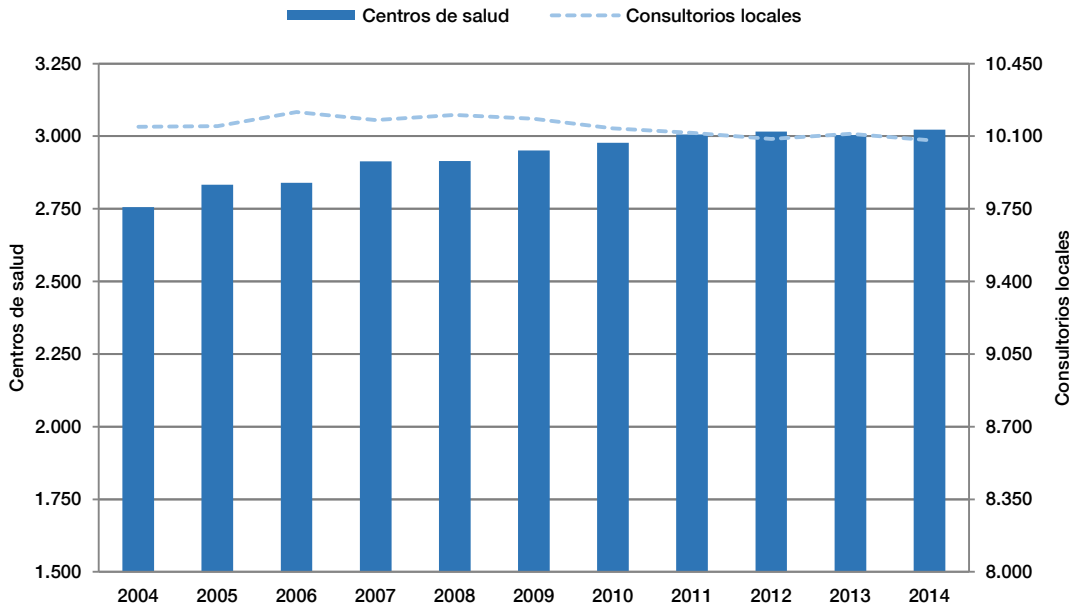
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Instituto Nacional de Estadística. Cifras de Población residente a 1 de enero de 2015.

La cercanía de las consultas de medicina de familia y pediatría es uno de los aspectos mejor valorados[31] por la población, usuaria y no usuaria, con una nota media de 8,1; ninguna comunidad autónoma es valorada por debajo de 7,5 y Asturias y Aragón sobrepasan el 8,5.

Desde al año 2004 se ha producido un incremento del número de centros de salud y una disminución de los consultorios locales, que en algunos casos es más una cuestión de denominación que un cambio en la estructura, finalidad o funciones.

[31] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario 2014.

Gráfico 2-7 Evolución de número de centros de salud y consultorios locales en el SNS, 2004-2014



Observaciones: Datos a 31 de diciembre de cada año.

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

2.5 Oficinas de farmacia

Las Administraciones Sanitarias de las comunidades autónomas y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos suscriben conciertos para hacer efectiva la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud a través de las oficinas de farmacia legalmente establecidas en el territorio nacional.

Las oficinas de farmacia que en España colaboran en la ejecución de la prestación farmacéutica del SNS son 21.832[32].

Andalucía (3.863), Cataluña (3.144), Madrid (2.827) y Comunidad Valenciana (2.299) son las comunidades autónomas con mayor número de oficinas de farmacia que colaboran en la prestación farmacéutica del SNS.

La tasa de oficinas de farmacia por 100.000 habitantes es amplia oscilando desde las más de 90 oficinas de farmacia por 100.000 habitantes de Navarra hasta las menos de 30 en Melilla y Ceuta. Para el total nacional esta cifra se sitúa en 47 oficinas de farmacia por cada 100.000 habitantes.

[32] El censo de farmacias a 31 de diciembre de 2014 según el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos era 21.854. La discrepancia de cifras entre ambos sistemas de información es porque el sistema de información Alcántara proporciona los datos del número de farmacias que han tenido facturación de recetas al SNS en el mes de diciembre de 2014.

Tabla 2-13 Número de oficinas de farmacia y tasa por 100.00 habitantes según comunidad autónoma, 2014

	Oficinas de farmacia	Tasa por 100.000 hab.
Andalucía	3.863	46
Aragón	735	55
Asturias	455	43
Baleares	432	39
Canarias	705	33
Cantabria	254	43
Castilla y León	1.631	66
Castilla-La Mancha	1.271	61
Cataluña	3.144	42
Comunidad Valenciana	2.299	46
Extremadura	672	61
Galicia	1.345	49
Madrid	2.827	44
Murcia	566	39
Navarra	599	94
País Vasco	832	38
La Rioja	156	50
Ceuta	24	28
Melilla	22	26
España	21.832	47

Observaciones: Oficinas de farmacia que colaboraron en la ejecución de la prestación farmacéutica del SNS.

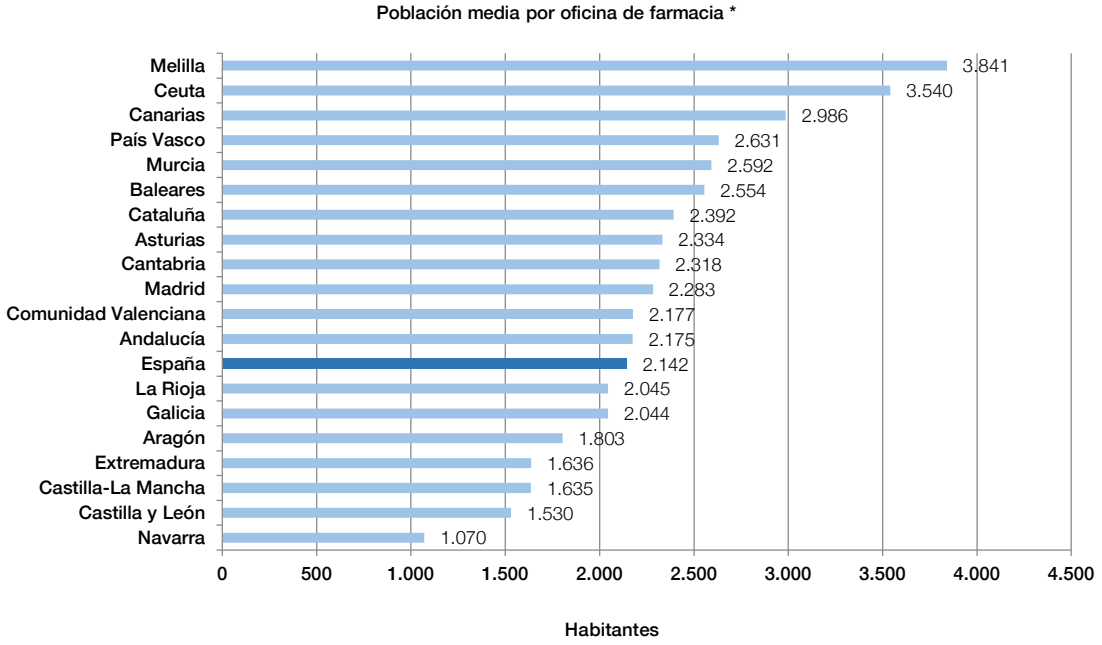
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios. Sistema de información Alcántara. Instituto Nacional de Estadística. Población residente a 1 de enero de 2014.

Expresado en número de habitantes por farmacia, en España hay, de media, una farmacia por cada 2.142 habitantes, Melilla y Ceuta superando los 3.500 habitantes y Canarias con casi 3.000 son las que tienen mayor número de habitantes por farmacia, mientras que Navarra, con algo más de 1.070 habitantes por farmacia, tiene el menor ratio, seguida de Castilla y León con 1.530, Castilla-La Mancha con 1.635 y Extremadura con 1.636 habitantes por farmacia.

La gran variabilidad entre comunidades autónomas puede deberse a diferentes criterios de planificación farmacéutica por módulos de población y distancias, determinados por las legislaciones de ordenación farmacéutica autonómicas.

En los últimos 5 años, 482 nuevas oficinas de farmacia han colaborado en hacer efectiva la prestación farmacéutica del SNS lo que supone un incremento global del 2,3%. Andalucía lideró este aumento con 297 nuevos establecimientos (8,3%) seguida a distancia de Baleares (18 nuevos establecimientos y 4,3% de incremento), Aragón (25 nuevos establecimientos y 3,5% de incremento) y Cataluña (78 nuevos establecimientos y 2,5% de incremento). En Canarias, Cantabria, Asturias Galicia y Extremadura ha habido una mínima disminución del número de farmacias, entre 1 en Cantabria y 4 en Extremadura.

Gráfico 2-8 Número de habitantes (media) por oficina de farmacia, 2014



Observaciones: Oficinas de farmacia que colaboran en la ejecución de la prestación farmacéutica del SNS. Datos ordenados de mayor a menor.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara. Instituto Nacional de Estadística. Padrón municipal 1 de enero de 2014.

Tabla 2-14 Evolución del número de oficinas de farmacia según comunidad autónoma, 2010 y 2014

	2010	2014	Diferencia 2014-2010	% variación 2014/2010
Andalucía	3.566	3.863	297	8,3
Aragón	710	735	25	3,5
Asturias	457	455	-2	-0,4
Baleares	414	432	18	4,3
Canarias	707	705	-2	-0,3
Cantabria	255	254	-1	-0,4
Castilla y León	1.631	1.631	0	0,0
Castilla-La Mancha	1.268	1.271	3	0,2
Cataluña	3.066	3.144	78	2,5
Comunidad Valenciana	2.285	2.299	14	0,6
Extremadura	676	672	-4	-0,6
Galicia	1.338	1.345	7	0,5
Madrid	2.804	2.827	23	0,8
Murcia	559	566	7	1,3
Navarra	591	599	8	1,4
País Vasco	822	832	10	1,2
La Rioja	155	156	1	0,6
Ceuta	24	24	0	0,0
Melilla	22	22	0	0,0
España	21.350	21.832	482	2,3

Observaciones: Oficinas de farmacia que colaboran en la ejecución de la prestación farmacéutica del SNS.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios. Sistema de información Alcántara.

2.6 Hospitales, camas hospitalarias y puestos de hospital de día

2.6.1 Hospitales

En España están censados 787 hospitales[33], con un aforo de 159.297 camas instaladas. Por tamaño el 72% de los hospitales tiene menos de 200 camas, el 18% entre 200 y 500 camas y el 10% restantes 500 y más camas instaladas. Todas las comunidades autónomas disponen, al menos, de un hospital de 500 y más camas, el 47% de los grandes hospitales se concentra en las tres comunidades más pobladas del Estado: Andalucía (14), Madrid (12) y Cataluña (11).

Tabla 2-15 Hospitales según tamaño (número de camas instaladas) por comunidad autónoma, 2015

	Hospitales con menos de 200 camas	Hospitales entre 200 y 500 camas	Hospitales con 500 y más camas	Total de hospitales	Hospitales por 100.000 hab.
Andalucía	76	16	14	106	1,3
Aragón	21	6	2	29	2,2
Asturias	15	4	1	20	1,9
Baleares	19	4	1	24	2,2
Canarias	30	4	4	38	1,8
Cantabria	4	2	1	7	1,2
Castilla y León	22	8	6	36	1,4
Castilla-La Mancha	20	5	3	28	1,3
Cataluña	163	38	11	212	2,8
C. Valenciana	33	21	6	60	1,2
Extremadura	11	6	2	19	1,7
Galicia	29	2	7	38	1,4
Madrid	51	17	12	80	1,3
Murcia	21	4	2	27	1,8
Navarra	9	1	1	11	1,7
País Vasco	34	5	4	43	2,0
La Rioja	6	0	1	7	2,2
Ceuta	0	1	0	1	1,2
Melilla	1	0	0	1	1,2
España	565	144	78	787	1,7

Observaciones: Los complejos hospitalarios se contabilizan como un solo hospital.

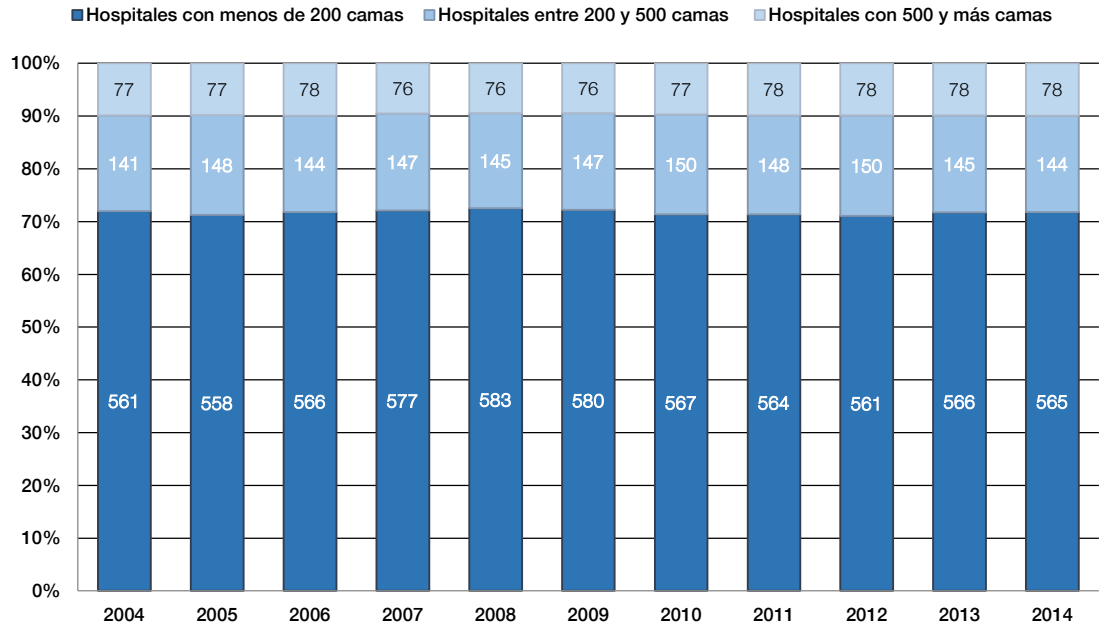
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Catálogo Nacional de Hospitales.

La tasa de hospitales por 100.000 habitantes es de 1,7 con un rango que va desde 2,8 de Cataluña a 1,2 de Cantabria, Comunidad Valenciana y ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

[33] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Catálogo Nacional de Hospitales 2015 (actualizado a 31 de diciembre de 2014). Los complejos hospitalarios se contabilizan como un solo hospital.

En cuanto a su dependencia funcional [34] la mayoría de los hospitales de menos de 200 camas tienen una dependencia privada (69,2%); por el contrario son de dependencia pública el 66,7% de los hospitales con dotación entre 200 y 500 camas y 89,7% de los hospitales con 500 y más camas instaladas.

Gráfico 2-9 Evolución del número de hospitales según tamaño (número de camas instaladas), 2004- 2014



Observaciones: Censo a 31 de diciembre de cada año. Los complejos hospitalarios se contabilizan como un solo hospital.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Catálogo Nacional de Hospitales.

Del total de los hospitales censados[35] 764 proporcionan información[36] sobre su funcionamiento[37], la actividad desarrollada y otras características. De ellos el Sistema Nacional de Salud cuenta con 453, de los cuales 325 son centros de dependencia netamente pública, 14 corresponden a centros privados que mantienen un concierto sustitutorio[38], 92 forman parte de una red de utilización pública[39] y en el cómputo, a efectos exclusivamente estadísticos, se incluyen así mismo las 22 Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social (MCSS)[40] que atienden el accidente laboral y la enfermedad profesional, dada su financiación pública con cargo a la Seguridad Social.

---

[34] La dependencia funcional se refiere al organismo o entidad jurídica de quien depende, es decir, la persona física o jurídica que ejerce dominio o jurisdicción, jerárquica o funcional, más inmediata sobre el establecimiento sanitario. La clasificación de dependencia funcional de los hospitales con formas jurídicas de gestión contempladas en la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud, y de acuerdo con desarrollos legislativos autonómicos, ha sido asignada a la de los correspondientes Servicios de Salud.

[35] Catálogo Nacional de Hospitales

[36] Sistema de Información de Atención Especializada. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada

[37] En el Sistema de Información de Atención Especializada además de los hospitales que forman complejo, los consorcios de dos o más hospitales constan como un único hospital.

[38] Hospitales de titularidad privada que prestan toda su oferta asistencial a una población asignada perteneciente al Sistema Nacional de Salud (SNS)

[39] La Red de Utilización Pública está conformada por 89 hospitales de dependencia privada pertenecientes a la *Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública (XHUP)/Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT)* y 3 hospitales que prestan sus servicios mediante concierto sanitarios para la prestación de servicios específicos en Galicia, Navarra y Asturias.

[40] Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) han pasado a denominarse Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social según la Ley 35/2014, de 26 de diciembre,

Según la finalidad asistencial, 280 hospitales son hospitales generales, 34 hospitales especializados, 93 hospitales de media y larga estancia y 46 hospitales se dedican a la atención de la salud mental y toxicomanías.

Tabla 2-16 Número de hospitales del SNS según dependencia funcional y finalidad asistencial, 2013

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

Observaciones: Los complejos hospitalarios se contabilizan como un solo hospital.
Concierto sustitutorio: Hospitales de titularidad privada que prestan toda su oferta asistencial a una población asignada perteneciente al Sistema Nacional de Salud.
La red de utilización pública está conformada por hospitales de dependencia privada pertenecientes a la *Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública (XHUP)/Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT)* y por hospitales que prestan sus servicios mediante concierto sanitarios para la prestación de servicios específicos.
MATEPSS: Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

Tabla 2-17 Número y tasa por 100.000 habitantes de hospitales del SNS por comunidades autónomas, 2013

	Hospitales SNS	Tasa por 100.000 habitantes
Andalucía	46	0,5
Aragón	20	1,5
Asturias	11	1,0
Baleares	12	1,1
Canarias	14	0,7
Cantabria	5	0,8
Castilla y León	16	0,6
Castilla-La Mancha	20	1,0
Cataluña	157	2,1
Comunidad Valenciana	38	0,8
Extremadura	10	0,9
Galicia	19	0,7
Madrid	38	0,6
Murcia	11	0,8
Navarra	6	0,9
País Vasco	22	1,0
La Rioja	6	1,9
Ceuta y Melilla	2	2,4
SNS	453	1,0

Observaciones: Los complejos hospitalarios se contabilizan como un solo hospital.
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

por la que se modifica el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social en relación con el régimen jurídico de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

2.6.2 Camas en funcionamiento

Los 453 hospitales del Sistema Nacional de Salud ofertan 109.484 camas en funcionamiento, un 79,2% de las 138.153 camas en funcionamiento del total del país. La tasa de camas en funcionamiento[41] en España es de 3,0 por cada 1.000 habitantes y la correspondiente al Sistema Nacional de Salud es 2,3 camas por 1.000 habitantes.

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

Tabla 2-18 Número y tasa por 1.000 habitantes de camas en funcionamiento en el SNS según finalidad asistencial, 2013

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

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

2.6.3 Puestos de hospital de día

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

El Sistema Nacional de Salud cuenta con 16.419 puestos de hospital de día, lo que supone 35,2 puestos por cada 100.000 habitantes. La tasa total en España es de 40,1 con una dotación de 18.700 puestos tanto públicos como privados.

Tabla 2-19 Número y tasa por 100.000 habitantes de puestos de hospital de día del SNS según finalidad asistencial, 2013

	Total	Hospital General	Hospital especializado	Hospital Media y Larga Estancia	Hospital Salud Mental y Toxicomanías
Puestos hospital de día del SNS	16.419	13.360	436	1.381	1.242
Tasa por 100.000 hab.	35,2	28,7	0,9	3,0	2,7

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

[41] Se considera cama en funcionamiento aquella que está en condiciones de ser ocupada. Cada hospital consigna en el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) - estadística de Centros de Atención Especializada el promedio anual de camas en funcionamiento.

2.6.4 Camas en funcionamiento y puestos de hospital de día

Tabla 2-20 Dotación de camas hospitalarias en funcionamiento y puestos de hospital de día por comunidad autónoma en el Sistema Nacional de Salud, 2013

	Camas en funcionamiento del SNS		Puestos de hospital de día del SNS	
	Número	Tasa por 1.000 hab.	Número	Tasa por 100.000 hab.
Andalucía	13.916	1,7	2.313	27,6
Aragón	3.980	3,0	284	21,3
Asturias	2.966	2,8	448	42,1
Baleares	2.223	2,0	279	25,1
Canarias	4.266	2,0	429	20,3
Cantabria	1.252	2,1	275	46,7
Castilla y León	6.471	2,6	697	27,8
Castilla-La Mancha	4.226	2,0	572	27,4
Cataluña	24.863	3,3	4.860	65,3
Comunidad Valenciana	9.912	2,0	1.206	24,3
Extremadura	3.387	3,1	317	28,9
Galicia	7.738	2,8	823	29,9
Madrid	12.748	2,0	2.056	32,2
Murcia	2.951	2,0	398	27,2
Navarra	1.502	2,4	273	42,9
País Vasco	5.802	2,7	1.094	50,4
La Rioja	936	3,0	69	21,8
Ceuta y Melilla	345	2,1	26	15,5
SNS	109.484	2,3	16.419	35,2

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

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

Tabla 2-21 Evolución del número total de camas en funcionamiento y puestos de hospital de día de los hospitales del SNS, 2010-2014

	Camas en funcionamiento	Tasa por 1.000 hab.	Puestos de hospital de día	Tasa por 100.000 hab.
2010	115.418	2,5	14.045	30,5
2011	113.518	2,5	15.044	32,6
2012	111.430	2,4	16.170	35,0
2013	109.484	2,3	16.419	35,2
2014 (e)	109.325	2,3	16.531	36,0

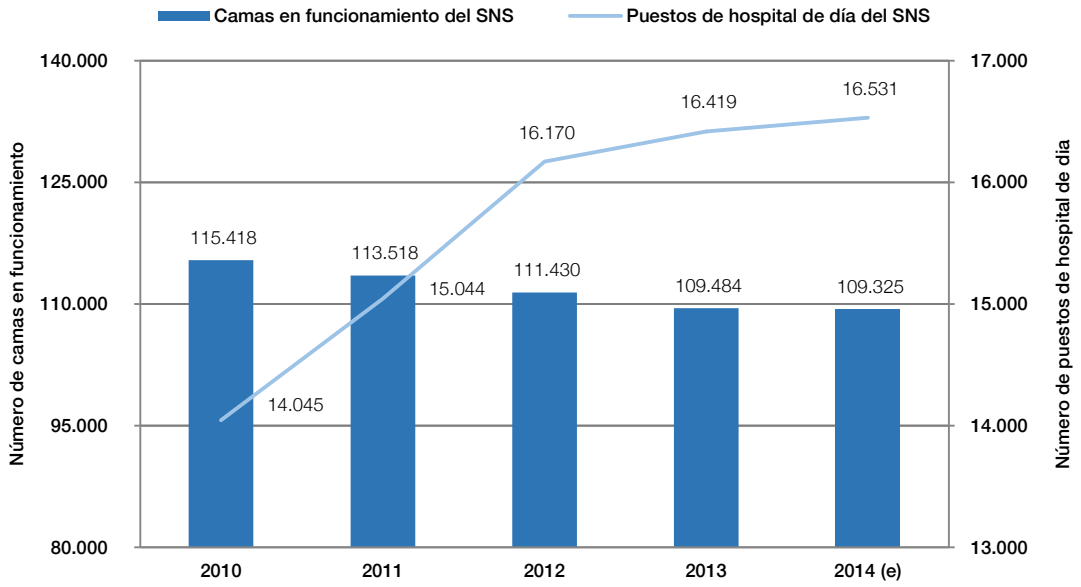
Observaciones: (e) datos estimados. Las cifras se han calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 68% de los hospitales con una cobertura del 72% de las camas en funcionamiento.

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

Los datos disponible de 2014 muestran una mínima disminución en el número total de camas en funcionamiento en el SNS con un mantenimiento en la tasa por 1.000 habitantes y un aumento en el número de puestos de hospital de día con un incremento también en la tasa por 100.000 habitantes.

La tendencia descendente en el número de camas en funcionamiento se asocia a una disminución de la estancia media hospitalaria, disminución de la frecuentación hospitalaria y a un aumento de la actividad sin ingreso[42].

Gráfico 2-10 Evolución del número de camas en funcionamiento y puestos de hospital de día del SNS, 2010-2014



Observaciones: (e) datos estimados.

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

2.7 Tecnologías médicas

La expansión de la alta tecnología médica, situada mayoritariamente en los hospitales, constituye uno de los principales impulsores de la mejora en el proceso del diagnóstico y tratamiento de numerosas enfermedades.

Las tecnologías médicas y los medios que dispone el servicio sanitario público sigue siendo el aspecto más valorado por los ciudadanos en el caso de poder elegir entre un servicio sanitario público (70,3%) o uno privado (20,6%)[43].

Tabla 2-22 Dotación de las tecnologías médicas. Número de equipos, porcentaje sobre el total de equipos en funcionamiento y tasa por millón de población. SNS, 2013

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

Observaciones: p.m.p. = por millón de habitantes.

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

[42] Consultar el capítulo dedicado a la actividad, calidad y accesibilidad en el Sistema Nacional de Salud.
[43] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario 2014.

Entre las tecnologías diagnósticas destacan la Tomografía Axial Computerizada (TAC) y la Resonancia Nuclear Magnética (RNM). La dotación en el Sistema Nacional de Salud es de 534 equipos para la realización de TAC (71,8% del total de equipos en funcionamiento en España) con una tasa de 11,5 por millón de población y de 294 aparatos para la realización de RNM (53,4% del total de equipos en funcionamiento) con una tasa de 6,3 por cada millón de habitantes.

Tabla 2-23 Número de equipos y porcentaje sobre el total de equipos en funcionamiento de Tomografía Axial Computerizada y de Resonancia Nuclear Magnética por comunidades autónomas. SNS, 2013

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

Observaciones: TAC = Tomografía Axial Computerizada. RNM = Resonancia Nuclear Magnética.

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

La mamografía facilita el diagnóstico del cáncer de mama, el más común en el caso de las mujeres. Un diagnóstico y una intervención precoces elevan de manera significativa las tasas de supervivencia de este tipo de tumor. La dotación de mamógrafos en el SNS es de 418 equipos (65,8% del total registrados), con una tasa de 9,0 por cada millón de habitantes.

Tabla 2-24 Número de equipos y porcentaje sobre el total de equipos en funcionamiento de mamógrafos por comunidades autónomas. SNS, 2013

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

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

Tabla 2-25 Número de equipos y porcentaje sobre el total de equipos en funcionamiento de equipos de Radioterapia (bombas de telecobaltoterapia y aceleradores lineales) por comunidades autónomas. SNS, 2013

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

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

En cuanto a la dotación de aparatos de radioterapia (bombas de tele-cobaltoterapia y aceleradores lineales) la red de hospitales del SNS dispone de 179 equipos (78,5% del total existente), lo que supone una tasa de 3,8 aparatos por cada millón de habitantes.

2.8 Centros, servicios y unidades de referencia del SNS

Continua creciendo el número de Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud (CSUR-SNS) designados para mejorar la equidad en el acceso de todos los ciudadanos a los servicios de alto nivel de especialización que necesitan concentrar la experiencia para garantizar una atención sanitaria de calidad, segura y eficiente.

Los CSUR-SNS atienden a todos los pacientes en igualdad de condiciones, independientemente de su lugar de residencia, bajo los criterios de:

- Proporcionar atención en equipo multidisciplinar: asistencia sanitaria, apoyo para confirmación diagnóstica, definición de estrategias terapéuticas y de seguimiento y actuar de consultor para las unidades clínicas que atienden habitualmente a los pacientes.
- Garantizar la continuidad en la atención entre etapas de la vida del paciente (niño-adulto) y entre niveles asistenciales.
- Evaluar sus resultados.

El SNS cuenta con 186 CSUR, 9 de los cuales se designaron en el año 2014; dan cobertura a 42 patologías o procedimientos complejos.

Tabla 2-26 Distribución de los centros servicios y unidades de referencia del SNS según comunidad autónoma, 2014

	Centros, servicios y unidades de referencia del SNS	Hospitales
Andalucía	24	6
Aragón	2	1
Asturias	4	1
Baleares	-	-
Canarias	1	1
Cantabria	4	1
Castilla y León	4	3
Castilla-La Mancha	1	1
Cataluña	53	13
Comunidad Valenciana	16	3
Extremadura	-	-
Galicia	13	2
Madrid	54	9
Murcia	6	2
Navarra	-	-
País Vasco	4	2
La Rioja	-	-
Ceuta y Melilla	-	-
SNS	186	45

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

Tabla 2-27 Relación de nuevos centros servicios y unidades de referencia del SNS designados en 2014		
Unidad	**Hospital**	**Comunidad Autónoma**
Trasplante renal infantil	Hospital Clinic y Provincial de Barcelona y Hospital de Sant Joan de Deu	Cataluña
Trasplante cardiaco infantil	Hospitals Vall d'Hebrón	Cataluña
Trasplante de páncreas	Complejo Asistencial Universitario de Salamanca	Castilla y León
Asistencia integral del neonato con cardiopatía congénita y del niño con cardiopatía congénita compleja	Hospital de Sant Joan de Deu	Cataluña
Cardiopatías familiares	Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda	Madrid
Epilepsia refractaria	Hospital del Mar	Cataluña
Esclerosis múltiple	Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda	Madrid
	Hospital de Basurto	País Vasco
Atención de la patología vascular raquimedular	Hospital Universitario Ramón y Cajal	Madrid
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Cartera Básica del SNS y Fondo de Cohesión.		

2.9 Red de equipos de trasplante de órganos sólidos

En España un total de 44 hospitales están autorizados para llevar a cabo programas de trasplante de órganos para riñón, hígado, corazón, pulmón, páncreas, intestino delgado y otros, tanto para adultos como para niños. El número de equipos de coordinación son 189, formados por 267 médicos y 172 enfermeras. El 93% de los médicos y el 72% de las enfermeras tienen una dedicación a tiempo parcial para las actividades de coordinación, lo que les permite continuar con su trabajo. Un 88,0% de los médicos coordinadores pertenecen al área de medicina intensiva y un 47,0% en el caso del personal de enfermería.

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

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

Existen 21 equipos de trasplante cardíaco (ratio de población de 2,2 millones) y 8 centros con programa activo para la realización de trasplante pulmonar; esto supone una ratio de población atendida por equipo de 4,25 millones.

Tabla 2-28 Red de equipos de trasplantes, 2014

	Renal	Hepático	Cardíaco	Pulmonar	Cardio-pulmonar	Páncreas-riñón, y combinaciones	Intestino
Andalucía	6 (1)	5 (1)	3 (1)	2 (1)	1	2	--
Aragón	1	1	1	--	--	--	--
Asturias	1	1	1	--	--	--	--
Baleares	1	--	--	--	--	--	--
Canarias	2	--	--	--	--	1	--
Cantabria	1	1	1	1	--	1	--
Castilla y León	2	1	1	--	--	1	--
Castilla- La Mancha	2	--	--	--	--	--	--
Cataluña	8 (2)	4 (1)	4 (1)	2 (1)	(1)	2	1
C. Valenciana	5 (1)	3 (1)	1	2 (1)	1	1	--
Extremadura	1	1	--	--	--	--	--
Galicia	2	2	2 (1)	1	--	2	--
Madrid	9 (2)	6 (2)	5 (2)	3 (1)	1	2 (1)	3 (2)
Murcia	1	1	1	--	--	1	--
Navarra	1	1	1	--	--	--	--
País vasco	2 (1)	1	--	--	--	--	--
La Rioja	1	--	--	--	--	--	--
Total equipos	46 (7)	29 (5)	21 (5)	11 (4)	4 (1)	13 (1)	4 (2)
Número hospitales	40	25	17	8	4	13	3

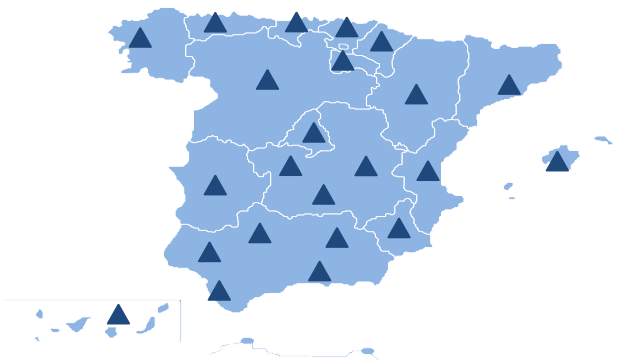
Observaciones: ( ) Número de equipos de trasplante infantil.

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

2.10 Centros y servicios de transfusión sanguínea

Por su propia naturaleza y por el interés público sanitario y social que comportan, las actividades relativas a la extracción y procesamiento de la sangre humana y sus componentes, se realizan en exclusiva por los Centros de Transfusión Sanguínea (CTS). En España existen 23 CTS autorizados, todos ellos públicos y el número de Servicios de Transfusión (ST), que facilitan terapia transfusional ubicados en los hospitales públicos y privados, es de 400. Ambas estructuras, Centros y Servicios de Transfusión, conforman la red transfusional.

Gráfico 2-11 Distribución geográfica de la red transfusional en España, 2014



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

3 Actividad, calidad asistencial y accesibilidad de los servicios sanitarios

3.1 Actividad en atención primaria

3.1.1 Actividad ordinaria en el centro y domicilio

En atención primaria del Sistema Nacional de Salud se atienden 371 millones de consultas médicas y de enfermería, el 96% de las cuales se realizan en los centros sanitarios y el 4% restante en el domicilio.

La frecuentación media de la población a medicina es de 5,2 visitas por persona asignada y año (5,3 a medicina de familia y 5,0 a pediatría). En enfermería, esta media se sitúa en 2,9 visitas por persona y año.

Tabla 3-1 Actividad asistencial ordinaria según profesional de atención primaria del SNS, 2010-2014

	Consultas por persona asignada y año					Número de consultas
	2010	2011	2012	2013	2014	2014
Medicina	5,4	5,5	5,3	5,3	5,2	239.806.178
Medicina de familia	5,5	5,6	5,5	5,4	5,3	206.775.783
Pediatría	5,2	5,4	4,9	5,0	5,0	33.030.395
Enfermería	2,8	2,8	2,8	2,9	2,9	131.214.965
Total	-	-	-	-	-	371.021.143

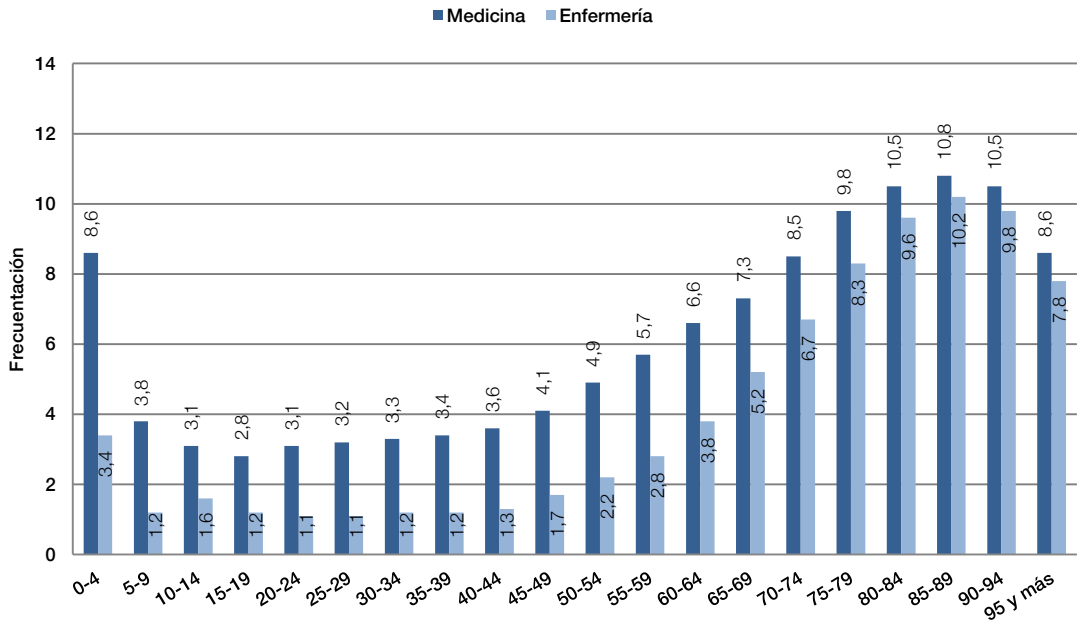
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Por sexo, la frecuentación a medicina es superior en mujeres (5,9) que en varones (4,5), mientras que en enfermería esta diferencia se acorta ligeramente (3,2 frente a 2,6, respectivamente).

Por grupos de edad, la frecuentación media a medicina en el primer quinquenio, de 0 a 4 años, es de 8,6 consultas por niño y año; esta decrece hasta 2,8 durante la adolescencia (15 a 19 años), grupo de edad que tiene la frecuentación más baja. El ascenso posterior, muy paulatino hasta los 45 años, aumenta más claramente a partir de esa edad, alcanzando el pico de frecuentación más alta el grupo de 85-89 años, con una media de 10,8 visitas al año.

En enfermería, la frecuentación promedio es de 3,4 visitas/año en el grupo de 0 a 4 años, descendiendo hasta 1,1 consulta por persona y año, e iniciando un ascenso progresivo a partir de los 45 años hasta llegar a los grupos con mayor frecuentación (85 a 89 años), con 10,2 vistas/persona y año.

Gráfico 3-1 Frecuentación por grupos de edad en medicina y enfermería de atención primaria del SNS, 2014



Observaciones: En los datos de medicina se incluye medicina de familia y pediatría.

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

Tabla 3-2 Frecuentación (consultas por persona asignada y año) a medicina y enfermería en atención primaria según comunidad autónoma, 2014

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

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

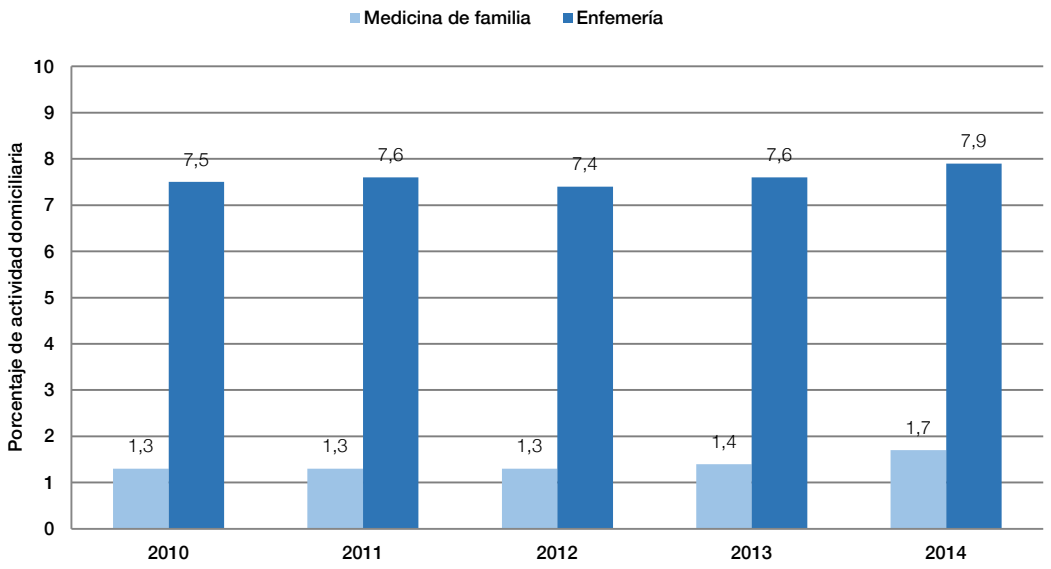
Por comunidades autónomas la frecuentación a medicina más alta corresponde a Castilla y León (7,9 consultas a médicos por persona asignada y año) y la más baja a Cataluña (3,6 consultas a médicos por persona asignada y año). En enfermería la frecuentación más alta se encuentra en La

Rioja (4,1 consultas a enfermera por persona asignada y año) y la menor en Cataluña (1,9 consultas a enfermera por persona asignada y año).

La atención a domicilio (4% de la actividad y 13,9 millones de consultas) oscila de manera importante en función del tipo de profesional. En el caso de la pediatría es pequeña (66.000 consultas aunque ha aumentado al 0,2% (en años anteriores era en torno al 0,05%). La actividad domiciliaria es el 1,7% de la actividad total de medicina de familia (3,5 millones) y el 7,9% de la de enfermería (10,4 millones de visitas a domicilio).

Las personas mayores de 65 años son las destinatarias principales de la actividad domiciliaria, con un porcentaje similar en medicina de familia (80%) y en enfermería (85%) respecto al total de domicilios realizados por cada tipo de profesional.

Gráfico 3-2 Actividad domiciliaria como porcentaje del total de actividad, según profesional de la atención, 2010-2014



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

3.1.2 Vacunación infantil

El acceso de la población infantil a la vacunación sistemática frente a algunas enfermedades inmunoprevenibles ha logrado reducir de forma importante su morbilidad y mortalidad.

Los ciudadanos, en la proporción de 8 de cada 10[44] consideran que en todas las comunidades autónomas debe haber el mismo calendario de vacunas.

A propuesta de la Comisión de Salud Pública, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprueba anualmente el calendario común de vacunación infantil. La recomendación vigente[45] para el año 2015 del calendario acordado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud incluye la vacunación sistemática de la población infantil frente a la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, el sarampión, la rubéola, la parotiditis, la infección por *Haemophilus influenzae* tipo b, la hepatitis B, la enfermedad meningocócica

[44] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario 2014: el 80,8% de los encuestados contesta "SI" a la pregunta ¿Cree Ud. que en todas las comunidades autónomas debe haber el mismo calendario de vacunaciones?. El 6,3% contesta "NO" y el 12,8% "No sabe/No contesta".

[45] En julio de 2015 el Consejo Interterritorial del SNS acordó la inclusión de la vacuna frente a varicela en la edad infantil con una pauta de dos dosis a partir de 2016.

invasora por serogrupo C, la enfermedad neumocócica y la infección por virus del papiloma humano, así como frente a la varicela en población adolescente susceptible.

Tabla 3-3 Calendario común de vacunación infantil acordado por el Consejo Interterritorial del SNS, 2015

Primer año de vida	Vacunación frente a hepatitis B (HB) a los 0, 2 y 6 meses. En niños de madres portadoras la pauta es 0,1 y 6 meses.
	Vacunación frente a difteria, tétanos, tosferina, poliomielitis y *Haemophilus Influenzae* tipo b (DTPa, VPI, Hib), a los 2, 4 y 6 meses.
	Vacunación frente a meningococo C (MenC) a los 4 meses. Según la vacuna utilizada puede ser necesaria la primovacunación con una dosis (4 meses) o dos dosis (2 y 4 meses).
	Vacunación frente al neumococo (VCN) a los 2 y a los 4 meses. Podrá hacerse efectiva hasta diciembre de 2016.
Segundo año de vida	Triple Vírica sarampión-rubéola-parotiditis (SRP), 1ª dosis a los 12 meses.
	Vacunación frente a meningococo C (MenC) a los 12 meses.
	Vacunación frente a neumococo (VCN) a los 12 meses. Podrá hacerse efectiva hasta diciembre de 2016.
	Vacunación de recuerdo frente a difteria, tétanos, tosferina, poliomielitis y *Haemophilus influenzae* tipo b (DTPa, VPI, Hib), a los 18 meses.
Edad de 3 a 6 años	Triple Vírica sarampión-rubéola-parotiditis (SRP), 2ª dosis en la franja de edad de 3 a 4 años.
	Vacunación de recuerdo de difteria-tétanos-tosferina (dTpa) a los 6 años.
Edad de 12 a 14 años	Vacunación frente a meningococo C (MenC) a los 12 años.
	Vacunación frente a varicela (VVZ) a los 12 años en personas que refieran no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunadas con anterioridad. Pauta con dos dosis
	Vacunación frente a virus de papiloma humano (VPH). Solo a mujeres. La administración a los 12 años podrá hacerse efectiva hasta 2016.
	Vacunación de recuerdo frente a tétanos y difteria (Td) a los 14 años.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo Interterritorial del SNS.

El porcentaje de niños que han recibido la serie básica de las vacunas recomendadas es del 96,6%. El porcentaje de niños de 1 a 2 años que han recibido las dosis de recuerdo recomendadas se sitúa cercano al 95%.

Tabla 3-4 Porcentaje de coberturas de primovacunación (series básicas), 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Poliomielitis	96,6	97,1	96,3	95,6	96,6
Difteria-tétanos-tosferina (DTPa)	96,6	97,1	96,3	95,6	96,6
***Haemophilus influenzae* tipo b (Hib),**	96,6	97,1	96,3	95,6	96,5
Hepatitis B	96,5	96,6	95,8	95,2	96,2
Enfermedad meningocócica por serogrupo C.	97,8	98,0	96,6	95,8	96,9

Observaciones: El porcentaje de cobertura de primovacunación expresa el porcentaje de niños de 0 a 1 año de edad que han recibido tres dosis de vacuna frente a DTPa, Hib, hepatitis B y dos dosis de vacuna frente a enfermedad meningocócica por serogrupo C. Para el cálculo de las coberturas de vacunación se han utilizado sólo las dosis administradas en los Servicios Oficiales de Vacunación. No se incluyen las vacunas adquiridas en oficinas de farmacia ni las administradas por el sector sanitario privado.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de vacunaciones.

Tabla 3-5 Porcentaje de coberturas de primovacunación (series básicas) por comunidades autónomas, 2014

	Poliomielitis	Difteria-tétanos-tosferina (DTPa)	*Haemophilus influenzae* tipo b (Hib)	Hepatitis B	Meningitis C
Andalucía	96,4	96,4	96,4	96,4	96,4
Aragón	98,4	98,4	98,4	98,2	96,7
Asturias	98,6	98,5	98,5	97,8	99,0
Baleares	94,8	94,8	94,8	94,8	95,7
Canarias	97,9	97,9	97,9	97,9	97,8
Cantabria	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Castilla y León	93,5	93,5	93,5	93,5	96,4
Castilla-La Mancha	98,4	98,4	98,4	98,4	98,4
Cataluña	95,0	95,0	95,0	95,0	94,0
Comunidad Valenciana	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Extremadura	97,1	97,1	97,1	92,5	97,7
Galicia	96,7	96,7	96,7	90,9	97,8
Madrid	94,9	94,9	94,9	94,9	97,1
Murcia	98,6	98,6	98,6	98,6	100,0
Navarra	97,0	97,0	97,0	97,0	94,6
País Vasco	95,2	95,2	95,2	95,2	95,2
La Rioja	98,7	98,7	98,7	98,7	98,7
Ceuta	100,0	100,0	100,0	100,0	98,9
Melilla	96,4	96,4	96,4	96,4	96,4
España	96,6	96,6	96,5	96,2	96,9

Observaciones: El porcentaje de cobertura de primovacunación expresa el porcentaje de niños de 0 a 1 año de edad que han recibido tres dosis de vacuna frente a DTPa, Hib, hepatitis B y dos dosis de vacuna frente a enfermedad meningocócica por serogrupo C. Para el cálculo de las coberturas de vacunación se han utilizado sólo las dosis administradas en los Servicios Oficiales de Vacunación. No se incluyen las vacunas adquiridas en oficinas de farmacia ni las administradas por el sector sanitario privado.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de vacunaciones.

Tabla 3-6 Porcentaje de coberturas de vacunación de refuerzo: niños vacunados de 1 a 2 años, 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Poliomielitis	93,7	94,3	92.9	92,3	94,8
Difteria-tétanos-tosferina (DTPa)	93,7	94,1	93,1	92,3	94,6
***Haemophilus influenzae* tipo b (Hib)**	93,7	94,1	92,9	92,3	94,6
Enfermedad meningocócica serogrupo C	94,2	98,8	94,8	96,1	95,2

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

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de vacunaciones.

Tabla 3-7 Porcentaje de coberturas de vacunación de refuerzo: niños vacunados de 1 a 2 años por comunidades autónomas, 2014

	Poliomielitis	Difteria-tétanos-tosferina (DTPa)	*Haemophilus influenzae* tipo b (Hib)	Meningitis C
Andalucía	96,4	96,4	96,4	96,4
Aragón	95,3	95,3	95,3	94,1
Asturias	93,8	93,9	93,7	93,2
Baleares	96,7	96,7	96,7	93,5
Canarias	96,3	96,3	96,3	95,9
Cantabria	100,0	100,0	100,0	100,0
Castilla y León	90,2	90,2	90,2	95,2
Castilla-La Mancha	95,8	95,8	95,8	96,9
Cataluña	93,7	93,7	93,7	92,8
Comunidad Valenciana	94,9	93,2	93,1	94,9
Extremadura	91,0	91,0	91,0	70,3
Galicia	92,6	92,6	92,6	96,2
Madrid	94,9	94,9	94,9	98,3
Murcia	94,0	94,0	94,0	98,9
Navarra	93,9	93,9	93,9	92,9
País Vasco	96,7	96,7	96,7	96,7
La Rioja	97,4	97,4	97,4	98,3
Ceuta	98,8	98,8	98,8	100,0
Melilla	92,2	92,2	92,2	96,1
España	94,8	94,6	94,6	95,2

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

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de vacunaciones.

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

Tabla 3-8 Porcentaje de coberturas de vacunación de sarampión-rubéola-parotiditis, 2010-2014

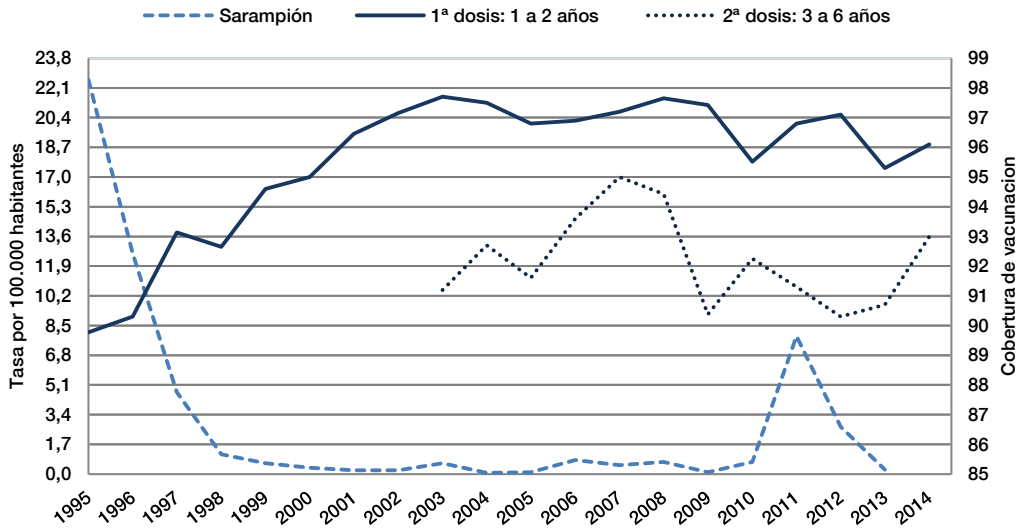
	2010	2011	2012	2013	2014
Primera dosis: niños de 1 a 2 años	95,5	96,8	97,1	95,3	96,1
Segunda dosis: niños de 3 a 6 años	92,3	91,3	90,3	90,7	93,0

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

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de vacunaciones.

La cobertura de vacunación frente a SRP en niños de 1 a 2 años, se encuentra en las diferentes comunidades autónomas en un margen que oscila entre el 91% y el 100%, mientras que la cobertura de dosis de recuerdo se sitúa entre el 83% y el 100%.

Gráfico 3-3 Evolución de incidencia del sarampión y las coberturas de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis, 1995-2014



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

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Economía y Competitividad-Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDOs). Estadística de vacunaciones.

Tabla 3-9 Cobertura de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis por comunidades autónomas, 2014

	Cobertura (%) SRP 1ª dosis (12 meses)	Cobertura (%) SRP 2ª dosis (3-4 años)
Andalucía	98,1	95,8
Aragón	98,8	97,7
Asturias	96,1	91,8
Baleares	97,4	95,8
Canarias	96,1	96,5
Cantabria	100,0	100,0
Castilla y León	94,8	87,2
Castilla-La Mancha	96,9	90,0
Cataluña	90,9	88,5
Comunidad Valenciana	97,7	98,4
Extremadura	94,3	91,2
Galicia	96,8	90,8
Madrid	97,4	93,5
Murcia	97,6	83,1
Navarra	98,6	95,8
País Vasco	92,2	92,7
La Rioja	98,3	95,0
Ceuta	100,0	100,0
Melilla	97,7	85,3
España	96,1	93,0

Observaciones: Para el cálculo de las coberturas de vacunación se han utilizado sólo las dosis administradas en los servicios oficiales de vacunación. No se incluyen las vacunas adquiridas en oficinas de farmacia ni las administradas por el sector sanitario privado.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de vacunaciones.

3.1.3 Vacunación frente a la gripe estacional en personas mayores

La gripe es una enfermedad infecciosa común que afecta a personas de todas las edades, con un alto impacto en la salud de la población y en la asistencia sanitaria de un país. En ciertos momentos del año la gripe puede poner al sistema sanitario bajo una enorme presión asistencial. La repercusión en cuanto a morbimortalidad es mayor entre las personas mayores de 65 años y las que padecen trastornos crónicos.

La cobertura de vacunación frente a la gripe estacional en personas mayores es del 56,2%, con un intervalo que va desde el 66,5% en La Rioja hasta el 28,9% de Ceuta.

Tabla 3-10 Cobertura de vacunación frente a la gripe en personas mayores de 65 años por comunidades autónomas, campaña 2014/2015

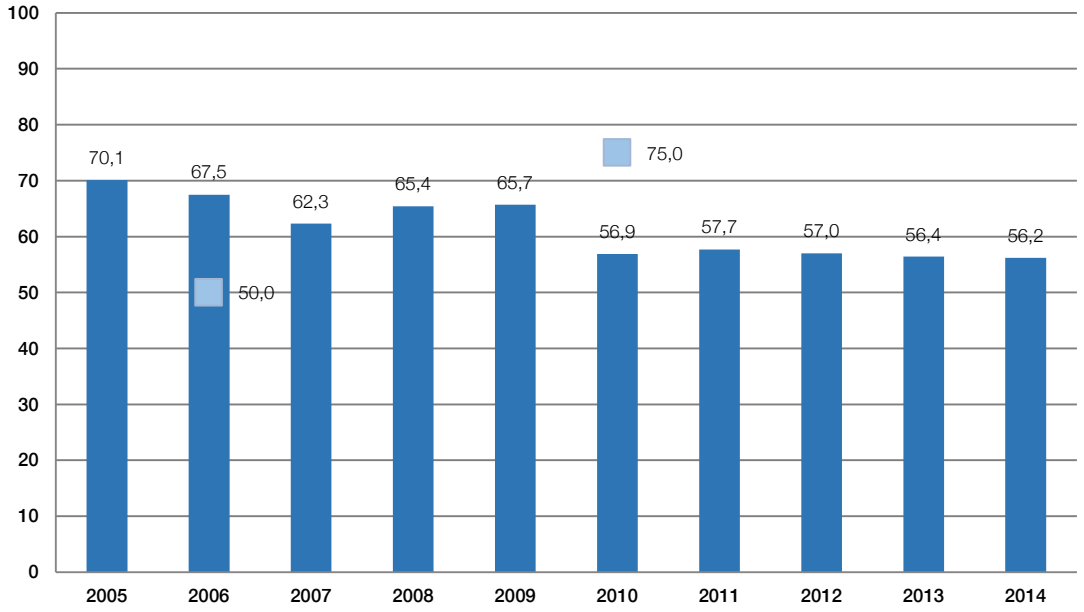
	Cobertura (%) mayores 65 años
Andalucía	60,0
Aragón	57,5
Asturias	56,2
Baleares	45,9
Canarias	57,5
Cantabria	57,3
Castilla y León	66,1
Castilla-La Mancha	54,0
Cataluña	54,0
Comunidad Valenciana	50,6
Extremadura	50,8
Galicia	52,4
Madrid	58,2
Murcia	49,3
Navarra	60,0
País Vasco	60,3
La Rioja	66,5
Ceuta	28,9
Melilla	38,1
España	56,2

Observaciones: Cataluña población de 60 y más años. Para el cálculo de las coberturas de vacunación se han utilizado sólo las dosis administradas en los Servicios Oficiales de Vacunación. No se incluyen las vacunas adquiridas en oficinas de farmacia ni las administradas por el sector sanitario privado.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Vacunaciones.

La cobertura de vacunación frente a la gripe estacional en personas mayores está disminuyendo en los últimos años, aunque se mantiene en porcentajes superiores al 55%.

Gráfico 3-4 Tendencia de la cobertura de vacunación frente a la gripe en personas mayores de 65 años, campañas 2004-2005 a 2014-2015



Observaciones: En el año 2003 los países participantes en la Asamblea Mundial de la Salud, incluidos todos los países miembros de la Unión Europea se propusieron como objetivo que la cobertura de vacunación de las personas mayores fuera al menos del 50% en 2006 y de 75% en 2010.

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

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

3.1.4 Actividad urgente en centros de atención primaria y domicilios

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

La atención urgente prestada por el nivel de atención primaria se realiza de una parte en los 3.023 centros de salud y 10.081 consultorios locales por los profesionales de los equipos de atención primaria durante el horario habitual de funcionamiento de los mismos compatibilizándola con el trabajo ordinario y de otra, como actividad fuera de la habitual, en los 1.983 puntos de urgencias extra-hospitalarios existentes con dos tipos de modalidad organizativa:

- Ampliación del horario de apertura de los centros de salud, modalidad más habitual en el medio rural. Esta atención la prestan los profesionales de los Equipos de Atención Primaria (EAP) en modalidad de guardia, complementados en ocasiones con profesionales específicamente contratados para este fin.
- Servicios de urgencias específicos, independientes de los EAP, con equipos de profesionales exclusivamente dedicados a dicha atención. Esta modalidad es más habitual en el medio urbano.

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

En el SNS se atienden en el ámbito de la atención primaria (en un centro sanitario o en domicilio) un total de 26,6 millones de urgencias, lo que supone una frecuentación media de 0,6 consultas urgentes por persona y año. Por sexo la frecuentación es algo superior en mujeres que en hombres. Según edades, el grupo de 0 a 4 años y los de edad más avanzada (95 y más años)

son los que más frecuentan la urgencia extra-hospitalaria, como media alrededor de 1 vez por persona y año.

Respecto del lugar en el que se lleva a cabo la atención, el 94% de la actividad global es realizada en los centros sanitarios.

De la actividad domiciliaria, las personas mayores de 65 años son los destinatarios principales con un 72% con respecto al total de domicilios realizados.

En el SNS se atienden en el ámbito de la atención primaria (en un centro sanitario o en domicilio) un total de 26,6 millones de urgencias, lo que supone una frecuentación media de 0,6 consultas urgentes por persona y año[46].

3.1.5 Accesibilidad a la atención primaria

La atención primaria tiene como característica principal su accesibilidad, constituyendo el nivel asistencial más cercano a los ciudadanos con una visión integral del paciente.

La demanda de servicios se produce, fundamentalmente, de manera espontánea por parte de los ciudadanos y habitualmente es necesaria una cita previa para acceder a las consultas ordinarias no urgentes.

De cada 10 personas, algo menos de 4 manifestan que "siempre o casi siempre" se les facilita cita con el médico de familia para el mismo día en que la solicitan.

Tabla 3-11 Citación con el médico de familia, 2010-2014

Cuando pide cita con el médico de centro de salud para ir el mismo día, ¿se la dan...?					
	2010	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Siempre + casi siempre (%)	41,6	39,5	39,2	40,5	36,0
Casi nunca + nunca (%)	57,6	58,4	58,8	57,5	62,3
NS / NC (%)	0,8	2,1	2,0	2,0	1,7

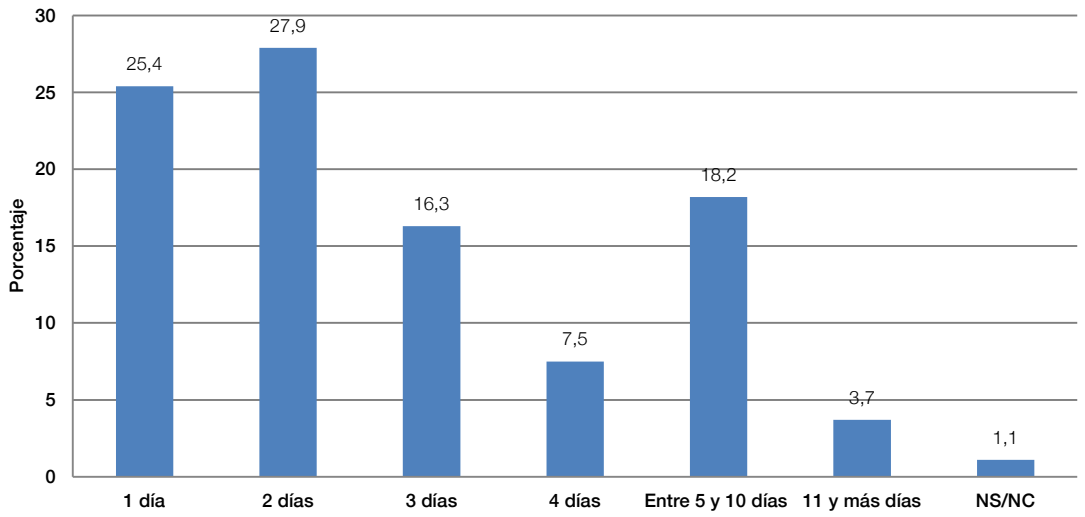
Observaciones: (NS/NC) no sabe/no contesta.

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

Entre quienes no obtienen la cita para el mismo día, algo más de 6 de cada 10 ciudadanos, esperan una media de 3,6 días para recibir la asistencia solicitada.

[46] La llamada telefónica es la vía principal de recepción de las demandas urgentes, pero el dato incluye las recibidas por cualquier otra vía de comunicación, ya provengan directamente de los ciudadanos, o de otras instituciones como la Policía, Bomberos …

Gráfico 3-5 Proporción de pacientes según días de demora en la última vez que pidieron cita con el médico de familia, 2014.



Observaciones: (NS/NC) no sabe/no contesta.

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

En cuanto al modo de obtención de la cita con el médico de familia, la citación por internet la conoce un 70,2%, aunque solo un 46,7% la utiliza y está valorada con 8,6 puntos en una escala de 0 a 10.

Tabla 3-12 Conocimiento, uso y valoración de la cita por internet para la consulta del médico de familia según comunidad autónoma, 2014

	Conoce %	Utiliza %	Valora (0-10)
Andalucía	84,4	61,9	8,9
Aragón	61,3	53,2	9,2
Asturias	54,9	27,7	8,1
Baleares	59,8	33,6	8,0
Canarias	41,4	35,8	8,6
Cantabria	65,1	24,4	8,2
Castilla y León	30,6	32,0	8,5
Castilla-La Mancha	80,3	56,5	9,0
Cataluña	69,5	41,2	8,3
Comunidad Valenciana	80,6	45,7	8,1
Extremadura	69,3	30,8	8,6
Galicia	74,1	48,1	8,5
Madrid	69,3	42,2	8,0
Murcia	78,6	63,6	9,5
Navarra	55,0	35,4	8,3
País Vasco	80,1	36,7	8,8
La Rioja	69,1	52,3	8,6
Ceuta	44,7	-	-
Melilla	26,3	-	-
España	70,2	46,7	8,6

Observaciones: la escala de valoración es de 0 a 10, teniendo en cuenta que 0 significa que la valoración es "muy mal" y 10 que la valoración es "muy bien". En Ceuta (-) y Melilla (-) muestra insuficiente.

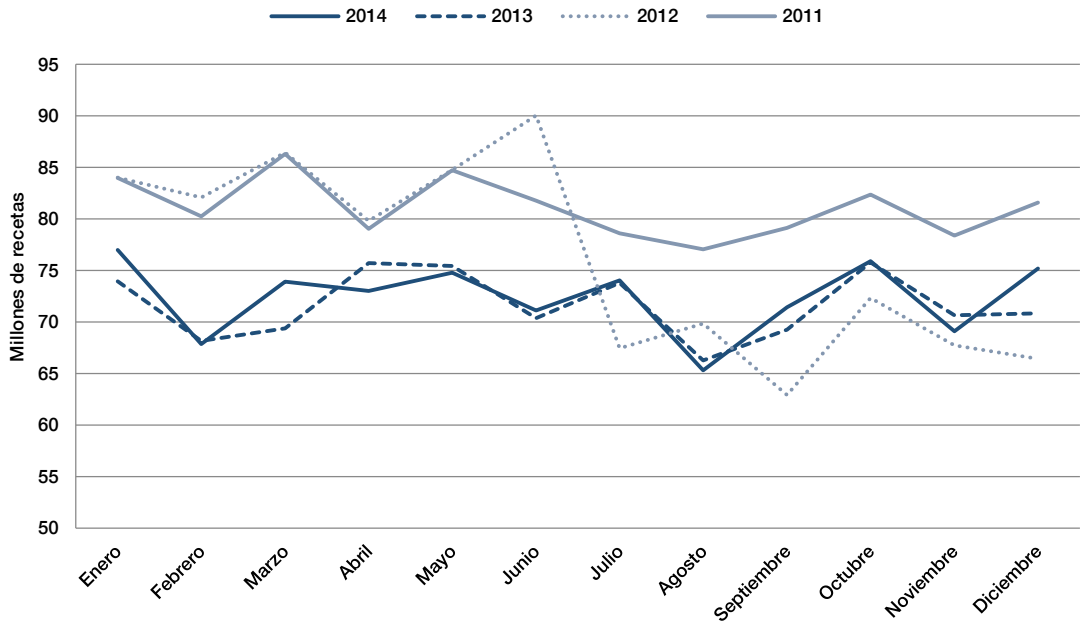
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

3.2 Oficinas de farmacia

Cerca de 22.000 oficinas de farmacia colaboran en la ejecución de la prestación farmacéutica del SNS facturando una media mensual de 72 millones de recetas médicas del SNS con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas y del INGESA, con unas ventas medias mensuales por oficina de farmacia de 43.245 euros.

El número de recetas médicas del SNS facturadas anualmente a través de las oficinas de farmacia supera los 868 millones de recetas. En el periodo 2011-2014 el número ha disminuido cerca del 11%[47].

Gráfico 3-6 Recetas médicas del SNS facturadas mensualmente con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas e INGESA, 2011-2014



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticos de facturación de recetas médicas.

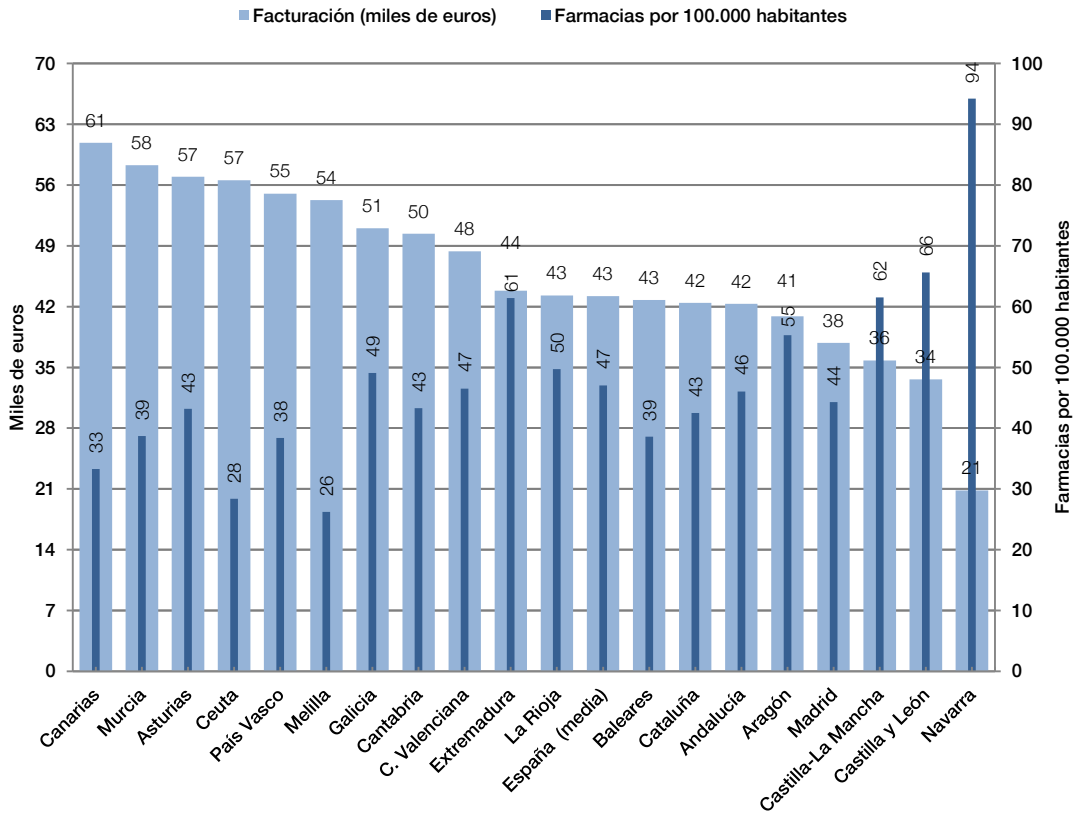
Canarias es la comunidad con mayor venta mensual por oficina de farmacia con 60.861 euros, mientras que las farmacias de Navarra facturan 20.811 euros de media.

Por encima de 50.000 euros mensuales, como media, facturan las farmacias además de Canarias, Murcia con 58.283 euros, Asturias con 56.963 euros, Ceuta con 56.556, País Vasco con 55.018 euros, Melilla con 54.254 euros y Galicia con 51.031 euros.

La amplia red y dispersión de las oficinas de farmacia facilitan la accesibilidad de la población española a la prestación farmacéutica que precisan los pacientes, incluso en núcleos de población aislados.

[47] Desde el año 2012 se viene aplicando medidas de política farmacéutica. Ver el capítulo dedicado a la prestación farmacéutica.

Gráfico 3-7 Ventas medias mensuales (miles de euros) por oficinas de farmacia y oficinas de farmacia por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014



Observaciones: La comunidades y ciudades autónomas están ordenadas de mayor a menor valor de la facturación. Las ventas medias corresponden a la facturación de recetas médicas del SNS con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas y del INGESA.

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

3.3 Actividad en hospitales y consultas externas[48]

3.3.1 Actividad médica, quirúrgica y obstétrica

En los hospitales del Sistema Nacional de Salud se producen unos 4,0 millones de altas al año, lo que supone el 77,3% de los 5,2 millones de altas que se producen en el sector hospitalario español.

Del mismo modo, en el Sistema Nacional de Salud se realizan 78,9 millones de consultas por los médicos especialistas (83,9% del total de las efectuadas en España), se atienden 20,7 millones de urgencias (77,7% del total del sector) y se practican 3,5 millones de intervenciones quirúrgicas, de las que más de 1,1 millones se realizan con Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

De cada 10 intervenciones quirúrgicas que se efectúan en España, 7 se hacen en alguno de los hospitales del SNS.

También se atienden en los hospitales del Sistema Nacional de Salud 8 de cada 10 partos, lo que supone 332.252 partos (78,8% del total), el 22,1% de los cuales son mediante cesárea. Para la totalidad del sector (público y privado) el porcentaje de cesáreas es del 25,4%.

Tabla 3-13 Actividad médica, quirúrgica y obstétrica en hospitales y centros de especialidades según dependencia, 2013-2014

	2013		2014 (e)	
	SNS	Total	SNS	Total
Altas (miles)	3.979,9	5.145,0	4.029,8	5.212,4
Altas/1000 hab.	85,4	110,4	86,8	112,2
Consultas (miles)	77.632,1	92.152,3	78.873,5	93.966,6
Consultas/1.000 hab.	1.666,2	1.977,9	1.697,9	2.022,8
Urgencias (miles)	20.518,0	26.297,7	20.740,1	26.685,2
Urgencias/1.000 hab.	440,4	564,4	446,5	574,5
Actos quirúrgicos (miles)	3.503,07	4.915,7	3.540,9	4.978,0
Actos quirúrgicos/1.000 hab.	75,2	105,5	76,2	107,2
Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) (miles)	1.129,4	1.522,6	1.138	1.532,3
Partos vaginales (número)	258.919	313.856	258.841	314.452
Cesáreas (número)	73.433	106.770	73.411	106.973
Total de Partos (número)	332.352	420.626	332.252	421.425
% Cesáreas	22,1	25,4	22,1	25,4

Observaciones: (e) datos estimados. Las cifras se han calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 68% de los hospitales con una cobertura del 72% de las camas en funcionamiento. En el total se incluyen los datos del sector público y privado.

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

[48] Los datos de atención especializada del año 2014 utilizados en la elaboración del apartado, son datos estimados no publicados, en el momento de la elaboración de este informe. Las cifras se ha calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 68% de los hospitales con una cobertura del 72% de las camas en funcionamiento.

Tabla 3-14 Altas por todas las causas de hospitalización por cada 1.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014

	Hospitales del SNS	Total hospitales
Andalucía	67,4	91,5
Aragón	104,0	125,5
Asturias	108,0	121,5
Baleares	76,3	129,1
Canarias	57,4	94,0
Cantabria	89,6	102,8
Castilla y León	99,4	118,3
Castilla-La Mancha	82,2	89,3
Cataluña	96,9	123,9
Comunidad Valenciana	88,5	109,6
Extremadura	101,9	111,4
Galicia	92,7	116,7
Madrid	81,3	119,0
Murcia	83,7	104,5
Navarra	100,0	123,5
País Vasco	123,3	151,4
La Rioja	94,5	112,0
Ceuta y Melilla	82,5	82,5
España	86,8	112,2

Observaciones: Datos estimados. En el total se incluyen los datos del sector público y privado.

Hospitales del SNS = hospitales de dependencia pública + hospitales con concierto sustitutorio + hospitales de la red de utilización pública + Mutuas colaboradores con la Seguridad Social.

Ceuta y Melilla solo tienen hospitales del Sistema Nacional de Salud.

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

En los hospitales del SNS, la frecuentación hospitalaria más alta es la del País Vasco con 123,3 altas por cada 1.000 habitantes, duplicando a la de Canarias (57,4 altas por cada 1.000 habitantes) donde se observa la frecuentación hospitalaria menor. Para la totalidad del sector hospitalario (hospitales públicos y privados), el País Vasco también ocupa la primera posición, con 151,4 altas por cada 1.000 habitantes y Castilla-La Mancha la menor con 89,3 altas por cada 1.000 habitantes. Ceuta y Melilla presentan 85,2 altas por cada 1.000 habitantes y solo cuentan con hospitales públicos.

3.3.2 Estancia media y estancia media preoperatoria

La estancia media de los pacientes ingresados en los hospitales del Sistema Nacional de Salud se sitúa en 7,8 días presentando una tendencia descendente (8,3 días, en el año 2010).

Tabla 3-15 Indicadores de actividad asistencial según dependencia, 2013 y 2014

	2013		2014(e)	
	Hospitales del SNS	Total hospitales	Hospitales del SNS	Total hospitales
Estancia media (días)	8,0	7,6	7,8	7,5
Índice de ocupación (%)	79,2	77,2	79,1	77,7
Índice de rotación	36,4	37,2	36,9	38,0
Porcentaje de 1ªconsultas /totales	32,8	35,1	32,3	34,4
Porcentaje de urgencias ingresadas	11,6	10,5	12,3	11,0
Presión de urgencias (%)	63,3	56,2	63,3	56,2

Observaciones: (e) datos estimados. Las cifras se han calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 68% de los hospitales con una cobertura del 72% de las camas en funcionamiento En el total se incluyen los datos del sector público y privado. Hospitales del SNS = hospitales de dependencia pública + hospitales con concierto sustitutorio + hospitales de la red de utilización pública + Mutuas colaboradores con la Seguridad Social.

Estancia media (días) = Estancias causadas / alta. Índice de ocupación = Estancias causadas x 100 / camas en funcionamiento x 365 (días). Índice de rotación = Enfermos dados de alta/camas en funcionamiento. Presión de urgencias = ingresos a través del Servicio de Urgencias / ingresos totales.

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

El índice de rotación[49] ha crecido en los últimos años, situándose en 36,9, mientras que en el año 2010 era de 35,1.

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

En los hospitales del SNS el rango de estancia media se sitúa entre los 10,8 días de Cataluña y los 5,9 días de Ceuta y Melilla. Si observamos a todos los hospitales, públicos y privados, la comunidad autónoma con mayores días de estancia media hospitalaria es Canarias con 9,8 días y la menor la Comunidad Valenciana con 5,7 días.

En los hospitales del Sistema Nacional de Salud se realizan 3,5 millones de actos quirúrgicos de los que más del 42% precisan hospitalización. La estancia media preoperatoria en los hospitales de agudos es 1,6 días, siendo inferior a 1 día (0,8) para las intervenciones programadas y precisando 3,2 días cuando el ingreso se ha producido por urgencias.

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

[49] Número de pacientes que han ocupado una cama a lo largo del año.

Tabla 3-16 Estancia media (días) por todas las causas de hospitalización, según comunidad autónoma, 2014

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

Observaciones: Datos estimados. En el total se incluyen los datos del sector público y privado.

Hospitales del SNS = hospitales de dependencia pública + hospitales con concierto sustitutorio + hospitales de la red de utilización pública + Mutuas colaboradores con la Seguridad Social.

Ceuta y Melilla solo tienen hospitales del Sistema Nacional de Salud.

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

3.3.3 Cirugía sin ingreso hospitalario

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

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

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

El 97,8% de las intervenciones de cataratas se realizan de forma ambulatoria sin necesidad de la hospitalización de los pacientes.

Tabla 3-17 Evolución de las intervenciones de cataratas, número total y proporción de procesos realizados con y sin hospitalización en el SNS, 2004-2013

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

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

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

Tabla 3-18 Tendencia de las intervenciones de hernia inguinal y amigdalectomía, número total y proporción de procesos realizados sin hospitalización en el SNS, 2004 y 2013

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

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Registro de Altas –CMBD de los hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud.

3.3.4 Calidad asistencial

3.3.4.1 Fractura de cadera en pacientes ingresados

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

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

3.3.4.2 Mortalidad intrahospitalaria post-infarto agudo de miocardio

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

Los datos en el Sistema Nacional de Salud sitúan en el año 2013 las muertes post-infarto agudo de miocardio en 7,3 por cada 100 altas con diagnóstico de infarto agudo de miocardio, con una tendencia claramente descendente: en 2008 era de 9,0 y en 2010 de 8,3.

3.3.4.3 Hospitalización potencialmente evitable

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

El 6,5% del total de altas en pacientes de 15 o más años de los hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud corresponden a patologías originadas por situaciones consideradas potencialmente evitables.

Los diagnósticos incluidos corresponden a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la insuficiencia cardiaca congestiva, la hipertensión arterial, la neumonía y la infección en el tracto urinario. Este grupo de patologías, por lo general de larga evolución, requieren de múltiples cuidados de salud, acciones orientadas a promover el autocuidado y una vigilancia y tratamiento preferentemente ambulatorio, proporcionado esencialmente en el ámbito de la atención primaria en coordinación con el nivel de atención especializada.

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

Tabla 3-19 Hospitalización potencialmente evitable en hospitales de agudos del SNS, 2013

	% sobre total de altas
Total	6,5
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1,7
Insuficiencia cardiaca congestiva	3,3
Hipertensión arterial	0,7
Neumonía	0,1
Infección del tracto urinario	1,2

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

3.3.5 Lista de espera en consultas externas y cirugía programada

La tasa de pacientes pendientes de una primera consulta en especialidades básicas se sitúa, en diciembre de 2014, en 39,4 por 1.000 habitantes, con un tiempo medio de espera de 65 días, lo que supone una disminución de 2 días respecto a diciembre de 2013.

Tabla 3-20 Situación de la lista de espera de consultas externas en el SNS según especialidades básicas, 2014

	Total primeras consultas y especialidades básicas		
	Número de pacientes pendientes por 1.000 hab.	% con fecha asignada > de 60 días	Tiempo medio de espera (días)
Ginecología	2,5	41,6	109
Oftalmología	6,9	44,6	82
Neurología	1,8	42,6	74
Traumatología	7,0	41,9	68
Digestivo	2,2	37,5	66
Dermatología	4,8	44,9	61
Cardiología	1,6	35,5	55
Urología	1,5	32,5	52
Cirugía General y Ap. Digestivo	1,4	22,1	51
O.R.L.	2,3	26,8	46
TOTAL	39,4	38,6	65

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

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

Tabla 3-21 Evolución de la lista de espera de consultas externas en el SNS, 2007-2014

	Pacientes por 1.000 hab.	% pacientes con cita > de 60 días	Tiempo medio de espera (días)
Diciembre 2014	39,4	39	65
Diciembre 2013	39,0	39	67
Diciembre 2012	42,2	36	59
Diciembre 2011	36,1	38	58
Diciembre 2010	33,0	35	53
Diciembre 2009	40,2	37	59
Diciembre 2008	37,5	37	59
Diciembre 2007	39,3	34	58

Observaciones: Los datos corresponden a 14 comunidades autónomas (15 desde 2012) e INGESA.

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

El Sistema Nacional de Salud hace seguimiento de la situación de las Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) a través de un sistema de información específico que, en el caso de la cirugía programada[50], ofrece a 31 de diciembre de 2014 los siguientes datos.

[50] Cirugía que no tiene carácter de urgente.

Tabla 3-22 Situación de la lista de espera quirúrgica en el SNS. Distribución por especialidades, 2014

Especialidades	Pacientes en espera estructural	Pacientes por 1.000 hab.	% > de 6 meses	Tiempo medio de espera (días)
Neurocirugía	9.794	0,2	22,0	158
Cirugía Plástica	14.085	0,3	18,4	131
Traumatología	137.955	3,1	15,2	111
Cirugía Pediátrica	13.150	0,3	13,4	103
Angiología /Cir. Vascular	13.404	0,3	11,0	96
Cirugía Maxilofacial	7.457	0,2	10,1	91
Cirugía General / Digestivo	95.908	2,1	7,8	83
Otorrinolaringología (ORL)	34.615	0,8	8,7	82
Cirugía Torácica	1.421	0,0	8,4	70
Cirugía Cardiaca	3.039	0,1	1,5	67
Oftalmología	109.596	2,4	4,4	67
Urología	34.722	0,8	4,8	65
Ginecología	21.731	0,5	2,9	58
Dermatología	15.043	0,3	1,6	53
TOTAL	511.923	11,4	9,3	87

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según el tiempo medio de espera.
Los datos corresponden a 17 comunidades autónomas e INGESA. Para un Servicio de Salud (Cataluña) los datos del total de LEQ han sido estimados a partir de los procesos seleccionados. El porcentaje de más de 6 meses y tiempo medio de espera corresponden a dichos procesos.
Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera en el SNS (SISLE-SNS).

La tasa de pacientes en lista de espera estructural[51] es de 11,4 pacientes por 1.000 habitantes. La cifra de pacientes que esperan más de 6 meses se sitúa en 9,3% y el tiempo medio de espera es de 87 días para el conjunto de pacientes, lo que supone 11 días menos que a 31 de diciembre de 2013.

Tabla 3-23 Evolución de la lista de espera quirúrgica en el SNS, 2004-2014

	% de pacientes con espera > de 6 meses	Tiempo medio de espera (días)
Diciembre 2014	9,3	87
Diciembre 2013	14,0	98
Diciembre 2012	16,5	100
Diciembre 2011	9,9	73
Diciembre 2010	5,4	65
Diciembre 2009	5,7	67
Diciembre 2008	6,7	71
Diciembre 2007	7,4	74
Diciembre 2006	7,1	70
Diciembre 2005	8,5	83
Diciembre 2004	8,4	78

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

La proporción de ciudadanos[52] que creen que en el último año el problema de las listas de espera ha empeorado o sigue igual es del 76,9%.

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

La opinión mayoritaria de los ciudadanos considera que el criterio clínico (84,4%), es la circunstancia principal o más importante a tener en cuenta para establecer el orden de las LEQ, ya sea por la gravedad particular del proceso o por la valoración general que tenga el médico del paciente, con una notable diferencia con otros motivos.

Tabla 3-24 Circunstancias para establecer el orden de la lista de espera quirúrgica, 2014

En pacientes con la misma enfermedad y necesidad de ser operados, *¿cuáles de las siguientes circunstancias cree Ud. que se deben tener en cuenta para establecer el orden de la lista de espera quirúrgica?*		
	2014	**Orden**
El criterio médico de prioridad o gravedad	87,1	1
Que el problema de salud repercuta en la autonomía del paciente para su propio cuidado	33,5	2
La fecha de entrada de los pacientes en la lista de espera	32,6	3
Que el problema de salud del paciente le impida trabajar	23,3	4
Que el problema de salud del paciente repercuta en el cuidado de las personas a su cargo	22,8	5
NS/NC	3,7	-

Observaciones: Máximo 3 respuestas. NS/NC = No sabe / No contesta.

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

3.4 Detección precoz de cáncer

La Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud (SNS) aprobada en 2006 y actualizada en 2009[53], recomienda las pruebas de detección precoz en determinados grupos de población, establece objetivos de cobertura y designa a la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE)[54] como fuente de datos para seguir la evolución de estos indicadores.

El cribado de cáncer de mama, colorrectal y de cérvix forman parte de la cartera común básica de servicios asistenciales del SNS[55]. Tanto la atención primaria como la atención especializada están involucradas en estos cribados.

Tabla 3-25 Recomendaciones sobre detección precoz de cáncer de la Estrategia en Cáncer del SNS, 2009

Detección precoz	Población objetivo	Prueba	Intervalo entre exploraciones	Objetivos de cobertura
Cáncer de mama	Mujeres de 50 a 69 años	Mamografía	2 años	Programa poblacional. Participación mínima recomendada del 70%
Cáncer de cuello de útero	Mujeres asintomáticas que sean o hayan sido sexualmente activas entre los 25 y 65 años	Citología cervical (Papanicolau)	3-5 años (algunas CCAA recomiendan la citología cada 3 años y otras cada 5)	70% mujeres 30-60 años con citología realizada en los últimos 5 años
Cáncer colorrectal	Población de 50 a 69 años (en una primera etapa)	Sangre oculta en heces	2 años	Programa poblacional. 50% en 2015

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en Cáncer del SNS.

[52] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario, 2014. En general ¿cree Ud. que durante los últimos doce meses, el problema de las listas de espera…? "Ha mejorado" (7,8%), "Ha empeorado" (38,9%), "Sigue igual" (38,0%), "No sabe/No contesta" (15,3%).

[53] En 2015 está en marcha la actualización de la Estrategia en Cáncer del SNS.

[54] La Encuesta Nacional de Salud de España es un estudio periódico realizado desde 1987 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que desde 2003 se realiza mediante convenio con el Instituto Nacional de Estadística (INE).

[55] Orden SSI/2065/2014 incluye en la cartera común básica de servicios asistenciales del SNS el cribado de cáncer de mama, colorrectal y de cérvix.

3.4.1 Detección precoz de cáncer de mama

Más de 3 de cada 4 mujeres se hacen la prueba de detección precoz del cáncer de mama en el plazo recomendado. El 77,1% del grupo de edad en que se recomienda la prueba (50 a 69 años) declara haberse hecho una mamografía en los últimos dos años, y otro 9,5% hace más de dos años pero menos de tres.

Hay diferencias entre comunidades autónomas, que reflejan la evolución histórica de los programas de detección precoz de cáncer. Destaca Navarra con la cobertura más alta, del 88,8%, seguida de Murcia (86,9%) y País Vasco (86,5%). Además, el 78,5% de las mujeres que se habían hecho una mamografía alguna vez en Navarra lo hicieron por haber sido convocadas por un programa de detección precoz, porcentaje que también es elevado en La Rioja (74,9%) y el País Vasco (71,6%).

Tabla 3-26 Mamografía según la frecuencia recomendada en mujeres de 50 a 69 años según comunidad autónoma, 2011/2012

	% mujeres de 50 a 69 años
Andalucía	66,3
Aragón	77,2
Asturias	75,9
Baleares	65,1
Canarias	76,6
Cantabria	76,9
Castilla y León	74,5
Castilla-La Mancha	80,9
Cataluña	83,7
Comunidad Valenciana	71,2
Extremadura	77,9
Galicia	83,3
Madrid	80,2
Murcia	86,9
Navarra	88,8
País Vasco	86,5
La Rioja	69,7
Ceuta	-
Melilla	-
España	77,1

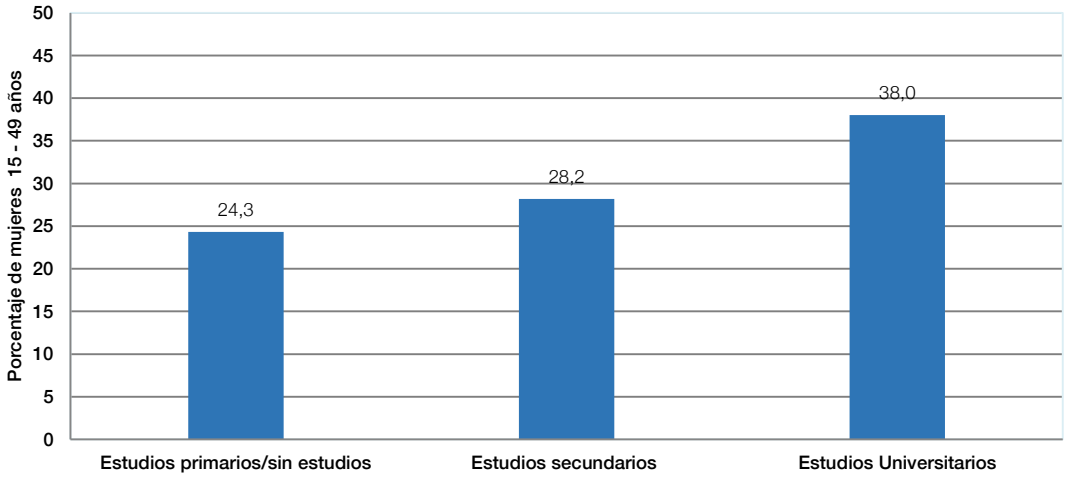
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España. Año 2011/2012. Detección Precoz de Cáncer. Serie informes monográficos nº 5.

Las tasas de mamografía son significativamente más bajas en las clases menos favorecidas. Se observan gradientes por clase social y por nivel de ingresos del hogar. El 85,1% de las mujeres de clase social I en edad de hacerse la mamografía declara habérsela hecho, frente al 68,9% en la clase VI. No se aprecian diferencias por nivel educativo.

En el grupo de mujeres 40 a 49 años, el 59,6% declara haberse hecho una mamografía alguna vez. Esto podría sugerir un exceso de pruebas en mujeres en quienes no está indicado el cribado universal sistemático (menores de 50 años). La prueba había sido mayoritariamente recomendada por el médico sin que hubiera un problema de salud previo (47,5% de las mamografías en este grupo de edad).

Esta posible sobre-indicación se acentúa en las clases altas (40,9% de las mujeres de 15 a 49 años en la clase social I frente 21,9% en la clase VI), en mujeres universitarias (38% frente al 24,3% de las que tienen estudios primarios o no tienen estudios).

Gráfico 3-8 Mujeres de 15 a 49 años que se han hecho una mamografía alguna vez en su vida según nivel de estudios, 2011/2012



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España. Año 2011/2012. Detección Precoz de Cáncer. Serie informes monográficos nº 5.

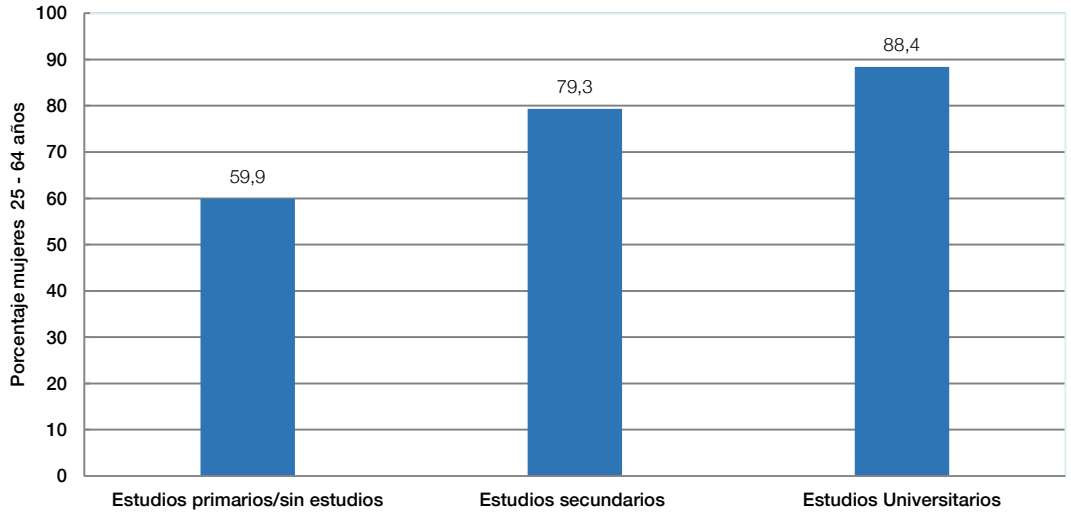
3.4.2 Detección precoz de cáncer de cuello de útero

El 78,8% de las mujeres de entre 25 y 64 años se han hecho una citología vaginal en los últimos 5 años, y el 71,1% en los últimos 3 años.

Por comunidades autónomas, en Canarias y en Cataluña se han alcanzado coberturas por encima del 85%.

La realización de citología cumpliendo los criterios recomendados se relaciona con la clase social (88,4% de las mujeres de clase I frente 68,6% de clase VI), el nivel de estudios (88,4% en universitarias frente al 59,9% en las que tienen estudios primarios o menos) y el nivel de ingresos del hogar (89,1% en el mayor quintil frente al 64,8% en el primero), a su vez relacionados entre sí.

Gráfico 3-9 Citología vaginal realizada en el periodo recomendado en mujeres de 25 a 64 años según nivel de estudios, 2011/2012



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España. Año 2011/2012. Detección Precoz de Cáncer. Serie informes monográficos nº 5.

Tabla 3-27 Citología vaginal realizada en el periodo recomendado en mujeres de 25 a 64 años según comunidad autónoma, 2011/2012	
	% mujeres de 25 a 64 años
Andalucía	66,6
Aragón	76,8
Asturias	71,7
Baleares	83,5
Canarias	87,2
Cantabria	67,7
Castilla y León	83,8
Castilla-La Mancha	75,7
Cataluña	86,6
Comunidad Valenciana	83,4
Extremadura	69,4
Galicia	72,7
Madrid	83,4
Murcia	74,8
Navarra	79,3
País Vasco	82,3
La Rioja	83,4
Ceuta	68,8
Melilla	48,9
España	78,8

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España. Año 2011/2012. Detección Precoz de Cáncer. Serie informes monográficos nº 5.

El principal motivo por el cual las mujeres de 15 y más años se realizaron la última citología fue por consejo médico (59,0%). Otro 15,1% acudió a través de programas institucionales de cribado (porque recibió una carta, le llamaron por teléfono o le dijeron en su centro de salud que si se quería hacer esta prueba) y el 11,1% por algún problema, síntoma o enfermedad. Este último motivo se concentró en las edades más avanzadas, mientras que el cribado institucional lo hizo en las edades intermedias.

3.4.3 Detección precoz de cáncer de colon

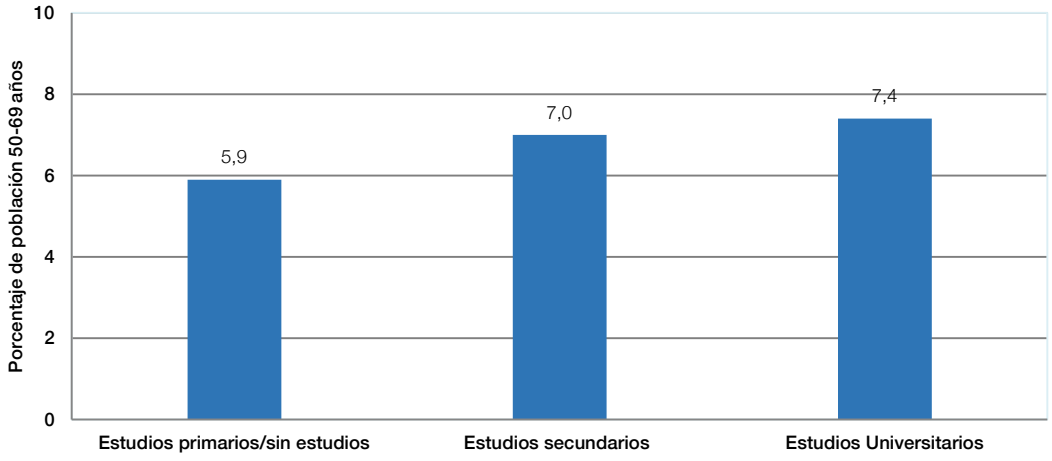
El 6,8% de la población de 50-69 años declara que le han realizado una prueba de sangre oculta en heces (PSOH) en los últimos dos años, sin diferencias por sexo ni estrato socioeconómico. En 2009 la cobertura de la prueba[56] había sido del 3,4% (4,4% en hombres y 2,4% en mujeres).

La cobertura es aún baja[57] en relación con los objetivos de la Estrategia Nacional de Cáncer. Los programas poblacionales de detección precoz de cáncer colorrectal, de implantación relativamente reciente, se extienden pero lentamente. La prueba de sangre oculta en heces es aún poco conocida entre la población en 2011/12, lo que podría haber producido una infradeclaración al ser preguntados en la encuesta de salud.

[56] En la Encuesta Europea de Salud en España (EES) del año 2009 se preguntó por primera vez por la prueba de detección de sangre oculta en heces (PSOH).

[57] Datos preliminares de la Encuesta Europea de Salud en España 2014, no publicados en el momento de elaboración de este informe, apuntan a un claro aumento de la cobertura.

Gráfico 3-10 Prueba de sangre oculta en heces realizada en el periodo recomendado en población de 50 a 69 años según nivel de estudios, 2011/2012



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España. Año 2011/2012. Detección Precoz de Cáncer. Serie informes monográficos nº 5.

Tabla 3-28 Motivo de la prueba de sangre oculta en heces más reciente en población de 50 a 69 años según sexo, 2011/2012

	Ambos sexos %	Hombres %	Mujeres %
Algún problema, síntoma o enfermedad	43,0	40,8	45,3
Consejo médico sin problema previo	23,3	24,6	22,0
Carta, llamada o propuesta de su Centro de Salud	25,9	25,4	26,3
Otras razones	7,8	9,2	6,5
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España. Año 2011/2012. Detección Precoz de Cáncer. Serie informes monográficos nº 5.

El motivo más frecuente (43,0%) para hacerse la prueba de sangre oculta en heces es por algún problema, síntoma o enfermedad tanto en hombres (40,8%) como en mujeres (45,3%). El cribado aconsejado por médico es el motivo declarado para hacerse la última prueba en el 23,3% de la población de 50 a 69 años (24,6% en hombres y 22,0% en mujeres), y el cribado institucional el 25,9%, similar en ambos sexos. No se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en los motivos que ocasionaron la realización prueba. Al menos la mitad de las PSOH se hicieron con fines de detección precoz.

3.5 Actividad en centros, servicios y unidades de referencia

Los Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) del SNS empezaron a designarse en el año 2009 con el objetivo de garantizar la equidad en el acceso a una oferta sanitaria de calidad, segura y eficiente a las personas con patologías que precisan un elevado nivel de especialización. El seguimiento anual de los CSUR, se efectúa mediante dos fuentes de información:

- Sistema de Información del Fondo de Cohesión (SIFCO), que permite analizar el seguimiento de los flujos de pacientes y los motivos de traslado a los CSUR, así como contribuir a la identificación de las patologías o procedimientos para cuya atención es preciso designar CSUR en el SNS. El Fondo de Cohesión Sanitaria utiliza como criterio de compensación la actividad del año anterior; la actividad del 2014 derivada a los CSUR se utilizará para la compensación de dicho fondo en el 2015.
- Sistema de Información para el seguimiento de los CSUR (SISCSUR), que se sustenta en el Registro de Pacientes que debe tener actualizado cada CSUR y permite hacer el seguimiento anual de los criterios de designación referidos a actividad y los indicadores de procedimientos y resultados con el fin de mejorar los estándares y detectar desviaciones en el funcionamiento de los CSUR. Como "estándar" se considera el criterio de designación referido a actividad que ha sido acordado por el Consejo Interterritorial del SNS.

Tabla 3-29 Actividad derivada a los centros, servicios y unidades de referencia desde otras comunidades autónomas, según año de realización de la actividad, 2009-2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL 2009-2014
CSUR designados	68	90	132	132	177	186	_
Asistencias derivadas	86	330	136	2.403	2.817	3.805	9.577

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

Tabla 3-30 Coste anual (millones de euros) de la compensación por el Fondo de Cohesión según año de compensación por Fondo de Cohesión Sanitaria, 2009-2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL 2009-2014
Coste en euros (millones)	-	2,6	5,6	3,8	33,4	40,2	85,5

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

Tabla 3-31 Actividad de los centros servicios y unidades de referencia

Patologías	Periodo con CSUR designado	CSUR	Procedimientos	Total actividad periodo	Media anual CSUR	Estándar anual
Quemados críticos	2009-2014	7	Ingresos	7.944	189	100
			Intervenciones quirúrgicas por quemaduras agudas	11.316	269	70
Reconstrucción pabellón auricular	2009-2014	2	Reconstrucción completa	89	11	10
			Reconstrucción parcial	499	62	50
Glaucoma congénito y glaucoma en la infancia	2009-2014	2	Intervenciones en ≤14 años	665	55	10
			Intervenciones en otros tipos complejos de glaucomas secundarios en ≤14 años	263	22	10
Alteraciones congénitas del desarrollo ocular	2009-2014	1	Cirugías de párpados en ≤14 años	147	25	50
			Enucleaciones y reconstrucciones en ≤14 años de la cavidad orbitaria	54	9	30
Tumores extraoculares en la infancia	2009-2014	3	Pacientes nuevos ≤14 con rabdomiosarcoma orbitario	21	1	1
Tumores intraoculares en la infancia	2009-2014	4	Pacientes nuevos ≤14 años	281	12	6
Tumores intraoculares del adulto	2009-2014	3	Pacientes nuevos >14 años	1.816	101	25
			Tratamientos de braquiterapia oftálmica en > 14 años	405	23	10
Descompresión orbitaria en oftalmopatía tiroidea	2009-2014	2	Descompresiones orbitarias	266	33	20
Tumores orbitarios	2009-2014	4	Cirugías de tumores de órbita	455	19	15
Retinopatía del prematuro avanzada	2009-2014	1	Vitrectomías en ≤14 años	121	20	40
Reconstrucción superficie ocular compleja. Queratoprótesis	2009-2014	10	Reconstrucciones ojos mediante trasplante de córnea, limbo, membrana amniótica y queratoprótesis	4.597	79	50
Irradiación total con electrones en micosis fungoide	2011-2014	1	Irradiaciones totales con electrones	37	9	3
Tratamiento de tumores germinales con quimioterapia intensiva	2009-2014	1	Pacientes nuevos evaluados por el equipo multidisciplinar para decisión terapéutica	53	9	5
Trasplante renal infantil	2009-2014	6	Trasplantes en ≤14 años	245	8	5
Trasplante hepático infantil	2009-2014	4	Trasplantes renales en ≤14 años	289	12	8
Trasplante hepático de vivo adulto	2009-2014	2	Trasplantes hepáticos de vivo	38	3	6
Trasplante pulmonar adulto e infantil	2009-2014	6	Trasplantes pulmonares	1.334	37	15
Trasplante cardiopulmonar de adultos	2009-2014	2	Trasplantes cardiopulmonares en >14 años	14	1	-
Trasplante cardiaco infantil	2009-2014	4	Trasplantes cardiacos en ≤14 años	63	4	-

Continúa ….

Continuación

Trasplante de páncreas	2009-2014	7	Trasplantes páncreas	380	10	6
Trasplantes intestino infantil y adulto	2009-2014	2	Trasplantes intestino en el año	47	4	-
Queratoplastía penetrante en niños	2009-2014	2	Queratoplastias penetrantes en ≤14 años	82	7	5
Trasplantes de progenitores hematopoyéticos alogénico infantil	2010-2014	9	Trasplantes de progenitores hematopoyéticos alogénico en ≤14 años	554	13	3
			Trasplantes de progenitores hematopoyéticos alogénicos adultos e infantiles	1.121	33	10
Trasplante renal cruzado	2011-2014	9	Trasplantes renales de vivo en el año	778	22	5
Osteotomía pélvica en displasias de cadera en el adulto	2010-2014	2	Osteotomías pélvicas en displasias de cadera en >14 años	144	14	15
Tratamiento de las infecciones osteoarticulares resistentes	2010-2014	5	Cirugías complejas en pacientes con infecciones osteoarticulares resistentes	4.075	163	72
Ortopedia infantil	2010-2014	7	Procedimientos complejos de ortopedia infantil en ≤14 años	5.868	183	30
			Procedimientos sencillos de ortopedia infantil en ≤14 años	9.560	299	100
Reimplantes, incluyendo la mano catastrófica	2010-2014	3	Alertas	564	43	40
			Reimplantes y/o revascularizaciones	318	25	15
			Procedimientos de microcirugía	1.242	96	30
Asistencia integral del neonato con cardiopatía congénita y del niño con cardiopatía congénita compleja	2001-2014	6	Procedimientos en ≤18 años	8.873	467	150
			Procedimientos en neonatos (≤30 días)	1.622	85	30
Asistencia integral del adulto con cardiopatía congénita	2001-2014	6	Procedimientos en >14 años	1.705	95	40
			Intervenciones de cirugía cardiaca	10.172	565	450
Cirugía reparadora compleja de válvula mitral	2001-2014	5	Reparaciones de válvula mitral	883	49	45
			Reparaciones complejas de válvula mitral	413	23	20
			Intervenciones de cirugía cardiaca	11.541	641	450
Cirugía reparadora del ventrículo izquierdo	2013-2014	2	Procedimientos de remodelado ventricular izquierdo	26	7	10
			Intervenciones de cirugía cardiaca	2.364	591	450
			Reparaciones de válvula mitral	174	44	20
			Intervenciones de cirugía coronaria	886	222	150
Cardiopatías familiares (incluye miocardiopatía hipertrófica)	2011-2014	8	Pacientes nuevos diagnosticados con cardiopatías familiares	3.239	120	75
			Familiares evaluados	7.242	268	150

Continúa ….

Continuación

Cirugía del plexo braquial	2013-2014	5	Cirugías del plexo braquial	348	35	10
			Cirugías en nervios periféricos	1.061	106	40
Epilepsia refractaraia	2011-2014	7	Cirugías de epilepsia refractaria	851	37	15
Cirugía de los trastornos del movimiento	2013-2014	6	Intervenciones quirúrgicas de estimulación cerebral profunda y/o lesiones ablativas en pacientes con trastornos del movimiento	674	56	25
Neuromodulación cerebral del dolor neuropático refractario	2011-2014	2	Procedimientos quirúrgicos de neuromodulación cerebral en pacientes con dolor neuropático refractario	66	8	5
Ataxias y paraplejías hereditarias	2011-2014	5	Pacientes nuevos con ataxias y paraplejías hereditarias	905	45	30
			Pacientes con ataxias y paraplejías hereditarias en seguimiento	4.294	215	100
Esclerosis múltiple	2013-2014	12	Pacientes con esclerosis múltiple	40.224	1.828	500
Atención al lesionado medular complejo	2013-2014	2	Pacientes ingresados	832	208	100
			Pacientes ≤18 años ingresados	55	14	5
			Pacientes tetrapléjicos ingresados	341	85	30
			Pacientes tetrapléjicos ingresados que precisaron soporte ventilatorio mecánico prolongado	94	24	10
			Pacientes incluidos en programa de reeducación de actividades de la vida diaria	808	202	40
			Pacientes incluidos en programa de adaptación domiciliara	762	191	40
			Pacientes a los que se ha adaptado el respirador portátil a la silla de ruedas	29	7	5
			Pacientes con soporte ventilatorio mecánico prolongado a los que se ha retirado el respirador	42	11	5
			Estudios de urodinamia	4.383	1.096	100
			Intervenciones quirúrgicas en pacientes con complicaciones vejiga neurógena	208	52	30
			Pacientes atendidos en sistemas robotizados de marcha asistida	188	47	40
			Estudios cinemáticos y/o cinéticos de la marcha	143	36	15
			Estudios de análisis de la distribución de las presiones entre el usuario y el cojín	349	87	35
			Pacientes atendidos en programa de tratamiento del dolor	322	81	20

Continúa ….

Continuación

			Dispositivos de perfusión continua intratecal de fármacos implantados	38	10	4
			Intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de úlceras por presión	335	84	20
			Pacientes para valoración o tratamiento de las alteraciones de la voz y la deglución	170	43	20
			Intervenciones quirúrgicas de cirugía ortopédica	217	54	20
			Pacientes en seguimiento psicológico y/o psiquiátrico	1.076	269	100
			Pacientes atendidos en programa de rehabilitación psico-sexual	196	49	20
			Pacientes atendidos por disfunción eréctil, disfunción eyaculatoria o evaluación seminal	375	94	20
Neurocirugía pediátrica compleja	2013-2014	5	Procedimientos neuroquirúrgicos pediátricos en ≤14 años complejos	658	66	15
			Procedimientos neuroquirúrgicos pediátricos en ≤14 años no complejos	1.505	151	150
			Cirugías por craneosipnostosis, excepto sindrómicas	193	19	15
			Cirugías por tumores cerebrales no complejos	99	10	15
			Cirugías de patología de líquido cefalorraquídeo	700	70	20
			Procedimientos espinales	100	10	15
Atención de la patología raquimedular	2013-2014	4	Cateterismos selectivos medulares	93	13	5
			Procedimientos quirúrgicos intramedulares realizados a pacientes con patología vascular raquimedular	17	2	5

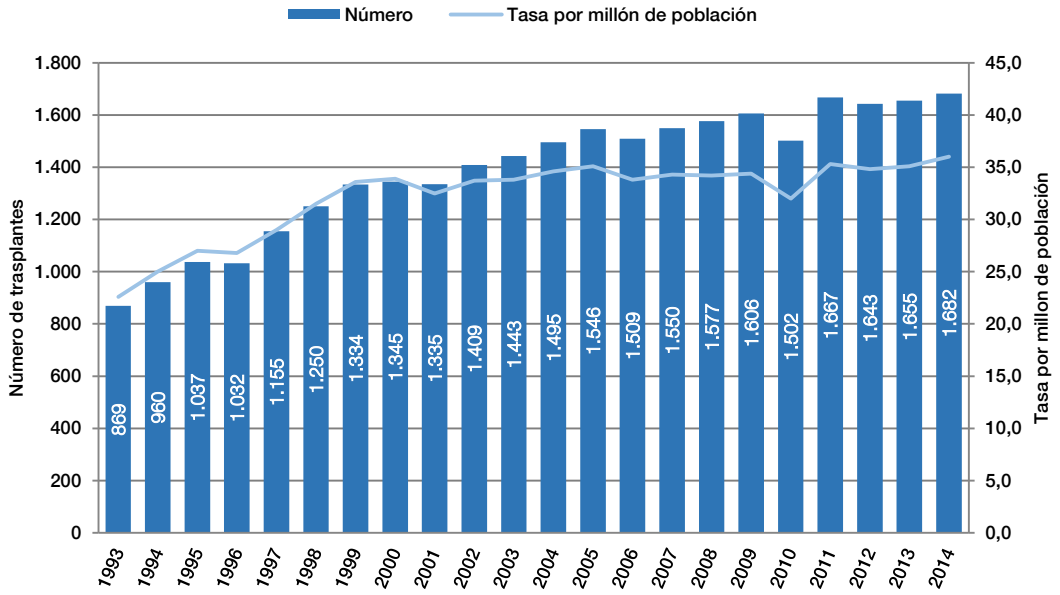
Fuente: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Cartera Básica de Servicios y Fondo de Cohesión.

3.6 Donación y trasplante de órganos

La tasa de donantes por millón de población se sitúa en 36, lo que supone, en valores absolutos, 1.682 donantes de órganos. La edad media de los donantes es de 59,6 años, siguiendo la tendencia ascendente de años anteriores, el grupo de mayores de 45 años ha pasado de ser un 59,0% en el año 2000 a un 82,6% en 2014. La distribución por sexo se mantiene similar a años previos, aproximadamente el 59,0% hombres y el 41% mujeres.

También se ha modificado el perfil de los donantes en cuanto a la causa de muerte: los accidentes cerebrovasculares han pasado de un 39,0% en 1992 a un 65,6%; los donantes fallecidos por traumatismo craneoencefálico secundario a accidente de tráfico suponen actualmente solo un 5,2% de los donantes, cuando en 1992 ascendían al 43,0%.

Gráfico 3-11 Evolución del número y tasa anual por millón de población de los donantes de órganos, 1993-2014



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

Entre las alternativas para aumentar el número de donantes de órganos está la donación a corazón parado o donación tras la muerte cardíaca. En los últimos años ha ido aumentando progresivamente, hasta suponer el 11,5% de los donantes totales (193 de 1.682).

Tabla 3-32 Distribución por comunidad autónoma de los trasplantes realizados, 2014

	Riñón	Hígado	Corazón	Pulmón	Páncreas	Intestino
Andalucía	453	205	34	26	18	
Aragón	78	33	10	--	--	--
Asturias	51	38	12	--	--	--
Baleares	49	--	--	--	--	--
Canarias	108	44	--	--	2	--
Cantabria	46	18	27	36	5	--
Castilla y León	117	44	10	--	8	--
Castilla-La Mancha	82	--	--	--	--	--
Cataluña	604	163	56	67	19	--
C. Valenciana	246	107	23	30	7	--
Extremadura	44	25	--	--	--	--
Galicia	141	86	20	26	2	--
Madrid	431	191	60	77	17	6
Murcia	54	39	9		3	--
Navarra	40	19	4		--	--
País Vasco	127	56	--	--	--	--
La Rioja	7	--	--	--	--	--
TOTAL	2.678	1.068	265	262	81	6

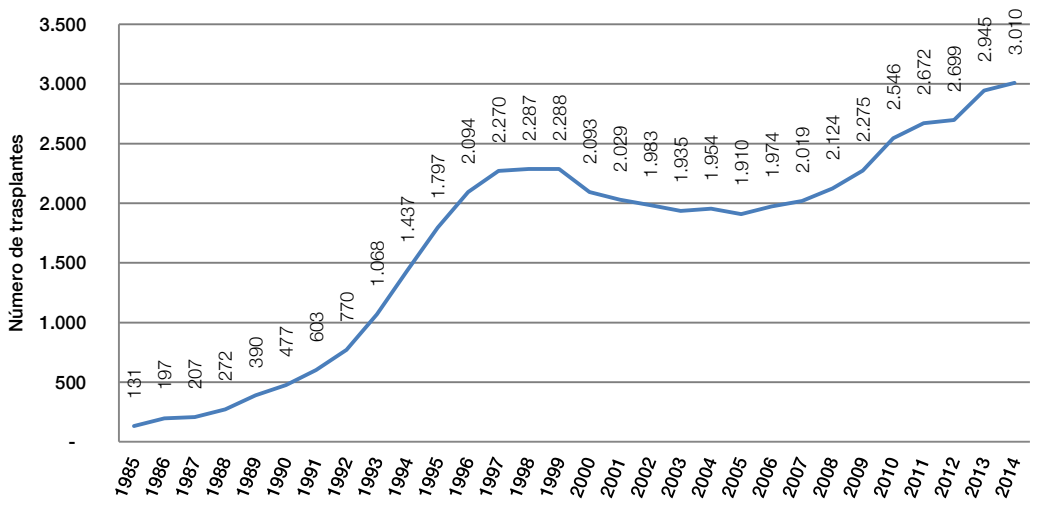
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Organización Nacional de Trasplantes (ONT).

3.6.1 Trasplante de progenitores hematopoyéticos

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

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

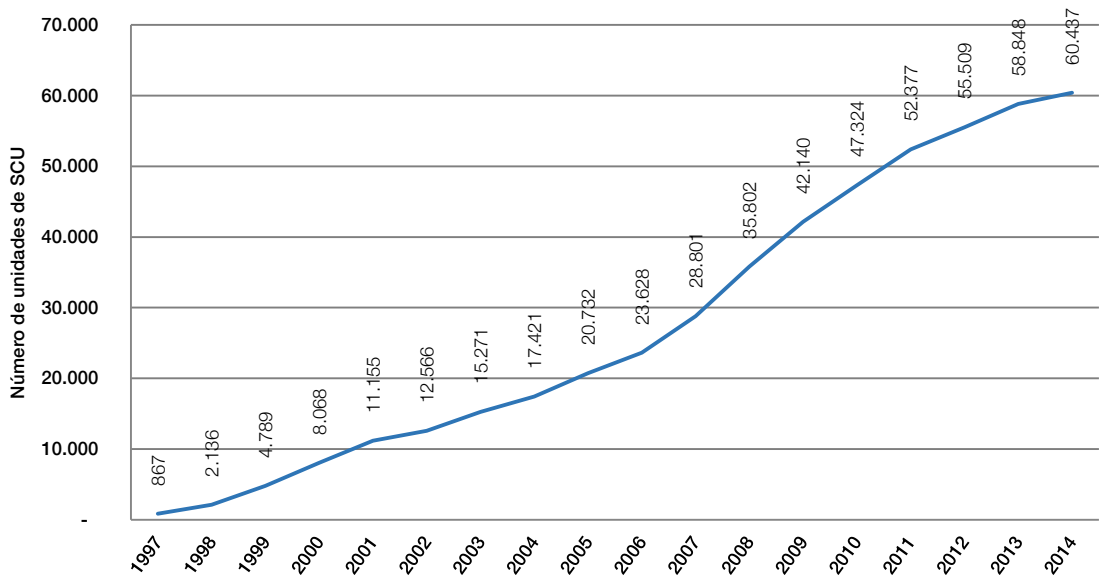
Gráfico 3-12 Tendencia del número de trasplante de progenitores hematopoyéticos, 1985-2014



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

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

Gráfico 3-13 Evolución del número de unidades de sangre del cordón umbilical, 1997-2014



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

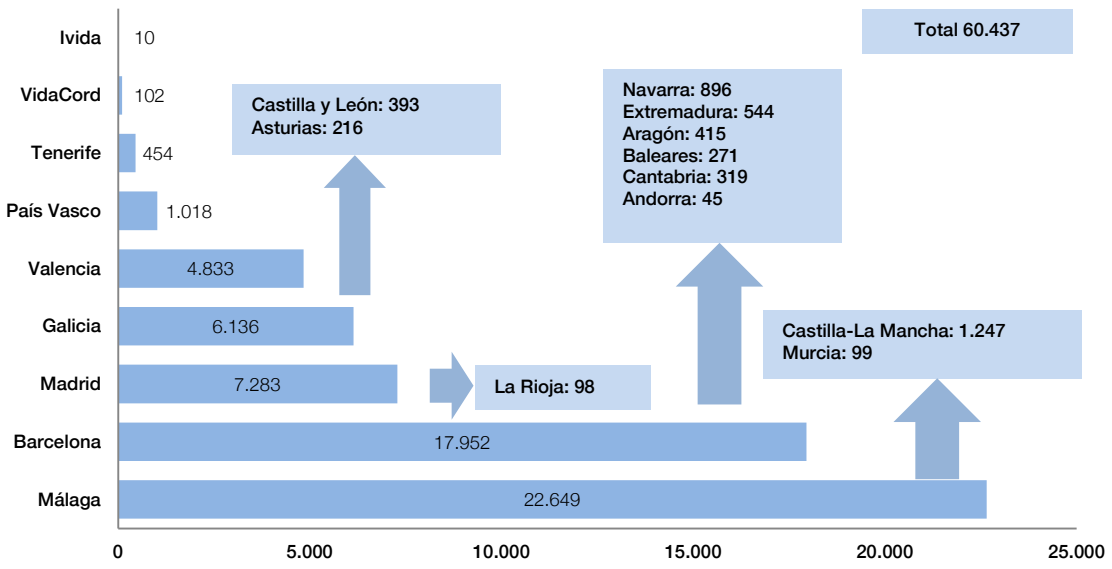
El Plan Nacional de SCU se inició en 2008 y en 2014 se ha alcanzado el objetivo de disponer 60.000 unidades de alta calidad almacenadas en los bancos públicos de España.

España en el segundo país en números absolutos de almacenamiento de SCU, el 10,0% de todas las unidades almacenadas en el Registro Internacional de donantes de Médula Ósea (BMDW) se encuentra en los bancos públicos españoles.

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

A finales del 2014 existían en el Registro Español de Donantes de Médula Ósea (REDMO) un total de 164.749 donantes registrados.

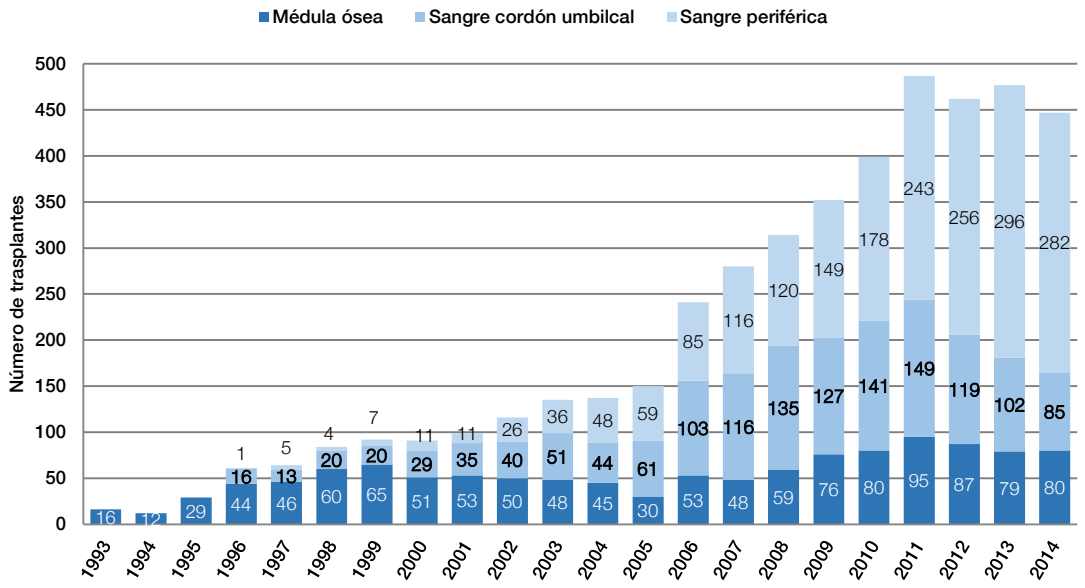
Gráfico 3-14 Distribución de las unidades de sangre del cordón umbilical almacenadas, 2014



Observaciones: Ivida y VidaCord son bancos privados de sangre de cordón umbilical autorizados en España.

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

Gráfico 3-15 Tendencia de la fuente de progenitores en el trasplante de progenitores hematopoyéticosalogénico no emparentado, 1993-2014



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

3.7 Medicina transfusional

La red transfusional[58] cuenta con 23 centros de transfusión y 400 servicios de transfusión, donde se registran más de 1,6 millones de donaciones voluntarias y altruistas, que supone un índice de donación de 36,2 donaciones por 1.000 habitantes.

En los últimos 30 años el índice de donación por 1.000 habitantes se ha incrementado en 16,2 puntos, pasando de 20,0 a 36,2 por 1.000 habitantes.

Tabla 3-33 Índice de donación por 1.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014

Andalucía	32,7
Aragón	34,0
Asturias	39,0
Baleares	34,8
Canarias	29,2
Cantabria	40,3
Castilla y León	42,1
Castilla-La Mancha	35,2
Cataluña	34,5
Comunidad Valenciana	35,4
Extremadura	43,1
Galicia	40,6
Madrid	38,8
Murcia	34,9
Navarra	38,4
País Vasco	42,1
La Rioja	33,6
España	**36,2**

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

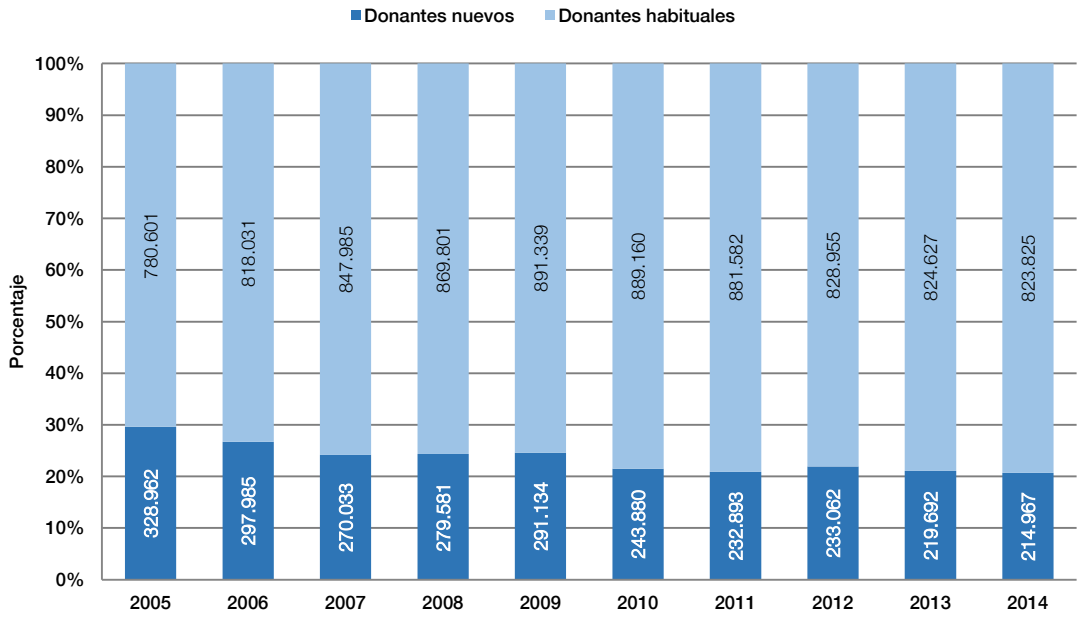
Estas donaciones proceden del acto solidario realizado por 1.038.792 donantes de sangre, que permiten mantener la autosuficiencia del país en componentes sanguíneos. En España, la donación es siempre voluntaria y no remunerada[59].

El número de donaciones ha hecho posible la transfusión de 1.883.000 de componentes y el envío a la industria de 367.235 litros de plasma para elaboración de derivados plasmáticos (factores de coagulación, inmunoglobulinas, albúmina) lo que supone haber multiplicado por 11,1 veces lo remitido en 1983.

[58] En España, en concordancia con las directrices emanadas de la Unión Europea, está en funcionamiento una estructura (artículo 36 del RD 1088/2005 de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión) denominada "Sistema Nacional para la Seguridad Transfusional (SNST)". El sistema está constituido por el Comité Científico para la Seguridad Transfusional (CCST), órgano de asesoramiento técnico que tiene como función "proponer las directrices sobre seguridad transfusional en el ámbito estatal"; por la Comisión Nacional de Hemoterapia, configurado como un órgano de coordinación autonómica y, en su caso, por las Comisiones Autonómicas de Hemoterapia y Comités Hospitalarios de Transfusión.

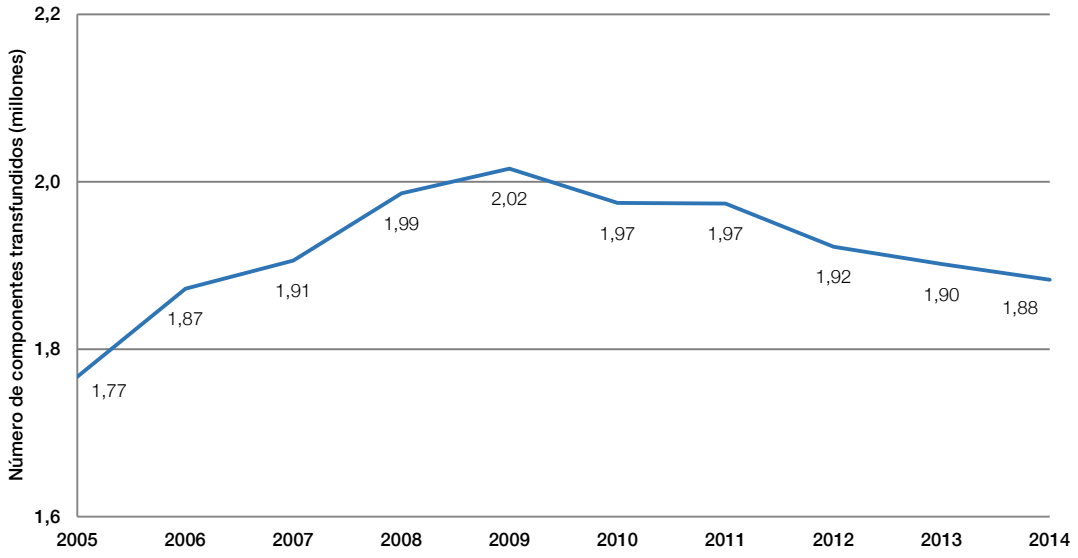
[59] Artículo 4 del RD 1088/2005 de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión.

Gráfico 3-16 Evolución de la proporción y número de donantes de sangre según sean nuevos o habituales, 2005-2014



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

Gráfico 3-17 Evolución del número (millones) de componentes sanguíneos transfundidos, 2005-2014



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

4 Ordenación Profesional y Formación Continuada

4.1 Registro Estatal de Profesionales Sanitarios

En julio de 2014 se publicó el Real Decreto 640, por el que se regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios, (REPS)[60] creado en el año 2012 por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril[61] . Su finalidad es facilitar la adecuada planificación de las necesidades de profesionales sanitarios del Estado y coordinar las políticas de recursos humanos del SNS.

En el REPS deben incorporarse datos de los profesionales sanitarios que ejerzan su actividad en el territorio nacional. Con carácter voluntario, pueden incorporarse los datos de profesionales sanitarios sin ejercicio, pero con autorización de residencia y trabajo, siempre que no estén inhabilitados o suspendidos.

El REPS contempla hasta veinte datos de los profesionales sanitarios que deben ser facilitados de forma obligatoria por distintos organismos, entidades y corporaciones, evitando cargas administrativas para el profesional. El profesional será informado de su incorporación al REPS pudiendo acceder a sus datos en todo momento y ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

El REPS debe, asimismo, garantizar el libre acceso a los datos de carácter público para los ciudadanos y entidades. Los datos públicos son:

- Nombre y apellidos.
- Titulación, incluida fecha de obtención.
- Especialidad, si existe, incluida fecha de obtención.
- Diploma de Área de Capacitación Específica, si existe, incluida fecha de obtención.
- Diploma de Acreditación y Diploma de Acreditación Avanzada, si existe, incluida fecha de obtención y revalidación.
- Lugar de ejercicio.
- Categoría profesional, para los profesionales con ejercicio público.
- Función: asistencial, no asistencial o sin ejercicio profesional.

[60] RD 640/2014, 25 de julio: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-8712

[61] RD-Ley 16/2012, de 20 de abril: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403_que_introduce_la Disposición adicional décima en la ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS

Tabla 4-1 Datos del Registro Estatal de Profesionales Sanitarios y entidades que remiten los datos	
Dato	**Organismo, entidad o corporación que remitirá el dato**
a) Número de incorporación al registro	MSSSI
b) Nombre y apellidos	Empleador, se comprobará con los archivos y ficheros de DNI y NIE del Ministerio de Interior
c) Número del Documento Nacional de Identidad (DNI) o Tarjeta de Identidad del Extranjero (TIE)	Empleador, se comprobará con los archivos y ficheros de DNI y NIE del Ministerio de Interior
d) Fecha de nacimiento	Empleador, se comprobará con los archivos y ficheros de DNI y NIE del Ministerio de Interior
e) Sexo	Empleador, se comprobará con los archivos y ficheros de DNI y NIE del Ministerio de Interior
f) Nacionalidad	Empleador, se comprobará con los archivos y ficheros de DNI y NIE del Ministerio de Interior
g) Medio preferente o lugar a efectos de comunicaciones	Empleador, podrá aportarse la dirección de correo electrónico corporativa. El profesional podrá modificarla en cualquier momento
h) Titulación	Ministerio de Educación, Cultura y Deporte
i) Especialidad en Ciencias de la Salud	Ministerio de Educación, Cultura y Deporte
j) Diploma en Áreas de Capacitación Específica	MSSSI
k) Diploma de Acreditación y Diploma de Acreditación Avanzada	Consejerías de Salud de las CCAA y entidades dependientes. INGESA
l) Situación profesional	Empleador
m) Ejercicio profesional	Empleador
n) Lugar de ejercicio	Empleador
o) Categoría profesional	Empleador
p) Función	Empleador
q) Desarrollo profesional.	Empleador
r) Colegiación profesional	Consejos y colegios profesionales
s) Cobertura de responsabilidad civil en cada uno de los ámbitos de ejercicio profesional	Empleador
t) Suspensión o inhabilitación para el ejercicio profesional	Empleador. Juzgados y Tribunales. Consejos y Colegios Profesionales
Fuente: Anexo II del RD 640/2014, de 25 de julio.	

4.2 Formación Sanitaria Especializada

4.2.1 La formación troncal

La publicación del Real Decreto 639/2014, de 25 de julio[62] ha supuesto plasmar la importante modernización de la organización y estructura de la Formación Sanitaria Especializada (FSE), que ha requerido múltiples trabajos entre el MSSSI y las comunidades autónomas, colegios profesionales, sociedades científicas y estudiantes de medicina. Por tanto, cuenta con un amplio consenso. El real decreto aborda:

[62] Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-8497

4.2.1.1 La troncalidad

Se define el tronco como *el conjunto de competencias nucleares y comunes a varias especialidades en ciencias de la salud, que se adquieren a través de un periodo de formación común, con una duración general de 2 años, aunque puede oscilar entre 18 y 30 meses.*

Las especialidades adscritas al régimen de formación especializada troncal tienen dos periodos sucesivos de formación: uno de carácter troncal y otro específico. En los programas formativos oficiales de estas especialidades deben definirse las competencias a adquirir durante estos dos periodos: competencias troncales y competencias específicas, respectivamente. Todos los programas formativos oficiales deben incluir competencias de carácter genérico o transversal, comunes a todas las especialidades en Ciencias de la Salud (CCSS), con las adaptaciones que requieran las diferentes titulaciones.

El plazo para la aplicación de la formación troncal se inicia tras la constitución de las Comisiones Delegadas de Tronco. Desde ese momento, en el plazo de dos años se deben aprobar los nuevos programas formativos de las especialidades troncales (periodo troncal y periodo específico), los criterios de evaluación de los especialistas y los requisitos de acreditación de las unidades docentes de los periodos troncal y específico. Tras su publicación, en 12 meses deben de estar acreditadas las unidades docentes y tras ello, el MSSSI determinará, previo informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (CRRHHSNS), la convocatoria anual en la que se incluirán por primera vez plazas del sistema troncal.

Las especialidades médicas y pluridisciplinares que no se adscriben al sistema formativo troncal son:

- Anatomía Patológica
- Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología
- Obstetricia y Ginecología
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Pediatría y sus Áreas Específicas
- Radiofarmacia
- Radiofísica Hospitalaria

Tabla 4-2 Troncos y especialidades adscritas	
Troncos	**Especialidades**
Médico	Alergología Anestesiología y Reanimación Aparato Digestivo Cardiología Endocrinología y Nutrición Farmacología Clínica Geriatría Hematología y Hemoterapia Medicina del Trabajo Medicina Familiar y Comunitaria Medicina Física y Rehabilitación Medicina Intensiva Medicina Interna Medicina Preventiva y Salud Pública Nefrología Neumología Neurofisiología Clínica Neurología Oncología Médica Oncología Radioterápica Reumatología
Quirúrgico	Angiología y Cirugía Vascular Cirugía Cardiovascular Cirugía General y del Aparato Digestivo Cirugía Oral y Maxilofacial Cirugía Ortopédica y Traumatología Cirugía Pediátrica Cirugía Plástica, Estética y Reparadora Cirugía Torácica Neurocirugía Urología
Laboratorio y Diagnóstico Clínico	Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica Genética Clínica Inmunología Clínica Microbiología y Parasitología
Imagen Clínica	Radiodiagnóstico Medicina Nuclear
Psiquiatría	Psiquiatría Psiquiatría del Niño y del Adolescente
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Anexo I del RD 639/2014, de 25 de julio.	

4.2.1.2 La reespecialización troncal

En las especialidades adscritas al sistema formativo troncal se podrá acceder a una nueva especialidad del mismo tronco que la especialidad inicial (reespecialización troncal) cursando solo el periodo de formación específica de la nueva especialidad. El MSSSI y las comunidades autónomas determinarán el cupo de plazas que integrará la oferta de reespecialización para las especialidades que se consideren necesarias dentro de las necesidades de planificación de especialistas. Este cupo será, como máximo, del 2% de las plazas ofertadas para la totalidad de las especialidades troncales de la convocatoria que corresponda.

4.2.1.3 Las Áreas de Capacitación Específica

Un Área de Capacitación Específica (ACE) abarca un conjunto de competencias, añadidas en profundidad o en extensión a las exigidas en el programa oficial de una o varias especialidades en Ciencias de la Salud (CCSS). Estas competencias avanzadas han de ser relevantes a nivel asistencial, científico, social y organizativo.

La solicitud de creación de un ACE podrá iniciarse por las consejerías de sanidad de las comunidades autónomas y el INGESA, o bien por una o varias comisiones nacionales de especialidad.

En el Real Decreto se crean cuatro ACE y las especialidades desde las que se puede acceder a ellas.

Tabla 4-3 Área de capacitación específica y especialidades de acceso

Área de Capacitación Específica (ACE)	Especialidades de acceso
Enfermedades infecciosas	Medicina Interna Microbiología y Parasitología Pediatría y sus Áreas Específicas Neumología
Hepatología avanzada	Aparato Digestivo Medicina Interna
Neonatología	Pediatría
Urgencias y emergencias	Medicina Interna Medicina Intensiva Medicina Familiar y Comunitaria Anestesiología y Reanimación

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Anexo II del RD 639/2014, de 25 de julio.

4.2.1.4 Las pruebas anuales de acceso a plazas de Formación Sanitaria Especializada

La oferta anual de plazas de Formación Sanitaria Especializada (FSE) se configura atendiendo a las propuestas de las comunidades autónomas, a las necesidades de especialistas y a las disponibilidades presupuestarias. El MSSSI, mediante informes previos del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS) y del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, fija la oferta de plazas acreditadas y dotadas económicamente que se incluyen en cada convocatoria. El MSSSI puede aplicar medidas correctoras a la oferta planteada por las comunidades autónomas mediante informe motivado que se presentará a la CRRHHSNS.

En cada convocatoria se publica el catálogo de plazas acreditadas y elegibles, con información sobre los centros y unidades docentes donde se ubican.

En el caso de las plazas elegibles de centros privados que ejerzan el derecho de conformidad de la aceptación del interesado por el centro privado, el aspirante debe haber obtenido un número de orden igual o menor al último adjudicatario de plaza de esa especialidad en el sector público. En el caso de las especialidades troncales, en cada convocatoria, se especificarán las plazas de tronco y aquellas en las que podrá cursarse el periodo específico.

El cupo máximo de plazas para ciudadanos extracomunitarios sin permiso de trabajo o residencia en España está establecido en un 10% para medicina, un 5% para farmacia y un 2% para enfermería.

Se exige un nivel mínimo de castellano C1 o C2 de la clasificación del Marco Común Europeo de referencia para lenguas, para todos los aspirantes nacionales de países cuya lengua oficial no sea el castellano.

Al menos el 7% del total de plazas ofertadas se reserva para personas con discapacidad. La compatibilidad de las condiciones físicas, psíquicas y sensoriales del adjudicatario se acreditará

mediante la superación del examen médico inicial que debe realizar el servicio de prevención de riesgos laborales del centro o unidad docente.

El peso específico de la prueba selectiva es superior al 90% de puntuación y se requiere una puntuación mínima en el examen que se determina en cada convocatoria. Hasta un 10% de la puntuación final valora los méritos académicos y profesionales de los aspirantes.

La elección de plaza se realiza de acuerdo con el orden decreciente de la puntuación final obtenida. En las especialidades troncales se elige, en una primera fase, tronco y unidad docente troncal y, en una segunda fase, tras la evaluación positiva del periodo troncal, especialidad troncal y unidad docente del periodo específico.

Se establecen medidas correctoras para garantizar la equidad, entre las que destaca que los adjudicatarios que no se hayan incorporado a la plaza o que hayan abandonado la formación en 2 ocasiones en 5 años consecutivos no podrán participar en las dos convocatorias siguientes a la última en la que fueron adjudicatarios.

4.2.1.5 La creación y modificación de títulos de especialista

Se crean dos nuevas especialidades: la especialidad médica de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, que se adscribe al Tronco de Psiquiatría y la especialidad pluridisciplinar de Genética Clínica, que se adscribe al Tronco de Laboratorio y Diagnóstico Clínico.

Se modifica el título de especialista en Farmacia Hospitalaria, que pasa a denominarse Farmacia Hospitalaria y de Atención Primaria. Asimismo, se fusionan las especialidades pluridisciplinares de Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica en una nueva especialidad, denominada Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica. Esta nueva especialidad se integra en el Tronco de Laboratorio y Diagnóstico Clínico.

4.2.2 Oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada de la convocatoria 2014/15

El número de plazas[63] de FSE, de la convocatoria 2014/15 asciende a 7.527, lo que supone una reducción del 3,3% respecto a la convocatoria previa; esta reducción de plazas es acorde con las necesidades de especialistas detectadas por las comunidades autónomas y las posibilidades presupuestarias.

Por primera vez, la oferta se publica en una Orden de convocatoria única para todas las titulaciones. También por primera vez, y con el objetivo de facilitar la elección de los aspirantes, las comisiones de docencia están obligadas a publicar los itinerarios formativos tipo, es decir, cómo se va a plasmar el desarrollo del programa oficial en la unidad docente. El cupo para extracomunitarios se limita al 4% en medicina y en una única vuelta, 3% en farmacia y 2% en enfermería.

[63] Orden SSI/1674/2014, de 10 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2014 para el acceso en el año 2015, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Enfermeros y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-9474

Tabla 4-4 Evolución de la oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada, 2009-2015							
	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	% variación 2014/15 – 2013/14
Medicina	6.948	6.874	6.707	6.389	6.145	6102	-0,7
Farmacia	304	298	309	273	278	264	-5,0
Química	31	20	19	22	12	15	25,0
Biología	39	41	52	39	43	30	-30,2
Psicología	131	136	141	128	130	127	-2,3
Radiofísica	34	34	34	31	29	30	3,4
Enfermería	611	848	1.002	963	955	959	0,4
TOTAL	8.098	8.251	8.264	7.845	7.784	7.527	-3,3

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

Tabla 4-5 Plazas ofertadas por titulación de la Convocatoria 2014/15				
	Oferta plazas residencia	Oferta plazas alumnado	Total oferta 2014/15	Reserva personas con discapacidad
Medicina	5.979	123	6.102	427
Farmacia	220	44	264	18
Química	15	--	15	1
Biología	30	--	30	2
Psicología	127	--	127	9
Radiofísica	30	--	30	2
Enfermería	959	--	959	67

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

4.2.3 Especialistas en formación

En España hay 29.546 especialistas en formación de las 58 especialidades en Ciencias de la Salud (CCSS), un 2% menos que en diciembre de 2013. En la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria se forman 6.384 residentes (21,6% del total), siendo la especialidad con más residentes en formación, seguida de Pediatría y sus Áreas Específicas (1.669) y de Medicina Interna (1.578).

El número de residentes por cada 100.000 habitantes es de 63,6, destacando las comunidades autónomas de Madrid y Navarra con 91,6 y 91,5 residentes por cada 100.000 habitantes, respectivamente. En números absolutos, Madrid es también la comunidad con mayor número de especialistas en formación, un 19,8% del total (5.839), seguida de Andalucía con el 16,1% (4.770) y Cataluña con un 15,4% (4.548).

Tabla 4-6 Residentes en formación, 2013 y 2014

Especialidad	2013	2014	Especialidad	2013	2014
Medicina Familiar y Comunitaria	6.544	6.384	Endocrinología y Nutrición	302	296
Pediatría y Áreas Específicas	1.666	1.669	Microbiología y Parasitología	274	271
Medicina Interna	1.525	1.578	Medicina Preventiva y Salud Pública	238	224
Anestesiología y Reanimación	1.309	1.279	Medicina del Trabajo	320	221
Cirugía Ortopédica y Traumatológica	1.072	1.110	Enfermería Pediátrica	200	211
Obstetricia y Ginecología	1.057	1.039	Geriatría	209	209
Psiquiatría	957	941	Oncología Radioterápica	196	203
Cirugía General y del Aparato Digestivo	904	892	Reumatología	198	193
Radiodiagnóstico	858	864	Neurocirugía	205	188
Enfermería Obstétrico-Ginecológica	887	823	Alergología	194	188
Cardiología	748	766	Angiología y Cirugía Vascular	188	171
Medicina Intensiva	752	748	Cirugía Plástica Estética y Reparadora	171	168
Oftalmología	668	655	Bioquímica Clínica	189	166
Farmacia Hospitalaria	594	579	Medicina Educación Física y Deporte	186	159
Aparato Digestivo	554	561	Cirugía Oral y Maxilofacial	164	144
Psicología Clínica	540	534	Neurofisiología Clínica	137	139
Oncología Médica	474	502	Medicina Nuclear	148	133
Neurología	487	484	Cirugía Cardiovascular	128	111
Hematología y Hemoterapia	465	462	Cirugía Pediátrica	108	100
Urología	464	462	Inmunología	99	97
Enfermería Familiar y Comunitaria	338	461	Radiofísica Hospitalaria	98	94
Neumología	424	414	Farmacia Industrial y Galénica	86	84
Enfermería de Salud Mental	367	360	Cirugía Torácica	84	72
Nefrología	353	350	Medicina Legal y Forense	119	51
Medicina Física y Rehabilitación	344	341	Farmacología Clínica	50	47
Anatomía Patológica	317	325	Enfermería del Trabajo	21	45
Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología	316	320	Enfermería Geriátrica	130	25
Análisis Clínicos	319	305	Radiofarmacia	41	16
Otorrinolaringología	315	304	Hidrología Médica	34	8
Total residentes en formación				30.135	29.546

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor en 2014. Datos a 31 Diciembre 2013 y 2014.

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

Tabla 4-7 Residentes por comunidad autónoma, 2014		
	Número	Residentes por cada 100.000 hab.
Andalucía	4.770	56,8
Aragón	933	70,2
Asturias	719	68,2
Baleares	530	47,2
Canarias	1.068	50,4
Cantabria	460	78,4
Castilla y León	1.644	66,2
Castilla-La Mancha	1.057	51,1
Cataluña	4.548	61,5
Comunidad Valenciana	2.820	57,0
Extremadura	620	56,7
Galicia	1.415	51,7
Madrid	5.839	91,6
Murcia	985	67,3
Navarra	582	91,5
País Vasco	1.330	61,4
La Rioja	185	58,9
Ceuta	22	26,0
Melilla	19	22,7
TOTAL	29.546	63,6

Observaciones: Datos a diciembre 2014.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Ordenación Profesional. Población INE julio 2014: http://www.ine.es/prensa/np884.pdf

4.2.4 Acreditación de centros, unidades y dispositivos docentes

Al finalizar 2014 se cuenta con 3.242 unidades docentes acreditadas, con una capacidad de 9.643 plazas (20,8 por cada 100.000 habitantes); de ellas 215 corresponden a Unidades Docentes Multiprofesionales (UDM), donde se forman conjuntamente residentes de especialidades a las que se accede con distinta titulación, pero que se desarrollan en campos asistenciales afines. Aunque el número de unidades docentes se incrementa en 2014, el número de plazas acreditadas (capacidad docente) se reduce ligeramente, debido principalmente a la revisión de la acreditación que se lleva a cabo para transformar las tradicionales unidades docentes de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), Obstetricia y Ginecología, Medicina Familiar y Comunitaria o Medicina del Trabajo en UDM.

Tabla 4-8 Evolución del número de unidades docentes acreditadas, 2009-2014		
	Total UUDD acreditadas	UDM acreditadas
2014	3.242	215
2013	3.235	192
2012	3.223	164
2011	3.196	137
2010	3.174	65
2009	3.168	7

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

Tabla 4-9 Evolución del número de plazas acreditadas por comunidad autónoma, 2012-2014

	2012	2013	2014	Ratio plazas acreditadas x 100.000 hab.
Andalucía	1.504	1.520	1.519	18,1
Aragón	343	343	343	25,8
Asturias	239	248	248	23,5
Baleares	175	175	175	15,6
Canarias	332	339	339	16,0
Cantabria	136	136	136	23,2
Castilla y León	647	650	645	26,0
Castilla-la Mancha	452	453	453	21,9
Cataluña	1.509	1.597	1.586	21,4
Comunidad Valenciana	877	880	880	17,8
Extremadura	190	193	193	17,6
Galicia	490	494	523	19,1
Madrid	1.576	1.579	1.558	24,4
Murcia	313	353	353	24,1
Navarra	173	173	173	27,2
País Vasco	442	447	447	20,6
Rioja	54	54	54	17,2
Ceuta	11	11	11	13,0
Melilla	7	7	7	8,4
Total	9.470	9.652	9.643	20,8

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Ordenación Profesional. Población INE julio 2014: http://www.ine.es/prensa/np884.pdf

A lo largo de 2014 se realizan 15 auditorías de centros docentes acreditados para la formación sanitaria especializada en ciencias de la salud, con el apoyo de equipos de auditoría vinculados con las comunidades autónomas.

Tabla 4-10 Auditorías de hospitales - centros docentes acreditados para la formación sanitaria especializada en ciencias de la salud, 2014

Hospital/Centro	Localidad	Comunidad
Hospital Costa del Sol	Marbella	Andalucía
Hospital Universitario Virgen de la Macarena	Sevilla	
Hospital Universitario Miguel de Servet	Zaragoza	Aragón
Hospital General de Castellón	Castellón	Comunidad Valenciana
Hospital General de Elda	Elda	
Hospital General Universitario de Valencia	Valencia	
Complejo Hospitalario Universitario de Toledo	Toledo	Castilla–La Mancha
Hospital Virgen de la Luz	Cuenca	
Hospital de Tortosa Verge de la Cinta	Tortosa	Cataluña
Hospital General de L'Hospitalet-Consorci Sanitari Integral	L'Hospitalet de Llobregat	
Hospital Universitario de Tarragona Juan XXIII	Tarragona	
Hospital Vall D'Hebron	Barcelona	
Hospital Virgen del Puerto	Plasencia	Extremadura
Fundación Jimenez Díaz	Madrid	Madrid
Hospital Universitario La Paz	Madrid	

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

También se realizan tres auditorías de unidades docentes, que permiten la evaluación del cumplimiento del programa formativo de enfermería obstétrico ginecológica en las unidades que se recogen a continuación:

Tabla 4-11 Auditorías de unidades docentes acreditadas para la formación sanitaria especializada de enfermería obstétrica ginecológica, 2014

Unidad Docente	Localidad	Comunidad Autónoma
Sevilla	Sevilla	Andalucía
Málaga	Málaga	
Tenerife	Tenerife	Canarias

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

Por otra parte, se evalúan documentalmente 62 hospitales acreditados como centros docentes para la formación sanitaria especializada en ciencias de la salud en relación con el cumplimiento de los criterios establecidos en el RD 183/2008[64], de 8 de febrero mediante certificación documental del cumplimiento de los criterios establecidos. En algunos casos se trata de centros docentes con menos de 3 unidades docentes acreditadas, lo que supone un número reducido de especialistas en formación y, en otros casos, se trata de evaluación de los planes de mejora que se solicitan a los hospitales – centros docentes auditados con anterioridad.

Tabla 4-12 Evaluaciones documentales de hospitales y centros docentes acreditados para la formación sanitaria especializada en ciencias de la salud, 2014

Hospital	Localidad	Comunidad Autónoma
Hospital Comarcal de Antequera	Antequera	Andalucía
Hospital San Juan de Dios Aljarafe	Bormujos	
Hospital Universitario Virgen de las Nieves	Granada	
Hospital Universitario San Cecilio	Granada	
Hospital Infanta Elena	Huelva	
Hospital Juan Ramón Jiménez	Huelva	
Hospital Universitario Virgen de la Victoria	Málaga	
Hospital Universitario Carlos Haya	Málaga	
Hospital Axarquía	Málaga	
Hospital San Jorge	Huesca	Aragón
Hospital Royo Villanova	Zaragoza	
Hospital San Agustín	Avilés	Asturias
Hospital Universitario Central	Oviedo	
Hospital de Manacor	Manacor	Baleares
Hospital Son Espases	Palma de Mallorca	
Complejo Hospitalario Universitario Insular- Materno Infantil	Las Palmas de Gran Canaria	Canarias
Complejo Hospitalario Universitario Dr. Negrín	Las Palmas de Gran Canaria	
Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria	Sta. Cruz de Tenerife	
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	Santander	Cantabria
Complejo Asistencial de Burgos	Burgos	Castilla y León
Hospital el Bierzo	Ponferrada	
Hospital General La Mancha Centro	Alcázar de San Juan	Castilla- La Mancha
Hospital General de Ciudad Real	Ciudad Real	

Continúa …

[64] RD 183/2008, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

Continuación ...

Centre d'Oftalmología Barraquer	Barcelona	Cataluña
Hospital Universitario Dexeus	Barcelona	
Hospital Sant Joan de Deu	Esplugues de Llobregat	
Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta	Girona	
Hospital Arnau de Vilanova	Lérida	
Hospital de Palamós	Palamós	
Corporación Sanitaria Parc Tauli	Sabadell	
Hospital de l'Esprit Sant	Santa Coloma de Gramanet	
Consorci Sanitari de Terrassa	Terrassa	
Hospital de Tortosa Virgen de la Cinta	Tortosa	
Hospital Virgen de los Lirios	Alcoy	Comunidad Valenciana
Hospital General Universitario de Alicante	Alicante	
Complejo Hospitalario Provincial de Castellón	Castellón	
Hospital de Denia Marina Salud	Denia	
Hospital Francesc de Borja	Gandía	
Hospital Universitario Sant Joan de Reus	Reus	
Hospital Universitario Sant Joan	San Juan	
Hospital Arnau de Vilanova	Valencia	
Hospital Doctor Peset	Valencia	
Hospital Clínico Universitario de Valencia	Valencia	
Hospital Universitario la Fe	Valencia	
Hospital de Sagunto	Valencia	
IVO (Instituto Valenciano de Oncología)	Valencia	
Hospital Marina Baixa	Villajoyosa	
Hospital Lluis Alcanyis	Xátiva	
Complejo Hospitalario Universitario Badajoz	Badajoz	Extremadura
Hospital Universitario San Pedro de Alcántara	Cáceres	
Hospital de Mérida	Mérida	
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Hospital do Mexoeiro)	Vigo	Galicia
Policlínico de Vigo, S.A. POVISA	Vigo	
Grupo Hospital Madrid	Madrid	Madrid
Hospital Monográfico de Traumatología, Cirugía y Ortopedia Asepeyo	Madrid	
Hospital la Moraleja	Madrid	
Hospital Universitario de la Princesa	Madrid	
Hospital Universitario Ramón y Cajal	Madrid	
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca	Murcia	Murcia
Complejo Hospitalario Navarra	Pamplona	Navarra
Fundación Oncológica San Sebastián	San Sebastián	País Vasco
Hospital Donostia	San Sebastián	

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

4.3 Reconocimiento de las cualificaciones de las profesiones sanitarias

Durante el año 2014 se reconocen 584 títulos de profesionales sanitarios que son obtenidos en otros países de la Unión Europea[65] . Por países de origen, el mayor número de reconocimientos del título de médico corresponde a Italia (79), seguidos de Alemania (28). Se reconocen 98 títulos de enfermeras responsables de cuidados generales, principalmente de Portugal (31) e Italia (11). La mayoría de los títulos de Odontología han sido obtenidos en Italia (12).

[65] RD 1837/2008: http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/recoTitulosEuro/home.htm

Del mismo modo durante 2014 se reconocen 119 títulos de especialista en CCSS obtenidos en países extracomunitarios[66]. Los países con mayor número de títulos reconocidos son Cuba (49) y Argentina (30). Las especialidades con mayor número de reconocimientos son Anestesiología y Reanimación y Medicina Familiar y Comunitaria, con 34 y 33 títulos reconocidos respectivamente.

4.4 Medidas en materia de recursos humanos del SNS

4.4.1 Estrategia frente a agresiones a profesionales del SNS

En junio de 2014 la Comisión de Recursos Humanos del SNS (según Mandato de la Moción del Senado del 13/9/2012) aprobó el Estudio de Ámbito Nacional sobre las Agresiones a Profesionales, previamente a su presentación ante el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS. En su elaboración se ha contado con la participación tanto de CCAA, como Colegios Profesionales, Sindicatos y Asociaciones de pacientes y usuarios.

Entre otros datos, revela que en el periodo estudiado (entre 2008 y 2012), más de 30.000 profesionales en centros sanitarios sufrió algún tipo de agresión, verbal o física, en España. Las agresiones se produjeron tanto en centros de atención primaria, con un 51% de los casos, como en hospitales, y el 72% de las víctimas fueron mujeres.

El estudio, además de analizadas las causas, tendencia y dimensiones del problema, incluye una serie de recomendaciones (12) para la posible solución de este problema social, proponiendo su abordaje desde una perspectiva global que contemple medidas normativas, organizativas, de seguridad, formativas e informativas y tenga como destinatarios tanto a los profesionales como a los usuarios del SNS. El objetivo último es llegar a establecer una cultura de *tolerancia cero* ante las agresiones a profesionales en el SNS.

Este enfoque integrado y participativo necesita la implicación y colaboración de todos los agentes implicados: administraciones, responsables de organizaciones sanitarias, servicios de prevención de riesgos laborales, colegios profesionales, universidades, fundaciones, cuerpos y fuerzas de la seguridad del Estado, ministerio fiscal, así como de los propios profesionales y usuarios del SNS. La investigación de las *causas* de las agresiones, la identificación de los *puntos críticos*, la elaboración de un *mapa de riesgo*, la *información y formación* de los profesionales y la *sensibilización* social ante el problema, junto con la mejora de la información para su conocimiento y control, se consideran aspectos importantes.

En este mismo sentido el Consejo Interterritorial del SNS acuerda promover el reconocimiento de la condición de *autoridad pública* al personal que preste servicio en instituciones adscritas o dependientes de los servicios del Sistema Nacional de Salud. Para ello, el Ministerio de Sanidad va a colaborar con el Ministerio de Justicia con el objetivo de que, en caso de conflicto, el testimonio de los profesionales del SNS tenga *presunción de veracidad*.

4.4.2 Estudio de los criterios comunes a aplicar en el SNS para retribuir a los especialistas en formación para el acceso a Áreas de Capacitación Específica

En abril de 2014 se constituye un Grupo de Trabajo cuyo objetivo es analizar los aspectos retributivos y las situaciones administrativas del personal en formación de estas nuevas figuras de la formación sanitaria especializada: las Áreas de Capacitación Específica (ACEs) y la vía de reespecialización, y tratar de consensuar unos criterios comunes de aplicación a todo el SNS, que deben llevarse al Ámbito de Negociación y que probablemente requieran la modificación del

[66] RD 459/2010: http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/recoTitulosExtra.htm

Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.

Según el R.D. 1146/2006 de 6 de octubre por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, se acuerda proponer una modificación en la cuantía porcentual que se fija, respecto al sueldo base, para determinar el complemento de grado de formación para el personal en formación.

Se propone también considerar que el personal estatutario fijo que quede en situación de servicios especiales por acceder a una plaza de formación sanitaria especializada, tiene derecho, en su caso, al percibo de trienios, y, mientras se encuentre en esta situación, al cómputo del tiempo a efectos de antigüedad y de carrera profesional (Ley 55/2003 de 16 de diciembre del Estatuto Marco).Esta propuesta de modificación normativa ha de llevarse a la mesa de negociación Ámbito de Negociación- y debe ser sometida a la Comisión Técnica Delegada y a la Comisión de Recursos Humanos del SNS, de forma previa a su tramitación como real decreto.

4.5 Formación Continuada de los Profesionales Sanitarios

Los principales objetivos del Pleno de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias (CFCPS) en 2014 se centran en mejorar la coordinación con los entes acreditadores autónomos a través de la página web del MSSSI[67] y en la articulación de relaciones con entidades acreditadoras de ámbito europeo.

Se reconocen los créditos *European CME Credits (ECMECs)*, otorgados por la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMs) como válidos para el DPC de los médicos especialistas españoles estableciendo su equivalencia en créditos concedidos por el sistema acreditador de la CFCPS[68].

El Sistema Acreditador recibe 49.207 actividades para su valoración como formación continuada, de los cuales se acreditan un 95,9%. Las actividades de formación continuada acreditadas dirigidas a Graduados incluye a médicos, farmacéuticos, dentistas, veterinarios, fisioterapeutas, enfermeros, terapeutas ocupacionales, podólogos, óptico-optometristas, logopedas, nutrición humana (dietista nutricional). Las actividades dirigidas a Técnicos de Grado Superior incluyen las de anatomía patológica y citología, de dietética, de documentación sanitaria, de higiene bucodental, de imagen para el diagnóstico, de ortoprotésico, de prótesis dental, de radioterapia, de salud ambiental y de audioprótesis. En las actividades de Técnicos de Grado Medio se incluyen a los de cuidados auxiliares de enfermería, auxiliares de farmacia y a los de emergencias sanitarias. Por último, en otros se incluyen las actividades de biólogos, químicos, bioquímicos, físicos y psicólogos especializados en Ciencias de la Salud.

Tabla 4-13 Porcentaje de actividades acreditadas para la formación continuada según el nivel académico, 2014

Graduados	47,19
Técnicos de Grado Superior	3,54
Técnicos de Grado Medio	8,53
Multidisciplinares	40,11
Otros	0,50

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

[67] www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/formacionContinuada/home.htm

[68] La Decisión 1720/2006/EC, por la que se establece el programa de aprendizaje a lo largo de la vida adoptado por el Parlamento y el Consejo Europeo, junto con el Plan de trabajo de 2013 para el Segundo Programa de Acción Comunitaria en el ámbito de la salud (Diario Oficial de la Unión Europea 2012/C/378/07) tiene como una de sus acciones la búsqueda de buenas prácticas entre sistemas de acreditación del Desarrollo Profesional (DP) para facilitar la movilidad transfronteriza

5 Prestación farmacéutica

La prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud (SNS) 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.

Esta prestación se rige por lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio[69], por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

En el caso de pacientes no hospitalizados, incluye la indicación, prescripción y dispensación de los siguientes productos:

- Los medicamentos para los que, de acuerdo con la normativa vigente, se resuelva su financiación y condiciones de dispensación en el (SNS) y que hayan sido autorizados y registrados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios o de acuerdo con lo dispuesto por las normas europeas que establecen los procedimientos comunitarios para la autorización y control de los medicamentos de uso humano.
- Los productos sanitarios que dispongan del correspondiente marcado de conformidad europea (CE) y para los que, de acuerdo con la normativa vigente, se resuelva su financiación y condiciones de dispensación en el SNS.
- Las fórmulas magistrales y los preparados oficinales elaborados por las oficinas de farmacia de acuerdo con lo establecido en el Formulario Nacional y que cumplan las normas de la Real Farmacopea Española, así como la normativa vigente sobre las normas para su correcta elaboración y control de calidad, en las condiciones pactadas en los correspondientes conciertos suscritos entre las administraciones sanitarias autonómicas y las oficinas de farmacia.
- Las vacunas individualizadas antialérgicas y las vacunas individualizadas bacterianas, preparadas con agentes inmunizantes, a concentración y dilución específica en base a la correspondiente prescripción facultativa para un paciente determinado, de acuerdo con la normativa vigente.

En el caso de pacientes hospitalizados, la prestación farmacéutica incluye los productos farmacéuticos que necesiten los pacientes de acuerdo a lo establecido en la cartera de servicios comunes de atención especializada.

Para la dispensación a través de oficinas de farmacia de los medicamentos y demás productos incluidos en la prestación farmacéutica, se ha de efectuar la prescripción en la receta médica oficial u orden de dispensación del SNS.

5.1 Medicamentos y productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del SNS

Los medicamentos y productos sanitarios deben ser incluidos en la financiación pública del SNS para que formen parte de la prestación farmacéutica. El procedimiento para la financiación pública está regulado en el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Para la inclusión de un medicamento en la financiación pública se requiere que esté autorizado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios o inscrito en su registro en el caso de medicamentos autorizados por procedimiento comunitario. Corresponde al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, decidir sobre su inclusión en la prestación farmacéutica

[69] http://boe.es/boe/dias/2015/07/25/pdfs/BOE-A-2015-8343.pdf

del SNS. Existe una financiación selectiva y no indiscriminada de medicamentos que se realiza en función de la utilidad terapéutica de los mismos y de su necesidad para mejorar la salud de los ciudadanos.

Como medida complementaria de la financiación pública, se realiza la intervención sobre el precio de los medicamentos y productos sanitarios, imprescindible para la sostenibilidad del sistema sanitario. El precio industrial máximo de los medicamentos y productos sanitarios que vayan a ser incluidos en la prestación farmacéutica del SNS se fija por la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, adscrita al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

5.1.1 Medicamentos incluidos en el año 2014[70]

En el año 2014 se han incluido un total de 1.342 presentaciones de medicamentos: 97 presentaciones en envase clínico y 1.245 a envase normal. De estas últimas, 1.075 corresponden a medicamentos facturables a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia y 170 son medicamentos de uso y dispensación hospitalaria. Según la clasificación Anatómica, Terapéutica, Química (ATC)[71], los grupos anatómicos en los que ha habido mayor número de inclusiones son el grupo N (Sistema nervioso) con 514 presentaciones y el grupo C (Sistema cardiovascular) con 221. De las 1.342 presentaciones de medicamentos incluidas, un 33,5% pertenecen a los grupos de medicamentos de aportación reducida. En estos casos, a los usuarios, excepto los que pertenecen a alguno de los colectivos exentos de aportación, les corresponde abonar el 10% del precio del medicamento con un máximo en 2014 de 4,26 euros por envase. Asimismo, hay que destacar que en 2014 se han incorporado las primeras presentaciones del biosimilar de Folitropina Alfa para el tratamiento de la infertilidad.

El precio medio de las presentaciones incluidas en la financiación pública en 2014 es de 141,3 euros. Los medicamentos del grupo L (Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores) son los que presentan un precio medio más elevado, al haberse incluido en la financiación nuevos principios activos de gran especificidad: como ejemplo los inmunosupresores Pomalidomida y Pirfenidona , así como moléculas innovadoras como los agentes antineoplásicos Brentuximab, Axinitib, Pertuzumab o Afatinib, entre otros. Otros grupos que en 2014 han tenido un precio medio por encima de la media, son el R (Sistema respiratorio) y V (Varios), en los cuales se han incorporado moléculas muy novedosas como Ivacaftor para el tratamiento de determinados tipos de fibrosis quística y Florbetapir radiofármaco de diagnóstico para la detección de la enfermedad de Alzheimer y deterioros cognitivos.

---

[70] Los datos que se facilitan como medicamentos incluidos en la financiación pública, corresponden a presentaciones de medicamentos con resolución de inclusión en la prestación farmacéutica del SNS en el año 2014, independientemente de su comercialización.

[71] La clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC) es un sistema de codificación de los medicamentos, según su efecto farmacológico, sus indicaciones terapéuticas y su estructura química. Se divide en cinco niveles: el primer nivel (ATC1) es el más general y el quinto nivel (ATC5) el más detallado.

Primer nivel (ATC1): órgano o sistema sobre el que actúa el fármaco, incluye 14 grandes grupos, identificados por una letra del alfabeto.

Segundo nivel (ATC2): subgrupo terapéutico

Tercer nivel (ATC3): subgrupo terapéutico o farmacológico

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

Quinto nivel (ATC5): designa el principio activo específico (monofármaco)

Tabla 5-1 Número de presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, 2014

GRUPO ATC 1	Envase Normal		Envase clínico	TOTAL		Precio medio (euros)
	Facturables a través de receta	Uso y dispensación hospitalaria				
A/ Tracto alimentario y metabolismo	80	4	3	87		68,1
B/ Sangre y órganos hematopoyéticos	32	20	8	60		50,3
C/Sistema cardiovascular	198	2	21	221		32,8
D/Dermatológicos	15	-	-	15		99,3
G/Sistema genitourinario y hormonas sexuales	55	3	-	58		64,9
H/Preparados hormonales sistémicos excluyendo hormonas sexuales e insulinas	14	8	-	22		188,8
J/Antiinfecciosos para uso sistémico	70	40	30	140		270,9
L/Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	15	53	1	69		899,7
M/Sistema musculoesquelético	54	8	9	71		28,4
N/Sistema nervioso	482	14	18	514		56,0
P/Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes	1	-	-	1		26,5
R/Sistema respiratorio	38	1	4	43		470,1
S/Órganos de los sentidos	19	2	-	21		178,5
V/ Varios	2	15	3	20		461,8
SUBTOTAL	1.075	170	97	1.342		141,3
TOTAL		1.245				

Observaciones: ATC1- Órgano o sistema sobre el que actúa el fármaco. Hay 14 grupos anatómicos identificados por una letra del alfabeto.

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

En 2014 se incluyen por primera vez en la financiación del SNS 40 nuevos principios activos correspondientes a 76 presentaciones de medicamentos. En el grupo J (Antiinfecciosos para uso sistémico) se han incorporado los antivirales, Simeprevir y Sofosvuvir, indicados para el tratamiento de la hepatitis C. El grupo L (Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores) es el que tiene mayor número de inclusiones de nuevos principios activos, 13, de los cuales 5 son medicamentos huérfanos: Decitabina y Ofatumumab y Brentuximab para el tratamiento de la leucemia y los inmunosupresores Pirfenidona para el tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática y Pomalidomida para el mieloma múltiple.

Según sus condiciones de dispensación, 32 de las 76 presentaciones están calificadas como de Uso Hospitalario (UH) y 9 como de Diagnóstico Hospitalario (DH), todas ellas restringidas en el uso de cupón precinto, por lo que su dispensación es hospitalaria. El resto de las presentaciones pueden ser dispensadas mediante receta médica del SNS en oficinas de farmacia, de las cuales 4 están sujetas a reservas singulares, a través de visado, en sus condiciones de prescripción y dispensación. Dos de estas presentaciones contienen Alitretinoina, principio activo sujeto a especial control médico que requiere una vigilancia y seguimiento especial, ya que su utilización puede producir efectos adversos muy graves, por lo que precisa unas condiciones específicas para su prescripción y dispensación.

Tabla 5-2 Principios activos incluidos por primera vez en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, 2014

Grupo ATC 1	ATC5	Principios activos	Número de presentaciones	Condiciones de dispensación
A/ Tracto alimentario y metabolismo	A02BD08	Bismuto Subcitrato / metronidazol /tetraciclina	1	Receta médica
	A06AX04	Linaclotida	1	Receta médica - Visado
C/Sistema cardiovascular	C10BX06	Atorvastatina , ácido acetilsalicílico / ramipril	3	Receta médica
D/Dermatológicos	D11AH04	Alitretinoína	2	Receta médica- Especial Control Médico - Visado
G/Sistema genitourinario y hormonas sexuales	G03AA11	Norgestimato / etinilestradiol	2	Receta médica
	G03AA16	Dienogest / etinilestradiol	6	Receta médica
	G04BD12	Mirabegrón	1	Receta médica
J/Antiinfecciosos para uso sistémico	J05AE14	Simeprevir	1	Diagnóstico hospitalario, SCP dispensación hospitalaria
	J05AR09	Elvitegravir/covicistat /emtricitabina/ tenofovir	1	Uso Hospitalario
	J05AX12	Dolutegravir	1	Uso Hospitalario
	J05AX15	Sofosbuvir	1	Diagnóstico hospitalario, SCP dispensación hospitalaria
	J07AH09	Proteína recombinante fusión NHBA neisseria menigitidis B /proteína recombinante NADA neisseria meningitidis B / proteina recombinante fusión fhbp neisseria meningitidis B / vesiculas membrana externa neisseria meningitidis B	1	Uso Hospitalario
L/ Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	L01BC08	Decitabina	1	Uso Hospitalario (*)
	L01BC52	Fluorouracilo / ácido salicílico	1	Receta médica
	L01XC10	Ofatumumab	2	Uso Hospitalario (*)
	L01XC12	Brentuximab	1	Uso Hospitalario (*)
	L01XC13	Pertuzumab	1	Uso Hospitalario
	L01XE13	Afatinib	4	Diagnóstico hospitalario, SCP dispensación hospitalaria
	L01XE17	Axitinib	2	Uso Hospitalario
	L01XE23	Dabrafenib	2	Diagnóstico hospitalario, SCP dispensación hospitalaria
	L02BB04	Enzalutamida	1	Diagnóstico hospitalario, SCP dispensación hospitalaria
	L03AA14	Lipegfilgrastim	1	Uso Hospitalario

	L04AA31	Teriflunomida	1	Uso Hospitalario
	L04AX05	Pirfenidona	2	Uso Hospitalario (*)
	L04AX06	Pomalidomida	2	Uso Hospitalario (*)
N/Sistema nervioso	N03AX22	Perampanel	6	Receta médica
	N05CM18	Dexmedetomidina	2	Uso Hospitalario
	N06BA12	Lisdexanfetamina	3	Receta médica
	N07BB05	Nalmefeno	1	Receta médica - Visado
R/Sistema respiratorio	R03AK10	Vilanterol / fluticasona	2	Receta médica
	R03AK11	Formoterol / fluticasona	3	Receta médica
	R03AL04	Indacaterol / glicopirronio	3	Receta médica
	R07AX02	Ivacaftor	1	Uso Hospitalario (*)
S/Órganos de los sentidos	S01LA05	Aflibercept	1	Uso Hospitalario
	S01XA22	Ocriplasmina	1	Uso Hospitalario
V/ Varios	V09AX05	Florbetapir	4	Uso Hospitalario
	V09DB06	Renio	1	Uso Hospitalario
	V09DB07	Fitico ácido	1	Uso Hospitalario
	V09FX03	Ioduro (131I) Sodio	4	Uso Hospitalario
	V10AX05	Renio RE -186	1	Uso Hospitalario
	40		76	

Observaciones :(*) Medicamento huérfano. SCP: Sin cupón precinto y dispensación en los servicios de farmacia de los hospitales.

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

Del total de presentaciones de medicamentos incluidas en la financiación pública en 2014, un 72,8% corresponde a medicamentos genéricos, siendo el precio medio para estos medicamentos de 50,3 euros. Los medicamentos no genéricos suponen el 27,2% del total y su precio medio se eleva a 385 euros.

Tabla 5-3 Número de presentaciones de medicamentos genéricos y no genéricos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, 2014

	Número de presentaciones	S/Total %	Precio medio (euros)
Genéricos	977	72,8	50,3
No genéricos	365	27,2	385,0
TOTAL	1.342	100,0	141,3

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

Desde 2010 a 2014 se han incluido 113 nuevos principios activos de medicamentos genéricos en la financiación pública. Este hecho promueve la prescripción de los mismos y favorece la incorporación de los medicamentos genéricos en el consumo.

Tabla 5-4 Número de nuevos principios activos genéricos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS independientemente de su comercialización, 2010 - 2014

	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Total 2010-2014
Nº nuevos principios activos genéricos	22	27	21	24	19	113

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

Se detallan a continuación los 19 nuevos principios activos genéricos financiados por primera vez en 2014, independientemente de su comercialización. El mayor número de principios activos genéricos (Flecainida, Bosentano, Enalapril/Lercanidipino y Olmersantán) se incorporan en el grupo C (Sistema cardiovascular). El principio activo del que más presentaciones genéricas se introducen en 2014 es el antibacteriano Moxifloxacino.

Tabla 5-5 Nuevos principios activos genéricos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, 2014

Grupo ATC 1	ATC5	Principios activos	Número de presentaciones	Condiciones de dispensación
A/ Tracto alimentario y metabolismo	A04AA03	Tropisetron	1	Uso Hospitalario
	A16AX06	Miglustat	1	Uso Hospitalario
B/ Sangre y órganos hematopoyéticos	B01AC23	Cilostazol	16	Diagnóstico hospitalario - Visado
	B05XA05	Sulfato de magnesio	2	Uso Hospitalario
C/ Sistema cardiovascular	C01BC04	Flecainida	2	Receta médica
	C02KX01	Bosentano	2	Uso Hospitalario
	C09BB02	Enalapril/lercanidipino	2	Receta médica
	C09CA08	Olmesartan	3	Receta médica
G/ Sistema genitourinario y hormonas sexuales	G04CB02	Dutasterida	2	Receta médica, CPD - visado
H/ Preparados hormonales sistémicos excluyendo hormonas sexuales e insulinas	H01CC01	Ganirelix	2	Diagnóstico hospitalario - Visado
	H05BX02	Paricalcitol	4	Diagnóstico hospitalario - Visado
J/ Antiinfecciosos para uso sistémico	J01MA14	Moxifloxacino	29	Receta médica
	J01XA02	Teicoplanina	6	Uso Hospitalario
	J05AB14	Valganciclovir	2	Diagnóstico hospitalario-SCP dispensación hospitalaria
M/ Sistema musculoesquelético	M01AC05	Lornoxicam	1	Receta médica
N/ Sistema nervioso	N01BB10	levobupivacaina	6	Uso Hospitalario
	N02CC05	Almotriptan	22	Receta médica
	N05CF01	Zopiclona	1	Receta médica
V/ Varios	V09AA01	Exametazima	2	Uso Hospitalario
	19		106	

Observaciones: SCP- Sin cupón precinto y dispensación en los servicios de farmacia de los hospitales.

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

5.1.2 Total de medicamentos incluidos a 31 de diciembre de 2014

El número total de presentaciones de medicamentos incluidos en la financiación pública, independientemente de su comercialización, a fecha 31 de diciembre de 2014 es de 18.782. De estas, 15.793 (84,1%) son en envase normal y 2.989 (15,9%) en envase clínico. Dentro de los medicamentos en envase normal, 13.504 son medicamentos facturables a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia y 2.289 corresponden a medicamentos de uso y dispensación hospitalaria (no se facturan a través de recetas y solo pueden ser utilizados en medio hospitalario o en centros asistenciales autorizados). Por grupos terapéuticos, el grupo N (Sistema nervioso) es el que tiene mayor número de medicamentos financiados, 5.025, seguido por el grupo C (Sistema cardiovascular) con 3.288 y el grupo J (Antiinfecciosos para uso sistémico) con 2.345 presentaciones.

Tabla 5-6 Número de presentaciones de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, a 31 de diciembre de 2014

	Envase normal				
Grupo ATC 1	Facturables a través de receta	Uso y dispensación hospitalaria	Envase clínico	Total	Precio medio (€)
A/ Tracto alimentario y metabolismo	1.536	105	256	1.897	60,2
B/ Sangre y órganos hematopoyéticos	891	460	535	1.886	96,1
C/ Sistema cardiovascular	2.693	48	547	3.288	31,9
D/Dermatológicos	352	-	13	365	17,1
G/ Sistema genitourinario y hormonas sexuales	390	22	10	422	47,2
H/ Preparados hormonales sistémicos excluyendo hormonas sexuales e insulinas	197	64	57	318	155,5
J/ Antiinfecciosos para uso sistémico	1.209	430	706	2.345	119,5
L/ Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	433	513	59	1.005	441,1
M/ Sistema musculoesquelético	643	111	125	879	55,2
N/ Sistema nervioso	4.261	202	562	5.025	45,7
P/ Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes	26	3	2	31	27,8
R/ Sistema respiratorio	543	10	50	603	64,8
S/ Órganos de los sentidos	221	10	1	232	42,7
V/ Varios	109	311	66	486	255,6
SUBTOTAL	13.504	2.289			
TOTAL		15.793	2.989	18.782	87,9

Observaciones: ATC1-Órgano o sistema sobre el que actúa el fármaco.

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

Del total de las 18.782 presentaciones de medicamentos, un 32,6% pertenecen a los grupos de medicamentos de aportación reducida. Asimismo, hay que especificar que a 31 de diciembre de 2014 se encuentran incluidas 70 presentaciones de medicamentos biosimilares, correspondientes a los principios activos Eritropoyetina, Folitropina Alfa, Somatotropina y Filgastrin.

El precio medio del conjunto de medicamentos financiados es de 87,9 euros. Los medicamentos del grupo L (Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores) son los de precio medio más elevado, seguido de los del grupo V (Varios) y H (Preparados hormonales sistémicos, excluyendo hormonas sexuales e insulinas). Las presentaciones de medicamentos de menor precio son las del grupo D (Dermatológicos).

Del total de medicamentos financiados por el SNS, un 56,5% son medicamentos genéricos, con un precio medio de 44,2 euros. Para las presentaciones de medicamentos no genéricos el precio medio es más de 3 veces superior.

Tabla 5-7 Número total de presentaciones de medicamentos genéricos y no genéricos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, a 31 de diciembre de 2014

	Número de presentaciones	S/Total %	Precio medio (euros)
Genéricos	10.609	56,5	44,2
No genéricos	8.173	43,5	144,8
Total	18.782	100,0	87,9

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

5.1.3 Total de productos sanitarios incluidos a 31 de diciembre de 2014

En el año 2014 no se incluye en la prestación farmacéutica del SNS ningún producto sanitario. A 31 de diciembre de 2014, los productos sanitarios financiados por el SNS ascienden a 4.801. Según los grupos establecidos en el Real Decreto 9/1996[72] el mayor número de productos pertenecen al grupo de tejidos elásticos destinados a la protección o reducción de lesiones o malformaciones internas (1.511), seguido de los absorbentes para la incontinencia urinaria (457) y de las bolsas de colostomía (396). Pertenecientes a los grupos de aportación reducida existen 1.707 productos (un 35,6% del total); en estos casos a los usuarios, excepto los pertenecientes a algún colectivo exento de aportación, les corresponde abonar el 10% del precio del producto con un tope máximo de 4,26 euros por envase. El precio medio de todos los productos sanitarios incluidos en la financiación es de 24,2 euros. Los precios medios más elevados corresponden a las bolsas de ileostomía y urostomía (77,8 euros y 75,9 euros respectivamente) y los precios más bajos los presentan las vendas (1,3 euros) y los esparadrapos y algodones con 2,2 euros.

[72] Por el que se regula la selección de los efectos y accesorios, su financiación y su régimen de suministro y dispensación.

Tabla 5-8 Número total de productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, a 31 de diciembre de 2014

Grupo	Aportación		Total		Precio medio (euros)
	General	Reducida			
Algodones	174		174		2,2
Apósitos	257		257		14,8
Gasas	114		114		2,5
Vendas	299		299		1,3
Esparadrapos	125		125		2,2
Cánulas traqueotomía y laringectomía		124	124		47,5
Sondas		345	345		32,4
Duchas vaginales, irrigadores y accesorios	7		7		3,0
Parches oculares	15		15		4,0
Tejidos elásticos lesiones o malformaciones	1.511		1.511		7,4
Bragueros y suspensorios	129		129		10,3
Aparatos de inhalación		8	8		5,9
Bolsas recogida de orina		97	97		10,3
Colectores de pene y accesorios		105	105		43,2
Absorbentes para la incontinencia urinaria	457		457		31,6
Otros sistemas para la incontinencia	6		6		17,5
Bolsas de colostomía		396	396		58,6
Bolsas de ileostomía		323	323		77,8
Bolsas de urostomía		118	118		75,9
Accesorios de ostomía		17	17		4,9
Apósitos de ostomía		156	156		20,0
Sistemas de irrigación ostomía y accesorios		14	14		31,4
Sistemas de colostomía continente		4	4		42,3
Total	3.094	1.707	4.801		24,2

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

5.2 La prestación farmacéutica a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia

5.2.1 Gasto farmacéutico

En 2014 el gasto farmacéutico generado por la facturación de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia, con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas y del INGESA, es de 9.360 millones de euros. Este gasto es el segundo más bajo de los últimos 10 años, después de los 9.183 millones de euros de 2013. La factura farmacéutica de 2014 crece respecto a 2013, pero se mantiene por debajo del gasto del año 2012. Entre 2009 y 2014 el gasto farmacéutico ha disminuido un 25,2%.

En esta contención del gasto farmacéutico público han influido la continuidad de medidas reguladoras y de fomento del uso racional de los medicamentos implantadas desde años anteriores (Reales Decretos-ley 4/2010, 8/2010 y 9/2011), teniendo un gran impacto:

- El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que entró en vigor en julio de 2012, establece un nuevo sistema de aportación de los usuarios por la dispensación de los medicamentos y productos sanitarios que proporciona el SNS, determinado en función del nivel de renta y de la situación socio laboral, independientemente de la situación de activo o pensionista, quedando exentos de pago una

serie de colectivos como ocurre, por primera vez, con determinados parados de larga duración.

- Las Resoluciones de 2 de agosto de 2012 y 18 de febrero de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, excluyeron en septiembre de 2012 y marzo de 2013, 417 presentaciones de medicamentos de la prestación farmacéutica del SNS, por concurrir alguno de los criterios establecidos en la Ley de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, la mayoría por estar indicados en el tratamiento de síntomas menores.

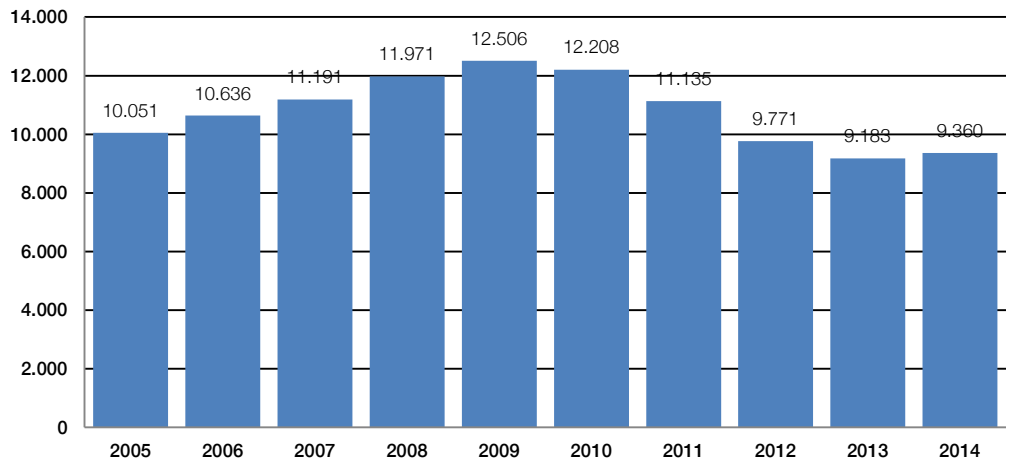
Han contribuido asimismo a la contención y reducción del gasto farmacéutico la modificación del sistema de precios de referencia y de las agrupaciones homogéneas de medicamentos, regulados mediante las disposiciones dictadas en el trascurso de 2014:

- El Real Decreto 177/2014, de 21 de marzo, por el que se regula el sistema de precios de referencia y de agrupaciones homogéneas de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud, y determinados sistemas de información en materia de financiación y precios de los medicamentos y productos sanitarios, establece una nueva regulación de los precios de referencia y de agrupaciones homogéneas de medicamentos.
- En desarrollo de este Real Decreto, la Orden SSI/1225/2014, de 4 de julio de 2010, actualiza desde el 1 de septiembre, los conjuntos y precios de referencia de medicamentos. Este sistema contribuye a una bajada obligatoria de los precios de medicamentos, ya que en base al menor coste/tratamiento/día (CTD), se determina el precio máximo al que se financian las presentaciones incluidas en cada conjunto.
- La aplicación del sistema de agrupaciones homogéneas previsto en el citado Real Decreto, promueve que a través de las actualizaciones mensuales de precios más bajos, y trimestrales de precios menores, se incentive un régimen de competencia con bajadas voluntarias de precios de medicamentos que constituyen este sistema.

Asimismo contribuyen a este ahorro farmacéutico los programas desarrollados en las comunidades autónomas de promoción del uso racional de los medicamentos.

El ahorro obtenido en la factura del gasto farmacéutico desde la aplicación en julio de 2012 de las medidas adoptadas para garantizar la sostenibilidad del SNS, hasta el 31 de diciembre de 2014, ha supuesto 4.316 millones de euros.

Gráfico 5-1 Gasto farmacéutico a través de la facturación de recetas médicas del SNS, 2005-2014 (en millones de euros)

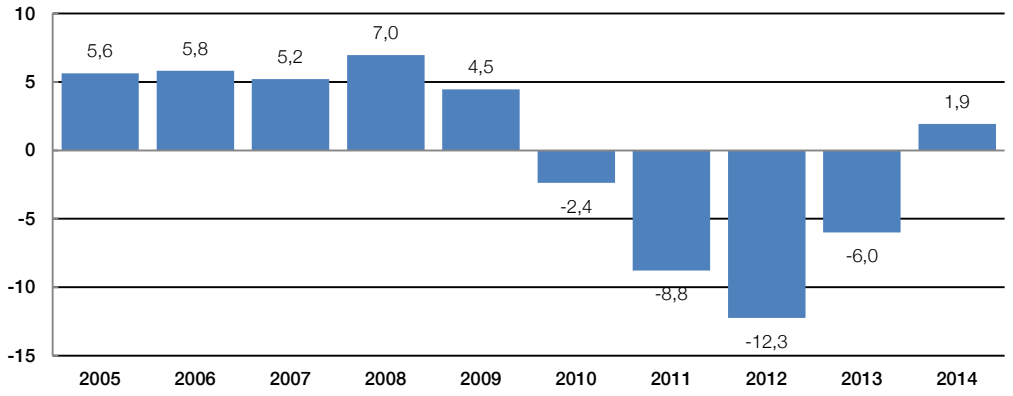


Observaciones: Gasto farmacéutico es el importe farmacéutico facturado a PVP con IVA menos las aportaciones de los usuarios, de las oficinas de farmacia y las deducciones por aplicación del RDL 8/2010.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticos de facturación de recetas médicas.

Aunque las cifras de gasto farmacéutico se mantienen muy por debajo del gasto de años anteriores a 2013, después del fuerte descenso de la factura farmacéutica en años precedentes, el gasto farmacéutico de 2014 tiene un crecimiento del 1,9% sobre la facturación de 2013.

Gráfico 5-2 Porcentaje de variación interanual del gasto farmacéutico a través de la facturación de recetas médicas del SNS, 2005-2014

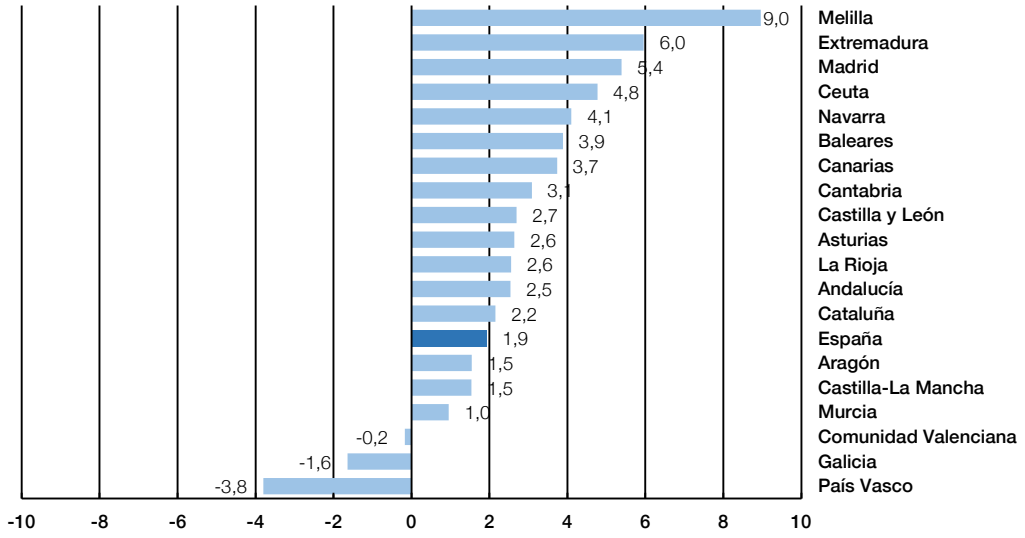


Observaciones: Gasto farmacéutico es el importe farmacéutico facturado a PVP con IVA menos las aportaciones de los usuarios, de las oficinas de farmacia y las deducciones por aplicación del RDL 8/2010.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticos de facturación de recetas médicas.

En la evaluación por comunidades autónomas, las que presentan una mayor reducción de la factura farmacéutica en 2014 respecto a 2013 son: País Vasco (-3,8%) Galicia (-1,6%) y Comunidad Valenciana (-0,2%). Las demás comunidades autónomas se sitúan en crecimientos positivos.

Gráfico 5-3 Porcentaje de variación del gasto farmacéutico por comunidad autónoma, 2014-2013

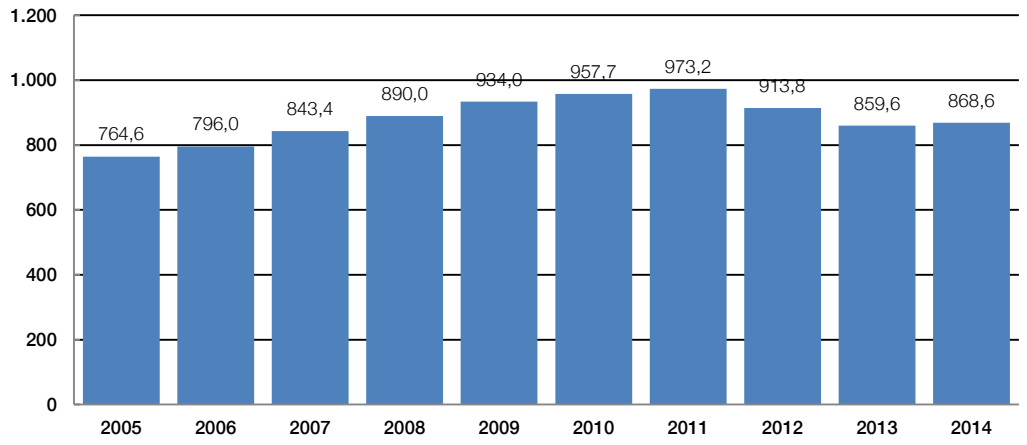


Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticos de facturación de recetas médica.

5.2.2 Recetas facturadas

El número de recetas médicas del SNS facturadas a través de oficinas de farmacia en 2014 asciende a un total de 868,6 millones, 9 millones de recetas más que en 2013 aunque se mantiene en un nivel de consumo por debajo del valor de 2008. Entre 2011 y 2014 las recetas facturadas han disminuido en 104,6 millones, lo que representa un descenso del -10,75%.

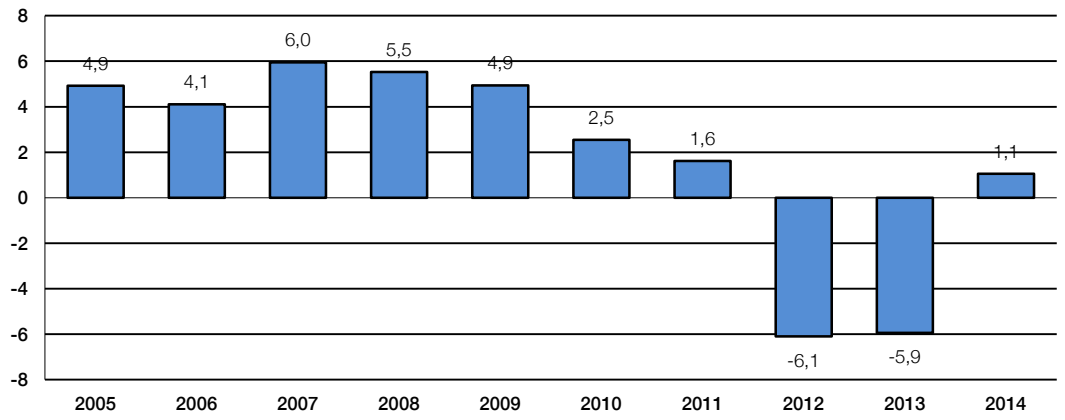
Gráfico 5-4 Número de recetas médicas del SNS facturadas, 2005-2014 (en millones de recetas)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticos de facturación de recetas médicas.

El aumento del número de recetas facturadas en 2014 en relación a 2013 fue de un 1,1%, crecimiento que aun siendo positivo se sitúa en cifras inferiores a 2011 y años anteriores.

Gráfico 5-5 Porcentaje de variación interanual del número de recetas médicas del SNS facturadas, 2005-2014

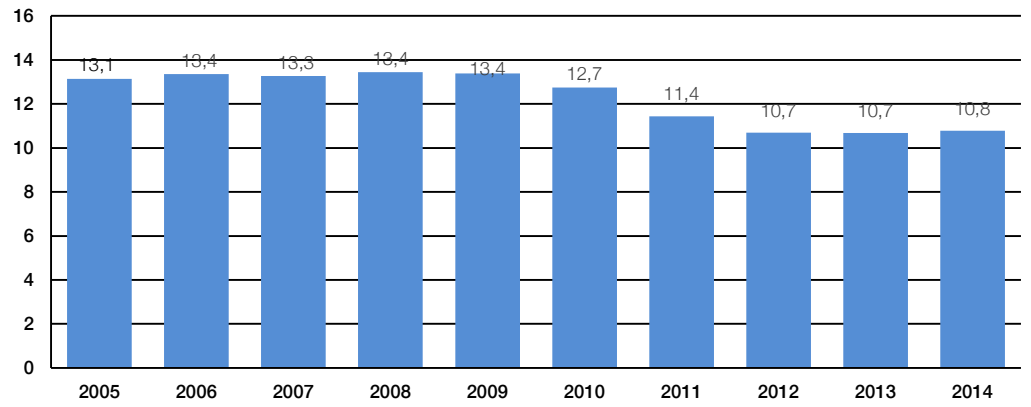


Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticos de facturación de recetas médicas.

5.2.3 Gasto medio por receta

En 2014 se mantiene la tendencia del gasto medio por receta, situándose en 10,8 euros, con un ligero incremento del 0,9% respecto al año anterior. Este gasto medio es el segundo más bajo desde 1998, después del dato de 2013.

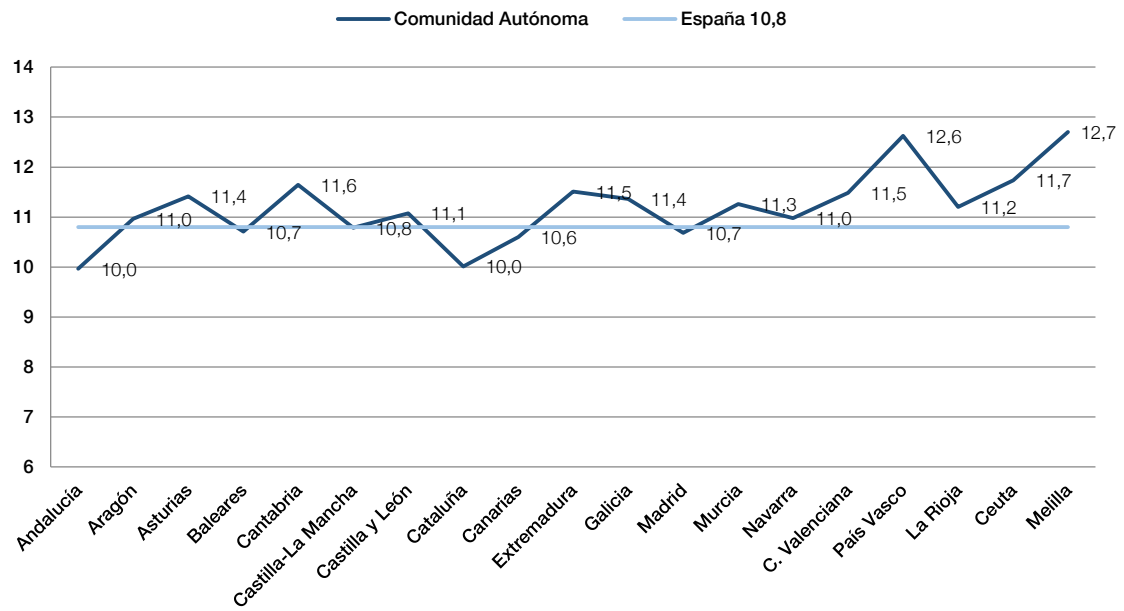
Gráfico 5-6 Gasto medio por receta, 2005-2014



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticos de facturación de recetas médicas.

En 2014 Melilla tiene el gasto medio por receta más elevado (12,7 euros), casi 2 euros por encima de la media nacional. Le siguen País Vasco y Ceuta, con 12,6 y 11,7 euros respectivamente. Andalucía y Cataluña mantienen el gasto medio por receta más bajo de todas las comunidades autónomas, 10 euros.

Gráfico 5-7 Gasto medio por receta por comunidad autónoma, 2014

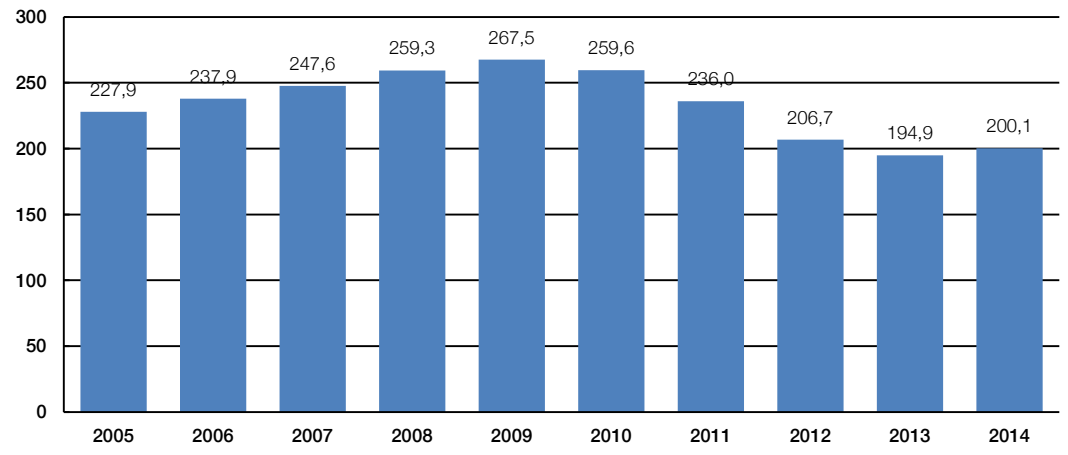


Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticos de facturación de recetas médicas.

5.2.4 Gasto por habitante

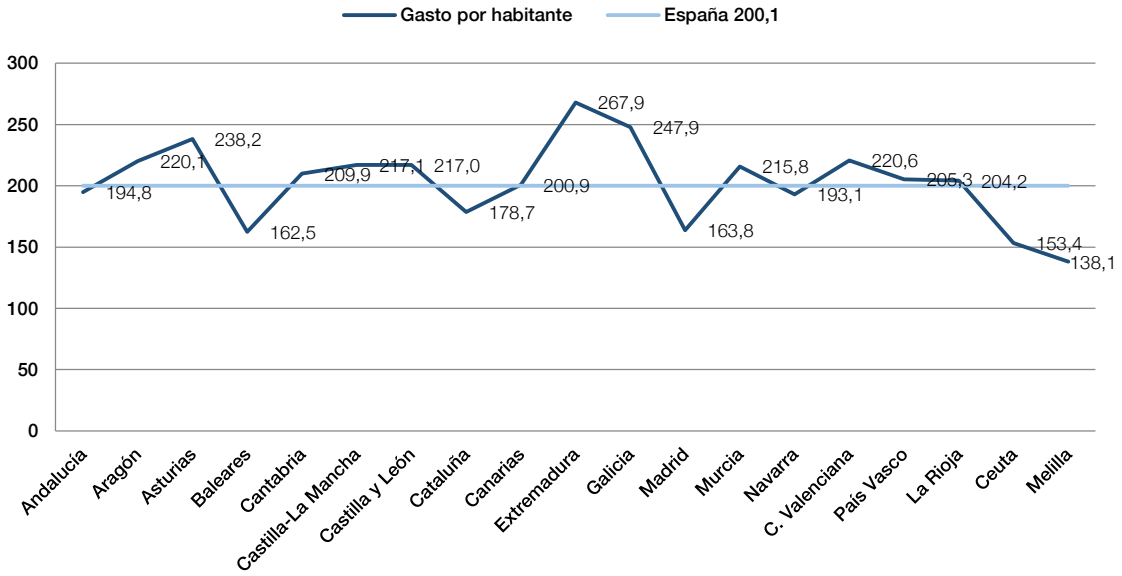
En los últimos 10 años el gasto por habitante y año más elevado ha sido 2009 (267,5 euros) y el más bajo 2013 (194,9 euros), con una diferencia entre ellos de casi 73 euros. El gasto por habitante en 2014 se sitúa en 200,1 euros, un 2,7% más que en 2013, pero sigue siendo el segundo más bajo desde 2002. Entre 2009 y 2014 el gasto farmacéutico público por habitante ha caído un 25,2%, debido al impacto de las medidas ya indicadas anteriormente de regulación económica, que han logrado reducir el gasto farmacéutico público.

Gráfico 5-8 Gasto por habitante y año, 2005 - 2014



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticos de facturación de recetas médicas. Población Padrón municipal a 1 de enero de cada año (INE).

Gráfico 5-9 Gasto por habitante y año por comunidad autónoma, 2014



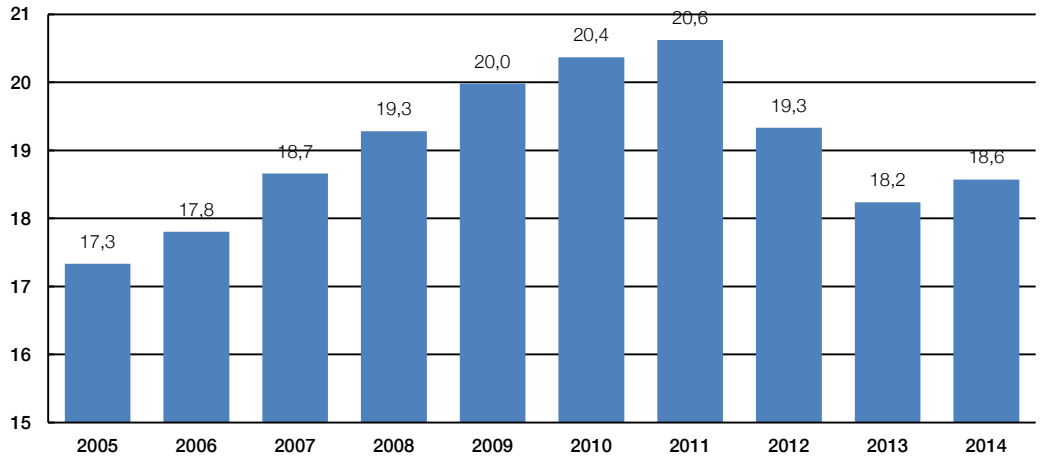
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticos de facturación de recetas médicas. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2014 (INE).

En 2014 Extremadura se sitúa con el mayor gasto por habitante (267,9 euros), seguido de Galicia y Asturias (247,9 y 238,2 euros respectivamente). Los que presentan las cifras más bajas de gasto farmacéutico público por habitante son Melilla, Ceuta, Baleares y Madrid, con 138,1, 153,4, 162,5 y 163,8 euros respectivamente.

5.2.5 Recetas por habitante

En 2014 el consumo de recetas por habitante se sitúa en 18,6, un 2,2% más que en 2013, aunque sigue manteniéndose en cifras algo inferiores al dato de 2007. En el último decenio, es el año 2011 el que tiene el número de recetas por habitante más elevado (20,6 recetas). Entre 2011 y 2014 el consumo de recetas por habitante cae un 9,7%, debido al descenso del número de recetas facturadas.

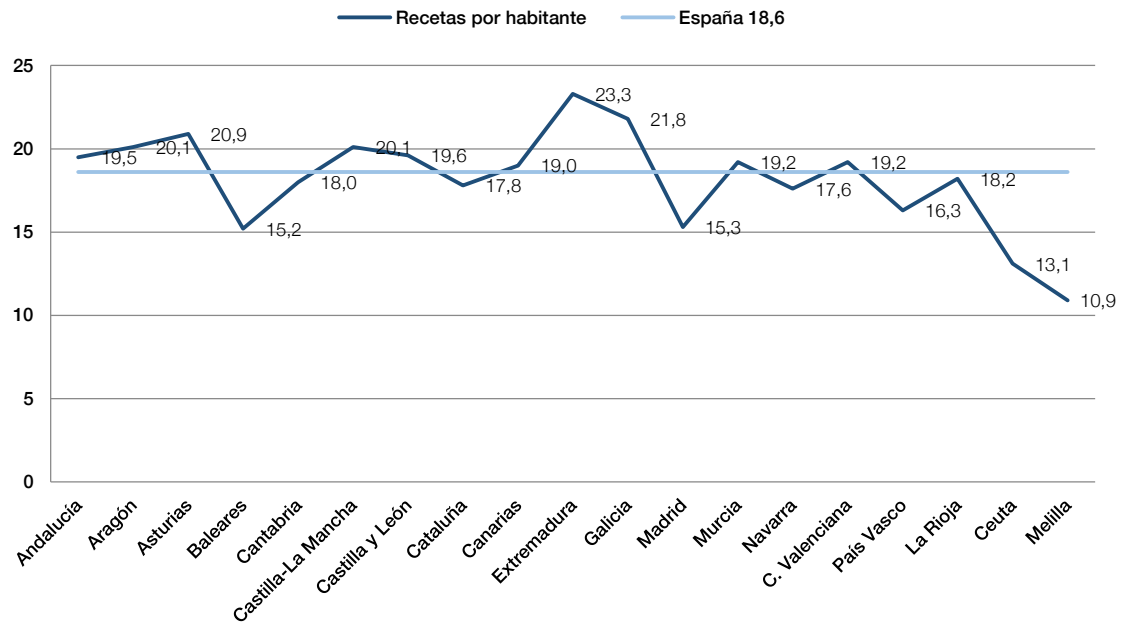
Gráfico 5-10 Recetas por habitante y año, 2005 - 2014



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticos de facturación de recetas médicas. Población Padrón municipal a 1 de enero de cada año (INE).

En 2014 Extremadura se sitúa con el mayor consumo de recetas por habitante (23,3 recetas), seguido de Galicia y Asturias (21,8 y 20,9 recetas respectivamente). Presentan las cifras más bajas de recetas por habitante Melilla, Ceuta, Baleares y Madrid con 10,9, 13,1, 15,2 y 15,3 respectivamente.

Gráfico 5-11 Recetas por habitante y año por comunidad autónoma, 2014



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticos de facturación de recetas médicas. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2014 (INE).

5.2.6 Consumo por grupos de facturación

Del total de recetas médicas oficiales facturadas en oficinas de farmacia, los medicamentos son el grupo de la prestación farmacéutica de mayor consumo: representan el 98% de los envases facturados y el 95% del importe a PVP. Los productos sanitarios constituyen el 1,9% de los envases y el 4% del importe facturado. El resto corresponde a la facturación de fórmulas magistrales y preparados oficinales, así como a las vacunas individualizadas antialérgicas y bacterianas.

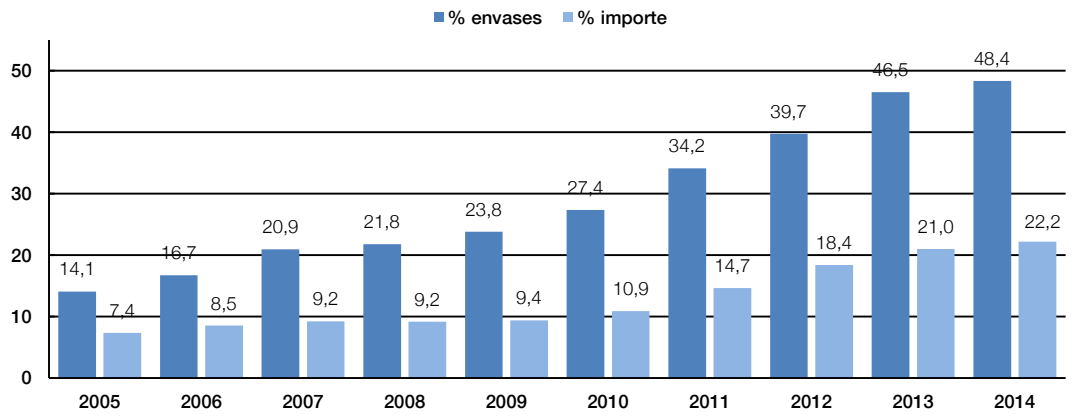
5.2.7 Consumo de medicamentos genéricos

A través de políticas de fomento del uso de medicamentos genéricos se ha promovido una creciente incorporación de estos medicamentos en la prescripción médica, impulsando así un mayor consumo de los mismos. Los medicamentos genéricos tienen la misma calidad y eficacia que el correspondiente medicamento original, su precio es inferior y además tienen la ventaja de su seguridad porque se denominan con el nombre del principio activo. Así pues, contribuyen a racionalizar el gasto público, sin disminuir la calidad y la eficacia de la prestación farmacéutica. Y además benefician a los usuarios a los que les corresponde abonar aportación, al tener un coste menor.

En el año 2014 el consumo de medicamentos genéricos supone el 48,4% del total de envases de medicamentos facturados y, en relación al importe facturado, el 22,2%.

La incorporación de los medicamentos genéricos en el consumo ha ido creciendo año a año. En el análisis de los últimos diez años, los genéricos aumentan su presencia en el consumo de envases en un 343%. De un 14,1% de envases de genéricos frente al total de medicamentos en 2005, se ha alcanzado un 48,4% en 2014. Y el importe facturado se triplica, incrementándose de un 7,4% del año 2005 a un 22,2% en 2014.

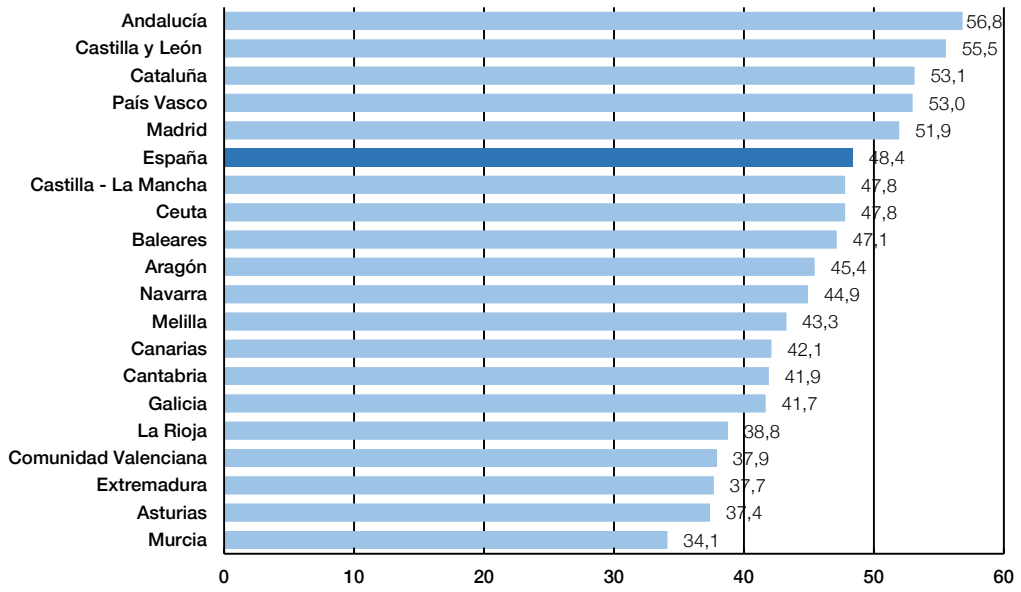
Gráfico 5-12 Evolución del consumo de medicamentos genéricos (porcentaje de envases – porcentaje de importe, 2005-2014



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

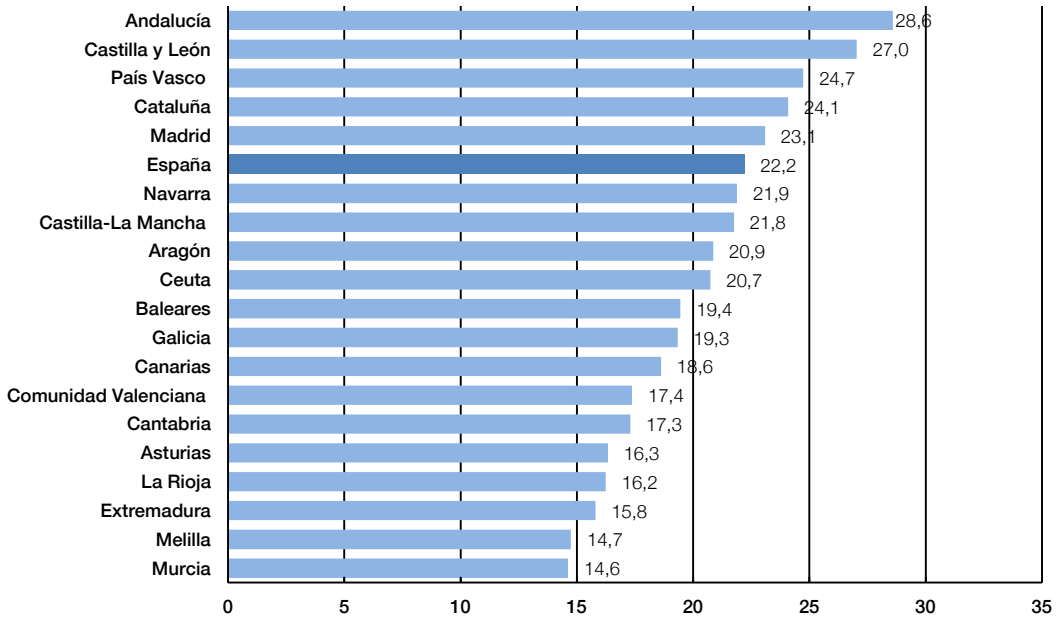
Por comunidades autónomas, Andalucía con un 56,8% y Castilla y León con un 55,5%, son las que tienen los mayores porcentajes de consumo de envases de genéricos respecto al total de medicamentos en el año 2014. Cataluña, País Vasco y Madrid se sitúan por encima de la media nacional y también presentan los mayores porcentajes en importe.

Gráfico 5-13 Consumo de medicamentos genéricos por comunidad autónoma. Porcentaje de envases sobre total de medicamentos, 2014



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

Gráfico 5-14 Consumo de medicamentos genéricos por comunidad autónoma. Porcentaje del importe sobre total de medicamentos, 2014



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

5.2.8 Consumo de medicamentos por subgrupos farmacológicos (ATC4)

5.2.8.1 En relación a los envases facturados

Los 15 subgrupos farmacológicos ATC4 con mayor consumo en número de envases a través de la facturación de recetas médicas oficiales en oficinas de farmacia en 2014, suponen casi el 50% del total de unidades vendidas de medicamentos. Todos los subgrupos incrementan su consumo en envases en el año 2014 sobre 2013, excepto el subgrupo de los Inhibidores de la bomba de protones A02BC que decrece (-2, 4%).

El subgrupo de mayor consumo en número de envases es el de los Antiulcerosos: Inhibidores de la bomba de protones (A02BC) que representa un 8% del total. Este subgrupo tiene una elevada dosis por habitante y día (DHD) 115,9, parámetro que proporciona la estimación de cuántas personas de cada 1.000 están recibiendo al día una dosis diaria definida (DDD) de este subgrupo. De los inhibidores de la bomba de protones disponibles en el mercado, el Omeprazol es el más consumido con un 78% sobre el total del subgrupo A02BC, siendo el principio activo que mayor número de envases factura en oficinas de farmacia.

El segundo subgrupo, Hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG CoA reductasa (C10AA), con un 6,3% del total de envases, comprende los fármacos de elección para tratamiento de la hipercolesterolemia y ha tenido un crecimiento en su consumo desde 2013 de un 2,6%. El uso de este grupo de medicamentos ha aumentado un 23% en 5 años, de 72,6 DHD en 2010 pasa a 89,3 en 2014, parejo con la prevalencia de los trastornos en los que estos medicamentos son efectivos. De los fármacos de este subgrupo actualmente comercializados en España, los de mayor consumo son la Simvastatina y Atorvastatina, que representan respectivamente el 47,3% y el 35% del consumo total de este subgrupo y ocupan el tercer y quinto puesto de los principios activos de mayor consumo.

Entre los Analgésicos y Antipiréticos, el subgrupo que tiene el mayor incremento en envases sobre el año anterior (14,6%) es el de las Pirazolonas (N02BB); así pues el Metamizol, único principio activo financiado de este subgrupo, se sitúa en el sexto puesto de los principios

activos de mayor consumo. Otro subgrupo de Analgésicos, el de Otros opioides (N02AX) se incrementa en un 14,1%, debido al aumento del consumo de los medicamentos con Tramadol/paracetamol.

Tabla 5-9 Quince primeros subgrupos farmacológicos de mayor consumo en envases, 2014

Subgrupo Farmacológico ATC4		Nº envases (millones)	% envases s/total	% Δ envases 14/13	DHD	Importe PVP-IVA (millones de euros)	CTD (euros)
A02BC	Antiulcerosos: Inhibidores de la bomba de protones	69,0	8,0	-2,4	115,9	378,5	0,2
C10AA	Hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG CoA reductasa	54,3	6,3	2,6	89,3	482,9	0,3
N05BA	Ansiolíticos: Derivados de la benzodiazepina	49,8	5,8	2,6	53,2	96,0	0,1
N02BE	Analgésicos y antipiréticos: Anilidas	37,0	4,3	7,2	23,1	91,3	0,2
B01AC	Inhibidores de la agregación plaquetaria, excluyendo heparina	30,6	3,6	0,1	53,1	149,5	0,2
M01AE	Antiinflamtorios: Derivados del ácido propiónico	27,4	3,2	0,03	27,3	93,7	0,2
C09AA	Inhibidores de la ECA, monofármacos	21,8	2,5	2,6	64,1	74,9	0,1
C09CA	Antagonistas de angiotensina II, monofármacos	19,5	2,3	1,4	49,8	287,1	0,3
N06AB	Antidepresivos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	18,2	2,1	0,1	44,7	175,8	0,2
N02AX	Analgésicos: Otros opioides	18,1	2,1	14,2	7,4	112,8	0,9
N02BB	Analgésicos y antipiréticos: Pirazolonas	17,9	2,1	14,6	3,9	40,2	0,6
C09DA	Antagonistas de angiotensina II y diuréticos	16,5	1,9	1,7	27,1	259,8	0,6
A10BA	Hipoglucemiantes: Biguanidas	16,3	1,9	0,4	20,4	32,0	0,1
C03CA	Diuréticos de techo alto: Sulfonamidas, monofármacos	14,5	1,7	3,0	20,4	39,6	0,1
C08CA	Bloqueantes de los canales de calcio: Derivados de la dihidropiridina	14,1	1,6	3,1	31,7	69,6	0,1
% s/ Total			49,4				

Observaciones: ATC4 = Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química Nivel 4, subgrupo farmacológico. DHD: Dosis habitante día. PVP-IVA= Precio Venta al Público-Impuesto Valor Añadido.CTD: Coste tratamiento día.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2014 (INE).

5.2.8.2 En relación al importe facturado

Se detallan a continuación los 15 primeros subgrupos que tienen el mayor consumo en importe en 2014 y representan el 44% del total del importe facturado en medicamentos a través de recetas médicas en oficinas de farmacia. El subgrupo R03AK (Adrenérgicos en combinación con corticosteroides u otros agentes, excluyendo los anticolinérgicos) para el tratamiento del asma y EPOC, es el que mayor importe factura con 518,9 millones de euros, un 4,8% del total y un incremento del 2% sobre 2013. Le siguen los Hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG CoA reductasa (C10AA), con un 4,5% del total y con un coste tratamiento día (CTD), que indica el importe real de la DDD de este subgrupo, de 0,3euros. Este CTD ha ido disminuyendo año a año (en 2010 supuso 0,7euros), en gran medida por la incorporación de genéricos, sobre todo en la Atorvastatina.

El subgrupo que experimenta un mayor crecimiento con respecto a 2013 es el A10BD (Combinaciones de fármacos hipoglucemiantes orales) con un 10,9%. Este incremento se debe, por una parte, a la asociación de Metformina-linagliptina , incluida en la financiación en 2013 y, aunque solo representa el 5% del importe facturado del A10BD, aumenta un 117% en 2014; y por otra parte se debe a los incrementos de las asociaciones de Metformina-sitagliptina y Metformina-vildagliptina del 7,1% y 9% respectivamente.

El subgrupo G04CA, Antagonistas de los receptores alfa adrenérgicos, fármacos utilizados en hipertrofia prostática benigna, incrementa su importe en 2014 en un 9,7%, debido al aumento del 16,8% de la facturación de la asociación Tamsulosina/Dutasterida.

El subgrupo N05AX (Otros antipsicóticos) con un crecimiento del 3,4% en 2014, es el subgrupo con el más alto CTD, 5,7 euros. La facturación en importe de la Paliperidona supone el 48% del total y registra un alto CTD: 8,5euros.

Tabla 5-10 Quince primeros subgrupos farmacológicos de mayor consumo en importe, 2014

Subgrupo Farmacológico ATC4		Importe PVP-IVA (millones de euros)	% importe s/total	% Δ Importe 14/13	DHD	Nº envases (millones)	CTD (euros)
R03AK	Adrenérgicos en combinación con corticosteroides u otras agentes, excluyendo los anticolinérgicos	518,9	4,8	2,0	13,7	7,8	2,2
C10AA	Hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG CoA reductasa	482,9	4,5	3,2	89,3	54,3	0,3
N03AX	Otros antiepilépticos	480,7	4,5	9,4	10,2	10,6	2,8
A02BC	Antiulcerosos: Inhibidores de la bomba de protones	378,5	3,5	-4,7	115,9	69,0	0,2
A10BD	Combinaciones de fármacos hipoglucemiantes orales	364,9	3,4	10,9	9,8	5,8	2,2
N05AX	Otros antipsicóticos	359,8	3,3	3,4	3,7	3,0	5,7
N06AX	Otros antidepresivos	324,7	3,0	5,3	20,9	14,0	0,9
C09CA	Antagonistas de angiotensina II, monofármacos	287,1	2,7	-10,1	49,8	19,5	0,3
A10AE	Insulinas y análogos de acción prolongada para inyección	282,4	2,6	8,4	8,0	3,7	2,1
C09DA	Antagonistas de angiotensina II y diuréticos	259,8	2,4	-8,9	27,1	16,5	0,6
B01AB	Antitrombóticos: Grupo de la heparina	231,5	2,2	7,1	5,3	2,7	2,6
R03BB	Broncodilatadores inhalatorios: Anticolinérgicos	225,1	2,1	-1,5	12,4	6,2	1,1
G04CA	Fármacos para hipertrofia prostática benigna: Antagonistas de los receptores alfa adrenérgicos	199,6	1,9	9,7	16,7	9,5	0,7
N06AB	Antidepresivos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	175,8	1,6	-3,3	44,7	18,2	0,2
N05AH	Antipsicóticos: Diazepinas, oxazepinas, tiazepinas y oxepinas	163,3	1,5	-13,5	4,8	4,4	2,0
% s/Total			43,9				

Observaciones: ATC4 = Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química Nivel 4, subgrupo farmacológico. PVP-IVA= Precio Venta al Público-Impuesto Valor Añadido. DHD: Dosis habitante día. CTD: Coste tratamiento día.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2014 (INE).

5.2.9 Consumo de medicamentos por principios activos (ATC5)

5.2.9.1 En relación a los envases facturados

Los 15 principios activos con mayor número de envases facturados representan el 34,1% del total de envases de medicamentos. El Omeprazol es el principio activo de mayor consumo (53,6 millones de envases), con un 6,2% del total de envases facturados, aunque en 2014 se produce un descenso del -1,5%. Con una DHD de 94,4 que ha ido aumentado (en 2010 fue 88,6), está considerado el fármaco de elección del grupo de los antiulcerosos, y tiene un bajo CTD, 0,1euros. El Paracetamol ocupa la segunda posición con el 4% del total y con un incremento de los envases facturados respecto al año anterior de un 7,6%.

La Simvastatina ocupa el tercer puesto con el 3% del total; puede considerarse el fármaco de elección para el tratamiento de la hipercolesterolemia, su CTD es de 0,1euros, frente a los 0,3euros de la otra Estatina (Atorvastatina), que aparece en la quinta posición.

Entre estos 15 principios activos se encuentran 3 benzodiazepinas: 2 están indicadas como ansiolíticos (Lorazepam y Alprazolam, con un consumo de 16,4 y 11,8 millones de envases respectivamente) y Lormetazepam como hipnótico y sedante, con 9,3 millones de envases.

La combinación de Tramadol con paracetamol y el Metamizol sódico, incrementan sus consumos en 2014 en altos porcentajes (14,7% y 14,6%).

Los principios activos que se detallan en la siguiente tabla tienen CTD moderados, entre 0,04 y 0,8 euros, ya que todos están incluidos desde hace años en el sistema de precios de referencia y en agrupaciones homogéneas.

Tabla 5-11 Quince primeros principios activos de mayor consumo en envases, 2014

Principio Activo ATC5		Nº envases (millones)	% envases s/total	% Δ envases 14/13	DHD	Importe PVP-IVA (millones de euros)	CTD (euros)
A02BC01	Omeprazol	53,6	6,2	-1,5	94,4	136,5	0,1
N02BE01	Paracetamol	34,4	4,0	7,6	22,5	83,7	0,2
C10AA01	Simvastatina	25,7	3,0	3,9	29,3	38,9	0,1
B01AC06	Ácido acetilsalicílico (Antiagregante)	25,1	2,9	1,8	43,7	43,3	0,1
C10AA05	Atorvastatina	19,0	2,2	5,1	44,1	247,6	0,3
N02BB02	Metamizol sódico	17,9	2,1	14,6	3,9	40,2	0,6
M01AE01	Ibuprofeno	17,3	2,0	-3,8	16,5	43,3	0,2
N05BA06	Lorazepam	16,4	1,9	3,8	20,7	27,2	0,1
A10BA02	Metformina	16,3	1,9	0,4	20,4	32,0	0,1
C09AA02	Enalapril	13,9	1,6	2,8	40,2	27,2	0,04
N02AX52	Tramadol, combinaciones	13,7	1,6	14,8	4,1	51,6	0,8
N05BA12	Alprazolam	11,8	1,4	1,3	15,2	31,5	0,1
C03CA01	Furosemida	9,6	1,1	6,9	16,6	21,4	0,1
N05CD06	Lormetazepam	9,3	1,1	4,9	20,0	20,6	0,1
J01CR02	Amoxicilina e inhibidores de la beta-lactamasa	9,1	1,1	16,2	7,4	24,9	0,2
% s/Total			34,1				

Observaciones: ATC5 = Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química Nivel 5, principio activo. DHD: Dosis habitante día. CTD: Coste tratamiento día. PVP-IVA= Precio Venta al Público-Impuesto Valor Añadido.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2014 (INE).

5.2.9.2 En relación al importe facturado

Los 15 principios activos que mayor importe facturan en 2014 representan el 24,9% del PVP-IVA total facturado en medicamentos. Las combinaciones de Salmeterol-fluticasona y Formoterol-budesonida para el tratamiento del asma y EPOC ocupan el primer y sexto lugar de facturación en importe, con 281,8 y 175,8 millones de euros respectivamente. El antiepiléptico Pregabalina ocupa la segunda posición, con un crecimiento del 7,8% desde 2013. De los principios activos de mayor consumo en importe, solo 2 coinciden con los 15 de mayor consumo en envases: la Atorvastatina que ocupa el tercer puesto y el Omeprazol en la decimotercera posición.

Entre los 15 principios activos de mayor importe se introduce la asociación Tamsulosina/Dutasterida incluida en la prestación farmacéutica del SNS en 2010, combinación de dos fármacos con actividad sinérgica sobre la hiperplasia benigna de próstata, que presenta un crecimiento en su facturación del 16,8%.

El antipsicótico Paliperidona es el principio activo de la Tabla 5-12 con mayor CTD, 8,5 euros.

Los CTD de estos principios activos son más elevados que los de la Tabla 5-10, ya que no hay presentaciones genéricas o biosimilares y no se han formado conjuntos de referencia, salvo para la Atorvastatina, Omeprazol y Fentanilo (Tabla 5-12).

Tabla 5-12 Quince primeros principios activos de mayor consumo en importe, 2014

Principio Activo ATC5		Importe PVP-IVA (millones de euros)	% sobre total importe	% Δ 14/13	DHD	Nº envases (millones)	CTD (euros)
R03AK06	Salmeterol y fluticasona	281,8	2,6	-2,9	6,8	3,9	2,4
N03AX16	Pregabalina	262,3	2,4	7,8	4,0	4,5	3,8
C10AA05	Atorvastatina	247,6	2,3	7,9	44,1	19,0	0,3
A10AE04	Insulina glargina	215,0	2,0	10,6	6,1	2,8	2,1
A10BD07	Metformina y sitagliptina	181,2	1,7	7,1	4,9	3,0	2,2
R03AK07	Formoterol y budesonida	175,8	1,6	2,1	4,8	2,7	2,1
N05AX13	Paliperidona	172,1	1,6	13,7	1,2	0,7	8,5
R03BB04	Tiotropio, bromuro de,	167,4	1,6	-13,4	5,9	3,4	1,7
N02AB03	Fentanilo	158,1	1,5	19,4	2,2	3,1	4,2
B01AB05	Enoxaparina	154,3	1,4	6,0	4,0	1,9	2,2
N06AX21	Duloxetina	152,4	1,4	5,4	4,8	3,6	1,9
A10BD08	Metformina y vildagliptina	149,5	1,4	9,0	4,0	2,3	2,2
A02BC01	Omeprazol	136,5	1,3	-1,1	94,4	53,6	0,1
C10AA07	Rosuvastatina	114,9	1,1	2,5	7,9	4,1	0,9
G04CA52	Tamsulosina y dutasterida	110,8	1,0	16,8	5,0	2,8	1,3
% s/Total			24,9				

Observaciones: ATC5 = Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química Nivel 5, principio activo. PVP-IVA: Precio Venta al Público- Impuesto sobre el Valor Añadido DHD: Dosis habitante día. CTD: Coste tratamiento día.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2014 (INE).

5.2.10 Consumo de productos sanitarios

En 2014 el consumo de productos sanitarios a través de recetas médicas supone un volumen de 16,3 millones de envases, con una facturación de 458 millones de euros. Los productos sanitarios incrementan su consumo en 2014 respecto a 2013, en un 5,2% en la facturación de envases y en un 4,5% en relación al importe, siendo las medias de compresión fuerte las que presentan los mayores incrementos de consumo, 10,6% en los envases y 12,7% en importe. Los absorbentes para la incontinencia de orina son el grupo dentro de los productos sanitarios que tienen mayor facturación, con un 43,6% del total de los envases y el 60% del importe. Los apósitos estériles ocupan la segunda posición en la facturación en envases con el 13,4%, pero en importe descienden a la tercera posición, ya que los productos de ostomía alcanzan el 19,6% del importe total facturado de los productos sanitarios.

Tabla 5-13 Productos sanitarios. Consumo en envases, 2014

Grupo	Envases (millones)	% s/total	% Δ 14/13
Absorbentes incontinencia orina	7,1	43,6	4,1
Productos de ostomía	1,9	11,3	7,0
Apósitos estériles	2,3	13,9	8,1
Bolsas de recogida de orina y colectores	0,8	4,8	2,8
Sondas vesicales	0,5	2,8	6,4
Algodón, vendas, gasas, esparadrapo	2,0	12,0	2,1
Medias compresión fuerte	0,9	5,5	10,6
Otros	1,0	6,1	6,3
Total	16,3	100,0	5,2

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

Tabla 5-14 Productos sanitarios. Consumo en importe, 2014

Grupo	Importe (millones de euros)	% s/total	% Δ 14/13
Absorbentes incontinencia orina	274,6	60,0	3,8
Productos de ostomía	90,0	19,6	5,7
Apósitos estériles	36,9	8,1	5,3
Bolsas de recogida de orina y colectores	15,3	3,3	3,1
Sondas vesicales	16,8	3,7	8,8
Algodón, vendas, gasa, esparadrapo	8,2	1,8	1,2
Medias compresión fuerte	9,4	2,1	12,7
Otros	6,9	1,5	1,3
Total	458,0	100,0	4,5

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

5.3 Prestación farmacéutica hospitalaria

Se presentan los datos de 2014 del gasto en medicamentos[73] efectuados por los Servicios de Farmacia de la red pública hospitalaria del SNS.

La información que se proporciona en este apartado se refiere a datos de gasto a precio industrial (PVL) obtenidos de la información de consumo procedente de las comunidades autónomas e INGESA, y calculado en base al PVL que consta para cada medicamento en el Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

5.3.1 Gasto de medicamentos por subgrupos farmacológicos (ATC4)

Los 15 subgrupos de mayor consumo a PVL de medicamentos en hospitales representan más del 60% del gasto total.

Tabla 5-15 Quince primeros subgrupos farmacológicos de mayor gasto hospitalario, 2014

Subgrupo Farmacológico ATC4		Gasto PVL (millones de euros)	% PVL s/total	% Δ 14/13
L04AB	Inmunosupresores: Inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (TNF-α)	679,1	12,3	6,1
L01XC	Agentes antineoplásicos: Anticuerpos monoclonales	441,3	8,0	3,1
J05AR	Combinación de antivirales para el tratamiento de infecciones por VIH	405,1	7,4	-5,2
L01XE	Agentes antineoplásicos: Inhibidores directos de la protein-quinasa	314,4	5,7	9,1
J05AE	Antivirales: Inhibidores de proteasa	226,9	4,1	-11,8
L03AB	Inmunoestimulantes: Interferones	188,3	3,4	-7,7
L04AA	Inmunosupresores selectivos	176,1	3,2	29,8
B02BD	Factores de la coagulación sanguínea	169,8	3,1	0,4
B03XA	Otros preparados antianémicos	164,2	3,0	-0,4
J06BA	Inmunoglobulinas humanas normales	107,0	1,9	-1,2
A16AB	Otros productos para el tracto alimentario y metabolismo: Enzimas	100,4	1,8	11,2
L04AC	Inmunosupresores: Inhibidores de la interleucina	97,0	1,8	18,8
J05AX	Otros antivirales	97,0	1,8	23,3
L04AX	Otros inmunosupresores	81,4	1,5	21,0
J01XB	Otros antibacterianos: Polimixinas	74,8	1,4	0,7
	% s/ Total		60,3	

Observaciones: ATC4 = Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química Nivel 4, subgrupo farmacológico. PVL = Precio Venta Laboratorio.

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

El subgrupo de los Inmunosupresores: Inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (TNF-α) (L04AB), cuyos medicamentos se utilizan principalmente para la artritis reumatoide, representan el 12,3% del total del consumo. Otros 3 subgrupos de Inmunosupresores, el L04AA (Inmunosupresores selectivos), L04AC (Inhibidores de la interleucina) y L04AX (Otros inmunosupresores) se posicionan en el séptimo, duodécimo y decimocuarto lugar

[73] Datos provisionales de facturación. (Aún no está finalizado el desarrollo completo del sistema de información sobre consumo de medicamentos a nivel hospitalario, que nos permitirá conocer más a fondo y analizar la evolución del consumo de forma sistematizada en la red pública de centros hospitalarios del SNS).

respectivamente. Los Inmunosupresores selectivos son los de mayor incremento del gasto en 2014, un 29,8% más que en 2013.

El segundo y cuarto puesto, lo ocupan los subgrupos para el tratamiento antineoplásico L01XC (Anticuerpos monoclonales) y L01XE (Inhibidores directos de la protein-quinasa).

Entre los subgrupos de mayor gasto figuran asimismo los antivirales J05AR, J05AE y J05AX, para el tratamiento de la infección por VIH y para el tratamiento de la hepatitis C.

El segundo y cuarto puesto, lo ocupan los subgrupos para el tratamiento antineoplásico L01XC (Anticuerpos monoclonales) y L01XE (Inhibidores directos de la protein-quinasa).

Entre estos subgrupos de mayor gasto figuran los antivirales J05AR, J05AE y J05AX, para el tratamiento de la infección por VIH y para el tratamiento de la hepatitis C.

5.3.2 Gasto de medicamentos por principios activos (ATC5)

Los 15 primeros principios activos de mayor consumo en hospitales representan más del 35% del gasto total en medicamentos. En los tres primeros puestos se sitúan los inmunosupresores Adalimumab, Infliximab y Etanercept con el 11,4% del total del gasto, utilizados mayoritariamente para la artritis reumatoide. Asimismo en 2014 se introduce el inmunosupresor Lenalidomida en el decimoquinto puesto, indicado para el tratamiento de los pacientes con mieloma múltiple, con un crecimiento del 13,7% del gasto anual en 2013.

Para el tratamiento de la infección por VIH se han utilizado 3 ATC5: J05AR06 (Emtricitabina, tenofovir disoproxilo y efavirenz), J05AR03 (Tenofovir disoproxilo y emtricitabina) y J05AE10 (Darunavir).

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

Tabla 5-16 Quince primeros principios activos de mayor gasto hospitalario, 2014

	Principio Activo ATC5	Gasto PVL (millones de euros)	% sobre Total PVL	% Δ 14/13
L04AB04	Adalimumab	280,8	5,1	4,7
L04AB02	Infliximab	173,7	3,2	2,6
L04AB01	Etanercept	171,2	3,1	3,4
L01XC03	Trastuzumab	131,9	2,4	7,2
J05AR06	Emtricitabina, tenofovir disoproxilo y efavirenz	129,5	2,3	-23,8
J05AR03	Tenofovir disoproxilo y emtricitabina	119,3	2,2	-9,5
L03AB07	Interferon beta-1a	117,0	2,1	-1,4
L01XC02	Rituximab	114,8	2,1	1,4
L01XE01	Imatinib	113,9	2,1	1,6
L01XC07	Bevacizumab	108,5	2,0	-8,1
B02BD02	Factor VIII de la coagulación	106,9	1,9	-3,4
J05AE10	Darunavir	101,5	1,8	1,9
J06BA02	Inmunoglobulinas humanas normales para administración intravascular	101,0	1,8	-5,5
B03XA01	Eritropoyetina	84,4	1,5	1,4
L04AX04	Lenalidomida	76,0	1,4	13,7
	% s/Total		35,0	

Observaciones: ATC5 = Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química Nivel 5, principio activo. PVL= Precio Venta Laboratorio.

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

Los medicamentos que contienen los principios activos de la Tabla 5.16 están calificados todos como de Uso hospitalario (UH) (sólo pueden utilizarse en medio hospitalario o centros asistenciales autorizados), excepto Adalimumab, Etanercept e Imatinib, que están calificados de Diagnóstico hospitalario (DH) y tienen establecidas reservas singulares en el ámbito del SNS, consistentes en limitar su dispensación a los pacientes no hospitalizados en los servicios de farmacia de los hospitales.

5.4 Consumo medicamentos huérfanos

Los medicamentos huérfanos son aquellos comercializados especialmente para el tratamiento de determinadas enfermedades raras (tienen una prevalencia baja, menor de 5 casos por cada 10.000 habitantes). El problema para los pacientes con estas patologías es la dificultad del acceso a los tratamientos, ya que la investigación de estas enfermedades es dificultosa debido a la falta de rentabilidad por los pocos casos existentes. Así pues, con el fin de amparar el derecho a la salud de estos pacientes, las administraciones sanitarias están favoreciendo que la industria farmacéutica fomente la investigación, el desarrollo y la comercialización de medicamentos para los tratamientos de estas enfermedades poco frecuentes.

La mayoría de los medicamentos huérfanos, por sus especiales características, exigen una adecuada vigilancia y control y requieren un correcto seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes, por lo que están calificados como medicamentos de UH, o como medicamentos de DH.

En la prestación farmacéutica del SNS a 31 de diciembre de 2014 hay incluidos 52 principios activos autorizados en 85 presentaciones. De estos, 42 principios activos (65 presentaciones) son de UH, y 10 principios activos (20 presentaciones) de DH.

En el año 2014 se han incluido en la prestación farmacéutica del SNS 6 nuevos principios activos huérfanos:

- L01BC08 Decitabina
- L01XC10 Ofatumumab
- L01XC12 Brentuximab
- L04AX05 Pirfenidona
- L04AX06 Pomalidomida
- R07AX02 Ivacaftor

El gasto de los medicamentos huérfanos a nivel hospitalario en 2014 supone un importe de 468,3 millones de euros, un 8,5% del total del gasto en medicamentos. Los primeros 15 principios activos de mayor consumo representan el 85,7% del total y en 2014 se observa un incremento del gasto de estos medicamentos en relación a 2013 de un 10,6%. La Lenalidomida para el tratamiento de los pacientes con mieloma múltiple y síndrome mielodisplásico, es el principio activo de mayor gasto; fue comercializado a finales de 2011 y su consumo va creciendo anualmente. En segundo lugar se sitúa el Bosentano para la hipertensión pulmonar: su consumo disminuye en un -0,6%, ya que se han comercializado posteriormente otros fármacos para esa misma indicación, como son el Ambrisentan y el Sildenafilo. En el tercer puesto el inmunosupresor Eculizumab tiene un importante incremento del gasto (19,5%), debido a que es el único medicamento con estudios específicos aprobados para las indicaciones de hemoglobinuria paroxística nocturna y síndrome hemolítico-urémico atípico. Entre los 15 principios activos aparecen 3 enzimas para patologías metabólicas hereditarias, Alglucosidasa Alfa, Idursulfasa y Velaglucerasa Alfa, que registran incrementos significativos, 17,3%, 16,6% y 23,8% respectivamente, ya que son la única terapia posible al sustituir la enzima deficitaria correspondiente a cada patología.

Nilotinib y Dasatinib, para el tratamiento de la leucemia mieloide crónica, incrementan el gasto, siendo más elevado para el Dasatinib (15,4%), que es comercializado con posterioridad. Otro medicamento con un importante incremento es la Levodopa inhibidor de descarboxilasa, utilizado para la administración parenteral de levodopa.

Tabla 5-17 Consumo hospitalario de los quince primeros principios activos huérfanos de mayor gasto, 2014				
Principio activo - ATC 5		Gasto PVL 2014 (millones de euros)	Gasto PVL 2013 (millones de euros)	% 14/13
L04AX04	Lenalidomida	76,0	66,9	13,7
C02KX01	Bosentano	60,5	60,9	-0,6
L04AA25	Eculizumab	44,3	37,0	19,5
L01BC07	Azacitidina	33,7	31,7	6,4
L01XE08	Nilotinib	27,5	26,2	5,0
L01XE06	Dasatinib	26,8	23,2	15,4
L01XE05	Sorafenib	24,7	23,9	3,2
A16AB07	Alglucosidasa alfa	19,1	16,3	17,3
A16AB09	Idursulfasa	18,3	15,7	16,6
N04BA02	Levodopa inhibidor de descarboxilasa	17,1	15,1	13,5
G04BE03	Sildenafilo	14,5	14,8	-2,1
B02BX04	Romiplostim	11,3	11,6	-2,7
C02KX02	Ambrisentan	10,3	9,9	4,5
A16AB10	Velaglucerasa alfa	9,3	7,5	23,8
B01AC11	Iloprost	8,0	8,5	-5,3
% s/ Total Huérfanos		85,7		
Total principios activos huérfanos		468,3	423,5	10,6

Observaciones: ATC5 = Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química Nivel 5, principio activo. PVL = Precio Venta Laboratorio.
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Información de las CCAA e INGESA.

A continuación se muestran los datos de consumo de medicamentos huérfanos facturados en 2014 a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia. Corresponden únicamente a 4 principios activos, que han supuesto 0,04 millones de envases y 19,6 millones de euros. Deferasirox es el de mayor consumo en envases e importe; se utiliza para el tratamiento de sobrecarga de hierro debido a transfusiones sanguíneas, Rufinamida para el tratamiento de un tipo de epilepsia y los citostáticos Anagrelida y Mitotano.

Tabla 5-18 Consumo de medicamentos huérfanos a través de recetas médicas del SNS. 2014						
	Principio activo ATC5	Nº envases (millones)	% Δ envases 14/13		Importe PVP-IVA (millones de euros)	% Δ importe 14/13
V03AC03	Deferasirox	0,02	1,9		10,4	1,7
N03AF03	Rufinamida	0,01	-1,4		2,1	7,1
L01XX35	Anagrelida	0,01	2,2		6,4	2,2
L01XX23	Mitotano	0,001	22,8		0,8	22,8
	Total	0,04			19,6	

Observaciones: ATC5 = Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química Nivel 5, principio activo. PVP-IVA= Precio Venta Público-Impuesto Valor Añadido.
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara.

6 Gasto Sanitario

6.1 Evolución del gasto sanitario

Según el Sistema de Cuentas de Salud, el gasto total del sistema sanitario español, entendido como la suma de los recursos asistenciales públicos y privados, asciende en el año 2013 a 93.048 millones de euros (66.521 millones financiados por el sector público y 26.527 millones financiados por el sector privado)[74].

El gasto sanitario público comprende el gasto de las administraciones públicas regionales y administración central incluida la seguridad social. El gasto de las administraciones de la seguridad social proviene de las mutualidades de funcionarios públicos y de la prestación económica complementaria de gran invalidez para cuidados por terceras personas y prestaciones no contributivas derivadas de discapacidad.

El gasto sanitario privado incluye los pagos directos de los hogares, además del gasto de las empresas de seguros privados (excepto seguros sociales), de las instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares y de sociedades (no seguros médicos) que incluyan únicamente gasto de capital.

La media anual de disminución del gasto sanitario total en el periodo 2009-2013 es de un 1,7%. El gasto sanitario público presenta una tasa de disminución de 3,1%, mientras que el gasto privado crece de media un 2,3% anual.

Tabla 6-1 Gasto sanitario total, público y privado. Millones de euros y porcentaje sobre el producto interior bruto (PIB), y euros por habitante, 2009-2013

	2009	2010	2011	2012	2013
Millones de euros					
Gasto sanitario total	99.679	99.917	99.175	96.611	93.048
Gasto sanitario público	75.479	75.005	73.254	69.299	66.521
Gasto sanitario privado	24.200	24.912	25.921	27.312	26.527
Porcentaje sobre PIB					
Gasto sanitario total	9,2	9,2	9,2	9,2	8,87
Gasto sanitario público	7,0	6,9	6,8	6,6	6,34
Gasto sanitario privado	2,2	2,3	2,4	2,6	2,53
Euros por habitante					
Gasto sanitario total	2.132	2.125	2.102	2.044	1.974
Gasto sanitario público	1.615	1.595	1.552	1.466	1.411
Gasto sanitario privado	518	530	549	578	563

Observaciones: es importante señalar que la serie estadística del Sistema de Cuentas de Salud se revisa completamente cada año para tener en cuenta las actualizaciones que puedan haber realizado los productores de las distintas fuentes de información utilizadas y disponibles en publicaciones anteriores.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

En el período 2009-2013, la participación del gasto sanitario público sobre el total del gasto sanitario desciende 4,2 puntos porcentuales, pasando de un 75,7% en 2009 a un 71,5% en 2013.

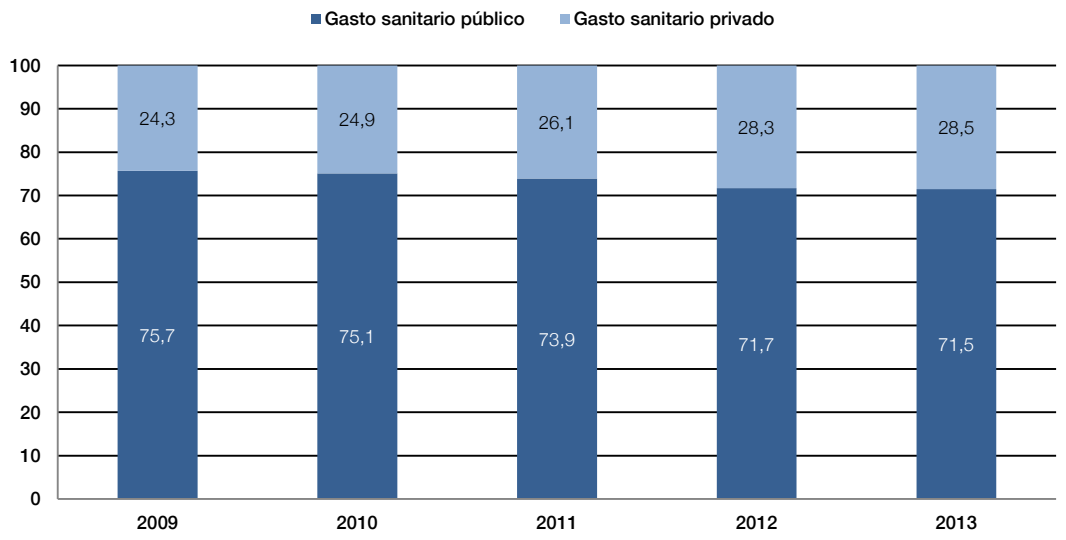
El pago directo de los hogares es el que tiene un mayor peso en el gasto sanitario privado e incluye, fundamentalmente, el gasto farmacéutico a través de copagos y compra directa sin receta o con recetas privadas de productos farmacéuticos y la compra de dispositivos médicos y productos no perecederos (gafas, audífonos, ..), seguido del pago de servicios de asistencia

[74] Últimos datos consolidados disponibles.

curativa y de rehabilitación donde predomina la asistencia ambulatoria. Otros servicios de pago directo de los hogares incluyen, aunque en menor medida, servicios de larga duración y servicios auxiliares de atención de la salud (laboratorio clínico y diagnóstico por imagen).

En el pago directo de los hogares, destaca la fuerte proporción que representa el gasto en servicios odontológicos, solo superado por el gasto en farmacia. Ambos gastos suponen en torno a la mitad de los pagos directos de los hogares.

Gráfico 6-1 Gasto sanitario total. Distribución porcentual del gasto público y del gasto privado, 2013



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

6.2 Gasto sanitario total según función

El gasto en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación, alcanza 52.799 millones de euros, absorbiendo más de la mitad del gasto sanitario total.

Tabla 6-2 Gasto sanitario total según función de atención de la salud (millones de euros), 2009-2013

	2009	2010	2011	2012	2013
Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación	56.227	56.167	56.779	56.040	52.799
Servicios de atención de larga duración	8.444	9.372	9.068	9.006	8.657
Servicios auxiliares de atención de la salud	4.930	5.006	5.024	4.808	4.547
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	21.470	21.764	21.224	20.277	21.163
Servicios de prevención y de salud pública	2.688	2.270	2.130	1.987	1.896
Administración de la salud y los seguros médicos	3.139	2.867	3.076	3.089	2.831
Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud	2.780	2.470	1.873	1.405	1.156
Gasto sanitario total	99.679	99.917	99.175	96.611	93.048

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

Un 56,7% del gasto sanitario total se destina a servicios de asistencia curativa y de rehabilitación. Le siguen en importancia el gasto en productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios, con un 22,7%, el gasto en servicios de atención de larga duración, con un 9,3%, y el gasto en servicios auxiliares de atención de la salud, que supone un 4,9% del gasto sanitario total.

El peso del gasto en las principales funciones de atención de la salud durante el período 2009-2013 evoluciona de manera diferente: mientras que los gastos en productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios, en servicios de atención de larga duración y en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación se incrementan 1,2 puntos porcentuales, 0,8 puntos porcentuales y 0,3 puntos porcentuales, respectivamente, el gasto en servicios auxiliares de atención a la salud baja 0,1 puntos porcentuales.

Por su parte, la contribución del gasto en formación de capital de las instituciones proveedoras de atención de la salud al gasto sanitario total disminuye 1,5 puntos porcentuales (del 2,8% en 2009 al 1,2% en 2013).

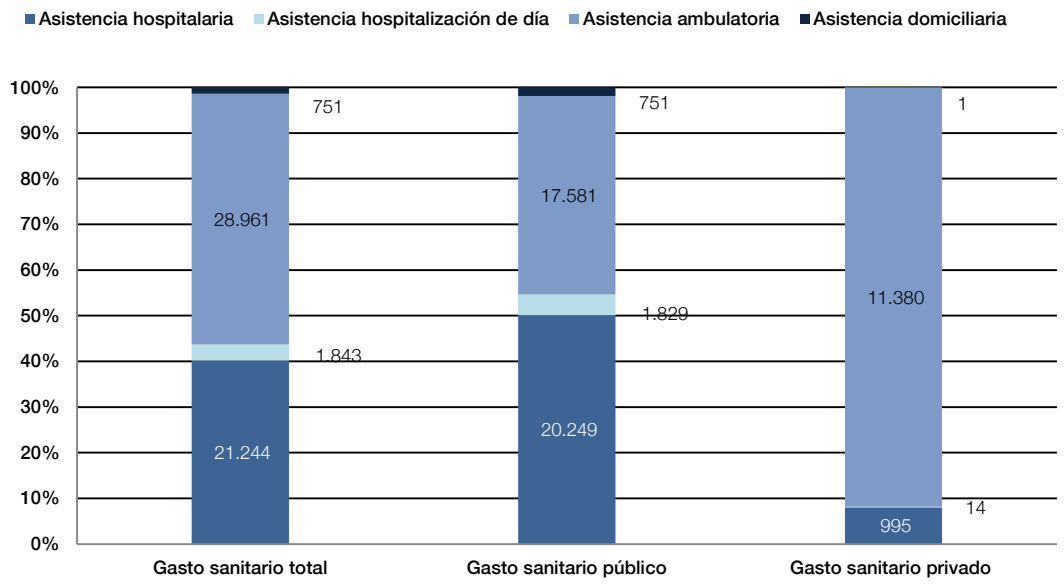
El gasto en servicios de atención de larga duración es el único que en el quinquenio 2009-2013 experimenta una tasa anual media de crecimiento positiva, cifrada en un 0,6%.

En el último año disminuye el gasto en todas las funciones de atención de la salud, excepto en productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios. Si no se tiene en cuenta la evolución del gasto en formación de capital de las instituciones proveedoras de atención de la salud, los principales descensos se producen en administración de la salud y los seguros médicos (8,4%), en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación (5,8%) y en servicios auxiliares de atención a la salud (5,4%).

En cuanto a los servicios de asistencia curativa y de rehabilitación, más de tres cuartas partes se financian con recursos públicos (76,5%).

Dentro de la asistencia curativa y de rehabilitación financiada por el sector público, la asistencia hospitalaria absorbe el 50,1%. En cuanto al sector privado la asistencia ambulatoria supone el 91,9% del gasto dedicado a la asistencia curativa y de rehabilitación, debido al peso de la asistencia odontológica.

Gráfico 6-2 Gasto sanitario total, público y privado en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación, en millones y distribución porcentual según modo de producción de la asistencia, 2013



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

6.3 Gasto sanitario total según proveedor

Según el proveedor de atención sanitaria, el gasto de los hospitales, que asciende a 37.973 millones de euros, supone el mayor porcentaje del gasto sanitario total.

Concretamente, un 40,8% del gasto sanitario total es generado por los hospitales. El gasto de los proveedores de atención ambulatoria se sitúa en un 25,6%, el de los minoristas y otros proveedores de productos médicos, en un 22,7%, y el de los establecimientos de atención medicalizada y residencial, en un 5,6%.

La contribución del gasto de los principales proveedores de atención de la salud al gasto sanitario total es dispar en el período 2009-2013: el gasto de los minoristas y otros proveedores de productos médicos (principalmente, farmacias) se incrementa 1,2 puntos porcentuales, el gasto de los establecimientos de atención medicalizada y residencial aumenta 0,5 puntos porcentuales, el gasto de los proveedores de atención ambulatoria se redujo 0,5 puntos porcentuales y el gasto de los hospitales disminuye 0,8 puntos porcentuales.

Tabla 6-3 Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud (millones de euros), 2009-2013

	2009	2010	2011	2012	2013
Hospitales	41.432	40.981	41.836	40.366	37.973
Establecimientos de atención medicalizada y residencial	5.076	5.897	5.477	5.411	5.238
Proveedores de atención ambulatoria	25.943	26.118	25.415	25.340	23.783
Minoristas y otros proveedores de productos médicos	21.470	21.763	21.224	20.276	21.162
Suministro y administración de programas de salud pública	1.197	795	781	729	697
Administración general de la salud y los seguros médicos	3.489	3.139	3.296	3.373	3.027
Otras ramas de actividad	1.069	1.221	1.145	1.114	1.166
Resto del mundo *	2	2	1	1	1
Gasto sanitario total	99.679	99.917	99.175	96.611	93.048

Observaciones: * Incluye las cuotas a Organizaciones Sanitarias Internacionales. Para INGESA incluye algunas medicinas que, aunque no pueden venderse en España, son necesarias para tratamientos específicos.

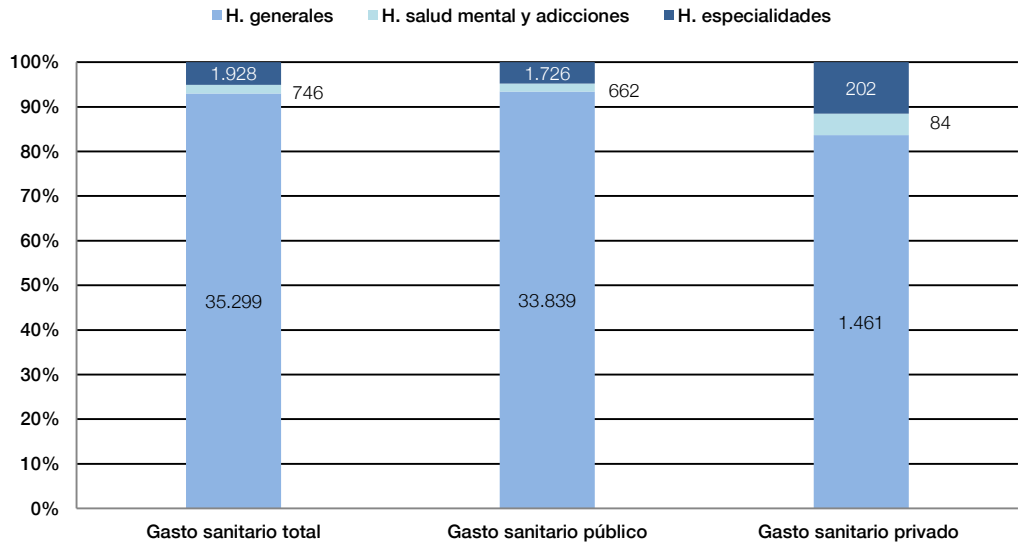
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

En el quinquenio 2009-2013, el gasto de las otras ramas de actividad es el que presenta la mayor tasa anual media de crecimiento (2,2%), seguido del gasto de los establecimientos de atención medicalizada y residencial (0,8%).

En el último año, con la excepción de las otras ramas de actividad y de los minoristas y otros proveedores de productos médicos, desciende el gasto de todos los proveedores de atención de la salud. Las principales bajadas se producen en la administración general de la salud y los seguros médicos (10,3%), en los proveedores de atención ambulatoria (6,1%) y en los hospitales (5,9%).

Los hospitales generales originan el 93% del gasto total de la asistencia hospitalaria.

Gráfico 6-3 Gasto sanitario total, público y privado de los hospitales según modo de producción, en millones y distribución porcentual, 2013



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

6.4 Gasto sanitario total según agente de financiación

El gasto sanitario de las administraciones públicas en el año 2013 se ha cifrado en 66.521 millones de euros, contribuyendo al 71,5% del gasto sanitario total. El gasto privado supone el 28,5% restante.

Las administraciones regionales, con una participación del 91,5%, son los agentes que soportan una mayor carga en la financiación sanitaria pública. Por su parte, las administraciones de la seguridad social (que incluye las mutualidades de funcionarios) contribuyen al 6,9% del gasto sanitario público. La administración central sanitaria participa con un 0,6%.

Tabla 6-4 Gasto sanitario total según agente de financiación (millones de euros), 2009-2013

	2009	2010	2011	2012	2013
Administraciones públicas	75.479	75.005	73.254	69.299	66.521
Administración central	827	514	482	421	386
Administraciones regionales	68.776	68.749	67.178	63.560	60.866
Administraciones locales	1.277	1.008	915	789	690
Administraciones de S.S.	4.598	4.734	4.678	4.529	4.579
Sector privado	24.200	24.912	25.921	27.312	26.527
Empresas de seguro privadas	4.632	4.034	4.630	4.828	3.998
Pagos directos de los hogares	18.907	20.220	20.537	21.780	21.842
Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares	375	406	385	432	413
Sociedades (excepto seguros médicos)*	287	251	368	272	275
Gasto sanitario total	99.679	99.917	99.175	96.611	93.048

Observaciones: * Únicamente incluye gastos de capital. S.S.: Seguridad Social

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

Desde 2009, año en que finalizó la tendencia alcista que venía experimentando históricamente, el gasto de las administraciones públicas ha disminuido hasta 2013 en un 11,9%, lo que traduce el efecto de las medidas extraordinarias para la reducción del déficit público adoptadas a partir de mayo de 2010 a consecuencia de la crisis económica. De hecho entre los mayores descensos del gasto sanitario público cabe destacar el de los productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos, que, desde el año 2009, cae un 21,9%.

En relación con el gasto privado, los hogares aportan una mayor contribución a la financiación, con una participación del 82,3%. En el periodo 2009-2013, el gasto sanitario privado ha crecido de media 2,3% al año.

6.5 Gasto sanitario público del sector comunidades autónomas

Según la Estadística de Gasto Sanitario Público, el gasto sanitario público consolidado del sector comunidades autónomas en el año 2013 ha supuesto 56.746 millones de euros, lo que representa el 5,4% del PIB. El gasto medio per cápita es de 1.208 euros. En la interpretación de los datos es importante tener en cuenta que un 8% del gasto sanitario público de España no se recoge territorializado.

Tabla 6-5 Gasto sanitario público consolidado según comunidades autónomas. En millones de euros, porcentaje sobre el PIB y euros por habitante, 2013

	Millones de euros	Porcentaje sobre PIB	Euros por habitante
Andalucía	8.812	6,2	1.044
Aragón	1.656	5,0	1.229
Asturias	1.520	7,1	1.423
Baleares	1.278	4,9	1.150
Canarias	2.553	6,3	1.205
Cantabria	801	6,6	1.354
Castilla y León	3.391	6,3	1.346
Castilla-La Mancha	2.506	6,6	1.193
Cataluña	9.265	4,7	1.227
Comunidad Valenciana	5.671	5,8	1.109
Extremadura	1.543	9,1	1.397
Galicia	3.559	6,5	1.287
Madrid	7.403	3,8	1.140
Murcia	2.086	7,8	1.417
Navarra	892	5,0	1.384
País Vasco	3.394	5,3	1.549
La Rioja	415	5,4	1.288
Total comunidades autónomas	56.746	5,4	1.208

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

En valores absolutos, el 44,9% del gasto sanitario público del sector se origina por tres comunidades autónomas: Cataluña, Andalucía y Madrid, con 9.265, 8.812 y 7.403 millones de euros, respectivamente. La Rioja, Cantabria y Navarra son las comunidades que generan el gasto más bajo.

En relación a su población, las comunidades con mayor gasto sanitario público son País Vasco (1.549 euros por habitante), Asturias (1.423 euros por habitante) y Murcia (1.417 euros por habitante). Las comunidades con menor gasto sanitario público son Andalucía (1.044 euros por

habitante), Comunidad Valenciana (1.109 euros por habitante) y Madrid (1.140 euros por habitante).

El análisis de la distribución del gasto sanitario público entre las comunidades autónomas y la importancia que tiene el mismo dentro de cada una de las economías regionales se puede realizar a través del indicador de gasto sanitario como porcentaje del PIB. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los datos que se obtienen a nivel regional no solo se explican por diferencias entre niveles de renta, sino también por solidaridad entre territorios, ya que la asignación de recursos entre las comunidades autónomas contempla mecanismos de nivelación que tratan de garantizar la equidad del sistema.

Extremadura, con un 9,1%, Murcia, con un 7,8%, y Asturias, con un 7,1%, son las comunidades autónomas que presentan un porcentaje del gasto sanitario sobre el PIB más elevado. En el extremo opuesto, se encuentran Madrid, con el 3,8%, Cataluña, con el 4,7%, y Baleares, con el 4,9%.

El gasto total del sector comunidades autónomas en el último año disponible sufre un descenso del 4%. Las comunidades que más reducen su gasto sanitario son Cantabria, un 23,4%, Aragón, un 19%, y Asturias, un 8,2%. Únicamente dos comunidades incrementaron su gasto: Canarias y Galicia.

Tabla 6-6 Gasto sanitario público consolidado según comunidades autónomas. Tasa de variación interanual (en porcentaje), 2013/2012

	Tasa interanual 2013/2012
Andalucía	-4,5
Aragón	-19,0
Asturias	-8,2
Baleares	-1,2
Canarias	1,3
Cantabria	-23,4
Castilla y León	-1,8
Castilla-La Mancha	-4,1
Cataluña	-2,3
Comunidad Valenciana	-7,3
Extremadura	-0,8
Galicia	0,8
Madrid	-3,4
Murcia	-1,1
Navarra	-4,5
País Vasco	-19,0
La Rioja	-8,2
Total comunidades autónomas	**-1,2**

Observaciones: El gasto sanitario de Cantabria incluyó para 2012 la imputación de los pagos tramitados a través del Mecanismo Extraordinario del Pago a Proveedores.

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

Desde la óptica de la clasificación económica, el componente del gasto de las comunidades autónomas con mayor peso es la remuneración del personal, que alcanza la cifra de 26.133 millones de euros, lo que representa el 46,1% del gasto consolidado, experimentando en 2013 un descenso del 0,6% respecto al año anterior.

El porcentaje del gasto sanitario público dedicado por las comunidades autónomas a la remuneración de su personal oscila entre el 35,7% de Cataluña y el 58,8% de Aragón.

Tabla 6-7 Gasto sanitario público en remuneración de personal según comunidades autónomas en millones de euros y porcentaje sobre el total de gasto sanitario público de la comunidad consolidado, 2013

	Millones de euros	Porcentaje sobre el total de gasto de la comunidad
Andalucía	4.177	47,4
Aragón	974	58,8
Asturias	749	49,2
Baleares	633	49,5
Canarias	1.272	49,8
Cantabria	384	47,9
Castilla y León	1.791	52,8
Castilla-La Mancha	1.307	52,2
Cataluña	3.306	35,7
Comunidad Valenciana	2.282	40,2
Extremadura	802	52,0
Galicia	1.647	46,3
Madrid	3.410	46,1
Murcia	986	47,3
Navarra	469	52,6
País Vasco	1.743	51,4
La Rioja	200	48,2
Total comunidades autónomas	26.133	46,1

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

7 e-Salud

7.1 La identificación electrónica de los usuarios en el Sistema Nacional de Salud

La Tarjeta Sanitaria Individual del Sistema Nacional de Salud (TSI-SNS) representa el sistema normalizado de identificación de todo usuario al derecho a la protección de la salud en el conjunto del SNS. Esta identificación permite el acceso a los datos clínicos y administrativos de cada persona en sus contactos con el sistema sanitario público. La Tarjeta Sanitaria es emitida por cada comunidad autónoma para la población residente en su territorio. Para facilitar su gestión, y con el objetivo de poder reconocer a cada persona de manera segura y unívoca, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad coordina una Base de Datos de Población Protegida del SNS (BDPP-SNS) y genera para cada usuario un código de identificación personal, único y vitalicio. El código actúa como clave de vinculación de cuantos otros códigos de identificación personal autonómicos pueda tener asignados el usuario a lo largo de la vida. Esto va a permitir la posterior recuperación de la información clínica que se encuentre asociada a dichos códigos.

La BDPP-SNS incluye, además de a las personas aseguradas y beneficiarias según el RDL 16/2012, a aquellas otras que por diferentes circunstancias tienen acceso a la atención sanitaria del SNS, asignándoles, igualmente, el código de identificación personal.

De este modo, la BDPP-SNS es una de las herramientas estratégicas del SNS, tanto para la identificación de los usuarios como para el desarrollo de proyectos de interoperabilidad y trazabilidad electrónica de la información clínica.

El formato de la TSI es válido para todo el Sistema Nacional de Salud, se normalizó en el año 2013 con una serie de datos básicos comunes y una banda magnética homologada que facilitan su uso en todas las comunidades autónomas. Las tarjetas existentes previamente en cada comunidad autónoma, igualmente válidas para recibir atención en todo el SNS, están siendo sustituidas por el nuevo formato con motivo de su renovación por cualquier causa.

A finales de octubre de 2015 el número de tarjetas sanitarias individuales con nuevo formato ascienden a 4.660.000. Las comunidades autónomas que emiten ya tarjetas de acuerdo al mismo son Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla y León, Extremadura, Galicia, Murcia, Navarra y País Vasco.

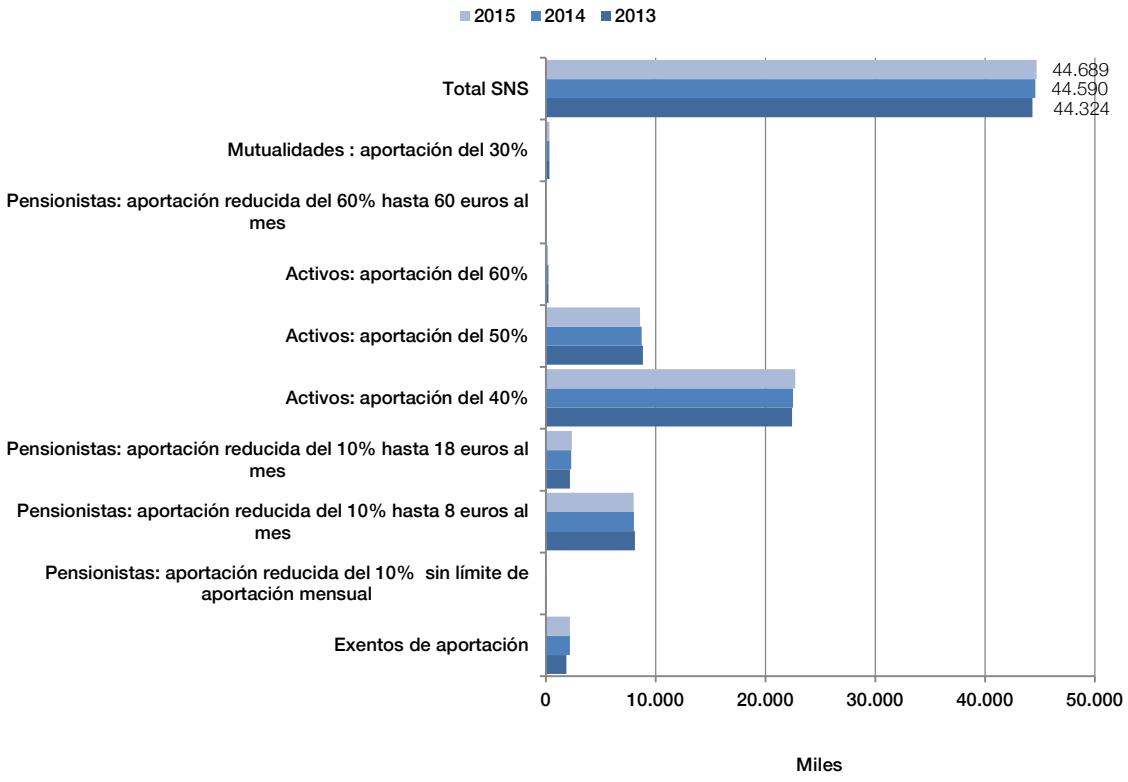
Gráfico 7-1 Comunidades autónomas que emiten tarjetas sanitarias individuales con formato común para el SNS, 2015

Observaciones: El formato único y común para todo el SNS está regulado por el RD 702/2013. Datos octubre 2015.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos de Población Protegida del SNS (BDPP-SNS).

La BDPP-SNS gestiona 141.327.759 mensajes y ejecuta 23.340.004 transacciones entre las administraciones sanitarias. En octubre de 2015, la población protegida por el SNS es de 44.689.242 personas.

Gráfico 7-2 Población protegida por el SNS según el nivel de aportación en miles de personas, 2013-2015



Observaciones: Datos de diciembre de 2013, diciembre de 2014 y octubre de 2015.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos de Población Protegida del SNS (BDPP-SNS).

7.2 La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud

La Historia Clínica en cada comunidad autónoma se encuentra prácticamente informatizada para la totalidad de los pacientes, con las ventajas de accesibilidad e inmediatez a la información clínica que ello comporta. En España se estima que unos 4 millones de personas reciben cada año atención sanitaria en una comunidad autónoma distinta de aquella en la que está activa su Tarjeta Sanitaria Individual (TSI). Esto implica la necesidad de trabajar en la comunicación de información clínica interoperable por encima del ámbito autonómico, extendiendo los beneficios que proporciona la tecnología respecto a la información clínica a nivel nacional. Hacer más accesible la información clínica es clave para mejorar la continuidad asistencial, la seguridad clínica y la calidad de la atención que reciben los ciudadanos en sus desplazamientos.

Con este objetivo, en el marco del Programa Sanidad en Línea (de 2006 a 2013) y posteriormente en el marco de la Agenda Digital para España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad lidera y coordina un sistema de interoperabilidad para la comunicación de contenidos seleccionados de la Historia Clínica Digital y otros contenidos de los sistemas de

información clínicos de las comunidades autónomas, que posibilita que cuando un ciudadano se desplaza de una comunidad a otra y demanda atención sanitaria, los profesionales médicos o de enfermería puedan acceder a determinados conjuntos de sus datos clínicos, generados en cualquier Servicio de Salud del SNS.

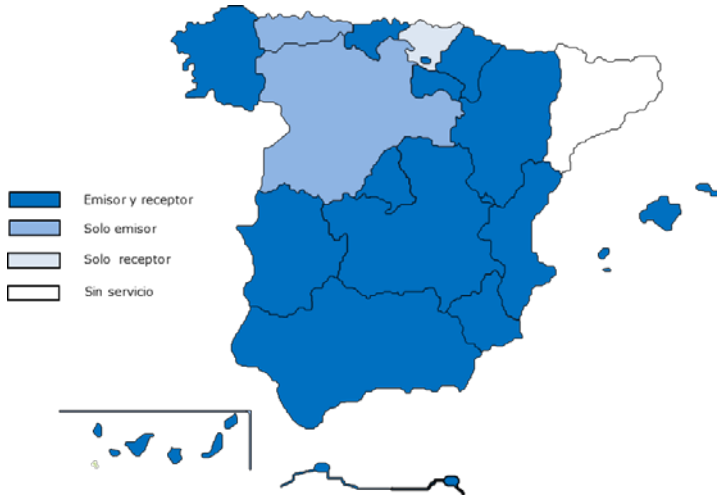
La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS), instrumento de cohesión del sistema sanitario público español, está orientada por tanto a satisfacer las necesidades de los ciudadanos cuando requieren atención sanitaria en sus desplazamientos por el territorio nacional, y las de los profesionales sanitarios de todas las comunidades y ciudades autónomas a los que el paciente demande asistencia y autorice para conocer su información clínica relevante. Además, a través de la HCDSNS, las personas tienen la posibilidad de acceder por vía electrónica a los conjuntos de datos clínicos relevantes de su historia clínica, así como a conocer y controlar desde qué centros y servicios se ha accedido a su información personal de salud.

Todas las comunidades autónomas participan en el proyecto y 16 de ellas y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla se encuentran intercambiando información a través de este sistema común, existiendo diferente grado de desarrollo, cobertura y utilización en cada una de ellas.

El estado de los servicios en las comunidades autónomas presenta cuatro perfiles diferentes:

- comunidades tanto con perfil emisor (emiten documentos clínicos de sus pacientes) como con perfil receptor (pueden consultar informes clínicos de pacientes de otras comunidades).
- comunidades solo con perfil receptor.
- comunidades solo con perfil emisor.
- comunidades aún sin servicio.

Gráfico 7-3 Mapa de perfiles de servicio de la Historia Clínica Digital para el SNS en las Comunidades Autónomas, 2015

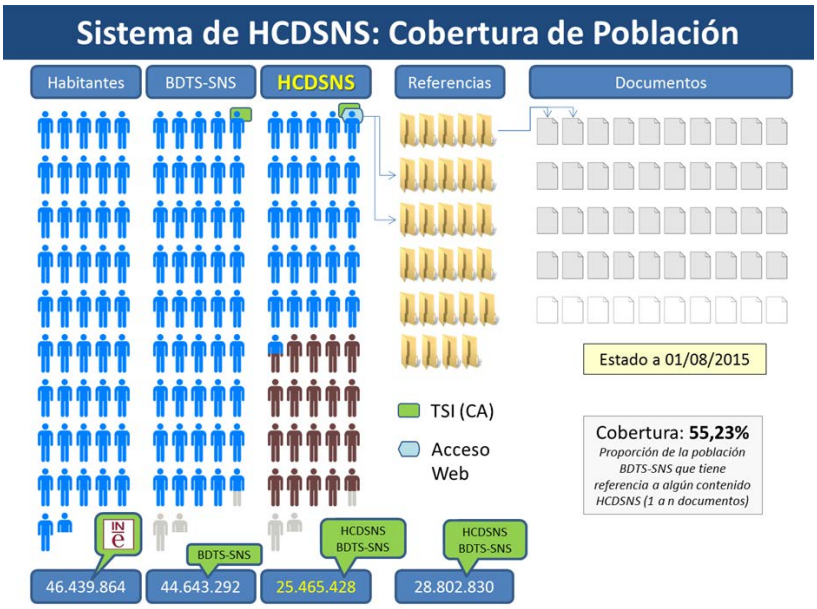


Observaciones: La Comunidad Autónoma de las Islas Baleares y la Comunidad Valenciana están realizando tareas de activación o verificación de servicios a ciudadanos, a 1 de agosto de 2015.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Repositorio Estadístico del proyecto HCDSNS.

Se cuenta con información clínica de 25.465.428 personas, lo que supone una cobertura en HCDSNS para el 55,2% de población con TSI. Con respecto al mes de diciembre de 2013, el aumento registrado ha sido de 6.924.613 personas (aumento del 13,4% de cobertura), dato que refleja sobre todo la progresiva extensión de este sistema que cada comunidad autónoma alcanza para su población protegida.

Gráfico 7-4 Cobertura de la Historia Clínica Digital del SNS sobre la población de la Base de Datos de Usuarios-Tarjeta Sanitaria Individual del SNS, 2015

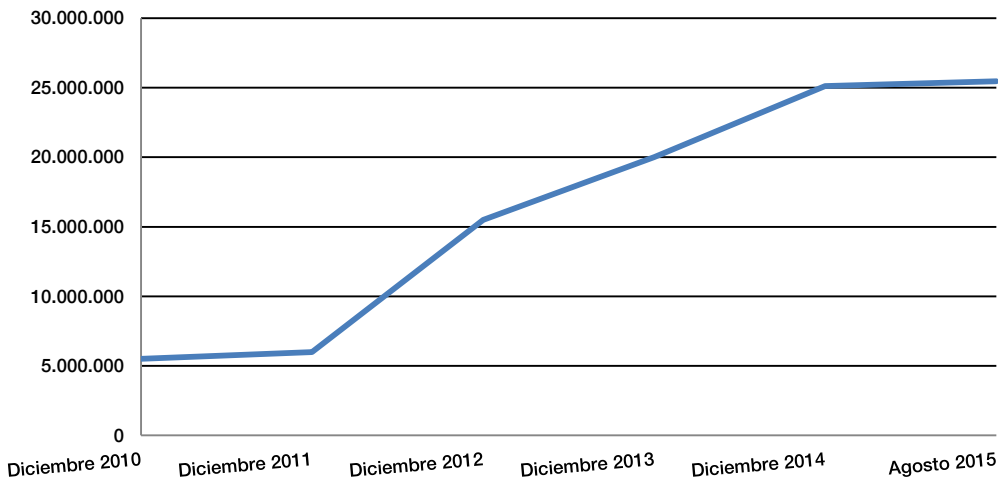


Observaciones: Los habitantes son el número total de población residente a 1 de enero de 2015 (INE). Estado a 1 de agosto de 2015. Las referencias indican el número de ciudadanos que tienen algún informe disponible.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Repositorio Estadístico del proyecto HCDSNS.

Un documento de especial interés para profesionales y pacientes lo constituye la Historia Clínica Resumida (HCR), que concentra los principales datos clínicos del paciente. La HCR se obtiene a tiempo real (del conjunto de datos de la HCD), cuando la solicita un profesional o un ciudadano. En agosto de 2015, 13 servicios de salud se encuentran emitiendo este documento.

Gráfico 7-5 Evolución del volumen de referencias de la Historia Clínica Digital del SNS, 2010-2015



Observaciones: Las referencias indican el número de ciudadanos que tiene algún informe disponible. El dato cierre de 2010 es estimado.

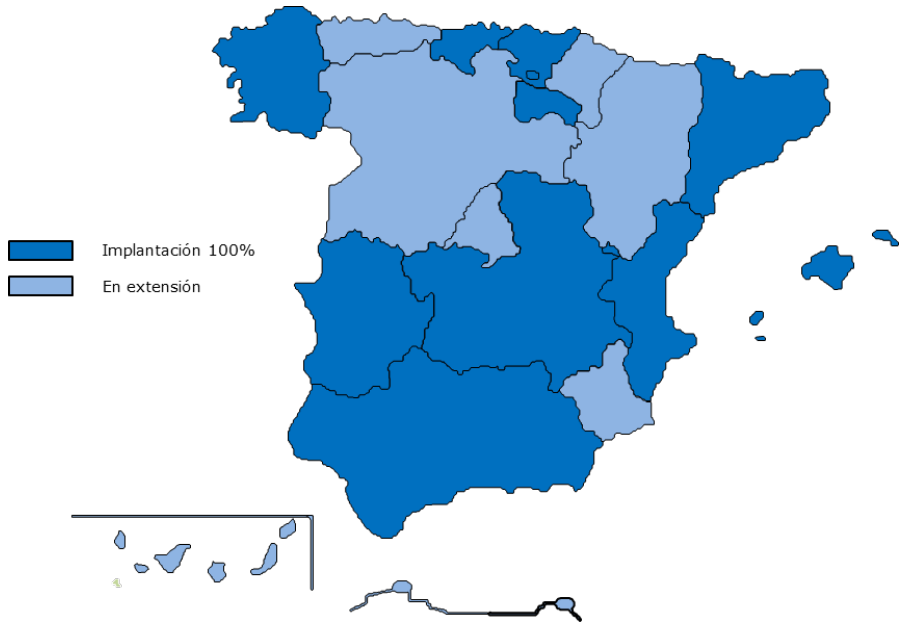
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos de la Historia Clínica Digital del SNS.

7.3 La receta electrónica del Sistema Nacional de Salud

La introducción de un sistema electrónico para la gestión de la prestación por receta se inició hace ya más de 10 años en el sistema sanitario español y progresivamente se ha ido produciendo su extensión en las comunidades autónomas.

Diez comunidades autónomas tienen implantado este sistema de prescripción en el 100% de centros de atención primaria y especializada (Andalucía, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia y País Vasco) y ocho (Aragón, Asturias, Canarias, Castilla y León, Madrid, Murcia y Navarra) e INGESA están en extensión muy avanzada en la mayor parte de los casos.

Gráfico 7-6 Implantación de la receta electrónica por Comunidad Autónoma y ciudad autónoma de Ceuta y Melilla, 2015

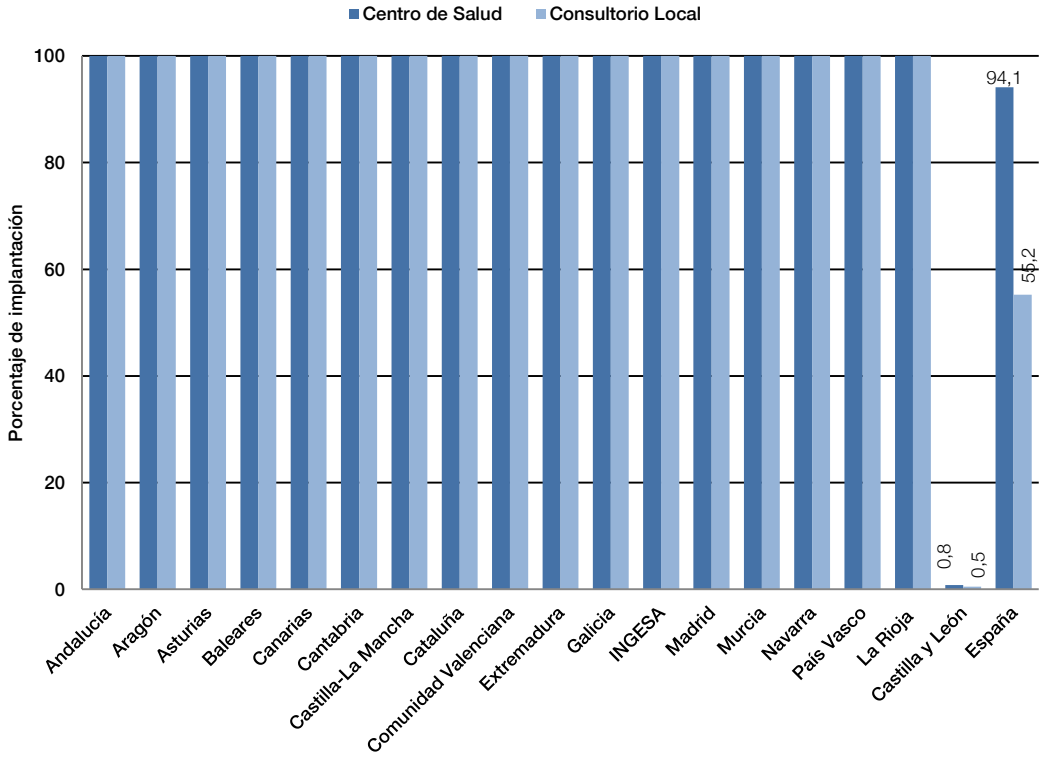


Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.

Por niveles asistenciales hay una implantación completa en atención primaria (centros de salud, consultorios locales y oficinas de farmacia) en dieciséis comunidades autónomas y en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, quedando solamente Castilla y León pendiente de finalizar su implantación. A nivel de atención especializada (hospitales del SNS), Canarias está pendiente de finalizar su implantación y Aragón, Asturias, Castilla y León, Madrid, Murcia, Navarra y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla están pendientes de iniciar su extensión.

Esta evolución supone que el nivel de implantación de la receta electrónica en el Sistema Nacional de Salud es del 94,1% en centros de salud, 52,2% en consultorios locales, 69,4% en atención especializada y 92,5% en oficinas de farmacia.

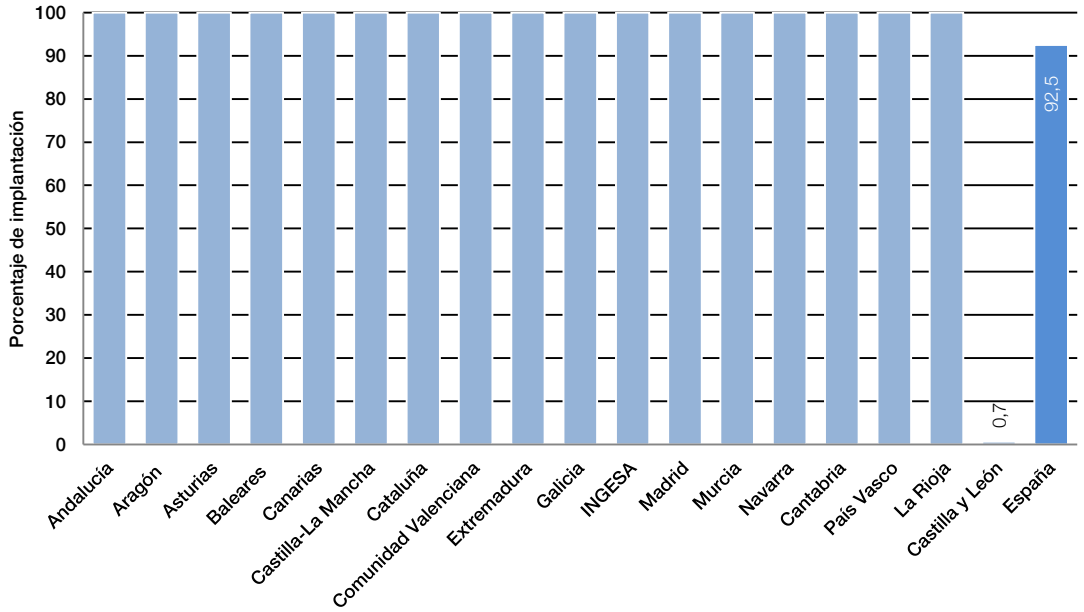
Gráfico 7-7 Porcentaje de implantación de la receta electrónica en centros de salud y consultorios locales de atención primaria por comunidades autónomas e INGESA, 2015



Observaciones: porcentajes facilitados por las comunidades autónomas e INGESA a julio de 2015.

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

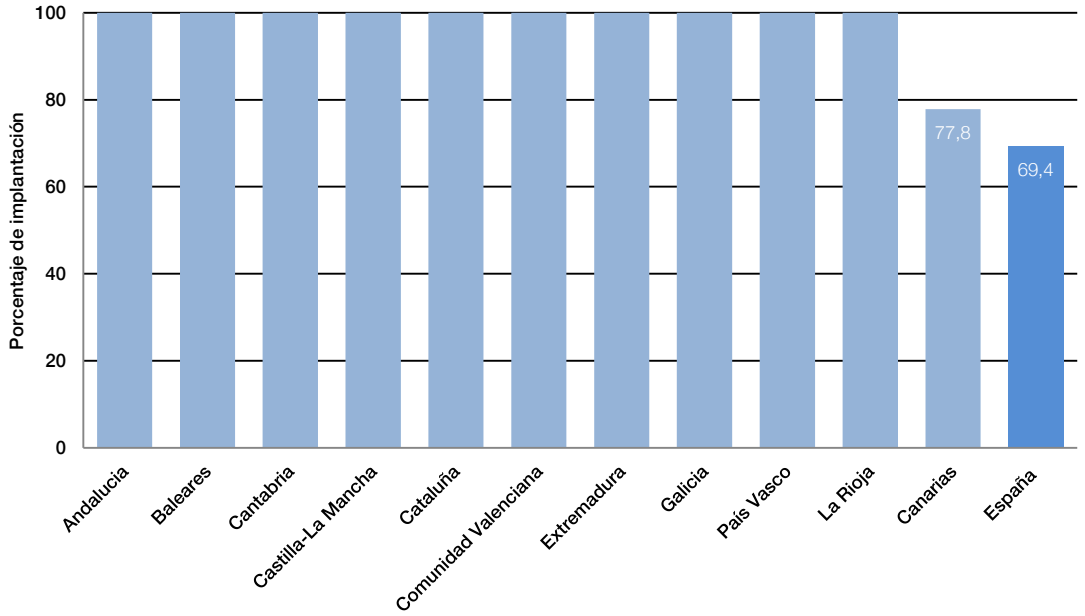
Gráfico 7-8 Porcentaje de implantación de la receta electrónica en oficina de farmacia por comunidades autónomas e INGESA, 2015



Observaciones: porcentajes facilitados por las comunidades autónomas e INGESA, a julio de 2015, de recetas dispensadas de forma electrónica respecto al total de las recetas dispensadas en el SNS.

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

Gráfico 7-9 Porcentaje de implantación de la receta electrónica en atención especializada (hospitales del SNS) por comunidades autónomas e INGESA, 2015



Observaciones: porcentajes facilitados por las comunidades autónomas e INGESA, a julio de 2015. Aragón, Asturias, Castilla y León, Madrid, Murcia, Navarra e INGESA pendientes de abordar el proceso de implantación de la receta electrónica en hospitales del SNS.

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

El nivel de utilización de la receta electrónica es de 81,7% respecto al total de recetas dispensadas en el SNS.

El conocimiento por parte de la ciudadanía de la receta electrónica en su comunidad autónoma alcanza al 71,9% de la población. Además, el 48,5% manifiesta que no solo conocía su existencia, sino que "ya la había usado", lo que supone un aumento de 9 puntos respecto a 2013.

Tabla 7-1 Conocimiento de la receta electrónica, 2014

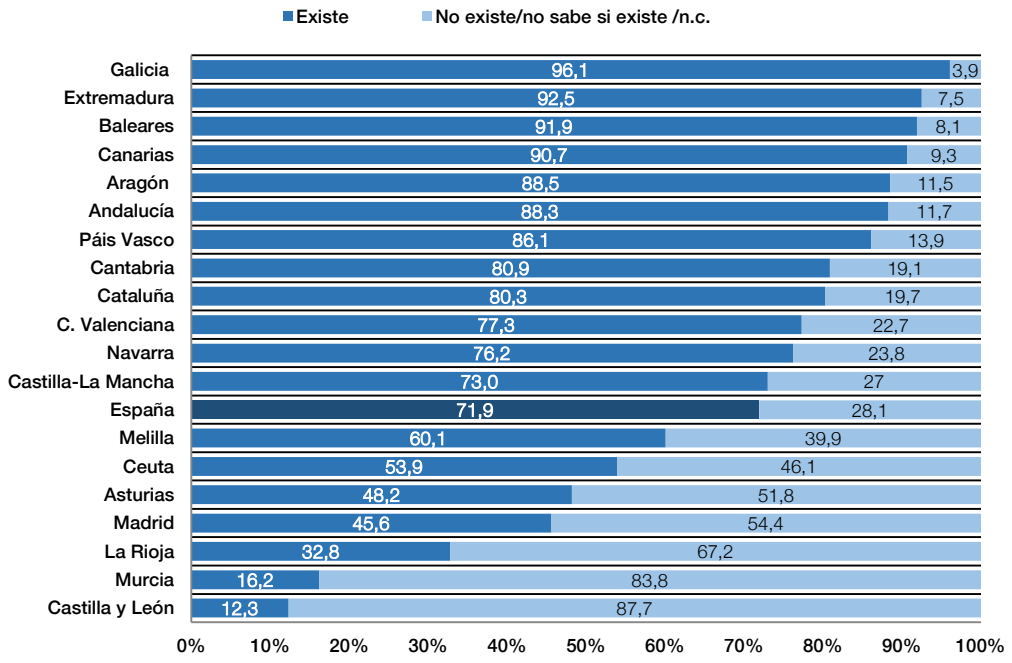
¿Sabe Ud. si en esta Comunidad Autónoma existe el "sistema de receta electrónica"? Es decir, el sistema que permite que en la farmacia se pueda acceder por ordenador a los medicamentos recetados por su médico.

	2011	2012	2013	2014
Sí, existe y ya la ha usado (%)	27,8	30,9	39,5	48,5
Sí, existe pero a Ud. no le han hecho recetas por esa vía (%)	24,4	22,6	22,1	23,4
No existe (%)	7,0	7,8	6,7	4,1
No sé si existe (%)	40,6	38,3	31,4	23,9
NC (%)	0,2	0,3	0,3	0,1

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

Por comunidades autónomas, el grado de conocimiento de la existencia del sistema de receta electrónica es más elevado, lógicamente, entre las comunidades autónomas con mayor extensión de la misma.

Gráfico 7-10 Conocimiento de la receta electrónica por comunidad autónoma, 2014



Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según conocimiento de la existencia de la receta electrónica. En la categoría *Existe* se incluye el conocimiento de su existencia con independencia de si ya la ha usado o no.

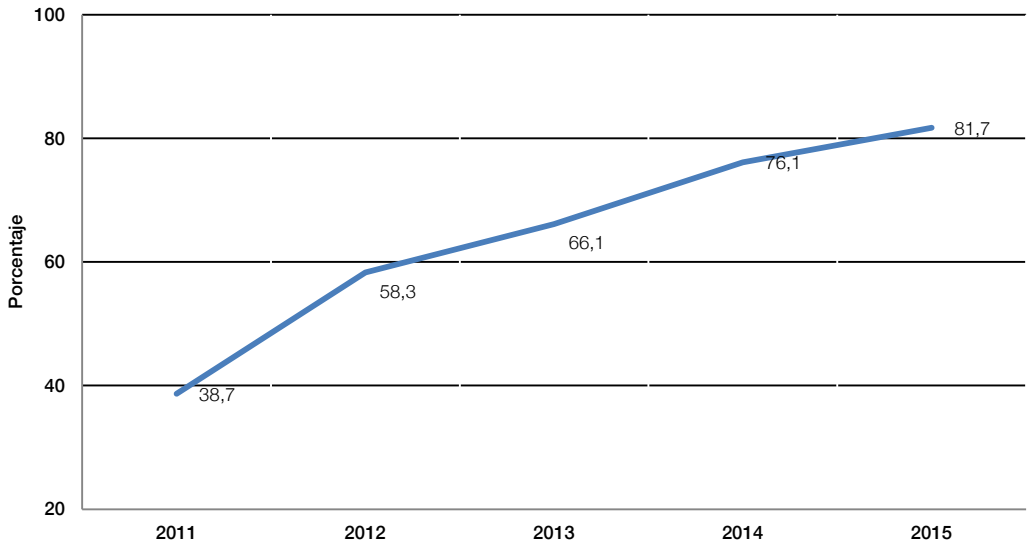
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

La mayor utilidad que los ciudadanos perciben de la receta electrónica es que evita tener que hacer visitas a los médicos exclusivamente para que les expidan recetas (83,1% de respuestas) y en segundo lugar, para el 31,8% evita el acopio de medicamentos en los domicilios[75]. Del 23,7% de los ciudadanos que en 2011[76] reconocía que guarda en su casa envases enteros sin utilizar de medicamentos recetados por los médicos se ha pasado al 17,5% en 2014[77].

En el año 2013 se inicia el proyecto de interoperabilidad de la receta electrónica en el Sistema Nacional de Salud. Su objetivo es permitir que un paciente pueda recoger su medicación en cualquier oficina de farmacia del país, independientemente de la comunidad autónoma donde se le haya realizado la prescripción. Para ello se llevó a cabo un pilotaje que ha contado con la participación de Canarias y Extremadura y que una vez finalizado ya permite transmitir información de sus prescripciones y por tanto la movilidad del paciente entre ambas comunidades para recoger su medicación.

[75] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro sanitario 2013
[76] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro sanitario 2011
[77] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro sanitario 2014

Gráfico 7-11 Evolución del porcentaje de recetas dispensadas utilizando la receta electrónica, 2011-2015



Observaciones: el dato del año 2015 corresponde al mes de julio.

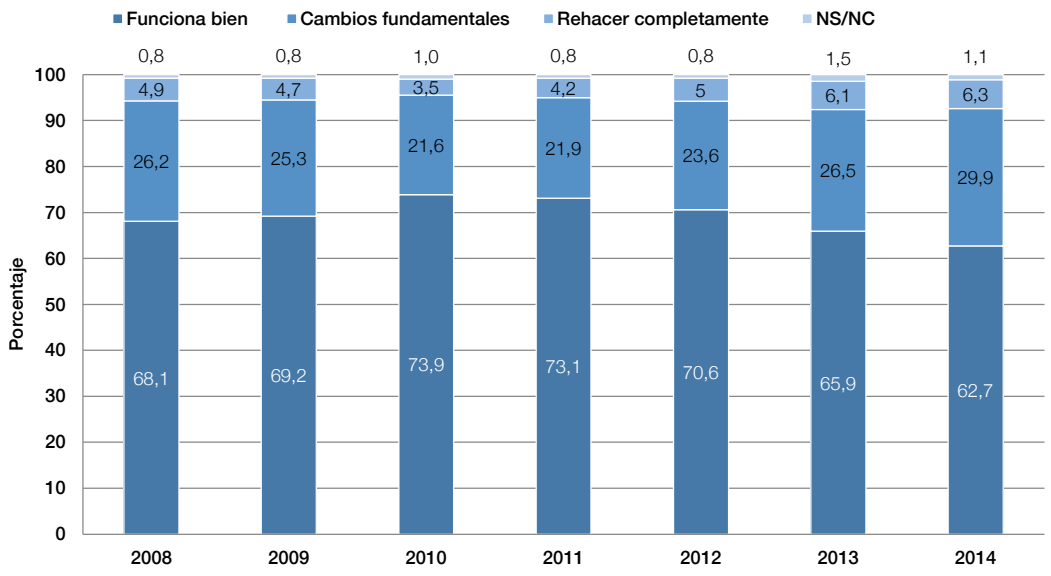
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.

8 Percepción y opinión de los ciudadanos

8.1 Valoración del funcionamiento del sistema sanitario

Los ciudadanos valoran favorablemente el funcionamiento del sistema sanitario español: el 62,7% considera que funciona bastante bien o bien, aunque serían precisos algunos cambios. Desde el año 2010 (73,9%) esta proporción ha ido paulatinamente disminuyendo, mientras que, en sentido contrario, ha ido incrementándose la opinión de que son necesarios *cambios importantes* (29,9%)*o necesitaría rehacerse* (6,3%).

Gráfico 8-1 Opinión (%) sobre el funcionamiento del sistema sanitario, 2008-2014



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

En 2014 el grado de satisfacción con el modo en que funciona el sistema sanitario público en España se califica con 6,3 puntos. La satisfacción crece con la edad. Las personas jóvenes (18-24 años) hacen una valoración de 6,05 puntos, mientras que las mayores (65 y más años) una valoración de 7,02 puntos.

Tabla 8-1 Grado de satisfacción con el modo de funcionamiento del Sistema Sanitario según comunidades autónomas, 2014

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

Observaciones: Escala de 1 *totalmente insatisfecho* a 10 *totalmente satisfecho*.

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

Para conocer mejor la valoración que hacen los ciudadanos del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos se explora la satisfacción con servicios asistenciales concretos encontrándose, en general, una valoración positiva más marcada en el caso de la atención primaria, con una valoración de 7,4 en una escala de 1 a 10.

Tabla 8-2 Valoración de los servicios sanitarios públicos, 2010-2014

Por su experiencia o por la idea que Ud. tenga, valore los siguientes servicios sanitarios públicos					
	2010	2011	2012	2013	2014
Atención primaria (consulta de médico de familia y de pediatra en centros de salud públicos)	7,1	7,3	7,3	7,4	7,4
Atención especializada (consultas de especialistas en centros públicos)	6,7	6,9	6,9	6,8	6,8
Urgencias en hospitales públicos	6,0	6,1	6,1	6,1	6,0
Ingreso y asistencia en hospitales públicos	6,7	6, 9	6,8	6,8	6,7

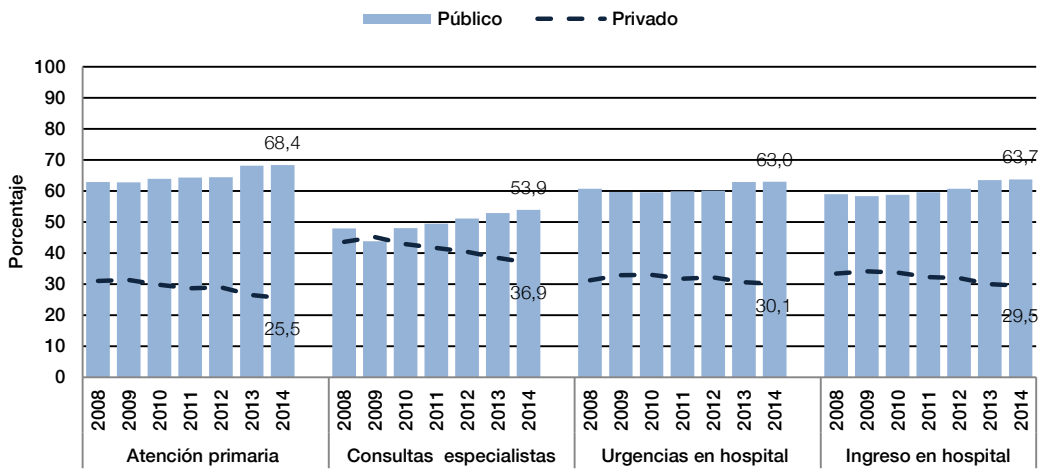
Observaciones: Escala de 1 *totalmente insatisfecho* a 10 *totalmente satisfecho*.

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

8.2 Elección de servicio público o privado

En 2014 sí los ciudadanos pudieran elegir, seguirían prefiriendo los servicios públicos en mayor proporción que los privados, preferencia que viene siendo mayor cada año.

Gráfico 8-2 Porcentaje en la elección de servicios sanitarios públicos o privados, 2008-2014



Observaciones: La diferencia hasta 100 en la suma de los porcentajes de cada año en cada nivel asistencial corresponde a no sabe/no contesta.

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

Si la posibilidad de elegir uno u otro tipo de servicio se hiciera teniendo en cuenta aspectos cualitativos concretos, se elegirían centros del sistema público por: la tecnología y los medios de que disponen; la capacitación de los profesionales médicos y la de los profesionales de enfermería; la información sobre su problema de salud y el trato personal que reciben los pacientes.

Los dos aspectos que motivarían a los ciudadanos para elegir los centros privados serían la rapidez en la atención y el confort de las instalaciones.

Tabla 8-3 Porcentaje de aspectos cualitativos en la elección de servicios sanitarios públicos o privados, 2014

En su caso particular, y siempre en la hipótesis de que Ud. pudiese elegir *¿Elegiría un servicio sanitario público o uno privado teniendo en cuenta…?*

	Elegiría público	Elegiría privado	Ambos
La tecnología y los medios de que dispone	70,3	20,6	8,3
La capacitación de los médicos	63,5	15,9	19,8
La capacitación de la enfermería	62,9	15,7	20,3
La rapidez con que le atienden	36,1	59,0	4,0
La información que recibe sobre su problema de salud	51,7	29,9	16,9
El trato personal que Ud. recibe	48,2	36,2	14,6
El confort de las instalaciones	41,4	50,0	7,3

Observaciones: La diferencia hasta 100 %, en la suma horizontal de los porcentajes de cada concepto, corresponde a no sabe/no contesta.

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

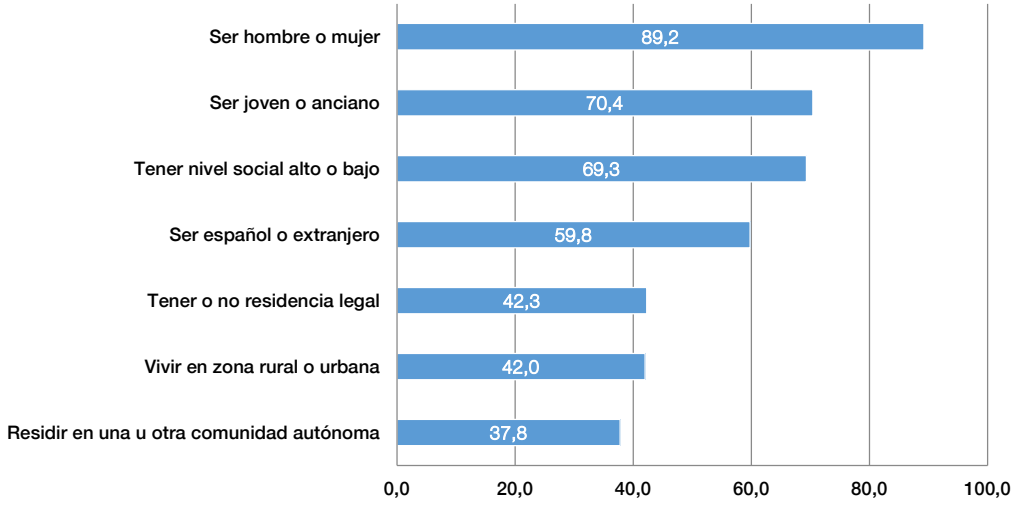
8.3 Equidad en la prestación de los servicios

Para analizar la percepción que tienen los ciudadanos acerca de si las prestaciones asistenciales de la sanidad pública son iguales para todos, el Barómetro Sanitario (BS) utiliza la valoración de 7 circunstancias. Los resultados muestran que la condición de ser hombre o mujer no se considera un factor de diferencia (el 89,2%, así lo manifiesta).

También son mayoría quienes consideran que la sanidad pública presta los mismos servicios asistenciales a todas las personas con independencia de la edad (70,4%), del nivel social que se tenga (69,3%) o de la nacionalidad que se posea (59,8%).

Pero únicamente el 37,8% de las personas entrevistadas consideran que hay igualdad en la prestación de los servicios sanitarios públicos si se reside en una u otra comunidad autónoma, el 42,0% *sí se vive en zona rural o zona urbana* y el 42,3% *sí se tiene o no tiene residencia legal*.

Gráfico 8-3 Porcentaje de entrevistados que consideran que el SNS presta los mismos servicios a todas las personas independientemente de su sexo, edad, nivel social, nacionalidad y residencia, 2014



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

8.4 Opinión sobre la repercusión de las medidas estructurales en los servicios sanitarios

Por su importante contribución a la cohesión social, el sistema sanitario tiene un peso destacado entre las áreas que despiertan mayor interés de los ciudadanos.

Con la crisis económica y financiera que como trasfondo envuelve el país, el BS de 2014 se ha interesado por la opinión que tienen los ciudadanos respecto a si en (todas) las comunidades autónomas los pacientes deben hacer las mismas aportaciones dinerarias en las recetas de los medicamentos que les son prescritos por los médicos de la sanidad pública, o si puede o debe haber diferencias entre ellas. Un 81,3% de las personas encuestadas manifiestan su acuerdo con que las aportaciones sean las mismas en todas las comunidades.

En cuanto a la opinión y el grado de acuerdo de los ciudadanos con el nuevo sistema de prestación farmacéutica implantado el año 2012[78], destacan aspectos como la modificación en la aportación que deben hacer los pacientes para adquirir los medicamentos prescritos por los médicos de la sanidad pública y la vinculación de esa aportación al nivel de renta.

Tabla 8-4 Opinión en porcentaje sobre el nuevo sistema de prestación farmacéutica, 2014

	Muy + bastante de acuerdo	Poco + nada de acuerdo
Debería contemplar más tramos para una aportación más adecuada al nivel de renta.	65,8	11,3
Contribuye a evitar la acumulación de medicamentos en casa	60,8	22,1
Es más justo que el anterior sistema de aportaciones de los activos y pensionistas	35,7	45,7
Protege a grupos sociales desfavorecidos (parados, minusválidos, ...)	32,6	46,1

Observaciones: Las diferencias hasta el 100% en la suma horizontal de los porcentajes de cada concepto, corresponde al tanto por ciento de personas que *no saben* o *no contestan.*

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

Si bien se percibe cierta falta de respuesta en unos casos, y ausencia de criterio sobre los asuntos analizados en otros, las respuestas válidas ponen de manifiesto que la mayoría de los ciudadanos están muy o bastante de acuerdo en dos aspectos: que el nuevo sistema de prestación farmacéutica debería contemplar más tramos, para que la aportación al pago de medicamentos estuviese más ajustada al nivel de renta, y que contribuirá a evitar el acopio de medicamentos en los domicilios.

8.5 Opinión de los pacientes acerca de su participación en las decisiones que afectan a su salud

La mayor concienciación ciudadana acerca de la necesidad de respetar la autonomía de las personas en general, y de los pacientes en particular, es un hecho positivo innegable. Como también lo es que en general los médicos muestran una actitud más abierta en su relación con los pacientes.

Una consecuencia directa de la observancia ética de la autonomía de los pacientes es su incorporación activa a la toma de las decisiones que adopten los médicos, relacionadas con su estado de salud y con las medidas terapéuticas que consideren precisas para mejorarlo. Además, es un hecho objetivo que la participación de los pacientes en las decisiones clínicas tienen una influencia favorable, tanto en los resultados asistenciales como en el cumplimiento de los tratamientos.

Y aunque en la atención sanitaria los avances en el respeto a la autonomía son evidentes, la posibilidad de participar que tienen los pacientes es mejorable. Así se deduce del análisis del Barómetro Sanitario sobre este asunto: de las personas que consultaron a especialistas o estuvieron hospitalizadas, poco más de la mitad manifiestan que sí pudieron participar en las decisiones que adoptaron los médicos como les hubiera gustado hacerlo. En atención primaria, casi un 74% manifiesta que sí pudo hacerlo.

[78] Real Decreto-ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE de 24.IV.2012.

Tabla 8-5 Porcentaje de participación de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud, 2014

Cuando acudió a la consulta del médico de familia o de un especialista de la sanidad pública, o durante su estancia en un hospital público… *¿Pudo participar en las decisiones sobre su problema de salud y su tratamiento, tanto como usted hubiera deseado?*		SÍ	NO
Médico de familia	Total	73,9	24,9
Hombres		73,0	25,6
Mujeres		74,5	24,4
Médico especialista	Total	64,9	33,9
Hombres		66,1	32,5
Mujeres		64,0	35,0
Estancia en un hospital	Total	56,4	39,4
Hombres		57,0	39,7
Mujeres		55,9	39,4

Observaciones: Las diferencias hasta el 100% corresponden a entrevistados que dicen *no saben* o *no contestan*.

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

9 Comparaciones internacionales

Los datos de España responden a los calendarios de recogida de información de los distintos organismos internacionales y pueden ser anteriores a los que se aportan en los capítulos precedentes del informe, se ha preferido presentarlos como figuran en las estadísticas internacionales. Para algunos indicadores de la UE, la estimación de la cifra es la media aritmética de los datos de los países, siempre que la cobertura de población supere el 70%.

9.1 Situación de salud y hábitos de vida

9.1.1 Cifras de población e indicadores demográficos básicos

9.1.1.1 Cifras de población

Tabla 9-1 Cifras de población residente a 1 de enero de 2015 y % de variación 2015/2006

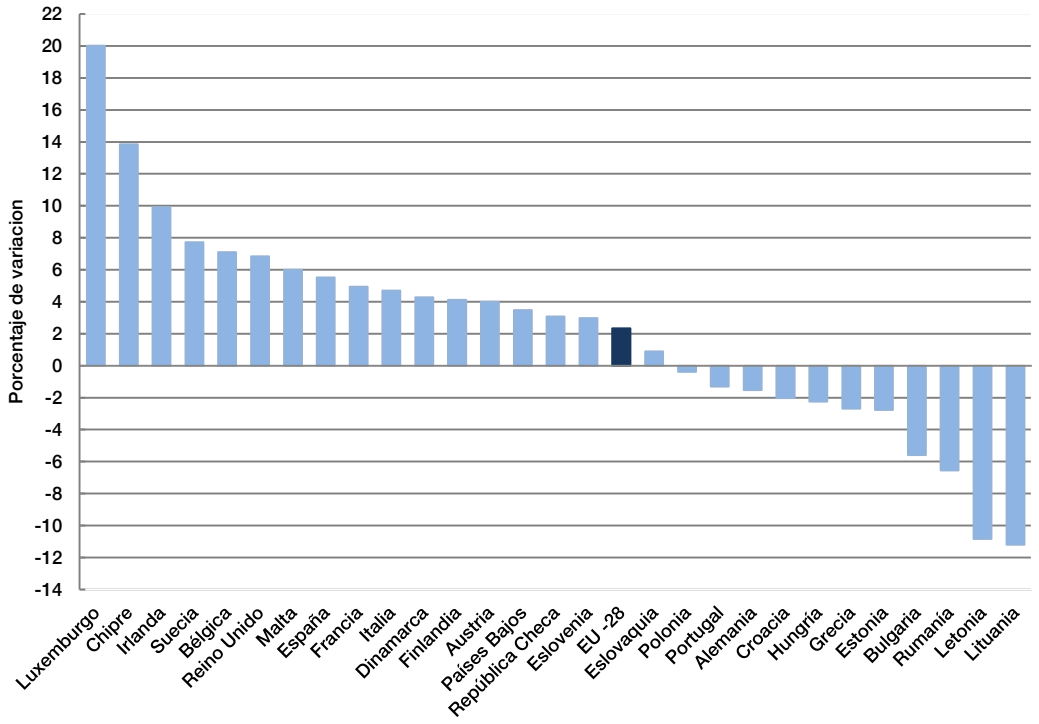
	Población residente	% sobre el total UE 28	%variación 2015/2006
Alemania	81.174.000	16,0	-1,5
Austria	8.584.926	1,7	4,0
Bélgica	11.258.434	2,2	7,1
Bulgaria	7.202.198	1,4	-5,6
Chipre	847.008	0,2	13,8
Croacia	4.225.316	0,8	-2,0
Dinamarca	5.659.715	1,1	4,3
Eslovaquia	5.421.349	1,1	0,9
Eslovenia	2.062.874	0,4	3,0
España	46.439.864	9,1	5,5
Estonia	1.313.271	0,3	-2,8
Finlandia	5.471.753	1,1	4,1
Francia	66.352.469	13,1	4,9
Grecia	10.812.467	2,1	-2,7
Hungría	9.849.000	1,9	-2,3
Irlanda	4.625.885	0,9	9,9
Italia	60.795.612	12,0	4,7
Letonia	1.986.096	0,4	-10,9
Lituania	2.921.262	0,6	-11,2
Luxemburgo	562.958	0,1	20,0
Malta	429.344	0,1	6,0
Países Bajos	16.900.726	3,3	3,5
Polonia	38.005.614	7,5	-0,4
Portugal	10.374.822	2,0	-1,3
Reino Unido	64.767.115	12,7	6,8
República Checa	10.538.275	2,1	3,1
Rumanía	19.861.408	3,9	-6,6
Suecia	9.747.355	1,9	7,7
UE-28	508.191.116	100,0	2,3

Fuente: Eurostat.

En la UE 28 residen 508,2 millones de habitantes. En los últimos diez años la población ha crecido más del 2%.

España, con 46,4 millones, aporta el 9,1% de los residentes europeos y se sitúa en quinta posición por detrás de Alemania (16,0% y 81,2 millones de residentes) que encabeza la lista, seguida de Francia (13,1% y 66,4 millones de residentes), Reino Unido (12,7% y 64,8millones de residentes) Italia (12,0% y 60,8 millones de residentes). Detrás de España, en sexta posición, se sitúa Polonia (7,5% y 38,0 millones de residentes). Estos seis países concentran más del 70% de todos los residentes en la UE-28.

Gráfico 9-1 Variación de la población residente en los países la UE-28, porcentaje de variación 2015/2006



Fuente: Eurostat.

En el periodo 2006-2015, los países que crecen entre un 10% y un 20% son Irlanda (9,9%), Chipre (13,8%) y Luxemburgo (20,0%). España en esos quince años crece más del 5%.

Los países que disminuyen su población más de un 5% son Bulgaria (5,6%) Rumania (6,6%) y Letonia y Lituania (10,9 y 11,2% respectivamente).

9.1.1.2 Natalidad y edad media materna

La tasa bruta de natalidad en el conjunto de los 28 países de la UE es de 10,4 por 1.000 habitantes. Irlanda, con una tasa de natalidad de 15,7, seguida de Reino Unido (12,8) y Francia (12,6) son los países donde se registra una mayor natalidad. Por su parte, Portugal, Italia y Alemania, con una tasa de natalidad de 8,5 por 1.000 habitantes, y Grecia (8,6) son los países con menor natalidad. España, con una tasa bruta de 9,1 nacimientos por cada 1.000 habitantes, ocupa la posición 23 de los países la UE-28.

Tabla 9-2 Tasa bruta de natalidad por 1.000 habitantes, 2013 y cambio desde 2009		
	2013	% variación 2013-2009
Alemania	8,5	4,9
Austria	9,4	2,2
Bélgica	11,2	-5,1
Bulgaria	9,2	-15,6
Chipre	10,8	-9,2
Croacia	9,4	-9,6
Dinamarca	10,0	-12,3
Eslovaquia	10,1	-11,4
Eslovenia	10,2	-4,7
España	9,1	-14,2
Estonia	10,3	-12,7
Finlandia	10,7	-5,3
Francia	12,6	-1,6
Grecia	8,6	-18,1
Hungría	9,0	-6,3
Irlanda	15,7	-6,0
Italia	8,5	-11,5
Letonia	10,2	-1,0
Lituania	10,1	-1,0
Luxemburgo	11,3	0,0
Malta	9,5	-3,1
Países Bajos	10,2	-8,9
Polonia	9,7	-11,0
Portugal	8,5	-9,6
Reino Unido	12,8	0,8
República Checa	10,2	-9,7
Rumanía	10,0	-8,3
Suecia	11,8	-1,7
UE-28	10,4	-3,7

Observaciones: Francia, Portugal, Rumania y Reino Unido (2012).

Fuente: Eurostat.

Según los datos disponibles, la tasa bruta de natalidad está descendiendo en el conjunto de la UE-28, concretamente un 3,7% entre 2009 y 2013. Algunos países presentan tasas de natalidad crecientes: Alemania crece un 4,9%, Austria un 2,2%, Reino Unido un 0,8% y en Luxemburgo la tasa no varía en ese periodo. Por otra parte, los tres países en que la tasa bruta de natalidad desciende más entre 2009 y 2013 son: Grecia con un 18,1%, Bulgaria el 15,6% y España el 14%.

La edad media materna en la UE-28 es de 30,2 años. España, con 31,7 años es el país de la UE con mayor edad materna, seguido de Irlanda e Italia con 31,5 años. La menor edad media materna se observa en los países del este de Europa y en los países bálticos.

Entre 2009 y 2013, la edad media materna aumenta en 0,3 años en el conjunto de los 28 países de la UE, creciendo en todos ellos durante este periodo.

Tabla 9-3 Edad media materna, 2013 y cambio desde 2009		
	2013	Diferencia 2013-2009
Alemania	30,8	0,6
Austria	30,3	0,6
Bélgica	30,2	0,6
Bulgaria	27,1	0,4
Chipre	30,8	0,5
Croacia	29,6	0,7
Dinamarca	30,8	0,3
Eslovaquia	28,8	0,3
Eslovenia	30,1	0,1
España	31,7	0,7
Estonia	29,5	0,6
Finlandia	30,5	0,4
Francia	30,2	0,3
Grecia	30,9	0,5
Países Bajos	31,0	0,3
Hungría	29,5	0,4
Irlanda	31,5	0,3
Italia	31,5	0,3
Letonia	29,0	0,6
Lituania	29,2	0,7
Luxemburgo	31,3	0,6
Malta	30,0	0,8
Polonia	29,0	0,4
Portugal	30,4	0,7
Reino Unido	30,0	0,6
República Checa	29,9	0,5
Rumanía	27,4	0,6
Suecia	30,9	0,2
UE-28	30,1	0,3

Observaciones: Irlanda (2012).

Fuente: Eurostat.

Malta, con un aumento de 0,8 años, seguida de Croacia, España, Portugal y Lituania, todos ellos con un aumento de 0,7 años, son los países con mayor aumento de la edad media materna. Los países donde este indicador crece menos entre 2009 y 2013 son Eslovenia y Suecia.

9.1.1.3 Tasa de dependencia

En el conjunto de los 28 países de la UE por cada 100 personas en edad productiva (15 a 64 años), hay 27,5 con una edad superior a los 64 años.

Tabla 9-3 Tasa de dependencia población mayor de 64 años, 2014 y cambio desde 2009

	2014	Diferencia 2014-2009
Alemania	31,5	0,6
Austria	27,2	1,4
Bélgica	27,3	1,4
Bulgaria	29,3	3,2
Chipre	19,9	2,1
Croacia	27,6	0,8
Dinamarca	28,3	4,2
Eslovaquia	19,0	2,0
Eslovenia	25,7	2,1
España	27,2	3,1
Estonia	27,9	2,1
Finlandia	30,2	5,0
Francia	26,7	1,3
Grecia	31,6	3,5
Países Bajos	26,4	4,1
Hungría	25,8	2,0
Irlanda	18,6	2,6
Italia	33,1	2,2
Letonia	28,8	2,6
Lituania	27,5	2,1
Luxemburgo	20,4	-0,1
Malta	26,4	6,1
Polonia	21,2	2,3
Portugal	29,4	2,4
Reino Unido	26,4	2,1
República Checa	25,7	4,6
Rumanía	23,9	0,2
Suecia	30,6	3,5
UE 28	**27,5**	**1,7**

Observaciones: Francia (2012). Irlanda, Portugal, Rumanía y Reino Unido (2013).

Fuente: Eurostat.

Los países con mayores tasas de dependencia de población mayor son Italia, Grecia y Alemania, con 33,1%, 31,6% y 31,5% respectivamente. Por su parte, los países con menores tasas de dependencia de población mayor son: Irlanda, con el 18,6%, Eslovaquia un 19,0% y Chipre el 19,9%.

Con la excepción de Luxemburgo, donde la tasa apenas desciende, en el resto de países de la UE-28 la tasa de dependencia de población mayor crece en términos absolutos entre 2009 y 2014. En el conjunto de la UE, aumenta un 1,7%, siendo Malta (con una diferencia entre 2014 y 2009 de 6,1%), Finlandia (5,0%) y República Checa (4,6%) los países con un incremento mayor. España ocupa una posición intermedia en el seno de la UE, con un aumento absoluto del 3,1% en la tasa de dependencia de mayores.

9.1.2 Esperanzas de vida

9.1.2.1 Esperanza de vida al nacer

La EVn en el conjunto de los 28 países de la UE es de 80,3 años. España presenta la mayor EVn, 83,1 años, seguida de Italia (82,9), Chipre (82,5) y Francia (82,4). Por su parte, la menor esperanza de vida se registra en los Estados Bálticos (Lituania, 74,1 años y Letonia, 74,3) y en países del este de Europa: Bulgaria (74,9) y Rumanía (75,2).

Tabla 9-4 Esperanza de vida al nacer, 2013 y cambio desde 2007

	2013	Cambio 2013-2007
Alemania	80,9	0,8
Austria	81,3	1,0
Bélgica	80,7	0,8
Bulgaria	74,9	1,9
Chipre	82,5	2,7
Croacia	77,8	2,0
Dinamarca	80,4	2,0
Eslovaquia	76,6	2,0
Eslovenia	80,5	2,1
España	83,1	2,1
Estonia	77,5	4,3
Finlandia	81,1	1,5
Francia	82,4	1,1
Grecia	81,4	1,7
Países Bajos	81,4	1,0
Hungría	75,8	2,2
Irlanda	81,1	1,4
Italia	82,9	1,3
Letonia	74,3	3,5
Lituania	74,1	3,4
Luxemburgo	81,9	2,4
Malta	81,9	2,0
Polonia	77,1	1,7
Portugal	80,9	1,6
Reino Unido	81,0	1,3
República Checa	78,3	1,3
Rumanía	75,2	2,1
Suecia	82,0	0,9
UE-28	80,3	1,2

Observaciones: Reino Unido años (2012).

Fuente: Eurostat.

Entre 2007 y 2013, la EVn crece en todos los países de la UE. En el conjunto de los 28 países, la esperanza de vida aumenta en 1,1 años durante ese periodo. El mayor crecimiento se registra en los estados Bálticos. En Bélgica y Alemania, aumenta 0,8 años y los Países Bajos y Austria, con 1 año de aumento, son los países con menor crecimiento de la EVn entre 2007 y 2013. En España, el aumento de la esperanza de vida durante ese periodo es de 2,1 años, el doble que en el conjunto la UE-28.

9.1.2.2 Esperanza de vida a los 65 años

Tabla 9-5 Esperanza de vida a los 65 años, 2013 y cambio desde 2007

	2013	Cambio 2013-2007
Alemania	19,7	0,5
Austria	20,0	0,6
Bélgica	19,7	0,4
Bulgaria	16,2	1,2
Chipre	20,1	1,7
Croacia	17,4	1,3
Dinamarca	19,1	1,2
Eslovaquia	17,0	1,2
Eslovenia	19,5	1,2
España	21,4	1,4
Estonia	18,2	1,8
Finlandia	20,1	0,7
Francia	21,6	0,7
Grecia	20,2	1,4
Países Bajos	19,8	0,7
Hungría	16,8	0,7
Irlanda	19,5	0,9
Italia	20,9	1,0
Letonia	16,8	1,5
Lituania	17,1	1,0
Luxemburgo	20,6	2,1
Malta	20,0	1,4
Polonia	18,0	1,0
Portugal	19,9	1,1
Reino Unido	19,7	0,8
República Checa	17,7	0,7
Rumanía	16,6	1,1
Suecia	20,1	0,6
UE-28	19,6	0,7

Observaciones: Reino Unido (2012).

Fuente: Eurostat.

La EV_{65} en el conjunto de los 28 países de la UE es de 19,6 años. Francia, con 21,6 años, seguida de España, con 21,4, e Italia con un 20,9 son los países en los que se registra una mayor esperanza de vida a la edad de 65 años. Por su parte, Bulgaria, con 16,2 años, Rumanía con 16,6 y Hungría con 16,8, son los países con menor EV_{65}.

Entre 2007 y 2013, la EV_{65} crece en todos los países de la UE-28. En el conjunto de 8 países, la esperanza de vida aumenta en 0,7 años durante ese periodo. Luxemburgo crece 2,1 años, Estonia 1,8 años y Chipre 1,7, son los países en los que se registra un mayor crecimiento, mientras que Bélgica 0,4 años, Alemania 0,5 y Austria y Suecia, donde aumenta 0,6 años, son los países con menor crecimiento de la EV_{65} entre 2007 y 2013. En España, el aumento de la esperanza de vida en esa edad durante el mismo periodo es de 1,4 años, el doble que en el conjunto de la UE.

9.1.3 Mortalidad

9.1.3.1 Enfermedad isquémica del corazón y enfermedad cerebrovascular

España se encuentra entre los cuatro países de la UE con menor tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón y por enfermedad cerebrovascular. Los países de la Unión Europea muestran una gran variación en la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón. La magnitud es seis veces más alta en los países con mayor tasa de mortalidad–Hungría, Letonia, Eslovaquia y Lituania- que en los países con menor tasa de mortalidad –Francia, Portugal, Países Bajos y España- por esta causa de muerte. Por lo que respecta a la variación en la tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular: la magnitud es cuatro veces más alta en los países con mayor tasa de mortalidad–Lituania, Letonia, Bulgaria y Rumanía- que en los países con menor tasa de mortalidad –Francia, Austria, Países Bajos y España- por esta causa de muerte.

9.1.3.2 Cáncer de pulmón

España muestra una tasa de mortalidad por cáncer de pulmón inferior a la media del conjunto de la UE. Los países con menor tasa de mortalidad por cáncer de pulmón son Chipre, Portugal, Suecia y Finlandia, mientras que los países con tasa de mortalidad más alta por esta causa de muerte son Países Bajos, Croacia, Polonia y Hungría.

9.1.3.3 Cáncer de mama en mujeres

España es el país de la UE con la tasa de mortalidad más baja por cáncer de mama en mujeres. Otros países con tasa de mortalidad baja por esta causa de muerte son Portugal, Suecia y Finlandia. Dinamarca, junto Países Bajos, Irlanda y Malta son los países con la tasa de mortalidad más alta por esta causa de muerte. La tasa de mortalidad por cáncer de mama en Dinamarca es más de un 50% más alta que en España.

9.1.3.4 Cirrosis hepática

Los países del este de Europa son los que presentan una tasa de mortalidad más alta por cirrosis hepática. Su tasa de mortalidad es ocho veces más alta que la que se observa en los países con menor tasa de mortalidad, entre los que se encuentran Países Bajos, Chipre, Suecia y Grecia.

En líneas generales, los países del sur de Europa –Chipre, Grecia, Malta, Italia y España-, muestran baja tasa de mortalidad por esta causa de muerte.

9.1.3.5 Suicidio

Los países del sur de Europa –Chipre, Grecia, Malta, Italia y España- junto al Reino Unido son los países que muestran una tasa de mortalidad más baja por suicidio. Por su parte, los países de este de Europa –Eslovenia, Letonia, Hungría y Lituania- son los que presentan la tasa de mortalidad más alta por esta causa de muerte. Concretamente, la magnitud de la tasa de mortalidad por suicidio es cinco veces más alta en los países con mayor tasa que en los países con menor tasa.

9.1.3.6 Accidentes de tráfico

En el caso de los accidentes de tráfico, la tasa de mortalidad en los países con una magnitud mayor es tres veces más alta que en aquellos que presentan la magnitud menor. Los países con mayor tasa de mortalidad por accidentes de tráfico son Polonia, Croacia, Rumanía y Grecia, mientras que los países con menor tasa de mortalidad por esta causa de muerte son Suecia, Reino Unido, Países Bajos y Dinamarca. España muestra una tasa de mortalidad por accidentes de tráfico inferior a la media del conjunto de países de la Unión Europea.

Tabla 9-6 Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes, por varias causas de muerte, 2011

	Enfermedad isquémica del corazón	Enfermedad cerebro-vascular	Cáncer pulmón	Cáncer mama (mujer)	Cirrosis hepática	Suicidio	Accidentes de tráfico
Alemania	75,1	33,5	33,4	24,3	12,3	9,9	4,3
Austria	91,2	30,1	30,7	20,7	13,0	12,8	5,2
Bélgica	48,9	34,5	43,5	22,2	8,8	8,6	5,2
Bulgaria	105,7	160,3	32,6	22,2	15,6	8,6	5,2
Chipre	69,2	36,1	23,8	22,3	4,4	3,4	8,8
Croacia	155,1	103,7	45,9	24,5	19,6	13,1	9,9
Dinamarca	48,1	35,7	44,4	27,6	11,6	9,6	3,2
Eslovaquia	260,7	89,8	34,9	22,0	23,5	10,8	7,1
Eslovenia	63,5	58,1	39,5	24,7	24,0	17,2	6,5
España	41,9	31,4	33,4	17,6	8,1	5,7	4,3
Estonia	174,3	55,9	34,6	22,6	16,1	14,3	7,2
Finlandia	111,7	42,5	25,4	19,0	17,5	15,9	4,5
Francia	30,3	25,1	35,2	23,6	9,6	14,8	5,9
Grecia	61,6	65,7	37,8	19,2	5,1	3,7	10,7
Hungría	207,5	83,2	65,1	26,5	33,2	21,3	6,7
Irlanda	92,9	38,8	36,6	26,7	7,0	10,9	4,0
Italia	54,6	42,2	32,8	22,4	8,1	5,4	6,6
Letonia	246,3	124,2	33,7	25,6	15,9	18,7	7,7
Lituania	313,9	116,2	31,1	22,8	27,5	28,5	9,3
Luxemburgo	46,4	37,3	32,2	23,4	8,7	9,5	5,3
Malta	129,8	51,4	27,0	26,6	6,2	4,6	4,3
Países Bajos	37,6	30,2	45,7	26,9	3,7	9,1	3,1
Polonia	88,4	66,5	47,2	20,3	14,6	14,6	9,6
Portugal	35,8	62,6	24,2	18,9	9,9	7,7	8,0
Reino Unido	77,3	42,1	38,7	24,4	10,9	6,4	3,1
Republica Checa	167,8	66,6	39,0	20,9	15,0	13,6	5,6
Rumanía	187,2	167,0	37,9	21,8	46,6	11,9	10,4
Suecia	79,6	37,8	25,0	19,0	4,9	11,1	2,5
UE-28	77,9	49,9	36,7	22,7	12,7	10,2	5,7

Fuente: WHO/Europe, European HFA Database.

9.1.4 Morbilidad

9.1.4.1 Autovaloración del estado de salud

El estado de salud percibido por la población es otro indicador de creciente análisis y que ha demostrado su capacidad predictiva sobre el uso de servicios sanitarios y la mortalidad.[79]

La mayoría de los europeos (67,1%) tienen una valoración positiva de su salud aunque con algunas diferencias importantes entre países. La comparación con la valoración positiva de la salud de la población de 16 y más años de los 28 países europeos muestra a España en una posición intermedia (71,6%), aunque a casi 10 puntos porcentuales de Suecia (81,1%), país donde la valoración es la más favorable.

Al analizar únicamente la población de 65 y más años, la diferencia de España con Suecia (68,2%) se amplía, rozando los 30 puntos porcentuales, aunque sigue manteniendo una situación intermedia (38,9%) por encima de la media en Europa (37,1%).

Tabla 9-7 Autovaloración positiva del estado de salud en población de 16 y más años y en población de 65 y más años, 2013

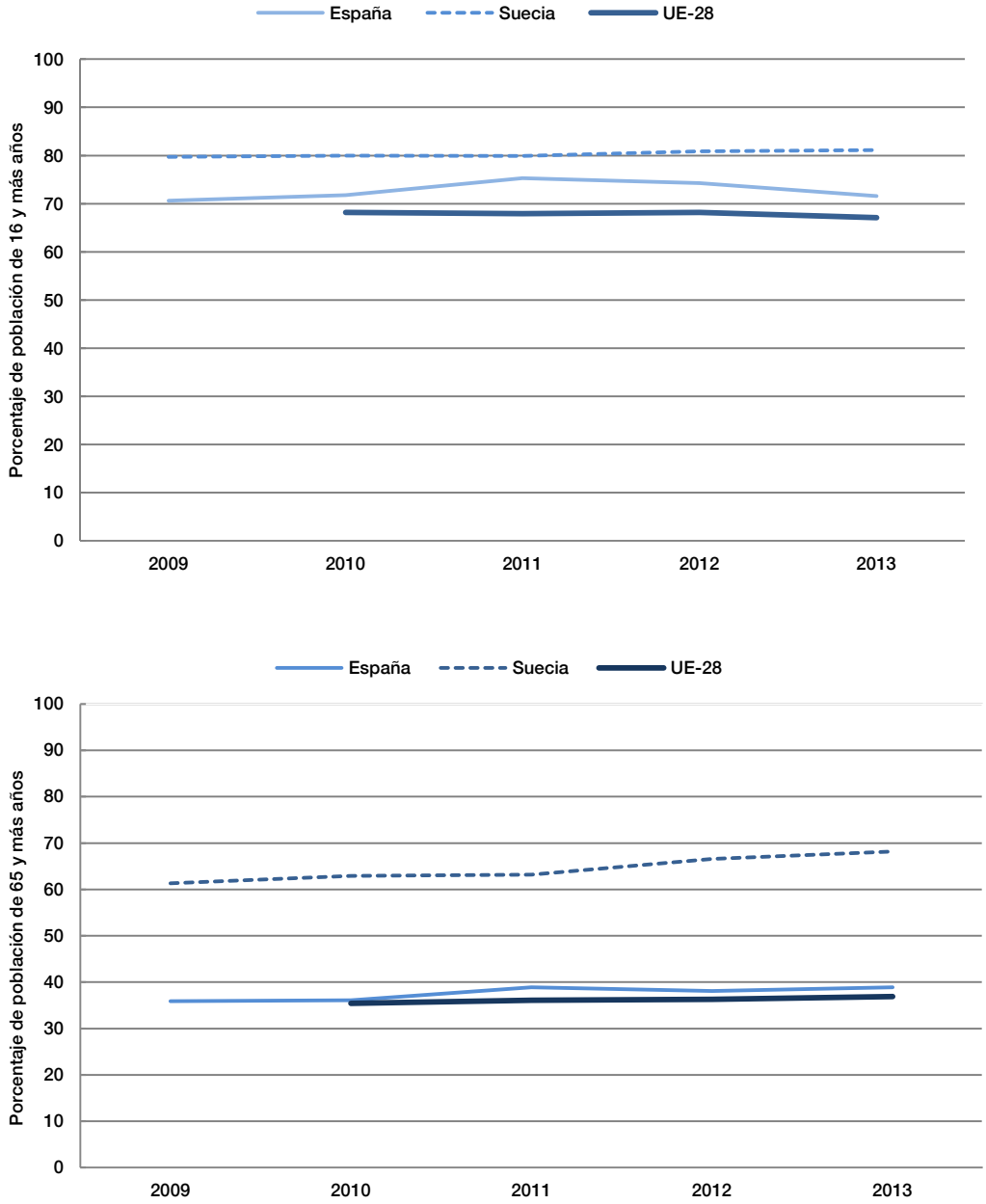
	Población de 16 y más años	Población de 65 y más años
Alemania	64,9	41,8
Austria	68,6	42,5
Bélgica	74,3	51,9
Bulgaria	66,3	20,2
Chipre	76,4	36,2
Croacia	46,5	14,8
Dinamarca	71,7	59,3
Eslovaquia	65,9	18,8
Eslovenia	64,8	29,1
España	71,6	38,9
Estonia	53,4	13,6
Finlandia	64,6	38,6
Francia	67,2	39,6
Grecia	73,9	32,6
Hungría	56,9	12,5
Irlanda	82,0	61,3
Italia	66,1	28,6
Letonia	45,2	8,5
Lituania	46,1	5,3
Luxemburgo	71,9	46,9
Malta	72,0	35,4
Países Bajos	75,6	59,6
Polonia	58,3	15,5
Portugal	46,1	11,5
Reino Unido	73,7	53,4
República Checa	59,6	21,9
Rumania	70,4	19,4
Suecia	81,1	68,2
UE-28	67,1	37,1

Observaciones: auto-valoración positiva = buena + muy buena.

Fuente: Eurostat, Statistics on Income and living Conditions (SICL).

[79] En el entorno europeo se viene recogiendo desde el año 2004 en la encuesta de las estadísticas comunitarias sobre la renta y las condiciones de vida en la UE (EU-SILC) a través de la pregunta *¿cómo es su salud en general?*.

Gráfico 9-2 Tendencia en la auto-evaluación positiva del estado de salud en población de 16 y más años y en población de 65 y más años, 2009-2013



Observaciones: La autovaloración positiva del estado de salud incluye valoración buena + muy buena.

Fuente: Eurostat. Statistics on Income and living Conditions (SICL).

9.1.4.2 Padecimiento de enfermedades crónicas

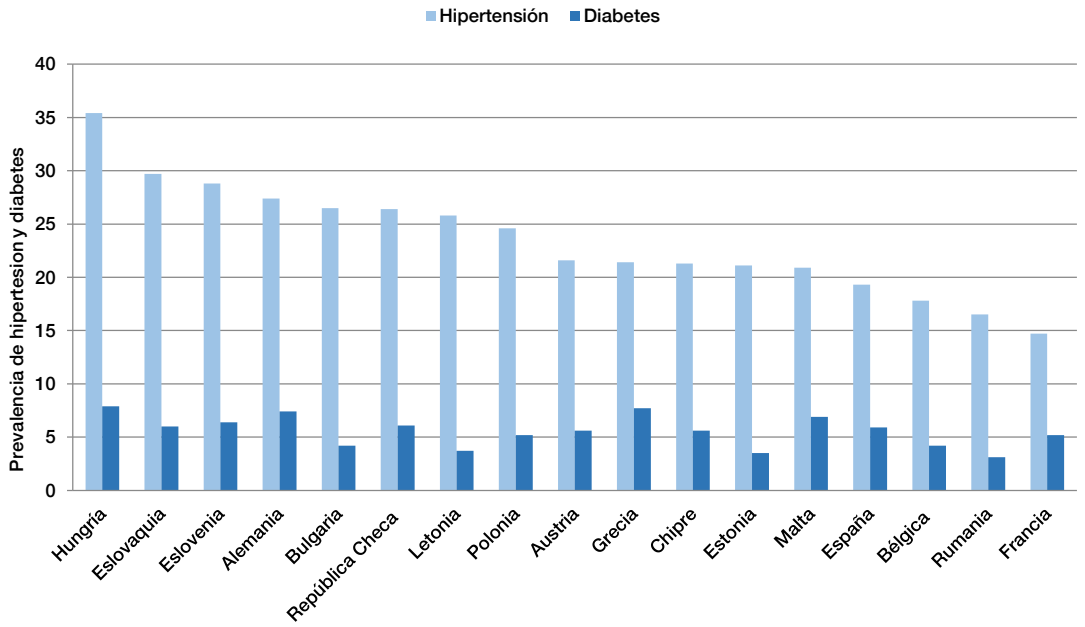
En el contexto europeo, España presenta valores intermedios para cuatro de los problemas de salud crónicos analizados (diabetes, hipertensión, bronquitis crónica/EPOC, asma) y está entre los países con prevalencia auto-declarada más elevada para los trastornos depresivos.

Tabla 9-8 Cinco problemas de salud crónicos en la población de 15 y más años en UE-17, 2008

	Asma	Bronquitis, EPOC	Trastornos depresivos	Hipertensión	Diabetes
Alemania	--	--	--	27,4	7,4
Austria	4,3	3,7	--	21,6	5,6
Bélgica	4,2	4,0	5,6	17,8	4,2
Bulgaria	2,0	3,3	0,8	26,5	4,2
Chipre	3,9	2,4	2,4	21,3	5,6
Eslovaquia	2,7	3,3	1,8	29,7	6,0
Eslovenia	3,5	3,1	3,4	28,8	6,4
España	4,3	3,5	5,3	19,3	5,9
Estonia	2,3	2,1	--	21,1	3,5
Francia	7,0	4,3	3,7	14,7	5,2
Grecia	3,6	2,9	2,3	21,4	7,7
Hungría	5,3	4,7	4,9	35,4	7,9
Letonia	2,3	3,3	1,6	25,8	3,7
Malta	5,2	1,2	4,7	20,9	6,9
Polonia	3,6	3,0	2,1	24,6	5,2
República Checa	4,0	2,7	2,8	26,4	6,1
Rumania	1,6	1,7	0,8	16,5	3,1

Fuente: Eurostat, European Health Interview Survey (EHIS).

Gráfico 9-3 Prevalencia de hipertensión y diabetes en población de 15 y más años en UE-17, 2008



Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor prevalencia auto-declarada de hipertensión

Fuente: Eurostat, European Health Interview Survey (EHIS).

9.1.5 Salud materno-infantil

9.1.5.1 Mortalidad infantil

En la mayoría de los países europeos la mortalidad infantil es baja. Chipre, Finlandia, Estonia, Republica Checa, España, Suecia, Eslovenia, Italia y Portugal presentan cifras inferiores a 3 muertes por 1.000 nacidos vivos.

Un pequeño grupo de países, como Eslovaquia, Malta, Bulgaria y Rumanía presenta tasas superiores a 5 muertes por cada 1.000 nacidos, siendo más de 7 en Bulgaria y superior a 9 en Rumania. En la UE de cada 1.000 nacidos vivos menos de 4 fallecen en su primer año de vida.

Tabla 9-9 Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos, 2013 y variación 2013-2009

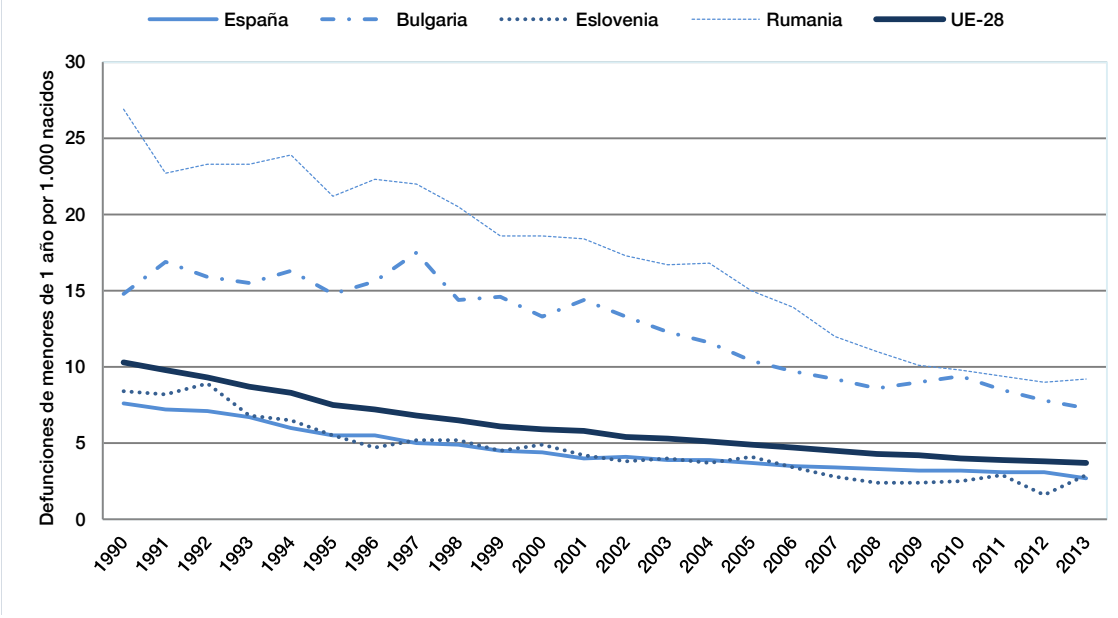
	2013	Diferencia 2013-2009
Alemania	3,3	-3,7
Austria	3,1	-4,7
Bélgica	3,5	-4,5
Bulgaria	7,3	-7,5
Chipre	1,6	-11,3
Croacia	4,1	-6,6
Dinamarca	3,5	-4,0
Eslovaquia	5,5	-6,5
Eslovenia	2,9	-5,5
España	2,7	-4,9
Estonia	2,1	-10,2
Finlandia	1,8	-3,8
Francia	3,6	-3,7
Grecia	3,7	-6,0
Hungría	5,0	-9,8
Irlanda	3,5	-4,7
Italia	2,9	-5,2
Letonia	4,4	-9,3
Lituania	3,7	-6,5
Luxemburgo	3,9	-3,4
Malta	6,7	-2,4
Países Bajos	3,8	-3,3
Polonia	4,6	-14,8
Portugal	2,9	-8,0
Reino Unido	3,8	-4,1
Republica Checa	2,5	-8,3
Rumanía	9,2	-17,7
Suecia	2,7	-3,3
UE-28	3,7	-6,6

Fuente: Eurostat.

España con una tasa de 2,7 fallecimientos en menores de un año por cada 1.000 nacidos, se encuentra entre los países que presentan una tasa inferior a la media de la Unión Europea.

Todos los países de la UE-28 han ido reduciendo progresivamente las tasas de mortalidad infantil desde los niveles de 1990 donde la tasa de la UE-28 era de algo más de 10 fallecimientos de menores de un año por cada 1.000 nacidos, hasta menos de 4 en el 2013.

Gráfico 9-4 Tendencia en la mortalidad infantil , 1990-2013



Fuente: Eurostat.

Las reducciones han sido muy llamativas en Rumania o Bulgaria aunque aún se mantienen en valores superiores a la media de la UE-28.

9.1.5.2 Bajo peso al nacer

De cada 100 niños nacidos en los países de la UE 7 pesan menos de 2.500 gramos, o lo que es lo mismo solo alrededor de 1 de cada 14 nacidos muestran bajo peso al nacer.

Los países con el porcentaje más bajo son Finlandia, Estonia, Suecia y Lituania, todos ellos con menos del 5% de los nacidos con peso inferior a 2.500 gramos. Por su parte, Eslovaquia, Bulgaria, Portugal, Rumania y Hungría superan el 8% y llegan a más del 9% Grecia y Chipre representando el porcentaje más alto.

En general se aprecia que los países situados en el norte de Europa presentan cifras más bajas, menos del 5%, que los países del sur y el este con valores superiores al 8%.

Si se revisa la tendencia de los últimos 25 años, la prevalencia del bajo peso en recién nacidos ha ido aumentando en casi todos los países, excepto en Croacia, Hungría y Finlandia. En el caso de Hungría a pesar de haber disminuido se mantiene en cifras superiores a la media de la UE-28.

España muestra un porcentaje superior a la media del conjunto de países de la UE.

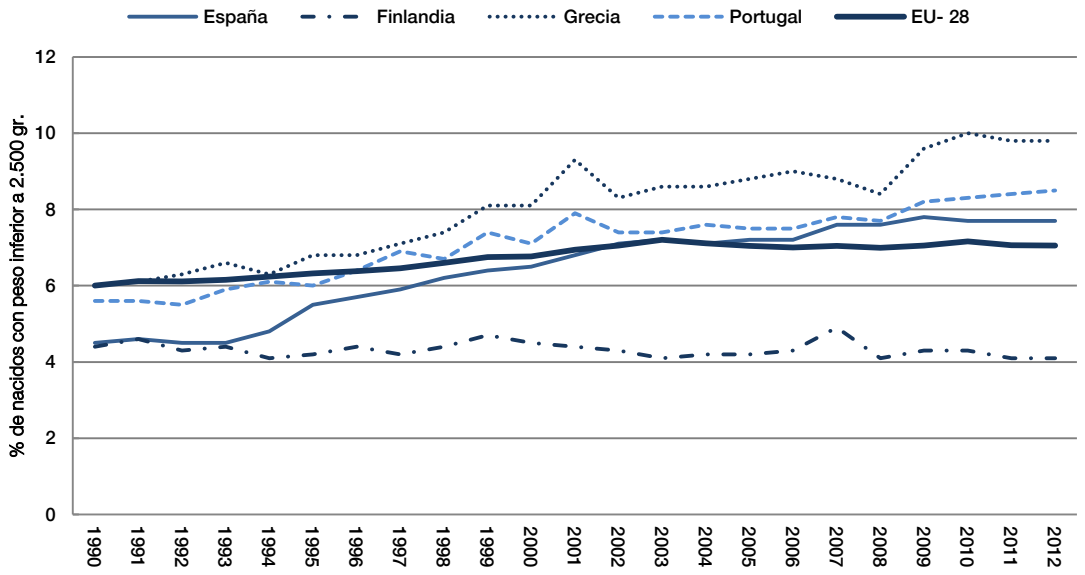
Tabla 9-10 Porcentaje de recién nacidos con peso inferior a 2.5000 gramos, 2012 y diferencia 2012-2019

	2012	Diferencia 2012-1990
Alemania	6,9	1,1
Austria	6,9	1,2
Bélgica	7,0	0,9
Bulgaria	8,4	1,7
Chipre	11,5	-
Croacia	5,1	-1,2
Dinamarca	5,3	1,1
Eslovaquia	8,1	1,9
Eslovenia	6,2	0,8
España	7,7	3,7
Estonia	4,4	0,6
Finlandia	4,1	-0,3
Francia	6,6	1,0
Grecia	9,8	3,8
Hungría	8,5	-0,7
Irlanda	5,2	1,0
Italia	7,3	1,7
Letonia	4,7	0,1
Lituania	4,7	1,1
Luxemburgo	7,1	2,8
Malta	7,9	1,6
Países Bajos	6,2	-
Polonia	5,6	-
Portugal	8,4	2,9
Reino Unido	7,8	1,0
Republica Checa	7,6	2,5
Rumanía	8,4	1,2
Suecia	4,5	0,0
UE 28	7,1	1,1

Observaciones: Chipre (2007), Bulgaria, Dinamarca, Italia y Países Bajos (2010), Francia, Irlanda, Luxemburgo y Suecia (2011).

Fuente: WHO/Europe, European HFA Database.

Gráfico 9-5 Tendencia del bajo peso al nacimiento, 1990-2012



Fuente: WHO/Europe, European HFA Database.

9.1.5.3 Interrupciones voluntarias del embarazo

En el conjunto de la UE la tasa de interrupciones voluntarias del embarazo es de alrededor de 216,4 por cada 1.000 nacidos vivos.

Los países con las tasas más bajas, inferiores a 153, son los Países Bajos, Bélgica, Alemania, Eslovaquia, Grecia, Croacia y Polonia, estas dos últimas con cifras de 79,2 y 2,0 interrupciones voluntarias del embarazo por cada 1.000 nacidos vivos respectivamente. En el otro extremo, con tasas superiores a 400, están Estonia, Rumania y Bulgaria, esta última con el valor más alto de los países UE, 443,2 interrupciones voluntarias del embarazo por cada 1.000 nacidos vivos.

España con 255,3 interrupciones voluntarias del embarazo por cada 1.000 nacidos vivos, se sitúa en la zona media de la tabla habiendo disminuido su número, en términos absolutos, desde el año 2011.

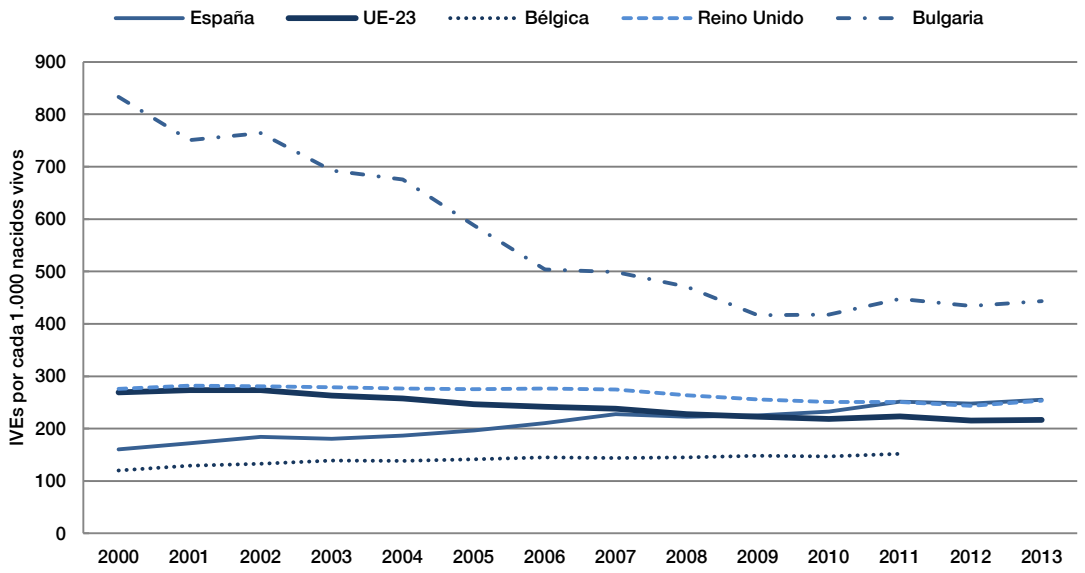
Tabla 9-11 Interrupciones voluntarias del embarazo por 1.000 nacidos vivos, 2013

	IVEs por 1.000 nacidos vivos
Alemania	150,7
Bélgica	152,1
Bulgaria	443,2
Croacia	79,2
Dinamarca	279,5
Eslovaquia	145,9
Eslovenia	189,3
España	255,3
Estonia	429,5
Finlandia	174,1
Francia	262,1
Grecia	139,1
Hungría	393,4
Italia	195,5
Letonia	269,8
Lituania	179,1
Países Bajos	152,7
Polonia	2,0
Portugal	217,0
Reino Unido	253,2
República Checa	212,8
Rumania	436,1
Suecia	330,2
EU23	216,4

Observaciones: Grecia (2009), Bélgica (2011), Eslovaquia, Francia, Italia, Países Bajos, Polonia y Suecia (2012).

Fuente: WHO/Europe, European HFA Database.

Gráfico 9-6 Tendencia en el número de Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas por cada 1.000 nacidos vivos en la UE-23, 2000-2013



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

Fuente: WHO/Europe, European HFA Database.

9.1.6 Hábitos de vida

9.1.6.1 Consumo diario de tabaco

Entre los países de la UE-28 hay grandes variaciones en la proporción de fumadores adultos diarios. Los valores más bajos se encuentran en Suecia, Dinamarca, Finlandia y Luxemburgo todos ellos con cifras inferiores al 18% y a 5 puntos del promedio de los países de la UE-28 que se sitúa en el 23,0%.

Tabla 9-12 Prevalencia del consumo diario de tabaco en población de 15 y más años según sexo, 2012

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Alemania	21,9	26,4	17,6
Austria	23,2	27,3	19,4
Bélgica	20,5	24,0	18,0
Bulgaria	29,2	40,0	19,0
Chipre	25,9	38,0	14,0
Croacia	35,0	38,0	32,0
Dinamarca	17,0	18,6	15,5
Eslovaquia	19,5	27,1	12,5
Eslovenia	20,5	22,6	18,4
España	23,9	27,9	20,2
Estonia	26,0	36,2	18,3
Finlandia	17,0	20,9	14,0
Francia	24,1	28,7	20,2
Grecia	38,9	43,7	34,0
Hungría	26,5	32,0	22,0
Irlanda	24,0	25,0	22,0
Italia	22,1	28,1	16,5
Letonia	34,3	52,0	17,6
Lituania	22,2	33,0	13,0
Luxemburgo	17,0	18,0	15,0
Malta	19,2	24,0	15,0
Países Bajos	18,4	20,6	18,4
Polonia	23,8	30,9	17,9
Portugal	18,6	27,2	11,0
Reino Unido	19,1	20,3	18,11
República Checa	22,9	26,3	19,6
Rumania	20,5	33,0	9,0
Suecia	13,1	12,8	13,4
UE-28	23,0	28,7	17,9

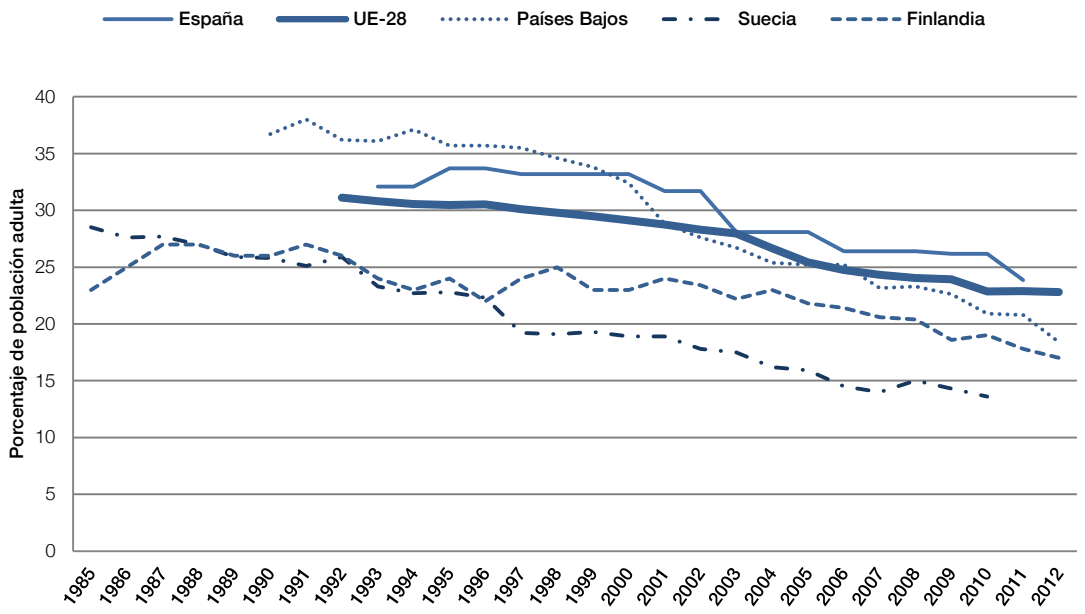
Fuente: WHO/Europe, European HFA Database.

Letonia, Croacia y Grecia con valores entre el 30,4% y el 38,9% presentan las cifras más altas. España ocupa una posición por encima de la media.

En todos los países la prevalencia de fumadores es superior a la de fumadoras con la excepción de Suecia donde las cifras son similares. La diferencia entre hombres y mujeres es pequeña en Dinamarca, Luxemburgo y Reino Unido, por el contrario es llamativa en Letonia, Rumania, Chipre y Bulgaria.

España, al igual que el resto de los países de la UE-28, muestra una tendencia descendente[80] en el porcentaje de la población que se declara fumadora a diario, pero hay que tener en cuenta que parte de valores más elevados que en otros países.

Gráfico 9-7 Tendencia en la prevalencia de consumo diario de tabaco en población adulta, 1985-2012



Fuente: WHO/Europe, European HFA Database.

9.1.6.2 Consumo de alcohol

El consumo del alcohol en la UE-28, medido a través del seguimiento de los datos de ventas, se sitúa en 10 litros de alcohol puro por adulto (15 y más años) según el último dato comparable disponible

Los países con cifras más altas son Austria, República Checa y Lituania con valores por encima de 12 litros por adulto.

Entre los territorios con un relativo menor nivel de consumo se encuentran algunos de los países del sur de la UE (Italia, Malta y Grecia) con cifras entre 6 a 8 litros de alcohol por adulto.

España con un promedio de consumo de 9,8 litros por adulto está ligeramente por debajo de la media de la UE-28.

En los últimos 25 años los niveles de consumo de alcohol en el conjunto de la UE-28 han ido gradualmente disminuyendo pasando de más de 12,5 a 10,0 litros per cápita. Esta tendencia descendente puede reflejar cambios en los hábitos de consumo y también políticas responsables en el control del consumo del alcohol.

Los niveles de consumo en España también han disminuido en los últimos 25 años pasando de 14,5 a 9,8 litros per cápita.

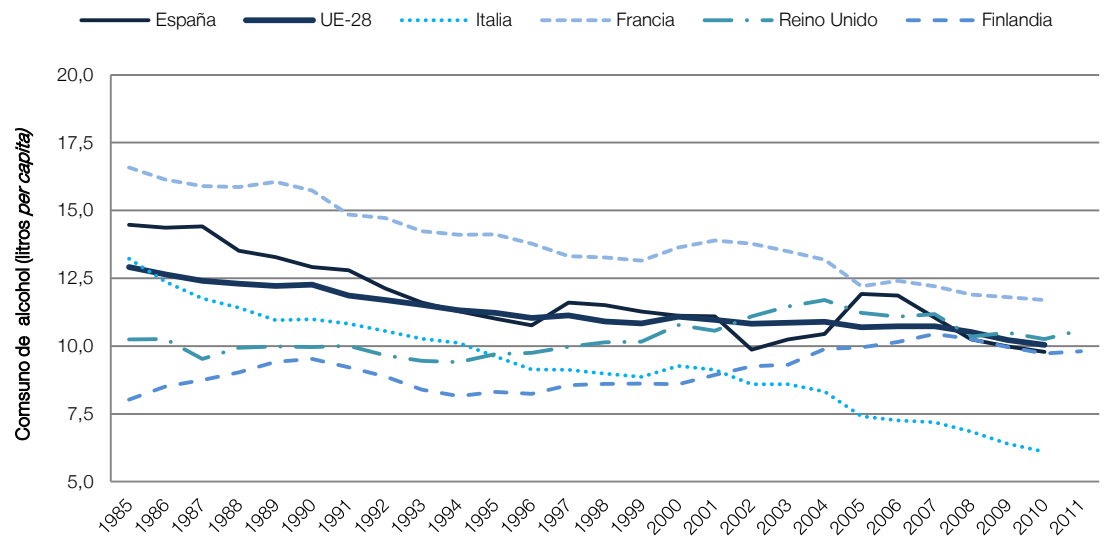
[80] Datos preliminares de la Encuesta Europea de Salud en España 2014, no publicados en el momento de elaboración de informe, confirman la tendencia descendente.

Tabla 9-13 Consumo de alcohol en litros de alcohol puro por adulto (15 y más años), 2011

	Consumo de alcohol per cápita
Alemania	11,2
Austria	12,1
Bélgica	10,6
Bulgaria	10,2
Chipre	8,7
Croacia	10,7
Dinamarca	10,4
Eslovaquia	11,0
Eslovenia	10,3
España	9,8
Estonia	11,4
Finlandia	9,7
Francia	11,7
Grecia	7,9
Hungría	10,8
Irlanda	11,9
Italia	6,1
Letonia	9,8
Lituania	12,9
Luxemburgo	11,4
Malta	7,6
Países Bajos	9,3
Polonia	10,7
Portugal	10,8
Reino Unido	10,3
República Checa	12,7
Rumania	9,0
Suecia	7,3
UE 28	10,0

Fuente: WHO/Europe, European HFA Database.

Gráfico 9-8 Tendencia en el consumo de alcohol, 1985- 2011



Fuente: WHO/Europe, European HFA Database.

9.1.6.3 Obesidad

La obesidad en los adultos es un importante problema de salud pública al ser un conocido factor de riesgo de numerosos problemas de salud.

Su distribución en los países europeos presenta un amplio rango, desde casi el 8% de Rumania hasta el 25% o más de Reino Unido y Hungría. El promedio de los países europeos es de 16,7%. España con un 16,6% se encuentra en los valores medios de la UE.

En las últimas décadas la obesidad ha ido creciendo en los países europeos, de una forma clara en Francia y Finlandia, algo más moderadamente en Italia donde las tasas parecen estabilizadas.

En España, al igual que en el resto de los países europeos, los niveles de obesidad han ido aumentando, aunque esta tendencia parece haberse ralentizado en los últimos años.

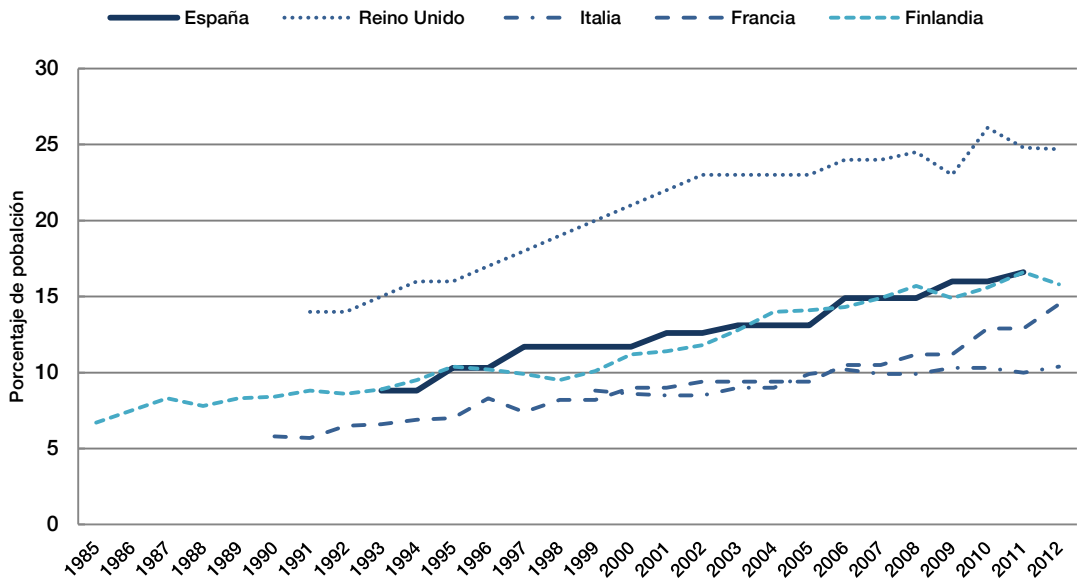
Tabla 9-14 Obesidad en población adulta (15 y más años), 2012

	Porcentaje de población adulta con IMC > 30
Alemania	14,7
Austria	12,4
Bélgica	13,8
Bulgaria	11,5
Chipre	15,6
Dinamarca	13,4
Eslovaquia	16,9
Eslovenia	18,3
España	16,6
Estonia	16,9
Finlandia	15,8
Francia	14,5
Grecia	19,6
Hungría	28,5
Irlanda	23,0
Italia	10,4
Letonia	16,9
Luxemburgo	23,0
Malta	22,9
Países Bajos	12,8
Polonia	15,8
Portugal	15,4
Reino Unido	24,7
República Checa	21,0
Rumania	7,9
Suecia	11,8
UE 26	16,7

Observaciones: índice de Masa Corporal (IMC) = Peso en kg/Talla^2 en metros. Eslovaquia, Irlanda, Hungría, Luxemburgo, Reino Unido y Republica Checa los datos se han obtenido por medición de peso y talla. El resto corresponden a datos de peso y talla auto-declarados. Datos no disponibles para Croacia y Lituania.

Fuente: OECD Health Statistic. Health at a Glance: Europe.

Gráfico 9-9 Tendencia de la obesidad, 1985 - 2012



Observaciones: Reino Unido los datos obtenidos por medición de peso y talla. El resto corresponden a datos de peso y talla autodeclarados.

Fuente: OECD Health Statistic.Health at a Glance: Europe 2014 OECD.

9.2 Recursos Asistenciales

9.2.1 Médicos en ejercicio

En la UE-28 trabajan 1,8 millones de médicos lo que supone una media de 3,5 por cada 1.000 habitantes.

Grecia con una tasa de 6,2 médicos por 1.000 habitantes se sitúa muy por encima de la media del resto de los países de la UE, aunque hay que tener en cuenta que las cifras incluyen, además de a los médicos que trabajan en labores asistenciales, a aquellos médicos en ejercicio con actividad laboral en el sector salud como puede ser la gestión, educación e investigación (se estima que esto puede suponer entre un 5 y 10% de los médicos)[81]; esto también sucede con las cifras de Eslovaquia, Francia Finlandia y Países Bajos.

Detrás de Grecia se encuentra Austria con 5,0 médicos por 1.000 habitantes. El número de médicos es también relativamente alto en Lituania y Portugal (4,3 médicos por 1.000 habitantes para ambos), aunque en el caso portugués las comparaciones hay que hacerlas con cautela al haber una sobreestimación de las cifras porque incluyen a los médicos colegiados (jubilados y parados) y no solo a los que están en ejercicio. Las cifras más bajas de médicos por 1.000 habitantes corresponden a Eslovenia, (2,6), Rumania (2,5) y Polonia (2,2).

[81] OECD Health at a Glance 2014

Tabla 9-15 Médicos en ejercicio y tasas por 1.000 habitantes, 2013

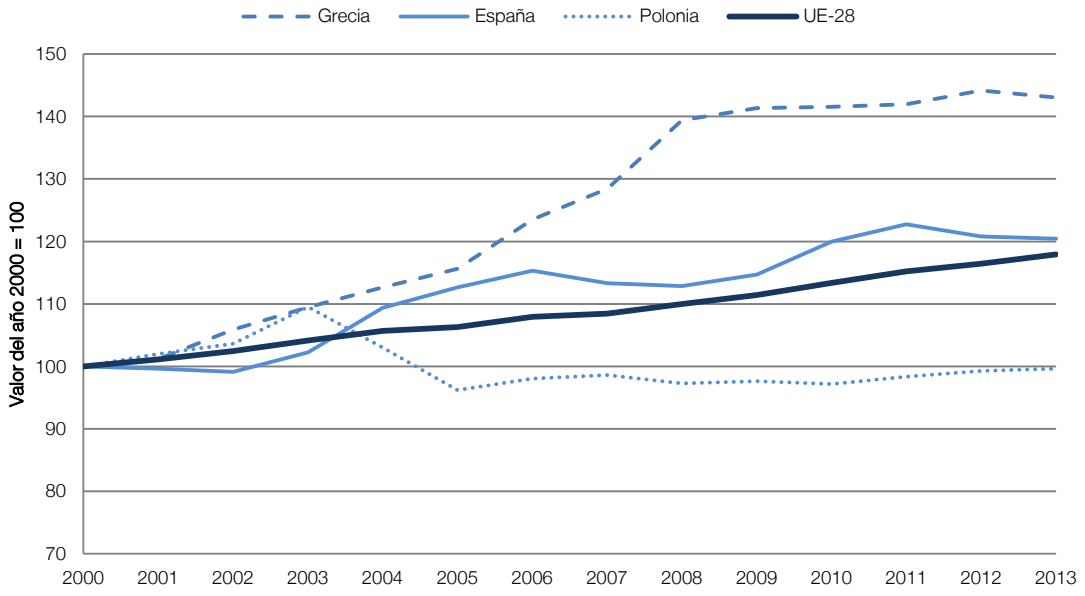
	Médicos en ejercicio	Tasa por 1.000 hab.
Alemania	326.945	4,1
Austria	42.302	5,0
Bélgica	32.999	3,0
Bulgaria	28.891	4,0
Chipre	2.777	3,2
Croacia	12.906	3,0
Dinamarca	20.250	3,6
Eslovaquia	16.201	3,0
Eslovenia	5.416	2,6
España	177.665	3,8
Estonia	4.327	3,3
Finlandia	16.410	3,0
Francia	203.490	3,2
Grecia	68.886	6,2
Hungría	31.748	3,2
Irlanda	12.367	2,7
Italia	234.918	3,9
Letonia	6.423	3,2
Lituania	12.650	4,3
Luxemburgo	1.525	2,8
Malta	1.466	3,5
Países Bajos	55.260	3,3
Polonia	85.246	2,2
Portugal	44.555	4,3
Reino Unido	177.632	2,8
República Checa	38.776	3,7
Rumanía	52.828	2,5
Suecia	38.144	4,0
UE-28	1.753.003	3,5

Observaciones: Grecia, Francia, Finlandia y Países Bajos incluye médicos en activo en labores asistenciales y en otras tareas del sector salud (gestión, educación, investigación…).Portugal incluye médicos jubilados y parados. Eslovaquia (2007), Dinamarca y Suecia (2012).

Fuente: WHO/Europe, European HFA Database.

En términos generales, en la mayoría de los países europeos se viene observando un incremento del número de médicos en ejercicio por cada 1.000 habitantes, aunque en algunos países como en Grecia y España se ha estabilizado en estos últimos años. En el periodo 2000-2013 la tasa de médicos en ejercicio por 1.000 habitantes en España creció un 20,4% frente al 17,9% del conjunto de la UE.

Gráfico 9-10 Tendencia del número de médicos en ejercicio por 1.000 habitantes, 2000- 2013



Observaciones: Grecia (6,2) y Polonia (2,2) son los países de la UE con la tasa de médicos por 1.000 habitantes más alta y más baja respectivamente. Los datos Grecia se refiere a médicos en activos en el sector salud.

Fuente: WHO/Europe, European HFA Database.

9.2.2 Enfermeras en ejercicio

Dinamarca con 16,3 y Finlandia con 14,1 enfermeras por cada 1.000 habitantes son los países europeos con la mayor disponibilidad de enfermeras en ejercicio, seguidos de Alemania con 12,7 e Irlanda con 12,4 enfermeras por cada 1.000 habitantes.

En el otro extremo se encuentran Grecia con 3,6 y Bulgaria con 4,5 enfermeras por cada 1.000 habitantes. La media de los países europeos es de 8,4 enfermeras por cada 1.000 habitantes lo que supone disponer, en números absolutos, con más de 4,2 millones de profesionales.

Estas amplias variaciones entre los países puede estar poniendo en evidencia la falta de comparabilidad en los datos manejados, debido a que en algunos países se están incluyendo además de las enfermeras con actividad sanitaria aquellas otras que prestan labores en el sector salud en el campo de la gestión, la educación y la investigación. En otros los datos incluyen profesionales que, aun con nivel formativo inferior, son reconocidos y registrados como enfermeras. Por otro lado en algunos países también se incluye a las matronas porque son consideradas como una enfermera especialista. Por todo lo cual la comparación entre países debe hacerse con mucha cautela.

Tabla 9-16 Enfermeras en ejercicio y tasas por 1.000 habitantes, 2013

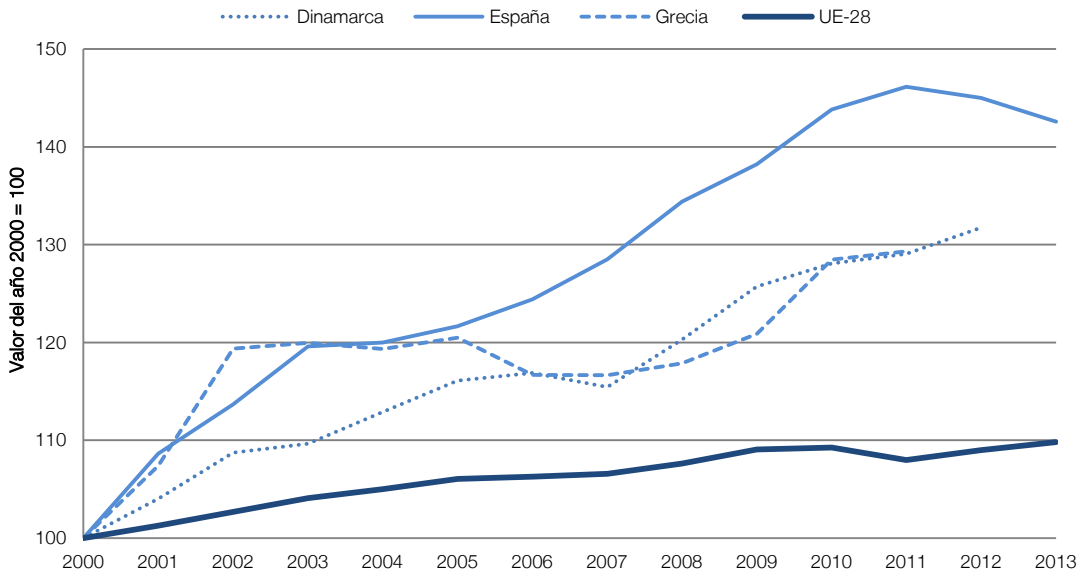
	Enfermeras en ejercicio	Tasa por 1.000 hab.
Alemania	1.045.000	12,7
Austria	66.701	7,9
Bélgica	105.872	9,5
Bulgaria	32.455	4,5
Chipre	4.222	4,9
Croacia	26.413	6,2
Dinamarca	91.124	16,3
Eslovaquia	31.128	5,8
Eslovenia	17.037	8,3
España	239.767	5,1
Estonia	8.134	6,2
Finlandia	76.445	14,1
Francia	616.796	9,4
Grecia	40.153	3,6
Hungría	63.589	6,4
Irlanda	56.800	12,4
Italia	369.706	6,2
Letonia	9.831	4,9
Lituania	22.324	7,5
Luxemburgo	6.481	12,1
Malta	2.972	7,1
Países Bajos	203.821	12,1
Polonia	200.587	5,3
Portugal	63.318	6,0
Reino Unido	524.277	8,2
Republica Checa	84.045	8,0
Rumania	120.062	6,0
Suecia	106.176	11,1
UE-28	4.235.236	8,4

Observaciones: Grecia (2011). Bélgica, Dinamarca, Finlandia (2012). Los datos de Austria corresponden solo a enfermeras que trabajan en hospital. Los datos de Eslovaquia, Francia, Irlanda, Italia y Portugal incluyen personal trabajando en el sector salud en labores asistenciales y no asistenciales.

Fuente: Eurostat. OECD Health Data.

Revisado el periodo 2000-2013 y comparando la evolución de los países, en términos generales se aprecia en casi todos ellos un aumento de la tasa de enfermeras por cada 1.000 habitantes que en términos globales es del 10%.

Gráfico 9-11 Tendencia en el número de enfermeras en ejercicio por cada 1.000 habitantes, 2000- 2013



Observaciones: Dinamarca (16,3) y Grecia (3,6) son los países de la UE con la tasa de enfermeras por 1.000 habitantes más alta y más baja respectivamente.

Fuente: WHO/Europe, European HFA Database. OECD Health Data.

En el periodo 2000-2013 el crecimiento en Dinamarca ha sido superior al 30% y el de Grecia menos del 30%; España por su parte aunque el crecimiento respecto al inicio del siglo supera el 40%, se aprecia una disminución en los dos últimos años.

9.2.3 Farmacéuticos en ejercicio

En los países de la UE se estima que trabajan más de 415.000 farmacéuticos en actividades relacionadas con la asistencia sanitaria lo que supone una tasa de 0,8 por cada 1.000 habitantes.

Siete países, entre los que se encuentra España, presentan tasas superiores a 1 farmacéutico por cada 1.000 habitantes. Finlandia (1,3) es el país con la tasa más alta seguido muy de cerca por Bélgica (1,2), España, Francia, Grecia, Irlanda y Malta presentan una tasa de 1,1 farmacéuticos en ejercicio por cada 1.000 habitantes.

Cuatro países tienen una tasa de 0,5 o menos farmacéuticos por cada 1.000 habitantes representando los valores más bajos de los países europeos: Dinamarca (0,5) Eslovaquia (0,5) Chipre (0,2) y los Países Bajos (0,2).

En el periodo 2000-2013 España ha incrementado la tasa de farmacéuticos en ejercicio por cada 1.000 habitantes más del 50%. En el mismo periodo, de manera global, la UE-26 ha crecido más del 20%.

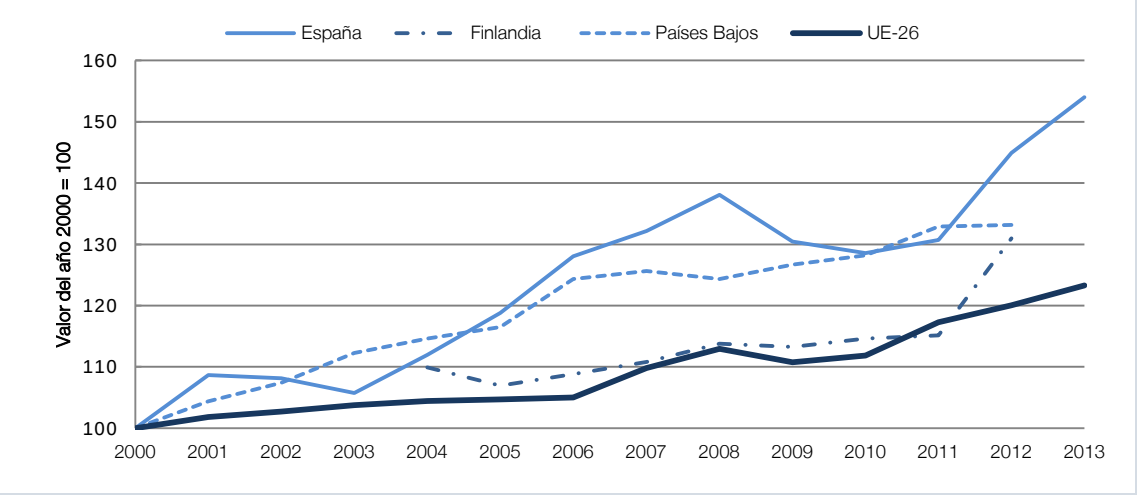
Tabla 9-17 Farmacéuticos en ejercicio y tasa por 1.000 habitantes, 2013

	Farmacéuticos en ejercicio	Tasa por 1.000 hab.
Alemania	51.431	0,6
Austria	5.918	0,7
Bélgica	13.280	1,2
Chipre	187	0,2
Croacia	2.982	0,7
Dinamarca	2.771	0,5
Eslovaquia	2.517	0,5
Eslovenia	1.189	0,6
España	52.100	1,1
Estonia	868	0,7
Finlandia	6.857	1,3
Francia	69.679	1,1
Grecia	11.987	1,1
Hungría	7.524	0,8
Irlanda	5.246	1,1
Italia	58.727	1,0
Letonia	1.402	0,7
Luxemburgo	380	0,7
Malta	469	1,1
Países Bajos	3.465	0,2
Polonia	27.446	0,7
Portugal	8.068	0,8
Reino Unido	51.315	0,8
Republica Checa	6.383	0,6
Rumania	16.231	0,8
Suecia	7.310	0,8
UE-26	415.732	0,8

Observaciones: Eslovaquia (2007), Grecia (2011), Dinamarca, Finlandia, Letonia, Luxemburgo, Países Bajos y Suecia (2012). Datos no disponibles para Bulgaria y Lituania.

Fuente: WHO/Europe, European HFA Database.

Gráfico 9-12 Tendencia del número de farmacéuticos en ejercicio por cada 1.000 habitantes en UE-26 , 2000-2013



Observaciones: Finlandia (1,3) y Países Bajos (0,2) son los países de la UE con la tasa farmacéuticos en ejercicio por 1.000 habitantes más altas y más baja respectivamente.

Fuente WHO/Europe, European HFA Database.

9.2.4 Camas en hospitales

La dotación de camas de los hospitales es una medida de los recursos disponibles en los países para la prestación de los servicios sanitarios que requieren internamiento hospitalario. En la UE-28 se dispone de 2,7 millones de camas hospitalarias, lo que supone una tasa de 5,3 camas por cada 1.000 habitantes.

Tabla 9-18 Camas en hospitales y tasa por 1.000 habitantes, 2013

	Camas en hospitales	Tasa por 1.000 hab.
Alemania	667.560	8,2
Austria	64.825	7,6
Bélgica	69.940	6,3
Bulgaria	49.522	6,8
Chipre	2.945	3,4
Croacia	24.933	5,9
Dinamarca	17.241	3,1
Eslovaquia	31.416	5,8
Eslovenia	9.377	4,6
España	138.153	3,0
Estonia	6.597	5,0
Finlandia	26.429	4,9
Francia	413.206	6,3
Grecia	53.773	4,8
Hungría	69.621	7,0
Irlanda	12.683	2,8
Italia	203.723	3,4
Letonia	11.673	5,8
Lituania	21.538	7,3
Luxemburgo	2.746	5,1
Malta	2.034	4,8
Países Bajos	76.980	4,7
Polonia	250.280	6,6
Portugal	35.503	3,4
Reino Unido	176.789	2,8
República Checa	67.888	6,5
Rumanía	133.354	6,7
Suecia	24.905	2,6
UE-28	2.665.634	5,3

Observaciones: Grecia (2011), Italia (2012) Países Bajos (2009).

Fuente: Eurostat.

Alemania (8,2), Austria (7,6) y Lituania (7,3), tienen las tasas más altas superando en todos los casos el número de 7 camas por 1.000 habitantes. En el otro extremo se sitúan Suecia (2,6) e Irlanda y Reino Unido (ambas con 2,8) que no llegan a 3 camas por 1.000 habitantes. España dispone de 3,0 camas por 1.000 habitantes.

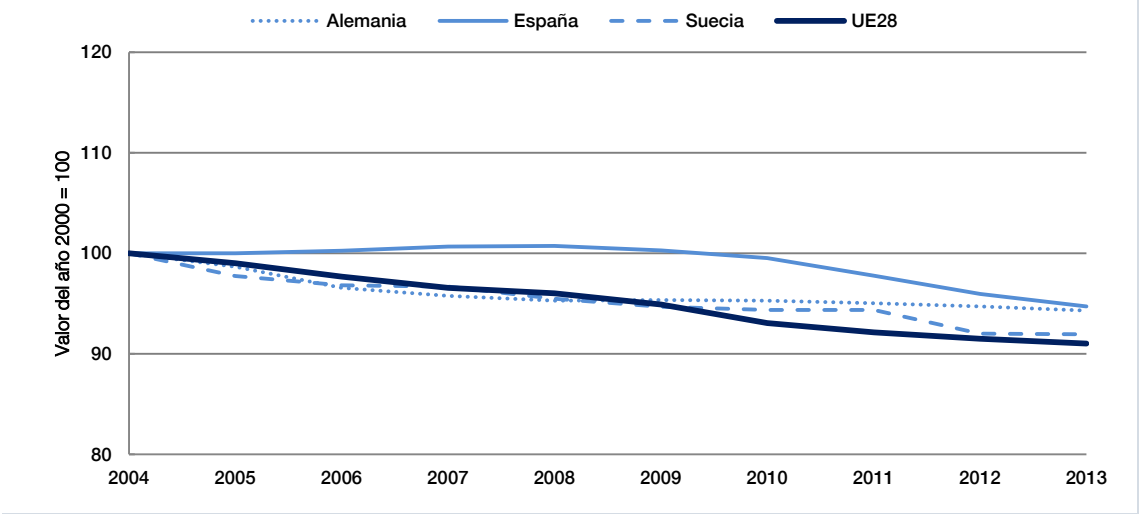
En la última década el número de camas disminuye en todos los países de la UE, excepto en Grecia donde ha ido creciendo. De manera global la disminución en el territorio UE-28 es del 9%. España en el mismo periodo decrece un 5%.

La reducción en el número de camas que ha sucedido en la UE puede explicarse por la disminución de las necesidades de hospitalización consecuencia de los progresos tecnológicos y el crecimiento de la actividad sin internamiento especialmente la cirugía ambulatoria.

Desde el punto de vista de la finalidad asistencial, el 67% de las camas de la UE-28 son camas destinadas al tratamiento de procesos agudos y cerca del 13% se dedican a tratamiento psiquiátrico. El 20% restante son camas de larga estancia y de otro tipo.

España cuenta con un 77% de camas de agudos, 12% de camas psiquiátricas y 11% de camas de larga estancia.

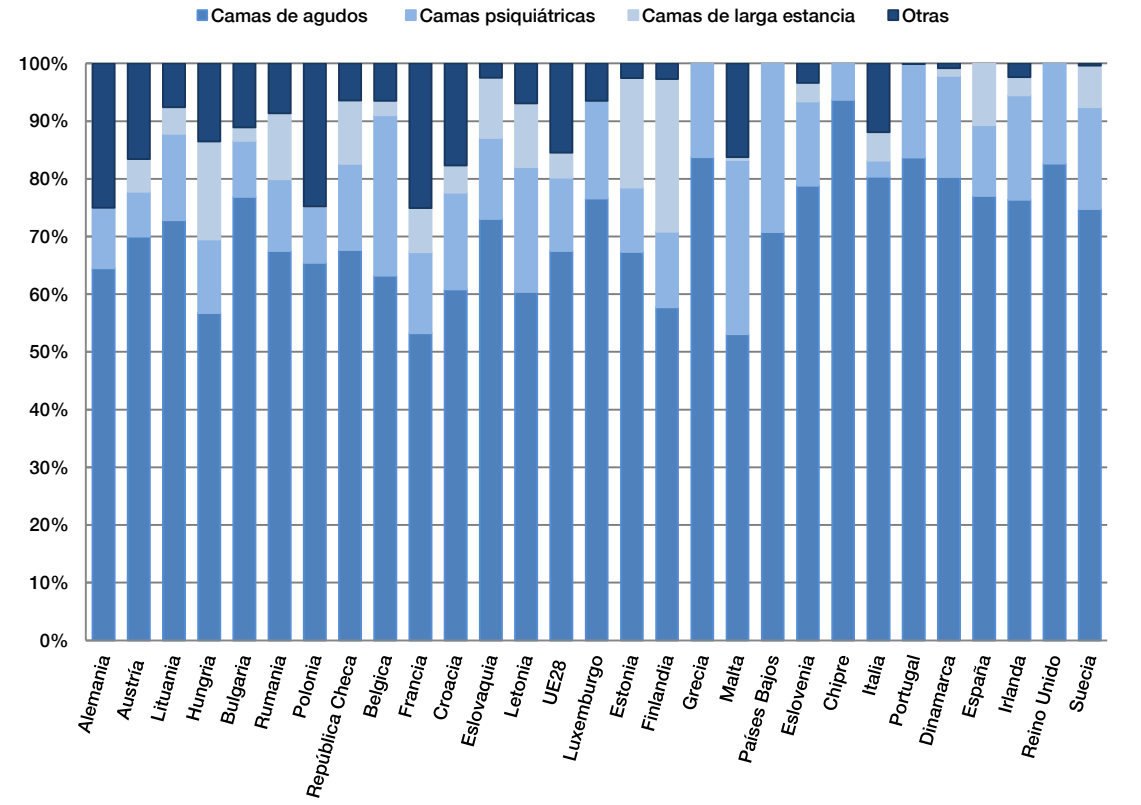
Gráfico 9-13 Evolución del número de camas, 2000-2013



Observaciones: Alemania (8,2) y Suecia (2,6) son los países de la UE con la tasa ce camas por 1.000 habitantes más alta y más baja respectivamente.

Fuente: Eurostat.

Gráfico 9-14 Camas según finalidad asistencial, 2013



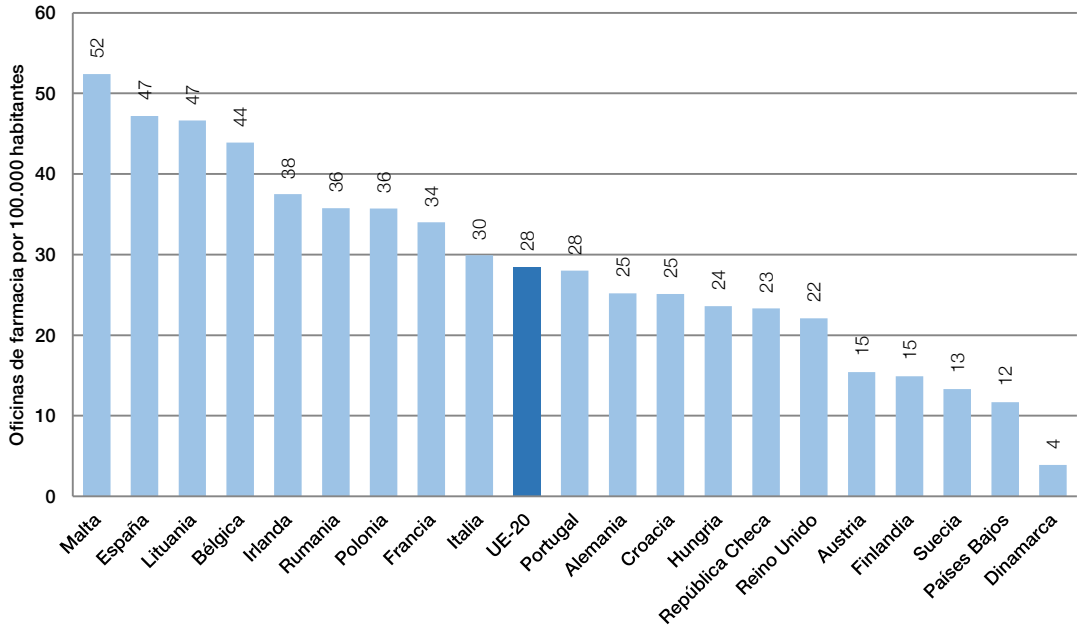
Observaciones: Países ordenados de mayor a menor número de camas por 1.000 habitantes.

Fuente: Eurostat.

9.2.5 Oficinas de farmacia

En los países de la Unión Europea, el promedio de oficinas de farmacia por cada 100.000 habitantes es de 28. Malta, España y Lituania y con más de 46 farmacias por cada 100.000 habitantes son los países con la disponibilidad más alta de este recurso, mientras que en Dinamarca (4), Países Bajos (12) y Suecia (13) la cifra de farmacias es menor. Esta variabilidad puede explicarse por las diferentes regulaciones de cada país en relación a los criterios para el establecimiento de una farmacia, así como para la distribución y dispensación de medicamentos.

Gráfico 9-15 Oficinas de Farmacia por 100.000 habitantes en UE-20, 2015 (o año más cercano)



Observaciones: Malta, Lituania, Rumania Croacia y República Checa (2010). España (2014).Datos estimados Suecia y Países Bajos.

Fuente: Fédération Internacionale Pharmaceutique (FIP). Health at a Glanc. OECD indicators.

9.3 Actividad, calidad, y accesibilidad a los servicios sanitarios

9.3.1 Consultas a médicos

En el conjunto de países de la UE el promedio *per cápita* de todo tipo de consultas a médicos, tanto generalistas como especialistas, supera las 6 consultas por persona y año con una importante variación entre los territorios que oscila entre más de 9 de Alemania (9,9), República Checa (11,1) y Hungría (11,7) hasta menos de 3 en Suecia (2,9) y Finlandia (2,6).

Tabla 9-19 Consultas *per cápita* a médicos, 2013 y variación 2013 – 2004

	2004	2013	% variación 2013-2004
Alemania	7,4	9,9	33,8
Austria	6,7	6,8	1,5
Bélgica	7,2	7,4	2,8
Dinamarca	4,4	4,6	4,5
Eslovaquia	11,9	11,0	-7,6
Eslovenia	...	6,5	...
España	9,5	7,4	-22,1
Estonia	6,2	6,4	3,2
Finlandia	4,2	2,6	-38,1
Francia	7,0	6,4	-8,6
Grecia	4,2	...	...
Hungría	12,5	11,7	-6,4
Irlanda	..	3,8	...
Italia	6,1	6,8	11,5
Luxemburgo	6,5	6,5	0,0
Países Bajos	5,3	6,2	17,0
Polonia	6,2	7,1	14,5
Portugal	3,8	4,1	7,9
Reino Unido	5,3	5,0	-5,7
República Checa	13,1	11,1	-15,3
Suecia	2,8	2,9	3,6
UE21	6,9	6,7	-2,2

Observaciones: El valor UE- 21 corresponde a la media aritmética de los valores disponibles. La mayoría de los datos proceden de fuentes administrativas, pero en el caso del Italia, Países Bajos España y Reino Unido tienen como origen encuestas de salud mediante entrevista. Reino Unido (2009), Irlanda (2010), Bélgica y España (2011) y Portugal (2012).En los datos de Hungría se incluyen consultas para exámenes diagnósticos por lo que pueden están sobreestimados. Países Bajos no incluye los contactos para cuidados materno-infantiles. Las cifras de Portugal y Reino Unido pueden estar sub-estimados porque en un caso no incluyen las visitas a los médicos privados (Portugal) y en el otro a los especialistas hospitalarios. También están subestimados los datos de Alemania. Los contactos telefónicos están incluidos en las cifras de Irlanda, España y Reino Unido.

Fuente: OECD Health Data.

Las consultas pueden tener lugar en los consultorios de los médicos, en los departamentos de consultas externas de los hospitales y en los domicilios de los pacientes. En algunos países (como Dinamarca, Eslovaquia, España, Italia, Países Bajos, Portugal y Reino Unido) el médico de atención primaria actúa como primer nivel de asistencia, pudiendo remitir a un especialista en los casos en los que esté indicado. En otros países (como por ejemplo en Bélgica) los pacientes pueden dirigirse directamente a los especialistas.

Factores culturales y de la organización del sistema sanitario pueden explicar las variaciones entre países. En este sentido el bajo número de consultas médicas en Finlandia y Suecia podría indicar el hecho de que enfermeros y otros profesionales de la salud juegan un papel importante en la provisión de cuidados en el primer nivel de atención, disminuyendo las necesidades de consultas médicas[82].

[82] OECD Health at a Glance 2014

9.3.2 Vacunaciones

9.3.2.1 Vacunación infantil

La vacunación sistemática de la población infantil en los países de la UE contribuye en gran medida a la disminución de la morbilidad y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles. Las coberturas de vacunación reflejan el porcentaje de niños que reciben la vacunación en el plazo recomendado.

Todos los países han establecido sus programas de vacunación basados en la interpretación que hacen de los riesgos y beneficios de cada vacuna. Existe una potente evidencia de que las vacunas proporcionan una protección segura y eficaz contra enfermedades tales como la difteria, tétanos, tosferina, sarampión, rubeola, hepatitis b y poliomielitis.

La edad de vacunación en niños pequeños difiere entre países debido a los diferentes programas. Para aquellos países que recomiendan la primera dosis de una vacuna en mayores de un año de edad, el indicador se calcula como la proporción de niños de menos de dos años de edad que han recibido la vacuna.

El porcentaje de niños protegidos frente a estas enfermedades puede ser considerado también como un indicador de calidad de los cuidados en este tipo de programas de vacunación infantil.

Tabla 9-20 Porcentaje de coberturas de primovacunación (series básicas), 2013

	Poliomielitis	Difteria-tétanos-tosferina (DTPa)	*Haemophilus influenzae* tipo b (Hib)	Hepatitis B
Alemania	96	96	94	87
Austria	83	83	83	83
Bélgica	99	99	92	98
Chipre	99	99	96	96
Dinamarca	94	94	94	-
Eslovaquia	98	98	98	98
Eslovenia	95	95	95	-
España	96	96	96	95
Estonia	94	94	94	93
Finlandia	98	98	98	-
Francia	99	99	98	74
Grecia	99	99	94	98
Hungría	99	99	99	-
Irlanda	96	96	95	95
Italia	97	97	96	97
Letonia	95	95	95	95
Lituania	93	93	93	93
Luxemburgo	99	99	98	94
Malta	99	99	99	94
Países Bajos	97	97	97	95
Polonia	99	99	99	96
Portugal	98	98	98	98
Reino Unido	96	96	97	-
República Checa	99	99	99	99
Suecia	98	98	98	-
UE-25	97	97	96	94

Observaciones: El valor UE-25 corresponde a la media aritmética de los valores disponibles.

Fuente: WHO Regional Office for Europe. Centralized Information System for Infectious Diseases (CISID).

La vacunación frente a la poliomielitis en los países de la UE ha alcanzado una cobertura alta; Bélgica, Chipre, Francia, Grecia, Hungría, Luxemburgo, Malta Polonia, República Checa presentan cifras del 99%, solo en Dinamarca, Estonia, Lituania y Austria la cobertura es inferior al 94%. En el caso de Austria es del 83%. España presenta una cobertura del 96%.

En el caso de la vacunación frente a la hepatitis B, en los países de la UE se presenta una importante variabilidad en la cobertura de vacunación desde el 74% de Francia y el 83% de Austria hasta el 98% de Bélgica, Eslovaquia Grecia y Portugal con el 99% de República Checa. España tiene una cobertura del 95%.

Tabla 9-21 Porcentaje de coberturas de vacunación de vacunas con componente frente a Sarampión en la UE, 2013

	Primera dosis	Segunda dosis
Alemania	97	92
Austria	76	64
Bélgica	92	93
Chipre	86	88
Dinamarca	89	86
Eslovaquia	98	99
Eslovenia	94	95
España	95	91
Estonia	94	92
Finlandia	97	-
Francia	89	67
Grecia	99	83
Hungría	99	99
Irlanda	93	-
Italia	90	-
Letonia	96	95
Lituania	93	92
Luxemburgo	95	82
Malta	99	88
Países Bajos	96	92
Polonia	98	93
Portugal	98	96
Reino Unido	95	91
Rep. Checa	99	-
Suecia	97	95
UE-25	94	89

Observaciones: El valor UE-25 corresponde a la media aritmética de los valores disponibles.

Fuente: WHO Regional Office for Europe. Centralized Information Sistem for Infectious Diseases (CISID).

La vacunación frente a la difteria, el tétanos y la tosferina (DTP) también alcanza coberturas altas, con un intervalo que va desde el 83% de Austria y hasta el 99% de Bélgica, Chipre, Francia, Grecia, Hungría, Luxemburgo, Malta, Polonia y República Checa. España presenta 96% de cobertura.

La cobertura alcanzada en la vacunación frente al sarampión en los países de la UE es elevada, Grecia, Hungría, Malta y República Checa presentan coberturas en una primeras dosis del 99%. Coberturas inferiores al 90% se encuentran en Dinamarca, Francia, Chipre y Austria especialmente en este último país donde las cifras son del 76%. España con un 95% se sitúa en la parte media de tabla.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que todos los niños reciban su primera dosis de vacuna de la hepatitis B tan pronto como sea posible después del nacimiento, preferiblemente dentro de las primeras horas. La mayoría de los países han seguido las recomendaciones para incorporar la vacuna de la hepatitis B como parte integral de su programa nacional de inmunización.

9.3.2.2 Vacunación frente a la gripe estacional en personas mayores

La cobertura de vacunación frente a la gripe para personas mayores de 65 años en los países de la UE se sitúa entre más del 74% del Reino Unido y los Países Bajos hasta el 1% de Estonia. En España, se alcanza una cobertura del 57%.

La muy baja cobertura alcanzada en Estonia puede ser explicada porque en este país la vacunación de la gripe es recomendada pero no la realiza el sistema público de salud.

Tabla 9-22 Cobertura de vacunación frente a la gripe en personas mayores de 65 años, temporada 2012-2013

	Cobertura (%) mayores 65 años
Alemania	50,0
Croacia	30,0
Dinamarca	46,0
Eslovenia	16,8
España	57,0
Estonia	1,0
Finlandia	34,0
Francia	53,1
Hungría	30,9
Irlanda	56,9
Italia	54,2
Letonia	1,8
Lituania	19,4
Luxemburgo	43,3
Malta	52,0
Países Bajos	74,3
Polonia	7,4
Portugal	45,0
Reino Unido	75,5
Rumanía	14,9
Suecia	44,0
UE-21	38,5

Observaciones: El valor UE-21 corresponde a la media aritmética de los valores disponibles .Malta: vacunación población de 55 y más años; Alemania: vacunación de la población de 60 y más años.

Fuente: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).

9.3.3 Actividad en hospitales

9.3.3.1 Altas en hospitales

En los hospitales de la UE-28 se producen cerca de 89 millones de altas anuales, lo que supone una frecuentación de 175 altas hospitalarias por todas las causas por cada 1.000 habitantes con un rango amplio que va desde las 305 altas por 1.000 habitantes de Bulgaria a las 78 de Chipre.

Tabla 9-23 Número de altas por todas las causas en hospitales y frecuentación por 1.000 habitantes, 2013 y diferencia 2000-2013

	2013	Frecuentación por 1.000 hab.	Diferencia 2000-2013
Alemania	20.342.322	248	-22
Austria	2.251.959	266	-7
Bélgica	1.849.829	166	2
Bulgaria	2.224.520	305	-151
Chipre	67.556	78	7
Croacia	744.188	175	-21
Dinamarca	851.976	152	8
Eslovaquia	1.062.272	196	-3
Eslovenia	373.899	182	-14
España	5.145.001	110	10
Estonia	233.560	177	23
Finlandia	921.730	170	45
Francia	13.496.221	206	17
Grecia	2.219.835	202	-41
Hungría	2.004.096	202	33
Irlanda	649.105	141	7
Italia	7.063.138	118	45
Letonia	377.307	186	35
Lituania	721.631	243	-5
Luxemburgo	76.749	143	39
Malta	63.137	150	-66
Países Bajos	1.935.000	115	-21
Polonia	6.352.351	167	-10
Portugal	1.137.436	108	1
Reino Unido	8.489.127	133	1
República Checa	2.173.216	207	-7
Rumania	4.449.797	222	-10
Suecia	1.567.680	164	-2
UE-28	88.844.638	175	2

Observaciones: Grecia y Países Bajos (2010), Francia (2011), Bélgica, Hungría, Eslovaquia y Suecia (2012). En Malta, Chipre y Países Bajos los datos se refieren a las altas en los hospitales de agudos por lo que la cifra resultante está subestimada. En Austria, Estonia, Finlandia, Grecia, Irlanda, Luxemburgo y España los recién nacidos no están incluidos en el total de altas.
Fuente: Eurostat.

Las cifras más elevadas, por encima de 220 altas por cada 1.000 habitantes, las presentan Bulgaria (305), Austria (266), Alemania (248), Lituania (243) y Rumania (222). En el otro extremo, por debajo de 120 altas por cada 1.000 habitantes se encuentran Chipre (78), Portugal (108), España (110) , Países Bajos (115) e Italia (118).

Aunque la tendencia de la frecuentación hospitalaria en el periodo 2000-2013, en términos globales, ha sido estable, hay grandes diferencias entre países, habiéndose incrementado en los que es baja (Bulgaria, Malta, Grecia), habiendo descendido en los que previamente era alta (Finlandia, Italia), permanecido estable en otros países (Portugal, Reino Unido, Bélgica).

La demanda de hospitalización puede reflejar la influencia de numerosos factores entre ellos el envejecimiento de la población[83] , no hay que olvidar que la disponibilidad de camas también tiene relación, así los países con alta dotación de camas pueden tener alta frecuentación[84].

En los países de la Unión Europea las principales causas de hospitalización son las enfermedades circulatorias, los embarazos, los accidentes y otras causas externas, así como las enfermedades del aparato digestivo, los tumores y las enfermedades del aparato respiratorio.

9.3.3.2 Estancia media

La frecuentación hospitalaria (altas por cada 1.000 habitantes) junto con la estancia media hospitalaria son dos importantes indicadores de la actividad hospitalaria con internamiento.

Tabla 9-24 Estancia media (días) por todas las causas de hospitalización, 2000 y diferencia 2000-2013

	2013	Diferencia 2000-2013
Alemania	9,1	-2,8
Austria	8,1	-1,7
Bélgica	7,9	-0,5
Bulgaria	5,6	-5,9
Chipre	5,7	0,2
Croacia	8,9	-3,0
Dinamarca	4,3	-1,9
Eslovaquia	7,5	-2,9
Eslovenia	6,5	-2,1
España	7,6	-1,4
Estonia	7,5	-1,7
Finlandia	10,8	-1,8
Francia	9,1	-1,6
Grecia	6,6	-1,8
Hungría	9,5	0,6
Irlanda	6,0	-1,4
Italia	7,9	0,2
Letonia	8,3	-3,1
Lituania	7,9	-2,5
Luxemburgo	8,9	0,5
Malta	5,3	0,7
Países Bajos	6,4	-2,6
Polonia	7,0	-1,2
Portugal	8,9	-0,5
Reino Unido	7,1	-3,6
República Checa	9,4	-2,0
Rumania	7,4	-2,0
Suecia	5,8	-1,3
UE-28	7,5	-1,7

Observaciones: Grecia (2010), Francia (2011), Bélgica, Hungría, Eslovaquia y Suecia (2012). Malta, Chipre y Países Bajos los datos se refieren a la estancia media en los hospitales de agudos por lo que la cifra resultante está subestimada. En Austria, Estonia, Finlandia, Grecia, Irlanda, Luxemburgo y España los recién nacidos no están incluidos en el total de altas por lo que la estancia media puede estar ligeramente sobreestimada.

Fuente: Eurostat.

[83] OECD Health at a Glance 2014.

[84] Ver apartado de Recursos Asistenciales.

La estancia media (días) en los hospitales de la UE-28, por todas las causas de hospitalización se sitúa en 7,5 días con un rango que oscila entre los casi 11 días de Finlandia (10,8 días) y los más de 4 de Dinamarca (4,3 días.). Superan los 9 días de estancia media Finlandia (10,8 días), Hungría (9,5 días), República Checa (9,4 días) Alemania y Francia (ambas con 9,1 días).

En el otro extremo con una estancia media inferior a 6 días están Dinamarca (4,3 días) Malta (5,3 días), Bulgaria (5,6 días) Chipre (5,7 días) y Suecia (5,8 días). España (7,6 días) tiene una estancia media similar a la media de la UE-28.

La estancia media hospitalaria (junto a otros indicadores como la tasa de reingresos) es un buen indicador de eficacia. En los países de la UE-28 la estancia media por todas las causas ha disminuido casi 2 días pasando de alrededor de 9 días en el año 2000 a algo más de 7 en el año 2013. En el periodo 2000-2013 la estancia media ha caído en todos los países con las excepciones de Malta, Hungría, Luxemburgo, Italia y Chipre donde ha aumentado aunque solo en Hungría y Luxemburgo las cifras en 2013 están claramente por encima de la media UE-28.

9.3.4 Donación y trasplante de órganos

En el año 2014 la UE-28 alcanzó la cifra de 10.073 donantes fallecidos y se realizaron 31.890 trasplantes en 30.946 pacientes, ello supone una tasa de donantes fallecidos de 19,7 por millón de población, una tasa global de trasplante de 62,5 por millón de población y de 60,6 por millón de población de pacientes trasplantados.

Tabla 9-25 Donación y trasplante, número y tasa por millón de población, 2014

	Número	Tasa p.m.p.
Donantes fallecidos	10.073	19,7
Trasplantes realizados	31.890	62,5
Pacientes trasplantados	30.946	60,6
Trasplante renal	19.670	38,5
Trasplante hepático	7.390	14,5
Trasplante cardíaco	2.146	4,2
Trasplante pulmonar	1.822	3,6
Trasplante de páncreas	818	1,6
Trasplante de intestino	44	0,1

Observaciones: p.m.p. = población por millón de población.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Organización Nacional de Trasplantes. Consejo de Europa.

Por órganos, el trasplante renal es el más numeroso con casi 20.000 trasplantes realizados (tasa de 38,5 p.m.p.), seguido a distancia de los trasplantes hepáticos con más de 7.000 (tasa de 14,5 p.m.p.). El trasplante cardiaco supera los 2.000 (tasa de 4,2 p.m.p), y el pulmonar los 1.800 (tasa de 3,6 p.m.p.). Sobrepasan la cifra de 800 el número de trasplantes de páncreas (tasa de 1,6 p.m.p) y son 44 los trasplantes de intestino (tasa de 0,1 p.m.p.).

En números absolutos cuatro países superan los 1.300 donantes fallecidos liderados por España con casi 1.700 donantes seguida de Francia con algo más de 1.600, Italia con casi 1.400 y Reino Unido con unos 1.300.

Los países con las tasas de donantes fallecidos por millón de población (p.m.p.) más altas, por encima de 30 donantes por millón de población (p.m.p.) son España (35,7 donantes fallecidos p.m.p.) y Croacia (35,1 donantes fallecidos p.m.p.). En el otro extremo con tasas inferiores a 10 donantes por millón de población se encuentran Rumania (6,4 donantes fallecidos p.m.p.), Bulgaria (5,3 donantes fallecidos p.m.p.), Grecia (4,5 donantes fallecidos p.m.p.) y Chipre (4,2 donantes fallecidos p.m.p.).

En cuanto a pacientes trasplantados, superan los 80 pacientes trasplantados p.m.p. Austria, España, Bélgica, Croacia y Suecia. Austria con 92,6 y España con 90,9 pacientes trasplantados

por millón de población se sitúan a la cabeza. En el otro extremo, con menos de 25 pacientes trasplantados p.m.p., se encuentran Rumanía (20,3 p.m.p.), Grecia (15,4 p.m.p) y Bulgaria (11,0 p.m.p.). En Luxemburgo no hay ningún paciente trasplantado en 2014.

Tabla 9-26 Número y tasa por millón de población de donantes fallecidos y pacientes trasplantados, 2014

	Donantes fallecidos		Pacientes trasplantados	
	Número	Tasa p.m.p.	Número	Tasa p.m.p.
Alemania	864	10,4	3.710	44,9
Austria	212	24,9	787	92,6
Bélgica	299	26,9	926	83,4
Bulgaria	38	5,3	79	11,0
Chipre	5	4,2	31	25,8
Croacia	151	35,1	354	82,3
Dinamarca	80	14,3	356	63,6
Eslovaquia	64	11,6	165	30,0
Eslovenia	44	21,0	118	56,2
España	1.682	35,7	4.247	90,2
Estonia	23	17,7	44	33,8
Finlandia	121	22,4	337	62,4
Francia	1.675	25,9	5.141	79,6
Grecia	50	4,5	171	15,4
Hungría	203	20,5	519	52,4
Irlanda	63	13,4	246	52,3
Italia	1.384	22,7	3.252	53,2
Letonia	29	14,5	61	30,5
Lituania	31	10,3	96	32,0
Luxemburgo	4	8,0	0	0,0
Malta	12	30,0	21	52,5
Países Bajos	282	16,8	1.315	78,3
Polonia	594	15,5	1.619	42,4
Portugal	289	27,3	739	69,7
Reino Unido	1.309	20,6	4.561	71,8
República Checa	261	24,4	837	78,2
Rumanía	138	6,4	438	20,3
Suecia	166	17,3	776	80,8
UE-28	10.073	19,7	30.946	60,6

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Organización Nacional de Trasplantes. Consejo de Europa.

Tabla 9-27 Tasa de trasplante por millón de población, según órgano trasplantado, 2014

	Renal	Hepático	Cardíaco	Pulmonar	Páncreas	Intestino
Alemania	25,7	11,4	3,7	4,3	1,5	0,1
Austria	52,5	16,7	8,0	15,8	2,5	
Bélgica	43,3	23,5	7,4	9,3	1,0	0,4
Bulgaria	7,8	2,6	0,6	-	-	-
Chipre	25,8	-	-	-	-	-
Croacia	45,8	29,1	7,9	0,0	1,2	-
Dinamarca	44,5	8,4	5,7	5,2	-	-
Eslovaquia	22,7	4,2	3,1	-	-	-
Eslovenia	26,2	14,8	15,7	-	-	-
España	56,9	22,7	5,6	5,6	1,7	0,1
Estonia	24,6	7,7		4,6	-	-
Finlandia	44,4	10,9	4,8	3,1	2,8	-
Francia	50,0	19,8	6,7	5,3	1,2	0,0
Grecia	11,8	2,5	1,1	-	-	-
Hungría	39,1	7,6	5,9	-	1,4	-
Irlanda	32,3	9,4	3,8	6,6	1,3	-
Italia	30,1	17,6	3,7	2,1	0,7	-
Letonia	29,5	-	1,0	-	-	-
Lituania	24,0	4,0	4,0	0,7	0,7	-
Luxemburgo	-	-	-	-	-	-
Malta	50,0		2,5	-	-	-
Países Bajos	59,8	10,2	3,0	5,4	1,7	-
Polonia	30,1	9,6	2,0	0,5	1,0	-
Portugal	42,3	19,1	4,1	1,8	2,5	-
Reino Unido	50,4	14,8	2,9	3,1	3,8	0,3
República Checa	47,4	15,8	8,1	3,0	3,7	0,2
Rumanía	14,3	5,6	0,2	-	0,6	-
Suecia	45,8	19,0	7,1	6,8	4,0	0,2
UE-28	38,5	14,5	4,2	3,6	1,6	0,1

Observaciones: En Francia en el año 2014 la tasa p.m.p. de trasplante de intestino es 0,0 aunque en números absolutos se han realizado 3 trasplantes de intestino.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Organización Nacional de Trasplantes. Consejo de Europa.

9.3.5 Calidad percibida de la atención sanitaria

El 71% de los ciudadanos de la UE-28 valoran como *buena* la calidad de la atención sanitaria que reciben en su país, algo más de una cuarta parte (27%) piensa que la calidad de la atención sanitaria en su país es *mala* y solo un 2% no tiene opinión o no contesta[85].

Casi todos los encuestados en Bélgica (97%), Austria (96%) y Malta y Finlandia (ambos con 94%) opinan que la calidad de la atención sanitaria en su país es *buena*. En el otro extremo, esta opinión solo la defienden una cuarta de los ciudadanos de Rumanía (25%) y Grecia (26%).

En España el 77% de los encuestados evalúan como *buena* la calidad de la atención sanitaria, 6 puntos por encima de la media de la UE-28, un 22% piensa que es *mala*, 5 puntos por debajo de la media europea y un 1% no tiene opinión o no contesta; en los países UE 28 este porcentaje es también superior en 1 punto.

[85] European Commission. Special Eurobarometer 441.

Tabla 9-28 Calidad percibida de la atención sanitaria, 2013 y diferencia 2013-2009

	Buena (muy bien + bastante bien)		Mala (bastante mal + muy mal)		No sabe / No contesta	
	2013	Diferencia 2013-2009	2013	Diferencia 2013-2009	2013	Diferencia 2013-2009
Alemania	90	4	9	-4	1	0
Austria	96	1	4	-1	0	0
Bélgica	97	0	3	0	0	0
Bulgaria	29	1	68	0	3	-1
Chipre	73	0	26	0	1	0
Croacia	59	-	40	-	1	-
Dinamarca	87	0	12	-1	1	1
Eslovaquia	50	-3	49	3	1	0
Eslovenia	73	4	26	-4	1	0
España	77	-4	22	5	1	-1
Estonia	73	3	25	-3	2	0
Finlandia	94	0	6	0	0	0
Francia	88	-3	11	3	1	0
Grecia	26	1	74	-1	0	0
Hungría	47	19	51	-21	2	2
Irlanda	62	9	35	-8	3	-1
Italia	56	2	42	-2	2	0
Letonia	47	10	50	-12	3	2
Lituania	65	25	33	-25	2	0
Luxemburgo	90	2	9	-1	1	-1
Malta	94	13	6	-11	0	-2
Países Bajos	91	0	9	0	0	0
Polonia	32	2	62	-5	6	3
Portugal	55	13	44	-12	1	-1
Reino Unido	85	-1	14	1	1	0
Rep. Checa	78	0	21	0	1	0
Rumanía	25	0	73	4	2	-4
Suecia	86	-4	13	3	1	1
UE-28	71	1	27	-1	2	0

Observaciones: En 2009 Croacia no formaba parte de la UE.

Fuente: European Commission. Special Eurobarometer 72.2 y 441.

A nivel global hay pocos cambios en 2013 desde la encuesta realizada en 2009[86] en la que el 70% dice que la calidad asistencial en su país es *buena*, y el 28% dijo que era *mala*. Sin embargo a nivel de algunos países ha habido cambios importantes como es el caso de Lituania que ha aumentado la opinión favorable en 25 puntos porcentuales o el de Hungría (19), Portugal o Malta (ambos con 13).

Cuando se pregunta la opinión sobre la calidad asistencial de su país en comparación con otros estados miembros de la UE, algo más de un tercio, el 34% contesta que la calidad de la asistencia sanitaria en su país es *mejor*, el 27% que es *igual* y una cuarta parte (25%) cree que es *peor*.

[86] En los Special Eurobarometer 72.2 (2009) y 441 (2013), de la European Commission se solicitó la opinión de los ciudadanos sobre *¿Cómo evaluaría la calidad general de los cuidados de salud en su país?...muy bien, bastante bien, bastante mal, muy mal, no sabe/no contesta*. http://ec.europa.eu/health/patient_safety/eurobarometers/ebs_411_en.htm

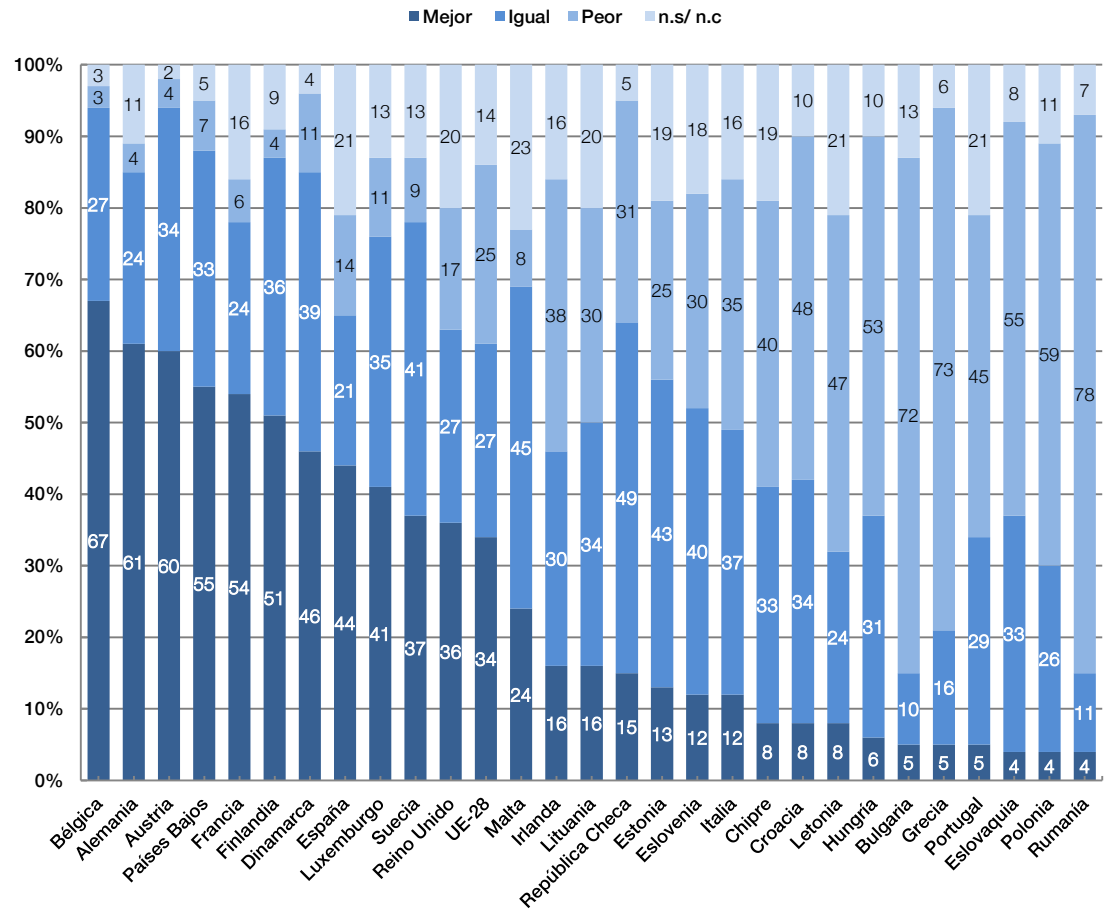
Los mayores niveles de satisfacción[87] por la atención sanitaria recibida en su país se observan en Bélgica y Alemania, donde más del 60% de sus ciudadanos consideran que su sistema sanitario es mejor que el del resto de los estados miembros; también lo piensan algo más de la mitad de los encuestados en los Países Bajos (55%), Francia (54%) y Finlandia (51%).

Los encuestados en la República Checa (49%), Malta (45%) y Estonia (43%) son los más propensos a decir que la calidad de la asistencia sanitaria en su país es similar a la de otro Estado miembro. Sólo el 10% de los encuestados en Bulgaria y el 11% piensan en Rumania de la misma manera.

Por el contrario más de siete de cada diez encuestados en Rumanía (78%), Grecia (73%) y Bulgaria (72%) opinan que la calidad de la asistencia sanitaria en su país es "peor" que la de otros Estados miembros. Los encuestados en estos tres países son también los más propensos a decir que la calidad general de la atención sanitaria en su país es baja.

España con 44% se sitúa 10 puntos por encima de la media UE en cuanto a tener una buena valoración de la calidad asistencial, aunque es de destacar el alto porcentaje de población (21%) que no tiene opinión sobre el asunto investigado.

Gráfico 9-16 Calidad percibida de la atención sanitaria del país de origen en relación con la de otros países miembros de UE-28, 2013



Observaciones: Países ordenados de mayor a menor según la categoría *mejor.*

Fuente: European Commission. Special Eurobarometer 441.

[87] En los Special Eurobarometer 72.2 (2009) y 441 (2013), de la European Commission, se solicitó la opinión de los ciudadanos sobre *En base a lo que usted conoce, piensa que la calidad de los cuidados de salud en su país comparado con otro Estado Miembro de la UE es mejor, igual, peor, no sabe/no contesta.* http://ec.europa.eu/health/patient_safety/eurobarometers/ebs_411_en.htm

9.3.6 Necesidades insatisfechas de atención médica

El acceso a la atención médica puede ser obstaculizado por una serie de razones relacionadas con el funcionamiento del propio sistema de atención sanitaria (coste de una visita o tratamiento médico, la distancia al establecimiento de salud más cercano, o las listas de espera) o por razones personales (miedo a no ser entendidos por el médico o no tener tiempo para buscar atención).

Las necesidades de salud insatisfechas pueden llevar a un peor estado de salud y aumentar las desigualdades en salud.

El 3,6% de la población de la UE-28, afirma tener necesidades de atención médica insatisfechas debido a alguna de estas causas: los costes, la lejanía para viajar o la falta de medios de transporte y las listas de espera.

Tabla 9-29 Tendencia en el porcentaje de necesidades de atención médica insatisfechas por: demasiado cara, o demasiado lejos para viajar / sin medio de transporte o por las listas de espera, en población de 16 y más años, 2009 - 2013

	2009	2010	2011	2012	2013
Alemania	2,1	1,8	1,7	1,6	1,6
Austria	0,5	0,6	0,4	0,3	0,4
Bélgica	0,6	0,4	1,5	1,7	1,9
Bulgaria	10,3	10,5	9,8	8,2	8,9
Chipre	3,4	4,1	4,4	3,5	4,4
Croacia	-	6,3	5,1	3,5	3,3
Dinamarca	1,5	1,1	0,9	1,2	1,3
Eslovaquia	1,7	1,7	2,2	2,2	1,9
Eslovenia	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0
España	0,5	0,3	0,6	0,7	0,8
Estonia	4,3	4,8	7,3	8,3	8,4
Finlandia	3,7	3,9	4,4	4,6	4,3
Francia	1,9	1,9	2,3	2,2	2,7
Grecia	5,5	5,5	7,5	8,0	9,0
Hungría	2,1	1,7	2,6	2,8	2,4
Irlanda	2,0	2,1	2,2	3,4	3,3
Italia	5,3	5,0	5,9	5,6	7,1
Letonia	9,9	15,1	16,1	12,4	13,8
Lituania	3,1	2,6	2,8	2,3	3,2
Luxemburgo	0,6	0,6	0,6	0,7	0,9
Malta	1,4	1,6	1,1	1,2	0,9
Países Bajos	0,3	0,4	0,4	0,5	0,4
Polonia	7,6	8,3	7,9	9,0	8,8
Portugal	3,3	2,0	1,4	3,3	3,0
Reino Unido	1,2	1,0	1,2	1,4	1,6
República Checa	0,6	1,0	1,1	1,0	1,0
Rumania	8,5	10,8	11,9	10,7	10,4
Suecia	2,0	1,8	1,4	1,4	1,9
UE-28	3,0	3,1	3,4	3,4	3,6

Observaciones: Los datos de 2010 y 2011 de Croacia y los de 2011, 2012 y 2013 de República Checa deben ser tomados con cautela. En 2011 ruptura de serie en los datos de Bélgica.

Fuente: Eurostat. Statistics on income and Living Conditions (SILC).

Los ciudadanos de los países con una mayor proporción de necesidades insatisfechas son Letonia (13,8%), Rumania (10,4%), Grecia (9,0%), Bulgaria (8,9%) Polonia (8,8%) y Estonia (8,4%), mientras que menos del 1% de la población en Austria y los Países Bajos, ambos con un 0,4%, España con 0,8% y Luxemburgo y Malta con un 0,9% manifiestan necesidades insatisfechas. Eslovenia declara no tener ninguna necesidad insatisfecha para los tres supuestos contemplados.

9.4 Consumo de medicamentos

9.4.1 Medicamentos genéricos

El consumo en envases de medicamentos genéricos sobre el total de envases facturados en los países de la Unión Europea supera el 40%; las cifras más altas corresponden a Reino Unido y Alemania, que alcanzan un 80,5% y 78,2% respectivamente. Con cifras algo más bajas, aunque por encima del 65%, se sitúan Dinamarca y Eslovaquia (73% y 68,9%). Austria alcanza un 48,5% en 201. Portugal con una evolución muy similar a España, aunque se sitúa 4 puntos por debajo de España (39,7% y 35,3%). Bélgica, Francia, Irlanda, Suiza e Italia tienen cifras entre el 20% y 30%. El país con menor peso de consumo en envases de genéricos es Luxemburgo (7,8%).

Tabla 9-30 Consumo de medicamentos genéricos. Porcentaje de envases sobre total de envases dispensados, 2008 - 2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Alemania	70,8	72,4	73,7	76,3	78,2	-
Austria	42,1	43,0	46,1	46,9	48,5	-
Bélgica	23,3	24,7	26,5	27,8	29,9	-
Dinamarca	55,5	63,5	70,7	72,2	73,0	-
Eslovaquia	69,2	68,2	68,0	68,1	68,9	69,6
España	21,8	23,8	27,4	34,2	39,7	46,5
Francia	20,3	22,9	24,6	23,7	26,8	30,8
Grecia	-	-	-	-	17,9	19,1
Irlanda	16,7	16,8	17,9	17,7	23,2	-
Italia	10,7	11,6	13,9	16,2	19,5	20,2
Luxemburgo	7,8	9,0	8,4	8,1	7,8	7,7
Portugal	16,9	20,1	26,0	30,3	35,3	39,0
Reino Unido	71,5	72,5	73,6	75,0	80,5	-
UE-13	35,6	37,4	39,7	41,4	42,2	

Observaciones: El valor UE para el periodo 2008-2011 corresponde a la media aritmética de doce países. Para el año 2012 la media UE corresponde a trece países al incluir a Grecia. Para el año 2013 no se ha calculado el valor medio por disponer solo de datos de siete países.

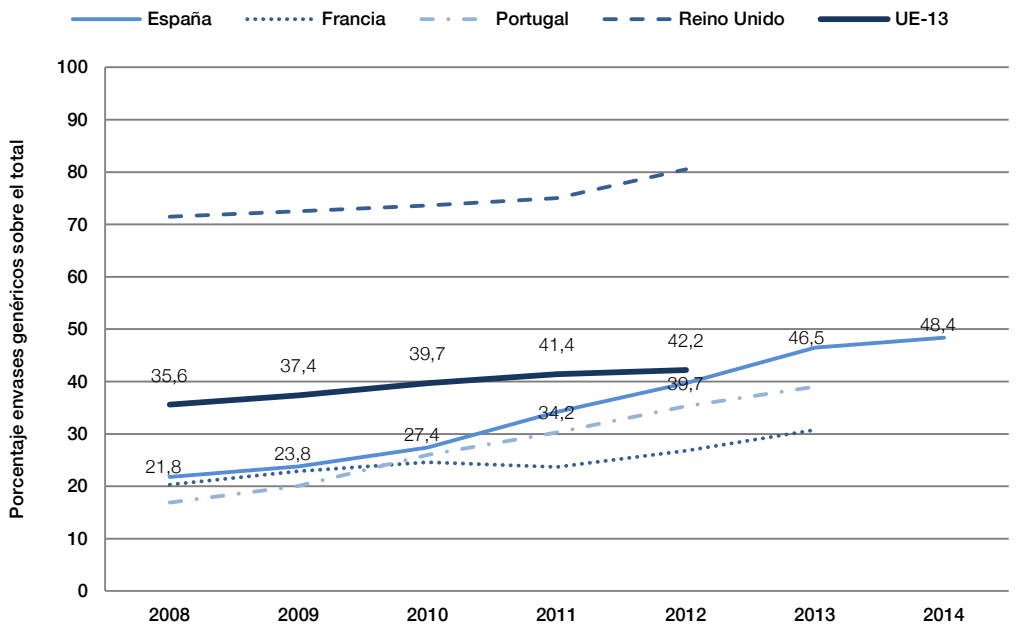
Fuente: OECD Health Statistics.

Las cifras de la media de consumo de envases de genéricos sobre el total de medicamentos en los países de la UE han evolucionado desde un 35,6% en 2008 a un 42,2% en 2012, una diferencia de 6,6 puntos en los 5 años. Esta tendencia incremental se ve confirmada en los países con los datos disponibles en 2013.

En España el ascenso se incrementa en el consumo de genéricos ha sido muy considerable, ya que el porcentaje se incrementó en casi 18 puntos entre el consumo de 2008 (21,8%) y el de 2012 (39,7%). Comparando los datos de España y la media de los países de la UE, España consigue alcanzar en 2012 una cifra de consumo muy similar a la de la media europea, con una

diferencia entre ambas de 2,5 puntos, siendo previsible que con las cifras de consumo de genéricos ya conseguidas en España en 2013 (46,5%) y 2014 (48,4%) se supere a la media de la UE.

Gráfico 9-17 Tendencias en el consumo de medicamentos genéricos, porcentaje de envases consumidos sobre el total de envases UE-13, 2008-2014



Observaciones: El valor UE para el periodo 2008-2011 corresponde a la media aritmética de doce países. Para el año 2012 la media UE corresponde a trece países al incluir a Grecia.

Fuente: OECD Health Statistics. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara.

En importe, la evolución desde 2008 de los datos de consumo de genéricos muestran que Austria y Eslovaquia son los países con los porcentajes más elevados de consumo en importe de genéricos (41,0% y 40,2% respectivamente), Alemania y Reino Unido muestran cifras de consumo entre el 36,7% y 31,9%, Dinamarca alcanza el 25,5% de su cuota de mercado en importe. Portugal, España, Grecia, Suiza y Francia, han tenido una evolución muy similar, situándose en porcentajes entre el 16,0% y 21,0%. Con cifras más bajas, entre el 10,0% y el 13,0%, se posicionaron Bélgica, Irlanda e Italia. Luxemburgo tan solo alcanza una cuota de consumo de genéricos en importe del 3,6%.

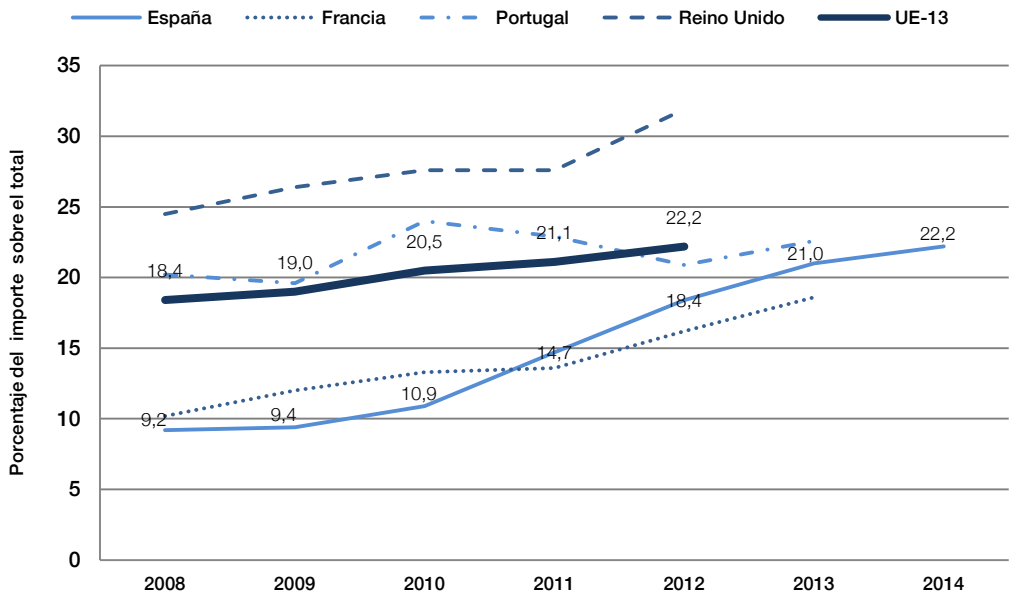
Tabla 9-31 Consumo de medicamentos genéricos. Porcentaje del importe sobre el importe total de medicamentos dispensados UE-13, 2008 - 2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Alemania	36,8	35,9	34,7	35,3	36,7	-
Austria	36,1	37,1	40,2	40,8	41,0	-
Bélgica	10,2	11,4	12,1	12,4	13,3	-
Dinamarca	17,5	19,7	24,0	24,3	25,5	-
Eslovaquia	38,9	39,4	39,9	40,6	40,2	37,8
España	9,2	9,4	10,9	14,7	18,4	21,0
Francia	10,2	12,0	13,3	13,6	16,2	18,6
Grecia	-	-	-	-	17,7	19,7
Irlanda	7,3	7,4	8,1	8,9	12,6	-
Italia	6,2	6,0	7,2	8,4	10,4	12,2
Luxemburgo	3,2	3,7	3,5	3,3	3,6	3,9
Portugal	20,2	19,6	24,0	22,9	20,9	22,6
Reino Unido	24,5	26,4	27,6	27,6	31,9	-
UE-13	18,4	19,0	20,5	21,1	22,2	-

Observaciones: El valor UE para el periodo 2008-2011 corresponde a la media aritmética de doce países. Para el año 2012 la media UE corresponde a trece países al incluir a Grecia. Para el año 2013 no se ha calculado el valor medio por disponer solo de datos de siete países.

Fuente: OECD Health Statistics.

Gráfico 9-18 Tendencia en el consumo de medicamentos genéricos, porcentaje del importe sobre el importe del total de medicamentos UE-13, 2008 - 2014



Observaciones: El valor UE para el periodo 2008-2011 corresponde a la media aritmética de doce países. Para el año 2012 la media UE corresponde a trece países al incluir a Grecia.

Fuente: OECD Health Statistics. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara.

Desde el punto de vista del importe, el porcentaje sobre el total del consumo de genéricos en los países de la UE, es del 22,2%. En España el incremento en el consumo de genéricos ha sido muy significativo, duplicándose al pasar de un 9,2% en 2008 a un 18,4% en 2012. España ha conseguido en estos 5 años disminuir la diferencia con la media de consumo del resto de países europeos, ya que la diferencia de 9 en 2008 pasa a ser de 3,8 en 2012. Con los datos disponibles para 2013 (21,0%) y 2014 (22,2%), se prevé un mayor acercamiento a las cifras UE.

9.4.2 Medicamentos con elevado consumo

En los países de la UE se viene observando en los últimos años un crecimiento del consumo de fármacos[88] en el que puede estar influyendo la estructura envejecida de la población europea, y la prevalencia de enfermedades crónicas. Otras causas pueden ser los hábitos de vida, los diferentes sistemas sanitarios que pueden facilitar el acceso al diagnóstico precoz y tratamiento, sin olvidar la variabilidad de la prevalencia de distintas patologías en función de factores ambientales y sanitarios.

Este apartado del informe va a repasar el consumo de cinco grupos de medicamentos: medicamentos antihipertensivos, medicamentos hipolipemiantes, medicamentos antidiabéticos, medicamentos antiulcerosos y medicamentos antidepresivos. Para ello hay que referirse a los últimos datos comparables disponibles que datan de 2012.

9.4.2.1 Medicamentos antihipertensivos

La hipertensión es un importante problema de salud pública. El consumo medio de medicamentos antihipertensivos (AHT)[89] en los países europeos se estima en 362,8 Dosis Diarias Definidas (DDD) por 1.000 Habitantes y Día (DHD).

Los consumos más altos, por encima de 500 DHD, se encuentran en Alemania (566,7 DHD) y Hungría (534,3 DHD). Los consumos más bajos, inferiores a 250 DHD, se dan en Luxemburgo (224,8 DHD) y Austria (191,1DHD). España con 269,7 DHD, presenta una cifra 93,1 puntos inferior a la UE-17.

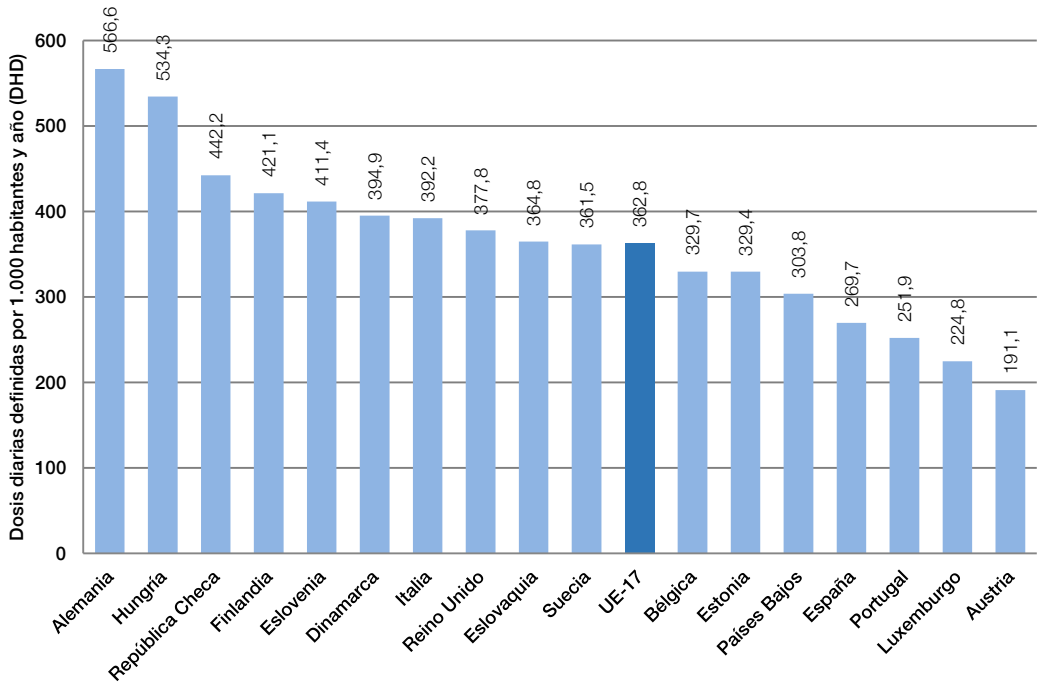
La tendencia en el consumo en la UE en el periodo 2008-2012 es ascendente, esta tendencia se confirma en 2013 en los países de los que se dispone de datos.

España también presenta un incremento en esos años, que se ratifica con datos de 2013 y 2014: en 2008 la cifra era de 255,4 DHD pasando a 269,2 DHD en 2013 y 275,6 DHD en 2014.

[88] Crecimiento en cantidad de fármacos consumidos, no en términos de gasto farmacéutico que en la mayoría de los países europeos ha sido de signo contrario, llegando incluso a ser negativo el crecimiento del gasto.

[89] Los datos de consumo de medicamentos antihipertensivos se refieren a la suma de los cinco subgrupos de la clasificación ATC que pueden ser prescritos contra la hipertensión: Antihipertensivos (C02), Diuréticos (C03), Agentes beta-bloqueantes (C07), Bloqueantes de canales de calcio (C08) y Agentes que actúan sobre el sistema renina-angiotensina (C09).

Gráfico 9-19 Consumo de medicamentos antihipertensivos en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día en UE-17, 2012



Observaciones: Países ordenados de mayor a menor consumo de antihipertensivos en DHD por 1.000 habitantes y día.

Fuente: OECD Health Statistics.

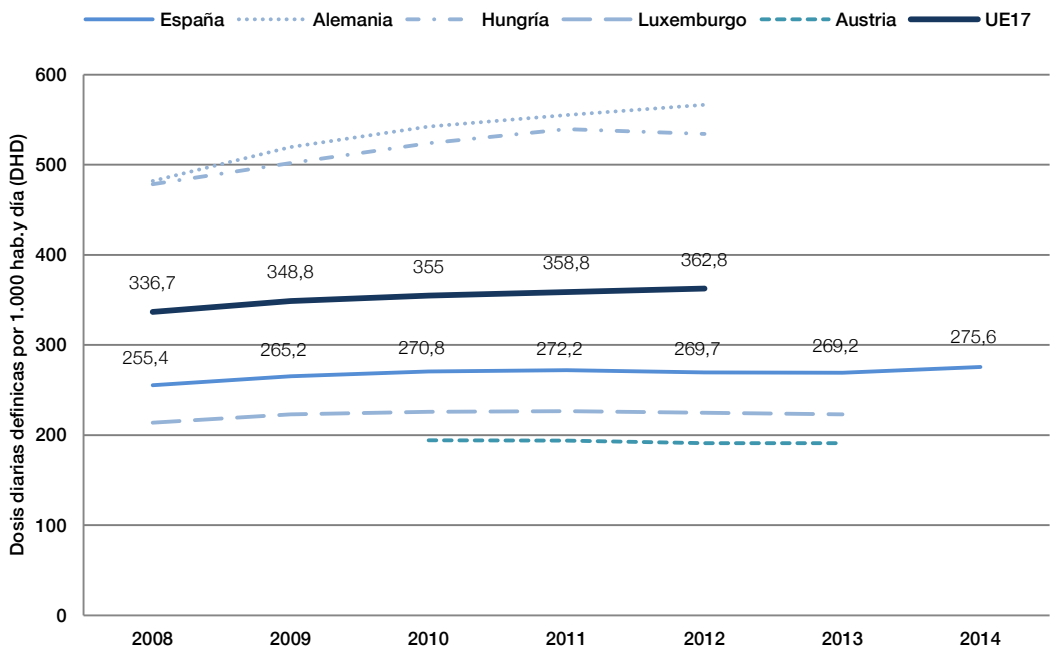
Tabla 9-32 Tendencia del consumo de medicamentos antihipertensivos en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día en la UE-17, 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Alemania	482,0	519,8	542,5	555,2	566,6	-
Austria	-	-	194,4	194,0	191,1	191,1
Bélgica	314,2	326,8	331,8	330,8	329,7	-
Dinamarca	356,2	371,1	386,3	389,0	394,9	-
Eslovaquia	340,0	359,5	370,7	378,2	364,8	409,7
Eslovenia	387,4	400,5	399,2	415,9	411,4	-
España	255,4	265,2	270,8	272,2	269,7	269,2
Estonia	279,1	266,7	286,6	288,1	329,4	-
Finlandia	380,3	395,2	408,7	413,4	421,1	-
Francia	262,2	265,7	-	-	-	-
Hungría	478,5	501,8	524,0	539,5	534,3	-
Italia	357,5	363,1	377,3	386,1	392,2	398,6
Luxemburgo	213,8	223,2	225,8	226,5	224,8	223,2
Países Bajos	283,4	286,5	292,2	298,2	303,8	-
Portugal	259,6	260,9	258,8	244,2	251,9	254,9
Reino Unido	355,9	365,2	373,3	373,7	377,8	-
República Checa	382,6	411,3	440,7	438,0	442,2	-
Suecia	335,5	347,5	352,7	357,4	361,5	368,4
UE-17	336,7	348,8	355,0	358,8	362,8	-

Observaciones: El valor UE corresponde a la media aritmética de los datos de los países UE disponibles en cada año: 2008 y 2009 no incluye a Austria, 2010-2012 no incluye a Francia. Para el año 2013 no se ha calculado el valor medio por disponer solo de datos de siete países.

Fuente: OECD Health Statistics. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara.

Gráfico 9-20 Tendencia en el consumo de medicamentos antihipertensivos en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día en la UE-17, 2008-2014



Observaciones: El valor UE corresponde a la media aritmética de los datos de los países UE disponibles en cada año: 2008 y 2009 no incluye a Austria, 2010-2012 no incluye a Francia.

Fuente: OECD Health Statistics. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara.

9.4.2.2 Medicamentos hipolipemiantes

Los hipolipemiantes son un grupo de fármacos que por diferentes mecanismos mejoran el perfil lipídico de los pacientes disminuyendo el riesgo de sufrir un incidente cardiovascular tanto en prevención secundaria como en prevención primaria[90].

La media europea de consumo de fármacos hipolipemiantes[91] es de 97,7 DDD por 1.000 habitantes y día (DHD). Los consumos más altos, por encima de 130 DHD, se registran en Eslovaquia (130,5 DHD) y Reino Unido (134,2 DHD).

Los consumos más bajos, inferiores a 70 DHD, se reportan en Austria (65,6 DHD) y Estonia (41,0 DHD). España con 93,1 DHD, presenta una cifra 4 puntos inferior a la media europea.

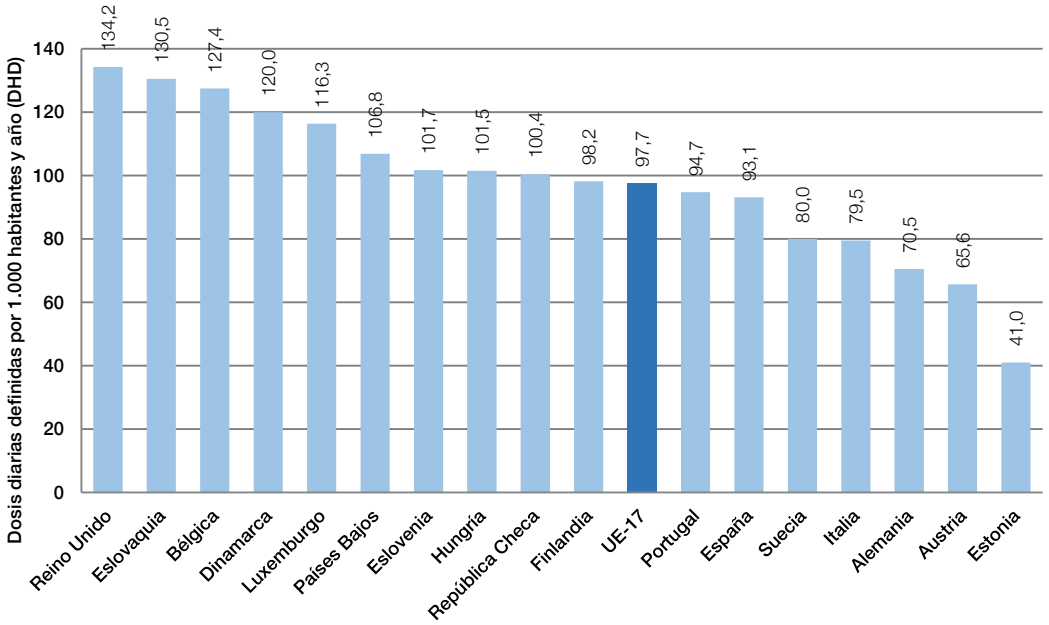
En la UE la tendencia en el consumo de hipolipemiantes en el periodo 2008 – 2012 fue ascendente, esta tendencia ascendente se confirma en 2013 en los países de los que se dispone de datos.

España también presenta un incremento en esos años, que se ratifica con datos de 2013 y 2014: en 2008 la cifra ha sido de 66,7 DHD pasando en 2012 a 93,1 DHD, en 2013 a 96,2 DHD y 100,9 DHD en 2014. La diferencia entre 2008 y 2014 es de 34 puntos.

[90] Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Informe de utilización de medicamentos. Utilización de medicamentos hipolipemientes en España durante el periodo 2000-2012.Fecha de publicación 27 de enero de 2014.

[91] Los datos de consumo de fármacos antilipemiantes se refiere a los medicamentos incluidos en el grupo C10 de la clasificación ATC, agentes modificadores de los lípidos.

Gráfico 9-21 Consumo de medicamentos hipolipemiantes en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día en la UE-17, 2012



Observaciones: Países ordenados de mayor a menor consumo de hipolipemiantes en DHD por 1.000 habitantes y día.

Fuente: OECD Health Statistics.

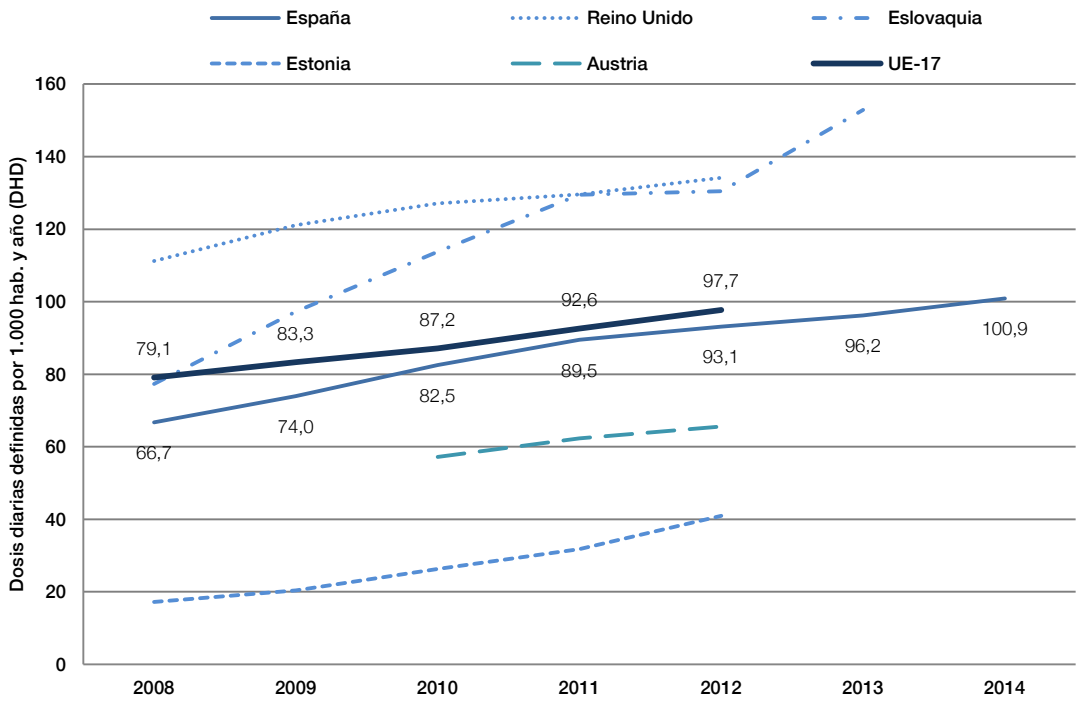
Tabla 9-33 Tendencia del consumo de medicamentos hipolipemiantes en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día en la UE-17, 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Alemania	56,8	62,3	65,0	67,7	70,5	-
Austria	-	-	57,2	62,3	65,6	-
Bélgica	101,0	109,8	116,9	121,5	127,4	-
Dinamarca	91,3	99,4	108,4	114,7	120,0	-
Eslovaquia	77,3	97,3	113,8	129,5	130,5	152,9
Eslovenia	65,0	74,1	80,5	93,1	101,7	..
España	66,7	74,0	82,5	89,5	93,1	96,2
Estonia	17,2	20,4	26,3	31,8	41,0	-
Finlandia	83,0	91,2	98,6	95,4	98,2	-
Francia	88,7	91,7	-	-	-	-
Hungría	125,8	98,1	90,5	98,0	101,5	-
Italia	81,7	59,2	65,7	72,1	79,5	82,4
Luxemburgo	85,2	94,0	103,1	111,7	116,3	116,7
Países Bajos	82,9	88,3	94,6	100,3	106,8	-
Portugal	79,0	87,7	89,3	87,5	94,7	97,0
Reino Unido	111,2	121,1	127,1	129,6	134,2	-
República Checa	67,0	76,4	86,6	92,0	100,4	-
Suecia	64,6	71,5	75,6	77,1	80,0	85,9
UE-17	79,1	83,3	87,2	92,6	97,7	-

Observaciones: El valor UE corresponde a la media aritmética de los datos de los países UE disponibles en cada año: 2008 y 2009 no incluye a Austria, 2010-2012 no incluye a Francia. Para el año 2013 no se ha calculado el valor medio por disponer solo de datos de siete países.

Fuente: OECD Health Statistics. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara.

Gráfico 9-22 Tendencia en el consumo de medicamentos hipolipemiantes en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día en la UE-17, 2008-2014



Observaciones: El valor UE corresponde a la media aritmética de los datos de los países UE disponibles en cada año: 2008 y 2009 no incluye a Austria, 2010-2012 no incluye a Francia. Para el año 2013 no se ha calculado el valor medio por disponer solo de datos de siete países.

Fuente: OECD Health Statistics. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara.

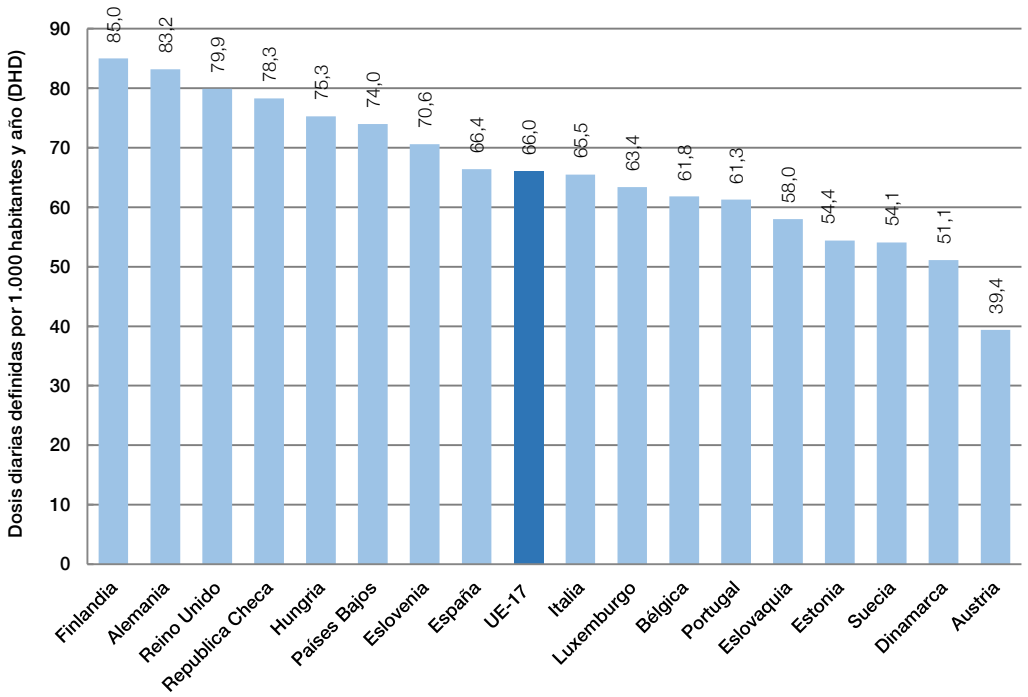
9.4.2.3 Medicamentos antidiabéticos

En la actualidad no existe un tratamiento curativo para la diabetes mellitus, el abordaje farmacológico normalmente suele incluir tratamiento con hipoglucemiantes orales o insulinas inyectables.

La media europea de consumo de medicamentos antidiabéticos[92] es de 66,0 DDD por 1.000 habitantes y día (DHD). Los consumos más altos, superando las 80 DHD, se encuentra en Finlandia (85,0 DHD) y Alemania (83,2 DHD). El consumo más bajo, inferior a 40 DHD, se observa en Austria (39,4 DHD).

[92] Los datos de consumo corresponden a los medicamentos incluidos en el grupo de la clasificación ATC A10, fármacos usados en diabetes (hipoglucemiantes orales e insulinas).

Gráfico 9-23 Consumo de medicamentos antidiabéticos en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día en la UE-17, 2012



Observaciones: Países ordenados de mayor a menor consumo de antidiabéticos en DHD por 1.000 habitantes y día.

Fuente: OECD Health Statistics.

Tabla 9-34 Tendencia del consumo de medicamentos antidiabéticos en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día en la UE-17, 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Alemania	76,3	79,4	81,4	82,6	83,2	-
Austria	-	-	38,4	37,7	39,4	-
Bélgica	52,4	55,0	58,0	59,7	61,8	-
Dinamarca	43,2	45,1	47,6	49,4	51,1	-
Eslovaquia	48,6	50,0	57,8	61,3	58,0	65,6
Eslovenia	51,2	54,3	55,5	61,0	70,6	-
España	60,4	62,0	55,8	56,0	66,4	66,6
Estonia	40,2	41,2	45,2	47,1	54,4	-
Finlandia	77,5	79,9	83,3	84,2	85,0	-
Francia	62,8	65,7	-	-	-	-
Hungría	53,0	62,4	70,7	74,5	75,3	-
Italia	51,4	53,7	55,0	55,9	65,5	66,6
Luxemburgo	60,6	63,6	63,8	64,0	63,4	64,2
Países Bajos	70,8	70,5	72,3	72,9	74,0	-
Portugal	69,0	67,3	62,5	58,6	61,3	63,1
Reino Unido	67,0	70,5	74,9	77,8	79,9	-
República Checa	62,8	68,4	73,7	76,3	78,3	-
Suecia	49,5	50,9	51,9	53,0	54,1	55,8
UE-17	58,6	61,2	61,6	63,1	66,0	-

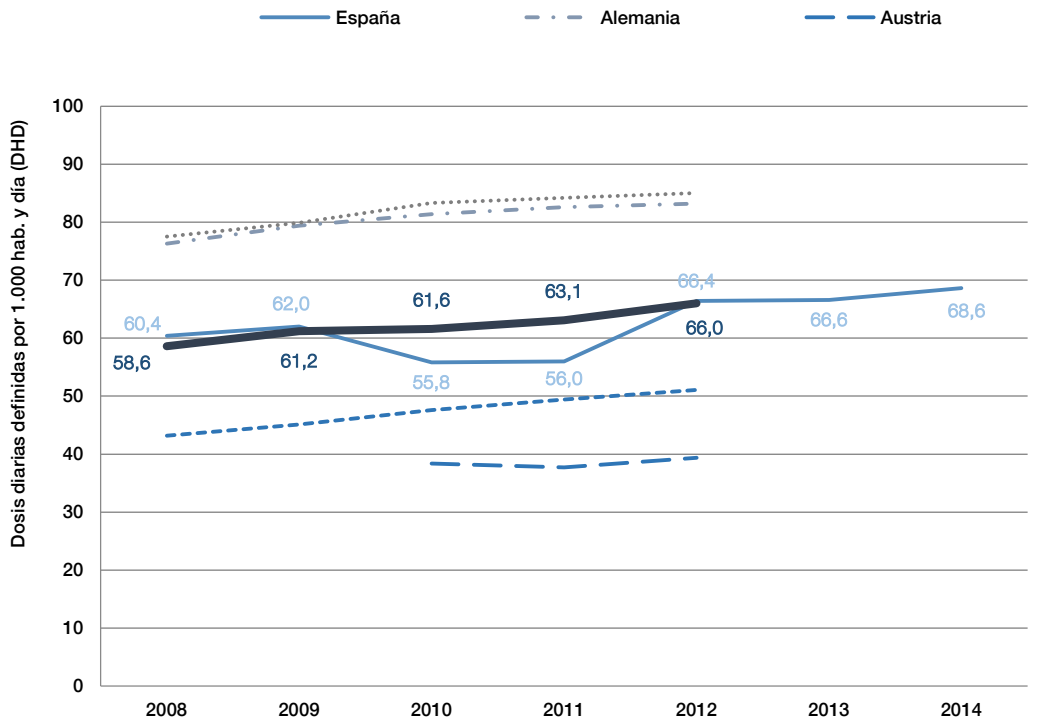
Observaciones: El valor UE corresponde a la media aritmética de los datos de los países UE disponibles en cada año: 2008 y 2009 no incluye a Austria, 2010-2012 no incluye a Francia. Para el año 2013 no se ha calculado el valor medio por disponer solo de datos de siete países.

Fuente: OECD Health Statistics. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara.

España tiene un consumo de medicamentos antidiabéticos de 66,4 DHD similar a la media europea.

En la UE la tendencia en el consumo de antidiabéticos en el periodo 2008-2012 es ligeramente ascendente, esta tendencia se confirma en 2013 en los países de los que se dispone de datos.

Gráfico 9-24 Tendencia en el consumo de medicamentos antidiabéticos en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día en la UE-17, 208-2014



Observaciones: El valor UE corresponde a la media aritmética de los datos de los países UE disponibles en cada año: 2008 y 2009 no incluye a Austria, 2010-2012 no incluye a Francia. Para el año 2013 no se ha calculado el valor medio por disponer solo de datos de siete países.

Fuente: OECD Health Statistics, 2008-2013. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara.

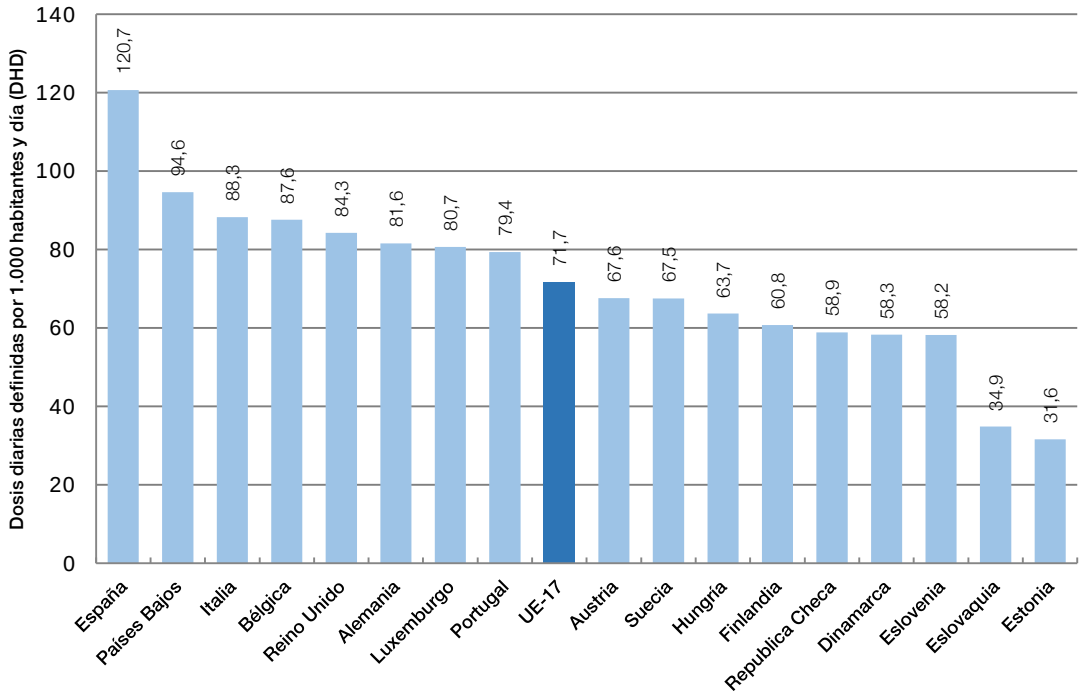
España también presenta un incremento ascendente en los años 2008-2012, que se ratifica con datos de 2013 y 2014; en 2008 la cifra era de 60,4 DHD, pasando en 2012 a 66,4 DHD, en 2013 a 66,7 y en 2014 a 68,6. La diferencia entre 2008 y 2014 es de 8,2 puntos. Los posibles motivos del incremento del consumo podrían ser: el aumento de la prevalencia de diabetes en la población española, el acrecentamiento de los factores de riesgo (obesidad y sedentarismo) el envejecimiento de la población (aumento de la esperanza de vida) y el mayor número de pacientes en fases avanzadas de la enfermedad[93].

[93] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Informe de Utilización de Medicamentos. Utilización de medicamentos antidiabéticos en España durante el periodo 2000-2014.Fecha de publicación 3 de septiembre de 2015.

9.4.2.4 Medicamentos antiulcerosos

La media europea de consumo de medicamentos antiulcerosos[94] es de 71,7 dosis diarias definidas (DDD) por 1.000 habitantes y día (DHD). El consumo más alto, superando las 120 DHD, se encuentra en España (120,7 DHD) sacando más de 6 puntos a los Países Bajos (94,6 DHD) que se sitúa en segunda posición. El consumo más bajo se registra en Estonia (31,6 DHD) y Eslovaquia (34,9 DHD).

Gráfico 9-25 Consumo de medicamentos antiulcerosos en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día en la UE-17, 2012



Observaciones: Países ordenados de mayor a menor consumo de antiulcerosos en DHD por 1.000 habitantes y día. Fuente: OECD Health Statistics.

En la UE la tendencia en el consumo de antiulcerosos en el periodo 2008-2012 es ascendente, esta tendencia se confirma en 2013 en los países de los que se dispone de datos.

[94] Los datos de consumo corresponden al consumo de los medicamentos incluidos en el subgrupo A02B de la clasificación ATC, agentes contra la úlcera péptica y el reflujo gastroesofágico (RGE/GORD).

Tabla 9-35 Tendencia del consumo de medicamentos antiulcerosos en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día, UE-17, 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Alemania	61,4	66,3	69,5	75,7	81,6	-
Austria	-	-	63,7	66,1	67,6	-
Bélgica	67,3	75,3	79,7	83,8	87,6	-
Dinamarca	42,2	46,5	51,7	55,1	58,3	-
Eslovaquia	26,7	30,4	32,7	35,8	34,9	40,6
Eslovenia	48,1	49,7	49,6	57,4	58,2	-
España	100,8	109,6	116,5	120,6	120,7	121,8
Estonia	22,3	21,9	23,7	26,3	31,6	-
Finlandia	44,4	48,1	52,5	57,1	60,8	-
Francia	62,0	66,4	-	-	-	-
Hungría	54,8	57,2	61,0	65,1	63,7	-
Italia	57,0	63,2	71,3	79,6	88,3	93,9
Luxemburgo	65,8	70,0	72,7	77,3	80,7	83,1
Países Bajos	71,3	78,3	88,3	99,5	94,6	-
Portugal	68,7	76,4	73,0	73,5	79,4	83,4
Reino Unido	58,8	65,2	71,4	77,1	84,3	-
República Checa	41,0	46,4	51,1	55,2	58,9	-
Suecia	51,7	55,9	59,5	63,5	67,5	70,5
UE-17	55,5	60,4	64,0	68,7	71,7	-

Observaciones: El valor UE corresponde a la media aritmética de los datos de los países UE disponibles en cada año: 2008 y 2009 no incluye a Austria, 2010-2012 no incluye a Francia. Para el año 2013 no se ha calculado el valor medio por disponer solo de datos de siete países.

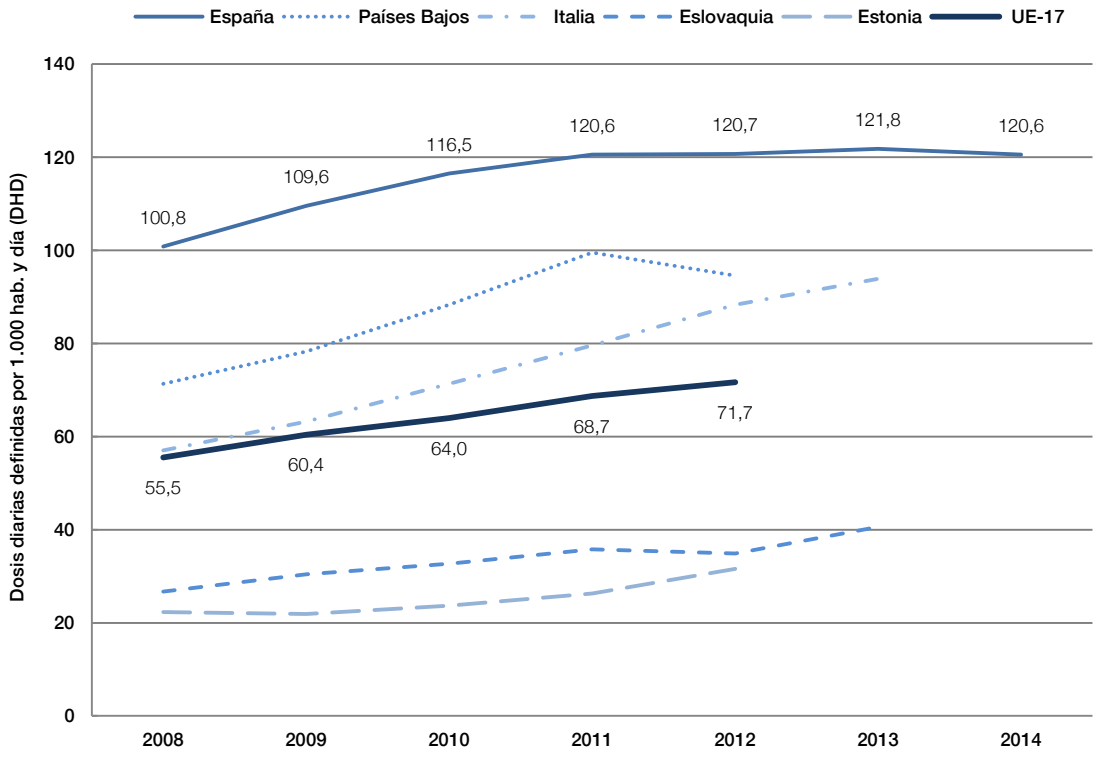
Fuente: OECD Health Statistics. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara.

España con 49 puntos en 2012 por encima de la media europea de consumo de medicamentos antiulcerosos, (120,7 DHD frente a 71,7 DHD) ha estabilizado su consumo desde el año 2011, con cifras en el año 2014 de 120,6 DHD similares a las de 2012.

El uso tan elevado en España de este tipo de medicamentos puede deberse a su manejo, especialmente en pacientes mayores polimedicados, como protector de la mucosa gástrica, por disminuir los efectos adversos gástricos de muchos fármacos y obtener un mejor cumplimiento de los tratamientos, como es el caso de los tratamientos crónicos con antinflamatorios no esteroideos (AINEs) para patologías óseas y musculares que cursan con inflamación y dolor. Este uso preventivo en los tratamientos continuados con un AINE está recogido como indicación autorizada en algunos de los antiulcerosos y está aconsejado en las guías farmacoterapéuticas[95].

[95] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Informe de Utilización de Medicamentos. Utilización de Medicamentos anitulcerosos en España durante el periodo 2000-2012. Fecha de publicación 27 de enero de 2014.

Gráfico 9-26 Tendencia en el consumo de medicamentos antiulcerosos en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día, UE-17, 2008-2014



Observaciones: El valor UE corresponde a la media aritmética de los datos de los países UE disponibles en cada año: 2008 y 2009 no incluye a Austria, 2010-2012 no incluye a Francia. Para el año 2013 no se ha calculado el valor medio por disponer solo de datos de siete países.

Fuente: OECD Health Statistics. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara.

9.4.2.5 Medicamentos antidepresivos

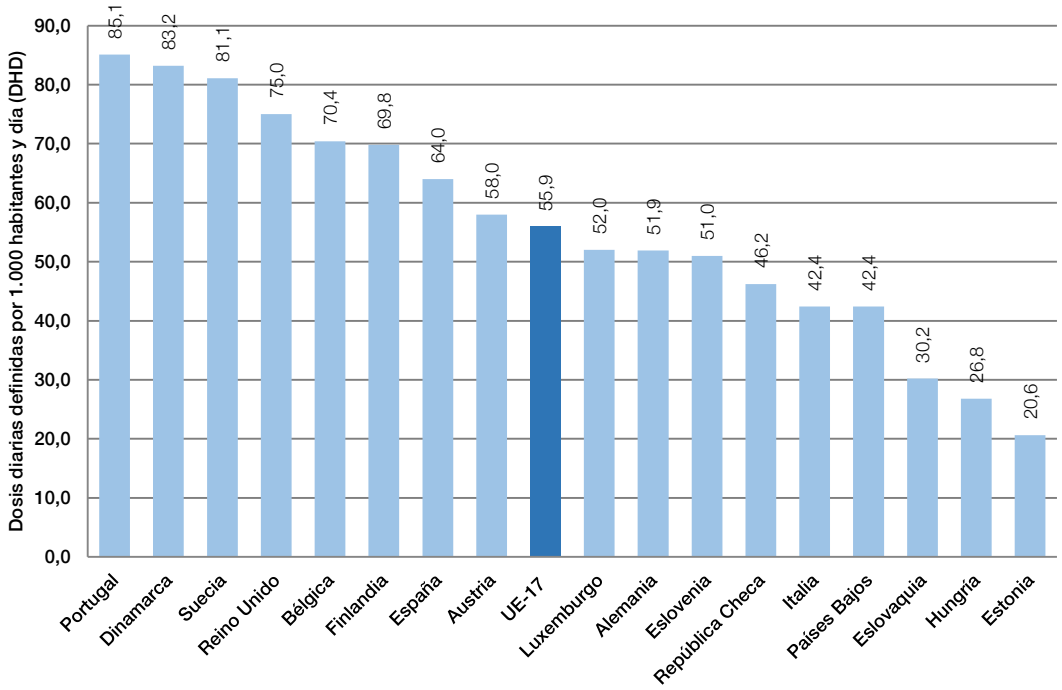
Las indicaciones principales de los medicamentos antidepresivos son el tratamiento de trastornos depresivos y trastornos de ansiedad, sin embargo existen antidepresivos que también están autorizados para el tratamiento del dolor crónico neuropático (incluyendo la neuropatía diabética) o la deshabituación tabáquica[96]

La media europea de consumo de medicamentos antidepresivos[97] es de 55,9 dosis diarias definidas (DDD) por 1.000 habitantes y día (DHD). El consumo más alto, superando las 80 DHD, se encuentra en Portugal (85,1 DHD), Dinamarca (83,2 DHD) y Suecia (81,1 DHD). El consumo más bajo se registra en Estonia (20,6 DHD) y Hungría (26,8 DHD).

[96] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Informe de utilización de medicamentos. Utilización de medicamentos antidepresivos en España durante el periodo 2000-2013. Fecha de publicación 14 de enero de 2015.

[97] Los datos de consumo de medicamentos antidepresivos corresponde al consumo de los medicamentos incluidos en el subgrupo N06A, antidepresivos.

Gráfico 9-27 Consumo de medicamentos antidepresivos en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día en la UE-17, 2012



Observaciones: Países ordenados de mayor a menor consumo de antihidepresivos en DHD por 1.000 habitantes y día.

Fuente: OECD Health Statistics.

Tabla 9-36 Tendencia del consumo de medicamentos antidepresivos en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día,UE-17, 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Alemania	38,2	41,8	46,7	50,0	51,9	-
Austria	..	..	54,2	57,0	58,0	-
Bélgica	64,5	66,8	68,7	70,0	70,4	-
Dinamarca	73,6	78,3	84,0	85,2	83,2	-
Eslovaquia	24,9	27,0	29,0	30,7	30,2	35,2
Eslovenia	41,1	43,2	44,1	50,0	51,0	-
España	55,0	57,7	61,2	63,9	64,0	65,3
Estonia	14,7	14,4	15,8	17,8	20,6	-
Finlandia	63,9	66,4	68,8	70,2	69,8	-
Francia	50,4	49,8	-	-	-	-
Hungría	24,5	25,5	26,4	27,3	26,8	-
Italia	37,9	38,7	40,0	41,7	42,4	43,1
Luxemburgo	47,0	47,9	50,1	51,4	52	53,6
Países Bajos	40,7	39,7	40,4	41,6	42,4	-.
Portugal	73,1	75,0	78,7	78,3	85,1	88,7
Reino Unido	56,6	60,9	65,9	70,7	75,0	-
República Checa	35,9	38,3	41,6	44,1	46,2	-
Suecia	73,7	74,1	75,8	79,4	81,1	84,3
UE-17	48,0	49,7	52,4	54,7	55,9	-

Observaciones: El valor UE corresponde a la media aritmética de los datos de los países UE disponibles en cada año: 2008 y 2009 no incluye a Austria, 2010-2012 no incluye a Francia. Para el año 2013 no se calcula el valor medio por disponer solo de datos de siete países.

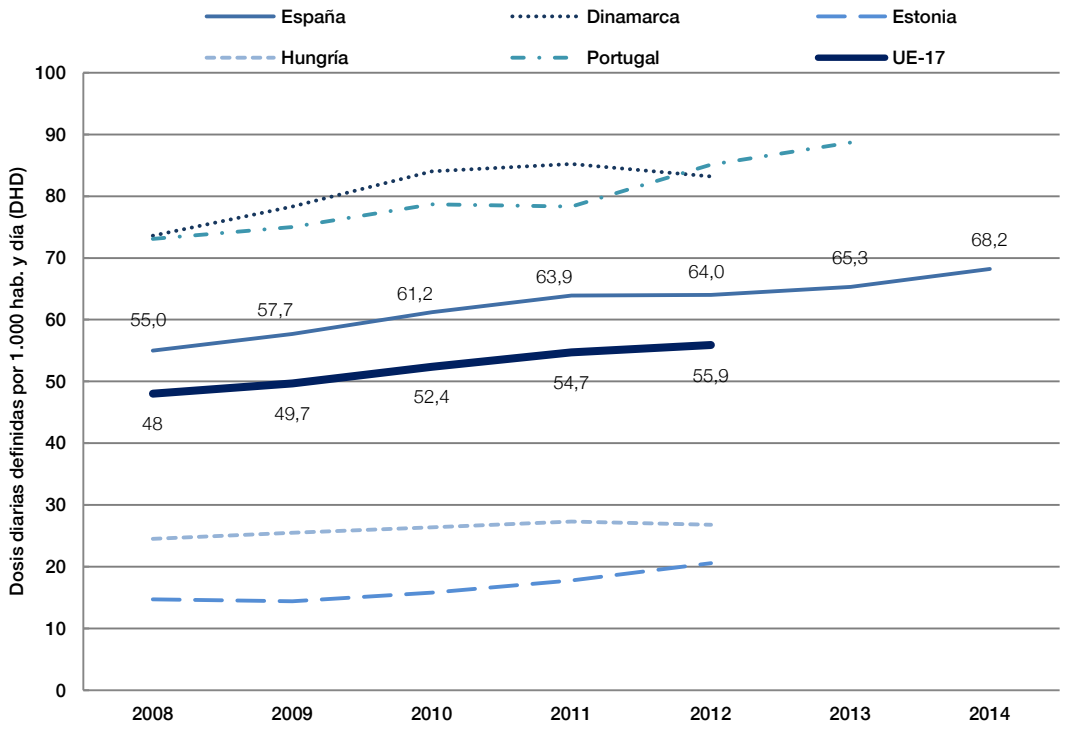
Fuente: OECD Health Statistics. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara.

España presenta un consumo de antidepresivos algo más elevado que la media europea. En la UE la DHD es de 55,9 y en España 64,0. La tendencia evolutiva es al alza, tanto en España como en Europa.

En España en el periodo 2008-2014 crece el consumo un 24%. El mayor uso de los antidepresivos podría explicarse por el aumento de la incidencia de trastornos del ánimo, por la mayor detección diagnóstica por parte de los médicos de atención primaria y por la extensión de las indicaciones autorizadas para estos medicamentos además de la depresión.

El uso de tratamientos antidepresivos no está relacionado con el nivel de bienestar social ni económico, como puede observarse en los altos valores de consumo en países como Dinamarca y Suecia, mientras que Países Bajos y Alemania tienen cifras muy inferiores.

Gráfico 9-28 Tendencia en el consumo de medicamentos antidepresivos en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día,UE-17, 2008-2014



Observaciones: El valor UE corresponde a la media aritmética de los datos de los países UE disponibles en cada año: 2008 y 2009 no incluye a Austria, 2010-2012 no incluye a Francia. Para el año 2013 no se calcula el valor medio por disponer solo de datos de siete países.

Fuente: OECD Health Statistics. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara.

9.5 Gasto Sanitario

9.5.1 Gasto sanitario y su relación con el PIB

El gasto sanitario corriente de los estados miembros de la UE-28 supera el billón de euros y de media dedican el 8,3% de PIB y 2.120 euros por habitante.

Tabla 9-37 Gasto sanitario corriente. Millones de euros, porcentaje sobre el PIB y euros por habitante, 2013

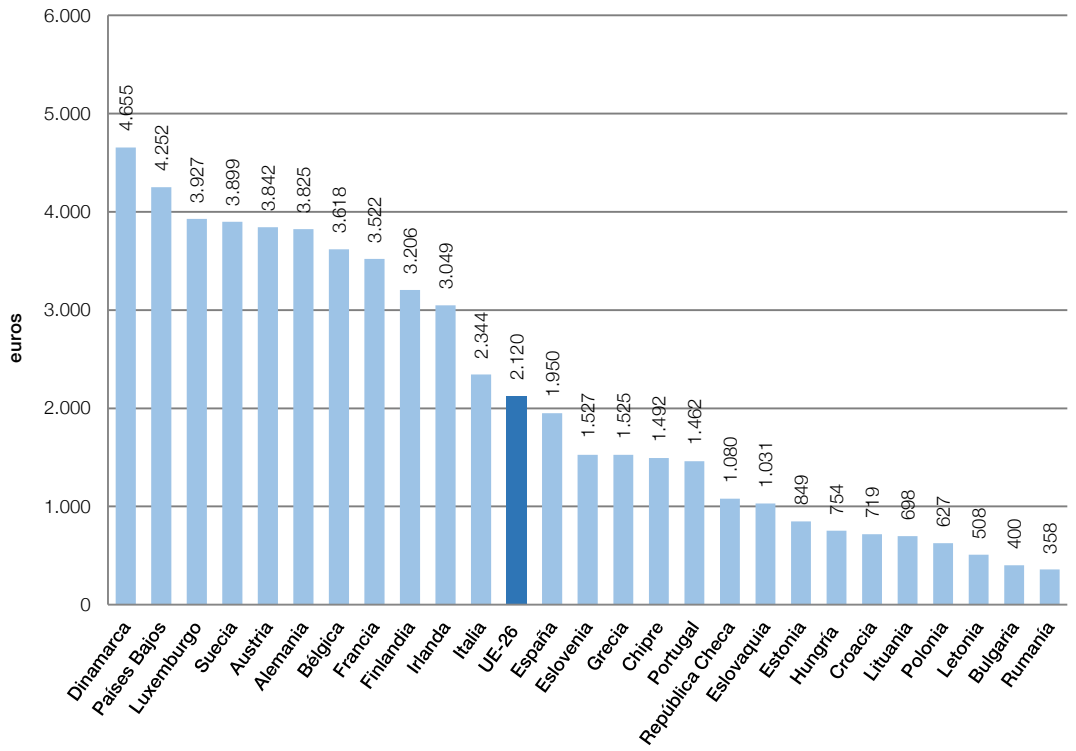
	Millones de euros	Porcentaje sobre PIB	Euros por habitante
Alemania	308.484	11,0%	3.825
Austria	32.581	10,1%	3.842
Bélgica	40.462	10,2%	3.618
Bulgaria	2.950	7,7%	400
Chipre	1.287	7,3%	1.492
Croacia	3.076	7,0%	719
Dinamarca	25.979	10,6%	4.655
Eslovaquia	5.583	7,6%	1.031
Eslovenia	3.145	8,7%	1.527
España	91.892	8,8%	1.950
Estonia	1.119	6,0%	849
Finlandia	17.438	8,6%	3.206
Francia	231.383	10,9%	3.522
Grecia	16.699	9,2%	1.525
Hungría	7.491	7,7%	754
Irlanda	13.987	8,1%	3.049
Italia	141.175	8,8%	2.344
Letonia	1.077	6,0%	508
Lituania	2.097	6,4%	698
Luxemburgo	2.905	6,6%	3.927
Malta	-	9,1%	-
Países Bajos	71.453	11,1%	4.252
Polonia	24.145	6,3%	627
Portugal	15.284	9,0%	1.462
Reino Unido	n.d.	8,5%	n.d
República Checa	11.346	7,4%	1.080
Rumanía	7.185	5,5%	358
Suecia	36.971	9,1%	3.899
UE-28	1.117.194	8,3%	2.120

Observaciones: El gasto corriente no incluye la formación de capital (inversiones). Letonia (2010), Bulgaria (2011), Chipre, Croacia, Dinamarca, Hungría, Irlanda, Lituania, Luxemburgo, Polonia, República Checa, Rumanía y Suecia (2012). n.d.= los datos no están disponibles en euros.

Fuente: OECD. Health Statistics. Eurostat. El dato de Malta tiene como fuente OCDE Health at a Glance: Europe.

El gasto corriente *per cápita* de la Unión Europea ha oscilado en 2013 entre los 4.655 euros por habitante de Dinamarca y los 358 euros por habitante de Rumanía.

Gráfico 9-29 Gasto sanitario corriente *per cápita* en euros UE-26, 2013 (o año más cercano)



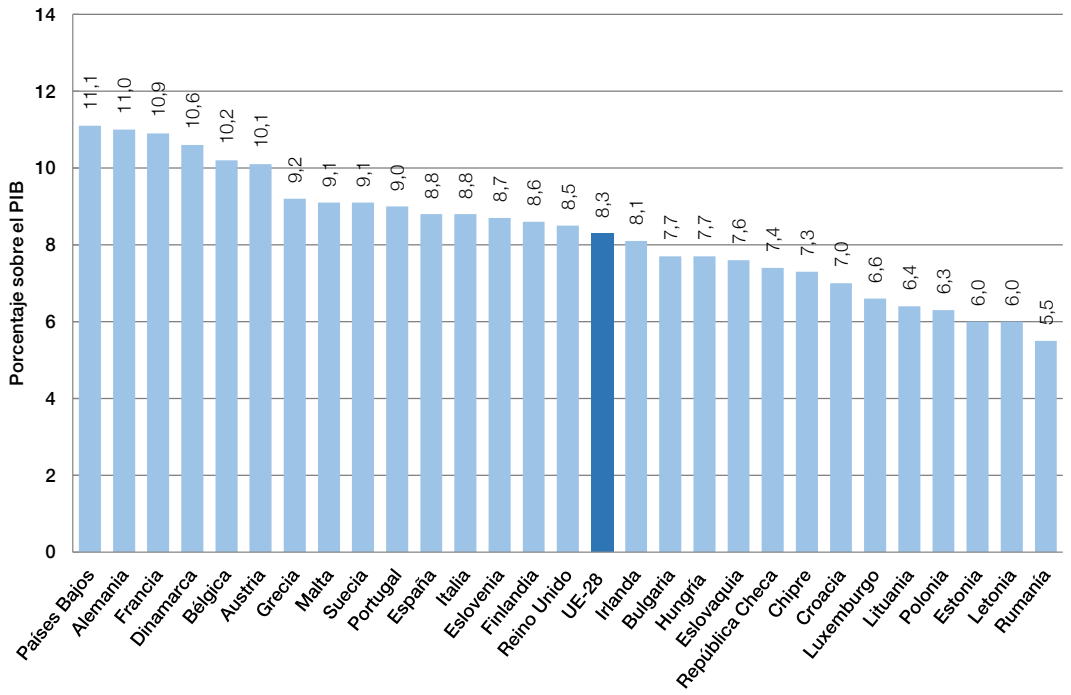
Observaciones: UE-26 corresponde a la media aritmética de los valores de los países en los que no están incluidos Malta por no disponer de datos y Reino Unido por no disponer de datos en euros. Letonia (2010), Bulgaria (2011), Chipre, Croacia, Dinamarca, Hungría, Irlanda, Lituania, Luxemburgo, Polonia, República Checa, Rumanía y Suecia (2012).

Fuente: OECD. Health Statistics. Eurostat.

Superan los 4.000 euros por habitante Dinamarca (4.655 euros) y Países Bajos (4.252). No llegaban a 500 euros por habitante Rumanía (358) y Bulgaria (400). En España el gasto por habitante se sitúa en 1.950 euros.

El porcentaje del PIB dedicado al gasto sanitario corriente oscila entre el 11,1% de los Países Bajos y el 5,5% de Rumania. Seis países dedican más del 10% de su PIB al gasto sanitario: Países Bajos (11,1%), Alemania (11,0%), Francia (10,9%), Dinamarca (10,6%), Bélgica (10,2%) y Austria (10,1%). En el otro extremo tres países no superan el 6%: Rumania (5,5%), Estonia y Letonia (6,0%). España con el 8,8% del PIB dedicado al gasto corriente se sitúa por encima de la media de la UE.

Gráfico 9-30 Gasto sanitario corriente como porcentaje del PIB, 2013 (o año más cercano)



Observaciones: UE-28 corresponde a la media aritmética de los valores de los países. Letonia (2010), Bulgaria (2011), Chipre, Croacia, Dinamarca, Hungría, Irlanda, Lituania, Luxemburgo, Polonia, República Checa, Rumanía y Suecia (2012).

Fuente: OECD. Health Statistics. Eurostat.. El dato de Malta tiene como fuente OECD Health at a Glance: Europe.

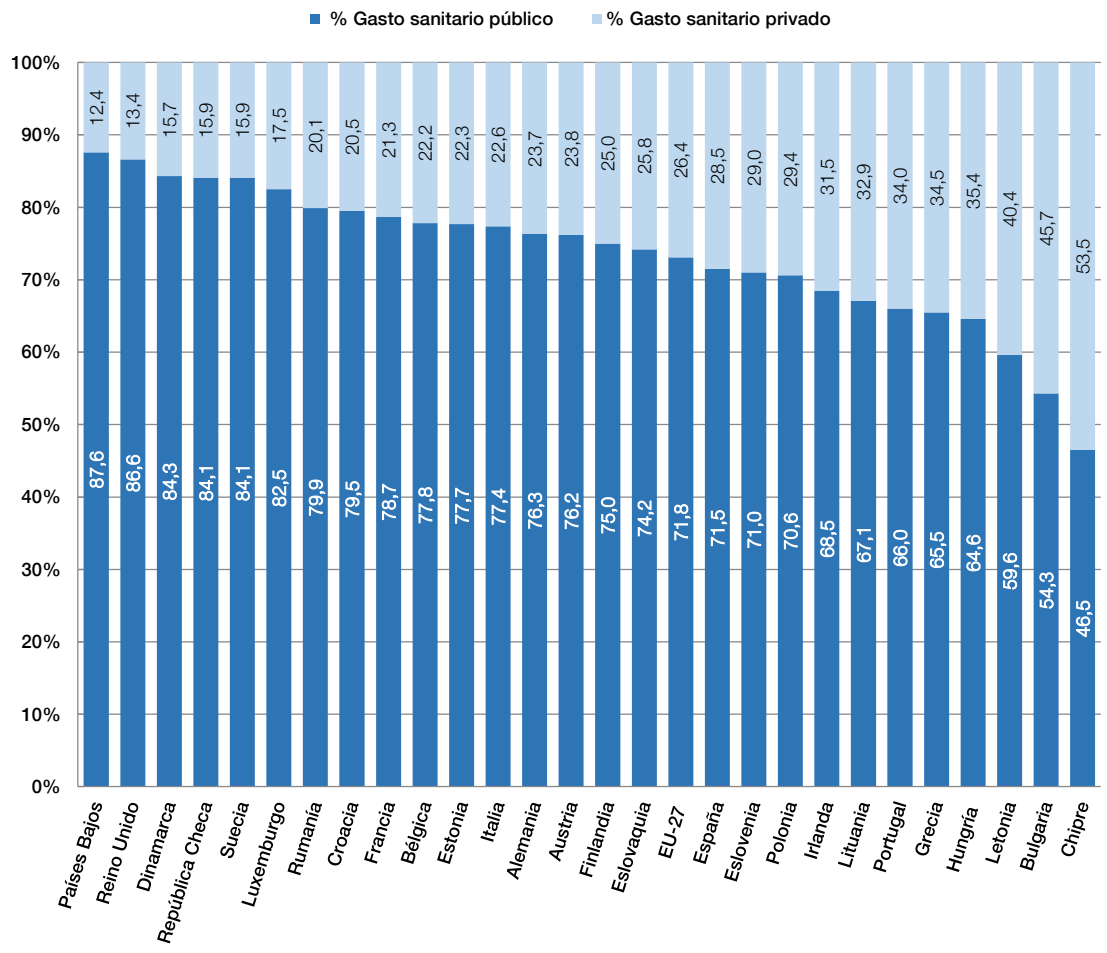
9.5.2 Gasto sanitario público y gasto sanitario total

La participación del gasto público en el total del gasto sanitario corriente fluctúa entre el 46,5% de Chipre y el 87,6% de los Países Bajos. La media de los países europeos es de 71,8%.

Excepto en Chipre (46,5%), en todos los países de la UE el porcentaje del gasto sanitario público supera el 50% total del gasto sanitario corriente. Dos países superan el 85%: Países Bajos (87,6%) y Reino Unido (86,6%), seguidos de cuatro países que están entre el 80% y el 85%: Dinamarca (84,3%), Suecia y República Checa (84,1% ambos) y Luxemburgo (82,5%).

En el otro extremo, no llegan al 60% Chipre (46,5%), Bulgaria (54,3%) y Letonia (59,6%). Entre el 60% y el 70% se encuentran cinco países: Hungría (64,6%), Grecia (65,5%), Portugal (66,0%), Lituania (67,1%) e Irlanda (68,5%). España con 71,5% se sitúa prácticamente en la media de la UE.

Gráfico 9-31 Gasto sanitario público y gasto sanitario privado según país. Porcentaje sobre el total del gasto sanitario corriente. UE-27, 2013 (o año más cercano)



Observaciones: UE-27, media aritmética de los valores de los países. No se dispone de datos de Malta. Letonia (2010), Bulgaria (2011), Chipre, Croacia, Irlanda, Lituania, Luxemburgo y Rumanía (2012).

Fuente: OECD. Health Statistics. Eurostat.

10 ANEXOS

El Informe Anual del SNS 2015 se completa con un Anexo denominado *cuadros de indicadores*, constituidos por tablas con los nombres de las comunidades y ciudades autónomas ordenados de mayor a menor valor del indicador utilizado en la elaboración de informe.

Las tablas del capítulo noveno contienen el nombre de los países ordenados de mayor a menor valor del indicador.

Como información de contexto, tanto en cuadros de indicadores nacionales como en los cuadros de indicadores internacionales, se aporta para cada indicador la unidad de medida, el valor máximo, el valor mínimo y el cociente máximo/mínimo. Como valor de referencia se incluye el dato de España o de la Unión Europea respectivamente. Para algunos indicadores de la UE la estimación de la cifra corresponde a la media aritmética de los datos de los países disponibles siempre que la cobertura de población supere el 70%.

También se aporta la fuente de información y si fuera preciso un apartado de *observaciones* que permitan mejorar la interpretación de las tablas.

La consulta de un dato específico referido a una comunidad autónoma / país concreto se tendrá que hacer en las tablas y figuras que forman el cuerpo del informe.

La mayoría de los datos de España se refieren al año 2014 y tienen como fuente las estadísticas y los sistemas de información disponibles y difundidos hasta el mes de octubre de 2015. Para los países de la UE, incluida España, el año de referencia suele ser el año 2013 o año más cercano posible. Los datos disponibles de España en las bases de datos internacionales responden a los calendarios de recogida de información de los diferentes organismos y pueden ser anteriores a los disponibles y difundidos a nivel nacional, pero se ha preferido utilizar las cifras tal como figuran en las estadísticas internacionales para mantener la comparabilidad temporal entre los países.

10.1 Cuadro de Indicadores Nacionales

1. **Cifras de población e indicadores demográficos**: Población residente. Natalidad. Edad media materna. Dependencia.
2. **Esperanzas de vida**: Esperanza de vida al nacer. Esperanza de vida a los 65 años.
3. **Mortalidad**: Enfermedad isquémica del corazón. Enfermedad cerebrovascular. Cáncer de pulmón. Cáncer de mama (mujer).Cirrosis hepática. Suicidio. Accidentes de tráfico.
4. **Morbilidad**: Autovaloración del estado de salud en población general. Autovaloración del estado de salud en población de 65 y más años. Hipertensión. Colesterol alto. Diabetes.
5. **Salud materno-infantil**: Mortalidad infantil. Bajo peso al nacer. Interrupción voluntaria del embarazo en mujeres menores de 20 años. Interrupción voluntaria del embarazo en mujeres de 15 a 44 años.
6. **Hábitos de vida**: Consumo de tabaco. Consumo de alcohol. Obesidad. Sedentarismo en tiempo libre.
7. **Recursos humanos del SNS**: Médicos de Familia y Pediatras en Atención Primaria del SNS. Médicos en Hospitales del SNS. Enfermeros de Atención Primaria del SNS. Enfermeras en Hospitales del SNS. Farmacéuticos en Hospitales del SNS.
8. **Recursos físicos del SNS**: Centros de salud y consultorios locales de Atención Primaria del SNS. Hospitales del SNS. Camas en funcionamiento del SNS. Puestos de Hospital de Día del SNS. Oficinas de Farmacia que colaboran con el SNS.
9. **Red transfusional**: Red transfusional.
10. **Red de equipos de trasplante**: Riñón. Hígado. Corazón. Pulmón/cardiopulmonar. Páncreas-riñón combinaciones. Intestino.
11. **Actividad asistencial**: Consultas médicas en Atención Primaria. Consultas de enfermería en Atención Primaria. Altas por todas las causas en hospitales del SNS. Estancia media por todas las causas en hospitales del SNS. Altas por todas las causas en hospitales públicos y privados. Estancia media por todas las causas en hospitales públicos y privados.
12. **Vacunaciones**: Poliomielitis. Difteria-Tétanos-Tosferina. *Haemophilus influenzae* tipo b. Hepatitis B. Meningitis C, Sarampión (1ªdosis). Sarampión (2ªdosis). Gripe.
13. **Detección precoz de cáncer**: Mamografía. Citología vaginal.
14. **Medicina transfusional**: Hemodonación.
15. **Órganos trasplantados**: Riñón. Hígado. Corazón. Pulmón. Páncreas. Intestino.
16. **Gasto en recetas médicas del SNS**: Gasto medio por receta. Gasto por habitante. Recetas por habitante.
17. **Consumo de medicamentos genéricos en el SNS**: Porcentaje de envases de medicamentos genéricos consumidos sobre el total de envases consumidos. Porcentaje en importe en euros de medicamentos genéricos consumidos sobre el importe total de medicamentos consumidos.
18. **Gasto sanitario público del sector comunidades autónomas**: Gasto sanitario público en millones de euros. Gasto sanitario público como porcentaje del PIB. Gasto sanitario público en euros por habitante.
19. **Gasto sanitario público en remuneración de personal**: Gasto sanitario público en remuneración de personal en millones de euros. Gasto sanitario público en remuneración de personal como porcentaje del gasto total de la comunidad autónoma.
20. **Satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario**: Escala de valoración “1” totalmente insatisfecho - “10” totalmente satisfecho.

10.1.1 Cifras de población e indicadores demográficos

Indicador	Población residente	Natalidad	Edad media materna	Dependencia
Unidad de medida	Habitantes	Tasa bruta por 1.000 habitantes	Años	Menores de 16 y mayores 64 años por 100 personas en edad productiva (15 a 64)
Posición				
1	Andalucía	Melilla	País Vasco	Castilla y León
2	Cataluña	Ceuta	Galicia	Galicia
3	Madrid	Murcia	Castilla y León	País Vasco
4	Comunidad Valenciana	Madrid	Cantabria	Aragón
5	Galicia	Andalucía	Madrid	La Rioja
6	Castilla y León	Cataluña	Navarra	Navarra
7	País Vasco	Navarra	Asturias	Asturias
8	Canarias	Baleares	Aragón	Cataluña
9	Castilla-La Mancha	La Rioja	La Rioja	Extremadura
10	Murcia	Comunidad Valenciana	Castilla-La Mancha	Melilla
11	Aragón	País Vasco	Cataluña	Castilla-La Mancha
12	Baleares	Castilla-La Mancha	Comunidad Valenciana	Comunidad Valenciana
13	Extremadura	Aragón	Extremadura	Cantabria
14	Asturias	Extremadura	Baleares	Murcia
15	Navarra	Cantabria	Andalucía	Andalucía
16	Cantabria	Canarias	Canarias	Madrid
17	La Rioja	Galicia	Murcia	Ceuta
18	Ceuta	Castilla y León	Ceuta	Baleares
19	Melilla	Asturias	Melilla	Canarias
Máximo	8.401.567	19,3	32,6	57,8
España	46.439.864	9,2	31,8	52,1
Mínimo	84.621	6,3	29,9	43,1
Max/Min	99,3	3,1	1,1	1,3

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos.

10.1.2 Esperanzas de vida

Indicador	Esperanza de vida al nacer	Esperanza de vida a los 65 años
Unidad de medida	Años	Años
Posición		
1	Madrid	Madrid
2	Navarra	Castilla y León
3	Castilla y León	Navarra
4	La Rioja	País Vasco
5	País Vasco	La Rioja
6	Castilla-La Mancha	Cantabria
7	Aragón	Cataluña
8	Cataluña	Aragón
9	Cantabria	Castilla-La Mancha
10	Galicia	Galicia
11	Baleares	Canarias
12	Comunidad Valenciana	Comunidad Valenciana
13	Murcia	Asturias
14	Canarias	Murcia
15	Asturias	Baleares
16	Extremadura	Extremadura
17	Andalucía	Andalucía
18	Ceuta y Melilla	Ceuta y Melilla
19		
Máximo	84,8	22,7
España	83,1	21,4
Mínimo	80,4	19,2
Max/Min	1,1	1,2

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Esperanzas de vida en España.

10.1.3 Mortalidad

Indicador	Enfermedad Isquémica corazón	Enfermedad cerebro-vascular	Cáncer de pulmón	Cáncer de Mama (mujer)
Unidad de medida	Tasa ajustada por edad por 100.000 hab.	Tasa ajustada por edad por 100.000 hab.	Tasa ajustada por edad por 100.000 hab.	Tasa ajustada por edad por 100.000 hab.
Posición				
1	Ceuta	Andalucía	Ceuta	Melilla
2	Melilla	Extremadura	Extremadura	Ceuta
3	Asturias	Melilla	Asturias	Canarias
4	Andalucía	Galicia	Aragón	Andalucía
5	Extremadura	Murcia	Navarra	Comunidad Valenciana
6	Canarias	Ceuta	País Vasco	Extremadura
7	Comunidad Valenciana	Comunidad Valenciana	Cantabria	Murcia
8	Murcia	Asturias	Canarias	Asturias
9	Baleares	Aragón	Melilla	Cataluña
10	Galicia	Castilla-La Mancha	Cataluña	Cantabria
11	La Rioja	Cantabria	Comunidad. Valenciana	Baleares
12	Aragón	Navarra	Galicia	Aragón
13	Castilla-La Mancha	Baleares	Castilla-La Mancha	Galicia
14	Castilla y León	La Rioja	Andalucía	País Vasco
15	Cataluña	Cataluña	Murcia	Castilla y León
16	Cantabria	País Vasco	Baleares	Madrid
17	País Vasco	Castilla y León	Castilla y León	Castilla-La Mancha
18	Madrid	Canarias	Madrid	La Rioja
19	Navarra	Madrid	La Rioja	Navarra
Máximo	55,8	39,1	44,0	27,6
España	38,1	28,2	32,8	17,2
Mínimo	29,3	18,6	26,9	11,5
Max/Min	1,9	2,1	1,6	2,4

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

Continúa…

Continuación Mortalidad

Indicador	Cirrosis hepática	Suicidio	Accidentes de tráfico
Unidad de medida	Tasa ajustada por edad por 100.000 hab.	Tasa ajustada por edad por 100.000 hab.	Tasa ajustada por edad por 100.000 hab.
Posición			
1	Ceuta	Asturias	Navarra
2	Canarias	Galicia	Castilla y León
3	Asturias	Andalucía	Galicia
4	Andalucía	Baleares	Murcia
5	Comunidad Valenciana	Canarias	Castilla-La Mancha
6	Melilla	Castilla-La Mancha	Asturias
7	Galicia	Navarra	Aragón
8	Murcia	Comunidad Valenciana	La Rioja
9	País Vasco	País Vasco	Cataluña
10	Cataluña	La Rioja	Andalucía
11	La Rioja	Murcia	Baleares
12	Aragón	Castilla y León	Canarias
13	Baleares	Cataluña	Comunidad Valenciana
14	Castilla-La Mancha	Aragón	País Vasco
15	Cantabria	Extremadura	Cantabria
16	Castilla y León	Ceuta	Extremadura
17	Extremadura	Madrid	Madrid
18	Madrid	Cantabria	Melilla
19	Navarra	Melilla	Ceuta
Máximo	11,7	10,3	5,0
España	7,3	7,0	3,5
Mínimo	4,3	1,3	1,1
Max/Min	2,7	8,2	4,5

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

10.1.4 Morbilidad

Indicador	Autovaloración positiva del estado de salud	Autovaloración positiva del estado de salud	Hipertensión	Colesterol alto	Diabetes
Unidad de medida	Porcentaje de población general	Porcentaje de población adulta 65 y más años	Porcentaje de población adulta 15 y más años	Porcentaje de población adulta 15 y más años	Porcentaje de población adulta 15 y más años
Posición					
1	Navarra	La Rioja	Canarias	Extremadura	Extremadura
2	Madrid	País Vasco	Asturias	Galicia	Murcia
3	Melilla	Navarra	Galicia	C. Valenciana	Andalucía
4	Baleares	Madrid	Castilla y León	Castilla y León	Ceuta
5	La Rioja	Baleares	Cataluña	Murcia	Galicia
6	Castilla-La Mancha	Cataluña	País Vasco	País Vasco	Castilla-La Mancha
7	Cantabria	C. Valenciana	Murcia	Cataluña	Canarias
8	Cataluña	Castilla y León	Aragón	Canarias	C. Valenciana
9	País Vasco	Asturias	Cantabria	Aragón	Cataluña
10	Ceuta	Aragón	Castilla-La Mancha	Asturias	Castilla y León
11	Castilla y León	Ceuta	Extremadura	Andalucía	La Rioja
12	Andalucía	Cantabria	Andalucía	Cantabria	Baleares
13	C. Valenciana	Extremadura	C. Valenciana	Castilla - La Mancha	Asturias
14	Aragón	Galicia	La Rioja	Navarra	Cantabria
15	Extremadura	Andalucía	Ceuta	La Rioja	País Vasco
16	Murcia	Murcia	Navarra	Baleares	Madrid
17	Asturias	Castilla-La Mancha	Baleares	Madrid	Navarra
18	Galicia	Canarias	Madrid	Ceuta	Aragón
19	Canarias	Melilla	Melilla	Melilla	Melilla
Máximo	80,7	53,5	21,4	20,5	9,4
España	75,3	44,2	13,8	16,4	7,0
Mínimo	68,9	20,9	14,4	8,2	4,1
Max/Min	1,2	2,6	1,5	2,5	2,3

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

10.1.5 Salud materno-infantil

Indicador	Mortalidad infantil	Bajo peso al nacer	Interrupción Voluntaria del Embarazo	
Unidad de medida	Tasa 1.000 nacidos vivos	Porcentaje recién nacidos	Por 1.000 mujeres menores de 20 años	Por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años
Posición				
1	Ceuta	Canarias	Cataluña	Madrid
2	Melilla	Madrid	Madrid	Cataluña
3	Murcia	Aragón	Asturias	Asturias
4	Cantabria	Castilla-La Mancha	Baleares	Baleares
5	Andalucía	Castilla y León	Andalucía	Canarias
6	Castilla y León	Cataluña	Canarias	Murcia
7	La Rioja	Asturias	Murcia	Andalucía
8	Madrid	Cantabria	Comunidad Valenciana	Aragón
9	Baleares	Comunidad Valenciana	País Vasco	País Vasco
10	Canarias	Andalucía	Navarra	Comunidad Valenciana
11	Cataluña	Baleares	Cantabria	Cantabria
12	Navarra	Extremadura	Aragón	Castilla-La Mancha
13	Castilla-La Mancha	Melilla	Castilla y León	Navarra
14	Comunidad Valenciana	La Rioja	Extremadura	Castilla y León
15	País Vasco	Galicia	La Rioja	Extremadura
16	Galicia	Navarra	Castilla-La Mancha	Galicia
17	Extremadura	Murcia	Galicia	La Rioja
18	Aragón	País Vasco	Melilla	Melilla
19	Asturias	Ceuta	Ceuta	Ceuta
Máximo	11,1	9,0	14,5	14,6
España	2,7	8,1	12,2	11,7
Mínimo	1,7	6,8	0,8	0,9
Max/Min	6,5	1,3	18,1	16,1

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

10.1.6 Hábitos de vida

Indicador	Consumo de tabaco	Consumo de alcohol	Obesidad	Sedentarismo en tiempo libre
Unidad de medida	Porcentaje de población de 15 y más años fumadores diarios	Porcentaje de población de 15 y más años que han consumido alcohol en los últimos 12 meses	Porcentaje de población de 18 y más años	Porcentaje de población de 15 y más años
Posición				
1	Comunidad Valenciana	Cantabria	Extremadura	Cantabria
2	Andalucía	Aragón	Andalucía	Ceuta
3	Aragón	Murcia	Castilla-La Mancha	Murcia
4	Murcia	Comunidad Valenciana	Murcia	Galicia
5	Extremadura	Cataluña	Galicia	Castilla y León
6	Castilla-La Mancha	País Vasco	Ceuta y Melilla	Andalucía
7	La Rioja	La Rioja	Asturias	Baleares
8	Cantabria	Asturias	Canarias	Aragón
9	Navarra	Galicia	Comunidad Valenciana	Cataluña
10	País Vasco	Canarias	Aragón	Castilla-La Mancha
11	Cataluña	Baleares	País Vasco	Extremadura
12	Castilla y León	Navarra	Baleares	Madrid
13	Baleares	Andalucía	La Rioja	Comunidad Valenciana
14	Canarias	Castilla y León	Cataluña	País Vasco
15	Asturias	Madrid	Madrid	Canarias
16	Madrid	Extremadura	Castilla y León	Asturias
17	Galicia	Castilla-La Mancha	Navarra	La Rioja
18	Melilla	Ceuta	Cantabria	Melilla
19	Ceuta	Melilla		Navarra
Máximo	27,6	81,4	21,6	64,3
España	24,0	65,6	17,0	44,4
Mínimo	18,7	19,9	11,1	32,5
Max/Min	1,5	4,1	1,9	2,0

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

10.1.7 Recursos humanos del SNS

Indicador	Médicos de Familia y Pediatras de Atención Primaria del SNS	Médicos en hospitales del SNS	Enfermeras de Atención Primaria del SNS	Enfermeras en hospitales del SNS	Farmacéuticos en hospitales del SNS
Unidad de medida	**Tasa 1.000 personas asignadas**	**Tasa 1.000 habitantes**	**Tasa 1.000 personas asignadas**	**Tasa 1.000 habitantes**	**Tasa 100.000 habitantes**
Posición					
1	Castilla y León	País Vasco	Castilla y León	País Vasco	Galicia
2	Aragón	Aragón	Extremadura	Aragón	Cataluña
3	Extremadura	Asturias	Aragón	Asturias	Baleares
4	Canarias	Madrid	Cantabria	Navarra	País Vasco
5	Cantabria	Navarra	Castilla-La Mancha	Cantabria	Cantabria
6	Castilla-La Mancha	Castilla y León	Cataluña	La Rioja	La Rioja
7	C. Valenciana	Castilla-La Mancha	C. Valenciana	Baleares	Asturias
8	Galicia	Cataluña	Galicia	Castilla y León	Castilla-La Mancha
9	Murcia	Extremadura	Navarra	Galicia	Aragón
10	Navarra	Murcia	País Vasco	Madrid	Castilla y León
11	País Vasco	Baleares	La Rioja	Castilla-La Mancha	Ceuta y Melilla
12	La Rioja	Cantabria	Andalucía	Cataluña	Navarra
13	Andalucía	Galicia	Asturias	Extremadura	Extremadura
14	Asturias	La Rioja	Canarias	Murcia	Murcia
15	Cataluña	C. Valenciana	Murcia	Canarias	Canarias
16	Madrid	Andalucía	Ceuta y Melilla	Andalucía	C. Valenciana
17	Baleares	Canarias	Baleares	C. Valenciana	Madrid
18	Ceuta y Melilla	Ceuta y Melilla	Madrid	Ceuta y Melilla	Andalucía
19					
Máximo	1,1	2,1	0,9	3,9	5,0
España	0,8	1,7	0,6	2,8	3,6
Mínimo	0,6	1,3	0,5	2,5	2,4
Max/Min	1,8	1,6	1,8	1,6	2,1

Observaciones: Hospitales del SNS = hospitales de dependencia pública + hospitales con concierto sustitutorio + hospitales de la red de utilización pública + Mutuas colaboradores con la Seguridad Social.

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

10.1.8 Recursos físicos del SNS

Indicador	Centros de Salud y Consultorios locales de AP del SNS	Hospitales del SNS	Camas en funcionamiento del SNS	Puestos de Hospital de Día del SNS	Oficinas de farmacia que colaboran con el SNS
Unidad de medida	Tasa por cada 100.000 personas asignadas	Tasa por cada 100.000 habitantes	Tasa por cada 1.000 habitantes	Tasa por cada 100.000 habitantes	Tasa por cada 100.000 habitantes
Posición					
1	Castilla y León	Cataluña	Cataluña	Cataluña	Navarra
2	Aragón	La Rioja	Extremadura	País Vasco	Castilla y León
3	Castilla-La Mancha	Aragón	Aragón	Cantabria	Castilla-La Mancha
4	La Rioja	Ceuta y Melilla	La Rioja	Navarra	Extremadura
5	Extremadura	Baleares	Asturias	Asturias	Aragón
6	Navarra	Asturias	Galicia	Madrid	La Rioja
7	Cantabria	País Vasco	País Vasco	Galicia	Galicia
8	Asturias	Castilla-La Mancha	Castilla y León	Extremadura	C. Valenciana
9	Murcia	Navarra	Navarra	Castilla y León	Andalucía
10	Andalucía	Extremadura	Cantabria	Andalucía	Madrid
11	Galicia	Cantabria	Ceuta y Melilla	Castilla-La Mancha	Cantabria
12	Cataluña	C. Valenciana	Baleares	Murcia	Asturias
13	C. Valenciana	Murcia	Canarias	Baleares	Cataluña
14	País Vasco	Galicia	Castilla-La Mancha	C. Valenciana	Murcia
15	Baleares	Canarias	C. Valenciana	La Rioja	Baleares
16	Canarias	Castilla y León	Madrid	Aragón	País Vasco
17	Madrid	Madrid	Murcia	Canarias	Canarias
18	Ceuta y Melilla	Andalucía	Andalucía	Ceuta y Melilla	Ceuta
19					Melilla
Máximo	157,4	2,1	3,3	65,3	94
España	28,2	1,0	2,3	35,2	47
Mínimo	4,1	0,5	1,7	15,5	26
Max/Min	38,4	3,8	1,9	4,2	3,6

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

10.1.9 Red transfusional

Indicador	Red transfusional
Unidad de medida	Número de Centros de Transfusión
Posición	
1	Andalucía
2	Castilla-La Mancha
3	Aragón
4	Asturias
5	Baleares
6	Canarias
7	Cantabria
8	Castilla y León
9	Cataluña
10	Comunidad Valenciana
11	Extremadura
12	Galicia
13	La Rioja
14	Madrid
15	Murcia
16	Navarra
17	País Vasco
18	
19	
Máximo	5
España	23
Mínimo	1
Max/Min	-

Observaciones: Solo Andalucía y Castilla-La Mancha tienen más de 1 centro de transfusión.

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

10.1.10 Red de equipos de trasplante

Indicador	Riñón	Hígado	Corazón
Unidad de medida	Número equipos (adulto+infantil)	Número equipos (adulto+infantil)	Número equipos (adulto+infantil)
Posición			
1	Madrid	Madrid	Madrid
2	Cataluña	Andalucía	Cataluña
3	Andalucía	Cataluña	Andalucía
4	Comunidad Valenciana	Comunidad Valenciana	Galicia
5	Canarias	Galicia	Aragón
6	Castilla y León	Aragón	Asturias
7	Castilla-La Mancha	Asturias	Cantabria
8	Galicia	Canarias	Castilla y León
9	País vasco	Cantabria	Comunidad Valenciana
10	Aragón	Castilla y León	Murcia
11	Asturias	Extremadura	Navarra
12	Baleares	Murcia	
13	Cantabria	Navarra	
14	Extremadura	País Vasco	
15	Murcia		
16	Navarra		
17	La Rioja		
18			
19			
Máximo	9	6	5
España	46	29	21
Mínimo	1	1	1
Max/Min	-	-	-

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

Continúa …

Continuación Red de equipos de trasplante

Indicador	Pulmón/cardio-pulmonar	Páncreas-riñón combinaciones	Intestino
Unidad de medida	Número equipos (adulto+infantil)	Número equipos (adulto+infantil)	Número equipos (adulto+infantil)
Posición			
1	Madrid	Andalucía	Madrid
2	Andalucía	Cataluña	Cataluña
3	Cataluña	Galicia	
4	Comunidad Valenciana	Madrid	
5	Cantabria	Canarias	
6	Galicia	Cantabria	
7		Castilla y León	
8		Comunidad Valenciana	
9		Murcia	
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
Máximo	4	2	3
España	15	13	4
Mínimo	1	1	1
Max/Min	-	-	-

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

10.1.11 Actividad asistencial

Indicador	Consultas médicas en Atención Primaria	Consultas de enfermería en Atención Primaria
Unidad de medida	Consultas por persona asignada y año	Consultas por persona asignada y año
Posición		
1	Castilla y León	La Rioja
2	Extremadura	Navarra
3	La Rioja	Castilla-La Mancha
4	Murcia	Castilla y León
5	Castilla-La Mancha	País Vasco
6	Andalucía	Extremadura
7	Asturias	Andalucía
8	Galicia	Asturias
9	Cantabria	Murcia
10	Aragón	Galicia
11	Canarias	Comunidad Valenciana
12	Madrid	Ceuta y Melilla
13	Ceuta y Melilla	Cantabria
14	Comunidad Valenciana	Aragón
15	País Vasco	Madrid
16	Navarra	Baleares
17	Baleares	Canarias
18	Cataluña	Cataluña
19		
Máximo	7,9	4,1
España	5,2	2,9
Mínimo	3,6	1,9
Max/Min	2,2	2,1

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

Continúa….

Continuación Actividad asistencial

Indicador	Altas por todas las causas en hospitales del SNS	Estancia media por todas las causas en hospitales del SNS	Altas por todas las causas en hospitales públicos y privados	Estancia media por todas las causas en hospitales públicos y privados
Unidad de medida	**Altas por 1.000 habitantes**	**Días**	**Altas por 1.000 habitantes**	**Días**
Posición				
1	País Vasco	Cataluña	País Vasco	Canarias
2	Asturias	Canarias	Baleares	Cataluña
3	Aragón	La Rioja	Aragón	Cantabria
4	Extremadura	Galicia	Navarra	Murcia
5	Navarra	Aragón	Cataluña	Extremadura
6	Castilla y León	Extremadura	Asturias	Aragón
7	Cataluña	Baleares	Madrid	La Rioja
8	La Rioja	Asturias	Castilla y León	Castilla y León
9	Galicia	Castilla-La Mancha	Galicia	Galicia
10	Cantabria	Madrid	La Rioja	Asturias
11	Comunidad Valenciana	Castilla y León	Extremadura	Navarra
12	Murcia	Cantabria	Comunidad Valenciana	Castilla-La Mancha
13	Ceuta y Melilla	Andalucía	Murcia	Madrid
14	Castilla-La Mancha	Murcia	Cantabria	Baleares
15	Madrid	País Vasco	Canarias	País Vasco
16	Baleares	Comunidad Valenciana	Andalucía	Andalucía
17	Andalucía	Navarra	Castilla-La Mancha	Ceuta y Melilla
18	Canarias	Ceuta y Melilla	Ceuta y Melilla	Comunidad Valenciana
19				
Máximo	123,3	10,8	151,4	9,8
España	86,8	7,8	112,2	7,5
Mínimo	57,4	5,9	82,5	5,7
Max/Min	2,1	1,8	1,8	1,7

Observaciones: Hospitales Públicos–SNS = hospitales de dependencia pública + hospitales con concierto sustitutorio + hospitales de la red de utilización pública + Mutuas colaboradores con la Seguridad Social.

Ceuta y Melilla solo tienen hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información de Atención Especializada (SIAE).

10.1.12 Vacunaciones

Indicador	Poliomielitis	Difteria-Tétanos-Tosferina	*Haemophilus influenzae* tipo b	Hepatitis B	Meningitis C
Unidad de medida	Porcentaje de vacunados	Porcentaje de vacunados	Porcentaje de vacunados	Porcentaje de vacunados	Porcentaje de vacunados
Posición					
1	Ceuta	Ceuta	Ceuta	Ceuta	Cantabria
2	Cantabria	Cantabria	Cantabria	Cantabria	Comunidad Valenciana
3	Comunidad Valenciana	Comunidad Valenciana	Comunidad Valenciana	Comunidad Valenciana	Murcia
4	La Rioja	La Rioja	La Rioja	Aragón	Asturias
5	Asturias	Murcia	Murcia	Canarias	Ceuta
6	Murcia	Asturias	Asturias	Asturias	La Rioja
7	Aragón	Aragón	Aragón	Andalucía	Castilla-La Mancha
8	Castilla-La Mancha	Castilla-La Mancha	Castilla-La Mancha	Baleares	Canarias
9	Canarias	Canarias	Canarias	La Rioja	Galicia
10	Extremadura	Extremadura	Extremadura	Murcia	Extremadura
11	Navarra	Navarra	Navarra	Castilla-La Mancha	Madrid
12	Galicia	Galicia	Galicia	Navarra	Aragón
13	Andalucía	Andalucía	Andalucía	Melilla	Andalucía
14	Melilla	Melilla	Melilla	País Vasco	Castilla y León
15	País Vasco	País Vasco	País Vasco	Cataluña	Melilla
16	Cataluña	Cataluña	Cataluña	Madrid	Baleares
17	Madrid	Madrid	Madrid	Castilla y León	País Vasco
18	Baleares	Baleares	Baleares	Extremadura	Navarra
19	Castilla y León	Castilla y León	Castilla y León	Galicia	Cataluña
Máximo	100	100	100	100	100
España	96,6	96,6	96,5	96,2	100
Mínimo	93,5	93,6	93,5	90,9	96,9
Max/Min	1,1	1,1	1,1	1,1	94,0

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

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de vacunaciones.

Continúa…

Continuación Vacunaciones

Indicador	Sarampión	Sarampión
Unidad de medida	Porcentaje vacunados 1ª d	Porcentaje de vacunados 2ª d
Posición		
1	Cantabria	Cantabria
2	Ceuta	Ceuta
3	Aragón	Comunidad Valenciana
4	Navarra	Aragón
5	La Rioja	Canarias
6	Andalucía	Andalucía
7	Comunidad Valenciana	Baleares
8	Melilla	Navarra
9	Murcia	La Rioja
10	Baleares	Madrid
11	Madrid	País Vasco
12	Castilla-La Mancha	Asturias
13	Galicia	Extremadura
14	Asturias	Galicia
15	Canarias	Castilla-La Mancha
16	Castilla y León	Cataluña
17	Extremadura	Castilla y León
18	País Vasco	Melilla
19	Cataluña	Murcia
Máximo	100	100
España	96,1	93,0
Mínimo	90,9	83,1
Max/Min	1,1	1,2

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

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de vacunaciones.

Continúa…

Continuación Vacunaciones

Indicador	Gripe
Unidad de medida	Porcentaje vacunados mayores de 65 años
Posición	
1	La Rioja
2	Castilla y León
3	País Vasco
4	Andalucía
5	Navarra
6	Madrid
7	Aragón
8	Canarias
9	Cantabria
10	Asturias
11	Castilla-La Mancha
12	Cataluña
13	Galicia
14	Extremadura
15	Comunidad Valenciana
16	Murcia
17	Baleares
18	Melilla
19	Ceuta
Máximo	66,5
España	56,2
Mínimo	28,9
Max/Min	2,3

Observaciones: Para el cálculo de las coberturas de vacunación se han utilizado solo las dosis administradas en los Servicios Oficiales de Vacunación. No se incluyen las vacunas adquiridas en oficinas de farmacia ni las administradas por el sector sanitario privado. En Cataluña la cobertura frente a la gripe se refiere a la población de 60 y más años.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de vacunaciones.

10.1.13 Detección precoz de cáncer

Indicador	Mamografía	Citología vaginal
Unidad de medida	Porcentaje de mujeres de 50 a 69 años	Porcentaje de mujeres de 25 a 65 años
Posición		
1	Navarra	Canarias
2	Murcia	Cataluña
3	País Vasco	Castilla y León
4	Cataluña	Baleares
5	Galicia	Comunidad Valenciana
6	Castilla-La Mancha	Madrid
7	Madrid	La Rioja
8	Extremadura	País Vasco
9	Aragón	Navarra
10	Cantabria	Aragón
11	Canarias	Castilla-La Mancha
12	Asturias	Murcia
13	Castilla y León	Galicia
14	Comunidad Valenciana	Asturias
15	La Rioja	Extremadura
16	Andalucía	Ceuta
17	Baleares	Cantabria
18		Andalucía
19		Melilla
Máximo	88,8	87,2
España	77,1	78,8
Mínimo	65,1	48,9
Max/Min	1,4	1,8

Observaciones: Mamografía realizada según la frecuencia recomendada en mujeres de 50 a 69 años. Ceuta y Melilla sin datos.
Citología vaginal realizada en el periodo recomendado en mujeres de 25 a 64 años.
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

10.1.14 Medicina transfusional

Indicador	Hemodonación
Unidad de medida	Número de donaciones por cada 1.000 habitantes
Posición	
1	Extremadura
2	Castilla y León
3	País Vasco
4	Galicia
5	Cantabria
6	Asturias
7	Madrid
8	Navarra
9	Comunidad Valenciana
10	Castilla-La Mancha
11	Murcia
12	Baleares
13	Cataluña
14	Aragón
15	La Rioja
16	Andalucía
17	Canarias
18	
19	
Máximo	43,1
España	36,2
Mínimo	29,2
Max/Min	1,5

Observaciones: Donaciones voluntarias y altruistas.

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

10.1.15 Órganos trasplantados

Indicador	Riñón	Hígado	Corazón
Unidad de medida	Número de órganos trasplantados	Número de órganos trasplantados	Número de órganos trasplantados
Posición			
1	Cataluña	Andalucía	Madrid
2	Andalucía	Madrid	Cataluña
3	Madrid	Cataluña	Andalucía
4	Comunidad Valenciana	Comunidad Valenciana	Cantabria
5	Galicia	Galicia	Comunidad Valenciana
6	País Vasco	País Vasco	Galicia
7	Castilla y León	Canarias	Asturias
8	Canarias	Castilla y León	Aragón
9	Castilla-La Mancha	Murcia	Castilla y León
10	Aragón	Asturias	Murcia
11	Murcia	Aragón	Navarra
12	Asturias	Extremadura	
13	Baleares	Navarra	
14	Cantabria	Cantabria	
15	Extremadura		
16	Navarra		
17	La Rioja		
18			
19			
Máximo	604	205	60
España	2.678	1.068	265
Mínimo	40	18	4
Max/Min	15,1	11,4	15,0

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

Continúa….

Continuación Órganos trasplantados

Indicador	Pulmón	Páncreas	Intestino
Unidad de medida	Número de órganos trasplantados	Número de órganos trasplantados	Número de órganos trasplantados
Posición			
1	Madrid	Cataluña	Madrid
2	Cataluña	Andalucía	
3	Cantabria	Madrid	
4	Comunidad Valenciana	Castilla y León	
5	Andalucía	Comunidad Valenciana	
6	Galicia	Cantabria	
7		Murcia	
8		Canarias	
9		Galicia	
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
Máximo	77	19	6
España	262	81	6
Mínimo	26	2	-
Max/Min	3,0	9,5	-

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

10.1.16 Gasto en recetas médicas del SNS

Indicador	Gasto en recetas médicas del SNS facturadas a través de oficina de farmacia		
Unidad de medida	Gasto medio (euros) por receta	Gasto (euros) por habitante	Recetas (número) por habitante
Posición			
1	Melilla	Extremadura	Extremadura
2	País Vasco	Galicia	Galicia
3	Ceuta	Asturias	Asturias
4	Cantabria	Comunidad Valenciana	Castilla-La Mancha
5	Extremadura	Aragón	Aragón
6	Comunidad Valenciana	Castilla-La Mancha	Castilla y León
7	Asturias	Castilla y León	Andalucía
8	Galicia	Murcia	Comunidad Valenciana
9	Murcia	Cantabria	Murcia
10	La Rioja	País Vasco	Canarias
11	Castilla y León	La Rioja	La Rioja
12	Navarra	Canarias	Cantabria
13	Aragón	Andalucía	Cataluña
14	Castilla-La Mancha	Navarra	Navarra
15	Baleares	Cataluña	País Vasco
16	Madrid	Madrid	Madrid
17	Canarias	Baleares	Baleares
18	Cataluña	Ceuta	Ceuta
19	Andalucía	Melilla	Melilla
Máximo	12,7	267,9	23,3
España	10,8	200,1	18,6
Mínimo	10,0	138,1	10,9
Max/Min	1,3	1,9	2,1

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información Alcántara. Partes estadísticos de facturación de recetas médicas.

10.1.17 Consumo de medicamentos genéricos en el SNS

Indicador	Consumo de Medicamentos genéricos en el SNS	
Unidad de medida	Porcentaje en envases	Porcentaje en importe
Posición		
1	Andalucía	Andalucía
2	Castilla y León	Castilla y León
3	Cataluña	País Vasco
4	País Vasco	Cataluña
5	Madrid	Madrid
6	Castilla-La Mancha	Navarra
7	Ceuta	Castilla-La Mancha
8	Baleares	Aragón
9	Aragón	Ceuta
10	Navarra	Baleares
11	Melilla	Galicia
12	Canarias	Canarias
13	Cantabria	Comunidad Valenciana
14	Galicia	Cantabria
15	La Rioja	Asturias
16	Comunidad Valenciana	La Rioja
17	Extremadura	Extremadura
18	Asturias	Melilla
19	Murcia	Murcia
Máximo	56,8	28,6
España	48,4	22,2
Mínimo	34,1	14,6
Max/Min	1,7	2,0

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información Alcántara.

10.1.18 Gasto sanitario público del sector comunidades autónomas

Indicador	Gasto sanitario público del sector comunidades autónomas		
Unidad de medida	Millones euros	Porcentaje PIB	Euros por habitante
Posición			
1	Cataluña	Extremadura	País Vasco
2	Andalucía	Murcia	Asturias
3	Madrid	Asturias	Murcia
4	Comunidad Valenciana	Cantabria	Extremadura
5	Galicia	Castilla-La Mancha	Navarra
6	País Vasco	Galicia	Cantabria
7	Castilla y León	Canarias	Castilla y León
8	Canarias	Castilla y León	La Rioja
9	Castilla-La Mancha	Andalucía	Galicia
10	Murcia	Comunidad Valenciana	Aragón
11	Aragón	La Rioja	Cataluña
12	Extremadura	País Vasco	Canarias
13	Asturias	Aragón	Castilla-La Mancha
14	Baleares	Navarra	Baleares
15	Navarra	Baleares	Madrid
16	Cantabria	Cataluña	Comunidad Valenciana
17	La Rioja	Madrid	Andalucía
18			
19			
Máximo	9.265	9,1	1.549
España	56.746	5,4	1.208
Mínimo	415	3,8	1.044
Max/Min	22,3	2,4	1,5

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística del Gasto Sanitario Público (EGSP).

10.1.19 Gasto sanitario público en remuneración de personal

Indicador	Gasto sanitario público en remuneración de personal	
Unidad de medida	Millones euros	Porcentaje PIB sobre el gasto de la comunidad
Posición		
1	Andalucía	Aragón
2	Madrid	Castilla y León
3	Cataluña	Navarra
4	Comunidad Valenciana	Castilla-La Mancha
5	Castilla y León	Extremadura
6	País Vasco	País Vasco
7	Galicia	Canarias
8	Castilla-La Mancha	Baleares
9	Canarias	Asturias
10	Murcia	La Rioja
11	Aragón	Cantabria
12	Extremadura	Andalucía
13	Asturias	Murcia
14	Baleares	Galicia
15	Navarra	Madrid
16	Cantabria	Comunidad Valenciana
17	La Rioja	Cataluña
18		
19		
Máximo	4.177	58,8
España	26.133	46,1
Mínimo	200	35,7
Max/Min	21	1,6

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística del Gasto Sanitario Público (EGSP).

10.1.20 Satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario

Indicador	Satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario
Unidad de medida	Escala "10" totalmente satisfecho "1" totalmente insatisfecho
Posición	
1	Navarra
2	Aragón
3	País Vasco
4	La Rioja
5	Cantabria
6	Asturias
7	Castilla y León
8	Madrid
9	Murcia
10	Andalucía
11	Baleares
12	Galicia
13	Comunidad Valenciana
14	Castilla-La Mancha
15	Cataluña
16	Extremadura
17	Ceuta
18	Melilla
19	Canarias
Máximo	7,2
España	6,3
Mínimo	5,6
Max/Min	1,3

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

10.2 Cuadro de Indicadores Internacionales

1. **Cifras de población e indicadores demográficos**: Población residente. Natalidad. Edad media. Dependencia.
2. **Esperanzas de vida**: Esperanza de vida al nacer. Esperanza de vida a los 65 años.
3. **Mortalidad**: Enfermedad isquémica de corazón. Enfermedad cerebro-vascular. Cáncer de pulmón. Cáncer de mama (mujer). Cirrosis hepática. Suicidio. Accidentes de Tráfico
4. **Morbilidad auto-declarada**: Autoevaluación positiva del estado de salud (16 y más años – 65 y más años). Asma. Bronquitis-EPOC. Trastornos depresivos. Hipertensión. Diabetes.
5. **Salud materno-infantil**: Mortalidad infantil. Bajo peso al nacer. Interrupción voluntaria del embarazo.
6. **Hábitos de vida**: Consumo de tabaco. Consumo de alcohol. Obesidad.
7. **Recursos**: Médicos en ejercicio. Farmacéuticos en ejercicio. Camas en hospitales. Oficinas de farmacia.
8. **Actividad asistencial**: Consultas médicas. Altas en hospitales por todas las causas. Altas en hospitales por enfermedades circulatorias. Estancia media en hospitales por todas las causas.
9. **Vacunaciones:** Poliomielitis. Difteria-Tétanos-Tosferina. *Haemophilus influenza* tipo b. Hepatitis B. Sarampión (1ª y 2ª dosis). Gripe en adulto.
10. **Donación y trasplante de órganos**: Donantes fallecidos. Pacientes trasplantados.
11. **Órganos trasplantados**: Riñón. Hígado. Corazón. Pulmón. Páncreas. Intestino.
12. **Calidad percibida y accesibilidad al sistema sanitario**: Calidad percibida del sistema sanitario (del propio país y en comparación con otros países). Necesidades médicas insatisfechas
13. **Consumo de medicamentos**: Medicamentos genéricos (envases, importe). Dosis Diarias Definidas (DDD) por 1.000 habitantes y día de Antihipertensivos, Hipolipemiantes, Antidiabéticos, Antiulcerosos y Antidepresivos.
14. **Gasto sanitario**: Gasto sanitario total corriente (millones, porcentaje del PIB y euros por habitante). Gasto sanitario público corriente.

10.2.1 Cifras de población e indicadores demográficos

Indicador	Población residente	Natalidad	Edad media materna	Dependencia
Unidad de medida	Habitantes	Tasa bruta por 1.000 habitantes	Años	Mayores 64 años por 100 personas en edad productiva (15 a 64)
Posición				
1	Alemania	Irlanda	España	Italia
2	Francia	Reino Unido	Irlanda	Grecia
3	Reino Unido	Francia	Italia	Alemania
4	Italia	Suecia	Luxemburgo	Suecia
5	España	Luxemburgo	Países Bajos	Finlandia
6	Polonia	Bélgica	Grecia	Portugal
7	Rumanía	Chipre	Suecia	Bulgaria
8	Países Bajos	Finlandia	Dinamarca	Letonia
9	Bélgica	Estonia	Alemania	Dinamarca
10	Grecia	República Checa	Chipre	Estonia
11	República Checa	Letonia	Finlandia	Croacia
12	Portugal	Países Bajos	Portugal	Lituania
13	Hungría	Eslovenia	Austria	Bélgica
14	Suecia	Lituania	Bélgica	España
15	Austria	Eslovaquia	Francia	Austria
16	Bulgaria	Dinamarca	Eslovenia	Francia
17	Dinamarca	Rumanía	Malta	Malta
18	Finlandia	Polonia	Reino Unido	Países Bajos
19	Eslovaquia	Malta	República Checa	Reino Unido
20	Irlanda	Croacia	Croacia	Hungría
21	Croacia	Austria	Estonia	República Checa
22	Lituania	Bulgaria	Hungría	Eslovenia
23	Eslovenia	España	Lituania	Rumanía
24	Letonia	Hungría	Letonia	Polonia
25	Estonia	Grecia	Polonia	Luxemburgo
26	Chipre	Alemania	Eslovaquia	Chipre
27	Luxemburgo	Italia	Rumanía	Eslovaquia
28	Malta	Portugal	Bulgaria	Irlanda
Máximo	81.174.000	15,7	31,7	33,1
UE	508.191.116	10,4	30,1	27,5
Mínimo	429.344	8,5	27,1	18,6
Max/Min	189,1	1,8	1,2	1,8

Fuente: Eurostat.

10.2.2 Esperanzas de vida

Indicador	Esperanza de vida al nacer	Esperanza de vida a los 65 años
Unidad de medida	Años	Años
Posición		
1	España	Francia
2	Italia	España
3	Chipre	Italia
4	Francia	Luxemburgo
5	Suecia	Grecia
6	Luxemburgo	Chipre
7	Malta	Finlandia
8	Grecia	Suecia
9	Países Bajos	Malta
10	Austria	Austria
11	Irlanda	Portugal
12	Finlandia	Países Bajos
13	Reino Unido	Bélgica
14	Alemania	Alemania
15	Portugal	Reino Unido
16	Bélgica	Irlanda
17	Eslovenia	Eslovenia
18	Dinamarca	Dinamarca
19	República Checa	Estonia
20	Croacia	Polonia
21	Estonia	República Checa
22	Polonia	Croacia
23	Eslovaquia	Lituania
24	Hungría	Eslovaquia
25	Rumanía	Letonia
26	Bulgaria	Hungría
27	Letonia	Rumanía
28	Lituania	Bulgaria
Máximo	83,2	21,6
UE	80,3	19,6
Mínimo	74,1	16,2
Max/Min	1,1	1,3

Fuente: Eurostat.

10.2.3 Mortalidad

Indicador	Enfermedad Isquémica corazón	Enfermedad cerebro-vascular	Cáncer de pulmón	Cáncer de Mama (mujer)	Cirrosis hepática	Suicidio	Accidentes de tráfico
Unidad de medida	Tasa ajustada por edad por 100.000 hab.	Tasa ajustada por edad por 100.000 hab.	Tasa ajustada por edad por 100.000 hab.	Tasa ajustada por edad por 100.000 hab.	Tasa ajustada por edad por 100.000 hab.	Tasa ajustada por edad por 100.000 hab.	Tasa ajustada por edad por 100.000 hab.
Posición							
1	Lituania	Rumanía	Hungría	Dinamarca	Rumanía	Lituania	Grecia
2	Eslovaquia	Bulgaria	Polonia	P. Bajos	Hungría	Hungría	Rumanía
3	Letonia	Letonia	Croacia	Irlanda	Lituania	Letonia	Croacia
4	Hungría	Lituania	Países Bajos	Malta	Eslovenia	Eslovenia	Polonia
5	Rumanía	Croacia	Dinamarca	Hungría	Eslovaquia	Finlandia	Lituania
6	Estonia	Eslovaquia	Bélgica	Letonia	Croacia	Francia	Chipre
7	R. Checa	Hungría	Eslovenia	Eslovenia	Finlandia	Polonia	Portugal
8	Croacia	R. Checa	R. Checa	Croacia	Estonia	Estonia	Letonia
9	Malta	Polonia	Reino Unido	Reino Unido	Letonia	R. Checa	Estonia
10	Finlandia	Grecia	Rumanía	Alemania	Bulgaria	Croacia	Eslovaquia
11	Bulgaria	Portugal	Grecia	Francia	R. Checa	Austria	Hungría
12	Irlanda	Eslovenia	Irlanda	Luxemburgo	Polonia	Rumanía	Italia
13	Austria	Estonia	Francia	Lituania	Austria	Suecia	Eslovenia
14	Polonia	Malta	Eslovaquia	Estonia	Alemania	Irlanda	Francia
15	Suecia	Finlandia	Estonia	Italia	Dinamarca	Eslovaquia	R. Checa
16	Reino Unido	Italia	Letonia	Chipre	Reino Unido	Alemania	Luxemburgo
17	Alemania	Reino Unido	Alemania	Bélgica	Portugal	Dinamarca	Austria
18	Chipre	Irlanda	España	Bulgaria	Francia	Luxemburgo	Bélgica
19	Eslovenia	Suecia	Italia	Eslovaquia	Bélgica	P. Bajos	Bulgaria
20	Grecia	Luxemburgo	Bulgaria	Rumanía	Luxemburgo	Bélgica	Finlandia
21	Italia	Chipre	Luxemburgo	R. Checa	Italia	Bulgaria	Alemania
22	Bélgica	Dinamarca	Lituania	Austria	España	Portugal	Malta
23	Dinamarca	Bélgica	Austria	Polonia	Irlanda	Reino Unido	España
24	Luxemburgo	Alemania	Malta	Grecia	Malta	España	Irlanda
25	España	España	Finlandia	Finlandia	Grecia	Italia	Dinamarca
26	Países Bajos	Países Bajos	Suecia	Suecia	Suecia	Malta	Países Bajos
27	Portugal	Austria	Portugal	Portugal	Chipre	Grecia	Reino Unido
28	Francia	Francia	Chipre	España	Países Bajos	Chipre	Suecia
Máximo	313,9	167	65,1	27,6	46,6	28,5	10,7
UE	77,9	49,9	36,7	22,7	12,7	10,2	5,7
Mínimo	30,3	25,1	23,8	17,6	3,7	3,4	2,5
Max/Min	10,4	6,7	2,7	1,6	12,6	8,4	4,3

Fuente : WHO/Europe, European HFA Database.

10.2.4 Morbilidad

Indicador	Autovaloración positiva del estado de salud	Autovaloración positiva del estado de salud	Asma	Bronquitis EPOC	Trastornos depresivos	Hipertensión	Diabetes
Unidad de medida	Porcentaje de población adulta 16 y más años	Porcentaje de población adultas 65 y más años	Porcentaje de población adulta 15 y más años	Porcentaje de población adulta 15 y más años	Porcentaje de población adulta 15 y más años	Porcentaje de población adulta 15 y más años	Porcentaje de población adulta 15 y más años
Posición							
1	Irlanda	Suecia	Francia	Hungría	Bélgica	Hungría	Hungría
2	Suecia	Irlanda	Hungría	Francia	España	Eslovaquia	Grecia
3	Chipre	Países Bajos	Malta	Bélgica	Hungría	Eslovenia	Alemania
4	Países Bajos	Dinamarca	Austria	Austria	Malta	Alemania	Malta
5	Bélgica	Reino Unido	España	España	Francia	Bulgaria	Eslovenia
6	Grecia	Bélgica	Bélgica	Bulgaria	Eslovenia	R. Checa	R. Checa
7	Reino Unido	Luxemburgo	R. Checa	Eslovaquia	R. Checa	Letonia	Eslovaquia
8	Malta	Austria	Chipre	Letonia	Chipre	Polonia	España
9	Luxemburgo	Alemania	Grecia	Eslovenia	Grecia	Austria	Austria
10	Dinamarca	Francia	Polonia	Polonia	Polonia	Grecia	Chipre
11	España	España	Eslovenia	Grecia	Eslovaquia	Chipre	Francia
12	Rumania	Finlandia	Eslovaquia	R. Checa	Letonia	Estonia	Polonia
13	Austria	Chipre	Estonia	Chipre	Bulgaria	Malta	Bélgica
14	Francia	Malta	Letonia	Estonia	Rumania	España	Bulgaria
15	Bulgaria	Grecia	Bulgaria	Rumania		Bélgica	Letonia
16	Italia	Eslovenia	Rumania	Malta		Rumania	Estonia
17	Eslovaquia	Italia				Francia	Rumania
18	Alemania	R. Checa					
19	Eslovenia	Bulgaria					
20	Finlandia	Rumania					
21	R. Checa	Eslovaquia					
22	Polonia	Polonia					
23	Hungría	Croacia					
24	Estonia	Estonia					
25	Croacia	Hungría					
26	Lituania	Portugal					
27	Portugal	Letonia					
28	Letonia	Lituania					
Máximo	82,0	68,2	7,0	4,7	5,6	35,4	7,9
UE	67,1	37,1	-	-	-	-	-
Mínimo	45,2	5,3	1,6	1,2	0,8	14,7	3,1
Max/Min	1,8	12,9	4,4	3,9	7,0	2,4	2,5

Fuente: Eurostat. Statistics on Income and Living Conditions (SICL).

10.2.5 Salud materno-infantil

Indicador	Mortalidad infantil	Bajo peso al nacer	Interrupción Voluntaria del Embarazo
Unidad de medida	Tasa 1.000 nacidos vivos	Porcentaje recién nacidos	Notificadas por 1.000 nacidos
Posición			
1	Rumanía	Chipre	Bulgaria
2	Bulgaria	Grecia	Rumania
3	Malta	Hungría	Estonia
4	Eslovaquia	Bulgaria	Hungría
5	Hungría	Portugal	Suecia
6	Polonia	Rumanía	Dinamarca
7	Letonia	Eslovaquia	Letonia
8	Croacia	Malta	Francia
9	Luxemburgo	Reino Unido	España
10	Países Bajos	España	Reino Unido
11	Reino Unido	República Checa	Portugal
12	Grecia	Italia	República Checa
13	Lituania	Luxemburgo	Italia
14	Francia	Bélgica	Eslovenia
15	Bélgica	Alemania	Lituania
16	Dinamarca	Austria	Finlandia
17	Irlanda	Francia	Países Bajos
18	Alemania	Eslovenia	Bélgica
19	Austria	Países Bajos	Alemania
20	Eslovenia	Polonia	Eslovaquia
21	Italia	Dinamarca	Grecia
22	Portugal	Irlanda	Croacia
23	España	Croacia	Polonia
24	Suecia	Letonia	
25	República Checa	Lituania	
26	Estonia	Suecia	
27	Finlandia	Estonia	
28	Chipre	Finlandia	
Máximo	9,2	11,5	443,2
UE	3,7	7,1	216,4
Mínimo	1,6	4,1	2,0
Max/Min	5,8	2,8	221,6

Fuente: Eurostat. WHO/Europe, European HFA Database.

10.2.6 Hábitos de vida

Indicador	Consumo de tabaco	Consumo de alcohol	Obesidad
Unidad de medida	Porcentaje de fumadores diarios adultos (15 y más años)	Litros de alcohol puro per cápita (15 y más años)	Porcentaje en población adulta (15 y más años)
Posición			
1	Grecia	Lituania	Hungría
2	Croacia	República Checa	Reino Unido
3	Letonia	Austria	Irlanda
4	Bulgaria	Irlanda	Luxemburgo
5	Hungría	Francia	Malta
6	Estonia	Estonia	República Checa
7	Chipre	Luxemburgo	Grecia
8	Francia	Alemania	Eslovenia
9	Irlanda	Eslovaquia	Estonia
10	España	Hungría	Letonia
11	Polonia	Portugal	Eslovaquia
12	Austria	Croacia	España
13	República Checa	Polonia	Finlandia
14	Lituania	Bélgica	Polonia
15	Italia	Dinamarca	Chipre
16	Alemania	Eslovenia	Portugal
17	Bélgica	Reino Unido	Alemania
18	Rumania	Bulgaria	Francia
19	Eslovenia	Letonia	Bélgica
20	Eslovaquia	España	Dinamarca
21	Malta	Finlandia	Países Bajos
22	Reino Unido	Países Bajos	Austria
23	Portugal	Rumania	Suecia
24	Países Bajos	Chipre	Bulgaria
25	Dinamarca	Grecia	Italia
26	Finlandia	Malta	Rumania
27	Luxemburgo	Suecia	
28	Suecia	Italia	
Máximo	38,9	12,9	28,5
UE	23,0	10	16,7
Mínimo	13,1	6,1	7,9
Max/Min	3,0	2,1	3,6

Fuente: WHO/Europe, European HFA Database. OECD, Health at a Glance: Europe.

10.2.7 Recursos

Indicador	Médicos en ejercicio	Enfermeras en ejercicio	Farmacéuticos en ejercicio	Camas en hospitales	Oficinas de Farmacia
Unidad de medida	Tasa por 1.000 habitantes	Tasa por 1.000 habitantes	Tasa por 1.000 habitantes	Tasa por 1.000 habitantes	Tasa por 100.000 habitantes
Posición					
1	Grecia	Dinamarca	Finlandia	Alemania	Malta
2	Austria	Finlandia	Bélgica	Austria	España
3	Lituania	Alemania	Irlanda	Lituania	Lituania
4	Portugal	Irlanda	España	Hungría	Bélgica
5	Alemania	Luxemburgo	Malta	Bulgaria	Irlanda
6	Suecia	Suecia	Francia	Rumanía	Rumania
7	Bulgaria	Francia	Grecia	Polonia	Polonia
8	Italia	Bélgica	Italia	República Checa	Francia
9	España	Reino Unido	Reino Unido	Bélgica	Italia
10	República Checa	Países Bajos	Portugal	Francia	Portugal
11	Dinamarca	República Checa	Suecia	Croacia	Alemania
12	Malta	Eslovenia	Rumania	Eslovaquia	Croacia
13	Países Bajos	Austria	Hungría	Letonia	Hungría
14	Estonia	Lituania	Luxemburgo	Luxemburgo	República Checa
15	Chipre	Malta	Polonia	Estonia	Reino Unido
16	Hungría	Hungría	Croacia	Finlandia	Austria
17	Letonia	Croacia	Austria	Grecia	Finlandia
18	Francia	Estonia	Letonia	Malta	Suecia
19	Croacia	Italia	Estonia	Países Bajos	Países Bajos
20	Finlandia	Portugal	Alemania	Eslovenia	Dinamarca
21	Eslovaquia	Eslovaquia	República Checa	Chipre	
22	Bélgica	Rumania	Eslovenia	Italia	
23	Luxemburgo	Polonia	Dinamarca	Portugal	
24	Reino Unido	España	Eslovaquia	Dinamarca	
25	Irlanda	Chipre	Chipre	España	
26	Eslovenia	Letonia	Países Bajos	Irlanda	
27	Rumania	Bulgaria		Reino Unido	
28	Polonia	Grecia		Suecia	
Máximo	6,2	16,6	1,3	8,2	52
UE	3,5	8,5	0,8	5,3	28
Mínimo	2,2	3,6	0,2	2,6	4
Max/Min	2,8	4,4	6,1	3,2	12,7

Observaciones: en el caso de las enfermeras en ejercicio las comparaciones entre países deben hacerse de forma cautelosa ya que no es homogénea la información que los países incluyen en el concepto *enfermeras en ejercicio*.

Fuente: WHO/Europe, European HFA Database. Eurostat. Health care database. OECD, Health at a Glance indicators.

10.2.8 Actividad asistencial

Indicador	Consultas médicas	Altas en hospitales por todas las causas	Estancia media en hospitales por todas las causas
Unidad de medida	Per cápita año	Altas por 1.000 habitantes	Días
Posición			
1	Hungría	Bulgaria	Finlandia
2	República Checa	Austria	Hungría
3	Eslovaquia	Alemania	República Checa
4	Alemania	Lituania	Francia
5	Bélgica	Rumania	Alemania
6	España	República Checa	Luxemburgo
7	Polonia	Francia	Portugal
8	Austria	Hungría	Croacia
9	Italia	Grecia	Letonia
10	Eslovenia	Eslovaquia	Austria
11	Luxemburgo	Letonia	Italia
12	Estonia	Eslovenia	Bélgica
13	Francia	Estonia	Lituania
14	Países Bajos	Croacia	España
15	Reino Unido	Finlandia	Estonia
16	Dinamarca	Polonia	Eslovaquia
17	Portugal	Bélgica	Rumania
18	Irlanda	Suecia	Reino Unido
19	Suecia	Dinamarca	Polonia
20	Finlandia	Malta	Grecia
21		Luxemburgo	Eslovenia
22		Irlanda	Países Bajos
23		Reino Unido	Irlanda
24		Italia	Suecia
25		Países Bajos	Chipre
26		España	Bulgaria
27		Portugal	Malta
28		Chipre	Dinamarca
Máximo	11,7	305,0	10,8
UE	6,7	175,0	7,5
Mínimo	2,6	78,0	4,3
Max/Min	4,5	3,9	2,5

Fuente: OECD Health Data. Eurostat.

10.2.9 Vacunaciones

Indicador	Poliomielitis	Difteria-Tétanos-Tosferina	*Haemophilus influenza* tipo b	Hepatitis B	Sarampión	Sarampión	Gripe
Unidad de medida	Porcentaje vacunados	Porcentaje vacunados	Porcentaje vacunados	Porcentaje vacunados	Porcentaje vacunados 1ªd	Porcentaje vacunados 2ªd	Porcentaje vacunados >65
Posición							
1	Bélgica	Bélgica	Hungría	R. Checa	Grecia	Eslovaquia	Reino Unido
2	Chipre	Chipre	Malta	Bélgica	Hungría	Hungría	Países Bajos
3	Francia	Francia	Polonia	Eslovaquia	Malta	Portugal	España
4	Grecia	Grecia	R. Checa	Grecia	R. Checa	Eslovenia	Irlanda
5	Hungría	Hungría	Eslovaquia	Portugal	Eslovaquia	Letonia	Italia
6	Luxemburgo	Luxemburgo	Finlandia	Italia	Polonia	Suecia	Francia
7	Malta	Malta	Francia	Chipre	Portugal	Bélgica	Malta
8	Polonia	Polonia	Luxemburgo	Polonia	Alemania	Polonia	Alemania
9	R. Checa	R. Checa	Portugal	España	Finlandia	Alemania	Dinamarca
10	Eslovaquia	Eslovaquia	Suecia	Irlanda	Suecia	Estonia	Portugal
11	Finlandia	Finlandia	Países Bajos	Letonia	Letonia	Lituania	Suecia
12	Portugal	Portugal	Reino Unido	Países Bajos	Países Bajos	Países Bajos	Luxemburgo
13	Suecia	Suecia	Chipre	Luxemburgo	España	España	Finlandia
14	Italia	Italia	España	Malta	Luxemburgo	Reino Unido	Hungría
15	Países Bajos	Países Bajos	Italia	Estonia	Reino Unido	Chipre	Croacia
16	Alemania	Alemania	Eslovenia	Lituania	Eslovenia	Malta	Lituania
17	España	España	Irlanda	Alemania	Estonia	Dinamarca	Eslovenia
18	Irlanda	Irlanda	Letonia	Austria	Irlanda	Grecia	Rumanía
19	Reino Unido	Reino Unido	Alemania	Francia	Lituania	Luxemburgo	Polonia
20	Eslovenia	Eslovenia	Dinamarca		Bélgica	Francia	Letonia
21	Letonia	Letonia	Estonia		Italia	Austria	Estonia
22	Dinamarca	Dinamarca	Grecia		Dinamarca		
23	Estonia	Estonia	Lituania		Francia		
24	Lituania	Lituania	Bélgica		Chipre		
25	Austria	Austria	Austria		Austria		
26							
27							
28							
Máximo	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	75,5
UE	97,0	97,0	96,0	94,0	94,0	89,0	38,5
Mínimo	83,0	83,0	83,0	74,0	76,0	64,0	1,0
Max/Min	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,5	75,5

Fuente: WHO Regional Office for Europe. CSID. ECDC. Seasonal influenza vaccination in Europe.

10.2.10 Donación y trasplante de órganos

Indicador	Donantes fallecidos	Pacientes trasplantados
Unidad de medida	Tasa por millón de población	Tasa por millón de población
Posición		
1	España	Austria
2	Croacia	España
3	Malta	Bélgica
4	Portugal	Croacia
5	Bélgica	Suecia
6	Francia	Francia
7	Austria	Países Bajos
8	República Checa	República Checa
9	Italia	Reino Unido
10	Finlandia	Portugal
11	Eslovenia	Dinamarca
12	Reino Unido	Finlandia
13	Hungría	Eslovenia
14	Estonia	Italia
15	Suecia	Malta
16	Países Bajos	Hungría
17	Polonia	Irlanda
18	Letonia	Alemania
19	Dinamarca	Polonia
20	Irlanda	Estonia
21	Eslovaquia	Lituania
22	Alemania	Letonia
23	Lituania	Eslovaquia
24	Luxemburgo	Chipre
25	Rumanía	Rumanía
26	Bulgaria	Grecia
27	Grecia	Bulgaria
28	Chipre	
Máximo	35,7	92,6
UE	19,7	60,6
Mínimo	4,2	11,0
Max/Min	8,5	8,4

Fuente: Consejo de Europa. Organización Nacional de Trasplantes (ONT) de España.

10.2.11 Órganos trasplantados

Indicador	Riñón	Hígado	Corazón	Pulmón	Páncreas	Intestino
Unidad de medida	Tasa por millón de población	Tasa por millón de población	Tasa por millón de población	Tasa por millón de población	Tasa por millón de población	Tasa por millón de población
Posición						
1	Países Bajos	Croacia	Eslovenia	Austria	Suecia	Bélgica
2	España	Bélgica	R. Checa	Bélgica	Reino Unido	Reino Unido
3	Austria	España	Austria	Suecia	R. Checa	R. Checa
4	Reino Unido	Francia	Croacia	Irlanda	Finlandia	Suecia
5	Francia	Portugal	Bélgica	España	Austria	Alemania
6	Malta	Suecia	Suecia	Países Bajos	Portugal	España
7	R. Checa	Italia	Francia	Francia	España	Francia
8	Croacia	Austria	Hungría	Dinamarca	Países Bajos	
9	Suecia	R. Checa	Dinamarca	Estonia	Alemania	
10	Dinamarca	Eslovenia	España	Alemania	Hungría	
11	Finlandia	Reino Unido	Finlandia	Finlandia	Irlanda	
12	Bélgica	Alemania	Portugal	Reino Unido	Croacia	
13	Portugal	Finlandia	Lituania	R. Checa	Francia	
14	Hungría	Países Bajos	Irlanda	Italia	Bélgica	
15	Irlanda	Polonia	Alemania	Portugal	Polonia	
16	Italia	Irlanda	Italia	Lituania	Italia	
17	Polonia	Dinamarca	Eslovaquia	Polonia	Lituania	
18	Letonia	Estonia	Países Bajos		Rumanía	
19	Eslovenia	Hungría	Reino Unido			
20	Chipre	Rumanía	Malta			
21	Alemania	Eslovaquia	Polonia			
22	Estonia	Lituania	Grecia			
23	Lituania	Bulgaria	Letonia			
24	Eslovaquia	Grecia	Bulgaria			
25	Rumanía	Chipre	Rumanía			
26	Grecia	Letonia				
27	Bulgaria	Malta				
28						
Máximo	59,8	29,1	15,7	15,8	4,0	0,4
UE	38,5	14,5	4,2	3,6	1,6	0,1
Mínimo	7,8	2,5	0,2	0,5	0,6	0,0
Max/Min	7,7	11,6	78,5	31,6	6,7	-

Observaciones: Intestino, aunque la tasa por millón de población de Francia es cero, se han realizado 3 trasplantes

Fuente. Consejo de Europa. Organización Nacional de Trasplantes (ONT) de España.

10.2.12 Calidad percibida y accesibilidad al sistema sanitario

Indicador	Calidad percibida atención sanitaria Buena	Calidad percibida país de origen Mejor que otro país UE	Necesidades insatisfechas de atención médica
Unidad de medida	Porcentaje de población	Porcentaje de población	Porcentaje de población
Posición			
1	Bélgica	Bélgica	Letonia
2	Austria	Alemania	Rumania
3	Finlandia	Austria	Grecia
4	Malta	Países Bajos	Bulgaria
5	Países Bajos	Francia	Polonia
6	Alemania	Finlandia	Estonia
7	Luxemburgo	Dinamarca	Italia
8	Francia	España	Chipre
9	Dinamarca	Luxemburgo	Finlandia
10	Suecia	Suecia	Croacia
11	Reino Unido	Reino Unido	Irlanda
12	Rep. Checa	Malta	Lituania
13	España	Irlanda	Portugal
14	Chipre	Lituania	Francia
15	Eslovenia	República Checa	Hungría
16	Estonia	Estonia	Bélgica
17	Lituania	Eslovenia	Eslovaquia
18	Irlanda	Italia	Suecia
19	Croacia	Chipre	Alemania
20	Italia	Croacia	Reino Unido
21	Portugal	Letonia	Dinamarca
22	Eslovaquia	Hungría	República Checa
23	Hungría	Bulgaria	Luxemburgo
24	Letonia	Grecia	Malta
25	Polonia	Portugal	España
26	Bulgaria	Eslovaquia	Austria
27	Grecia	Polonia	Países Bajos
28	Rumanía	Rumanía	Eslovenia
Máximo	97	67	13,8
UE	71	34	3,6
Mínimo	25	4	0
Max/Min	3,9	16,8	-

Fuente: European Commission. Eurostat.

10.2.13 Consumo de medicamentos

Indicador	Medicamentos genéricos	Medicamentos genéricos
Unidad de medida	Porcentaje en envases	Porcentaje en importe
Posición		
1	Reino Unido	Austria
2	Alemania	Eslovaquia
3	Dinamarca	Alemania
4	Eslovaquia	Reino Unido
5	Austria	Dinamarca
6	España	Portugal
7	Portugal	España
8	Bélgica	Grecia
9	Francia	Francia
10	Irlanda	Bélgica
11	Italia	Irlanda
12	Grecia	Italia
13	Luxemburgo	Luxemburgo
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
Máximo	80,5	22,2
UE	42,2	3,6
Mínimo	7,8	11,4
Max/Min	10,3	22,2
Fuente: OECD Health Statistics.		

Continúa …

Continuación Consumo de medicamentos

Indicador	Antihipertensivos	Hipolipemiantes	Antidiabéticos	Antiulcerosos	Antidepresivos
Unidad de medida	DDD por 1.000 habitantes por día	DDD por 1.000 habitantes por día	DDD por 1.000 habitantes por día	DDD por 1.000 habitantes por día	DDD por 1.000 habitantes por día
Posición					
1	Alemania	Reino Unido	Finlandia	España	Portugal
2	Hungría	Eslovaquia	Alemania	Países Bajos	Dinamarca
3	R. Checa	Bélgica	Reino Unido	Italia	Suecia
4	Finlandia	Dinamarca	R. Checa	Bélgica	Reino Unido
5	Eslovenia	Luxemburgo	Hungría	Reino Unido	Bélgica
6	Dinamarca	Países Bajos	Países Bajos	Alemania	Finlandia
7	Italia	Eslovenia	Eslovenia	Luxemburgo	España
8	Reino Unido	Hungría	España	Portugal	Austria
9	Eslovaquia	R. Checa	Italia	Austria	Luxemburgo
10	Suecia	Finlandia	Luxemburgo	Suecia	Alemania
11	Bélgica	Portugal	Bélgica	Hungría	Eslovenia
12	Estonia	España	Portugal	Finlandia	R. Checa
13	Países Bajos	Suecia	Eslovaquia	R.Checa	Italia
14	España	Italia	Estonia	Dinamarca	Países Bajos
15	Portugal	Alemania	Suecia	Eslovenia	Eslovaquia
16	Luxemburgo	Austria	Dinamarca	Eslovaquia	Hungría
17	Austria	Estonia	Austria	Estonia	Estonia
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
Máximo	566,6	134,2	85,0	120,7	85,1
UE	362,8	97,7	66,0	71,7	55,9
Mínimo	191,1	41,0	39,4	31,6	20,6
Max/Min	3,0	3,3	2,2	3,8	4,1

Fuente: OECD Health Statistics.

10.2.14 Gasto sanitario

Indicador	Gasto sanitario total corriente			Gasto sanitario público corriente
Unidad de medida	Millones euros	Porcentaje PIB	Euros por habitante	Porcentaje sobre gasto total
Posición				
1	Alemania	Países Bajos	Dinamarca	Países Bajos
2	Francia	Alemania	Países Bajos	Reino Unido
3	Italia	Francia	Luxemburgo	Dinamarca
4	España	Dinamarca	Suecia	República Checa
5	Países Bajos	Bélgica	Austria	Suecia
6	Bélgica	Austria	Alemania	Luxemburgo
7	Suecia	Grecia	Bélgica	Rumanía
8	Austria	Malta	Francia	Croacia
9	Dinamarca	Suecia	Finlandia	Francia
10	Polonia	Portugal	Irlanda	Bélgica
11	Finlandia	España	Italia	Estonia
12	Grecia	Italia	España	Italia
13	Portugal	Eslovenia	Eslovenia	Alemania
14	Irlanda	Finlandia	Grecia	Austria
15	República Checa	Reino Unido	Chipre	Finlandia
16	Hungría	Irlanda	Portugal	Eslovaquia
17	Rumanía	Bulgaria	República Checa	España
18	Eslovaquia	Hungría	Eslovaquia	Eslovenia
19	Eslovenia	Eslovaquia	Estonia	Polonia
20	Croacia	República Checa	Hungría	Irlanda
21	Bulgaria	Chipre	Croacia	Lituania
22	Luxemburgo	Croacia	Lituania	Portugal
23	Lituania	Luxemburgo	Polonia	Grecia
24	Chipre	Lituania	Letonia	Hungría
25	Estonia	Polonia	Bulgaria	Letonia
26	Letonia	Estonia	Rumanía	Bulgaria
27		Letonia		Chipre
28		Rumanía		
Máximo	308.484	11,1	4.655,0	87,6
UE	42.969	8,3	2.120,0	71,8
Mínimo	1.077	5,5	358,0	46,5
Max/Min	286,4	2,0	13,0	1,9

Fuente: Eurostat. España: MSSI. Sistema de Cuentas de Salud. Eurostat. España: MSSI. Sistema de Cuentas de Salud. Malta: OECD Health at a Glance: Europe.

Índice de Tablas

Tabla 1-1 Cifras de población residente a 1 de enero de 2015 por comunidad autónoma, según sexo 29
Tabla 1-2 Tasa de natalidad por 1.000 habitantes y edad media materna en años, según comunidad autónoma, 2014..... 31
Tabla 1-3 Evolución de la tasa de dependencia total según comunidad autónoma, 2000, 2004, 2008 y 2014 32
Tabla 1-4 Esperanza de vida al nacer por sexo, 2001 y 2013 33
Tabla 1-5 Evolución de la esperanza de vida al nacer por comunidad autónoma. 2001 y 2013 34
Tabla 1-6 Evolución de la esperanza de vida a los 65 años por sexo, 2001 y 2013..... 34
Tabla 1-7 Evolución de la esperanza de vida a los 65 años por comunidad autónoma, 2001 y 2013 35
Tabla 1-8 Mortalidad general. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2013 y porcentaje de cambio 2013/2001..... 36
Tabla 1-9 Enfermedad isquémica del corazón. Tasa de moralidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2013 y porcentaje de cambio 2013/2001 37
Tabla 1-10 Enfermedad cerebrovascular. Tasa de moralidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2013 y porcentaje de cambio 2013/2001 37
Tabla 1-11 Cáncer de pulmón. Porcentaje de cambio en la tasa de mortalidad ajustada por edad en hombres y mujeres y comunidad autónoma, 2013/2001 39
Tabla 1-12 Cáncer de mama en mujeres. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes por comunidad autónoma, 2013 y porcentaje de cambio 2013/2001 40
Tabla 1-13 Cirrosis hepática. Tasa de moralidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2013 y porcentaje de cambio 2013/2001..... 41
Tabla 1-14 Accidentes de tráfico. Tasa de moralidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2013 y porcentaje de cambio 2013/2001..... 42
Tabla 1-15 Suicidio. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes por comunidad autónoma, 2013 y porcentaje de cambio 2013/2001 43
Tabla 1-16 Autovaloración positiva del estado de salud en el total de población según sexo y comunidad autónoma, 2011/2012 45
Tabla 1-17 Autovaloración positiva del estado de salud en la población de 65 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2011/2012..... 46
Tabla 1-18 Problemas de salud crónicos en población de 15 y más años. Distribución porcentual según sexo, 2011/2012 47
Tabla 1-19 Prevalencia declarada de hipertensión arterial en población adulta según sexo y comunidad autónoma, 2011/2012 48
Tabla 1-20 Prevalencia declarada de colesterol alto en población adulta según sexo y comunidad autónoma, 2011/2012 48
Tabla 1-21 Prevalencia de la diabetes en población adulta según sexo y comunidad autónoma, 2011/2012 49
Tabla 1-22 Problemas de salud crónicos o de larga duración en población infantil menor 15 años. Distribución porcentual según sexo, 2011/2012 50
Tabla 1-23 Tuberculosis, casos declarados y tasas por 100.000 habitantes, según categoría de localización, 2014 52

Tabla 1-24 Casos nuevos de sida, distribución por categoría de transmisión según sexo, 2013 55
Tabla 1-25 Plan Estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud 57
Tabla 1-26 Tasa de mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos según comunidad autónoma, 2013 58
Tabla 1-27 Prevalencia del bajo peso al nacer (peso inferior a 2.500 gramos) por cada 100 nacidos, según comunidad autónoma, 2013 59
Tabla 1-28 Incidencia de Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres en menores de 20 años y entre 15 y 44 años, según comunidad autónoma de residencia, 2013 61
Tabla 1-29 Número medio de problemas de salud activos por usuario de los centros de salud de atención primaria , según grupo de edad y sexo, 2011..... 63
Tabla 1-30 Cinco problemas de salud más frecuentes según edad y sexo. Tasa por 1.000 personas asignadas a los centros de salud de atención primaria, 2011 63
Tabla 1-31 Hospitalización por los principales grupos diagnósticos, 2013 68
Tabla 1-32 Cinco grupos diagnósticos más frecuentes según sexo y grupo de edad, 2013 69
Tabla 1-33 Altas hospitalarias por grupos diagnósticos según dependencia del hospital, 2013 72
Tabla 1-34 Unidades propuestas por las comunidades y ciudades autónomas para el aislamiento, estudio de los casos en investigación y cuarentena de los contacto de riesgo por virus Ébola, 2015 74
Tabla 1-35 Hospitales propuestos para el tratamiento de casos confirmados de Enfermedad por virus Ébola, 2015 74
Tabla 1-36 Prevalencia del consumo diario de tabaco en la población de 15 y más años, 2011/2012 77
Tabla 1-37 Evolución del porcentaje de fumadores diarios (últimos 30 días) en población de 16 a 64 años, según situación laboral, 2007 y 2013..... 78
Tabla 1-38 Evolución del porcentaje de fumadores pasivos en el lugar de trabajo en población laboral de 16 a 64 años, 2007 y 2013 78
Tabla 1-39 Tendencia en el consumo de alcohol considerado de riesgo para la salud en población adulta (15 y más años). Distribución porcentual según sexo, 2006, 2009, 2011/2012 81
Tabla 1-40 Consumo intensivo de alcohol en el último mes en población adulta (15 y más años). Distribución porcentual según sexo y grupo de edad, 2011/2012..... 81
Tabla 1-41 Porcentaje de población laboral, según importancia otorgada al problema de consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral, 2007 y 2013..... 82
Tabla 1-42 Tendencia del porcentaje de personas de 18 y más años con obesidad según el nivel de estudios, 2001-2011/2012 83
Tabla 1-43 Tendencia del porcentaje de personas de 18 y más años con obesidad, según la comunidad autónoma de residencia, 2001-2011/2012 83
Tabla 1-44 Índice de masa corporal en población adulta e infantil, 2011/2012..... 84
Tabla 1-45 En su lugar de trabajo ¿se fomenta el hábito de la alimentación saludable?, 2014 84
Tabla 1-46 Sedentarismo en población adulta (15 y más años). Distribución porcentual según sexo y comunidad autónoma, 2011/2012..... 85
Tabla 1-47 Actividad física regular en tiempo libre en población infantil (5-14 años) según sexo y comunidad autónoma , 2011/2012..... 87

Tabla 1-48 Grados de actividad física en el trabajo o actividad principal en población ocupada, estudiante o dedicada a las labores del hogar de 16 y más años según sexo, 2011/2012 87
Tabla 1-49 *En su lugar de trabajo ¿se realiza algún tipo de actividades de promoción de la actividad física?*, 2014 88
Tabla 2-1 Número y tasa por 1.000 habitantes de médicos en ejercicio en el Sistema Nacional de Salud, total y distribución por nivel de atención, 2014 89
Tabla 2-2 En el caso de que usted pudiese elegir *¿elegiría un servicio sanitario público o un privado teniendo en cuenta…la capacitación de los médicos*, 2014 90
Tabla 2-3 Número de profesionales de medicina de familia y pediatría de atención primaria del Sistema Nacional de Salud y tasa por cada 1.000 personas asignadas según comunidad autónoma, 2014 91
Tabla 2-4 Número y tasa por 1.000 habitantes de médicos de atención especializada en ejercicio en los hospitales del Sistema Nacional de Salud por comunidad autónoma, 2014 91
Tabla 2-5 Número y tasa por 1.000 habitantes de enfermeras en ejercicio en el Sistema Nacional de Salud, total y distribución por nivel de atención, 2014 93
Tabla 2-6 En el caso de que usted pudiese elegir *¿elegiría un servicio sanitario público o un privado teniendo en cuenta..... la capacitación de los enfermeras?*, 2014 93
Tabla 2-7 Número y tasa por 1.000 personas asignadas de enfermeras en atención primaria del SNS, según comunidad autónoma, 2014 93
Tabla 2-8 Número y tasa por 1.000 habitantes de enfermeras en hospitales del SNS por comunidad autónoma, 2014 94
Tabla 2-9 Ratio de enfermeras por médico en el SNS según nivel asistencial, 2014 95
Tabla 2-10 Número y tasa por 1.000 habitantes de farmacéuticos en hospitales del SNS, 2014 96
Tabla 2-11 Número de farmacéuticos en hospitales del SNS y tasa por 100.000 habitantes por comunidad autónoma, 2014 97
Tabla 2-12 Número de centros de salud y consultorios locales de atención primaria del SNS, ratio de CL/CS y tasa de CS más CL por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2015 98
Tabla 2-13 Número de oficinas de farmacia y tasa por 100.00 habitantes según comunidad autónoma, 2014 100
Tabla 2-14 Evolución del número de oficinas de farmacia según comunidad autónoma, 2010 y 2014 101
Tabla 2-15 Hospitales según tamaño (número de camas instaladas) por comunidad autónoma, 2015 102
Tabla 2-16 Número de hospitales del SNS según dependencia funcional y finalidad asistencial, 2013 104
Tabla 2-17 Número y tasa por 100.000 habitantes de hospitales del SNS por comunidades autónomas, 2013 104
Tabla 2-18 Número y tasa por 1.000 habitantes de camas en funcionamiento en el SNS según finalidad asistencial, 2013 105
Tabla 2-19 Número y tasa por 100.000 habitantes de puestos de hospital de día del SNS según finalidad asistencial, 2013 105
Tabla 2-20 Dotación de camas hospitalarias en funcionamiento y puestos de hospital de día por comunidad autónoma en el Sistema Nacional de Salud, 2013 106
Tabla 2-21 Evolución del número total de camas en funcionamiento y puestos de hospital de día de los hospitales del SNS, 2010-2014 106

Tabla 2-22 Dotación de las tecnologías médicas. Número de equipos, porcentaje sobre el total de equipos en funcionamiento y tasa por millón de población. SNS, 2013 107
Tabla 2-23 Número de equipos y porcentaje sobre el total de equipos en funcionamiento de Tomografía Axial Computerizada y de Resonancia Nuclear Magnética por comunidades autónomas. SNS, 2013 108
Tabla 2-24 Número de equipos y porcentaje sobre el total de equipos en funcionamiento de mamógrafos por comunidades autónomas. SNS, 2013 109
Tabla 2-25 Número de equipos y porcentaje sobre el total de equipos en funcionamiento de equipos de Radioterapia (bombas de telecobaltoterapia y aceleradores lineales) por comunidades autónomas. SNS, 2013 109
Tabla 2-26 Distribución de los centros servicios y unidades de referencia del SNS según comunidad autónoma, 2014..... 110
Tabla 2-27 Relación de nuevos centros servicios y unidades de referencia del SNS designados en 2014..... 111
Tabla 2-28 Red de equipos de trasplantes, 2014 112
Tabla 3-1 Actividad asistencial ordinaria según profesional de atención primaria del SNS, 2010-2014 113
Tabla 3-2 Frecuentación (consultas por persona asignada y año) a medicina y enfermería en atención primaria según comunidad autónoma, 2014 114
Tabla 3-3 Calendario común de vacunación infantil acordado por el Consejo Interterritorial del SNS, 2015 116
Tabla 3-4 Porcentaje de coberturas de primovacunación (series básicas), 2010-2014 116
Tabla 3-5 Porcentaje de coberturas de primovacunación (series básicas) por comunidades autónomas, 2014..... 117
Tabla 3-6 Porcentaje de coberturas de vacunación de refuerzo: niños vacunados de 1 a 2 años, 2010-2014 117
Tabla 3-7 Porcentaje de coberturas de vacunación de refuerzo: niños vacunados de 1 a 2 años por comunidades autónomas, 2014 118
Tabla 3-8 Porcentaje de coberturas de vacunación de sarampión-rubéola-parotiditis, 2010-2014..... 118
Tabla 3-9 Cobertura de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis por comunidades autónomas, 2014..... 119
Tabla 3-10 Cobertura de vacunación frente a la gripe en personas mayores de 65 años por comunidades autónomas, campaña 2014/2015 120
Tabla 3-11 Citación con el médico de familia, 2010-2014 122
Tabla 3-12 Conocimiento, uso y valoración de la cita por internet para la consulta del médico de familia según comunidad autónoma, 2014 123
Tabla 3-13 Actividad médica, quirúrgica y obstétrica en hospitales y centros de especialidades según dependencia, 2013-2014 126
Tabla 3-14 Altas por todas las causas de hospitalización por cada 1.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014 127
Tabla 3-15 Indicadores de actividad asistencial según dependencia, 2013 y 2014..... 128
Tabla 3-16 Estancia media (días) por todas las causas de hospitalización, según comunidad autónoma, 2014..... 129
Tabla 3-17 Evolución de las intervenciones de cataratas, número total y proporción de procesos realizados con y sin hospitalización en el SNS, 2004-2013..... 130
Tabla 3-18 Tendencia de las intervenciones de hernia inguinal y amigdalectomía, número total y proporción de procesos realizados sin hospitalización en el SNS, 2004 y 2013 130

Tabla 3-19 Hospitalización potencialmente evitable en hospitales de agudos del SNS, 2013 131
Tabla 3-20 Situación de la lista de espera de consultas externas en el SNS según especialidades básicas, 2014..... 132
Tabla 3-21 Evolución de la lista de espera de consultas externas en el SNS, 2007-2014 132
Tabla 3-22 Situación de la lista de espera quirúrgica en el SNS. Distribución por especialidades, 2014 133
Tabla 3-23 Evolución de la lista de espera quirúrgica en el SNS, 2004-2014 133
Tabla 3-24 Circunstancias para establecer el orden de la lista de espera quirúrgica, 2014 134
Tabla 3-25 Recomendaciones sobre detección precoz de cáncer de la Estrategia en Cáncer del SNS, 2009..... 134
Tabla 3-26 Mamografía según la frecuencia recomendada en mujeres de 50 a 69 años según comunidad autónoma, 2011/2012 135
Tabla 3-27 Citología vaginal realizada en el periodo recomendado en mujeres de 25 a 64 años según comunidad autónoma, 2011/2012..... 137
Tabla 3-28 Motivo de la prueba de sangre oculta en heces más reciente en población de 50 a 69 años según sexo, 2011/2012 138
Tabla 3-29 Actividad derivada a los centros, servicios y unidades de referencia desde otras comunidades autónomas, según año de realización de la actividad, 2009-2014. 139
Tabla 3-30 Coste anual (millones de euros) de la compensación por el Fondo de Cohesión según año de compensación por Fondo de Cohesión Sanitaria, 2009-2014 139
Tabla 3-31 Actividad de los centros servicios y unidades de referencia..... 140
Tabla 3-32 Distribución por comunidad autónoma de los trasplantes realizados, 2014 145
Tabla 3-33 Índice de donación por 1.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014 148
Tabla 4-1 Datos del Registro Estatal de Profesionales Sanitarios y entidades que remiten los datos 152
Tabla 4-2 Troncos y especialidades adscritas..... 154
Tabla 4-3 Área de capacitación específica y especialidades de acceso..... 155
Tabla 4-4 Evolución de la oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada, 2009-2015 157
Tabla 4-5 Plazas ofertadas por titulación de la Convocatoria 2014/15 157
Tabla 4-6 Residentes en formación, 2013 y 2014 158
Tabla 4-7 Residentes por comunidad autónoma, 2014 159
Tabla 4-8 Evolución del número de unidades docentes acreditadas, 2009-2014..... 159
Tabla 4-9 Evolución del número de plazas acreditadas por comunidad autónoma, 2012-2014 160
Tabla 4-10 Auditorías de hospitales - centros docentes acreditados para la formación sanitaria especializada en ciencias de la salud, 2014..... 160
Tabla 4-11 Auditorías de unidades docentes acreditadas para la formación sanitaria especializada de enfermería obstétrica ginecológica, 2014..... 161
Tabla 4-12 Evaluaciones documentales de hospitales y centros docentes acreditados para la formación sanitaria especializada en ciencias de la salud, 2014 161
Tabla 4-13 Porcentaje de actividades acreditadas para la formación continuada según el nivel académico, 2014 164
Tabla 5-1 Número de presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, 2014 167

Tabla 5-2 Principios activos incluidos por primera vez en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, 2014 168
Tabla 5-3 Número de presentaciones de medicamentos genéricos y no genéricos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, 2014 169
Tabla 5-4 Número de nuevos principios activos genéricos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS independientemente de su comercialización, 2010 - 2014 170
Tabla 5-5 Nuevos principios activos genéricos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, 2014 170
Tabla 5-6 Número de presentaciones de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, a 31 de diciembre de 2014 171
Tabla 5-7 Número total de presentaciones de medicamentos genéricos y no genéricos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, a 31 de diciembre de 2014..... 172
Tabla 5-8 Número total de productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, a 31 de diciembre de 2014..... 173
Tabla 5-9 Quince primeros subgrupos farmacológicos de mayor consumo en envases, 2014 183
Tabla 5-10 Quince primeros subgrupos farmacológicos de mayor consumo en importe, 2014 184
Tabla 5-11 Quince primeros principios activos de mayor consumo en envases, 2014 185
Tabla 5-12 Quince primeros principios activos de mayor consumo en importe, 2014 186
Tabla 5-13 Productos sanitarios. Consumo en envases, 2014..... 187
Tabla 5-14 Productos sanitarios. Consumo en importe, 2014..... 187
Tabla 5-15 Quince primeros subgrupos farmacológicos de mayor gasto hospitalario, 2014 188
Tabla 5-16 Quince primeros principios activos de mayor gasto hospitalario, 2014 189
Tabla 5-17 Consumo hospitalario de los quince primeros principios activos huérfanos de mayor gasto, 2014..... 191
Tabla 5-18 Consumo de medicamentos huérfanos a través de recetas médicas del SNS. 2014 191
Tabla 6-1 Gasto sanitario total, público y privado. Millones de euros y porcentaje sobre el producto interior bruto (PIB), y euros por habitante, 2009-2013..... 193
Tabla 6-2 Gasto sanitario total según función de atención de la salud (millones de euros), 2009-2013..... 194
Tabla 6-3 Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud (millones de euros), 2009-2013..... 196
Tabla 6-4 Gasto sanitario total según agente de financiación (millones de euros), 2009-2013 197
Tabla 6-5 Gasto sanitario público consolidado según comunidades autónomas. En millones de euros, porcentaje sobre el PIB y euros por habitante, 2013..... 198
Tabla 6-6 Gasto sanitario público consolidado según comunidades autónomas. Tasa de variación interanual (en porcentaje), 2013/2012 199
Tabla 6-7 Gasto sanitario público en remuneración de personal según comunidades autónomas en millones de euros y porcentaje sobre el total de gasto sanitario público de la comunidad consolidado, 2013 200
Tabla 7-1 Conocimiento de la receta electrónica, 2014 207
Tabla 8-1 Grado de satisfacción con el modo de funcionamiento del Sistema Sanitario según comunidades autónomas, 2014 212

Tabla 8-2 Valoración de los servicios sanitarios públicos, 2010-2014 212
Tabla 8-3 Porcentaje de aspectos cualitativos en la elección de servicios sanitarios públicos o privados, 2014 213
Tabla 8-4 Opinión en porcentaje sobre el nuevo sistema de prestación farmacéutica, 2014 215
Tabla 8-5 Porcentaje de participación de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud, 2014 216
Tabla 9-1 Cifras de población residente a 1 de enero de 2015 y % de variación 2015/2006 217
Tabla 9-2 Tasa bruta de natalidad por 1.000 habitantes, 2013 y cambio desde 2009 .. 219
Tabla 9-3 Tasa de dependencia población mayor de 64 años, 2014 y cambio desde 2009 221
Tabla 9-4 Esperanza de vida al nacer, 2013 y cambio desde 2007 222
Tabla 9-5 Esperanza de vida a los 65 años, 2013 y cambio desde 2007 223
Tabla 9-6 Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes, por varias causas de muerte, 2011 225
Tabla 9-7 Autovaloración positiva del estado de salud en población de 16 y más años y en población de 65 y más años, 2013 226
Tabla 9-8 Cinco problemas de salud crónicos en la población de 15 y más años en UE-17, 2008 228
Tabla 9-9 Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos, 2013 y variación 2013-2009 229
Tabla 9-10 Porcentaje de recién nacidos con peso inferior a 2.5000 gramos, 2012 y diferencia 2012-2019 231
Tabla 9-11 Interrupciones voluntarias del embarazo por 1.000 nacidos vivos, 2013 .. 233
Tabla 9-12 Prevalencia del consumo diario de tabaco en población de 15 y más años según sexo, 2012 234
Tabla 9-13 Consumo de alcohol en litros de alcohol puro por adulto (15 y más años), 2011 236
Tabla 9-14 Obesidad en población adulta (15 y más años), 2012 237
Tabla 9-15 Médicos en ejercicio y tasas por 1.000 habitantes, 2013 239
Tabla 9-16 Enfermeras en ejercicio y tasas por 1.000 habitantes, 2013 241
Tabla 9-17 Farmacéuticos en ejercicio y tasa por 1.000 habitantes, 2013 243
Tabla 9-18 Camas en hospitales y tasa por 1.000 habitantes, 2013 244
Tabla 9-19 Consultas *per cápita* a médicos, 2013 y variación 2013 – 2004..... 247
Tabla 9-20 Porcentaje de coberturas de primovacunación (series básicas), 2013..... 248
Tabla 9-21 Porcentaje de coberturas de vacunación de vacunas con componente frente a Sarampión en la UE, 2013 249
Tabla 9-22 Cobertura de vacunación frente a la gripe en personas mayores de 65 años, temporada 2012-2013 250
Tabla 9-23 Número de altas por todas las causas en hospitales y frecuentación por 1.000 habitantes, 2013 y diferencia 2000-2013..... 251
Tabla 9-24 Estancia media (días) por todas las causas de hospitalización, 2000 y diferencia 2000-2013 252
Tabla 9-25 Donación y trasplante, número y tasa por millón de población, 2014..... 253
Tabla 9-26 Número y tasa por millón de población de donantes fallecidos y pacientes trasplantados, 2014 254
Tabla 9-27 Tasa de trasplante por millón de población, según órgano trasplantado, 2014 255
Tabla 9-28 Calidad percibida de la atención sanitaria, 2013 y diferencia 2013-2009 . 256

Tabla 9-29 Tendencia en el porcentaje de necesidades de atención médica insatisfechas por: demasiado cara, o demasiado lejos para viajar / sin medio de transporte o por las listas de espera, en población de 16 y más años, 2009 - 2013..... 258
Tabla 9-30 Consumo de medicamentos genéricos. Porcentaje de envases sobre total de envases dispensados, 2008 - 2013 259
Tabla 9-31 Consumo de medicamentos genéricos. Porcentaje del importe sobre el importe total de medicamentos dispensados UE-13, 2008 - 2013 261
Tabla 9-32 Tendencia del consumo de medicamentos antihipertensivos en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día en la UE-17, 2008-2013 263
Tabla 9-33 Tendencia del consumo de medicamentos hipolipemiantes en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día en la UE-17, 2008-2013 265
Tabla 9-34 Tendencia del consumo de medicamentos antidiabéticos en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día en la UE-17, 2008-2013 267
Tabla 9-35 Tendencia del consumo de medicamentos antiulcerosos en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día, UE-17, 2008-2013 270
Tabla 9-36 Tendencia del consumo de medicamentos antidepresivos en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día,UE-17, 2008-2013 272
Tabla 9-37 Gasto sanitario corriente. Millones de euros, porcentaje sobre el PIB y euros por habitante, 2013 274

Índice de gráficos

Gráfico 1-1 Evolución de las cifras de población residente en millones, 2011-2015 30
Gráfico 1-2 Evolución del número de nacimientos por 1.000 habitantes y la edad media materna en años, 2000-2014 31
Gráfico 1-3 Evolución de la tasa de dependencia: tasa de dependencia de menores de 16 años y tasa de dependencia de mayores de 64 años, 2000-2014 33
Gráfico 1-4 Cáncer de pulmón. Tasas de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes por sexo y comunidad autónoma, 2013 38
Gráfico 1-5 Percepción del estado de salud según sexo, 2011/2012 44
Gráfico 1-6 Salud percibida según sexo y clase social, 2011/2012 44
Gráfico 1-7 Tendencia de la autovaloración positiva de la salud según sexo, 1987 – 2011/2012 46
Gráfico 1-8 Tendencia de la prevalencia de problemas de salud crónicos en adulto, 1993-2011/2012 50
Gráfico 1-9 Principales problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en población infantil menor de 15 años. Distribución porcentual según grupo de edad, 2011/2012 51
Gráfico 1-10 Parotiditis, tosferina, sarampión y rubéola. Tasas de casos declarados por 100.000 habitantes, 1995-2014 52
Gráfico 1-11 Tendencia de casos de tuberculosis notificados, según localización, 2007-2014 53
Gráfico 1-12 Tendencia de la distribución porcentual de nuevos diagnósticos de VIH por año y categoría de transmisión, 2008-2013 54
Gráfico 1-13 Hepatitis A, Hepatitis B y otras Hepatitis. Tasas de casos declarados por 100.000 habitantes, 1997-2014 56
Gráfico 1-14 Tendencia de la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos, 1990-2013 58
Gráfico 1-15 Tendencia de la proporción de recién nacidos con peso inferior a 2.500 gramos al nacer por cada 100 nacidos vivos, 1990-2013 60
Gráfico 1-16 Tendencia del número total de IVEs notificadas y de la incidencia en mujeres entre 15 – 44 años y en menores de 20 años, 2000-2013 61
Gráfico 1-17 Tendencia del número total de IVEs notificadas y la tasa por 1.000 nacidos vivos, 2003-2013 62
Gráfico 1-18 Problemas de salud más frecuentes en la población de 0 a 14 años. Tasa por 1.000 personas asignadas a los centros de salud, 2011 64
Gráfico 1-19 Problemas de salud más frecuentes en la población de 15-64 años. Tasa por 1.000 personas asignads a los centros de salud, 2011 65
Gráfico 1-20 Problemas de salud más frecuentes en la población 65 y más años. Tasa por 1.000 personas asignadas a los centros de salud, 2011 66
Gráfico 1-21 Tendencia de la morbilidad atendida en hospitales según grupos de diagnóstico más frecuentes en hombres, 1999-2013 70
Gráfico 1-22 Tendencia de la morbilidad atendida en hospitales según grupos de diagnóstico más frecuentes en mujeres, 1999-2013 71
Gráfico 1-23 Distribución geográfica de los hospitales propuestos para el tratamiento de casos confirmados de Enfermedad por virus de Ébola, 2015 75

Gráfico 1-24 Prevalencia de consumo diario de tabaco en población adulta (15 y más años) según sexo y clase social, 2011/2012 76
Gráfico 1-25 Tendencia del cumplimiento de la Ley del Tabaco, 2011-2014 79
Gráfico 1-26 Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en población adulta (15 y más años) en los últimos doce meses según sexo y clase social, 2011/2012 80
Gráfico 1-27 Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en población adulta (15 y más años) en los últimos doce meses, según comunidad autónoma, 2011/2012 80
Gráfico 1-28 Sedentarismo en la población adulta (15 y más años) por edad y sexo, 2011/2012 85
Gráfico 1-29 Tendencia del porcentaje de sedentarismo en la población adulta (15 y más años) según sexo, 1993-2011/2012 86
Gráfico 1-30 Tendencia en los grados de actividad física en el trabajo o actividad principal en población ocupada, estudiante o dedicada a las labores del hogar de 15 y más años, 1993-2011/2012 88
Gráfico 2-1 Evolución del número de médicos en labores asistenciales y tasa por 1.000 habitantes, 2000-2013 89
Gráfico 2-2 Evolución del número de médicos en el Sistema Nacional de Salud, según nivel de atención, 2010-2014 90
Gráfico 2-3 Evolución del número de enfermeras en labores asistenciales y tasa por 1.000 habitantes, 2000-2013 92
Gráfico 2-4 Evolución del número de enfermeras en el SNS según nivel asistencial, 2010-2014 94
Gráfico 2-5 Evolución del número de farmacéuticos en ejercicio y tasa por 1.000 habitantes, 2000-2013 96
Gráfico 2-6 Evolución del número de farmacéuticos y tasa por 100.000 habitantes en hospitales del SNS, 2010-2014 97
Gráfico 2-7 Evolución de número de centros de salud y consultorios locales en el SNS, 2004-2014 99
Gráfico 2-8 Número de habitantes (media) por oficina de farmacia, 2014 101
Gráfico 2-9 Evolución del número de hospitales según tamaño (número de camas instaladas), 2004- 2014 103
Gráfico 2-10 Evolución del número de camas en funcionamiento y puestos de hospital de día del SNS, 2010-2014 107
Gráfico 2-11 Distribución geográfica de la red transfusional en España, 2014 112
Gráfico 3-1 Frecuentación por grupos de edad en medicina y enfermería de atención primaria del SNS, 2014 114
Gráfico 3-2 Actividad domiciliaria como porcentaje del total de actividad, según profesional de la atención, 2010-2014 115
Gráfico 3-3 Evolución de incidencia del sarampión y las coberturas de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis, 1995-2014 119
Gráfico 3-4 Tendencia de la cobertura de vacunación frente a la gripe en personas mayores de 65 años, campañas 2004-2005 a 2014-2015 121
Gráfico 3-5 Proporción de pacientes según días de demora en la última vez que pidieron cita con el médico de familia, 2014. 123
Gráfico 3-6 Recetas médicas del SNS facturadas mensualmente con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas e INGESA, 2011-2014 124
Gráfico 3-7 Ventas medias mensuales (miles de euros) por oficinas de farmacia y oficinas de farmacia por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014 125
Gráfico 3-8 Mujeres de 15 a 49 años que se han hecho una mamografía alguna vez en su vida según nivel de estudios, 2011/2012 136

Gráfico 3-9 Citología vaginal realizada en el periodo recomendado en mujeres de 25 a 64 años según nivel de estudios, 2011/2012 136
Gráfico 3-10 Prueba de sangre oculta en heces realizada en el periodo recomendado en población de 50 a 69 años según nivel de estudios, 2011/2012 138
Gráfico 3-11 Evolución del número y tasa anual por millón de población de los donantes de órganos, 1993-2014 144
Gráfico 3-12 Tendencia del número de trasplante de progenitores hematopoyéticos, 1985-2014 145
Gráfico 3-13 Evolución del número de unidades de sangre del cordón umbilical, 1997-2014 146
Gráfico 3-14 Distribución de las unidades de sangre del cordón umbilical almacenadas, 2014 147
Gráfico 3-15 Tendencia de la fuente de progenitores en el trasplante de progenitores hematopoyéticosalogénico no emparentado, 1993-2014 147
Gráfico 3-16 Evolución de la proporción y número de donantes de sangre según sean nuevos o habituales, 2005-2014 149
Gráfico 3-17 Evolución del número (millones) de componentes sanguíneos transfundidos, 2005-2014 149
Gráfico 5-1 Gasto farmacéutico a través de la facturación de recetas médicas del SNS, 2005-2014 (en millones de euros) 174
Gráfico 5-2 Porcentaje de variación interanual del gasto farmacéutico a través de la facturación de recetas médicas del SNS, 2005-2014 175
Gráfico 5-3 Porcentaje de variación del gasto farmacéutico por comunidad autónoma, 2014-2013 175
Gráfico 5-4 Número de recetas médicas del SNS facturadas, 2005-2014 (en millones de recetas) 176
Gráfico 5-5 Porcentaje de variación interanual del número de recetas médicas del SNS facturadas, 2005-2014 176
Gráfico 5-6 Gasto medio por receta, 2005-2014 177
Gráfico 5-7 Gasto medio por receta por comunidad autónoma, 2014 177
Gráfico 5-8 Gasto por habitante y año, 2005 - 2014 178
Gráfico 5-9 Gasto por habitante y año por comunidad autónoma, 2014 178
Gráfico 5-10 Recetas por habitante y año, 2005 - 2014 179
Gráfico 5-11 Recetas por habitante y año por comunidad autónoma, 2014 180
Gráfico 5-12 Evolución del consumo de medicamentos genéricos (porcentaje de envases – porcentaje de importe, 2005-2014 181
Gráfico 5-13 Consumo de medicamentos genéricos por comunidad autónoma. Porcentaje de envases sobre total de medicamentos, 2014 181
Gráfico 5-14 Consumo de medicamentos genéricos por comunidad autónoma. Porcentaje del importe sobre total de medicamentos, 2014 182
Gráfico 6-1 Gasto sanitario total. Distribución porcentual del gasto público y del gasto privado, 2013 194
Gráfico 6-2 Gasto sanitario total, público y privado en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación, en millones y distribución porcentual según modo de producción de la asistencia, 2013 195
Gráfico 6-3 Gasto sanitario total, público y privado de los hospitales según modo de producción, en millones y distribución porcentual, 2013 197
Gráfico 7-1 Comunidades autónomas que emiten tarjetas sanitarias individuales con formato común para el SNS, 2015 201

Gráfico 7-2 Población protegida por el SNS según el nivel de aportación en miles de personas, 2013-2015 202
Gráfico 7-3 Mapa de perfiles de servicio de la Historia Clínica Digital para el SNS en las Comunidades Autónomas, 2015 203
Gráfico 7-4 Cobertura de la Historia Clínica Digital del SNS sobre la población de la Base de Datos de Usuarios-Tarjeta Sanitaria Individual del SNS, 2015 204
Gráfico 7-5 Evolución del volumen de referencias de la Historia Clínica Digital del SNS, 2010-2015 204
Gráfico 7-6 Implantación de la receta electrónica por Comunidad Autónoma y ciudad autónoma de Ceuta y Melilla, 2015 205
Gráfico 7-7 Porcentaje de implantación de la receta electrónica en centros de salud y consultorios locales de atención primaria por comunidades autónomas e INGESA, 2015 206
Gráfico 7-8 Porcentaje de implantación de la receta electrónica en oficina de farmacia por comunidades autónomas e INGESA, 2015 206
Gráfico 7-9 Porcentaje de implantación de la receta electrónica en atención especializada (hospitales del SNS) por comunidades autónomas e INGESA, 2015 207
Gráfico 7-10 Conocimiento de la receta electrónica por comunidad autónoma, 2014 208
Gráfico 7-11 Evolución del porcentaje de recetas dispensadas utilizando la receta electrónica, 2011-2015 209
Gráfico 8-1 Opinión (%) sobre el funcionamiento del sistema sanitario, 2008-2014 .. 211
Gráfico 8-2 Porcentaje en la elección de servicios sanitarios públicos o privados, 2008-2014 213
Gráfico 8-3 Porcentaje de entrevistados que consideran que el SNS presta los mismos servicios a todas las personas independientemente de su sexo, edad, nivel social, nacionalidad y residencia, 2014 214
Gráfico 9-1 Variación de la población residente en los países la UE-28, porcentaje de variación 2015/2006 218
Gráfico 9-2 Tendencia en la auto-evaluación positiva del estado de salud en población de 16 y más años y en población de 65 y más años, 2009-2013 227
Gráfico 9-3 Prevalencia de hipertensión y diabetes en población de 15 y más años en UE-17, 2008 228
Gráfico 9-4 Tendencia en la mortalidad infantil , 1990-2013 230
Gráfico 9-5 Tendencia del bajo peso al nacimiento, 1990-2012 232
Gráfico 9-6 Tendencia en el número de Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas por cada 1.000 nacidos vivos en la UE-23, 2000-2013 233
Gráfico 9-7 Tendencia en la prevalencia de consumo diario de tabaco en población adulta, 1985-2012 235
Gráfico 9-8 Tendencia en el consumo de alcohol, 1985- 2011 236
Gráfico 9-9 Tendencia de la obesidad, 1985 - 2012 238
Gráfico 9-10 Tendencia del número de médicos en ejercicio por 1.000 habitantes, 2000- 2013 240
Gráfico 9-11 Tendencia en el número de enfermeras en ejercicio por cada 1.000 habitantes, 2000- 2013 242
Gráfico 9-12 Tendencia del número de farmacéuticos en ejercicio por cada 1.000 habitantes en UE-26 , 2000-2013 243
Gráfico 9-13 Evolución del número de camas, 2000-2013 245
Gráfico 9-14 Camas según finalidad asistencial, 2013 245
Gráfico 9-15 Oficinas de Farmacia por 100.000 habitantes en UE-20, 2015 (o año más cercano) 246

Gráfico 9-16 Calidad percibida de la atención sanitaria del país de origen en relación con la de otros países miembros de UE-28, 2013..... 257
Gráfico 9-17 Tendencias en el consumo de medicamentos genéricos, porcentaje de envases consumidos sobre el total de envases UE-13, 2008-2014..... 260
Gráfico 9-18 Tendencia en el consumo de medicamentos genéricos, porcentaje del importe sobre el importe del total de medicamentos UE-13, 2008 - 2014..... 261
Gráfico 9-19 Consumo de medicamentos antihipertensivos en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día en UE-17, 2012 263
Gráfico 9-20 Tendencia en el consumo de medicamentos antihipertensivos en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día en la UE-17, 2008-2014..... 264
Gráfico 9-21 Consumo de medicamentos hipolipemiantes en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día en la UE-17, 2012..... 265
Gráfico 9-22 Tendencia en el consumo de medicamentos hipolipemiantes en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día en la UE-17, 2008-2014..... 266
Gráfico 9-23 Consumo de medicamentos antidiabéticos en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día en la UE-17, 2012..... 267
Gráfico 9-24 Tendencia en el consumo de medicamentos antidiabéticos en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día en la UE-17, 208-2014 268
Gráfico 9-25 Consumo de medicamentos antiulcerosos en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día en la UE-17, 2012..... 269
Gráfico 9-26 Tendencia en el consumo de medicamentos antiulcerosos en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día, UE-17, 2008-2014..... 271
Gráfico 9-27 Consumo de medicamentos antidepresivos en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día en la UE-17, 2012..... 272
Gráfico 9-28 Tendencia en el consumo de medicamentos antidepresivos en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día,UE-17, 2008-2014..... 273
Gráfico 9-29 Gasto sanitario corriente *per cápita* en euros UE-26, 2013 (o año más cercano) 275
Gráfico 9-30 Gasto sanitario corriente como porcentaje del PIB, 2013 (o año más cercano) 276
Gráfico 9-31 Gasto sanitario público y gasto sanitario privado según país. Porcentaje sobre el total del gasto sanitario corriente. UE-27, 2013 (o año más cercano)..... 277

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

ACE: Área de Capacitación Específica

AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

AINEs: Antiinflamatorios No Esteroideos

Ap: Aparato

ATC: Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química. Sistema de codificación de los medicamentos según su efecto farmacológico, sus indicaciones terapéuticas y su estructura química. Se divide en 5 niveles, siendo el primer nivel (ATC1) el más general y el quinto nivel (ATC5) el más detallado.

ATH: Antihipertensivos

B

BDCAP: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria

BDPP-SNS: Base de Datos de Población Protegida del SNS

BMDW: Registro Internacional de Donantes de Médula Ósea

C

C1/C2: Nivel de conocimiento del idioma castellano según la clasificación derivada del Marco común Europeo de referencia para las lenguas

CCAA: Comunidades Autónomas

CCSS: Ciencias de la Salud

CCST: Comité Científico para la Seguridad Transfusional

CE: Conformidad Europea. Es una marca europea para ciertos grupos de servicios o productos industriales

CFCPS: Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias

CIAP: Clasificación Internacional de la Atención Primaria

CISID: Centralized Information System for Infectious Diseases (Sistema de Información Centralizada de Enfermedades Infecciosas)

CI-SNS: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

CL: Consultorio Local

CMA: Cirugía Mayor Ambulatoria

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos

CNECS: Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud

CNH: Catálogo Nacional de Hospitales

CPD: Con Cupón Precinto Diferenciado

CRRHHSNS: Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud

CS: Centro de Salud

CSUR: Centros, Servicios y Unidades de Referencia

CSUR-SNS: Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud

CTD: Coste Tratamiento Día

CTS: Centros de Transfusión Sanguínea

D

DDD: Dosis Diaria Definida

DH: Diagnóstico Hospitalario

DHD: Dosis por Habitante y Día (Dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día)

DNE: Donante No Emparentado

DNI: Documento Nacional de Identidad

DP: Desarrollo Profesional

DPC: Desarrollo Profesional Continuo

DTPa/dTpa: Difteria-Tétanos-Tosferina

E

(e): Datos estimados

(E): Enfermera

EAP: Equipo de Atención Primaria

ECDC: European Centre for Disease Prevention and Control (Centro Europeo para la Prevencion y Control de Enfermedades)

ECMECs: Créditos del Consejo de Acreditación Europeo para la Formación Médica Continuada

EDADES: Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España

EDOs: Enfermedades de Declaración Obligatoria

EES: Encuesta Europea de Salud

EGSP: Estadística de Gasto Sanitario Público

EHIS: European Health Interview Survey (Encuesta Europea de Salud)

E/M: Ratio Enfermera/Médico

ENSE: Encuesta Nacional de Salud de España

EPA: Encuesta de Población Activa

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

EVE : Enfermedad por Virus Ébola

EVn: Esperanza de Vida al nacer

EV_{65}: Esperanza de Vida a los 65 años

F

FC: Formación Continuada

FIP: Fédération Internacionale Pharmaceutique (Federación Internacional Farmacéutica)

FSE: Formación Sanitaria Especializada

G

GORD: Gastroesophaged Réflex Disease (Reflujo Gastroesofágico –RGE -)

H

Hab.: Habitantes

HB: Hepatitis B

HCD: Historia Clínica Digital

HCDSNS: Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud

HCR: Historia Clínica Resumida

HFA: Health For All (Salud Para Todos)

Hib: Haemophilus influenzae tipo b

Hetero: Relaciones heterosexuales de riesgo

HSH: Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres

I

I+D+i: Investigación + Desarrollo + innovación

iCMBD: Aplicación de consulta para el análisis y explotación del registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos de hospitales del Sistema Nacional de Salud

IMC: Índice de Masa Corporal

INE: Instituto Nacional de Estadística

INGESA: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

ISFAS: Instituto Social de las Fuerzas Armadas

IVA: Impuesto sobre el Valor Añadido

IVEs: Interrupción Voluntaria del Embarazo

L

LEQ: Lista de Espera Quirúrgica

M

(M): Médicos

MATEPSS: Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social

MCSS: Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social

MenC: Meningococo C

MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

MUFACE: Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado

MUGEJU: Mutualidad General Judicial

N

(N): Número de entrevistas

NC: No contesta

NIE: Número de Identificación de Extranjero

NS: No sabe

O

OECD: Organisation for Economic Cooperation and Development (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico -OCDE-)

OF: Oficina de Farmacia

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONT: Organización Nacional de Trasplante

O.R.L.: Otorrinolaringología

P

P. Bajos: Países Bajos

PEN: Plan Estadístico Nacional

PIB: Producto Interior Bruto

p.m.p.: por millón de población

PSOH: Prueba de Sangre Oculta en Heces

PVL: Precio Venta Libre

PVP: Precio Venta al Público

R

RAE-CMBD: Registro de Actividad de Atención Especializada del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria

R. Checa: República Checa

RD: Real Decreto

REDMO: Registro Español de Donantes de Médula Ósea

REPS: Registro Estatal De Profesionales Sanitarios

RGE: Reflujo Gastroesofágico

RNM: Resonancia Nuclear Magnética

S

SCP: Sin Cupón Precinto Diferenciado

SCU: Sangre de Cordón Umbilical

SEE: Sociedad Española de Epidemiología

SIAE: Sistema de Información de Atención Especializada

SIAP: Sistema de Información de Atención Primaria

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SIFCO: Sistema de Información del Fondo de Cohesión

SILC: Statistics on Income and living Conditions (Estadística sobre la Renta y las Condiciones de Vida)

SINIVIH: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de Virus de la Imnunodeficiencia Humana

SISCAT: Sistema Sanitari Integral D'utilització Pública de Catalunya

SISCSUR: Sistema de Información para el seguimiento de los Centros, Servicios y Unidades de Referencia

SISLE-SNS: Sistema de Información Sanitaria de Lista de Espera en el Sistema Nacional de Salud

SI-SNST: Sistema de Información del Sistema Nacional para la Seguridad Transfusional

SNS: Sistema Nacional de Salud

SRP: Sarampión – Rubeola - Parotiditis

SS: Seguridad Social

ST: Servicios de Transfusión

T

TAC: Tomografía Axial Computerizada

Td: Tétanos-Difteria

TIC: Tecnología de la Información y la Comunicación

TNF: Factor de Necrosis Tumoral

TPH: Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos

TSI: Tarjeta Sanitaria Individual

TSI-SNS: Tarjeta Sanitaria Individual del Sistema Nacional de Salud

Tx: Trasplante

U

Ud: Usted

UDI: Usuarios de Drogas Intravenosas

UE: Unión Europea

UE seguido de un guarismo: el número corresponde con la cifra de países de la Unión Europea a los que se refiere la información

UEMs: Unión de Médicos Especialistas Europeos

UDM: Unidad Docente Multiprofesional

UH: Uso Hospitalario

UUDD: Unidades Docentes

V

VCN: Vacunación frente al Neumococo

VHC: Virus Hepatitis C

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

VPH: Virus del Papiloma Humano

VPI: Virus de la Poliomielitis Inactivado

VVZ: Vacunación frente a la Varicela

W

WHO: World Health Organization (Organización Mundial de la Salud -OMS-)

X

XHUP: Xarxa Hospitalaria d'Utilització Publica (Catalunya) (Red de Utilización Pública de Cataluña)

Fuentes

Barómetro Sanitario

Recaba información, a través de un cuestionario y de una entrevista personal directa, sobre la percepción de los ciudadanos del funcionamiento del sistema sanitario, el impacto de medidas vinculadas a las políticas sanitarias, el conocimiento y/o actitudes de los ciudadanos ante problemas de salud de interés coyuntural, el grado de penetración de campañas de información. El cuestionario tiene una parte variable que investiga dimensiones que se definen para cada estudio anual. Como variables de clasificación utiliza la edad, sexo, nivel de estudios, actividad, tamaño del municipio de residencia, nivel de ingresos y comunidad autónoma de residencia.

El Barómetro Sanitario forma parte del Plan Estadístico Nacional (PEN) 2013–2016. Su realización es responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). La periodicidad de la recogida y difusión de la información es anual.

Más información:
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm

Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP)

Con "base de datos clínicos de atención primaria", BDCAP, se hace referencia a un conjunto de datos relacionados con la atención prestada en el primer nivel de atención, recogidos de un modo homogéneo y sistemático y con perspectiva histórica o temporal, que permita conocer el contenido efectivo de la atención a partir de las fuentes primarias, esto es, las historias clínicas utilizadas en Atención Primaria.

La BDCAP se concibe como una base de datos poblacional, representativa a nivel de Comunidad Autónoma, de la población asignada a los servicios de Atención Primaria del SNS.

Los análisis se centran en el usuario y en aquellos problemas de salud y acontecimientos relacionados que le suceden a lo largo del tiempo, así como en la manera en la que se actúa sobre ellos.

Más información:
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm

Base de Datos de Población Protegida del SNS (BDPP-SNS)

La identificación de los usuarios con derecho a la protección de la salud en el SNS se efectúa a través de la Tarjeta Sanitaria emitida por cada comunidad autónoma para la población residente en su territorio. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad registra a los usuarios del SNS en una base de datos común de población protegida del SNS y para poder reconocer de manera segura e inequívoca a cada persona con cobertura por el SNS se genera un código de identificación personal, único y vitalicio.

El código actúa de llave de vinculación de cuantos otros códigos de identificación personal autonómicos puedan tener asignados el usuario a lo largo de su vida. Esto va a permitir la recuperación de la información clínica que se encuentre asociada a esos códigos.

Catálogo Nacional de Hospitales (CNH)

Proporciona información básica de los centros hospitalarios en funcionamiento a 31 de diciembre de cada año. Como directorio recoge la identificación del centro (nombre, dirección, teléfono, localidad y municipio), la dotación de camas instaladas, la dependencia funcional, la existencia de concierto y si está acreditado como centro docente.

El Catálogo Nacional de Hospitales está elaborado el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de todas las comunidades autónomas, INGESA y el Ministerio de Defensa. La periodicidad de la recogida y difusión de la información es anual.

Más información:
http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm

Cifras de Población

Las Cifras de Población, con fuente en el Instituto Nacional de Estadística, proporcionan una medición cuantitativa de la población residente en España, en cada comunidad autónoma, en cada provincia y en cada isla (en las provincias insulares), desagregada según características demográficas básicas, como el sexo, el año de nacimiento, la edad, la nacionalidad y el país de nacimiento. La serie poblacional se obtiene de las estimaciones intercensales de la población para el período 1971-2012 y a partir de 2012, de la operación Cifras de población.

Las cifras se refieren a 1 de julio y 31 de diciembre de cada año. Estos datos son empleados como cifras poblacionales de referencia en todas las operaciones estadísticas del INE (encuestas, Contabilidad Nacional, indicadores, etc.) y son transmitidas a nivel internacional como datos oficiales de población de España a todos los efectos.

Más información:
http://www.ine.es/inebaseDYN/cp30321/cp_inicio.htm

Defunciones según la causa de muerte

Operación Estadística responsabilidad del Instituto Nacional de Estadística (INE) en colaboración con los Institutos de Estadística de todas las comunidades autónomas, Consejerías/Departamentos con competencia en Sanidad de las comunidades autónomas, Registros Civiles (MJUS), está incluida en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016.

Proporciona el conocimiento del fenómeno de la mortalidad atendiendo a la causa básica de la defunción, distinguiendo entre muertes fetales tardías y el resto, y suministrar información para la construcción de indicadores de salud. Como variables de estudio utiliza personas fallecidas y muertes fetales tardías. Como variables de clasificación la causa de la defunción, sexo, edad, mes de fallecimiento, provincia de residencia y de fallecimiento. La periodicidad de la recogida de los datos es mensual y de la difusión anual.

Más información:
http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebase&N=&L=0

Encuesta de Población Activa (EPA)

La Encuesta de Población Activa (EPA) es una investigación por muestreo, continua y de periodicidad trimestral, dirigida a las viviendas familiares, elaborada por INE con el objetivo proporcionar datos de la fuerza de trabajo y de sus diversas categorías, así como de la población ajena al mercado laboral. La muestra inicial es de unas 65.000 familias al trimestre que equivalen aproximadamente a 180.000 personas.

La Encuesta de Población Activa (EPA) se realiza desde 1964, siendo la metodología vigente en la actualidad la de 2005, estando armonizada con la UE.

Más información:
http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=resultados&idp=1254735976595

Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE)

Estadística, responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística. Incluida en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016, tiene como objetivo general informar sobre morbilidad percibida, utilización de servicios sanitarios, comportamiento y hábitos de vida y actividades preventivas.

Como variables de estudio utiliza, a través de un cuestionario y una entrevista personal directa, la autovaloración del estado de salud, limitación de la actividad, uso de servicios sanitarios y de medicamentos, hábitos de vida, cobertura sanitaria. Como variables de clasificación la edad, sexo, tamaño del hábitat, país de origen y estatus socioeconómico (nivel de estudios, ocupación e ingresos). La periodicidad de la recogida y difusión de los datos es quinquenal.

Más información:
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm

Encuesta Nacional de Salud de España. Informes monográficos: actividad física, descanso y ocio

El informe monográfico presenta los resultados sobre actividad física, descanso y ocio de la Encuesta Nacional de Salud 2011/2012. El informe reúne los datos sobre actividad física en el trabajo y en el tiempo libre, sobre sedentarismo y sobre el descanso de la población adulta e infantil, y también sobre el ocio de la población infantil, todo ello en las personas residentes en España. También se presenta la evolución de estos indicadores, -en los años que están disponibles-, en la serie ENSE 1993-2011/12.

Más información:
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/Act_fis_desc_ocio.4.pdf

Encuesta Nacional de Salud de España. Informes monográficos: consumo de alcohol

El informe monográfico presenta los resultados sobre consumo de alcohol de la Encuesta Nacional de Salud 2011/2012. Proporciona datos sobre la frecuencia del consumo de alcohol, la cantidad consumida de los distintos tipos de alcohol en una semana tipo, el consumo medio diario en gramos de alcohol puro, la edad de inicio del consumo regular de bebidas alcohólicas y la frecuencia del consumo intensivo.

Recoge también la evolución de las prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas en la serie ENSE 2003-2011 y analiza las dificultades que presenta la medición del consumo de alcohol.

Más información:
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/ENSE2011_12_MONOGRAFICO__1_ALCOHOL3.pdf

Encuesta Nacional de Salud de España. Informes monográficos: detección precoz de cáncer

El informe monográfico presenta los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) 2011/12 en lo relativo a la detección precoz del cáncer de mama, cáncer de cérvix y cáncer colorrectal en las personas residentes en España. Se presenta la cobertura poblacional de tres pruebas, -la mamografía y la citología vaginal en mujeres y la prueba de sangre oculta en heces en hombres y mujeres-, y los motivos por los que se hicieron la prueba. También se comparan estos indicadores con los resultados de la Encuesta Europea de Salud en España de 2009 y, cuando es posible, con años anteriores de la ENSE.

Más información:
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/SCREENING_CANCER_2.pdf

Encuesta sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Ámbito Laboral en España

La Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), que se realiza bienalmente entre población de 15 a 64 años, ha incluido en su edición de 2013-2014 la Encuesta sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Ámbito Laboral en España en su segunda edición; el estudio pone al día los datos de la primera encuesta realizada en este ámbito en el edición de 2007-2008, con el objeto de obtener un mejor conocimiento de la realidad de los consumo desde el punto de vista laboral , así como de las diferencias entre la población activa y la población general.

Más información:
http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/EncuestaLaboral2013.pdf

Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

La vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles se realiza en nuestro país a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) que, a partir de la observación continuada de la aparición y distribución de los casos de las enfermedades consideradas, permite el establecimiento de patrones de riesgo y la adopción de medidas de control pertinentes.

Los datos proceden del Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

Más información:
http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/enfermedades.shtml

Esperanzas de Vida en España

Este informe elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad,presenta las esperanzas de vida de la población residente en España, según sexo, edad y comunidad autónoma de residencia, en el año 2013, así como su evolución desde 2001.

Las estimaciones de esperanza de vida se han obtenido de las tablas de vida de periodo, abreviada con grupos de edad quinquenales. Para su cálculo se han utilizado las defunciones ocurridas en el año calendario, proporcionadas por el Movimiento Natural de la Población, y las Cifras de Población residente a mitad de año, ambas publicadas por el Instituto Nacional de Estadística.

Más Información:
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/EsperanzasDeVida_2013.pdf

Estadísticas de Donación y Trasplante de Órganos

Estadística incluida en el inventario de operaciones estadísticas de la Administración General de Estado es elaborada por la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y permite conocer la actividad de donación, extracción y trasplante de órganos. Como variables de estudio utiliza los donantes, extracciones realizadas y trasplantes realizados. Como variables de clasificación el centro, comunidad autónoma y órgano. La periodicidad de la recogida y difusión de los datos es anual.

Más información:
http://www.ont.es/infesp/Paginas/Datos.aspx

Estadísticas de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVEs)

Proporciona información estadística sobre las características sociodemográficas y sobre las condiciones sanitarias en que se realizan las interrupciones voluntarias del embarazo, las características de las mujeres que se someten a una interrupción y de los centros en que se realizan. Como variables de estudio utiliza los motivos, semanas de gestación y método empleado. La periodicidad de la difusión es anual y la recogida de los datos es trimestral.

Su elaboración es responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de las comunidades autónomas. Está incluida en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016.

Más información:
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm

Estadística de los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061

Los servicios de urgencias y emergencias 112/061 facilitan la identificación y el contacto de los ciudadanos ante una situación de urgencia sanitaria –especialmente ante emergencias- y permita coordinar eficazmente la atención y mejorar la respuesta a la misma.

Todas las comunidades autónomas disponen en su ámbito de un centro coordinador ligado al 061 que, si bien se integra con el teléfono de emergencias 112, mayoritariamente mantiene una estructura organizativa y de gestión propias.

La elaboración de esta estadística es responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de todas las comunidades autónomas y ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla y forma parte del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Más información:
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Organizacion.htm

Estadística del Gasto Sanitario Público (EGSP)

La elaboración de la estadística es responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de todas las comunidades autónomas, MUFACE, MUGEJU, ISFAS, Instituto Nacional de la Seguridad Social, Ministerio de Defensa y Ministerio de Interior. Está incluida en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016.

Tiene como objetivo la obtención de la cifra agregada de gasto público en sanidad; clasificación por agregados de contabilidad nacional, clasificación económica, funcional y por sector de gasto; territorialización del gasto público en sanidad; y aproximación metodológica a las Cuentas de Salud de la OCDE.

Como variables de estudio económicas utiliza: remuneración del personal, consumo intermedio, conciertos, transferencias corrientes, gasto de capital. Como variables funcionales: servicios hospitalarios y especializados, servicios de atención primaria, servicios de salud pública, servicios colectivos de salud, farmacia, traslado, prótesis. Como variables de contabilidad nacional: consumo colectivo, consumo individual, producción de no mercado, producción de mercado. Como variables de clasificación los servicios suministrados y agentes ejecutores del gasto. La periodicidad de la difusión y recogida de los datos son anuales.

Más información:
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm

Estadísticas de Vacunaciones

Tiene como objetivo general el conocer las vacunaciones realizadas en la población, en lo que se refiere al calendario de vacunaciones. Como variables de estudio utiliza la clase de vacuna y dosis administradas y como variables de clasificación la edad. La periodicidad de la recogida y difusión de los datos es anual. Para el cálculo de la cobertura de vacunación se utilizan las dosis administradas en los dispositivos del SNS. No incluye vacunas adquiridas en Oficinas de Farmacia y administradas a través del sector sanitario privado.

Las estadísticas de Vacunaciones forman parte del inventario de estadísticas de la Administración General del Estado. Estadística responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de las comunidades autónomas y ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla.

Más información:
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm

Estudios de Utilización de Medicamentos. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)

Los medicamentos son, probablemente, el recurso terapéutico más utilizado en nuestro medio. La importancia de su empleo trasciende el ámbito individual del paciente para tener importantes consecuencias sobre la sociedad en su conjunto, tanto sanitarias como económicas. Los estudios de utilización de medicamentos pueden ser útiles para conocer el patrón de uso de los distintos medicamentos, su evolución a lo largo del tiempo y de los territorios y de este modo contribuir a un uso más racional de los mismos. También pueden, eventualmente, servir para analizar la frecuencia y distribución de ciertas enfermedades, para la identificación de posibles ámbitos de intervención, o para la evaluación de distintas intervenciones o medidas

Más información:
http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/home.htm

European Health Interview Survey (EHIS) - Encuesta Europea de Salud

La Encuesta Europea de Salud que tiene como objetivo medir de forma armonizada y con un alto grado de comparabilidad entre los Estados miembros el estado de salud, los estilo de vida y el uso de los servicios sanitarios de los ciudadanos de la UE.

Más información:
http://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_det_esms.htm

European HFA Database. WHO/ Europe

Health For All -DataBase (HFA-DB) ofrece, para los 53 países de la Región Europea de la OMS, una selección de estadísticas de salud que cubren los datos demográficos básicos, el estado de salud, los determinantes de la salud y factores de riesgo, los recursos sanitarios, la utilización de los servicios asistenciales y el gasto sanitario.

HFA-DB permite las consultas por países, la comparación entre países y el análisis regional, y muestra los resultados en tablas, gráficos o mapas, que pueden ser exportados para su uso posterior. Los datos son recopilados de diversas fuentes, incluyendo una red de expertos de los países, los programas técnicos de la OMS / Europa y las organizaciones asociadas, la oficina estadística de la Unión Europea (EUROSTAT) y la Organización para la Cooperación Económica y Desarrollo. La HFA-DB se actualiza dos veces al año.

Más información:
http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db

Eurostat- Oficina estadística de la Unión Europea

La producción de estadísticas nacionales armonizadas corresponde a las autoridades de los Estados miembros, la Oficina estadística de la Unión Europea, más conocida como Eurostat, recopila los datos que aportan los 28 Estados miembros, los analiza y en base a ellos ofrece cifras comparables y armonizadas, de forma que se puedan definir, acometer y analizar las políticas comunitarias.

Más información:
http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/statistics-illustrated

Gasto Farmacéutico a través de recetas médicas del SNS y Mutualismo Administrativo

Permite conocer los datos de consumo de medicamentos y productos sanitarios que se han prescrito y facturado a través de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud y del Mutualismo Administrativo (MUFACE, ISFAS y MUGEJU), con el fin de analizar y realizar el seguimiento de la prestación farmacéutica, en su aspecto cuantitativo y cualitativo, y así poder disponer de elementos para promover y garantizar un uso racional de los medicamentos.

Más información:
http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm

Indicadores demográficos. Tasa de dependencia total, juvenil y de mayores

La tasa de dependencia es un indicador demográfico básico que elabora el Instituto Nacional de Estadística (INE). La tasa de dependencia total se define como el cociente entre la población residente en España a 1 de enero del año "x" menor de 16 años o mayor de 64 entre la población de 16 a 64 años expresada en tanto por cien.

Es un indicador con un claro significado económico, representa la medida relativa de la población potencialmente inactiva sobre la potencialmente activa.

La tasa de dependencia juvenil o de población menor de 16 años se define como el cociente entre la población residente a 1 de enero del año "x" menor de 16 años entre la población de 16 a 64 años, expresado en tanto por cien.

La tasa de dependencia de mayores o de población mayor de 64 años se define como el cociente entre la población residente en España a 1 de enero del año "x" mayor de 64 años entre la población de 16 a 64 años, expresado en tanto por cien.

Más información:
http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1453&L=0

OECD Health Statistics – Estadísticas de Salud de la OCDE

Base de datos que proporciona estadísticas comparadas sobre salud y los sistemas sanitarios de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), tanto de los 34 miembros como del país candidato (Rusia) y de los 5 países en vías de adhesión y cooperación reforzada (Brasil, China, India, Indonesia y Sudáfrica).

Más información:
http://stats.oecd.org/index.aspx

Registro de Actividad de Atención Especializada (RAE-CMBD)

La explotación estadística del Registro de Actividad de Atención Especializada es responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de todas las comunidades autónomas e INGESA y forma parte del Plan Estadístico Nacional 2013–2016. La operación estadística tiene como objetivo conocer los procesos de hospitalización (diagnóstico, comorbilidad, tipo de proceso de atención y tipo de proceso) con internamiento y sin internamiento de los hospitales. Como variables de estudio utiliza las fechas de ingreso y alta, diagnóstico principal y secundario, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, destino y situación al alta, claves de historia clínica y hospital, financiación de la asistencia. Como variables de clasificación la edad, sexo, lugar de residencia, lugar de hospitalización. La periodicidad de la recogida y difusión de los datos es anual.

Más información:
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm

Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada

Proporciona información de la actividad asistencial, económica y docente de los centros con internamiento (hospitales) y sus características estructurales, y de los centros sin internamiento, principales provisores de servicios de atención especializada, que permite además de la obtención de índices, mostrar el funcionamiento del sector y hacer seguimiento y análisis de su evolución.

Como variables de estudio utiliza la oferta asistencial, dotación, personal, altas, estancias, consultas, ingresos, técnicas de diagnóstico, actividad en otras áreas, actividad quirúrgica, actividad obstétrica, servicios de urgencia, gastos, inversiones e ingresos. Como variables de clasificación utiliza tipo de centro de atención especializada: con internamiento (hospital), sin internamiento, finalidad asistencial del centro, dependencia funcional según entidad financiadora, forma jurídica, contrato con el Sistema Nacional de Salud, acreditación docente. La periodicidad de la recogida y difusión de los datos son anuales.

Como operación estadística es responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de todas las comunidades autónomas y ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla y está incluida en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016.

Más información:
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm

Sistema de Información de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (SIAP-SNS)

Proporciona información sobre la dotación de personal, actividad (general y en prestaciones específicas) y número de centros físicos y/o funcionales del Sistema Nacional de Salud que tienen como finalidad la atención primaria. Como variables de estudio utiliza el personal, la actividad y los centros de atención primaria. La periodicidad de la recogida y difusión de los datos son anuales.

Su elaboración es responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de las comunidades autónomas. Está incluida en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016.

Más información:
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm

Sistema de Información sobre Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud (SISLE)

Ofrece información del número de pacientes pendientes de una intervención quirúrgica programada y del número de pacientes pendientes de una consulta en Atención Especializada en la fecha de corte recogidas según los criterios establecidos en el Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, que establece los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del SNS, de modo que dicho acceso pueda realizarse en condiciones de igualdad efectiva.

La difusión de los datos es semestral tras el conocimiento y aprobación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Las fechas de corte corresponden a 31 de diciembre y 30 de junio de cada año.

Más información:
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/listaEspera.htm

Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH) y Registro Nacional de casos de sida

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

El Registro Nacional de sida recoge información sobre los nuevos diagnósticos de sida y está implantado en toda España desde el inicio de la epidemia. Al proporcionar información sobre la infección avanzada por VIH, sus datos son muy útiles para evaluar la efectividad de la terapia antirretroviral de alta eficacia.

Más información:
http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/sistemas-de-informacion-poblacionales-sobre-vih.shtml

Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud para la Seguridad Transfusional (SI-SNST)

Tiene como finalidad recoger y gestionar la información necesaria para realizar el seguimiento, análisis, evaluación y control del sistema transfusional, a través de los datos aportados por los responsables de los centros y servicios hospitalarios de transfusión.

Más información:
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/indicadores/indicadores.htm

Sistema de Información para el Seguimiento de los Centros, Servicios y Unidades de Referencia (SISCSUR)

Se sustenta en el Registro de Pacientes que debe tener actualizado cada CSUR y permite hacer el seguimiento anual de los criterios de designación referidos a actividad y los indicadores de procedimientos y resultados con el fin de mejorar los estándares y detectar desviaciones en el funcionamiento de los CSUR. Como "estándar" se considera el criterio de designación referido a actividad que ha sido acordado por el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS).

Más información:
http://www.msssi.gob.es/profesionales/CentrosDeReferencia/home.htm

Statistics on Income and living Conditions (SILC) - Estadística sobre la renta y las condiciones de vida

La Estadística sobre la renta y las condiciones de vida es una operación estadística anual dirigida a hogares que se realiza en todos los países de la Unión Europea. Se trata de una estadística armonizada. Su objetivo principal es proporcionar información sobre la renta, el nivel y composición de la pobreza y la exclusión social y permitir la realización de comparaciones con otros países de la Unión Europea. También proporciona información longitudinal ya que es una encuesta panel en la que las personas entrevistadas colaboran cuatro años seguidos. De esta forma se puede conocer la evolución de las variables investigadas a lo largo del tiempo. Una de las áreas de información que proporciona se refiere al nivel de formación, la salud y los efectos que ambos producen sobre la condición socioeconómica.

Más información:
http://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/data/database

Tendencias de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas

El informe presenta la evolución de la prevalencia de tabaquismo, inactividad física, obesidad, consumo insuficiente de frutas y verduras y consumo de alcohol en cantidad de riesgo para la salud en España, factores de riesgo que ha sido posible monitorizar en la población a partir de la encuestas de salud por entrevista de base poblacional realizadas entre 2001 y 2011/12. La población analizada corresponde a los adultos entrevistados de 16 años de edad y mayores.

Más información:
https://www.msssi.gob.es/fr/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/FactoresRiesgoEspana__2001_2011_12.pdf

Equipo de Trabajo

Director General de Salud Pública, Calidad e Innovación
José Javier Castrodeza Sanz, hasta diciembre 2015
Elena Andradas Aragonés, desde enero 2016

Subdirectora General de Información Sanitaria e Innovación
Mercedes Alfaro Latorre

Dirección y coordinación
Santiago Esteban Gonzalo

Recopilación de los datos y análisis (según orden alfabético del primer apellido)
Ángel Abad Bassols
Santiago Esteban Gonzalo
Alicia López Rodríguez

Maquetación y tratamiento de textos e información
Elena Campos Carrizo

Corrección de estilo
José Antonio Lozano Sánchez

Colaboradores (según orden alfabético del primer apellido):

Alonso Villar, Carmen (4)
Álvarez Martín, Elena (8)
Álvarez Miranda, Marina (9)
Amela Heras, Carmen (10)
Arias Bohigas, Pedro (4)
Benedí González, Alicia (2)
Bustos Guadaño, Miguel de (4)
Carbajo Arias, Pilar (5)
Casado Durández, Paloma (1)
Castillo Soria, Olivia (6)
Fernández Quintana, Ana Isabel (4)
Fidalgo García, Luz (4)
Garrido Cantarero, Gregorio (9)
Gogorcena Aoiz, Mª Ángeles (4)
Guilló Izquierdo, Mª Jesús (2)
Gutiérrez Fisac, Juan Luis (4)
Ichaso Hernández-Rubio, Mª Santos (4)
Izquierdo Martinez, Maravillas (3)
Lens Cabrera, Carlos (2)
Lillo Fernández de Cuevas, Jose Mª (3)
Limia Sánchez, Aurora (6)
LLorente San Atilano, Pedro (4)
López Blanco, Juan Antonio (5)
López Orive, Mª Ángeles (4)
Mahillo Durán, Beatriz (9)
Matesanz Acedos, Rafael (9)
Mateu Sanchís, Sagrario (6)
Miguel García, Félix (4)
Moreno Faraco, Inmaculada (4)
Moreno Portela, Mª Isabel (3)
Moro Domingo, Elena (6)
Molina Olivas, Marta (6)
Neira León, Montserrat (4)
Palanca Sánchez, Inés (1)
Pallarés Neira, Luis (7)
Pérez Jiménez, Magdalena (6)
Pérez Mateos, Carmen (3)
Pérez Menéndez-Valdés, Ricardo (6)
Regidor Poyatos, Enrique (4)
Rodríguez Blas, Carmen (3)
Rodríguez Ortiz de Salazar, Begoña (6)
Romero Gutiérrez, Arturo (4)
Sanz Sebastián, Cristina (4)
Sendino Gómez, Rosario (8)
Sierra Moros, Mª José (10)
Simón Soria, Fernando (10)
Suárez Cardona, Mónica (4)
Toledo Gómez, David (4)

(1) Subdirección General de Calidad y Cohesión
(2) Subdirección General de Calidad de los Medicamentos y Productos Sanitarios
(3) Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión
(4) Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación
(5) Subdirección General de Ordenación Profesional
(6) Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología
(7) Subdirección General de Recursos Humanos del SNS
(8) Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
(9) Organización Nacional de Trasplantes
(10) Centro Coordinador de Alertas y Emergencias Sanitarias

El Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2015 da continuidad a la serie de informes iniciada en 2003 y ofrece información sintética y resumida del estado del Sistema Nacional de Salud y su evolución temporal. La entrega de 2015 se complementa con comparaciones internacionales, permitiendo el cotejo y revisión de la situación de salud y de los servicios sanitarios de España en relación con los países de la Unión Europea. La visión de conjunto de todo ello contribuye a la trasparencia y a un conocimiento más próximo del Sistema Nacional de Salud.