

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, 2016

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

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, 2016 Disponible en:

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

NIPO en línea:

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Índice

Introducción	15
Resumen	17
Demografía y Situación de Salud	17
Cifras de población e indicadores demográficos básicos	17
Mortalidad	17
Valoración del estado de salud	18
Problemas de salud crónicos	18
Limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria	18
Limitaciones para las actividades instrumentales de la vida diaria	19
Vigilancia epidemiológica	19
Bajo peso al nacer	20
Interrupción voluntaria del embarazo	20
Accidentes de tráfico, de trabajo y en el hogar o en tiempo de ocio	20
Hábitos de vida	21
Consumo de tabaco	21
Consumo de alcohol	21
Consumo de drogas en estudiantes de educación secundaria	21
Obesidad y sobrepeso	21
Consumo de frutas y verduras	22
Actividad física	22
Recursos Asistenciales: Humanos y Físicos	22
Profesionales médicos y de enfermería	22
Médicos y enfermeras graduados	23
Farmacéuticos	23
Centros de salud y hospitales	23
Tecnologías médicas	24
Oficinas de farmacia	24
Centros servicios y unidades de referencia	24
Red de equipos de trasplante	24
Centros de transfusión sanguínea	24

Promoción, prevención y atención a los problemas de salud	25
Promoción y prevención sanitaria	25
Atención a los problemas de salud	25
Urgencias	26
Centros, servicios y unidades de referencia	27
Donación y trasplante de órganos	27
Red transfusional	27
Calidad de los Servicios Sanitarios	27
Ordenación Profesional y Formación Continuada	28
Prestación Farmacéutica	29
Medicamentos y productos sanitarios incluidos en la prestación del SNS	29
Prestación farmacéutica a través de receta médica del SNS	29
Prestación farmacéutica hospitalaria	30
Medicamentos huérfanos	31
Gasto Sanitario	31
e-Salud	31
Percepción y opinión de los ciudadanos	32
I. Demografía y situación de salud	33
I.1 Cifras de población e indicadores demográficos básicos	33
I.1.1 Cifras de población	33
I.1.2 Natalidad, edad media materna	34
I.1.3 Dependencia	36
I.2 Esperanzas de vida	37
I.2.1 Esperanza de vida al nacer	37
I.2.2 Esperanza de vida a los 65 años	39
I.2.3 Años de vida saludables	40
I.3 Mortalidad	41
I.3.1 Mortalidad general	41
I.3.2 Mortalidad por las principales causas	43
I.3.3 Mortalidad infantil y mortalidad perinatal	51
I.3.4 Mortalidad materna	53
I.4 Morbilidad en la población española	53
I.4.1 Autovaloración del estado de salud	53

I.4.2	Enfermedades y problemas de salud crónicos en adultos	57
I.4.3	Problemas bucodentales	60
I.4.4	Limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria	63
I.4.5	Limitaciones para las actividades instrumentales de la vida diaria	65
I.4.6	Vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles mediante vacunación: difteria, enfermedad meningocócica, parotiditis, poliomielitis, rubéola, sarampión, tosferina, tétanos y varicela	67
I.4.7	Vigilancia epidemiológica de las enfermedades de transmisión aérea: gripe, legionelosis, lepra y tuberculosis	69
I.4.8	Vigilancia epidemiológica de las enfermedades de transmisión sexual: VIH / SIDA, infección gonocócica y sífilis	70
I.4.9	Vigilancia epidemiológica de las Hepatitis: hepatitis A, hepatitis B, otras hepatitis y hepatitis C	73
I.4.10	Bajo peso al nacer	75
I.4.11	Interrupción voluntaria del embarazo	77
I.4.12	Accidentes de tráfico, de trabajo y domésticos o en tiempo de ocio	79
II.	Hábitos de vida	83
II.1	Tabaco	83
II.1.1	Consumo de tabaco en la población adulta	83
II.1.2	Consumo de tabaco y ámbito laboral	85
II.2	Alcohol	88
II.2.1	Consumo de alcohol en población adulta	88
II.2.2	Consumo de alcohol y ámbito laboral	90
II.3	Consumo de drogas en en estudiantes de educación secundaria (14 a 18 años)	91
II.3.1	Consumo de tabaco	92
II.3.2	Consumo de alcohol	92
II.3.3	Consumo de hipnosedantes	94
II.3.4	Consumo de cannabis	95
II.3.5	Consumo de otras sustancias psicoactivas	96
II.4	Obesidad y sobrepeso	97
II.4.1	Obesidad y sobrepeso en población adulta	97
II.4.2	Obesidad y sobrepeso en población infantil	98
II.5	Consumo de frutas y verduras	101
II.5.1	Fomento del hábito de la alimentación saludable en el trabajo	105

II.6	Actividad física	106
II.6.1	Sedentarismo y actividad física en tiempo libre	106
II.6.2	Actividad física en el trabajo	109
III.	Recursos Asistenciales	111
III.1	Recursos humanos	111
III.1.1	Médicos	111
III.1.2	Enfermeras	118
III.1.3	Farmacéuticos	123
III.2	Recursos físicos	126
III.2.1	Centros de salud y consultorios locales del Sistema Nacional de Salud	126
III.2.2	Hospitales	128
III.2.3	Oficinas de Farmacia	131
III.2.4	Camas en funcionamiento y puestos de hospital de día del Sistema Nacional de Salud	133
III.2.5	Tecnologías médicas en el Sistema Nacional de Salud	136
III.2.6	Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud	139
III.2.7	Centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud	140
III.2.8	Red de equipos de trasplante de órganos sólidos	143
III.2.9	Centros y servicios de transfusión sanguínea	144
IV.	Promoción, prevención y atención a los problemas de salud	147
IV.1	Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	147
IV.1.1	Promoción	147
IV.1.2	Vacunación	147
IV.1.3	Detección precoz del cáncer	157
IV.1.4	Red española de escuelas de salud para la ciudadanía	161
IV.2	Atención a los problemas de salud	162
IV.2.1	Atención Primaria	162
IV.2.2	Atención Especializada	170
IV.3	Atención a la urgencia	181
IV.3.1	Actividad urgente en centro de salud y domicilio	181
IV.3.2	Servicios de urgencias y emergencias 112/061	183

IV.3.3	Servicios de urgencias hospitalarios	184
IV.4	Actividad en los centros, servicios y unidades de referencia	185
IV.5	Donación y trasplante de órganos	189
IV.5.1	Trasplante de órganos sólidos	189
IV.5.2	Trasplante de progenitores hematopoyéticos	191
IV.6	Medicina transfusional	194
IV.7	Calidad de los servicios sanitarios	196
IV.7.1	Atención Primaria	196
IV.7.2	Atención Especializada	199
IV.7.3	Buenas prácticas en el Sistema Nacional de Salud	204
V.	Ordenación Profesional y Formación Continuada	207
V.1	Formación Sanitaria Especializada	207
V.1.1	El Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud	207
V.1.2	Oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada de la convocatoria 2015/16	207
V.1.3	Especialistas en formación	208
V.1.4	Acreditación de centros, unidades y dispositivos docentes	210
V.2	Reconocimiento de las cualificaciones de las profesiones sanitarias	213
V.3	Estancias formativas de profesionales sanitarios extranjeros en centros del SNS	215
V.4	Formación continuada de los Profesionales Sanitarios	216
V.4.1	Actuaciones relacionadas con la Formación Continuada y con el Sistema Acreditador	216
V.4.2	Certificación del Curso de Protección Radiológica de los profesionales que llevan a cabo procedimientos de radiología intervencionista	217
VI.	Prestación Farmacéutica	219
VI.1	Oferta de medicamentos y productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del SNS	219
VI.1.1	Medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS durante el año	220
VI.1.2	Total de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, situación a 31 de diciembre de 2015	229
VI.1.3	Total de productos sanitarios incluidos a 31 de diciembre de 2014	234
VI.2	Datos de consumo de la prestación farmacéutica a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia	235

VI.2.1	Oficinas de farmacia que colaboran en la prestación farmacéutica del SNS	236
VI.2.2	Gasto farmacéutico	237
VI.2.3	Recetas facturadas	240
VI.2.4	Gasto medio por receta	242
VI.2.5	Gasto por habitante	243
VI.2.6	Recetas por habitante	244
VI.2.7	Consumo por grupos de facturación	245
VI.2.8	Consumo de medicamentos por subgrupos farmacológicos (ATC4)	245
VI.2.9	Consumo de medicamentos por principios activos (ATC5)	248
VI.2.10	Consumo de medicamentos genéricos	250
VI.2.11	Consumo de productos sanitarios	253
VI.2.12	Ventas de laboratorios farmacéuticos ofertantes	254
VI.2.13	Ventas de ofertantes de productos sanitarios	255
VI.3	Prestación farmacéutica hospitalaria	255
VI.3.1	Gasto de medicamentos por subgrupos farmacológicos (ATC4)	256
VI.3.2	Gasto de medicamentos por principios activos (ATC5)	257
VI.4	Consumo medicamentos huérfanos	258
VII.	Gasto Sanitario	261
VII.1	Gasto sanitario total según función	262
VII.2	Gasto sanitario total según proveedor	264
VII.3	Gasto sanitario total según agente de financiación	265
VII.4	Gasto sanitario público del sector comunidades autónomas	266
VIII.	e-Salud	269
VIII.1	La identificación electrónica de los usuarios en el Sistema Nacional de Salud	269
VIII.2	La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud	271
VIII.3	La receta electrónica del Sistema Nacional de Salud	274
IX.	Percepción y opinión de los ciudadanos	279
IX.1	Valoración del funcionamiento del sistema sanitario	279
IX.2	Elección de servicio público o privado	281
IX.3	Equidad en la prestación de los servicios	282

IX.4	Opinión sobre la repercusión de las medidas estructurales en los servicios sanitarios	282
IX.5	Opinión de los pacientes acerca de su participación en las decisiones que afectan a su salud	284
	Índice de Tablas	285
	Índice de Gráficos	295
	Abreviaturas, acrónimos y siglas	303
	Fuentes	311
	Equipo de Trabajo	327

Introducción

El Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016 es la entrega número doce de la serie¹ iniciada en el año 2003. Desde el informe de 2015 y por acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el documento se denomina según el año de su edición. Junto a la información general del Sistema Nacional de Salud se adjunta una información que alterna cada año según dos formatos: en un año se realiza una revisión de cómo está España en relación con los países de la Unión Europea; y al año siguiente, como es el caso de la edición 2016, el análisis del Sistema Nacional de Salud se complementa con un anexo redactado por cada una de las comunidades e INGESA sobre acciones propias específicas y destacables, llevadas a cabo en su ámbito de responsabilidad.

El índice de la parte general para la edición 2016 recoge en nueve apartados datos sobre:

1. Situación de salud
2. Hábitos de vida
3. Recursos asistenciales
4. Promoción, prevención y atención a la salud
5. Ordenación profesional y formación continuada
6. Prestación farmacéutica
7. Gasto sanitario
8. e-Salud
9. Percepción y opinión de los ciudadanos

En su elaboración, al igual que en las ediciones anteriores, han participado las direcciones generales y subdirecciones generales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad responsables de las diferentes materias. Se han tenido en cuenta los calendarios de cierre de la información centralizada del SNS, por lo que las cifras incluidas corresponden a la información disponible y difundida hasta el mes de octubre de 2016. En la mayoría de los casos los datos recopilados hacen referencia a los años 2014 y 2015, aunque en el apartado de e-Salud la referencia temporal es Septiembre de 2016.

Los informes redactados por las comunidades autónomas e INGESA, se han centrado en describir cuales han sido las políticas, estrategias y acciones propias específicas y destacables llevadas a cabo en su territorio en el ámbito de la salud pública, la asistencia sanitaria, las infraestructuras, los recursos humanos y la gestión económico-financiera.

Con carácter general se solicitaba incluir la información y datos estadísticos disponibles y difundidos desde el año 2005 hasta el 31 de diciembre de 2015, estableciendo como fecha límite de remisión de los documentos el 30 de abril de 2016. Cuando en algún caso esta fecha de recepción fue sobrepasada siempre se ha mantenido el periodo de referencia de 31 de diciembre de 2015.

Por primera vez, a esta parte del informe se le ha añadido un tema monográfico “La organización de la asistencia sanitaria en las zonas limítrofes y en los casos de insularidad: la accesibilidad a la atención sanitaria de la población residente” por lo que finalmente el índice ha quedado configurado:

¹ Los Informes Anuales del Sistema Nacional de Salud están disponibles en la página electrónica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>

1. Salud Pública
2. Asistencia sanitaria
3. Infraestructuras sanitarias
4. Recursos humanos
5. Gestión económico-financiera
6. Tema monográfico: La organización de la asistencia sanitaria en las zonas limítrofes y en los casos de insularidad: la accesibilidad a la atención sanitaria de la población residente.

El tema monográfico ha sido sugerido por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación con el propósito de conocer cómo se salvan los obstáculos que pueden dificultar la asistencia sanitaria con independencia del lugar de residencia de los ciudadanos y recoger como se hace efectiva la coordinación de recursos que garantiza a los residentes en un territorio, la prestación de servicios sanitarios en términos de excelencia.

Entendiendo la diversidad de situaciones posibles, a las comunidades autónomas e INGESA se les ha solicitado, siempre referido a la población residente, información referida a:

1. Convenios, acuerdos o protocolos en vigor y vigencia de los mismos.
2. Para cada convenio, acuerdo o protocolo relación de núcleos de población atendida indicando número de habitantes residentes y dependencia provincial.
3. Régimen económico: compensación y forma de pago acordado.
4. Comisiones de seguimiento, comisiones mixtas: constitución, organización y funciones.
5. El acceso a las historia clínicas.
6. La Tarjeta Sanitaria Individual en esas condiciones de atención: ¿los usuarios de las zonas limítrofes disponen de tarjeta sanitaria del servicio de salud prestador de la atención?
7. Para cada convenio, acuerdo o protocolo los contenidos de la cartera de servicios:
 - a. Atención Primaria: Medicina de familia, pediatría, enfermería, atención domiciliaria, atención urgente, pruebas diagnósticas. Especificar otros.
 - b. Atención Especializada: Consultas externas, atención hospitalaria, pruebas diagnósticas, farmacia hospitalaria. Urgencias. Especificar otros.
 - c. Transporte sanitario
 - d. Atención de emergencias
 - e. Laboratorio de salud pública
 - f. Especificar otros

Agradecemos la colaboración prestada por los integrantes de los equipos de trabajo tanto del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad como de las comunidades autónomas e INGESA por la información, estadísticas y datos aportados, imprescindibles para la elaboración del Informe Anual del SNS 2016.

Resumen

Demografía y Situación de Salud

Cifras de población e indicadores demográficos básicos

- A 1 de enero de 2016 residen en España 46,4 millones de habitantes, con una tasa bruta de natalidad de 9,2 nacimientos por cada 1.000 habitantes y una edad media materna de 31,9 años. La tasa de dependencia es de 53,0% con un aumento de 4,1 puntos desde el año 2000.
- La esperanza de vida al nacer alcanza los 83,2 años con 80,3 años en los hombres y 86,1 años en las mujeres. Desde el año 2001 la esperanza de vida al nacer ha aumentado en 3,5 años. A los 65 años la esperanza de vida es de 21,5 años, con 19,3 años en los hombres y 23,4 años en las mujeres que esperan vivir 4,1 años más que los hombres.
- Los años de vida saludable al nacer son de 66,9 años: en hombres 67,6 y 66,2 en mujeres. Entre el 2006 y el 2014 han aumentado, en conjunto, 4 años, algo más en los hombres (4,7 años) que en las mujeres (3,3 años).
- A los 65 años se espera tener 12,4 años de vida saludable, 12,7 los hombres y 12,1 las mujeres. Entre 2006 y 2014, para el conjunto de la población ha aumentado 1 año.

Mortalidad

- La tasa bruta de mortalidad es de 852,1 fallecidos por cada 100.000 habitantes. Desde 2001, el riesgo de muerte en España se ha reducido un 25,3%. El grupo de las enfermedades del sistema circulatorio (que supone un 29,7% del total de las defunciones) y los tumores (26,8%), 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% del total de defunciones en España, si bien el riesgo de muerte por esta causa ha disminuido un 45,3% 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 50,5% desde el inicio del presente siglo.
- 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 26% de las defunciones. Este porcentaje es del 10% entre las mujeres. 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 20,1% durante el período 2001/2014, en las mujeres aumentó 70,9%. El tumor maligno de mama sigue siendo la neoplasia más frecuente en la mujer, suponiendo al más del 3% del total de las muertes en mujeres y el 15% de las muertes por tumores malignos. Desde inicios del presente siglo, el riesgo de muerte por cáncer de mama en la mujer se ha reducido un 24,6%.
- La cirrosis hepática supone el 1,1% del total de defunciones, el 1,6% en hombres y el 0,6% en mujeres. En el conjunto de España desde 2001, el riesgo de muerte por cirrosis hepática ha descendido un 34,2%.

- 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 72,6% desde 2001. De este modo, el suicidio ha tomado la primera posición relativa dentro de este grupo: supone el 26% de las defunciones por causas externas y el 1% de total de las defunciones registradas.
- La tasa de mortalidad infantil es de 2,9 defunciones en menores de un año por 1.000 nacidos vivos, lo que supuso un descenso de casi un 30%, en el periodo entre 2001 y 2014.
- Por su parte, la mortalidad perinatal, indicador más sensible que la mortalidad infantil para la evaluación de la cobertura y la calidad de la atención a la salud, materno-infantil, se sitúa en 5,1 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Entre 2001 y 2014, la mortalidad perinatal ha descendido en España un 18%.
- La tasa de mortalidad materna refleja el riesgo de muerte de las madres durante la gestación y el parto, estando influida por las condiciones socioeconómicas generales y las condiciones de la atención materno-infantil. En España, en 2014 han ocurrido 9 defunciones por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, el número más bajo desde 1999, cuando se habían producido 15 muertes maternas.

Valoración del estado de salud

- Un 71% de la población de 15 y más años valora su estado de salud como bueno o muy bueno. Los hombres declaran un mejor estado de salud que las mujeres: el 75,4% y el 67,0% respectivamente.
- La percepción de un estado de salud positivo disminuye con la edad: en el grupo de 65 y más años, el 50,5% de los hombres y el 34,3% de las mujeres perciben su estado de salud como bueno o muy bueno, mientras que en la población de 85 y más años lo valoran así el 36,8% de los hombres y el 26,8% de las mujeres. La mayor diferencia entre hombres y mujeres se observa en el grupo de 65 a 74 años, en el que alcanza los 13 puntos, y la menor entre 45-54 años, de solo 4 puntos.

Problemas de salud crónicos

- Los problemas de salud crónicos en la población adulta más frecuentes están constituidos por la hipertensión arterial (18,4%) el dolor de espalda lumbar (17,3%), la hipercolesterolemia (16,5%), la artrosis (16,3%), y el dolor cervical crónico (14,7%).
- Algunos de los problemas muestran una tendencia ascendente en el tiempo: en los últimos veinte años la hipertensión ha pasado de afectar del 11,2% de la población adulta al 18,4%, la diabetes del 4,1% al 6,8% y el colesterol elevado del 8,2% al 16,6%.

Limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria

- El 20,7% de la población de 65 y más años, el 15,0% de los hombres y el 25,2% de las mujeres, tiene dificultad para realizar alguna de las actividades básicas de la vida diaria. Estas dificultades aumentan con la edad. En el grupo de 85 y más años las limitaciones afectan al 53,7%, (el 38,8% de los hombres y el 61,8% de las mujeres).
- Por tipo de limitación, asearse con el 17,3%, es la limitación que la población de 65 y más años, tanto en hombre (11,7%) como en mujeres (21,6%) declara como más frecuente. Con

un 5,4%, alimentarse, es la limitación que declara menos la población de 65 años y más años, tanto en hombres (4,6%) como en mujeres (6,0%).

Limitaciones para las actividades instrumentales de la vida diaria

- El 47,2% de la población de 65 y más años, 34,1% de los hombres y el 57,3% de las mujeres, tiene dificultad para realizar alguna de las actividades instrumentales de la vida diaria. Estas dificultades aumentan con la edad. En el grupo de 85 y más, el 82,6% tiene algún grado de dificultad para las tareas domésticas habituales, 68,5% de los hombres y 90,3% de las mujeres.
- Por tipo de limitación, las tareas domésticas, tanto pesadas (49,7%) como ligeras (31,9%) son las mayores limitaciones tanto en hombres como en mujeres. Usar el teléfono y tomar la medicación, son las limitaciones más frecuentes en la población de 65 y más años (13,5%).

Vigilancia epidemiológica

- 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 tuvo lugar entre 2010-2014. En 2015 la incidencia de parotiditis ha aumentado ligeramente, con una tasa de 8,11 casos declarados por 100.000 habitantes. En el mismo año se han declarado en España 0,08 casos de sarampión y 0,01 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. El número de casos declarados de tosferina por cada 100.000 habitantes fue de 17,99.
- En España, en el año 2015, se notificaron 4.578 casos de tuberculosis, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 9,9 casos por 100.000 habitantes, cifra un 8,3% inferior a la del año 2014. La incidencia de la tuberculosis 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 7,6 en 2015.
- El número de nuevos diagnósticos de VIH se mantiene estable durante los últimos años, mientras que los casos de sida muestran una tendencia decreciente.
- En el periodo 1995-2015 se ha producido un marcado descenso en la incidencia de la infección gonocócica, las tasas han decrecido desde el 11,7 por 100.000 habitantes en 1995 a 10,4 en 2015. Sin embargo esta tendencia no es homogénea, tras el descenso inicial entre 1995 y 2001 se viene produciendo un incremento continuado.
- Los datos de sífilis a lo largo de estos años también muestran un descenso en las tasas de incidencia en el periodo 1995-2001, desde 2,6 por 100.000 habitantes hasta 1,8 observándose un aumento a partir de ese año hasta alcanzar una tasa de 8,0 por 100.000 habitantes en 2015. En este año las tasas de incidencia de la infección gonocócica superan a las tasa de incidencia de la sífilis
- La hepatitis A ha descendido importantemente en los últimos años pasando de 5,9 casos por 100.000 habitantes en el año 2009 a 1,3 en el año 2015; 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 (CISNS) ha acordado 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

Bajo peso al nacer

- Se mantiene la tendencia apreciada del incremento del número de recién nacidos con bajo peso, si bien se ha estabilizado en los últimos años. En el año 1990, el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer era de algo más del 5%, en el año 2000 de 6,9%, llegando en el año 2014 a ser de 8,2%.

Interrupción voluntaria del embarazo

- El número de interrupciones voluntarias del embarazo (IVEs) en 2014 se sitúa en 94.796 lo que supone una incidencia del 10,5 por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años y confirma la tendencia descendente de los últimos cuatro años con 2,0 puntos menos que en 2011. En el grupo de menores de 20 años la incidencia se sitúa en 9,9 interrupciones voluntarias de embarazo, siendo 3,8 puntos menos que en 2011.
- El número de interrupciones voluntarias del embarazo 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, esa tendencia se confirma, situándose en 221,7 IVEs por cada 1.000 nacidos vivos.

Accidentes de tráfico, de trabajo y en el hogar o en tiempo de ocio

- En los últimos veinticinco años el número de víctimas por accidentes de tráfico viene mostrando un claro descenso tanto en relación con el número de accidentes como en relación al número de habitantes. El número de víctimas por 1.000 accidentes ha descendido de 1.582 en 1991 a 1.393 en 2015. La tasa por 100.000 habitantes ha pasado de 399 en el año 1991 a 293 por 100.000 habitantes, aunque con un repunte desde 2012.
- La construcción es el sector económico donde más accidentes de trabajo se producen, seguida de la industria. En 2015, el número de accidentes de trabajo con baja por millón de horas trabajadas es 39,3 en la construcción y 30,4 en la industria. En líneas generales, en la última década la frecuencia de accidentes en jornada de trabajo con baja presenta una tendencia descendente, concretamente, entre 2006 y 2016, la frecuencia de accidentes de trabajo con baja se redujo en España 15,1 puntos.
- Los accidentes domésticos o en tiempo de ocio, además de por su magnitud, son el tipo de accidente más habitual, su importancia radica en la distinta manera en que afectan a la población; son más frecuente en la vejez y en el sexo femenino. El 7,2% de la población española dice que en los últimos 12 meses ha tenido un accidente en el hogar o en tiempo de ocio, siendo de 8,1% en las mujeres y 6,2% en los hombres.

Hábitos de vida

Consumo de tabaco

- El 23% de la población de 15 y más años fuma a diario, el 2,4% es fumador ocasional y el 25,7% se declara exfumador. El porcentaje de fumadores diarios es del 27,6% en hombres y del 18,6% 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 no se observa un patrón claro.

Consumo de alcohol

- El 67,3% 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 57,7%.
- El 1,6% de la población de 15 y más años declara beber habitualmente por encima del umbral de riesgo mostrando una disminución respecto a lo declarado diez años antes. La caída se ha producido en ambos sexos y es más acentuada en hombres.
- El 9,1% declara haber hecho un consumo intensivo episódico de alcohol en el último mes; los hombres con mayor frecuencia, más del doble (13,5%) que en mujeres (5%).

Consumo de drogas en estudiantes de educación secundaria

- La tendencia en el consumo de drogas en estudiantes de educación secundaria es descendente. El alcohol (76,8%) y el tabaco (31,4%) seguido del cannabis (25,4%) son las drogas más consumidas por los estudiantes de 14 a 18 años en los últimos doce meses; le siguen por este orden: hipnosedantes, con o sin receta en los últimos doce meses (10,8%), cocaína (2,8%), alucinógenos (1,2%), éxtasis (0,9%), anfetaminas (0,9%), inhalables volátiles (0,7%) y heroína, últimos doce meses (0,7%).
- El consumo de drogas psicoactivas legales (tabaco, alcohol, hipnosedantes) está más extendido entre las mujeres que entre los hombres; por el contrario, el consumo de drogas ilegales está más extendido entre los hombres que entre las mujeres.

Obesidad y sobrepeso

- La obesidad afecta al 16,9% de la población de 15 y más años (17,1% hombres y 16,7% mujeres). Por primera vez desde 1987 no se observa un incremento de la prevalencia declarada de obesidad en España. La frecuencia de obesidad aumenta según desciende el nivel de estudios: el 26,4% de personas con educación primaria o inferior frente al 8,7% con estudios universitarios. Un 52,7% de la población de 18 y más años padece obesidad o sobrepeso.
- La prevalencia de sobrepeso en la población escolar de 6 a 9 años es del 23,2% (22,4% en niños y 23,9% en niñas). La prevalencia de obesidad es del 18,1% (20,4% en niños y 15,8% en niñas). En cuanto a la tendencia temporal, la prevalencia de sobrepeso ha disminuido y la de obesidad se ha estabilizado.

- De entre los posibles factores asociados a la obesidad, siguen relacionándose de forma significativa los dependientes de los hábitos de alimentación y con la falta de actividad física, como el no desayunar a diario, el disponer televisión, ordenador o videojuegos en su habitación, el ver la televisión durante más de 2 horas diarias, el dormir menos horas, así como el bajo nivel de ingresos económicos de la familia y el bajo nivel educativo de padres y madres.

Consumo de frutas y verduras

- El porcentaje de población de 15 y más años que consume a diario fruta fresca (excluidos los zumos) es del 62,7%. Por sexo, el consumo diario de fruta se sitúa en el 58,2% en hombres y el 67,1% en mujeres. Esta diferencia a favor de las mujeres, está presentes en todas las clases sociales. La diferencia de consumo diario de fruta fresca de las universitarias y las mujeres sin estudios es de 8 puntos y entre los hombres universitarios y los sin estudios es de 8,4 puntos.
- El porcentaje de población de 15 y más años que consume a diario verduras, ensaladas y hortalizas es del 44,6%. Por sexo, el consumo diario se sitúa en 39,1% en hombres y en 50,0% en mujeres. Esta diferencia, a favor de las mujeres, está presente en todas las clases sociales. La diferencia de consumo de las universitarias y las mujeres sin estudios es de 5,9 puntos y entre los hombres universitarios y los sin estudios es de 7,5 puntos.

Actividad física

- El 36,7% de los personas de 15 y más años se declaran sedentarios en su tiempo libre, estando más extendido entre las mujeres (42,0%) que entre los hombres (31,1%). El porcentaje de personas que se declaran sedentarias en su tiempo libre tiene una evolución descendente tanto en hombres como en mujeres.
- En la población de 5 a 14 años el 12,1% 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 (7,4%) realizan tareas que requieren gran esfuerzo físico con mayor frecuencia que las mujeres (1,9%) y también tareas que requieren caminar llevando peso o efectuar desplazamientos, 21,6% frente a 15,0% en mujeres. En mujeres predomina el trabajo de pie la mayor parte de la jornada sin efectuar desplazamientos o esfuerzos (46,4%).

Recursos Asistenciales: Humanos y Físicos

Profesionales médicos y de enfermería

- La tasa de médicos por cada 1.000 habitantes que trabajan en labores asistenciales, tanto en el sector público como en el privado, es de 3,8. Más de la mitad de los médicos en ejercicio son mujeres (51,5%). El grupo más feminizado es el de menores de 35 años y el de 65 y más años el que menos. El grupo de mayores de 44 años supone el 54,7% del total de médicos en ejercicio.
- La red asistencial del Sistema Nacional de Salud cuenta con un total de 116.711 médicos y 169.601 enfermeras, siendo éste el colectivo más numeroso, con una razón enfermera/ médico

de 1,5. La atención primaria cuenta con 34.888 médicos y 29.441 enfermeras. Los hospitales emplean a un mayor número de profesionales: 78.285 médicos y 136.699 enfermeras. En los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061 trabajaban 3.538 médicos y 3.093 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, por cada 1.000 habitantes, en 0,6 profesionales en atención primaria y en 2,9 en atención especializada.
- La capacitación de los médicos y de las enfermeras del servicio público es uno de los aspectos más valorados por la ciudadanía.

Médicos y enfermeras graduados

- Se han graduado más de 5.500 médicos en el año 2014. La tasa de médicos graduados por cada 1.000 habitantes, es de 0,1. Si lo relacionamos con los médicos en ejercicio, se cuenta con 33,2 nuevos médicos por cada 1.000 médicos en activo.
- En el año 2014 se han graduado 11.700 enfermeras, lo que supone contar con 0,3 por cada 1.000 habitantes y 48,9 por cada 1.000 enfermeras en activo.

Farmacéuticos

- La tasa de farmacéuticos que están trabajando, tanto en el sector privado como en el sector público, es de 1,2 por cada 1.000 habitantes. La localización preferente de este tipo de profesionales son las oficinas de farmacia donde trabajan más de 48.000. En los hospitales del Sistema Nacional de Salud trabajan 1.753 farmacéuticos lo que supone contar con 0,04 por cada 1.000 habitantes. En atención primaria se cuenta igualmente Con farmacéuticos con un papel de apoyo y asesoría en el uso racional de los medicamentos.

Centros de salud y hospitales

- El SNS dispone de 3.039 centros de salud y 10.055 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 451 hospitales, de los cuales 324 son de dependencia pública. Los hospitales de la red del SNS ofrecen el 79,4% de las camas hospitalarias en funcionamiento, cuya tasa total en España es de 3,0 por cada 1.000 habitantes, la correspondiente al SNS es de 2,4.
- En la red de hospitales públicos se dispone, asimismo, de 16.820 plazas de hospital de día (36,2 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.

Tecnologías médicas

- La dotación en el Sistema Nacional de Salud para la realización de Tomografía Axial Computerizada (TAC) es de 538 equipos (71,8% del total de equipos en funcionamiento en España) y una tasa de 11,6 por cada millón de población. En cuanto a la Resonancia Magnética (RM) en el SNS se cuenta con 308 aparatos (53,4% del total de equipos en funcionamiento) con una tasa de 6,6 por millón de población. 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. La red de hospitales del SNS dispone de 184 equipos de aparatos de radioterapia (bombas de tele-cobaltoterapia y aceleradores lineales) (79,0% del total existente), lo que supone una tasa de 4,0 aparatos por cada millón de habitantes.
- La Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias tiene como objetivo evaluar las técnicas y procedimientos médicos de cara a su inclusión, exclusión y modificación de las condiciones de uso en la cartera común de servicios del SNS. La Red Española de Agencias participa en las actividades de la Red Europea de evaluación de tecnologías sanitaria. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ostenta la representación de España, como Estado miembro, en la Red Europea.

Oficinas de farmacia

- Una red de 21.919 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. La tasa es de 47 oficinas de farmacia por cada 1.000 habitantes.

Centros servicios y unidades de referencia

- El SNS cuenta con 227 Centros, servicios y unidades de referencia concentrados en 46 centros sanitarios para la atención de 52 patologías y/o la realización de procedimientos de especial complejidad.
- En la primera convocatoria para participar en las Redes Europeas de Referencia (ERN) la Comisión Europea ha admitido en el proceso de selección 42 Servicios o Unidades del SNS

Red de equipos de trasplante

- 44 hospitales disponen de un programa de trasplante autorizado, en los que participan 186 equipos de coordinación integrados por 267 médicos y 173 profesionales de enfermería.

Centros de transfusión sanguínea

- La red de Centros de Transfusión Sanguínea, está constituida por 20 centros públicos que facilitan la terapia transfusional a través de 400 Servicios de Transfusión ubicados en la red hospitalaria pública y privada.

Promoción, prevención y atención a los problemas de salud

Promoción y prevención sanitaria

- En el 20% de las personas atendidas en un año en las consultas de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud consta la realización de actividades de promoción y prevención.
- La cobertura de las vacunas infantiles recomendadas en España es superior al 96,7% y el porcentaje de niños de 1 a 2 años que reciben las dosis de recuerdo es del 95,7%. La vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis alcanza el 96,2% de los niños de 1 a 2 años, superando el 90% los que reciben la dosis de recuerdo recomendada.
- El 56,1% 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, 8 de cada 10 mujeres se hacen la prueba de detección precoz del cáncer de mama en el plazo recomendado. El 79,4% de las mujeres de entre 25 y 64 años se han hecho una citología vaginal en los últimos 5 años, y el 72,7% en los últimos 3 años. Del mismo modo, al 12,4% de la población de 50-69 años le han realizado una prueba de sangre oculta en heces en los últimos dos años.

Atención a los problemas de salud

- En la atención primaria se atienden 373,3 millones de consultas médicas y de enfermería. La frecuentación a consultas médicas es de 5,3 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 13,3 millones de visitas/año, supone el 1,7% del total de la actividad de medicina de familia y el 7,5% en el caso de la enfermería, siendo sus principales destinatarios las personas mayores de 65 años.
- Cada persona atendida en los centros de salud de Atención Primaria presentan, a lo largo del año, una media de 5,7 problemas activos de salud. Por sexo la media es de 5,1 problemas activos en el caso de los hombres y 6,3 en el caso de las mujeres.
- Entre los menores de 15 años, la primera causa de consulta por cada 1.000 personas atendidas son los problemas del aparato respiratorio (1.233,3) seguidos de problemas generales e inespecíficos (872,2), aparato digestivo (665,7), piel y faneras (619,4), y aparato auditivo (315,7). En cuanto a sus características, los problemas predominantes son los agudos e infecciosos. En cuanto a la diferencia por sexo, en niños es más frecuente que en niñas el asma, las bronquitis, laringitis agudas y conjuntivitis.
- En el grupo de 15 y más años la causa más frecuente de consulta por cada 1.000 personas atendidas son los problemas del aparato locomotor (715,9), especialmente en mujeres, seguido de los problemas generales e inespecíficos (624,3) y los problemas del aparato respiratorio (494,8). En el grupo de 15 y más años conviven procesos crónicos (hipertensión arterial, trastorno de los lípidos) y agudos (infección respiratoria aguda del tracto superior). En términos generales los problemas de salud son más frecuentes en mujeres, y entre los más frecuentes, hay mayor diferencia en la cistitis, ansiedad y artrosis.

- En los mayores de 64 años los principales motivos de consulta por cada 1.000 personas atendidas, en este orden de frecuencia, son los problemas del aparato circulatorio (1.156,0) y del aparato locomotor (1.094,0) seguido de problemas generales e inespecíficos (988,4) y los problemas del aparato endocrino, metabolismo y nutrición (801,2). En este grupo predominan las enfermedades crónicas: hipertensión arterial, trastornos de los lípidos, artrosis y diabetes mellitus.
- Los hospitales dependientes del SNS atienden más de 4 millones de ingresos y 78,7 millones de consultas médicas. La estancia media hospitalaria es de 7,8, con un índice de rotación de 36,8.
- Se practican 3,6 millones de intervenciones quirúrgicas, de las que más de 1 millón se realizan con cirugía mayor ambulatoria. Se atienden igualmente más de 329 mil partos con un 21,6% de cesáreas mientras que en la totalidad del sector (público y privado) es del 25,0%.
- Los procedimientos ambulatorios para atender determinadas patologías van sustituyendo progresivamente a los realizados mediante internamiento hospitalario del paciente. El 98,1% de las intervenciones de cataratas se realizan de forma ambulatoria al igual que el 53,1% de los casos de reparación de hernia inguinal o el 31,4% de amigdalectomías. Del mismo modo han ido aumentando la práctica de las intervenciones mediante procedimientos quirúrgicos menos invasivos, el 79,6% de las colecistectomías y el 37,0% de las apendicectomías se realizan mediante laparoscopia.
- La principal causa de hospitalización en España son las enfermedades circulatorias (13,1%) seguida de las enfermedades del aparato digestivo (12,3%) y del aparato respiratorio (11,4%). En los hombres la causa más frecuente de hospitalización son las enfermedades del aparato circulatorio, con el 15,6% del total de causas, seguidas de las enfermedades del aparato digestivo (14,5%), respiratorio (13,8%) y los tumores (10,9%). Las causas más frecuentes de hospitalización en las mujeres son la atención al parto, puerperio y complicaciones de la gestación (20,2% del total de ingresos). Le siguen, por orden de frecuencia, las enfermedades del aparato circulatorio (10,9%), digestivo (10,4%), respiratorio (9,2%) y los tumores (8,8%). Los ingresos hospitalarios por trastornos mentales son más frecuentes en hombres (2,2%) que en mujeres (1,9%).

Urgencias

- La actividad urgente supone un total de 56,7 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 demandas 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 3.039 centros de salud y 10.055 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 1.977 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 28,1 millones de urgencias con una frecuentación media de 0,6 por persona/año.
- Las demandas sanitarias anuales a los servicios 112/061 se cuantifican en 7,1 millones de llamadas, esto equivale a 156 solicitudes por cada 1.000 habitantes.
- En los servicios de urgencia de los hospitales del SNS se atienden, a su vez, 21,5 millones de urgencias anualmente, de las cuales un 11,3% precisan un ingreso hospitalario.

Centros, servicios y unidades de referencia

- En el año 2015 se han trasladado 4.798 episodios asistenciales a los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud. En el periodo 2009-2015, el número total de episodios asistenciales supera los 14.000 con un coste total de compensación por el Fondo de Cohesión de 182,4 millones de euros.

Donación y trasplante de órganos

- La tasa de donantes de órganos por cada millón de habitantes se sitúa en 39,7, lo que supone en valores absolutos 1.851 donantes. Su edad media es de 60,0 años, siguiendo la tendencia ascendente de años anteriores. Por sexo, de cada 10 donantes, 6 son hombres y 4 son mujeres. 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 65,1%; los donantes fallecidos por traumatismo craneoencefálico secundario a accidente de tráfico suponen actualmente solo un 4,2% de los donantes, cuando en 1992 ascendían al 43,0%.
- El trasplante renal es el realizado con mayor frecuencia (2.905) seguido del hepático (1.162). Cada año se realizan alrededor de 3.000 trasplantes de Progenitores Hematopoyéticos (3.068 en 2015). El Registro Español de Donantes de Médula Ósea consta de 200.678 donantes.

Red transfusional

- A su vez, en la Red Transfusional se registran 1,7 millones de donaciones de sangre voluntarias y altruistas, lo que supone un índice de donación de 36,9 por 1.000 habitantes. En las últimas tres décadas el índice de donación por 1.000 habitantes se ha incrementado en 16,9 puntos.

Calidad de los Servicios Sanitarios

- Un notable (7,3) es la valoración media que otorgan los ciudadanos a las consultas médicas de la atención primaria pública, con independencia de que sea por experiencia propia o por la idea que tienen de las mismas.
- los ciudadanos le dan la puntuación más alta a la confianza y seguridad que transmite el médico (7,7). Lo menos valorado (5,7) es el tiempo que se tarda en hacer las pruebas diagnósticas.
- De cada 10 usuarios, algo menos de cuatro obtienen cita con el médico de familia en el mismo día en que la solicitan; de los que no obtienen la cita para el mismo día, de media, esperan 3,6 días para recibir la asistencia solicitada. Un 48,5% obtiene su cita con el médico por Internet, valorando este servicio con 8,4 puntos sobre 10.
- Un 9,0% de las altas hospitalarias se producen por causas que, potencialmente, no deberían haber motivado ingreso en un hospital con un correcto control ambulatorio.
- Respecto a las consultas de especialistas de la sanidad pública, los ciudadanos las valoran de manera general con una nota media de 6,7. El trato recibido del personal sanitario es el aspecto más valorado (7,3) y suspende con 4,9 el tiempo que se tarda con las pruebas diagnósticas.

- En cuanto al ingreso y la asistencia en los hospitales públicos, los ciudadanos otorgan una valoración media de 6,6. Por su experiencia personal o por la idea que tienen consideran el equipamiento y medios tecnológicos existentes en los hospitales el aspecto mejor valorado (7,7) y el tiempo que se tarda para un ingreso no urgente, el peor valorado con un suspenso (4,7).
- El tiempo medio de espera de los pacientes pendientes de una primera consulta en atención especializada es 58 días, 7 días menos que el año anterior, y el de los pacientes en lista de espera quirúrgica se sitúa en 89 días, lo que supone 2 días más que el año anterior. Para el 10,6% 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 75,5%.
- La fractura de cadera en pacientes ingresados y la mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio e ictus son indicadores de calidad asistencial. Entre los pacientes hospitalizados la incidencia de fractura de cadera durante su ingreso se sitúa en 0,05 fracturas por cada 100 altas, con tendencia descendente. La mortalidad intrahospitalaria post-infarto agudo de miocardio se sitúa en 7,1 defunciones por cada 100 diagnósticos de infarto agudo de miocardio, con tendencia descendente. Las cifras de mortalidad posterior a ictus hemorrágico son del 26,5% y del ictus isquémico del 10,3%, también en ambos casos con tendencia descendente.
- El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad inició en 2012, un proceso sistematizado para la identificación, recogida, aprobación y difusión de las buenas prácticas en el Sistema Nacional de Salud. En 2016 el catálogo de buenas prácticas del SNS está constituido por 225 buenas prácticas identificadas y publicadas en el marco de 10 estrategias del SNS: promoción y prevención, atención al parto y salud reproductiva, actuaciones sanitarias frente a la violencia de género, cardiopatía isquémica, cáncer, diabetes, enfermedades raras, enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas, cuidados paliativos y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Ordenación Profesional y Formación Continuada

- Durante 2015 se ha renovado el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS), que eligió su Comisión Permanente formada por 11 vocales. El CNECS es el órgano asesor y científico en materia de formación sanitaria especializada del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- La oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada de la convocatoria 2015/16 alcanza un total de 7.501 plazas, un 0,1% más que en la convocatoria previa.
- En el año 2015, el SNS cuenta con 28.749 especialistas en formación de 57 especialidades en alguna de las 3.256 unidades docentes acreditadas en el Sistema Nacional de Salud. El número de residentes por cada 100.000 habitantes es de 61,7.
- En la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria se forman 6.255 residentes (25% de los 24.988 especialistas en formación de la titulación de Medicina), siendo la especialidad con más residentes en formación, seguida de Pediatría y sus Áreas Específicas (1.639) y de Medicina Interna (1.539).
- A lo largo de 2015 se han realizado 21 auditorías de centros docentes acreditados para la formación sanitaria especializada en ciencias de la salud con el apoyo de equipos de auditorías vinculados con las comunidades autónomas.
- En 2015 se han reconocido 742 títulos de profesionales sanitarios (títulos básicos y de especialistas) procedentes de países de la Unión Europea, lo que supone un 27,1% más que el año anterior.

- Se han emitido 172 credenciales (incremento del 44.5%) de reconocimiento de títulos de especialista obtenidos en países extracomunitarios.
- Durante 2015 se han autorizado 940 estancias formativas para profesionales sanitarios extranjeros, el 94,0% corresponden a titulados en medicina. Los profesionales proceden de 39 países.
- Durante 2015 se ha acreditado el 94,7% de las 48.653 actividades presentadas para su valoración como formación continuada por el Sistema de Acreditación. Más de 4 de cada 10 de las actividades acreditadas corresponden a graduados.

Prestación Farmacéutica

Medicamentos y productos sanitarios incluidos en la prestación del SNS

- A 31 de diciembre de 2015 el número de presentaciones de medicamentos incluidas en la financiación pública, independientemente de su comercialización es de 19.177, de estas 16.268 son en envase normal y facturables a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia 13.837. A 31 de diciembre de 2015, el total de productos sanitarios financiados por el SNS es de 4.784.
- A lo largo del año 2015 se incluyeron 1.456 nuevas presentaciones, independientemente de su comercialización, incorporándose 51 nuevos principios activos correspondientes a 102 presentaciones de medicamentos. Del total de presentaciones incluidas, un 72,9% fueron medicamentos genéricos.
- En el año 2015 se han incorporado las primeras presentaciones de los medicamentos biosimilares del anticuerpo monoclonal del Infliximab y la primera insulina biosimilar glargina.
- Más del 28% de las presentaciones incluidas en la financiación pública (5.420) corresponden a medicamentos que actúan sobre el Sistema nervioso, correspondiente s al grupo terapéutico N.

Prestación farmacéutica a través de receta médica del SNS

- Cerca de 22.000 oficinas de farmacia colaboran en la ejecución de la prestación farmacéutica del SNS, facturando una media mensual de 77 millones de recetas médicas del SNS con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas, INGESA y el mutualismo administrativo (MUFACE MUGEJU e ISFAS), con unas ventas medias mensuales por oficina de farmacia de 46.000 euros. La media de habitantes por farmacia en España es de 2.119.
- El gasto farmacéutico por receta en 2015 se sitúa en 9.962 millones de euros. La factura crece respecto a 2014, pero se mantiene por debajo del gasto del año 2012. Entre 2010 y 2015 el gasto farmacéutico ha disminuido un 21,6%. 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 5.657,8 millones de euros.
- El gasto medio por receta en 2015 es de 10,8 euros, igual que el año 2014, lo que supone casi 2 euros menos que en el año 2010 cuando era de 12,7 euros.

- El gasto por habitante y año en 2015 se sitúa en 214,5 euros, un 2,5% más que en 2014. El gasto farmacéutico por habitante a través de la facturación de recetas médicas del SNS ha caído entre 2010 y 2015 un 20,6%.
- El consumo de recetas por habitante se sitúa en 19,8, un 2,1% más que en 2014. Entre 2010 y 2015 el consumo de recetas por habitante y año ha caído un 6,6% debido al descenso del número de recetas facturadas.
- Los medicamentos antiulcerosos (Inhibidores de la bomba de protones) son el subgrupo de mayor consumo en número de envases a través de recetas médicas del SNS. El omeprazol, fármaco de elección de este grupo de los antiulcerosos, es el principio activo de mayor utilización (54 millones de envases representan el 5,9% sobre el total de medicamentos), aunque ha disminuido un 2,5% su consumo respecto a 2014; su dosis por habitante y día es de 97,4 y su coste tratamiento día de 0,1 euros.
- De los medicamentos con mayor consumo en importe facturado a través de recetas médicas en oficinas de farmacia, el subgrupo de los hipolipemiantes (inhibidores de la HMG CoA reductasa) ocupa la primera posición con 535,9 millones de euros y un 4,9% del total. En el segundo puesto se sitúa el subgrupo de Adrenérgicos en combinación con corticosteroides u otros agentes, excluyendo los anticolinérgicos, para el tratamiento del asma y EPOC, con una facturación de 531,6 millones de euros, aunque ha tenido un descenso del 1% respecto al año 2014.
- El hipolipemiente Atorvastatina es el principio activo de mayor facturación en importe, 277,5 euros, que representa el 2,4% del total facturado en medicamentos. Ha tenido en 2015 un incremento del 7,4% sobre 2014.
- El consumo de medicamentos genéricos alcanza en 2015 una cuota del 48,1% del total de los envases de medicamentos facturados y un 22,7% del importe. Entre 2010 y 2015 el consumo en número de envases ha aumentado un 80,0% y en importe facturado un 114%. Los principios activos que más envases facturan coinciden prácticamente con los del consumo total. El omeprazol es el principio activo de mayor consumo en envases de presentaciones genéricas (48,2 millones de envases seguido del Paracetamol (32,3 millones de envases) y la Simvastatina (25,9 millones).
- Los absorbentes para la incontinencia de orina, son los productos sanitarios de mayor consumo en envases (7,5 millones) y en importe (288,9 millones de euros). El grupo de *medias de compresión fuerte* presenta elevados incrementos respecto al año 2014 tanto en el consumo en envases (12,4%) como en el importe (11,3%).

Prestación farmacéutica hospitalaria

- En la red pública hospitalaria, los 15 subgrupos farmacológicos de mayor consumo a PVL originaron más del 67% del gasto total de medicamentos en el año 2015. El subgrupo de *otros antivirales* donde se encuentran incluidos entre otros principios activos para el tratamiento de la hepatitis C, ocupa la primera posición con el 18,3% sobre el total del consumo y con un incremento muy elevado en 2015.
- Los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa ocupan la segunda posición con el 9,7% del gasto farmacéutico hospitalario.
- Los principios activos para el tratamiento de la hepatitis C, que se incluyeron en la financiación pública en 2014 y 2015, ocupan las primeras posiciones en cuanto a consumo.

Medicamentos huérfanos

- En la prestación farmacéutica del SNS, a 31 de diciembre de 2015 están incluidos 59 principios activos autorizados en 107 presentaciones de medicamentos huérfanos, independientemente de su comercialización. De estos 48 principios activos (80 presentaciones) son de uso hospitalario y 11 principios activos (27 presentaciones) son de dispensación hospitalaria, de estos últimos únicamente 5 (10 presentaciones) pueden ser dispensados en oficinas de farmacias, el resto tienen establecidas para su financiación en el SNS reservas singulares y solo pueden ser dispensados en el ámbito hospitalario.
- El gasto de los medicamentos huérfanos a nivel hospitalario en 2015 ha supuesto un importe de 550,4 millones de euros, que representa sobre el total del gasto hospitalario un 7,4%. En 2015 ha habido un mayor gasto de estos medicamentos en relación a 2014 (17,5%).
- La Lenalidomida para el tratamiento de los pacientes con mieloma múltiple y síndrome mielodisplásico es el principio activo de mayor gasto, en segundo lugar se sitúa el Bosentano para la hipertensión pulmonar y en el tercer puesto se sitúa el inmunosupresor Eculizumab con un incremento del gasto del 26,2%, debido a que es el único medicamento con estudios específicos aprobados para las indicaciones de hemoglobinuria paroxística nocturna y síndrome hemolítico-urémico atípico.

Gasto sanitario

- El gasto total del sistema sanitario español supuso en el año 2014 95.722 millones de euros (66.826 millones financiados por el sector público y 28.895 millones financiados por el sector privado), lo que representa el 9,2% del PIB (6,4% gasto sanitario público y 2,8% privado). El gasto per cápita es de 2.058 euros por habitante.
- El gasto en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación alcanza 55.393 millones de euros, absorbiendo más de la mitad del gasto sanitario total.
- Atendiendo al tipo de proveedor de atención sanitaria, el gasto de los hospitales, que asciende a 39.930 millones de euros, supone el mayor porcentaje del gasto sanitario total.
- Las administraciones regionales, con una participación del 91,6%, son los agentes que soportaron una mayor carga en la financiación sanitaria pública. En relación con el gasto privado, son los hogares los que aportaron una mayor contribución a la financiación, con una participación del 80,7%.
- El gasto total del sector Comunidades Autónomas en 2014 ha experimentado un aumento del 0,7%.

e-Salud

- 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. Cada persona protegida por el SNS dispone de un código de identificación personal único y vitalicio válido en todo el Sistema.
- La Base de Datos de Población Protegida por el SNS (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, especialmente útil para las personas que reciben atención sanitaria en una comunidad autónoma distinta de aquella en la que residen habitualmente.

- 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 que ciudadanos y profesionales sanitarios autorizados puedan acceder a información clínica relevante generada en cualquier Servicio de Salud del SNS. Se encuentra disponible (septiembre 2016), en HCDSNS información clínica de 35.751.172 personas, lo que supone una cobertura del 77,69% de población con Tarjeta Sanitaria Individual.
- La implantación de la receta electrónica en las comunidades autónomas es prácticamente total en los centros de salud, 66% en consultorios locales de atención primaria y está alcanzando una extensión del 72,5% en atención especializada.
- El nivel de utilización de la receta electrónica respecto al total de recetas dispensadas en el Sistema Nacional de Salud es del 85,9%
- El proyecto de interoperabilidad de receta electrónica del SNS tiene como objetivo 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 63,7% 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 6,4 puntos sobre 10. La Atención Primaria sigue siendo el nivel asistencial mejor valorado con 7,3 puntos sobre 10.
- El 77,1% 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 70,4% en la del médico especialista y un 60,0% 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 (87,0%), de la edad (69,6%), del nivel social que se tenga (70,4%) o de la nacionalidad que se posea (58,0%). Sin embargo, el 42,5% considera que sí existen diferencias al tener en cuenta la situación de residencia legal o no en España, y un 40,7% el vivir en zona urbana o rural.
- Un 25,0% de los ciudadanos opina que el sistema de aportación a la prestación farmacéutica implantado en 2012 es acertado. El resto o bien opina que debería contemplar más tramos para que las aportaciones sean más adecuadas al nivel de renta de los pacientes (30,4%) o consideran que debería volverse al sistema anterior donde los pensionistas no pagaban por los medicamentos y el resto si (36,3%). Un 8,3% NS/NC.

1 Demografía y situación de salud

1.1 Cifras de población e indicadores demográficos básicos

1.1.1 Cifras de población

A 1 de enero de 2016 residen² en España 46,4 millones de personas. La población española ha decrecido en 11.142 personas respecto al mismo periodo del año anterior. En términos relativos, los habitantes se han reducido un 0,02%.

Tabla 1-1 Cifras de población residente a 1 de enero de 2016 por comunidad autónoma		
	Ambos sexos	% sobre el total
Andalucía	8.401.760	18,1
Aragón	1.317.921	2,9
Asturias	1.040.681	2,3
Baleares	1.134.657	2,4
Canarias	2.133.667	4,6
Cantabria	582.571	1,3
Castilla y León	2.454.870	5,3
Castilla-La Mancha	2.049.829	4,4
Cataluña	7.403.879	15,9
Comunidad Valenciana	4.932.906	10,6
Extremadura	1.085.189	2,4
Galicia	2.720.668	5,9
Madrid	6.433.221	13,7
Murcia	1.465.258	3,2
Navarra	637.002	1,4
País Vasco	2.162.626	4,7
La Rioja	312.622	0,7
Ceuta	84.632	0,2
Melilla	84.464	0,2
España	46.438.422	100,0

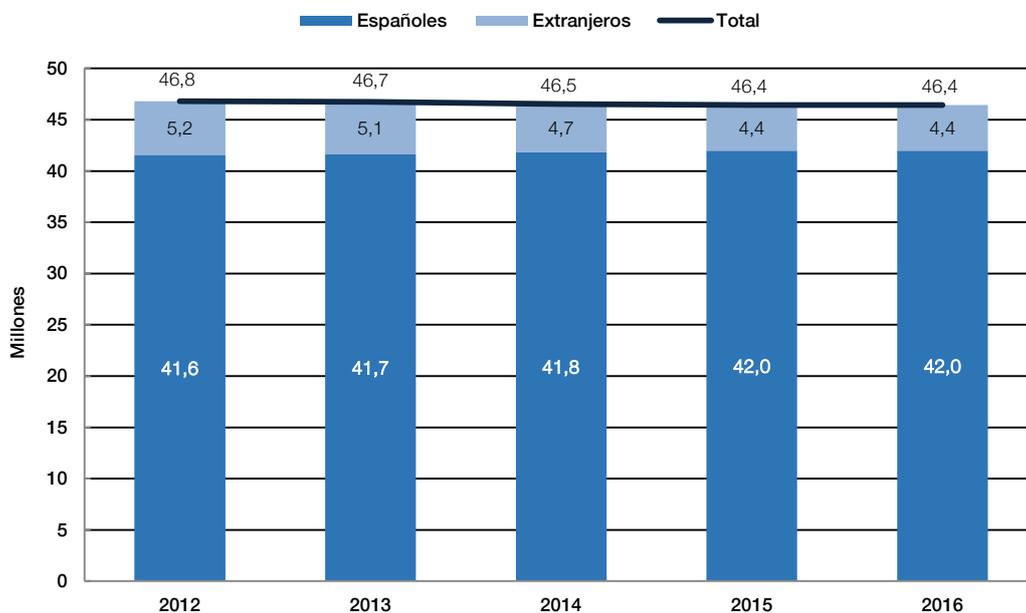
Observaciones: Datos provisionales a 30 de junio de 2016.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población.

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.

² 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.

Aunque la población española decrece, el número de españoles aumenta en 24.313 y el de extranjeros disminuye en 35.457. En estos resultados influye el proceso de adquisición de la nacionalidad española que afectó a 114.207 residentes en 2015.

Gráfico 1-1 Evolución de las cifras de población residente en millones, 2012-2016



Observaciones: Las cifras de población están referidas a 1 de enero de cada año. Los datos del año 2016 son provisionales.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Cifras de Población.

1.1.2 Natalidad, edad media materna

La tasa bruta de natalidad ha pasado de 9,2 por cada 1.000 habitantes en 2014 a 9,0 en el año 2015³. La tasa más alta la presenta Melilla (17,9) y las más baja, Asturias (6,2). La edad materna se mantiene entorno a los 32 años, pasando de 31,8 años en 2014 a 31,9 años en 2015.

³ Datos provisionales del Movimiento Natural de la Población de 2015, publicados el 23 de junio de 2016, durante 2015 nacieron en España 419.109 niños, es decir, 8.486 menos que el 2014, situando la tasa bruta de natalidad en 9,0 nacimientos por cada 1.000 habitantes.

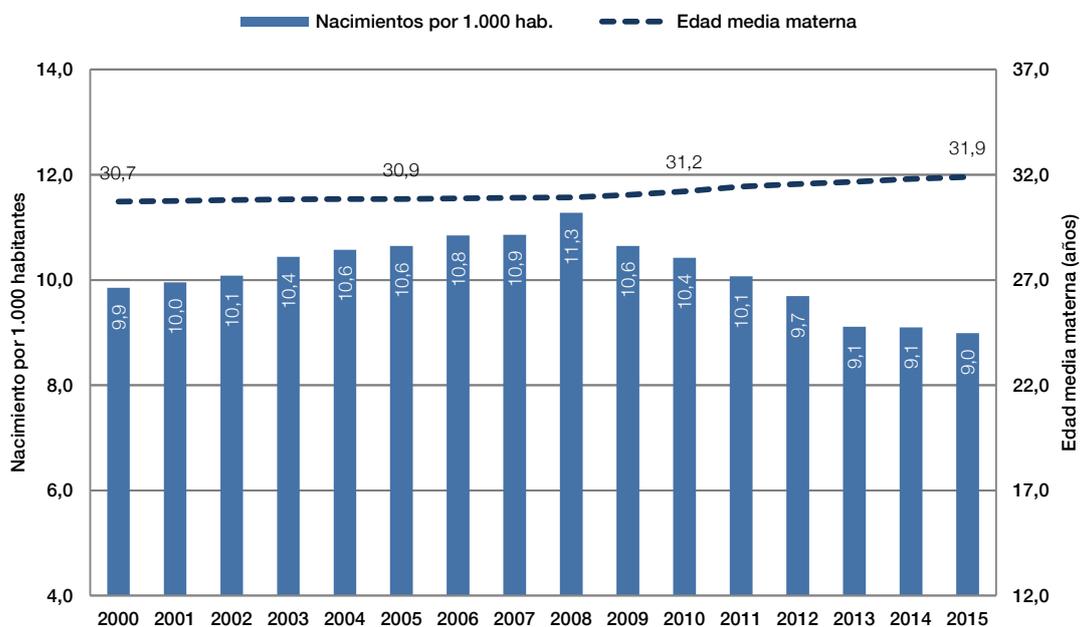
Tabla 1-2 Tasa de natalidad por 1.000 habitantes y edad media materna en años, según comunidad autónoma, 2015

	Tasa de natalidad por 1.000 hab.	Edad media materna (años)
Andalucía	9,6	31,4
Aragón	8,6	32,1
Asturias	6,2	32,2
Baleares	9,4	31,6
Canarias	7,6	31,1
Cantabria	7,5	32,4
Castilla y León	7,0	32,5
Castilla-La Mancha	8,8	31,8
Cataluña	9,5	31,9
Comunidad Valenciana	8,8	31,9
Extremadura	8,1	31,8
Galicia	7,1	32,6
Madrid	10,1	32,5
Murcia	10,9	31,2
Navarra	9,5	32,4
País Vasco	8,7	32,8
La Rioja	8,7	32,2
Ceuta	12,9	30,3
Melilla	17,9	29,6
España	9,0	31,9

Observaciones: Datos provisionales.

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, 2000-2015



Observaciones: Los datos de 2015 son provisionales

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la Población. Indicadores demográficos.

1.1.3 Dependencia

La tasa de dependencia⁴ 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 53,0% desagregada en 28,3% la tasa de dependencia de mayores y 24,7% la tasa de dependencia de jóvenes.

Según comunidades autónomas las mayores tasas de dependencia se observan en Castilla y León (58,7%), Galicia (58,0%) y País Vasco (57,3%) y las más bajas en Canarias (43,4%) y Baleares (46,2%).

Tabla 1-3 Evolución de la tasa de dependencia total según comunidad autónoma, 2000, 2004, 2008 y 2015

	2000	2004	2008	2015	Diferencia 2015 - 2000
Andalucía	50,5	48,7	47,4	50,9	0,4
Aragón	53,7	52,8	51,0	56,4	2,7
Asturias	49,5	48,9	48,5	55,7	6,2
Baleares	46,6	43,9	42,2	46,2	-0,4
Canarias	43,2	41,5	40,8	43,4	0,2
Cantabria	48,3	47,2	46,6	53,3	5,0
Castilla y León	55,1	54,6	53,7	58,7	3,6
Castilla-La Mancha	59,0	56,5	51,7	53,5	-5,5
Cataluña	47,3	46,7	46,7	54,6	7,3
Comunidad Valenciana	48,3	46,8	46,6	53,3	5,0
Extremadura	58,1	56,4	53,2	53,7	-4,4
Galicia	51,2	51,0	51,3	58,0	6,8
Madrid	43,4	42,4	42,9	51,0	7,6
Murcia	50,0	48,7	49,1	51,3	1,3
Navarra	48,3	45,0	47,2	55,8	7,5
País Vasco	43,6	49,2	48,6	57,3	13,7
La Rioja	51,2	49,3	49,4	55,9	4,7
Ceuta	50,2	53,7	52,7	50,4	0,2
Melilla	54,1	48,5	46,9	54,1	0,0
España	48,9	47,8	47,2	53,0	4,1

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos.

En el periodo 2000-2015, las mayores variaciones en la tasa de dependencia se han producido en el País Vasco, con un incremento en 2015 respecto a 2000 de 13,7 puntos, seguida de Madrid con 7,6 puntos, Navarra con 7,5 puntos, Cataluña con 7,3 puntos y Galicia, con un incremento de 6,8 puntos durante el periodo estudiado. Por el contrario encontramos las disminuciones más

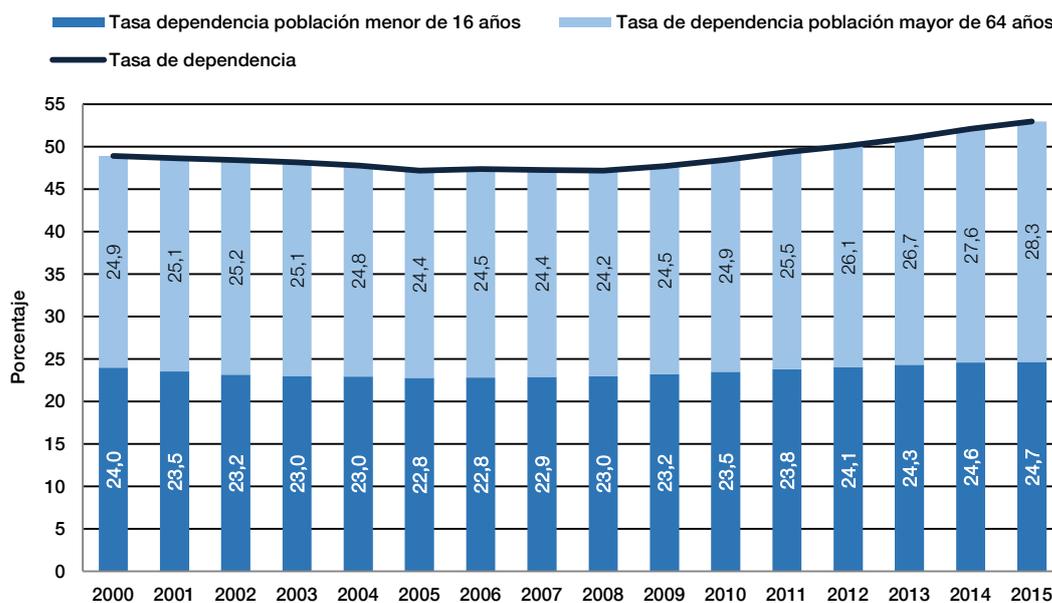
⁴La tasa de dependencia es el índice demográfico que expresa en forma de porcentaje la relación existente entre la población dependiente (menor de 16 años y mayor de 64 años) y la población productiva (de 16 a 64 años) de la que aquella depende. Los últimos datos disponibles corresponden al año 2015.

pronunciadas en Castilla-La Mancha (5,3 puntos) y Extremadura (4,4 puntos). En España la diferencia es de 4,1 puntos positivos entre 2000 y 2015.

Las comunidades autónomas del noroeste peninsular presentan las tasas de dependencia de mayores más altas: Castilla y León con un 38,1%, seguido de Galicia con un 37,9% y Asturias, con un 37,4%. La tasa de España es de 28,3%.

Las comunidades autónomas que presentan unas mayores tasas de dependencia juvenil son Melilla 38,9%, Ceuta, con un 33,7% y Murcia, con un 28,3%. En España la tasa es de 24,7%.

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, 2000-2015



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 83,2 años, 80,3 años para los hombres y 86,1 años para las mujeres.

La EVn aumenta durante el periodo 2007-2014 en 3,5 años (4,1 en los hombres y 2,9 en las mujeres). Al nacer, las mujeres españolas esperan vivir 5,8 años más que los hombres.

Tabla 1-4 Esperanza de vida al nacer por sexo, 2001 y 2014

	EVn	
	2001	2014
Ambos sexos	79,7	83,2
Hombres	76,2	80,3
Mujeres	83,2	86,1

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 2014

	2001	2014	Diferencia 2014-2001
Andalucía	78,6	82,1	3,5
Aragón	80,4	83,2	2,8
Asturias	79,7	82,5	2,8
Baleares	79,3	83,0	3,7
Canarias	78,2	82,5	4,3
Cantabria	80,5	83,1	2,6
Castilla y León	80,3	84,1	3,8
Castilla-La Mancha	81,4	83,7	2,3
Cataluña	80,0	83,6	3,6
Comunidad Valenciana	79,0	82,9	3,9
Extremadura	79,4	82,7	3,3
Galicia	80,0	83,4	3,4
Madrid	80,8	85,0	4,2
Murcia	79,0	82,9	3,9
Navarra	81,3	83,9	2,6
País Vasco	80,4	83,9	3,5
La Rioja	80,8	84,1	3,3
Ceuta y Melilla	78,4	80,7	2,3
España	79,7	83,2	3,5

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 85,0 años y Castilla y León y La Rioja, con 84,1 años, son las comunidades con una mayor EVn. Por su parte Ceuta y Melilla con 80,7, Andalucía con 82,1 y Asturias con 82,5 son las comunidades donde la EVn es menor.

Entre 2001 y 2014, la EVn ha aumentado 4,3 años en el conjunto del Estado y crece en todas las comunidades autónomas. Canarias con un incremento de 4,3 años, seguida de Madrid con 4,2 años y la Comunidad Valenciana y Murcia con 3,9 años, son las comunidades donde más ha crecido. Por su parte, Ceuta y Melilla y Castilla-La Mancha, donde aumenta 2,3 años y Cataluña y Navarra 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 21,5 años: 19,3 años en hombres y 23,4 en mujeres.

La EV_{65} ha aumentado durante el periodo 2001-2014 en 2,4 años tanto en los hombres como en las mujeres. A los 65 años de edad, las mujeres españolas esperan vivir casi 4,1 años más que los hombres.

Tabla 1-6 Evolución de la esperanza de vida a los 65 años por sexo, 2001 y 2014

	EV_{65}	
	2001	2014
Ambos sexos	19,1	21,5
Hombres	16,9	19,3
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 22,9 años, Castilla y León, con 22,3 y La Rioja con 22,1 años. Por su parte, Ceuta y Melilla, con menos de 20 años, Andalucía con 20,4 y Extremadura con 21,0 son las comunidades con menor EV_{65} .

Entre 2001 y 2014 la EV_{65} ha crecido en todas las comunidades autónomas, siendo Madrid y Castilla y León con un crecimiento de 3,1 años y Canarias, con 2,8 años las comunidades con mayor aumento. Castilla-La Mancha con 1,2 años, Ceuta y Melilla con 1,4 y Cantabria con 1,8 años año de aumento, 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 2014

	2001	2014	Diferencia 2014-2001
Andalucía	18,0	20,4	2,4
Aragón	19,6	21,5	1,9
Asturias	19,2	21,1	1,9
Baleares	18,6	21,1	2,5
Canarias	18,2	21,0	2,8
Cantabria	19,6	21,4	1,8
Castilla y León	19,2	22,3	3,1
Castilla-La Mancha	20,5	21,7	1,2
Cataluña	19,3	21,8	2,5
Comunidad Valenciana	18,4	21,1	2,7
Extremadura	18,7	21,0	2,3
Galicia	19,7	21,8	2,1
Madrid	19,8	22,9	3,1
Murcia	18,4	21,0	2,6
Navarra	20,1	22,0	1,9
País Vasco	19,6	22,0	2,4
La Rioja	20,2	22,1	1,9
Ceuta y Melilla	18,2	19,6	1,4
España	19,1	21,5	2,4

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

1.2.3 Años de vida saludables

Los años de vida saludable al nacer (AVSn) en España en 2014 son de 66,9 años, 67,6 en hombres y 66,2 en mujeres. Entre 2006 y 2014, los AVSn han aumentado 4 años en el conjunto de la población, algo más en los hombres (4,7 años) que en las mujeres (3,3 años).

En 2014, los AVSn variaron sustancialmente entre las distintas comunidades autónomas. Aragón, con 72,6 años, seguida de Cantabria, con 72,3 y Navarra, con 70,5, son las comunidades con mayor número de años de vida saludable. Por su parte, Canarias, con 58,2, seguida de Ceuta y Melilla, con 62,5 y Asturias, con 63,5 son las comunidades donde el número de años de vida saludable al nacer es menor.

Entre 2006 y 2014, los AVSn han crecido en todas las comunidades autónomas excepto en Canarias⁵, donde han disminuido 5,2 años. Además de Ceuta y Melilla, donde los años de vida saludable al nacer han aumentado en 9,8 años, los mayores incrementos se observan en La Rioja (8,7) y Navarra (7,8).

Tabla 1-8 Evolución de los años de vida saludable (AVSn) al nacer por sexo, 2006 y 2014

	AVSn	
	2006	2014
Ambos sexos	62,9	66,9
Hombres	62,9	67,6
Mujeres	63,0	66,2

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

Tabla 1-9 Evolución de los años de vida saludable (AVS₆₅) a los 65 años por sexo, 2006 y 2014

	AVS ₆₅	
	2006	2014
Ambos sexos	11,4	12,4
Hombres	11,5	12,7
Mujeres	11,3	12,1

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

Por su parte, a los 65 años (AVS₆₅), los españoles, en 2014, esperan todavía tener 12,4 años de vida saludable, 12,7 en hombres y 12,1 en mujeres. Entre 2006 y 2014, la AVS₆₅ ha aumentado 1 año en el conjunto de la población, 1,2 años en los hombres y 0,8 años en las mujeres. Por comunidades autónomas, País Vasco, con 15,8 años, Castilla la Mancha, con 15,6 y Cantabria con 13,3 son las comunidades con mayor número de AVS₆₅, mientras que Ceuta y Melilla, con 9,2 años, Canarias (9,3) y Andalucía (10,6) son las comunidades con menor número de años de vida saludable. En cuanto a la evolución desde 2006, los AVS₆₅ han descendido en Canarias (2,2 años) y en Andalucía, Madrid, Castilla y León y Extremadura, donde el descenso es menos de 1 año. La Rioja, con un incremento de 5,5 años, Castilla-La Mancha (4,4) y País vasco (3,9) registraron los mayores aumentos en los AVS₆₅ desde 2006.

⁵ Respecto al descenso en Canarias, que fue de algo más de 5 años, con toda seguridad se debió al importante incremento sufrido por la prevalencia de limitación de actividad en esa comunidad en 2011-12 respecto a 2006-7, lo que probablemente fue debido a incidencias en el proceso de selección de los hogares de la muestra.

Tabla 1-10 Evolución de los años de vida saludables (AVSn) al nacer y a los 65 años (AV₆₅) por comunidad autónoma, 2006 y 2014

	AVSn		AV ₆₅	
	2014	Diferencia 2006-2014	2014	Diferencia 2006-2014
Andalucía	65,5	2,5	10,6	-0,8
Aragón	72,6	5,4	13,2	0,4
Asturias	63,5	4,9	11,2	1,2
Baleares	66,0	5,0	11,9	2,2
Canarias	58,2	-5,2	9,3	-2,2
Cantabria	72,3	4,5	13,3	0,8
Castilla y León	69,8	1,1	12,3	-0,7
Castilla-La Mancha	70,1	2,8	15,6	4,4
Cataluña	66,7	6,0	12,7	1,5
Comunidad Valenciana	66,7	7,3	13,2	2,2
Extremadura	67,8	4,0	11,3	-0,6
Galicia	64,8	5,7	11,6	1,5
Madrid	68,5	1,2	12,9	-0,7
Murcia	65,7	5,8	10,9	2,8
Navarra	70,5	7,8	13,1	2,2
País Vasco	68,7	5,3	15,8	3,9
La Rioja	67,5	8,7	12,6	5,5
Ceuta y Melilla	62,5	9,8	9,2	3,3
España	66,9	4,0	12,4	1,0

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

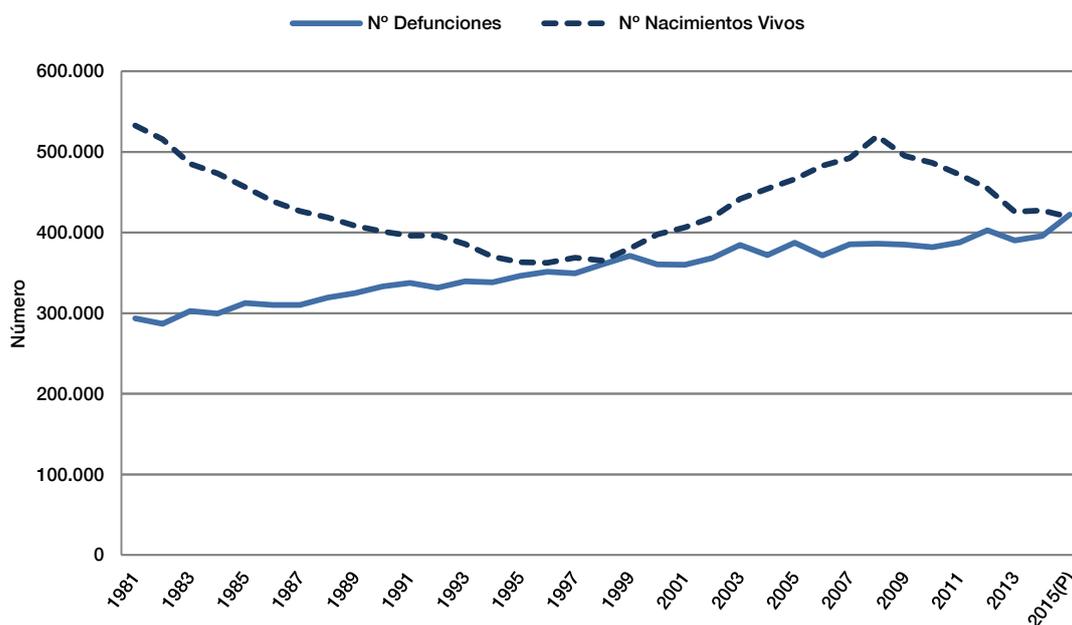
1.3 Mortalidad

1.3.1 Mortalidad general

En el año 2014⁶ se han producido en España 395.830 defunciones, 5.411 más que las registradas en el año anterior. Han fallecido 194.295 mujeres (un 1,9% más que el año anterior) y 207.571 hombres (un 0,9% más que el año anterior).

⁶ Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según causa de muerte, 2014. Datos publicados el 30 de marzo de 2016. Lo últimos datos disponibles en el momento de elaborar el informe corresponden a datos provisionales del Movimiento Natural de la Población referidos al año 2015 y publicados el 23 de junio de 2016, sitúan las defunciones en 422.276 y los nacimientos en 419.109.

Gráfico 1-4 Evolución del número de defunciones y nacimientos, 1981-2015



Observaciones: los datos de 2015 son datos provisionales.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la Población.

En relación al número de nacimientos, con datos provisionales, en 2015 se confirma la tendencia de confluencia del número de defunciones y nacimientos, con un saldo vegetativo negativo registrándose 2.753 defunciones más que nacimientos.

La tasa bruta de mortalidad en 2014 se sitúa en 852,1 fallecidos por cada 100.000 habitantes, lo que supone un incremento del 1,7% respecto al año anterior. Por sexos, la tasa femenina es de 822,6 fallecidas por cada 100.000 mujeres, mientras que la masculina es de 882,5 por cada 100.000 hombres. Los dos grandes grupos de causas de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio (29,7%) y los tumores (26,8%).

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

Tabla 1-11 Mortalidad general. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014 y porcentaje de cambio 2014/2001

	2014	% cambio 2014/2001
Andalucía	495,6	-25,6
Aragón	446,2	-20,5
Asturias	480,5	-20,2
Baleares	454,3	-26,4
Canarias	480,6	-29,1
Cantabria	453,6	-19,4
Castilla y León	415,9	-19,8
Castilla-La Mancha	427,9	-25,3
Cataluña	431,1	-26,0
Comunidad Valenciana	463,0	-27,6
Extremadura	469,9	-24,5
Galicia	444,1	-23,1
Madrid	385,2	-29,4
Murcia	458,1	-28,2
Navarra	423,4	-19,3
País Vasco	424,8	-25,1
La Rioja	412,2	-23,6
Ceuta	552,9	-18,4
Melilla	558,0	-15,2
España	447,8	-25,3

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 25%. La tasa de mortalidad ajustada por edad ha descendido entre 2001 y 2014 en todas las comunidades autónomas. El descenso es mayor en Madrid, donde la tasa de mortalidad ha disminuido 29,4% y en Canarias 29,1%. El descenso ha sido menor en Melilla con 15,2%, Ceuta con 18,4% y Navarra 19,3%.

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 27,8% de las defunciones por enfermedades cardiovasculares (36,6% en hombres y 21,1% en mujeres) se deben a esta enfermedad, causando casi el 8% 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. País Vasco, Navarra, Cantabria y Madrid son las comunidades con menor tasa ajustada de mortalidad, mientras que Asturias, Canarias, Ceuta y Andalucía son las comunidades con un mayor riesgo de muerte por enfermedad isquémica del corazón.

La evolución de ese riesgo de muerte entre 2001 y 2014, ha sido descendente tanto en el conjunto del Estado, donde ha disminuido un 45,3%, como en todas las comunidades autónomas.

Canarias, con un 55,4% de descenso, Ceuta 54,4%, Navarra con 50,9% y Madrid con 45,1% son las comunidades donde el riesgo desciende más, mientras que Cantabria con un 20,1% y Asturias con un 27,8% son donde se registran los menores descensos.

Tabla 1-12 Enfermedad isquémica del corazón. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014 y porcentaje de cambio 2014/2001

	2014	% cambio 2014/2001
Andalucía	43,8	-43,9
Aragón	34,8	-33,8
Asturias	48,6	-27,8
Baleares	36,1	-38,9
Canarias	45,4	-55,4
Cantabria	28,4	-20,1
Castilla y León	33,3	-32,2
Castilla-La Mancha	32,7	-42,0
Cataluña	30,3	-44,5
Comunidad Valenciana	42,8	-44,6
Extremadura	43,3	-35,9
Galicia	32,7	-44,1
Madrid	28,5	-45,1
Murcia	36,7	-42,7
Navarra	27,8	-50,9
País Vasco	27,5	-42,3
La Rioja	34,9	-29,6
Ceuta	44,2	-54,4
Melilla	34,8	-44,7
España	34,4	-45,3

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).

El riesgo de mortalidad por enfermedad cerebrovascular en 2014 varía entre 18,8 por 100.000 habitantes de Madrid, que es la comunidad autónoma con menor riesgo, hasta 46,3 por 100.000 habitantes de Melilla, la comunidad donde el riesgo de muerte por esta causa es mayor. Canarias, Castilla y León y Cataluña registran también bajos riesgos de mortalidad, mientras que en Ceuta, Andalucía y Extremadura se observan las mayores tasas de mortalidad ajustada por edad.

La evolución de ese riesgo de muerte entre 2001 y 2014 ha sido descendente tanto en el conjunto del Estado, donde ha disminuido un 50,5%, como en cada una de las comunidades autónomas. Murcia, con el 57,6% de descenso, Castilla-La Mancha con 55,5% y Canarias con 55,5% son las comunidades donde la magnitud del descenso del riesgo es mayor, mientras que Melilla con 25,4%, Cantabria con 32,4% y Navarra con un 42,9% registran los menores descensos de la tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad cerebrovascular.

Tabla 1-13 Enfermedad cerebrovascular. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014 y porcentaje de cambio 2014/2001

	2014	% cambio 2014/2001
Andalucía	37,7	-50,2
Aragón	26,8	-49,0
Asturias	29,0	-43,7
Baleares	24,3	-51,6
Canarias	22,1	-55,5
Cantabria	27,3	-32,4
Castilla y León	23,4	-46,4
Castilla-La Mancha	26,7	-55,6
Cataluña	23,5	-51,5
Comunidad Valenciana	28,5	-55,0
Extremadura	33,4	-46,9
Galicia	28,4	-51,0
Madrid	18,8	-50,2
Murcia	29,9	-57,6
Navarra	23,9	-42,9
País Vasco	24,0	-49,7
La Rioja	24,8	-44,4
Ceuta	39,1	-46,6
Melilla	46,3	-25,4
España	27,2	-50,5

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

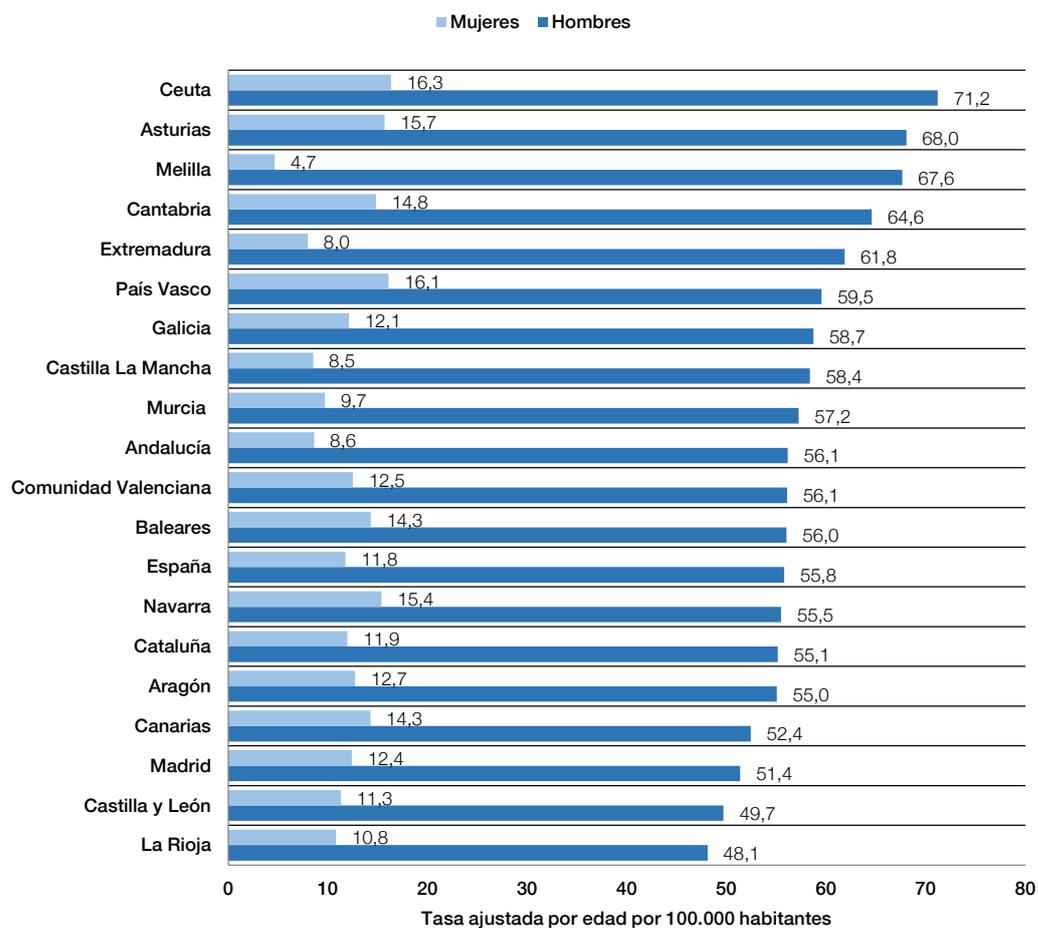
1.3.2.3 Cáncer de pulmón y de mama

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 26% de las defunciones. Este porcentaje es del 10% entre las mujeres.

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, Castilla y León, Madrid y Canarias, mientras que en mujeres, son Melilla, Extremadura, Castilla-La Mancha y Andalucía las comunidades con menor tasa de mortalidad. Los mayores riesgos de muerte se observan en los hombres en Ceuta, Asturias y Melilla, y en las mujeres en Ceuta, País Vasco y Asturias.

Gráfico 1-5 Cáncer de pulmón. Tasas de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes por sexo y comunidad autónoma, 2014



Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según valor en hombres en 2014.

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 20,1% durante el período 2014/2001, en las mujeres aumentó 70,9%.

Los territorios donde el riesgo en hombres descendió más fueron Extremadura con 32,5%, Madrid con 27,1%, Baleares, 26,4% y Andalucía, con 25,8%. Por su parte, entre las mujeres, excepto en Melilla, donde se observó un descenso del 65%, el riesgo de muerte por cáncer de pulmón aumentó en todas las comunidades autónomas, siendo el incremento de magnitud superior al 100% en La Rioja (123,1%), País Vasco (120,3%) y Navarra (109,1%).

Tabla 1-14 Cáncer de pulmón. Porcentaje de cambio en la tasa de mortalidad ajustada por edad en hombres y mujeres y comunidad autónoma, 2014/2001

	% cambio 2014/2001	
	Hombres	Mujeres
Andalucía	-25,8	43,5
Aragón	-16,1	90,6
Asturias	-9,2	62,4
Baleares	-26,4	74,0
Canarias	-17,0	70,8
Cantabria	-22,8	97,3
Castilla y León	-11,4	83,7
Castilla-La Mancha	1,4	63,8
Cataluña	-22,7	79,9
Comunidad Valenciana	-24,4	71,7
Extremadura	-32,5	78,9
Galicia	-10,7	87,3
Madrid	-27,1	57,3
Murcia	-10,4	40,6
Navarra	-16,6	109,1
País Vasco	-10,4	120,3
La Rioja	-16,3	123,1
Ceuta	22,8	98,1
Melilla	-25,1	-65,1
España	-20,1	70,9

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 6.231 defunciones por cáncer de mama en las mujeres sucedidas en el año 2014, suponen alrededor del 15% 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 10,5 por cada 100.000 habitantes de Navarra, que junto a Melilla con 12,7, Castilla - La Mancha con 13,3 y La Rioja con 14,2 fueron las comunidades con menor riesgo de muerte, y el 17,0 de Canarias y Comunidad Valenciana, con 17,0 defunciones por cada 100.000 mujeres, que junto a País Vasco con 17,1 y Asturias con 18,1 fueron las comunidades que registraron mayores tasas.

La evolución de riesgo de muerte por cáncer de mama en la mujer entre 2001 y 2014 es descendente en todas las comunidades autónomas. En el conjunto de Estado, el descenso fue del 24,6%. Los territorios donde el descenso es de mayor magnitud son Navarra con 50,0%, Murcia con 33,9%, Castilla-La Mancha con 31,7% y Cataluña con 31,5%.

Tabla 1-15 Cáncer de mama en mujeres. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes por comunidad autónoma, 2014 y porcentaje de cambio 2014/2001

	2014	% cambio 2014/2001
Andalucía	16,9	-18,2
Aragón	16,9	-21,8
Asturias	18,1	-18,7
Baleares	14,8	-29,1
Canarias	17,0	-22,5
Cantabria	14,3	-20,1
Castilla y León	16,0	-13,9
Castilla-La Mancha	13,3	-31,7
Cataluña	15,6	-31,5
Comunidad Valenciana	17,0	-21,9
Extremadura	16,4	-18,7
Galicia	14,9	-22,6
Madrid	15,2	-26,7
Murcia	14,5	-33,9
Navarra	10,5	-50,0
País Vasco	17,1	-25,9
La Rioja	14,2	-27,1
Ceuta	14,8	-15,5
Melilla	12,7	-21,5
España	15,9	-24,6

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

1.3.2.4 Cirrosis hepática

Es la causa de 4.456 defunciones, 3.267 en hombres y 1.189 en mujeres, que suponen el 1,1% del total de defunciones ocurridas en el año (1,6% en hombres y 0,6% en mujeres). La tasa ajustada de mortalidad varía moderadamente entre las distintas comunidades autónomas. Madrid y La Rioja, con algo más del 4 por 100.000 habitantes, son las comunidades con menor riesgo de muerte por esta causa, mientras que Ceuta con 12,2, Melilla con 9,5, Asturias con 9,3 y Canarias con 9,1 registran las mayores tasas.

Desde 2001, el riesgo de muerte por cirrosis hepática ha descendido un 34,2% en el conjunto de España. El descenso se observa en la mayoría de las comunidades autónomas, siendo de mayor magnitud en La Rioja, donde la mortalidad por cirrosis ha descendido un 56,7% y País Vasco con un 44,9%, Comunidad Valenciana con 41,8% y Madrid, con un 41,4%. La mortalidad por esta causa entre 2001 y 2014 ha aumentado solamente en Ceuta y Melilla, 79,2% y 29,5% respectivamente.

Tabla 1-16 Cirrosis hepática. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014 y porcentaje de cambio 2014/2001

	2014	% cambio 2014/2001
Andalucía	8,0	-37,3
Aragón	6,5	-20,6
Asturias	9,3	-39,2
Baleares	6,6	-27,5
Canarias	9,1	-32,2
Cantabria	6,7	-3,5
Castilla y León	5,9	-31,2
Castilla-La Mancha	6,7	-5,1
Cataluña	6,7	-35,4
Comunidad Valenciana	8,0	-41,8
Extremadura	6,1	-16,6
Galicia	6,7	-24,3
Madrid	4,2	-41,4
Murcia	8,6	-32,1
Navarra	5,4	-19,4
País Vasco	6,3	-44,9
La Rioja	4,3	-56,7
Ceuta	12,2	79,2
Melilla	9,5	29,5
España	6,9	-34,2

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 2014, los accidentes de tráfico en España representaron el 13% del total de las defunciones debidas a causas externas.

El riesgo de muerte por accidentes de tráfico varió ligeramente entre unas comunidades y otras. Ceuta y Melilla⁷ con apenas 1 por cada 100.000 habitantes, País Vasco con 2, Madrid con 2,2 y Canarias, con 3 muertes por cada 100.000 habitantes son las comunidades con menor tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de tráfico en 2014. Ese mismo año las comunidades con mayor riesgo de mortalidad por accidente de tráfico son, Navarra, con una tasa de 5,5 por cada 100.000 habitantes, Galicia con 5 y La Rioja y Baleares, ambas con 4,7.

El riesgo de mortalidad por accidentes de tráfico en España descendió un 72,6% entre 2001 y 2014. Ese importante descenso, que se observó en la totalidad de las comunidades autónomas, fue de mayor magnitud en Ceuta y Melilla, con alrededor de un 85% de descenso, País Vasco, con 81,5% y Murcia, con 78,6%.

⁷ Las tasas para Ceuta se refieren a 2001 y 2013 y para Melilla a 2002 y 2014, por ausencia de defunciones por accidente de tráfico en los años correspondientes.

Tabla 1-17 Accidentes de tráfico. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014 y porcentaje de cambio 2014/2001

	2014	% cambio 2014/2001
Andalucía	3,3	-71,6
Aragón	4,6	-69,9
Asturias	3,5	-65,1
Baleares	4,7	-70,6
Canarias	3,0	-65,0
Cantabria	3,3	-70,2
Castilla y León	4,5	-73,2
Castilla-La Mancha	4,2	-70,2
Cataluña	3,2	-74,7
Comunidad Valenciana	3,2	-74,9
Extremadura	4,5	-67,3
Galicia	5,0	-71,0
Madrid	2,2	-70,0
Murcia	4,2	-78,6
Navarra	5,5	-64,7
País Vasco	2,0	-81,5
La Rioja	4,7	-78,3
Ceuta	1,1	-90,7
Melilla	1,2	-85,1
España	3,6	-72,6

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

1.3.2.6 Suicidio

En 2014, el suicidio causó 3.911 muertes (2.938 en hombres y 973 en mujeres), lo que supuso el 26% 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 varió moderadamente entre unas comunidades y otras. Madrid, con una tasa de 4,7 por 100.000 habitantes, fue la comunidad con menor riesgo en 2014, seguida de Extremadura, con una tasa ajustada de 4,9 por 100.000 habitantes, Cantabria, con 5,7 y Cataluña, con 6,0. Las comunidades con una tasa mayor fueron Galicia y Asturias, ambas con 10,3 por 100.000 habitantes, La Rioja con 8,3 y Andalucía con 8.

Entre 2001 y 2014, el riesgo de muerte por suicidio en España aumentó alrededor del 5%. La tendencia fue descendente en aproximadamente la mitad de las comunidades autónomas, siendo Extremadura con 11,5%, Navarra con 8,9, Comunidad Valenciana con 7,8 y Murcia y La Rioja, ambas con 6,9% donde se observó el mayor descenso. Por su parte, Ceuta y Melilla, con un incremento superior al 100%, y Baleares y Cantabria, donde el ascenso fue del 50%, fueron las comunidades con un mayor incremento de la tasa ajustada por edad entre 2001 y 2014.

Tabla 1-18 Suicidio. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes por comunidad autónoma, 2014 y porcentaje de cambio 2014/2001

	2014	% cambio 2014/2001
Andalucía	8,0	-4,2
Aragón	7,0	22,4
Asturias	10,3	8,8
Baleares	7,4	52,5
Canarias	7,0	4,6
Cantabria	5,7	55,2
Castilla y León	7,6	15,2
Castilla-La Mancha	7,4	20,4
Cataluña	6,0	-6,7
Comunidad Valenciana	6,5	-7,8
Extremadura	4,9	-11,5
Galicia	10,3	30,3
Madrid	4,7	15,7
Murcia	6,7	-6,9
Navarra	6,2	-8,9
País Vasco	6,9	18,3
La Rioja	8,3	-6,9
Ceuta	6,9	114,6
Melilla	6,4	147,5
España	7,0	5,1

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

1.3.3 Mortalidad infantil y mortalidad perinatal

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 es de 2,9 defunciones en menores de un año por 1.000 nacidos vivos, lo que supuso un descenso de casi un 30%, en el periodo entre 2001 y 2014. Por su parte, la mortalidad perinatal, indicador más sensible que la mortalidad infantil para la evaluación de la cobertura y la calidad de la atención a la salud, especialmente la atención materno-infantil, se sitúa en 5,1 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Entre 2001 y 2014, la mortalidad perinatal ha descendido en España un 18%.

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

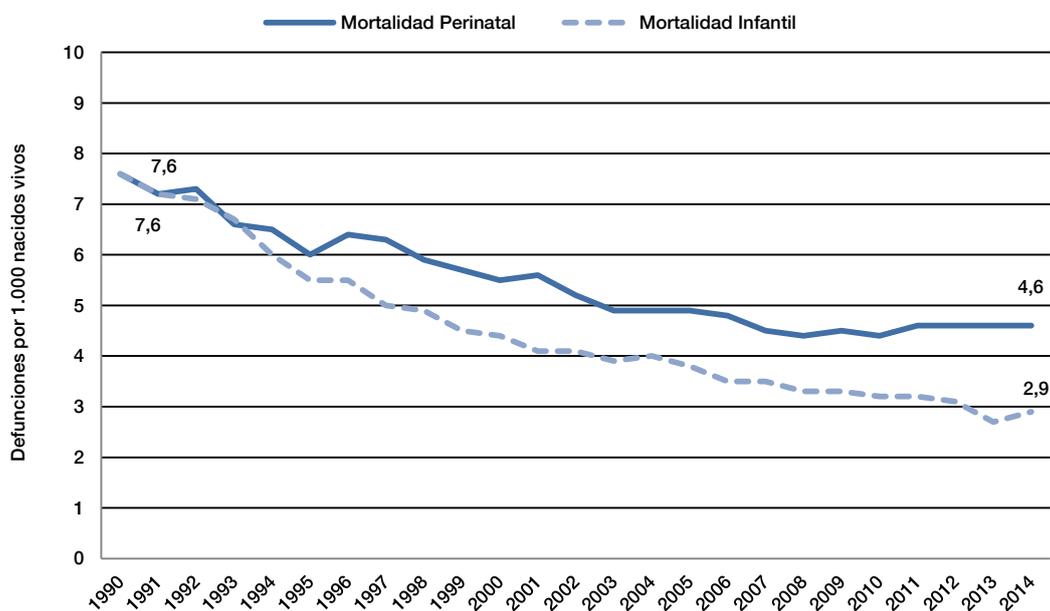
1. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.
2. Sepsis bacteriana del recién nacido.
3. Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer.
4. Hemorragia del recién nacido.
5. Síndrome de la muerte súbita infantil.
6. Dificultad respiratoria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

Tabla 1-19 Tasa de mortalidad infantil y mortalidad perinatal por cada 1.000 nacidos según comunidad autónoma, 2014

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

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

Gráfico 1-6 Tendencia de la tasa de mortalidad infantil y mortalidad perinatal por 1.000 nacidos vivos, 1990-2014

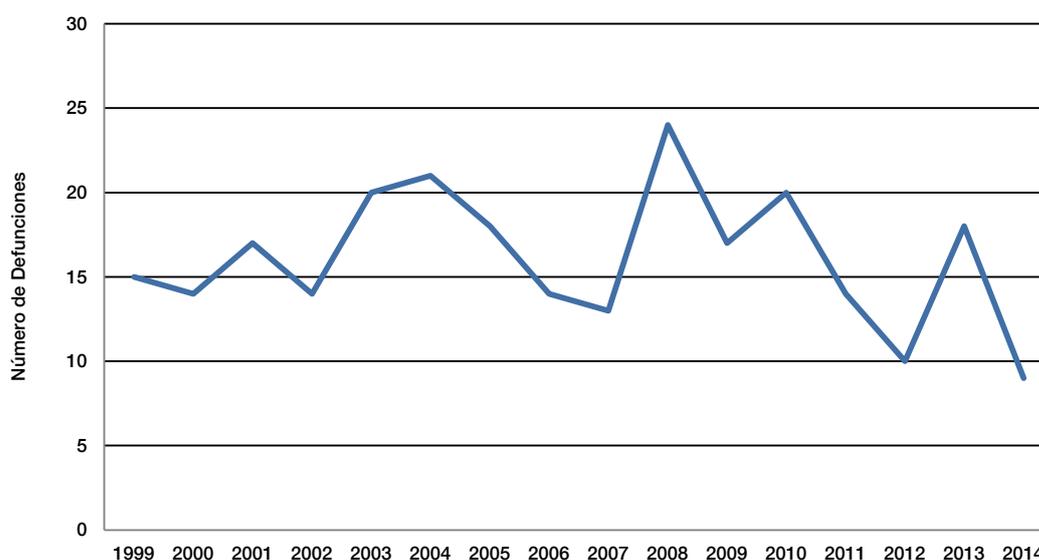


Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.

1.3.4 Mortalidad materna

La tasa de mortalidad materna refleja el riesgo de muerte de las madres durante la gestación y el parto, estando influida por las condiciones socioeconómicas generales y las condiciones de la atención materno-infantil. Actualmente, dada la baja tasa de mortalidad materna, es conveniente expresar el número absoluto de defunciones. En España, en 2014 han ocurrido 9 defunciones por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, el número más bajo desde 1999, cuando se habían producido 15 muertes maternas.

Gráfico 1-7 Tendencia del número de defunciones maternas durante la gestación y el parto, 1999-2014



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

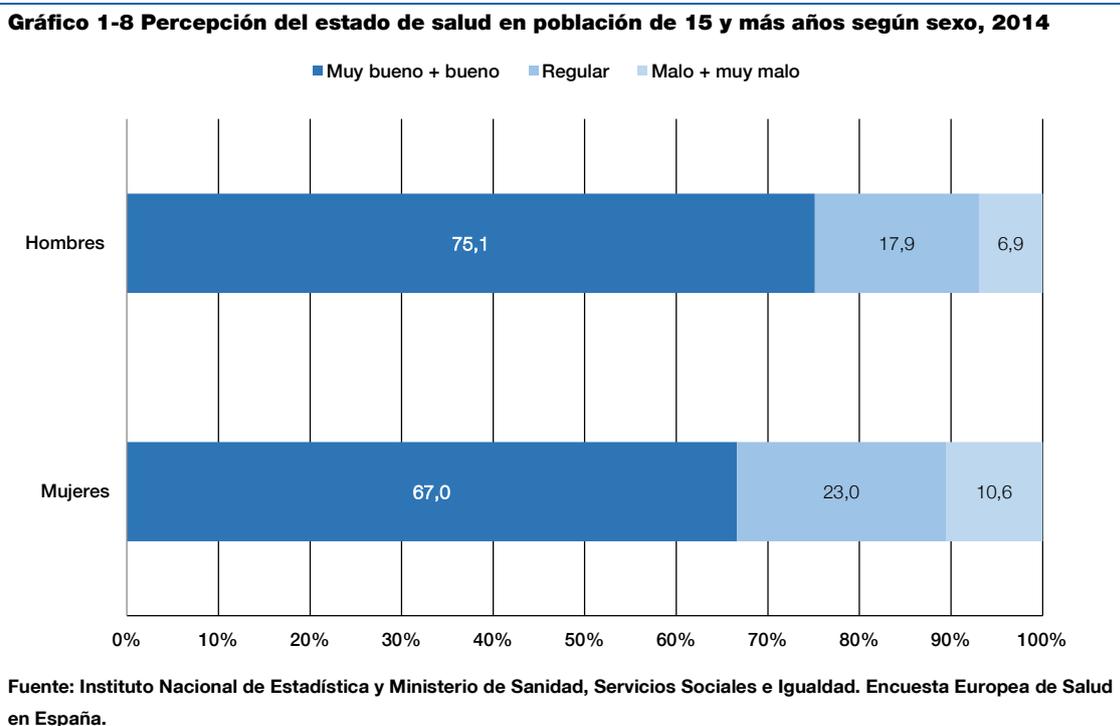
La salud auto-percibida complementa a otros indicadores de la salud objetivos, habiéndose mostrado como un buen predictor de la mortalidad y del uso de los servicios sanitarios.

En España, el 71 % de la población de 15 y más años valora su estado de salud como bueno o muy bueno. Los hombres declaran un mejor estado de salud que las mujeres: el 75,4% y el 67,0% 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 50,5% de los hombres y el 39,3% de las mujeres perciben su estado de salud como positivo, mientras que en la población de 85 y más años lo valoran de dicha manera el 36,8% de los hombres y el 26,8% de las mujeres. La mayor diferencia entre

hombres y mujeres se observa en el grupo de 65 a 74 años, en el que alcanza los 13 puntos, y la menor entre 45-54 años, de solo 4 puntos.

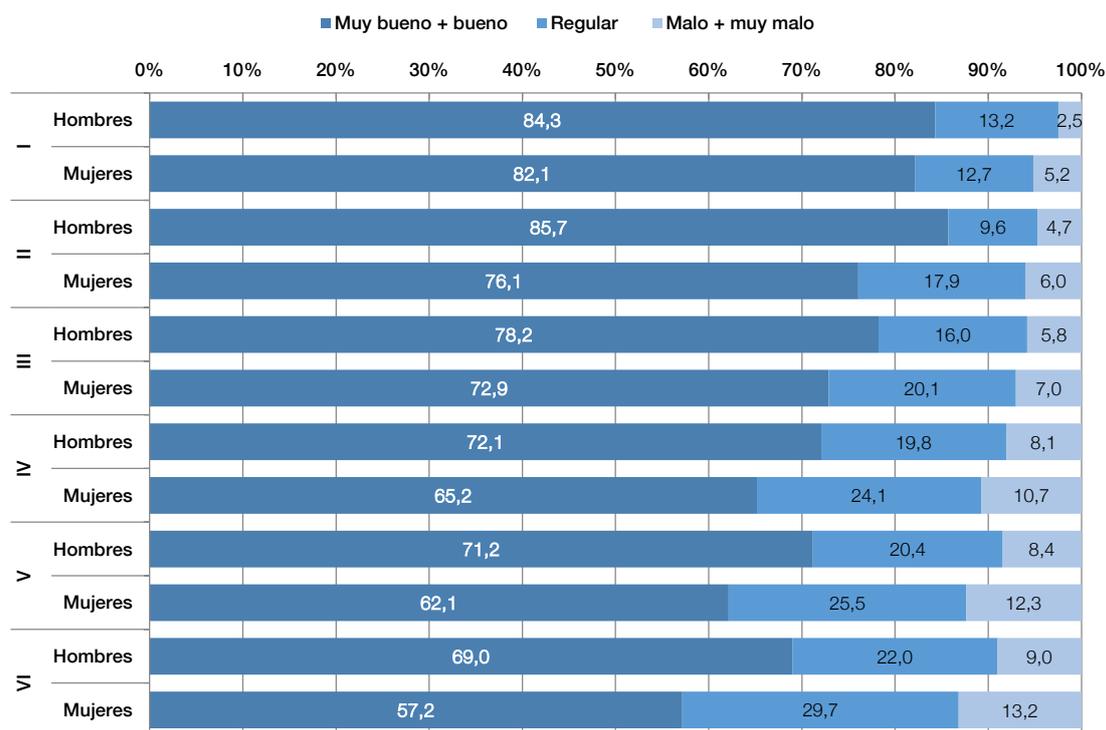
El nivel socioeconómico⁸ muestra una clara relación con el estado de salud auto-percibido; según se desciende en la escala social se observa una caída en la valoración positiva del estado de salud, que pasa de 83,2% en la clase I a 57,2% en la clase VI. El gradiente es más acentuado en mujeres, de 82,1% en clase I a 57,2% en clase VI.



⁸ Clase social ocupacional: Las clases sociales utilizadas en la EESE 2014 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 (ENSE). Corresponde a una agrupación de ocupaciones codificadas según la Clasificación Nacional de Ocupaciones que entró en vigor en 2011 (CNO-11). Las 6 utilizadas son las siguientes:

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

Gráfico 1-9 Salud percibida en población de 15 y más años según sexo y clase social, 2014



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

Por comunidades autónomas el porcentaje más alto de población de 15 y más años con la autovaloración positiva del estado de salud corresponde a Navarra (74,9%) y el más bajo a Galicia (60%). También es Navarra donde se encuentra la menor diferencia entre sexos (2,9 puntos).

Según sexo, los hombres de Baleares (79,9%) y las mujeres de Navarra (73,5%) tienen los porcentajes más altos de autovaloración positiva del estado de salud; por el contrario los más bajos se encuentran en Galicia tanto en hombres de (64,9%) como en mujeres (55,4%).

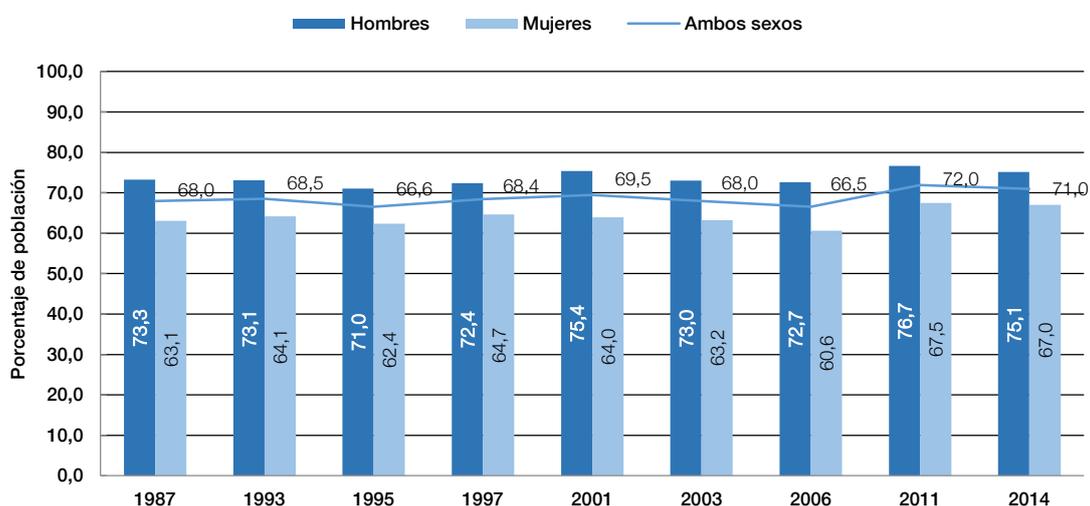
En el grupo de 65 y más años los hombres de Cantabria (59,4%) y las mujeres de Melilla (55,8%) presentan los porcentajes de autovaloración positiva del estado de salud más altos; los más bajos se encuentran en los hombres y las mujeres de Galicia (32,7% y 25,3% respectivamente).

Tabla 1-20 Autovaloración positiva del estado de salud en la población de 65 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	43,6	54,5	35,1
Aragón	47,3	54,9	41,3
Asturias	45,5	56,3	37,8
Baleares	41,4	51,7	32,9
Canarias	31,3	32,8	30,0
Cantabria	52,6	59,4	47,5
Castilla y León	44,3	53,9	36,6
Castilla-La Mancha	35,7	40,5	31,9
Cataluña	47,9	53,1	43,8
Comunidad Valenciana	45,9	53,7	39,7
Extremadura	45,8	47,7	44,3
Galicia	28,5	32,7	25,3
Madrid	51,1	53,4	49,4
Murcia	34,7	44,4	27,0
Navarra	54,2	57,8	51,4
País Vasco	50,5	52,9	48,7
La Rioja	48,5	57,5	41,2
Ceuta	40,7	56,0	29,0
Melilla	49,2	40,9	55,8
España	43,6	50,5	39,3

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

Gráfico 1-10 Tendencia de la autovaloración positiva de la salud en población de 15 y más años según sexo, 1987 - 2014



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, se observa una evolución estable con ligera tendencia al aumento en el porcentaje de población de 15 y más años que valora su estado de salud como positivo (bueno o muy bueno), tanto en hombres como en mujeres, y siempre superior en los

primeros. Entre 2006 y 2011 se observaba una mejora marcada, especialmente en mujeres. En 2014 prácticamente se mantiene esta mejora en la percepción subjetiva del estado de salud (71% frente a 72%).

1.4.2 Enfermedades y problemas de salud crónicos en adultos

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 hipertensión arterial (18,4%), dolor de espalda lumbar (17,3%), colesterol elevado (16,5%), artrosis (16,4%) y el dolor cervical crónico (14,7%).

Tabla 1-21 Problemas de salud crónicos en población de 15 y más años. Distribución porcentual según sexo, 2014

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Hipertensión arterial	18,4	18,0	18,8
Dolor de espalda crónico (lumbar)	17,3	13,8	20,8
Colesterol alto	16,5	15,7	17,2
Artrosis (excluyendo artritis)	16,4	10,3	22,1
Dolor de espalda crónico (cervical)	14,7	9,3	19,9
Alergia crónica	13,4	11,3	15,4
Varices en las piernas	9,3	4,2	14,2
Migraña o dolor de cabeza frecuente	8,3	4,4	12,0
Depresión	6,9	3,9	9,7
Ansiedad crónica	6,9	4,0	9,6
Diabetes	6,8	7,3	6,4
Cataratas	5,0	3,8	6,1

Observaciones: Enfermedades o problemas de salud crónicos con prevalencia igual o superior a 5%.

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

Por comunidades autónomas los valores de prevalencia de hipertensión arterial más altos se encuentran en Canarias (24,2%) y los más bajos en Baleares (14,1%). Los hombres y las mujeres de Canarias (22,0% y 26,4%) tienen la prevalencia más alta y los hombres de Ceuta (8,7%) y las mujeres de Baleares (14,6%) la más baja.

Los valores más altos de prevalencia de colesterol elevado se encuentran en Galicia (25%) y los más bajos en Asturias (12,1%). Según sexo, los hombres y las mujeres de Galicia (22% y 27,8%) presentan la prevalencia más alta de valores elevados de colesterol y los hombres de Ceuta (8%) y las mujeres de Baleares (14%) los más bajos.

Tabla 1-22 Prevalencia declarada de hipertensión arterial en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	15,8	14,3	17,2
Aragón	21,3	21,7	20,9
Asturias	19,0	16,2	21,5
Baleares	14,1	13,6	14,6
Canarias	24,2	22,0	26,4
Cantabria	17,5	16,8	18,1
Castilla y León	20,3	20,4	20,1
Castilla-La Mancha	20,5	19,1	21,9
Cataluña	19,2	20,5	18,0
Comunidad Valenciana	18,9	19,5	18,3
Extremadura	20,5	21,4	19,5
Galicia	21,1	20,4	21,7
Madrid	16,3	15,4	17,2
Murcia	19,3	18,6	20,1
Navarra	15,3	14,9	15,7
País Vasco	17,4	17,6	17,2
La Rioja	17,2	18,2	16,3
Ceuta	16,9	8,7	26,1
Melilla	17,7	17,5	17,9
España	18,4	18,0	18,8

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

Tabla 1-23 Prevalencia declarada de colesterol alto en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	14,3	14,1	14,5
Aragón	17,4	17,6	17,2
Asturias	12,1	10,0	14,1
Baleares	13,6	13,3	14,0
Canarias	18,1	16,9	19,4
Cantabria	18,8	18,1	19,5
Castilla y León	17,6	17,1	18,0
Castilla-La Mancha	15,3	13,9	16,6
Cataluña	15,7	15,2	16,2
Comunidad Valenciana	15,9	15,8	15,9
Extremadura	17,8	17,7	18,0
Galicia	25,0	21,9	27,8
Madrid	16,5	14,3	18,5
Murcia	16,3	15,1	17,6
Navarra	14,9	14,9	15,0
País Vasco	18,5	20,4	16,7
La Rioja	15,8	14,1	17,4
Ceuta	12,8	8,0	18,3
Melilla	14,8	11,6	17,8
España	16,5	15,7	17,2

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

El 69,3% de los mayores de 14 años declara haberse tomado la tensión arterial en el último año, proporción que llegaba al 94,4% en el grupo de edad de 75 a 84 años. Más del 90% de la población por encima de los 64 años declara haberse tomado la tensión arterial en los últimos dos años. Se ha medido el colesterol en el último año el 69,5% de la población mayor de 14 años siendo también en el grupo de 75 a 84 años donde se encuentra la proporción más alta, con más del 90%. La diabetes es la enfermedad metabólica crónica más 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 6,8%, sin diferencias significativas entre mujeres (7,3%) y hombres (6,4%). El diagnóstico y control correcto de la diabetes disminuye el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares como el infarto de miocardio o el ictus.

Tabla 1-24 Prevalencia de la diabetes en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014

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

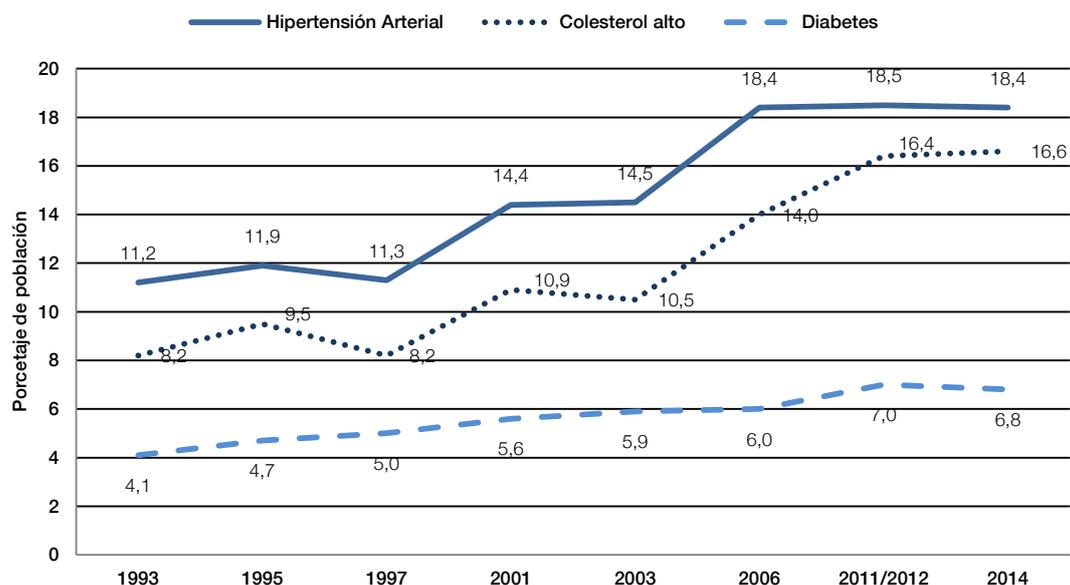
Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud de España.

La mayor prevalencia de diabetes, con un rango entre 11 y 8 por cada 100 habitantes, se encuentra en Ceuta, Melilla, Murcia, Canarias y Comunidad Valenciana. Los valores menores se encuentran en Baleares, Aragón y Cantabria, con valores entre 5,2 y 5,3 por cada 100 habitantes.

El 68,2% de la población mayor de 14 años declara haberse medido el nivel de glucosa en sangre en los últimos 12 meses. Este porcentaje aumenta con la edad hasta un 89% en el grupo de 75 a 84 años.

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 18,4% de los adultos, la diabetes del 4,1% al 6,8% y el colesterol elevado del 8,2% al 16,6%.

Gráfico 1-11 Tendencia en la prevalencia de problemas de salud crónicos en población de 15 y más años, 1993-2014



Observaciones: La población de referencia para los años anteriores a 2011 es de 16 y más años.

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

1.4.3 Problemas bucodentales

El 26,1% de la población de 15 y más años conserva toda la dentadura natural. El 72,5% ha sufrido alguna extracción de dientes o muelas y el 64,1% tiene dientes o muelas obturados. La caries está presente en el 25,5% de los mayores de 15 años y el 17,6% dice padecer sangrado de las encías al cepillarse o espontáneamente.

Tabla 1-25 Estado de la dentadura en población de 15 y más años. Distribución porcentual según sexo, 2014

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Extracción de dientes/muelas	72,5	70,6	78,3
Dientes/muelas empastados (obturados)	64,1	60,6	67,4
Ausencia de dientes/muelas	54,7	53,7	55,6
Llevar fundas, puentes, otro tipo de prótesis o dentadura postiza	39,8	35,8	43,5
Caries	25,5	26,8	24,3
Conservación de toda la dentadura natural	26,1	27,5	24,9
Sangrado de las encías al cepillarse o espontáneamente	17,6	16,0	19,2
Se le mueven los dientes/muelas	6,4	6,3	6,6

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

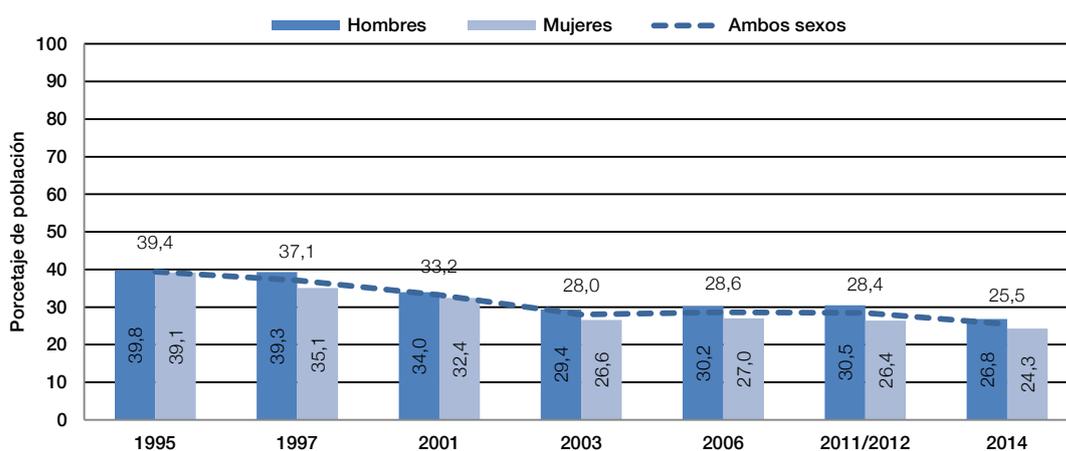
Por comunidades autónomas los valores de prevalencia de caries más altos en la población de 15 y más años se encuentran en Melilla (37,2%), Canarias (35,0%) y Ceuta (34,3%) y los más bajos en, Cantabria (9,5%) y Asturias (16,4%).

Tabla 1-26 Prevalencia declarada de caries en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014

	Ambos sexos (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Andalucía	29,9	32,3	27,7
Aragón	27,0	31,3	22,8
Asturias	16,4	16,5	16,2
Baleares	19,1	20,1	18,1
Canarias	35,0	36,9	33,2
Cantabria	9,5	10,8	8,2
Castilla y León	21,8	20,1	23,5
Castilla-La Mancha	30,6	28,8	32,5
Cataluña	24,5	25,5	23,5
Comunidad Valenciana	25,1	27,3	22,9
Extremadura	26,2	26,1	26,2
Galicia	28,1	30,8	25,6
Madrid	21,7	22,1	21,4
Murcia	34,0	34,7	33,4
Navarra	17,5	18,2	16,9
País Vasco	18,6	20,7	16,6
La Rioja	21,7	25,3	18,3
Ceuta	34,3	31,2	37,9
Melilla	37,2	41,6	33,4
España	25,5	26,8	24,3

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

Gráfico 1-12 Tendencia de la prevalencia de caries en población de 15 y más años según sexo, 1995-2014



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

Desde un punto de vista temporal, en el periodo 1995-2014 se observa una tendencia a la disminución patente en el porcentaje de la población de 15 y más años que dice tener caries (13,9 puntos), siendo la minoración más intensa en las mujeres (14,8 puntos) que en los hombres (13,0 puntos).

En cuanto a la prevalencia de sangrado de las encías al cepillarse o espontáneamente, los valores más altos se encuentran en la población de 15 y más años de Ceuta (27,6%), Murcia (26,1%) y Extremadura (24,3%) y los más bajos en Cantabria (5,4%) y Asturias (13,3%).

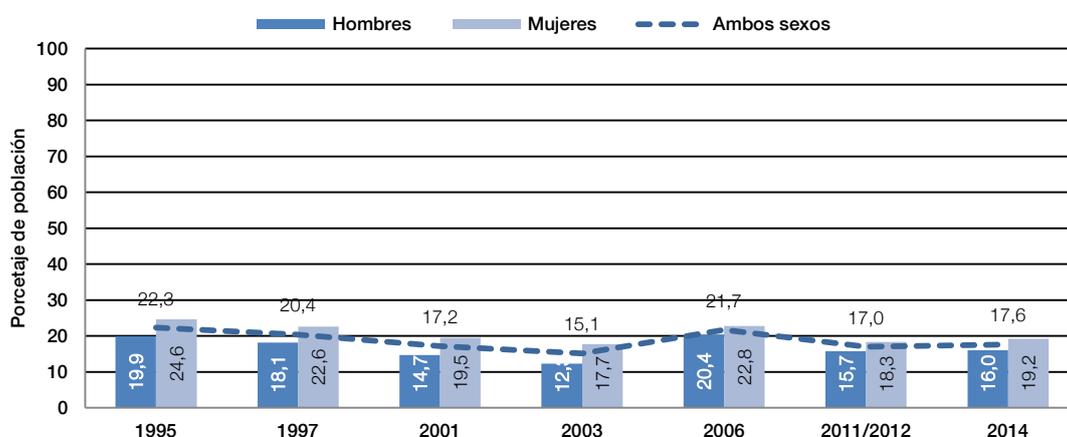
Tabla 1-27 Prevalencia declarada de sangrado de las encías en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014

	Ambos sexos (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Andalucía	18,8	16,0	19,7
Aragón	21,5	16,6	26,4
Asturias	13,3	12,6	13,9
Baleares	16,5	14,7	18,3
Canarias	21,3	20,7	22,0
Cantabria	5,4	5,5	5,3
Castilla y León	17,3	16,3	18,3
Castilla-La Mancha	22,2	19,8	24,5
Cataluña	16,1	14,4	17,7
Comunidad Valenciana	14,0	11,9	16,8
Extremadura	24,3	22,4	26,2
Galicia	18,6	15,2	21,8
Madrid	15,8	14,7	16,8
Murcia	26,1	24,4	27,8
Navarra	16,5	15,7	17,4
País Vasco	17,1	16,7	17,4
La Rioja	19,2	15,9	22,9
Ceuta	27,6	17,1	39,9
Melilla	14,6	9,9	18,8
España	17,6	16,0	19,2

Observación: Sangrado de las encías al cepillarse o espontáneamente.

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

Gráfico 1-13 Tendencia en la prevalencia de sangrado de las encías en la población de 15 y más años según sexo, 1995-2011/2012



Observaciones: Sangrado de las encías al cepillarse o espontáneamente

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

Desde un punto de vista temporal, en el periodo 1995-2014 se observa una disminución del porcentaje de población de 15 y más años que dice presentar sangrado de las encías al cepillarse o espontáneamente (4,7 puntos), siendo la minoración algo más intensa en las mujeres (5,4 puntos) que en los hombres (3,9 puntos).

1.4.4 Limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria

El 20,7% de la población de 65 y más años, el 15,0% de los hombres y el 25,2% de las mujeres, tiene dificultad para realizar alguna de las actividades básicas de la vida diaria⁹. Estas dificultades aumentan con la edad. En el grupo de 85 y más años las limitaciones afectan al 53,7%. En este grupo de edad, el 38,8% de los hombres y 61,8% de las mujeres tienen alguna dificultad.

Tabla 1-28 Limitación para las actividades básicas de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y grupo de edad, 2014

	Total	de 65 a 69 años	de 70 a 74 años	de 75 a 79 años	de 80 a 84 años	de 85 y más años
Ambos sexos	20,7	8,4	11,1	18,9	30,6	53,7
Hombres	15,0	5,8	8,7	15,7	25,2	38,8
Mujeres	25,2	10,4	13,4	21,4	34,1	61,8

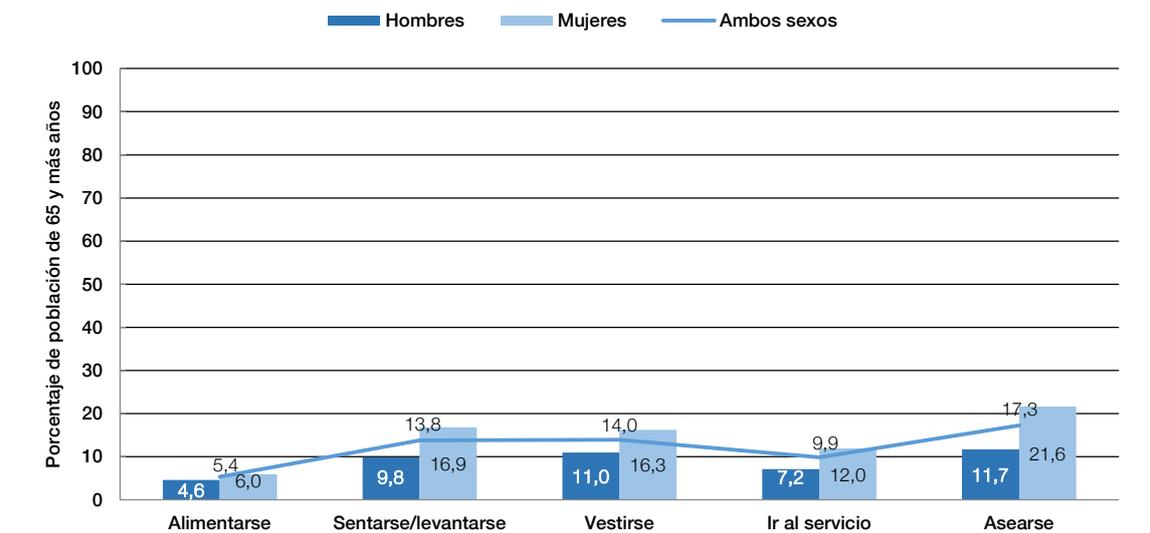
Observaciones: Como actividades básicas de la vida diaria se han considerado: alimentarse, sentarse, levantarse de una silla o de una cama, acostarse, vestirse y desvestirse, ir al servicio, ducharse o bañarse.

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

⁹ Como actividades de cuidado personal se han considerado: alimentarse, sentarse, levantarse de una silla o de una cama, acostarse, vestirse y desvestirse, ir al servicio, ducharse o bañarse.

Por tipo de limitación, asearse con el 17,3%, es la limitación que la población de 65 y más años, tanto en hombre (11,7%) como en mujeres (21,6%) declara como más frecuente; le sigue vestirse con el 14,0%. Con un 5,4%, alimentarse, es la limitación que declara menos la población de 65 años y más años, tanto en hombres (4,6%) como en mujeres (6,0%).

Gráfico 1-14 Limitación para las actividades básicas de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y tipo de limitación, 2014



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

Por comunidades autónomas el porcentaje más alto de población de 65 y más años que declara limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria corresponde a Murcia (26,8%) y el más bajo a Castilla y León (13,4%). En Navarra es donde se encuentra la menor diferencia entre sexos (0,4 puntos) y la mayor en Murcia (22,0 puntos). Los hombres de Aragón (19,8%) y las mujeres de Murcia (32,7%) presentan los porcentajes más altos; los más bajos se encuentran en los hombres de Castilla-La Mancha (9,2%) y las mujeres de La Rioja (16,4%).

La medida de la prevalencia de las limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria en términos de capacidad funcional, con independencia de las razones de estas limitaciones (congénita, por enfermedad, accidente, envejecimiento...) constituye una evaluación básica de la discapacidad en la población.

Tabla 1-29 Limitación para las actividades básicas de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y comunidad autónoma, 2014

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	26,2	15,0	31,1
Aragón	19,8	19,8	26,9
Asturias	16,2	11,0	19,2
Baleares	18,7	12,1	20,2
Canarias	20,7	16,8	21,9
Cantabria	20,8	19,3	29,2
Castilla y León	13,4	9,6	16,8
Castilla-La Mancha	22,5	9,2	27,1
Cataluña	21,1	16,8	25,6
Comunidad Valenciana	21,7	15,3	25,0
Extremadura	17,8	17,5	23,5
Galicia	23,0	10,6	28,9
Madrid	17,9	15,1	23,1
Murcia	26,8	10,7	32,7
Navarra	16,1	19,2	18,8
País Vasco	16,8	12,6	20,7
La Rioja	15,6	11,5	16,4
Ceuta	-	-	-
Melilla	16,9	-	23,1
España	20,7	14,9	25,2

Observaciones: - sin datos por muestra de población insuficiente. Como actividades básicas de la vida diaria se han considerado: alimentarse, sentarse, levantarse de una silla o de una cama, acostarse, vestirse y desvestirse, ir al servicio, ducharse o bañarse.

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

1.4.5 Limitaciones para las actividades instrumentales de la vida diaria

El 47,2% de la población de 65 y más años, 34,1% de los hombres y el 57,3% de las mujeres, tiene dificultad para realizar alguna de las actividades instrumentales de la vida diaria¹⁰. Estas dificultades aumentan con la edad. En el grupo de 85 y más, el 82,6% tiene algún grado de dificultad para las tareas domésticas habituales, 68,5% de los hombres y 90,3% de las mujeres.

La medida de la dificultad encontrada al realizar las actividades instrumentales de la vida diaria constituye una segunda evaluación básica del grado de discapacidad de la población. La medida de la prevalencia de estas limitaciones se hace en términos de capacidad funcional, con independencia de las razones de estas limitaciones.

¹⁰ Como actividades instrumentales de la vida diaria se han considerado: preparar las comidas, utilizar el teléfono, realizar compras, tomar medicamentos, tareas domésticas y administración del dinero.

Tabla 1-30 Limitación para las actividades del hogar en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y grupo de edad, 2014

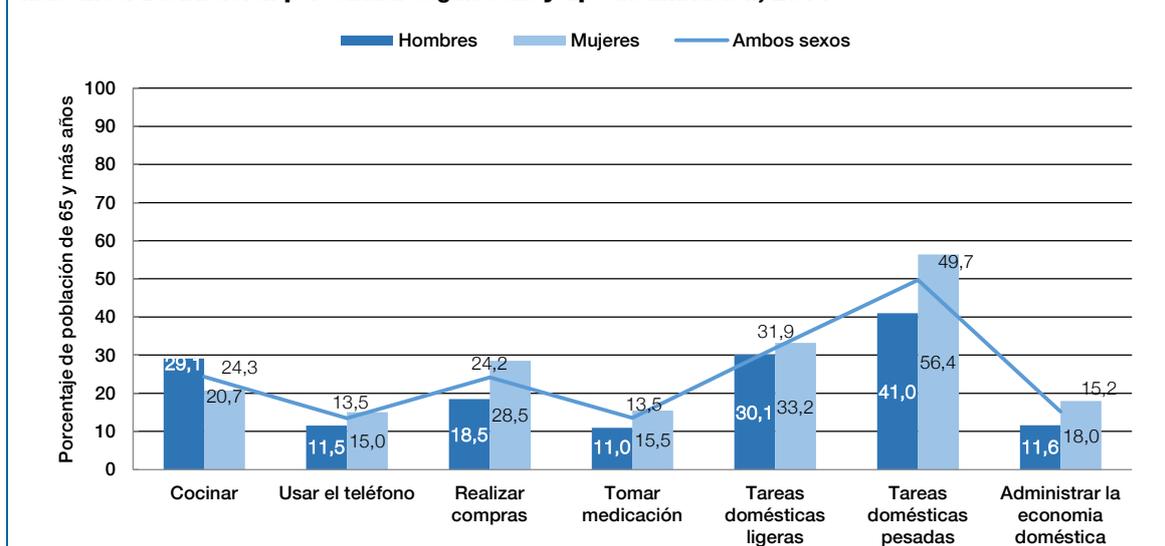
	Total	de 65 a 69 años	de 70 a 74 años	de 75 a 79 años	de 80 a 84 años	de 85 y más años
Ambos sexos	47,2	27,1	36,3	49,6	65,6	82,6
Hombres	34,1	16,5	25,2	36,2	55,9	68,5
Mujeres	57,3	35,7	47,2	59,9	72,0	90,3

Observaciones: Como actividades instrumentales de la vida diaria se han considerado: preparar las comidas, utilizar el teléfono, realizar compras, tomar medicamentos, tareas domésticas y la administración del dinero.

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

Por tipo de limitación, usar el teléfono y tomar la medicación con el 13,5% ambas, son las limitaciones que la población de 65 y más años declara como menos frecuentes, tanto en hombre (11,5% y 11,0% respectivamente) como en mujeres (15,0% y 15,5%). Las tareas domésticas, tanto pesadas (49,7%) como ligeras (31,9%) son las limitaciones que más declara tanto en hombres como en mujeres.

Gráfico 1-15 Limitación para las actividades instrumentales de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y tipo de limitación, 2014



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

Por comunidades autónomas el porcentaje más alto de población de 65 y más años que declara limitaciones para las actividades instrumentales de la vida diaria corresponde a Canarias (64,0%) y el más bajo a Navarra (28,3%). En Canarias es donde se encuentra la menor diferencia entre sexos (4,9 puntos) y la mayor en el País Vasco (36,9 puntos). Los hombres de Canarias (61,3%) y las mujeres de Castilla-La Mancha (73,8%) presentan los porcentajes más altos; los más bajos se encuentran en los hombres de La Rioja (17,6%) y las mujeres de Navarra (35,2%).

Tabla 1-31 Limitación para las actividades instrumentales de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y comunidad autónoma, 2014

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	43,8	28,8	55,4
Aragón	35,7	24,0	44,9
Asturias	34,8	25,4	41,5
Baleares	47,7	37,6	55,9
Canarias	64,0	61,3	66,2
Cantabria	49,9	34,0	61,7
Castilla y León	30,0	20,3	37,9
Castilla-La Mancha	61,1	45,4	73,8
Cataluña	54,3	40,2	65,0
Comunidad Valenciana	44,6	33,1	53,7
Extremadura	53,0	35,3	66,6
Galicia	57,2	43,4	67,4
Madrid	45,0	33,6	53,3
Murcia	46,8	29,2	60,7
Navarra	28,3	19,7	35,2
País Vasco	48,3	27,2	64,1
La Rioja	32,0	17,6	43,5
Ceuta	-	-	-
Melilla	65,4	-	84,6
España	47,2	34,1	57,3

Observaciones: - sin datos. Como actividades instrumentales de la vida diaria se han considerado: preparar las comidas, utilizar el teléfono, realizar compras, tomar medicamentos, tareas domésticas y la administración del dinero.

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

1.4.6 Vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles mediante vacunación: difteria, enfermedad meningocócica, parotiditis, poliomielitis, rubéola, sarampión, tosferina, tétanos y varicela

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 vacunación¹¹. 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 entre 2010-2014. En 2015 la incidencia de parotiditis ha aumentado ligeramente con una tasa de 8,1 casos declarados por cada 100.000 habitantes.

¹¹ Consultar en este mismo Informe el epígrafe de Vacunación Infantil del apartado 4. Actividad y accesibilidad en el Sistema Nacional de Salud.

Tabla 1-32 Difteria, Enfermedad Meningocócica, Parotiditis, Poliomielitis, Rubéola, Sarampión, Tétanos, Tosferina y Varicela, casos declarados y tasas por 100.000 habitantes, 2015

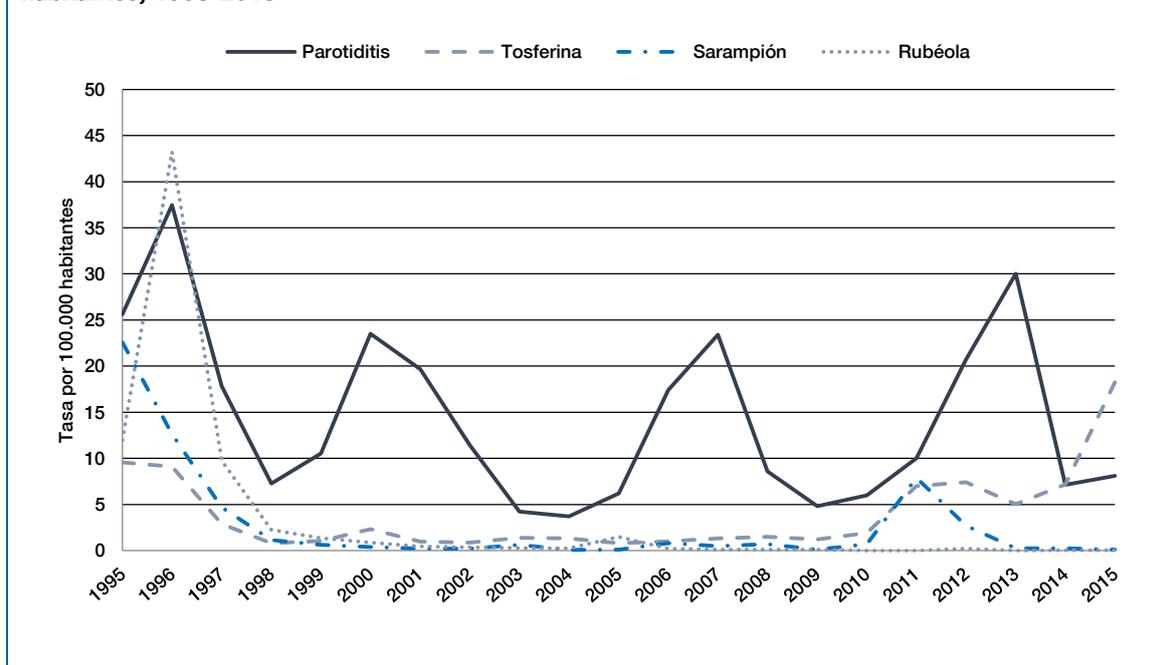
	Casos	Tasa por 100.000 habitantes
Difteria	1	0,0
Enfermedad Meningocócica	307	0,7
Parotiditis	3.763	8,1
Poliomielitis	0	0,0
Rubéola (excluye la Rubéola congénita)	10	0,02
Rubéola congénita	0	0,0
Sarampión	37	0,09
Tétanos (excluye Tétanos neonatal)	7	0,02
Tétanos neonatal	0	0,0
Tosferina	8.471	18,3
Varicela	179.255	386,1

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.

En el mismo año se han declarado en España 0,09 casos de sarampión y 0,02 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 2015 el número de casos declarados de tosferina por cada 100.000 habitantes es de 18,3.

Gráfico 1-16 Parotiditis, tosferina, sarampión y rubéola. Tasas de casos declarados por 100.000 habitantes, 1995-2015



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.

1.4.7 Vigilancia epidemiológica de las enfermedades de transmisión aérea: gripe, legionelosis, lepra y tuberculosis

1.4.7.1 Gripe, legionelosis y lepra

En el año 2015 se han notificado 731.513 casos de gripe, 1.333 de legionelosis y 6 de Lepra (tasas por 100.00 habitantes de 1.575,8; 2,9 y 0,01 respectivamente).

En 2014 se recibió información individualizada de 941 casos de legionelosis en residentes en España, 930 fueron casos autóctonos (1,98 casos por 100.000 habitantes) y 11 casos fueron importados.

Durante el año 2014, se notificó al Registro Estatal 11 casos incidentes de lepra. En 10 de los 11 casos incidentes consta un país de origen distinto de España lo que pone de manifiesto que la lepra en España es una enfermedad importada, cuya incidencia está en unos niveles muy bajos y siguen disminuyendo. No obstante, hay que aumentar la sensibilización del personal sanitario en la sospecha de esta enfermedad en personas procedentes de países endémicos de lepra.

Tabla 1-33 Gripe, Legionelosis y Lepra, casos declarados y tasas por 100.000 habitantes, 2015

	Casos	Tasa por 100.000 habitantes
Gripe	731.513	1.575,8
Legionelosis	1.333	2,9
Lepra	6	0,01

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.

1.4.7.2 Tuberculosis

En España en el año 2015 se han notificado 4.604 casos de tuberculosis, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 9,9 casos por 100.000 habitantes siendo un 8,2% inferior a la del año 2014.

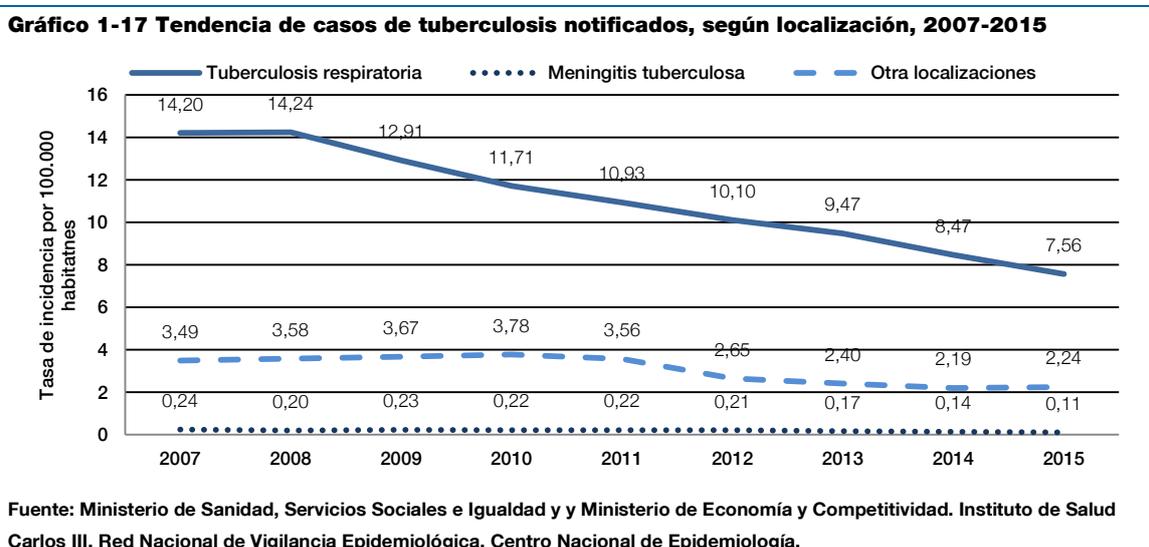
Tabla 1-34 Tuberculosis, casos declarados y tasas por 100.000 habitantes, según categoría de localización, 2015

	Casos	Tasa por 100.000 habitantes
Tuberculosis respiratoria	3.510	7,6
Meningitis tuberculosa	52	0,1
Otras Localizaciones	1.042	2,2
Total	4.604	9,9

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.

Del total de casos notificados, 3.510 corresponden a tuberculosis respiratoria, 52 a meningitis tuberculosa, y 1.042 a tuberculosis de otras localizaciones (tasas de 7,6; 0,1 y 2,2 casos por 100.000 habitantes, respectivamente). En la meningitis tuberculosa la tasa ha descendido de 0,14 en 2014 a 0,11 en 2015; en otras localizaciones no se produce descenso aunque ha pasado de 2,19 a 2,24 casos por 100.000 habitantes.

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



1.4.8 Vigilancia epidemiológica de las enfermedades de transmisión sexual: VIH / SIDA, infección gonocócica y sífilis

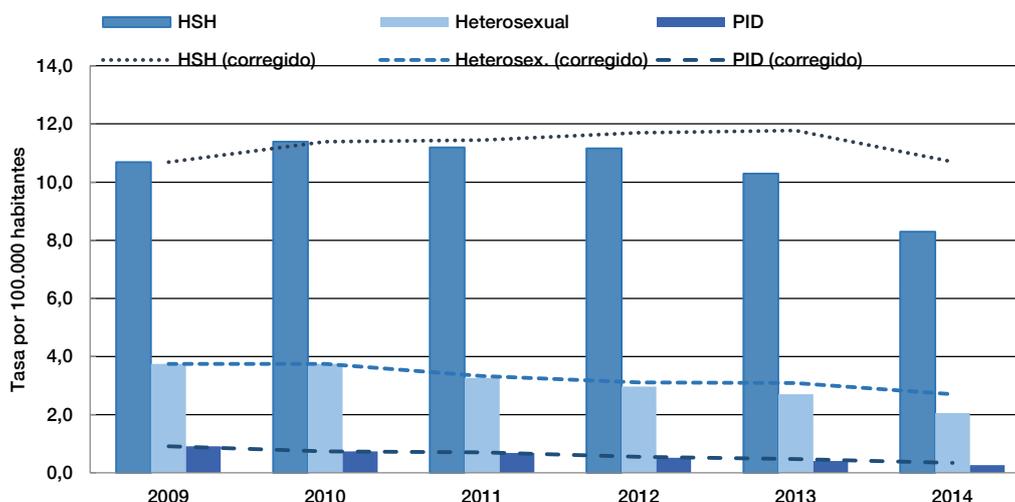
España cuenta con dos registros poblacionales que son esenciales para monitorizar la evolución de la epidemia de VIH: el Sistema de Información sobre nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH)¹² y el Registro Nacional de sida.

1.4.8.1 Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH

En el año 2014, se notificaron 3.366 nuevos diagnósticos de VIH lo que supone una tasa de 7,3 por 100.000 habitantes sin corregir por retraso en la notificación. Tras corregir por este retraso, se estima que la tasa será de 9,3 por 100.000 habitantes cuando se haya completado la notificación de todos los diagnósticos realizados ese año.

¹² Algunas comunidades autónomas comenzaron a recoger datos en los años 80, la Orden de creación del SINIVIH a nivel estatal es del 18 de diciembre del año 2000, aunque el sistema de información se implantó más tarde. Desde el año 2003 se dispone de datos de 8 comunidades autónomas y de la ciudad con estatuto de autonomía de Ceuta. A partir de esa fecha se han ido sumando comunidades autónomas, hasta 2013, año en el que la cobertura es completa. 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 1-18 Nuevos diagnósticos de VIH por año y categoría de transmisión, tasa por cada 100.000 habitantes, 2009-2014



Observaciones: Datos corregidos por retraso en la notificación (línea de puntos). Actualización 30 de junio de 2015.

HSH = Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres; PID= Personas que se inyectan drogas; Heterosex. = Hombres y mujeres heterosexuales.

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.

Del total notificado, el 84,7% son hombres y la edad mediana es de 35 años. Por la categoría de transmisión el 79,9% tienen su origen en transmisión sexual: 53,9% en *hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres* y 26,0% en relaciones heterosexuales. La categoría de *personas que se inyectan drogas* supone el 3,4%.

En el periodo 2009-2014, se aprecian diferentes tendencias en la incidencia de nuevos diagnósticos según el mecanismo de transmisión. En las personas que se inyectan drogas (PID) la tendencia es descendente y también en la transmisión heterosexual, aunque menos marcada en este caso y solo en las mujeres; es estable en los Hombres que mantienen relaciones Sexuales con Hombres (HSH). Como resultado de todo ello las tasas globales están estabilizadas.

1.4.8.2 Registro Nacional de casos de sida

Se ha recibido la notificación de 444 casos diagnosticados de sida en 2014, que tras corregir por retraso en la notificación, se estima que serán 557. Esto supone una tasa de 1,3 por 100.000 habitantes sin corregir por retraso y 1,7 ajustada. Por razones técnicas, no ha sido posible incorporar a la base de datos nacional los datos de Andalucía ni de la Comunidad Valenciana que han notificado 77 y 47 casos respectivamente. El 79,3% de las personas diagnosticadas son hombres y la mediana de edad es de 43 años.

Tabla 1-35 Casos nuevos de sida, distribución por categoría de transmisión según sexo, 2014

Vigilancia del sida	Hombres	Mujeres	Total
Nuevos casos	352	92	444
Distribución (%) según categoría de transmisión			
Hombres que mantienen relaciones con hombres	44,0	0	34,9
Personas que se inyectan drogas	22,2	14,1	20,5
Relaciones heterosexuales	22,7	73,9	33,3
Receptores de hemoderivados	0,0	0	0,0
Receptores de transfusiones	0,0	0	0,0
Madre - hijo	0,0	0	0,0
Otras exposiciones/ desconocido/No consta	11,1	12,0	11,3
Total	100	100	100

Observaciones: Datos no corregidos por retraso en la notificación, por lo que las cifras aumentarán en próximas actualizaciones. Actualización 30 de junio de 2015. Por razones técnicas, no ha sido posible incorporar a la base de datos nacional los datos de Andalucía ni de la C. Valenciana que han notificado 77 y 47 casos respectivamente.

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 suponen el 33,3% del total, los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres representan el 34,9% y los usuarios de drogas intravenosas el 20,5%. El 11,3% de los casos son por otras exposiciones, desconocido o sin constancia. No se han notificado casos por transmisión materno-infantil, ni en receptores de hemoderivado o transfusiones

En el caso de las mujeres el mecanismo de transmisión de especial relevancia son las relaciones heterosexuales que suponen el 73,9% de los casos nuevos. Desde el inicio de la epidemia en España se han notificado un total 84.679 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.

1.4.8.3 Infección gonocócica y sífilis

La información poblacional sobre infección gonocócica y sífilis procede de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Hasta la aprobación en el año 2015 de la modificación del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, la notificación de estas enfermedades a nivel central solo era numérica, es decir, no se declaraba ninguna variable individual a excepción del año y la comunidad autónoma de notificación

En el año 2015 se han notificado 4.802 casos de infección gonocócica y 3.697 casos de sífilis lo que supone una tasa por 100.000 de 10,4 y 8,0 respectivamente.

Tabla 1-36 Infección gonocócica y sífilis, casos declarados y tasas por 100.000 habitantes, 2015

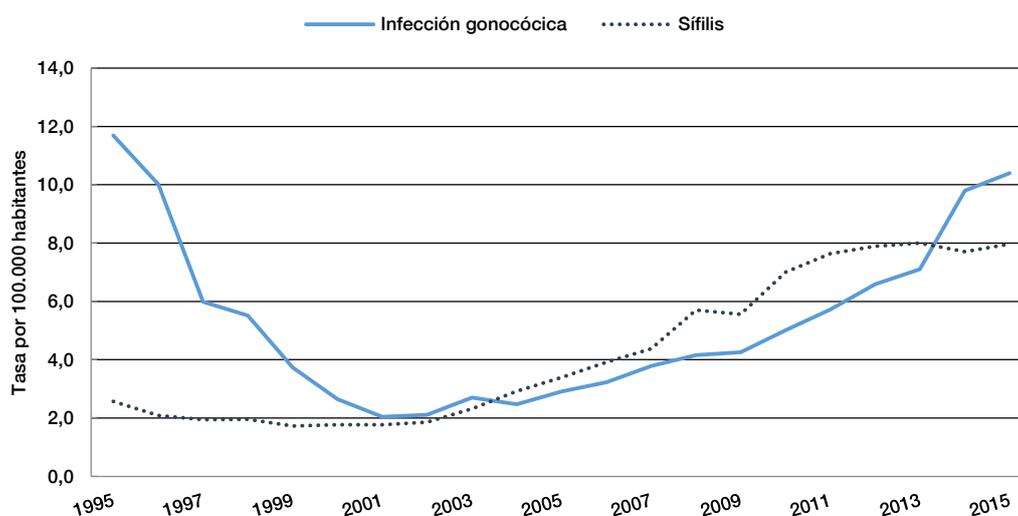
	Casos	Tasa por 100.000 habitantes
Infección gonocócica	4.802	10,4
Sífilis (excluye sífilis congénita)	3.693	8,0
Sífilis congénita (casos confirmados + casos probables)	4 (1+3)	0,01

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.

En el periodo 1995-2015 se ha producido un marcado descenso en la incidencia de la infección gonocócica, las tasas han decrecido desde el 11,7 por 100.000 habitantes en 1995 a 10,4 en 2015. Sin embargo esta tendencia no es homogénea, tras el descenso inicial entre 1995 y 2001 se viene produciendo un incremento continuado.

Los datos de sífilis a lo largo de estos años también muestran un descenso en las tasas de incidencia en el periodo 1995-2001, desde 2,6 por 100.000 habitantes hasta 1,8 observándose un aumento a partir de ese año hasta alcanzar una tasa de 8,0 por 100.000 habitantes en 2015. En este año las tasas de incidencia de la infección gonocócica superan a las tasa de incidencia de la sífilis

Gráfico 1-19 Tendencia de la incidencia de la infección gonocócica y la sífilis en tasa por 100.000 habitantes, 1995-2015



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.

1.4.9 Vigilancia epidemiológica de las Hepatitis: hepatitis A, hepatitis B, otras hepatitis y hepatitis C

1.4.9.1 Hepatitis A, hepatitis B y otras hepatitis

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

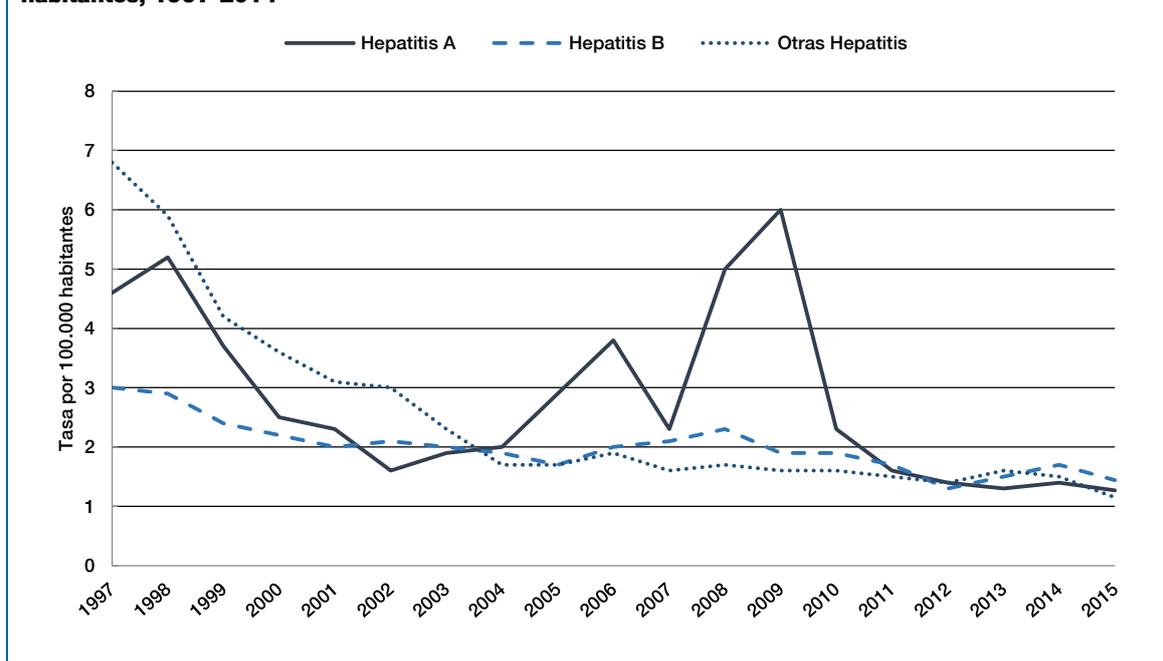
Desde 2009 a 2014 y 2015, el número de casos declarados por 100.000 habitantes ha pasado de 6,0 a 1,4 y 1,3 en la hepatitis A, de 1,9 a 1,7 y 1,4 en la hepatitis B y de 1,6 a 1,5 y 1,2 en otras hepatitis víricas.

Tabla 1-37 Hepatitis A, hepatitis B, y otras hepatitis, casos declarados y tasas por 100.000 habitantes, 2015

	Casos	Tasa por 100.000 habitantes
Hepatitis A	591	1,3
Hepatitis B	670	1,4
Otras Hepatitis	500	1,2

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.

Gráfico 1-20 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.

1.4.9.2 Hepatitis C

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.

Los casos de hepatitis C comunicados por las comunidades autónoma a través del sistema de vigilancia de las enfermedades de declaración obligatoria, permiten estimar la prevalencia de anticuerpos (seroprevalencia) en adultos es de 1,7% (0,4-2,6%).

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.

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 1-38 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
<p>Quantificar la magnitud del problema, describir las características epidemiológicas de los pacientes con infección y establecer las medidas de prevención</p>	<p>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</p>	<p>Establecer los mecanismos de coordinación para la adecuada implementación de la Estrategia para el abordaje de la hepatitis C en el SNS</p>	<p>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</p>

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.

1.4.10 Bajo peso al nacer

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.

España se ha producido en las últimas décadas un incremento de la proporción de nacidos con peso inferior a 2.500 gramos, aunque parece que en los últimos años esta tendencia ascendente tiende a la estabilización. En el año 1990, el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer era de algo más del 5%, en el año 2000 de 6,9%, llegando en el año 2014 a ser de 8,2%.

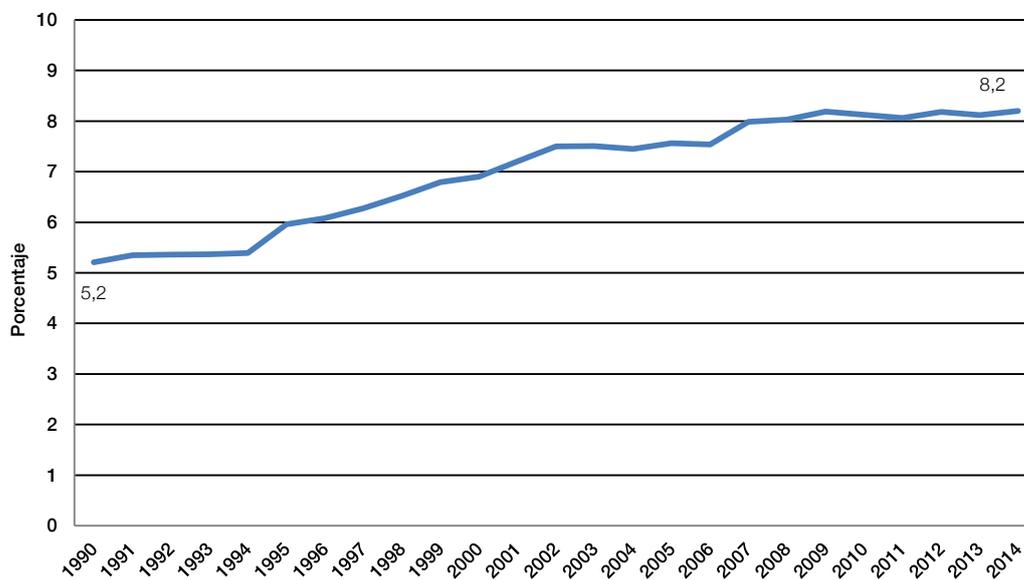
Los principales factores de riesgo de bajo peso al nacer son el aumento de la edad materna, la maternidad en adolescentes, los tratamientos de fertilidad in vitro y hábitos perjudiciales como el tabaquismo y el consumo de alcohol.

Tabla 1-39 Prevalencia del bajo peso al nacer (peso inferior a 2.500 gramos) por cada 100 nacidos, según comunidad autónoma, 2014

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

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

Gráfico 1-21 Tendencia de la proporción de recién nacidos con peso inferior a 2.500 gramos al nacer por cada 100 nacidos vivos, 1990-2014



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

1.4.11 Interrupción voluntaria del embarazo

El número de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVEs) en 2014¹³ se sitúa en 94.796 lo que supone una incidencia del 10,5 por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años y confirma la tendencia descendente de los últimos cuatro años con 2,0 puntos menos que en 2011¹⁴. En el grupo de menores de 20 años la incidencia se sitúa en 9,9 interrupciones voluntarias de embarazo, siendo 3,8 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 Estado¹⁵.

La mayoría de las intervenciones (82,1%) se han notificado desde un centro extra-hospitalario de dependencia patrimonial privada y responden a una petición de la mujer (88,9%) con 8 semanas o menos de gestación (70,2%). Las causas médicas están presentes en el 11,1% de los motivos de interrupción del embarazo, con un claro predominio (7,2%) por riesgo grave para la vida o salud de la embarazada, seguido (3,9%) por riesgo de graves anomalías en el feto y anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad grave e incurable.

Tabla 1-40 Incidencia de Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres en menores de 20 años y entre 15 y 44 años, según comunidad autónoma de residencia, 2014

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

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

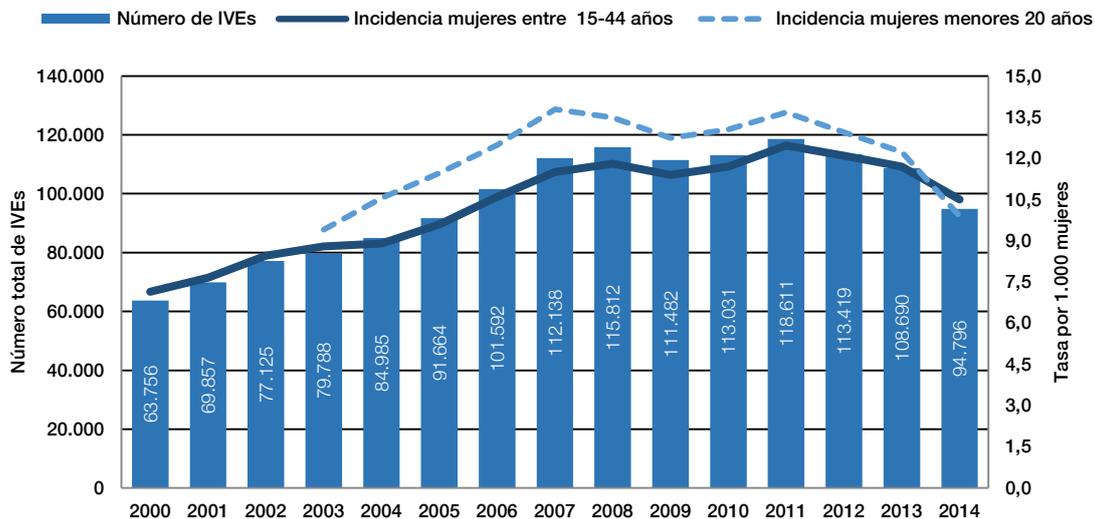
¹³ Último dato disponible en el momento de elaborar el informe.

¹⁴ A partir del año 2010 las interrupciones del embarazo 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.

¹⁵ 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 Navarra

Las incidencias más altas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años se observan en Asturias (12,7), Cataluña y Madrid (12,6) y Baleares (12,3). En el grupo de menores de 20 años Asturias (12,6), Cataluña y Madrid (ambas con 11,4) ocupan las primeras posiciones.

Gráfico 1-22 Tendencia del número total de IVE notificadas y de la incidencia en mujeres entre 15 - 44 años, y en menores de 20 años 2000-2014

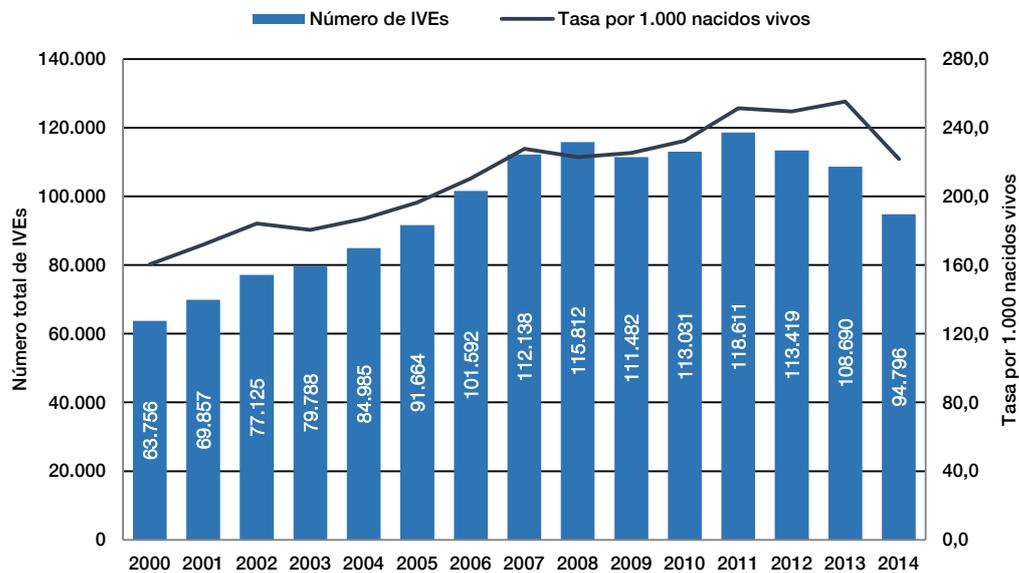


Observaciones: A partir del año 2010 las interrupciones del embarazo se han practicado dentro de los supuestos recogidos en la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo de salud sexual y reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo a partir de la fecha que entró en vigor el 5 de julio de 2010.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

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, esa tendencia se confirma, situándose en 221,7 IVEs por cada 1.000 nacidos vivos.

Gráfico 1-23 Tendencia del número total de IVEs notificadas y la tasa por 1.000 nacidos vivos, 2000-2014



Observaciones: A partir del 2010 las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) 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 Interrupción Voluntaria del Embarazo.

1.4.12 Accidentes de tráfico, de trabajo y domésticos o en tiempo de ocio

1.4.12.1 Víctimas de accidentes de tráfico

En los últimos veinticinco años el número de víctimas por accidentes de tráfico viene mostrando un claro descenso tanto en relación con el número de accidentes como en relación al número de habitantes. El número de víctimas por 1.000 accidentes ha descendido de 1.582 en 1991 a 1.393 en 2015. La tasa de víctimas por 100.000 habitantes ha pasado de 399 en el año 1991 a 293 víctimas por 100.000 habitantes, aunque con un repunte desde 2012.

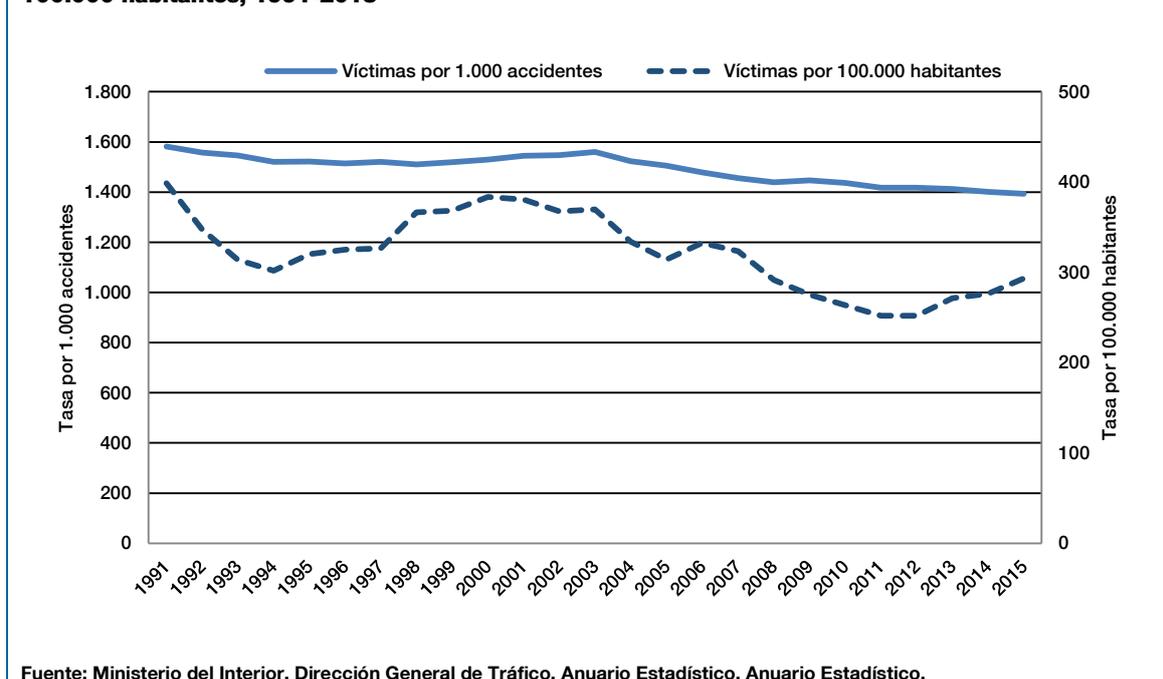
Tabla 1-41 Evolución del número de accidentes de tráfico con víctimas, número de víctimas, tasa de víctimas por 1.000 accidentes y tasa de víctimas por 100.000 habitantes, 1991-2015

	1991	2000	2011	2012	2013	2014	2015
Accidentes	98.128	101.729	83.027	83.115	89.519	91.570	97.756
Victimas (total)	155.247	155.557	117.687	117.793	126.400	128.320	136.144
-Muertos	6.797	5.776	2.060	1.903	1.680	1.688	1.689
-Heridos graves	50.978	27.764	11.347	10.444	10.086	9.574	9.495
-Heridos leves	97.472	122.017	104.280	105.446	114.634	117.058	124.960
Victimas por 1.000 accidentes	1.582	1.529	1.417	1.417	1.415	1.401	1.393
Victimas por 100.000 habitantes	399	384	252	252	271	276	293

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

Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población residente a 1 de julio de cada año.

Gráfico 1-24 Evolución del número de víctimas de accidentes de tráfico por 1.000 accidentes y por 100.000 habitantes, 1991-2013



Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico. Anuario Estadístico. Anuario Estadístico.

1.4.12.2 Accidentes en jornada de trabajo

Los accidentes laborales constituyen un importante problema de salud en los países desarrollados, produciendo una elevada morbilidad que tiene como resultado graves consecuencias individuales y sociales

Tabla 1-42 Evolución del índice de frecuencia de accidentes en jornada de trabajo con baja según sector económico, 2006-2015

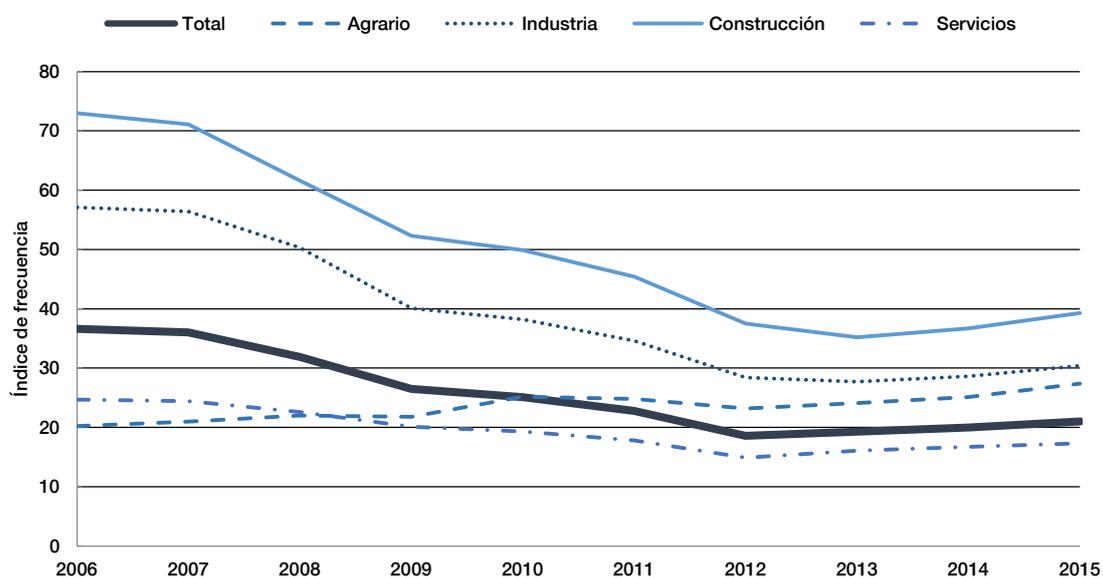
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total	36,6	36,0	31,9	26,5	25,1	22,8	18,6	19,3	20,0	21,0
Sectores										
-Agrario	20,2	21,0	22,0	21,8	25,2	24,8	23,2	24,1	25,1	27,4
-Industria	57,1	56,4	50,3	40,1	38,2	34,6	28,4	27,7	28,6	30,4
-Construcción	73,0	71,1	61,6	52,3	49,9	45,4	37,5	35,2	36,7	39,3
-Servicios	24,7	24,4	22,6	20,1	19,3	17,8	14,9	16,1	16,7	17,3

Observaciones: Índice de frecuencia corresponde al número de accidentes durante la jornada de trabajo con baja por millón de horas trabajadas. Como actividad económica se considera la del centro de trabajo donde se haya producido el accidente, y en su defecto (accidentes en desplazamiento) se toma la actividad económica del centro de trabajo habitual del trabajador accidentado. Serie homogénea que permite la comparación de para todo el periodo mostrado.

Fuente: Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Estadística de Accidentes de Trabajo.

La construcción es el sector económico donde más accidentes de trabajo se producen, seguida de la industria. En 2015, el número de accidentes de trabajo con baja por millón de horas trabajadas es 39,3 en la construcción y 30,4 en la industria. En líneas generales, en la última década la frecuencia de accidentes en jornada de trabajo con baja presenta una tendencia descendente, concretamente, entre 2006 y 2016, la frecuencia de accidentes de trabajo con baja se redujo en España 15,1 puntos.

Gráfico 1-25 Evolución del índice de frecuencia de accidentes en jornada de trabajo con baja según sector económico, 2006-2015



Observaciones: Índice de frecuencia corresponde al número de accidentes durante la jornada de trabajo con baja por millón de horas trabajadas. Como actividad económica se considera la del centro de trabajo donde se haya producido el accidente, y en su defecto (accidentes en desplazamiento) se toma la actividad económica del centro de trabajo habitual del trabajador accidentado. Serie homogénea que permite la comparación de para todo el periodo mostrado.

Fuente: Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Estadística de Accidentes de Trabajo.

1.4.12.3 Accidentes en el hogar o en tiempo de ocio

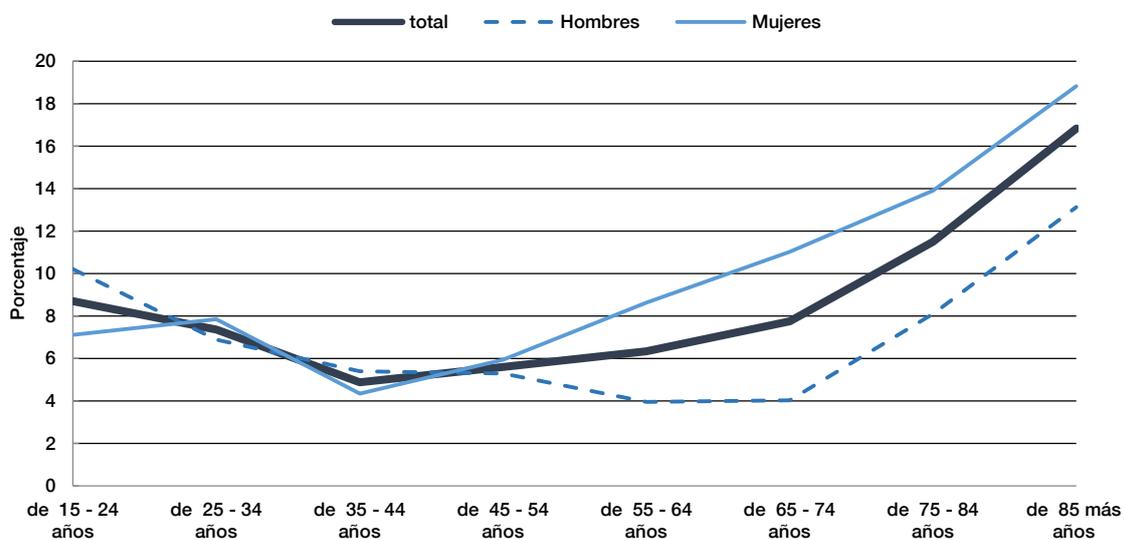
Los accidentes domésticos o en tiempo de ocio, además de por su magnitud, parecen constituir el tipo de accidente más habitual¹⁶, su importancia radica en la distinta manera en que afectan a la población; son más frecuente en la vejez y en el sexo femenino. El 7,2% de la población española dice que en los últimos 12 meses ha tenido un accidente en el hogar o en tiempo de ocio, siendo de 8,1% en las mujeres y 6,2% en los hombres. La edad está íntimamente relacionada con haber sufrido este tipo de accidentes presentando una característica distribución en forma de “U” donde las edades extremas presenten los porcentajes más altos, especialmente a partir de los 65 años. Por nivel de estudios las mujeres con estudios básicos o inferiores presentan las cifras más altas, 9,3% con 3,6 puntos por encima de los hombres del mismo nivel de estudios.

Tabla 1-43 Accidentes en el hogar o en tiempo de ocio en los últimos 12 meses, porcentaje de población según sexo y nivel de estudios, 2014

	Total	Básico e inferior	Intermedio	Superior
Ambos sexo	7,2	7,5	6,1	7,3
Hombre	6,2	5,7	6,1	7,3
Mujer	8,1	9,3	6,1	7,4

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

Gráfico 1-26 Accidentes domésticos o de ocio en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad, 2014



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

¹⁶ Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España. El 9,1% de los encuestados dice haber padecido una accidente en los últimos doce meses previos a la entrevista, 1,9% dice que el accidente es de tráfico, el 3,4% un accidente en el hogar y un 3,7% un accidente en tiempo de ocio.

2 Hábitos de vida

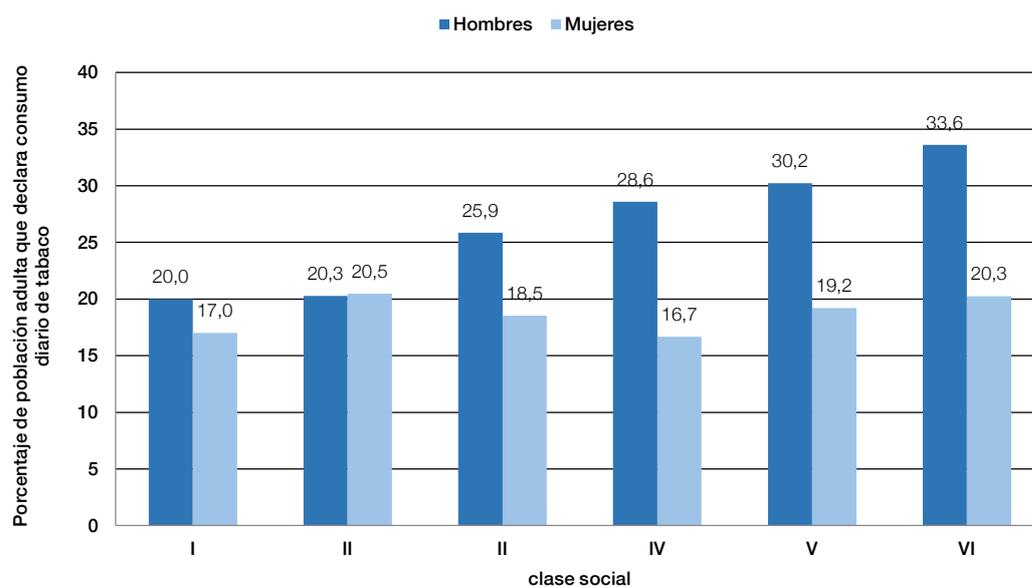
2.1 Tabaco

2.1.1 Consumo de tabaco en la población adulta

En España el 23,0% de la población de 15 y más años fuma a diario, el 2,4% es fumador ocasional y el 25,7% se declaraba exfumador, mientras que el 49% declaran no haber fumado nunca. Por sexo, el porcentaje de fumadores diarios se sitúa en el 27,6% en hombres y en 18,6% en mujeres.

El consumo tabáquico entre 15 y 24 años afecta al 18,5%. En este grupo de edad se da la menor diferencia entre hombres (21,4%) y mujeres (15,5%). Las mayores diferencias por sexo se dan en el grupo de edad de 25 a 34 y a partir de los 55 años.

Gráfico 2-1 Prevalencia de consumo diario de tabaco en población de 15 y más años según sexo y clase social, 2014



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

Por clase social ocupacional¹⁷ 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, 20,0% en la clase alta, asciende escalonadamente hasta el 33,6% en la clase menos favorecida, en mujeres no se observa un patrón claro.

Tabla 2-1 Prevalencia del consumo diario de tabaco en la población de 15 y más años, por sexo según comunidad autónoma, 2014

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	24,4	29,0	19,9
Aragón	23,9	27,6	20,4
Asturias	19,1	21,9	16,6
Baleares	23,0	29,3	16,9
Canarias	22,7	29,5	16,0
Cantabria	21,4	25,5	17,5
Castilla y León	21,6	25,8	17,5
Castilla-La Mancha	23,4	28,2	18,6
Cataluña	23,7	29,8	17,8
Comunidad Valenciana	22,0	26,4	17,7
Extremadura	25,6	31,8	19,5
Galicia	19,1	23,7	14,9
Madrid	23,2	25,5	21,1
Murcia	25,6	27,7	23,5
Navarra	23,2	27,7	18,8
País Vasco	22,8	28,5	17,4
La Rioja	21,8	25,7	17,9
Ceuta	22,8	27,4	17,6
Melilla	15,3	19,7	11,4
España	23	27,6	18,2

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

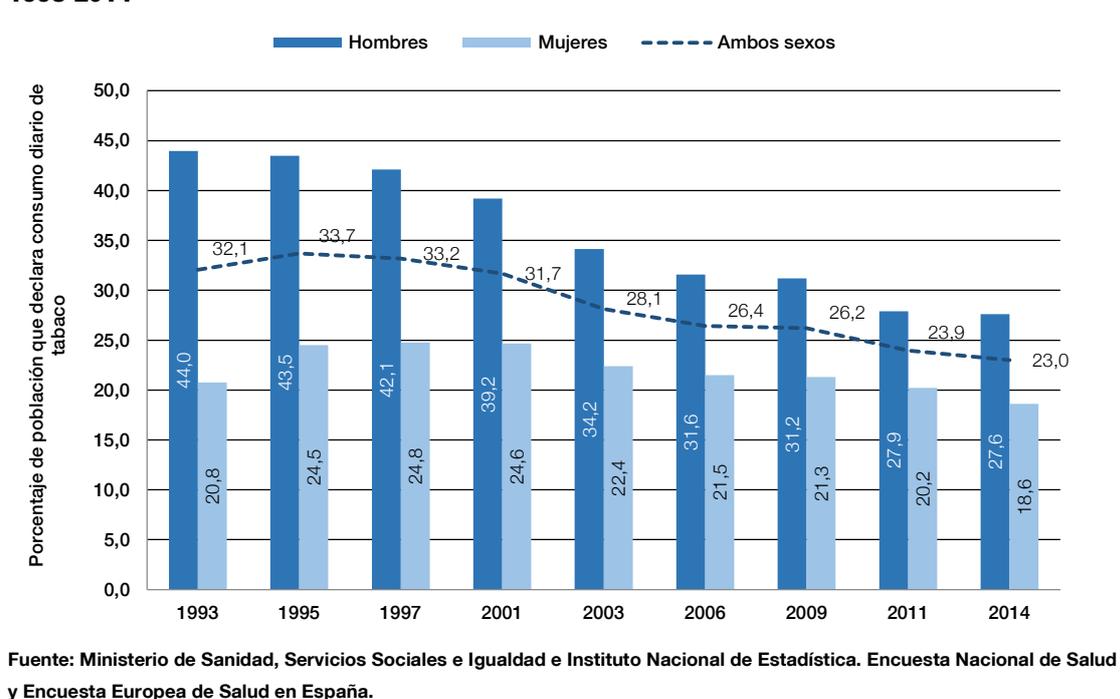
Las comunidades autónomas con la prevalencia más alta de consumo diario de tabaco en población adulta son Extremadura y Murcia con cifras del 25,6%. Con menos del 21% están Melilla, Galicia y Asturias.

¹⁷ Clase social ocupacional: Las clases sociales utilizadas en la EESE 2014 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 (CNO-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.

El porcentaje de población que consume tabaco a diario muestra un continuo descenso desde 1993, atenuándose en los últimos años. Este descenso se ha producido mayoritariamente a expensas de los hombres: en la década entre 2001 y 2011 la prevalencia de consumo se redujo en más de un 25%. Sin embargo, el descenso en 2014 respecto a 2011 ha sido más importante en mujeres (20,2% frente a 18,6%) que en hombres (27,9% frente a 27,6%).

Gráfico 2-2 Evolución del consumo diario de tabaco en la población de 15 y más años según sexo, 1993-2014



2.1.2 Consumo de tabaco y ámbito laboral

En cuanto a la situación laboral¹⁸ 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.

¹⁸ 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 2-2 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 legislativas¹⁹ 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 2-3 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 actividad, destacando el descenso en el sector de la hostelería que ha pasado de 58,1% en el año 2007 a 15,1% en 2013²⁰.

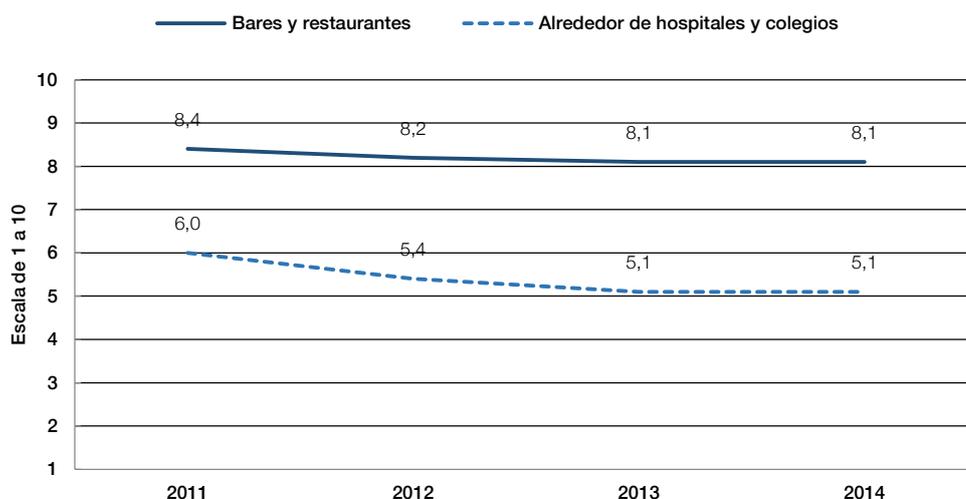
Los ciudadanos piensan que hay un elevado cumplimiento de la prohibición de fumar en bares y restaurantes (8,1 sobre 10)²¹.

¹⁹ 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.

²⁰ 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.

²¹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario 2014. En el periodo 2011-2014 el Barómetro Sanitario ha venido investigando el grado de cumplimiento de las medidas recogidas en la *Ley del Tabaco* sobre la prohibición de fumar en espacios públicos. La calificación de 1 significa que *no se están cumpliendo en absoluto* y 10 que *se están cumpliendo totalmente*.

Gráfico 2-3 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 afirman²² 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 87,9% de los ciudadanos de 18 y más años conocen la existencia de los denominados cigarrillos electrónicos, el 48,7% de ellos, considera que suponen un riesgo para la salud, aunque un 33,5% no sabe y un 0,3 no contesta. El 52,7% de los que saben de la existencia de los cigarrillos electrónicos, no les parece que puedan ayudar a dejar de fumar, porcentaje que supone 8,6 puntos más que el año 2014.

Tabla 2-4 Opinión sobre los cigarrillos electrónicos, 2014-2015

	2014	2015
¿Ha oído hablar de los cigarrillos electrónicos? SI	89,4	87,9
En el caso de haber oído hablar de los cigarrillos electrónicos, ¿considera que pueden suponer un riesgo para la salud? SI	47,5	48,7
En el caso de haber oído hablar de los cigarrillos electrónicos ¿Le parece que pueden ayudar a dejar de fumar? NO	44,1	52,7

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

²² Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario 2014.

2.2 Alcohol

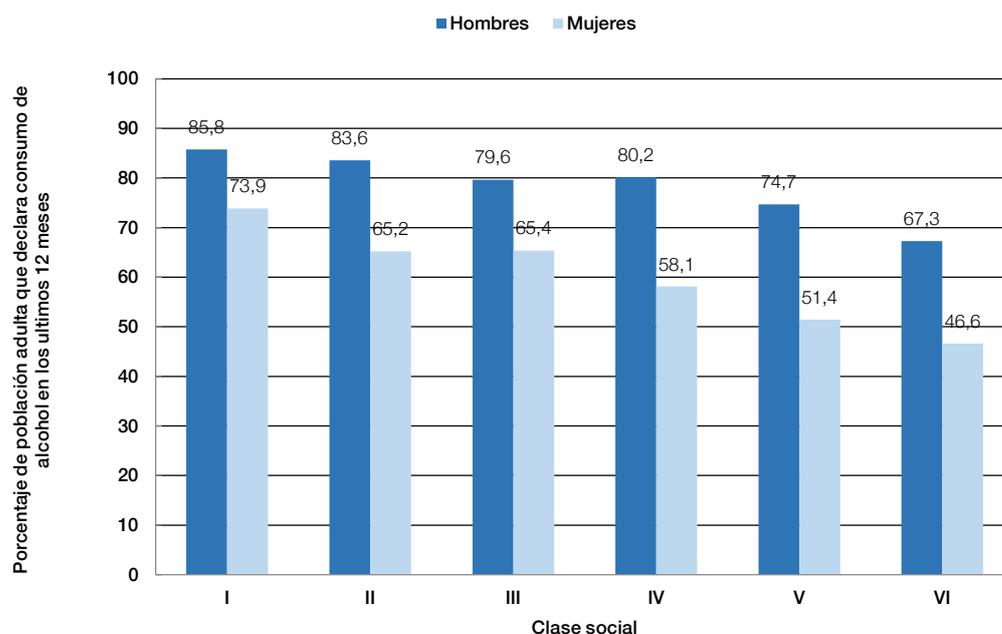
2.2.1 Consumo de alcohol en población adulta

El 67,3% de la población de 15 y más años ha bebido alcohol alguna vez en el último año (77,5% de los hombres y 57,7% de las mujeres). Las diferencias por sexo se observan 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 74,9% de las mujeres con estudios superiores habían bebido alcohol en el último año, frente al 45,2% de las mujeres con estudios básicos o inferiores: la diferencia se da en todos los grupos de edad.

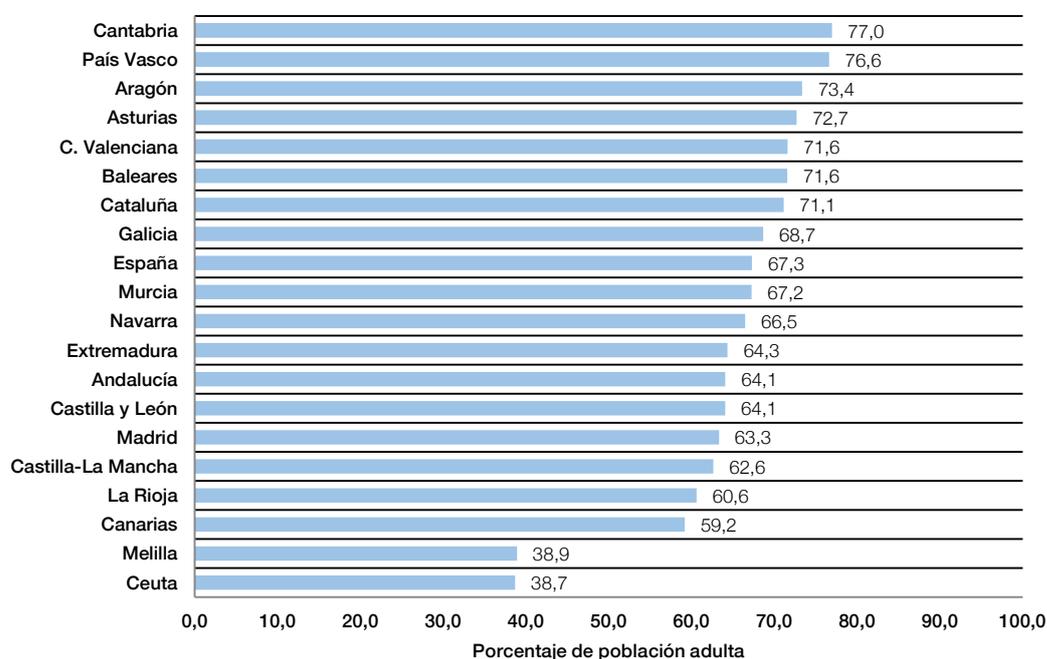
También hay claras variaciones territoriales: las comunidades autónomas del norte y el este peninsular muestran una mayor prevalencia de personas que han bebido alcohol en el último año

Gráfico 2-4 Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en población 15 y más años en los últimos doce meses según sexo y clase social, 2014



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

Gráfico 2-5 Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en población de 15 y más años en los últimos doce meses, según comunidad autónoma, 2014



Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor.

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

El 1,6% de la población de 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 diez 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. 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.

Tabla 2-5 Tendencia en el consumo de alcohol considerado de riesgo para la salud en población de 15 y más años. Distribución porcentual según sexo, 2006 -2014

	2006	2009	2011/2012	2014
Bebedores de riesgo	4,7	3,2	1,7	1,6
Hombres	6,8	4,0	2,1	2,0
Mujeres	2,7	2,5	1,4	1,2

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

En cuanto al consumo intensivo episódico de alcohol, los hombres beben de manera intensiva más del 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 13,5% en hombres y el 5% en mujeres.

Tabla 2-6 Consumo intensivo de alcohol en el último mes en población de 15 y más años. Distribución porcentual según sexo y grupo de edad, 2014

	Total	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 +
Ambos sexos	9,1	14,1	16,3	9,6	8,7	6,8	3,8	1,2
Hombres	13,5	18,2	23	13	13,8	11,1	5,9	2,4
Mujeres	5	9,8	9,7	6,1	3,6	2,8	1,9	0,5

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

En el consumo intensivo episódico se observa un amplio rango entre las comunidades autónomas: destacan Navarra y Extremadura, con una elevada frecuencia declarada, más del 17%, frente al 9,1% del total nacional. En el extremo contrario está Cantabria por debajo del 5%.

2.2.2 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 2-7 Porcentaje de población laboral, según importancia otorgada al problema de consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral, 2007 y 2013

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

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.

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 importante²³.

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 socio-sanitaria para consumidores de drogas.

2.3 Consumo de drogas en en estudiantes de educación secundaria (14 a 18 años)

El alcohol (76,8%) y el tabaco (31,4%) seguido del cannabis (25,4%) son las drogas más consumidas por los estudiantes de 14 a 18 años²⁴; le siguen por este orden: hipnosedantes, con o sin receta en el último año (10,8%), cocaína (2,8%), alucinógenos (1,2%), éxtasis (0,9%), anfetaminas (0,9%), inhalables volátiles (0,7%) y heroína (0,7%).

El consumo de drogas psicoactivas legales (tabaco, alcohol, hipnosedantes) está más extendido entre las mujeres que entre los hombres, por el contrario el consumo de drogas ilegales está más extendido entre los hombre que entre las mujeres.

Tabla 2-8 Prevalencia del consumo en los últimos 12 meses de drogas legales en la población de 14 a 18 años, por sexo, 2014

	Ambos sexos (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Alcohol	76,8	75,3	78,2
Tabaco	31,4	29,6	33,2
Hipnóticos con o sin receta	10,8	7,7	13,8
Hipnóticos sin receta	5,3	3,8	6,8

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta 2014/2015 sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias.

Tabla 2-9 Prevalencia del consumo en los últimos 12 meses de drogas ilegales en la población de 14 a 18 años, por sexo, 2014

	Ambos sexos (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Cannabis	25,4	28,0	23,0
Cocaína (polvo y/o base)	2,8	3,3	2,2
Alucinógenos	1,2	1,6	0,7
Éxtasis	0,9	1,2	0,6
Anfetaminas	0,9	1,3	0,6
Inhalables volátiles	0,7	0,9	0,4
Heroína	0,5	0,7	0,2

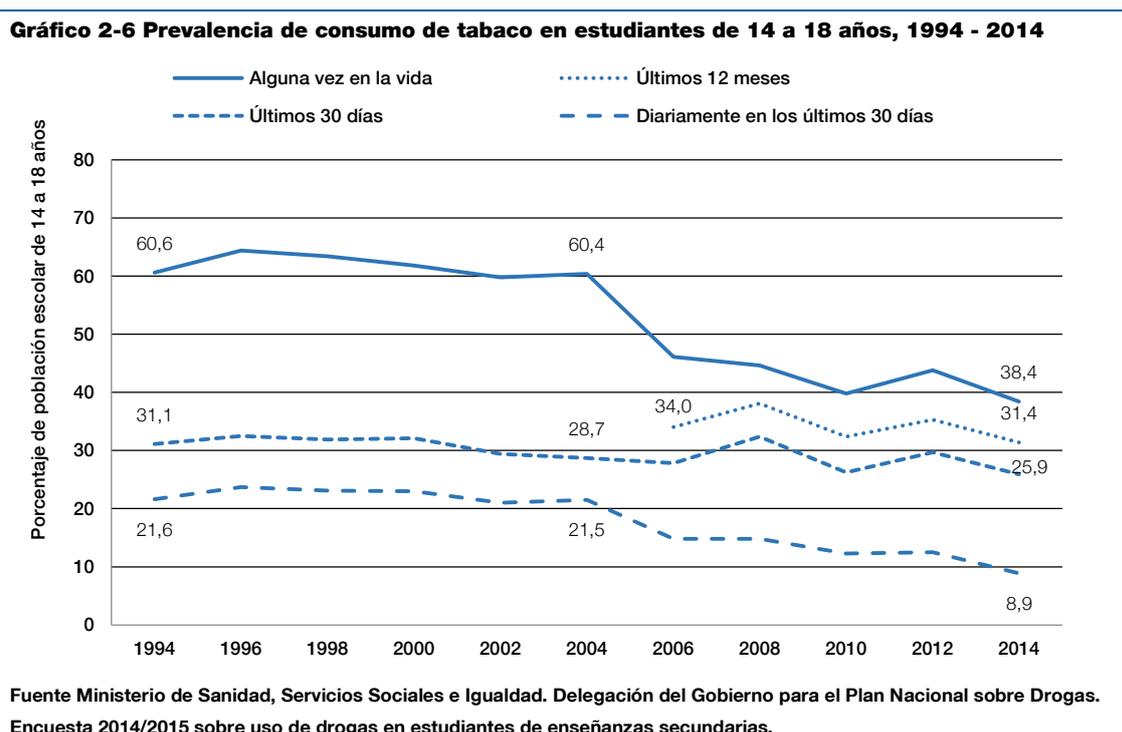
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta 2014/2015 sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias.

²³ 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.

²⁴ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta 2014/2015 sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES).

2.3.1 Consumo de tabaco

Respecto al consumo de tabaco, continúa el descenso que se inició en 2004, aunque en el último año 137.000 escolares empezaron a consumir tabaco. En 2014, el 38,4% de los escolares ha fumado tabaco alguna vez en la vida, el 31,4% en el último año y el 8,9% lo fuma a diario; en los últimos diez años el consumo de tabaco por parte de los estudiantes de entre 14 y 18 años se ha reducido, en 2004, el 21,5% de este sector de la población fumaba a diario, frente a un 8,9% en 2014 y si se compara con el año 1994 el descenso es de 12,7 puntos.



2.3.2 Consumo de alcohol

Aunque la prevalencia de consumo de alcohol en los estudiantes de 14 a 18 años sigue siendo alta hay una tendencia clara en su descenso. La reducción es más acusada en el caso de los consumos intensivos (frecuencia de borracheras en los últimos 30 días y consumo en forma de *atración*²⁵). Aun así, 285.700 estudiantes de entre 14 y 18 años han empezado a consumir alcohol (154.600 son mujeres). El 78,9% ha probado alguna vez en la vida el alcohol, el 76,8% han consumido en el último año y el 68,2% lo ha hecho en el último mes.

El porcentaje de estudiantes que bebe aumenta los fines de semana. Entre quienes consumen cerveza y, en fin de semana, combinados, cerveza y vino. El alcohol lo consiguen ellos mismos directamente o bien a través de mayores de 18 años que se lo proporcionan.

²⁵ El consumo de bebidas alcohólicas en forma de atración se refiere al consumo de 5 o más vasos, cañas o copas de bebidas alcohólicas en un intervalo aproximado de dos horas.

En cuanto al consumo intensivo, destaca que el 1,7% de los jóvenes de 14 a 18 años ha consumido alcohol diariamente en los últimos 30 días (0,9% a los 14 años y 2,4% a los 17 años).

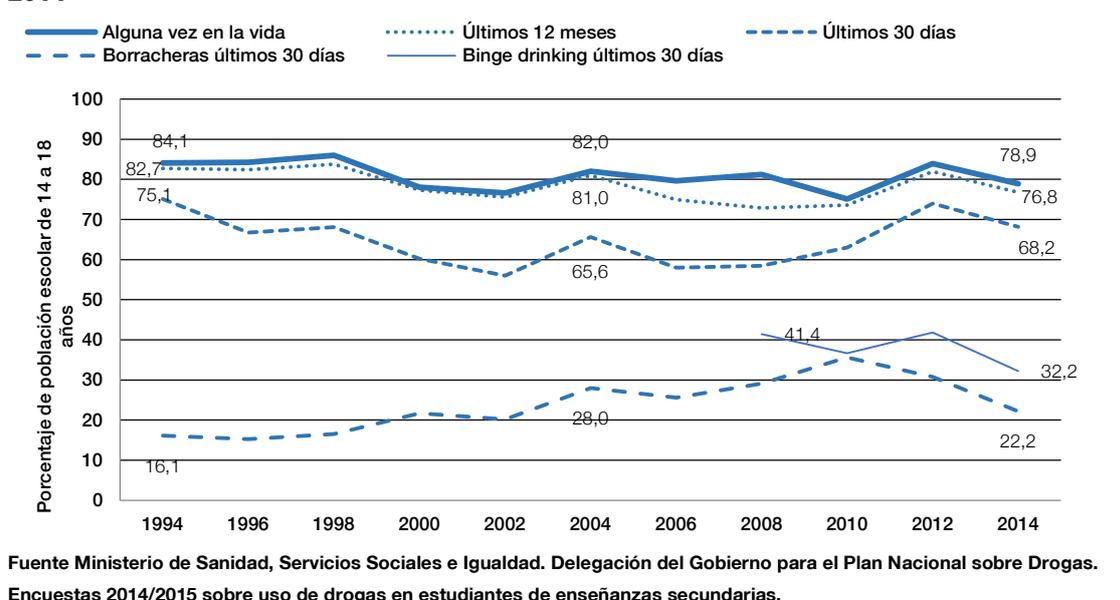
1 de cada 3 escolares ha consumido alcohol en forma de atracón (binge drinking) en los últimos 30 días. Este patrón de consumo aumenta con la edad: a los 18 años este porcentaje se eleva al 50%.

La prevalencia del botellón descende ligeramente, 6 de cada 10 (57,6%) han participado en un botellón alguna vez en los últimos 12 meses (frente al 62% de 2012). La frecuencia de esta práctica también aumenta con la edad, hasta alcanzar el 71,9% a los 18 años.

También descenden las borracheras: 2 de cada 10 estudiantes se han emborrachado alguna vez en el último mes. Tiene un consumo de riesgo²⁶ durante los fines de semana 3 de cada 10 escolares (31,9%). Las mujeres consumen alcohol en mayor proporción que los hombres, e incluso el porcentaje de chicas que se emborrachan es mayor que el de los chicos en el grupo de menor edad (14 y 15 años).

El patrón del consumo de bebidas alcohólicas en forma de *atracción* es similar al de las borracheras. El 37,1% de los estudiantes de 16 años y algo más de la mitad de los de 18 se han atracado de alcohol alguna vez en el último mes (50,6%).

Gráfico 2-7 Prevalencia de consumo bebidas alcohólicas en estudiantes de 14 a 18 años, 1994 - 2014



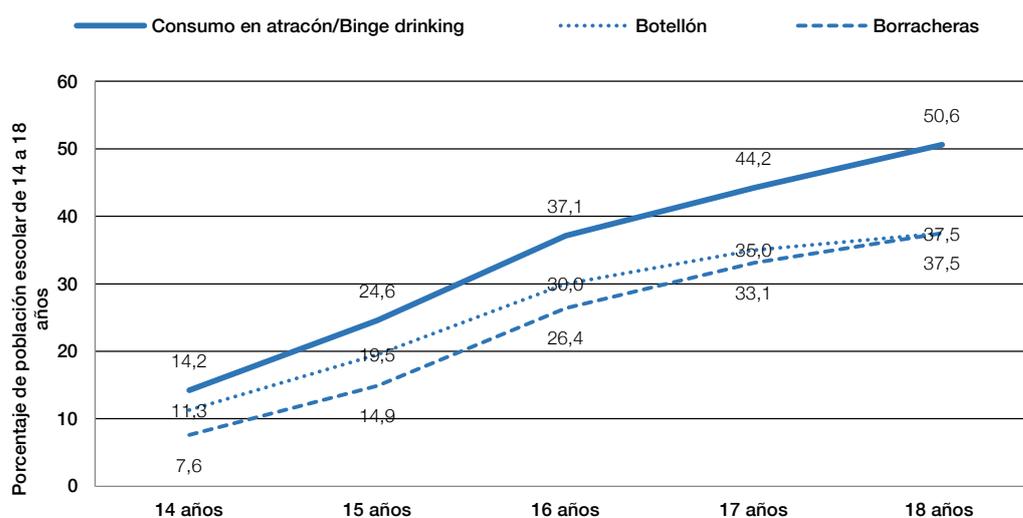
²⁶ Consumo de riesgo se refiere al% de estudiantes de 14 a 18 años que consumen más de 49 cc alcohol/día en hombres o más de 29 cc alcohol/día en mujeres durante el fin de semana (V, S y D).

Tabla 2-10 Prevalencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días en los estudiantes de 14 a 18 años, por sexo, 2014

	Ambos sexos (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Consumo en atracón/Binge drinking	32,2	33,4	31,0
Botellón	57,6	55,9	59,3
Borracheras	22,2	23,3	22,1

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuestas 2014/2015 sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias.

Gráfico 2-8 Prevalencia de consumo bebidas alcohólicas en los últimos 30 días en estudiantes de 14 a 18 años, según patrón de consumo y edad, 2014



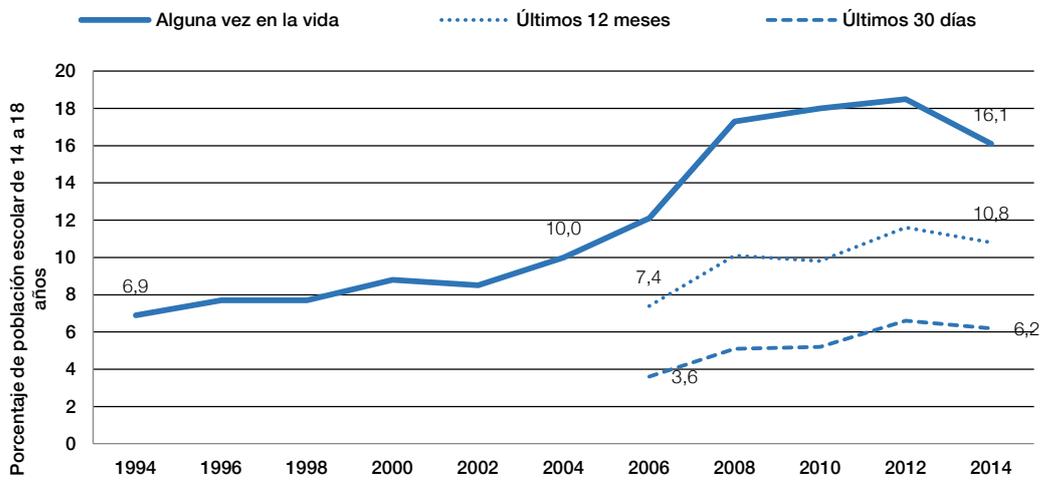
Observaciones: *Binge drinking* consumo en forma de *atracción* cinco o más vasos, cañas o copas de bebidas alcohólicas en un intervalo aproximado de 2 horas.

Fuente Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta 2014/2015 sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias.

2.3.3 Consumo de hipnosedantes

En el año 2014 ha disminuido el consumo de hipnosedantes con y sin receta mostrando una clara ruptura en la tendencia creciente que se viene observando desde 1994. Así, el 16,1% los ha consumido alguna vez en la vida; el 10,8% en los últimos 12 meses y el 6,2% en los últimos 30 días. El consumo de hipnosedantes sigue siendo fundamentalmente femenino. El porcentaje de mujeres que las ha consumido en el último año duplica el porcentaje de hombres consumidores (13,8% frente a 7,7%).

Gráfico 2-9 Prevalencia del consumo de hipnosedantes en estudiantes de 14 a 18 años, 1994 - 2014



Observaciones: consumo de hipnosedantes con y sin receta

Fuente Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

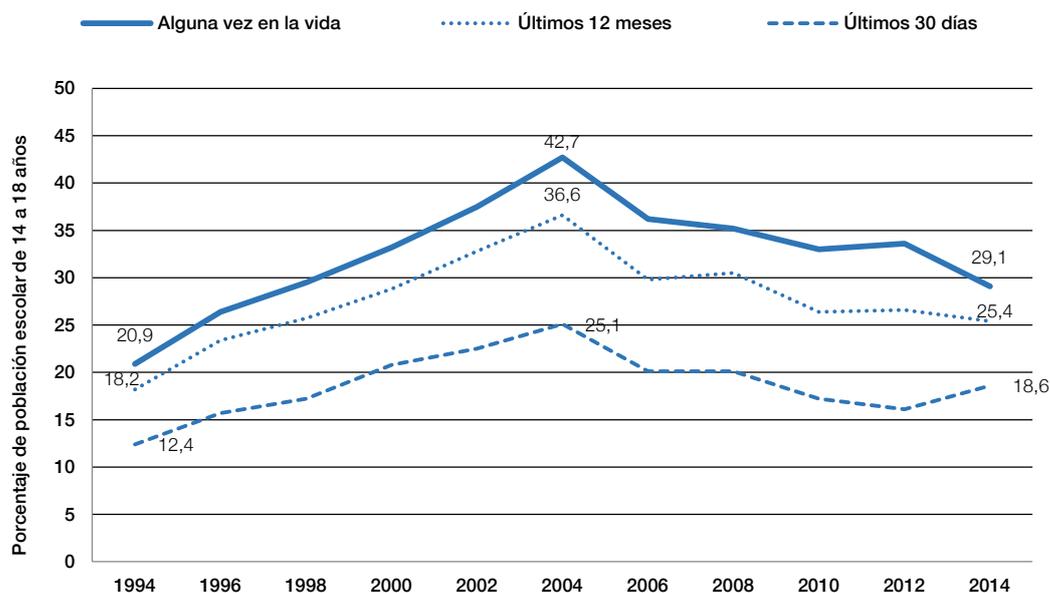
Encuesta 2014/2015 sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias.

2.3.4 Consumo de cannabis

El cannabis es la droga ilegal consumida por un mayor porcentaje de jóvenes. En el año 2014 sigue bajando el consumo de esta sustancia: el 29,1% ha probado el cannabis alguna vez en su vida, frente al 42,7% que lo había hecho en 2004. En cambio, aumenta en dos puntos la proporción de los estudiantes que lo han consumido en los últimos 30 días (18,6%), si bien es la mitad sensiblemente inferior que en 2004 (36,6%). En este grupo, el 65,6% ha consumido principalmente marihuana; un 9% es consumidor de hachís, un 25,4% consume los dos tipos. Un 86,5% mezclan cannabis con tabaco.

El promedio diario de porros entre los consumidores en los 30 últimos días es de 3,2. En el último año empezaron a consumir cannabis 146.200 estudiantes de 14-18 años de forma habitual. Los hombres consumen en mayor proporción que las mujeres en todos los grupos de edad.

Gráfico 2-10 Prevalencia del consumo de cannabis en estudiantes de 14 a 18 años, 1994 - 2014

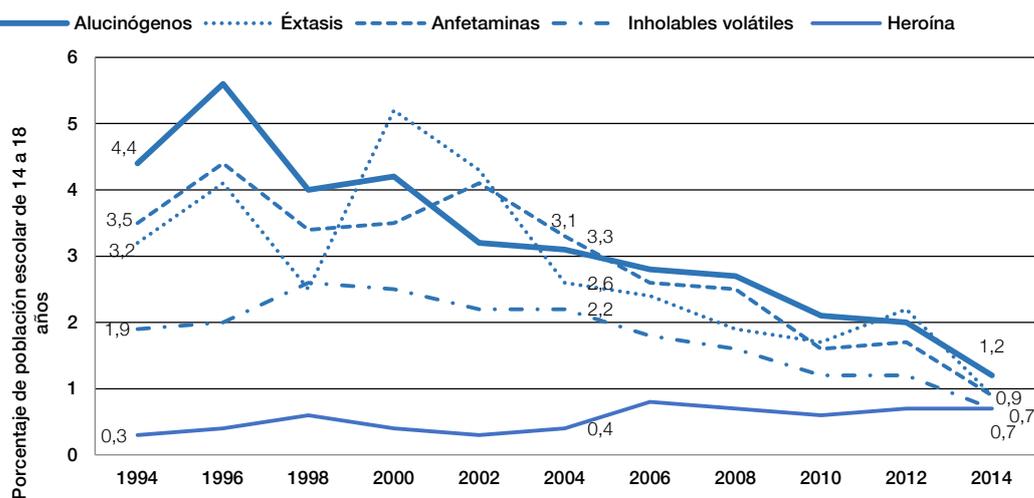


Fuente Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta 2014/2015 sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias.

2.3.5 Consumo de otras sustancias psicoactivas

En los datos de consumo de alucinógenos (1,2%) anfetaminas (0,9%), éxtasis (0,9%) inhalables volátiles (0,7%) y heroína (0,7%) continúa la tendencia descendente y se sitúa en los valores más bajos desde 1994.

Gráfico 2-11 Prevalencia del consumo en los últimos 12 meses de anfetaminas, alucinógenos, éxtasis y heroína en estudiantes de 14 a 18 años, 1994 - 2014



Fuente Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta 2014/2015 sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias.

2.4 Obesidad y sobrepeso

2.4.1 Obesidad y sobrepeso en población adulta

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 Europea de Salud en España 2014, la obesidad afecta al 16,9% de la población de 18 y más años (17,1% de los hombres y 16,7% de las mujeres). Si consideramos también el sobrepeso, un 52,7% de la población de 18 o más años padece obesidad o sobrepeso.

Desde 1987²⁷, 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%. En 2014, por primera vez no se observa un incremento en la prevalencia declarada de obesidad en España.

La frecuencia de obesidad presenta un gradiente inverso según el nivel de estudios. En 2014, mientras que el 26,4% de la población adulta con educación primaria o inferior era obesa, ese porcentaje es del 17,9% y del 12,2% en los sujetos con educación secundaria de primer y segundo ciclo respectivamente, y del 8,7% en los de estudios universitarios. Este gradiente se viene observando continuamente, sin que las diferencias se hayan reducido.

Tabla 2-11 Tendencia del porcentaje de personas de 18 y más años con obesidad según el nivel de estudios, 2001-2014

Nivel de estudios	2001	2003	2006	2009	2011/2012	2014
Educación primaria o inferior	22,5	20,9	22,0	24,1	26,7	26,4
Secundaria, primer ciclo	10,1	11,0	13,7	14,6	19,0	17,9
Secundaria, segundo ciclo	6,6	7,6	11,3	10,5	13,3	12,2
Estudios universitarios	6,1	5,8	9,5	9,5	9,8	8,7
Total	13,2	13,6	15,4	16,0	17,0	16,9

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

²⁷Ministerio 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.

Tabla 2-12 Tendencia del porcentaje de personas de 18 y más años con obesidad, según la comunidad autónoma de residencia, 2001-2014

	2001	2003	2006	2009	2011/2012	2014
Andalucía	17,5	17,6	18,0	19,6	21,2	19,9
Aragón	13,0	12,4	15,4	15,7	15,7	16,6
Asturias	14,9	13,3	14,1	21,7	18,7	18,6
Baleares	12,8	12,6	12,1	14,3	15,1	13,2
Canarias	14,0	14,6	16,1	15,2	18,2	19,3
Cantabria	14,4	12,0	14,1	12,2	11,1	15,1
Castilla y León	11,6	12,0	13,7	12,7	13,8	15,5
Castilla-La Mancha	15,4	17,1	17,2	18,4	20,6	19,7
Cataluña	11,1	11,5	14,5	14,1	14,3	15,0
Comunidad Valenciana	13,9	14,6	15,8	15,5	17,3	17,3
Extremadura	15,4	19,0	17,7	21,5	21,6	16,8
Galicia	11,4	14,4	16,9	16,9	19,2	20,7
Madrid	12,1	9,7	12,0	13,5	14,3	14,6
Murcia	14,2	15,7	19,4	22,2	20,3	17,3
Navarra	7,3	13,7	14,7	11,2	11,2	11,7
País Vasco	8,6	10,4	15,6	14,1	15,3	13,0
La Rioja	7,5	10,5	11,0	14,7	14,9	14,4
Ceuta				11,4	24,9	18,2
Melilla	14,1	12,8	17,4	19,8	12,8	19,4
España	13,2	13,6	15,4	16,0	17,0	16,9

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

2.4.2 Obesidad y sobrepeso en población infantil

Al igual que en los adultos, en los niños y adolescentes la obesidad se asocia con mayor prevalencia de diversos factores de riesgo de enfermedad, como pre-diabetes, diabetes tipo 2, hipertensión, síndrome metabólico, peor situación antioxidante, o incluso trastornos del sueño. Además los menores con exceso de peso tienen peor autoestima y calidad de vida, sin olvidar que tienen también mayor riesgo de sufrir patologías asociadas, en la etapa adulta.

Utilizando los estándares de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud, los últimos datos disponibles²⁸ referidos al año 2015 sitúan la prevalencia de sobrepeso en la población escolar de 6 a 9 años en el 23,2% (22,4% en niños y 23,9% en niñas), y la prevalencia de obesidad en el 18,1% (20,4% en niños y 15,8% en niñas).

²⁸ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio Aladino: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España, 2015.

Tabla 2-13 Situación ponderal en población escolar de 6 a 9 años según sexo, 2015

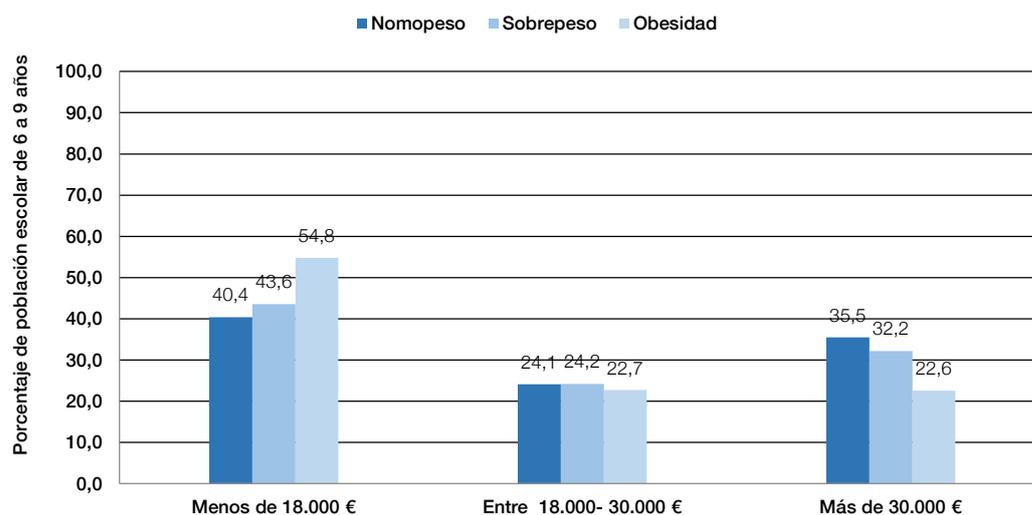
Población escolar (6 a 9 años)	Ambos sexos (%)	Niños (%)	Niñas (%)
Delgadez	0,7	0,8	0,6
Normopeso	58,0	56,4	59,7
Sobrepeso	23,2	22,4	23,9
Obesidad	18,1	20,4	15,8

Observaciones: Según los estándares de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio Aladino: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España.

De entre los posibles factores asociados a la obesidad, siguen relacionándose de forma significativa los relacionados con los hábitos de alimentación y con la falta de actividad física, como el no desayunar a diario, el disponer de televisión, ordenador o videojuegos en su habitación, el ver la televisión durante más de 2 horas diarias, el dormir menos horas, así como el bajo nivel de ingresos económicos de la familia y el bajo nivel educativo de padres y madres.

Gráfico 2-12 Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población escolar de 6 a 9 años, según ingresos económicos de la familia, 2015

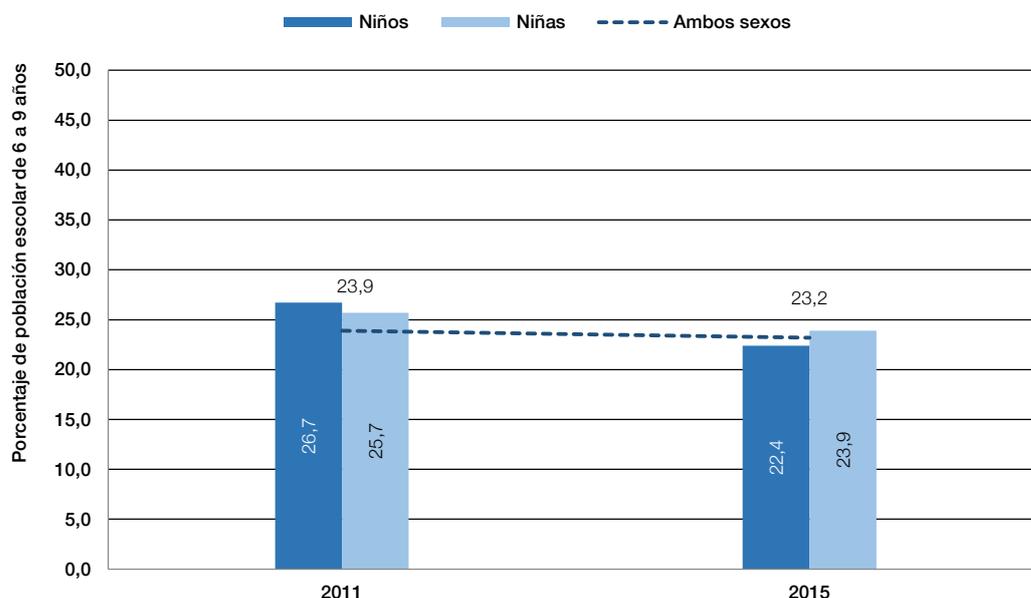


Observaciones: Cifras según estándares de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio Aladino: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España.

En cuanto a la tendencia temporal desde el año 2011, la prevalencia de obesidad en la población escolar de 6 a 9 años, se ha estabilizado y la de sobrepeso ha disminuido. La prevalencia de sobrepeso (sin incluir obesidad) calculada mediante los estándares de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud disminuye significativamente del 26,7% al 22,4% en niños y del 25,7% al 23,9% en niñas.

Gráfico 2-13 Evolución de la prevalencia de sobrepeso en población escolar de 6 a 9 años, según sexo, 2011-2015



Observaciones: Cifras según estándares de crecimiento de la OMS

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio Aladino: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España.

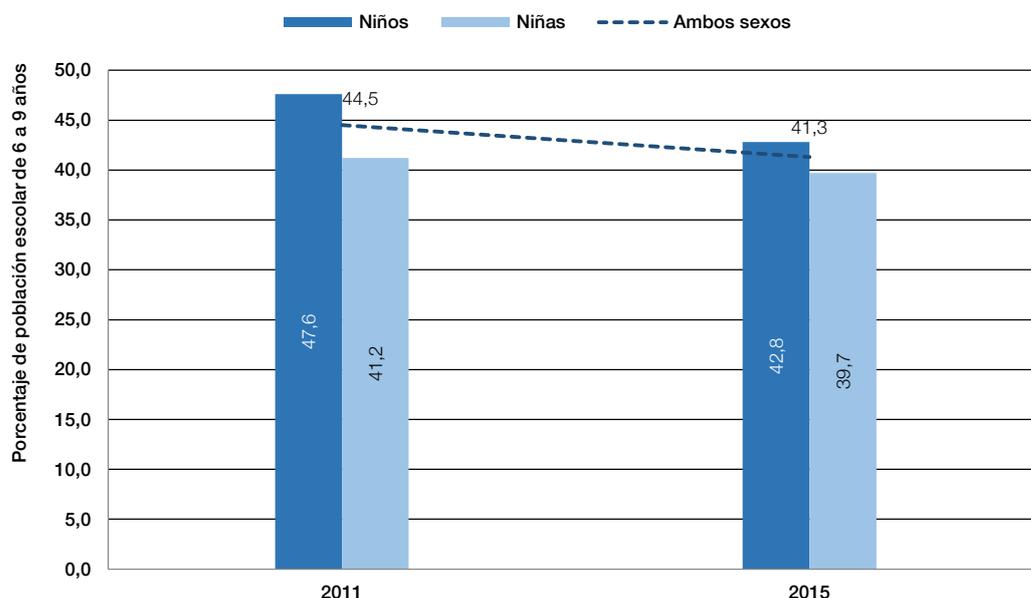
La mayoría de los padres (80,0%) creen que sus hijos tienen un peso normal, solamente un 12,0% piensa que tiene un ligero sobrepeso no encontrándose diferencias entre niños y niñas.

Tabla 2-14 Percepción de los padres sobre el peso de sus hijos, 2015

Población escolar (6 a 9 años)	Ambos sexos (%)	Niños (%)	Niñas (%)
Peso demasiado bajo	6,1	6,2	6,0
Peso normal	80,0	80,5	79,6
Ligero sobrepeso	12,0	11,4	12,6
Mucho sobrepeso	0,8	0,9	0,7

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio Aladino: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España.

Gráfico 2-14 Evolución de la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso + obesidad) en población escolar de 6 a 9 años, según sexo, 2011-2015



Observaciones: Cifras según estándares de crecimiento de la OMS

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio Aladino: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España.

En cuanto a la prevalencia de sobrepeso y obesidad conjuntamente (exceso de peso) también se observa disminución tanto en niños (del 47,6% al 42,8%) como en niñas (del 41,2% al 39,7%). En conjunto se observa una disminución del 44,5% al 41,3%.

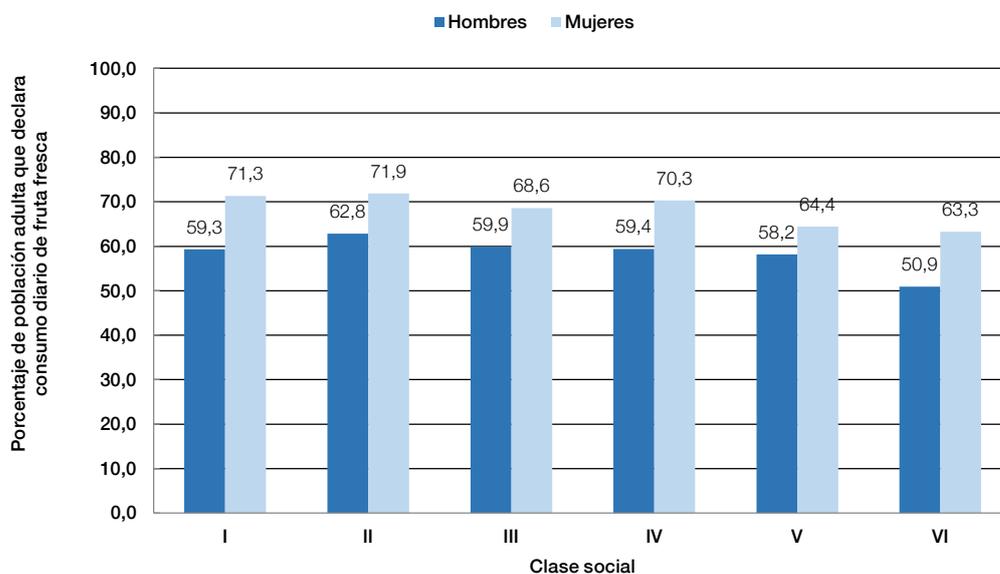
Según estos datos, parece haberse consolidado ese cambio en la tendencia de sobrepeso y obesidad infantil, y en el caso del sobrepeso, haberse iniciado una inversión más acusada de la tendencia.

2.5 Consumo de frutas y verduras

El porcentaje de población de 15 y más años que consume a diario fruta fresca (excluidos los zumos) es del 62,7%. Por sexo, el consumo diario de fruta se sitúa en el 58,2% en hombres y el 67,1% en mujeres.

Esta clara diferencia a favor de las mujeres en la prevalencia en el consumo diario de fruta fresca, está presentes en todas las clases sociales. Las diferencias de consumo de las universitarias y las mujeres sin estudios son de 8 puntos y entre los hombres universitarios y los sin estudios es de 8,4 puntos.

Gráfico 2-15 Prevalencia del consumo diario de fruta fresca en población de 15 y más años según sexo y clase social, 2014

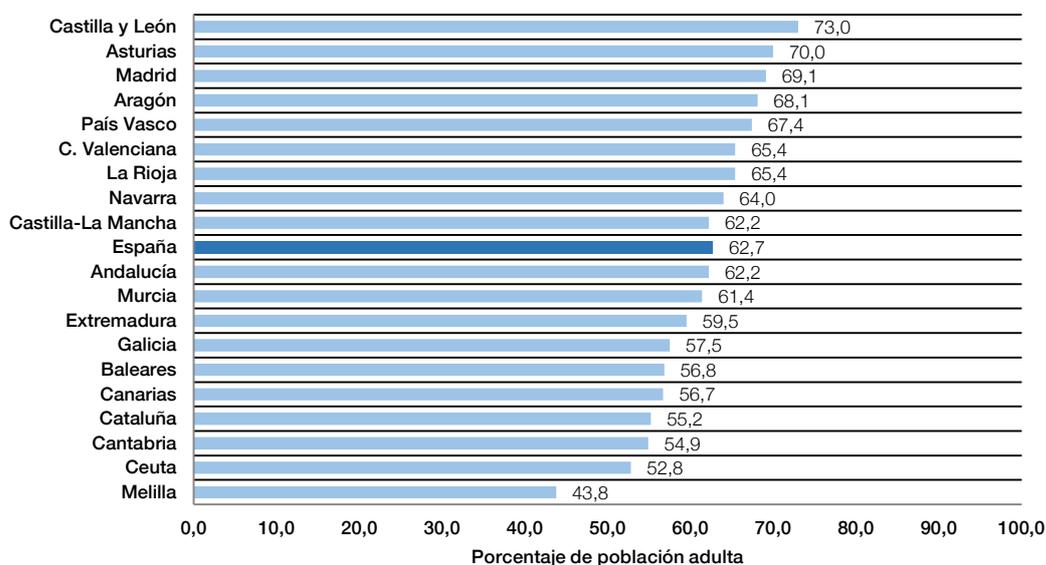


Observaciones: En el consumo de fruta fresca no se incluye el zumo

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

También encontramos variaciones entre territorios: Castilla y León, con el mayor consumo, supera en 24 puntos porcentuales a Melilla.

Gráfico 2-16 Prevalencia del consumo diario de fruta fresca en población de 15 y más años según comunidad autónoma, 2014

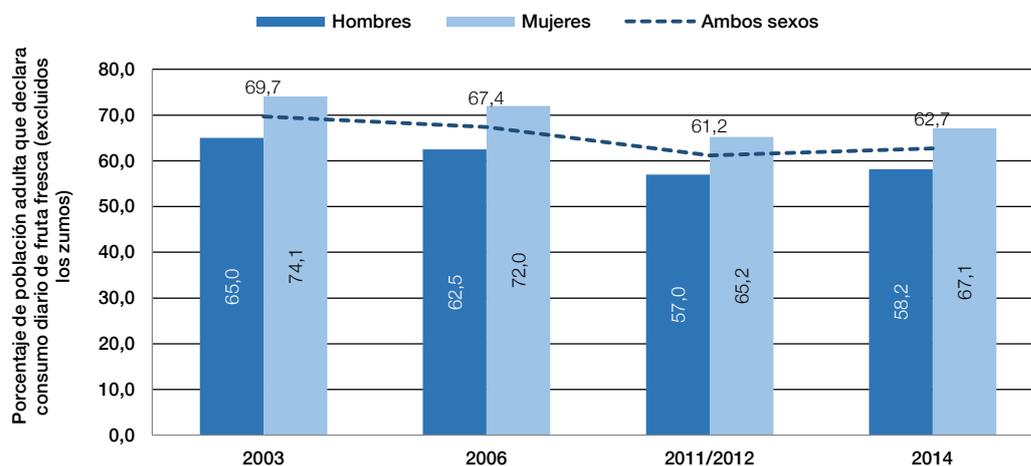


Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor. En el consumo de fruta fresca no se incluyen zumos.

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

Del año 2003 al 2011/2012 se produjo un descenso en el consumo de fruta fresca (excluidos zumos) tanto en hombre como en mujeres; con los datos de 2014, parece que se está revirtiendo de una manera más patente en mujeres que en hombres.

Gráfico 2-17 Evolución del consumo fruta fresca (excluidos zumos) en población de 15 y más años según sexo, 2001-2014

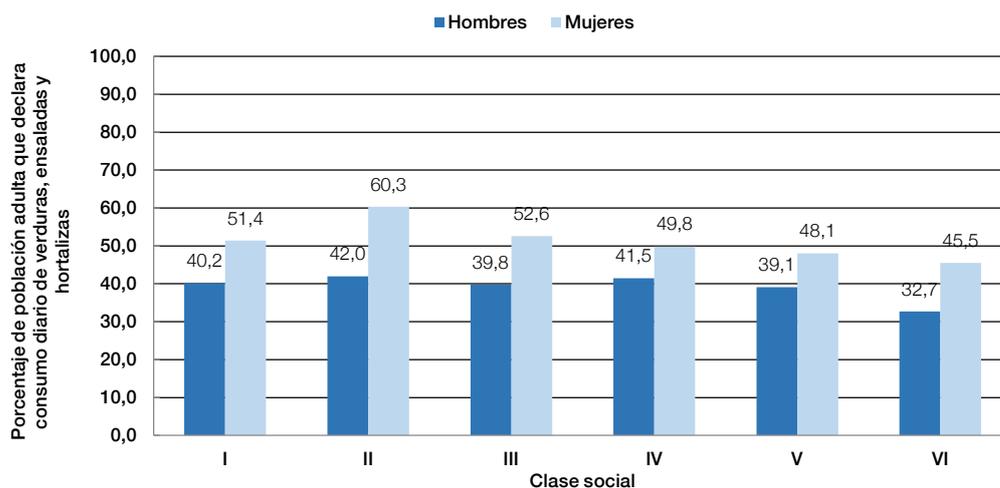


Observaciones: la población de referencia para los años anteriores a 2011 es de 16 y + años.

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

El porcentaje de población de 15 y más años que consume a diario verduras, ensaladas y hortalizas es del 44,6%. Por sexo, el consumo diario se sitúa en 39,1% en hombres y en 50,0% en mujeres.

Gráfico 2-18 Prevalencia del consumo diario de verduras, ensaladas y hortalizas en población de 15 y más años según sexo y clase social, 2014

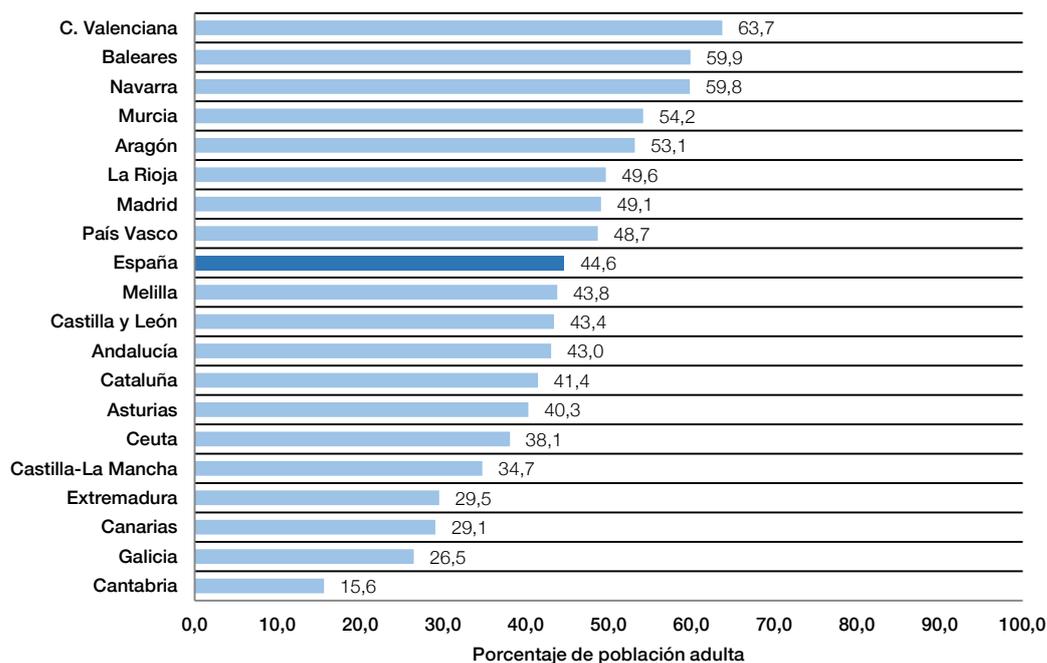


Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España.

Esta diferencia en la prevalencia en el consumo diario de verduras, ensaladas y hortalizas, a favor de las mujeres, está presente en todas las clases sociales. Las diferencias de consumo de las universitarias y las mujeres sin estudios son de 5,9 puntos porcentuales y entre los hombres universitarios y los sin estudios es de 7,5 puntos.

También encontramos variaciones entre territorios: la Comunidad Valenciana, con el mayor consumo, supera en 28,1 puntos a Cantabria con el menor consumo.

Gráfico 2-19 Prevalencia del consumo diario de verduras, ensaladas y hortalizas en población de 15 y más años según comunidad autónoma, 2014

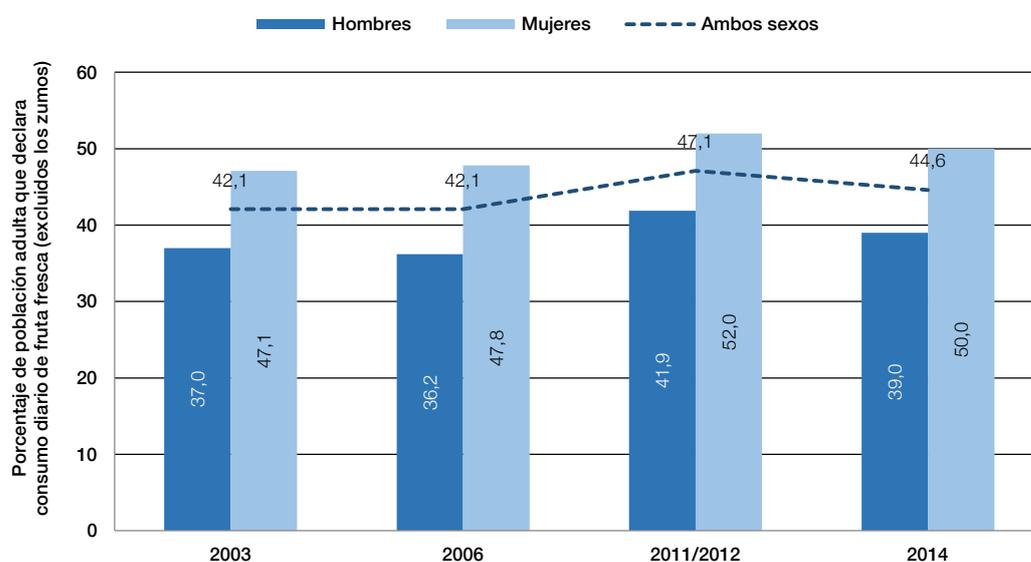


Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor.

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

Del año 2003 al 2011/2012 se produjo un incremento en el consumo diario de verduras, ensaladas y hortalizas tanto en hombre como en mujeres; con los datos de 2014, parece que no se confirma la tendencia.

Gráfico 2-20 Evolución del consumo diario de verduras, ensaladas y hortalizas en población de 15 y más años según sexo, 2001-2014



Observaciones: la población de referencia para los años anteriores a 2011 es de 16 y + años.

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

La nutrición es un importante determinante de salud, el consumo de fruta y de vegetales es uno de los factores que puede jugar un papel y en la prevención de enfermedades crónicas como pueden ser la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes o el ciertos cánceres.

2.5.1 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 2-15 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.

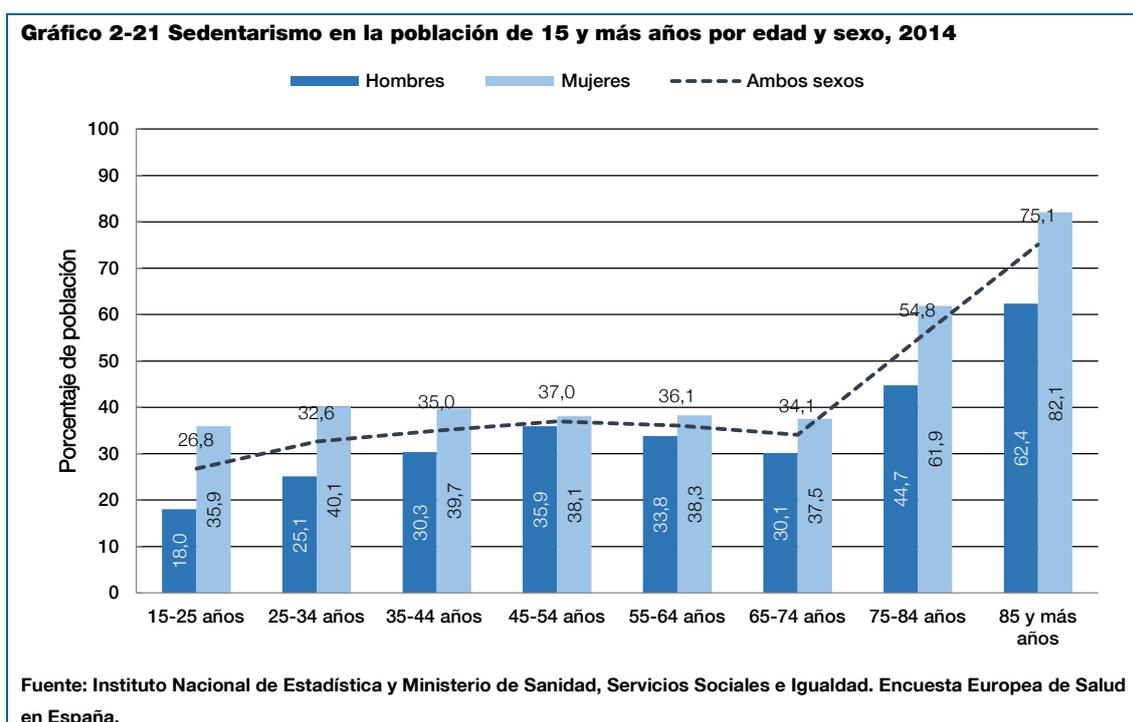
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

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

2.6 Actividad física

2.6.1 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 36,7% 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 (42,0%) que entre los hombres (31,1%). La diferencia por sexo es mayor entre los jóvenes y entre las personas de mayor edad.



Por comunidades autónomas, Castilla-La Mancha y Murcia presentan los mayores porcentajes de sedentarismo, en torno al 45%, mientras que los menores porcentajes se observan en La Rioja, Navarra, y Baleares y Canarias, todas ellas por debajo del 30%. Según sexo, en todas las comunidades autónomas el sedentarismo es más frecuente en mujeres que en hombres.

Tabla 2-16 Sedentarismo en población de 15 y más años. Distribución porcentual según sexo y comunidad autónoma, 2014

	Ambos sexos (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Andalucía	37,1	29,8	44,1
Aragón	41,6	38,0	45,2
Asturias	34,1	30,0	37,8
Baleares	28,2	23,4	32,8
Canarias	29,3	23,7	34,8
Cantabria	41,5	33,3	49,2
Castilla y León	33,5	32,4	34,6
Castilla-La Mancha	45,1	41,3	48,8
Cataluña	37,8	32,0	43,2
Comunidad Valenciana	35,9	31,3	40,3
Extremadura	33,3	28,7	37,9
Galicia	40,3	34,4	45,9
Madrid	37,3	30,0	43,8
Murcia	44,5	38,6	50,3
Navarra	28,0	24,1	31,8
País Vasco	31,7	25,8	37,1
La Rioja	27,8	24,9	30,7
Ceuta	33,7	28,2	40,1
Melilla	41,5	35,0	47,4
España	36,7	31,1	42,0

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

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.

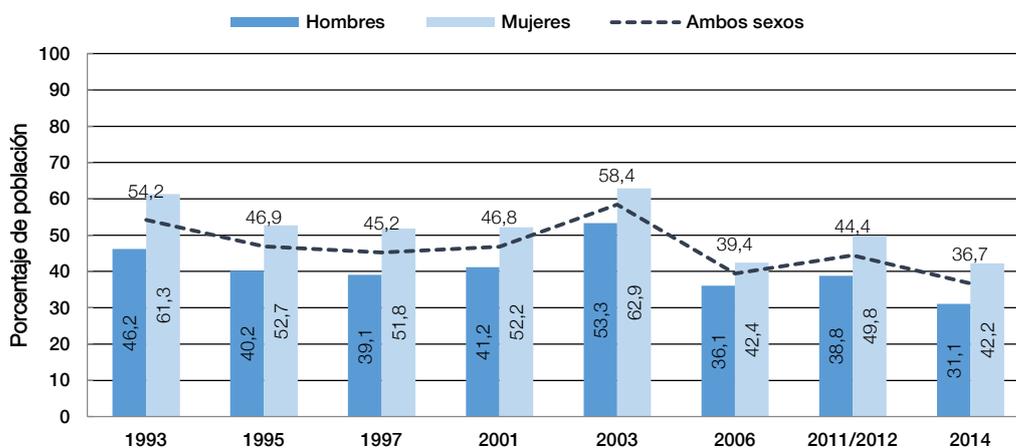
En las últimas décadas el sedentarismo (en tiempo libre) presenta una evolución irregular. En 2014, el porcentaje de personas que declaran ser sedentarias en su tiempo libre es el menor registrado desde 1993, tanto en hombres como en mujeres.

Los últimos datos disponibles de sedentarismo y actividad en tiempo de ocio en población infantil proceden de la Encuesta Nacional de Salud de España de 2011/2012. 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).

Gráfico 2-22 Evolución del porcentaje de sedentarismo en la población 15 y más años según sexo, 1993-2014



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 e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud y Encuesta Europea de Salud en España.

Tabla 2-17 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.

2.6.2 Actividad física en el trabajo

En la ocupación o actividad habitual, el 40,5% de la población adulta pasa la mayor parte de la jornada de pie, sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos, y el 36,1% pasa sentada casi todo el día. En 1993 estos porcentajes eran de 51,0% y de 34,0% respectivamente.

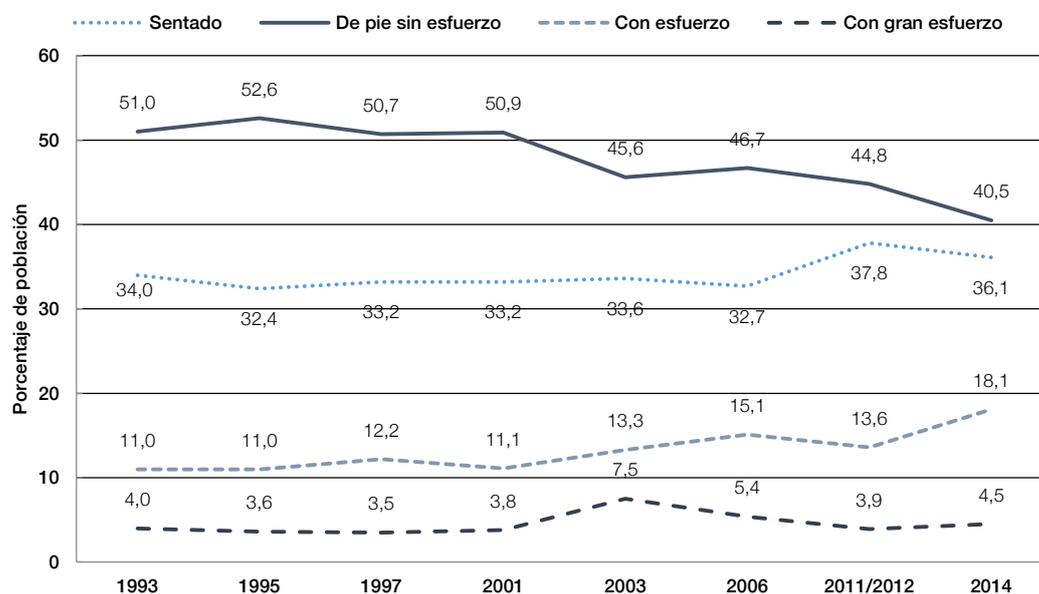
Los hombres realizan tareas que requieren gran esfuerzo físico (7,4%) con mayor frecuencia que las mujeres (1,9%), y también las tareas que requieren caminar, llevar peso o efectuar desplazamiento son más frecuentes en hombres, 21,6% frente al 15,0% de las mujeres. En mujeres predomina el trabajo de pie la mayor parte de la jornada, sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos (46,4% frente a 33,8%).

Tabla 2-18 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 según sexo, 2014

	Ambos sexos (%)	Hombres (%)	Mujeres(%)
Sentado la mayor parte del día	36,1	36,5	35,8
De pie sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos	40,5	33,8	46,4
Caminando, llevando peso, efectuando desplazamientos frecuentes con esfuerzo	18,1	21,6	15,0
Realizando tareas que requieren gran esfuerzo físico	4,5	7,4	1,9

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

Gráfico 2-23 Evolución de 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, 1993-2014



Observaciones: En 2011/2012 y años posteriores, la población es de 15 y más años

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

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.

La proporción de la los que pasaban sentados la mayor parte del día se mantiene en los valores alcanzados en 2011.

Por otra parte, de forma mayoritaria (76,3%) las personas con trabajo afirman que no se realizan actividades de promoción de la actividad física en su lugar de trabajo.

Tabla 2-19 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.

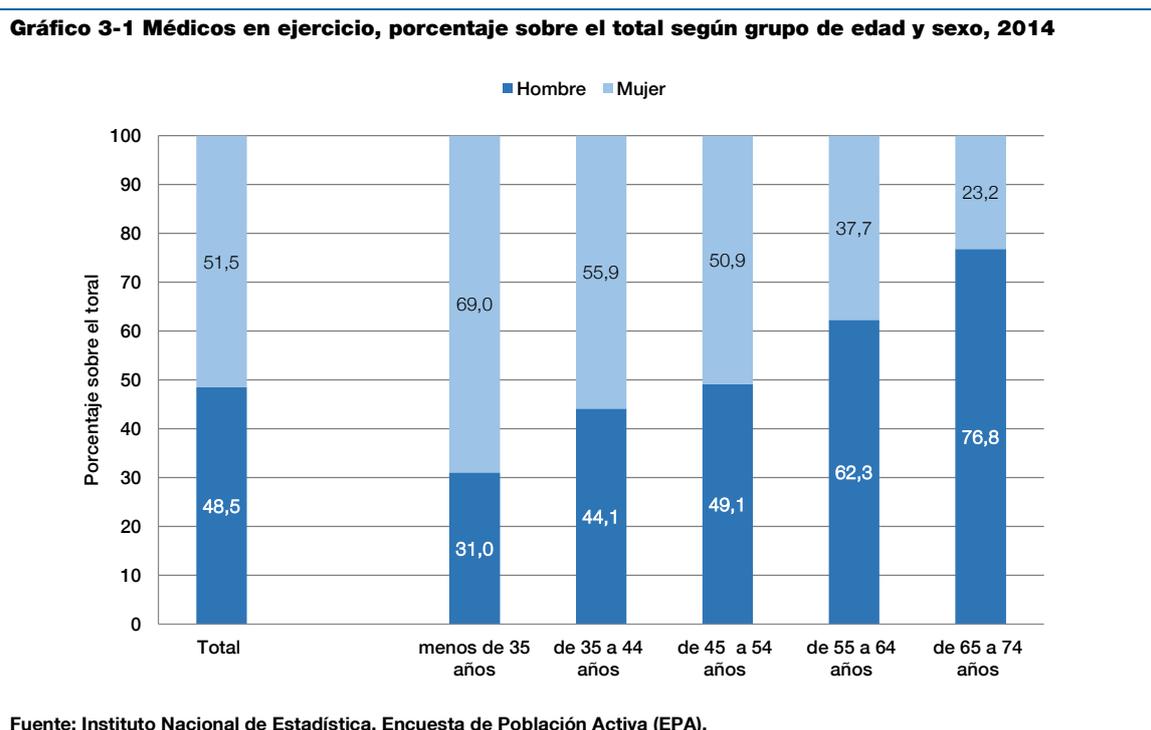
3 Recursos Asistenciales

3.1 Recursos humanos

3.1.1 Médicos

3.1.1.1 Médicos en ejercicio

El último dato de la EPA disponible muestra que el número de médicos que trabajan en labores asistenciales, tanto en el sector público como en el privado²⁹, es de 176.665 proporcionando una tasa de 3,8 médicos por cada 1.000 habitantes. Más de la mitad de los médicos en ejercicio (51,5%) son mujeres. El grupo de edad más feminizado es el de menores de 35 años y el de 65 a 74 años el menos. El porcentaje de mujeres crece en sentido inverso a la edad. También se observa un cierto grado de envejecimiento, el grupo de mayores de 44 años supone el 54,7% del total de los médicos que están trabajando y el de mayores de 54 años el 27,9%.



En los últimos quince años la tasa de médicos en ejercicio por cada 1.000 habitantes se ha incrementado 0,6 puntos, manteniéndose en los últimos cinco años en torno al 3,8. La proporción

²⁹ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa (EPA) 2014.

de mujeres entre los médicos ha pasado de 36,8% en el año 2000 a 51,5% en el año 2014 lo que supone un incremento en ese periodo de 14,7 puntos. Desde el año 2000 la proporción del grupo médicos de 35 a 44 años ha disminuido 13,6 puntos pasando de 39,2% del total de médicos a 25,6% en el año 2014 y el grupo de 55 a 64 años ha aumentado en 15,6 puntos pasando en el mismo periodo de quince años de 8,9 a 24,5%.

Gráfico 3-2 Evolución del número de médicos en labores asistenciales y tasa por 1.000 habitantes, 2000-2014

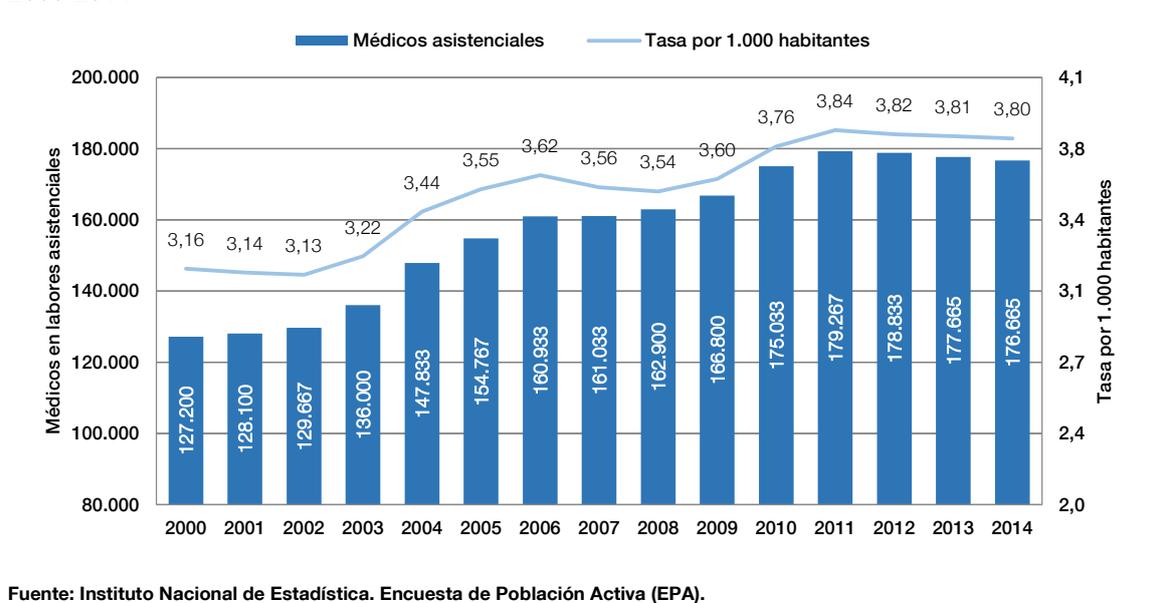


Gráfico 3-3 Evolución del número de médicos en labores asistenciales según sexo, 2000-2014

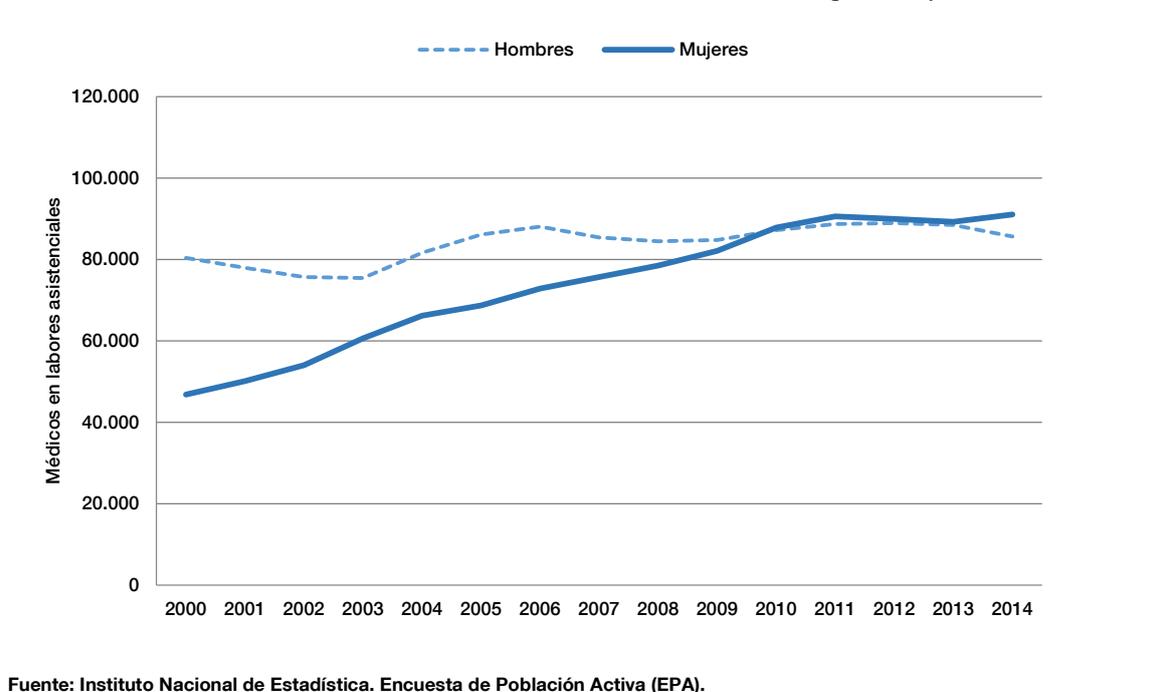
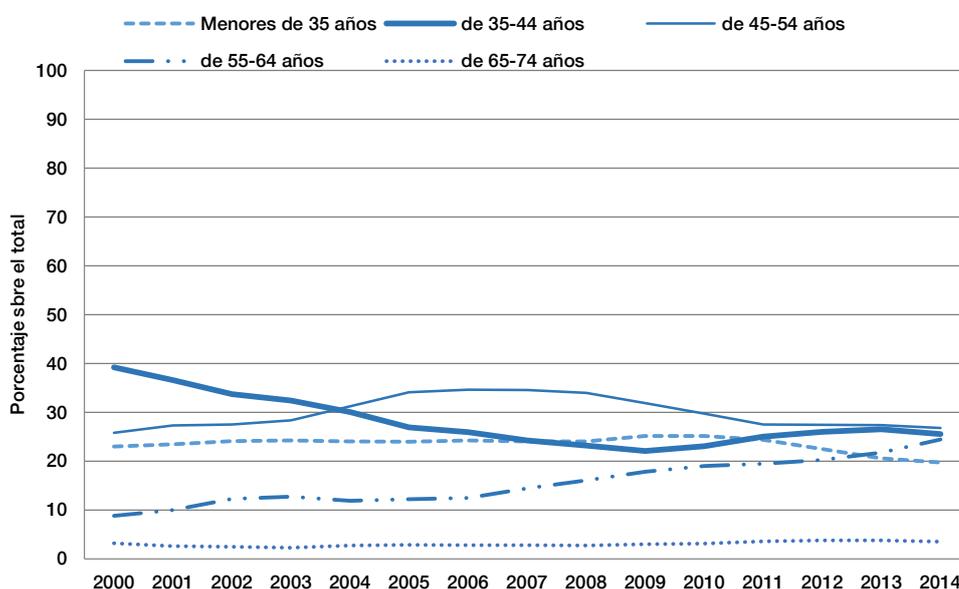


Gráfico 3-4 Evolución del porcentaje de médicos en labores asistenciales según grupo de edad, 2000-2014



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

3.1.1.2 Médicos en el Sistema Nacional de Salud

El número de médicos en labores asistenciales en el Sistema Nacional de Salud es de 116.711³⁰ de los que 34.888 médicos (28.480 de medicina de familia y 6.408 pediatras) trabajan en atención primaria, lo que supone una tasa de 0,8 médicos por cada 1.000 personas asignadas. Se estima que en los hospitales del Sistema Nacional de Salud trabajan en labores asistenciales 78.285 médicos (sin contar con los médicos especialistas en formación postgrado), además, se cuenta con 3.538 médicos en los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061, todo lo cual 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 2,2 están trabajando en atención especializada, o lo que es lo mismo, el 31,0% de los médicos del SNS prestan sus servicios en atención primaria y el 69,0% en atención especializada. 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.

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

³⁰ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) 2015 y Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) 2015 mediante estimación con datos aportados por el 50% de los hospitales con una cobertura del 60% 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

población, entre otros elementos, permite proporcionar a los pacientes acceso a una atención médica de calidad.

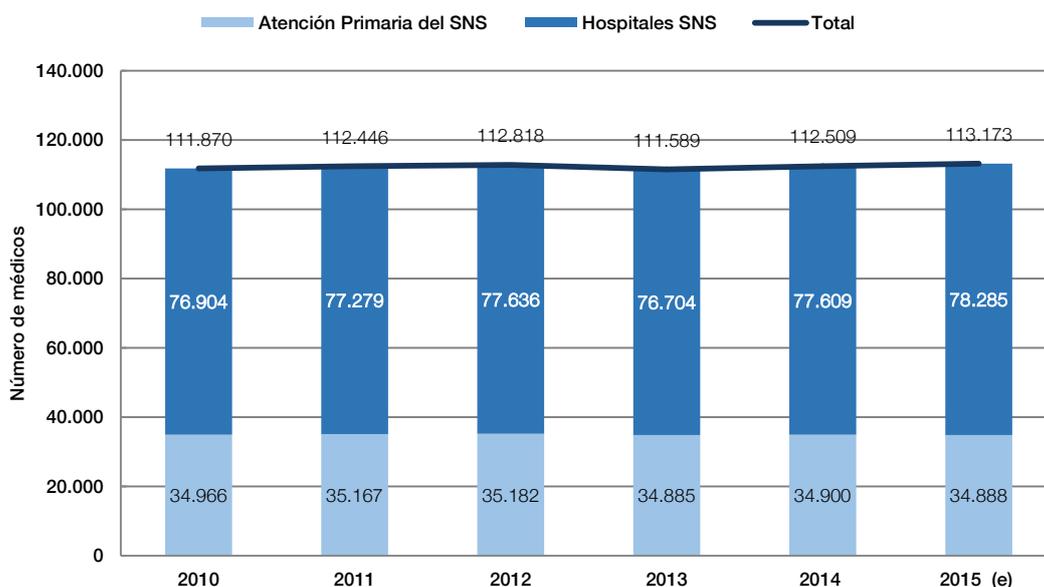
Tabla 3-1 Número y tasa por 1.000 habitantes de médicos en labores asistenciales en el Sistema Nacional de Salud, total y distribución por nivel de atención, 2014-2015

	Atención Primaria SNS		Hospitales SNS		Total SNS	
	Número	Tasa por cada 1.000 hab.	Número	Tasa por cada 1.000 hab.	Número	Tasa por cada 1.000 hab.
2014	34.900	0,8	77.609	1,7	112.509	2,5
2015 (e)	34.888	0,8	78.285 (e)	1,7 (e)	116.711 (e) (*)	2,5 (e) (*)

Observaciones: La tasa de médicos de atención primaria del SNS se refiere a 1.000 personas asignadas. (e) El número de médicos en hospitales del SNS en el año 2015 es estimado. Las cifras se han calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 50% de los hospitales con una cobertura del 60% de las camas en funcionamiento. El número de médicos de los hospitales SNS 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. (*) En el Total SNS del año 2015 se han incluido 3.538 médicos que trabajan en los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Estadística de los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061.

Gráfico 3-5 Evolución del número de médicos en labores asistenciales en el Sistema Nacional de Salud, según nivel de atención, 2010-2015



Observaciones: (e) datos estimados. Las cifras de médicos que trabajan en los hospitales del SNS se han calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 50% de los hospitales con una cobertura del 60% de las camas en funcionamiento. El total no incluye los 3.538 médicos del Servicio de Urgencias y Emergencias 112/061.

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

Tabla 3-2 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, 2015

	Medicina de Familia	Pediatría	Total	Tasa por 1.000 personas asignadas
Andalucía	4.826	1.132	5.958	0,7
Aragón	959	175	1.134	0,9
Asturias	655	120	775	0,7
Baleares	530	140	670	0,6
Canarias	1.174	314	1.488	0,8
Cantabria	365	78	443	0,8
Castilla y León	2.332	288	2.620	1,1
Castilla-La Mancha	1.344	250	1.594	0,8
Cataluña	4.397	1.012	5.409	0,7
Comunidad Valenciana	2.762	794	3.556	0,7
Extremadura	813	134	947	0,9
Galicia	1.857	326	2.183	0,8
Madrid	3.505	891	4.396	0,7
Murcia	830	242	1.072	0,8
Navarra	390	109	499	0,8
País Vasco	1.456	334	1.790	0,8
La Rioja	216	45	261	0,8
Ceuta y Melilla	69	24	93	0,6
SNS	28.480	6.408	34.888	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 3-3 Número y tasa por 1.000 habitantes de médicos de atención especializada en labores asistenciales en los hospitales del Sistema Nacional de Salud por comunidad autónoma, 2014

	Médicos	Tasa por 1.000 hab.
Andalucía	11.643	1,4
Aragón	2.718	2,1
Asturias	2.110	2,0
Baleares	1.769	1,6
Canarias	3.015	1,4
Cantabria	1.015	1,7
Castilla y León	4.317	1,7
Castilla-La Mancha	3.512	1,7
Cataluña	12.702	1,7
Comunidad Valenciana	7.814	1,6
Extremadura	1.871	1,7
Galicia	4.525	1,7
Madrid	11.759	1,8
Murcia	2.459	1,7
Navarra	1.212	1,9
País Vasco	4.424	2,0
La Rioja	514	1,6
Ceuta y Melilla	230	1,4
SNS	77.609	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).

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 3-4 En el caso de que usted pudiese elegir ¿elegiría un servicio sanitario público o un privado teniendo en cuenta...la capacitación de los médicos, 2015

Público	Privado	Ambos	NC	(N)
63,8%	15,9%	19,5%	0,8%	7.746

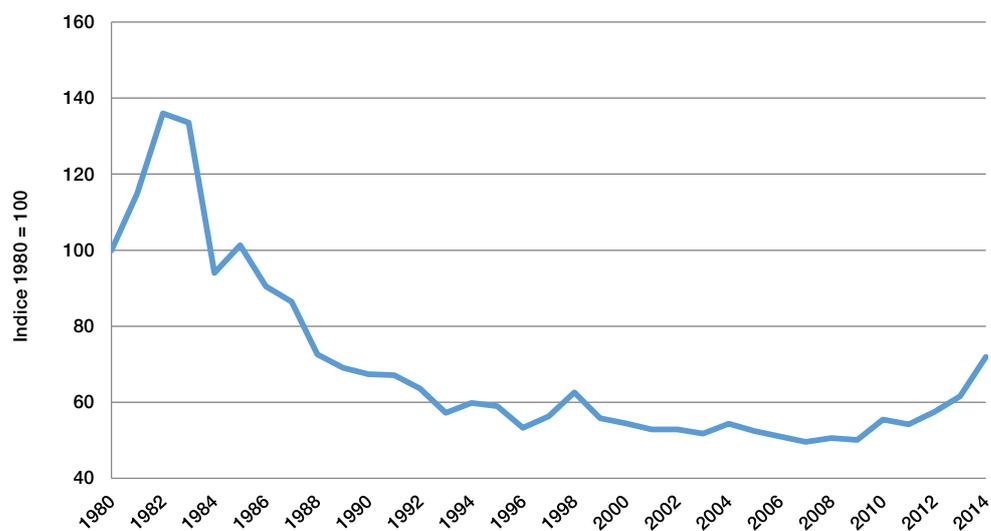
Observaciones: NC = no contesta. (N)= número de entrevistas.

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

3.1.1.3 Nuevos médicos graduados

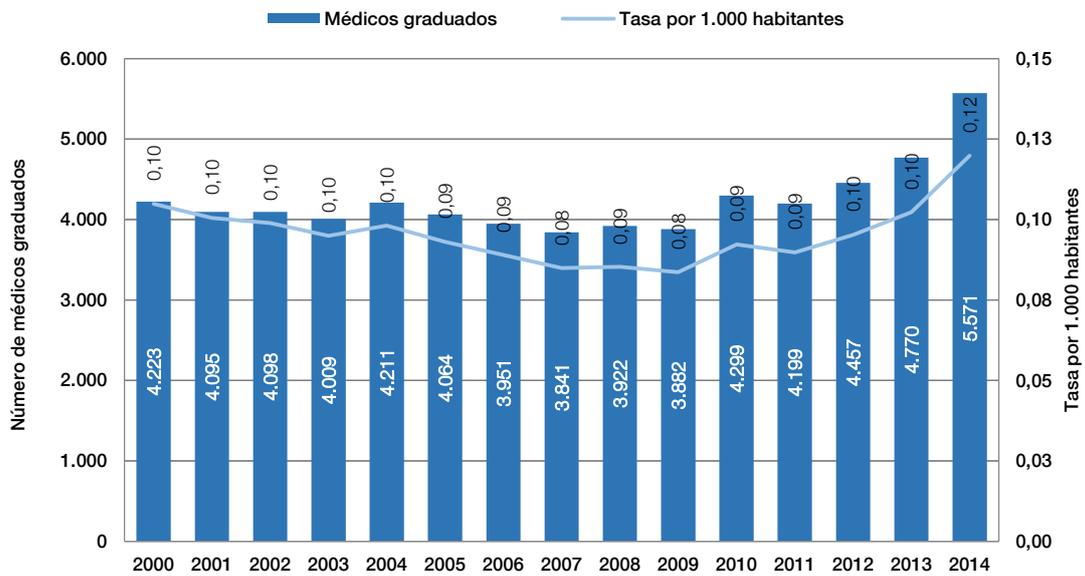
En el año 2014 se han graduado más de 5.500 médicos lo que supone contar con 1.348 graduados más que en el año 2000, aunque significativamente inferior (- 72%) si lo comparamos con el año 1980. En relación con los habitantes, en 2014, el número de nuevos médicos está en 0,1 por cada 1.000 habitantes; si lo relacionamos con los médicos en ejercicio, se han graduado 31,4 médicos por cada 1.000 médicos en activos, 1,7 puntos menos que en el año 2000.

Gráfico 3-6 Evolución del número de médicos graduados, 1980-2014



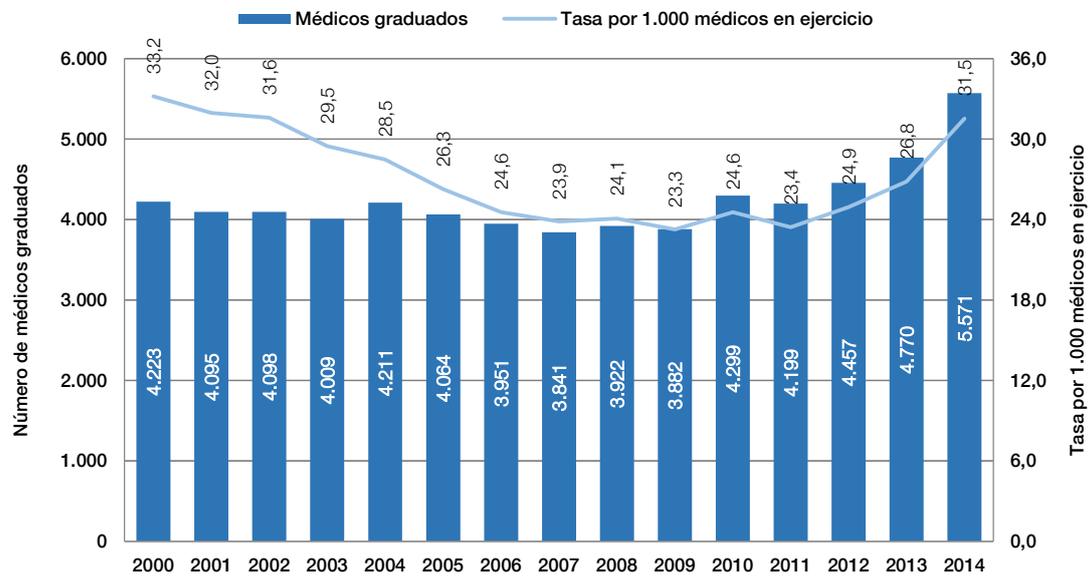
Fuente: Ministerio de Educación, Cultura y Deportes. Estadística de Estudiantes Universitarios.

Gráfico 3-7 Evolución del número de médicos graduados y tasa por cada 1.000 habitantes, 2000-2014



Fuente: Ministerio de Educación, Cultura y Deportes. Estadística de Estudiantes Universitarios.

Gráfico 3-8 Evolución del número de médicos graduados y tasa por cada 1.000 médicos en ejercicio, 2000-2014

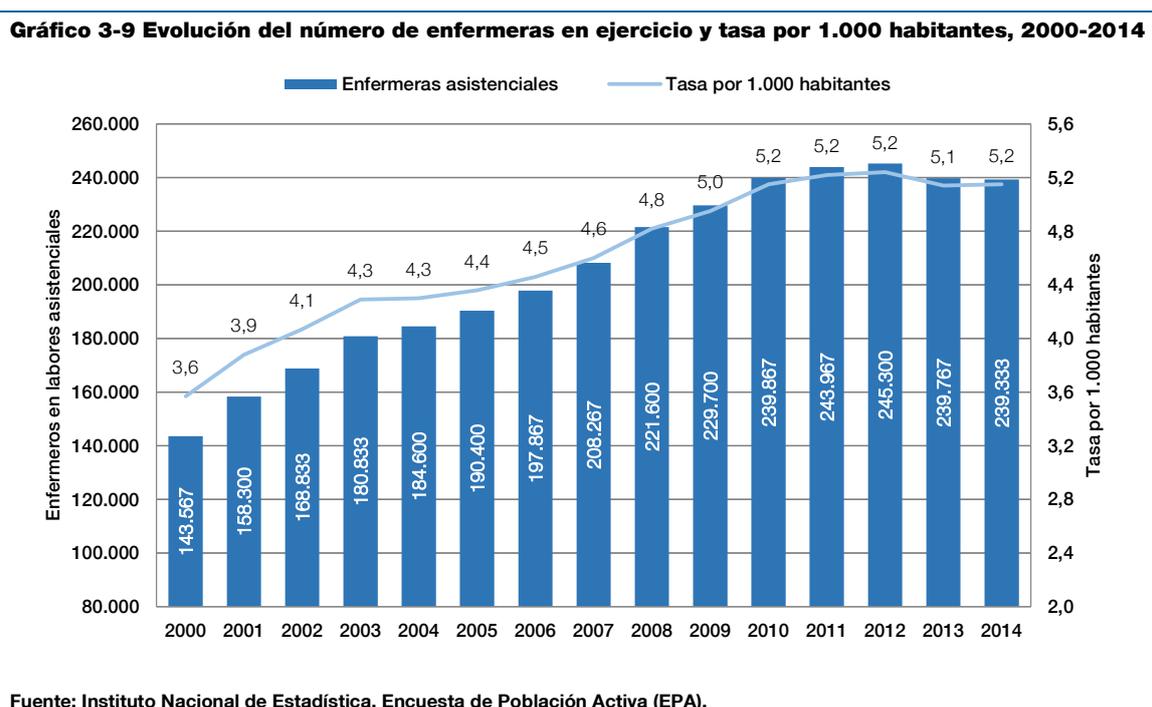


Fuente: Ministerio de Educación, Cultura y Deportes. Estadística de Estudiantes Universitarios.

3.1.2 Enfermeras

3.1.2.1 Enfermeras en ejercicio

Un total de 239.333 enfermeras trabajan tanto en el sector público como en el sector privado³¹, lo que proporciona una tasa de 5,2 enfermeras por cada 1.000 habitantes. En los últimos quince años la tasa de enfermeras en ejercicio por cada 1.000 habitantes ha crecido 1,6 puntos.



3.1.2.2 Enfermeras en el Sistema Nacional de Salud

En el Sistema Nacional de Salud, en el año 2015, trabajan 169.233 enfermeras, 3.632 más que en el año 2014. Los centros de salud y consultorios de atención primaria, cuentan con 29.441 efectivos, con una tasa de 0,6 enfermeras por cada 1.000 personas asignadas. Según datos avance de 2015³² en los hospitales del Sistema Nacional de Salud trabajan 136.699 enfermeras (sin incluir las enfermeras en formación postgrado) con una tasa de 2,9 por cada 1.000 habitantes. En los Servicios de Urgencia y Emergencias 112/061 trabajan 3.093 enfermeras. La tasa para el conjunto del SNS es de 3,5 enfermeras por cada 1.000 habitantes.

³¹ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa 2014.

³² Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria. Las cifras se han calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 50% de los hospitales con una cobertura del 60% 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 parcia.

Tabla 3-5 Número y tasa por 1.000 habitantes de enfermeras en labores asistenciales en el Sistema Nacional de Salud, total y distribución por nivel de atención, 2014-2015

	Atención Primaria SNS		Hospitales SNS		Total SNS	
	Número	Tasa por cada 1.000 hab.	Número	Tasa por cada 1.000 hab.	Número	Tasa por cada 1.000 hab.
2014	29.642	0,6	135.959	2,9	165.601	3,5
2015 (e)	29.441	0,6	136.699 (e)	2,9 (e)	169.233 (e) (*)	3,5 (e) (*)

Observaciones: La tasa de enfermeras de atención primaria del SNS se refiere a 1.000 personas asignadas.

(e) El número de enfermeras en hospitales del SNS en el año 2015 es estimado. Las cifras se han calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 50% de los hospitales con una cobertura del 60% 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.

(*) En el total SNS se han incluido 3.093 enfermeras que trabajan en los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Estadística de los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061.

Tabla 3-6 Número y tasa por 1.000 personas asignadas de enfermeras en atención primaria del SNS, según comunidad autónoma, 2015

	Enfermeras	Tasa por 1.000 personas asignadas
Andalucía	4.819	0,6
Aragón	952	0,7
Asturias	685	0,7
Baleares	545	0,5
Canarias	1.196	0,6
Cantabria	403	0,7
Castilla y León	2.114	0,9
Castilla-La Mancha	1.441	0,7
Cataluña	5.024	0,7
Comunidad Valenciana	3.158	0,6
Extremadura	904	0,8
Galicia	1.776	0,7
Madrid	3.263	0,5
Murcia	810	0,6
Navarra	466	0,8
País Vasco	1.562	0,7
La Rioja	242	0,8
Ceuta y Melilla	81	0,5
SNS	29.441	0,6

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

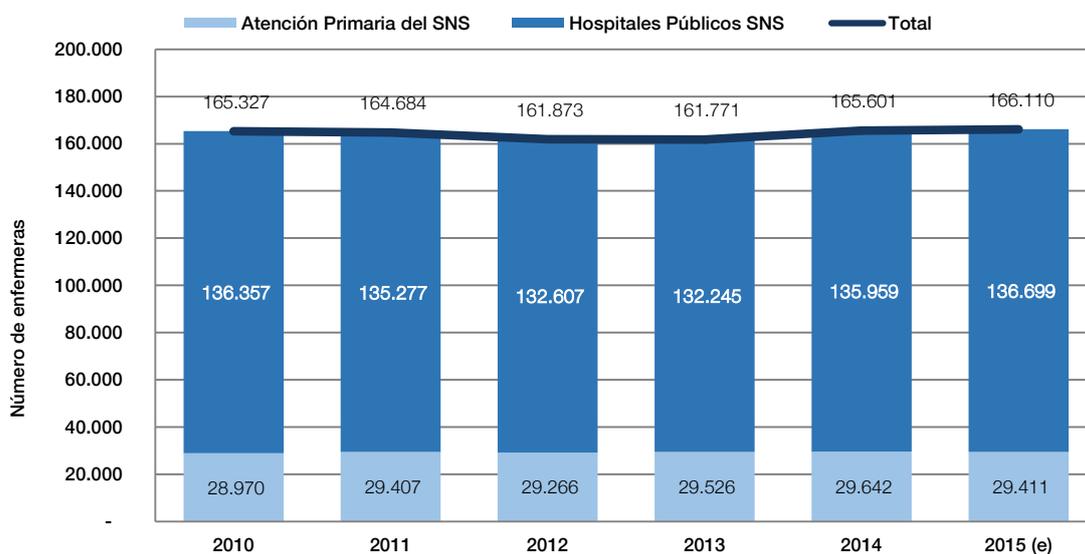
Tabla 3-7 Número y tasa por 1.000 habitantes de enfermeras en labores asistenciales en los hospitales del SNS por comunidad autónoma, 2014

	Enfermeras	Tasa por 1.000 habitantes
Andalucía	21.089	2,5
Aragón	5.576	4,2
Asturias	3.731	3,5
Baleares	3.409	3,0
Canarias	5.649	2,7
Cantabria	1.838	3,1
Castilla y León	7.450	3,0
Castilla-La Mancha	5.729	2,8
Cataluña	21.619	2,9
Comunidad Valenciana	12.843	2,6
Extremadura	3.163	2,9
Galicia	8.155	3,0
Madrid	19.096	3,0
Murcia	3.989	2,7
Navarra	2.059	3,2
País Vasco	9.156	4,2
La Rioja	971	3,1
Ceuta y Melilla	437	2,6
SNS	135.959	2,9

Observaciones: El número de enfermeras de los hospitales del SNS incluye matronas y enfermeras especialistas. Los datos se refieren a enfermeras vinculadas, es decir, aquellas 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 3-10 Evolución del número de enfermeras en labores asistenciales en el SNS según nivel asistencial, 2010-2015



Observaciones: (e) datos estimados. El total no incluye las 3.538 enfermeras del Servicio de Urgencias y Emergencias 112/061.

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 venía detectando una disminución de los efectivos de enfermería, tendencia que no se confirma con datos de 2014 ni con las estimaciones para el año 2015.

Tabla 3-8 Ratio de enfermeras por médico en labores asistenciales el Sistema Nacional de Salud según nivel asistencial, 2015

	Atención Primaria del SNS			Hospitales del SNS			Total SNS (e)(*)		
	M	E	E/M	M	E	E/M	M	E	E/M
2014	34.900	29.642	0,8	77.609	135.959	1,7	112.509	165.601	1,5
2015	34.888	29.441	0,8	78.285 (e) (*)	136.699 (e) (*)	1,7 (e) (*)	116.711 (e) (*)	169.233 (e)(*)	1,5(e)(*)

Observaciones: "M" = Médicos. "E" = Enfermera. "E/M" = ratio enfermera por médico.

(e) datos estimados. Las cifras se han calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 50% de los hospitales con una cobertura del 60% de las camas en funcionamiento.

(*) El total de 2015 incluye 3.538 médicos y 3.093 enfermeras que trabajan en el Servicio de Urgencias y Emergencias del 112/061.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Estadística de los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061

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 3-9 En el caso de que usted pudiese elegir ¿elegiría un servicio sanitario público o un privado teniendo en cuenta la capacitación de los enfermeras?, 2015

Público	Privado	Ambos	NC	(N)
63,5%	16,2%	19,4%	0,9%	7.746

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

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

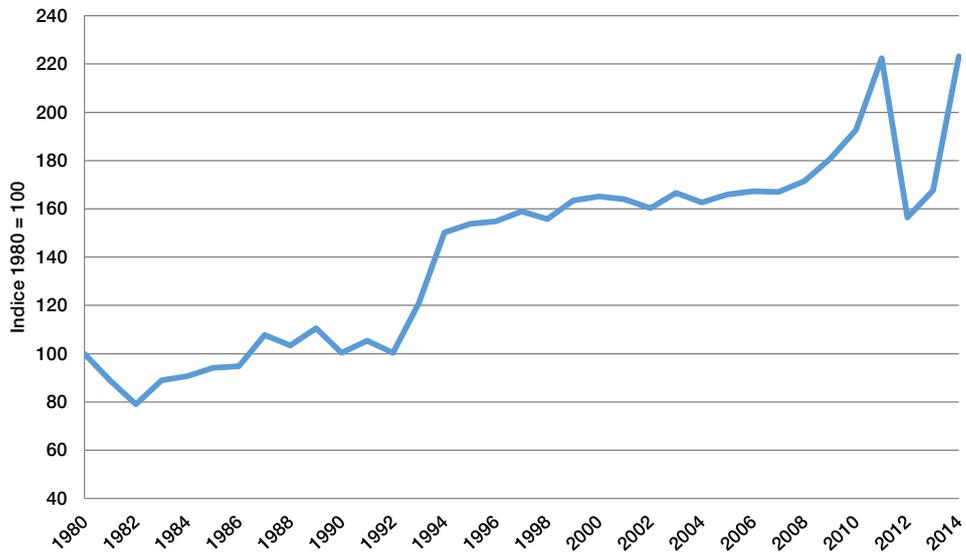
El número de enfermeras por médico en el Sistema Nacional de Salud es de 0,8 en los Centros de Salud (CS) y Consultorios Locales (CL) y 1,7 en los hospitales del SNS con una ratio total de 1,5 enfermeras por médico; en el total están incluidos los efectivos de los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061

3.1.2.3 Nuevas enfermeras graduadas

En el año 2014 se han graduado 11.700 enfermeras lo que supone contar con más de 3.000 graduadas que en el año 2000. Si lo comparamos con el año 1980 el crecimiento del número de graduadas es de más del doble (223,3%).

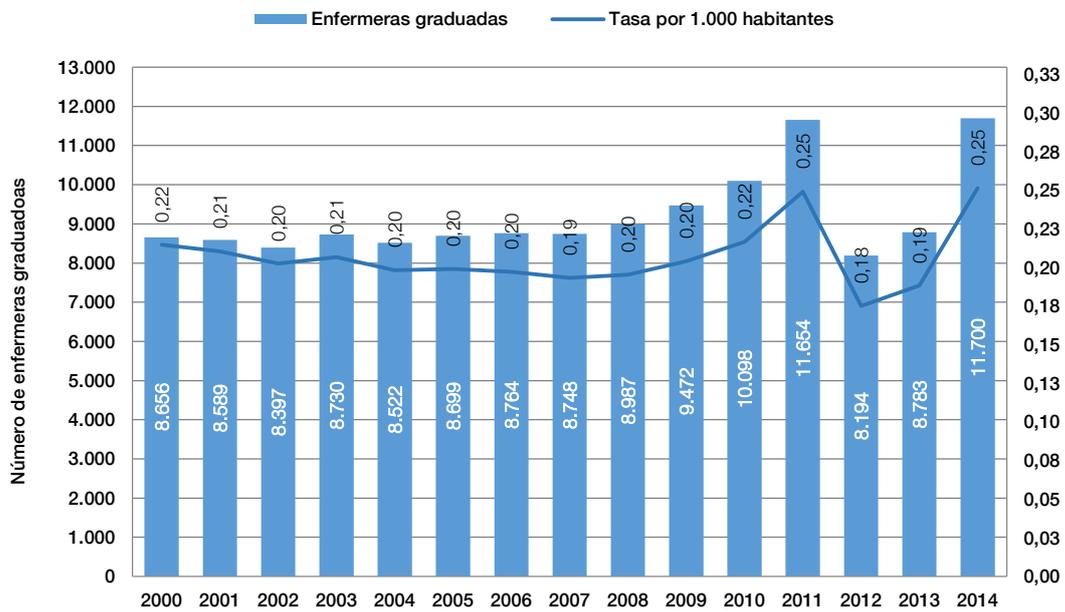
En relación con los habitantes el número de nuevas enfermeras en 2014 está en una cifra cercana 0,3 por cada 1.000 habitantes; si lo relacionamos con las enfermeras en ejercicio, se han graduado 48,9 enfermeras por cada 1.000 enfermeras en activos, 11,4 puntos menos que en el año 2000.

Gráfico 3-11 Evolución del número de enfermeras graduadas, 1980-2014



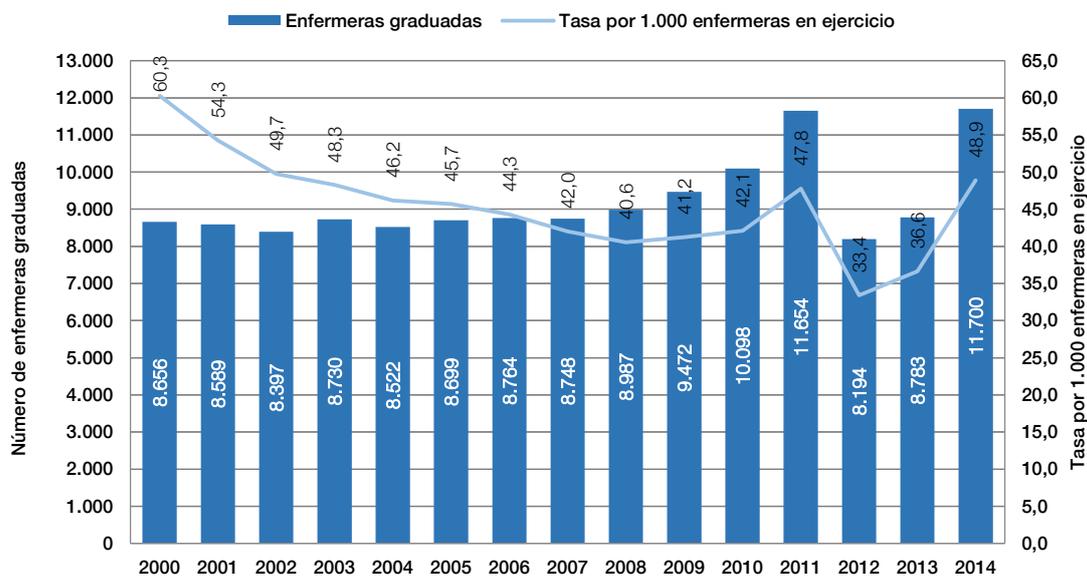
Fuente: Ministerio de Educación, Cultura y Deportes. Estadística de Estudiantes Universitarios.

Gráfico 3-12 Evolución del número de enfermeras graduadas y tasa por cada 1.000 habitantes, 2000-2014



Fuente: Ministerio de Educación, Cultura y Deportes. Estadística de Estudiantes Universitarios.

Gráfico 3-13 Evolución del número de enfermeras graduadas y tasa por cada 1.000 enfermeras en ejercicio, 2000-2014



Fuente: Ministerio de Educación, Cultura y Deportes. Estadística de Estudiantes Universitarios.

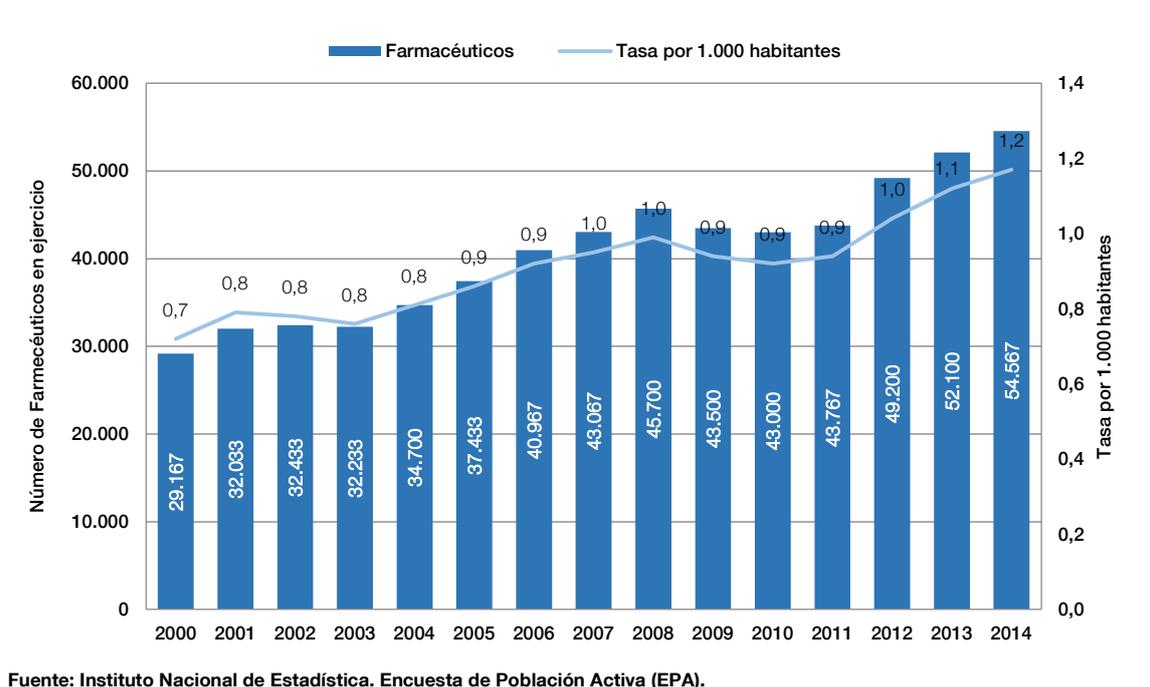
3.1.3 Farmacéuticos

3.1.3.1 Farmacéuticos en ejercicio

En el año 2014 están trabajando, tanto en el sector público como en el sector privado³³, 52.567 farmacéuticos lo que supone contar con una tasa de 1,2 por cada 1.000 habitantes. En los quince últimos años se ha producido un aumento de la tasa de farmacéuticos en activo, con un crecimiento de 0,5 puntos.

³³ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa 2014.

Gráfico 3-14 Evolución del número de farmacéuticos en ejercicio y tasa por 1.000 habitantes, 2000-2014



3.1.3.2 Farmacéuticos en los hospitales del Sistema Nacional de Salud

En los hospitales del Sistema Nacional de Salud³⁴ en 2015, el número de profesionales de esta categoría es de 1.753 farmacéuticos³⁵ (sin incluir los farmacéuticos en formación postgrado) con una tasa de 3,8 por cada 100.000 habitantes. En atención primaria se cuenta igualmente con farmacéuticos con un papel de apoyo en el uso racional del medicamento, destacando sus funciones de asesores de farmacoterapia e investigadores, cumpliendo también funciones de gestión y planificación sanitaria en relación con la política farmacéutica. En ese mismo año 2015, trabajan en oficinas de farmacia más de 48.000³⁶.

³⁴ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria. Las cifras se han calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 50% de los hospitales con una cobertura del 60% 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.

³⁵ 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.

³⁶ Según la publicación Estadísticas de Colegiados y Farmacias Comunitarias del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos en el año 2015 había 48.424 farmacéuticos colegiados trabajando en alguna de las 21.937 Oficinas de Farmacia existentes en el país.

Tabla 3-10 Número y tasa por 1.000 habitantes de farmacéuticos en hospitales del SNS, 2015

	Farmacéuticos	Tasa por 100.000 hab.
2014	1.730	3,8
2015 (e)	1.753(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 50% de los hospitales con una cobertura del 60% de las camas en funcionamiento. Los datos se refieren a 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 y Baleares (5,1 farmacéuticos por cada 100.000 habitantes) y la más baja en Andalucía (2,4 farmacéuticos por cada 100.000 habitantes).

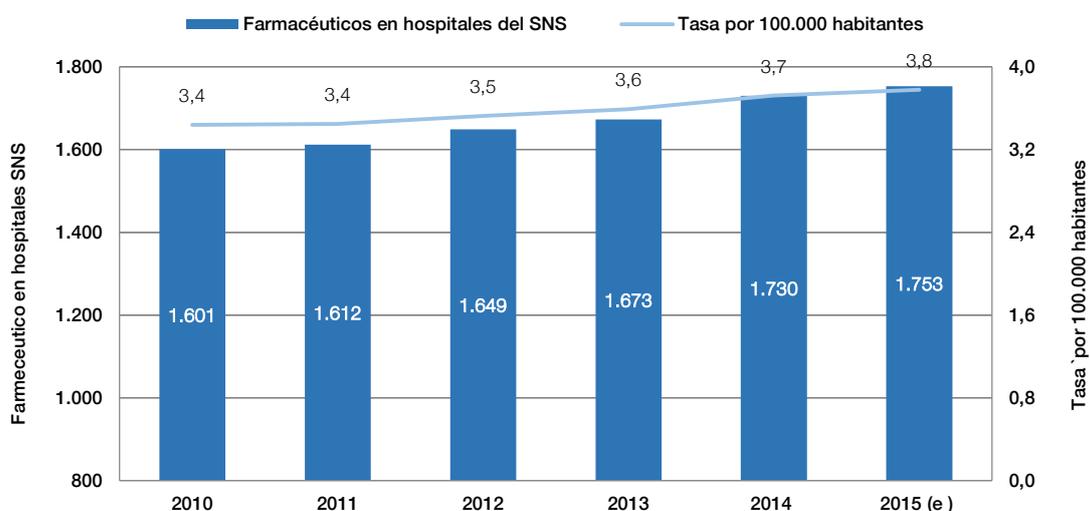
Tabla 3-11 Número de farmacéuticos en hospitales del SNS y tasa por 100.000 habitantes por comunidad autónoma, 2014

	Farmacéuticos en hospitales del SNS	Tasa por 100.000 hab.
Andalucía	199	2,4
Aragón	58	4,4
Asturias	44	4,2
Baleares	57	5,1
Canarias	68	3,2
Cantabria	19	3,2
Castilla y León	96	3,9
Castilla-La Mancha	84	4,1
Cataluña	358	4,8
Comunidad Valenciana	158	3,2
Extremadura	32	2,9
Galicia	141	5,1
Madrid	220	3,5
Murcia	50	3,4
Navarra	26	4,1
País Vasco	102	4,7
La Rioja	12	3,8
Ceuta y Melilla	6	3,6
SNS	1.730	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 3-15 Evolución del número de farmacéuticos y tasa por 100.000 habitantes en hospitales del SNS, 2010-2015



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).

3.2 Recursos físicos

3.2.1 Centros de salud y consultorios locales del Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud dispone de 3.039 Centro de Salud (CS) y 10.055 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.

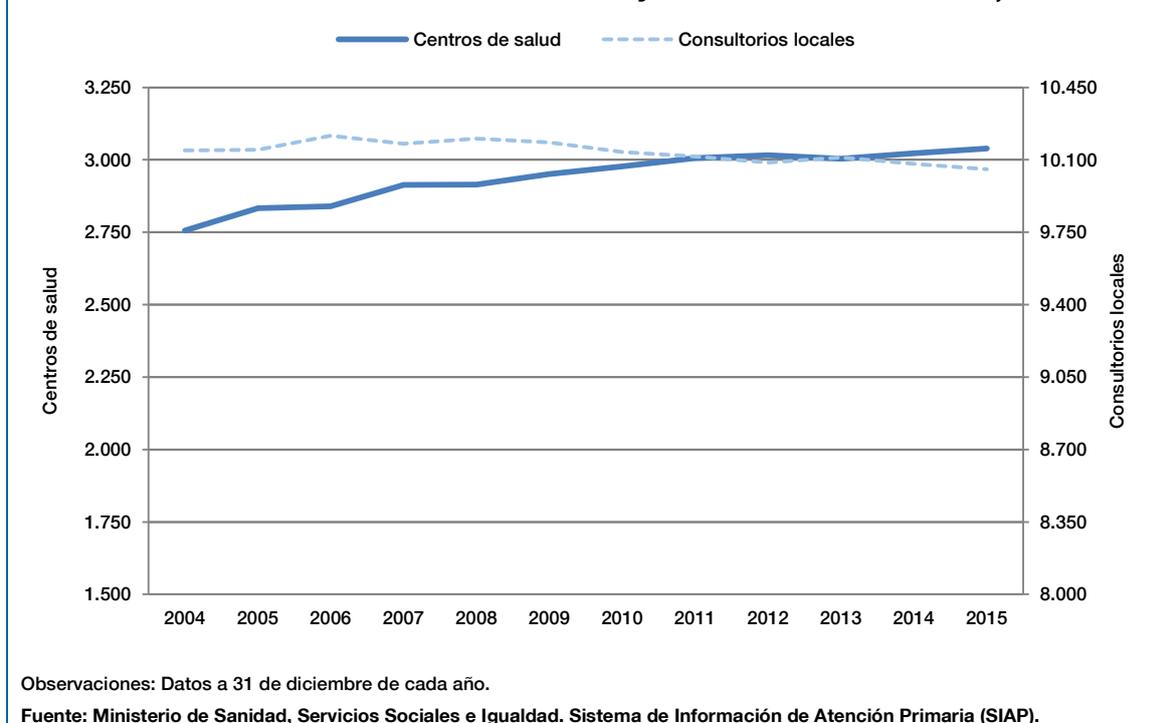
Desde el año 2004 se ha producido un incremento del número de centros de salud y una disminución de los consultorios locales, que en algunos casos es más una cuestión de denominación que un cambio en la estructura, finalidad o funciones.

Tabla 3-12 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	404	1.109	1.513	2,7	18,0
Aragón	118	869	987	7,4	74,9
Asturias	69	150	219	2,2	21,0
Baleares	58	104	162	1,8	14,3
Canarias	108	154	262	1,4	12,3
Cantabria	42	103	145	2,5	24,9
Castilla y León	247	3.650	3.897	14,8	158,7
Castilla-La Mancha	201	1.110	1.311	5,5	64,0
Cataluña	421	829	1.250	2,0	16,9
Comunidad Valenciana	283	569	852	2,0	17,3
Extremadura	109	416	525	3,8	48,4
Galicia	394	72	466	0,2	17,1
Madrid	262	161	423	0,6	6,6
Murcia	85	182	267	2,1	18,2
Navarra	58	232	290	4,0	45,5
País Vasco	153	171	324	1,1	15,0
La Rioja	20	174	194	8,7	62,1
Ceuta y Melilla	7	0	7	0,0	4,1
SNS	3.039	10.055	13.094	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 2016.

Gráfico 3-16 Evolución de número de centros de salud y consultorios locales en el SNS, 2004-2014



3.2.2 Hospitales

En España están censados 791 hospitales³⁷, con un aforo de 158.566 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 501 y más camas instaladas. Todas las comunidades autónomas disponen, al menos, de un hospital de 501 y más camas, si bien el 47% de los grandes hospitales se concentra en las tres comunidades más pobladas del Estado: Andalucía (14), Madrid (12) y Cataluña (11).

Tabla 3-13 Hospitales según tamaño (número de camas instaladas) por comunidad autónoma, 2016

	Hospitales con menos de 200 camas	Hospitales entre 200 y 500 camas	Hospitales con 501 y más camas	Total de hospitales	Hospitales por 100.000 hab.
Andalucía	78	16	14	108	1,3
Aragón	22	5	2	29	2,2
Asturias	15	4	1	20	1,9
Baleares	19	4	1	24	2,1
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	1,4
Cataluña	166	37	11	214	2,9
Comunidad Valenciana	35	20	6	61	1,2
Extremadura	11	6	2	19	1,7
Galicia	29	2	7	38	1,4
Madrid	52	17	12	81	1,3
Murcia	21	4	2	27	1,8
Navarra	8	2	1	11	1,7
País Vasco	32	5	4	41	1,9
La Rioja	6	0	1	7	2,2
Ceuta	0	1	0	1	1,2
Melilla	1	0	0	1	1,2
España	571	142	78	791	1,7

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

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

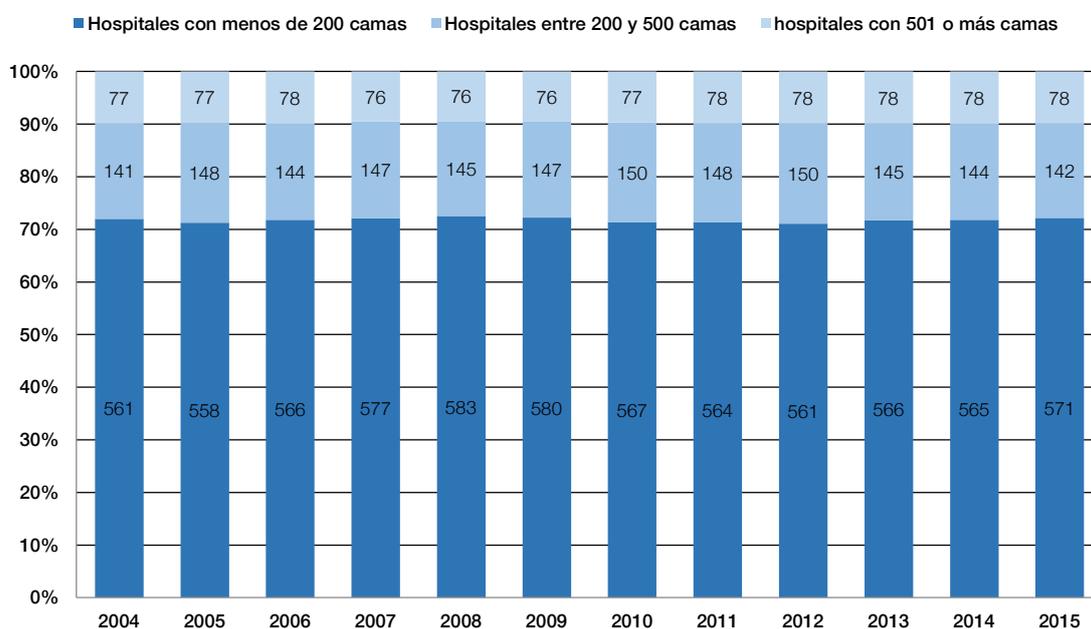
La tasa de hospitales por 100.000 habitantes es de 1,7 con un rango que va desde 2,9 de Cataluña a 1,2 de Cantabria, Comunidad Valenciana y ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

En cuanto a su dependencia funcional³⁸ la mayoría de los hospitales de menos de 200 camas tienen una dependencia privada (68,6%); por el contrario son de dependencia pública el 66,2% de los hospitales con dotación entre 200 y 500 camas y 89,7% de los hospitales con 501 y más camas instaladas.

³⁷ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Catálogo Nacional de Hospitales 2016 (actualizado a 31 de diciembre de 2015). Los complejos hospitalarios se contabilizan como un solo hospital.

³⁸ 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.

Gráfico 3-17 Evolución del número de hospitales según tamaño (número de camas instaladas), 2004-2015



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.

3.2.2.1 Hospitales del Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud³⁹ cuenta con 451 hospitales, de los cuales 324 son centros de dependencia netamente pública, 10 corresponden a centros privados que mantienen un concierto sustitutorio⁴⁰, 96 forman parte de una red de utilización pública⁴¹ y en el cómputo, a efectos exclusivamente estadísticos, se incluyen así mismo las 21 Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social (MCSS)⁴² que atienden el accidente laboral y la enfermedad profesional, dada su financiación pública con cargo a la Seguridad Social.

Según la finalidad asistencial, 281 hospitales son hospitales generales, 32 hospitales especializados, 93 hospitales de media y larga estancia y 45 hospitales se dedican a la atención de la salud mental y toxicomanías.

³⁹ Con información estadística del Catálogo Nacional de Hospitales cerrado a 31 de diciembre de 2014, de los 787 hospitales censados³⁹, 763 han proporcionado datos al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) sobre su funcionamiento, la actividad desarrollada y otras características; dentro de los centros informantes se encuentran los 451 hospitales del SNS. Para una correcta interpretación de las cifras hay que tener en cuenta que se contabilizan como un solo centro (unidad informante) los complejos y consorcios formados por dos o más hospitales.

⁴⁰ Hospitales de titularidad privada que prestan toda su oferta asistencial a una población asignada perteneciente al Sistema Nacional de Salud (SNS).

⁴¹ 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.

⁴² Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) han pasado a denominarse Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social (Ley 35/2014, de 26 de diciembre).

Tabla 3-14 Número de hospitales del SNS según dependencia funcional y finalidad asistencial, 2014

	Total	Hospital General	Hospital Especializado	Hospital Media y Larga Estancia	Hospital Salud Mental y Toxicomanías
Total SNS	451	281	32	93	45
Dependencia pública	324	248	11	41	24
Concierto sustitutorio	10	4	2	3	1
Red de utilización pública	96	24	3	49	20
MATEPSS	21	5	16	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 3-15 Número y tasa por 100.000 habitantes de hospitales del SNS por comunidades autónomas, 2014

	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	4	0,7
Castilla y León	16	0,6
Castilla-La Mancha	20	1,0
Cataluña	158	2,1
Comunidad Valenciana	38	0,8
Extremadura	10	0,9
Galicia	19	0,7
Madrid	36	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	451	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).

3.2.3 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 21.919⁴³.

Andalucía (3.874), Cataluña (3.164), Madrid (2.833) y Comunidad Valenciana (2.344) 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 95 oficinas de farmacia por 100.000 habitantes de Navarra hasta las 26 en Melilla y 28 en Ceuta. Para el total nacional esta cifra se sitúa en 47 oficinas de farmacia por cada 100.000 habitantes.

Tabla 3-16 Número de oficinas de farmacia y tasa por 100.00 habitantes según comunidad autónoma, 2015

	Oficinas de farmacia	Tasa por 100.000 hab.
Andalucía	3.874	46
Aragón	740	56
Asturias	456	43
Baleares	434	39
Canarias	705	33
Cantabria	254	43
Castilla y León	1.629	66
Castilla-La Mancha	1.270	62
Cataluña	3.164	43
Comunidad Valenciana	2.344	47
Extremadura	671	61
Galicia	1.344	49
Madrid	2.833	44
Murcia	567	39
Navarra	602	95
País Vasco	831	38
La Rioja	155	49
Ceuta	24	28
Melilla	22	26
España	21.919	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. Estadística del Consumo Farmacéutico a través de Recetas Médicas del Sistema Nacional de Salud Incluido el Mutualismo Administrativo. Instituto Nacional de Estadística. Población residente a 1 de enero de 2015.

⁴³ El censo de farmacias a 31 de diciembre de 2015 según el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos era 21.937. 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 2015.

Expresado en número de habitantes por farmacia, en España, de media, se dispone de 1 farmacia por cada 2.119 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 1.050 habitantes por farmacia, tiene el menor ratio, seguida de Castilla y León con 1.521, Castilla-La Mancha con 1.624 y Extremadura con 1.627 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, 517 nuevas oficinas de farmacia se han incorporado a esta red, lo que supone un incremento global del 2,4%. Andalucía lidera este aumento con 301 nuevos establecimientos (8,4%) seguida a distancia de Cataluña (77 nuevos establecimientos y 2,5% de incremento) y Comunidad Valenciana (con 60 nuevos establecimientos y 2,6% de incremento). En Extremadura, Castilla y León, Canarias y La Rioja ha habido una pequeña disminución del número de farmacias.

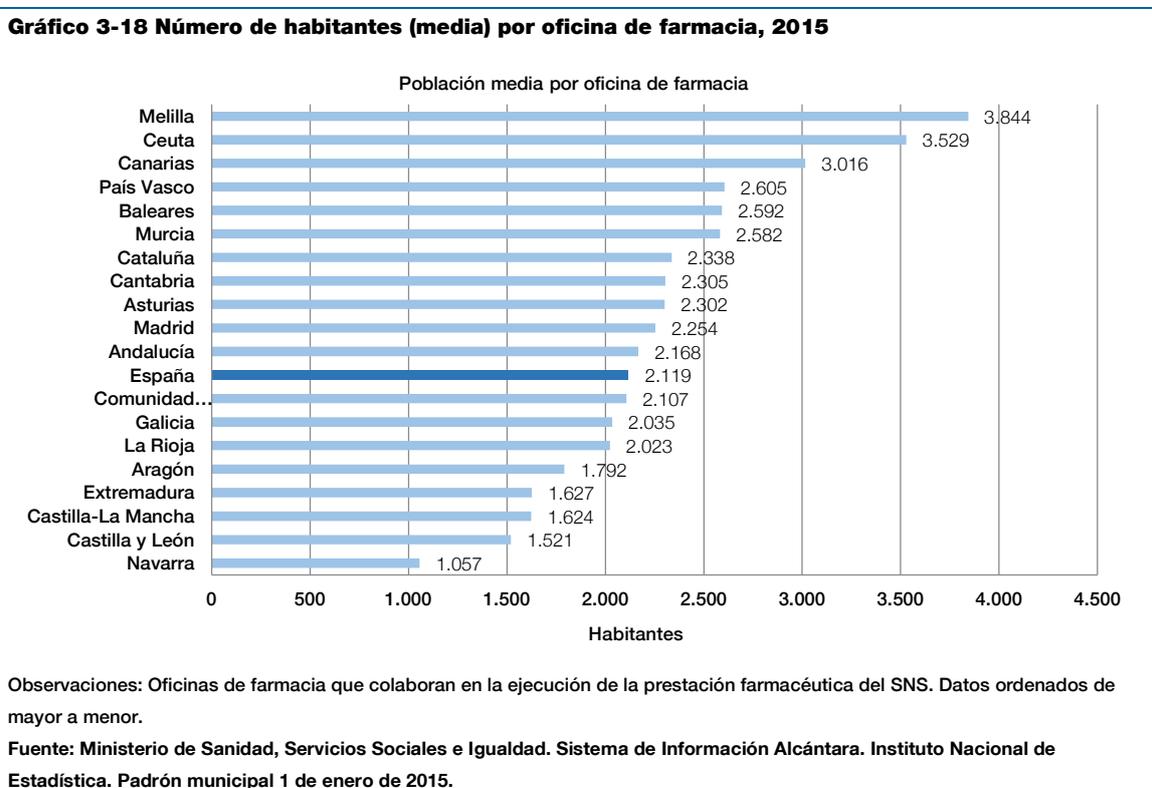


Tabla 3-17 Evolución del número de oficinas de farmacia según comunidad autónoma, 2011 y 2015

	2011	2015	Diferencia 2015-2011	% variación 2015/2011
Andalucía	3.573	3.874	301	8,4
Aragón	709	740	31	4,4
Asturias	456	456	0	0,0
Baleares	415	434	19	4,6
Canarias	707	705	-2	-0,3
Cantabria	254	254	0	0,0
Castilla y León	1.633	1.629	-4	-0,2
Castilla-La Mancha	1.264	1.270	6	0,5
Cataluña	3.087	3.164	77	2,5
Comunidad Valenciana	2.284	2.344	60	2,6
Extremadura	676	671	-5	-0,7
Galicia	1.342	1.344	2	0,1
Madrid	2.813	2.833	20	0,7
Murcia	562	567	5	0,9
Navarra	601	602	1	0,2
País Vasco	824	831	7	0,8
La Rioja	156	155	-1	-0,6
Ceuta	24	24	0	0,0
Melilla	22	22	0	0,0
España	21.402	21.919	517	2,4

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.

3.2.4 Camas en funcionamiento y puestos de hospital de día del Sistema Nacional de Salud

Tabla 3-18 Evolución del número total de camas en funcionamiento y puestos de hospital de día de los hospitales del SNS, 2010-2015

	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	109.435	2,4	16.820	36,2
2015 (e)	109.948	2,4	16.956	36,5

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 50% de los hospitales con una cobertura del 60% de las camas en funcionamiento.

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

El SNS se mantiene en una tasa de 2,4 camas en funcionamiento por 1.000 habitantes, situándose la tasa de puestos de hospital de día por 100.000 habitantes en 36,5⁴⁴ que va aumentando paulatinamente.

Los 451 hospitales del Sistema Nacional de Salud ofertan 109.435 camas en funcionamiento⁴⁵, un 79,4% de las 137.877 camas existentes en el país. La tasa de camas en funcionamiento en España es de 3,0 por cada 1.000 habitantes y la correspondiente al Sistema Nacional de Salud es 2,4 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 3-19 Número y tasa por 1.000 habitantes de camas en funcionamiento en el SNS según finalidad asistencial, 2014

	Total	Hospital General	Hospital Especializado	Hospital Media y Larga Estancia	Hospital Salud Mental y Toxicomanías
Camas en funcionamiento del SNS	109.435	88.765	2.633	10.134	7.903
Tasa por 1.000 hab.	2,4	1,9	0,01	0,2	0,2

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

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 16.820 puestos de hospital de día, lo que supone 36,2 por cada 100.000 habitantes. La tasa total en España es de 41,1 con una dotación de 19.104 puestos tanto públicos como privados.

Tabla 3-20 Número y tasa por 100.000 habitantes de puestos de hospital de día del SNS según finalidad asistencial, 2014

	Total	Hospital General	Hospital especializado	Hospital Media y Larga Estancia	Hospital Salud Mental y Toxicomanías
Puestos hospital de día del SNS	16.820	13.722	426	1.435	1.237
Tasa por 100.000 hab.	36,2	29,5	0,9	3,1	2,7

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

⁴⁴ Las cifras se han calculado teniendo en cuenta los datos aportados al Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) por el 50% de los hospitales con una cobertura del 60% de las camas en funcionamiento.

⁴⁵ 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.

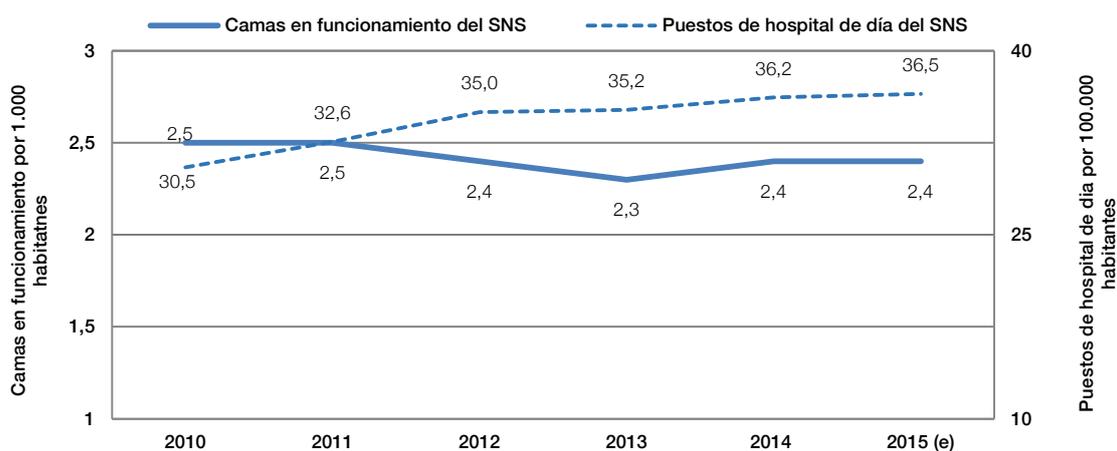
Tabla 3-21 Dotación de camas hospitalarias en funcionamiento y puestos de hospital de día por comunidad autónoma en el Sistema Nacional de Salud, 2014

	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	13.783	1,7	2.527	30,1
Aragón	4.026	3,0	289	21,8
Asturias	2.870	2,7	449	42,6
Baleares	2.263	2,0	280	25,0
Canarias	4.248	2,0	431	20,3
Cantabria	1.292	2,2	280	47,8
Castilla y León	6.455	2,6	695	28,0
Castilla-La Mancha	4.217	2,0	583	28,2
Cataluña	25.019	3,4	4.913	66,4
Comunidad Valenciana	9.887	2,0	1.259	25,5
Extremadura	3.414	3,1	317	29,0
Galicia	7.627	2,8	828	30,2
Madrid	12.705	2,0	2.099	32,9
Murcia	2.935	2,0	402	27,5
Navarra	1.469	2,3	283	44,5
País Vasco	5.840	2,7	1.090	50,4
La Rioja	950	3,0	69	22,0
Ceuta y Melilla	345	2,1	26	15,4
SNS	109.435	2,4	16.820	36,2

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.

Gráfico 3-19 Evolución en el Sistema Nacional de Salud de la tasa de camas en funcionamiento por 1.000 habitantes y de la tasa de puestos de hospital de día por 100.000 habitantes, 2010-2015



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 50% de los hospitales con una cobertura del 60% de las camas en funcionamiento.

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

3.2.5 Tecnologías médicas en el Sistema Nacional de Salud

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 (68,8%) o uno privado (21,9%)⁴⁶.

Entre las tecnologías diagnósticas destacan la Tomografía Axial Computerizada (TAC) y la Resonancia Magnética (RM). La dotación en el Sistema Nacional de Salud es de 538 equipos para la realización de TAC (71,8% del total de equipos en funcionamiento en España) con una tasa de 11,6 por millón de población y de 308 aparatos para la realización de RM (53,4% del total de equipos en funcionamiento) con una tasa de 6,6 por cada millón de habitantes.

Tabla 3-22 Dotación de las tecnologías médicas. Número de equipos, porcentaje sobre el total de equipos en funcionamiento y tasa por millón de población. SNS, 2014

	Número de Equipos del SNS	% sobre el total de equipos	Tasa p.m.p
Tomografía Axial Computerizada	538	71,8	11,6
Resonancia Nuclear Magnética	308	53,4	6,6
Mamógrafo	418	65,8	9,0
Acelerador lineal +Telecobaltoterapia	184	79,0	4,0

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

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

⁴⁶ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario 2015.

Tabla 3-23 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, 2014

	TAC		RM	
	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	91	70,5	35	47,9
Aragón	20	83,3	10	66,7
Asturias	13	81,3	9	60,0
Baleares	11	52,4	8	40,0
Canarias	15	45,5	6	24,0
Cantabria	8	88,9	4	80,0
Castilla y León	27	64,3	17	53,1
Castilla-La Mancha	29	82,9	11	52,4
Cataluña	87	78,4	60	66,7
Comunidad Valenciana	61	76,3	34	59,6
Extremadura	19	90,5	8	72,7
Galicia	36	72,0	20	54,1
Madrid	64	65,3	57	48,3
Murcia	17	70,8	9	45,0
Navarra	8	66,7	2	33,3
País Vasco	27	71,1	14	51,9
La Rioja	3	75,0	3	75,0
Ceuta y Melilla	2	100,0	1	100,0
SNS	538	71,8	308	53,4

Observaciones: TAC = Tomografía Axial Computerizada. RM = Resonancia 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 3-24 Número de equipos y porcentaje sobre el total de equipos en funcionamiento de mamógrafos por comunidades autónomas. SNS, 2014

	Número de Equipos del SNS	% sobre el total de equipos en la comunidad autónoma
Andalucía	70	60,9
Aragón	25	83,3
Asturias	14	73,7
Baleares	8	47,1
Canarias	14	45,2
Cantabria	4	100,0
Castilla y León	26	68,4
Castilla-La Mancha	19	67,9
Cataluña	76	73,1
Comunidad Valenciana	34	65,4
Extremadura	14	70,0
Galicia	23	63,9
Madrid	51	58,6
Murcia	11	57,9
Navarra	5	71,4
País Vasco	18	60,0
La Rioja	4	80,0
Ceuta y Melilla	2	100,0
SNS	418	64,9

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

Tabla 3-25 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, 2014

	Número de Equipos del SNS	% sobre el total de equipos en la comunidad autónoma
Andalucía	29	87,9
Aragón	4	80,0
Asturias	5	83,3
Baleares	3	75,0
Canarias	10	83,3
Cantabria	3	75,0
Castilla y León	10	83,3
Castilla-La Mancha	4	100,0
Cataluña	32	84,2
Comunidad Valenciana	18	78,3
Extremadura	4	100,0
Galicia	13	100,0
Madrid	28	62,2
Murcia	5	100,0
Navarra	3	50,0
País Vasco	11	64,7
La Rioja	2	100,0
Ceuta y Melilla	0	0,0
SNS	184	79,0

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 184 equipos (79,0% del total existente), lo que supone una tasa de 4,0 aparatos por cada millón de habitantes.

3.2.6 Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud

El Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en su reunión de 29 de febrero de 2012, acordó la creación de una Red de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias para evaluar las técnicas y procedimientos médicos de cara a su inclusión, exclusión y modificación de las condiciones de uso en la cartera común de servicios del SNS.

Los artículos 20 y 21 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, modificados por el artículo 2.6 y 2.7 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, establecen que en la evaluación del contenido de la cartera común de servicios del SNS participará la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS. Asimismo, en la actualización de la cartera común de servicios, las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos serán sometidas a evaluación con carácter preceptivo y previo a su utilización en el SNS, por la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS.

Por la Orden SSI/1833/2013, de 2 de octubre se crea y regula el Consejo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Dicha red tiene como misión generar, difundir y facilitar la implementación de información destinada a fundamentar la toma de decisiones en el Sistema Nacional de Salud, contribuyendo de esta forma al incremento de la calidad, equidad, eficiencia y cohesión en el mismo. De esta manera la Red participa en el desarrollo de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, mediante la evaluación de las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos, con carácter preceptivo y previamente a su utilización en el Sistema Nacional de Salud.

Para la elaboración de los Planes de Trabajo Anuales de la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS, desde la Subdirección General de Calidad y Cohesión, como Secretaría Técnica de la Red, se solicitaron a la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación (CPAF) el listado de temas propuestos por las comunidades autónomas para evaluar.

Teniendo en cuenta los temas priorizados por la CPAF y otras propuestas de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, el Plan de Trabajo de 2014 incluyó la realización de 46 informes de evaluación de tecnologías sanitarias y 12 guías de práctica clínica u otros productos basados en la evidencia, y previó a posibilidad de solicitar 13 informes adicionales, en función de las necesidades de Cartera Básica de Servicios. El Plan de Trabajo de 2015 asignó la realización de 45 informes de evaluación de tecnologías sanitarias y 6 guías de práctica clínica u otros productos basados en la evidencia y 4 estudios de monitorización. Asimismo previó la posibilidad de solicitar 5 informes adicionales, en función de las necesidades de Cartera Básica de Servicios.

Los Planes de Trabajo 2014 y 2015 fueron aprobados, en primer lugar, por el Pleno del Consejo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud y, posteriormente han sido informados por los Plenos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud celebrados el 11 de junio de 2014 y el 26 de marzo de 2015, respectivamente.

Por otra parte, a lo largo de los años 2014 y 2015, se desarrollaron actividades derivadas de la participación de las agencias y unidades evaluación en los grupos de trabajo de Cartera de Servicios, y se continuó con la línea de trabajo conjunto de desarrollos metodológicos.

En el ámbito internacional la Red Española de Agencias participó en las actividades de la Red Europea de evaluación de tecnologías sanitaria, y en particular, en la elaboración de la Estrategia sobre la Cooperación Europea en Evaluación de Tecnologías Sanitarias (*Health Technology Assessment-HTA*), aprobada en octubre de 2014. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ostenta la representación de España, como Estado miembro, en la citada Red Europea.

3.2.7 Centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud

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 227 CSUR, dan cobertura a 52 patologías o procedimientos complejos, 41 de los citados CSUR se designaron en el año 2015 y en el primer semestre del 2016.

Tabla 3-26 Distribución de los centros servicios y unidades de referencia del SNS según comunidad autónoma, 2016

	Centros, servicios y unidades de referencia del SNS	Hospitales
Andalucía	28	6
Aragón	2	1
Asturias	4	1
Baleares	-	-
Canarias	1	1
Cantabria	6	1
Castilla y León	4	3
Castilla-La Mancha	1	1
Cataluña	67	14
Comunidad Valenciana	20	3
Extremadura	-	-
Galicia	14	2
Madrid	68	9
Murcia	6	2
Navarra	-	-
País Vasco	6	2
La Rioja	-	-
Ceuta y Melilla	-	-
SNS	227	46

Observaciones: Los datos se refieren a septiembre de 2016.

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

Tabla 3-27 Relación de nuevos centros servicios y unidades de referencia del SNS designados en 2015 y primer semestre 2016

Unidad	Hospital	Comunidad Autónoma
Trasplante pulmonar para adultos	Hospital U. 12 de Octubre	Madrid
Trasplante de páncreas	Hospital U. Marqués de Vadecilla	Cantabria
Reimplantes, incluyendo mano catastrófica	Hospital U. La Paz	Madrid
Arritmología y electrofisiología pediátrica	Hospital de Sant Joan de Deu	Cataluña
Epilepsia refractaria	Hospital U. de Cruces	País Vasco
Ataxias y paraplejas hereditarias	Hospital U.Vall D' Hebrón	Cataluña
	Hospital U. Ramón y Cajal	Madrid
Trasplante renal cruzado	Hospital U. Marqués de Valdecilla	Cantabria
	Hospital U. Ramón y Cajal	Madrid
Enfermedades tropicales importadas para adultos y niños	Hospital Clinic y Provincial de Barcelona y Hospital de Sant Joan de Deu	Cataluña
	Hospital U. La Paz	Madrid
Enfermedades tropicales importadas para adultos	Hospital U. Ramón y Cajal	Madrid
Enfermedades metabólicas congénitas para adultos y niños	Complejo Hospitalario U. de Santiago	Galicia
	Hospital U. de Cruces	País Vasco
	Hospital U. y Politécnico La Fé	C. Valenciana
	Hospital U.Vall D' Hebrón	Cataluña
	Hospital U. Ramón y Cajal	Madrid
	Hospital U. 12 de Octubre	Madrid
Enfermedades metabólicas congénitas para niños	Hospital de Sant Joan de Deu	Cataluña
Enfermedades neuromusculares raras para adultos y niños	Hospital U.Vall D' Hebrón	Cataluña
	Hospital U. y Politécnico La Fé	C. Valenciana
Enfermedades neuromusculares raras para adultos	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	Cataluña
	Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío	Andalucía
Enfermedades neuromusculares raras para niños	Hospital de Sant Joan de Deu	Cataluña
Síndromes neurocutáneos genéticos para adultos	Hospital U. Germans Triás i Pujol de Badalona y Institut Catalá D' Oncología Badalona	Cataluña
Síndromes neurocutáneos genéticos para niños	Hospital de Sant Joan de Deu	Cataluña
Enfermedades raras que cursan con trastornos del movimiento para adultos y niños	Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío	Andalucía
	Hospital Clinic y Provincial de Barcelona y Hospital de Sant Joan de Deu	Cataluña
	Hospital General U. Gregorio Marañón	Madrid
Enfermedades raras que cursan con trastornos del movimiento para adultos	Hospital U. y Politécnico La Fé	C. Valenciana
	Hospital U. Ramón y Cajal	Madrid
	Hospital Clínico San Carlos	Madrid
Trastornos complejos del sistema nervioso autónomo	Hospital U. La Paz	Madrid
Neuroblastoma	Hospital U.Vall D' Hebrón	Cataluña
	Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío	Andalucía
Sarcomas en la infancia	Hospital U.Vall D' Hebrón	Cataluña
	Hospital U. y Politécnico La Fé	C. Valenciana
	Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío	Andalucía
Hipertensión pulmonar compleja para adultos y niños	Hospital U. 12 de Octubre	Madrid
Hipertensión pulmonar compleja para adultos	Hospital Clinic y Provincial de Barcelona	Cataluña
Hipertensión pulmonar compleja para niños	Hospital U. La Paz	Madrid

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

3.2.7.1 Redes Europeas de Referencia

En marzo de 2016 se ha realizado la primera convocatoria de la Comisión Europea para designar Redes Europeas de Referencia (ERN), que surgen, en el marco de la directiva de asistencia sanitaria transfronteriza, como una herramienta para mejorar la asistencia en los países de la UE. La participación en estas redes es voluntaria.

Para facilitar que los prestadores de asistencia sanitaria pudieran acceder a ser miembros de las ERN el Comité de Designación de CSUR elaboró un Acuerdo, que fue ratificado por el CISNS el 13 de abril de 2016.

En España el prestador de asistencia sanitaria que quiera acceder a ser miembro de una ERN tiene que ser CSUR del SNS en el área objeto de atención de la futura red o similar y disponer del correspondiente informe favorable de su Comunidad Autónoma y del Comité de Designación de CSUR y de la declaración por escrito del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad certificando que su participación es conforme con la legislación nacional.

De conformidad con dicho acuerdo 42 Unidades han accedido a esta convocatoria. Los centros españoles participan en 17 ERN del total de 24 ERN que han sido admitidas a trámite en la Convocatoria.

El procedimiento de designación de ERN finalizará el próximo 15 de diciembre de 2016 con la reunión del *Board of Member States*, en la que se decidirá la aprobación de las ERN que han superado con éxito todo el proceso.

3.2.8 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 186, formados por 267 médicos y 173 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 87,0% de los médicos coordinadores pertenecen al área de medicina intensiva y un 40,0% 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 en 17 hospitales (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 3-28 Red de equipos de trasplantes, 2015

	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).

3.2.9 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 20 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 3-20 Distribución geográfica de la red transfusional en España, 2015



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

4 Promoción, prevención y atención a los problemas de salud

4.1 Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

4.1.1 Promoción

Las actividades de promoción de la salud afectan a múltiples agentes, tanto sanitarios como no sanitarios -desde el ámbito escolar a la industria alimentaria, por citar dos ejemplos-. Diversas instituciones y entidades están implicadas, de una forma u otra, en favorecer hábitos de vida saludables en la población.

Dentro del sector sanitario, todos los niveles asistenciales y profesionales participan en el fomento de dichos estilos de vida, principalmente mediante el consejo sanitario, pero son los servicios de Atención Primaria los principales referentes y responsables de este amplio grupo de actividades. La Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad del SNS y las carteras de servicios de las CCAA contemplan un despliegue organizado de acciones, enfocadas a la promoción de hábitos saludables relacionados con la alimentación, el ejercicio físico, el consumo de tabaco o de alcohol o la evitación de accidentes, priorizadas en función de la edad y de la situación de salud de las personas a las que se dirigen.

Algunas de estas actividades se registran de manera codificada utilizando las clasificaciones internacionales en uso. Según la Clasificación Internacional en Atención Primaria (CIAP), utilizada como base para el análisis conjunto de los datos de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria del SNS (BDCAP), en el 20% de las personas atendidas en un año consta la realización de actividades de promoción y prevención⁴⁷.

4.1.2 Vacunación

4.1.2.1 Coberturas y opinión de la eficacia de la vacunación infantil

En los últimos años, en España, las coberturas de vacunación en la población diana menor de 24 meses de edad son iguales o superiores al 95%, siendo menores a medida que aumenta la edad de la población diana. Estas coberturas han permitido la eliminación de la poliomielitis, que ocurran raramente enfermedades como el tétanos y la difteria y el control o disminución de la incidencia del resto de enfermedades cuya vacunación se incluye en el calendario⁴⁸.

⁴⁷ código CIAP2: A98 – Medicina preventiva/promoción de la salud. BDCAP 2013.

⁴⁸ Ver en el apartado de la Situación de salud el punto dedicado a la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles mediante vacunación.

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 para el año 2016 del calendario acordado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud incluye la vacunación sistemática de la población infantil frente a 13 enfermedades: la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, el sarampión, la rubeola, la parotiditis, la infección por *Haemophilus influenzae* tipo b, la hepatitis B, la enfermedad meningocócica invasora por serogrupo C, la enfermedad neumocócica, la infección por virus del papiloma humano, así como frente a la varicela en población infantil⁴⁹ y en población adolescente susceptible.

Tabla 4-1 Calendario común de vacunación infantil acordado por el Consejo Interterritorial del SNS, 2016

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 primovacuna 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 frente a varicela (VVZ). 1ª dosis a los 15 meses.
Edad de 3 a 6 años	Vacunación de recuerdo frente a difteria, tétanos, tosferina, poliomielitis y Haemophilus influenzae tipo b (DTPa, VPI, Hib), a los 18 meses.
	Triple Vírica sarampión-rubéola-parotiditis (SRP), 2ª dosis en la franja de edad de 3 a 4 años.
	Varicela (VVZ), 2ª dosis en la franja de edad de 3 a 4 años.
Edad de 12 a 14 años	Vacunación de recuerdo de difteria-tétanos-tosferina (dTpa) a los 6 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.

En el año 2015, el porcentaje de niños que han recibido la serie básica de las vacunas recomendadas es del 96,7%. El porcentaje de niños de 1 a 2 años que han recibido las dosis de recuerdo recomendadas se sitúa cercano al 95%.

⁴⁹ 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.

Tabla 4-2 Coberturas de primovacunación (series básicas), 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Poliomielitis	97,1	96,3	95,6	96,6	96,6
Difteria-tétanos-tosferina (DTPa)	97,1	96,3	95,6	96,6	96,6
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib),	97,1	96,3	95,6	96,5	96,6
Hepatitis B	96,6	95,8	95,2	96,2	96,6
Enfermedad meningocócica por serogrupo C.	98,0	96,6	95,8	96,9	97,0

Observaciones: La 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 4-3 Coberturas de primovacunación (series básicas) por comunidades autónomas, 2015

	Poliomielitis	Difteria-tétanos-tosferina (DTPa)	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	Hepatitis B	Meningitis C
Andalucía	97,4	97,4	97,4	97,4	97,4
Aragón	98,4	98,4	98,4	98,2	96,7
Asturias	99,1	99,2	99,2	98,3	98,9
Baleares	94,8	94,8	94,8	94,8	95,7
Canarias	97,4	97,4	97,4	97,4	97,7
Cantabria	98,2	98,2	98,2	98,2	97,4
Castilla y León	95,0	95,0	95,0	95,0	97,2
Castilla-La Mancha	97,2	97,2	97,2	97,2	99,4
Cataluña	92,8	92,7	92,7	92,7	93,2
Comunidad Valenciana	99,4	99,5	99,4	100,0	100,0
Extremadura	93,6	93,6	93,6	93,6	95,0
Galicia	96,5	96,5	96,5	95,6	98,6
Madrid	98,5	98,5	98,5	98,5	98,3
Murcia	98,2	98,2	98,2	98,2	99,0
Navarra	95,9	95,9	95,9	95,9	96,7
País Vasco	93,4	93,4	93,4	93,2	93,4
La Rioja	99,0	99,0	99,0	99,0	99,6
Ceuta	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Melilla	96,1	96,1	96,1	96,1	93,9
España	96,6	96,6	96,6	96,6	97,0

Observaciones: Los datos de Aragón y Baleares corresponden a las coberturas de vacunación de 2014. La 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 4-4 Coberturas de vacunación de refuerzo: niños vacunados de 1 a 2 años, 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Poliomielitis	94,3	92,9	92,3	94,8	94,5
Difteria-tétanos-tosferina (DTPa)	94,1	93,1	92,3	94,6	94,5
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	94,1	92,9	92,3	94,6	94,5
Enfermedad meningocócica serogrupo C	98,8	94,8	96,1	95,2	95,7

Observaciones: La cobertura de vacunación de refuerzo expresa el porcentaje de niños de 1 a 2 años que han recibido la dosis de refuerzo. 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 4-5 Coberturas de vacunación de refuerzo: niños vacunados de 1 a 2 años por comunidades autónomas, 2015

	Poliomielitis	Difteria-tétanos-tosferina (DTPa)	Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	Meningitis C
Andalucía	96,7	96,7	96,7	96,7
Aragón	95,3	95,3	95,3	94,1
Asturias	95,7	95,8	95,6	97,5
Baleares	96,7	96,7	96,7	93,5
Canarias	95,7	95,7	95,7	97,4
Cantabria	96,4	96,4	96,4	94,2
Castilla y León	92,6	92,6	92,6	94,2
Castilla-La Mancha	96,5	96,5	96,5	96,7
Cataluña	90,6	90,4	90,5	93,5
Comunidad Valenciana	95,7	95,8	95,7	92,7
Extremadura	86,1	86,1	86,1	97,1
Galicia	97,8	97,8	97,8	97,5
Madrid	97,1	97,1	97,1	99,2
Murcia	94,6	94,6	94,6	94,6
Navarra	97,5	97,5	97,5	95,5
País Vasco	83,3	83,3	83,3	93,0
La Rioja	97,7	97,7	97,7	99,1
Ceuta	100,0	100,0	100,0	99,3
Melilla	91,9	91,9	91,9	95,0
España	94,5	94,5	94,5	95,7

Observaciones: La cobertura de vacunación de refuerzo expresa el porcentaje de niños de 1 a 2 años que han recibido la dosis de refuerzo. Los datos de Aragón y Baleares corresponden a las coberturas de vacunación de 2014. 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 4-6 Coberturas de vacunación de sarampión-rubéola-parotiditis, 2011-2015

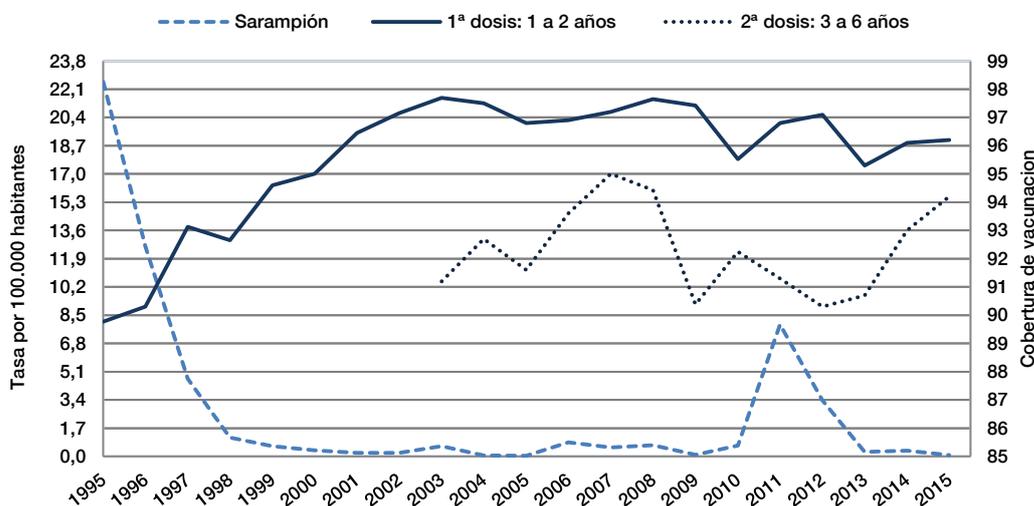
	2011	2012	2013	2014	2015
Primera dosis: niños de 1 a 2 años	96,8	97,1	95,3	96,1	96,2
Segunda dosis: niños de 3 a 6 años	91,3	90,3	90,7	93,0	94,2

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.

La cobertura de vacunación frente a SRP en niños de 1 a 2 años, se encuentra en las diferentes comunidades autónomas en un intervalo que varía entre el 91% (Comunidad Valenciana) y el 100% (Ceuta), mientras que la cobertura de dosis de recuerdo se sitúa entre el 86% (Comunidad Valenciana) y el 100% (Ceuta).

Gráfico 4-1 Evolución de incidencia del sarampión y las coberturas de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis, 1995-2015



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 4-7 Cobertura de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis por comunidades autónomas, 2015

	Cobertura (%) SRP 1ª dosis (12 meses)	Cobertura (%) SRP 2ª dosis (3-4 años)
Andalucía	98,5	96,9
Aragón	98,8	97,7
Asturias	97,6	94,2
Baleares	97,4	95,8
Canarias	97,5	95,3
Cantabria	96,3	97,5
Castilla y León	95,2	93,9
Castilla-La Mancha	96,7	91,9
Cataluña	92,6	95,5
Comunidad Valenciana	90,9	85,8
Extremadura	97,7	89,3
Galicia	97,8	92,3
Madrid	99,4	97,8
Murcia	98,0	88,0
Navarra	98,3	97,7
País Vasco	93,9	92,4
La Rioja	99,1	95,8
Ceuta	100,0	100,0
Melilla	96,1	98,0
España	96,2	94,2

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.

El 48,0% de los ciudadanos cree⁵⁰ que los profesionales sanitarios informan adecuadamente a los pacientes (o a sus padres en el caso de los niños) de las ventajas y riesgos de las vacunas antes de su administración. Respecto a las vacunas infantiles el grado de acuerdo (muy de acuerdo + bastante de acuerdo) en relación a su eficacia es alto 88,1%, también sobre la importancia de recibir todas las dosis de cada vacuna para estar protegido 87,1%.

Tabla 4-8 Grado de acuerdo sobre las vacunas infantiles, 2015

	Son eficaces para prevenir enfermedades	Conllevan más riesgos que beneficios	Importante recibir todas las dosis para estar protegido	Mejor que pasen las enfermedades de forma natural
Muy de acuerdo	53,7	2,8	55,3	5,9
Bastante de acuerdo	34,4	7,4	31,8	9,5
Poco de acuerdo	4,6	29,6	3,0	25,2
Nada de acuerdo	1,3	43,1	1,3	45,3
NS/NC	5,9	17,2	8,3	14,0

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

⁵⁰ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario 2015.

4.1.2.2 Coberturas y opinión de la vacunación frente a la gripe

La gripe es una enfermedad infecciosa común que afecta a personas de todas las edades, con un alto impacto en la salud de la población y en la asistencia sanitaria de un país. En ciertos momentos del año la gripe puede poner al sistema sanitario bajo una enorme presión asistencial. La repercusión en cuanto a morbilidad es superior 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 56,1%, con un intervalo que va desde el 65,5% en La Rioja hasta el 29,7% de Ceuta.

Tabla 4-9 Cobertura de vacunación frente a la gripe en personas mayores de 64 años por comunidades autónomas, campañas 2014/2015 y 2015/2016

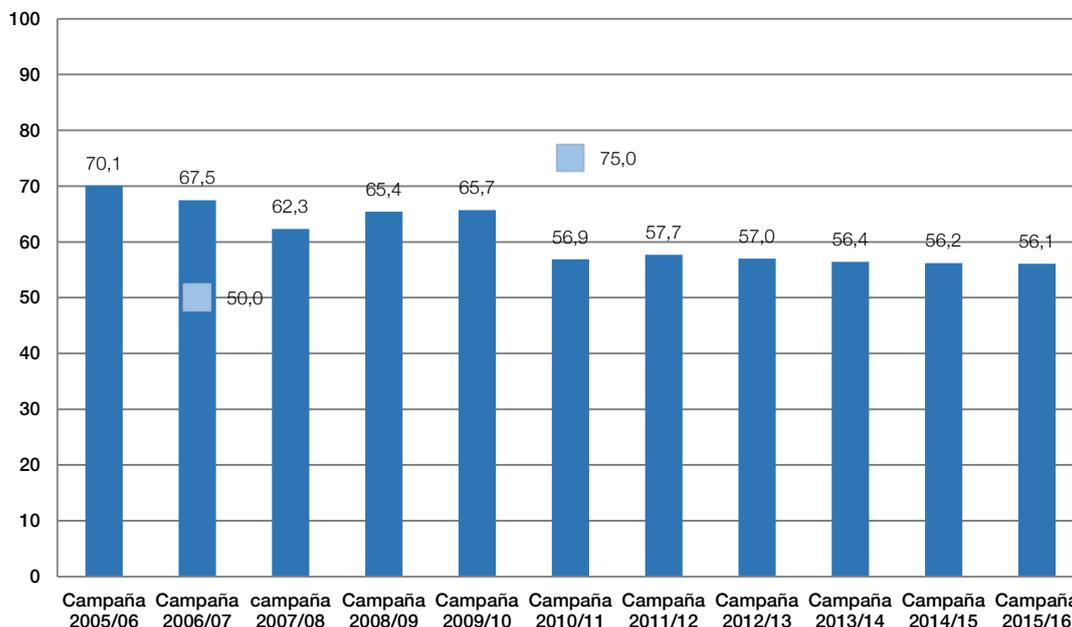
	Campaña 2014/2015	Campaña 2015/2016
Andalucía	60,0	56,2
Aragón	57,5	57,5
Asturias	56,2	55,5
Baleares	45,9	47,3
Canarias	57,5	57,4
Cantabria	57,3	56,9
Castilla y León	66,1	64,4
Castilla-La Mancha	54,0	59,2
Cataluña	54,0	54,3
Comunidad Valenciana	50,6	50,7
Extremadura	50,8	58,8
Galicia	52,4	54,1
Madrid	58,2	58,1
Murcia	49,3	43,9
Navarra	60,0	60,1
País Vasco	60,3	60,5
La Rioja	66,5	65,5
Ceuta	28,9	29,7
Melilla	38,1	37,5
España	56,2	56,1

Observaciones: El dato de Aragón en la campaña 2015/2016 corresponde a la cobertura de la campaña 2014/2015. 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 4-2 Tendencia de la cobertura de vacunación frente a la gripe en personas mayores de 64 años, campañas 2005-2006 a 2015-2016



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.

La vacunación antigripal tiene como objetivo reducir la mortalidad y la morbilidad asociada a la gripe y el impacto de la enfermedad en la comunidad. Por ello, está dirigida fundamentalmente a proteger a las personas que tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones en el caso de padecer la gripe, a las que pueden transmitir la enfermedad a otras que tienen un alto riesgo de complicaciones y a aquellas, que por su ocupación, proporcionan servicios esenciales en la comunidad.

A propuesta de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones, la Comisión de Salud Pública aprueba cada temporada las recomendaciones de la vacunación frente a la gripe. Las recomendaciones vigentes para la temporada 2016-2017 hacen especial énfasis en el refuerzo de las personas incluidas en el grupo de edad mayor o igual de 65 años y de los profesionales sanitarios.

Tabla 4-10 Grupos de población diana de vacunación antigripal, temporada 2016-2017

Población general	No recomendada
Personas de edad mayor o igual a 65 años	Recomendada, especialmente en personas que conviven en instituciones cerradas
Enfermos crónicos	<p>Recomendada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niños mayores de 6 meses y adultos con: <ul style="list-style-type: none"> o Enfermedades crónicas cardiovasculares (excluyendo hipertensión arterial aislada) o Enfermedades neurológicas o Enfermedades pulmonares, incluyendo displasia broncopulmonar, fibrosis quística y asma <p>- Niños mayores de 6 meses y adultos que precisen seguimiento médico periódico o que hayan sido hospitalizadas en el año precedente por:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Enfermedad metabólica, incluida diabetes mellitus <ul style="list-style-type: none"> o Obesidad mórbida o Insuficiencia renal o Hemoglobinopatías y anemias <ul style="list-style-type: none"> o Asplenia o Enfermedad hepática crónica o Enfermedades neuromusculares graves <p>o Inmunosupresión (incluida la originada por la infección del VIH, por fármacos o en los receptores de trasplantes)</p> <ul style="list-style-type: none"> o Cáncer o Implante coclear o en espera del mismo <p>o Trastornos y enfermedades que conllevan disfunción cognitiva: síndrome de Down, demencias y otras.</p> <p>- Niños y adolescentes de 6 meses a 18 años que reciben tratamiento prolongado con ácido acetil salicílico, por la posibilidad de desarrollar un síndrome de Reye tras la gripe</p>
Mujeres embarazadas	Recomendada en cualquier trimestre de gestación
Trabajadores de los centros sanitarios	Recomendada Trabajadores tanto de atención primaria como especializada y hospitalaria; pública y privada, especialmente a los profesionales que atienden a pacientes de algunos de los grupos de riesgo.
Personas que trabajan en instituciones geriátricas o en centros de atención a enfermos crónicos	Recomendada Especialmente los que tienen contacto continuo con personas vulnerables
Estudiantes en prácticas en centros sanitarios	Recomendada
Personas que proporcionan cuidado domiciliarios a pacientes de alto riesgo	Recomendada
Personas que trabajan en servicios esenciales	<p>Recomendada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fuerzas y cuerpos de la seguridad del Estado, con dependencia nacional, autonómico o local <ul style="list-style-type: none"> - Bomberos - Servicios de protección civil <p>- Personas que trabajan en los servicios de emergencias sanitarias</p> <p>- Trabajadores de instituciones penitenciarias y de otros centros de internamiento por resolución judicial</p>

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Recomendaciones aprobadas por la Comisión de Salud Pública el 13 de octubre de 2016.

Si se pregunta⁵¹ a los ciudadanos de más de 18 años sobre si se han vacunado contra la gripe en la última temporada, el 21,0% dice que *si se vacunó*, el 78,8% que *no se vacunó*, solo el 0,2% dice que *no sabe o no contesta*.

Tabla 4-11 Si se vacunó contra la gripe en la última temporada ¿Cuál fue el motivo por el que se vacunó?, 2015

	%
Tiene la edad para lo que se recomienda	55,0
Tiene una enfermedad crónica	19,9
Es personal sanitario	3,2
Trabaja atendiendo a colectivos (grandes, con personas de riesgo, etc..)	5,0
La gripe puede ser peligrosa y todos deberían vacunarse	11,8
Por prescripción facultativa	2,0
Otro motivo	0,5
No sabe /No contesta	1,0

Observaciones: última temporada se refiere *entre octubre del año pasado y enero de este año*.

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

Del 21,0% de los que dicen que si se han vacunado, el 55,0% indica que es porque *tiene la edad para la que se recomienda*. El 78,8% de los ciudadanos que dicen no haberse vacunado, en el 70,9% de los casos la razón es porque *no estaba recomendada* o porque *la gripe no suponía un riesgo para su salud*; el 18,3% esgrimen como motivo de su no vacunación que no confían en las vacunas (6,7% en las vacunas en general y 11,6% en la vacuna de la gripe en particular). Un 5,8% afirma que *no se enteró de la campaña de vacunación*.

Tabla 4-12 Si no se vacunó contra la gripe en la última temporada ¿Cuál fue el motivo por el que no se vacunó?, 2015

	%
No está recomendado en su caso	35,2
No confía en las vacunas en general	6,7
No confía en la vacuna de la gripe	11,6
La gripe no supone un riesgo para su salud	35,7
No se enteró de la campaña de vacunación	5,8
Otro motivo	2,8
No sabe / No contesta	2,3

Observaciones: última temporada se refiere *entre octubre del año pasado y enero de este año*.

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

El 69,0% de los ciudadanos de 18 y más años está *muy de acuerdo* o *bastante de acuerdo* con que la vacuna de la gripe previene la enfermedad y sus complicaciones en personas mayores o con mayor riesgo.

⁵¹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario 2015.

4.1.3 Detección precoz del cáncer

En cuanto a los cribados poblacionales, donde colaboran tanto el nivel de atención primaria como el de atención especializada, la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud (SNS) aprobada en 2006 y actualizada en 2009⁵² 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)⁵³ 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 SNS⁵⁴. Tanto la atención primaria como la atención especializada están involucradas en estos cribados.

Tabla 4-13 Política de detección precoz de cáncer en el SNS 2016

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	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. Plena cobertura en 2025

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Orden SSI/2065/2014.

4.1.3.1 Cáncer de mama

Casi 8 de cada 10 mujeres se hacen la prueba de detección precoz del cáncer de mama en el plazo recomendado. El 79,8% 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 8,6% hace más de dos años pero menos de tres. Destacan Castilla-La Mancha, Galicia y Navarra con las coberturas más altas.

⁵² En 2015 está en marcha la actualización de la Estrategia en Cáncer del SNS.

⁵³ 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).

⁵⁴ Orden SSI/2065/2014 actualiza, en la cartera común básica de servicios asistenciales del SNS, el cribado de cáncer de mama, colorrectal y de cérvix.

Tabla 4-14 Mamografía según la frecuencia recomendada en mujeres de 50 a 69 años según comunidad autónoma, 2011/2012 - 2014

	% mujeres de 50 a 69 años	
	2011-2012	2014
Andalucía	66,3	73,6
Aragón	77,2	80,1
Asturias	75,9	83,8
Baleares	65,1	72,8
Canarias	76,6	70,7
Cantabria	76,9	85,2
Castilla y León	74,5	77,6
Castilla-La Mancha	80,9	89,0
Cataluña	83,7	80,5
Comunidad Valenciana	71,2	77,7
Extremadura	77,9	77,8
Galicia	83,3	89,0
Madrid	80,2	83,8
Murcia	86,9	80,5
Navarra	88,8	86,9
País Vasco	86,5	83,1
La Rioja	69,7	85,2
Ceuta	-	-
Melilla	-	56,9
España	77,1	79,8

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

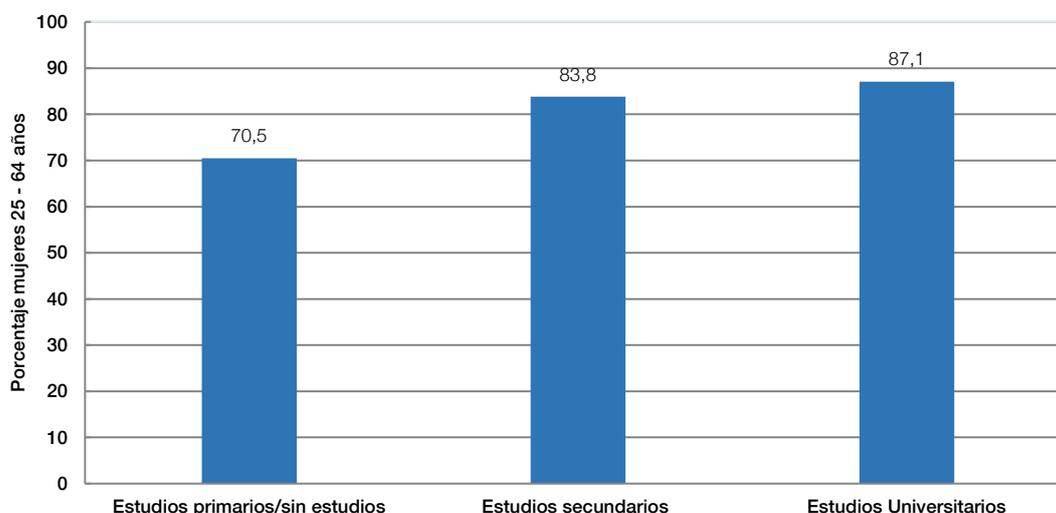
Las tasas de mamografía son más bajas en las clases menos favorecidas. Se observan gradientes por clase social y por nivel de ingresos del hogar. No obstante, las diferencias entre las mujeres de clase I y VI se han acortado de 16,2 puntos en 2011/2012 a 8,5 puntos en 2014. El 81,4% de las mujeres de clase social I en edad de hacerse la mamografía declara habérsela hecho, frente al 72,9% en la clase VI.

4.1.3.2 Cáncer de cuello de útero

El 79,4% de las mujeres de entre 25 y 64 años se han hecho una citología vaginal en los últimos 5 años, y el 72,7% en los últimos 3 años. Por comunidades autónomas, en Madrid, País Vasco y Baleares se alcanzan coberturas por encima del 86%.

La realización de una citología en los últimos 5 años se relaciona con la clase social (89,1% de las mujeres de clase I frente a 63,4% de clase VI), el nivel de estudios (87,1% en mujeres con estudios superiores frente al 70,5% en las que tienen estudios básicos e inferiores).

Gráfico 4-3 Citología vaginal realizada en el periodo recomendado en mujeres de 25 a 64 años según nivel de estudios, 2014



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

Tabla 4-15 Citología vaginal realizada en el periodo recomendado en mujeres de 25 a 64 años según comunidad autónoma, 2014

	% mujeres de 25 a 64 años 2014
Andalucía	72,2
Aragón	78,9
Asturias	77,6
Baleares	86,0
Canarias	84,2
Cantabria	79,0
Castilla y León	74,7
Castilla-La Mancha	74,4
Cataluña	84,3
Comunidad Valenciana	74,4
Extremadura	67,5
Galicia	80,1
Madrid	87,3
Murcia	74,5
Navarra	81,9
País Vasco	87,8
La Rioja	85,5
Ceuta	74,6
Melilla	48,0
España	79,4

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

4.1.3.3 Cáncer de colon

El 12,4% 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 2009⁵⁵ la cobertura de la prueba había sido del 3,4% y de 6,8% en 2011/2012. Por comunidades autónomas, el País Vasco con 59,5% alcanza la cobertura más alta seguido de La Rioja (32,6%) Murcia (24,3%) y Cantabria (29,4%). Las coberturas más bajas con menos del 5% se encuentran en Asturias (3,5%), Melilla (4,1%), Castilla-La Mancha (4,4%), Aragón (4,8%) y Extremadura (4,9%).

Los programas poblacionales de detección precoz de cáncer colorrectal se encuentran actualmente en fase de implantación. La cobertura es aún baja dado que 2015 es el año en que entra en vigor la introducción del cribado de cáncer colorrectal en la cartera común básica de servicios asistenciales del SNS. El objetivo es alcanzar la plena cobertura, entendida como invitación a participar, a los diez años de la introducción de este cribado en cartera de servicios del SNS.

Tabla 4-16 Prueba de sangre oculta en heces en el periodo recomendado en población de 50 a 69 años según comunidad autónoma, 2014

	% población de 50 a 69 años 2014
Andalucía	5,7
Aragón	4,8
Asturias	3,5
Baleares	8,0
Canarias	13,8
Cantabria	29,4
Castilla y León	7,6
Castilla-La Mancha	4,4
Cataluña	11,4
Comunidad Valenciana	17,2
Extremadura	4,9
Galicia	10,1
Madrid	5,8
Murcia	24,3
Navarra	12,3
País Vasco	59,5
La Rioja	32,6
Ceuta	9,0
Melilla	4,1
España	12,4

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

El motivo más frecuente (37,2%) para hacerse la última prueba de sangre oculta en heces es por algún problema, síntoma o enfermedad tanto en hombres (32,1%) como en mujeres (41,6%). El cribado aconsejado por médico es el motivo declarado para hacerse la última prueba en el 20,1%

⁵⁵ 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.

de la población de 50 a 69 años (23,5% en hombres y 17,2% en mujeres), y el cribado institucional el 38,5%, 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.

Tabla 4-17 Motivo de la prueba de sangre oculta en heces más reciente en población de 50 a 69 años según sexo, 2014

	Ambos sexos%	Hombres%	Mujeres%
Algún problema, síntoma o enfermedad	37,2	32,1	41,6
Consejo médico sin problema previo	20,1	23,5	17,2
Carta, llamada o propuesta de su Centro de Salud	38,5	39,4	37,8
Otras razones	4,2	5,0	3,5
Total	100,0	100,0	100,0

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

Por otro lado el porcentaje de la población adulta (15 y más años) que se ha hecho una colonoscopia alguna vez en su vida⁵⁶ es el 12,3% y el 8,5% en los últimos 5 años.

4.1.4 Red española de escuelas de salud para la ciudadanía

En 2013 se crea la Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía, con el objetivo de promover, compartir y desarrollar instrumentos que faciliten el empoderamiento de la ciudadanía mediante la mejora de la capacitación en salud y autogestión de la enfermedad lo que permitirá mejorar el conocimiento y la adquisición de competencias en cuidados y autocuidados, en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como los necesarios para la atención de enfermedades crónicas.

La Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía se aprobó por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) en diciembre de 2012 con el objetivo de poner a disposición de los pacientes, cuidadores y usuarios un conjunto de herramientas que aportaran información relevante para las necesidades del cuidado de la salud, actualizada y de calidad, y de fácil comprensión por los colectivos a los que se dirige, mediante la creación de una plataforma web.

La Red de Escuelas se ha ido configurando a partir de la participación de las distintas escuelas, programas y proyectos: Escuela de pacientes de Andalucía, Escuela Gallega de Salud para ciudadanos, Programa Paciente Experto de Cataluña, Universidad de los pacientes de la Fundación Josep Laporte, Fundación para la formación y la investigación sanitaria de la Región de Murcia, Programa Paciente Activo- *Paziente Bizia (Osakidetza)* y Red Ciudadana de Formadores del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Durante 2013, todos ellos colaboraron y se comprometieron con el desarrollo de la Red de Escuelas, con la vocación de integración, servicio y transparencia.

⁵⁶ Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España 2014.

La red trabaja en torno a cinco áreas de trabajo: alfabetización sanitaria, herramientas de ayuda a la toma de decisiones, autocuidados, seguridad del paciente, y apoyo social y emocional. En 2015 se ha inaugurado oficialmente la página de la Red de Escuelas⁵⁷.

4.2 Atención a los problemas de salud

4.2.1 Atención Primaria

4.2.1.1 Actividad ordinaria en centro y domicilio

En el conjunto de la atención primaria del Sistema Nacional de Salud se atienden 373 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 5,3 visitas por persona asignada y año (5,3 a medicina de familia y 5,1 a pediatría). En enfermería, esta media se sitúa en 2,9 visitas por persona y año.

Tabla 4-18 Actividad asistencial ordinaria según profesional de atención primaria del SNS, 2010-2015

	Frecuentación a la consulta						Número de consultas
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2015
Medicina	5,4	5,5	5,3	5,3	5,2	5,3	241.335.483
Medicina de familia	5,5	5,6	5,5	5,4	5,3	5,3	207.903.896
Pediatría	5,2	5,4	4,9	5,0	5,0	5,1	33.431.587
Enfermería	2,8	2,8	2,8	2,9	2,9	2,9	131.989.350
Total	-	-	-	-	-	-	373.324.833

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

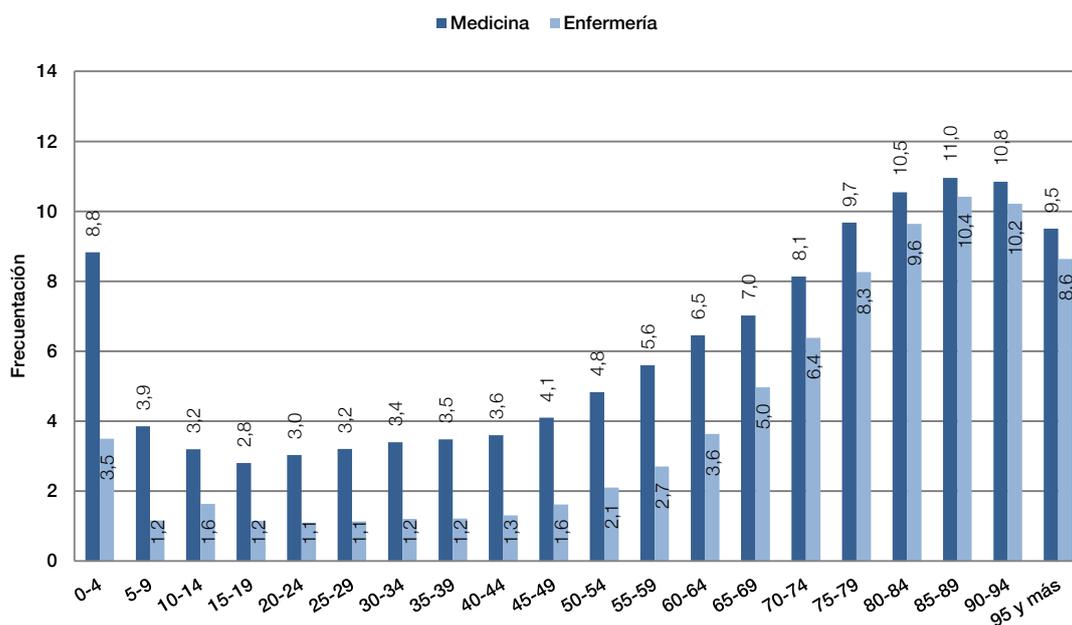
Por sexo, la frecuentación a medicina es superior en mujeres (6,0) que en varones (4,5), mientras que en enfermería esta diferencia se acorta ligeramente (3,1 frente a 2,6, respectivamente).

Por grupos de edad, la frecuentación media a medicina en el primer quinquenio, de 0 a 4 años, es de 8,8 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 11,0 visitas al año.

En enfermería, la frecuentación promedio es de 3,5 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 10,4 vistas/persona y año.

⁵⁷ Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía <http://www.escuelas.msssi.gob.es/>

Gráfico 4-4 Frecuentación por grupos de edad a la consulta de atención primaria del SNS, 2015



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 4-19 Frecuentación a la consulta de atención primaria según comunidad autónoma, 2015

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

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

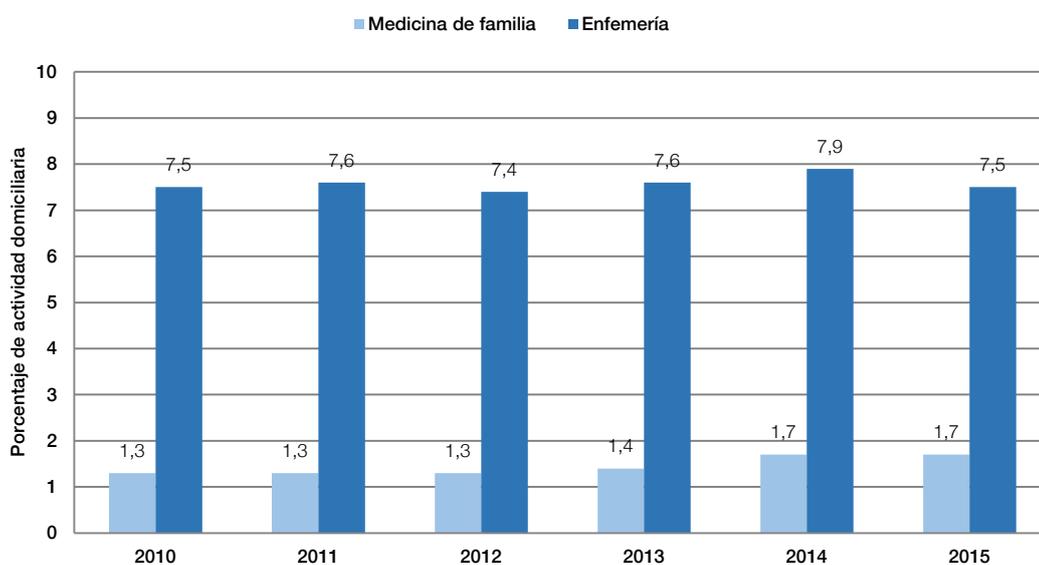
Por comunidades autónomas la frecuentación a medicina más alta corresponde a Castilla y León (8,0 consultas a médicos por persona asignada y año) y la más baja a Baleares (3,8 consultas a médicos por persona asignada y año). En enfermería la frecuentación más alta se encuentra

también en Castilla y León (4,2 consultas a enfermera por persona asignada y año) y la menor en Cataluña (2,0 consultas a enfermera por persona asignada y año).

La atención a domicilio (4% de la actividad y 13,3 millones de visitas) oscila de manera importante en función del tipo de profesional. En el caso de la pediatría es pequeña (32.484 consultas) representa solo un 0,1%. En medicina de familia supone 1,7% de la actividad total (3,4 millones de visitas) y en enfermería llega al 7,5% (9,9 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 (85%) y en enfermería (87%) respecto al total de domicilios realizados por cada tipo de profesional.

Gráfico 4-5 Actividad domiciliaria como porcentaje del total de actividad, según profesional de la atención, 2010-2015



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

4.2.1.2 Morbilidad atendida

Cada persona atendida en los centros de salud de atención primaria⁵⁸ presenta una media de 5,7 problemas de salud. Por sexo, la media es de 5,1 problemas activos en el caso del hombre y 6,3 en el de la mujer.

⁵⁸ Último dato disponible a la hora de la elaboración del informe corresponde al año 2012. La Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) recoge información clínica codificada y normalizada, extraída de una muestra aleatoria de 2,7 millones de las historias clínicas digitales. La cobertura prácticamente generalizada de la atención primaria unido al carácter aleatorio de la muestra, hacen que los resultados puedan considerarse una estimación de la prevalencia de los problemas de salud de la población española.

Más información en: <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>

Tabla 4-20 Número medio de problemas de salud activos por usuario atendido de los centros de salud de atención primaria, según grupo de edad y sexo, 2012

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Problemas activos (media)	5,7	5,1	6,3

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

Tabla 4-21 Prevalencia de los problemas de salud, tasa por cada 1.000 personas asignadas a la atención primaria del Sistema Nacional de Salud, localización por aparatos y sistemas, según edad en ambos sexos. España, 2012

Código	Problemas de salud por aparatos y sistemas	Ambos sexos					
		0 -14 años		15 y + años		65 y + años	
		Tasa	Orden	Tasa	Orden	Tasa	Orden
A	Problemas generales e inespecíficos	872,2	2	624,3	2	988,4	3
B	Sangre, órganos hematopoyéticos y sistema inmunitario	43,2	14	64,3	14	107,7	14
D	Aparato digestivo	665,7	3	464,0	4	629,9	5
F	Ojo y anejos	224,6	7	202,4	9	390,6	9
H	Aparato auditivo	315,7	5	137,9	13	197,5	12
K	Aparato circulatorio	51,2	13	451,2	6	1.156,0	1
L	Aparato locomotor	267,0	6	715,9	1	1.094,0	2
N	Sistema nervioso	75,2	11	143,0	12	179,1	13
P	Problemas psicológicos	87,0	10	332,0	8	405,9	8
R	Aparato respiratorio	1.223,3	1	494,8	3	613,9	6
S	Piel y faneras	619,4	4	452,0	5	544,4	7
T	Aparato endocrino, metabolismo y nutrición	114,6	8	408,6	7	801,2	4
U	Aparato urinario	60,3	12	154,6	11	312,7	10
W	Planificación familiar, embarazo, parto y puerperio	0,2	15	51,5	15	0,0	15
XY	Aparato genital	94,5	9	188,7	10	206,3	11

Observaciones: Los problemas de salud agrupados por aparatos y sistemas según la Clasificación de Atención Primaria (CIAP-2). La columna "Orden" se refiere a la prevalencia según aparatos y sistemas. La Base de Datos Clínicos de Atención Primaria recoge información clínica codificada y normalizada, extraída de una muestra aleatoria de 2,7 millones de las historias clínicas digitales. La cobertura prácticamente generalizada de la atención primaria unido al carácter aleatorio de la muestra, hacen que los resultados puedan considerarse una estimación de la prevalencia de los problemas de salud de la población española.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud.

Los problemas de salud más frecuentes, agrupados en aparatos y sistemas varían con la edad y el sexo. En el grupo de los menores de 15 años, el aparato respiratorio (tasa de 1.223,3 por cada 1.000 personas asignadas) es la primera causa de consulta, seguida, a distancia, de los problemas generales e inespecíficos (872,2), aparato digestivo (665,7), piel y faneras (619,4) y aparato auditivo (315,7).

En el grupo de 15 y más años los problemas más frecuentes por cada 1.000 personas asignadas corresponden a los problemas del aparato locomotor (715,9), seguido de los problemas generales e inespecíficos (624,3) y los problemas del aparato respiratorio (494,8).

En los mayores de 64 años el principal motivo de consulta son los problemas de aparato circulatorio (tasa de 1.156,0 por cada 1.000 personas asignadas) y aparato locomotor (1.094,0), seguido de problemas generales e inespecíficos (988,4) y de los problemas del aparato endocrino, metabolismo y nutrición (801,2).

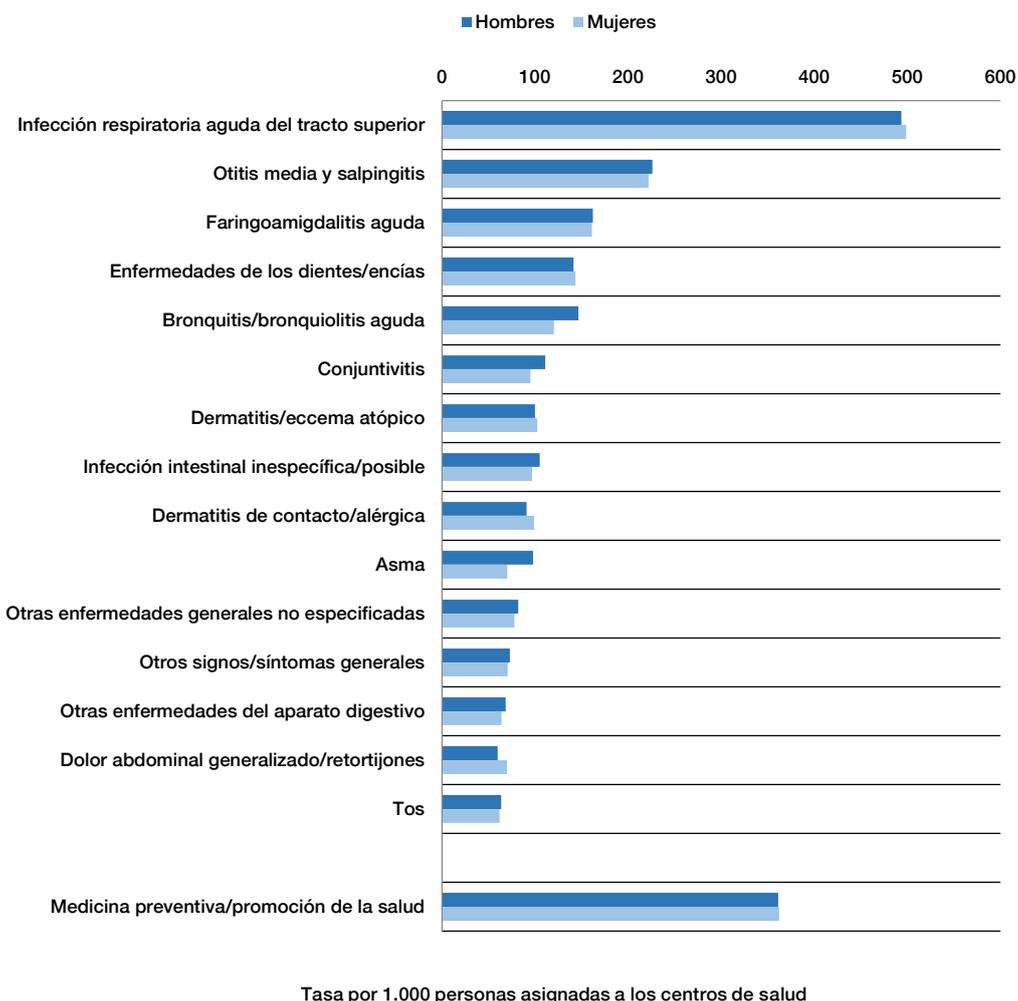
Tabla 4-22 Prevalencia de los problemas de salud, tasa por cada 1.000 personas asignadas a la atención primaria del Sistema Nacional de Salud, localización por aparatos y sistemas, según edad en hombres y mujeres. España, 2012

Código	Problemas de salud por aparatos y sistemas	Hombres					
		0 -14 años		15 y + años		65 y + años	
		Tasa	Orden	Tasa	Orden	Tasa	Orden
A	Problemas generales e inespecíficos	888,1	2	537,5	2	946,6	2
B	Sangre, órganos hematopoyéticos y sistema inmunitario	48,9	13	45,9	14	102,6	14
D	Aparato digestivo	660,1	3	426,8	4	621,9	6
F	Ojo y anejos	227,0	7	173,7	9	346,1	8
H	Aparato auditivo	311,6	5	124,1	10	187,6	12
K	Aparato circulatorio	52,9	12	413,4	5	1.140,5	1
L	Aparato locomotor	267,2	6	552,0	1	775,4	3
N	Sistema nervioso	73,7	11	101,2	13	149,9	13
P	Problemas psicológicos	107,3	10	281,9	8	332,2	9
R	Aparato respiratorio	1.269,8	1	451,3	3	650,8	5
S	Piel y faneras	615,2	4	400,8	6	508,3	7
T	Aparato endocrino, metabolismo y nutrición	108,1	9	361,8	7	749,3	4
U	Aparato urinario	47,1	14	109,6	11	276,8	11
W	Planificación familiar, embarazo, parto y puerperio	0,03	15	5,9	15	0,1	15
XY	Aparato genital	121,7	8	103,9	12	283,3	10
Código	Problemas de salud por aparatos y sistemas	Mujeres					
		0 -14 años		15 y + años		65 y + años	
		Tasa	Orden	Tasa	Orden	Tasa	Orden
A	Problemas generales e inespecíficos	855,4	2	707,0	2	1.020,0	3
B	Sangre, órganos hematopoyéticos y sistema inmunitario	37,1	14	81,9	15	111,5	14
D	Aparato digestivo	671,8	3	499,5	5	635,9	5
F	Ojo y anejos	222,0	7	229,7	10	424,2	9
H	Aparato auditivo	320,0	5	150,9	13	205,1	11
K	Aparato circulatorio	49,5	13	487,2	6	1.167,7	2
L	Aparato locomotor	266,7	6	872,0	1	1.335,1	1
N	Sistema nervioso	76,7	9	182,7	12	201,2	12
P	Problemas psicológicos	65,5	12	379,7	8	461,6	8
R	Aparato respiratorio	1.174,1	1	536,3	3	585,9	6
S	Piel y faneras	623,9	4	500,9	4	571,6	7
T	Aparato endocrino, metabolismo y nutrición	121,5	8	453,2	7	840,4	4
U	Aparato urinario	74,3	10	197,6	11	339,8	10
W	Planificación familiar, embarazo, parto y puerperio	0,5	15	95,0	14	0,0	15
XY	Aparato genital	65,6	11	269,4	9	148,1	13

Observaciones: Los problemas de salud agrupados por aparatos y sistemas según la Clasificación de Atención Primaria (CIAP-2). La columna "Orden" se refiere a la prevalencia según aparatos y sistemas. La Base de Datos Clínicos de Atención Primaria recoge información clínica codificada y normalizada, extraída de una muestra aleatoria de 2,7 millones de las historias clínicas digitales. La cobertura prácticamente generalizada de la atención primaria unido al carácter aleatorio de la muestra, hacen que los resultados puedan considerarse una estimación de la prevalencia de los problemas de salud de la población española.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud.

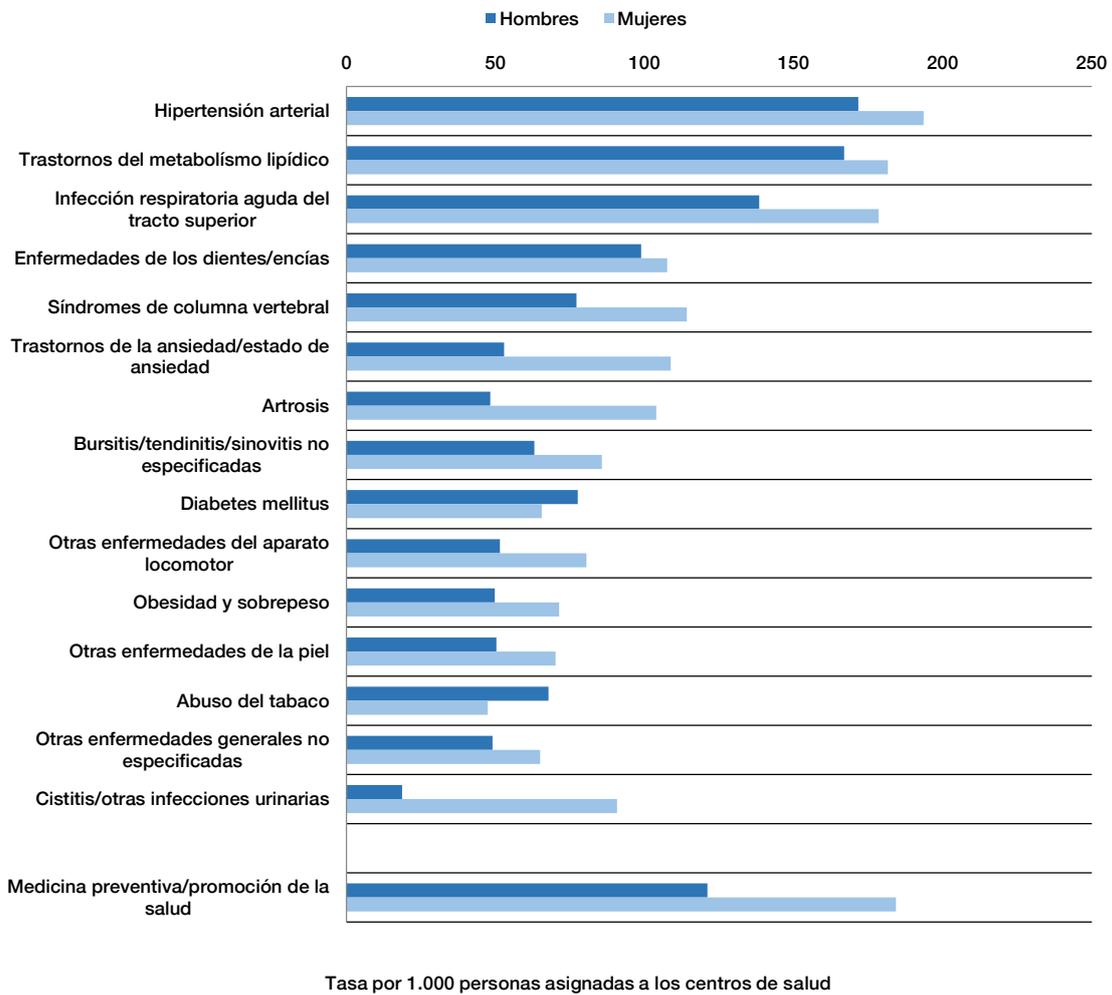
Gráfico 4-6 Problemas de salud más frecuentes en la población de 0 a 14 años. Tasa por 1.000 personas asignadas a los centros de salud, 2012



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/bronquiolitis aguda y conjuntivitis.

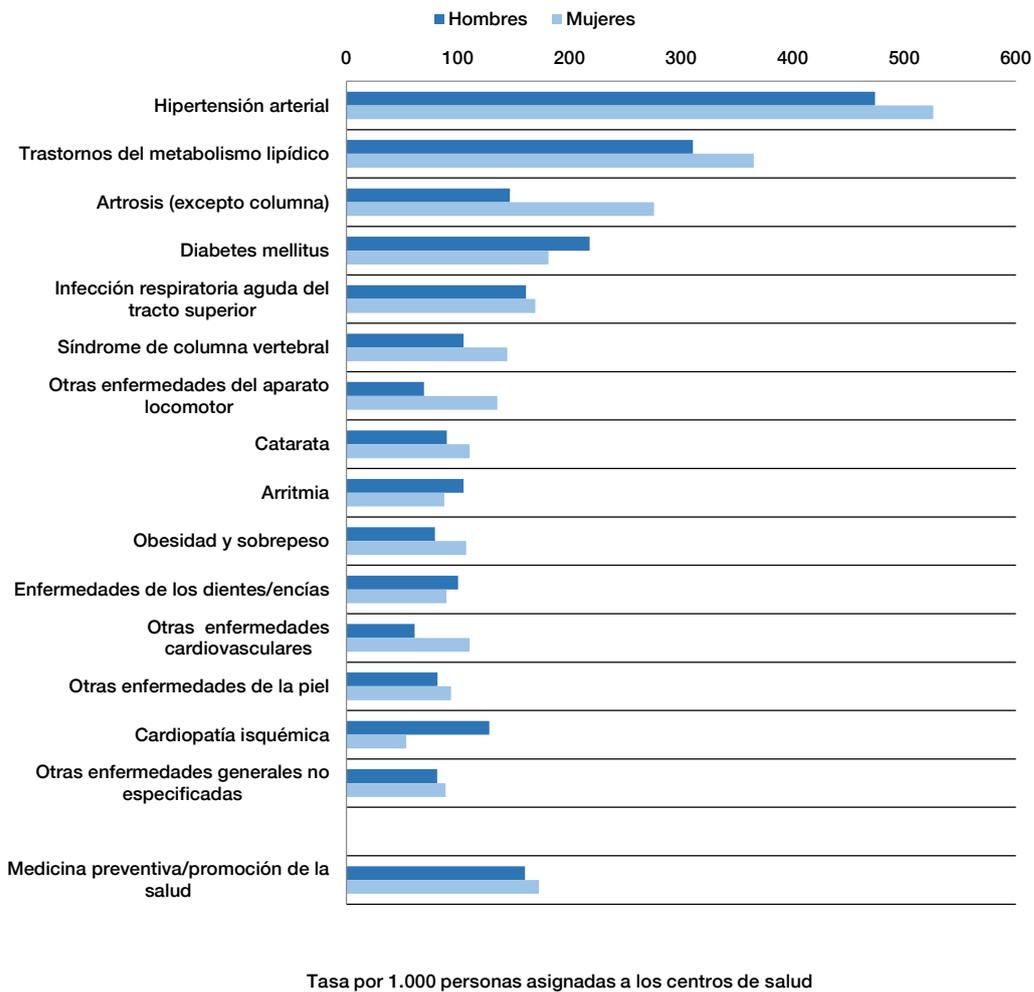
Gráfico 4-7 Problemas de salud más frecuentes en la población de 15-y más años. Tasa por 1.000 personas asignadas a los centros de salud, 2012



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

En el grupo de 15 y más años conviven procesos crónicos (hipertensión arterial, trastornos de los lípidos) y agudos (infección respiratoria aguda del tracto superior). En términos generales los problemas de salud son más frecuentes en mujeres, y entre los más frecuentes, hay mayor diferencia en la cistitis, ansiedad y artrosis.

Gráfico 4-8 Problemas de salud más frecuentes en la población 65 y más años. Tasa por 1.000 personas asignadas a los centros de salud, 2012



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, artrosis y diabetes mellitus.

4.2.2 Atención Especializada

4.2.2.1 Utilización de hospitales y consultas externas⁵⁹

En los hospitales del Sistema Nacional de Salud se producen unos 4,0 millones de altas al año, lo que supone el 76,5% 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 78,7 millones de consultas por los médicos especialistas (82,9% del total de las efectuadas en España), se atienden 21,5 millones de urgencias (77,6% del total del sector) y se practican 3,6 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 329.216 partos (79,1% del total), el 21,6% de los cuales son mediante cesárea. Para la totalidad del sector (público y privado) el porcentaje de cesáreas es del 25,0%.

Tabla 4-23 Actividad médica, quirúrgica y obstétrica en hospitales y centros de especialidades según dependencia, 2014-2015

	2014		2015 (e)	
	SNS	Total	SNS	Total
Altas (miles)	4.026,93	5.264,87	4.043,94	5.283,99
Altas/1000 hab.	86,7	113,3	87,1	113,8
Consultas (miles)	78.639,56	94.343,54	78.703,68	94.880,83
Consultas/1.000 hab.	1.692,89	2.030,96	1.695,36	2.043,83
Urgencias (miles)	20.851,65	26.973,99	21.542,84	27.628,15
Urgencias/1.000 hab.	448,9	580,7	464,1	595,1
Actos quirúrgicos (miles)	3.561,15	4.997,31	3.557,54	5.010,74
Actos quirúrgicos/1.000 hab.	76,7	107,6	76,6	107,9
Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) (miles)	1.167,57	1.574,08	1.177,13	1.583,80
Partos vaginales (número)	258.773	313.948	257.895	312.279
Cesáreas (número)	72.750	106.703	71.210	104.114
Total de Partos (número)	331.523	420.651	329.216	416.391
% Cesáreas	21,9%	25,4%	21,6%	25,0%

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 50% de los hospitales con una cobertura del 60% 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).

⁵⁹ Los datos de atención especializada del año 2015 utilizados en la elaboración del apartado, son datos estimados 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 50% de los hospitales con una cobertura del 60% de las camas en funcionamiento.

Tabla 4-24 Altas por todas las causas de hospitalización por cada 1.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014

	Hospitales del SNS	Total hospitales
Andalucía	67,2	92,0
Aragón	105,0	126,5
Asturias	105,1	118,7
Baleares	76,9	147,5
Canarias	55,8	94,9
Cantabria	89,8	103,1
Castilla y León	99,6	117,7
Castilla-La Mancha	82,8	89,9
Cataluña	96,1	125,6
Comunidad Valenciana	89,4	111,2
Extremadura	99,2	112,9
Galicia	93,1	116,5
Madrid	81,3	118,9
Murcia	83,7	105,3
Navarra	99,9	123,3
País Vasco	125,5	153,8
La Rioja	95,6	110,6
Ceuta y Melilla	83,6	83,6
España	86,7	113,3

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 colaboradoras 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 125,5 altas por cada 1.000 habitantes, duplicando a la de Canarias (55,8 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 153,8 altas por cada 1.000 habitantes y Castilla-La Mancha la menor con 89,9 altas por cada 1.000 habitantes. Ceuta y Melilla presentan 83,6 altas por cada 1.000 habitantes y solo cuentan con hospitales públicos.

En los hospitales del Sistema Nacional de Salud se realizan 3,6 millones de actos quirúrgicos de los que más del 40% precisan hospitalización.

Tabla 4-25 Frecuentación quirúrgica por cada 1.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014

	Hospitales del SNS	Total hospitales
Andalucía	60,7	96,4
Aragón	81,8	105,1
Asturias	66,7	86,8
Baleares	60,5	112,8
Canarias	39,9	77,9
Cantabria	56,9	68,8
Castilla y León	82,0	95,1
Castilla-La Mancha	62,8	74,4
Cataluña	99,2	132,4
Comunidad Valenciana	82,0	104,2
Extremadura	83,0	95,4
Galicia	74,9	101,8
Madrid	80,8	127,9
Murcia	61,4	97,1
Navarra	76,9	100,1
País Vasco	106,8	137,7
La Rioja	77,5	94,4
Ceuta y Melilla	53,0	53,0
España	76,7	107,6

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 quirúrgica más alta es la del País Vasco con 106,8 intervenciones por cada 1.000 habitantes, casi triplicando a la de Canarias (39,9 intervenciones por cada 1.000 habitantes) donde se observa la frecuentación quirúrgica menor. Para la totalidad del sector hospitalario (hospitales públicos y privados), el País Vasco también ocupa la primera posición, con 137,7 intervenciones por cada 1.000 habitantes y Cantabria la menor con 68,8 intervenciones por cada 1.000 habitantes. Ceuta y Melilla presentan 53,0 intervenciones por cada 1.000 habitantes y solo cuentan con hospitales públicos.

4.2.2.2 Indicadores de actividad

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 4-26 Indicadores de actividad asistencial según dependencia, 2014 y 2015

	2014		2015(e)	
	Hospitales del SNS	Total hospitales	Hospitales del SNS	Total hospitales
Estancia media (días)	7,8	7,4	7,8	7,3
Índice de ocupación (%)	78,9	77,0	78,8	76,9
Índice de rotación	36,8	38,2	36,8	38,2
Porcentaje de 1ªconsultas /totales	32,3	34,9	32,2	34,8
Porcentaje de urgencias ingresadas	11,5	10,3	11,3	10,3
Presión de urgencias (%)	63,2	55,9	63,8	56,3

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 50% de los hospitales con una cobertura del 60% 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 colaboradoras 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 rotación⁶⁰ ha crecido en los últimos años, situándose en 36,8, 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 resolutoria. 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 10,9 días de Cataluña y los 5,6 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 9,9 días y la menor la Comunidad Valenciana con 5,6 días.

⁶⁰ Número de pacientes que han ocupado una cama a lo largo del año.

Tabla 4-27 Estancia media (días) por todas las causas de hospitalización, según comunidad autónoma, 2014

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

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 colaboradoras 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).

4.2.2.3 Cirugía sin ingreso hospitalario y procedimientos menos invasivos

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 algo más del 46,0% 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 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 98,1% de las intervenciones de cataratas se realizan de forma ambulatoria sin necesidad de la hospitalización de los pacientes.

Tabla 4-28 Evolución de las intervenciones de cataratas, número total y proporción de procesos realizados con y sin hospitalización en el SNS, 2005-2014

	Total de intervenciones	Intervenciones con hospitalización	% intervenciones con hospitalización	Intervenciones sin hospitalización	% intervenciones sin hospitalización
2005	226.199	21.534	9,5	204.665	90,5
2006	247.534	19.259	7,8	228.275	92,2
2007	252.059	16.285	6,5	235.774	93,5
2008	258.265	13.546	5,2	244.719	94,8
2009	272.810	11.716	4,3	261.094	95,7
2010	275.880	10.517	3,8	265.363	96,2
2011	280.184	8.582	3,1	271.602	96,9
2012	283.484	7.344	2,6	276.140	97,4
2013	306.968	6.753	2,2	300.215	97,8
2014	324.447	6.150	1,9	318.297	98,1

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 53,1% de los casos (59% más que en 2005) y un 31,4% de ellas, respectivamente, fueron realizadas ambulatoriamente (37% más que en 2005).

Tabla 4-29 Tendencia de las intervenciones de hernia inguinal y amigdalectomía, número total y proporción de procesos realizados sin hospitalización en el SNS, 2005 y 2014

	2005		2014	
	Total de intervenciones	Intervenciones sin hospitalización%	Total de intervenciones	Intervenciones sin hospitalización%
Hernia Inguinal	70.321	35,1	74.473	53,1
Amigdalectomía	18.950	22,8	25.306	31,4

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Registro de Altas –CMBD de los hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud.

Del mismo modo, ha ido en aumento la práctica de intervenciones mediante procedimientos quirúrgicos menos invasivos; tal es el caso de colecistectomías y apendicectomías. En 2014 cuatro de cada cinco extirpaciones de la vesícula biliar se realizó mediante laparoscopia (50% más que en 2005), y, en menor proporción pero habiéndose cuadruplicado su frecuencia respecto a 2005, también 4 de cada 10 extirpaciones de apéndice se realizaron en 2014 mediante esa técnica.

Tabla 4-30 Tendencia de los procedimientos menos invasivos. Frecuencia de colecistectomías y apendicetomías por laparoscopia. SNS, 2005 y 2014

	2005		2014	
	Total de intervenciones	% sobre total de intervenciones	Total de intervenciones	% sobre total de intervenciones
Colecistectomía	50.213	65,8	62.385	79,6
Apendicectomía	45.003	10,9	44.840	37,0

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Registro de Altas –CMBD de los hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud.

4.2.2.4 Morbilidad atendida

La principal causa de hospitalización en los hospitales de agudos en España son las enfermedades del aparato circulatorio (13,1%), seguida del grupo de enfermedades del aparato digestivo (12,3%) y del aparato respiratorio (11,4%). En los hombres, las enfermedades del aparato circulatorio con 15,6% son la causa de hospitalización más frecuente, seguidas de las enfermedades del aparato digestivo 14,5% y del aparato respiratorio 13,8%. Los tumores suponen el 10,9%. 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 20,2% del total de las altas hospitalarias en mujeres, le siguen las enfermedades del aparato circulatorio con 10,9%, las del aparato digestivo y las del aparato respiratorio con 10,4% y 9,2% respectivamente; los tumores supusieron el 8,8%, de las altas en las mujeres.

Los ingresos hospitalarios por trastornos mentales son mayores en hombres (2,2%) que en mujeres (1,9%).

El Registro de Actividad de Atención Especializada (RAE-CMBD)⁶¹, que reúne la información relativa al Conjunto Mínimo Básico de Datos-CMBD de las altas de los hospitales de agudos, es la principal base de datos para el conocimiento de la morbilidad atendida en los hospitales de agudos, en 2014 contiene más del 92% de las altas registradas en los hospitales de agudos de España, lo que en números absolutos supone disponer de información de un total de 4,4 millones de altas (en concreto de 4.375.732) de las que el 84,1% corresponde a hospitales del Sistema Nacional de Salud⁶² y el resto 15,9% a centros privados.

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 circulatorio (5,2% menos), en las enfermedades del aparato respiratorio (2,9% menos) y las enfermedades del aparato digestivo (1,5% menos). Por el contrario las neoplasias han experimentado en ese periodo un aumento del 9,3%. La proporción de altas debidas a trastornos mentales ha disminuido en el periodo 2000-2014 un 7,2%.

Igualmente, en las mujeres las principales causas de hospitalización no han variado en los últimos quince años, 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 (17,9%) coherente con la disminución del número de nacimientos en ese periodo. Las enfermedades del aparato respiratorio aumentan el 19,0%, las neoplasias el 8,6% y las enfermedades del aparato digestivo el 8,0%, así como la cifra de altas por trastornos mentales (11,8).

⁶¹El 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, prevé su extensión de manera gradual a otras modalidades asistenciales y al sector privado, además sustituye la CIE-9-MC, modificación clínica de la Clasificación Internacional de Enfermedades, por la CIE-10-ES, de mayor alcance y especificidad.

⁶² Incluye los hospitales públicos, la red de hospitales de utilización pública y los hospitales con concierto sustitutorio.

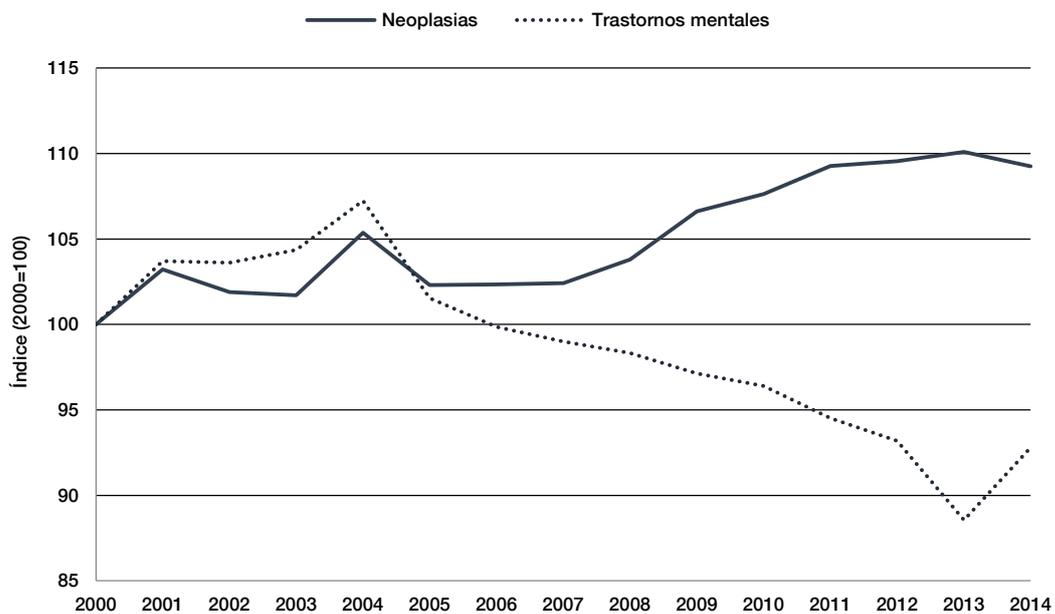
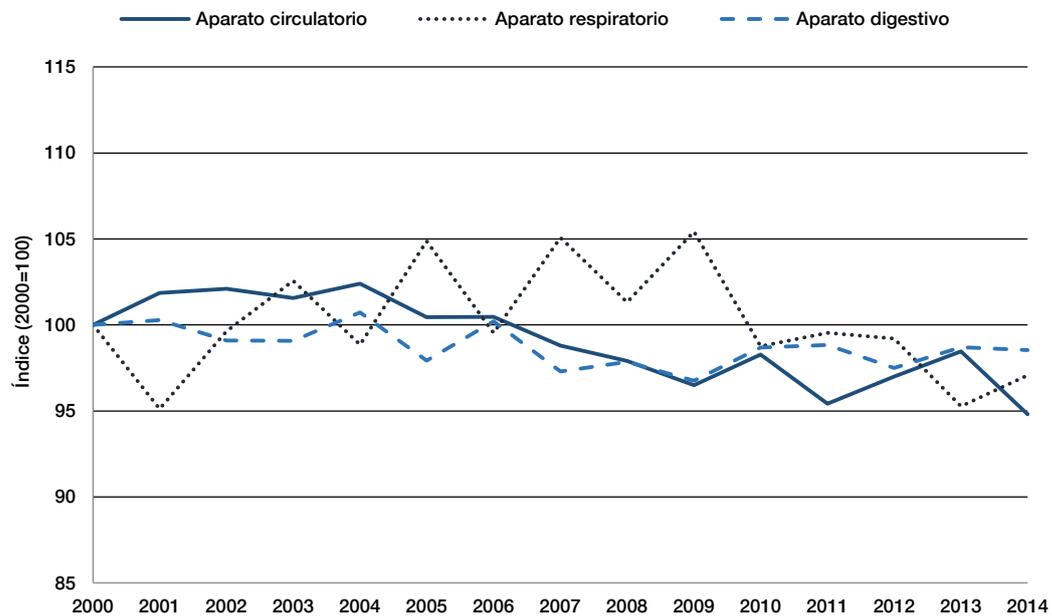
Tabla 4-31 Hospitales de agudos. Número de altas, distribución y tasa por 1.000 habitantes, por grupos diagnósticos, según sexo. España 2014

	Ambos sexos			Hombres			Mujeres		
	Número	%	Tasa	Número	%	Tasa	Número	%	Tasa
Total	4.375.732	100,0	94,2	2.067.891	100,0	90,5	2.307.343	100,0	97,7
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	95.577	2,2	2,1	53.188	2,6	2,3	42.379	1,8	1,8
Neoplasias	428.923	9,8	9,2	226.399	10,9	9,9	202.472	8,8	8,6
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	40.727	0,9	0,9	20.033	1,0	0,9	20.690	0,9	0,9
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	79.718	1,8	1,7	31.906	1,5	1,4	47.808	2,1	2,0
Trastornos mentales	88.336	2,0	1,9	45.348	2,2	2,0	42.972	1,9	1,8
Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso	95.736	2,2	2,1	48.453	2,3	2,1	47.274	2,0	2,0
Enfermedades del ojo y sus anexos	28.080	0,6	0,6	14.584	0,7	0,6	13.491	0,6	0,6
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	21.692	0,5	0,5	10.524	0,5	0,5	11.164	0,5	0,5
Enfermedades del sistema circulatorio	575.147	13,1	12,4	323.080	15,6	14,1	252.017	10,9	10,7
Enfermedades del sistema respiratorio	497.767	11,4	10,7	284.835	13,8	12,5	212.910	9,2	9,0
Enfermedades del aparato digestivo	539.167	12,3	11,6	299.860	14,5	13,1	239.259	10,4	10,1
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	43.263	1,0	0,9	23.555	1,1	1,0	19.706	0,9	0,8
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	311.980	7,1	6,7	148.599	7,2	6,5	163.327	7,1	6,9
Enfermedades del sistema genitourinario	284.488	6,5	6,1	131.985	6,4	5,8	152.431	6,6	6,5
Complicaciones del Embarazo, parto y puerperio	465.099	10,6	10,0	0	0,0	0,0	465.065	20,2	19,7
Ciertas enfermedades con origen en el período perinatal	62.689	1,4	1,3	34.561	1,7	1,5	28.118	1,2	1,2
Anomalías congénitas	36.250	0,8	0,8	20.549	1,0	0,9	15.694	0,7	0,7
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	192.115	4,4	4,1	103.665	5,0	4,5	88.422	3,8	3,7
Lesiones y envenenamientos	379.812	8,7	8,2	194.869	9,4	8,5	184.917	8,0	7,8
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios	109.166	2,5	2,4	51.898	2,5	2,3	57.227	2,5	2,4

Observaciones: El total de altas ambos sexos es superior al desagregado por hombres y mujeres al incluir altas en las que la variable sexo es desconocida. Diagnósticos agrupados según CIE10-ISHMT se trata de la correspondencia de los casos codificados con CIE9MC a un listado de diagnósticos seleccionados adoptada por la OECD/Eurostat/ OMS para la tabulación de la morbilidad hospitalaria (ISHMT: International Shortlist for hospital morbidity tabulation - listado reducido de categorías para la tabulación de la morbilidad hospitalaria).

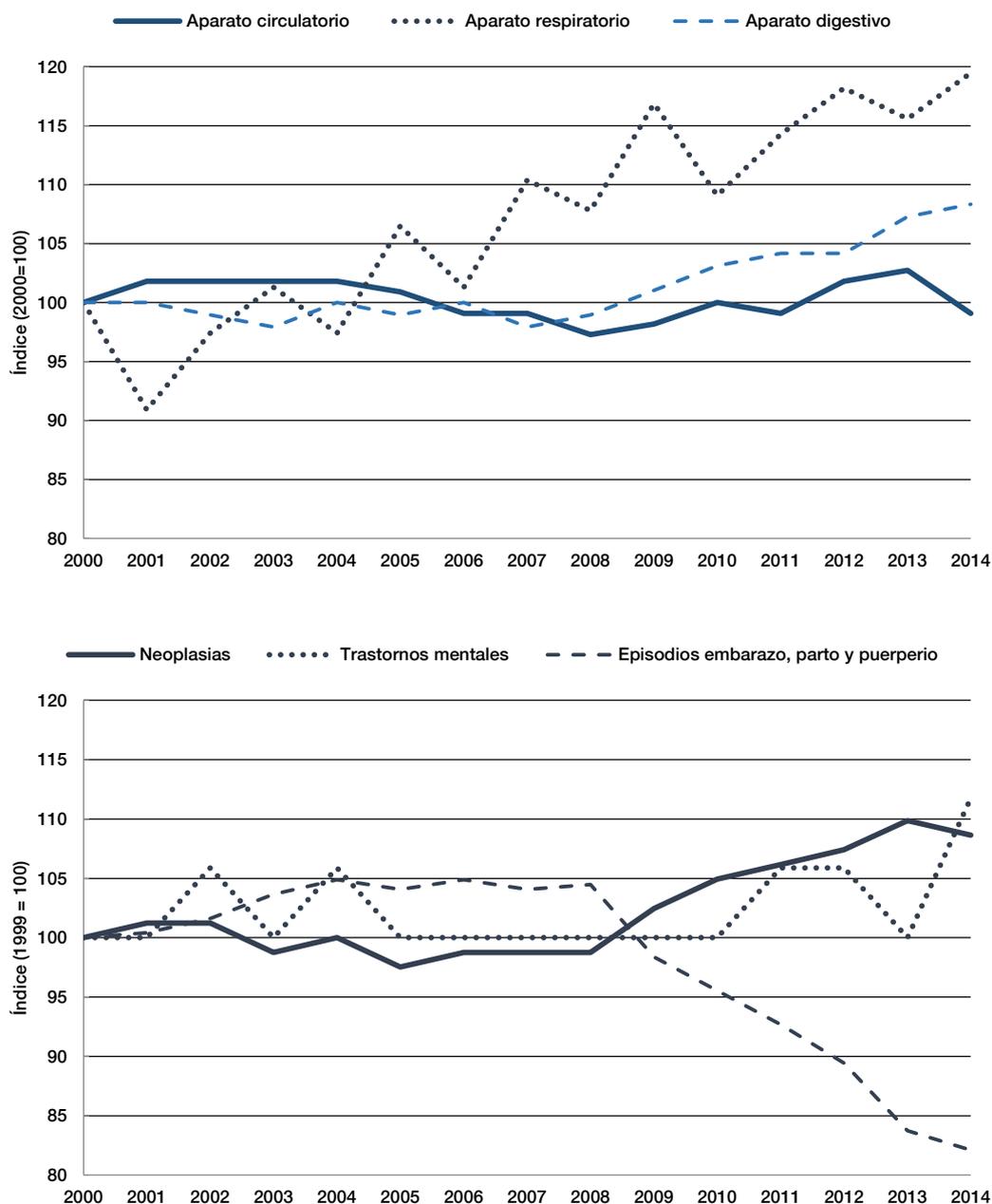
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Registro de actividad de Atención Especializada.

Gráfico 4-9 Evolución de la morbilidad atendida en hospitales de agudos según grupos de diagnóstico más frecuentes en hombres, 2000-2014



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

Gráfico 4-10 Evolución de la morbilidad atendida en hospitales de agudos según grupos de diagnóstico más frecuentes en mujeres, 2000-2014



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

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 de agudos las principales causas de hospitalización son las enfermedades del aparato circulatorio (13,9%), aparato digestivo (12,2%) y aparato respiratorio (11,9%). El capítulo relacionado con la atención al embarazo y parto ha perdido peso pasando a cuarto lugar (10,7%), aunque como proceso individual el *parto vaginal sin complicaciones* sigue siendo el más frecuente.

Tabla 4-32 Hospitales de agudos. Número de altas y distribución por grupos diagnósticos, según dependencia del hospital. España 2014

	Total hospitales		Hospitales SNS		Hospitales privados	
	número	%	número	%	número	%
Total	4.375.732	100,0	3.681.787	100,0	693.945	100,0
Enfermedades del sistema circulatorio	575.147	13,1	511.222	13,9	63.925	9,2
Enfermedades del aparato digestivo	539.167	12,3	447.645	12,2	91.522	13,2
Enfermedades del sistema respiratorio	497.767	11,4	437.679	11,9	60.088	8,7
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	465.099	10,6	392.676	10,7	72.423	10,4
Neoplasias	428.923	9,8	376.253	10,2	52.670	7,6
Lesiones y envenenamientos	379.812	8,7	328.338	8,9	51.474	7,4
Enfermedades del sistema genitourinario	311.980	7,1	226.820	6,2	57.668	8,3
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	284.488	6,5	210.208	5,7	101.772	14,7
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	192.115	4,4	156.790	4,3	35.325	5,1
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	109.166	2,5	87.389	2,4	8.188	1,2
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios	95.736	2,2	82.320	2,2	26.846	3,9
Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso	95.577	2,2	81.366	2,2	14.370	2,1
Trastornos mentales	88.336	2,0	80.829	2,2	7.507	1,1
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	79.718	1,8	66.387	1,8	13.331	1,9
Ciertas enfermedades con origen en el período perinatal	62.689	1,4	54.958	1,5	7.731	1,1
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	43.263	1,0	36.082	1,0	4.645	0,7
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	40.727	0,9	34.380	0,9	8.883	1,3
Anomalías congénitas	36.250	0,8	30.169	0,8	6.081	0,9
Enfermedades del ojo y sus anexos	28.080	0,6	22.918	0,6	5.162	0,7
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	21.692	0,5	17.358	0,5	4.334	0,6

Observaciones: los datos están ordenados de mayor a menor peso sobre las altas en todos los hospitales. SNS= Sistema Nacional de Salud.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Registro de actividad de Atención Especializada.

En los hospitales privados los ingresos más frecuentes son los debidos a enfermedades del sistema osteo-muscular y del tejido conectivo (14,7%) seguidos del aparato digestivo (13,2%) y, en tercer lugar la atención al embarazo y parto (10,4%). Por procesos individuales el *parto vaginal sin complicaciones* también como en el caso de los hospitales públicos es el proceso más frecuentemente atendido.

4.3 Atención a la urgencia

4.3.1 Actividad urgente en centro de salud y domicilio

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 directamente por el nivel de atención primaria.

La atención urgente prestada por el nivel de atención primaria se realiza de una parte en los 3.039 centros de salud y 10.055 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 1.977 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 28,1 millones de urgencias, lo que supone una frecuentación media de 0,6 consultas urgentes por persona y año.

Tabla 4-33 Actividad asistencial urgente en atención primaria del SNS, 2013-2015

	Número de consultas	Frecuentación a la urgencia de atención primaria
2013	25.531.865	0,56
2014	26.576.946	0,58
2015	28.142.613	0,61

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

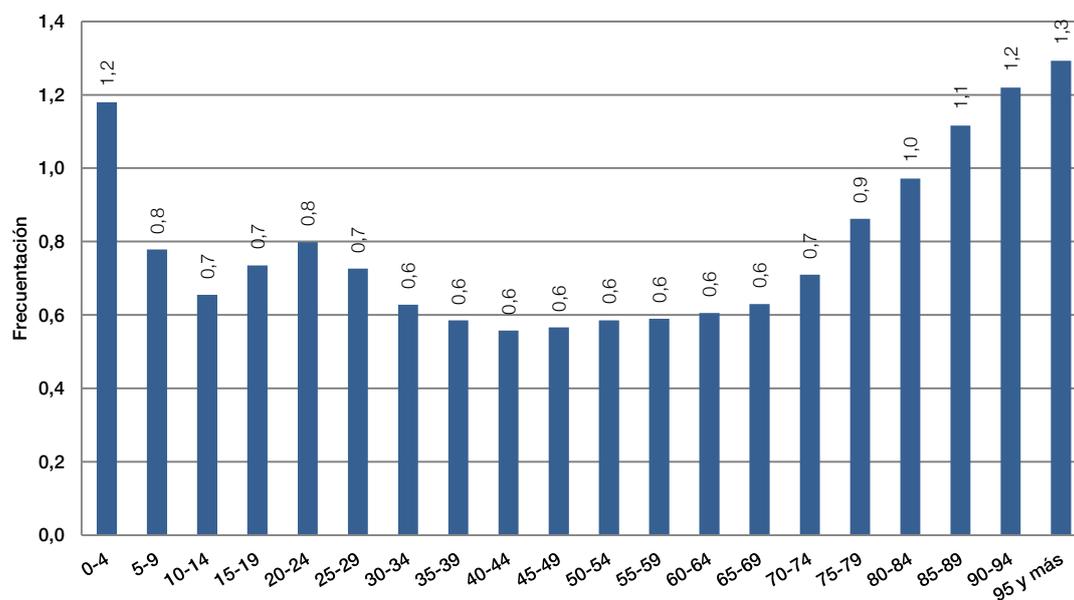
Tabla 4-34 Actividad asistencial urgente en atención primaria del SNS, según comunidad autónoma, 2015

	Número de consultas	Frecuentación a la urgencia de atención primaria
Andalucía	6.512.799	0,8
Aragón	917.200	0,7
Asturias	794.258	0,8
Baleares	685.707	0,6
Canarias	1.500.139	0,8
Cantabria	494.033	0,9
Castilla y León	1.978.071	0,8
Castilla-La Mancha	2.835.582	1,5
Cataluña	3.054.322	0,4
Comunidad Valenciana	2.826.244	0,6
Extremadura	1.505.324	1,4
Galicia	1.443.867	0,5
Madrid	1.184.385	0,2
Murcia	779.991	0,6
Navarra	408.081	0,7
País Vasco	939.895	0,4
La Rioja	216.816	0,7
Ceuta y Melilla	65.899	0,4
SNS	28.142.613	0,6

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

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.

Gráfico 4-11 Frecuentación por grupos de edad a la urgencia de atención primaria del SNS, 2015



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

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

De la actividad domiciliaria, las personas mayores de 65 años son los destinatarios principales con un 74% con respecto al total de domicilios realizados.

4.3.2 Servicios de urgencias y emergencias 112/061

Los centros coordinadores de urgencias y emergencias reciben el año un total de 7,1 millones de demandas sanitarias (solicitudes de carácter sanitario que realiza la población a través de los teléfonos 112/061). Esto equivale a 156 solicitudes por cada 1.000 habitantes y año.

De ellas, el 86,9% (6,2 millones) son incidentes sanitarios, es decir, que requirieron valoración, consejo y/o intervención directa de profesionales sanitarios.

Los 6,2 millones de incidentes sanitarios han producido 4,2 millones de movilizaciones de ambulancias para ser resueltos, con un promedio de 67 ambulancias/100 incidentes (hay que tener en cuenta que un mismo incidente puede dar lugar a la movilización de más de una ambulancia, según lo requiera el tipo de emergencia).

Tabla 4-35 Tasas de demandas sanitarias, incidentes y ambulancias movilizadas según comunidad autónoma, 2015

	Demandas por 1.000 habitantes	Incidentes por 1.000 habitantes	Ambulancias /100 incidentes sanitarios
Andalucía	151	126	94
Aragón	137	108	61
Asturias	301	248	31
Baleares	136	115	71
Canarias	151	143	83
Cantabria	144	129	64
Castilla y León	121	115	82
Castilla-La Mancha	80	80	94
Cataluña	213	184	62
Comunidad Valenciana	104	97	65
Extremadura	57	50	79
Galicia	218	161	66
Madrid	132	126	45
Murcia	194	183	76
Navarra	137	137	50
País Vasco	169	143	59
La Rioja	195	169	51
Ceuta y Melilla	218	141	76
SNS	156	136	67

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Estadística de los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061.

4.3.3 Servicios de urgencias hospitalarios

El número de urgencias atendidas a nivel hospitalario es de 27,6 millones, casi 8 de cada 10 urgencia, lo que supone 21,5 millones, se atienden en los hospitales públicos. La presión de urgencias en los hospitales del SNS está en torno al 64%, con un porcentaje de urgencias ingresadas del 11,3%. Para el total del sistema sanitario (sector público+sector privado) las cifras de presión de urgencias y el porcentaje de urgencias ingresadas es de 56,3% y 10,3% respectivamente.

Tabla 4-36 Indicadores de actividad en los servicios de urgencia hospitalarios según dependencia, 2013 - 2015

	2013		2014		2015(e)	
	Hospitales del SNS	Total hospitales	Hospitales del SNS	Total hospitales	Hospitales del SNS	Total hospitales
Urgencias (miles)	20.516,0	26.297,7	20.851,7	26.974,0	21.542,8	27.628,2
Urgencias /1.000 habitantes	440,4	564,4	448,9	580,7	464,1	595,1
Urgencias ingresadas	11,6%	10,5%	11,5%	10,3%	11,3%	10,3%
Presión de urgencias	63,3%	56,3%	63,2%	55,9%	63,8%	56,3%

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 50% de los hospitales con una cobertura del 60% 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 colaboradoras con la Seguridad Social. Presión de urgencias = ingresos a través del Servicio de Urgencias / ingresos totales X100.

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

Tabla 4-37 Actividad asistencial en los servicios de urgencia hospitalarios según comunidad autónoma, 2014

	Urgencias atendidas	Frecuentación por 1.000 habitantes	% Urgencias atendidas en hospitales del SNS
Andalucía	5.627.794	670,6	74,4
Aragón	729.291	549,0	81,2
Asturias	494.114	468,8	87,8
Baleares	787.664	703,0	57,0
Canarias	1.026.365	484,3	58,2
Cantabria	348.914	595,1	90,4
Castilla y León	1.160.203	466,8	83,4
Castilla-La Mancha	975.892	472,0	87,6
Cataluña	4.542.461	614,1	80,2
Comunidad Valenciana	2.746.752	555,2	79,2
Extremadura	530.855	485,4	87,8
Galicia	1.311.597	478,8	79,4
Madrid	4.094.812	642,4	72,0
Murcia	942.918	644,6	83,0
Navarra	269.899	424,3	89,6
País Vasco	1.123.437	518,9	82,1
La Rioja	138.752	441,7	81,7
Ceuta y Melilla	122.274	725,2	100,0
Total	26.973.944	580,7	77,3

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

4.4 Actividad en los 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 2016 derivada a los CSUR se utilizará para la compensación de dicho fondo en el 2017.

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 4-38 Actividad derivada a los centros, servicios y unidades de referencia desde otras comunidades autónomas, según año de realización de la actividad, 2009-2015

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total 2009- 2015
Nº CSUR designados	68	90	132	132	177	186	219	219
Nº episodios asistenciales trasladados a CSUR	86	330	136	2.403	2.817	3.805	4.798	14.375

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

Tabla 4-39 Coste anual (millones de euros) de la compensación por el Fondo de Cohesión Sanitaria según año de compensación por Fondo de Cohesión Sanitaria, 2009-2016

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total 2009- 2016
Coste en euros (millones)	-	2,6	5,6	3,8	33,4	40,2	45,2	51,6	182,4

Observaciones: El Fondo de Cohesión Sanitaria utiliza como criterio de compensación la actividad del año anterior. La actividad del año 2015 derivada a los CSUR se utiliza para la compensación en el año 2016.

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

Tabla 4-40 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	2009-2015	7	Ingresos	9.336	191	100
			Intervenciones quirúrgicas por quemaduras agudas	12.786	261	70
Reconstrucción pabellón auricular	2009-2015	2	Reconstrucción completa	117	12	10
			Reconstrucción parcial	631	63	50
Glaucoma congénito y glaucoma en la infancia	2009-2015	2	Intervenciones en ≤14 años	779	56	10
			Intervenciones en otros tipos complejos de glaucomas secundarios en ≤14 años	311	22	10
Alteraciones congénitas del desarrollo ocular	2009-2015	1	Cirugías de párpados en ≤14 años	171	24	50
			Enucleaciones y reconstrucciones en ≤14 años de la cavidad orbitaria	70	10	30
Tumores extraoculares en la infancia	2009-2015	3	Pacientes nuevos ≤14 con rhabdomyosarcoma orbitario	24	1	1
Tumores intraoculares en la infancia	2009-2015	4	Pacientes nuevos ≤14 años	336	12	6
Tumores intraoculares del adulto	2009-2015	3	Pacientes nuevos >14 años	2.195	105	25
			Tratamientos de braquiterapia oftálmica en > 14 años	485	23	10
Descompresión orbitaria en oftalmopatía tiroidea	2009-2015	2	Descompresiones orbitarias	364	36	20
Tumores orbitarios	2009-2015	4	Cirugías de tumores de órbita	522	19	15
Retinopatía del prematuro avanzada	2009-2015	1	Vitrectomías en ≤14 años	175	25	40
Reconstrucción superficie ocular compleja. Queratoprótesis	2009-2015	10	Reconstrucciones ojos mediante trasplante de córnea, limbo, membrana amniótica y queratoprótesis	5.480	81	50
Irradiación total con electrones en micosis fungoide	2011-2015	1	Irradiaciones totales con electrones	51	10	3
Tratamiento de tumores germinales con quimioterapia intensiva	2009-2015	1	Pacientes nuevos evaluados por el equipo multidisciplinar para decisión terapéutica	61	9	5
Trasplante renal infantil	2009-2015	6	Trasplantes renales en ≤14 años	290	8	5
Trasplante hepático infantil	2009-2015	4	Trasplantes renales en ≤14 años	337	12	8
Trasplante hepático de vivo adulto	2009-2015	2	Trasplantes hepáticos de vivo	42	3	6
Trasplante pulmonar adulto e infantil	2009-2015	7	Trasplantes pulmonares	1.626	38	15
Trasplante cardiopulmonar de adultos	2009-2015	2	Trasplantes cardiopulmonares en >14 años	16	1	-
Trasplante cardiaco infantil	2009-2015	4	Trasplantes cardiacos en ≤14 años	80	4	-

Trasplante de páncreas	2009-2015	8	Trasplantes páncreas	461	10	6
Trasplantes intestino infantil y adulto	2009-2015	2	Trasplantes intestino en el año	59	4	-
Queratoplastia penetrante en niños	2009-2015	2	Queratoplastias penetrantes en ≤14 años	102	7	5
Trasplantes de progenitores hematopoyéticos alogénico infantil	2010-2015	9	Trasplantes de progenitores hematopoyéticos alogénico en ≤14 años	682	13	3
			Trasplantes de progenitores hematopoyéticos alogénicos adultos e infantiles	1.464	34	10
Trasplante renal cruzado	2011-2015	11	Trasplantes renales de vivo en el año	989	21	5
Osteotomía pélvica en displasias de cadera en el adulto	2010-2015	2	Osteotomías pélvicas en displasias de cadera en >14 años	187	16	15
Tratamiento de las infecciones osteoarticulares resistentes	2010-2015	5	Cirugías complejas en pacientes con infecciones osteoarticulares resistentes	4.849	162	72
Ortopedia infantil	2010-2015	7	Procedimientos complejos de ortopedia infantil en ≤14 años	7.409	190	30
			Procedimientos sencillos de ortopedia infantil en ≤14 años	11.101	285	100
Reimplantes, incluyendo la mano catastrófica	2010-2015	4	Alertas	792	47	40
			Reimplantes y/o revascularizaciones	450	26	15
			Procedimientos de microcirugía	1.650	97	30
Asistencia integral del neonato con cardiopatía congénita y del niño con cardiopatía congénita compleja	2001-2015	6	Procedimientos en ≤18 años	11.425	457	150
			Procedimientos en neonatos (≤30 días)	2.054	82	30
Asistencia integral del adulto con cardiopatía congénita	2001-2015	6	Procedimientos en >14 años	2.359	98	40
			Intervenciones de cirugía cardiaca	13.671	570	450
Cirugía reparadora compleja de válvula mitral	2001-2015	5	Reparaciones de válvula mitral	1.149	50	45
			Reparaciones complejas de válvula mitral	565	25	20
			Intervenciones de cirugía cardiaca	14.943	650	450
Cirugía reparadora del ventrículo izquierdo	2013-2015	2	Procedimientos de remodelado ventricular izquierdo	36	6	10
			Intervenciones de cirugía cardiaca	3.525	588	450
			Reparaciones de válvula mitral	251	42	20
			Intervenciones de cirugía coronaria	1.249	208	150
Cardiopatías familiares (incluye miocardiopatía hipertrófica)	2011-2015	8	Pacientes nuevos diagnosticados con cardiopatías familiares	4.505	129	75
			Familiares evaluados	10.617	303	150
Cirugía del plexo braquial	2013-2015	5	Cirugías del plexo braquial	584	39	10
			Cirugías en nervios periféricos	1.716	114	40
Epilepsia refractaria	2011-2015	8	Cirugías de epilepsia refractaria	1.132	37	15

Cirugía de los trastornos del movimiento	2013-2015	6	Intervenciones quirúrgicas de estimulación cerebral profunda y/o lesiones ablativas en pacientes con trastornos del movimiento	1.050	58	25
Neuromodulación cerebral del dolor neuropático refractario	2011-2015	2	Procedimientos quirúrgicos de neuromodulación cerebral en pacientes con dolor neuropático refractario	86	9	5
Ataxias y paraplejas hereditarias	2011-2015	7	Pacientes nuevos con ataxias y paraplejas hereditarias	1.130	42	30
			Pacientes con ataxias y paraplejas hereditarias en seguimiento	5.630	209	100
Esclerosis múltiple	2013-2015	12	Pacientes con esclerosis múltiple	60.586	1.782	500
Atención al lesionado medular complejo	2013-2015	2	Pacientes ingresados	1.249	208	100
			Pacientes ≤18 años ingresados	86	14	5
			Pacientes tetraplégicos ingresados	505	84	30
			Pacientes tetraplégicos ingresados que precisaron soporte ventilatorio mecánico prolongado	131	22	10
			Pacientes incluidos en programa de reeducación de actividades de la vida diaria	1.020	170	40
			Pacientes incluidos en programa de adaptación domiciliar	956	159	40
			Pacientes a los que se ha adaptado el respirador portátil a la silla de ruedas	46	8	5
			Pacientes con soporte ventilatorio mecánico prolongado a los que se ha retirado el respirador	68	11	5
			Estudios de urodinamia	6.536	1.089	100
			Intervenciones quirúrgicas en pacientes con complicaciones vejiga neurógena	300	50	30
			Pacientes atendidos en sistemas robotizados de marcha asistida	273	46	40
			Estudios cinemáticos y/o cinéticos de la marcha	202	34	15
			Estudios de análisis de la distribución de las presiones entre el usuario y el cojín	649	108	35
			Pacientes atendidos en programa de tratamiento del dolor	451	75	20
			Dispositivos de perfusión continua intratecal de fármacos implantados	59	10	4
			Intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de úlceras por presión	490	82	20
			Pacientes para valoración o tratamiento de las alteraciones de la voz y la deglución	246	41	20
			Intervenciones quirúrgicas de cirugía ortopédica	331	55	20
			Pacientes en seguimiento psicológico	1.616	269	100

			y/o psiquiátrico			
			Pacientes atendidos en programa de rehabilitación psico-sexual	305	51	20
			Pacientes atendidos por disfunción eréctil, disfunción eyaculatoria o evaluación seminal	635	106	20
Neurocirugía pediátrica compleja	2013-2015	5	Procedimientos neuroquirúrgicos pediátricos en ≤14 años complejos	987	66	15
			Procedimientos neuroquirúrgicos pediátricos en ≤14 años no complejos	2.391	159	150
			Cirugías por craneosinostosis, excepto sindrómicas	319	21	15
			Cirugías por tumores cerebrales no complejos	175	12	15
			Cirugías de patología de líquido cefalorraquídeo	1.081	72	20
			Procedimientos espinales	160	11	15
Atención de la patología vascular raquimedular	2013-2015	4	Cateterismos selectivos medulares	111	11	5
			Procedimientos quirúrgicos intramedulares realizados a pacientes con patología vascular raquimedular	23	2	5

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

4.5 Donación y trasplante de órganos

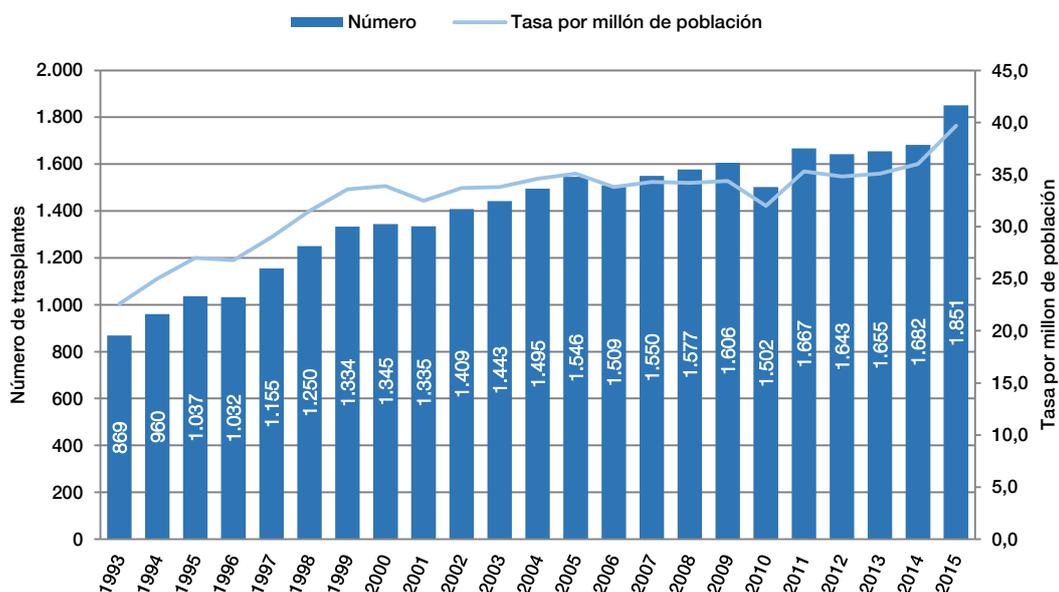
4.5.1 Trasplante de órganos sólidos

La tasa de donantes por millón de población se sitúa en 39,7⁶³, lo que supone, en valores absolutos, 1.851 donantes de órganos. La edad media de los donantes es de 60,0 años, siguiendo la tendencia ascendente de años anteriores, el grupo de mayores de 45 años ha pasado de ser un 59,5% en el año 2000 a un 84,2% en 2015. La distribución por sexo se mantiene similar a años previos, aproximadamente el 59% 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 65,1%; los donantes fallecidos por traumatismo craneoencefálico secundario a accidente de tráfico suponen actualmente solo un 4,2% de los donantes, cuando en 1992 ascendían al 43,0%.

⁶³Las tasas poblacionales están calculadas según las cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1-1-15 (Real Decreto 1079/2015, de 27 de noviembre de 2015).

Gráfico 4-12 Evolución del número y tasa anual por millón de población de los donantes de órganos, 1993-2015



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 17% de los donantes totales (314 de 1.851).

Tabla 4-41 Distribución por comunidad autónoma de los trasplantes realizados, 2015

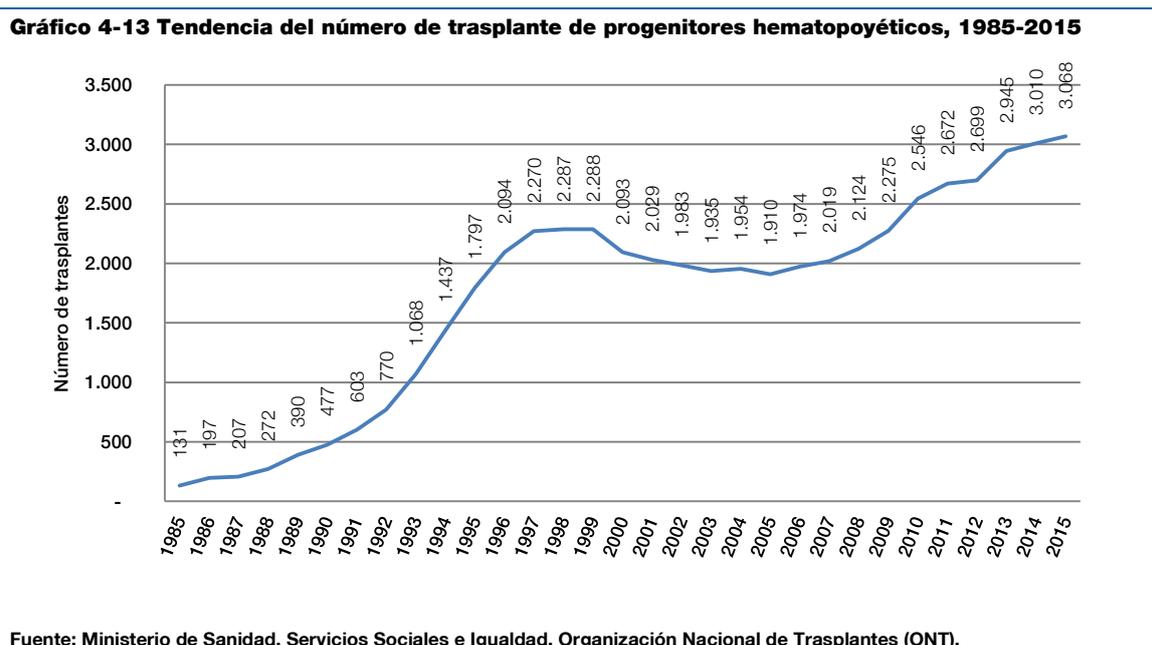
	Riñón	Hígado	Corazón	Pulmón	Páncreas	Intestino
Andalucía	453	208	41	35	24	-
Aragón	78	33	7	-	-	-
Asturias	52	22	12	-	-	-
Baleares	52	-	-	-	-	-
Canarias	123	33	-	-	7	-
Cantabria	55	27	21	48	6	-
Castilla y León	111	45	10	-	7	-
Castilla-La Mancha	90	-	-	-	-	-
Cataluña	647	161	66	58	22	-
C. Valenciana	281	143	27	35	5	-
Extremadura	53	30	-	-	-	-
Galicia	168	94	25	47	4	-
Madrid	450	201	73	71	20	12
Murcia	68	60	11	-	2	-
Navarra	49	24	6	-	-	-
País Vasco	159	81	-	-	-	-
La Rioja	16	-	-	-	-	-
Total	2.905	1.162	299	294	97	12

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

4.5.2 Trasplante de progenitores hematopoyéticos

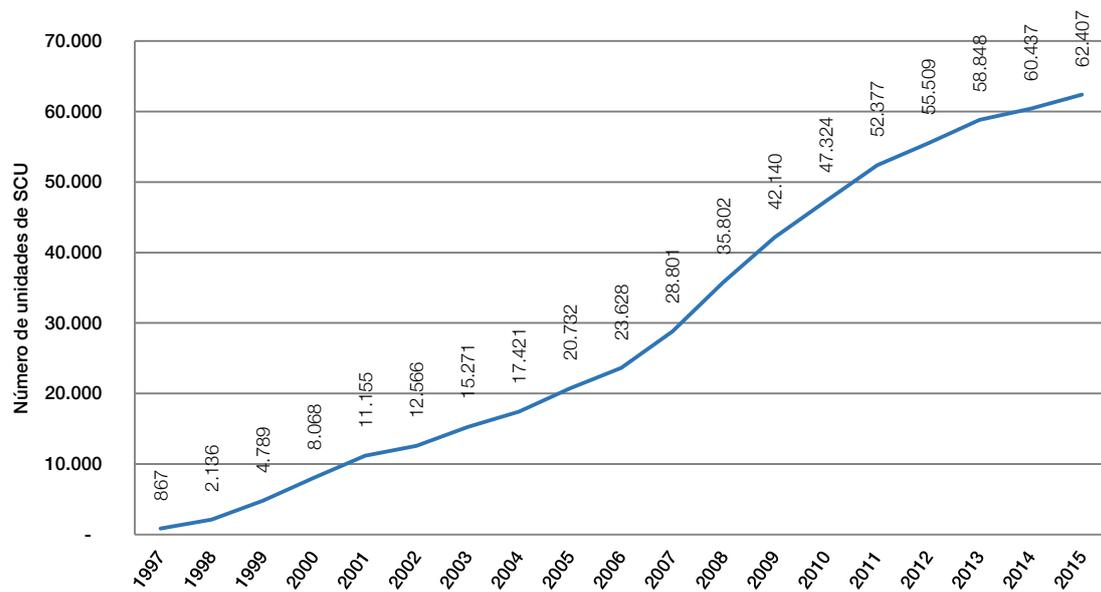
El Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH) procedentes de sangre del cordón umbilical (SCU), células madre de sangre periférica y médula ósea se ha convertido en una terapéutica consolidada, siendo de especial interés el TPH alogénico de Donante No Emparentado (DNE).

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.



Cada año se realizan alrededor de 3.000 TPH (3.068 en 2015), 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 4-14 Evolución del número de unidades de sangre del cordón umbilical, 1997-2015



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

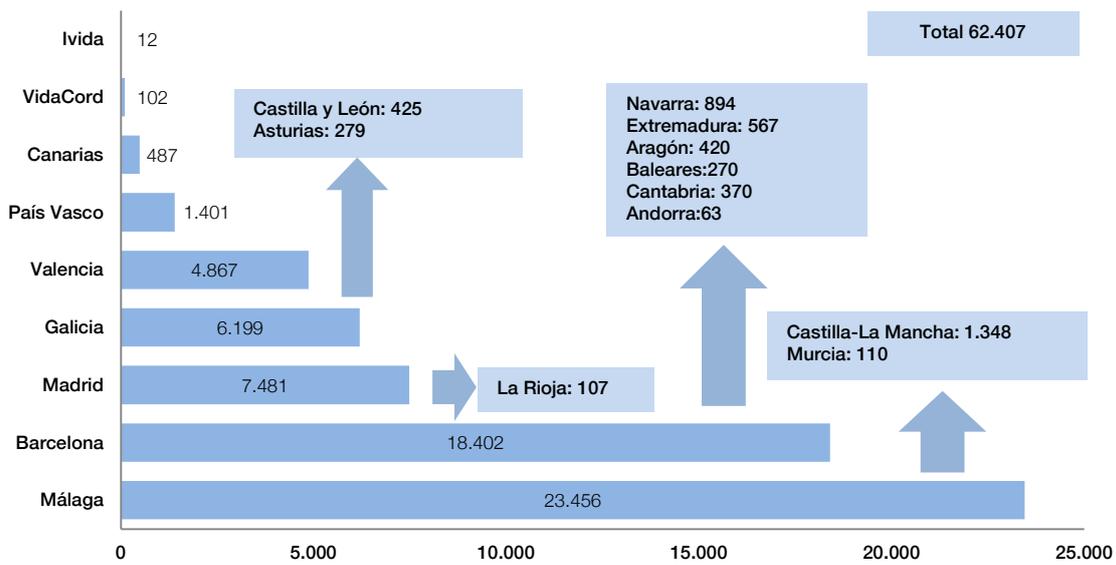
El Plan Nacional de SCU se inició en 2008 y en 2015 se han alcanzado 62.407 unidades de alta calidad almacenadas en los bancos públicos de España.

España en el segundo país en números absolutos de almacenamiento de SCU, el 11,0% 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 2.000 unidades de SCU se han empleado hasta ahora en el tratamiento de pacientes que necesitaban un TPH.

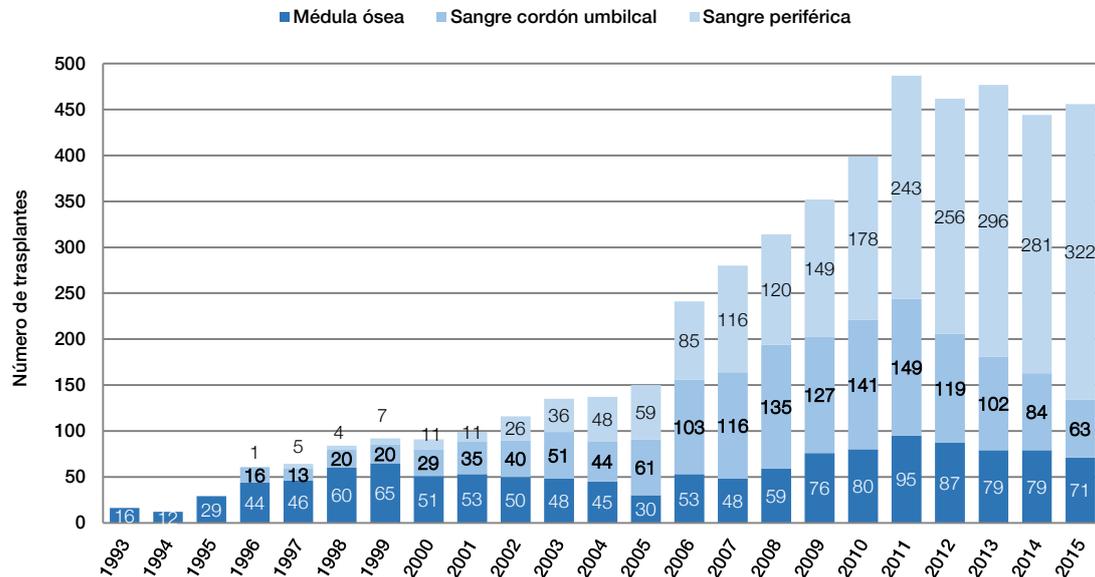
A finales del 2015 existían en el Registro Español de Donantes de Médula Ósea (REDMO) un total de 200.678 donantes registrados.

Gráfico 4-15 Distribución de las unidades de sangre del cordón umbilical almacenadas, 2015



Observaciones: Ivída 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 4-16 Tendencia de la fuente de progenitores en el trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénico no emparentado, 1993-2015



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

4.6 Medicina transfusional

La red transfusional⁶⁴ cuenta con 20 centros de transfusión y 400 servicios de transfusión, donde se registran más de 1,7 millones de donaciones voluntarias y altruistas, que supone un índice de donación de 36,9 donaciones por 1.000 habitantes.

En los últimos 30 años el índice de donación por 1.000 habitantes se ha incrementado en 16,9 puntos, pasando de 20,0 a 36,9 por 1.000 habitantes.

Andalucía	33,5
Aragón	32,6
Asturias	42,6
Baleares	33,6
Canarias	30,0
Cantabria	40,2
Castilla y León	43,0
Castilla-La Mancha	36,1
Cataluña	34,7
Comunidad Valenciana	36,3
Extremadura	45,6
Galicia	40,5
Madrid	40,7
Murcia	34,8
Navarra	41,3
País Vasco	41,2
La Rioja	33,0
España	36,9

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

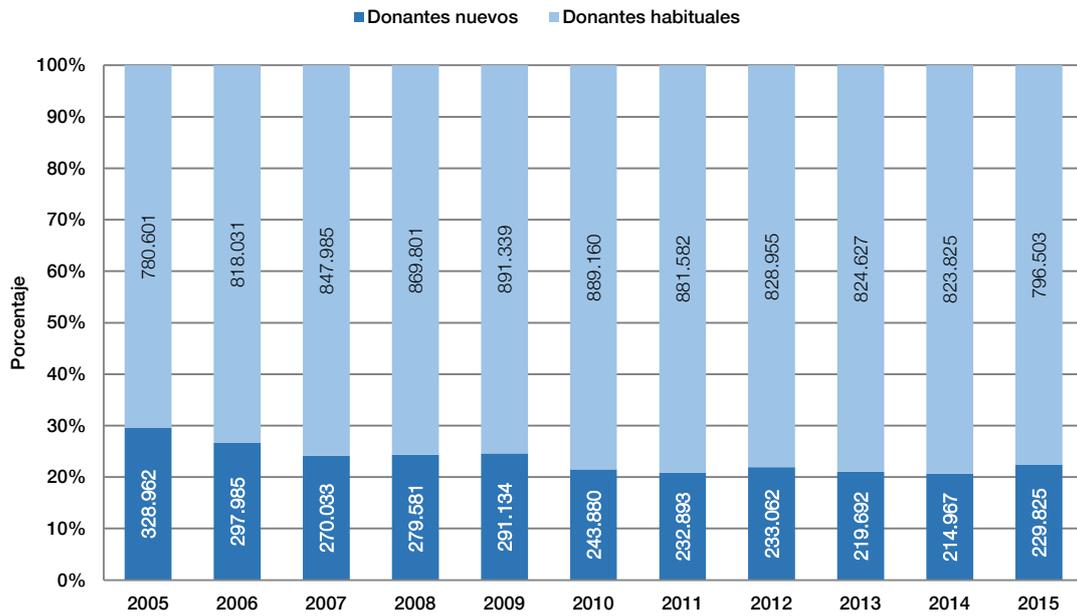
Estas donaciones proceden del acto solidario realizado por 1.026.328 donantes de sangre, que permiten mantener la autosuficiencia del país en componentes sanguíneos. En España, la donación es siempre voluntaria y no remunerada⁶⁵.

El número de donaciones ha hecho posible la transfusión de 1.900.000 de componentes y el envío a la industria de 373.055 litros de plasma para elaboración de derivados plasmáticos (factores de coagulación, inmunoglobulinas, albúmina).

⁶⁴ 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.

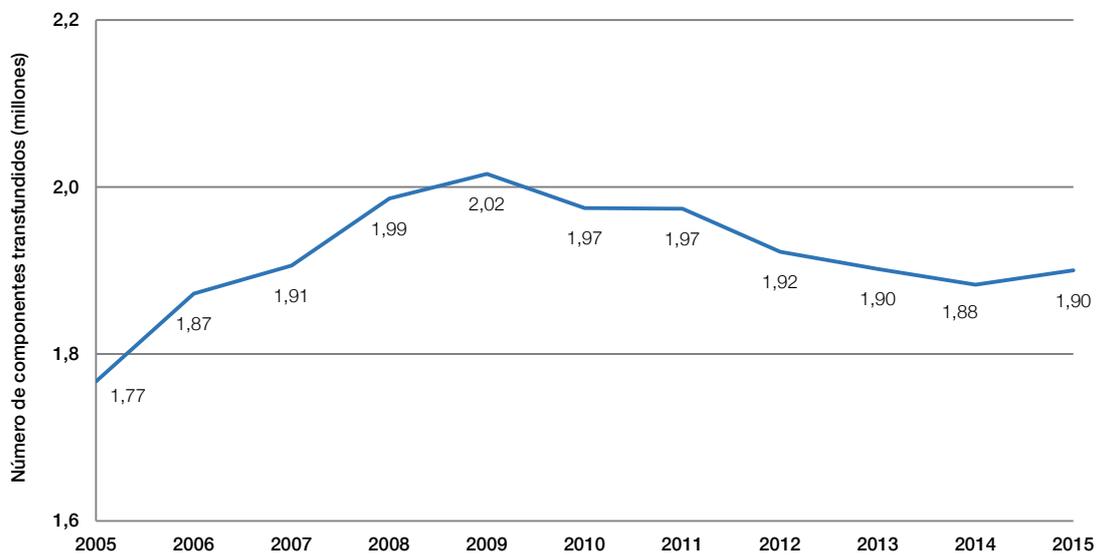
⁶⁵ Artículo 4 del RD 1088/2005 de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión.

Gráfico 4-17 Evolución de la proporción y número de donantes de sangre según sean nuevos o habituales, 2005-2015



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

Gráfico 4-18 Evolución del número (millones) de componentes sanguíneos transfundidos, 2005-2015



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

4.7 Calidad de los servicios sanitarios

De entre los posibles indicadores sobre calidad de los cuidados se han seleccionado, por niveles asistenciales, unos cuantos de los que se encuentran disponibles en el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud⁶⁶.

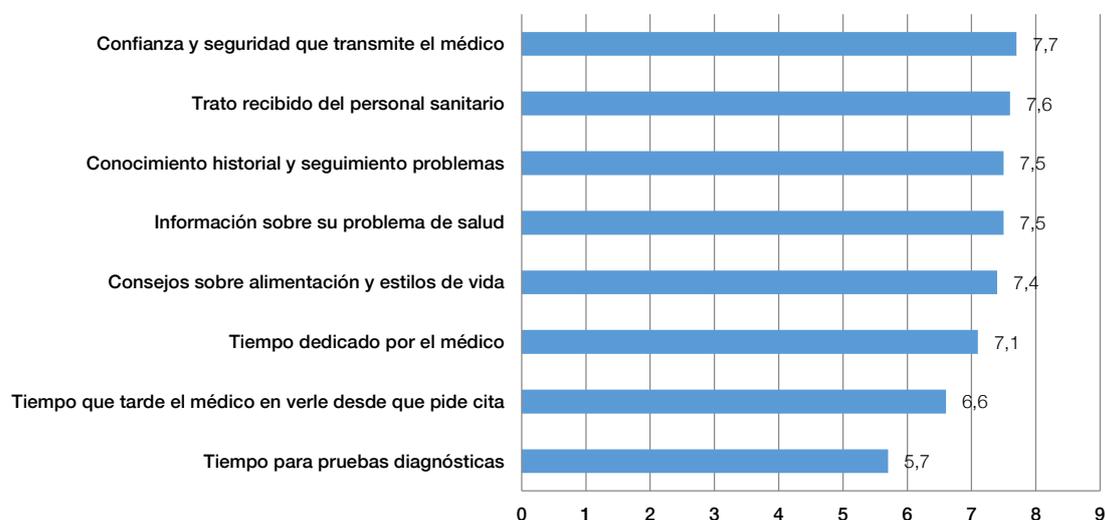
4.7.1 Atención Primaria

4.7.1.1 Calidad percibida

Un notable (7,3) es la valoración media que otorgan los ciudadanos⁶⁷ a las consultas médicas de la atención primaria pública, con independencia de que sea por experiencia propia o por la idea que tienen de las mismas.

Por experiencia personal o por la idea que tienen de los servicios de atención primaria pública, los ciudadanos le dan la puntuación más alta a *la confianza y seguridad que transmite el médico* (7,7), al *trato recibido del personal sanitario* (7,6) y al *conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud y a la información recibida sobre su problema de salud* (ambos con 7,5). Lo menos valorado (5,7) es *el tiempo que se tarda en hacer las pruebas diagnósticas*.

Gráfico 4-19 Valoración de los ciudadanos de diversos aspectos de la atención prestada en las consultas de médico de familia y pediatra de la sanidad pública, 2015



Observaciones: Escala 1 *totalmente satisfecho* a 10 *totalmente insatisfecho*. Datos ordenados de mayor a menor puntuación.

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

⁶⁶ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal Estadístico del SNS <https://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>

⁶⁷ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario 2015. En la escala utilizada en la respuesta el 1 significa *totalmente insatisfactorio* y el 10 *totalmente satisfactorio*.

De los que han acudido a las consultas del médico de familia del SNS, el 86,3% consideran que la atención recibida es *muy buena o buena*, un 13,1% la consideran *regular, mala o muy mala*. Respecto a sus expectativas, para el 70,4% la atención ha sido *más o menos igual* de la que esperaban, para el 22,3% ha sido *mucho mejor o mejor* y el 6,6% considera que ha sido *peor o mucho peor* de lo esperado. El 77,1% dice que pudo participar en las decisiones sobre su problema de salud y tratamiento y el 86,6% afirma que el médico le dio la oportunidad de hacer preguntas o plantear preocupaciones.

4.7.1.2 Demoras en la cita con el médico de familia

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, alrededor de 4 manifiestan que *siempre o casi siempre* se les facilita cita con el médico de familia para el mismo día en que la solicitan.

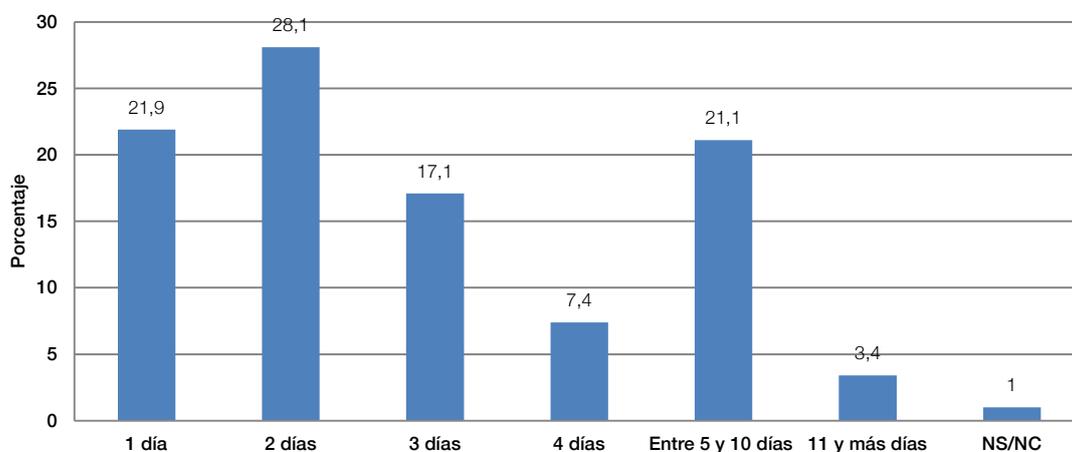
Tabla 4-43 Citación con el médico de familia, 2011-2015

Cuando pide cita con el médico de centro de salud para ir el mismo día, ¿se la dan...?					
	2011	2012	2013	2014	2015
Siempre + casi siempre (%)	39,5	39,2	40,5	36,0	35,9
Casi nunca + nunca (%)	58,4	58,8	57,5	62,3	61,8
NS / NC (%)	2,1	2,0	2,0	1,7	2,3

Observaciones: NS/NC no sabe/no contesta.
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

Entre los que acudieron al médico de cabecera de la sanidad pública y *casi nunca o nunca* les suele coincidir la cita en el centro de salud con el día que la solicitan, situación que le sucede a algo más de 6 de cada 10 personas, esperan una media de 3,6 días para recibir la asistencia solicitada.

Gráfico 4-20 Proporción de pacientes según días de demora en la última vez que pidieron cita con el médico de familia, 2015.



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 72,7%, aunque solo un 48,5% la utiliza y está valorada con 8,4 puntos en una escala de 0 a 10.

Tabla 4-44 Conocimiento, uso y valoración de la cita por internet para la consulta del médico de familia según comunidad autónoma, 2015

	Conoce%	Utiliza%	Valora (0-10)
Andalucía	82,2	61,3	8,8
Aragón	65,0	51,3	9,2
Asturias	53,9	27,9	8,1
Baleares	61,8	36,0	7,4
Canarias	44,5	36,2	8,8
Cantabria	70,2,1	29,1	9,1
Castilla y León	34,5	31,6	8,2
Castilla-La Mancha	75,7	62,0	8,6
Cataluña	72,3	43,8	7,8
Comunidad Valenciana	83,3	42,5	8,3
Extremadura	68,2	44,3	8,6
Galicia	80,6	48,2	8,0
Madrid	80,0	51,6	8,0
Murcia	87,7	58,4	9,7
Navarra	49,9	26,0	8,1
País Vasco	73,0	32,7	7,9
La Rioja	76,7	59,3	7,9
Ceuta	32,7	-	-
Melilla	21,0	-	-
España	72,7	48,5	8,4

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.

4.7.1.3 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 el conjunto de la atención sin ingreso (incluyendo el papel del especialista monográfico), mostrará una menor prevalencia de hospitalización de estas patologías.

El 9% 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 (8,2% en 2010) en valores superiores al 8%.

Tabla 4-45 Hospitalización potencialmente evitable en hospitales de agudos del SNS, 2014

	% sobre total de altas
Total	9,0
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1,9
Insuficiencia cardiaca congestiva	3,3
Hipertensión arterial	0,2
Neumonía	2,2
Infección del tracto urinario	1,5

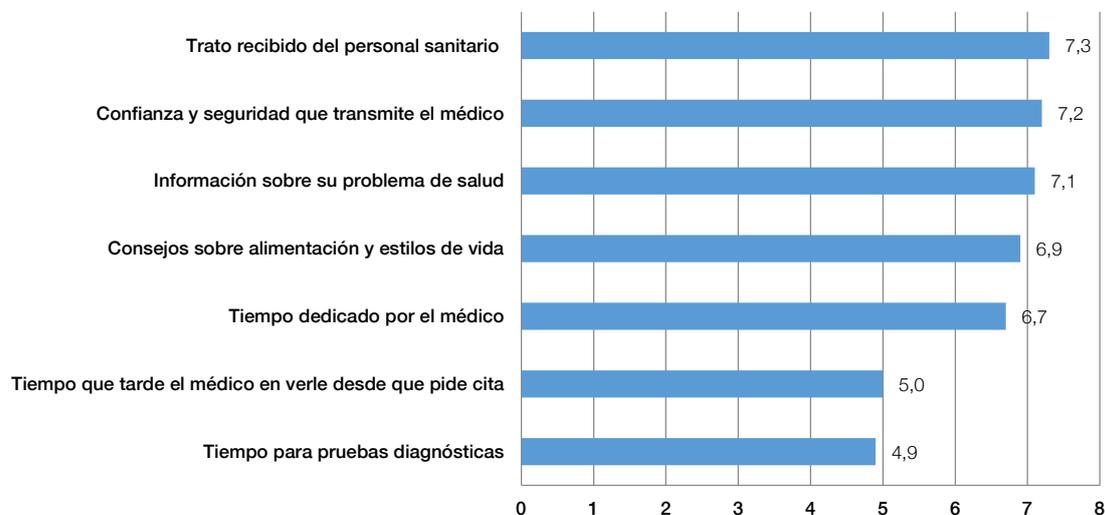
Fuente. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Registro de altas CMBD de hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud, iCMBD.

4.7.2 Atención Especializada

4.7.2.1 Calidad percibida

Respecto a las consultas de especialistas de la sanidad pública, los ciudadanos las valoran de manera general con una nota media de 6,7. El *trato recibido del personal sanitario* es el aspecto más valorado (7,3) y suspenso con 4,9 el *tiempo que se tarda con las pruebas diagnósticas*.

Gráfico 4-21 Valoración de los ciudadanos de diversos aspectos de la atención prestada en las consultas de especialistas de la sanidad pública, 2015

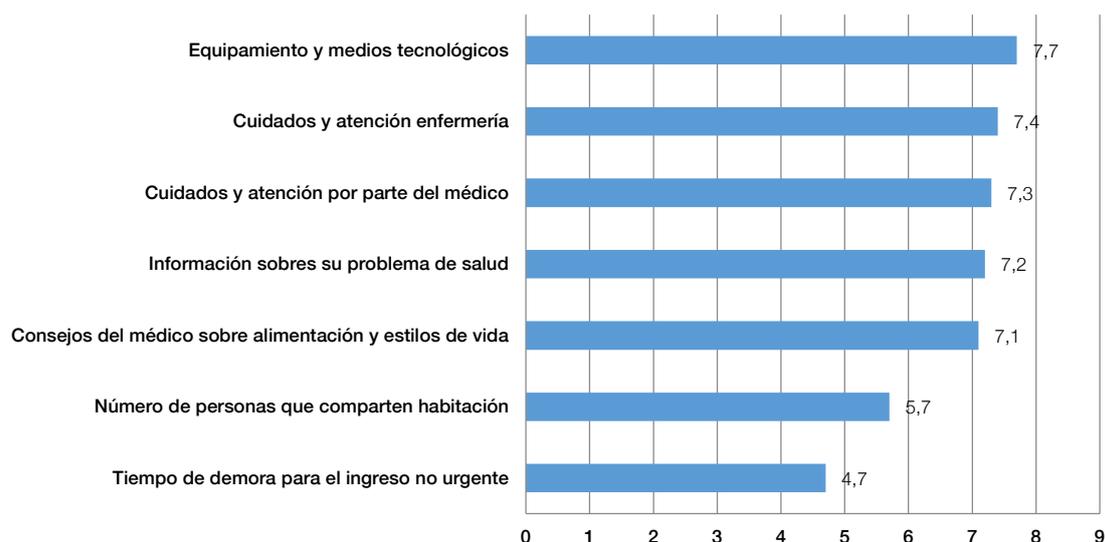


Observaciones: Escala 1 *totalmente satisfecho* a 10 *totalmente insatisfecho*. Datos ordenados de mayor a menor puntuación.

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

De los que han acudido a las consultas, el 82,2% considera que la atención recibida es *muy buena o buena* y un 15,2% la consideran *regular mala o muy mala*. Respecto a sus expectativas, para el 63,0% la atención ha sido *más o menos igual* de la que esperaban, para el 24,3% ha sido *mucho mejor o mejor* y el 9,6% considera que ha sido *peor o mucho peor* de lo esperado. El 70,4% dice que pudo participar en las decisiones sobre su problema de salud y tratamiento y el 84,8% afirma que el médico le dio la oportunidad de hacer preguntas o plantear preocupaciones.

Gráfico 4-22 Valoración de los ciudadanos de diversos aspectos de la atención prestada en los hospitales de la sanidad pública, 2015



Observaciones: Escala 1 *totalmente satisfecho* a 10 *totalmente insatisfecho*. Datos ordenados de mayor a menor puntuación.

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

En cuanto al ingreso y la asistencia en los hospitales públicos, los ciudadanos otorgan una valoración media de 6,6. Por su experiencia personal o por la idea que tienen consideran *el equipamiento y medios tecnológicos existentes en los hospitales* el aspecto mejor valorado (7,7) y *el tiempo que se tarda para un ingreso no urgente* el peor valorado con un suspenso (4,7).

De los que han sido ingresados en un hospital público, el 88,3% considera que la atención recibida es *muy buena o buena* y un 10,0% la consideran *regular mala o muy mala*. Respecto a sus expectativas, para el 54,0% la atención ha sido *más o menos igual* de la que esperaban, para el 37,0% ha sido *mucho mejor o mejor* y el 6,5% considera que ha sido *peor o mucho peor* de lo esperado. El 60,0% dice que pudo participar en las decisiones sobre su problema de salud y tratamiento y el 75,6% afirma que durante su estancia en el hospital le asignaron un médico responsable al que acudir para cualquier cosa relacionada con su problema de salud.

4.7.2.2 Lista de espera en cirugía programada y consultas externas

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, a 31 de diciembre de 2015 la tasa de pacientes en lista de espera estructural⁶⁸ es de 12,2 pacientes por 1.000 habitantes. La cifra de pacientes que esperan más de 6 meses se sitúa en 10,6% y el tiempo medio de espera es de 89 días para el conjunto de pacientes, lo que supone 2 días más que a 31 de diciembre de 2014.

Tabla 4-46 Situación de la lista de espera quirúrgica en el SNS. Distribución por especialidades, 2015

Especialidades	Pacientes en espera estructural	Pacientes por 1.000 hab.	% > de 6 meses	Tiempo medio de espera (días)
Neurocirugía	10.437	0,2	24.5	160
Cirugía Plástica	15.583	0,3	19.5	135
Traumatología	149.159	3,3	16.7	112
Cirugía Pediátrica	15.279	0,3	13.8	105
Angiología /Cir. Vascular	13.824	0,3	9.4	88
Cirugía Maxilofacial	8.577	0,2	11.4	98
Cirugía General / Digestivo	100.298	2,2	9.5	84
Otorrinolaringología (ORL)	37.891	0,8	10.9	85
Cirugía Torácica	1.447	0,0	5.5	55
Cirugía Cardíaca	3.496	0,1	3.2	70
Oftalmología	116.548	2,6	4.5	69
Urología	38.139	0,9	7.7	75
Ginecología	22.047	0,5	3.4	60
Dermatología	16.705	0,4	2.3	54
TOTAL	549.424	12.2	10.6	89

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).

⁶⁸ Paciente en situación de ser intervenidos quirúrgicamente de manera no urgente pero cuya espera es atribuible a los recursos disponibles y a la organización.

Tabla 4-47 Evolución de la lista de espera quirúrgica en el SNS, 2004-2015

	% de pacientes con espera > de 6 meses	Tiempo medio de espera (días)
Diciembre 2004	8,4	78
Diciembre 2005	8,5	83
Diciembre 2006	7,1	70
Diciembre 2007	7,4	74
Diciembre 2008	6,7	71
Diciembre 2009	5,7	67
Diciembre 2010	5,4	65
Diciembre 2011	9,9	73
Diciembre 2012	16,5	100
Diciembre 2013	14,0	98
Diciembre 2014	9,3	87
Diciembre 2015	10,6	89

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 ciudadanos⁶⁹ que creen que en el último año el problema de las listas de espera ha empeorado o sigue igual es del 75,5%.

La opinión mayoritaria de los ciudadanos considera que el criterio clínico (86,8%), 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 4-48 Circunstancias para establecer el orden de la lista de espera quirúrgica, 2015

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?	
	2015
El criterio médico de prioridad o gravedad	86,8
Que el problema de salud repercute en la autonomía del paciente para su propio cuidado	34,5
La fecha de entrada de los pacientes en la lista de espera	31,7
Que el problema de salud del paciente le impida trabajar	25,1
Que el problema de salud del paciente repercute en el cuidado de las personas a su cargo	23,0
NS/NC	3,9

Observaciones: Máximo 3 respuestas. NS/NC = No sabe / No contesta.

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

La tasa de pacientes pendientes de una primera consulta en especialidades básicas se sitúa, en diciembre de 2015, en 43,4 por 1.000 habitantes, con un tiempo medio de espera de 65 días, lo que supone una disminución de 7 días respecto a diciembre de 2014.

⁶⁹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario, 2015. En general ¿cree Ud. que durante los últimos doce meses, el problema de las listas de espera...? *Ha mejorado* (9,6%), *Ha empeorado* (33,3%), *Sigue igual* (42,2%), *No sabe/No contesta* (15,0%).

Tabla 4-49 Situación de la lista de espera de consultas externas en el SNS según especialidades básicas, 2015

	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	2.7	42.5	58
Oftalmología	7.2	47.2	68
Neurología	1.9	42.8	57
Traumatología	7.5	53.4	61
Digestivo	2.5	43.9	59
Dermatología	5.4	44.6	58
Cardiología	1.5	35.8	49
Urología	1.7	38.8	47
Cirugía General y Ap. Digestivo	1.5	23.3	45
O.R.L.	2.6	27.9	44
Total	43.4	42.4	58

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 4-50 Evolución de la lista de espera de consultas externas en el SNS, 2007-2015

	Pacientes por 1.000 hab.	% pacientes con cita > de 60 días	Tiempo medio de espera (días)
Diciembre 2007	39,3	34	58
Diciembre 2008	37,5	37	59
Diciembre 2009	40,2	37	59
Diciembre 2010	33,0	35	53
Diciembre 2011	36,1	38	58
Diciembre 2012	42,2	36	59
Diciembre 2013	39,0	39	67
Diciembre 2014	39,4	39	65
Diciembre 2015	43.4	42	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).

4.7.2.3 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 0,05 fracturas de cadera en pacientes ingresados por cada 100 altas hospitalarias, con una tendencia muy estable en torno a ese valor.

4.7.2.4 Mortalidad intrahospitalaria en procesos relevantes: infarto agudo de miocardio e ictus

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 2014 las muertes post-infarto agudo de miocardio en 7,1 por cada 100 altas con diagnóstico de infarto agudo de miocardio, La mortalidad posterior a ictus hemorrágico en 26,4 y la posterior a ictus isquémico en 10,3 por cada 100 altas con esos diagnósticos. La tendencia es claramente descendente en los tres indicadores si comparamos el año 2014 con el 2005.

Tabla 4-51 Tendencia de la mortalidad posterior a infarto agudo de miocardio e ictus en SNS, 2005-2014

	Mortalidad posterior a infarto agudo de miocardio	Mortalidad posterior a ictus hemorrágico	Mortalidad posterior a ictus isquémico
2014	7,1%	26,4%	10,3%
2005	10,1%	29,4%	12,0%

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

4.7.3 Buenas prácticas en el Sistema Nacional de Salud

La recogida de buenas prácticas se enmarca en los principios de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS). En dicha ley se establece que la mejora de la calidad del sistema sanitario en su conjunto debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias públicas y privadas. Asimismo se concretan los elementos que configuran la que se denomina Infraestructura de la Calidad, que comprende normas de calidad y seguridad, indicadores, guías de práctica clínica y registros de buenas prácticas y de acontecimientos adversos. También se establece la necesidad de crear un registro de Buenas Prácticas (BBPP), que ofrezcan una innovación o una forma de prestar un servicio mejor que las prácticas actuales.

En el Real Decreto-ley 16/2012, de 29 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, se expresa el deseo de abordar reformas en el Sistema Sanitario para su sostenibilidad, no solo mediante normas, sino también impulsando buenas prácticas y poniendo en común experiencias, siempre con base en el diálogo y contando con la colaboración de las comunidades autónomas y de cuantas asociaciones y entidades actúan en este ámbito.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad inició en 2012, en colaboración con la Comisión contra la Violencia de Género (VG) del Consejo Interterritorial del SNS y con los Comités de las Estrategias en Salud, un proceso común sistematizado para la identificación, recogida, aprobación y difusión de BBPP.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), desde la Comisión contra la violencia de género y sus grupos de trabajo técnico donde están representadas todas las comunidades autónomas, adaptó tanto la definición genérica de buenas prácticas como los 14 criterios comunes de calidad: adecuación, pertinencia, evaluación, basado en el mejor conocimiento científico disponible, efectividad, transferencia, aspectos éticos, participación, equidad, intersectorialidad, enfoque de género, innovación, eficiencia, sostenibilidad.

Estos criterios han sido elaborados y consensuados por la Subdirección General de Calidad y Cohesión junto con el desarrollo de herramientas metodológicas específicas necesarias: ficha de recogida de datos de las candidaturas, check-list para la evaluación de los 14 criterios de calidad en cada una de ellas y el sistema de baremación o puntuación.

Tras el pilotaje realizado en 2012 con la recogida y evaluación de BBPP frente a la violencia de género, en 2013 se realizó la convocatoria de recogida de buenas prácticas en el Sistema Nacional de Salud dirigida tanto a actuaciones sanitarias frente a la violencia de género como la recogida de buenas prácticas en relación con la Estrategia en Enfermedades Raras del SNS, coincidiendo con el Año Español de las Enfermedades Raras. En la convocatoria de 2013 se identificaron 10 buenas prácticas frente a la violencia de género y 8 buenas prácticas en relación con la Estrategia en Enfermedades Raras.

La convocatoria de Buenas Prácticas se ha seguido realizando en 2014 y 2015, extendiéndose a otras 8 estrategias del SNS (atención al parto y salud reproductiva, cáncer, cardiopatía isquémica, cuidados paliativos, diabetes, EPOC, enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas, promoción y prevención). Por tanto, en el momento actual, son 225 buenas prácticas (BBPP) en el marco de 10 estrategias del SNS, las que constituyen el correspondiente catálogo de BBPP del SNS⁷⁰.

⁷⁰ Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/BBPP.htm>.

5 Ordenación Profesional y Formación Continuada

5.1 Formación Sanitaria Especializada

5.1.1 El Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud

Durante 2015 se ha renovado el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS), órgano asesor y científico en materia de formación especializada en Ciencias de la Salud de los Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y de Educación, Cultura y Deporte.

Las funciones de este Consejo son:

1. Informar los programas formativos de las especialidades en Ciencias de la Salud y Áreas de Capacitación Especializada.
2. Informar la oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada (FSE).
3. Proponer las competencias de carácter genérico o transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud
4. Informar sobre los vocales de las Comisiones Delegadas de Tronco.
5. Hacer seguimiento de la implantación, desarrollo y otras cuestiones derivadas de la incorporación de criterios de troncalidad a la FSE.
6. Elaborar los informes propuesta de los proyectos normativos de las carteras de Sanidad y Educación que se requieran.
7. Proponer el reglamento interno del propio consejo

El CNECS ha elegido a la Comisión Permanente formada por 11 vocales.

5.1.2 Oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada de la convocatoria 2015/16

El número de plazas de Formación Sanitaria Especializada de la convocatoria 2015/16⁷¹ asciende a 7.501 plazas, lo que supone una variación del 0,1% respecto a la convocatoria previa. Por primera vez, la oferta se publica en una Orden de convocatoria única para todas las titulaciones y, para 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. La reserva de plazas para personas con discapacidad se mantiene en el 7%

⁷¹ Orden SSI/1892/2015, de 10 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2015 para el acceso en el año 2016, 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. <https://www.boe.es/boe/dias/2015/09/18/pdfs/BOE-A-2015-10053.pdf>.

para todas las titulaciones, con un total de 525 plazas. El cupo para ciudadanos extracomunitarios se limita al 4% en medicina, 3% en farmacia y 2% en enfermería. Todas las plazas ofertadas responden al sistema formativo de residencia⁷², lo que explica la reducción en la oferta de la titulación de Farmacia.

Tabla 5-1 Evolución de la oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada, 2009-2015

	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16	% variación
								2015/16– 2014/13
Medicina	6.948	6.874	6.707	6.389	6.145	6.079	6.098	0,3%
Farmacia	304	298	309	273	278	264	218	-17,4%
Química	31	20	19	22	12	15	20	33,3%
Biología	39	41	52	39	43	30	36	20,0%
Psicología	131	136	141	128	130	127	129	1,6%
Radiofísica	34	34	34	31	29	30	32	6,7%
Enfermería	611	848	1.002	963	955	950	968	1,9%
Total	8.098	8.251	8.264	7.845	7.784	7.495	7.501	0,1%

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

5.1.3 Especialistas en formación

En el año 2015 se mantienen en formación 28.749 especialistas de 57 especialidades en Ciencias de la Salud, un 2,7% menos que en 2014. En la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria se forman 6.255 residentes (25% de los 24.988 especialistas en formación de la titulación de Medicina), siendo la especialidad con más residentes en formación, seguida de Pediatría y sus Áreas Específicas (1.639) y de Medicina Interna (1.539).

El número de residentes por cada 100.000 habitantes es de 61,7, destacando las comunidades autónomas de Madrid y Navarra con 89,9 y 83,3 residentes por cada 100.000 habitantes, respectivamente. En números absolutos, Madrid es también la comunidad con mayor número de especialistas en formación, un 20,1% del total (5.786), seguida de Andalucía con el 15,9% (4.574) y Cataluña con un 15,4% (4.419).

⁷² La entrada en vigor del Real Decreto 639/2014, de 25 de julio determinó la supresión de la oferta de las especialidades de alumnado.

Tabla 5-2 Especialistas en formación por especialidad 2013-2015

Especialidad	2013	2014	2015	Especialidad	2013	2014	2015
Alergología	194	188	163	Inmunología	99	97	91
Análisis Clínicos	319	305	275	Medicina del Trabajo	320	221	192
Anatomía Patológica	317	325	319	Medicina Educación Física y Deporte	186	159	82
Anestesiología y Reanimación	1309	1279	1241	Medicina Familiar y Comunitaria	6544	6384	6255
Angiología y Cirugía Vascul ar	188	171	167	Medicina Física y Rehabilitación	344	341	330
Aparato Digestivo	554	561	549	Medicina Intensiva	752	748	726
Bioquímica Clínica	189	166	150	Medicina Interna	1.525	1.578	1.539
Cardiología	748	766	764	Medicina Legal y Forense	119	51	52
Cirugía Cardiovascular	128	111	106	Medicina Nuclear	148	133	127
Cirugía General y del Aparato Digestivo	904	892	873	Medicina Preventiva y Salud Pública	238	224	206
Cirugía Oral y Maxilofacial	164	144	141	Microbiología y Parasitología	274	271	253
Cirugía Ortopédica y Traumatológica	1.072	1.110	1.097	Nefrología	353	350	342
Cirugía Pediátrica	108	100	97	Neumología	424	414	403
Cirugía Plástica Estética y Reparadora	171	168	170	Neurocirugía	205	188	178
Cirugía Torácica	84	72	70	Neurofisiología Clínica	137	139	128
Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología	316	320	314	Neurología	487	484	481
Endocrinología y Nutrición	302	296	290	Obstetricia y Ginecología	1.057	1.039	999
Enfermería de Salud Mental	367	360	342	Oftalmología	668	655	649
Enfermería del Trabajo	21	45	39	Oncología Médica	474	502	508
Enfermería Familiar y Comunitaria	338	461	513	Oncología Radioterápica	196	203	197
Enfermería Geriátrica	130	25	24	Otorrinolaringología	315	304	301
Enfermería Obstétrico-Ginecológica	887	823	761	Pediatría y Áreas Específicas	1.666	1.669	1.639
Enfermería Pediátrica	200	211	214	Psicología Clínica	540	534	526
Farmacia Hospitalaria	594	579	564	Psiquiatría	957	941	906
Farmacia Industrial y Galénica	86	84	87	Radiodiagnóstico	858	864	839
Farmacología Clínica	50	47	40	Radiofarmacia	41	16	13
Geriatría	209	209	204	Radiofísica Hospitalaria	98	94	91
Hematología y Hemoterapia	465	462	455	Reumatología	198	193	189
Hidrología Médica	34	8	12	Urología	464	462	466
				Total	30.135	29.546	28.749

Observaciones: los datos corresponden a 31 de diciembre de cada año.

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

Tabla 5-3 Residentes por comunidad autónoma, 2015

	Número	Residentes por cada 100.000 hab.
Andalucía	4.574	54,5
Aragón	896	68,0
Asturias	675	64,2
Baleares	506	45,8
Canarias	1.050	50,0
Cantabria	468	80,0
Castilla y León	1.614	65,3
Castilla-La Mancha	935	45,4
Cataluña	4.419	58,9
Comunidad Valenciana	2.795	56,1
Extremadura	619	56,6
Galicia	1.409	51,6
Madrid	5.786	89,9
Murcia	972	66,2
Navarra	553	86,3
País Vasco	1.271	58,1
La Rioja	168	53,0
Ceuta	21	24,9
Melilla	18	21,0
Total	28.749	61,7

Observaciones: Datos a diciembre 2015.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Ordenación Profesional. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población actual a 1 enero de 2015

5.1.4 Acreditación de centros, unidades y dispositivos docentes

El Sistema Nacional de Salud cuenta con 3.256 unidades docentes acreditadas, con una capacidad de 9.513 plazas (20,4 por cada 100.000 habitantes); de ellas 218 corresponden a Unidades Docentes Multiprofesionales donde se forman conjuntamente residentes de especialidades a las que se accede con distinta titulación, pero que se desarrollan en campos asistenciales afines. Aunque el número de unidades docentes se incrementa ligeramente, el número de plazas acreditadas (capacidad docente) se reduce en 130 plazas, por la aplicación de los requisitos de acreditación en las especialidades de Medicina Familiar y Comunitaria⁷³ y Enfermería Obstétrico-Ginecológica⁷⁴ (Matrona) en la acreditación de las unidades docentes multiprofesionales.

⁷³ Orden PRE/861/2013, de 9 de mayo, por la que se establecen los requisitos de acreditación de las unidades docentes multiprofesionales para la formación de especialistas en enfermería familiar y comunitaria y en medicina familiar y comunitaria.

http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/ANEXO_REQUISITOS_ACREDITACION_AFYC.pdf.

⁷⁴ Resolución conjunta de los ministerios de Educación y de Sanidad y Política Social, por la se establecen los requisitos de acreditación de las unidades docentes multiprofesionales de obstetricia y ginecología, de salud laboral y de salud mental. http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Requisito_UDM_OG.pdf.

Tabla 5-4 Evolución del número de unidades docentes acreditadas, 2009-2015

	Total Unidades Docentes acreditadas	Unidades Docentes Multiprofesionales acreditadas
2009	3.168	7
2010	3.174	65
2011	3.196	137
2012	3.223	164
2013	3.235	192
2014	3.242	215
2015	3.256	218

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

Tabla 5-5 Evolución del número de plazas acreditadas por comunidad autónoma, 2012-2015

	2012	2013	2014	2015	Ratio plazas acreditadas x 100.000 hab.
Andalucía	1.504	1.520	1.519	1.511	18,0
Aragón	343	343	343	325	24,7
Asturias	239	248	248	222	21,1
Baleares	175	175	175	180	16,3
Canarias	332	339	339	339	16,1
Cantabria	136	136	136	136	23,2
Castilla y León	647	650	645	569	23,0
Castilla-La Mancha	452	453	453	439	21,3
Cataluña	1.509	1.597	1.586	1.589	21,2
Comunidad Valenciana	877	880	880	868	17,4
Extremadura	190	193	193	204	18,7
Galicia	490	494	523	524	19,2
Madrid	1.576	1.579	1.558	1.560	24,2
Murcia	313	353	353	355	24,2
Navarra	173	173	173	173	27,0
País Vasco	442	447	447	447	20,4
La Rioja	54	54	54	54	17,0
Ceuta	11	11	11	11	13,1
Melilla	7	7	7	7	8,2
Total	9.470	9.652	9.643	9.513	20,4

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Ordenación Profesional. Instituto Nacional de Estadística. Datos de población actual.

El programa anual de auditorías de centros docentes acreditados para la formación sanitaria especializada en ciencias de la salud, ha llevado a cabo 21 auditorías con el apoyo de equipos de auditoría vinculados con las comunidades autónomas.

Tabla 5-6 Auditorías de hospitales - centros docentes acreditados para la formación sanitaria especializada en ciencias de la salud, 2015

Hospital/Centro	Localidad	Comunidad autónoma
Hospital Universitario Puerta del Mar	Cádiz	Andalucía
Hospital Nuestra Señora de Valme	Sevilla	
Hospital Obispo Polanco	Teruel	Aragón
Hospital doctor Peset	Valencia	Comunidad Valenciana
Hospital Universitario La Fe	Valencia	
Hospital Nuestra Señora del Prado	Talavera de la Reina	Castilla-La Mancha
Complejo Asistencial Universitario de León	León	Castilla y León
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol	Badalona	Cataluña
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona	Barcelona	
Capio Hospital General de Catalunya	San Cugat del Vallés	
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (Hospital Juan Canalejo)	A Coruña	Galicia
Hospital Universitario Lucus Augusti (antes Xeral Calde)	Lugo	
Complejo Hospitalario de Pontevedra	Pontevedra	
Hospital Universitario Fundación Alcorcón	Alcorcón	Madrid
Hospital Universitario La Princesa	Madrid	
Hospital Rafael Méndez	Lorca	Murcia
Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer	Murcia	
Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia	Murcia	
Clínica Universitaria de Navarra	Pamplona	Navarra
Hospital de Basurto	Bilbao	País Vasco
Hospital Universitario de Araba	Vitoria	

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 5-7 Auditorías de unidades docentes acreditadas para la formación sanitaria especializada de enfermería obstétrico-ginecológica, 2015

Unidad Docente	Localidad	Comunidad Autónoma
Albacete	Albacete	Castilla-La Mancha
Hospital Universitario Río Hortega	Valladolid	Castilla y León
Hospital Universitario Xeral Cies	Vigo	Galicia

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

Por otra parte, se evalúan documentalmente 9 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 183/2008⁷⁵, 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.

⁷⁵ 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.

Tabla 5-8 Evaluaciones documentales de hospitales y centros docentes acreditados para la formación sanitaria especializada en ciencias de la salud, 2014

Hospital	Localidad	Comunidad Autónoma
Hospital de la Serranía	Ronda	Andalucía
Hospital de La Línea de la Concepción	Línea de la Concepción	
Hospital de Can Misses	Ibiza	Baleares
Hospital de Sierrallana	Torrelavega	Cantabria
Complejo Asistencial de Soria	Soria	Castilla y León
Hospital Asepeyo Sant Cugat	Sant Cugat del Vallés	Cataluña
Hospital de la Virgen del puerto	Plasencia	Extremadura
Grupo Sanitas	Madrid	Madrid
Hospital de la Cruz Roja	Madrid	

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

5.2 Reconocimiento de las cualificaciones de las profesiones sanitarias

En 2015 se han reconocido 742 títulos de profesionales sanitarios (títulos básicos y de especialistas) procedentes de otros países de la Unión Europea⁷⁶, un 27,1% más que el año anterior. Italia es el país de procedencia del mayor número títulos de médico reconocidos (79), seguido de Alemania (34) y Francia (20). Se han reconocido 135 títulos de enfermera responsable de cuidados generales, de los cuales 51 están obtenidos en Portugal y 23 en Rumanía. La mayoría de los títulos de Odontología reconocidos han sido emitidos en Portugal (27).

En cuanto al reconocimiento de títulos de especialista obtenidos en países extracomunitarios⁷⁷ se han emitido 172 credenciales (incremento del 44.5%). Los países con mayor número de títulos reconocidos son Cuba (55) y Argentina (49). Por especialidades, el mayor número de reconocimientos han sido en las especialidades de Pediatría (52), Anestesiología y Reanimación (46) y Medicina Familiar y Comunitaria (34).

⁷⁶ Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales.

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=URISERV:c11065>

⁷⁷ RD 459/2010, de 16 de abril, por el que se regulan las condiciones para el reconocimiento de efectos profesionales a títulos extranjeros de especialista en Ciencias de la Salud, obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-6960-consolidado.pdf>.

Tabla 5-9 Reconocimiento de títulos comunitarios, 2014-2015

Titulación	2014	2015	Titulación	2014	2015
Médico	191	202	Médico especialista en Medicina Interna	0	10
Médico especialista en Anatomía Patológica.	1	1	Médico especialista en Medicina Nuclear	0	1
Médico especialista en Anestesiología y Reanimación	6	14	Médico especialista en Oncología Médica	0	2
Médico especialista en Aparato Digestivo.	1	2	Médico especialista en Psiquiatría del Niño y del Adolescente	0	8
Médico especialista en Cardiología.	1	1	Médico especialista en Oncología Radioterápica	1	1
Médico especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo	10	15	Médico especialista en Otorrinolaringología	4	3
Médico especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología	6	12	Médico especialista en Pediatría y sus Áreas Específicas	4	9
Médico especialista en Cirugía Pediátrica	2	2	Médico especialista en Psiquiatría	5	6
Médico especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora	7	7	Médico especialista en Radiodiagnóstico	3	20
Médico especialista en Dermatología Médico_Quirúrgica y Venereología.	3	7	Médico especialista en Reumatología	3	0
Médico especialista en Endocrinología y Nutrición	1		Médico especialista en Urología	5	3
Médico especialista en Geriátrica	1		Enfermera responsable de cuidados generales	98	135
Médico especialista en Medicina del Trabajo	1		Enfermera especialista en Enfermería de Familiar y Comunitaria	2	0
Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria	20	14	Enfermera especialista en Enfermería de Salud Mental	1	0
Médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación	2		Enfermera especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica	46	39
Médico especialista en Nefrología	1	1	Farmacéutico	17	28
Médico especialista en Neumología	2	2	Farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria	2	0
Médico especialista en Neurocirugía	2	4	Fisioterapeutas	39	60
Médico especialista en Neurología	5	1	Odontólogo	54	74
Médico especialista en Obstetricia y Ginecología	7	10	Veterinario	14	14
Médico especialista en Oftalmología	8	3	Óptico-optometrista	3	4
Médico especialista en Alergología	0	1	Logopeda	1	3
Médico especialista en Angiología y Cirugía Vascul ar	0	2	Podólogo	3	1
Médico especialista en Cirugía Cardiovascular	0	2	Biólogo especialista	1	2
Médico especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial	0	1	Especialista en Radiofísica Hospitalaria	0	2
Médico especialista en Estomatología	0	2	Psicólogo General Sanitario	0	3
Médico especialista en Genética Clínica	0	3	Terapeuta Ocupacional	0	4
Médico especialista en Medicina Intensiva	0	1			
			Total	584	742

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

Tabla 5-10 Reconocimiento de títulos de especialista extracomunitarios, 2015

Especialidad	TOTAL	Argentina	Armenia	Brasil	Chile	Colombia	Cuba	Ecuador	Guatemala	Italia	México	Moldavia	Paraguay	Perú	República Dominicana	Rusia	Siria	Uruguay	Venezuela
Pediatría	52	23				1	10				2			1	3	1		1	10
Anestesiología y Reanimación	46	8	1		1	8	10	1					1	3	1		1	3	8
Medicina Familiar y Comunitaria	34	2					30					1						1	
Cardiología	10	5					2							1				2	
Enfermera Obstétrico-Ginecológica	8	3												5					
Neurología	4	2					1												1
Urología	3	1								1			1						
Aparato digestivo	2																		2
Cirugía Plástica, Estética y Reparadora	2	1									1								
Dermatología	2	1									1								
Obstetricia y Ginecología	2								1										1
Oftalmología	2	1					1												
Cirugía Ortopédica y Traumatología	1					1													
Endocrinología y Nutrición	1			1															
Medicina Interna	1						1												
Nefrología	1	1																	
Oncología médica	1	1																	
Total	172	49	1	1	1	10	55	1	1	1	4	1	2	10	4	1	1	7	22

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

5.3 Estancias formativas de profesionales sanitarios extranjeros en centros del SNS

Durante 2015 se han autorizado 940 estancias formativas, de ellas 884 correspondieron a titulados en medicina de diferentes especialidades (147 en Pediatría y sus Áreas Específicas, 60 en Cardiología, 58 en Anestesia y Reanimación, 53 en Medicina Interna y 47 en Obstetricia y Ginecología). Los profesionales proceden de 39 países, destacando América Latina con 298 de argentinos, 156 peruanos y 136 mexicanos. Entre los países de la UE, se autorizaron estancias formativas a 88 portugueses y 42 italianos.

Se han autorizado estancias formativas en todas las comunidades autónomas, salvo en La Rioja, Ceuta y Melilla, destacando Cataluña 495 y Madrid con 254 autorizaciones.

Las estancias formativas para graduados y especialistas extranjeros en Ciencias de la Salud son autorizadas por el Ministerio de Sanidad previo informe favorable de la Comisión de

Docencia del centro docente y de la comunidad autónoma correspondiente⁷⁸. Estos profesionales tienen la consideración de personal en formación y, por tanto, las actividades asistenciales en las que intervienen están planificadas, dirigidas y supervisadas en todo momento. Su duración máxima es de 6 meses y, excepcionalmente, puede prorrogarse por otros seis.

Tabla 5-11 Estancias formativas de profesionales sanitarios en centros del Sistema Nacional de Salud según comunidad autónoma, 2015

	Número
Andalucía	24
Aragón	2
Asturias	1
Baleares	6
Canarias	5
Cantabria	7
Castilla y León	16
Castilla-La Mancha	1
Cataluña	495
Comunidad Valenciana	72
Extremadura	1
Galicia	21
Madrid	254
Murcia	5
Navarra	18
País Vasco	12
La Rioja	0
Ceuta	0
Melilla	0
Total	940

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

5.4 Formación continuada de los Profesionales Sanitarios

5.4.1 Actuaciones relacionadas con la Formación Continuada y con el Sistema Acreditador

Durante el año 2015 los principales objetivos del Pleno de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias (CFCPS) se han dirigido a la actualización del Sistema de Acreditación para la valoración de las actividades de formación continuada dirigidas a los profesionales sanitarios⁷⁹ y al desarrollo de los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada como reconocimiento del esfuerzo formativo alcanzado por un

⁷⁸ Según el procedimiento dispuesto en el artículo 30 del RD 183/2008, de 8 de febrero <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-3176>.

⁷⁹ Más información <https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/formacionContinuada/home.html>.

profesional sanitario en un área funcional específica de una determinada profesión o especialidad, en atención a las actividades de formación continuada acreditadas que haya desarrollado el interesado en el área funcional correspondiente⁸⁰.

El Sistema Acreditador recibió 48.653 actividades para su valoración como formación continuada, de ellas se han acreditado un 94,72%. Según el nivel académico más de 4 de cada 10 actividades corresponden a graduados (médicos, farmacéuticos, veterinarios, fisioterapeutas, enfermeros, terapeutas ocupacionales, podólogos, óptico-optometristas, logopedas, y dietista nutricional).

Tabla 5-12 Actividades acreditadas para la formación continuada según el nivel académico, 2015

	%
Graduados	
Médicos, farmacéuticos, dentistas, veterinarios, fisioterapeutas, enfermeros, terapeutas ocupacionales, podólogos, óptico-optometristas, logopedas, nutrición humana (dietista nutricional)	45,3
Técnicos de Grado Superior	
Técnico superior en anatomía patológica y citología, Técnico superior en dietética, Técnico superior en documentación sanitaria, Técnico superior en higiene bucodental, Técnico superior en imagen para el diagnóstico, Técnico superior en laboratorio de diagnóstico clínico, Técnico superior en ortoprótesis, Técnico superior en prótesis dental, Técnico superior en radioterapia, Técnico superior en salud ambiental, Técnico superior en audioprótesis	1,6
Técnicos de Grado Medio	
Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, técnico auxiliar de farmacia, técnico en emergencias sanitarias	12,0
Multidisciplinares	40,5
Otros	
Biólogos, químicos, bioquímicos, físicos y psicólogos, especializados en Ciencias de la Salud	0,4

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

5.4.2 Certificación del Curso de Protección Radiológica de los profesionales que llevan a cabo procedimientos de radiología intervencionista

El número de cursos de protección radiológica de segundo nivel solicitados⁸¹ durante el año 2015 para su acreditación ha sido de 10 y el número de profesionales médicos que los han superado es de 92. El 40,2% de los profesionales calificados como aptos pertenecen a la especialidad de Angiología y Cirugía Vasculard, seguidos de los de Cardiología (18,5%).

⁸⁰ Real Decreto 639/2015, de 10 de julio, por el que se regulan los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada

⁸¹ La Orden SCO/3276/2007, de 23 de octubre, publica el Acuerdo de la CRRHHSNS mediante el que se articula el segundo nivel de formación en protección radiológica de los profesionales que llevan a cabo procedimientos de radiología intervencionista.

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacionContinuada/certiSegundoNivelProteccionRadio/home.html>.

Tabla 5-13 Profesionales calificados como aptos en el curso de protección radiológica de segundo nivel, según especialidad médica, 2015

	Número	%
Angiología y Cirugía Vascular	37	40,2
Aparato Digestivo	2	2,2
Cardiología	17	18,5
Cirugía Ortopédica y Traumatología	3	3,3
Medicina Interna	1	1,1
Neumología	4	4,3
Neurocirugía	12	13,0
Radiodiagnóstico	12	13,0
Urología	4	4,3
Total	92	100,0

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

6 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 texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio⁸².

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.

6.1 Oferta de 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

⁸² <http://boe.es/boe/dias/2015/07/25/pdfs/BOE-A-2015-8343.pdf>

pública está regulado en 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 debidamente autorizado y 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 del SNS y sus condiciones de financiación. Se efectúa una financiación selectiva de medicamentos en función de su utilidad terapéutica y de su necesidad para mejorar la salud de los ciudadanos.

Como medida complementaria a la decisión sobre la financiación pública, se realiza la intervención sobre el precio de los medicamentos y productos sanitarios, imprescindible para la sostenibilidad del sistema sanitario. Corresponde a la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, adscrita al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la fijación del precio industrial máximo de los medicamentos y productos sanitarios que vayan a ser incluidos en la prestación farmacéutica del SNS.

6.1.1 Medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS durante el año

6.1.1.1 Medicamentos incluidos

En el año 2015 se han incluido⁸³ un total de 1.456 presentaciones de medicamentos en la financiación pública del SNS. De estas presentaciones 1.364 son en envase normal (93,7%) y 92 en envase clínico (de uso en el ámbito hospitalario). De las presentaciones en envase normal, 1.115 corresponden a medicamentos dispensables en oficinas de farmacia y 249 son medicamentos de uso y dispensación hospitalaria (no se facturan a través de farmacias y solo pueden ser utilizados en medio hospitalario o en centros asistenciales autorizados).

Según la clasificación Anatómica, Terapéutica, Química (ATC)⁸⁴, el grupo anatómico que ha tenido mayor número de inclusiones es el grupo N (Sistema nervioso) con 655 presentaciones, en el que hay que destacar el gran número de incorporaciones en el año 2015 de presentaciones genéricas de Pregabalina, Aripiprazol, Levodopa/Carbidopa/Entacapona y Duloxetina, al haber expirado la patente de estas moléculas. Tan solo las presentaciones genéricas incluidas en ese año de estos principios activos representaron el 56% de las altas del grupo N.

⁸³ Los datos corresponden a presentaciones de medicamentos con resolución de inclusión en la prestación farmacéutica del SNS en el año 2015, independientemente de su comercialización.

⁸⁴ 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 o asociación farmacológica.

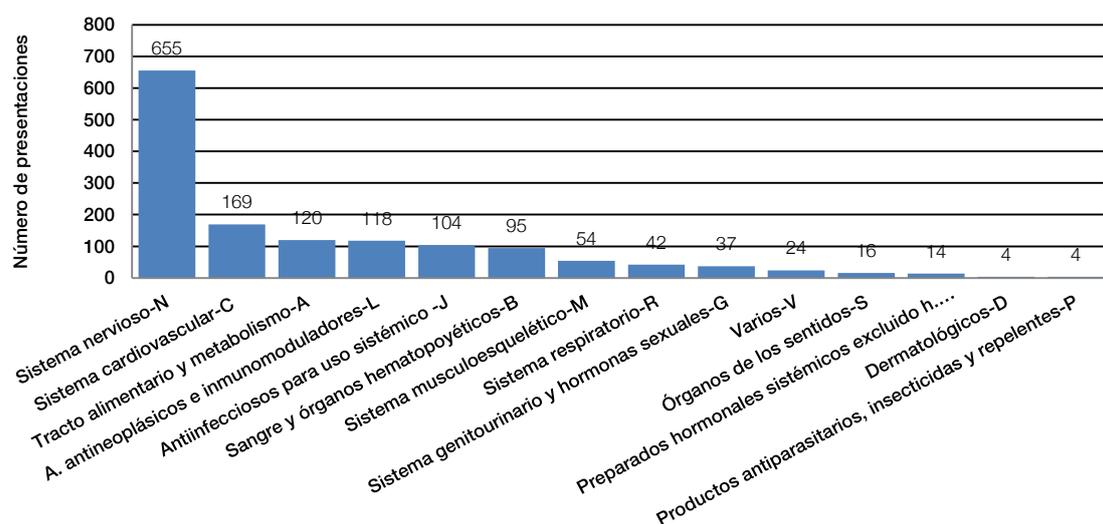
Tabla 6-1 Número de presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS en 2015, independientemente de su comercialización, según grupo ATC1

Grupo ATC 1		Envase Normal		Envase clínico	Total
		Dispensables en oficinas de farmacia	Uso y dispensación hospitalaria		
A	Tracto alimentario y metabolismo	114	4	2	120
B	Sangre y órganos hematopoyéticos	37	35	23	95
C	Sistema cardiovascular	146	21	2	169
D	Dermatológicos	4		-	4
G	Sistema genitourinario y hormonas sexuales	33	3	1	37
H	Preparados hormonales sistémicos excluyendo hormonas sexuales e insulinas	6	8	-	14
J	Antiinfecciosos para uso sistémico	29	62	13	104
L	Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	41	75	2	118
M	Sistema musculoesquelético	38	15	1	54
N	Sistema nervioso	601	9	45	655
P	Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes	4	-	-	4
R	Sistema respiratorio	41	1	-	42
S	Órganos de los sentidos	15	1	-	16
V	Varios	6	15	3	24
Subtotal		1.115	249	92	1.456
Total		1.364			

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. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

Gráfico 6-1 Número de presentaciones de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS en 2015, independientemente de su comercialización según ATC1



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. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

6.1.1.2 Medicamentos dispensables en oficinas de farmacia

En la prestación farmacéutica ambulatoria, la aportación de los usuarios y sus beneficiarios viene determinada por lo dispuesto en el artículo 102 del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Conforme a su redacción sólo la prestación farmacéutica ambulatoria que se dispense por medio de receta médica oficial u orden de dispensación a través de oficinas de farmacia está sujeta a aportación del usuario. Para los medicamentos que deben ser dispensados por los servicios de farmacia de hospitales el usuario no tiene que efectuar aportación.

En el caso de dispensación a través de oficinas de farmacia, se establece que excepto los usuarios que pertenecen a los colectivos exentos de aportación, el resto de los colectivos abonan un porcentaje del precio del medicamento según les corresponda en función del nivel de renta, y se delimitan unos topes máximos de aportación mensual para los pensionistas y sus beneficiarios.

Para el tratamiento de enfermedades crónicas hay medicamentos que tienen determinada una aportación reducida y en estos casos, los usuarios abonan un 10% del precio del medicamento con un máximo de 4,24 euros por envase.

Tabla 6-2 Número de presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS en 2015, dispensables en oficinas de farmacia, independientemente de su comercialización por grupo ATC1 según tipo de aportación

Grupo ATC 1		Aportación		Total	% Presentaciones aportación reducida sobre el total
		General	Reducida		
A	Tracto alimentario y metabolismo	59	55	114	48,2
B	Sangre y órganos hematopoyéticos	31	6	37	16,2
C	Sistema cardiovascular	79	67	146	45,9
D	Dermatológicos	3	1	4	25,0
G	Sistema genitourinario y hormonas sexuales	23	10	33	30,3
H	Preparados hormonales sistémicos excluyendo hormonas sexuales e insulinas	-	6	6	100,0
J	Antiinfecciosos para uso sistémico	29	-	29	-
L	Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	-	41	41	100,0
M	Sistema musculoesquelético	37	1	38	2,6
N	Sistema nervioso	121	480	601	79,9
P	Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes	4	-	4	-
R	Sistema respiratorio	12	29	41	70,7
S	Órganos de los sentidos	15	-	15	-
V	Varios	-	6	6	100,0
Total		413	702	1.115	63,0

Observaciones: Primer nivel (ATC1): órgano o sistema sobre el que actúa el fármaco, incluye 14 grandes grupos, identificados por una letra del alfabeto.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

De las 1.115 presentaciones de medicamentos incluidas en el año 2015 en la prestación farmacéutica y que son facturables a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia, un 63% (702 presentaciones) son de aportación reducida. Todas las presentaciones incluidas correspondientes a los grupos L (Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores), H (Preparados hormonales sistémicos excluyendo hormonas sexuales e insulinas) y V (Varios) tienen aportación reducida. El grupo N (Sistema nervioso) es el siguiente en porcentaje de medicamentos financiados con aportación reducida (79,9%).

6.1.1.3 Nuevos principios activos incluidos

En 2015 se incluyeron, por primera vez en la financiación del SNS, 51 nuevos principios activos correspondientes a 102 presentaciones de medicamentos. En el grupo J (Antiinfecciosos para uso sistémico) se han incorporado los nuevos agentes antivirales indicados para el tratamiento de la hepatitis C crónica, Daclatasvir, Dasabuvir y las asociaciones a dosis fijas de Sofosbuvir y ledipasvir, así como de Ombitasvir, paritaprevir y ritonavir. El grupo A (Tracto alimentario y metabolismo) es el que tiene mayor número de inclusiones de nuevos principios activos (11). El grupo L (Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores) es el que tiene mayor número de inclusiones de nuevos principios activos como medicamentos huérfanos: Obinutuzumab y Ramucirumab (anticuerpos monoclonales), así como Ruxolitinib y Nintedanib (inhibidores de la protein-quinasa).

Según sus condiciones de dispensación, 36 de las 102 presentaciones están calificadas como medicamentos de Uso Hospitalario (UH) y 13 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 9 están sujetas a reservas singulares, a través de visado, en sus condiciones de prescripción y dispensación.

Tabla 6-3 Principios activos incluidos por primera vez en la prestación farmacéutica del SNS en 2015, independientemente de su comercialización

Grupo ATC 1	ATC5	Principios activos	Número de presentaciones	Condiciones de dispensación a diciembre 2015
A/ Tracto alimentario y metabolismo	A05AA03	Ácido cólico	2	Uso Hospitalario-Huérfano
	A10BD09	Pioglitazona y alogliptina	2	Receta médica
	A10BD13	Metformina y alogliptina	4	Receta médica
	A10BD15	Metformina y dapagliflozina	2	Receta médica
	A10BD16	Metformina y canagliflozina	4	2 presentaciones con receta médica.Otras 2 con receta y visado
	A10BD20	Metformina y empagliflozina	4	Receta médica
	A10BH04	Alogliptina	3	Receta médica
	A10BX11	Canagliflozina	2	1 presentación con receta médica.Otra con receta y visado
	A10BX12	Empagliflozina	2	Receta médica
	A10BX13	Albiglutida	2	Receta médica-Visado
	A10BX14	Dulaglutida	2	Receta médica-Visado
B/ Sangre y órganos hematopoyéticos	B02BD07	Factor XIII de la coagulación	1	Uso Hospitalario
C/Sistema cardiovascular	C02KX04	Macitentan	1	Uso Hospitalario-Huérfano
	C02KX05	Riociguat	4	Uso Hospitalario-Huérfano
	C08CA16	Clevidipino	1	Uso Hospitalario
	C10BA05	Atorvastatina y ezetimiba	8	Receta médica
G/Sistema genitourinario y hormonas sexuales	G01AC05	Decualinio, cloruro	1	Receta médica
	G04CA53	Tamsulosina y solifenacina	2	Receta médica
J/Anti infecciosos para uso sistémico	J01DI01	Ceftobiprol medocarilo	1	Uso Hospitalario
	J01XX11	Tedizolid	2	Uso Hospitalario
	J05AR13	Lamivudina, abacavir y dolutegravir	1	Uso Hospitalario
	J05AR14	Darunavir y cobicistat	1	Uso Hospitalario
	J05AR15	Atazanavir y cobicistat	1	Uso Hospitalario
	J05AX14	Daclatasvir	2	Diagnóstico Hospitalario, SCP dispensación hospitalaria
	J05AX16	Dasabuvir	1	Diagnóstico Hospitalario, SCP dispensación hospitalaria
	J05AX65	Sofosbuvir y ledipasvir	1	Diagnóstico Hospitalario, SCP dispensación hospitalaria
	J05AX67	Ombitasvir, paritaprevir y ritonavir	1	Diagnóstico Hospitalario, SCP dispensación hospitalaria
	J07BB03	Influenza, vibrión vivo atenuado	2	Receta médica-Visado
L/ Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	L01DB11	Pixantrona	1	Uso Hospitalario
	L01XC14	Trastuzumab emtansina	2	Uso Hospitalario
	L01XC15	Obinutuzumab	1	Uso Hospitalario-Huérfano
	L01XC21	Ramucirumab	2	Uso Hospitalario-Huérfano
	L01XE18	Ruxolitinib	3	Diagnóstico Hospitalario, SCP dispensación hospitalaria. Huérfano
	L01XE21	Regorafenib	1	Diagnóstico Hospitalario, SCP dispensación

				hospitalaria
	L01XE31	Nintedanib	4	2 presentaciones Uso Hospitalario y Huérfano. Otros 2 Diagnóstico Hospitalario, SCP dispensación hospitalaria- No huérfano
	L03AB13	Peginterferon beta-1a	4	Uso Hospitalario
	L04AA33	Vedolizumab	1	Uso Hospitalario
	L04AC10	Secukinumab	2	Diagnóstico Hospitalario, SCP dispensación hospitalaria
N/Sistema nervioso	N06AX14	Tianeptina	4	Receta médica
	N06AX26	Vortioxetina	3	Receta médica
	N07XX09	Dimetil fumarato	2	Uso Hospitalario
R/Sistema respiratorio	R03AC19	Olodaterol	1	Receta médica
	R03AL03	Vilanterol y umeclidinio, bromuro de	1	Receta médica
	R03AL05	Formoterol y bromuro de aclidinio	2	Receta médica
	R03BB07	Umeclidinio bromuro	1	Receta médica
S/Órganos de los sentidos	S01EC54	Brinzolamida, combinaciones	1	Receta médica
V/ Varios	V03AX03	Cobicistat	1	Uso Hospitalario
	V09AX04	Flutemetamol (18F)	2	Uso Hospitalario
	V09AX06	Florbetaben (18F)	1	Uso Hospitalario
	V09CA06	Tecnecio (99mTc), etilendicisteina de	1	Uso Hospitalario
	V10XX03	Radio 223 dicloruro (223Ra)	1	Uso Hospitalario
	51		102	

Observaciones: SCP: Sin cupón precinto y dispensación en los servicios de farmacia de los hospitales.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

6.1.1.4 Precios medios de los medicamentos incluidos

El precio de venta del laboratorio (PVL) medio de todas las presentaciones incluidas en la financiación pública en el año 2015 ha sido de 163,1 euros. Los medicamentos dispensables en oficinas de farmacia tienen un PVL medio de 31,4 euros (que corresponde a un PVP medio de 47,1 euros) y, en el caso de los medicamentos hospitalarios (envases clínicos y medicamentos de uso y dispensación hospitalaria) su PVL medio asciende a 593,5 euros.

Tabla 6-4 Evolución de los precios medios de las presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, 2011 - 2015

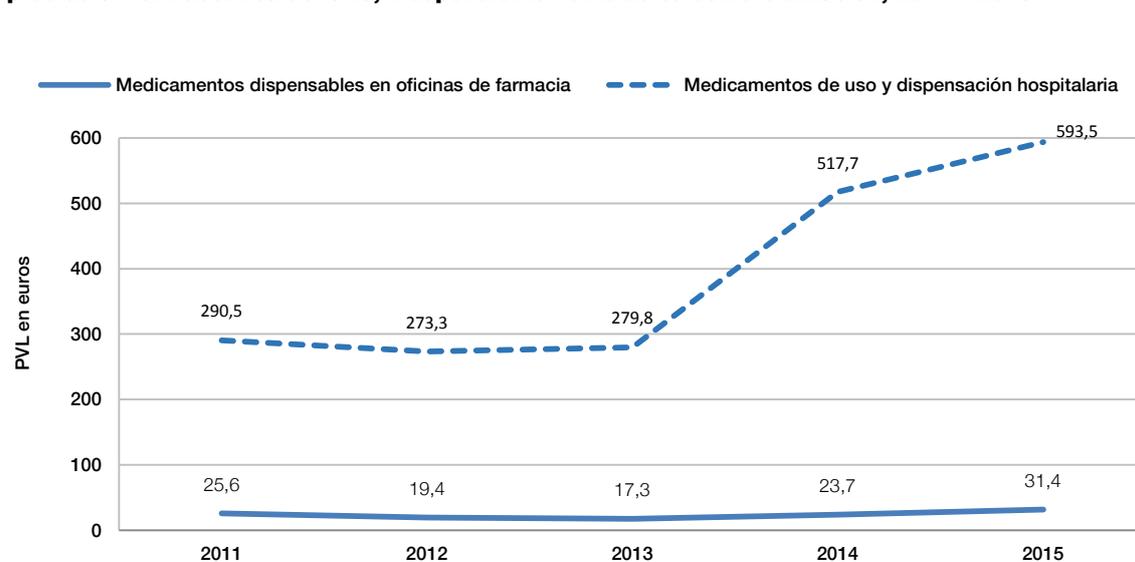
	Dispensables en oficinas de farmacia		Uso y dispensación hospitalaria (EC-UH-SCP)	Total
	PVL medio (euros)	PVPIVA medio (euros)	PVL medio (euros)	PVL medio (euros)
2011	25,6	36,5	290,5	62,7
2012	19,4	29,8	273,3	67,2
2013	17,3	26,5	279,8	57,5
2014	23,7	35,3	517,7	121,9
2015	31,4	47,1	593,5	163,1

Observaciones: EC: Envase clínico. UH: Uso hospitalario. SCP: Sin cupón precinto y dispensación en los servicios de farmacia de los hospitales. PVL: Precio venta laboratorio. PVP IVA: Precio venta al público impuestos incluidos.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS..

La evolución de los PVL medios de los medicamentos incluidos en la financiación en los últimos 5 años, de 2011 a 2013, muestra una tendencia a la baja que se modifica en 2014. En 2014 y 2015, los PVL medios han ido incrementándose debido a la especificidad de medicamentos que han entrado a formar parte de la prestación farmacéutica.

Gráfico 6-2 Evolución de los precios medios de las presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, 2011 - 2015



Observaciones: PVL: Precio venta laboratorio.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

En los medicamentos dispensables en oficinas de farmacia, hay que destacar la incorporación de presentaciones de Folitropina alfa para el tratamiento de la infertilidad, o del antidiabético Dulaglutida. Este incremento es muy notable en los medicamentos de uso y dispensación hospitalaria, ya que de un PVL en 2013 de 279,8 pasa a 517,7 euros en 2014 y a 593,5 euros en 2015, así pues, en 2 años el PVL medio se ha incrementado más del doble. Hay que resaltar que en 2014 se incluyeron, entre otros, nuevos medicamentos con precio muy elevado para el tratamiento de patologías graves como la hepatitis C (Simeprevir y Sofosbuvir), para determinados tipos de fibrosis quística (Ivacaftor) o para el tratamiento del mieloma múltiple

(Pomalidomida). En el año 2015 se ha continuado con la inclusión de medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C (Daclatasvir, Dasabuvir, asociación de Sofosbuvir y ledipasvir, y de Ombitasvir, paritaprevir y ritonavir), así como otros medicamentos con un alto coste como el radioisótopo antitumoral Radio 223, los agentes antineoplásicos (Ruxolitinib y Obinutuzumab), o el Ácido cólico para el tratamiento de las personas con anomalía genética que les impide producir bilis, entre otros.

6.1.1.5 Medicamentos genéricos incluidos

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. Además, benefician a los usuarios a los que les corresponde abonar aportación, al tener un coste menor.

Del total de presentaciones de medicamentos incluidas en la financiación pública en el año 2015, un 72,9% corresponde a medicamentos genéricos, siendo el PVL medio para estos medicamentos de 69,4 euros. Los medicamentos no genéricos suponen el 27,1% del total y su precio medio se eleva a 414,6 euros, seis veces más que el PVL del medicamento genérico.

Tabla 6-5 Número de presentaciones de medicamentos genéricos y no genéricos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS en 2015, independientemente de su comercialización

	Número de presentaciones	% sobre total	PVL medio (euros)
Genéricos	1.061	72,9	69,4
No genéricos	395	27,1	414,6
Total	1.456	100,0	163,1

Observaciones: PVL: Precio venta laboratorio

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

En los últimos cinco años, desde 2011 a 2015 se han incluido 110 nuevos principios activos de medicamentos genéricos en la financiación pública. Este hecho promueve la prescripción y el consumo de los medicamentos genéricos.

Tabla 6-6 Evolución del número de nuevos principios activos genéricos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS independientemente de su comercialización, 2011 - 2015

	2011	2012	2013	2014	2015	Total 2011-2015
Nuevos principios activos genéricos	27	21	24	20	18	110

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

En 2015 se han podido financiar por primera vez, por la expiración de sus patentes, 18 nuevos principios activos genéricos (434 presentaciones). Al grupo N (Sistema nervioso) es al que se incorporan mayor número de principios activos genéricos (Pregabalina, Levodopa/Carbidopa/Entacapon, Apomorfina, Rasagilina, Aripiprazol y Duloxetina). El principio activo del que más presentaciones genéricas se introducen en el año 2015 es el antiepiléptico Pregabalina (137), seguido del antipsicótico Aripiprazol (104) para el tratamiento de la esquizofrenia, que requiere visado previo para los mayores de 75 años.

Tabla 6-7 Nuevos principios activos genéricos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS en 2015, independientemente de su comercialización

Grupo ATC 1		ATC5	Principios activos	Número de presentaciones	Condiciones de dispensación
A	Tracto alimentario y metabolismo	A03AB06	Otilonio bromuro	5	Receta médica
C	Sistema cardiovascular	C09CA02	Eprosartan	2	Receta médica
		C09DA08	Olmesartan medoxomilo/hidroclorotiazida	4	Receta médica
		C10AX09	Ezetimiba	2	Receta médica
J	Antiinfecciosos para uso sistémico	J01XX08	Linezolid	8	Uso Hospitalario
		J02AC03	Voriconazol	17	Uso Hospitalario
L	Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	L01AA09	Bendamustina	6	Uso Hospitalario
		L01AB01	Busulfano	1	Uso Hospitalario
		L01DB07	Mitoxantrona	4	Diagnóstico Hospitalario - Visado
M	Sistema musculoesquelético	M01AH05	Etoricoxib	3	Receta médica
N	Sistema nervioso	N03AX16	Pregabalina	137	Receta médica
		N04BA03	Levodopa/carbidopa/entacapona	64	Receta médica
		N04BC07	Apomorfina	1	Diagnóstico Hospitalario - Visado
		N04BD02	Rasagilina	8	Receta médica
		N05AX12	Aripiprazol	104	CPD-E Visado
		N06AX21	Duloxetina	60	Receta médica
V	Varios	V03AF01	Mesna	2	Uso Hospitalario
		V08CA02	Ácido gadoterico	6	Uso Hospitalario
Total		18	-	434	-

Observaciones: CPD-E Visado – Visado para mayores de 75 años.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

6.1.1.6 Medicamentos biosimilares incluidos

Un medicamento biosimilar es un medicamento biológico similar a otro ya existente (producto de referencia) y cuya patente ha expirado. Los medicamentos biosimilares constituyen una alternativa terapéutica al producto biológico.

En el año 2015 se incorporan las primeras presentaciones del anticuerpo monoclonal biosimilar de Infliximab (fármaco que actúa bloqueando el factor de necrosis tumoral alfa), para el tratamiento básico de enfermedades inflamatorias como la artritis reumatoide, la artritis psoriásica, la espondilitis anquilosante, la enfermedad de Crohn o la colitis ulcerosa. También en 2015 se ha incorporado en la prestación farmacéutica del SNS, la primera Insulina biosimilar insulina glargina, para el tratamiento de la diabetes mellitus.

Tabla 6-8 Nuevos medicamentos biosimilares incluidos en la prestación farmacéutica del SNS en 2015, independientemente de su comercialización

Grupo ATC 1		ATC5	Principios activos	Número de presentaciones	Condiciones de dispensación
A	Tracto alimentario y metabolismo	A10AE04	Insulina Glargina	1	Receta médica
L	Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	L04AB02	Infliximab	3	Uso Hospitalario

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

6.1.2 Total de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, situación a 31 de diciembre de 2015

6.1.2.1 Total de medicamentos incluidos

El número total de presentaciones de medicamentos incluidas en la financiación pública, independientemente de su comercialización, a fecha 31 de diciembre de 2015 es de 19.177. De éstas, 16.268 (84,8%) son en envase normal y 2.909 (15,2%) en envase clínico (de uso en el ámbito hospitalario). Dentro de los medicamentos en envase normal, 13.837 son medicamentos facturables a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia y 2.431 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 (5.420), seguido por el grupo C (Sistema cardiovascular) con 3.269 y el grupo J (Anti-infecciosos para uso sistémico) con 2.296 presentaciones.

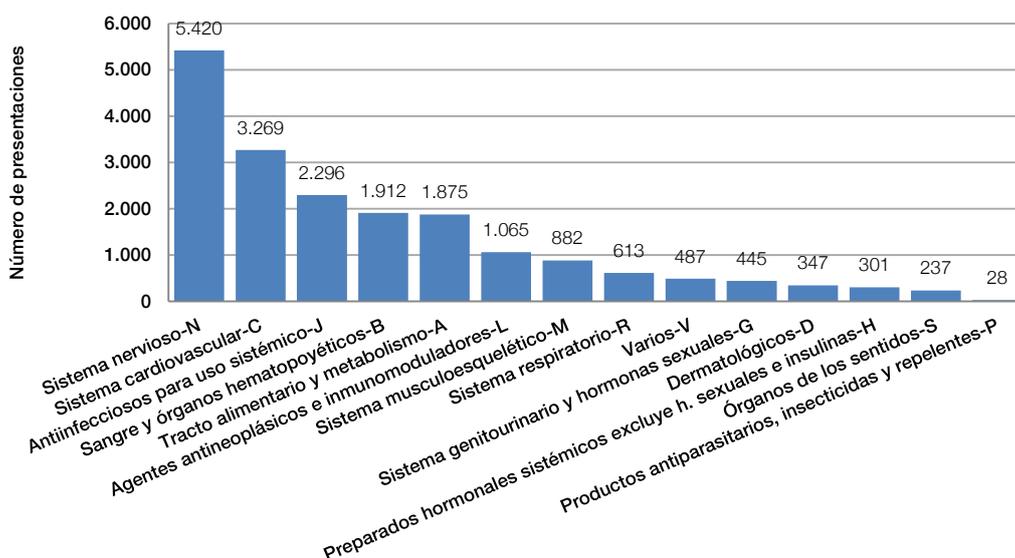
Tabla 6-9 Número de presentaciones de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, situación a 31 de diciembre de 2015

Grupo ATC 1	Envase normal		Envase clínico	Total	
	Dispensables en oficinas de farmacia	Uso y dispensación hospitalaria			
A	Tracto alimentario y metabolismo	1.544	95	236	1.875
B	Sangre y órganos hematopoyéticos	893	484	535	1.912
C	Sistema cardiovascular	2.680	66	523	3.269
D	Dermatológicos	335		12	347
G	Sistema genitourinario y hormonas sexuales	409	25	11	445
H	Preparados hormonales sistémicos excluyendo hormonas sexuales e insulinas	181	70	50	301
J	Antiinfecciosos para uso sistémico	1.167	466	663	2.296
L	Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	431	573	61	1.065
M	Sistema musculoesquelético	644	117	121	882
N	Sistema nervioso	4.648	195	577	5.420
P	Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes	24	2	2	28
R	Sistema respiratorio	553	11	49	613
S	Órganos de los sentidos	225	11	1	237
V	Varios	103	316	68	487
Subtotal		13.837	2.431		
Total		16.268		2.909	19.177

Observaciones: ATC1-Órgano o sistema sobre el que actúa el fármaco.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

Gráfico 6-3 Total de presentaciones de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS independientemente de su comercialización según ATC1, situación a 31 de diciembre de 2015



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. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

6.1.2.2 Medicamentos dispensables en oficinas de farmacia

Únicamente la prestación farmacéutica ambulatoria a través de oficinas de farmacia está sujeta a aportación del usuario, excepto los que pertenecen a alguno de los colectivos exentos de aportación. Para el tratamiento de enfermedades crónicas hay medicamentos que tienen determinada una aportación reducida.

De las 13.837 presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica a 31 de diciembre de 2015, que son dispensables en oficinas de farmacia, un 45% (6.232 presentaciones) pertenecen a los grupos de medicamentos de aportación reducida. Todas las presentaciones del grupo L (Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores) se encuentran incluidas en las de aportación reducida. El grupo N (Sistema nervioso) tiene un alto porcentaje de medicamentos financiados con aportación reducida (67,2%), seguido del H (Preparados hormonales sistémicos excluyendo hormonas sexuales e insulinas) con un 56,9% y del C (Sistema cardiovascular) con el 55,6%.

Tabla 6-10 Número de presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS, dispensables en oficinas de farmacia, independientemente de su comercialización, situación a 31 diciembre 2015

Grupo ATC 1		Aportación		Total	% Presentaciones con aportación reducida sobre total
		General	Reducida		
A	Tracto alimentario y metabolismo	1.061	483	1.544	31,3
B	Sangre y órganos hematopoyéticos	774	119	893	13,3
C	Sistema cardiovascular	1.189	1.491	2.680	55,6
D	Dermatológicos	316	19	335	5,7
G	Sistema genitourinario y hormonas sexuales	318	91	409	22,2
H	Preparados hormonales sistémicos excluyendo hormonas sexuales e insulinas	78	103	181	56,9
J	Antiinfecciosos para uso sistémico	1.150	17	1.167	1,5
L	Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	-	431	431	100
M	Sistema musculoesquelético	618	26	644	4,0
N	Sistema nervioso	1.523	3.125	4.648	67,2
P	Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes	16	8	24	33,3
R	Sistema respiratorio	279	274	553	49,5
S	Órganos de los sentidos	225	-	225	-
V	Varios	58	45	103	43,7
Total		7.605	6.232	13.837	45,0

Observaciones: Primer nivel (ATC1): órgano o sistema sobre el que actúa el fármaco, incluye 14 grandes grupos, identificados por una letra del alfabeto.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

6.1.2.3 Precios medios de los medicamentos incluidos

El precio medio de venta del laboratorio (PVL) de todas las presentaciones que están incluidas en la financiación pública a 31 de diciembre de 2015, es de 79,5 euros. Los medicamentos dispensables en oficinas de farmacia tienen un PVL medio de 17,5 euros (que corresponde a un PVP con IVA medio de 26 euros). En el caso de los medicamentos hospitalarios (envases clínicos

y medicamentos de uso y dispensación hospitalaria) su PVL medio asciende a 240,2 euros, casi 14 veces superior.

Tabla 6-11 Evolución de los precios medios de las presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, situación a 31 diciembre de cada año, 2011 – 2015

	Dispensables en oficinas de farmacia		Uso y dispensación hospitalaria (EC-UH-SCP)	Total
	PVL medio (euros)	PVP con IVA medio (euros)	PVL medio (euros)	PVL medio (euros)
A 31 de diciembre 2011	20,3	27,7	201,6	72,8
A 31 de diciembre 2012	15,4	22,6	211,5	72,4
A 31 de diciembre 2013	15,7	23,2	222,9	73,0
A 31 de diciembre 2014	16,6	24,4	217,1	72,9
A 31 de diciembre 2015	17,5	26,0	240,2	79,5

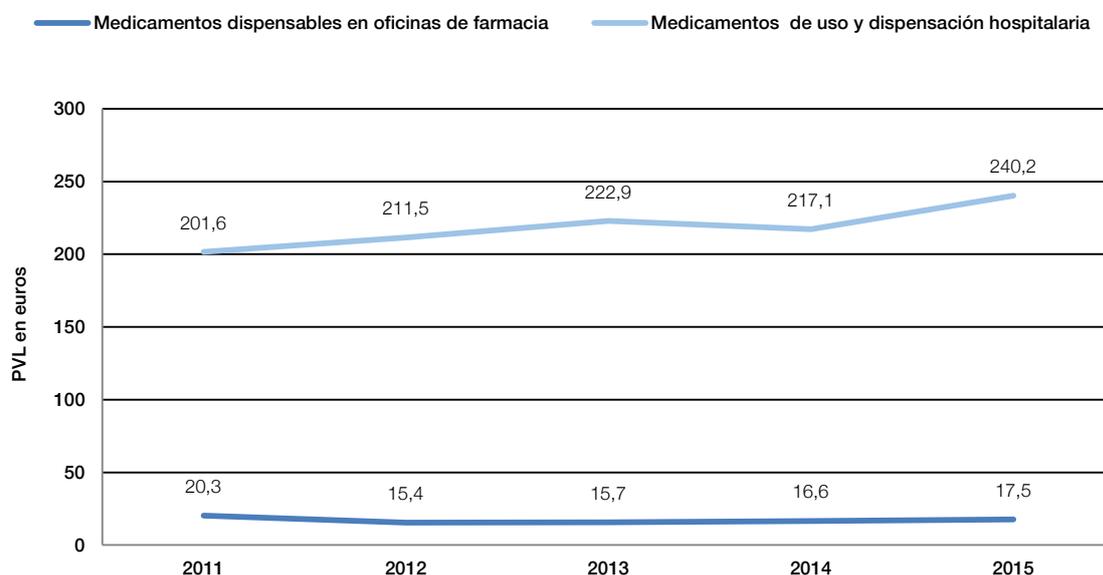
Observaciones: EC: Envase clínico. UH: Uso hospitalario. SCP: Sin cupón precinto y dispensación en los servicios de farmacia de los hospitales. PVL: Precio venta laboratorio. PVP con IVA: Precio venta al público impuestos incluidos.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

En los medicamentos dispensables en oficinas de farmacia, hay que destacar la bajada del PVL en un 13,8% en estos 5 años, de 20,3 a 17,5 euros.

En los medicamentos de uso y dispensación hospitalaria, el PVL ha tenido una tendencia al alza, incrementándose en estos 5 años un 19,1%. La bajada del precio de estos medicamentos en el año 2014, se debe en gran medida a la incorporación en el sistema de precios de referencia, por primera vez, de los conjuntos de medicamentos en envase clínico.

Gráfico 6-4 Evolución de los precios medios, de las presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, situación a 31 de diciembre de cada año, 2011 - 2015



Observaciones: PVL: Precio venta del laboratorio.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

6.1.2.4 Medicamentos genéricos incluidos

Del total de medicamentos financiados por el SNS, un 57,6% son medicamentos genéricos, con un PVL medio de 36,2 euros. Para las presentaciones de medicamentos no genéricos el precio medio es casi 4 veces superior (138,3 euros).

Tabla 6-12 Número de presentaciones de medicamentos genéricos y no genéricos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, situación a 31 de diciembre de 2015

	Número de presentaciones	% sobre total	PVL medio (euros)
Genéricos	11.043	57,6	36,2
No genéricos	8.134	42,4	138,3
Total	19.177	100,0	79,5

PVL: Precio venta del laboratorio

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

6.1.2.5 Medicamentos biosimilares incluidos

A 31 de diciembre de 2015 se encuentran incluidas 88 presentaciones de medicamentos biosimilares, correspondientes a 6 principios activos. Los biosimilares de Filgrastim y Eritropoyetina son los que tienen un mayor número de presentaciones en la oferta.

Tabla 6-13 Medicamentos biosimilares incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, situación a 31 de diciembre 2015

Grupo ATC 1		ATC5	Principios activos	Número de presentaciones	Condiciones de dispensación
A	Tracto alimentario y metabolismo	A10AE04	Insulina glargina	1	Receta médica
B	Sangre y órganos hematopoyéticos	B03XA01	Eritropoyetina	26	Uso Hospitalario
G	Sistema genitourinario y hormonas sexuales	G03GA05	Folitropina alfa	15	Diagnostico Hospitalario. Visado Inspección
H	Preparados hormonales sistémicos excluyendo hormonas sexuales e insulinas	H01AC01	Somatotropina	15	Uso Hospitalario
L	Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	L03AA02	Filgrastim	28	Uso Hospitalario
		L04AB02	Infliximab	3	Uso Hospitalario
Total		6	-	88	-

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

6.1.3 Total de productos sanitarios incluidos a 31 de diciembre de 2014

Al estar pendiente la revisión de la normativa de regulación sobre financiación de productos sanitarios, en el año 2015 no ha habido inclusiones de nuevos productos sanitarios en la oferta de la prestación farmacéutica del SNS. El número de productos sanitarios financiados por el SNS a 31 de diciembre de 2015, es de 4.784. Según los grupos establecidos en el Real Decreto 9/1996, de 15 de enero⁸⁵, el mayor número de productos pertenecen al grupo de tejidos elásticos destinados a la protección o reducción de lesiones o malformaciones internas (1.508), seguido de los absorbentes para la incontinencia urinaria (457) y de las bolsas de colostomía (396). Pertenecientes a los grupos de aportación reducida existen 1.695 productos (un 35,4% 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 4,24 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.

⁸⁵ Por el que se regula la selección de los efectos y accesorios, su financiación y su régimen de suministro y dispensación.

Tabla 6-14 Número total de productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, por grupo según tipo de aportación y precios medios, situación a 31 de diciembre de 2015

Grupo	Aportación		Total	PVP con IVA 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	-	334	334	33,2
Duchas vaginales, irrigadores y accesorios	7	-	7	3,0
Parches oculares	13	-	13	3,9
Tejidos elásticos para lesiones o malformaciones internas	1.508	-	1.508	7,4
Bragueros y suspensorios	129	-	129	10,3
Aparatos de inhalación	-	7	7	5,8
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	19,9
Sistemas de irrigación ostomía y accesorios	-	14	14	31,4
Sistemas de colostomía continente	-	4	4	42,3
Total	3.089	1.695	4.784	24,2

Observaciones: PVP IVA: Precio venta al público impuestos incluidos.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

6.2 Datos de consumo de la prestación farmacéutica a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia

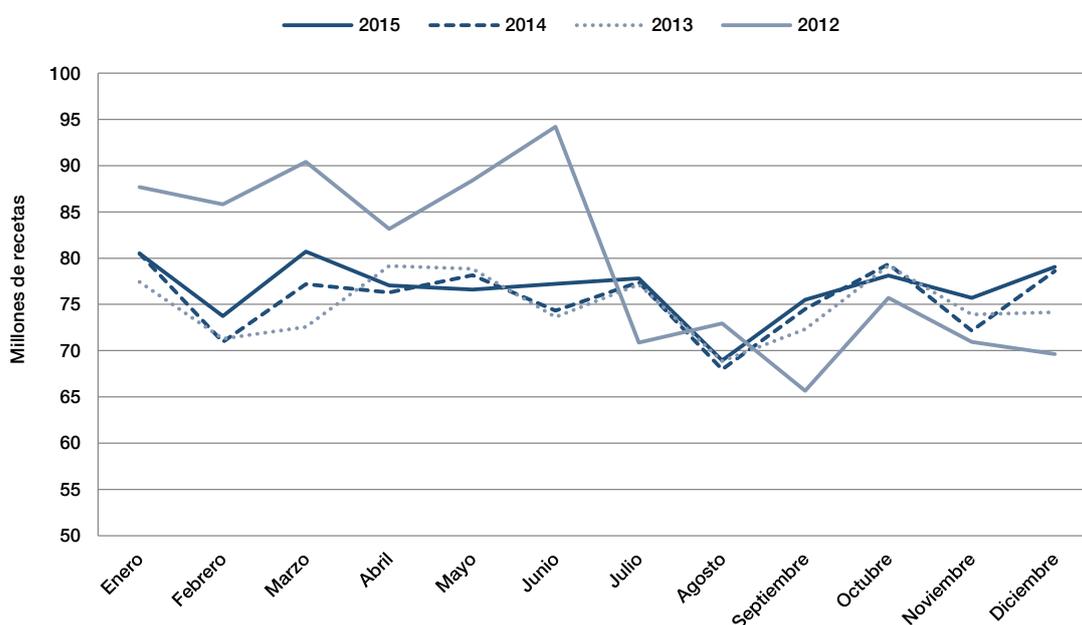
En la información de este apartado se facilitan los datos de facturación de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia, con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas, del INGESA y del mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS). Se ha incorporado la información del mutualismo administrativo, que representa el 4,3% sobre el gasto y el 4,2% del número de recetas facturadas del conjunto total del SNS.

6.2.1 Oficinas de farmacia que colaboran en la prestación farmacéutica del SNS

Cerca de 22.000 oficinas de farmacia⁸⁶ colaboran en la ejecución de la prestación farmacéutica del SNS facturando una media mensual de 77 millones de recetas médicas del SNS con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas, INGESA y del mutualismo administrativo, con unas ventas medias mensuales por oficina de farmacia de 46.000 euros.

El número de recetas médicas del SNS facturadas en 2015 a través de las oficinas de farmacia es de 921 millones de recetas. En el periodo 2012-2015 el número ha disminuido cerca del 3,6%⁸⁷.

Gráfico 6-5 Recetas médicas del SNS facturadas mensualmente, 2012-2015



Observaciones: Las recetas médicas del SNS corresponden a las recetas con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas, INGESA y el mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS).

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

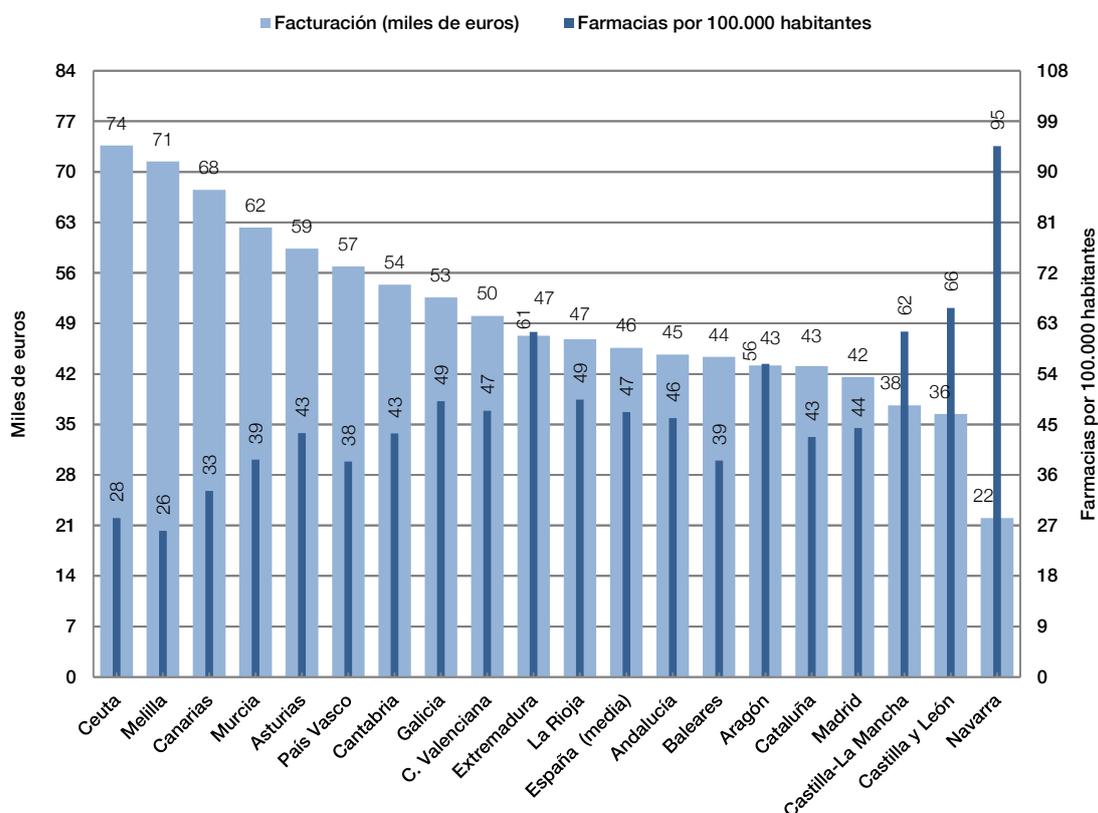
Ceuta es el territorio con mayor venta mensual por oficina de farmacia con 74.000 euros, seguida de Melilla, Canarias, Murcia y Asturias. Mientras que en las farmacias de Navarra las ventas descienden a 22.000 euros de media. Castilla y León factura 36.000 euros de media seguida de Castilla la Mancha y Madrid.

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.

⁸⁶ Ver en el capítulo de recursos asistenciales el apartado de oficinas de farmacia.

⁸⁷ Desde el año 2012 se viene aplicando medidas de política farmacéutica.

Gráfico 6-6 Ventas medias mensuales en miles de euros por oficinas de farmacia y oficinas de farmacia por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2015



Observaciones: Las 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, INGESA y el mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS).

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

6.2.2 Gasto farmacéutico

En 2015 el gasto farmacéutico generado por la facturación de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia, ha supuesto 9.962 millones de euros. La factura farmacéutica de 2015 crece respecto a 2014, pero se mantiene por debajo del gasto del año 2012. Entre 2010 y 2015 el gasto farmacéutico ha disminuido un 21,6%.

En esta contención del gasto farmacéutico público ha influido la continuidad de las medidas reguladoras y del 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:

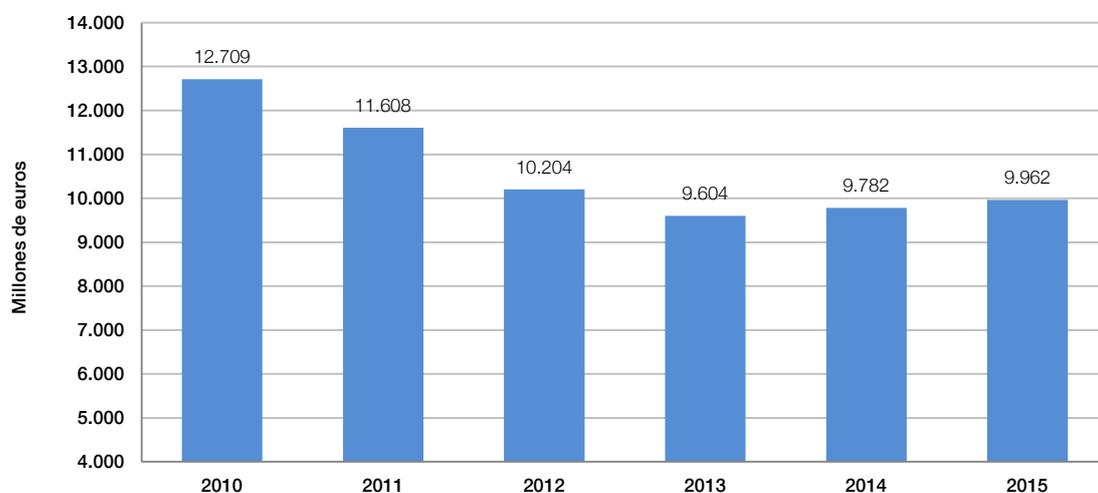
- El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que entró en vigor en julio de 2012 y estableció un nuevo sistema de aportación de los usuarios por la dispensación de los medicamentos y 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, que 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 transcurso de 2014 y 2015:
 - 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 SNS, 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 vigente en 2015 hasta la entrada en vigor de la nueva Orden SSI/2160/2015, de 14 de octubre, que actualizó desde el 1 de noviembre 2015 los conjuntos y precios de referencia de medicamentos de uso hospitalario y envases clínicos, y desde el 1 de diciembre los correspondientes a la facturación de recetas oficiales del SNS. 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 2015, ha supuesto 5.657,8 millones de euros.

Gráfico 6-7 Evolución del gasto farmacéutico (en millones de euros) a través de la facturación de recetas médicas del SNS, 2010-2015

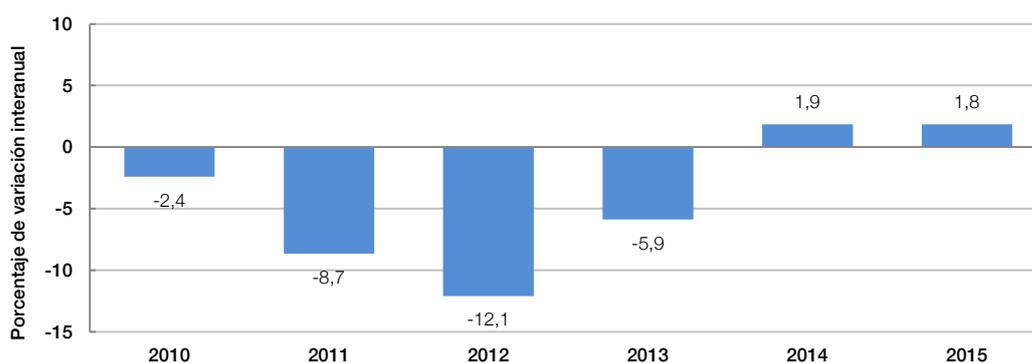


Observaciones: Las recetas médicas del SNS corresponden a las recetas con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas, INGESA y el mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS). El gasto farmacéutico es el importe farmacéutico facturado a PVP con IVA menos las aportaciones de los usuarios, de las oficinas de farmacia y las deducciones por aplicación del RDL 8/2010.

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

Después de la tendencia a la baja de la factura farmacéutica desde 2010, alcanzando en 2012 la mayor disminución interanual (-12,1%), 2014 tuvo un incremento positivo moderado y en 2015 el crecimiento se ha estabilizado en el 1,8%.

Gráfico 6-8 Evolución del porcentaje de variación interanual del gasto farmacéutico a través de la facturación de recetas médicas del SNS, 2010-2015

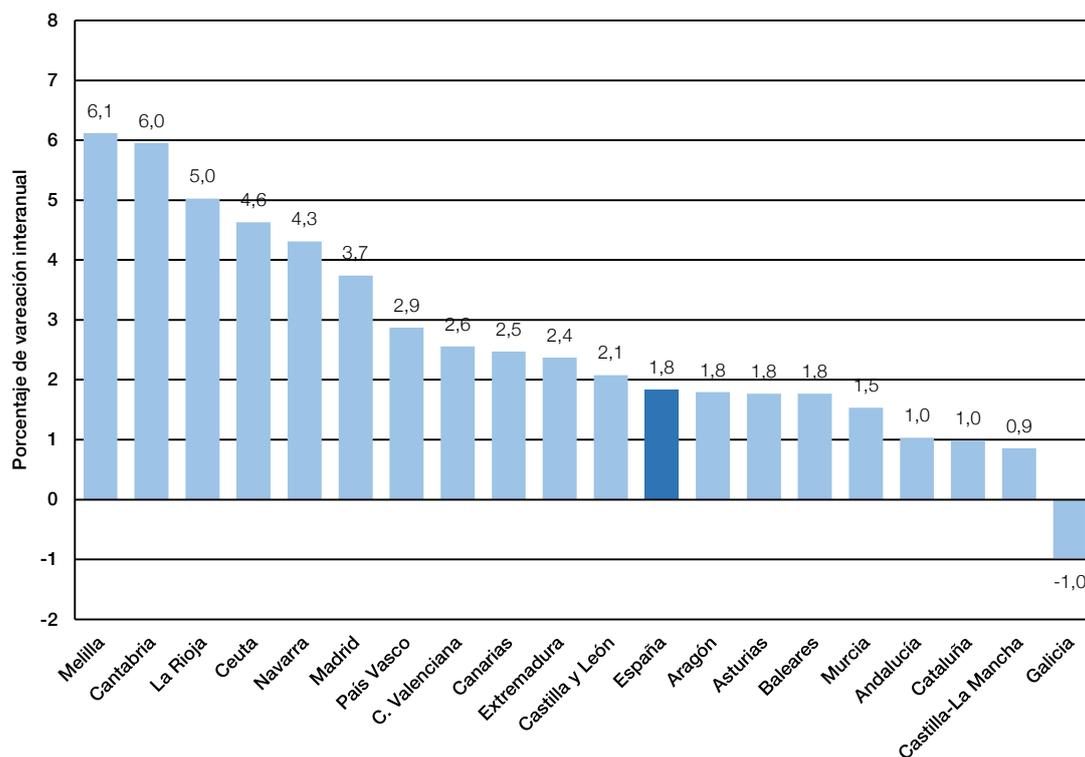


Observaciones: Las recetas médicas del SNS corresponden a las recetas con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas, INGESA y el mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS). El gasto farmacéutico es el importe farmacéutico facturado a PVP con IVA menos las aportaciones de los usuarios, de las oficinas de farmacia y las deducciones por aplicación del RDL 8/2010.

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

Por territorios, el que presenta la mayor reducción de la factura farmacéutica en 2015 respecto a 2014 es Galicia con un -1%. Las demás comunidades autónomas se sitúan en crecimientos positivos, siendo los más bajos los de Castilla-La Mancha, Cataluña y Andalucía, y los más elevados los de Melilla, Cantabria y La Rioja.

Gráfico 6-9 Porcentaje de variación del gasto farmacéutico a través de la facturación de recetas médicas del SNS según comunidad autónoma, 2015-2014



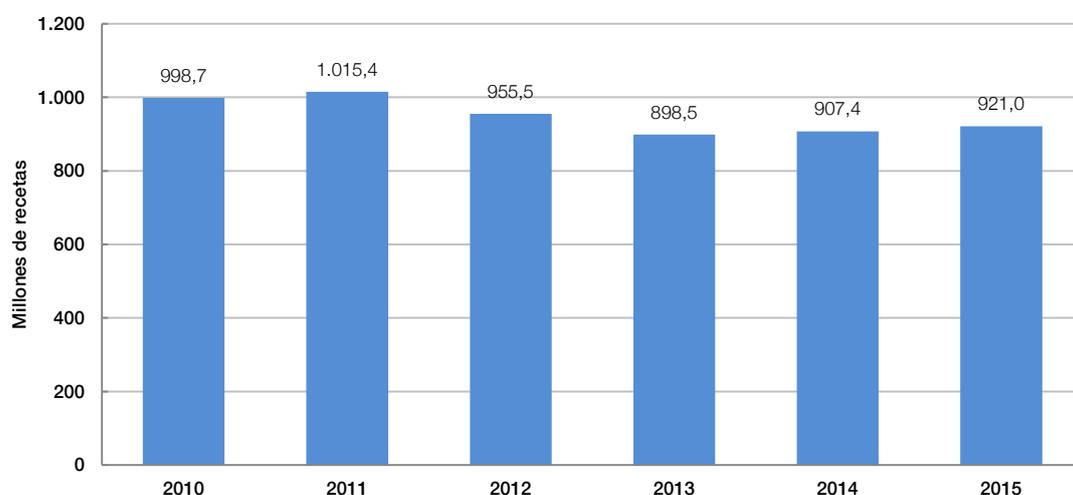
Observaciones: Las recetas médicas del SNS corresponden a las recetas con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas, INGESA y el mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS).

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticas de facturación de receta médica.

6.2.3 Recetas facturadas

El número de recetas médicas del SNS facturadas a través de oficinas de farmacia en 2015 asciende a un total de 921 millones, aunque se mantiene en un nivel de consumo por debajo de los valores de 2012 y años precedentes. Entre 2010 y 2015 las recetas facturadas han disminuido en 77,7 millones, lo que representa un descenso del -7,8%.

Gráfico 6-10 Evolución del número de recetas médicas (en millones) del SNS facturadas, 2010-2015

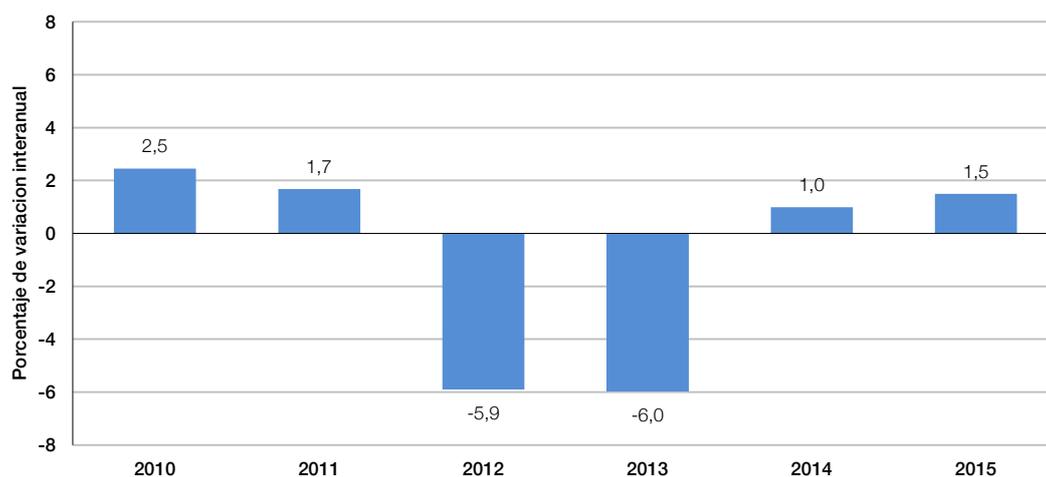


Observaciones: Las recetas médicas del SNS corresponden a las recetas con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas, INGESA y el mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS).

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

Después del fuerte descenso en el número de recetas facturadas en 2012 y 2013 (-5,9% y -6%), desde 2014 hay una tendencia al alza, que en 2015 ha supuesto el 1,5%, crecimiento que aun siendo positivo se sitúa en cifras inferiores a 2011 y años anteriores.

Gráfico 6-11 Evolución del porcentaje de variación interanual del número de recetas médicas del SNS facturadas, 2010-2015

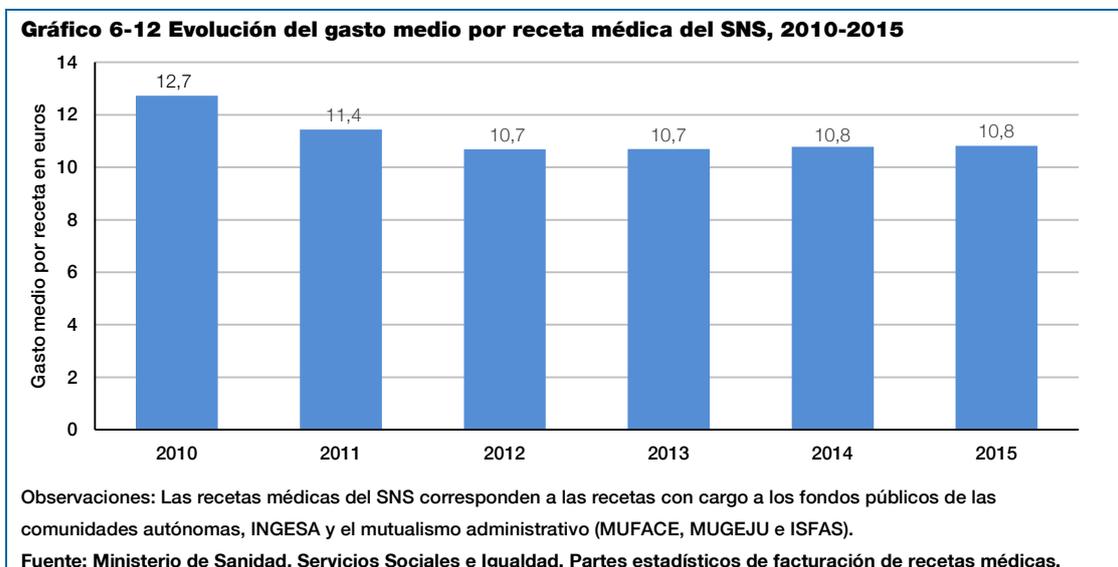


Observaciones: Las recetas médicas del SNS corresponden a las recetas con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas, INGESA y el mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS).

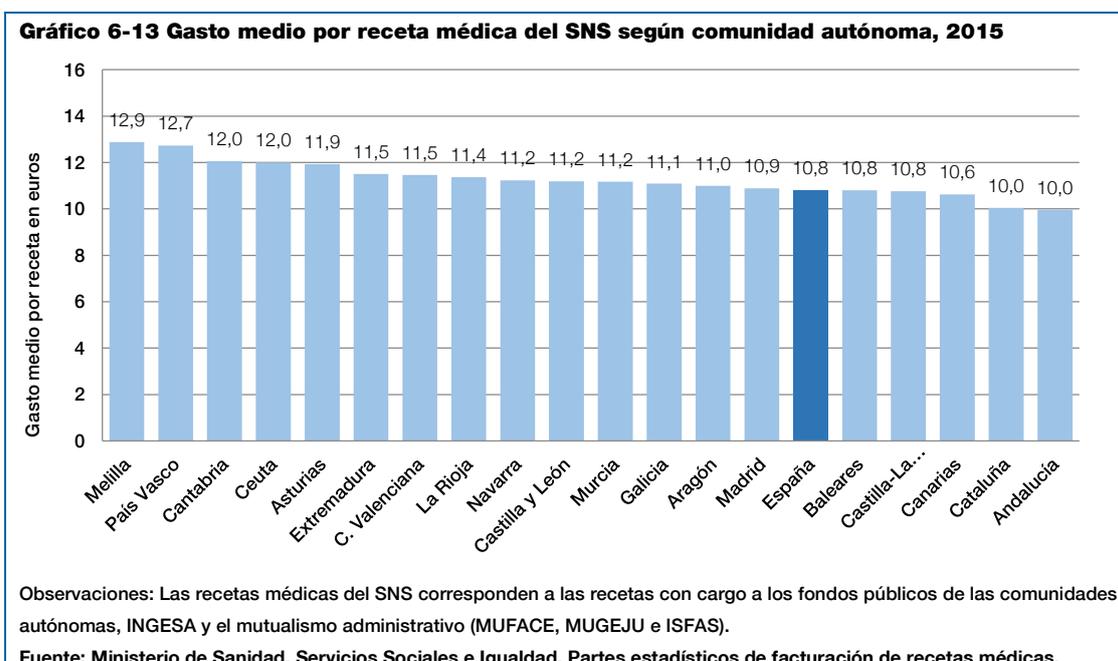
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticas de facturación de recetas médicas.

6.2.4 Gasto medio por receta

En 2015 se mantiene la tendencia del gasto medio por receta, situándose en 10,8 euros, igual que el gasto del año anterior, lo que supone casi 2 euros menos que el dato correspondiente a 2010 (12,7 euros).



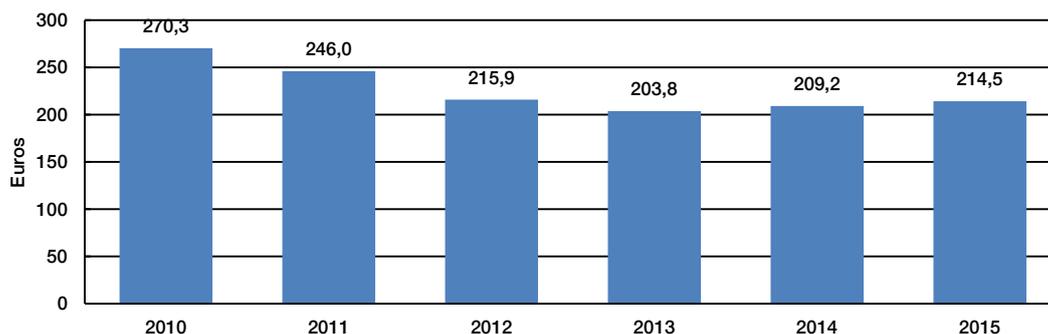
En 2015 Melilla tiene el gasto medio por receta más elevado (12,9 euros), más de 2 euros por encima de la media nacional. Le siguen País Vasco (12,7 euros) y Ceuta y Cantabria (12 euros). Andalucía y Cataluña mantienen el gasto medio por receta más bajo de todas las comunidades autónomas, 10 euros.



6.2.5 Gasto por habitante

El gasto a través de la facturación de recetas médicas por habitante en 2015 se sitúa en 214,5 euros, un 2,5% sobre 2014. Entre 2010 y 2015 el gasto farmacéutico público por habitante ha caído un 20,6%, debido al impacto de las medidas ya indicadas anteriormente de regulación económica, que han logrado reducir el gasto farmacéutico.

Gráfico 6-14 Evolución del gasto farmacéutico a través de recetas médicas del SNS por habitante y año, 2010 - 2015



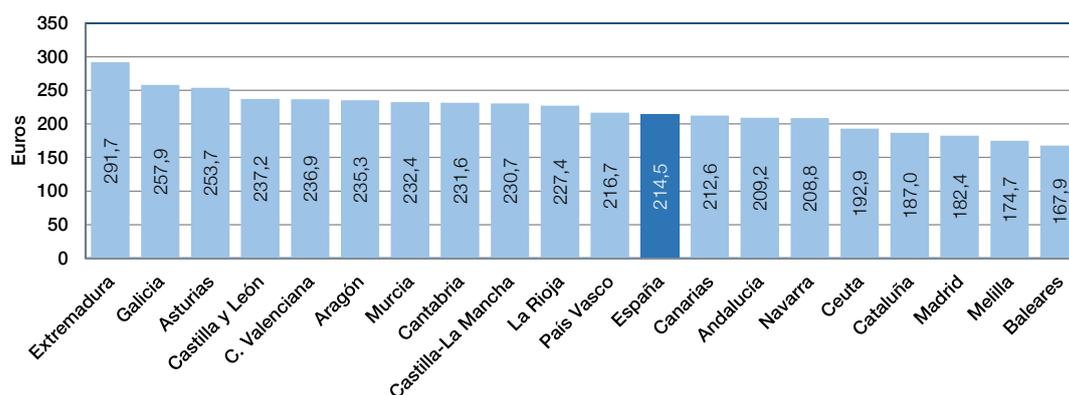
Observaciones: Las recetas médicas del SNS corresponden a las recetas con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas, INGESA y el mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS).

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

Población Padrón municipal a 1 de enero de cada año (INE).

En 2015 Extremadura se sitúa con el mayor gasto por habitante (291,7 euros), seguido de Galicia y Asturias (257,9 y 253,7 euros respectivamente). Los que presentan las cifras más bajas de gasto farmacéutico público por habitante son Baleares, Melilla y Madrid, con 167,9, 174,7 y 182,4 euros respectivamente.

Gráfico 6-15 Gasto farmacéutico a través de recetas médicas del SNS por habitante y año según comunidad autónoma, 2015



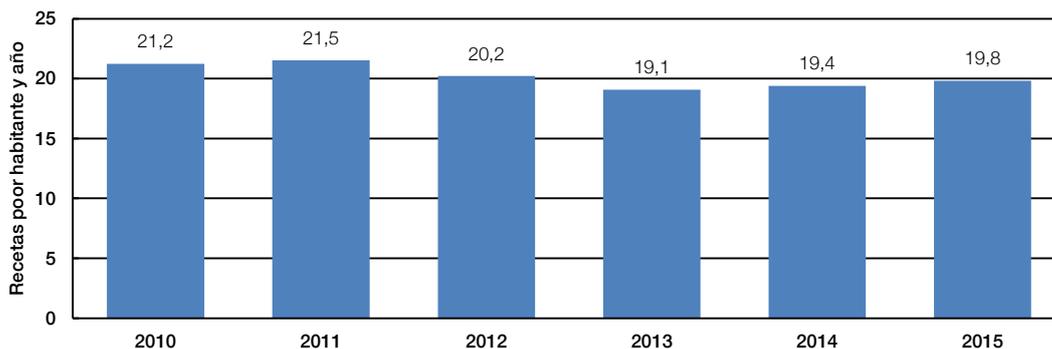
Observaciones: Las recetas médicas del SNS corresponden a las recetas con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas, INGESA y el mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS).

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticas de facturación de recetas médicas. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2015 (INE).

6.2.6 Recetas por habitante

En 2015 el consumo de recetas por habitante se sitúa en 19,8, un 2,1% más que en 2014. El año 2011 es el que tiene el número de recetas por habitante más elevado (21,5 recetas). Entre 2010 y 2015 el consumo de recetas por habitante cae un 6,6%, debido al descenso del número de recetas facturadas.

Gráfico 6-16 Evolución del consumo de recetas médicas del SNS por habitante y año, 2010 - 2015



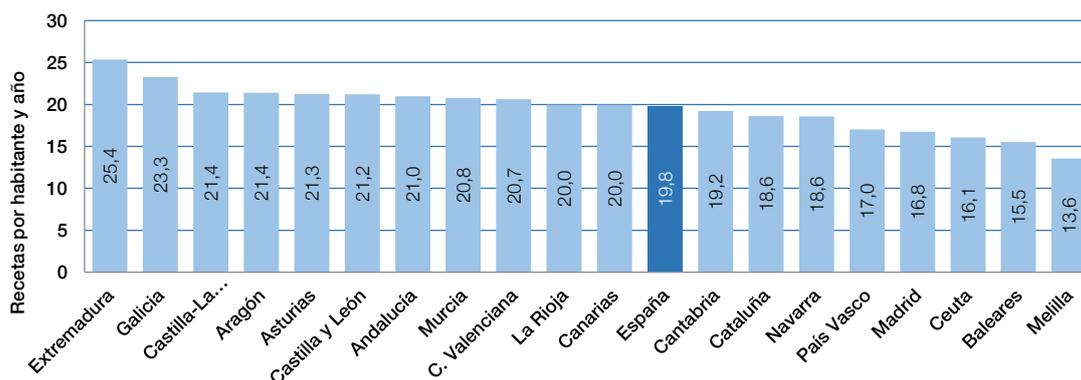
Observaciones: Las recetas médicas del SNS corresponden a las recetas con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas, INGESA y el mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS).

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

Población Padrón municipal a 1 de enero de cada año (INE).

En 2015 Extremadura se sitúa con el mayor consumo de recetas por habitante (25,4 recetas), seguido de Galicia y Castilla-La Mancha (23,3 y 21,4 recetas respectivamente). Presentan las cifras más bajas de recetas por habitante Melilla, Baleares y Ceuta con 13,6, 15,5 y 16,1 respectivamente.

Gráfico 6-17 Consumo de recetas médicas del SNS por habitante y año según comunidad autónoma, 2015



Observaciones: Las recetas médicas del SNS corresponden a las recetas con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas, INGESA y el mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS).

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticas de facturación de recetas médicas. Instituto Nacional de Estadística. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2015.

6.2.7 Consumo por grupos de facturación

Del total de recetas médicas oficiales del SNS 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 4,1% del importe facturado. El resto corresponde a la facturación de fórmulas magistrales y preparados oficinales, así como a las vacunas individualizadas antialérgicas y bacterianas.

6.2.8 Consumo de medicamentos por subgrupos farmacológicos (ATC4)

6.2.8.1 En relación a los envases facturados

Los quince subgrupos farmacológicos ATC4 con mayor consumo en número de envases a través de la facturación de recetas médicas oficiales del SNS en oficinas de farmacia en 2015, suponen casi el 50% del total de unidades vendidas de medicamentos.

El subgrupo de mayor consumo en número de envases es el de los Antiulcerosos: Inhibidores de la bomba de protones (A02BC) que representa un 7,7% del total, aunque ha descendido su facturación un -2% sobre 2014. Este subgrupo tiene una elevada dosis por habitante y día (DHD) 120,3, 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 77% 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 2014 de un 1,9%. La DHD de este grupo de medicamentos es 97,2, conforme 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 46% y el 37% 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, las Pirazolonas (N02BB) tienen el mayor incremento en envases de los quince subgrupos de mayor consumo (9,9%), así pues el Metamizol, sódico, único principio activo financiado de este subgrupo, se sitúa en el sexto puesto de los principios activos de mayor consumo.

Tabla 6-15 Quince primeros subgrupos farmacológicos de mayor consumo en envases, 2015

Subgrupo Farmacológico ATC4		Envases (millones)	% envases sobre total	% Δ envases 2015/14	DHD	Importe PVP-IVA (millones de euros)	CTD (euros)
A02BC	Antiulcerosos: Inhibidores de la bomba de protones	70,4	7,7	-2,0	120,3	391,1	0,2
C10AA	Hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG CoA reductasa	57,9	6,3	1,9	97,2	535,9	0,3
N05BA	Ansiofíticos: Derivados de la benzodiazepina	52,0	5,7	-0,3	55,7	97,5	0,1
N02BE	Analgésicos y antipiréticos: Anilidas	39,7	4,3	4,1	24,6	91,8	0,2
B01AC	Inhibidores de la agregación plaquetaria, excluyendo heparina	31,6	3,5	-0,8	55,2	155,3	0,2
M01AE	Antiinflamatorios: Derivados del ácido propiónico	27,8	3,0	-3,9	26,9	94,7	0,2
C09AA	Inhibidores de la ECA, monofármacos	22,9	2,5	1,9	67,3	77,2	0,1
N02BB	Analgésicos y antipiréticos: Pirazolonas	20,2	2,2	9,9	4,5	45,2	0,6
C09CA	Antagonistas de angiotensina II, monofármacos	20,9	2,3	0,6	52,7	291,7	0,3
N06AB	Antidepresivos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	19,2	2,1	1,5	47,4	174,4	0,2
N02AX	Analgésicos: Otros opioides	18,5	2,0	0,4	8,9	145,9	1,0
C09DA	Antagonistas de angiotensina II y diuréticos	17,4	1,9	0,8	28,8	268,5	0,5
A10BA	Hipoglucemiantes: Biguanidas	16,8	1,8	0,2	21,2	33,0	0,1
C03CA	Diuréticos de techo alto: Sulfonamidas, monofármacos	15,1	1,7	1,5	21,7	40,5	0,1
C07AB	Agentes beta- bloqueantes selectivos	15,3	1,7	8,5	17,7	49,7	0,2
% sobre el total		-	48,7	-	-	-	-

Observaciones: ATC4 = Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química Nivel 4, subgrupo farmacológico. DHD: Dosis habitante día. PVP-IVA= Precio Venta al Público impuestos incluidos. CTD: Coste tratamiento día.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara. Instituto Nacional de Estadística. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2015.

6.2.8.2 En relación al importe facturado

De los quince primeros subgrupos que tienen el mayor consumo en importe en 2015, que representan el 45% del total del importe facturado en medicamentos a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia, el subgrupo que mayor importe factura es el de los Hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG CoA reductasa (C10AA), 535,9 millones de euros (un 4,9% del total), y tiene un coste tratamiento día (CTD), que indica el importe real de la DDD de este subgrupo, de 0,3 euros. Ha tenido un incremento sobre el año anterior de un 4,7%.

Tabla 6-16 Quince primeros subgrupos farmacológicos de mayor consumo en importe, 2015

Subgrupo Farmacológico ATC4		Importe PVP-IVA (millones de euros)	% importe sobre total	% Δ Importe 2015/14	DHD	Número envases (millones)	CTD (euros)
C10AA	Hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG CoA reductasa	535,9	4,9	4,7	97,2	57,9	0,3
R03AK	Adrenérgicos en combinación con corticosteroides u otros agentes, excluyendo los anticolinérgicos	531,6	4,9	-1,0	15,0	8,5	2,1
A10BD	Combinaciones de fármacos hipoglucemiantes orales	417,4	3,8	9,2	11,3	6,6	2,2
N03AX	Otros antiepilépticos	416,2	3,8	-16,3	11,2	11,6	2,2
A02BC	Antiulcerosos: Inhibidores de la bomba de protones	391,1	3,6	-1,7	120,3	70,4	0,2
N05AX	Otros antipsicóticos	343,0	3,2	-8,2	4,2	3,3	4,9
A10AE	Insulinas y análogos de acción prolongada para inyección	307,8	2,8	5,9	8,8	4,0	2,1
N06AX	Otros antidepresivos	299,4	2,8	-11,9	23,2	15,3	0,8
C09CA	Antagonistas de angiotensina II, monofármacos	291,7	2,7	-5,2	52,7	20,9	0,3
C09DA	Antagonistas de angiotensina II y diuréticos	268,5	2,5	-1,8	28,8	17,4	0,5
B01AB	Antitrombóticos: Grupo de la heparina	257,7	2,4	5,8	6,0	2,9	2,6
G04CA	Fármacos para hipertrófia prostática benigna: Antagonistas de los receptores alfa adrenérgicos	230,4	2,1	9,2	18,4	10,3	0,7
R03BB	Broncodilatadores inhalatorios: Anticolinérgicos	221,5	2,0	-4,2	12,7	6,3	1,0
N02AB	Analgésicos opioides: Derivados de la fenilpiperidina	177,9	1,6	9,9	2,4	3,4	4,4
N05AH	Antipsicóticos: Diazepinas, oxazepinas, tiazepinas y oxepinas	174,1	1,6	2,5	5,3	4,9	2,0
% sobre Total		-	44,7	-	-	-	-

Observaciones: ATC4 = Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química Nivel 4, subgrupo farmacológico. PVP-IVA= Precio Venta al Público impuestos incluidos. DHD: Dosis habitante día. CTD: Coste/ Tratamiento/Día.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara. Instituto Nacional de Estadística. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2015.

El segundo subgrupo es el R03AK (Adrenérgicos en combinación con corticosteroides u otros agentes, excluyendo los anticolinérgicos) para el tratamiento del asma y EPOC, factura 531,6 millones de euros, y ha tenido un descenso sobre 2014 del -1%.

El subgrupo que experimenta un mayor crecimiento con respecto a 2014 es el N02AB (Analgésicos opioides: Derivados de la fenilpiperidina), que prácticamente todo su consumo se centra en el Fentanilo, que ocupa la séptima posición en el consumo por ATC5.

El subgrupo N03AX (Otros antiepilépticos) es el que tiene el mayor descenso en el importe facturado, un -16,3%, debido a la incorporación en la financiación en enero de 2015 de las presentaciones genéricas de pregabalina y la creación de sus agrupaciones homogéneas. Asimismo los subgrupos: Otros antidepresivos (N06AX) y Otros antipsicóticos (N05AX), disminuyen en un -11,9% y -8,2%, debido a la incorporación de presentaciones genéricas de Duloxetina y Aripiprazol respectivamente.

6.2.9 Consumo de medicamentos por principios activos (ATC5)

6.2.9.1 En relación a los envases facturados

Los quince principios activos con mayor número de envases facturados representan el 33,5% del total de envases de medicamentos. El Omeprazol es el principio activo de mayor consumo (54 millones de envases), con un 5,9% del total de envases facturados, aunque en 2015 se produce un descenso del -2,5%. Con una DHD de 97,4, 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 3,2%.

La Simvastatina ocupa el tercer puesto con el 2,9% del total; puede considerarse el fármaco de elección para el tratamiento de la hipercolesterolemia, su CTD es de 0,1euros, frente a los 0,3 euros de la otra estatina (Atorvastatina), que aparece en la quinta posición.

El Ibuprofeno tiene el mayor descenso (-9,6%) de los 15 principios activos con mayor número de envases facturados, y el Bisoprolol es más elevado (14%).

Los quince principios activos con mayor número de envases facturados tienen CTD moderados, entre 0,04 y 0,7 euros, ya que todos están incluidos desde hace años en el sistema de precios de referencia y en agrupaciones homogéneas.

Tabla 6-17 Quince primeros principios activos de mayor consumo en envases, 2015

Principio Activo ATC5		Envases (millones)	% envases sobre total	% Δ envases 15/14	DHD	Importe PVP-IVA (millones de euros)	CTD (euros)
A02BC01	Omeprazol	54,0	5,9	-2,5	97,4	139,2	0,1
N02BE01	Paracetamol	36,5	4,0	3,2	23,9	82,6	0,2
C10AA01	Simvastatina	26,4	2,9	0,6	30,1	39,9	0,1
B01AC06	Ácido acetilsalicílico (Antiangregante)	26,0	2,8	0,2	45,8	43,2	0,1
C10AA05	Atorvastatina	21,2	2,3	5,3	49,8	277,5	0,3
N02BB02	Metamizol sódico	20,2	2,2	9,9	4,5	45,2	0,6
N05BA06	Lorazepam	17,3	1,9	0,6	21,9	28,5	0,1
A10BA02	Metformina	16,8	1,8	0,2	21,2	33,0	0,1
M01AE01	Ibuprofeno	16,6	1,8	-9,6	14,5	38,8	0,2
C09AA02	Enalapril	14,5	1,6	1,9	41,9	27,1	0,04
N02AX52	Tramadol, combinaciones	13,8	1,5	-1,5	5,4	66,5	0,7
N05BA12	Alprazolam	12,3	1,3	-0,6	15,9	30,7	0,1
C07AB07	Bisoprolol	10,8	1,2	14,0	8,5	28,8	0,2
C03CA01	Furosemida	10,3	1,1	4,8	17,9	23,0	0,1
N05CD06	Lormetazepam	9,8	1,1	1,7	21,2	21,7	0,1
% sobre total			33,5				

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 impuestos incluidos.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara. Instituto Nacional de Estadística. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2015.

6.2.9.2 En relación al importe facturado

Los quince principios activos que mayor importe facturan en 2015 representan el 24% del PVP-IVA total facturado en medicamentos. El hipolipemiente Atorvastatina ocupa el primer lugar de facturación en importe, con 277,5 millones de euros y tienen un incremento sobre 2014 del 7,4%. Este principio activo se sitúa en el orden en envases facturados en el quinto puesto.

Las combinaciones de Salmeterol-fluticasona y Formoterol-budesonida para el tratamiento del asma y EPOC, ocupan la segunda y sexta posición.

El antiepiléptico Pregabalina es el principio activo de los quince que disminuye más su facturación en importe respecto a 2014, un -37,8%, debido a que en 2015 se han introducido las primeras presentaciones genéricas que han promovido una bajada del precio de estos medicamentos. El antidepresivo Duloxetina asimismo reduce su facturación un -29,3%, ya que igualmente se incluyeron presentaciones genéricas de este principio activo en 2015.

De los principios activos de mayor consumo en importe, solo dos coinciden con los quince de mayor consumo en envases: la Atorvastatina y el Omeprazol.

El antipsicótico Paliperidona es el principio activo de los quince con mayor CTD, 7,6 euros.

Los CTD de estos principios activos son más elevados por envases que los de los quince, ya que para la mayoría de estos principios activos no se han podido formar conjuntos de referencia que contribuyen a una bajada de los precios.

Tabla 6-18 Quince primeros principios activos de mayor consumo en importe, 2015

Principio Activo ATC5		Importe PVP-IVA (millones de euros)	% sobre total importe	% Δ 15/14	DHD	Envases (millones)	CTD (euros)
C10AA05	Atorvastatina	277,5	2,4	7,4	49,8	21,2	0,3
R03AK06	Salmeterol y fluticasona	248,4	2,2	-14,6	6,4	3,6	2,3
A10AE04	Insulina glargina	238,7	2,1	7,8	6,9	3,1	2,0
A10BD07	Metformina y sitagliptina	203,4	1,8	7,2	5,5	3,3	2,2
N05AX13	Paliperidona	187,2	1,6	5,1	1,5	0,7	7,6
R03AK07	Formoterol y budesonida	183,9	1,6	0,7	5,2	2,9	2,1
N02AB03	Fentanilo	177,7	1,6	9,9	2,4	3,4	4,4
B01AB05	Enoxaparina	169,8	1,5	5,1	4,5	2,1	2,2
N03AX16	Pregabalina	167,8	1,5	-37,8	4,3	4,8	2,3
A10BD08	Metformina y vildagliptina	166,6	1,5	6,5	4,5	2,5	2,2
R03BB04	Tiotropio bromuro	158,8	1,4	-7,4	5,7	3,2	1,6
A02BC01	Omeprazol	139,2	1,2	-1,3	97,4	54,0	0,1
C10AA07	Rosuvastatina	132,0	1,2	4,7	9,2	4,7	0,8
G04CA52	Tamsulosina y dutasterida	127,3	1,1	8,1	5,8	3,3	1,3
N06AX21	Duloxetina	112,9	1,0	-29,3	5,1	3,8	1,3
% sobre el total			23,6				

Observaciones: ATC5 = Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química Nivel 5, principio activo. PVP-IVA: Precio Venta al Público impuestos incluidos DHD: Dosis habitante día. CTD: Coste tratamiento día.

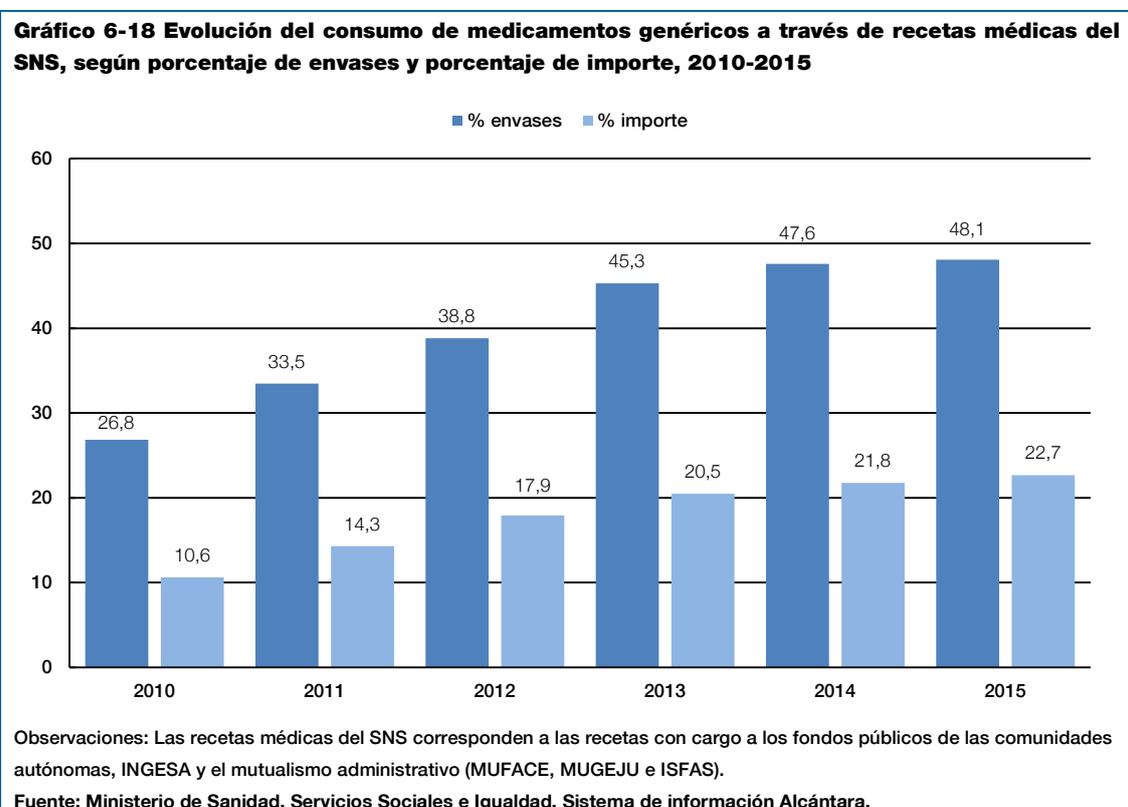
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara. Instituto Nacional de Estadística. Población Padrón municipal a 1 de enero de 2015.

6.2.10 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.

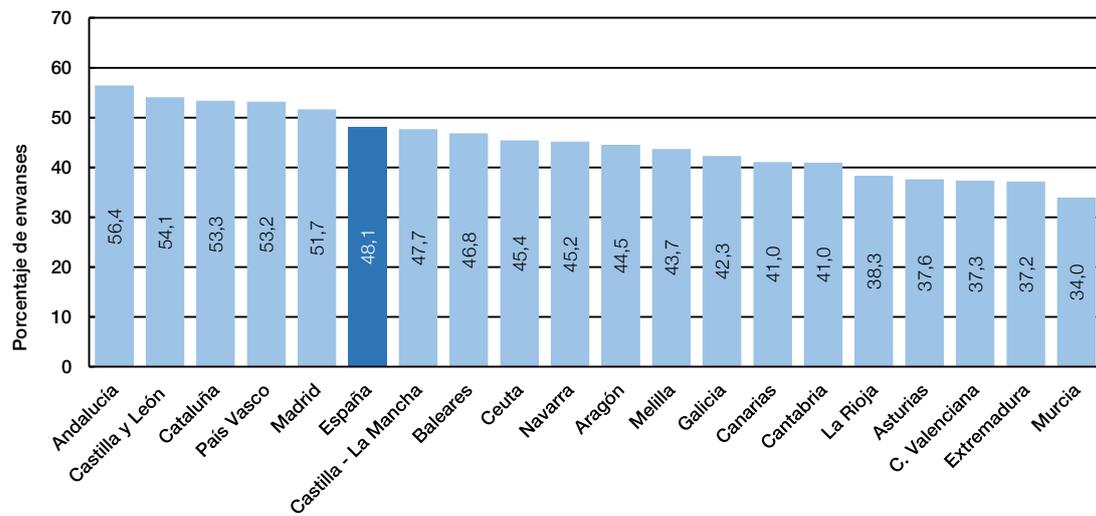
En el año 2015 el consumo de medicamentos genéricos a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia en el conjunto del SNS (comunidades autónomas, INGESA y mutualismo administrativo), es del 48,1% del total de envases de medicamentos facturados. En relación al importe facturado es del 22,7%, porcentaje inferior al de los envases debido a que los precios de los medicamentos genéricos son más bajos.

La incorporación de los medicamentos genéricos en el consumo ha ido creciendo año a año. En el análisis de los últimos seis años, los genéricos aumentan su presencia en el consumo de envases en un 80%, pasando de un 26,8% en 2010 a un 48,1% en 2015. En importe, este aumento es un 114% más, incrementándose del 10,6% al 22,7%.



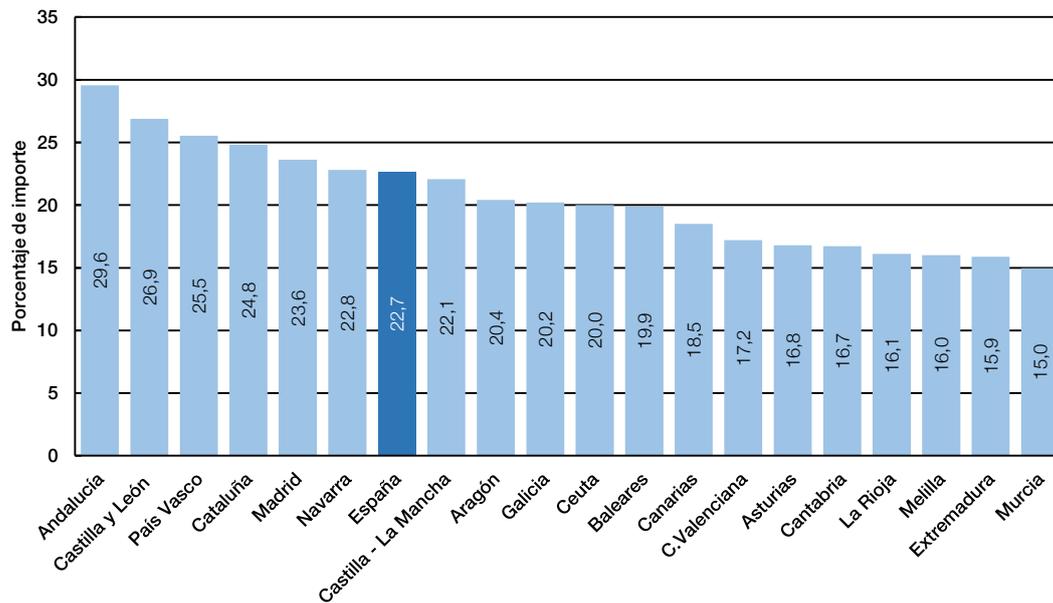
Por comunidades autónomas, Andalucía y Castilla y León, son las que tienen los mayores porcentajes de consumo de envases e importe de genéricos respecto al total de medicamentos en el año 2015, seguidas de Cataluña, País Vasco y Madrid, que se sitúan también en ambos indicadores por encima de la media nacional.

Gráfico 6-19 Consumo de medicamentos genéricos por comunidad autónoma. Porcentaje de envases sobre total de medicamentos, 2015



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

Gráfico 6-20 Consumo de medicamentos genéricos por comunidad autónoma. Porcentaje del importe sobre total de medicamentos, 2015



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

Los quince principios activos con mayor número de envases de genéricos facturados representan el 55,5% del total de envases genéricos. El Omeprazol es el principio activo de mayor consumo de envases de presentaciones genéricas (48,2 millones de envases), que suponen el 89,4% del consumo total de envases facturados (genéricos y no genéricos).

Los principios activos que más envases facturan de medicamentos genéricos coinciden prácticamente con los del consumo total.

Simvastatina y Amlodipino, son los que tienen mayor consumo de genéricos sobre el total (98,1% y 94,8% respectivamente).

Tabla 6-19 Quince primeros principios activos de mayor consumo en envases genéricos, 2015

Principio Activo ATC5		Envases (millones)	Orden según consumo total (genéricos y no genéricos)	% de consumo genérico sobre total
A02BC01	Omeprazol	48,2	1	89,4
N02BE01	Paracetamol	32,3	2	88,5
C10AA01	Simvastatina	25,9	3	98,1
B01AC06	Ácido acetilsalicílico (Antiagregante)	22,0	4	84,6
C10AA05	Atorvastatina	17,8	5	84,0
A10BA02	Metformina	15,6	8	92,5
M01AE01	Ibuprofeno	14,5	9	87,2
N05BA06	Lorazepam	11,3	7	65,0
N02BB02	Metamizol sódico	10,5	6	52,3
C09AA02	Enalapril	10,2	10	70,7
C08CA01	Amlodipino	8,8	16	94,8
N05CD06	Lormetazepam	6,9	15	70,8
C03CA01	Furosemida	6,8	14	65,9
C07AB07	Bisoprolol	6,7	13	62,0
N05BA12	Alprazolam	6,5	12	53,1
% s/Total		55,5		

Observaciones: ATC5 = Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química Nivel 5, principio activo.

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

Los quince principios activos con mayor facturación en importe de presentaciones genéricas representan el 39,4% del total del importe de genéricos. La Atorvastatina es el principio activo de mayor facturación en presentaciones genéricas (236,8 millones de euros), que suponen el 85,3% del importe total facturado (genéricos y no genéricos).

Tan solo dos principios activos de mayor consumo en importe de genéricos coinciden con los quince de mayor consumo total (genéricos y no genéricos): Atorvastatina y Omeprazol.

El antidepresivo Escitalopram y el hipolipemiante Simvastatina, son los que tienen mayor facturación en importe de genéricos sobre el total facturado (99,2% y 98,2% respectivamente).

Tabla 6-20 Quince primeros principios activos de mayor consumo en importe de genéricos, 2015

Principio Activo ATC5		Importe PVPIVA (millones euros)	Orden según consumo total (genéricos y no genéricos)	% de consumo genérico sobre total
C10AA05	Atorvastatina	236,8	1	85,3
A02BC01	Omeprazol	117,4	12	84,3
A02BC02	Pantoprazol	82,4	18	79,9
N02BE01	Paracetamol	72,4	23	87,7
N06AB10	Escitalopram	71,0	29	99,2
N05AH04	Quetiapina	54,2	26	68,6
B01AC04	Clopidogrel	51,3	36	75,0
C09CA03	Valsartán	47,9	39	71,4
N05AH03	Olanzapina	42,2	25	53,1
N06DX01	Memantina	42,2	24	51,1
J01CR02	Amoxicilina e inhibidores de la beta-lactamasa	41,8	48	66,8
N03AX14	Levetiracetam	41,4	17	38,7
C09DA03	Valsartán y diuréticos	39,9	50	65,2
C10AA01	Simvastatina	39,2	76	98,2
N06DA02	Donepezilo	37,0	45	57,2
% sobre Total		39,4	-	-

Observaciones: ATC5 = Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química Nivel 5, principio activo PVPIVA= Precio Venta al Público impuestos incluidos.

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

6.2.11 Consumo de productos sanitarios

En 2015 el consumo de productos sanitarios a través de recetas médicas supone un volumen de 17,4 millones de envases, con una facturación de 487 millones de euros. Los productos sanitarios incrementan su consumo en 2015 respecto a 2014 en un 3,1% en la facturación de envases y en un 2,7% en relación al importe. El grupo de medias de compresión fuerte, presenta elevados incrementos de consumo en envases y en importe respecto a 2014 (12,4% y 11,3% respectivamente).

Los absorbentes para la incontinencia de orina tienen la mayor facturación en envases e importe (42,8% y 59,3% respectivamente). Los apósitos estériles ocupan la segunda posición en la facturación en envases y en importe descienden a la tercera posición. Los productos de ostomía se sitúan en el segundo puesto en importe y en el cuarto en número de envases facturados.

Tabla 6-21 Consumo de productos sanitarios por grupo, según envases, 2015

Grupo	Envases (millones)	% sobre el total	% Δ 2015/14
Absorbentes incontinencia orina	7,5	42,8	1,6
Apósitos estériles	2,4	13,7	1,4
Algodón, vendas, gasas, esparadrapo	2,1	11,9	-0,6
Productos de ostomía	2,1	11,8	7,3
Otros	1,1	6,4	8,9
Medias compresión fuerte	1,0	5,9	12,4
Bolsas de recogida de orina y colectores	0,8	4,8	2,9
Sondas Vesicales	0,5	2,8	2,7
Total	17,4	100,0	3,1

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

Tabla 6-22 Consumo de productos sanitarios por grupo, según importe, 2015

Grupo	Importe PVPIVA (millones de euros)	% sobre total	% Δ 2015/14
Absorbentes incontinencia orina	288,9	59,3	1,6
Productos de ostomía	98,3	20,2	5,4
Apósitos estériles	37,6	7,7	-0,9
Sondas vesicales	18,6	3,8	6,8
Bolsas de recogida de orina y colectores	16,2	3,3	2,4
Medias compresión fuerte	10,7	2,2	11,3
Algodón, vendas, gasa, esparadrapo	8,6	1,8	-1,6
Otros	8,0	1,6	13,6
Total	487,0	100,0	2,7

Observaciones: PVPIVA= Precio Venta al Público impuestos incluidos.

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

6.2.12 Ventas de laboratorios farmacéuticos ofertantes

Los medicamentos facturados en 2015 al SNS a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia corresponden a un total de 360 laboratorios farmacéuticos ofertantes.

En relación a los envases facturados, el 27,6% pertenecen a 5 laboratorios. El top-10 de los laboratorios agrupa el 40,3% de la facturación, mientras que los 50 primeros laboratorios el 80,1%.

En relación al importe, el 22,2% de toda la facturación está concentrada en 5 laboratorios. El top-10 de los laboratorios representa el 37,2% del total de los medicamentos, y los 50 primeros laboratorios suponen el 81,9% del total.

El orden de los laboratorios en facturación por envases no tiene por qué coincidir en importe.

Tabla 6-23 Ventas de medicamentos por laboratorios ofertantes a través de oficinas de farmacia. 2015

	Envases facturados (Millones)	% sobre el total	Importe PVP IVA facturado (Millones euros)	% sobre el total
5 Primeros laboratorios	252,3	27,6	2.529,6	22,2
10 Primeros laboratorios	369,3	40,3	4.247,2	37,2
20 Primeros laboratorios	520,9	56,9	6.424,7	56,3
30 Primeros laboratorios	620,5	67,8	7.769,6	68,1
40 Primeros laboratorios	685,7	74,9	8.653,2	75,9
50 Primeros laboratorios	733,4	80,1	9.337,8	81,9
Total general (360 laboratorios)	915,5	100,0	11.403,6	100,0

Observaciones: PVP IVA= Precio Venta al Público impuestos incluidos.

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

6.2.13 Ventas de ofertantes de productos sanitarios

En el año 2015, los productos sanitarios facturados a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia corresponden a 142 empresas ofertantes.

En relación a los envases facturados, el 54% del total pertenecen a 5 ofertantes. El top-10 de los ofertantes agrupa el 75,8% del total de envases y los 25 primeros el 95,2%.

En relación al importe, tan solo cinco ofertantes suponen el 71,9% del total y el 98,6% del importe corresponde a 25 ofertantes.

Tabla 6-24 Ventas de productos sanitarios por ofertantes a través de oficinas de farmacia. 2015

	Envases facturados (Millones)	% sobre el total	Importe PVPIVA facturado (Millones euros)	% sobre el total
5 Primeros ofertantes	9,4	54,0	350,0	71,9
10 Primeros ofertantes	13,2	75,8	429,0	88,1
15 Primeros ofertantes	14,8	84,7	460,7	94,6
20 Primeros ofertantes	15,8	90,7	473,3	97,2
25 Primeros ofertantes	16,6	95,2	480,1	98,6
Total general (142 ofertantes)	17,4	100%	487,0	100%

Observaciones: PVPIVA= Precio Venta al Público impuestos incluidos.

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

6.3 Prestación farmacéutica hospitalaria

La información 2015 del gasto en medicamentos⁸⁸ efectuados por los Servicios de Farmacia de la red pública hospitalaria del SNS 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

⁸⁸ 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.

autónomas e INGESA, y calculado en base al PVL que consta para cada medicamento en el Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

6.3.1 Gasto de medicamentos por subgrupos farmacológicos (ATC4)

Los quince subgrupos de mayor consumo a PVL de medicamentos en hospitales representan más del 67% del gasto total.

El subgrupo Otros antivirales (J05AX) donde se encuentran incluidos entre otros, principios activos para el tratamiento de la hepatitis C, ocupa la primera posición con un porcentaje del 18,3% sobre el total del consumo y ha tenido un incremento muy elevado en 2015. El segundo subgrupo es el de los Inmunosupresores: Inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) (L04AB), cuyos medicamentos se utilizan principalmente para la artritis reumatoide, representan el 9,7% del total. Otros 3 subgrupos de Inmunosupresores, el L04AA (Inmunosupresores selectivos), L04AC (Inhibidores de la interleucina) y L04AX (Otros inmunosupresores) se encuentran también entre los quince subgrupos ATC4 de mayor consumo a PVL.

Entre los subgrupos de mayor gasto figuran asimismo los antivirales J05AR y J05AE, para el tratamiento de la infección por VIH y algunos de ellos también para el tratamiento de la hepatitis C.

El tercer y quinto puesto, lo ocupan los subgrupos para el tratamiento antineoplásico L01XC (Anticuerpos monoclonales) y L01XE (Inhibidores directos de la protein-quinasa).

El subgrupo de los Interferones (L03AB), con una gran variedad de indicaciones terapéuticas (tratamiento de algunos tipos de leucemias por linfomas, esclerosis múltiple y hepatitis C, entre otros), reducen su gasto en 2015 en un -12,3%.

Tabla 6-25 Quince primeros subgrupos farmacológicos de mayor gasto hospitalario, 2015

Subgrupo Farmacológico ATC4		Gasto PVL (millones de euros)	% PVL sobre el total	% Δ 2014/13
J05AX	Otros antivirales	1361,7	18,3	1303,8
L04AB	Inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α)	719,6	9,7	6,0
L01XC	Anticuerpos monoclonales	497,8	6,7	12,9
J05AR	Combinación de antivirales para el tratamiento de infecciones por VIH	457,0	6,2	12,8
L01XE	Inhibidores directos de la protein-quinasa	353,4	4,8	12,5
J05AE	Inhibidores de proteasa	295,3	4,0	30,1
L04AA	Inmunosupresores selectivos	233,0	3,1	32,3
B03XA	Otros preparados antianémicos	184,2	2,5	12,2
B02BD	Factores de la coagulación sanguínea	182,7	2,5	7,6
L03AB	Interferones	165,2	2,2	-12,3
J06BA	Inmunoglobulinas humanas normales	120,6	1,6	12,7
L04AC	Inhibidores de la interleucina	118,1	1,6	21,8
L04AX	Otros inmunosupresores	114,2	1,5	40,3
A16AB	Enzimas	112,4	1,5	12,0
R03DX	Otros agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias, inhalatorios para uso sistémico	85,8	1,2	23,8
% sobre el Total			67,4	

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.

6.3.2 Gasto de medicamentos por principios activos (ATC5)

Los quince primeros principios activos de mayor consumo en hospitales representan el 39% del gasto total en medicamentos.

En el primer, segundo, cuarto y séptimo puesto se sitúan principios activos para el tratamiento de la hepatitis C, que se incluyeron en la financiación pública en 2014 y 2015 y que han tenido un gasto muy importante en 2015.

También en las primeras posiciones se sitúan los inmunosupresores Adalimumab, Etanercept e Infliximab, utilizados mayoritariamente en patologías como artritis reumatoide, enfermedad de Crohn y psoriasis. Asimismo figuran 4 principios activos utilizados para el tratamiento antineoplásico, Trastuzumab, Rituximab, Bevacizumab e Imatinib.

Para el tratamiento de la infección por VIH aparece en la Tabla Tenofovir disoproxilo y emtricitabina (J05AR03), que decrece sobre 2014 en un -5,7%.

Tabla 6-26 Quince primeros principios activos de mayor gasto hospitalario, 2015

Principio activo ATC5		Gasto PVL (millones de euros)	% sobre total PVL	% Δ 2015/14
J05AX65	Sofosbuvir y Ledipasir	557,8	7,5	-
J05AX15	Sofosbuvir	364,2	4,9	-
L04AB04	Adalimumab	303,7	4,1	8,2
J05AX67	Ombitasvir, Paritaprevir y Ritonavir	230,2	3,1	-
L04AB01	Etanercept	174,0	2,3	1,6
L04AB02	Infliximab	170,7	2,3	-1,8
J05AE14	Simeprevir	162,3	2,2	547,7
L01XC03	Trastuzumab	135,7	1,8	2,9
L01XC02	Rituximab	121,0	1,6	5,4
L01XC07	Bevacizumab	118,1	1,6	8,8
J06BA02	Inmunoglobulinas hum. Norm. adm. Intravascular	118,0	1,6	16,8
L01XE01	Imatinib	115,7	1,6	1,6
L03AB07	Interferon beta-1a	112,8	1,5	-3,6
J05AR03	Tenofovir disoproxilo y emtricitabina	112,5	1,5	-5,7
B02BD02	Factor VIII de la coagulacion	106,0	1,4	-0,9
% sobre el Total			39,0	

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 comunidades autónomas e INGESA.

De los medicamentos que contienen los quince principios activos de mayor consumo, siete de ellos están calificados de Uso hospitalario (UH) (sólo pueden utilizarse en medio hospitalario o centros asistenciales autorizados). Los demás, Sofosbuvir, Simeprevir, las asociaciones de Sofosbuvir, y ledipasvir, y Ombitasvir, paritaprevir y ritonavir, así como Adalimumab, Etanercept e Imatinib, 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.

6.4 Consumo medicamentos huérfanos

Los medicamentos huérfanos son aquellos destinados 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 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 protección de 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 particular vigilancia y control y requieren un correcto seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes, por lo que están calificados como medicamentos de uso hospitalario (UH), o como medicamentos de dispensación hospitalaria (DH).

En la prestación farmacéutica del SNS a 31 de diciembre de 2015 hay incluidos 59 principios activos autorizados en 107 presentaciones de medicamentos huérfanos, independientemente de su comercialización. De estos, 48 principios activos (80 presentaciones) son de UH, y 11 principios activos (27 presentaciones) de DH. A su vez de estos 11 principios activos, únicamente 5 (10 presentaciones) pueden ser dispensados en oficinas de farmacia, ya que los 6 restantes (17 presentaciones) tienen establecidas para su financiación en el SNS reservas singulares y sólo pueden dispensarse en el ámbito hospitalario.

En el año 2015 se han incorporado por primera vez en la prestación farmacéutica del SNS, los siguientes nuevos principios activos como medicamentos huérfanos.

Tabla 6-27 Nuevos principios activos incorporados a la prestación farmacéutica del SNS como medicamentos huérfanos en 2015

Principio activo ATC5	
A05AA03	Ácido cólico
C02KX04	Macitentan
C02KX05	Riociguat
L01XC15	Obinutuzumab
L01XC21	Ramucirumab
L01XE18	Ruxolitinib
L01XE31	Nintedanib

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS.

El gasto de los medicamentos huérfanos a nivel hospitalario en 2015 ha supuesto un importe de 550,4 millones de euros, que representa sobre el total del gasto hospitalario un 7,4%. En 2015 ha habido un mayor gasto de estos medicamentos en relación a 2014 (17,5%). Los primeros 15 principios activos de mayor consumo representan el 79,9% del total del gasto de los medicamentos huérfanos.

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 y su consumo decrece un -3% ya que posteriormente se han comercializado otros fármacos para esa misma indicación, como son el Sildenafil y Ambrisentan. En el tercer puesto se sitúa el inmunosupresor Eculizumab con un incremento del gasto del 26,2%, 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 primeros puestos se sitúan también otros agentes antineoplásicos: Nilotinib, Dasatinib y Sorafenib y Ruxolitinib, este último con un crecimiento muy elevado.

Asimismo, entre los 15 principios activos aparecen 2 enzimas para patologías metabólicas hereditarias, Alglucosidasa Alfa y Idursulfasa que registran incrementos respecto a 2014, ya que son la única terapia posible al sustituir la enzima deficitaria correspondiente a cada patología.

El inmunosupresor Pomalidomida, comercializado en 2014, tiene un aumento del gasto en 2015 del 236,1%.

Tabla 6-28 Consumo hospitalario de los quince primeros principios activos huérfanos de mayor gasto, 2015

Principio activo - ATC 5		Gasto PVL 2015 (millones de euros)	Gasto PVL 2014 (millones de euros)	% 2015/14
L04AX04	Lenalidomida	85,7	76,0	12,8
C02KX01	Bosentano	58,7	60,5	-3,0
L04AA25	Eculizumab	55,9	44,3	26,2
L01BC07	Azacitidina	35,5	33,7	5,3
L01XE08	Nilotinib	30,3	27,5	10,2
L01XE06	Dasatinib	27,2	25,8	5,4
L01XE05	Sorafenib	22,3	24,7	-9,7
A16AB07	Alglucosidasa alfa	21,5	19,1	12,6
N04BA02	Levodopa con inhibidor de la descarboxilasa	20,7	17,1	21,1
A16AB09	Idursulfasa	19,0	18,3	3,8
G04BE03	Sildenafil	13,7	14,5	-5,5
B02BX04	Romiplostim	12,5	11,3	10,6
L01XE18	Ruxolitinib	12,3	0,2	6050,0
L04AX06	Pomalidomida	12,1	3,6	236,1
C02KX02	Ambrisentán	11,9	10,3	15,5
% sobre total principios activos huérfanos		79,9		
Total principios activos huérfanos		550,4	468,3	17,5

Observaciones: ATC5 = Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química Nivel 5, principio activo. PVL = Precio Venta Laboratorio.

Ordenado de mayor a menor según la columna de Gasto PVL 2015.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Información de las comunidades autónomas e INGESA.

Los datos de consumo de medicamentos huérfanos facturados en 2015 a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia corresponden únicamente a 4 principios activos, todos ellos de diagnóstico hospitalario, han supuesto 0,05 millones de envases y 21,5 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. Los citostáticos Anagrelida y Mitotano en el segundo y cuarto puesto, y el antiepiléptico Rufinamida se sitúa en la tercera posición.

Tabla 6-29 Consumo de medicamentos huérfanos a través de recetas médicas del SNS. 2015

Principio activo ATC5		Envases (Millones)	% Δ envases 2015/14	Importe PVP-IVA (Millones euros)	% Δ importe 2015/14
V03AC03	Deferasirox	0,02	0,7	11,1	1,6
L01XX35	Anagrelida	0,02	8,8	7,4	8,8
N03AF03	Rufinamida	0,01	-2,7	2,1	0,2
L01XX23	Mitotano	0,001	3,0	0,8	3,0
Total		0,05		21,5	

Observaciones: ATC5 = Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química Nivel 5, principio activo. PVP-IVA= Precio Venta Público impuestos incluidos.

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

7 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 2014 a 95.722 millones de euros (66.826 millones financiados por el sector público y 28.895 millones financiados por el sector privado).

La media anual de crecimiento del gasto sanitario total en el periodo 2010-2014 ha sido de un -1,1%. El gasto sanitario público ha presentado una tasa del -2,8%, mientras que el gasto privado ha crecido de media un 3,8% anual.

Tabla 7-1 Gasto sanitario total, público y privado. Millones de euros, porcentaje sobre el producto interior bruto (PIB) y euros por habitante. España, 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Millones de euros					
Gasto sanitario total	99.899	99.167	96.174	93.856	95.722
Gasto sanitario público	74.987	73.238	69.211	66.522	66.826
Gasto sanitario privado	24.912	25.930	26.963	27.334	28.895
Porcentaje sobre PIB					
Gasto sanitario total	9,2%	9,3%	9,2%	9,1%	9,2%
Gasto sanitario público	6,9%	6,8%	6,6%	6,5%	6,4%
Gasto sanitario privado	2,3%	2,4%	2,6%	2,7%	2,8%
Euros por habitante					
Gasto sanitario total	2.149	2.125	2.054	2.009	2.058
Gasto sanitario público	1.613	1.569	1.478	1.424	1.437
Gasto sanitario privado	536	556	576	585	621

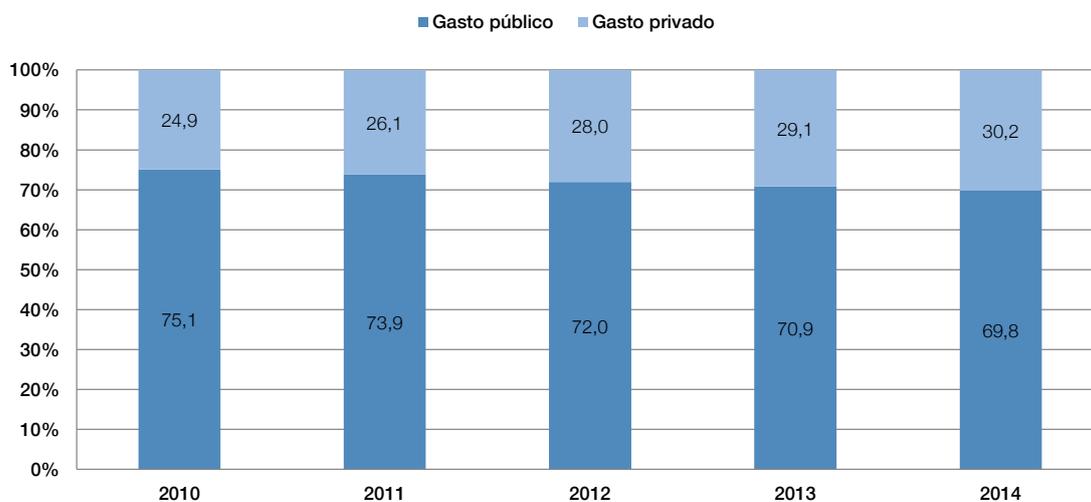
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

En 2014 el gasto sanitario representa un 9,2% del producto interior bruto (PIB), un 6,4% financiado con recursos públicos y un 2,8% con recursos privados.

En relación a la población, el gasto sanitario total ha disminuido de 2.149 euros por habitante en el año 2010 a 2.058 euros por habitante en 2014, lo que supone un decremento anual medio del 1,1% en el quinquenio.

En el período 2010-2014, la participación del gasto sanitario público sobre el total del gasto sanitario ha bajado 5,2 puntos porcentuales, ya que ha pasado de un 75,1% en 2010 a un 69,8% en 2014.

Gráfico 7-1 Gasto sanitario total. Contribución porcentual del gasto público y del gasto privado. España, 2010-2014



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

7.1 Gasto sanitario total según función

El gasto en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación, que en el año 2014 alcanza 55.393 millones de euros, absorbe más de la mitad del gasto sanitario total.

Tabla 7-2 Gasto sanitario total según función de atención de la salud. Millones de euros. España, 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación	56.156	56.773	55.627	53.553	55.393
Servicios de atención de larga duración	9.372	9.069	8.949	8.665	8.678
Servicios auxiliares de atención de la salud	5.006	5.025	4.808	4.550	4.700
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	21.764	21.227	20.313	21.209	21.074
Servicios de prevención y de salud pública	2.264	2.124	1.983	1.893	1.875
Administración de la salud y los seguros médicos	2.867	3.076	3.089	2.831	2.814
Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud	2.470	1.873	1.405	1.156	1.188
Gasto sanitario total	99.899	99.167	96.174	93.856	95.722

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

Así, en 2014, un 57,9% 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 22,0%, el gasto en servicios de atención de larga duración, con un 9,1%, 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 2010-2014 ha evolucionado de manera diferente: mientras que los gastos en servicios de asistencia

curativa y de rehabilitación y en productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios se han incrementado 1,7 puntos porcentuales y 0,2 puntos porcentuales, respectivamente, los gastos en servicios de atención de larga duración y en servicios auxiliares de atención de la salud han bajado 0,3 puntos porcentuales y 0,1 puntos porcentuales, respectivamente.

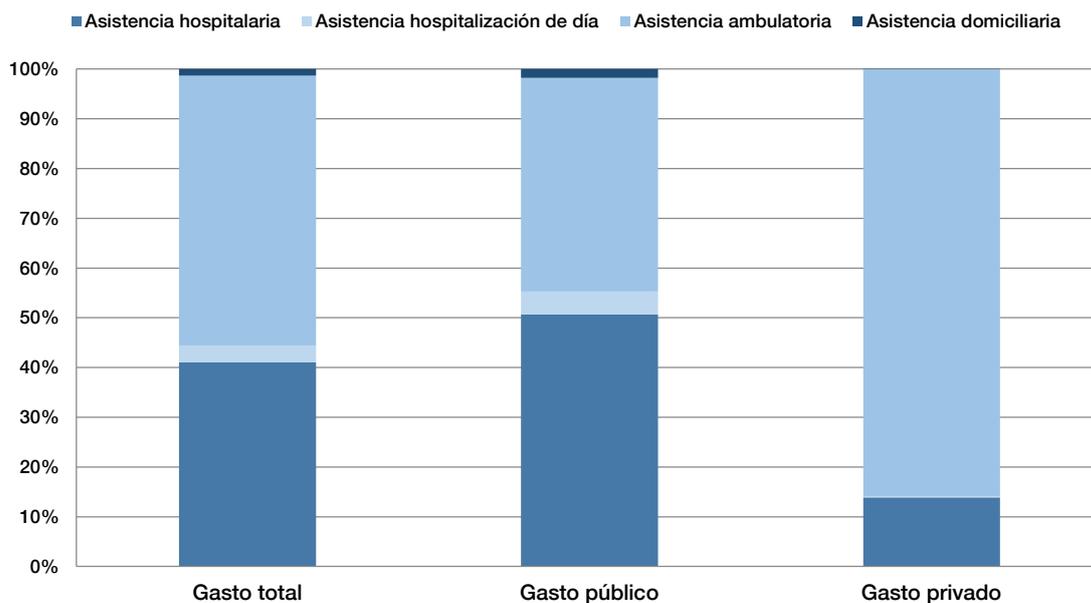
Por su parte, la contribución del gasto en formación de capital de las instituciones proveedoras de atención de la salud al gasto sanitario total ha disminuido 1,2 puntos porcentuales, dado que ha pasado del 2,5% en 2010 al 1,2% en 2014.

El gasto en servicios de prevención y de salud pública es el que ha experimentado la mayor tasa anual media de crecimiento negativa en el quinquenio 2010-2014, cifrada en un 4,6%.

En el último año aumenta el gasto en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación (un 3,4%), en servicios auxiliares de atención de la salud (un 3,3%) y en servicios de atención de larga duración (un 0,2%). Por el contrario, disminuye el gasto en servicios de prevención y de salud pública (un 0,9%), en productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios (un 0,6%) y en administración de la salud y los seguros médicos (un 0,6%).

En cuanto a los servicios de asistencia curativa y de rehabilitación, en 2014, casi tres cuartas partes del gasto se financian con recursos públicos. La asistencia hospitalaria absorbe el 50,7% del gasto público en asistencia curativa y de rehabilitación. La asistencia ambulatoria supone el 85,9% del gasto privado, debido al peso de la asistencia odontológica.

Gráfico 7-2 Gasto sanitario total, público y privado en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación. Distribución porcentual según modo de producción de la asistencia. España, 2014



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

7.2 Gasto sanitario total según proveedor

Según el proveedor de atención sanitaria, el gasto de los hospitales, que en 2014 asciende a 39.930 millones de euros, supone el mayor porcentaje del gasto sanitario total.

Concretamente, en 2014, un 41,7% del gasto sanitario total es generado por los hospitales. El gasto de los proveedores de atención ambulatoria se sitúa en un 25,8%, el de los minoristas y otros proveedores de productos médicos, en un 22,0%, y el de los establecimientos de atención medicalizada y residencial, en un 5,4%.

La contribución del gasto de los principales proveedores de atención de la salud al gasto sanitario total ha sido dispar en el período 2010-2014: el gasto de los hospitales se ha incrementado 0,7 puntos porcentuales, el gasto de los minoristas y otros proveedores de productos médicos (principalmente, farmacias) ha aumentado 0,2 puntos porcentuales, el gasto de los proveedores de atención ambulatoria se ha reducido 0,3 puntos porcentuales y el gasto de los establecimientos de atención medicalizada y residencial ha disminuido 0,5 puntos porcentuales.

Tabla 7-3 Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud. Millones de euros. España, 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Hospitales	40.981	41.862	40.240	38.534	39.930
Establecimientos de atención medicalizada y residencial	5.897	5.477	5.333	5.236	5.192
Proveedores de atención ambulatoria	26.104	25.381	25.073	23.988	24.705
Minoristas y otros proveedores de productos médicos	21.763	21.227	20.312	21.208	21.073
Suministro y administración de programas de salud pública	792	778	727	695	681
Administración general de la salud y los seguros médicos	3.139	3.296	3.373	3.027	3.063
Otras ramas de actividad	1.221	1.145	1.114	1.166	1.077
Resto del mundo	2	1	1	1	1
Gasto sanitario total	99.899	99.167	96.174	93.856	95.722

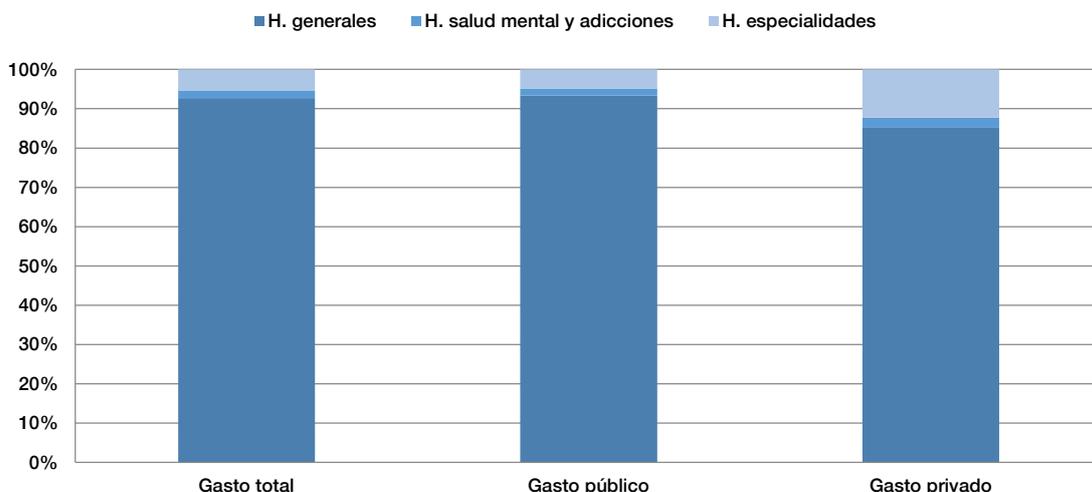
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

En el quinquenio 2010-2014, el gasto de todos los proveedores de atención de la salud presenta una tasa anual media de crecimiento negativa.

En el último año se ha incrementado el gasto de los hospitales (un 3,6%), de los proveedores de atención ambulatoria (un 3,0%) y de la administración general de la salud y los seguros médicos (un 1,2%). Por el contrario, ha descendido el gasto de las otras ramas de actividad (un 7,7%), del suministro y administración de programas de salud pública (un 2,0%), de los establecimientos de atención medicalizada y residencial (un 0,8%) y de los minoristas y otros proveedores de productos médicos (un 0,6%).

En 2014, los hospitales generales originan el 92,7% del gasto total de los hospitales.

Gráfico 7-3 Gasto sanitario total, público y privado de los hospitales. Distribución porcentual según modo de producción. España, 2014



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

7.3 Gasto sanitario total según agente de financiación

El gasto sanitario de las administraciones públicas en el año 2014 se cifra en 66.826 millones de euros, contribuyendo al 69,8% del gasto sanitario total.

En 2014, las administraciones regionales, con una participación del 91,6%, son el agente que soporta 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 participa con un 0,6%.

Tabla 7-4 Gasto sanitario total según agente de financiación. Millones de euros. España, 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Administraciones públicas	74.987	73.238	69.211	66.522	66.826
Administración central	529	494	431	400	404
Administraciones regionales	68.731	67.163	63.474	60.866	61.187
Administraciones locales	1.008	915	789	694	656
Administraciones de seguridad social	4.718	4.666	4.517	4.561	4.579
Sector privado	24.912	25.930	26.963	27.334	28.895
Empresas de seguro privadas	4.034	4.661	4.684	4.348	4.894
Pagos directos de los hogares	20.220	20.515	21.574	22.299	23.324
Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares	406	385	432	412	403
Sociedades (excepto seguros médicos)*	251	368	272	275	275
Gasto sanitario total	99.899	99.167	96.174	93.856	95.722

Observaciones: * Únicamente incluye gastos de capital.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

Desde 2009, año en el que ha finalizado la tendencia alcista que venía experimentando históricamente el gasto sanitario público, el gasto de las administraciones públicas ha disminuido un 11,4%, 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, ha caído un 22,6%.

En relación con el gasto privado, son los hogares los que aportaron una mayor contribución a la financiación, con una participación del 80,7%. En el periodo 2010-2014, el gasto sanitario privado crece de media 3,8% al año.

7.4 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 2014 supone 57.128 millones de euros, lo que representa el 5,5% del PIB. El gasto medio per cápita es de 1.233 euros. En la interpretación de los datos es importante tener en cuenta que un 7,8% del gasto sanitario público de España no se recoge territorializado.

Tabla 7-5 Gasto sanitario público consolidado según comunidad autónoma. Millones de euros, porcentaje sobre el PIB y euros por habitante. Sector de gasto Comunidades Autónomas, 2014

	Millones de euros	Porcentaje sobre PIB	Euros por habitante
Andalucía	8.737	6,3%	1.042
Aragón	1.899	5,8%	1.427
Asturias	1.517	7,3%	1.433
Baleares	1.332	5,1%	1.194
Canarias	2.605	6,4%	1.232
Cantabria	826	7,0%	1.406
Castilla y León	3.164	6,0%	1.268
Castilla-La Mancha	2.517	6,9%	1.213
Cataluña	9.205	4,7%	1.241
Comunidad Valenciana	5.924	6,1%	1.195
Extremadura	1.588	9,4%	1.448
Galicia	3.553	6,6%	1.293
Madrid	7.423	3,8%	1.164
Murcia	2.075	7,7%	1.419
Navarra	914	5,2%	1.435
País Vasco	3.430	5,4%	1.582
La Rioja	419	5,4%	1.330
Total sector de gasto	57.128	5,5%	1.233

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

En valores absolutos, el 44,4% del gasto sanitario público del sector es originado por tres comunidades autónomas: Cataluña, Andalucía y Madrid, con 9.205, 8.737 y 7.423 millones de euros, respectivamente. La Rioja, Cantabria y Navarra son las comunidades que generaron el gasto más bajo.

En relación a su población, las comunidades con mayor gasto sanitario público son País Vasco (1.582 euros por habitante), Extremadura (1.448 euros por habitante) y Navarra (1.435

euros por habitante). Las comunidades con menor gasto sanitario público son Andalucía (1.042 euros por habitante), Madrid (1.164 euros por habitante) y Baleares (1.194 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 9,4%, Murcia, con un 7,7%, y Asturias, con un 7,3%, son las comunidades autónomas que presentan en el año 2014 un porcentaje del gasto sanitario sobre el PIB más elevado. En el extremo opuesto, se encuentra Madrid, con el 3,8%, Cataluña, con el 4,7%, y Baleares, con el 5,1%.

El gasto total del sector Comunidades Autónomas en el último año ha experimentado un aumento del 0,7%. Las comunidades que más han incrementado su gasto sanitario son Aragón, un 14,7%, Comunidad Valenciana, un 4,5%, y Baleares, un 4,2%.

Tabla 7-6 Gasto sanitario público consolidado según comunidad autónoma. Tasa de variación interanual (en porcentaje). Sector de gasto Comunidades Autónomas, 2013-2014

	Tasa interanual 2014/2013
Andalucía	-0,8
Aragón	14,7
Asturias	-0,2
Baleares	4,2
Canarias	2,0
Cantabria	3,1
Castilla y León	-6,7
Castilla-La Mancha	0,5
Cataluña	-0,7
Comunidad Valenciana	4,5
Extremadura	2,9
Galicia	-0,1
Madrid	0,3
Murcia	-0,6
Navarra	2,4
País Vasco	1,0
La Rioja	1,1
Total sector de gasto	0,7

Observaciones: Cifras expresadas en tanto por cien.

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 en el año 2014 alcanza la cifra de 26.262 millones de euros, lo que representa el 46,0% del gasto consolidado, experimentando un incremento del 0,5% 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 54,9% de Castilla y León.

Tabla 7-7 Gasto sanitario público en remuneración de personal según comunidad autónoma. Millones de euros y porcentaje sobre el total de gasto sanitario público consolidado. Sector de gasto Comunidades Autónomas, 2014

	Millones de euros	Porcentaje sobre el total de gasto de la comunidad
Andalucía	4.156	47,6%
Aragón	983	51,7%
Asturias	746	49,2%
Baleares	649	48,7%
Canarias	1.306	50,2%
Cantabria	403	48,8%
Castilla y León	1.738	54,9%
Castilla-La Mancha	1.313	52,2%
Cataluña	3.283	35,7%
Comunidad Valenciana	2.349	39,7%
Extremadura	817	51,5%
Galicia	1.643	46,2%
Madrid	3.407	45,9%
Murcia	999	48,1%
Navarra	475	52,0%
País Vasco	1.789	52,2%
La Rioja	205	48,8%
Total sector de gasto	26.262	46,0%

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

8 e-Salud

La identificación electrónica de los usuarios del Sistema Nacional de Salud, 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).

8.1 La identificación electrónica de los usuarios en el Sistema Nacional de Salud

Sin interferir en la diversidad de fórmulas organizativas, de gestión y de prestación de servicios consustanciales con un Estado descentralizado, la atención a los ciudadanos responde a unas garantías básicas y comunes en las que la Tarjeta Sanitaria Individual representa el sistema normalizado de identificación de todo usuario a la protección de la salud en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

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.

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.

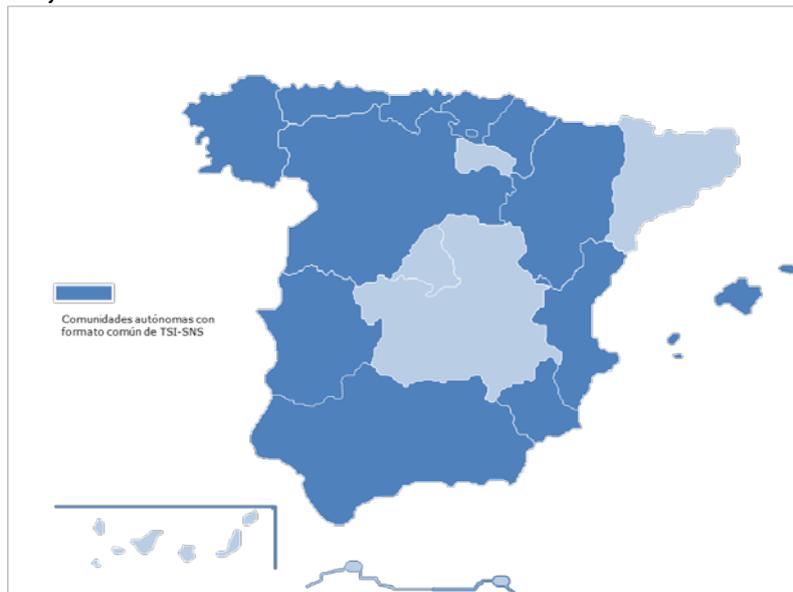
En España se estima que unos 4 millones de personas reciben cada año atención sanitaria en una comunidad autónoma distinta de aquella en la que está activa su Tarjeta Sanitaria Individual (TSI).

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.

Las tarjetas existentes en cada comunidad autónoma, válidas para recibir atención en todo el SNS, con motivo de su renovación por cualquier causa están siendo sustituidas por el nuevo formato normalizado para todo el Sistema Nacional de Salud. Dicha normalización se estableció 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.

A finales de octubre de 2016 el número de tarjetas sanitarias individuales con nuevo formato asciende a 6 millones. Las comunidades autónomas que emiten ya tarjetas de acuerdo al mismo son Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Murcia, Navarra y País Vasco.

Gráfico 8-1 Comunidades autónomas que emiten Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) con formato común para el SNS, 2016



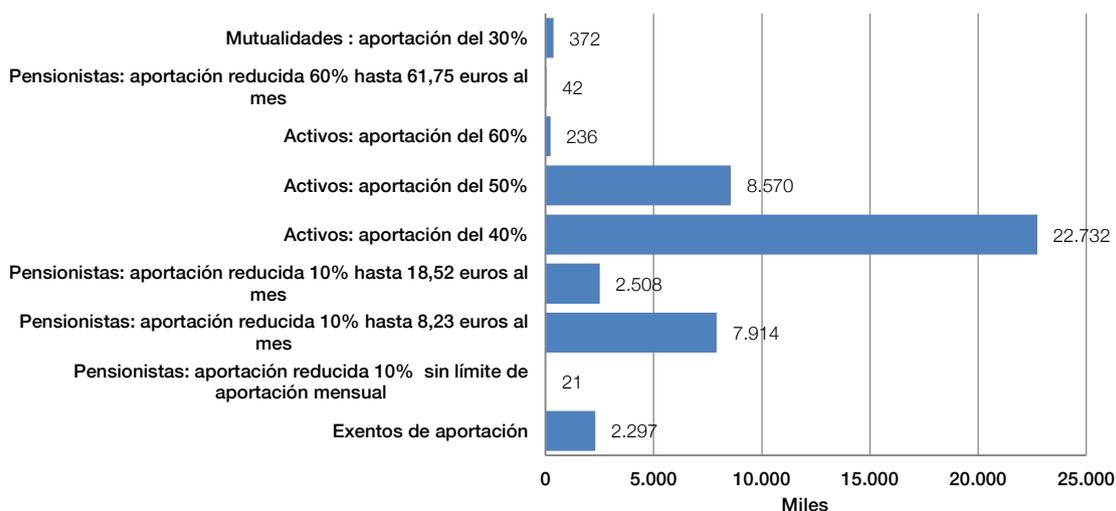
Observaciones: El formato único y común para todo el SNS está regulado por el RD 702/2013. Datos octubre 2016.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos de Población Protegida del SNS (BDPP-SNS).

En 2016 se ha iniciado el proceso de incorporación de mutualistas administrativos a la BDPP-SNS, se ha incluido en el sistema, como proyecto piloto, a los mutualistas de MUFACE de la comunidad autónoma de Extremadura con opción de asistencia sanitaria privada.

La BDPP-SNS gestiona 141.327.759 mensajes al año y ejecuta 23.340.004 transacciones entre las administraciones sanitarias. En octubre de 2016, la población protegida por el SNS es de 44.902.674 personas.

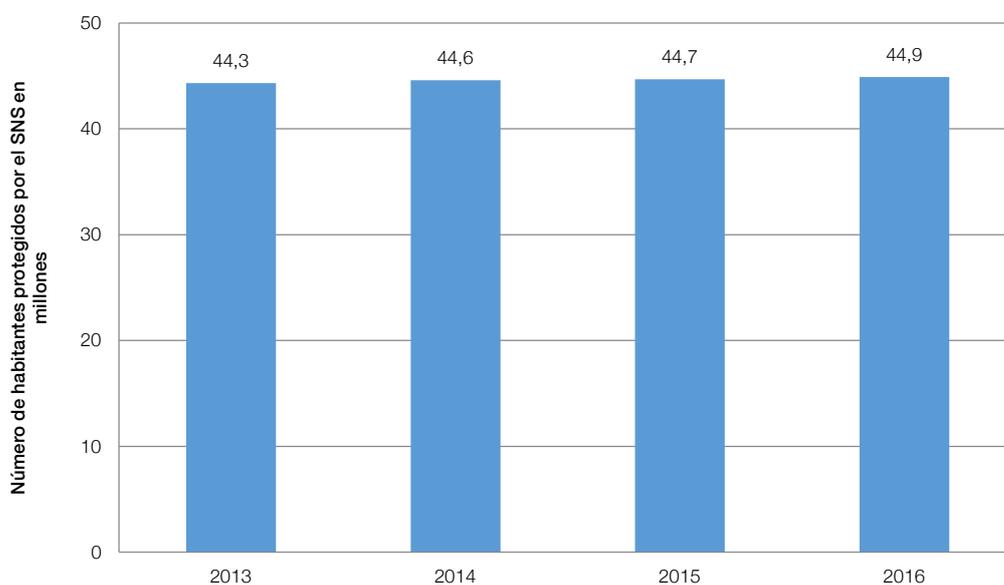
Gráfico 8-2 Población protegida por el SNS, en miles de personas, según el nivel de aportación, 2016



Observaciones: Tipo de aportación actualizado según Índice de Precios de Consumo (IPC). Datos septiembre de 2016. Incluye a los mutualistas de MUFACE de la comunidad autónoma de Extremadura con opción de asistencia sanitaria privada.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos de Población Protegida del SNS (BDPP-SNS).

Gráfico 8-3 Evolución del número de habitantes protegidos por el SNS en millones de personas, 2013-2016



Observaciones: los datos de 2013 y 2014 corresponden a 31 de diciembre, los datos de 2015 y 2016 a 31 de octubre.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos de Población Protegida del SNS (BDPP-SNS).

8.2 La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud

La Historia Clínica Electrónica está extendida en los ámbitos asistenciales de Atención Primaria y Atención Especializada en todas las comunidades autónomas.

La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS) es un sistema de interoperabilidad que permite la comunicación de contenidos extraídos de la Historia Clínica Electrónica y otros sistemas de información de las comunidades autónomas, haciendo que estén accesibles, para ciudadanos y para profesionales sanitarios autorizados, en cualquier lugar del territorio nacional o del exterior.

El sistema HCDSNS es un elemento de cohesión del SNS que contribuye a la mejora de la calidad de la atención sanitaria, la seguridad clínica y la continuidad asistencial al posibilitar que, cuando un ciudadano demanda asistencia, los profesionales médicos o de enfermería que le atienden puedan acceder a consultar determinados conjuntos de sus datos clínicos, generados en cualquier Servicio de Salud del SNS.

A través de la HCDSNS los ciudadanos, además de acceder a conjuntos relevantes de sus datos clínicos, pueden conocer desde qué centros y servicios se ha accedido a su información personal de salud, pueden restringir, de forma selectiva, el acceso a documentos y reclamar en caso de que consideren injustificado un acceso.

El Sistema HCDSNS se enmarca en la Agenda Digital para España, habiéndose desarrollado anteriormente en el marco del Programa Sanidad en Línea (años 2006-2013). Es liderado y coordinado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las autoridades sanitarias de las 17 Comunidades Autónomas y con el Instituto Nacional de

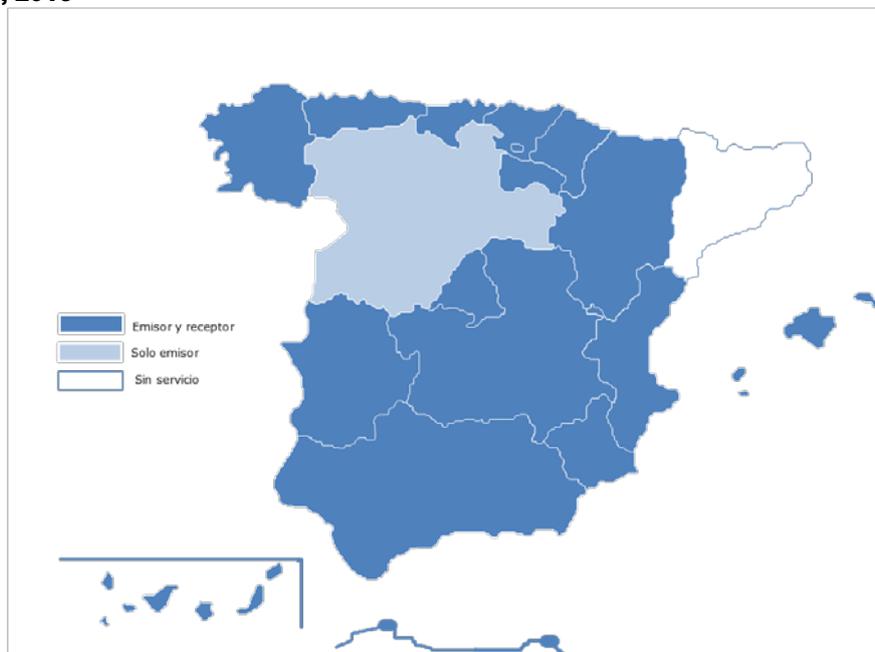
Gestión Sanitaria (INGESA), encargado de la asistencia sanitaria pública en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

A fecha 1 de septiembre de 2016, el estado de los servicios de HCDSNS es el siguiente⁸⁹:

- 16 servicios de salud presentan perfil emisor (emiten documentos clínicos de sus pacientes) y perfil receptor (pueden consultar informes clínicos de pacientes de otras comunidades).
- 1 servicio de salud presenta solo perfil emisor.
- 1 servicio de salud tiene pendiente la activación de los servicios.

En esa fecha, se cuenta con información clínica de 35.751.172 personas, lo que supone una cobertura en HCDSNS para el 77,69% de población con Tarjeta Sanitaria Individual (TSI). Con respecto a los datos presentados en el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2015 (fecha de corte: agosto de 2015), se ha registrado un aumento del 28,77% de cobertura (10.285.744 personas).

Gráfico 8-4 Mapa de perfiles de servicio de la Historia Clínica Digital para el SNS en las Comunidades Autónomas, 2016

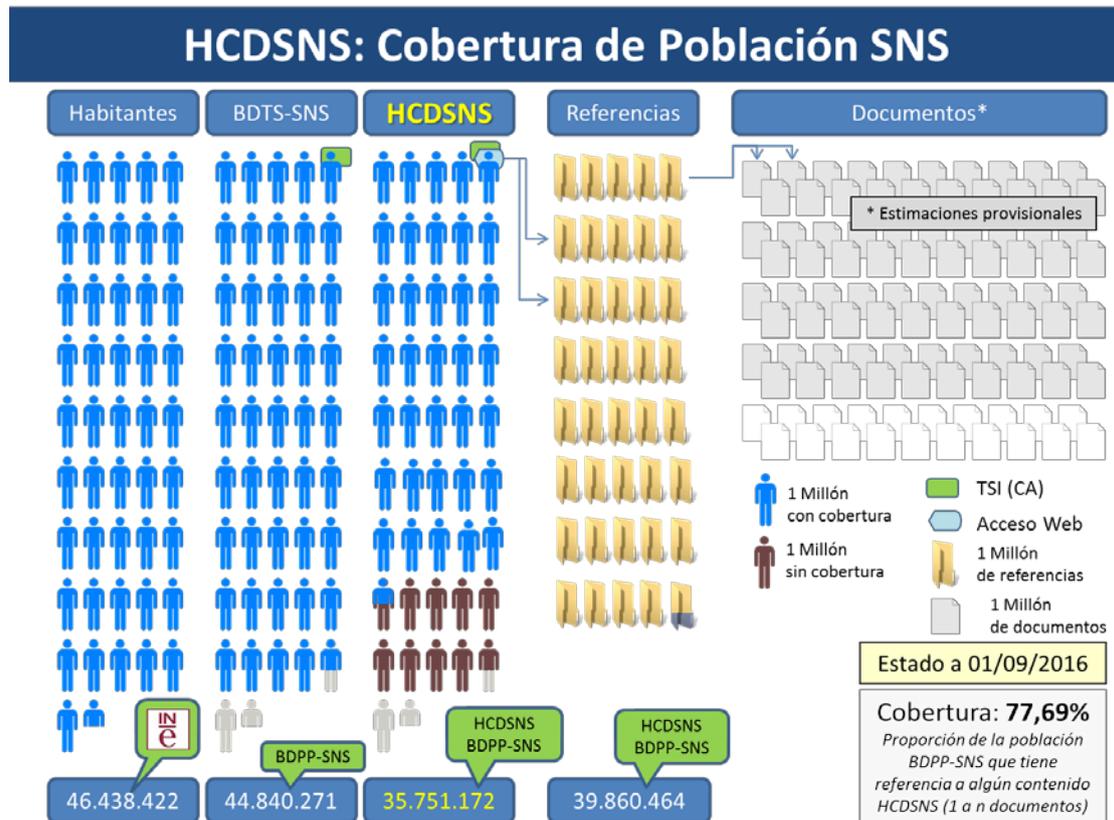


Observaciones: La Comunidad Valenciana está realizando tareas de verificación de servicios a ciudadanos, a 1 de septiembre de 2016.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Repositorio Estadístico del sistema HCDSNS.

⁸⁹ La situación a tiempo real del estado de los servicios de la Historia Clínica Digital del SNS puede ser consultada en la página electrónica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/hcdsns/contenidoDoc/home.htm>.

Gráfico 8-5 Cobertura de la Historia Clínica Digital del SNS sobre la población de la Base de Datos de Población Protegida del SNS, 2016

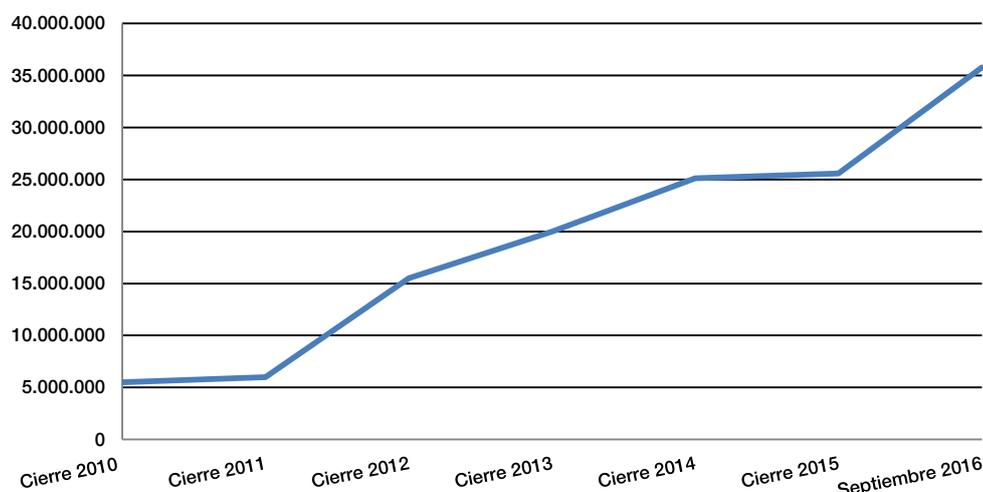


Observaciones: Los habitantes son el número total de población residente a 1 de enero de 2016 (INE). Estado a 1 de septiembre de 2016. Las referencias indican el número de carpetas (ciudadano-Servicio de Salud) que tienen algún informe disponible.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuadro de mandos del proyecto HCDSNS.

Dentro de los contenidos de HCDSNS tiene especial interés la Historia Clínica Resumida (HCR), que emiten ya 15 servicios de salud. Es un documento de contenido dinámico que presenta los datos considerados relevantes para una asistencia sanitaria no programada. Se genera en tiempo real, a partir de contenidos clínicos previamente almacenados en la Historia Clínica Electrónica, a demanda de un profesional o un ciudadano.

Gráfico 8-6 Evolución del volumen de referencias de la Historia Clínica Digital del SNS, 2010-2016



Observaciones: Las referencias indican el número de carpetas (ciudadano-Servicios de Salud) que tiene algún informe disponible. El dato cierre de 2010 es estimado.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Repositorio estadísticos del proyecto HCDSNS..

8.3 La receta electrónica del Sistema Nacional de Salud

Hace más de 10 años que en el sistema sanitario español se introdujo un sistema electrónico para la gestión de la prestación farmacéutica por receta. La receta médica electrónica es una modalidad de servicio digital de apoyo a la asistencia sanitaria que permite al médico emitir y transmitir prescripciones por medios electrónicos, basados en las tecnologías de la información y comunicaciones, que posteriormente pueden ser objeto de dispensación.

El nivel de implantación de la receta electrónica en el conjunto de las comunidades autónomas es del 100% en centros de salud, 65,9% en consultorios locales, 72,5% en atención especializada y 100% en oficinas de farmacia.

Tabla 8-1 Implantación de la receta médica electrónica del Sistema Nacional de Salud por comunidades autónomas, según ámbito. España, 2016

	Centro de salud %	Consultorio Local %	Hospital del SNS %	Oficina de Farmacia %
Andalucía	100	100	100	100
Aragón	100	100	P	100
Asturias	100	100	P	100
Illes Balears	100	100	100	100
Canarias	100	100	100	100
Cantabria	100	100	100	100
Castilla y León	96,0	24,2	P	100
Castilla-La Mancha	100	100	100	100
Cataluña	100	100	100	100
Comunidad Valenciana	100	100	100	100
Extremadura	100	100	100	100
Galicia	100	100	100	100
Madrid	100	100	P	100
Murcia	100	100	10	100
Navarra	100	100	100	100
País Vasco	100	100	100	100
La Rioja	100	100	100	100
Ceuta	100	100	P	100
Melilla	100	100	P	100
España (SNS)	99,8	65,9	72,5	100

Observaciones: Grado de implantación facilitado por las comunidades autónomas e INGESA (Ceuta y Melilla) a julio de 2016.

P = pendiente de abordar el proceso de implantación. Hospital del SNS = Hospital del Sistema Nacional de Salud.

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

El conocimiento por parte de la ciudadanía de la receta electrónica en su comunidad autónoma⁹⁰ alcanza al 79,3% de la población. Además, el 57,1% manifiesta que no solo conocía su existencia, sino que *ya la había usado*, lo que supone un aumento de 29 puntos respecto a 2011.

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.

Tabla 8-2 Evolución del conocimiento de la receta electrónica, 2011-2015

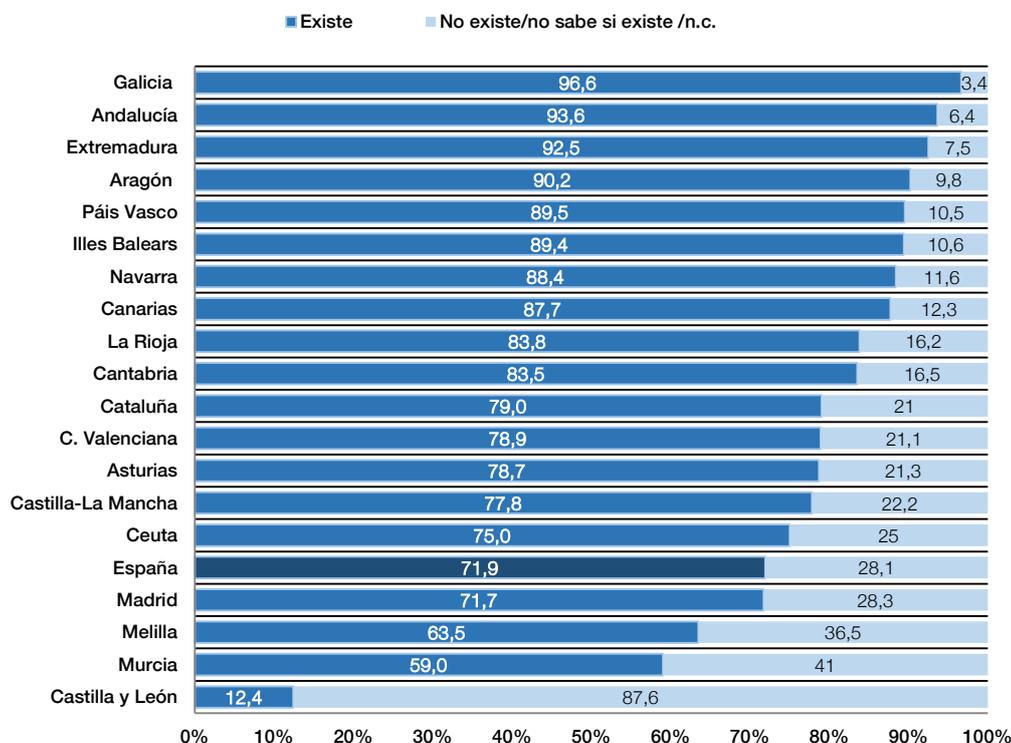
<i>¿Sabe Ud. si en esta Comunidad Autónoma existe el "sistema de receta electrónica"? Es decir, el sistema que permite que en la farmacia se pueda acceder por ordenador a los medicamentos recetados por su médico.</i>					
	2011	2012	2013	2014	2015
Sí, existe y ya la ha usado (%)	27,8	30,9	39,5	48,5	57,1
Sí, existe pero a Ud. no le han hecho recetas por esa vía (%)	24,4	22,6	22,1	23,4	22,2
No existe (%)	7,0	7,8	6,7	4,1	3,2
No sé si existe (%)	40,6	38,3	31,4	23,9	17,1
NC (%)	0,2	0,3	0,3	0,1	0,4

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

⁹⁰ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro sanitario 2015.

El nivel de utilización de la receta electrónica es de 85,9% respecto al total de recetas dispensadas en el Sistema Nacional de Salud.

Gráfico 8-7 Conocimiento de la receta electrónica por comunidad autónoma, 2015

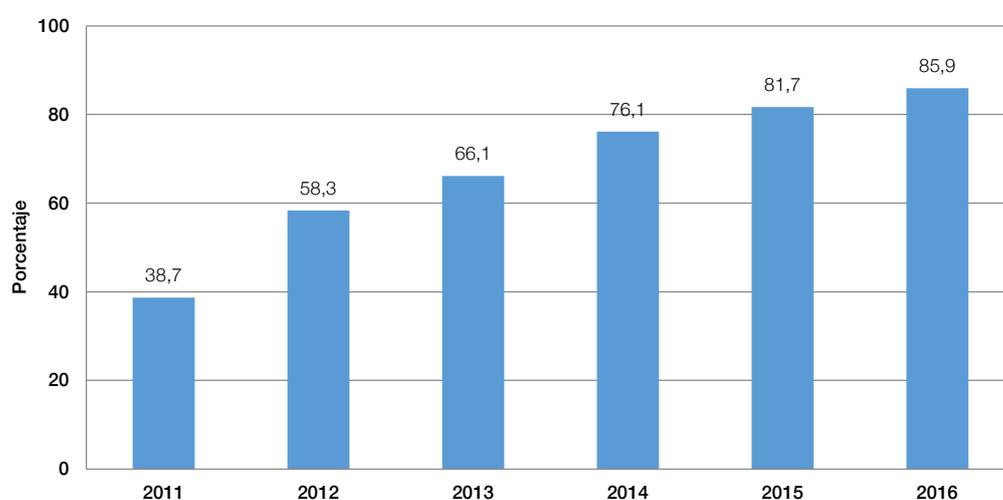


Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según conocimiento de la existencia de la receta electrónica. En la categoría *Existe* se incluye el conocimiento de su existencia con independencia de si ya la ha usado o no.

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

Los modelos de receta electrónica de cada comunidad autónoma son diferentes. En el año 2013 se inició 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. En el año 2015 se llevó a cabo un pilotaje que ha contado con la participación de Canarias y Extremadura y que una vez finalizado permite transmitir información de sus prescripciones y por tanto la movilidad del paciente entre ambas comunidades para recoger su medicación.

Gráfico 8-8 Evolución de las recetas dispensadas utilizando la receta médica electrónica del Sistema Nacional de Salud. España, 2011-2016



Observaciones: El dato del año 2015 corresponde al mes de julio y el dato del año 2016 al mes de mayo.

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

Cuatro Servicios de Salud disponen de receta médica interoperable: las comunidades autónomas de Canarias, Extremadura y Navarra están certificadas como emisores y receptores y Castilla-La Mancha como emisora. El Servicio de Salud de Galicia ha iniciado las pruebas de certificación. El resto de los servicios de salud están en proceso de adaptación a los requisitos de interoperabilidad⁹¹.

Desde la finalización del pilotaje, el 7 de julio de 2015, hasta el 30 de septiembre de 2016 se han dispensado 1.189 envases, a 276 pacientes⁹², en 147 oficinas de farmacia.

Tabla 8-3 Receta médica interoperable, número de pacientes atendidos por comunidad autónoma de dispensación según comunidad autónoma origen de los pacientes. 2016

Comunidad autónoma de dispensación	Comunidad autónoma origen de los pacientes				
	Extremadura	Canarias	Castilla – La Mancha	Navarra	Total
Extremadura	-	39	103	21	163
Canarias	105	-	8	-	113

Observaciones: a 30 de septiembre de 2016 Canarias está pendiente de hacer efectiva dispensación de recetas prescritas en Navarra.

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

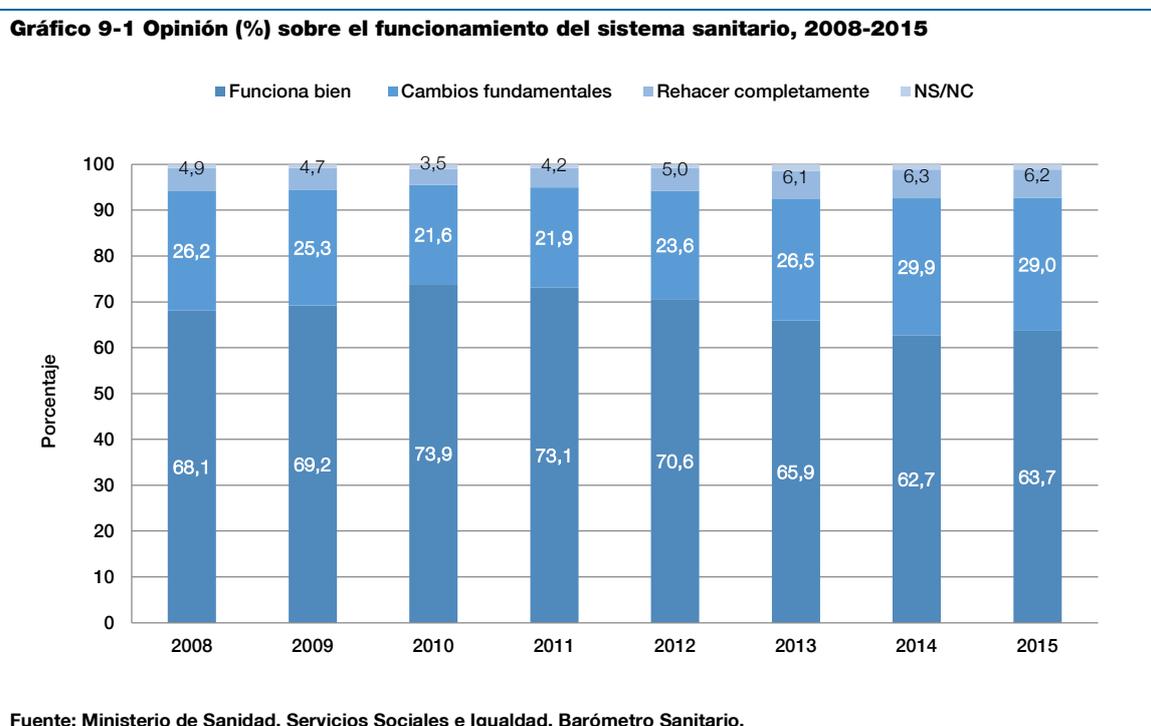
⁹¹ La situación a tiempo real del proyecto de interoperabilidad de la historia y receta electrónica en el Sistema Nacional de Salud puede ser consultada en la página electrónica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: <http://www.mssi.gob.es/profesionales/recetaElectronicaSNS/home.htm>

⁹² Se refiere al número de personas identificadas individualmente que han usado la receta médica interoperable.

9 Percepción y opinión de los ciudadanos

9.1 Valoración del funcionamiento del sistema sanitario

Los ciudadanos valoran favorablemente el funcionamiento del sistema sanitario español: el 63,7% considera que funciona bastante bien o bien, aunque serían precisos algunos cambios. Desde el año 2010 (73,9%) esta proporción ha ido paulatinamente disminuyendo pero en 2015 parece producirse un repunte que habrá que confirmar si persiste en ediciones futuras.



En 2015 el grado de satisfacción con el modo en que funciona el sistema sanitario público en España se califica con 6,4 puntos.

Tabla 9-1 Grado de satisfacción con el modo de funcionamiento del Sistema Sanitario según comunidades autónomas, 2015

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

Observaciones: Escala de 1 totalmente insatisfecho a 10 totalmente satisfecho.

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

Para conocer mejor la opinión de los ciudadanos sobre el 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 7,3 puntos en una escala de 1 a 10.

Tabla 9-2 Valoración de los servicios sanitarios públicos, 2010-2015

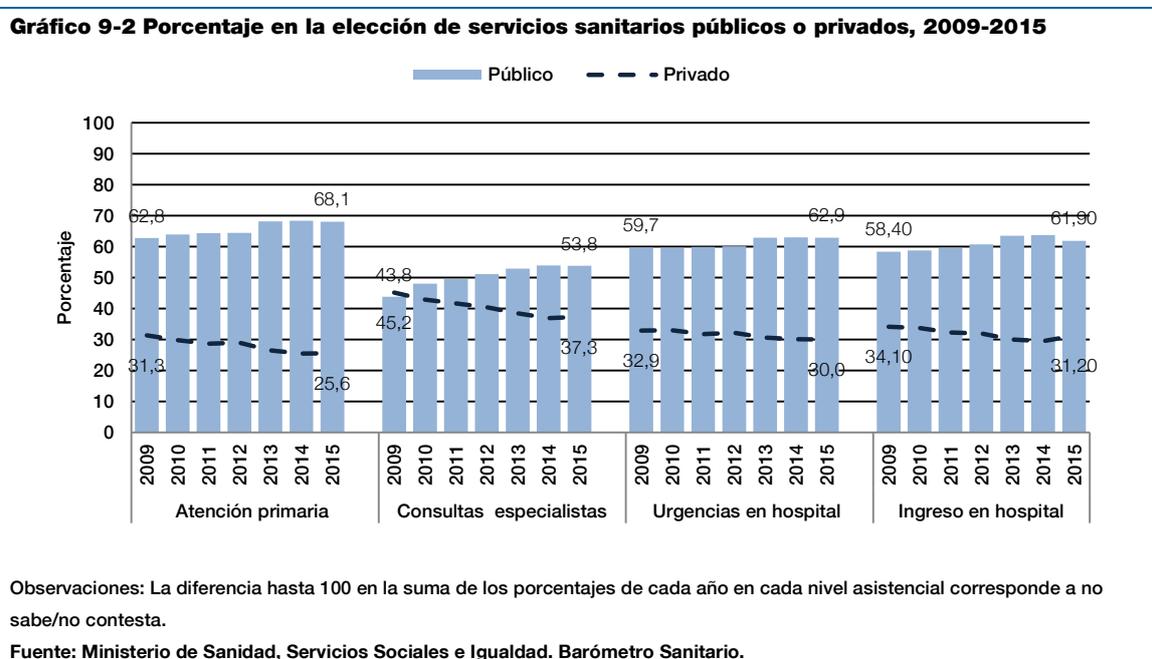
Por su experiencia o por la idea que Ud. tenga, valore los siguientes servicios sanitarios públicos						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Atención primaria (consulta de médico de familia y de pediatra en centros de salud públicos)	7,1	7,3	7,3	7,4	7,4	7,3
Atención especializada (consultas de especialistas en centros públicos)	6,7	6,9	6,9	6,8	6,8	6,7
Urgencias en hospitales públicos	6,0	6,1	6,1	6,1	6,0	5,9
Ingreso y asistencia en hospitales públicos	6,7	6,9	6,8	6,8	6,7	6,6

Observaciones: Escala de 1 totalmente insatisfecho a 10 totalmente satisfecho.

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

9.2 Elección de servicio público o privado

La mayoría optaría por ser atendido por la sanidad pública en el caso de poder elegir. Esta referencia ha ido en aumento en la serie disponible.



Los aspectos cualitativos concretos que se señalan para elegir el sistema público son: la tecnología y los medios de que dispone; la capacitación de los profesionales médicos y la de los profesionales de enfermería; la información sobre el problema de salud y el trato personal que reciben los pacientes.

Los aspectos que motivarían en mayor medida a los ciudadanos para elegir los centros privados son la rapidez en la atención y el confort de las instalaciones.

Tabla 9-3 Porcentaje de aspectos cualitativos en la elección de servicios sanitarios públicos o privados, 2015

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	68,8	21,9	8,5
La capacitación de los médicos	63,8	15,9	19,5
La capacitación de la enfermería	63,5	16,2	19,4
La rapidez con que le atienden	32,8	61,7	4,6
La información que recibe sobre su problema de salud	51,2	29,5	17,8
El trato personal que Ud. recibe	47,4	35,6	15,8
El confort de las instalaciones	39,1	51,4	8,1

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.

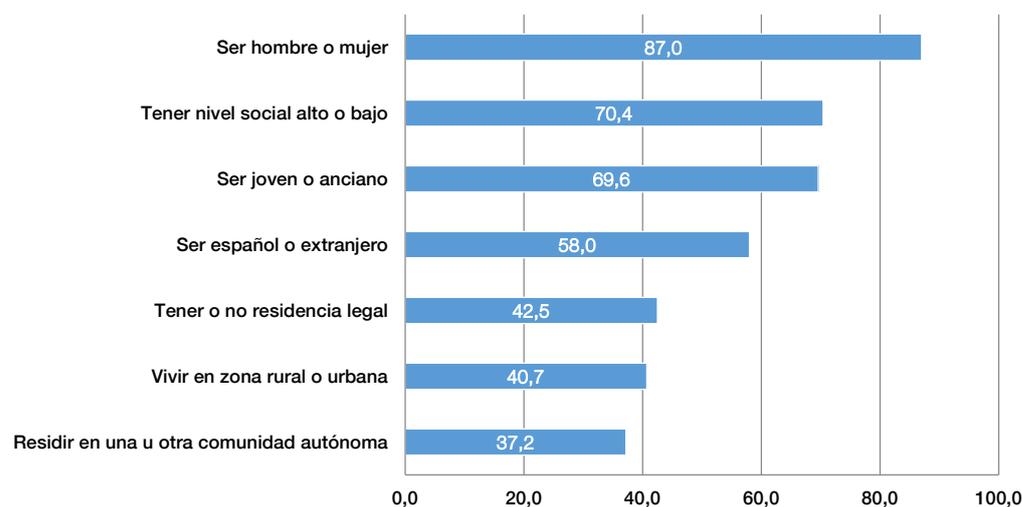
9.3 Equidad en la prestación de los servicios

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 87,0%, 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 (69,6%), del nivel social que se tenga (70,4%) o de la nacionalidad que se posea (58,0%).

Pero únicamente el 37,2% 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 40,7% sí se vive en zona rural o zona urbana y el 42,5% sí se tiene o no tiene residencia legal.

Gráfico 9-3 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, 2015



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

9.4 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.

En los Barómetros Sanitarios de 2013 y 2014 se exploró la opinión y el grado de acuerdo de los ciudadanos con el nuevo sistema de prestación farmacéutica implantado el año 2012⁹³. Si bien un 23% no tiene opinión formada, la mayoría de los ciudadanos estaban de acuerdo en que el nuevo sistema de prestación farmacéutica debería contemplar más tramos para que la aportación al pago de los medicamentos estuviese más ajustado al nivel de renta.

Tabla 9-4 El nuevo sistema de prestación farmacéutica ha modificado la aportación de los pacientes según su nivel de renta. Está Ud. muy de acuerdo, bastante de acuerdo, poco o nada de acuerdo con que el nuevo sistema....2013-2014

El nuevo sistema de prestación farmacéutica ha modificado la aportación de los pacientes según su nivel de renta. <i>Está Ud. muy de acuerdo, bastante de acuerdo, poco o nada de acuerdo con que el nuevo sistema....</i>						
	Muy + bastante de acuerdo		Poco+ nada de acuerdo		No sabe / No contesta	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Es más justo que el anterior sistema de aportaciones de los activos y pensionistas	30,2	35,7	52,3	45,7	17,5	18,6
Protege a grupos sociales desfavorecidos (parados, minusválidos, ...)	29,0	32,6	50,7	46,1	19,6	21,3
Debería contemplar más tramos para una aportación más adecuada al nivel de renta.	63,6	65,8	12,7	11,3	23,8	22,9
Contribuye a evitar la acumulación de medicamentos en casa	58,3	60,8	24,1	22,1	17,5	17,1

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

En 2015 se ha vuelto a explorar esta cuestión aunque se han modificado ligeramente tanto la formulación de la pregunta como las respuestas posibles, por lo que los resultados no son directamente comparables con los de los años anteriores.

Tabla 9-5 Como Ud. ya sabrá, con el nuevo sistema de prestación farmacéutica, cada paciente paga los medicamentos según su nivel de renta. En relación con este sistema, ¿con cuál de las siguientes opiniones está Ud. más de acuerdo?, 2015

Está bien como está porque ahora cada persona paga según su nivel de renta	25,0
Debería contemplar más tramos para que las aportaciones sean más adecuadas al nivel de renta de los/as pacientes	30,4
Habría que volver al sistema anterior en el que los/as pensionistas no pagaban por las recetas y el resto sí	36,3
No sabe / No contesta	8,3

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

⁹³ 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. incluye 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,

9.5 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, un poco más del 27% en el primer caso (especialistas) y del 36% en el segundo (hospitalización) manifiestan que no pudieron participar en las decisiones que adoptaron los médicos tanto como les hubiera gustado hacerlo. En atención primaria sin embargo, un 77% manifiesta que sí pudo hacerlo.

Tabla 9-6 Porcentaje de participación de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud, 2015

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	77,1	21,8
Hombres	75,6	23,1
Mujeres	78,3	20,7
Médico especialista		
Total	70,4	27,2
Hombres	69,4	27,5
Mujeres	71,3	27,0
Estancia en un hospital		
Total	60,0	36,9
Hombres	56,3	39,8
Mujeres	62,8	34,7

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.

Índice de Tablas

Tabla 1-1	Cifras de población residente a 1 de enero de 2016 por comunidad autónoma	33
Tabla 1-2	Tasa de natalidad por 1.000 habitantes y edad media materna en años, según comunidad autónoma, 2015	35
Tabla 1-3	Evolución de la tasa de dependencia total según comunidad autónoma, 2000, 2004, 2008 y 2015	36
Tabla 1-4	Esperanza de vida al nacer por sexo, 2001 y 2014	38
Tabla 1-5	Evolución de la esperanza de vida al nacer por comunidad autónoma. 2001 y 2014	38
Tabla 1-6	Evolución de la esperanza de vida a los 65 años por sexo, 2001 y 2014	39
Tabla 1-7	Evolución de la esperanza de vida a los 65 años por comunidad autónoma, 2001 y 2014	39
Tabla 1-8	Evolución de los años de vida saludable (AVSn) al nacer por sexo, 2006 y 2014	40
Tabla 1-9	Evolución de los años de vida saludable (AVS65) a los 65 años por sexo, 2006 y 2014	40
Tabla 1-10	Evolución de los años de vida saludables (AVSn) al nacer y a los 65 años (AV65) por comunidad autónoma, 2006 y 2014	41
Tabla 1-11	Mortalidad general. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014 y porcentaje de cambio 2014/2001	43
Tabla 1-12	Enfermedad isquémica del corazón. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014 y porcentaje de cambio 2014/2001	44
Tabla 1-13	Enfermedad cerebrovascular. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014 y porcentaje de cambio 2014/2001	45
Tabla 1-14	Cáncer de pulmón. Porcentaje de cambio en la tasa de mortalidad ajustada por edad en hombres y mujeres y comunidad autónoma, 2014/2001	47
Tabla 1-15	Cáncer de mama en mujeres. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes por comunidad autónoma, 2014 y porcentaje de cambio 2014/2001	48
Tabla 1-16	Cirrosis hepática. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014 y porcentaje de cambio 2014/2001	49
Tabla 1-17	Accidentes de tráfico. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014 y porcentaje de cambio 2014/2001	50
Tabla 1-18	Suicidio. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes por comunidad autónoma, 2014 y porcentaje de cambio 2014/2001	51
Tabla 1-19	Tasa de mortalidad infantil y mortalidad perinatal por cada 1.000 nacidos según comunidad autónoma, 2014	52

Tabla 1-20	Autovaloración positiva del estado de salud en la población de 65 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014	56
Tabla 1-21	Problemas de salud crónicos en población de 15 y más años. Distribución porcentual según sexo, 2014	57
Tabla 1-22	Prevalencia declarada de hipertensión arterial en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014	58
Tabla 1-23	Prevalencia declarada de colesterol alto en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014	58
Tabla 1-24	Prevalencia de la diabetes en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014	59
Tabla 1-25	Estado de la dentadura en población de 15 y más años. Distribución porcentual según sexo, 2014	60
Tabla 1-26	Prevalencia declarada de caries en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014	61
Tabla 1-27	Prevalencia declarada de sangrado de las encías en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014	62
Tabla 1-28	Limitación para las actividades básicas de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y grupo de edad, 2014	63
Tabla 1-29	Limitación para las actividades básicas de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y comunidad autónoma, 2014	65
Tabla 1-30	Limitación para las actividades del hogar en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y grupo de edad, 2014	66
Tabla 1-31	Limitación para las actividades instrumentales de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y comunidad autónoma, 2014	67
Tabla 1-32	Difteria, Enfermedad Meningocócica, Parotiditis, Poliomiélitis, Rubéola, Sarampión, Tétanos, Tosferina y Varicela, casos declarados y tasas por 100.000 habitantes, 2015	68
Tabla 1-33	Gripe, Legionelosis y Lepra, casos declarados y tasas por 100.000 habitantes, 2015	69
Tabla 1-34	Tuberculosis, casos declarados y tasas por 100.000 habitantes, según categoría de localización, 2015	69
Tabla 1-35	Casos nuevos de sida, distribución por categoría de transmisión según sexo, 2014	72
Tabla 1-36	Infección gonocócica y sífilis, casos declarados y tasas por 100.000 habitantes, 2015	72
Tabla 1-37	Hepatitis A, hepatitis B, y otras hepatitis, casos declarados y tasas por 100.000 habitantes, 2015	74
Tabla 1-38	Plan Estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud	75
Tabla 1-39	Prevalencia del bajo peso al nacer (peso inferior a 2.500 gramos) por cada 100 nacidos, según comunidad autónoma, 2014	76
Tabla 1-40	Incidencia de Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres en menores de 20 años y entre 15 y 44 años, según comunidad autónoma de residencia, 2014	77

Tabla 1-41	Evolución del número de accidentes de tráfico con víctimas, número de víctimas, tasa de víctimas por 1.000 accidentes y tasa de víctimas por 100.000 habitantes, 1991-2015	80
Tabla 1-42	Evolución del índice de frecuencia de accidentes en jornada de trabajo con baja según sector económico, 2006-2015	81
Tabla 1-43	Accidentes en el hogar o en tiempo de ocio en los últimos 12 meses, porcentaje de población según sexo y nivel de estudios, 2014	82
Tabla 2-1	Prevalencia del consumo diario de tabaco en la población de 15 y más años, por sexo según comunidad autónoma, 2014	84
Tabla 2-2	Evolución del porcentaje de fumadores diarios (últimos 30 días) en población de 16 a 64 años, según situación laboral, 2007 y 2013	86
Tabla 2-3	Evolución del porcentaje de fumadores pasivos en el lugar de trabajo en población laboral de 16 a 64 años, 2007 y 2013	86
Tabla 2-4	Opinión sobre los cigarrillos electrónicos, 2014-2015	87
Tabla 2-5	Tendencia en el consumo de alcohol considerado de riesgo para la salud en población de 15 y más años. Distribución porcentual según sexo, 2006 -2014	89
Tabla 2-6	Consumo intensivo de alcohol en el último mes en población de 15 y más años. Distribución porcentual según sexo y grupo de edad, 2014	90
Tabla 2-7	Porcentaje de población laboral, según importancia otorgada al problema de consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral, 2007 y 2013	90
Tabla 2-8	Prevalencia del consumo en los últimos 12 meses de drogas legales en la población de 14 a 18 años, por sexo, 2014	91
Tabla 2-9	Prevalencia del consumo en los últimos 12 meses de drogas ilegales en la población de 14 a 18 años, por sexo, 2014	91
Tabla 2-10	Prevalencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días en los estudiantes de 14 a 18 años, por sexo, 2014	94
Tabla 2-11	Tendencia del porcentaje de personas de 18 y más años con obesidad según el nivel de estudios, 2001-2014	97
Tabla 2-12	Tendencia del porcentaje de personas de 18 y más años con obesidad, según la comunidad autónoma de residencia, 2001-2014	98
Tabla 2-13	Situación ponderal en población escolar de 6 a 9 años según sexo,2015	99
Tabla 2-14	Percepción de los padres sobre el peso de sus hijos,2015	100
Tabla 2-15	En su lugar de trabajo ¿se fomenta el hábito de la alimentación saludable?, 2014	105
Tabla 2-16	Sedentarismo en población de 15 y más años. Distribución porcentual según sexo y comunidad autónoma, 2014	107
Tabla 2-17	Actividad física regular en tiempo libre en población infantil (5-14 años) según sexo y comunidad autónoma, 2011/2012	108

Tabla 2-18	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 según sexo, 2014	109
Tabla 2-19	En su lugar de trabajo ¿se realiza algún tipo de actividades de promoción de la actividad física?, 2014	110
Tabla 3-1	Número y tasa por 1.000 habitantes de médicos en labores asistenciales en el Sistema Nacional de Salud, total y distribución por nivel de atención, 2014-2015	114
Tabla 3-2	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, 2015	115
Tabla 3-3	Número y tasa por 1.000 habitantes de médicos de atención especializada en labores asistenciales en los hospitales del Sistema Nacional de Salud por comunidad autónoma, 2014	115
Tabla 3-4	En el caso de que usted pudiese elegir ¿elegiría un servicio sanitario público o un privado teniendo en cuenta...la capacitación de los médicos, 2015	116
Tabla 3-5	Número y tasa por 1.000 habitantes de enfermeras en labores asistenciales en el Sistema Nacional de Salud, total y distribución por nivel de atención, 2014-2015	119
Tabla 3-6	Número y tasa por 1.000 personas asignadas de enfermeras en atención primaria del SNS, según comunidad autónoma, 2015	119
Tabla 3-7	Número y tasa por 1.000 habitantes de enfermeras en labores asistenciales en los hospitales del SNS por comunidad autónoma, 2014	120
Tabla 3-8	Ratio de enfermeras por médico en labores asistenciales el Sistema Nacional de Salud según nivel asistencial, 2015	121
Tabla 3-9	En el caso de que usted pudiese elegir ¿elegiría un servicio sanitario público o un privado teniendo en cuenta la capacitación de los enfermeras?, 2015	121
Tabla 3-10	Número y tasa por 1.000 habitantes de farmacéuticos en hospitales del SNS, 2015	125
Tabla 3-11	Número de farmacéuticos en hospitales del SNS y tasa por 100.000 habitantes por comunidad autónoma, 2014	125
Tabla 3-12	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	127
Tabla 3-13	Hospitales según tamaño (número de camas instaladas) por comunidad autónoma, 2016	128
Tabla 3-14	Número de hospitales del SNS según dependencia funcional y finalidad asistencial, 2014	130
Tabla 3-15	Número y tasa por 100.000 habitantes de hospitales del SNS por comunidades autónomas, 2014	130
Tabla 3-16	Número de oficinas de farmacia y tasa por 100.00 habitantes según comunidad autónoma, 2015	131

Tabla 3-17	Evolución del número de oficinas de farmacia según comunidad autónoma, 2011 y 2015	133
Tabla 3-18	Evolución del número total de camas en funcionamiento y puestos de hospital de día de los hospitales del SNS, 2010-2015	133
Tabla 3-19	Número y tasa por 1.000 habitantes de camas en funcionamiento en el SNS según finalidad asistencial, 2014	134
Tabla 3-20	Número y tasa por 100.000 habitantes de puestos de hospital de día del SNS según finalidad asistencial, 2014	134
Tabla 3-21	Dotación de camas hospitalarias en funcionamiento y puestos de hospital de día por comunidad autónoma en el Sistema Nacional de Salud, 2014	135
Tabla 3-22	Dotación de las tecnologías médicas. Número de equipos, porcentaje sobre el total de equipos en funcionamiento y tasa por millón de población. SNS, 2014	136
Tabla 3-23	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, 2014	137
Tabla 3-24	Número de equipos y porcentaje sobre el total de equipos en funcionamiento de mamógrafos por comunidades autónomas. SNS, 2014	138
Tabla 3-25	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, 2014	138
Tabla 3-26	Distribución de los centros servicios y unidades de referencia del SNS según comunidad autónoma, 2016	141
Tabla 3-27	Relación de nuevos centros servicios y unidades de referencia del SNS designados en 2015 y primer semestre 2016	142
Tabla 3-28	Red de equipos de trasplantes, 2015	144
Tabla 4-1	Calendario común de vacunación infantil acordado por el Consejo Interterritorial del SNS, 2016	148
Tabla 4-2	Coberturas de primovacunación (series básicas), 2011-2015	149
Tabla 4-3	Coberturas de primovacunación (series básicas) por comunidades autónomas, 2015	149
Tabla 4-4	Coberturas de vacunación de refuerzo: niños vacunados de 1 a 2 años, 2011-2015	150
Tabla 4-5	Coberturas de vacunación de refuerzo: niños vacunados de 1 a 2 años por comunidades autónomas, 2015	150
Tabla 4-6	Coberturas de vacunación de sarampión-rubéola-parotiditis, 2011-2015	151
Tabla 4-7	Cobertura de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis por comunidades autónomas, 2015	152
Tabla 4-8	Grado de acuerdo sobre las vacunas infantiles, 2015	152
Tabla 4-9	Cobertura de vacunación frente a la gripe en personas mayores de 64 años por comunidades autónomas, campañas 20014/2015 y 2015/2016	153

Tabla 4-10	Grupos de población diana de vacunación antigripal, temporada 2016-2017	155
Tabla 4-11	Si se vacunó contra la gripe en la última temporada ¿Cuál fue el motivo por el que se vacunó?, 2015	156
Tabla 4-12	Si no se vacunó contra la gripe en la última temporada ¿Cuál fue el motivo por el que no se vacunó?, 2015	156
Tabla 4-13	Política de detección precoz de cáncer en el SNS 2016	157
Tabla 4-14	Mamografía según la frecuencia recomendada en mujeres de 50 a 69 años según comunidad autónoma, 2011/2012 - 2014	158
Tabla 4-15	Citología vaginal realizada en el periodo recomendado en mujeres de 25 a 64 años según comunidad autónoma, 2014	159
Tabla 4-16	Prueba de sangre oculta en heces en el periodo recomendado en población de 50 a 69 años según comunidad autónoma, 2014	160
Tabla 4-17	Motivo de la prueba de sangre oculta en heces más reciente en población de 50 a 69 años según sexo, 2014	161
Tabla 4-18	Actividad asistencial ordinaria según profesional de atención primaria del SNS, 2010-2015	162
Tabla 4-19	Frecuentación a la consulta de atención primaria según comunidad autónoma, 2015	163
Tabla 4-20	Número medio de problemas de salud activos por usuario atendido de los centros de salud de atención primaria, según grupo de edad y sexo, 2012	165
Tabla 4-21	Prevalencia de los problemas de salud, tasa por cada 1.000 personas asignadas a la atención primaria del Sistema Nacional de Salud, localización por aparatos y sistemas, según edad en ambos sexos. España, 2012	165
Tabla 4-22	Prevalencia de los problemas de salud, tasa por cada 1.000 personas asignadas a la atención primaria del Sistema Nacional de Salud, localización por aparatos y sistemas, según edad en hombres y mujeres. España, 2012	166
Tabla 4-23	Actividad médica, quirúrgica y obstétrica en hospitales y centros de especialidades según dependencia, 2014-2015	170
Tabla 4-24	Altas por todas las causas de hospitalización por cada 1.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014	171
Tabla 4-25	Frecuentación quirúrgica por cada 1.000 habitantes según comunidad autónoma, 2014	172
Tabla 4-26	Indicadores de actividad asistencial según dependencia, 2014 y 2015	173
Tabla 4-27	Estancia media (días) por todas las causas de hospitalización, según comunidad autónoma, 2014	174
Tabla 4-28	Evolución de las intervenciones de cataratas, número total y proporción de procesos realizados con y sin hospitalización en el SNS, 2005-2014	175
Tabla 4-29	Tendencia de las intervenciones de hernia inguinal y amigdalectomía, número total y proporción de procesos realizados sin hospitalización en el SNS, 2005 y 2014	175

Tabla 4-30	Tendencia de los procedimientos menos invasivos. Frecuencia de colecistectomías y apendicetomías por laparoscopia. SNS, 2005 y 2014	175
Tabla 4-31	Hospitales de agudos. Número de altas, distribución y tasa por 1.000 habitantes, por grupos diagnósticos, según sexo. España 2014	177
Tabla 4-32	Hospitales de agudos. Número de altas y distribución por grupos diagnósticos, según dependencia del hospital. España 2014	180
Tabla 4-33	Actividad asistencial urgente en atención primaria del SNS, 2013-2015	181
Tabla 4-34	Actividad asistencial urgente en atención primaria del SNS, según comunidad autónoma, 2015	182
Tabla 4-35	Tasas de demandas sanitarias, incidentes y ambulancias movilizadas según comunidad autónoma, 2015	183
Tabla 4-36	Indicadores de actividad en los servicios de urgencia hospitalarios según dependencia, 2013 - 2015	184
Tabla 4-37	Actividad asistencial en los servicios de urgencia hospitalarios según comunidad autónoma, 2014	184
Tabla 4-38	Actividad derivada a los centros, servicios y unidades de referencia desde otras comunidades autónomas, según año de realización de la actividad, 2009-2015	185
Tabla 4-39	Coste anual (millones de euros) de la compensación por el Fondo de Cohesión Sanitaria según año de compensación por Fondo de Cohesión Sanitaria, 2009-2016	185
Tabla 4-40	Actividad de los centros servicios y unidades de referencia	186
Tabla 4-41	Distribución por comunidad autónoma de los trasplantes realizados, 2015	190
Tabla 4-42	Índice de donación por 1.000 habitantes según comunidad autónoma, 2015	194
Tabla 4-43	Citación con el médico de familia, 2011-2015	197
Tabla 4-44	Conocimiento, uso y valoración de la cita por internet para la consulta del médico de familia según comunidad autónoma, 2015	198
Tabla 4-45	Hospitalización potencialmente evitable en hospitales de agudos del SNS, 2014	199
Tabla 4-46	Situación de la lista de espera quirúrgica en el SNS. Distribución por especialidades, 2015	201
Tabla 4-47	Evolución de la lista de espera quirúrgica en el SNS, 2004-2015	202
Tabla 4-48	Circunstancias para establecer el orden de la lista de espera quirúrgica, 2015	202
Tabla 4-49	Situación de la lista de espera de consultas externas en el SNS según especialidades básicas, 2015	203
Tabla 4-50	Evolución de la lista de espera de consultas externas en el SNS, 2007-2015	203
Tabla 4-51	Tendencia de la mortalidad posterior a infarto agudo de miocardio e ictus en SNS, 2005-2014	204
Tabla 5-1	Evolución de la oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada, 2009-2015	208
Tabla 5-2	Especialistas en formación por especialidad 2013-2015	209

Tabla 5-3	Residentes por comunidad autónoma, 2015	210
Tabla 5-4	Evolución del número de unidades docentes acreditadas, 2009-2015	211
Tabla 5-5	Evolución del número de plazas acreditadas por comunidad autónoma, 2012-2015	211
Tabla 5-6	Auditorías de hospitales - centros docentes acreditados para la formación sanitaria especializada en ciencias de la salud, 2015	212
Tabla 5-7	Auditorías de unidades docentes acreditadas para la formación sanitaria especializada de enfermería obstétrico-ginecológica, 2015	212
Tabla 5-8	Evaluaciones documentales de hospitales y centros docentes acreditados para la formación sanitaria especializada en ciencias de la salud, 2014	213
Tabla 5-9	Reconocimiento de títulos comunitarios, 2014-2015	214
Tabla 5-10	Reconocimiento de títulos de especialista extracomunitarios, 2015	215
Tabla 5-11	Estancias formativas de profesionales sanitarios en centros del Sistema Nacional de Salud según comunidad autónoma, 2015	216
Tabla 5-12	Actividades acreditadas para la formación continuada según el nivel académico, 2015	217
Tabla 5-13	Profesionales calificados como aptos en el curso de protección radiológica de segundo nivel, según especialidad médica, 2015	218
Tabla 6-1	Número de presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS en 2015, independientemente de su comercialización, según grupo ATC1	221
Tabla 6-2	Número de presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS en 2015, dispensables en oficinas de farmacia, independientemente de su comercialización por grupo ATC1 según tipo de aportación	222
Tabla 6-3	Principios activos incluidos por primera vez en la prestación farmacéutica del SNS en 2015, independientemente de su comercialización	224
Tabla 6-4	Evolución de los precios medios de las presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, 2011 - 2015	226
Tabla 6-5	Número de presentaciones de medicamentos genéricos y no genéricos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS en 2015, independientemente de su comercialización	227
Tabla 6-6	Evolución del número de nuevos principios activos genéricos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS independientemente de su comercialización, 2011 - 2015	227
Tabla 6-7	Nuevos principios activos genéricos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS en 2015, independientemente de su comercialización	228
Tabla 6-8	Nuevos medicamentos biosimilares incluidos en la prestación farmacéutica del SNS en 2015, independientemente de su comercialización	229
Tabla 6-9	Número de presentaciones de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, situación a 31 de diciembre de 2015	230

Tabla 6-10	Número de presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS, dispensables en oficinas de farmacia, independientemente de su comercialización, situación a 31 diciembre 2015	231
Tabla 6-11	Evolución de los precios medios de las presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, situación a 31 diciembre de cada año, 2011 – 2015	232
Tabla 6-12	Número de presentaciones de medicamentos genéricos y no genéricos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, situación a 31 de diciembre de 2015	233
Tabla 6-13	Medicamentos biosimilares incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, situación a 31 de diciembre 2015	234
Tabla 6-14	Número total de productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, por grupo según tipo de aportación y precios medios, situación a 31 de diciembre de 2015	235
Tabla 6-15	Quince primeros subgrupos farmacológicos de mayor consumo en envases, 2015	246
Tabla 6-16	Quince primeros subgrupos farmacológicos de mayor consumo en importe, 2015	247
Tabla 6-17	Quince primeros principios activos de mayor consumo en envases, 2015	248
Tabla 6-18	Quince primeros principios activos de mayor consumo en importe, 2015	249
Tabla 6-19	Quince primeros principios activos de mayor consumo en envases genéricos, 2015	252
Tabla 6-20	Quince primeros principios activos de mayor consumo en importe de genéricos, 2015	253
Tabla 6-21	Consumo de productos sanitarios por grupo, según envases, 2015	254
Tabla 6-22	Consumo de productos sanitarios por grupo, según importe, 2015	254
Tabla 6-23	Ventas de medicamentos por laboratorios ofertantes a través de oficinas de farmacia. 2015	255
Tabla 6-24	Ventas de productos sanitarios por ofertantes a través de oficinas de farmacia. 2015	255
Tabla 6-25	Quince primeros subgrupos farmacológicos de mayor gasto hospitalario, 2015	256
Tabla 6-26	Quince primeros principios activos de mayor gasto hospitalario, 2015	257
Tabla 6-27	Nuevos principios activos incorporados a la prestación farmacéutica del SNS como medicamentos huérfanos en 2015	258
Tabla 6-28	Consumo hospitalario de los quince primeros principios activos huérfanos de mayor gasto, 2015	259
Tabla 6-29	Consumo de medicamentos huérfanos a través de recetas médicas del SNS. 2015	260
Tabla 7-1	Gasto sanitario total, público y privado. Millones de euros, porcentaje sobre el producto interior bruto (PIB) y euros por habitante. España, 2010-2014	261
Tabla 7-2	Gasto sanitario total según función de atención de la salud. Millones de euros. España, 2010-2014	262

Tabla 7-3	Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud. Millones de euros. España, 2010-2014	264
Tabla 7-4	Gasto sanitario total según agente de financiación. Millones de euros. España, 2010-2014	265
Tabla 7-5	Gasto sanitario público consolidado según comunidad autónoma. Millones de euros, porcentaje sobre el PIB y euros por habitante. Sector de gasto Comunidades Autónomas, 2014	266
Tabla 7-6	Gasto sanitario público consolidado según comunidad autónoma. Tasa de variación interanual (en porcentaje). Sector de gasto Comunidades Autónomas, 2013-2014	267
Tabla 7-7	Gasto sanitario público en remuneración de personal según comunidad autónoma. Millones de euros y porcentaje sobre el total de gasto sanitario público consolidado. Sector de gasto Comunidades Autónomas, 2014	268
Tabla 8-1	Implantación de la receta médica electrónica del Sistema Nacional de Salud por comunidades autónomas, según ámbito. España, 2016	275
Tabla 8-2	Evolución del conocimiento de la receta electrónica, 2011-2015	275
Tabla 8-3	Receta médica interoperable, número de pacientes atendidos por comunidad autónoma de dispensación según comunidad autónoma origen de los pacientes. 2016	277
Tabla 9-1	Grado de satisfacción con el modo de funcionamiento del Sistema Sanitario según comunidades autónomas, 2015	280
Tabla 9-2	Valoración de los servicios sanitarios públicos, 2010-2015	280
Tabla 9-3	Porcentaje de aspectos cualitativos en la elección de servicios sanitarios públicos o privados, 2015	281
Tabla 9-4	El nuevo sistema de prestación farmacéutica ha modificado la aportación de los pacientes según su nivel de renta. Está Ud. muy de acuerdo, bastante de acuerdo, poco o nada de acuerdo con que el nuevo sistema....2013-2014	283
Tabla 9-5	Como Ud. ya sabrá, con el nuevo sistema de prestación farmacéutica, cada paciente paga los medicamentos según su nivel de renta. En relación con este sistema, ¿con cuál de las siguientes opiniones está Ud. más de acuerdo?, 2015	283
Tabla 9-6	Porcentaje de participación de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud, 2015	284

Índice de Gráficos

Gráfico 1-1	Evolución de las cifras de población residente en millones, 2012-2016	34
Gráfico 1-2	Evolución del número de nacimientos por 1.000 habitantes y la edad media materna en años, 2000-2015	35
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, 2000-2015	37
Gráfico 1-4	Evolución del número de defunciones y nacimientos, 1981-2015	42
Gráfico 1-5	Cáncer de pulmón. Tasas de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes por sexo y comunidad autónoma, 2014	46
Gráfico 1-6	Tendencia de la tasa de mortalidad infantil y mortalidad perinatal por 1.000 nacidos vivos, 1990-2014	52
Gráfico 1-7	Tendencia del número de defunciones maternas durante la gestación y el parto, 1999-2014	53
Gráfico 1-8	Percepción del estado de salud en población de 15 y más años según sexo, 2014	54
Gráfico 1-9	Salud percibida en población de 15 y más años según sexo y clase social, 2014	55
Gráfico 1-10	Tendencia de la autovaloración positiva de la salud en población de 15 y más años según sexo, 1987 – 2014	56
Gráfico 1-11	Tendencia en la prevalencia de problemas de salud crónicos en población de 15 y más años, 1993-2014	60
Gráfico 1-12	Tendencia de la prevalencia de caries en población de 15 y más años según sexo, 1995-2014	61
Gráfico 1-13	Tendencia en la prevalencia de sangrado de las encías en la población de 15 y más años según sexo, 1995-2011/2012	63
Gráfico 1-14	Limitación para las actividades básicas de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y tipo de limitación, 2014	64
Gráfico 1-15	Limitación para las actividades instrumentales de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y tipo de limitación, 2014	66
Gráfico 1-16	Parotiditis, tosferina, sarampión y rubéola. Tasas de casos declarados por 100.000 habitantes, 1995-2015	68
Gráfico 1-17	Tendencia de casos de tuberculosis notificados, según localización, 2007-2015	70
Gráfico 1-18	Nuevos diagnósticos de VIH por año y categoría de transmisión, tasa por cada 100.000 habitantes, 2009-2014	71
Gráfico 1-19	Tendencia de la incidencia de la infección gonocócica y la sífilis en tasa por 100.000 habitantes, 1995-2015	73

Gráfico 1-20	Hepatitis A, Hepatitis B y otras Hepatitis. Tasas de casos declarados por 100.000 habitantes, 1997-2014	74
Gráfico 1-21	Tendencia de la proporción de recién nacidos con peso inferior a 2.500 gramos al nacer por cada 100 nacidos vivos, 1990-2014	76
Gráfico 1-22	Tendencia del número total de IVE notificadas y de la incidencia en mujeres entre 15 – 44 años, y en menores de 20 años 2000-2014	78
Gráfico 1-23	Tendencia del número total de IVEs notificadas y la tasa por 1.000 nacidos vivos, 2000-2014	79
Gráfico 1-24	Evolución del número de víctimas de accidentes de tráfico por 1.000 accidentes y por 100.000 habitantes, 1991-2013	80
Gráfico 1-25	Evolución del índice de frecuencia de accidentes en jornada de trabajo con baja según sector económico, 2006-2015	81
Gráfico 1-26	Accidentes domésticos o de ocio en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad, 2014	82
Gráfico 2-1	Prevalencia de consumo diario de tabaco en población de 15 y más años según sexo y clase social, 2014	83
Gráfico 2-2	Evolución del consumo diario de tabaco en la población de 15 y más años según sexo, 1993-2014	85
Gráfico 2-3	Tendencia del cumplimiento de la Ley del Tabaco, 2011-2014	87
Gráfico 2-4	Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en población 15 y más años en los últimos doce meses según sexo y clase social, 2014	88
Gráfico 2-5	Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en población de 15 y más años en los últimos doce meses, según comunidad autónoma, 2014	89
Gráfico 2-6	Prevalencia de consumo de tabaco en estudiantes de 14 a 18 años, 1994 - 2014	92
Gráfico 2-7	Prevalencia de consumo bebidas alcohólicas en estudiantes de 14 a 18 años, 1994 - 2014	93
Gráfico 2-8	Prevalencia de consumo bebidas alcohólicas en los últimos 30 días en estudiantes de 14 a 18 años, según patrón de consumo y edad, 2014	94
Gráfico 2-9	Prevalencia del consumo de hipnosedantes en estudiantes de 14 a 18 años, 1994 - 2014	95
Gráfico 2-10	Prevalencia del consumo de cannabis en estudiantes de 14 a 18 años, 1994 - 2014	96
Gráfico 2-11	Prevalencia del consumo en los últimos 12 meses de anfetaminas, alucinógenos, éxtasis y heroína en estudiantes de 14 a 18 años, 1994 - 2014	96
Gráfico 2-12	Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población escolar de 6 a 9 años, según ingresos económicos de la familia, 2015	99
Gráfico 2-13	Evolución de la prevalencia de sobrepeso en población escolar de 6 a 9 años, según sexo, 2011-2015	100

Gráfico 2-14	Evolución de la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso + obesidad) en población escolar de 6 a 9 años, según sexo, 2011-2015	101
Gráfico 2-15	Prevalencia del consumo diario de fruta fresca en población de 15 y más años según sexo y clase social, 2014	102
Gráfico 2-16	Prevalencia del consumo diario de fruta fresca en población de 15 y más años según comunidad autónoma, 2014	102
Gráfico 2-17	Evolución del consumo fruta fresca (excluidos zumos) en población de 15 y más años según sexo, 2001-2014	103
Gráfico 2-18	Prevalencia del consumo diario de verduras, ensaladas y hortalizas en población de 15 y más años según sexo y clase social, 2014	103
Gráfico 2-19	Prevalencia del consumo diario de verduras, ensaladas y hortalizas en población de 15 y más años según comunidad autónoma, 2014	104
Gráfico 2-20	Evolución del consumo diario de verduras, ensaladas y hortalizas en población de 15 y más años según sexo, 2001-2014	105
Gráfico 2-21	Sedentarismo en la población de 15 y más años por edad y sexo, 2014	106
Gráfico 2-22	Evolución del porcentaje de sedentarismo en la población 15 y más años según sexo, 1993-2014	108
Gráfico 2-23	Evolución de 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, 1993-2014	109
Gráfico 3-1	Médicos en ejercicio, porcentaje sobre el total según grupo de edad y sexo, 2014	111
Gráfico 3-2	Evolución del número de médicos en labores asistenciales y tasa por 1.000 habitantes, 2000-2014	112
Gráfico 3-3	Evolución del número de médicos en labores asistenciales según sexo, 2000-2014	112
Gráfico 3-4	Evolución del porcentaje de médicos en labores asistenciales según grupo de edad, 2000-2014	113
Gráfico 3-5	Evolución del número de médicos en labores asistenciales en el Sistema Nacional de Salud, según nivel de atención, 2010-2015	114
Gráfico 3-6	Evolución del número de médicos graduados, 1980-2014	116
Gráfico 3-7	Evolución del número de médicos graduados y tasa por cada 1.000 habitantes, 2000-2014	117
Gráfico 3-8	Evolución del número de médicos graduados y tasa por cada 1.000 médicos en ejercicio, 2000-2014	117
Gráfico 3-9	Evolución del número de enfermeras en ejercicio y tasa por 1.000 habitantes, 2000-2014	118
Gráfico 3-10	Evolución del número de enfermeras en labores asistenciales en el SNS según nivel asistencial, 2010-2015	120
Gráfico 3-11	Evolución del número de enfermeras graduadas, 1980-2014	122

Gráfico 3-12	Evolución del número de enfermeras graduadas y tasa por cada 1.000 habitantes, 2000-2014	122
Gráfico 3-13	Evolución del número de enfermeras graduadas y tasa por cada 1.000 enfermeras en ejercicio, 2000-2014	123
Gráfico 3-14	Evolución del número de farmacéuticos en ejercicio y tasa por 1.000 habitantes, 2000-2014	124
Gráfico 3-15	Evolución del número de farmacéuticos y tasa por 100.000 habitantes en hospitales del SNS, 2010-2015	126
Gráfico 3-16	Evolución de número de centros de salud y consultorios locales en el SNS, 2004-2014	127
Gráfico 3-17	Evolución del número de hospitales según tamaño (número de camas instaladas), 2004- 2015	129
Gráfico 3-18	Número de habitantes (media) por oficina de farmacia, 2015	132
Gráfico 3-19	Evolución en el Sistema Nacional de Salud de la tasa de camas en funcionamiento por 1.000 habitantes y de la tasa de puestos de hospital de día por 100.000 habitantes, 2010-2015	135
Gráfico 3-20	Distribución geográfica de la red transfusional en España, 2015	145
Gráfico 4-1	Evolución de incidencia del sarampión y las coberturas de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis, 1995-2015	151
Gráfico 4-2	Tendencia de la cobertura de vacunación frente a la gripe en personas mayores de 64 años, campañas 2005-2006 a 2015-2016	154
Gráfico 4-3	Citología vaginal realizada en el periodo recomendado en mujeres de 25 a 64 años según nivel de estudios, 2014	159
Gráfico 4-4	Frecuentación por grupos de edad a la consulta de atención primaria del SNS, 2015	163
Gráfico 4-5	Actividad domiciliaria como porcentaje del total de actividad, según profesional de la atención, 2010-2015	164
Gráfico 4-6	Problemas de salud más frecuentes en la población de 0 a 14 años. Tasa por 1.000 personas asignadas a los centros de salud, 2012	167
Gráfico 4-7	Problemas de salud más frecuentes en la población de 15-y más años. Tasa por 1.000 personas asignadas a los centros de salud, 2012	168
Gráfico 4-8	Problemas de salud más frecuentes en la población 65 y más años. Tasa por 1.000 personas asignadas a los centros de salud, 2012	169
Gráfico 4-9	Evolución de la morbilidad atendida en hospitales de agudos según grupos de diagnóstico más frecuentes en hombres, 2000-2014	178
Gráfico 4-10	Evolución de la morbilidad atendida en hospitales de agudos según grupos de diagnóstico más frecuentes en mujeres, 2000-2014	179
Gráfico 4-11	Frecuentación por grupos de edad a la urgencia de atención primaria del SNS, 2015	182

Gráfico 4-12	Evolución del número y tasa anual por millón de población de los donantes de órganos, 1993-2015	190
Gráfico 4-13	Tendencia del número de trasplante de progenitores hematopoyéticos, 1985-2015	191
Gráfico 4-14	Evolución del número de unidades de sangre del cordón umbilical, 1997-2015	192
Gráfico 4-15	Distribución de las unidades de sangre del cordón umbilical almacenadas, 2015	193
Gráfico 4-16	Tendencia de la fuente de progenitores en el trasplante de progenitores hematopoyéticosallogénico no emparentado, 1993-2015	193
Gráfico 4-17	Evolución de la proporción y número de donantes de sangre según sean nuevos o habituales, 2005-2015	195
Gráfico 4-18	Evolución del número (millones) de componentes sanguíneos transfundidos, 2005-2015	195
Gráfico 4-19	Valoración de los ciudadanos de diversos aspectos de la atención prestada en las consultas de médico de familia y pediatra de la sanidad pública, 2015	196
Gráfico 4-20	Proporción de pacientes según días de demora en la última vez que pidieron cita con el médico de familia, 2015.	198
Gráfico 4-21	Valoración de los ciudadanos de diversos aspectos de la atención prestada en las consultas de especialistas de la sanidad pública, 2015	200
Gráfico 4-22	Valoración de los ciudadanos de diversos aspectos de la atención prestada en los hospitales de la sanidad pública, 2015	200
Gráfico 6-1	Número de presentaciones de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS en 2015, independientemente de su comercialización según ATC1	221
Gráfico 6-2	Evolución de los precios medios de las presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, 2011 - 2015	226
Gráfico 6-3	Total de presentaciones de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS independientemente de su comercialización según ATC1, situación a 31 de diciembre de 2015	230
Gráfico 6-4	Evolución de los precios medios, de las presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización, situación a 31 de diciembre de cada año, 2011 – 2015	233
Gráfico 6-5	Recetas médicas del SNS facturadas mensualmente, 2012-2015	236
Gráfico 6-6	Ventas medias mensuales en miles de euros por oficinas de farmacia y oficinas de farmacia por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2015	237
Gráfico 6-7	Evolución del gasto farmacéutico (en millones de euros) a través de la facturación de recetas médicas del SNS, 2010-2015	239
Gráfico 6-8	Evolución del porcentaje de variación interanual del gasto farmacéutico a través de la facturación de recetas médicas del SNS, 2010-2015	239
Gráfico 6-9	Porcentaje de variación del gasto farmacéutico a través de la facturación de recetas médicas del SNS según comunidad autónoma, 2015-2014	240

Gráfico 6-10	Evolución del número de recetas médicas (en millones) del SNS facturadas, 2010-2015	241
Gráfico 6-11	Evolución del porcentaje de variación interanual del número de recetas médicas del SNS facturadas, 2010-2015	241
Gráfico 6-12	Evolución del gasto medio por receta médica del SNS, 2010-2015	242
Gráfico 6-13	Gasto medio por receta médica del SNS según comunidad autónoma, 2015	242
Gráfico 6-14	Evolución del gasto farmacéutico a través de recetas médicas del SNS por habitante y año, 2010 - 2015	243
Gráfico 6-15	Gasto farmacéutico a través de recetas médicas del SNS por habitante y año según comunidad autónoma, 2015	243
Gráfico 6-16	Evolución del consumo de recetas médicas del SNS por habitante y año, 2010 - 2015	244
Gráfico 6-17	Consumo de recetas médicas del SNS por habitante y año según comunidad autónoma, 2015	244
Gráfico 6-18	Evolución del consumo de medicamentos genéricos a través de recetas médicas del SNS, según porcentaje de envases y porcentaje de importe, 2010-2015	250
Gráfico 6-19	Consumo de medicamentos genéricos por comunidad autónoma. Porcentaje de envases sobre total de medicamentos, 2015	251
Gráfico 6-20	Consumo de medicamentos genéricos por comunidad autónoma. Porcentaje del importe sobre total de medicamentos, 2015	251
Gráfico 7-1	Gasto sanitario total. Contribución porcentual del gasto público y del gasto privado. España, 2010-2014	262
Gráfico 7-2	Gasto sanitario total, público y privado en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación. Distribución porcentual según modo de producción de la asistencia. España, 2014	263
Gráfico 7-3	Gasto sanitario total, público y privado de los hospitales. Distribución porcentual según modo de producción. España, 2014	265
Gráfico 8-1	Comunidades autónomas que emiten Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) con formato común para el SNS, 2016	270
Gráfico 8-2	Población protegida por el SNS, en miles de personas, según el nivel de aportación, 2016	270
Gráfico 8-3	Evolución del número de habitantes protegidos por el SNS en millones de personas, 2013-2016	271
Gráfico 8-4	Mapa de perfiles de servicio de la Historia Clínica Digital para el SNS en las Comunidades Autónomas, 2016	272
Gráfico 8-5	Cobertura de la Historia Clínica Digital del SNS sobre la población de la Base de Datos de Población Protegida del SNS, 2016	273
Gráfico 8-6	Evolución del volumen de referencias de la Historia Clínica Digital del SNS, 2010-2016	274
Gráfico 8-7	Conocimiento de la receta electrónica por comunidad autónoma, 2015	276

Gráfico 8-8	Evolución de las recetas dispensadas utilizando la receta médica electrónica del Sistema Nacional de Salud. España, 2011-2016	277
Gráfico 9-1	Opinión (%) sobre el funcionamiento del sistema sanitario, 2008-2015	279
Gráfico 9-2	Porcentaje en la elección de servicios sanitarios públicos o privados, 2009-2015	281
Gráfico 9-3	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, 2015	282

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

AECOSAN	Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición
ALADINO	Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad
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.
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 o asociación farmacológica
AVS ₆₅	Años de Vida Saludable a los 65 años
AVSn	Años de Vida Saludable al nacer

B

BS	Barómetro Sanitario
BDCAP	Base de Datos Clínicos de Atención Primaria
BDPP-SNS	Base de Datos de Población Protegida del SNS

C

CA	Comunidad Autónoma
CCST	Comité Científico para la Seguridad Transfusional
CE	Marcado de Conformidad Europea, es un mercado europeo para ciertos grupos de servicios o productos industriales
CEMT	Conferencia Europea de Ministros de Transporte
CFCPS	Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias
CIAP	Clasificación Internacional de Atención Primaria
CIAP2	Clasificación Internacional de Atención Primaria segunda edición
CIE-10-ES	Traducción al español de la 10ª revisión Clasificación Internacional de Enfermedades

CIE10-ISHMT	Se trata de la correspondencia de los casos codificados con CIE-9MC a un listado reducido de categorías diagnósticos para la tabulación de la morbilidad hospitalaria adoptada por la OECD/Eurostat/OMS
CIE-9-MC	Modificación clínica de la 9ªrevisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades
Cir.	Cirugía
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CIS	Centro de Investigación Sociológica
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
CON-11	Clasificación Nacional de Ocupaciones que entró en vigor en 2011. Las 6 ocupaciones 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
COSI	<i>Childhood Obesity Surveillance Initiative</i> (Iniciativa Europea de Vigilancia de la Obesidad Infantil)
CPD-E Visado	Visado para mayores de 75 años
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
C. Valenciana	Comunitat Valenciana

D

DDD	Dosis Diaria Definida
DH	Diagnóstico Hospitalario
DHD	Dosis por Habitante y Día (Dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día)
DTPa/dTpa	Difteria-Tétanos-Tosferina

E

(e)	Datos estimados
E	Enfermera
EAP	Equipo de Atención Primaria
EC	Envase Clínico
EDADES	Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España
EDOs	Enfermedades de Declaración Obligatoria
EES	Encuesta Europea de Salud
EESE	Encuesta Europea de Salud en España
EHIS	<i>European Health Interview Survey</i> (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
ERN	Redes Europeas de Referencia
ESTUDES	Encuesta sobre el uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias en España
Eurostat	Oficina estadística de la Unión Europea
EV ₆₅	Esperanza de Vida a los 65 años
EV _n	Esperanza de Vida al nacer

F

FSE	Formación Sanitaria Especializada
-----	-----------------------------------

H

Hab.	Habitantes
HB	Hepatitis B
HCDSNS	Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud
HCR	Historia Clínica Resumida

Heterosex	Relaciones heterosexuales de riesgo
Hib	Haemophilus influenzae tipo b
h. sexuales	hormonas sexuales
HSH	Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres

I

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
I+D+i	Investigación + Desarrollo + innovación
I+D	Investigación + Desarrollo
INE	Instituto Nacional de Estadística
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
IPC	Índice de Precios de Consumo
ISFAS	Instituto Social de las Fuerzas Armadas
ISHMT	International Shortlist for hospital morbidity tabulation
IVA	Impuesto sobre el Valor Añadido
IVEs	Interrupciones Voluntarias 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
MUFACE	Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado
MUGEJU	Mutualidad General Judicial

N

(N)	Número de entrevistas
NC	No contesta
NS	No sabe
NAOS	Estrategia para nutrición, actividad física y prevención de la obesidad

O

OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONT	Organización Nacional de Trasplante
Orden SSI	Orden del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
O.R.L	Otorrinolaringología

P

P	Pendiente de abordar el proceso de implantación de la receta médica electrónica del SNS
PEN	Plan Estadístico Nacional
PIB	Producto Interior Bruto
PID	Personas que se Inyectan Drogas
p.m.p.	por millón de habitantes
PRE	Orden de Presidencia del Gobierno
PSOH	Prueba de Sangre Oculta en Heces
PVL	Precio Venta Laboratorio
PVP	Precio Venta al Público
PVP-IVA	Precio Venta al Público incluidos los impuestos

R

RAE-CMBD	Registro de Actividad de Atención Especializada del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria
RD	Real Decreto
RDL	Real Decreto Ley
REDMO	Registro Español de Donantes de Médula Ósea
RESNS	Receta Electrónica del Sistema Nacional de Salud
RM	Resonancia Magnética

S

SCO	Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo
SCP	Sin cupón precinto diferenciado y dispensación en los servicios de farmacia de los hospitales
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
SIIU	Sistema Integrado de Información Universitaria
SINIVIH	Sistema de Información sobre nuevos diagnósticos de Virus de Inmunodeficiencia Humana
SISCAT	Sistema Sanitari Integral D'utilizació 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
SSI	Orden del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad
ST	Servicios de Transfusión

T

TAC	Tomografía Axial Computerizada
Td	Tétanos-Difteria
TIC	Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
TPH	Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos
TSI	Tarjeta Sanitaria Individual

U

UH	Uso Hospitalario
----	------------------

V

VCN	Vacunación frente al Neumococo
VHC	Virus Hepatitis C
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VPI	Virus de la Poliomiélitis Inactivado
V, S y D	Viernes, Sábado y Domingo
VVZ	Vacunación frente a la Varicela

X

XHUP Xarxa Hospitalaria d'Utilizació Pública (Catalunya) (Red de Utilización Pública de Cataluña)

Fuentes

Accreditación de centros, unidades y dispositivos docentes para la Formación Sanitaria Especializada

La acreditación es el proceso sistemático, independiente y documentado, por el que se reconoce la cualificación de un centro o servicio como centro docente o unidad docente para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, de acuerdo a unos requisitos o estándares que incluyen, entre otros, unos mínimos relativos a recursos humanos y físicos, actividad asistencial, actividad docente e investigadora y calidad.

La iniciativa para solicitar la acreditación parte de la Entidad Titular del Centro, requiriendo informe de la comisión de docencia del mismo e informe favorable de la Consejería de Sanidad de su comunidad autónoma quien la remitirá al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad resuelve las solicitudes de acreditación, una vez informadas por las comisiones nacionales que componen el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.

Periódicamente los centros y unidades docentes acreditadas se someten a procedimientos de auditorías docentes externas que realiza el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. También se lleva a cabo un seguimiento tanto de las auditorías como de los planes de mejora garantizando el avance continuo de la calidad.

Más información

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/AcreDocCntUniForSanEsp.htm>

Anuario de Estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social

Elaborado y publicado anualmente por Ministerio de Empleo y Seguridad Social - Subsecretaría de Empleo y Seguridad Social recopila los principales datos socio-laborales de España sobre los siguientes temas: mercado de trabajo, inmigración y emigración, formación profesional y medidas de apoyo al empleo; condiciones de trabajo y relaciones laborales y prestaciones de seguridad social y otra protección social. dentro del tema condiciones de trabajo y relaciones laborales se proporciona información sobre los accidentes de trabajo.

Más información

<http://www.empleo.gob.es/es/estadisticas/contenidos/anuario.htm>

Barómetro Sanitario

El Barómetro Sanitario (BS) 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

La Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) 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

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 (BDPP-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.

Más información:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/tic01.htm>

Catálogo de Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud

El Ministerio en colaboración con la Comisión contra la Violencia de Género del SNS y los Comités de las Estrategias en Salud, viene trabajando desde 2012 en un proceso común sistematizado para la identificación, recogida, aprobación y difusión de las Buenas Prácticas (BBPP), sobre actuación sanitaria frente a la violencia de género y también en las diferentes estrategias en salud del SNS. Se considera Buena Práctica aquella intervención o experiencia realizada que responde a las líneas estratégicas del Sistema Nacional de Salud (SNS), basada en el mejor conocimiento científico disponible, que haya demostrado ser efectiva, pueda ser transferible y represente un elemento innovador para el sistema sanitario. En 2016 el Catálogo de Buenas Prácticas del SNS está constituido por 225 buenas prácticas identificadas y publicadas en el marco de 10 estrategias del SNS: promoción y prevención, atención al parto y salud reproductiva, actuaciones sanitarias frente a la violencia de género, cardiopatía isquémica, cáncer, diabetes, enfermedades raras, enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas, cuidados paliativos y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Más información:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/BBPP.htm>

Catálogo Nacional de Hospitales

El 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 por 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.

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

El Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud

El Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS), es el órgano asesor y científico en materia de formación especializada en Ciencias de la Salud de los Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y de Educación, Cultura y Deporte.

Más información:

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/consejoEspecialidades.htm>

Enfermedades de Declaración Obligatoria

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>

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 suministra 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 Europea de Salud en España

La Encuesta Europea de Salud en España (ESEE), realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), es la parte española de la European Health Interview Survey (EHIS), coordinada por Eurostat. El cuestionario para España fue adaptado conjuntamente por el INE y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para permitir la comparación con los principales indicadores de la Encuesta Nacional de Salud, añadiéndose además una serie de variables. La metodología utilizada permite continuar las series de los principales indicadores nacionales.

Es una investigación de periodicidad quinquenal dirigida a los hogares, donde se recoge información sanitaria relativa a la población residente en España de 15 y más años mediante un cuestionario común europeo. Esta información permite planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria, tanto europeas como nacionales.

El cuestionario consta de 4 módulos: módulo sociodemográfico (hogar e individual), módulo de estado de salud, módulo de asistencia sanitaria y módulo de determinantes de la salud

Más información:

http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014.htm

Encuesta Nacional de Salud de España

La Encuesta Nacional de Salud de España, es una 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 de Población Activa

La Encuesta de Población Activa (EPA) es una investigación por muestreo, continua y de periodicidad trimestral, dirigida a las viviendas familiares, elaborada por INE con el objetivo de 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 Unión Europea (UE).

Más información:

http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=resultados&idp=1254735976595

Encuesta 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) que se realiza bienalmente entre población de 15-64 años 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.

Más información:

<http://www.pnsd.msssi.gob.es/gl/noticiasEventos/dossier/pdf/EncuestaLaboral2013.pdf>

Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias en España

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas desarrolla con una periodicidad bienal la Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) que analiza el consumo de drogas entre los estudiantes de enseñanza secundaria, bachillerato y formación profesional para conocer la situación y las tendencias de consumo y diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo y los problemas de drogas. Las principales variables de estudio son la prevalencia y frecuencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas, riesgo percibido, accesibilidad percibida, aprobación/rechazo de distintas conductas de consumo, información recibida sobre el tema y vía por la que la ha recibido, consumo de drogas por sus pares, actitud de los padres ante el consumo de drogas. Las variables de clasificación son edad, sexo, comunidad autónoma, titularidad del centro educativo, tipo de estudios, situación laboral principal de los padres, nivel de estudios completado por los padres, repetición de curso, dinero de bolsillo disponible semanalmente y utilización del tiempo libre.

Más información:

http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm

Enfermedades de Declaración Obligatoria

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 y Años de Vida saludable en España

Las estimaciones de esperanza de vida se han obtenido de las tablas de vida de periodo abreviada con grupos edad quinquenales, elaboradas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 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.

Para el cálculo de las estimaciones de años de vida saludable, elaboradas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se han utilizado la prevalencia de limitaciones de actividad tomando como fuente las encuestas nacionales de salud.

Más Información:

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

Estadística de accidentes de tráfico con víctimas-anuario estadístico general

La Dirección General de Tráfico del Ministerio del Interior elabora y difunde anualmente los datos del número de los accidentes de tráfico con víctimas, con especificación de las circunstancias que concurren en ellos y sus consecuencias; como variables de estudio se identifican los accidentes de circulación con víctimas, muertes, heridos graves y leves y como variables de clasificación la zona de ocurrencia del accidente, características de la vía, condiciones meteorológicas, tipo de vehículo, tipo de usuario, edad y sexo de los usuarios y de las víctimas.

Más información:

<http://www.dgt.es/es/seguridad-vial/estadisticas-e-indicadores/publicaciones/anuario-estadistico-accidentes/>

Estadística del consumo farmacéutico a través de recetas médicas del sistema nacional de salud incluido el mutualismo administrativo

Estadística incluida en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016 elaborada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con la participación de los Servicios de salud de todas las comunidades autónomas, INGESA, MUFACE, ISFAS y MUGEJU, proporciona información sobre el consumo de medicamentos y productos sanitarios incluidos en la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, prescritos en recetas médicas del Sistema Nacional de Salud, incluidas las recetas de MUFACE, ISFAS y MUGEJU y dispensados a través de las oficinas de farmacia.

Más información:

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

Estadísticas de donación y trasplante de órganos

Estadísticas incluidas en el inventario de operaciones estadísticas de la Administración General de Estado; son elaboradas por la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y permiten conocer la actividad de donación, extracción y trasplante de órganos. Como variables de estudio se utilizan los donantes y las extracciones y trasplantes realizados. Como variables de clasificación el centro, la comunidad autónoma y el órgano. La periodicidad de la recogida y difusión de los datos es anual.

Más información:

<http://www.ont.es/infesp/Paginas/Datos.aspx>

Estadística de estudiantes universitarios

Elaborada por el Ministerio de Educación, Cultura y Deportes aporta información anualmente sobre el número de estudiantes matriculados y egresados, así como su género, edad, nacionalidad, lugar de residencia habitual, en el caso de los egresados, tramo de nota del expediente académico. La estadística está incluida en el Plan Estadístico Nacional (PEN) y su periodo de referencia es anual.

En el proceso de recogida de información participa la Secretaría General de Universidades que ha desarrollado el Sistema Integrado de Información Universitaria (SIIU), el cual consiste en una plataforma de información compartida por las universidades, las comunidades autónomas y el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, en la que se recoge información a nivel micro de los estudiantes y del personal al servicio de las universidades. El SIIU está estructurado en áreas temáticas: área académica, área de recursos humanos, área de I+D, área de becas y ayudas al estudio, área de inserción laboral. Todas estas áreas se apoyan en los ficheros auxiliares, que son los que establecen el marco de cada una de las áreas. En el área académica se recoge la información referida a los estudiantes universitarios, matriculados y egresados.

Más información:

<http://www.mecd.gob.es/educacion-mecd/areas-educacion/universidades/estadisticas-informes/estadisticas/alumnado.html>

Estadística del Gasto Sanitario Público

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.

La Estadística del Gasto Sanitario Público (EGSP) 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 Interrupciones Voluntarias del Embarazo

Proporciona información estadística sobre las características sociodemográficas y sobre las condiciones sanitarias en que se realiza las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVEs), 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 las 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/Estadisticas.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>

Estudio de vigilancia del crecimiento, alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en España

España, a través de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN), y de la Estrategia NAOS, participa en la Iniciativa COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative) desde su puesta en marcha, en sintonía con la línea de colaboración con la OMS que se mantiene desde hace años, participación que se tradujo en la realización del Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad (ALADINO).

La primera edición del Estudio ALADINO, se realizó en 2011, en niños y niñas de 6 a 9 años. El estudio ALADINO 2013, se realizó en niños y niñas de 7 y 8 años. En su edición 2015, el estudio se ha realizado en 10.899 niños (5.532 niños y 5.367 niñas) de 6 a 9 años en 165 centros escolares de toda España. Esta muestra es representativa del conjunto de la población española para esos grupos de edad. El trabajo de campo se realizó entre noviembre de 2015 y marzo de 2016.

Las diferentes oleadas del estudio ALADINO se han desarrollado con la finalidad de valorar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los niños españoles, ajustándose su diseño en lo posible a lo reflejado en el protocolo de la iniciativa COSI. Tal iniciativa propone la recogida de información acerca de sobrepeso y obesidad en niños en varios momentos, con el objeto de efectuar una evaluación de las medidas contra la obesidad, tomadas en los diferentes estados europeos. El rango de edad estudiado se ha establecido teniendo en cuenta la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya que es la que precede a la pubertad, de manera que a la hora de poder hacer comparaciones entre estados se reducen las posibles diferencias atribuibles a la edad de aparición de la pubertad. En esta tercera oleada, el ALADINO 2015, se ha valorado la prevalencia de sobrepeso y obesidad de niños y niñas españoles de 6 a 9 años. Estos datos permitirán analizar la evolución de las cifras de sobrepeso y obesidad y los posibles cambios en algunas variables relacionadas con la prevalencia de este problema de salud, y sus principales determinantes.

Más información:

http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/detalle/aladino_2015.htm

Formación continuada y acreditación

Las Administraciones Públicas tienen la responsabilidad de asegurar la calidad de las múltiples actividades de formación continuada que se ofertan a los profesionales sanitarios. De común acuerdo han decidido que el mejor camino para obtener ese fin es el establecimiento de sistemas voluntarios de acreditación, cuyo valor y eficacia se potenciará cuanto más general sea su configuración y su ámbito y en tanto esté abierto a la participación de todas las Administraciones Públicas.

La Formación continuada es una formación no reglada, necesaria para el incesante progreso científico y técnico que se está produciendo en las ciencias de la salud, con una incidencia directa en la organización y funcionamiento de la asistencia médico-sanitaria, cada vez más compleja y eficaz.

La acreditación es la valoración que un organismo externo hace de un individuo, centro o actividad, según unos criterios y estándares previamente establecidos. La acreditación, que deberá realizarse necesariamente de acuerdo con los requisitos, procedimiento y criterios establecidos por la Comisión de Formación Continuada, tendrá efectos en todo el territorio nacional, sea cual sea la administración pública que expidió la acreditación. Los criterios que apruebe dicha Comisión deberán sujetarse a los principios de necesidad, objetividad, no discriminación y

proporcionalidad. Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrían acreditar actividades en materia de formación continuada de los profesionales sanitarios. Más información:

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/formacionContinuada/home.htm>

Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud

La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS) tiene como finalidad garantizar a ciudadanos y profesionales sanitarios el acceso a la documentación clínica más relevante para la atención sanitaria de cada paciente. Se incluye documentación que se encuentre disponible en soporte electrónico en cualquier lugar del SNS, asegurando a los ciudadanos que la consulta de sus datos queda restringida a quien esté autorizado para ello.

El proyecto HCDSNS ha sido liderado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el marco del Programa Sanidad en Línea, en colaboración con la Entidad Pública Empresarial red.es, con las 17 Comunidades Autónomas y con el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), encargado de la asistencia sanitaria pública en las ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla.

Más información

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/hcdsns/home.htm>

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. La información, disponible desde 2001, incluye varias familias de indicadores: frecuentación, tasas de realización, mortalidad, complicaciones, entre otros, con diferentes ejes de análisis (descriptivo, serie temporal, mejores resultados, etc.), para las distintas variables de clasificación y/o filtro del CMBD (geográficas, demográficas, clínicas, de episodio).

Más información:

<http://icmbd.es/login-success.do>

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>

Movimiento Natural de la Población

Las estadísticas que conforman el Movimiento Natural de la Población son la estadística de nacimientos, la estadística de defunciones y la estadística de matrimonios, su publicación anual es responsabilidad del Instituto Nacional de Estadística.

La Estadística de Nacimientos recoge los nacimientos ocurridos en España cada año. Se elabora en colaboración con las comunidades autónomas siendo los Registros Civiles la fuente primaria de información, que se recoge a partir del boletín estadístico de parto. Estos boletines se cumplimentan en el momento de inscribir el hecho demográfico en el Registro Civil, por los padres, parientes o personas obligadas por la ley a declarar el parto o, en su defecto, por el encargado del Registro Civil.

La Estadística de Defunciones, recoge los fallecimientos ocurridos en España cada año. Se elabora en colaboración con las comunidades autónomas. Los datos se recogen en el denominado Certificado Médico de Defunción/Boletín Estadístico de Defunción. Este documento lo cumplimenta el médico que certifica la defunción, en la parte relativa a los datos personales y las causas del fallecimiento. El Registro Civil en el que se inscribe la defunción, cumplimenta los datos relativos a la inscripción y el declarante o los familiares los datos relativos a la residencia, nacionalidad y profesión del fallecido. En el caso de defunciones que ocurren en circunstancias especiales y en las que interviene un juzgado, la información la cumplimenta el juzgado.

Más información:

Movimiento Natural de la Población. Estadística de Nacimientos

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe304&file=inebase&L=0>

Movimiento Natural de la Población. Estadística de Defunciones

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e306/&file=inebase>

Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS

El Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud es la base de datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en materia de prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud.

Este Nomenclátor está disponible mediante procedimientos electrónicos, y accesible para todas las Administraciones Públicas implicadas en la gestión de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, así como para el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

Receta electrónica del Sistema Nacional de Salud

La receta médica es el documento normalizado por el cual los profesionales legalmente facultados prescriben los medicamentos o productos sanitarios al paciente para su dispensación. La receta médica electrónica es una modalidad de servicio digital de apoyo a la asistencia sanitaria que permite al facultativo emitir y transmitir prescripciones por medios electrónicos, basados en las tecnologías de la información y comunicaciones, que posteriormente pueden ser objeto de dispensación.

El proyecto de Receta Electrónica interoperable del Sistema Nacional de Salud (RESNS) tiene como objetivo principal permitir la dispensación desde cualquier farmacia, por medios electrónicos, de la medicación prescrita en otra comunidad autónoma sin necesidad de presentar una receta en papel.

Más información:

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/recetaElectronicaSNS/home.htm>

Reconocimiento de títulos extracomunitarios

El reconocimiento en España de efectos profesionales a los títulos de especialista obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea, se lleva a cabo por el procedimiento regulado en el Real Decreto 459/2010 de 16 de abril que desarrolla el artículo 18 de la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

La resolución positiva de las solicitudes de reconocimiento implica otorgar a los títulos extranjeros los efectos profesionales inherentes al título español que en cada caso corresponda. El reconocimiento otorga los mismos derechos y obligaciones profesionales que el título español de especialista y es requisito imprescindible para el ejercicio en España, por cuenta propia o ajena, de la profesión de especialista de que se trate.

Más información:

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/recoTitulosExtra.htm>

Red de escuelas de salud para la ciudadanía

Aportar a los pacientes, familiares y cuidadores una fuente de información y herramientas de formación, a partir del compromiso de poner a su disposición las mejores evidencias disponibles. Se sustenta en las aportaciones de las Escuelas y proyectos del Sistema Nacional de Salud, Escuela Andaluza de Pacientes, la Escuela Cántabra de Salud, la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos, el Programa Paciente Expert Catalunya, y el Programa Paziente Bizia Osakidetza junto con la Red Ciudadana de Formadores del SNS, del Ministerio y la Fundació Salut i Envelliment de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), contando además con las aportaciones que las distintas asociaciones de pacientes o asociaciones profesionales hacen para contribuir a la mejora de los recursos de la red.

Más información:

<http://www.escuelas.msssi.gob.es/home.htm>

Red Española de Agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y prestaciones del Sistema Nacional de Salud

La Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud está formada por las agencias o unidades de evaluación de la administración general del estado y de las comunidades autónomas, que trabajan de manera coordinada, con una metodología común y bajo el principio del reconocimiento mutuo y la cooperación. La Red Española se crea por el Consejo interterritorial del SNS en 2012, con el fin de promover la calidad, eficiencia y sostenibilidad en evaluación de tecnologías sanitarias en el SNS. La misión de la Red es generar, difundir y facilitar la implementación de información destinada a fundamentar la toma de decisiones en el SNS, contribuyendo al incremento de la calidad, equidad, eficiencia y cohesión en el mismo.

Más información:

<http://redets.msssi.gob.es/>

Registro de Actividad de Atención Especializada

La explotación estadística del Registro de Actividad de Atención Especializada (RAE-CMBD) 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>

Registro Nacional de Especialistas en Formación

El Registro Nacional de Especialistas en Formación, depende del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en él se inscriben los adjudicatarios de plaza a formación sanitaria especializada una vez asignada la plaza, y se anotan las evaluaciones anuales y finales de los especialistas en formación, y como las incidencias relativas a la suspensión o finalización de la formación. El Registro Nacional de Especialistas permite la coordinación eficaz y el seguimiento de la formación sanitaria especializada de los licenciados y diplomados, una vez que han superado la prueba correspondiente.

Más información:

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/registroEspecialistas/home.htm>

Sistema de Cuentas de Salud

El Sistema de Cuentas de Salud (SCS) es una operación estadística que se realiza en España desde 2005. La unidad responsable de su producción es la Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. El SCS, que se elabora de acuerdo con el manual *A System of Health Accounts* publicado por la OCDE en el año 2000, descansa en un esquema triaxial a partir del cual se desarrolla la estructura de cuentas y clasificaciones: funciones, proveedores y financiadores. La clasificación funcional distingue entre funciones básicas y funciones relacionadas. Únicamente, la suma del gasto de las primeras genera el gasto sanitario total. Los gastos en formación del personal sanitario y en investigación y desarrollo en el ámbito de la salud, que el SCS considera funciones relacionadas, quedan excluidos del cómputo del gasto sanitario. Sin embargo, incorpora como gasto sanitario el de los cuidados estrictamente sanitarios a personas dependientes y los denominados cuidados personales necesarios para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria.

Las principales fuentes de información del SCS son, para el gasto público, la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP), y, para el gasto privado, el gasto en consumo final en sanidad de los hogares, que proporciona el Instituto Nacional de Estadística a través de las Cuentas Nacionales. Para la estimación del gasto en cuidados de larga duración se recurre a información sobre utilización y coste de los servicios sociales utilizados por personas dependientes publicada por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales así como a datos sobre prestaciones económicas facilitados por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

El SCS ha ido adoptado por OCDE, Eurostat y OMS como referente para la recogida y tratamiento de la información sobre gasto sanitario. La periodicidad de recogida de los datos y su difusión son anuales.

Más información:

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

Sistema de Información Alcántara

A través de la aplicación Alcántara del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se recogen los datos de la información de consumo y gasto farmacéutico facturado a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia. Se gestiona la carga de los partes estadísticos de facturación proporcionados por los servicios de salud de las comunidades autónomas, INGESA y mutualismo administrativo, así como la validación de los ficheros de recetas, para la generación de los datos e informes de facturación.

Sistema de Información de Atención Especializada. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada

El Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) proporciona información de la actividad asistencial, económica y docente de los centros con internamiento (hospitales) y sus características estructurales, y de los centros sin internamiento, principales provisoros de servicios de atención especializada, que permite además de la obtención de índices, mostrar el funcionamiento del sector y hacer seguimiento y análisis de su evolución.

Como variables de estudio utiliza la oferta asistencial, dotación, personal, altas, estancias, consultas, ingresos, técnicas de diagnóstico, actividad en otras áreas, actividad quirúrgica, actividad obstétrica, servicios de urgencia, gastos, inversiones e ingresos. Como variables de clasificación utiliza tipo de centro de atención especializada: con internamiento (hospital), sin internamiento, finalidad asistencial del centro, dependencia funcional según entidad financiadora, forma jurídica, contrato con el Sistema Nacional de Salud, acreditación docente. La periodicidad de la recogida y difusión de los datos son anuales.

Como operación estadística es responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de todas las comunidades autónomas y ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla y está incluida en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016.

Más información:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm>

Sistema de Información de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud

El Sistema de Información de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (SIAP) 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 para el Seguimiento de los Centros, Servicios y Unidades de Referencia

El 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>

Sistema de Información sobre Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud

El 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 del Sistema Nacional de Salud para la Seguridad Transfusional

El 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 sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de casos de sida

Los datos obtenidos a través del Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH (SINIVIH) son la mejor aproximación a la incidencia de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (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 2000 y 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>

Tendencias de salud en 30 indicadores

Desde la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) 2006, el Ministerio de Sanidad, junto con el Instituto Nacional de Estadística (INE), vienen haciendo un esfuerzo importante para armonizar las encuestas nacional y europea de salud, de modo que se pueda producir un estudio periódico cada 2-3 años que conserve la riqueza de las series, primando en lo posible la comparabilidad de Encuesta Europea de Salud en España (EESE) 2014 con toda la serie ENSE sin dejar de cumplir con nuestras obligaciones europeas.

La EESE es un estudio de la salud de la población adulta y sus determinantes, y de la utilización de los servicios sanitarios y su accesibilidad. Se realiza a través de entrevistas personales domiciliarias a la población adulta no institucionalizada residente en España (15 y más años) mediante un cuestionario común europeo administrado con ayuda de ordenador.

Actualmente la ENSE, que estudia a la población adulta y también a la población infantil, se realiza conjuntamente con el INE, con periodicidad quinquenal, alternándola cada dos años y medio con la EESE, con la que comparte metodología y un grupo de variables nucleares.

Para esta publicación se han seleccionado 30 indicadores de salud de la población adulta, procedentes de ambas encuestas

Más información:

http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf

Equipo de Trabajo

Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación

Elena Andradas Aragonés

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):

1.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (*)

Alonso Villar, Carmen (4)	González Gil, Isabel (2)	Palanca Sánchez, Inés (1)
Álvarez Martín, Elena (8)	Guilló Izquierdo, M ^a Jesús (2)	Pérez Jiménez, Magdalena (6)
Andreu Román, María del Mar (6)	Gutiérrez Fisac, Juan Luis (4)	Pérez Mateos, Carmen (3)
Arce Arnáiz, Araceli (6)	Ichaso Hernández-Rubio, M ^a Santos (4)	Pérez Menéndez-Valdés, Ricardo (6)
Arias Bohigas, Pedro (4)	Izquierdo Martínez, Maravillas (3)	Perojo Vega, Maria Dolores (9)
Benedí González, Alicia (2)	Izquierdo Martínez, Maravillas (3)	Regidor Poyatos, Enrique (4)
Brime Beteta, Begoña (8)	Lens Cabrera, Carlos (2)	Rivera Ariza, Silvia (6)
Bustos Guadaño, Miguel de (4)	Lillo Fernández de Cuevas, José María (3)	Rodríguez Blas, María del Carmen (3)
Cano Portero, Rosa (10)	Limia Sánchez, Aurora (6)	Rodríguez Ortiz de Salazar, Begoña (6)
Carbajo Arias, Pilar (5)	LLorente San Atilano, Pedro (4)	Romero Gutiérrez, Arturo (4)
Casado Durandez, Paloma (1)	López Blanco, Juan Antonio (5)	Ruiz Lizcano, Aurora (8)
Díaz Franco, Asunción (10)	López Orive, M ^a Ángeles (4)	Sánchez Cudero, Beatriz (4)
Dopico Plazas, José Luis (7)	Mahillo Durán, Beatriz (9)	Sánchez Franco, Eva María (8)
Esteban Gonzalo, Santiago (4)	Mateu Sanchís, Sagrario (6)	Sánchez González, Esther (3)
Estévez Pérez, Emérito (2)	Miguel García, Félix (4)	Sanz Sebastián, Cristina (4)
Fernández Quintana, Ana Isabel (4)	Montesinos Alonso, Amparo (4)	Sendino Gómez, Rosario (8)
Fidalgo García, Luz (4)	Moreno Faraco, Inmaculada (4)	Suárez Cardona, Mónica (4)
Garrido Cantarero, Gregorio (9)	Moreno Portela, M ^a Isabel (3)	Toledo Gómez, David (4)
Gogorcena Aoiz, M ^a Ángeles (4)	Moro Domingo, Elena (6)	
Gómez Lafon, Alberto (2)	Neira León, Montserrat (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 Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III

(*) Los órganos directivos con nivel orgánico de subdirección general, han mantenido la denominación que tenían en el momento de la elaboración del Informe.

Dicha denominación ha sido actualizada por el Real Decreto 485/2017, de 12 de mayo de 2017 (BOE 114).

2.- Comunidades Autónomas e INGESA

Abad Díez, José María (2)	Gago Arguello, Luis Miguel (3)	Parra Hidalgo, Pedro (14)
Ansotegi Elordi, Fátima (16)	Galindez Zubiría, Ana M ^a (15)	Rodríguez Delgado, M ^a Teresa (5)
Arriba Cereijo, Sandra Belén (8)	García Altès, Anna (9)	Rosell Aguilar, Ignacio (7)
Ávila Peñalver, Ana M ^a (10)	Gómez Hernández, Carlos A. (1)	Sáenz Ortiz, Pilar (17)
Benarroch Benarroch, Rebeca (18)	Gutiérrez Fernández, Rodrigo (8)	Sixto da Silva, Carmen (12)
Blanco Galán, M ^a Antonia (18)	José Miguel Cantón Gálvez	Tobajas Belvís, Luis (11)
Calvo Pérez, Pilar (13)	López Rois, Francisco (12)	Vázquez Mateos, Julio (11)
Castaño Riera, Eusebi (4)	Macías Gutiérrez, Bernardo E. (5)	Viana Pesos, Zurine (16)
Cestafe Martínez, Adolfo (17)	Ortega Mendi, Manuel (6)	Zurriaga Llorens, Oscar (10)
Fernández Merino, Juan Carlos (1)	Palomar Rodríguez, Joaquín (14)	

- (1) Comunidad Autónoma de Andalucía
- (2) Comunidad Autónoma de Aragón
- (3) Comunidad Autónoma del Principado de Asturias
- (4) Comunidad Autónoma de las Illes Balears
- (5) Comunidad Autónoma de Canarias
- (6) Comunidad Autónoma de Cantabria
- (7) Comunidad Autónoma de Castilla y León
- (8) Comunidad Autónoma de Castilla - La Mancha
- (9) Comunidad Autónoma de Cataluña
- (10) Comunitat Valenciana
- (11) Comunidad Autónoma de Extremadura
- (12) Comunidad Autónoma de Galicia
- (13) Comunidad de Madrid
- (14) Comunidad Autónoma de la Región de Murcia
- (15) Comunidad Foral de Navarra
- (16) Comunidad Autónoma del País Vasco
- (17) Comunidad Autónoma de La Rioja
- (18) INGESA

El Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016 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 2016 se complementa con un anexo redactado por cada una de las comunidades autónomas e INGESA sobre acciones propias específicas y destacables llevadas a cabo en su ámbito de responsabilidad

