

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2019

Aspectos destacados



Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2019

Aspectos destacados

Edita:

© MINISTERIO DE SANIDAD

CENTRO DE PUBLICACIONES

PASEO DEL PRADO, 18-20. 28014 Madrid

NIPO: 133-20-031-6

<https://cpage.mpr.gob.es/>

Índice

Presentación	9
Resumen ejecutivo	11
1 Introducción	43
2 Población	48
2.1 Cifras de Población	48
2.2 Población protegida por el Sistema Nacional de Salud	50
3 Estado de Salud	52
3.1 Bienestar	52
3.1.1 Esperanza de vida	52
3.1.2 Calidad de vida en población de 65 y más años	55
3.2 Morbilidad	60
3.2.1 Enfermedad cardiovascular y factores de riesgo	60
3.2.2 Trastornos mentales	72
3.2.3 Tumores malignos	74
3.3 Mortalidad	77
3.3.1 Mortalidad general	77
3.3.2 Enfermedad cardiovascular	79
3.3.3 Tumores malignos	82
3.3.4 Mortalidad por suicidio	84
4 Determinantes Sociales de la Salud	89
4.1 Determinantes Socioeconómicos	89
4.1.1 Índice de dependencia	89
4.1.2 Población con estudios básicos o inferiores	91
4.1.3 Población de clase social desfavorecida	93

4.1.4 Tasa de riesgo de pobreza (AROPE)	95
4.2 Determinantes Medioambientales	96
4.2.1 Ruido	96
4.2.2 Espacios verdes	99
4.3 Estilos de Vida	101
4.3.1 Consumo de tabaco	102
4.3.2 Consumo de alcohol	104
4.3.3 Obesidad	109
4.3.4 Actividad física	112
5 Sistema Sanitario	116
5.1 Calidad	116
5.1.1 Atención Sanitaria	116
5.1.2 Seguridad	137
5.2 Experiencia del Paciente	148
5.2.1 Valoración del Sistema Sanitario	148
5.2.2 Coordinación entre niveles asistenciales	152
5.2.3 Participación en las decisiones sobre su problema de salud	153
5.2.4 Inaccesibilidad declarada a los medicamentos recetados por motivos económicos	155
5.2.5 Inaccesibilidad declarada a la atención dental por motivos económicos	156
5.3 Accesibilidad	158
5.3.1 Tiempos de espera en atención primaria	159
5.3.2 Tiempos de espera en atención especializada	159
5.4 Prestación farmacéutica	162
5.4.1 Medicamentos y productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud	162
5.4.2 Datos de consumo de la prestación farmacéutica a través de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud en oficinas de farmacia	166

5.4.3	Prestación farmacéutica hospitalaria	170
5.4.4	Consumo de medicamentos biosimilares	171
5.4.5	Consumo de medicamentos huérfanos	172
5.4.6	Oficinas de farmacia	172
5.4.7	Laboratorios farmacéuticos ofertantes de medicamentos y productos sanitarios al Sistema Nacional de Salud	173
5.5	Sostenibilidad	174
5.5.1	Uso	174
5.5.2	Recursos físicos	183
5.5.3	Recursos humanos	192
5.5.4	Gasto	212
	Índice de Tablas	231
	Índice de Gráficos	235
	Listado de abreviaturas	249
	Fuentes y sistemas de información	253
	Equipo de Trabajo	265

Presentación

El Ministerio de Sanidad presenta, un año más, el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, que proporciona una imagen del estado de salud de la población española y de la situación del sistema sanitario público. Conocer esta realidad es necesario para diseñar las políticas e intervenciones y orientar la toma de decisiones en función de las necesidades identificadas y de las correspondientes estrategias de mejora.

El Informe da continuidad a la serie de *Informes Anuales del Sistema Nacional de Salud* iniciada en el año 2003, tras su aprobación en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Manteniendo sus objetivos, esta edición afronta un nuevo reto al introducir un cambio en la estructura y en el formato de presentación de la información. Su mayor novedad es la sencillez, arropada en infografía y representaciones gráficas de los datos que facilitan su visualización con la finalidad de que la información llegue más allá, no solo a los responsables de toma de decisiones en salud, sino que trascienda e interese a la ciudadanía en general.

Para ello el Informe ofrece una visión panorámica de la protección de la salud en España, mediante una aproximación basada en las enfermedades prevalentes, fundamentalmente las cardiovasculares, el cáncer y la salud mental, a la que acompañan los datos e indicadores de situación y funcionamiento general del Sistema Nacional de Salud.

Abogar por la equidad en salud es una de las principales líneas políticas del Ministerio de Sanidad para ayudar a cumplir con nuestro compromiso de avance y cohesión social en España. Por ello, siempre y cuando la información estuviera disponible, el análisis se sirve de indicadores de equidad, abordando las desigualdades sociales en salud por razón de clase social, género, territorios, educación o nivel de ingresos.

Quisiera destacar la colaboración de las consejerías de sanidad de las comunidades autónomas y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) en el suministro de los datos que hacen posibles las estadísticas que dan soporte al informe, en un esfuerzo conjunto de disponer de la mejor y más adecuada información sobre el Sistema Nacional de Salud en beneficio de todos sus componentes.

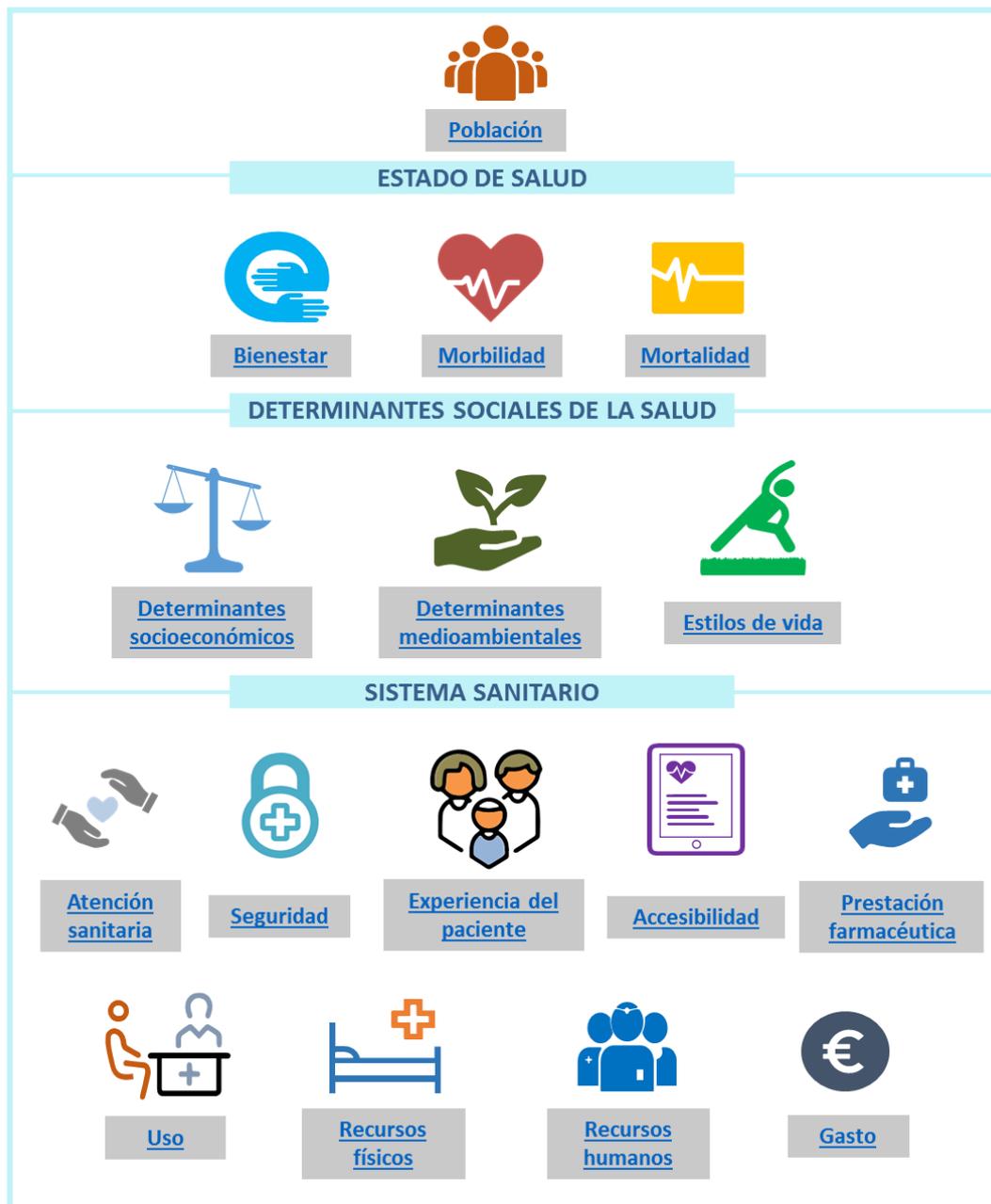
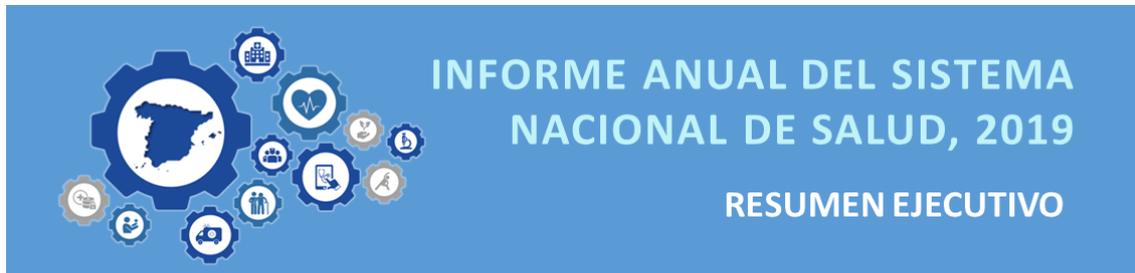
Por último, deseo manifestar mi sincero agradecimiento a todas las personas e instituciones que, con su trabajo, contribuyen anualmente a esta publicación y que son imprescindibles para la elaboración del presente Informe Anual del Sistema Nacional de Salud.

Estoy convencida de que este Informe va a ser de una gran utilidad a cuantos estamos comprometidos con la protección de la salud y con la rendición de cuentas del funcionamiento de los servicios públicos.

D.ª Carolina Darias San Sebastián

Ministra de Sanidad

Resumen ejecutivo

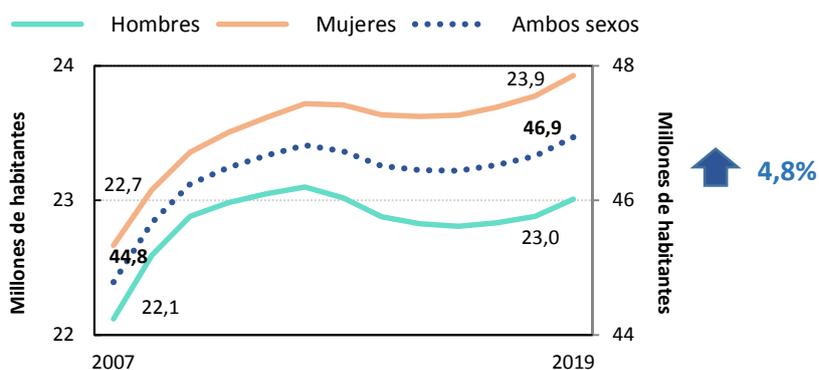




POBLACIÓN

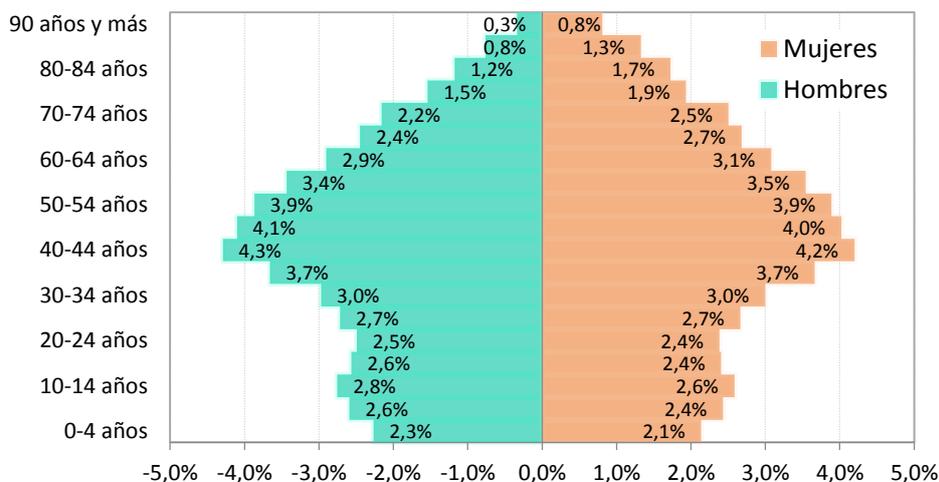
CIFRAS DE POBLACIÓN

46.937.060 personas

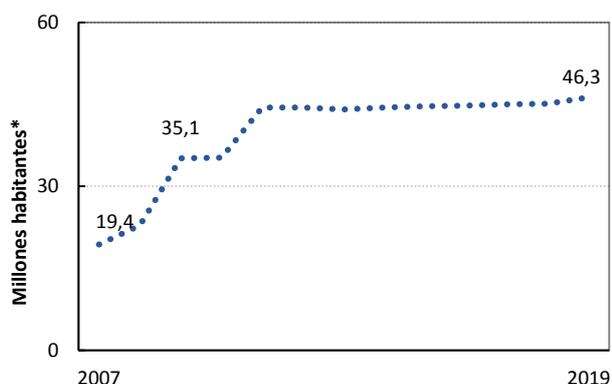


España es el **5º país** con mayor población de la UE-28 (4º tras el Brexit)

La pirámide poblacional es claramente **REGRESIVA**.



POBLACIÓN PROTEGIDA POR EL SNS



46.281.909 personas se encuentran registradas en la base de datos de población protegida cuya asistencia está financiada con dinero público, **45.207.196** son atendidas por el SNS.

Incluye a todas las personas cuya atención se lleva a cabo por el SNS y a los mutualistas de MUFACE con provisión privada. Los colectivos de opción privada de ISFAS y MUGEJU se encuentran en fase de incorporación a la base de datos.

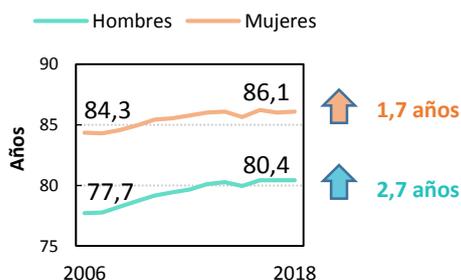
*La gráfica representa la incorporación de la información a la base de datos de población protegida por el SNS.



BIENESTAR

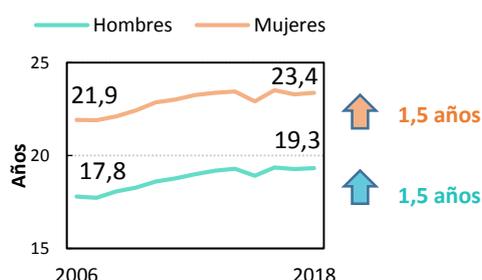
ESPERANZA DE VIDA

AL NACER

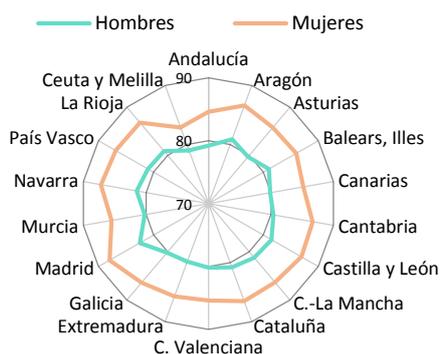


Al nacer, la esperanza de vida en mujeres es **5,7 años superior** a la de los hombres.

A LOS 65 AÑOS



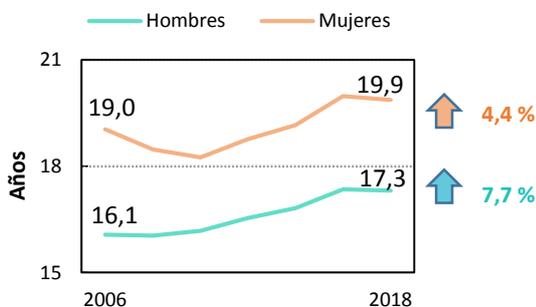
A los 65 años, las **MUJERES** esperan vivir **23,4 años** más y los **HOMBRES 19,3 años**.



La esperanza de vida al nacer en **MUJERES** es **86,1 años** y en **HOMBRES 80,4 años**.

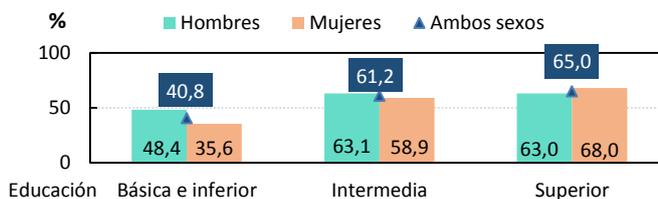
Ranking UE-28 en EV65:
2ª posición en mujeres
3ª en hombres

CALIDAD DE VIDA EN POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS

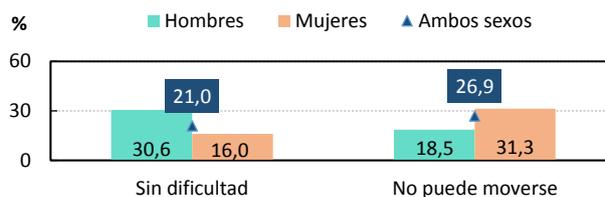


5ª posición en la UE-28

Desde 2006 los **AÑOS DE VIDA SALUDABLE a los 65 AÑOS** aumentaron un 7,7% en hombres y un 4,4% en mujeres.



La **PERCEPCIÓN POSITIVA DE LA SALUD** en población de **65 y más años** es claramente inferior en las personas con un nivel de estudios básico e inferior, especialmente en las mujeres.



En el tramo de **85 y más años SE MUEVEN SIN DIFICULTAD** casi el doble de hombres que de mujeres.



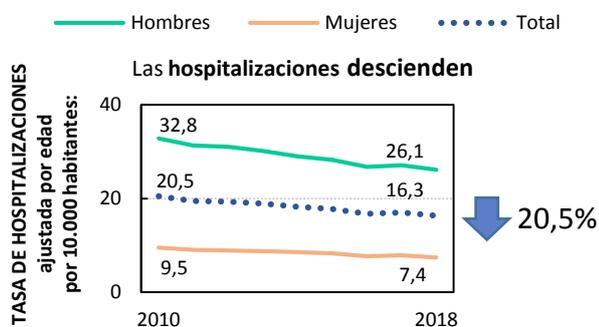
MORBILIDAD



ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y FACTORES DE RIESGO

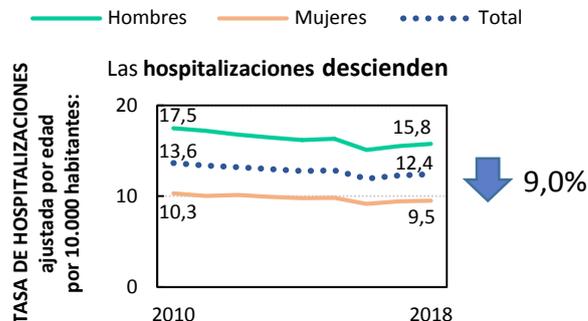
Enfermedad isquémica del corazón

3 de cada 100 **HOMBRES** y **1** de cada 100 **MUJERES** padecen **enfermedad isquémica del corazón**

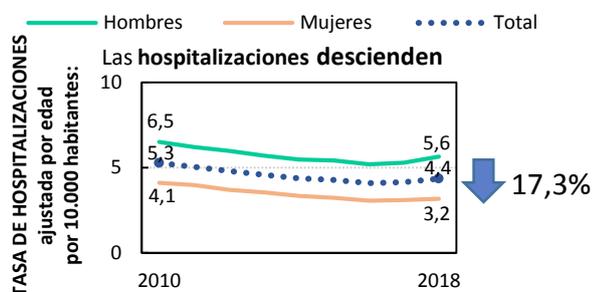


Enfermedad cerebrovascular

La prevalencia ajustada por edad de enfermedad cerebrovascular es de **9,1 casos por 1.000** personas, **HOMBRES 10,8** y **MUJERES 7,7**



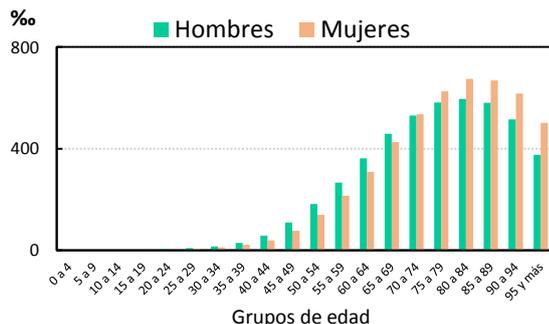
Diabetes mellitus



7 de **cada 100** personas padecen **diabetes** y en y en las personas de **65 y más años 23** de **cada 100**

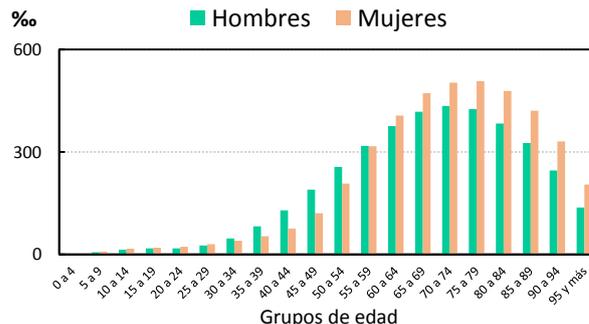
Hipertensión arterial

17% de las personas padece hipertensión, y afecta a **más de la mitad** de las **personas de 70 y más años**



Trastornos del metabolismo lipídico

18% de personas padece un trastorno del metabolismo lipídico, y afecta a la **mitad** de las **personas de 65 y más años**



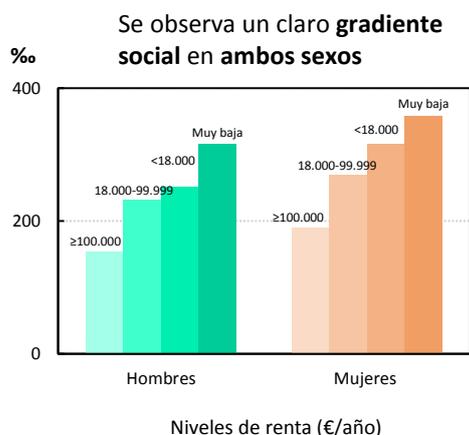
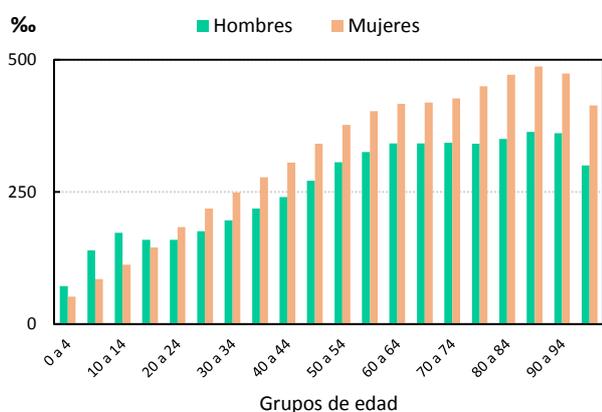
TRASTORNOS MENTALES



3 de cada **10** personas presenta algún tipo de trastorno mental



4 de cada **10** personas mayores de 65 años presenta algún tipo de trastorno mental



TUMORES MALIGNOS

2,0% de los **hombres** presenta una neoplasia maligna

1,9% de las **mujeres** presenta una neoplasia maligna

Las **neoplasias** más frecuentes en el

HOMBRE son

Piel
Digestivas
Genitales
Urinarias
Respiratorias

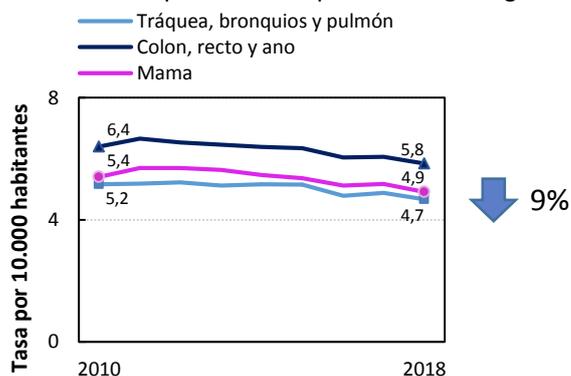
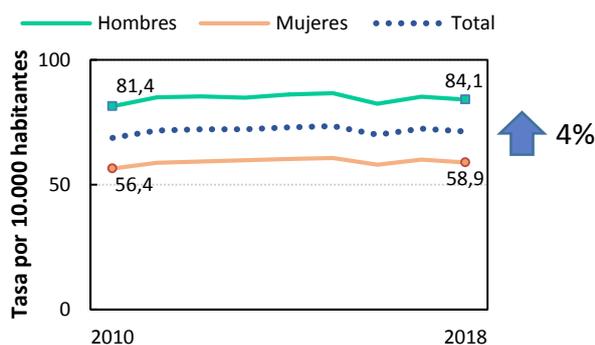
Las **neoplasias** más frecuentes en la

MUJER son

Mama
Piel
Digestivas
Genitales
Hematológicas

Las hospitalizaciones por tumores malignos han aumentado

Descienden las hospitalizaciones por tumores malignos de:





MORTALIDAD

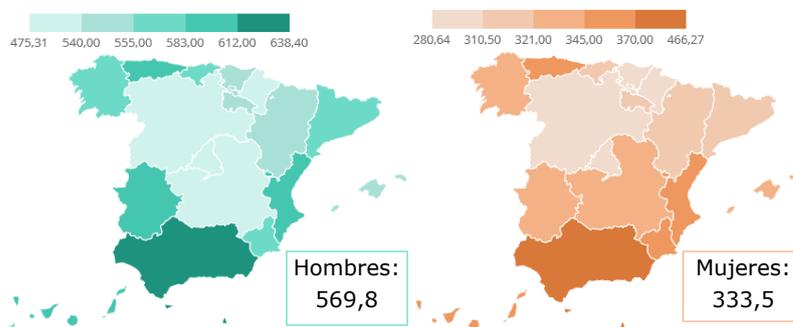
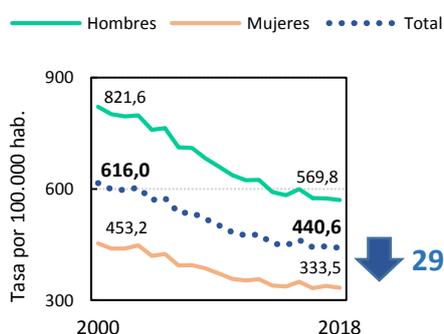
MORTALIDAD GENERAL

Se han producido
427.721 DEFUNCIONES:
216.442 en **HOMBRES** y **211.279** en **MUJERES**.

La **TASA BRUTA DE MORTALIDAD** es
15,3 DEFUNCIONES por 100.000 habitantes:
944,7 en **HOMBRES** y **887,1** en **MUJERES**.

TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD por 100.000 habitantes

2ª más baja
en la UE-28



La mortalidad ha disminuido un **29%** desde el 2000

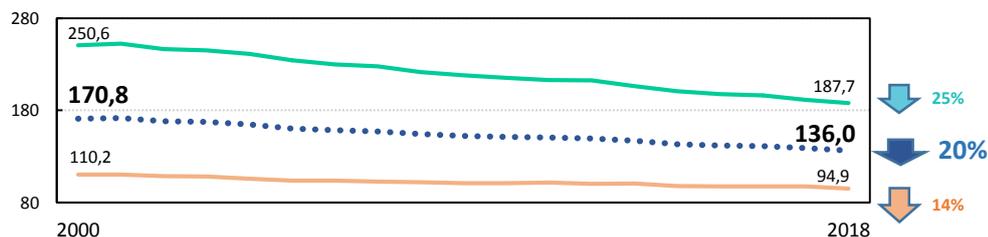
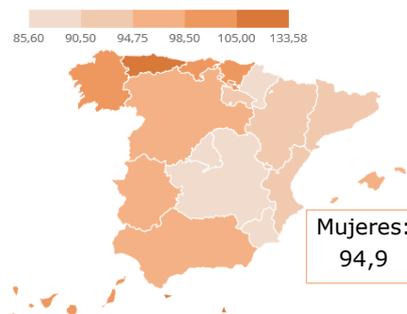
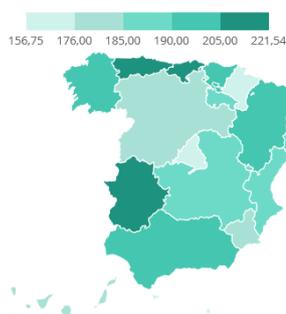
Las **ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES** y el **CÁNCER** causan **más del 50%** de las defunciones.

MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS

Se han producido **108.526** DEFUNCIONES: **66.000** en **HOMBRES** y **42.526** en **MUJERES**,
 con una **TASA BRUTA DE MORTALIDAD** de **232,3** DEFUNCIONES por 100.000 habitantes:
288,1 en **HOMBRES** y **178,6** en **MUJERES**.

5ª más baja
en la UE-28

TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD por 100.000 habitantes:



MORTALIDAD POR ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

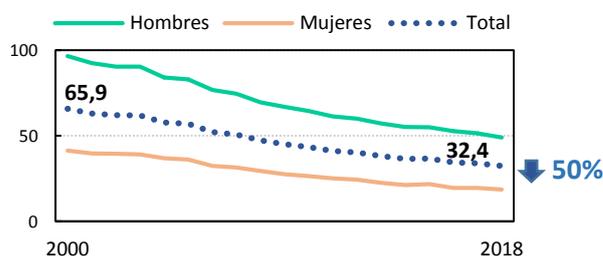
ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN

Se han producido **31.152 DEFUNCIONES**:
18.423 en HOMBRES y **12.729 en MUJERES**,
 con una **TASA BRUTA DE MORTALIDAD** de
66,7 DEFUNCIONES por 100.000 habitantes:
80,4 en HOMBRES y **53,4 en MUJERES**.

3ª más baja
en la UE-28



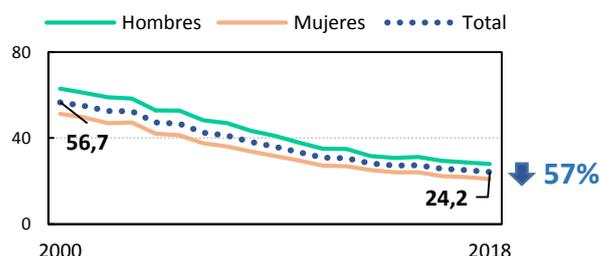
TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD por 100.000 habitantes:



ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

Se han producido **26.420 DEFUNCIONES**:
11.435 en HOMBRES y **14.985 en MUJERES**,
 con una **TASA BRUTA DE MORTALIDAD** de
56,5 DEFUNCIONES por 100.000 habitantes:
49,9 en HOMBRES y **62,9 en MUJERES**.

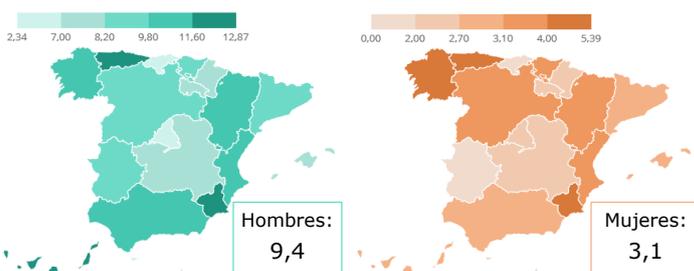
2ª más baja
en la UE-28



MORTALIDAD POR SUICIDIO

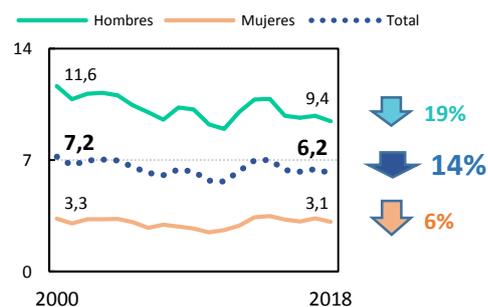
Se han registrado **3.539 DEFUNCIONES**:
2.619 en HOMBRES y **920 en MUJERES**,
 con una **TASA BRUTA DE MORTALIDAD** de
7,6 por 100.000 habitantes.

4ª más baja
en la UE



TASA AJUSTADA POR EDAD por 100.000 habitantes:

En la última década, la tasa más elevada se ha dado en **HOMBRES DE 75 Y MÁS AÑOS**, muy superior a la de las mujeres de su misma edad y a la de los hombres de menos de 75 años.

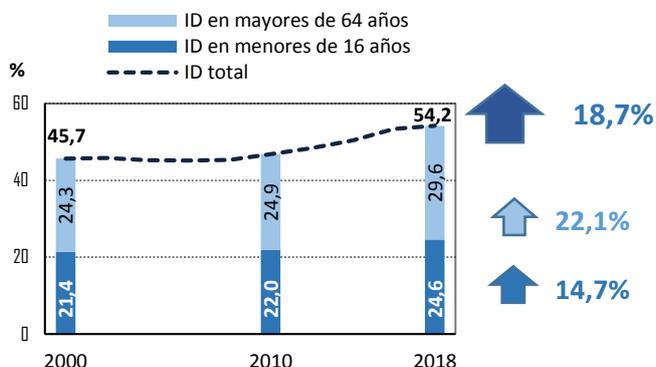




DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS

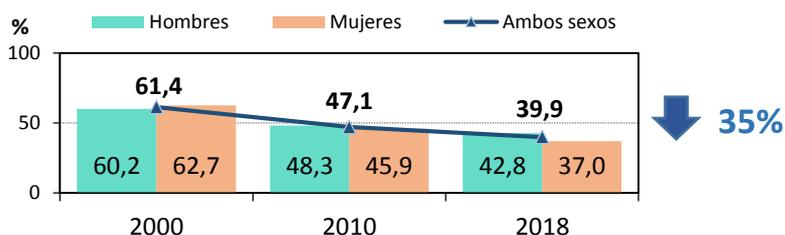
ÍNDICE DE DEPENDENCIA

El índice de dependencia (ID) en España es del **54,2%**, con una tendencia ascendente en mayores (**29,6%**) y estable en jóvenes (**24,6%**).



POBLACIÓN DE 25 A 64 AÑOS CON NIVEL DE ESTUDIOS BÁSICO O INFERIOR

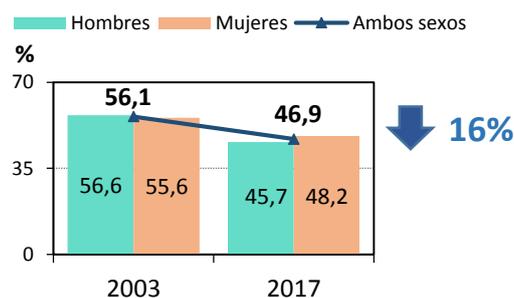
En los últimos 18 años el porcentaje de población con nivel de estudios básico o inferior **ha disminuido en todas las comunidades y ciudades autónomas**.



POBLACIÓN DE CLASE SOCIAL BAJA

El porcentaje de población de clase social baja es del **46,9%**

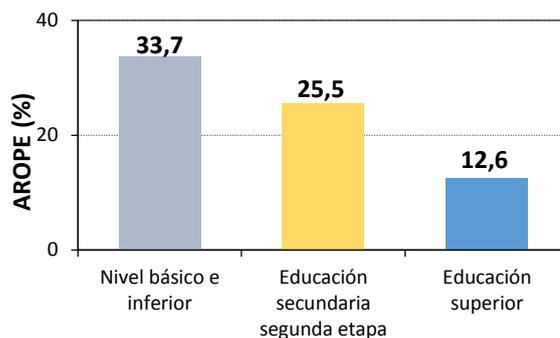
Es superior en **MUJERES (48,2%)** que en **HOMBRES (45,7%)**



TASA DE RIESGO DE POBREZA (AROPE)

La tasa de riesgo de pobreza o exclusión social en 2018 es de **26,1%**

La 7ª más elevada de la UE-28

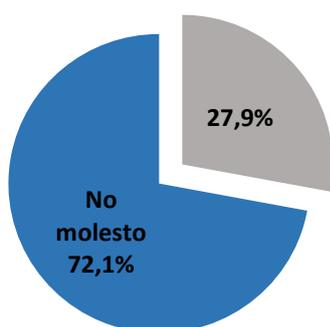




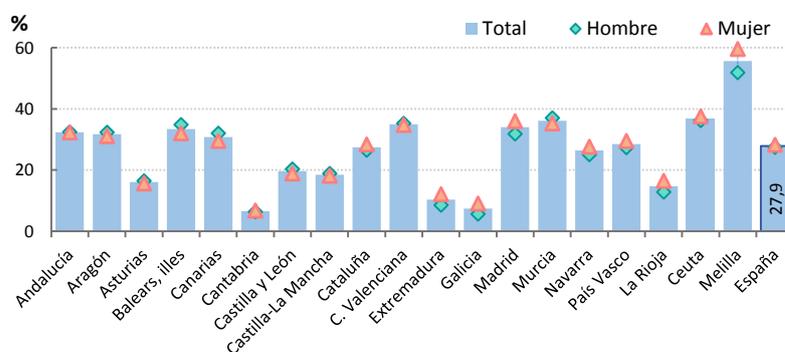
DETERMINANTES MEDIOAMBIENTALES



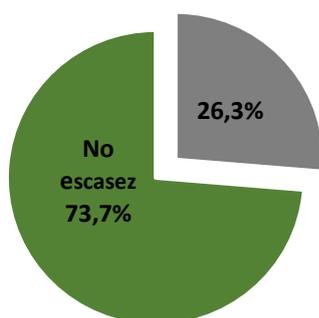
RUIDO



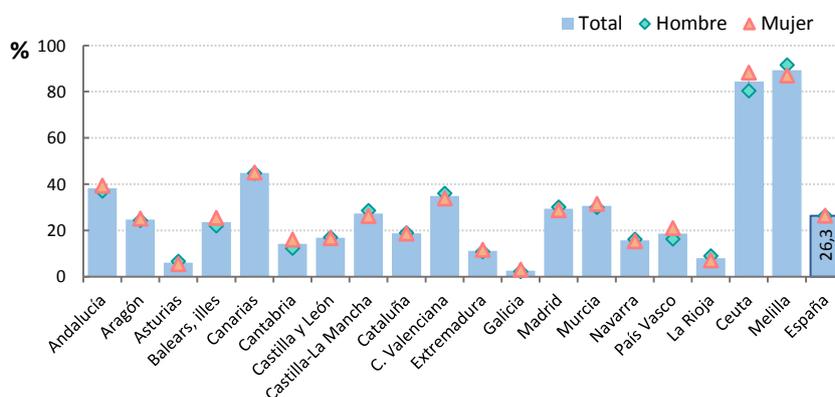
El **27,9%** de la población española considera que **el ruido** procedente del exterior de su vivienda le **resulta molesto**



ESCASEZ DE ZONAS VERDES



El **26,3%** de la población española refiere **escasez de zonas verdes** en el entorno de su vivienda



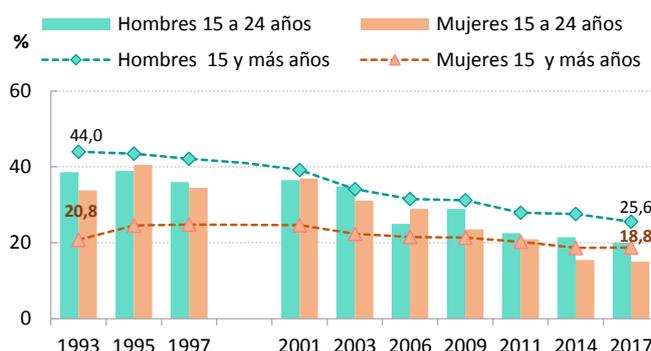
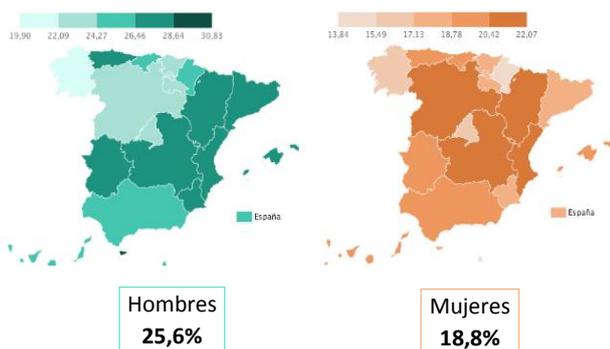


ESTILOS DE VIDA



CONSUMO DE TABACO

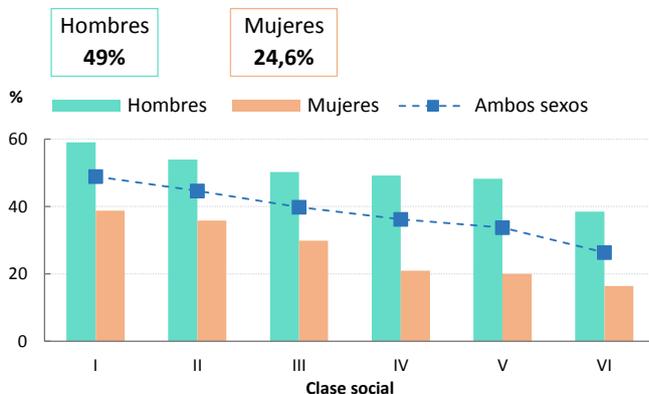
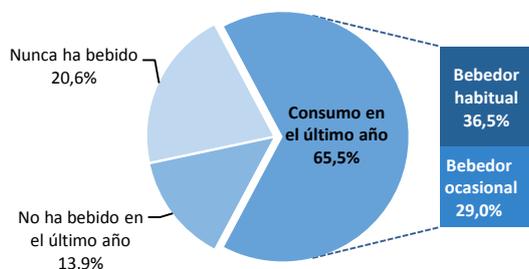
22,1% de la población de 15 y más años **fuma a diario**



CONSUMO DE ALCOHOL

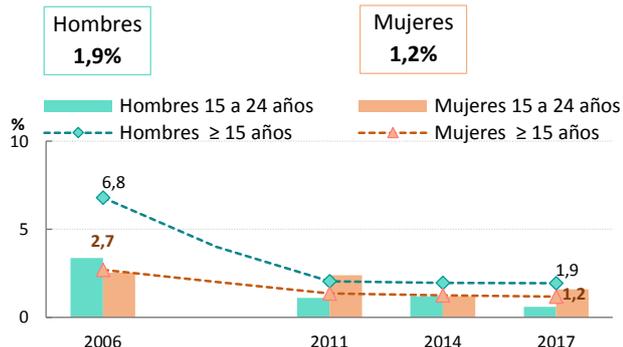
Consumo habitual de alcohol

36,5% de la población de 15 y más años **consume alcohol de manera habitual**



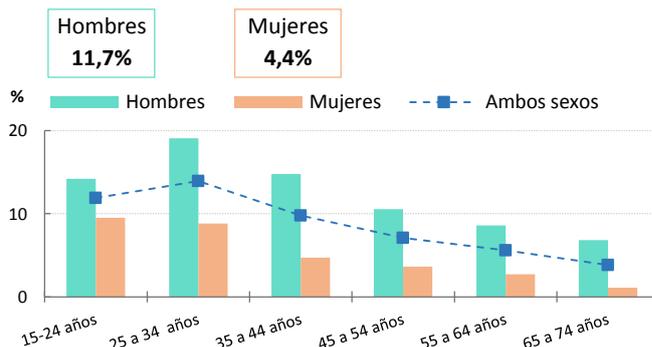
Consumo de riesgo de alcohol

1,6% de la población de 15 y más años realiza **consumo de riesgo de alcohol**



Consumo intensivo de alcohol

8% de la población de 15 y más años realiza **consumo intensivo de alcohol**





OBESIDAD

2 de cada 10 **adultos** presenta **obesidad**



1 de cada **10 niños** presenta **obesidad**



5 de cada 10 **adultos** presenta **exceso de peso**



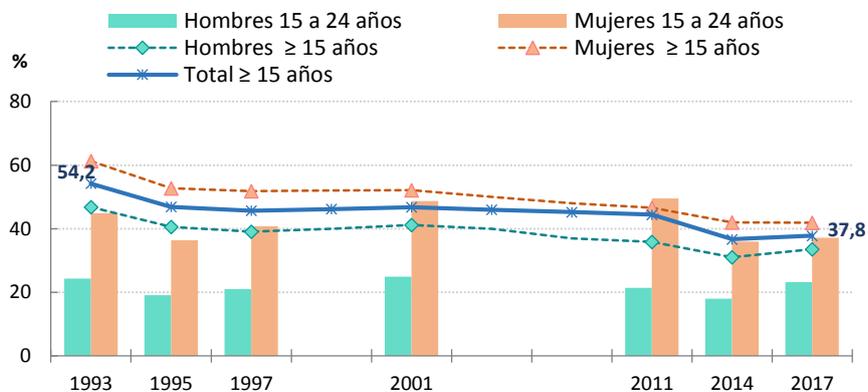
3 de cada **10 niños** presentan **exceso de peso**



ACTIVIDAD FÍSICA

Sedentarismo en tiempo de ocio

37,8% de la población de **15 y más años** se declara sedentaria



Nivel de actividad física

Población entre 15 y 69 años

35,3%



no alcanza el nivel de actividad física saludable recomendado por la OMS

Grupo de 15 a 24 años

32,6%

Mujeres

23,2%

Hombres

no alcanzan el nivel de actividad física recomendado

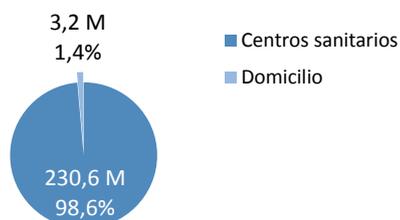


ATENCIÓN SANITARIA

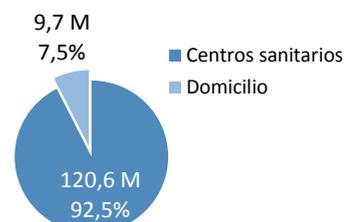
ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Consultas en atención primaria

Los **MÉDICOS** de **ATENCIÓN PRIMARIA** del SNS atienden **233,8 millones de consultas** anuales: el **98,6%** en **CENTROS SANITARIOS** y solo el **1,4%** se realizan en el **DOMICILIO**.



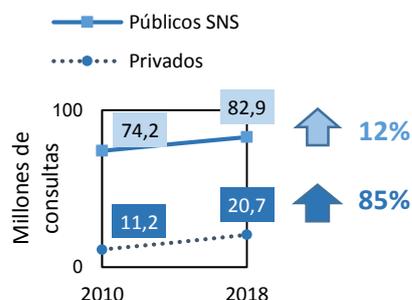
En **ENFERMERÍA** de **ATENCIÓN PRIMARIA** del SNS se atienden **130,3 millones de consultas** anuales: el **92,5%** en **CENTROS SANITARIOS** y el **7,5%** en el **DOMICILIO**.



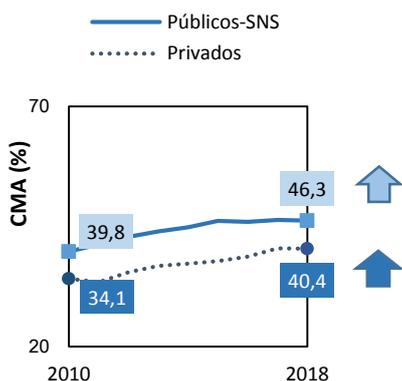
Consultas en atención especializada

En **ATENCIÓN ESPECIALIZADA** hay **5,4 millones de ALTAS** al año: **5,3 M** en **HOSPITALES DE AGUDOS**: el **76,9%** en el **SNS**. **0,1 M** en **HOSPITALES DE LARGA ESTANCIA**, el **83,6%** en el **SNS**.

Y se atienden **103,6 millones de CONSULTAS**, el **80,0%** en el **SNS**.



Cirugía ambulatoria en el Sistema Nacional de Salud



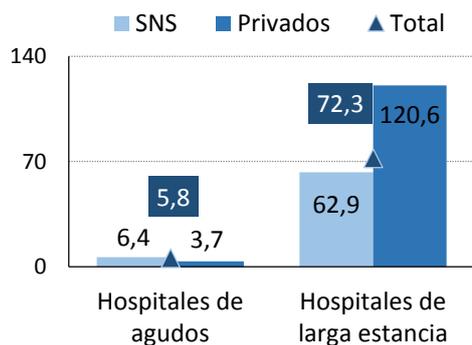
La **cirugía mayor ambulatoria** en hospitales del SNS fue del **46,3%**, y en hospitales privados fue del **40,4%**

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Estancia en hospitales de agudos

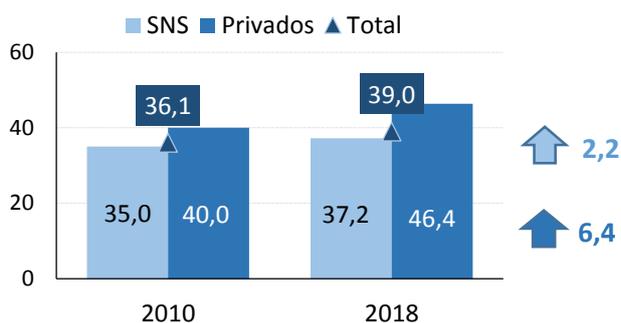
Estancia media (días) en hospitales según finalidad asistencial y dependencia

La estancia media de los pacientes ingresados en los hospitales del SNS se sitúa en **7,8 días**, siendo en **hospitales de agudos 6,4** y en **larga estancia 62,9**

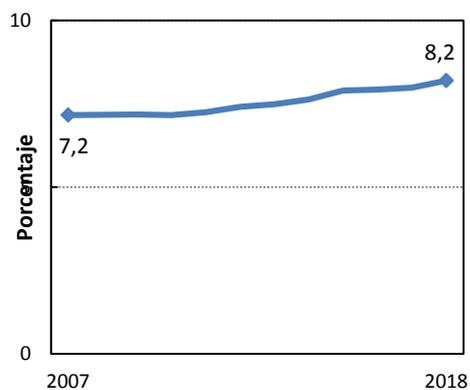


Índice de rotación en hospitales según pertenencia al SNS

El índice de rotación en los **hospitales del SNS** es de **37,2**, mientras que en los hospitales **privados** es de **46,4**



Porcentaje global de reingresos en hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud

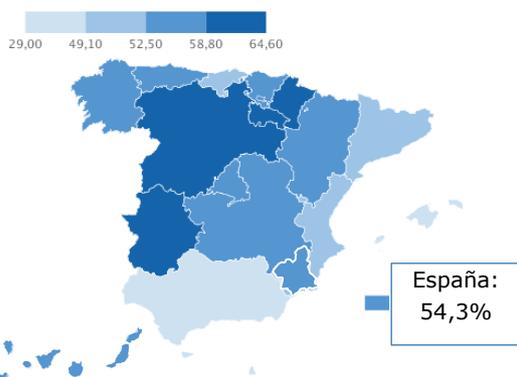


El porcentaje global de **reingresos en hospitales de agudos del SNS** en los 30 días siguientes al alta se sitúa en el **8,2%**, con tendencia discretamente ascendente

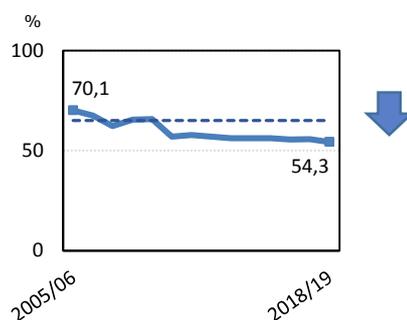
ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Cobertura de vacunación frente a la gripe

La **cobertura de vacunación** en personas de 65 y más años fue del **54,3%** en la campaña 2018/2019



Tendencia descendente desde la campaña 2006/07, alejándose del objetivo establecido en España de alcanzar, al menos, el 65%



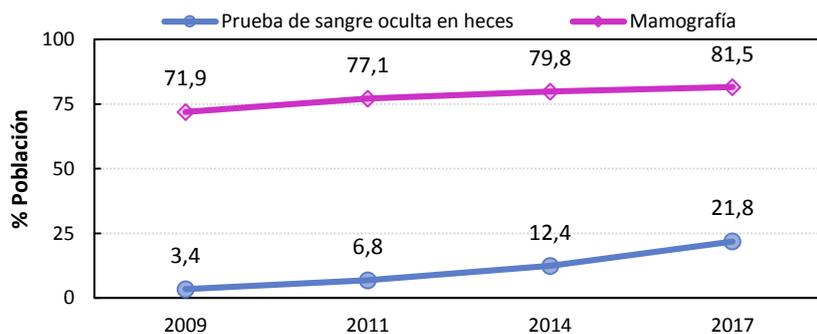
Cribados de cáncer



8 de cada 10 mujeres se han realizado las pruebas de **detección de cáncer de mama** en el plazo recomendado



2 de cada 10 personas se han realizado las pruebas de **detección precoz del cáncer colorrectal** en el plazo recomendado



En la evolución temporal se observa una **tendencia creciente** para ambos cribados

↑ **10 puntos porcentuales**

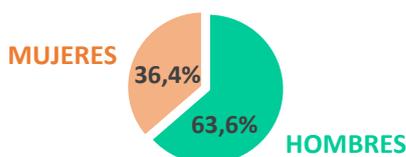
↑ **18 puntos porcentuales**

ATENCIÓN A LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y FACTORES DE RIESGO

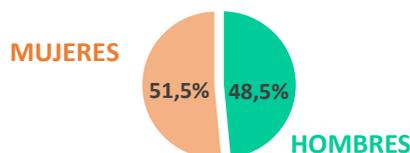
Atención a la enfermedad cardiovascular

ATENCIÓN PRIMARIA

22,6 millones de consultas anuales de personas con **enfermedad isquémica del corazón**, con una tasa anual de **24,3 consultas**



17,4 millones de consultas anuales de personas con **enfermedad cerebrovascular**, con una tasa anual de **25,8 consultas**



ATENCIÓN ESPECIALIZADA

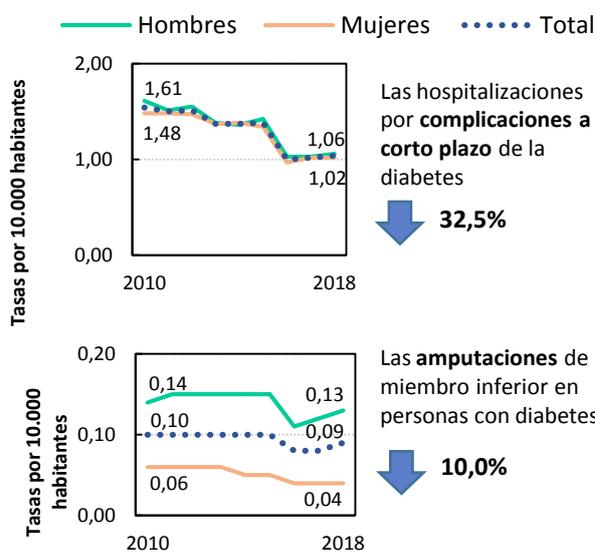
3.588.691 consultas de cardiología se atienden anualmente, alrededor del **75%** en centros públicos

Atención a la diabetes mellitus

ATENCIÓN PRIMARIA atiende **70,2 millones de consultas** anuales de personas con diabetes, **49,5%** de **HOMBRES** y **55,5%** de **MUJERES**, con una tasa de **22,9 consultas** por persona con diabetes al año



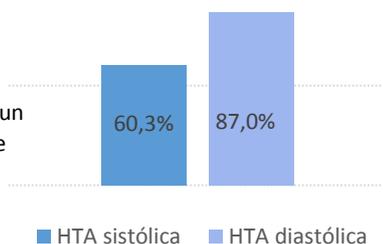
3 de cada **4** personas diabéticas tienen valores de hemoglobina glicosilada **< 7,5%**



Atención a la hipertensión arterial

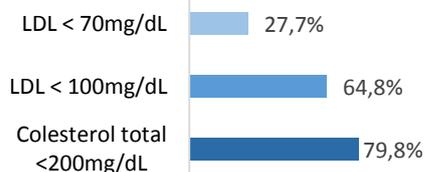
ATENCIÓN PRIMARIA

Porcentaje de **pacientes hipertensos** con un **buen control** de la HTA:



Atención a trastornos del metabolismo lipídico

Porcentaje de **pacientes con enfermedad cardiovascular** que presentan:



ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS MENTALES

Consultas

ATENCIÓN PRIMARIA

ATENCIÓN PRIMARIA del SNS atiende **174,9 millones de consultas** anuales de trastornos mentales, **38,6%** de **HOMBRES** y **61,4%** de **MUJERES**, con una tasa de **14,2 consultas** por persona con trastorno mental al año

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE PSIQUIATRÍA atiende **5.457.855 de consultas** anuales, el **95%** en centros públicos

Consumo farmacológico

CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS

40,00 65,00 72,00 83,00 112,00 135,00



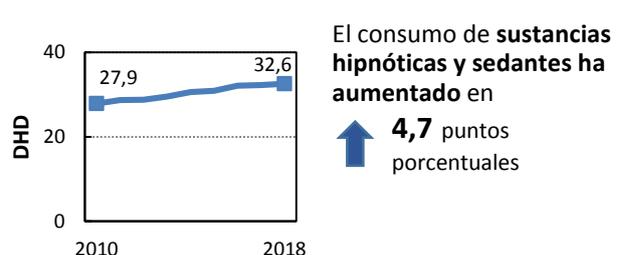
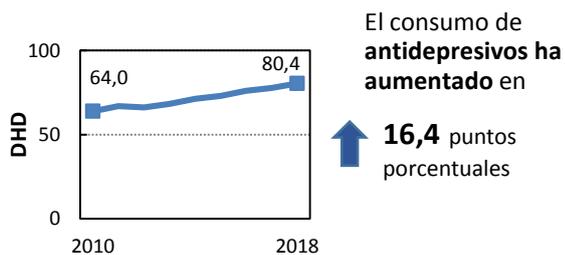
El consumo de **antidepresivos** en un año ha sido en **España: 80,4 DHD**

CONSUMO DE SUSTANCIAS HIPNÓTICAS Y SEDANTES

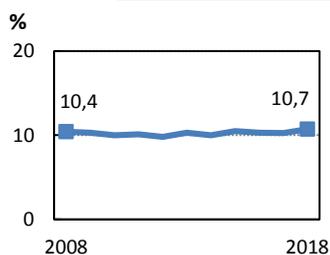
19,00 26,00 33,00 41,00 44,00 57,00



El consumo de **sustancias hipnóticas y sedantes** en un año ha sido en **España: 32,6 DHD**



Reingresos urgentes psiquiátricos



La tendencia de los **reingresos urgentes psiquiátricos** es estable, en torno al **10%**

ATENCIÓN A LOS TUMORES MALIGNOS

Consultas de atención primaria y hospitalizaciones

ATENCIÓN PRIMARIA

ATENCIÓN PRIMARIA atiende **31,7 millones de consultas** anuales de personas con diagnóstico de tumor maligno, **50%** de **HOMBRES** y **50%** de **MUJERES**

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

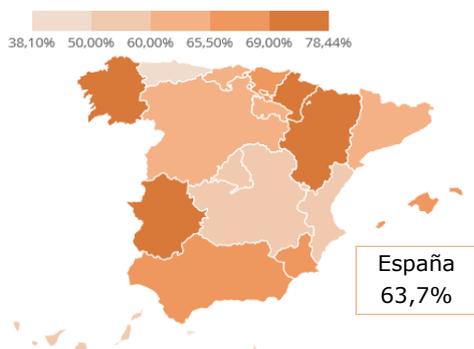
Las **hospitalizaciones** anuales por tumores malignos han sido de **71,3** por 10.000 habitantes

Cirugía conservadora de cáncer de mama

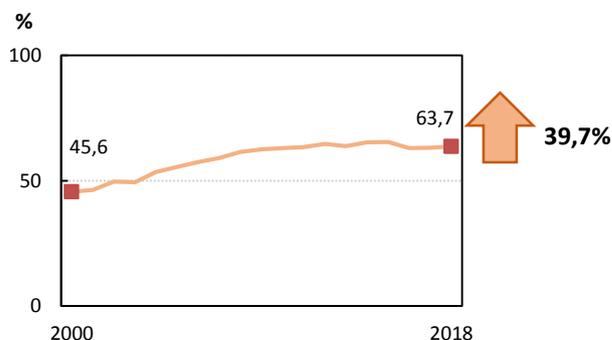


6 de cada **10 cirugías de cáncer de mama** se realizan con un **abordaje conservador**

El porcentaje de cirugía conservadora de cáncer de mama es del **63,7%**.



La cirugía conservadora de cáncer de mama **ha aumentado un 39,7%**.



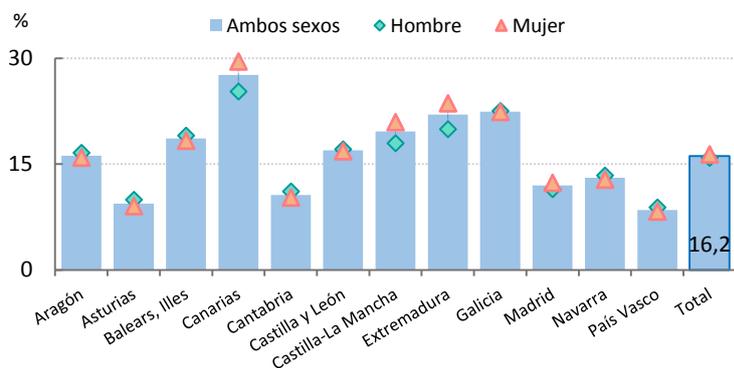


SEGURIDAD



UTILIZACIÓN ADECUADA DE MEDICAMENTOS EN PERSONAS MAYORES

Polimedicación

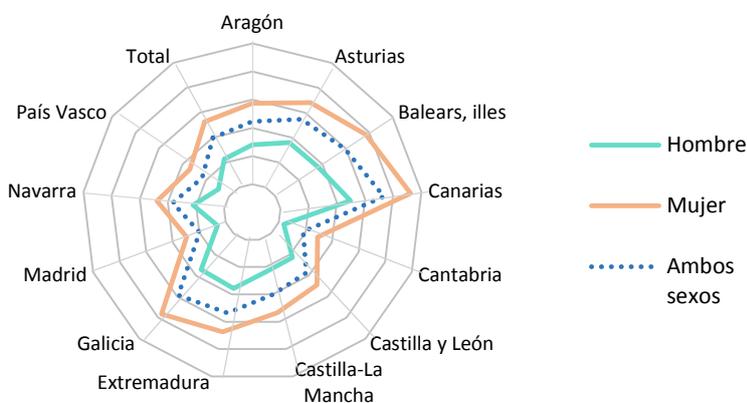


16,2% de las personas de **65 y más años** están polimedicadas*

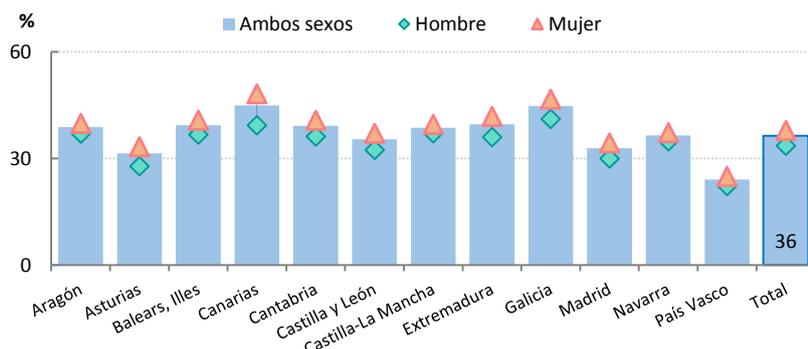
*Se considera polimedicación al consumo de 6 o más fármacos durante al menos 6 meses

Benzodiacepinas de vida media larga

Al **6,0%** de las personas de **65 y más años** se les dispensó al menos un envase de benzodiacepinas de vida media larga durante el año



Hipolipemiantes



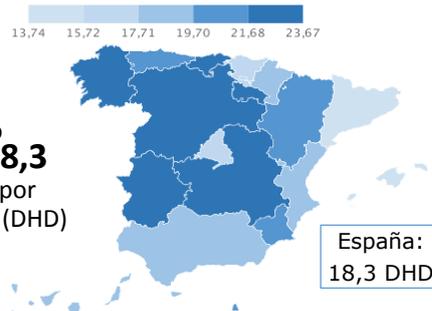
Al **36,4%** de las personas de **75 y más años** sin enfermedad cardiovascular se les dispensó al menos un envase de hipolipemiantes durante el año



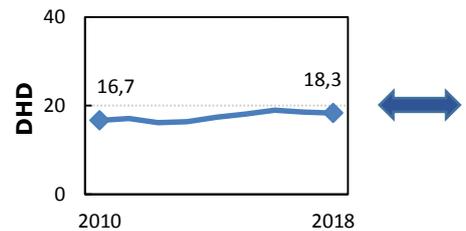
INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA

Consumo de antibióticos

El consumo de antibacterianos de uso sistémico ha sido de **18,3** dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día (DHD)

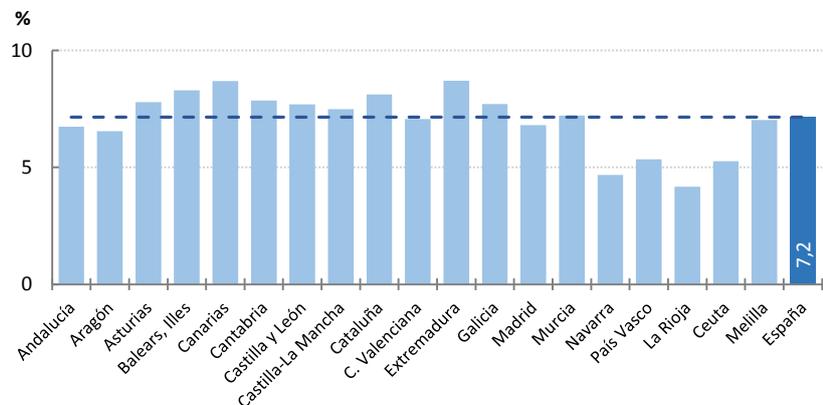


Tendencia estable en los últimos 8 años



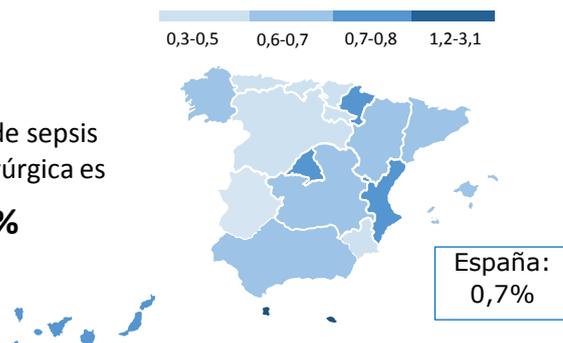
Prevalencia de pacientes con infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria

El **7,2%** de los pacientes ingresados en un hospital de agudos presentaron al menos una infección relacionada con la asistencia sanitaria

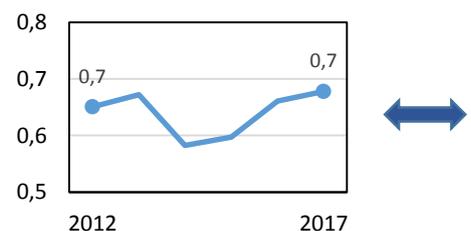


Tasa de sepsis postquirúrgica

La tasa de sepsis postquirúrgica es del **0,7%**



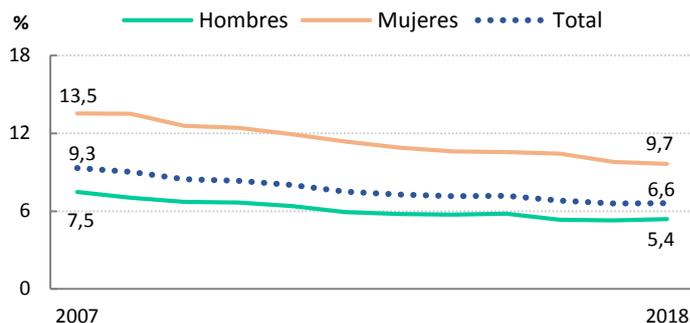
Tendencia estable en los últimos 5 años



MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

Mortalidad intrahospitalaria postinfarto

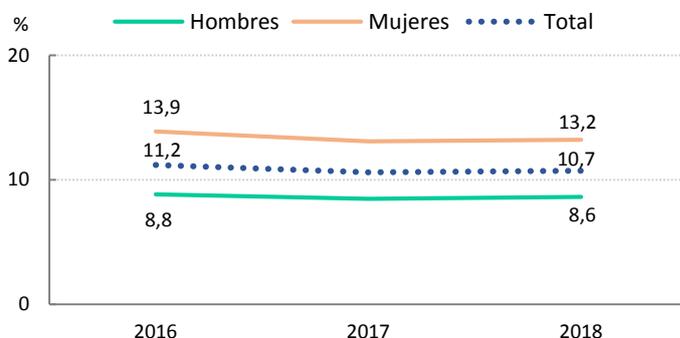
La mortalidad intrahospitalaria postinfarto es del **6,6%**



Tendencia descendente
↓
3 puntos porcentuales

Mortalidad intrahospitalaria por accidente cerebrovascular isquémico

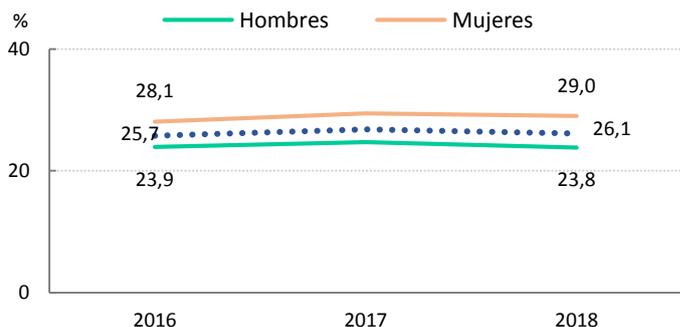
La mortalidad intrahospitalaria por accidente cerebrovascular isquémico es del **10,7%**



Tendencia discretamente descendente en los últimos **3 años**

Mortalidad intrahospitalaria por accidente cerebrovascular hemorrágico

La mortalidad intrahospitalaria por accidente cerebrovascular hemorrágico es del **26,1%**



Tendencia estable en los últimos **3 años**



EXPERIENCIA DEL PACIENTE



VALORACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

Satisfacción con el sistema sanitario público

La satisfacción con el sistema sanitario público es de

6,6 puntos

(muy insatisfecho) **1** ●●●●●●●●●● **10** (muy satisfecho)

Valoración de niveles asistenciales



COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

La percepción de buena coordinación entre niveles asistenciales se mantiene por debajo del **50%**



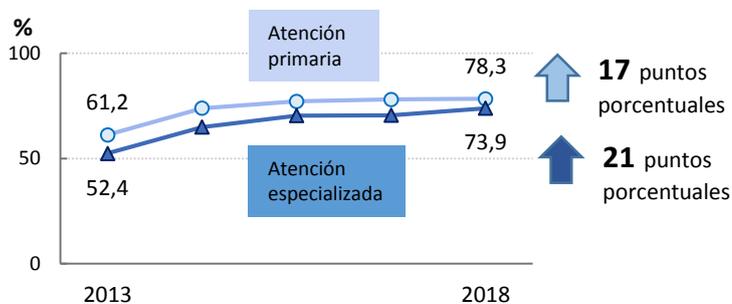
INFORME ANUAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2019

RESUMEN EJECUTIVO

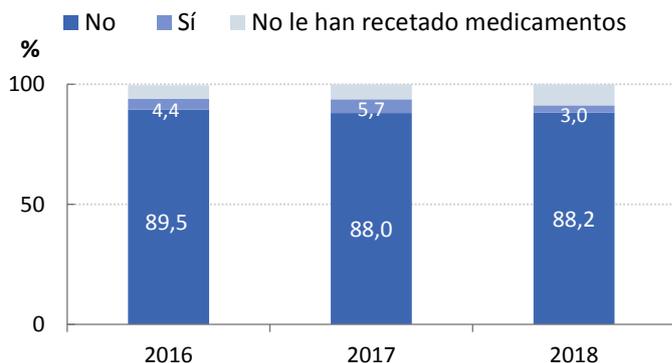


PARTICIPACIÓN EN LAS DECISIONES SOBRE SU PROBLEMA DE SALUD

El **78,3%** manifiesta participar en las decisiones sobre su problema de salud y tratamiento en atención primaria y el **73,9%** en atención especializada



INACCESIBILIDAD DECLARADA A LOS MEDICAMENTOS RECETADOS POR MOTIVOS ECONÓMICOS

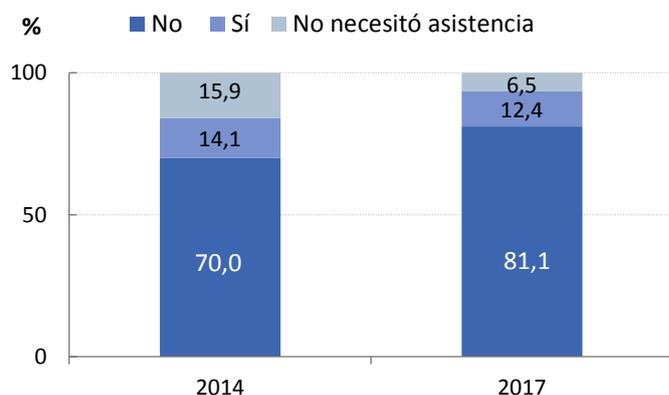


El **3,0%** manifiesta problemas de acceso a medicamentos recetados por motivos económicos

↓ **1,4** puntos porcentuales



INACCESIBILIDAD DECLARADA A LA ATENCIÓN DENTAL POR MOTIVOS ECONÓMICOS



El **12,4%** manifiesta problemas de acceso a la atención dental por motivos económicos

↓ **2** puntos porcentuales



ACCESIBILIDAD

TIEMPO DE ESPERA EN ATENCIÓN PRIMARIA

El **16,2%** de los encuestados fueron atendidos en el **mismo día** que pidieron la cita, el **31,3%** al **día siguiente** y el **46,1%** esperaron **más de un día**.

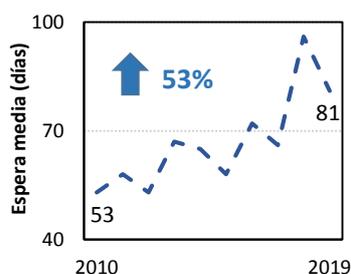


TIEMPO DE ESPERA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

CONSULTAS

El tiempo medio de espera en consultas en junio de 2019 fue

81 días

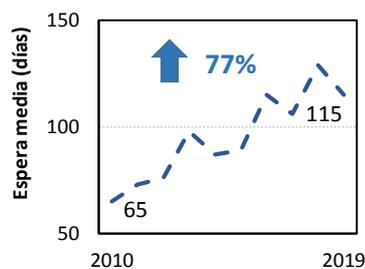


Los tiempos de espera en atención especializada mantienen una tendencia **CRECIENTE**.

CIRUGÍA NO URGENTE

El tiempo medio de espera en cirugía no urgente en junio de 2019 fue

115 días



El porcentaje de pacientes que llevan **MÁS DE 6 MESES EN ESPERA** es del

15,8%

ESPECIALIDADES CON MAYOR ESPERA

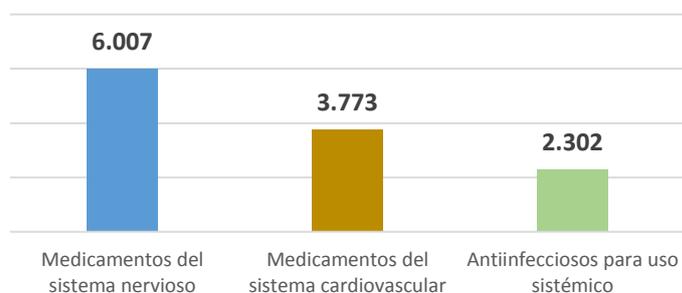
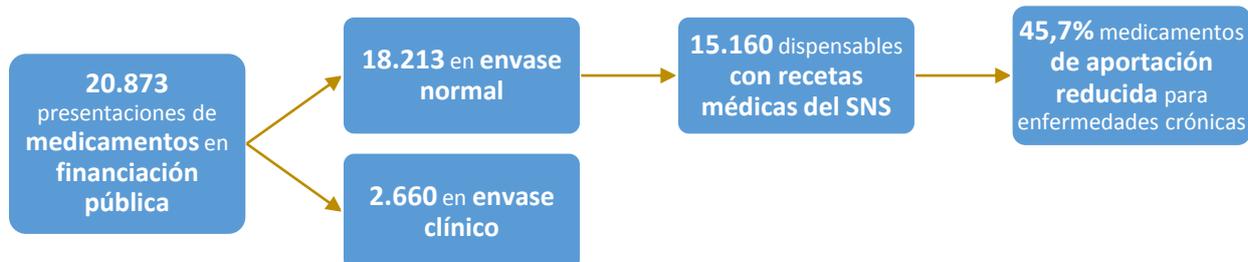
TRAUMATOLOGÍA: 96 días; 9,5 pacientes/1.000 hab.
OFTALMOLOGÍA: 83 días; 8,3 pacientes/1.000 hab.

Mayor TIEMPO DE ESPERA:
CIRUGÍA PLÁSTICA (351 días)
NEUROCIRUGÍA (153 días)
CIRUGÍA TORÁCICA (139 días)

Mayor Nº DE PACIENTES en espera:
TRAUMATOLOGÍA
 (126 días; 3,8 pacientes/1.000 hab.)



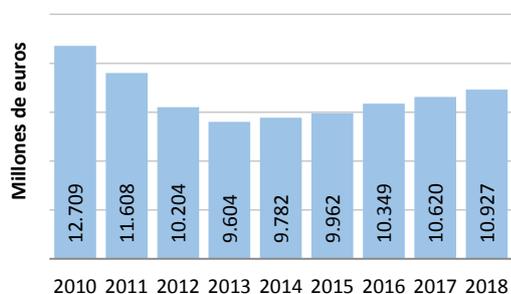
PRESTACIÓN FARMACÉUTICA



Principales presentaciones incluidas en la financiación pública (número)

CONSUMO A TRAVÉS DE RECETAS MÉDICAS DEL SNS EN OFICINAS DE FARMACIA

Gasto farmacéutico a través de la facturación de recetas médicas del SNS



En 2018, el **gasto farmacéutico con cargo a fondos públicos** ha sido de **10.927 millones de euros**, incrementándose un 2,9% con respecto a 2017.

Recetas por habitante y año del SNS

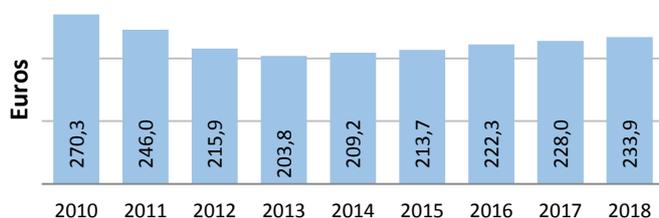


El **consumo de recetas por habitante** se sitúa en el año 2018 en **20,6**, un 1,5% más que en 2017.

INFORME ANUAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2019

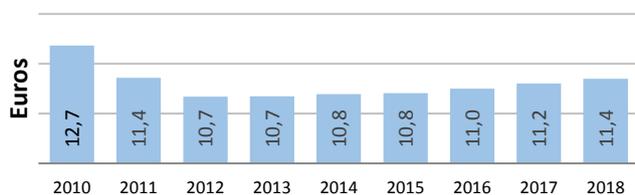
RESUMEN EJECUTIVO

Gasto farmacéutico por habitante y año del SNS



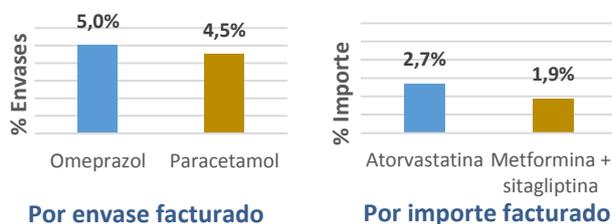
El **gasto por habitante y año** se sitúa en 2018 en **233,9 euros**, un **2,6% más que en 2017**. Desde 2013 el gasto por habitante se ha ido incrementando, aunque el dato de 2018 se mantiene por debajo de los valores de 2010 (270,3 euros).

Gasto medio por receta facturada del SNS



El **gasto medio por receta** en 2018 es de **11,4 euros**, aumentando 0,2 euros con respecto al año anterior.

Principales principios activos consumidos

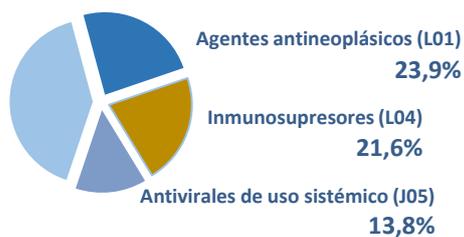


Consumo de medicamentos genéricos

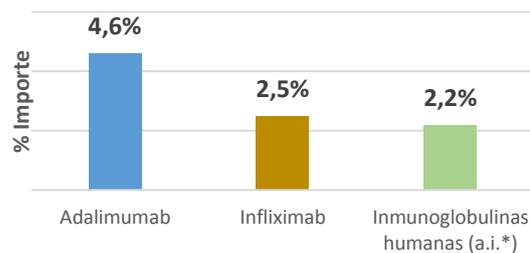


PRESTACIÓN FARMACÉUTICA HOSPITALARIA

Principales subgrupos terapéuticos consumidos a Precio de Venta de Laboratorio



Principales principios activos consumidos a Precio de Venta de Laboratorio



* Administración intravascular



USO

ACTIVIDAD ASISTENCIAL ORDINARIA

Atención Primaria

La frecuentación media de la población a **CONSULTAS DE MEDICINA** es de

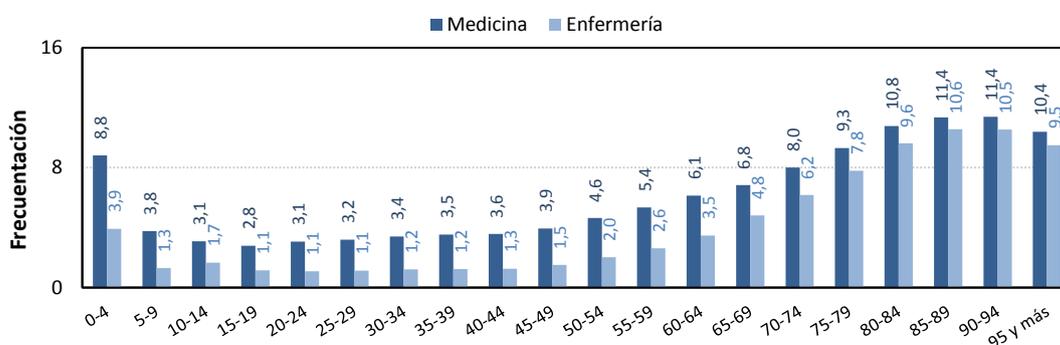
5,1

visitas por persona y año.

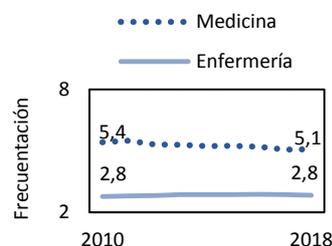
La frecuentación media de la población a **CONSULTAS DE ENFERMERÍA** es de

2,8

visitas por persona y año.



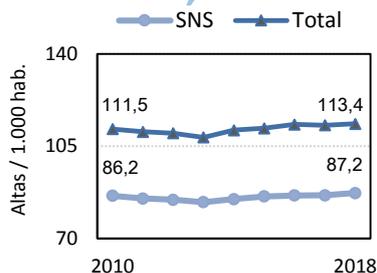
La frecuentación media a consultas de medicina posee una ligera tendencia a la baja, mientras que en enfermería se mantiene muy estable en el tiempo.



Atención Especializada

Por cada 1.000 habitantes y año, en los **HOSPITALES DE AGUDOS DEL SNS** se producen

87,2 ALTAS



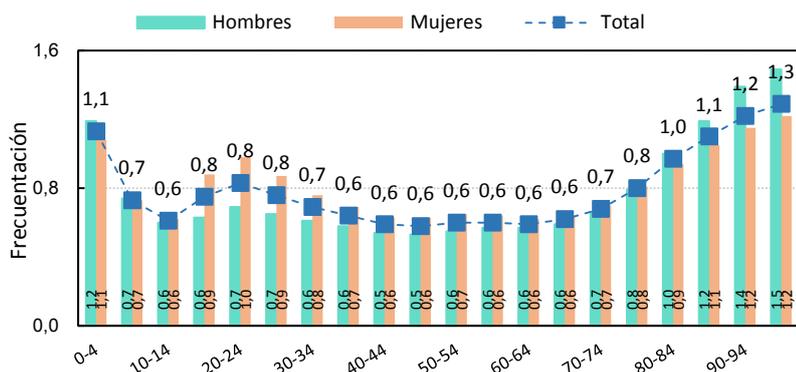
La frecuentación en **CONSULTAS de ESPECIALISTAS EN HOSPITALES DEL SNS**

es de **1,7** consultas/hab.

El **80%** de las consultas de atención especializada de los hospitales de agudos tienen lugar en el **SNS**.

URGENCIAS

Atención Primaria

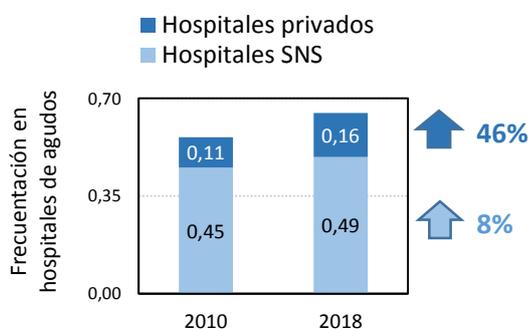


Se han producido **28,7 millones** de consultas urgentes en **ATENCIÓN PRIMARIA**.

La frecuentación urgente es **0,62 consultas** por habitante y año:
MEDICINA: 0,59
ENFERMERÍA: 0,26

En la frecuentación a urgencias en primaria existen **IMPORTANTES DIFERENCIAS POR SEXO** que **SE INVIERTEN** a lo largo de la vida del individuo.

Atención Especializada

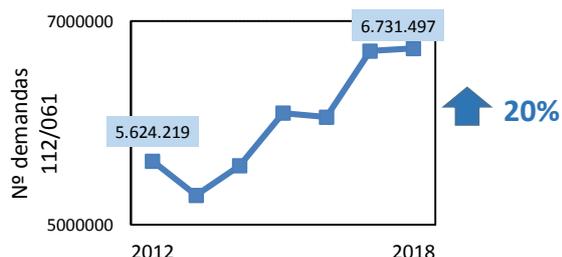


Se atienden **23 millones** de consultas urgentes en **HOSPITALES DE AGUDOS del SNS**, **76%** del total de consultas urgentes hospitalarias.

La frecuentación en **HOSPITALES DEL SNS** es de **0,49 consultas** por habitante y año.

La frecuentación a la urgencia hospitalaria muestra una clara tendencia al alza desde 2010.

Demandas asistenciales de los servicios de urgencias y emergencias 112/061



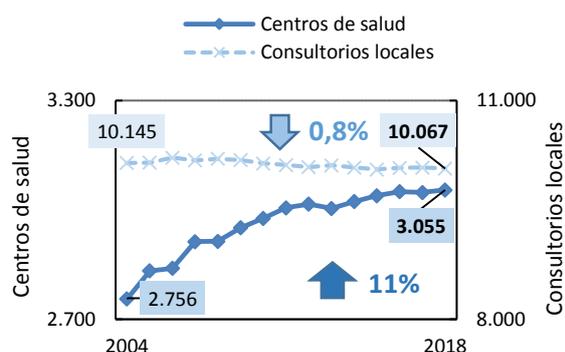
Las **demandas 112/061** se cifran en **6,7 millones**, mostrando una evolución irregular, pero con una clara **tendencia al alza**.

El número de demandas asistenciales es de **46,3 por 1.000 habitantes**.



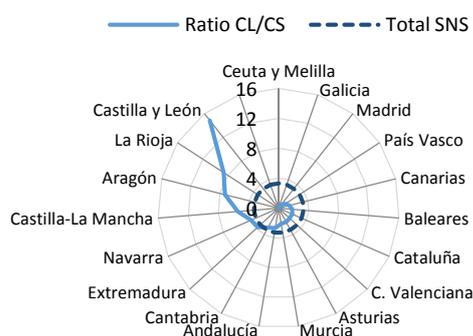
RECURSOS FÍSICOS

ATENCIÓN PRIMARIA



Desde 2004 ha aumentado el número de **CENTROS DE SALUD** alcanzando los **3.055** en 2018, tendencia que se ha ido estabilizando en los últimos 4 años.

El número medio de **consultorios locales por centro de salud** es de **3,3**, con una gran variabilidad entre territorios, que refleja la variable dispersión geográfica de la población en España.

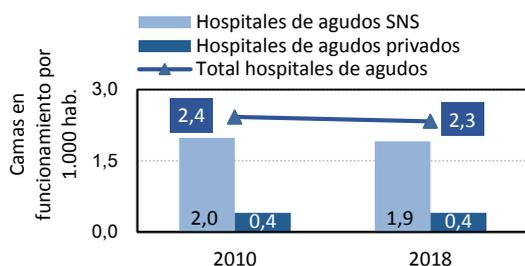
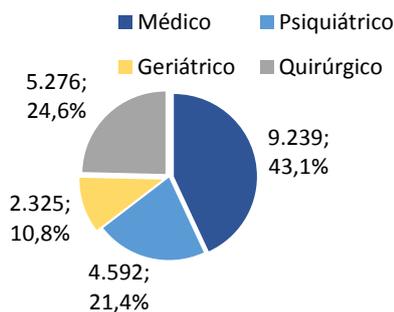


ATENCIÓN ESPECIALIZADA

España cuenta con **806 HOSPITALES**, que suponen 1,7 hospitales por 100.000 habitantes.

El **SNS** dispone de **468 HOSPITALES**:
321 HOSPITALES DE AGUDOS y
147 HOSPITALES DE LARGA ESTANCIA.

El **SNS** cuenta con **18.839 puestos de hospital de día**, lo que supone el **87,9%** del total en el sistema sanitario.



La red de hospitales del SNS dispone de **193 APARATOS DE RADIOTERAPIA**, lo que supone el **79,8%** de los 242 equipos disponibles en el sistema sanitario español.

En 2019 el SNS dispone de **279 CSUR**.

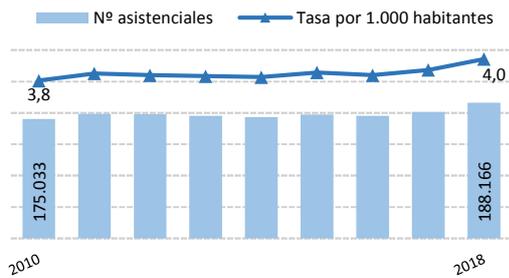
INFORME ANUAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2019

RESUMEN EJECUTIVO



RECURSOS HUMANOS

Profesionales de medicina en ejercicio (sector público y privado)



↑ **6,4%** (de 3,8 a 4,0 profesionales de medicina por cada 1.000 personas)

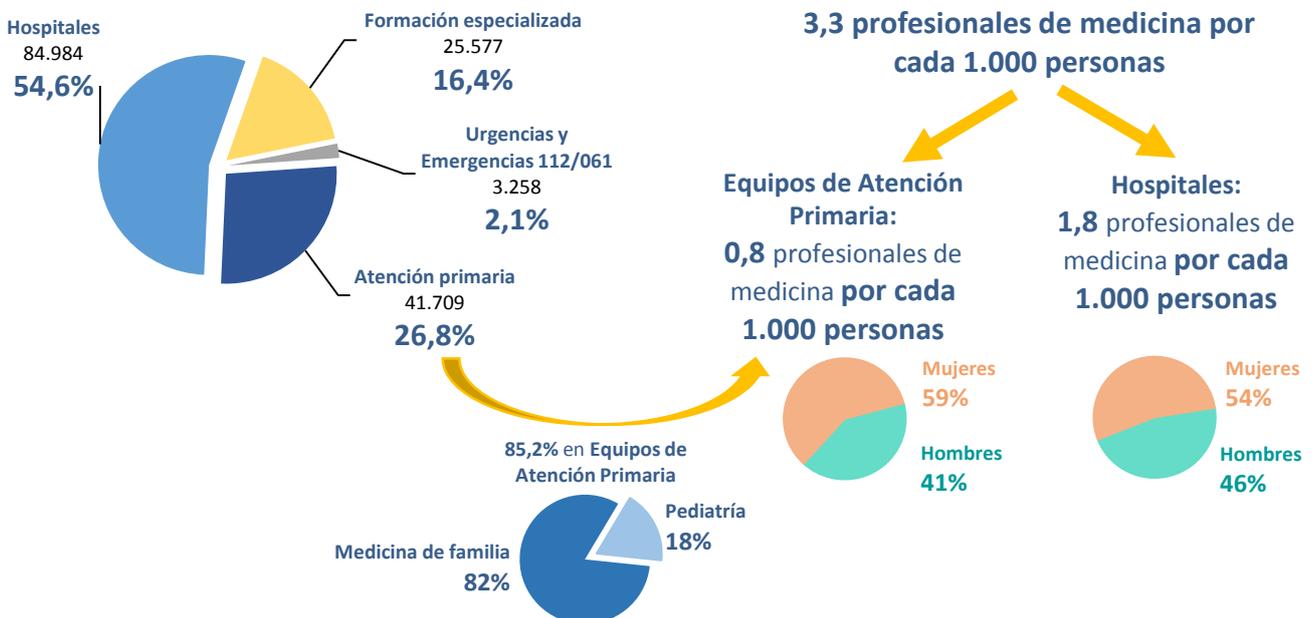
Profesionales de enfermería en ejercicio (sector público y privado)



↑ **14,5%** (de 5,2 a 5,9 profesionales de enfermería por cada 1.000 personas)

PROFESIONALES DE MEDICINA DEL SNS

El **54,6%** de los profesionales asistenciales de medicina del SNS trabajan en hospitales, y el **26,8%** en atención primaria.



INFORME ANUAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2019

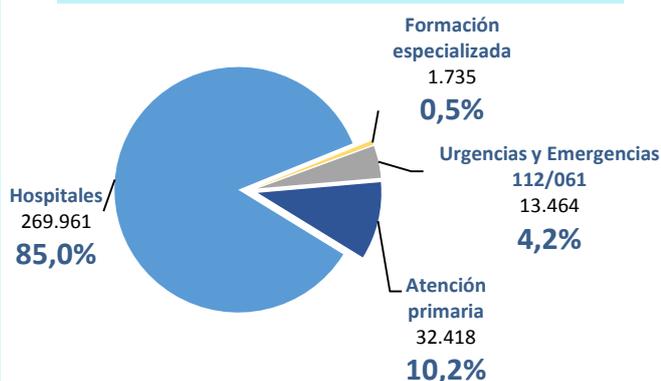
RESUMEN EJECUTIVO

PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SNS

El 77,9% de los profesionales asistenciales de enfermería del SNS trabajan en hospitales, y el 19,5% en atención primaria.



OTROS PROFESIONALES DEL SNS



El SNS dispone de otros 317.578 profesionales^(*), además de médicos y enfermeras, y de ellos, el 85% se ubican en los hospitales y el 10,2% en atención primaria.

6,8 otros profesionales por cada 1.000 personas

(*) Incluye profesionales sanitarios y no sanitarios.

FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

El número de plazas de Formación Sanitaria Especializada (FSE), de la convocatoria 2018/19 se ha incrementado un 4,5% con respecto a la anterior convocatoria.



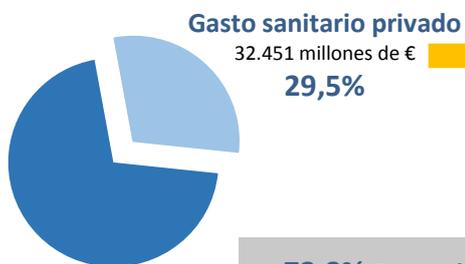
INFORME ANUAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2019

RESUMEN EJECUTIVO



GASTO SANITARIO

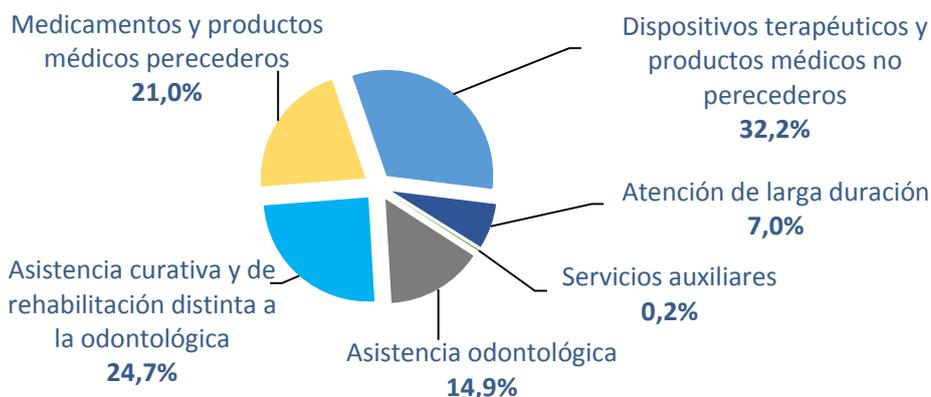
Gasto sanitario público
77.404 millones de €
70,5%



El gasto sanitario de las **administraciones públicas** contribuye al **70,5%** del gasto sanitario total.

73,8% Pagos directos de los hogares

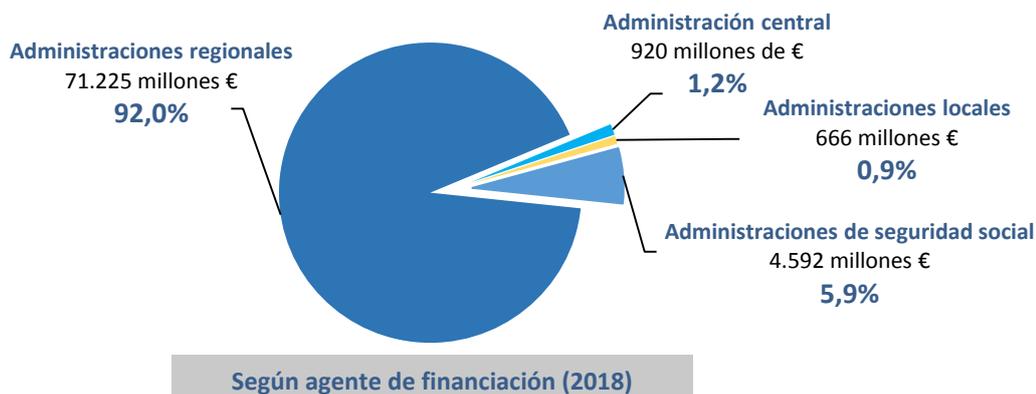
El **73,8%** del **gasto sanitario privado** está soportado por los **pagos directos de los hogares**.



GASTO SANITARIO PÚBLICO



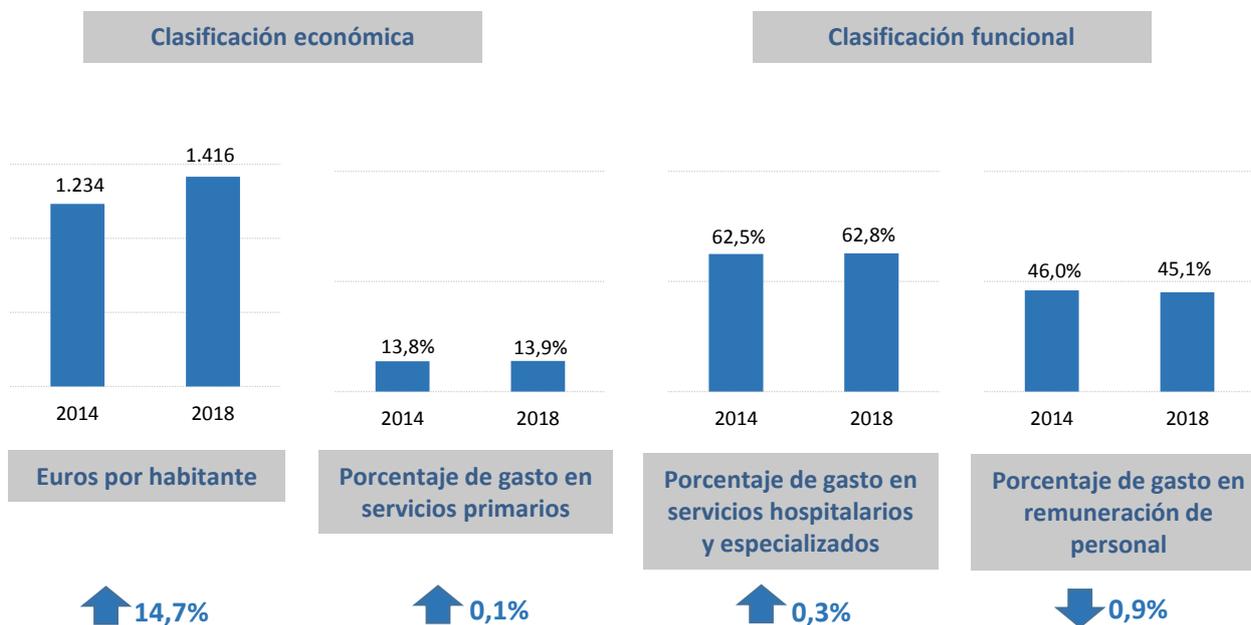
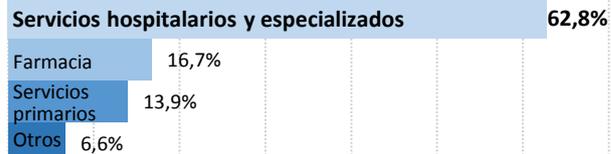
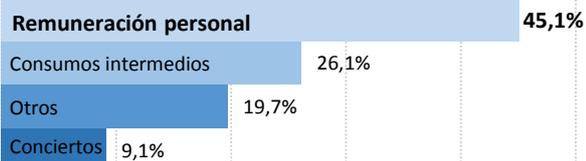
Durante el período 2014-2018, el **gasto sanitario público** se ha incrementado un **16,0%** y el **gasto sanitario público por habitante**, un **15,2%**. El **porcentaje de gasto sanitario público sobre el PIB** se contrajo **0,1 puntos porcentuales**.



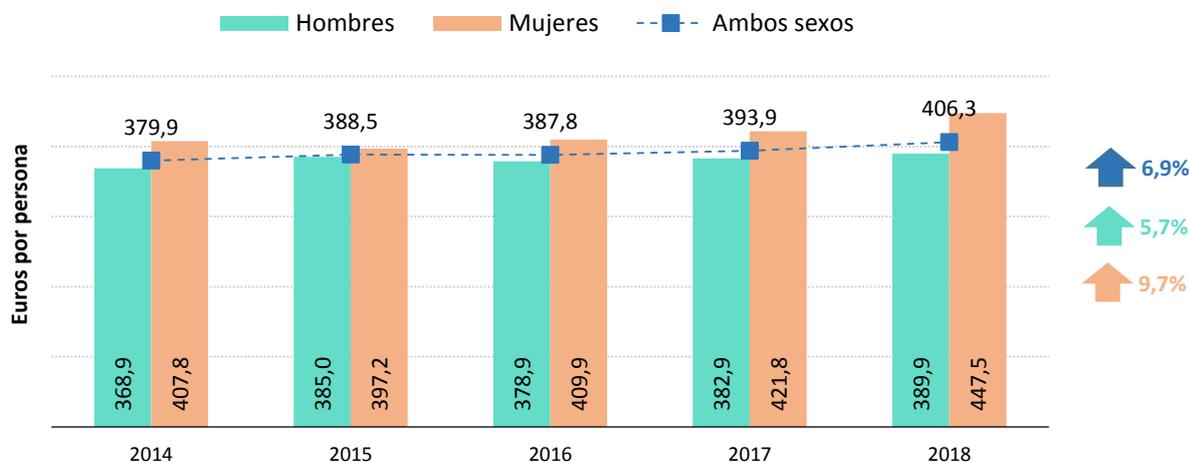
INFORME ANUAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2019

RESUMEN EJECUTIVO

GASTO SANITARIO PÚBLICO GESTIONADO POR LAS CC.AA.



GASTO MEDIO ANUAL POR PERSONA EN BIENES Y SERVICIOS SANITARIOS



Por sexos, el **gasto de bolsillo** ha sido superior en mujeres a lo largo de todo el quinquenio, siendo el gasto promedio un **9,4% mayor en mujeres que en hombres**.

1 Introducción

Este documento corresponde al Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2019¹, cuyo índice completo recoge datos e información agrupados en cuatro secciones:

1. Población
2. Estado de salud
3. Determinantes sociales de la salud
4. Sistema sanitario

Marco normativo

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad establece que el Sistema Nacional de Salud (SNS) es el conjunto de servicios de salud de la Administración del Estado y de las comunidades autónomas e integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud. La Ley General de Sanidad introduce la equidad como principio general del SNS, entendida ésta como la garantía de que el acceso y las prestaciones sanitarias se realicen en condiciones de igualdad efectiva y con una concepción integral de la salud, por lo que deben incorporarse las acciones de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades de la misma forma que las asistenciales, las curativas, las rehabilitadoras o las de cuidados paliativos. Esta atención sanitaria tiene que ser desarrollada en un marco territorial cohesionado que garantice la igualdad en el ejercicio de los derechos de la ciudadanía a la atención y protección de su salud, mediante una gestión eficiente de los recursos públicos.

De acuerdo al Real Decreto 735/2020, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, corresponde a la Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS, a través de la Subdirección General de Información Sanitaria, elaborar el Informe Anual del SNS, así como informes de evaluación sobre la situación de salud, el funcionamiento, desempeño y resultados del sistema sanitario y sobre la opinión ciudadana, desde un enfoque integral de protección de la salud.

El Ministerio de Sanidad, en la línea de facilitar el mejor conocimiento del estado de salud y del sistema de salud y proporcionar herramientas que apoyen a la toma de decisiones, ha elaborado el presente informe.

¿Cuál ha sido la evolución del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud?

En 2003 el Ministerio de Sanidad publicó el primer Informe Anual del SNS con el propósito de ofrecer, tanto a los ciudadanos en general como al sector salud y a los profesionales y expertos interesados, una visión de la situación del sistema sanitario y de su evolución a partir de los datos disponibles durante su elaboración. Desde entonces, el informe se ha publicado anualmente con algunos cambios. En consonancia con las estrategias de difusión de algunos organismos internacionales, a partir del Informe Anual del SNS 2015 la denominación del informe hace alusión al año de elaboración del documento y no al año de referencia de la información; por esa razón hay una ausencia del Informe Anual del SNS 2014 y un aparente salto desde el Informe Anual del SNS 2013 (año de referencia de la información) al Informe Anual del SNS 2015 (año de elaboración del documento).

A partir del Informe del año 2015 se incorporaron a los datos sobre el SNS, alternativamente,

¹ El Informe Anual del SNS 2019 es la entrega número quince de la serie iniciada en 2003. Los Informes Anuales del Sistema Nacional de Salud están disponibles en la página electrónica del Ministerio de Sanidad: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>

dos tipos de contenidos: años pares informes individuales redactados por las comunidades autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), años impares situación de España en el entorno de los países de la Unión Europea.

¿Por qué un cambio en el modelo del Informe?

La Subdirección General de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad, con objeto de mejorar la presentación de la información del sector salud, ha decidido aportar un nuevo enfoque al Informe Anual, afrontando los retos de proponer un nuevo formato de difusión de la información más dinámico y visual y, al mismo tiempo, no perder la serie de información histórica ofrecida hasta ahora en el informe tradicional. Con este fin, los informes de 2019 y de los posteriores años se adecuarán para proporcionar información más concentrada y focalizada en aspectos destacados, adaptándose cada año a contenidos seleccionados por su relevancia. De esta forma, al ampliar la periodicidad del informe tradicional se permite actualizar su contenido, que debido a la escasa variabilidad de los datos anuales ofrecía pocos cambios en la información transmitida de una edición a otra.

En esta nueva edición más reducida del Informe Anual del SNS se ha buscado la sencillez, la visibilidad de los resultados apoyada en más gráficos e infografías, y la facilidad en el manejo, sin olvidar el contenido primordial de los capítulos recogidos en el Informe Anual del SNS extenso. Además, se ha intentado transmitir información complementaria al informe de la edición anterior, fundamentalmente para aquellos datos extraídos de fuentes de información en los que no hay nueva información, como, por ejemplo, la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

No obstante, debido al interés de seguir manteniendo la información tan extensa sobre estos temas que se ha proporcionado hasta ahora en el informe, los capítulos correspondientes a "Recursos humanos" y a "Prestación Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud", además de presentarse de forma resumida en el informe, se proporcionan en formato monográfico con información más completa, y desde el informe se facilita un enlace para acceder a los mismos.

¿Qué novedades presenta el Informe?

El objetivo principal de este informe sigue siendo el mismo que el de los anteriores: presentar una imagen de la situación del estado de salud y del sistema sanitario con la finalidad de proporcionar un instrumento de consulta válido para la detección de necesidades y de actuación en las posibles áreas de mejora.

No obstante, este año se ha querido focalizar el informe en las enfermedades más prevalentes, las cardiovasculares y el cáncer, y sus principales factores de riesgo, incorporando una perspectiva global desde la protección de la salud y la prevención de la enfermedad, hasta la enfermedad y sus graves complicaciones, con la implicación de consumo de recursos que ello conlleva.

Asimismo, se hace hincapié tanto en los trastornos mentales como en el bienestar en las últimas etapas de la vida, que suelen ser los grandes olvidados, a pesar de ocasionar una alta carga de discapacidad.

¿Cuál es la estructura del Informe?

En la edición del Informe Anual del SNS 2019 se cambia la estructura del informe y los contenidos no se desarrollan por capítulos sino a lo largo de cuatro secciones:

Población. En esta sección se describen las principales características demográficas de la población española y la población protegida por el SNS.

Estado de salud. La dimensión del estado de salud se representa por el Bienestar, la Morbilidad y la Mortalidad.

Bienestar. Se entiende como bienestar, la presencia de emociones y estados de ánimo positivos, la ausencia de emociones negativas, satisfacción con la vida, satisfacción y funcionamiento positivo que se puede describir como juzgar la vida positivamente y sentirse bien. Se considera que tiene dos dimensiones, bienestar objetivo y subjetivo. La información recogida en este apartado mide principalmente el bienestar objetivo a través de la esperanza de vida y los años de vida saludable, y el bienestar subjetivo en la población de 65 y más años a partir de la autovaloración de su estado de salud y a través de la dificultad para la movilidad en la población de 75 y más años.

Morbilidad/Mortalidad. El informe se ha centrado en las enfermedades más prevalentes, las enfermedades cardiovasculares y sus principales factores de riesgo (hipertensión arterial, diabetes, tabaquismo, obesidad), el cáncer y los trastornos mentales.

Determinantes sociales de la salud. La salud de las personas depende de las condiciones sociales, económicas, políticas, ambientales, educativas y sanitarias del lugar donde vive. Los determinantes sociales de la salud se han agrupado en una única dimensión para darles un peso específico debido a que la variabilidad en su distribución explica la mayor parte de las desigualdades sociales en la salud. Esta sección engloba tres apartados: Determinantes socioeconómicos, Determinantes medioambientales y Estilos de vida.

Sistema Sanitario. El Sistema Sanitario persigue promover, restaurar y mantener la salud, con tres metas generales: la mejora de la salud, dar respuesta a las legítimas expectativas de la población y garantizar la equidad en función de las necesidades. El progreso hacia estas metas depende de cómo los sistemas desarrollan cuatro funciones vitales: provisión de servicios de atención, generación de recursos, financiación y administración; a partir de elementos fundamentales como son los recursos humanos, la información, los recursos técnicos, la financiación y el liderazgo y la gobernanza.

En esta sección se describe las características del Sistema Sanitario desde la perspectiva de Calidad, Accesibilidad y Sostenibilidad.

La Calidad es un concepto multidimensional y en este informe se ha centrado en la atención sanitaria, la seguridad, así como en las expectativas de la población y en las experiencias de quienes han utilizado los servicios sanitarios.

La Accesibilidad entendida como la facilidad de acceso a los servicios de salud en relación a las necesidades de la persona, independientemente de la localización geográfica, el nivel socioeconómico, la edad, etnia o sexo, es medida en el informe por el tiempo de espera en atención primaria y en atención especializada, en consultas e intervenciones no urgentes.

La Sostenibilidad es un concepto amplio y heterogéneo, puede definirse como la capacidad del sistema para permanecer financiado de manera duradera por fuentes públicas, proporcionar y mantener una infraestructura (instalaciones y equipos) y mano de obra (recursos humanos) y responder a las necesidades emergentes. La sostenibilidad, tal como se presenta en este informe, refleja esta variedad a través de un gran panel de indicaciones de un sistema de salud sostenible, combinando el gasto, los recursos físicos y humanos y la utilización de servicios.

¿Qué datos, fuentes y sistemas de información se han utilizado?

La información para el informe se ha obtenido de diversas fuentes y sistemas de información, de conformidad con la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS que especifica que el SNS se nutrirá de la información procedente de la propia Administración sanitaria del Estado y de la que suministren las comunidades autónomas, en las condiciones convenidas en el seno del Consejo Interterritorial del SNS (Anexo "[Fuentes y sistemas de información](#)").

Para la selección de la información a incluir en el informe se ha tenido en cuenta los Indicadores Clave del SNS (INCLASNS); los INCLASNS proporcionan de manera integrada y sistemática, información fundamental para el sistema sanitario, al identificar los puntos fuertes y las oportunidades de mejora del estado de salud, y medir la efectividad, la eficiencia y la capacidad

de respuesta del SNS.

La razón de utilizar fundamentalmente los INCLASNS ha sido con base no sólo en sus principales funciones como elementos descriptivos y como herramientas valorativas sino, también, por la intención de alinear las expectativas y exigencias de distintos organismos europeos, como Eurostat (Oficina Europea de Estadística), e internacionales, como OMS (Organización Mundial de la Salud) y OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos), que buscan profundizar en indicadores específicos, relevantes, y comparables a nivel internacional en cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible comprometidos.

Cabe señalar que la población de referencia del informe puede variar en función de las fuentes de datos utilizadas para la construcción de indicadores; la mayoría utilizan las Cifras de Población del Instituto Nacional de Estadística (INE) como población de referencia, mientras que las fuentes de datos de atención primaria (Sistema de Información de Atención Primaria, SIAP y Base de Datos Clínica de Atención Primaria, BDCAP) utilizan la población asignada a atención primaria.

En la mayoría de los casos los datos recopilados para el informe hacen referencia a los años 2017 y 2018, debido bien, a que por su complejidad precisan previa consolidación de la información, o bien porque no se disponen de nuevos datos. No obstante, también se presentan datos de 2019 por las características y por la inmediatez de la actualización de sus bases de datos, como los indicadores de tiempos de espera (Sistema de Información de listas de espera, SISLE), Población (Instituto Nacional de Estadística, INE), Población Protegida (Tarjeta Sanitaria Individual) y Recursos Físicos (Sistema de Información para el seguimiento de los Centros, Servicios y Unidades de Referencia, CSUR).

¿Cómo se presenta la información?

El informe presenta la mayoría de los resultados desagregados por años y territorio (comunidades autónomas y ciudades autónomas) y mediante gráficos y mapas para facilitar su visualización y permitir analizar la serie histórica, la tendencia, y cotejar entre territorios.

Para la denominación de las comunidades y ciudades autónomas se ha seguido la referencia utilizada por el INE (INEbase/ Clasificaciones /Relación de municipios, provincias, comunidades y ciudades autónomas con sus códigos)². No obstante, en tablas y gráficos se han utilizado abreviaturas por las limitaciones de espacio, y en el texto, para agilizar la lectura, se ha optado por los nombres cortos de los territorios.

Cuando la información está disponible, se presentan, además, las desigualdades en salud según el sexo y el nivel socioeconómico (nivel de educación, clase social, nivel de ingresos) entendidas como variables de equidad en todos los resultados de salud.

En el nivel socioeconómico, la categorización del nivel de estudios se ha basado en la Clasificación Nacional de Educación-A (CNED-A), que es una subclasificación de la Clasificación Nacional de Educación-2014 (CNED-2014)³ que recoge información sobre el nivel de formación y contempla tanto programas vigentes como no vigentes, pero solamente aquellos que son educación formal. Para la clase social se ha seguido la clasificación en 6 categorías propuestas por la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)⁴; mientras que para el nivel de ingresos se ha representado los tramos proporcionados por cada sistema de información.

Además, se ha querido destacar mediante cuadros de texto, los datos nacionales más relevantes, así como los indicadores internacionales disponibles.

² https://www.ine.es/daco/daco42/codmun/cod_ccaa.htm

³ Más información sobre CNED-2014 y sus tres subclasificaciones:

https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177034&menu=ultiDatos&idp=1254735976614

⁴ Domingo-Salvany A. y col. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. GacSanit.2013;27 (3):263-272.

¿A quién está destinado el informe?

El informe está destinado a las autoridades sanitarias, a los profesionales sanitarios, investigadores y gestores, para que sirva como herramienta que contribuya a mejorar el conocimiento del SNS, detectar las posibles áreas de mejora y facilitar la toma de decisiones, pero también está destinado a la ciudadanía interesada en conocer el estado de salud de la población española y de los servicios sanitarios.

Líneas de mejora/líneas de trabajo actuales

Aunque se han introducido en este informe algunos aspectos relacionados con la salud mental, y los determinantes medioambientales, somos conscientes de la escasa representación de los mismos que existe todavía.

La buena salud mental está relacionada con el bienestar mental y psicológico. Los trastornos por depresión y por ansiedad son problemas habituales de salud mental que afectan a la capacidad de trabajo y la productividad, y muchas personas padecen ambas afecciones. Se está trabajando para encontrar e incorporar al informe indicadores válidos en la atención a la salud mental que permitan una mejor comprensión de las necesidades y los recursos existentes en esta área con la finalidad de fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, y atender a las personas con trastornos mentales.

En cuanto a los determinantes medioambientales, se sigue trabajando para presentar datos consistentes y estar alineados con la política de la Unión Europea, el Pacto Verde Europeo, y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas, para proteger el medio ambiente y tratar de minimizar los riesgos para el clima y la salud humana.

Se ha pretendido también dar información sobre indicadores internacionales para reflejar la posición de España con respecto a otros países, fundamentalmente de la Unión Europea, pero a veces no ha sido posible encontrar el indicador más adecuado para poder compararse.

Por ello, se ha priorizado seleccionar los indicadores que tuvieran una definición común para garantizar la comparabilidad entre territorios; pero cuando no ha sido posible, se ha optado por aquellos que podían ayudar a poner la información nacional en un contexto internacional, señalando la limitación debida a las diferencias en las definiciones. También se ha intentado dar la información internacional disponible más completa y reciente, por lo que a veces puede no coincidir la referencia temporal con la recogida en los datos nacionales.

2 Población



Este apartado aporta una descripción general de la estructura de la población española y de su evolución temporal como información de contexto que contribuya a interpretar adecuadamente los siguientes apartados del informe. Asimismo, se incluye información sobre la población protegida por el SNS.

2.1 Cifras de Población

Dado que las cifras de población del INE constituyen indicadores de contexto que permiten la construcción de numerosos indicadores que se encuentran en forma de tasa, formando parte de los denominadores, en este apartado se ofrecen tanto los datos del año más reciente (2019) como los del año de referencia para la mayor parte de los indicadores de este informe (2018).

A 1 de enero de 2019 residen en España 46.937.060 personas. Andalucía (18,0%), Cataluña (16,1%), Madrid (14,2%) y la Comunidad Valenciana (10,6%) aglutinan casi el 60% de la población residente en España. En el extremo opuesto se encuentran Ceuta y Melilla (0,2% cada una), La Rioja (0,7%), Cantabria (1,2%), Navarra (1,4%), Asturias (2,2%), Extremadura (2,3%) y Baleares (2,5%) como territorios con menor población.

Tabla 2-1 Cifras de población residente a 1 de enero de 2019 y de 2018, según sexo y comunidad autónoma. España

	2019			2018		
	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	Ambos sexos	Mujeres	Hombres
Andalucía	8.427.404	4.267.174	4.160.231	8.410.094	4.256.217	4.153.877
Aragón	1.320.586	668.701	651.885	1.313.135	664.440	648.696
Asturias, Principado de	1.022.205	533.530	488.675	1.027.624	536.306	491.318
Baleares, Illes	1.188.220	593.797	594.424	1.166.923	583.467	583.456
Canarias	2.206.901	1.112.187	1.094.714	2.177.048	1.096.423	1.080.625
Cantabria	581.641	298.080	283.562	581.294	297.670	283.624
Castilla y León	2.407.733	1.218.977	1.188.756	2.418.556	1.224.065	1.194.492
Castilla-La Mancha	2.034.877	1.013.770	1.021.106	2.032.595	1.012.241	1.020.354
Cataluña	7.566.430	3.867.760	3.698.669	7.488.717	3.828.798	3.659.920
Comunitat Valenciana	4.974.969	2.524.176	2.450.794	4.946.233	2.508.053	2.438.180
Extremadura	1.065.424	536.442	528.981	1.070.453	538.811	531.643
Galicia	2.700.441	1.396.988	1.303.453	2.703.149	1.397.772	1.305.378
Madrid, Comunidad de	6.641.648	3.457.275	3.184.373	6.549.519	3.407.498	3.142.021
Murcia, Región de	1.487.663	743.519	744.145	1.475.569	736.924	738.645
Navarra, Comunidad Foral	649.946	328.882	321.064	643.866	325.562	318.305
País Vasco	2.177.880	1.123.779	1.054.101	2.170.868	1.120.017	1.050.851
Rioja, La	313.571	159.059	154.512	312.884	158.475	154.409
Ceuta	84.829	41.809	43.020	85.209	41.926	43.282
Melilla	84.689	41.896	42.793	84.708	41.901	42.807
España	46.937.060	23.927.801	23.009.259	46.658.447	23.776.565	22.881.882

Observaciones: La suma de los datos desagregados puede diferir del total debido al redondeo.

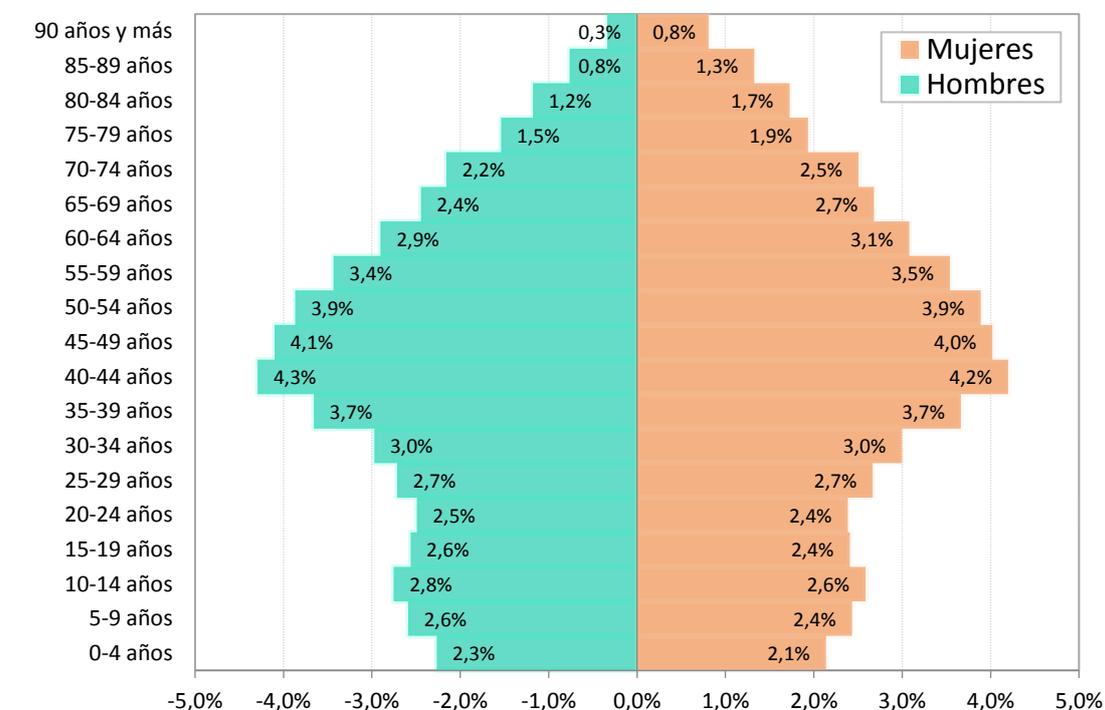
Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadística. Cifras de Población.

España es el quinto país con mayor población de la UE-28 (cuarto tras el Brexit) con 46,9 millones de habitantes, solo por detrás de Alemania (83,0), Francia (67,0), Reino Unido (66,6) e Italia (60,4) y seguida por Polonia (38,0).⁵

⁵ Eurostat. Health Database, 2019.

España posee una pirámide poblacional claramente regresiva, con una cúspide cada vez más ensanchada como consecuencia del envejecimiento progresivo de la población. Es por ello que en varios capítulos de este informe se ha priorizado la selección de determinados indicadores centrados en la población de edad avanzada.

Gráfico 2-1 Pirámide de la población, según sexo. España, 2019



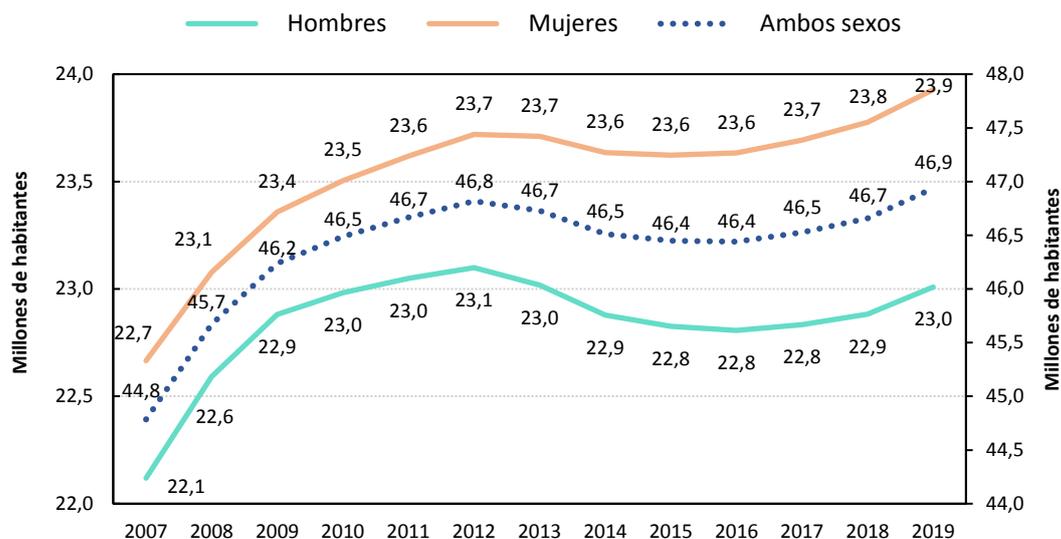
Observaciones: Los datos se corresponden con la población residente a 1 de enero de cada año.

Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadística. Cifras de Población.

La población ha crecido en 278.613 personas en valores absolutos entre 2018 y 2019 (datos del 1 de enero), lo que supone un aumento del 0,6% en términos relativos, continuando así un incremento que se inició en 2016, después de una reducción entre 2012 y 2016 que tuvo disminuciones relativas importantes en La Rioja, en Asturias y en Castilla y León, especialmente en hombres, mientras que Baleares y Melilla aumentaron su población, especialmente de mujeres, muy por encima con respecto al resto de territorios. En este periodo (2012-2016) aumentó la disparidad del censo demográfico de ambos sexos ya que el número de hombres se redujo considerablemente, mientras que el descenso del número de mujeres fue más suave y breve. Desde 2016 se mantiene constante esta disparidad, ya que la población de ambos sexos crece a un ritmo similar.

Entre 2018 y 2019, Baleares sigue siendo la región autónoma con mayor incremento demográfico relativo, seguida de Canarias y de Madrid, mientras que solo cuatro territorios redujeron su población: Asturias, Extremadura, Ceuta y Castilla y León.

Gráfico 2-2 Evolución de la población, según sexo. España, 2007-2019



Observaciones: Los datos se corresponden con la población residente a 1 de enero de cada año.

Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadística. Cifras de Población.

2.2 Población protegida por el Sistema Nacional de Salud

La Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) es el documento, necesario y suficiente, establecido para la identificación de cada ciudadano en el acceso y uso de los servicios del SNS.

El SNS dispone de una Base de Datos de TSI común (BDTSI-SNS) gestionada por el Ministerio de Sanidad, que reúne la información de las personas protegidas por el SNS, conteniendo un conjunto de datos suficientes para identificar correctamente a cada ciudadano y mantener actualizada su situación de ubicación y aseguramiento.

El Ministerio de Sanidad asume la competencia de asignar un Código de Identificación Personal (CIP-SNS), único en el SNS y vitalicio para cada persona. Este código es vínculo de unión de cuantos otros códigos personales puedan tener en los distintos territorios del Estado.

La gestión general de la TSI está encomendada a las comunidades autónomas, quienes dotan a cada persona tenedora de la tarjeta de otro Código de Identificación Personal Autonómico, propio de cada ámbito territorial (CIP-CA). Este código tiene como principal cometido asegurar la asociación biunívoca de la persona con su información administrativa y clínica dentro de cada comunidad y ciudad autónoma.

Asimismo, cada comunidad autónoma dispone de una Base de Datos de TSI (BDTSI-CA), que contiene los registros de los ciudadanos protegidos en su ámbito. La BDTSI-CA constituye un sistema de información altamente estratégico en el aseguramiento, planificación, gestión y evaluación de los servicios sanitarios, siendo objeto de especial interés y protección para cada comunidad autónoma.

Tabla 2-2 Población cuya asistencia sanitaria está financiada con dinero público, según comunidad autónoma. España, 2018-2019

	2019	2018
Andalucía	8.067.641	8.053.036
Aragón	1.302.536	1.300.148
Asturias, Principado de	1.009.405	1.019.783
Balears, Illes	1.124.434	1.103.935
Canarias	2.022.990	2.001.165
Cantabria	564.578	564.332
Castilla y León	2.310.326	2.333.936
Castilla-La Mancha	1.928.409	1.932.277
Cataluña	7.209.969	7.214.560
Comunitat Valenciana	4.683.417	4.685.694
Extremadura	1.030.348	1.043.246
Galicia	2.618.133	2.631.365
Madrid, Comunidad de	6.572.538	6.506.728
Murcia, Región de	1.460.767	1.437.737
Navarra, Comunidad Foral de	635.999	631.915
País Vasco	2.206.928	2.195.601
Rioja, La	309.648	308.329
Ceuta	75.172	76.471
Melilla	73.958	73.647
MUFACE*	1.074.713	26.038
España	46.281.909	45.139.943

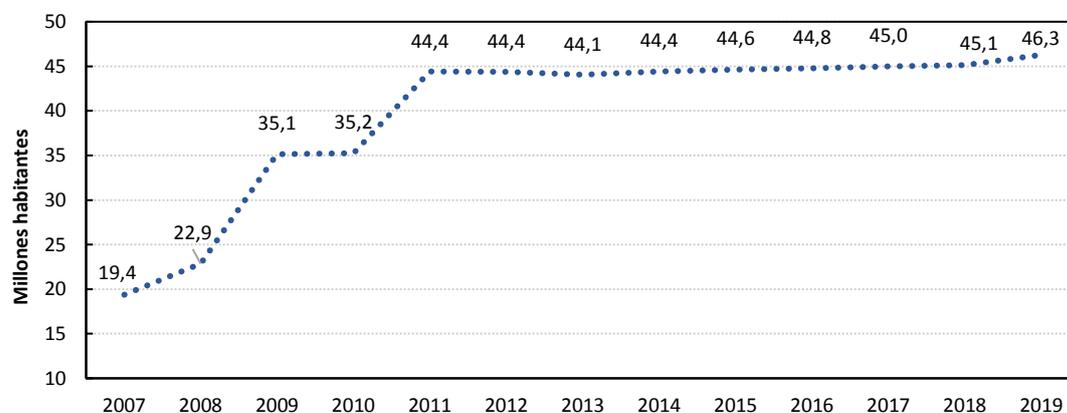
Observaciones: Datos referentes al mes de junio en ambos casos. *Estos datos se refieren al colectivo de MUFACE (Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado) con opción privada incorporados en 2018 y 2019.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Base de datos de Tarjeta Sanitaria Individual.

La base de datos del TSI incluye también a los mutualistas del estado, tanto a los que han optado por ser atendidos por la sanidad pública como los que han elegido una opción privada para su asistencia sanitaria; de esta manera, se cuenta con una Base de Datos de Población Protegida que contiene los registros de toda la población cuya asistencia sanitaria se realiza con cargo a fondos públicos. El colectivo de MUFACE (Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado) con opción privada se incorporó entre los años 2018 y 2019 y los mutualistas de ISFAS (Instituto Social de las Fuerzas Armadas) y MUGEJU (Mutualidad General Judicial) están en proceso de incorporación.

De este modo, en la Base de Datos de Población Protegida se encuentran registradas 46.281.909 personas. Todas ellas disponen del Código de Identificación Personal único que facilita su identificación unívoca y homogénea.

Gráfico 2-3 Evolución de la población protegida cuya asistencia sanitaria está financiada con dinero público. España, 2007-2019



Observaciones: Datos correspondientes al mes de junio. La gráfica representa la incorporación de la información a la Base de datos de Tarjeta Sanitaria Individual.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Base de datos de Tarjeta Sanitaria Individual.

3 Estado de Salud

La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud se concibe como la posibilidad que tiene una persona de gozar de una armonía biopsicosocial, en interacción dinámica con el medio en el cual vive.

Esta sección se ha estructurado en el informe en tres apartados: Bienestar, Enfermedad y Mortalidad.

3.1 Bienestar



Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades es esencial para la construcción de sociedades prósperas, motivo por el cual la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, dedica el tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible a la salud y al bienestar.

Dado el envejecimiento progresivo de la población española se ha priorizado la selección de indicadores de bienestar centrados en la población de edad avanzada. En este capítulo se incluye la esperanza de vida al nacer y a los 65 años e indicadores de calidad de vida en población de 65 y más años como son los años de vida saludable a los 65 años, la salud autopercebida en 65 y más años y la dificultad en la movilidad en 75 y más años.

3.1.1 Esperanza de vida

La esperanza de vida es un indicador que se relaciona con el estado de salud de la población ampliamente utilizado ya que una de las características de las sociedades desarrolladas es que la población es cada vez más longeva.

Esperanza de vida al nacer

La Esperanza de Vida al nacer (EVn) en España es de 83,3 años, 80,4 en hombres y 86,1 en mujeres.

España ocupa la primera posición en Esperanza de Vida al nacer en mujeres (86,3 años) entre los países de la UE-28 (UE: 83,6) seguida de Francia (85,9); y la tercera posición en hombres (80,7; UE: 78,3), tras Italia (81,2) y Chipre (80,9).⁶

Madrid (85,4 años) es la comunidad con una mayor EVn, seguida por Navarra (84,4 años), Castilla y León (84,2 años) y País Vasco (84,1 años). Por su parte, Ceuta y Melilla (81,0 años) y Andalucía (81,9 años) son las ciudades y comunidad autónomas donde la EVn es menor.

⁶ Eurostat, Health Database, 2018.

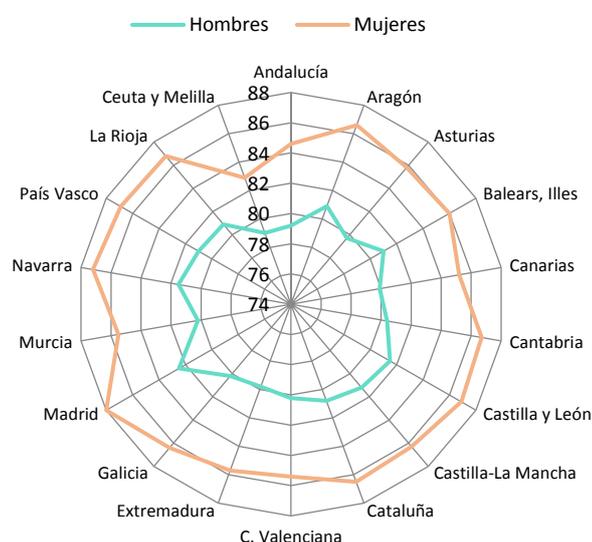
Tabla 3-1 Esperanza de vida al nacer según sexo por comunidad autónoma. España, 2018

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	81,9	79,2	84,6
Aragón	83,7	80,9	86,6
Asturias, Principado de	82,8	79,7	85,8
Balears, Illes	83,5	81,0	86,0
Canarias	82,5	79,9	85,2
Cantabria	83,5	80,4	86,7
Castilla y León	84,2	81,5	86,9
Castilla-La Mancha	83,7	81,2	86,3
Cataluña	83,7	80,8	86,5
Comunitat Valenciana	82,8	80,2	85,4
Extremadura	82,7	79,8	85,7
Galicia	83,3	80,2	86,4
Madrid, Comunidad de	85,4	82,5	88,0
Murcia, Región de	82,8	80,2	85,5
Navarra, Comunidad Foral de	84,4	81,5	87,2
País Vasco	84,1	81,0	86,9
Rioja, La	83,8	80,9	86,8
Ceuta y Melilla	81,0	79,0	82,9
España	83,3	80,4	86,1

Observaciones: Para el cálculo de las estimaciones de esperanza de vida se han utilizado las defunciones ocurridas en el año calendario, proporcionadas por el Movimiento Natural de la Población, y las Cifras de Población residente a mitad de año, ambas publicadas por el Instituto Nacional de Estadística.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Tablas de Mortalidad.

Gráfico 3-1 Esperanza de vida al nacer según sexo y comunidad autónoma. España, 2018

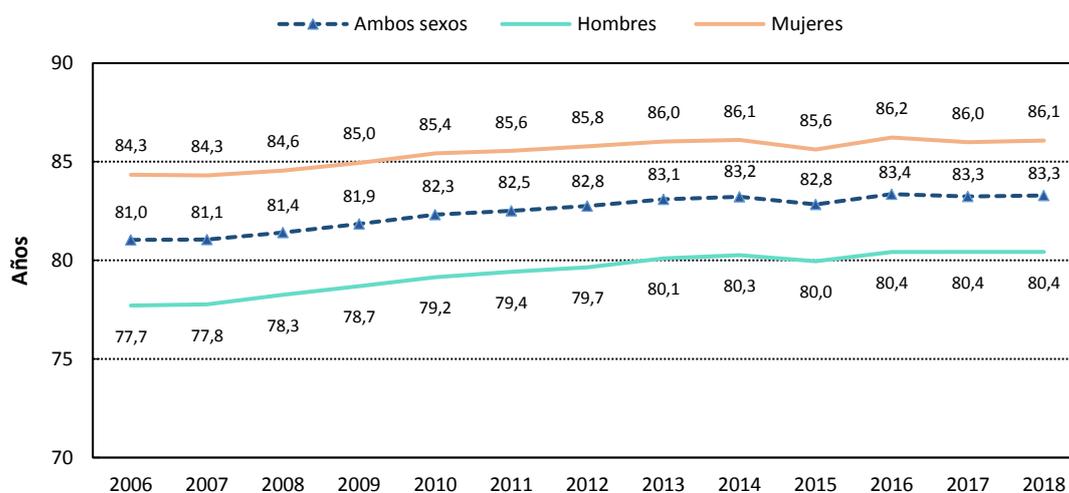


Observaciones: Para el cálculo de las estimaciones de esperanza de vida se han utilizado las defunciones ocurridas en el año calendario, proporcionadas por el Movimiento Natural de la Población, y las Cifras de Población residente a mitad de año, ambas publicadas por el Instituto Nacional de Estadística. Los territorios están ordenados según orden alfabético.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Tablas de Mortalidad.

Durante el periodo 2006-2018, la EVn aumentó en 2,3 años (2,7 en hombres y 1,7 en mujeres). La EVn creció en todas las comunidades autónomas. Madrid, con un incremento de 2,2 años, seguida de Canarias (2,0) y Ceuta y Melilla (2,6), fueron los territorios donde más aumentó, mientras que La Rioja (1,7) y Castilla-La Mancha (1,8), experimentaron el menor incremento.

Gráfico 3-2 Evolución de la esperanza de vida al nacer, según sexo. España, 2006-2018



Observaciones: Para el cálculo de las estimaciones de esperanza de vida se han utilizado las defunciones ocurridas en el año calendario, proporcionadas por el Movimiento Natural de la Población, y las Cifras de Población residente a mitad de año, ambas publicadas por el Instituto Nacional de Estadística.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Tablas de Mortalidad.

Al nacer, las mujeres españolas tienen una esperanza de vida 5,7 años superior a la de los hombres.

Esperanza de vida a los 65 años

La Esperanza de Vida a los 65 años (EV65) en España es de 21,5 años, de 23,4 años en mujeres y de 19,3 en hombres.

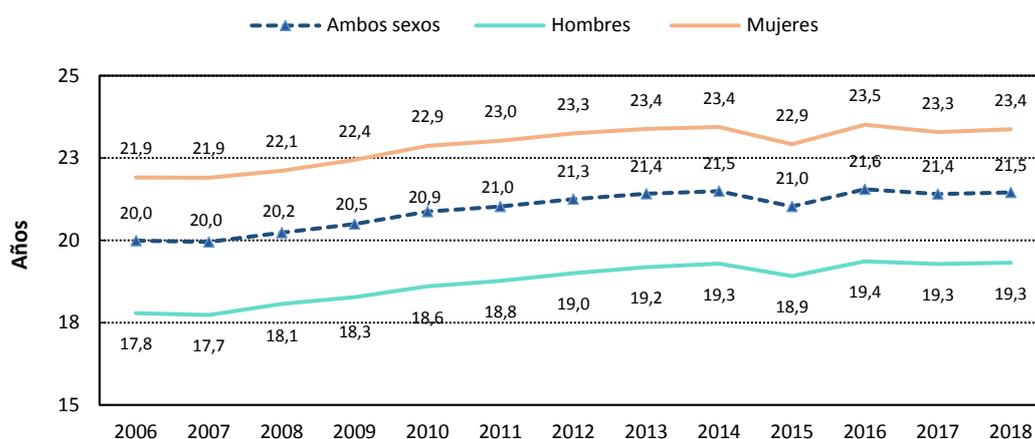
Por comunidades autónomas, Madrid (23,1 años), Castilla y León (22,2), País Vasco y Navarra (22,1 ambas) son las comunidades con una mayor EV65, seguidas por Cataluña y Aragón. Por su parte, Ceuta y Melilla (20,1 años) y Andalucía (20,3 años) son los territorios donde la EV65 es menor.

Entre 2006 y 2018, la EV65 muestra una tendencia global claramente positiva. Creció en todas las comunidades y ciudades autónomas, especialmente en Madrid (2,3 años), Ceuta y Melilla (2,1), mientras que La Rioja y Navarra (0,9 años ambas) fueron los territorios en los que menos aumentó.

Las mujeres de España poseen la segunda Esperanza de Vida a los 65 años más elevada de la UE-28 (España: 23,5 años; UE: 21,5), por detrás de Francia; y los hombres la tercera (España: 19,5 años; UE: 18,2), tras Francia e Italia.⁷

⁷ Eurostat. Health Database, 2018.

Gráfico 3-3 Evolución de la esperanza de vida a los 65 años, según sexo. España, 2006-2018



Observaciones: Para el cálculo de las estimaciones de esperanza de vida se han utilizado las defunciones ocurridas en el año calendario, proporcionadas por el Movimiento Natural de la Población, y las Cifras de Población residente a mitad de año, ambas publicadas por el Instituto Nacional de Estadística.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Tablas de Mortalidad.

3.1.2 Calidad de vida en población de 65 y más años

En las personas de 65 y más años incrementan progresivamente con la edad las necesidades de atención y de cuidado, lo cual condiciona el aumento de la dependencia.

En este apartado se han seleccionado tres indicadores de calidad de vida en población de 65 y más años: los años de vida saludable (o esperanza de vida en buena salud) a los 65 años, la salud autopercibida (percepción positiva del estado de salud) a los 65 años y más años, y la dificultad en la movilidad a los 75 años y más años.

Años de vida saludable a los 65 años

La utilización de la esperanza de vida, como indicador general del nivel de salud de la población, no proporciona información sobre la calidad de vida de los individuos, si se desarrolla con buena salud o, por el contrario, con alguna discapacidad o dependencia. Sin embargo, los años de esperanza de vida en buena salud⁸ (o años de vida saludable) proporcionan información sobre la calidad de vida en términos de salud del horizonte de años de vida de los individuos. Se considera condición de buena salud la ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad.

Asimismo, las enfermedades crónicas, los problemas mentales y la discapacidad física aumentan su prevalencia con la edad y reducen la calidad de vida de las personas que sufren estas condiciones de salud y de las personas de las que dependen. Por ello, en este capítulo se ha priorizado este grupo poblacional, si bien la esperanza de vida en buena salud al nacer también es un indicador muy utilizado.

⁸ La esperanza de vida en buena salud se define como el promedio de número de años esperados que vive una persona disfrutando de buena salud (en ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad). Este indicador combina información de mortalidad y de morbilidad. Más información en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926378861&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888

Tabla 3-2 Años de vida saludable a los 65 años (AVS65) según sexo por comunidad autónoma. España, 2018

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

Observaciones: Los años de vida saludable se han obtenido sobre las tablas de esperanza vida mediante el método de Sullivan, utilizando la limitación de actividad, obtenida de las encuestas nacionales de salud españolas, como variable de discapacidad.

El dato de Ceuta y Melilla se calcula para ambas ciudades autónomas en conjunto.

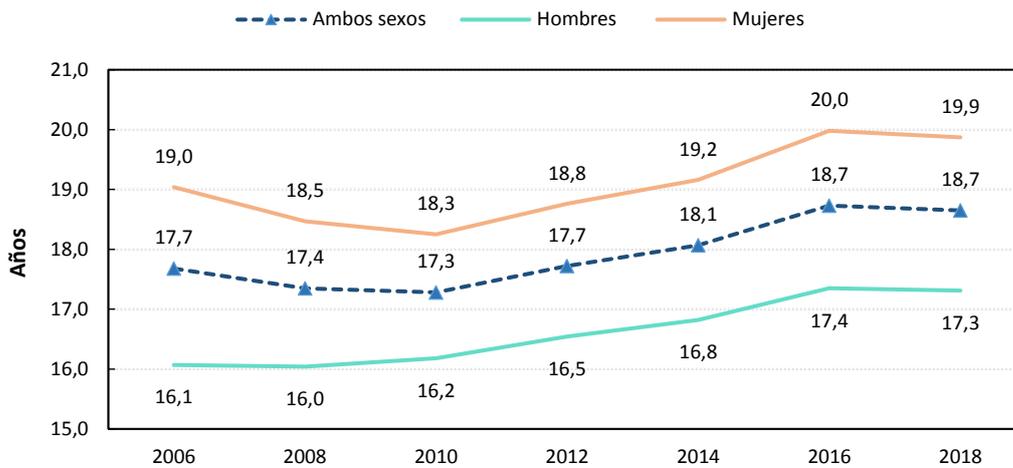
Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Tablas de Mortalidad.

En España, las personas de 65 años esperan vivir con buena salud 18,7 años: 17,3 en hombres y 19,9 en mujeres.

Por territorios, País Vasco (20,9 años), Castilla y León (20,3), Aragón, Baleares y Madrid (20,2 las tres) son los territorios con más AVS65. Por su parte, Murcia (15,6 años), Andalucía (16,1) y Asturias (17,3) son las comunidades autónomas con menos AVS65.

Entre 2006 y 2018, los AVS65 aumentaron en el conjunto de la población 1,0 años: 1,2 en hombres y 0,8 en mujeres.

Gráfico 3-4 Evolución de los años de vida saludable a los 65 años (AVS65), según sexo. España, 2006 - 2018



Observaciones: Los años de vida saludable se han obtenido sobre las tablas de esperanza vida mediante el método de Sullivan, utilizando la limitación de actividad, obtenida de las encuestas nacionales de salud españolas, como variable de discapacidad.

El dato de Ceuta y Melilla se calcula para ambas ciudades autónomas en conjunto.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Tablas de Mortalidad.

En España las personas de 65 años esperan vivir con buena salud 1,4 años más que en otro país de la Unión Europea (España: 11,4; UE: 10,0), solo por detrás de Suecia, Malta, Irlanda y Alemania.⁹

Salud autopercibida a los 65 y más años

La salud autopercibida es un indicador de salud subjetivo que proporciona información sobre la salud física y mental del individuo y se utiliza como predictor de la mortalidad, de la morbilidad y del uso de los servicios sanitarios. Su simplicidad y la recomendación de la OMS de que se incluya como parte estándar de las encuestas de salud, lo han convertido en una de las aproximaciones al nivel de salud de la población más utilizadas.

En España, el 74,0% de la población valora su estado de salud como bueno o muy bueno. Los hombres declaran un mejor estado de salud que las mujeres: el 77,8% y el 70,4% respectivamente.

El 42,2% de los españoles de 65 y más años poseen una valoración positiva de su estado de salud, lo que nos sitúa ligeramente por encima de la media europea (UE: 41,8%).¹⁰

La percepción de un estado de salud positivo disminuye con la edad. Así en el grupo de 65 y más años, el 45,4% de la población perciben su estado de salud como positivo, con marcadas diferencias por sexo: el 52,3% de los hombres y el 40,0% de las mujeres. En la población de 85 y más años, estos valores descienden a 34,5% en los hombres y a 31,4% en las mujeres.

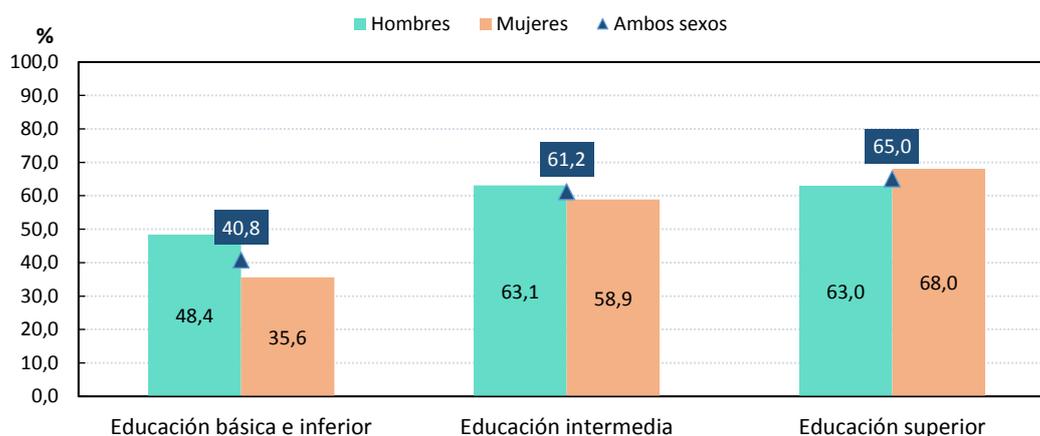
⁹ Eurostat. Health Database, 2018.

¹⁰ Eurostat. Health Database, 2018.

La población de edad avanzada que percibe su salud como buena o muy buena es claramente inferior en las personas con un nivel de estudios básico e inferior, especialmente en las mujeres.

El nivel de estudios muestra también una clara relación con la percepción positiva del estado de salud. Así, la diferencia entre el nivel inferior (41%) y el intermedio (61%) es importante, y muy superior en mujeres que en hombres, mientras que la diferencia entre el nivel intermedio y el superior (65%) solo es apreciable en mujeres.

Gráfico 3-5 Percepción positiva del estado de salud en población de 65 y más años, porcentaje según sexo y nivel de estudios. España, 2017



Observaciones: Estado de salud positivo = muy bueno + bueno.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

Dificultad en la movilidad a los 75 y más años

Los cuatro tipos de limitación funcional¹¹ (movilidad, auditiva, visual y cognitiva) aumentan con la edad. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE), la limitación más frecuente en la población de edad avanzada fue la de la movilidad (45,32%), seguida de la dificultad auditiva (44,10%), la dificultad cognitiva (31,29%) y la dificultad visual (25,24%).

En el presente apartado se ha priorizado la dificultad en la movilidad, ya que, además de haber experimentado importantes incrementos en los últimos años, es la limitación funcional con mayor disparidad entre sexos y por clase social.

Entre los 15 y los 54 años, más del 90% de la población se mueve sin dificultad. Entre los 55 y los 74 años se reduce progresivamente la movilidad sin dificultad hasta el 70%, siendo a partir del tramo de los 75 años y más años cuando se refleja una marcada reducción de la misma, que disminuye hasta el punto en el que menos del 45% de las personas entre 75 y 84 años y solo el 21% de 85 y más años pueden moverse sin dificultad.

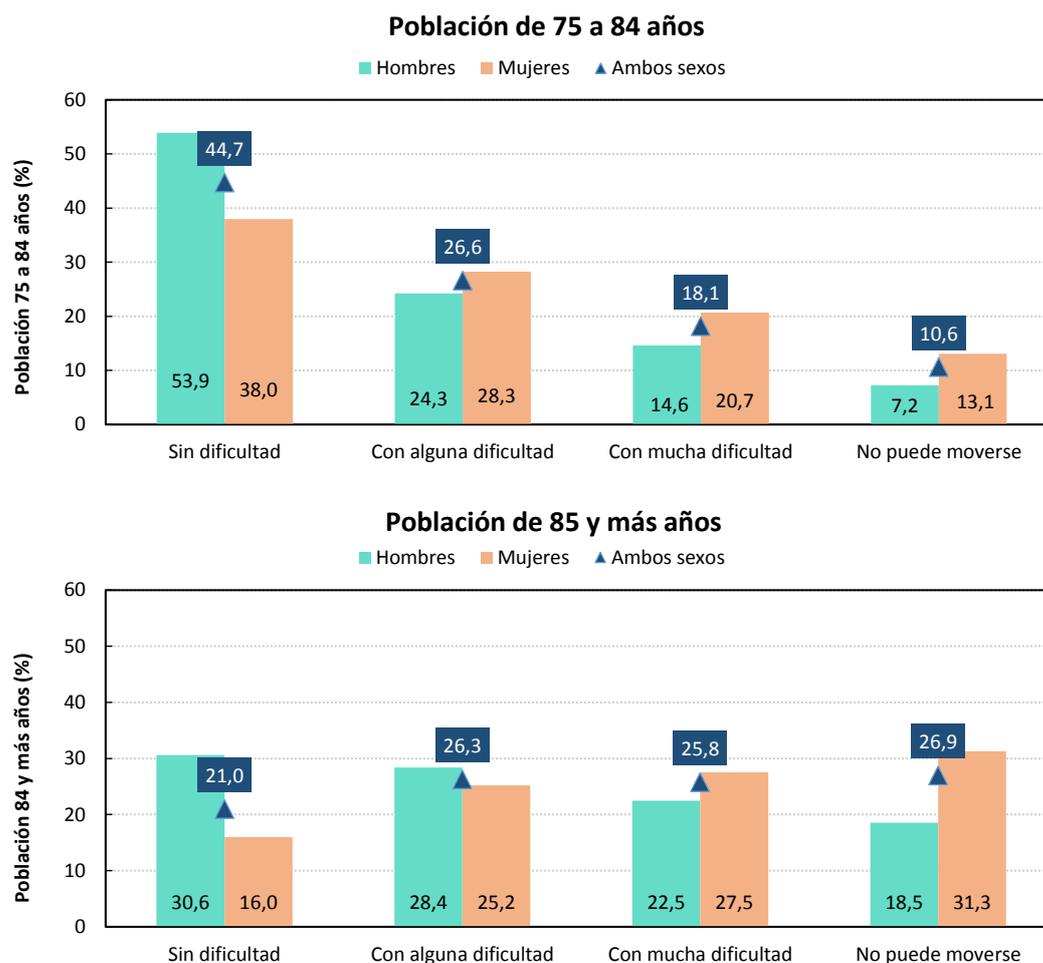
Así, en la población de 85 y más años, solo el 16% de las mujeres pueden moverse sin dificultad mientras que en el caso de los hombres casi el 31% todavía se mueven sin dificultad. A su vez, en este grupo de edad, en torno al 31% de las mujeres y al 19% de los hombres no pueden moverse autónomamente.

¹¹ Para más información sobre "Limitación y discapacidad" puede consultar los Informes monográficos de la ENSE 2017:

<https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

En edades avanzadas, la limitación en la movilidad difiere mucho entre ambos sexos, alcanzando una diferencia máxima en el tramo de mayor edad, donde aproximadamente el doble de hombres que de mujeres se mueven sin dificultad.

Gráfico 3-6 Grado de dificultad en la movilidad en población de 75 a 84 años y de 85 y más años, porcentaje según sexo. España, 2017



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

El 34,5% de los españoles de 65 y más años pueden realizar sin dificultad las actividades de cuidado personal y domésticas (UE: 36,3%). La dificultad es severa en el 50,3% de los españoles de 65 y más años, valor muy superior a la media europea (UE: 40,0%).¹²

¹² Eurostat. Health Database, 2014.

3.2 Morbilidad

La información sobre morbilidad es fundamental para conocer la carga de enfermedad en la población. En este capítulo se integran datos de distintos sistemas de información para ofrecer un panorama lo más completo posible de las enfermedades descritas. Se incluyen datos de prevalencia registrada de determinadas enfermedades procedentes de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Asimismo, se incluye información sobre hospitalizaciones procedente del Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD).

De esta manera, se presentan los datos de prevalencia y de hospitalización, brutos y estandarizados por edad, desagregados territorialmente y según sexo para el año 2017 y, además, los datos de hospitalización de 2018, así como información de prevalencia en 2017 desagregada por grupos de edad y niveles de renta, para contribuir a conocer mejor la evolución de los patrones de distribución territorial y facilitar la interpretación de la información sobre las enfermedades abordadas en este capítulo. Siguiendo el hilo conductor del informe, se centra esta información en tres grandes grupos de patologías: enfermedades cardiovasculares, trastornos mentales y tumores malignos.

La información procedente del sistema sanitario es de indudable interés y presenta una gran fortaleza al proporcionar datos comparables para todo el territorio. No obstante, es preciso tener en cuenta aspectos como la variabilidad territorial en la disponibilidad de recursos, entre otros, a la hora de interpretar tendencias o realizar comparaciones geográficas.

3.2.1 Enfermedad cardiovascular y factores de riesgo



En este apartado se proporciona información sobre la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular, por el importante peso que tienen dentro de las enfermedades cardiovasculares, y sobre la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y los trastornos del metabolismo lipídico como factores de riesgo cardiovascular. La obesidad y el tabaquismo, también importantes factores de riesgo cardiovascular, se abordan en el capítulo de estilos de vida.

En el informe "Indicadores clínicos en atención primaria 2016. BDCAP"¹³ se puede encontrar información detallada sobre las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo.

Existe un gradiente social en las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo, la prevalencia aumenta al disminuir el nivel de renta y la diferencia según niveles de renta es mayor en mujeres que en hombres.

Se observa una tendencia descendente, discreta pero mantenida, en las hospitalizaciones por enfermedad isquémica del corazón y por enfermedad cerebrovascular tanto en hombres como en mujeres.

¹³ Subdirección General de Información Sanitaria. Indicadores clínicos en atención primaria 2016. BDCAP. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2019. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/BDCAP_Indic_clinico_Cardiovasc_2016.pdf

Enfermedad isquémica del corazón

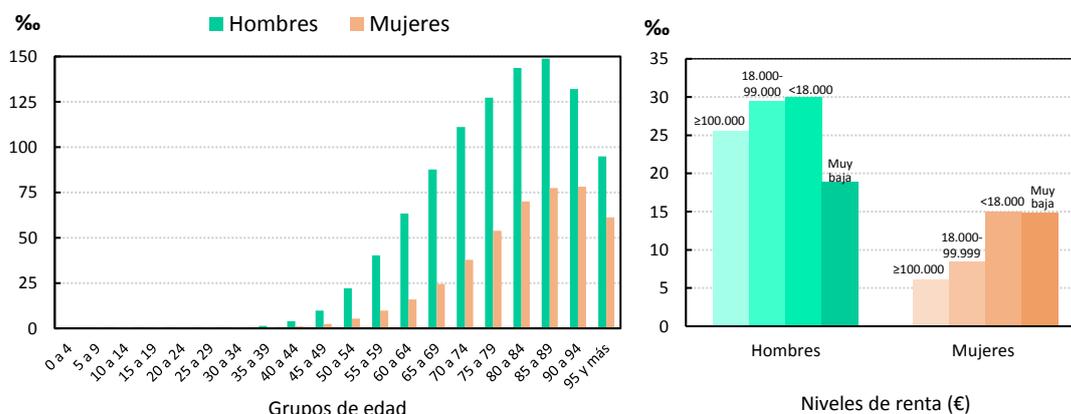
La prevalencia registrada de enfermedad isquémica del corazón se sitúa en 20,8 casos por cada 1.000 habitantes, más del doble en hombres que en mujeres (28,8 frente a 13,0). La tasa bruta de hospitalización por esta causa ha sido de 24,9 hospitalizaciones por 10.000 habitantes en 2017 y 24,2 en 2018, siendo casi el triple en hombres que en mujeres.

El número de hospitalizaciones por enfermedad isquémica del corazón en España fue el segundo más bajo de los países europeos de la OCDE; solo por detrás de Islandia en 2017 y de Portugal en 2018.¹⁴

La prevalencia de esta enfermedad aumenta claramente con la edad, comienza a ascender a partir de los 40 años y alcanza los valores máximos a los 85-89 años. Esta tendencia es similar en ambos sexos, aunque la magnitud es mucho mayor en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad. Los valores más elevados se alcanzan en hombres de 85 a 89 años y en mujeres de 90 a 95 años (148,7 y 77,5 casos por 1.000 habitantes, respectivamente).

La prevalencia de enfermedad isquémica del corazón aumenta al disminuir el nivel de renta en ambos sexos, aunque hay que señalar que la menor prevalencia en hombres se encuentra en el grupo de renta muy baja. Las diferencias proporcionales de los grupos con renta menor de 18.000 euros en comparación con los grupos de renta mayor de 100.000 euros son mayores en mujeres (prevalencia 2,5 veces mayor) que en hombres (1,2 veces más prevalencia).

Gráfico 3-4 Prevalencia registrada de enfermedad isquémica del corazón por 1.000 habitantes, según sexo y edad y según sexo y renta. España, 2017



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BD CAP).

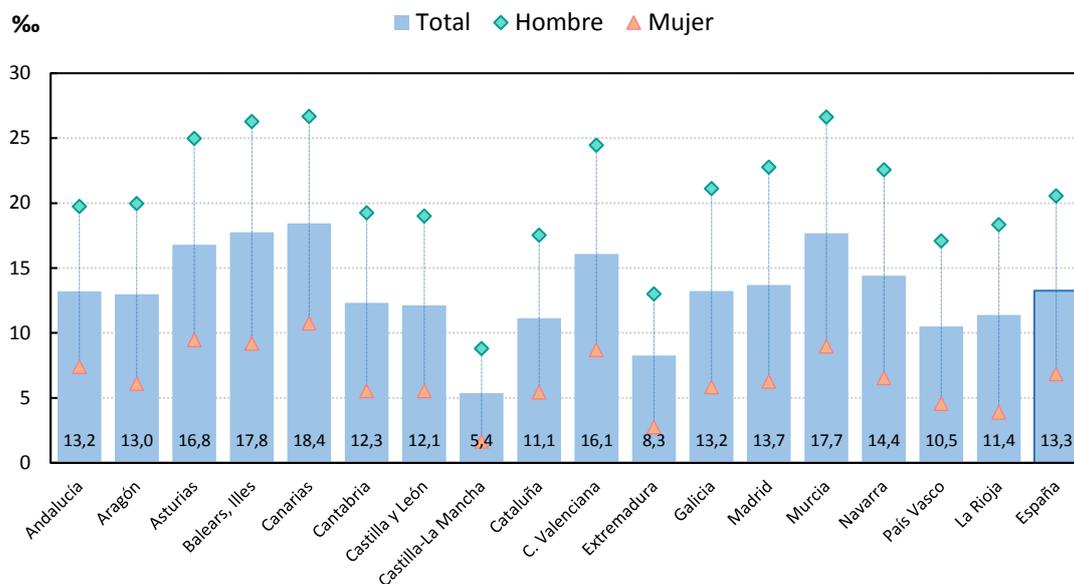
La prevalencia ajustada por edad se sitúa en 13,3 casos por cada 1.000 habitantes, el triple en hombres que en mujeres. Las mayores prevalencias se han registrado en Canarias, Baleares y Murcia, y las más bajas en Castilla-La Mancha y Extremadura.

La tasa ajustada por edad de hospitalización por esta causa ha sido de 17,0 por 10.000 habitantes en 2017 y de 16,3 en 2018, siendo aproximadamente 3 veces mayor en hombres que en mujeres.

El patrón territorial de las hospitalizaciones por esta causa ha sido similar los dos años, observándose las tasas más elevadas en Melilla, Ceuta, Andalucía, Canarias, Cataluña y Murcia, y la tasa más baja en Castilla-La Mancha. Cabe destacar que Castilla-La Mancha ha sido el lugar con la prevalencia más baja de 2017 y, también, con las tasas de hospitalización más bajas en 2017 y en 2018.

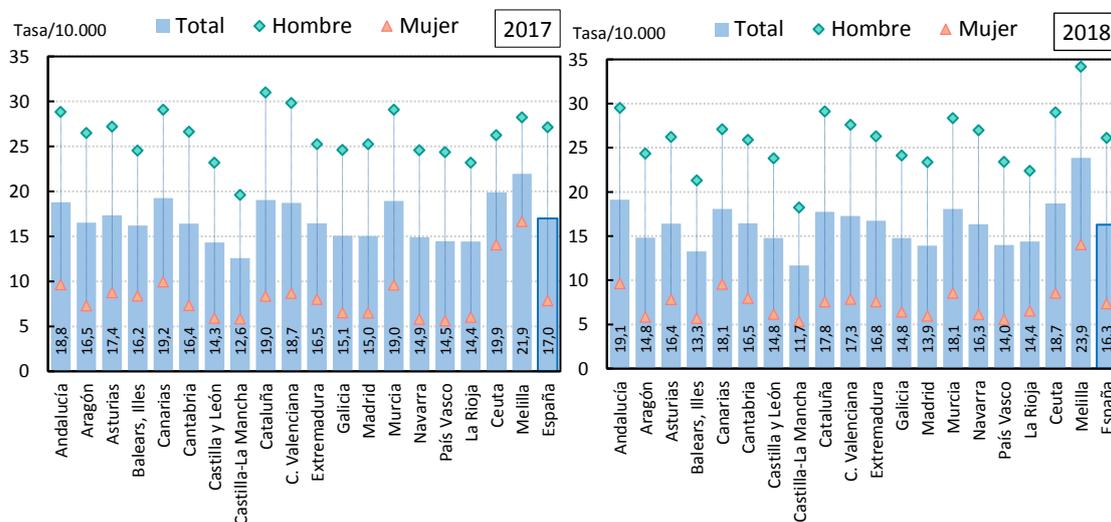
¹⁴ OECD. Health Statistics, 2017-2018 (información de este indicador disponible para 21 países en 2017 y para 19 países en 2018).

Gráfico 3-5 Prevalencia registrada ajustada por edad de enfermedad isquémica del corazón por 1.000 habitantes, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

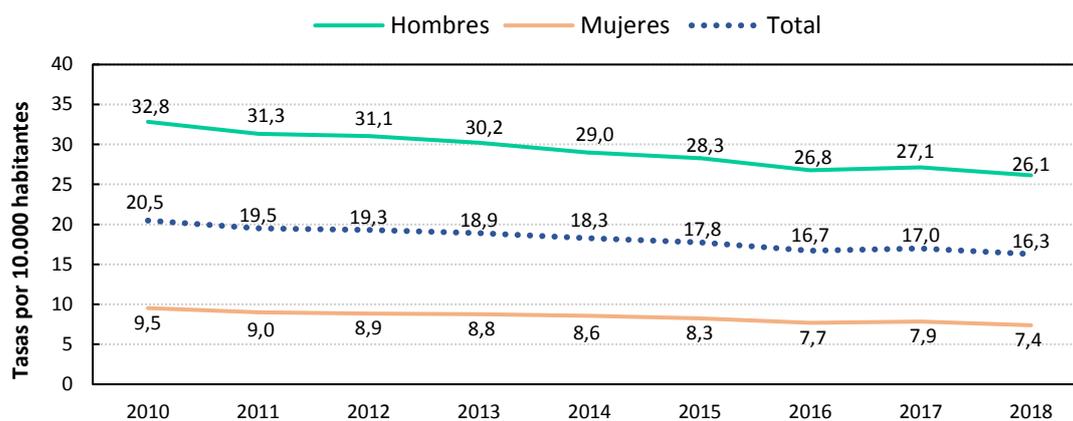
Gráfico 3-6 Tasa ajustada por edad de hospitalización por enfermedad isquémica del corazón por 10.000 habitantes. España, 2017-2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD).

En cuanto a la evolución, la prevalencia de esta enfermedad se mantiene relativamente estable desde 2013, con valores cercanos a 13 casos por 1.000 habitantes (20 en hombres y 7 en mujeres). Las hospitalizaciones por esta causa han disminuido un 20,5% desde 2010 a 2018 (20,4% en hombres y 22,6% en mujeres).

Gráfico 3-7 Tasa ajustada por edad de hospitalización por enfermedad isquémica del corazón por 10.000 habitantes, según sexo. España, 2010-2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD).

Tres de cada 100 hombres y una de cada 100 mujeres padecen enfermedad isquémica del corazón; a partir de los 65 años afecta a 12 de cada 100 hombres y 5 de cada 100 mujeres. Estos valores aumentan al disminuir el nivel de renta, siendo la diferencia más marcada en mujeres.

Enfermedad cerebrovascular

La prevalencia registrada de enfermedad cerebrovascular se sitúa en 15,1 casos por cada 1.000 habitantes, con valores muy cercanos en hombres y mujeres (15,6 frente a 14,4). La tasa bruta de hospitalización ha sido de 20,5 por 10.000 habitantes en 2017 y 20,9 en 2018 (22,6 en hombres y 18,5 en mujeres en 2017, y 23,2 y 18,7 en 2018).

El número de hospitalizaciones por enfermedad cerebrovascular en España se situó en el tercio inferior del rango de este indicador entre los países europeos de la OCDE.¹⁵

La prevalencia de enfermedad cerebrovascular aumenta progresivamente a partir de los 40 años, alcanzando los valores más elevados entre los 85 y los 94 años, siendo más elevada en hombres prácticamente en todos los grupos de edad. Los valores más elevados en cada sexo se observan en hombres de 85 a 89 años y en mujeres de 90 a 94 años (108,9 y 97,0 casos por 1.000 habitantes, respectivamente).

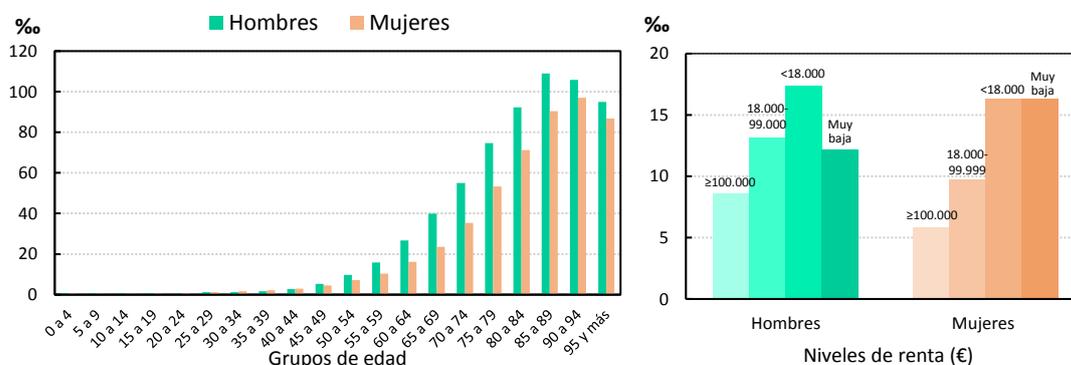
La prevalencia de enfermedad cerebrovascular aumenta al disminuir el nivel de renta, excepto en los hombres con niveles de renta muy baja. En mujeres con renta muy baja el incremento con respecto al nivel anterior es muy leve. Los hombres con renta menor de 18.000 euros tienen el doble de enfermedad cerebrovascular que los de mayor renta y las mujeres el triple.

Es importante señalar que el perfil descrito de prevalencia según nivel de renta es similar para

¹⁵ OECD. Health Statistics, 2017-2018 (información de este indicador disponible para 21 países en 2017 y 2018).

la enfermedad isquémica del corazón y para la enfermedad cerebrovascular: se observa gradiente social con un incremento de la prevalencia al disminuir el nivel de renta, aunque en hombres de renta muy baja la tendencia se invierte. Además, en ambos casos las diferencias de prevalencia según nivel de renta son mayores en mujeres que en hombres.

Gráfico 3-8 Prevalencia registrada de enfermedad cerebrovascular por 1.000 habitantes, según sexo y edad y según sexo y renta. España, 2017



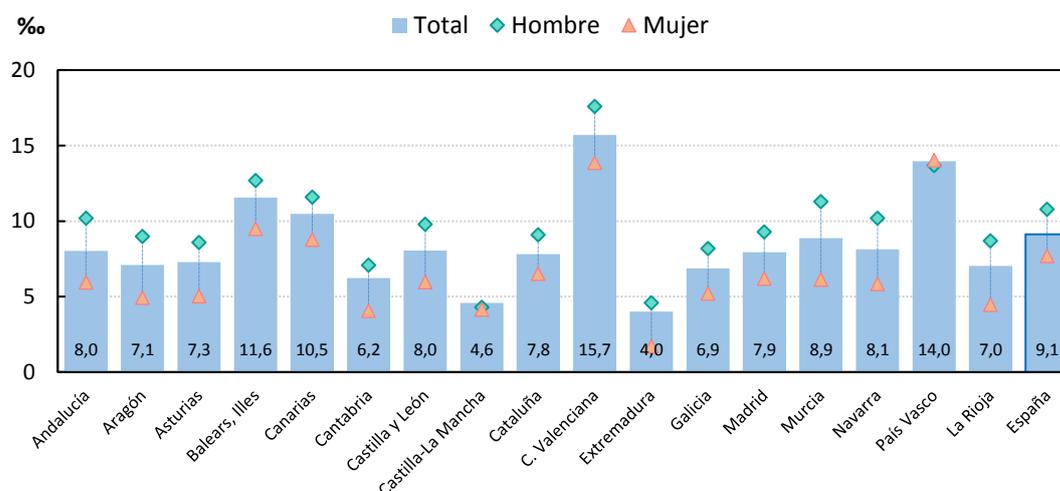
Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

La prevalencia ajustada por edad de enfermedad cerebrovascular es de 9,1 casos por 1.000 habitantes. Las prevalencias más elevadas se han registrado en Valencia, País Vasco, Baleares y Canarias, y las más bajas en Extremadura y Castilla-La Mancha.

La tasa ajustada por edad de hospitalizaciones por esta causa ha sido similar en 2017 y 2018: aproximadamente 12 hospitalizaciones por 10.000 habitantes, siendo cercana a 16 en hombres y alrededor de 9 en mujeres. El patrón territorial de las hospitalizaciones ha sido similar en ambos años, las tasas más elevadas se han observado en Asturias, Melilla, Murcia, País Vasco y Valencia, aunque con variaciones en el orden en cada año, y la tasa más baja en Castilla-La Mancha.

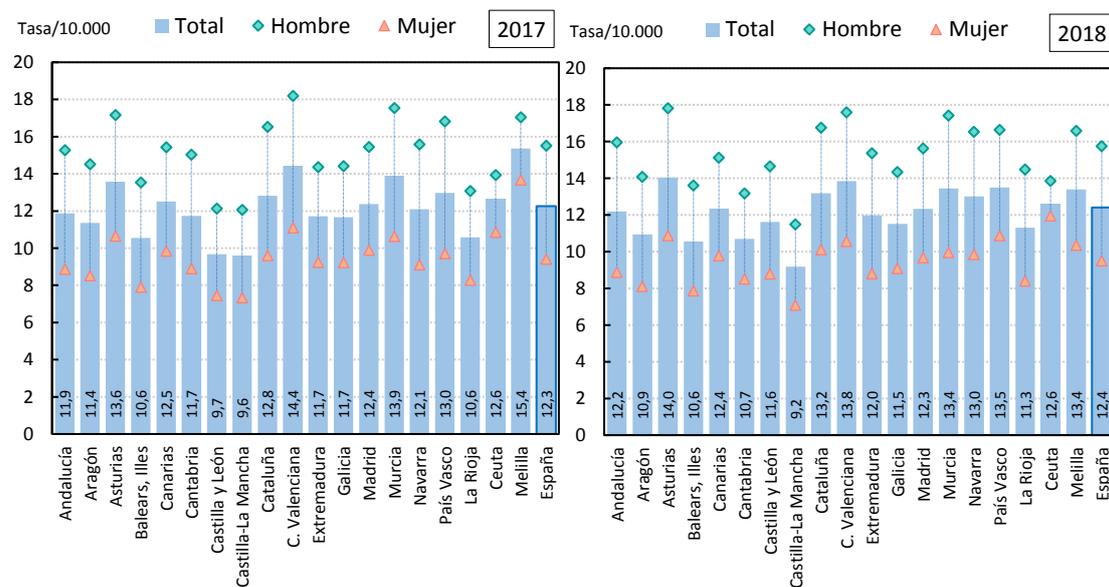
Cabe destacar que en Extremadura se ha registrado la prevalencia más baja de 2017 y que en Castilla-La Mancha se ha encontrado la segunda prevalencia más baja y las tasas de hospitalización más bajas en 2017 y 2018.

Gráfico 3-9 Prevalencia registrada ajustada por edad de enfermedad cerebrovascular por 1.000 habitantes, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

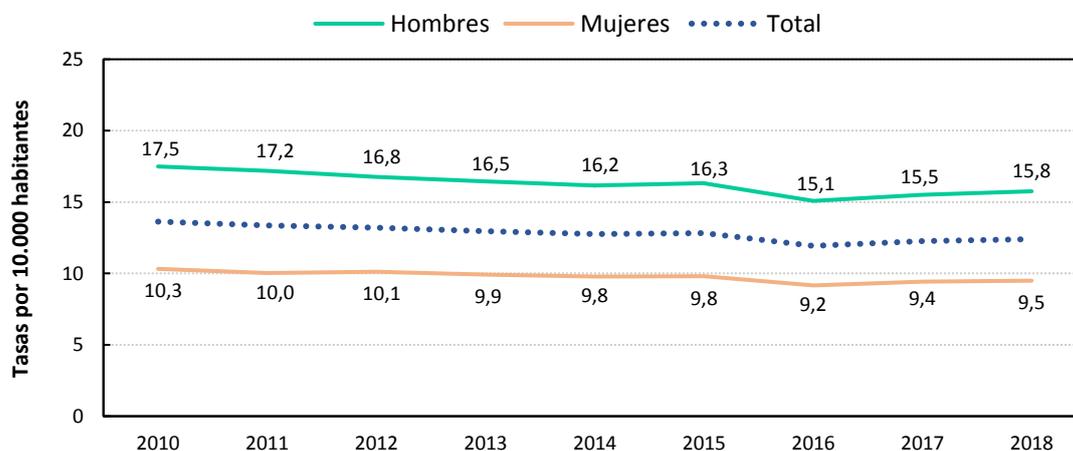
Gráfico 3-10 Tasa ajustada por edad de hospitalización por enfermedad cerebrovascular por 10.000 habitantes. España, 2017-2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD).

La prevalencia de enfermedad cerebrovascular se ha mantenido relativamente estable desde 2013, en valores cercanos a 9 casos por 1.000 habitantes (próximos a 10 en hombres y a 7 en mujeres). Las hospitalizaciones por esta causa han disminuido un 9,0% desde 2010 a 2018 (10,0% en hombres y 8,0% en mujeres).

Gráfico 3-11 Tasa ajustada por edad de hospitalización por enfermedad cerebrovascular por 10.000 habitantes, según sexo. España, 2010-2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD).

La enfermedad cerebrovascular afecta a 1,5% de personas en España, aunque a partir de los 60 años afecta a 6 de cada 100 y, a partir de los 80 años, a 10 de cada 100.

Diabetes mellitus

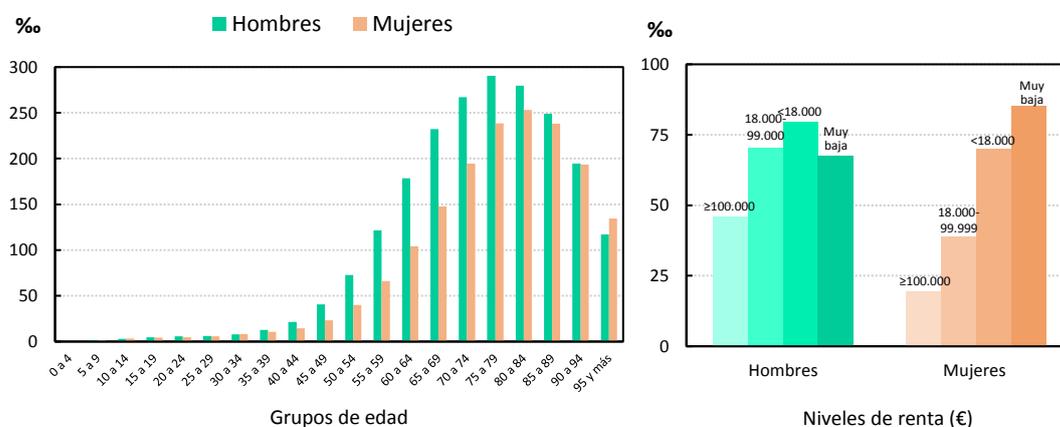
En España hay 75,0 casos registrados de diabetes mellitus por cada 1.000 habitantes, 75,0 en hombres y 62,0 en mujeres. Se han producido 8,4 hospitalizaciones por esta causa por cada 10.000 habitantes en 2017 (7,7 en hombres y 9,0 en mujeres) y 8,5 en 2018 (8,2 en hombres y 9,8 en mujeres).

El número de hospitalizaciones por diabetes mellitus en España fue el tercero más bajo entre los países europeos de la OCDE, por encima de Islandia e Italia en 2017 y de Italia y Países Bajos en 2018.¹⁶

La prevalencia de diabetes mellitus aumenta con la edad, especialmente a partir de los 40 años y, aproximadamente, un 23% de las personas de 65 y más años padece esta enfermedad. Esta tendencia se ve en ambos sexos, si bien la prevalencia es más elevada en hombres en todos los grupos de edad excepto en el grupo de 95 y más años. Los grupos de edad con prevalencias más elevadas en hombres son los de 75 a 79 años (29,1%) y en mujeres las de 80 a 84 años (25,3%).

La prevalencia aumenta al disminuir el nivel de renta, aunque en hombres con renta muy baja es similar a los del nivel de renta de 18.000 a 99.999 euros. Además, las diferencias por nivel de renta son diferentes según sexo: los hombres con renta menor de 18.000 euros tienen 1,7 veces más diabetes mellitus que los de renta superior, mientras que en las mujeres es 3,6 veces más frecuente, cifra que llega a 4,4 si comparamos las mujeres de renta muy baja con las de renta superior.

Gráfico 3-12 Prevalencia registrada de diabetes mellitus por 1.000 habitantes, según sexo y edad y según sexo y renta. España, 2017



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

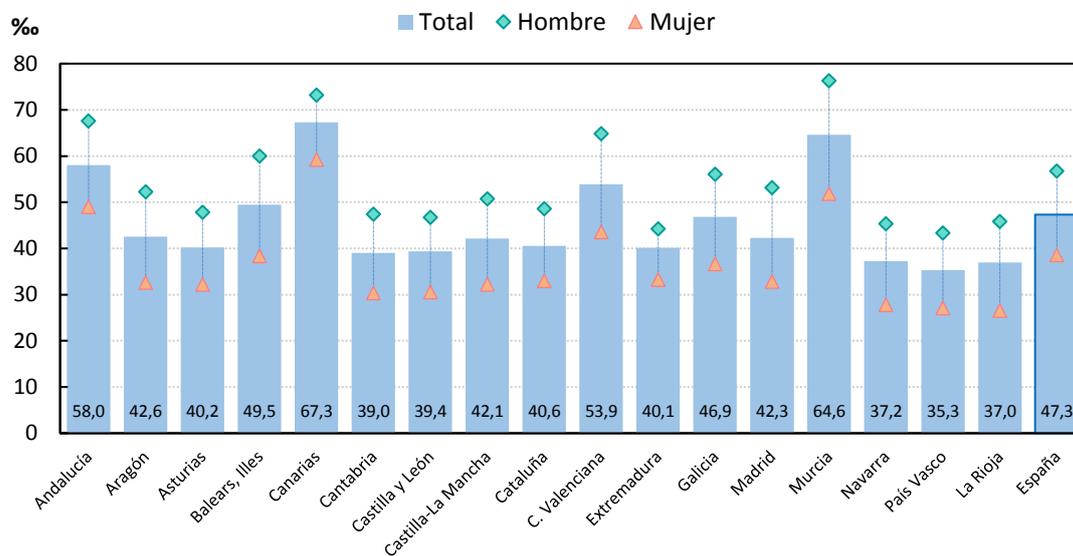
La prevalencia ajustada por edad es de 47,3 casos por cada 100 habitantes, 56,7 en hombres y 38,5 en mujeres. Las prevalencias más elevadas se registran en Canarias, Murcia y Andalucía, y las más bajas en País Vasco, La Rioja y Navarra.

La tasa de hospitalización ajustada por edad es cercana a 4 por 10.000 habitantes en 2017 y 2018, alrededor de 5 en hombres y próxima a 3 en mujeres. Ceuta y Melilla presentan las tasas de hospitalización más elevadas, en Ceuta cerca de 10 hospitalizaciones por 10.000 habitantes y en Melilla 9. La Rioja es la comunidad autónoma con una mayor tasa de hospitalizaciones, alrededor de 7, mientras que Castilla-La Mancha, Madrid y Andalucía presentan las tasas más bajas, estando entre 3 y 4 hospitalizaciones por 10.000 habitantes.

¹⁶ OECD. Health Statistics, 2017-2018 (información de este indicador disponible para 21 países en 2017 y para 21 países en 2018).

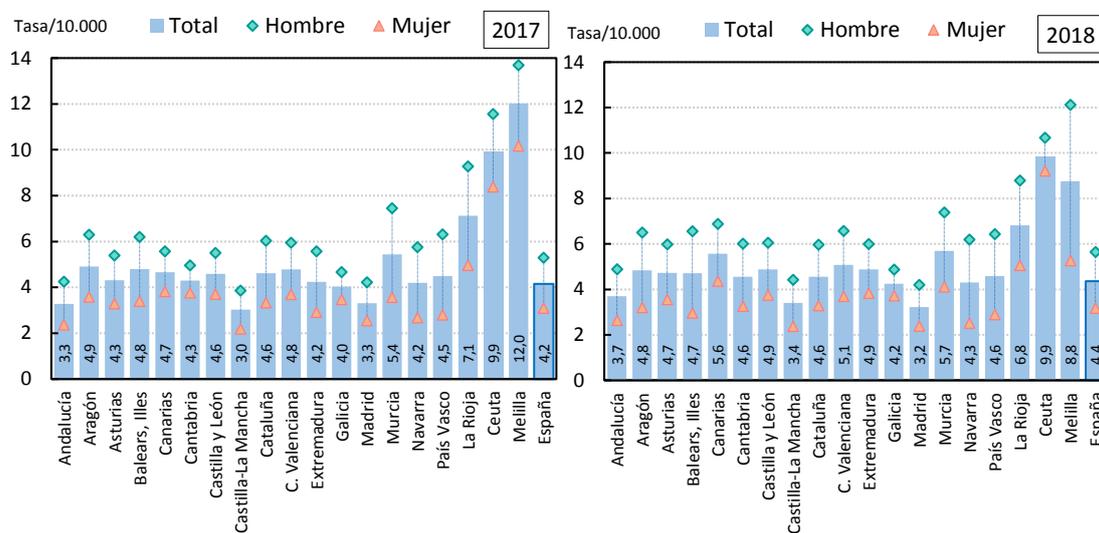
Cabe destacar que Castilla-La Mancha y Madrid han presentado las tasas de hospitalización por esta causa más bajas en 2017 y en 2018 y, además, las prevalencias en estas comunidades se sitúan por debajo de la media en 2017.

Gráfico 3-13 Prevalencia registrada ajustada por edad de diabetes mellitus por 1.000 habitantes, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

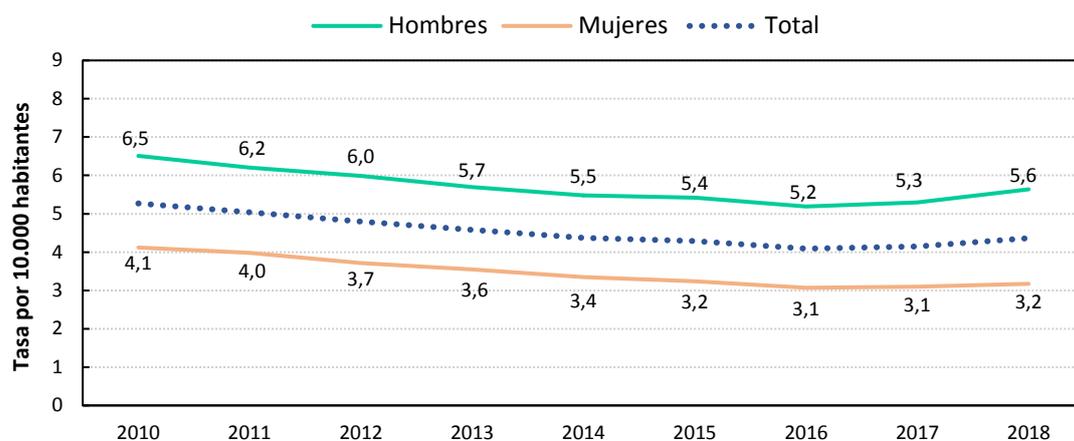
Gráfico 3-14 Tasa ajustada por edad de hospitalización por diabetes mellitus por 10.000 habitantes. España, 2017-2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD).

La prevalencia de diabetes mellitus ha aumentado un 6,4% desde 2013 a 2017 (8,0% en hombres y 4,3% en mujeres) y las hospitalizaciones han disminuido un 17,3% desde 2010 a 2018 (13,4% en hombre y 23,1% en mujeres).

Gráfico 3-15 Tasa ajustada por edad de hospitalización por diabetes mellitus por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2010-2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD).

Siete de cada 100 personas padecen diabetes en España, cifra que llega a 23 de cada 100 en las personas de 65 y más años.

Enfermedad hipertensiva

La prevalencia registrada de hipertensión arterial es de 160,8 casos por cada 1.000 habitantes: 160,0 en hombres y 174,7 en mujeres.

En 2017 se produjeron 6,4 hospitalizaciones por enfermedad hipertensiva por cada 10.000 habitantes (5,8 en hombres y 6,9 en mujeres). En 2018 las hospitalizaciones por esta causa ascienden a 16,2 por cada 10.000 habitantes (15,2 en hombres y 17,2 en mujeres). Es importante destacar que en la nueva edición de la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de 2018 se ha producido un cambio en la normativa de codificación que establece la utilización de un código de diagnóstico principal distinto al de insuficiencia cardíaca en los casos en los que la etiología de la misma es la hipertensión arterial, lo que ha producido una rotura de la serie histórica y ha repercutido en el incremento del dato de 2018.

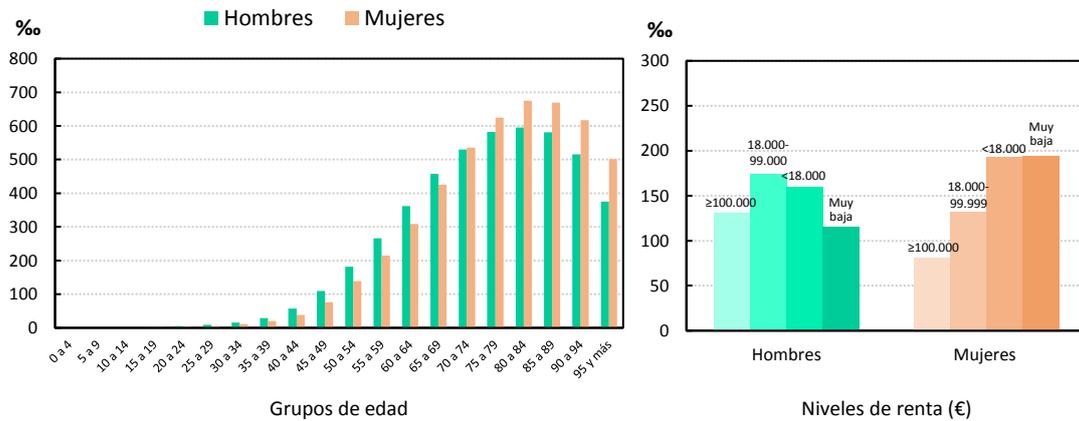
El número de hospitalizaciones por enfermedad hipertensiva en España se situó en la mitad del rango de este indicador entre los países europeos de la OCDE en 2017 y en 2018 se situó en la mitad superior del rango.¹⁷

La prevalencia registrada aumenta con la edad en ambos sexos y prácticamente la mitad de las personas de 70 y más años padecen hipertensión arterial. La prevalencia es mayor en hombres hasta los 69 años mientras que, a partir de los 70 años, es más elevada en mujeres.

En mujeres se observa un claro gradiente social, las mujeres con nivel de renta bajo tienen el doble de hipertensión que las de nivel de renta alto. En hombres no se observa un patrón tan claro, pero padecen hipertensión un 13% de los hombres con mayor nivel de renta frente a un 17% de los de renta intermedia y un 16% de los de renta baja.

¹⁷ OECD, 2017-2018 (información de este indicador disponible para 20 países en 2017 y para 20 países en 2018).

Gráfico 3-16 Prevalencia registrada de hipertensión arterial por 1.000 habitantes, según sexo y edad y según sexo y renta. España, 2017

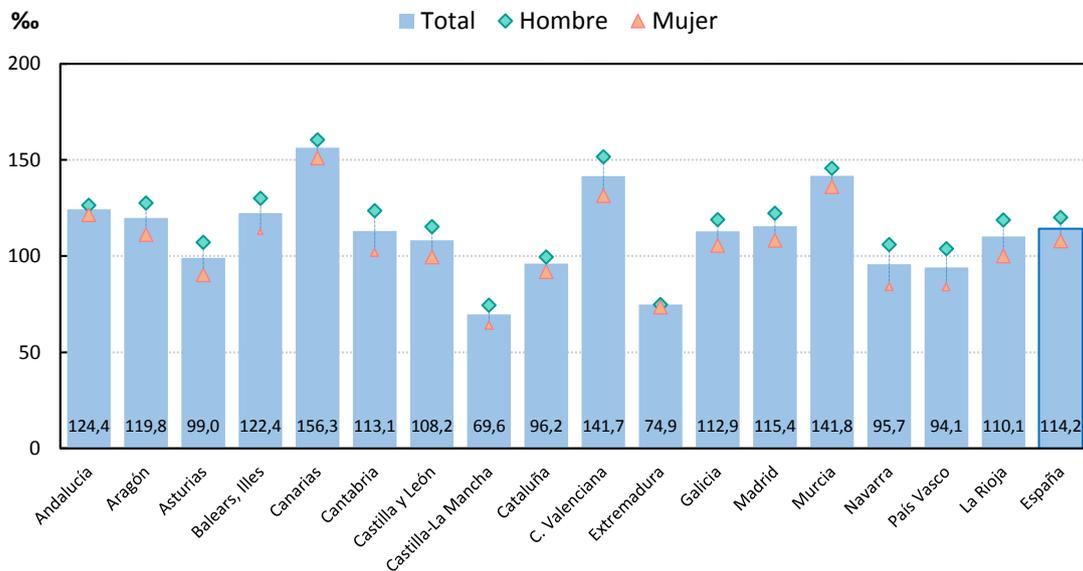


Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

La prevalencia ajustada por edad de hipertensión arterial es de 114,2 casos por cada 100 habitantes (120,1 en hombres y 107,9 en mujeres). Las mayores prevalencias se registran en Canarias, Murcia y Valencia y las menores en Castilla-La Mancha y Extremadura.

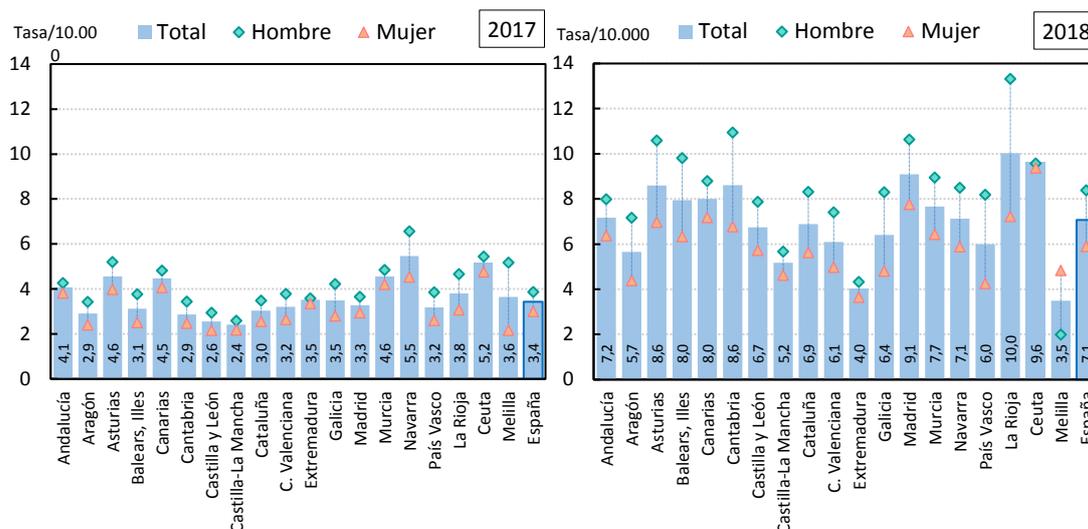
La tasa ajustada por edad de hospitalización por enfermedad hipertensiva ha pasado de 3,4 hospitalizaciones por 10.000 habitantes en 2017 a 7,7 en 2018. En 2017 se han observado más hospitalizaciones en Navarra, Ceuta, Asturias, Canarias y Andalucía, y en 2018 en La Rioja, Ceuta, Madrid, Asturias y Cantabria. Se han observado menos hospitalizaciones en 2017 en Castilla-La Mancha, Castilla y León, Aragón y Cantabria, y en 2018 en Melilla, Extremadura, Castilla-La Mancha y Aragón.

Gráfico 3-17 Prevalencia registrada ajustada por edad de hipertensión arterial por 1.000 habitantes, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

Gráfico 3-18 Tasa ajustada por edad de hospitalización por enfermedad hipertensiva por 10.000 habitantes. España, 2017-2018

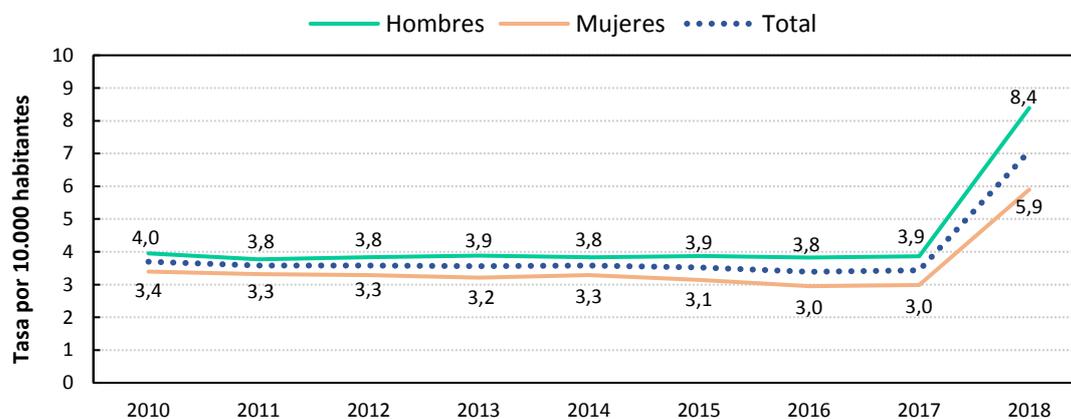


Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD).

La prevalencia de hipertensión arterial ha aumentado un 3,0% entre 2013 y 2017 (4,9% en hombres y 1,3% en mujeres).

Sin considerar el año 2018, en el que se ha producido el cambio de clasificación comentado, las hospitalizaciones por hipertensión arterial han disminuido un 7,3% entre 2010 y 2017 (2,3% en hombres y 11,8% en mujeres).

Gráfico 3-19 Tasa ajustada por edad de hospitalización por enfermedad hipertensiva por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2010-2018



Observaciones: Rotura de serie en 2018 por la implantación de la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) que implica un cambio en la normativa de codificación.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD).

La hipertensión arterial afecta a un 17% de las personas en España, cifra que aumenta con la edad y más de la mitad de las personas de 70 y más años padecen hipertensión.

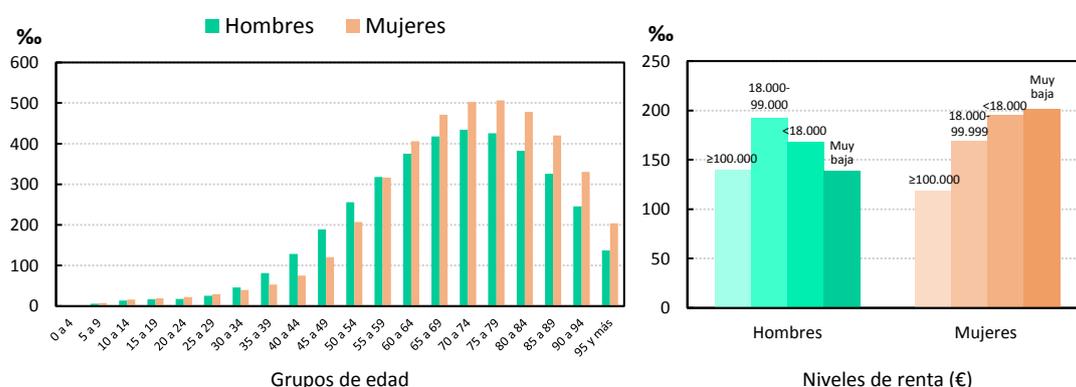
Trastornos del metabolismo lipídico

La prevalencia registrada de trastornos del metabolismo lipídico es de 178,8 por cada 1.000 habitantes: 171,3 en hombres y 186,0% en mujeres.

La prevalencia aumenta con la edad en ambos sexos y prácticamente la mitad de las personas de 65 y más años padecen un trastorno del metabolismo lipídico. Es mayor en hombres entre los 30 y los 59 años, a partir de esa edad es más elevada en mujeres.

En mujeres se observa un claro gradiente social: las mujeres con nivel de renta bajo tienen casi el doble de trastornos del metabolismo lipídico que las de nivel de renta alto. En hombres no se observa un patrón tan claro, pero padecen estos trastornos un 14,0% de los hombres con mayor nivel de renta frente a un 19,3% de los de renta intermedia y un 16,8% de los de renta baja.

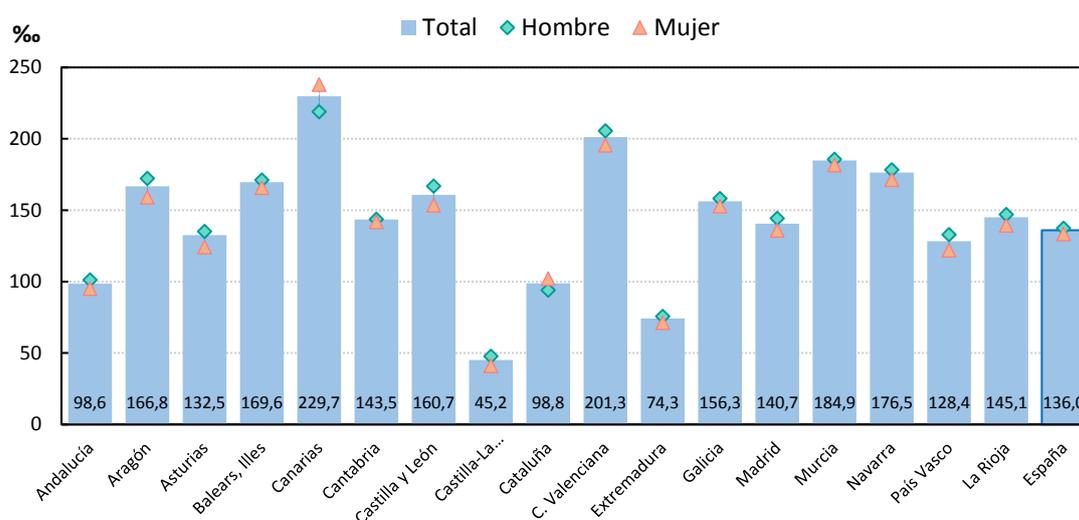
Gráfico 3-20 Prevalencia registrada de trastornos del metabolismo lipídico por 1.000 habitantes, según sexo y edad y según sexo y renta. España, 2017



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

La prevalencia ajustada por edad de trastornos del metabolismo lipídico es de 136,0 por cada 1.000 habitantes (137,6 en hombres y 133,4 en mujeres). Las prevalencias más elevadas se han registrado en Canarias y Valencia y las más bajas en Castilla-La Mancha y Extremadura.

Gráfico 3-21 Prevalencia registrada ajustada por edad de trastornos del metabolismo lipídico por 1.000 habitantes, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

La prevalencia de trastornos del metabolismo lipídico ha aumentado un 16,4% desde 2013 a 2107, 17,6% en hombres y 15,2% en mujeres.

Un 18% de personas en España padecen un trastorno del metabolismo lipídico, estos trastornos afectan a la mitad de las personas de 65 y más años.

3.2.2 Trastornos mentales



La prevalencia registrada de trastornos mentales es de 273,8 casos por cada 1.000 habitantes, más elevada en mujeres que en hombres (302,3 frente a 244,2%). En 2017 se produjeron 17,0 hospitalizaciones por trastornos mentales por 10.000 habitantes (18,0 en hombres y 15,9 en mujeres) y 16,7 hospitalizaciones en 2018 (17,7 en hombres y 15,8 en mujeres). Cabe señalar que la prevalencia registrada de trastornos mentales es mayor en mujeres que en hombres y la tasa de hospitalización es mayor en hombres que en mujeres.

El número de hospitalizaciones por trastornos mentales en España fue uno de los más bajos de los países europeos de la OCDE, superando a Países Bajos e Irlanda en 2017 y a estos dos países y a Portugal en 2018.¹⁸

La prevalencia registrada de trastornos mentales aumenta con la edad, cuatro de cada 10 personas de 65 y más años padece algún trastorno mental. Este patrón es similar en ambos sexos, si bien la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres a partir de los 20 años.

Se observa un claro gradiente social en ambos sexos, los hombres y las mujeres con nivel de ingresos muy bajo padecen el doble de trastornos mentales que los de mayor nivel de ingresos.

Gráfico 3-22 Prevalencia registrada de trastornos mentales por 1.000 habitantes, según sexo y edad y según sexo y clase social. España, 2017



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

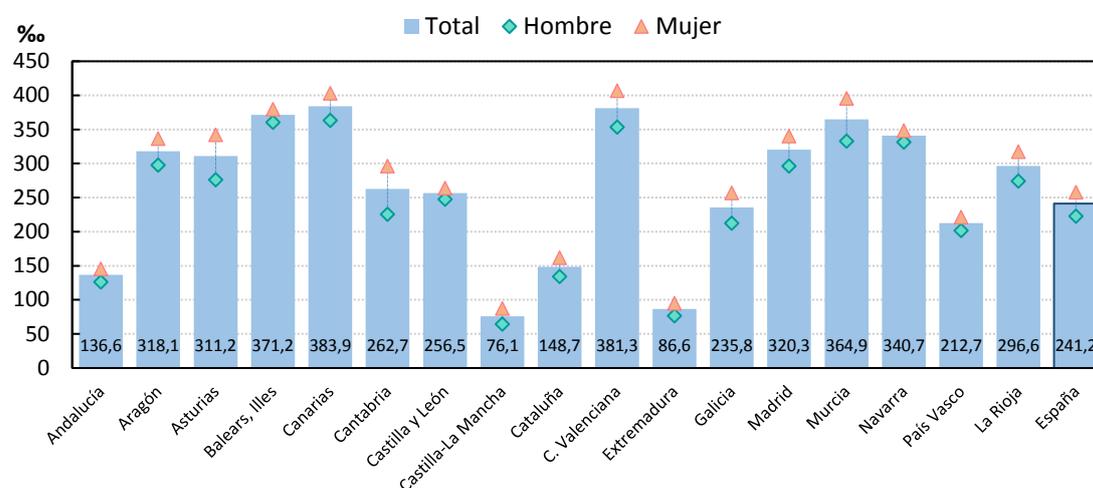
La prevalencia ajustada por edad de trastornos mentales es de 241,2 por cada 1.000 habitantes (223,0 en hombres y 257,9 en mujeres). Las prevalencias más elevadas se observan en Canarias, Valencia y Baleares y las más bajas en Castilla-La Mancha, Extremadura y Andalucía.

La tasa de hospitalización ajustada por edad supone, aproximadamente, 16 hospitalizaciones por 10.000 habitantes, algo más elevada en hombres que en mujeres. Se han encontrado tasas por encima de 20 por 10.000 Asturias, Aragón, País Vasco y Navarra y, también, en La

¹⁸ OECD. Health Statistics, 2017-2018 (información de este indicador disponible para 21 países en 2017 y para 21 países en 2018).

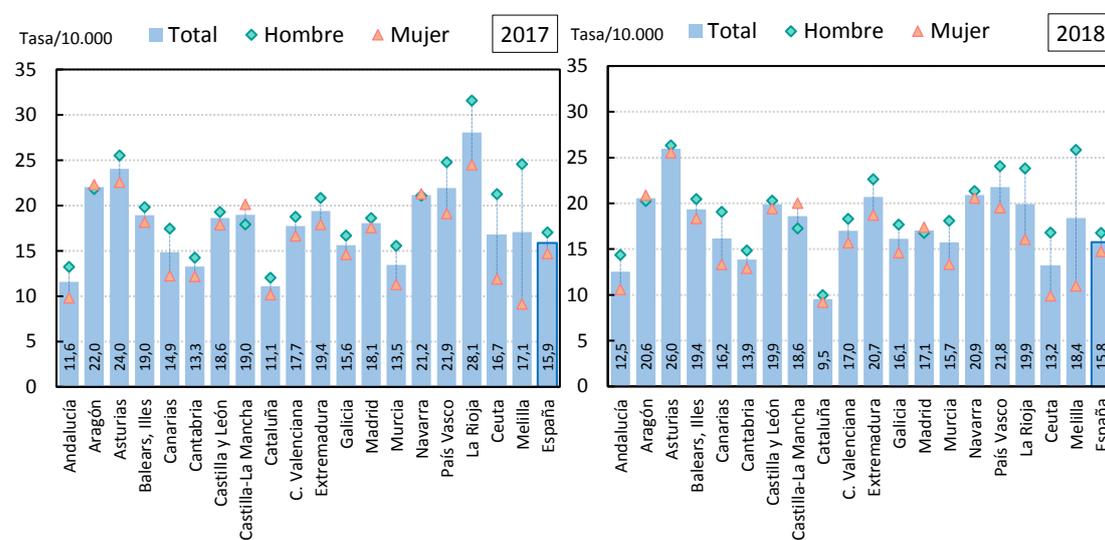
Rioja en 2017 y en Extremadura en 2018. Las menores tasas de hospitalización se han encontrado en Andalucía y Cataluña.

Gráfico 3-23 Prevalencia registrada ajustada por edad de trastornos mentales por 1.000 habitantes, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

Gráfico 3-24 Tasa ajustada por edad de hospitalización por trastornos mentales por 10.000 habitantes. España, 2017-2018

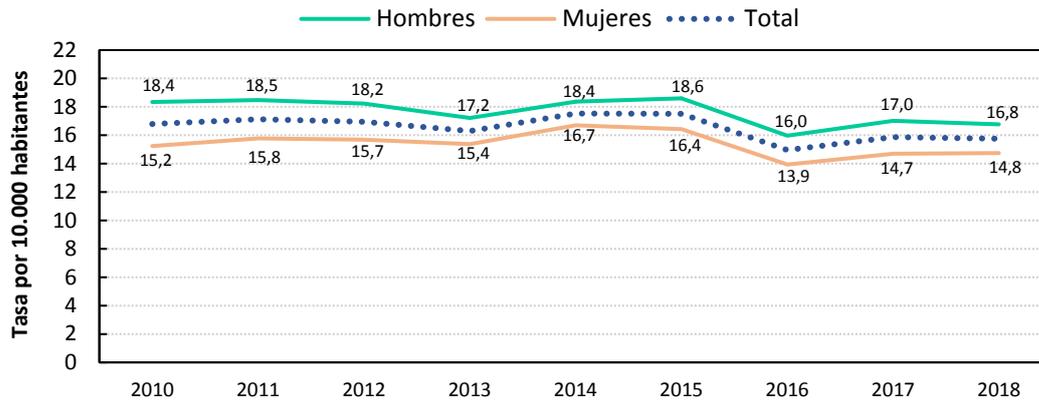


Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD).

La prevalencia registrada de trastornos mentales ha aumentado un 13,0% desde 2013 a 2017, un 15,7% en hombres y un 10,8% en mujeres.

La tasa ajustada por edad de hospitalizaciones por trastornos mentales se ha mantenido en unos valores relativamente estables desde 2010 a 2018, con una disminución del 6,2% (8,7% en hombres y de 3,2% en mujeres).

Gráfico 3-25 Tasa ajustada por edad de hospitalización por trastornos mentales por 10.000 habitantes, según sexo. España, 2010-2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD).

Tres de cada 10 españoles padecen algún trastorno mental. Las personas con nivel de ingresos muy bajo presentan el doble de trastornos mentales que las de mayor nivel de ingresos.

3.2.3 Tumores malignos



Según la información registrada en BDCAP, el 1,9% de las personas (2,0% hombres, 1,9% mujeres) tiene registrado el diagnóstico de alguna neoplasia maligna en los últimos cinco años, entre 2013 y 2017. Las neoplasias más frecuentes en el hombre son las de piel, digestivas, genitales, urinarias y respiratorias, y en la mujer: mama, piel, digestivas, genitales, hematológicas y respiratorias. La mayoría de las neoplasias aparecen a partir de los 40 años y su frecuencia aumenta con la edad hasta los 79-84 años. En el informe "Prevalencia de las principales neoplasias malignas a partir de registros clínicos de atención primaria" se puede encontrar información más detallada sobre este tema.¹⁹

La prevalencia a 5 años de tumores malignos en España está en el por debajo de la media de los países de la Unión Europea, según las estimaciones publicadas por la OMS.²⁰

En 2017 se produjeron 72,4 hospitalizaciones por 10.000 habitantes debidas a tumores malignos (85,3 en hombres y 60,7 en mujeres). En 2018 la cifra ha sido de 71,3 hospitalizaciones por esta causa por 10.000 habitantes (84,1 en hombres y 58,9 en mujeres).

La tasa ajustada por edad fue de 52,2 hospitalizaciones por 10.000 habitantes en 2017 y de 50,7 hospitalizaciones en 2018, siendo la tasa en hombres alrededor de 10 puntos más alta que en mujeres.

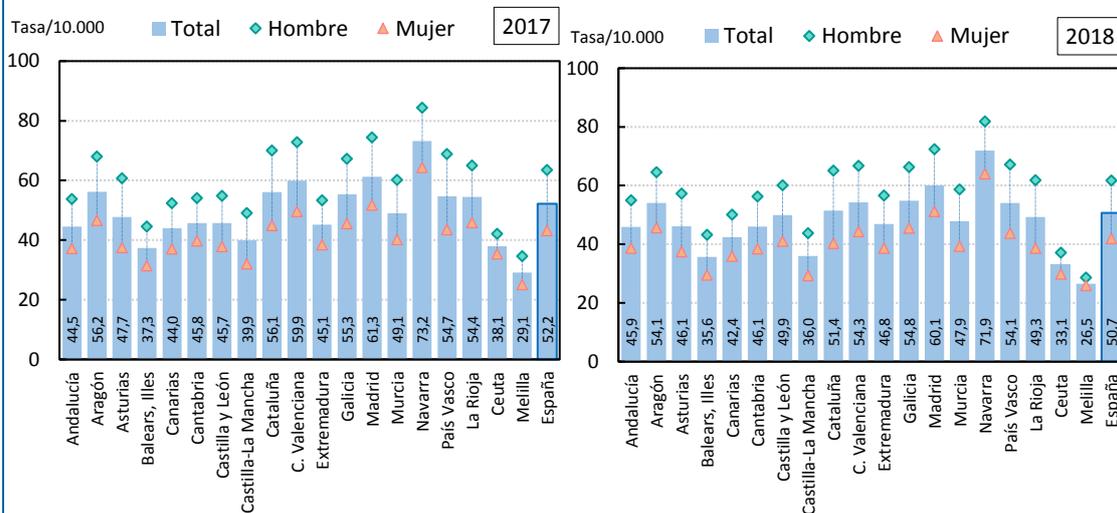
¹⁹ Prevalencia de las principales neoplasias malignas a partir de registros clínicos de atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2021. Disponible en:

<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>

²⁰ WHO. Global Cancer Observatory, 2018.

Navarra, Madrid y Valencia han sido las comunidades que presentan las tasas más elevadas, y Melilla, Ceuta, Baleares y Castilla-La Mancha los lugares con las tasas más bajas, distribución que se ha mantenido los dos años analizados.

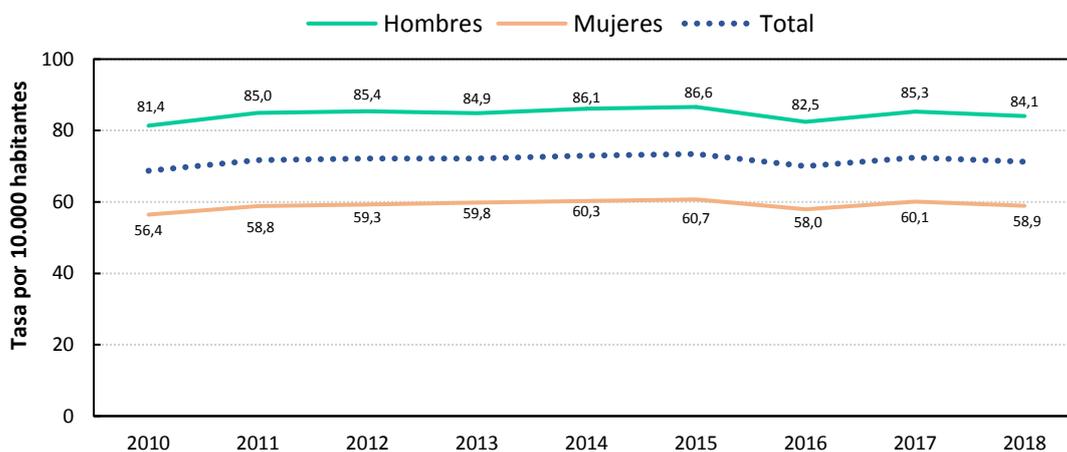
Gráfico 3-26 Tasa ajustada por edad de hospitalización por tumores malignos por 10.000 habitantes. España, 2017-2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD).

La evolución de la tasa ajustada de hospitalización por tumores malignos sigue una tendencia ligeramente ascendente y desde 2010 a 2018 ha aumentado un 3,7% (3,3% en hombres y 4,4% en mujeres).

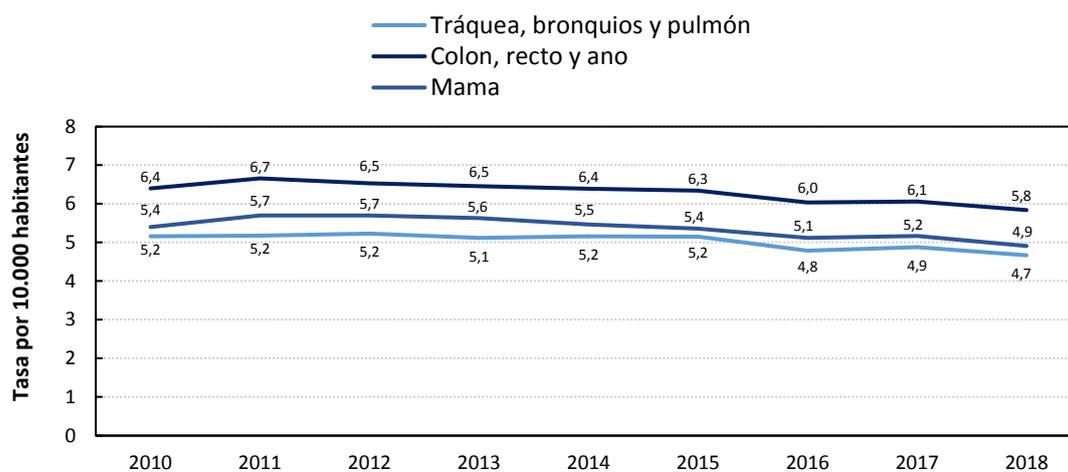
Gráfico 3-27 Tasa ajustada por edad de hospitalización por tumores malignos por 10.000 habitantes, según sexo. España, 2010-2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD).

Las hospitalizaciones por los tres tumores más frecuentes han disminuido desde 2010 a 2018: un 9,5% las debidas a tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón, un 8,8% las debidas a cáncer de colon, recto y ano, y un 9,1% las debidas a cáncer de mama.

Gráfico 3-28 Tasa ajustada por edad de hospitalización por los tumores malignos más frecuentes por 10.000 habitantes. España, 2010-2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD).

Las hospitalizaciones por tumores malignos han aumentado un 4% desde 2010 a 2018, mientras que las hospitalizaciones por tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón, cáncer de colon, recto y ano, y cáncer de mama han disminuido un 9%.

3.3 Mortalidad

Los datos de mortalidad son utilizados frecuentemente para evaluar el estado de salud de las poblaciones por su gran valor para las comparaciones temporales y geográficas. La exhaustividad de los registros de mortalidad y la objetividad del fenómeno que recogen convierten a los indicadores de mortalidad en un instrumento adecuado para la monitorización de los problemas de salud y el establecimiento de prioridades sanitarias.

En este apartado se presenta la información más actualizada, correspondiente a 2018, de mortalidad general, por enfermedades cardiovasculares, trastornos mentales y tumores malignos.

Para una información más detallada sobre mortalidad, con datos hasta 2017, se pueden consultar los informes "Indicadores de Salud 2020. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea"²¹ y "Patrones de mortalidad en España, 2017"²² que incluyen, entre otras cosas, información desagregada por grupos de edad y sobre otras causas específicas de muerte.

3.3.1 Mortalidad general



En 2018 se produjeron en España 427.721 defunciones, 216.442 hombres y 211.279 mujeres, con una tasa bruta de mortalidad de 915,3 fallecimientos por 100.000 habitantes (944,7 en hombres y 887,1 en mujeres).

La tasa de mortalidad ajustada por edad en 2018 fue de 440,6 fallecimientos por 100.000 habitantes (569,8 en hombres y 333,5 en mujeres), menor que en 2017 (445,02 por 100.000). Las tasas más elevadas en 2018 se han registrado en Melilla y Ceuta, seguidas de Andalucía y las tasas más bajas se han observado en Madrid, Navarra y Castilla y León.

La mortalidad en España es un 16% menor que la media de la Unión Europea y es la segunda más baja de los Estados Miembros.²³

Desde 2000 se mantiene una tendencia descendente en la mortalidad en España, que se ha reducido un 28,5% entre 2000 y 2018, siendo la reducción del 30,6% en hombres y del 26,4% en mujeres. Este descenso ha sido mayor del 30% en Baleares, Madrid, Canarias, Murcia y País Vasco, y menor del 25% en Castilla y León, Ceuta y La Rioja.

²¹ Ministerio de Sanidad. Indicadores de Salud 2020. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2020. Disponible en:

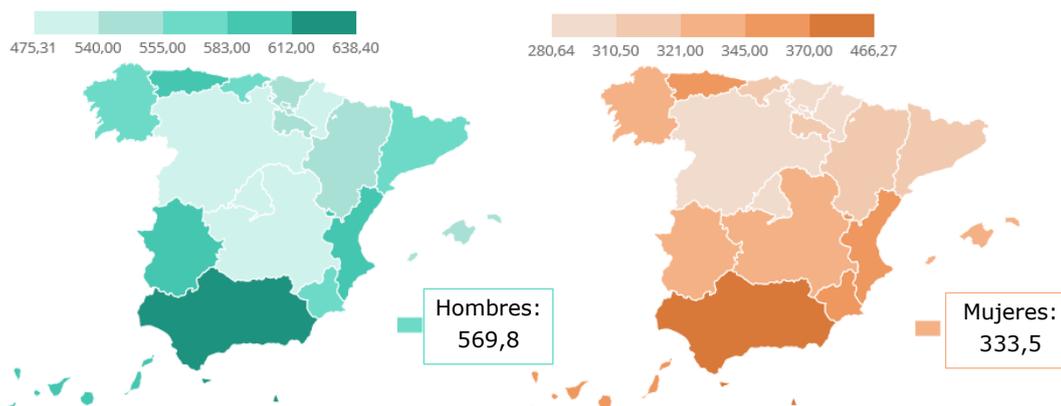
<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud.htm>

²² Ministerio de Sanidad. Patrones de mortalidad en España, 2017. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2020. Disponible en:

https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Patron_es_Mortalidad_2017.pdf

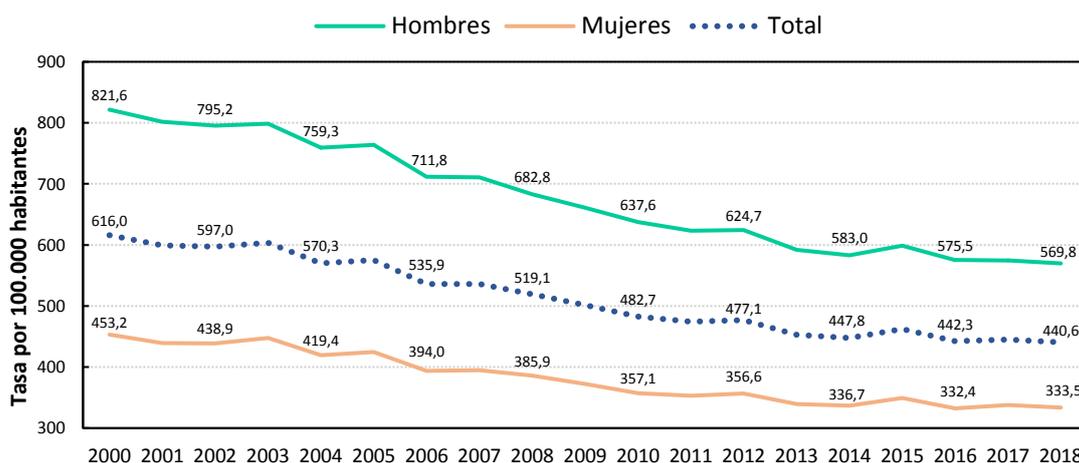
²³ Eurostat. Causes of death Database, 2016.

Gráfico 3-29 Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2018



Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad. Defunciones según causa de Muerte.

Gráfico 3-30 Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2000-2018



Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad. Defunciones según causa de Muerte.

La mortalidad en España ha disminuido un 29% desde 2000 a 2018, disminución que se ha observado en ambos sexos y en todos los territorios autonómicos.



Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer son responsables de más de la mitad de las defunciones. El resto de causas de muerte contribuyen en una proporción mucho menor al conjunto de la mortalidad total, lo que se ha tenido en consideración para incluir en los distintos apartados del informe la información más relevante sobre las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo, e incluir en este apartado información de mortalidad por cáncer. Además, se incluye información de mortalidad por suicidio para complementar la información sobre los trastornos mentales.

3.3.2 Enfermedad cardiovascular



Las enfermedades cardiovasculares han sido la primera causa de muerte en España en 2018, ocasionando 120.859 fallecimientos, el 28,3% del total de muertes registradas, lo que ha supuesto una tasa bruta de 258,6 defunciones por 100.000 habitantes, cifras menores que las de 2017 (122.465 fallecimientos y una tasa bruta de 263,2 por 100.000). Aproximadamente la mitad de las defunciones por enfermedades cardiovasculares han sido debidas a enfermedad isquémica del corazón y a enfermedad cerebrovascular.

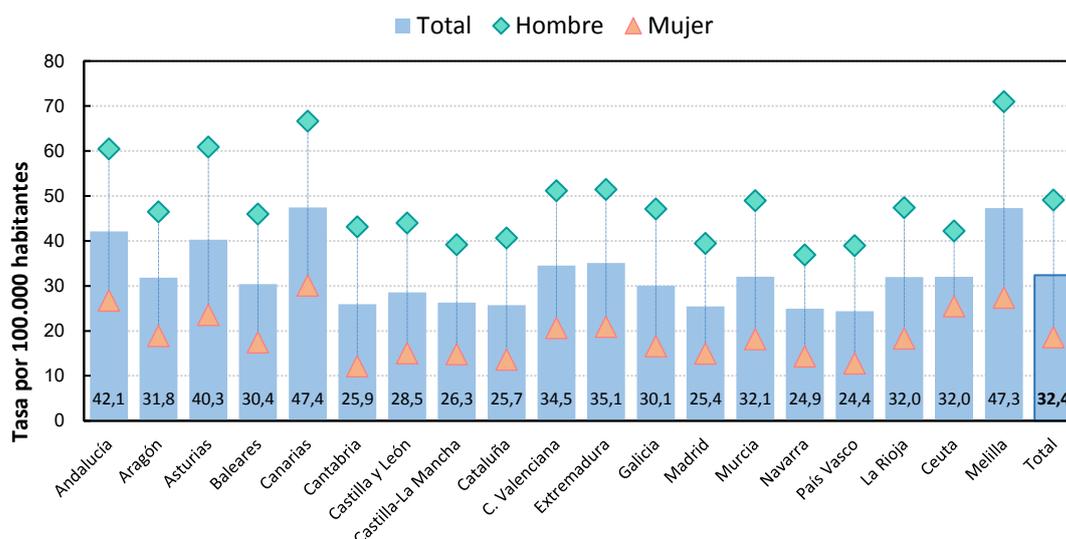
Enfermedad isquémica del corazón

Se produjeron 31.152 fallecimientos por enfermedad isquémica del corazón (18.423 en hombres y 12.729 en mujeres), con una tasa bruta de mortalidad de 66,7 por 100.000 habitantes (80,4 en hombres y 53,4 en mujeres), cifras que han supuesto un descenso con respecto a 2017, con 32.325 fallecimientos y una tasa bruta de 69,5 por 100.000. Cabe destacar que la enfermedad isquémica del corazón causa más defunciones en hombres que en mujeres y que un 32,9% de las muertes por enfermedad cardiovascular en hombres son debidas a esta causa, frente a un 19,6% en mujeres.

La mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en España es un 45% menor que la media de la Unión Europea y es una de las tres más bajas de los Estados Miembros.²⁴

La tasa de mortalidad ajustada por edad por esta causa ha sido de 32,4 por 100.000 (49,1 en hombres y 18,6 en mujeres). En cuanto a la distribución geográfica, la mortalidad más elevada se ha encontrado en Canarias, Melilla y Andalucía-y la más baja en País Vasco y Navarra.

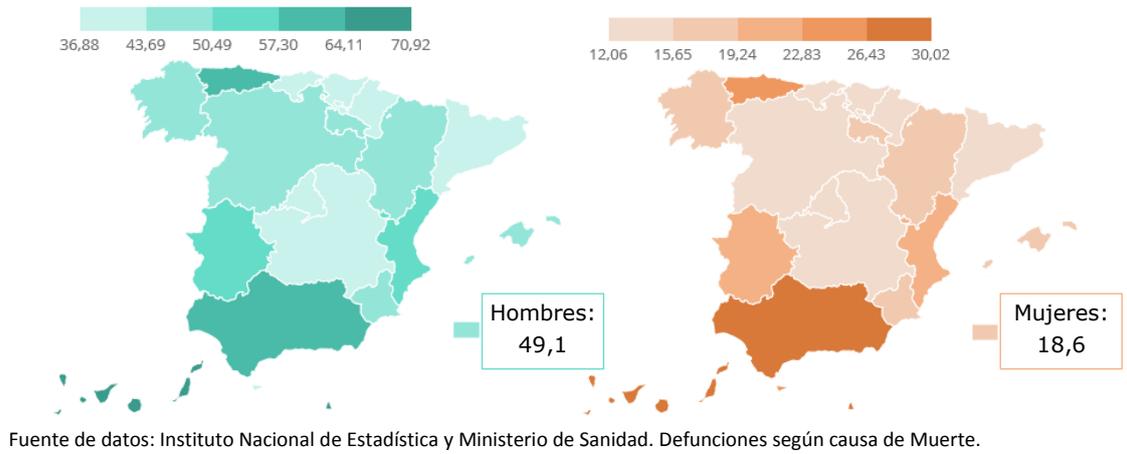
Gráfico 3-31 Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad isquémica del corazón por 100.000 habitantes, según sexo y comunidad autónoma. España, 2018



Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad. Defunciones según causa de Muerte.

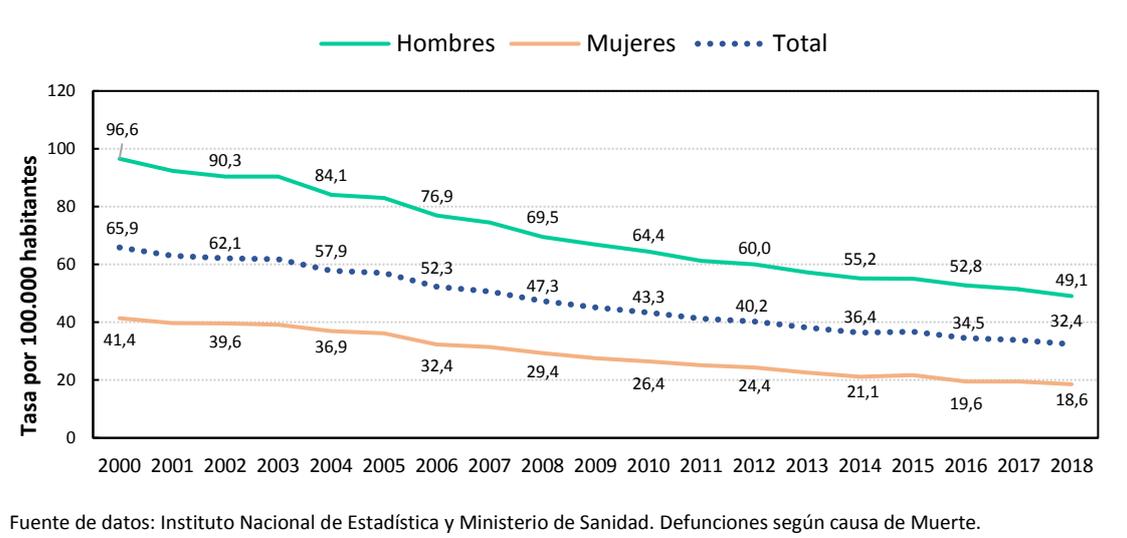
²⁴ WHO. European Health Information Gateway, 2015.

Gráfico 3-32 Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad isquémica del corazón por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2018



Se mantiene la tendencia descendente en la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón, tanto en hombres como en mujeres, y desde 2000 a 2018 ha disminuido aproximadamente un 50%; la tasa de mortalidad ajustada por edad ha disminuido un 49,2% en hombres y un 55,2% en mujeres.

Gráfico 3-33 Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad isquémica del corazón por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2000-2018



La mortalidad por enfermedad isquémica del corazón es mayor en hombres que en mujeres y ha disminuido aproximadamente un 50% desde 2000 a 2018 en ambos sexos.



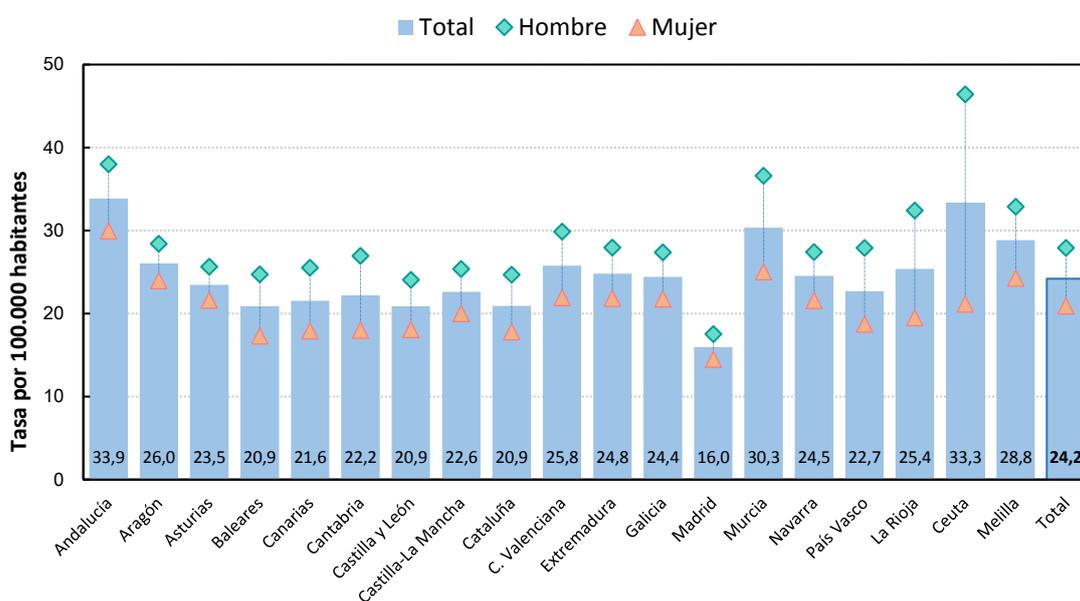
Enfermedad cerebrovascular

Se registraron 26.420 fallecimientos por enfermedad cerebrovascular (11.435 hombres y 14.985 mujeres), con una tasa bruta de mortalidad de 56,5 por 100.000 habitantes (49,9 en hombres y 62,9 en mujeres). Estos valores representaron una ligera disminución con respecto a 2017, con 26.937 defunciones y una tasa bruta de mortalidad de 57,9.

La mortalidad por enfermedad cerebrovascular en España es la segunda más baja de la Unión Europea y es un 35% menor que la media de los Estados miembros,²⁵

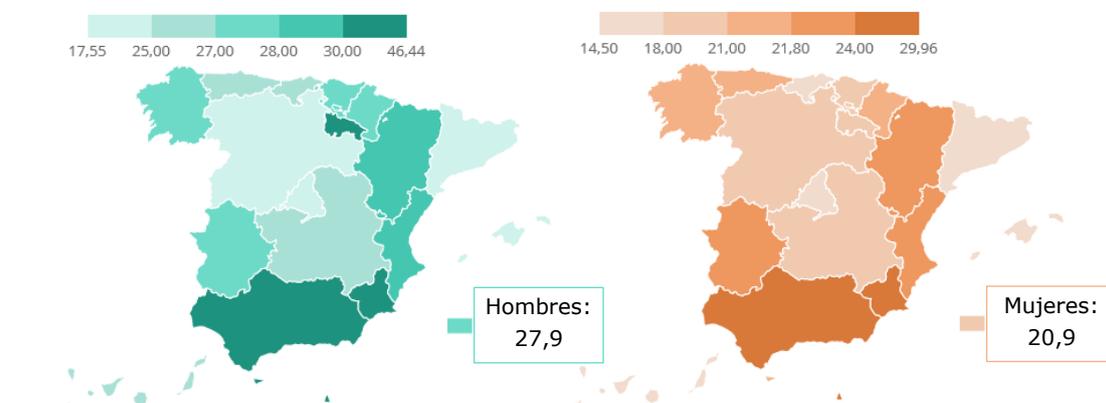
La tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular ajustada por edad fue de 24,2 (27,9 en hombres y 20,9 en mujeres). En cuanto a la distribución territorial, la mortalidad más elevada se ha encontrado en Andalucía, Ceuta y Murcia, y la más baja en Madrid, Castilla y León, Baleares y Cataluña.

Gráfico 3-34 Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad cerebrovascular por 100.000 habitantes, según sexo y comunidad autónoma. España, 2018



Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad. Defunciones según causa de Muerte.

Gráfico 3-35 Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad cerebrovascular por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2018

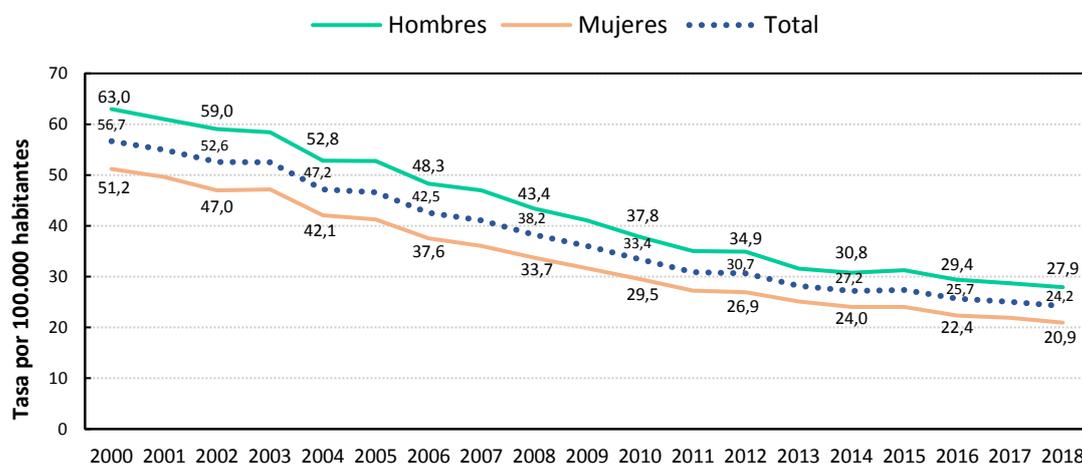


Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad. Defunciones según causa de Muerte.

²⁵ WHO. European Health Information Gateway, 2015.

Desde 2000 a 2018, la mortalidad por esta causa ha disminuido, aproximadamente, un 60%, 55,7% en hombres y 59,1% en mujeres. Esta disminución de la mortalidad se ha observado en todos los territorios, con un rango que ha oscilado entre el 35,9% en Ceuta y el 65,2% en Baleares.

Gráfico 3-36 Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad cerebrovascular por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2000-2018



Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad. Defunciones según causa de Muerte.

La mortalidad por enfermedad cerebrovascular ha disminuido aproximadamente un 60% desde 2000 a 2018, tanto en hombres como en mujeres. En números absolutos mueren más mujeres que hombres por esta causa.



3.3.3 Tumores malignos

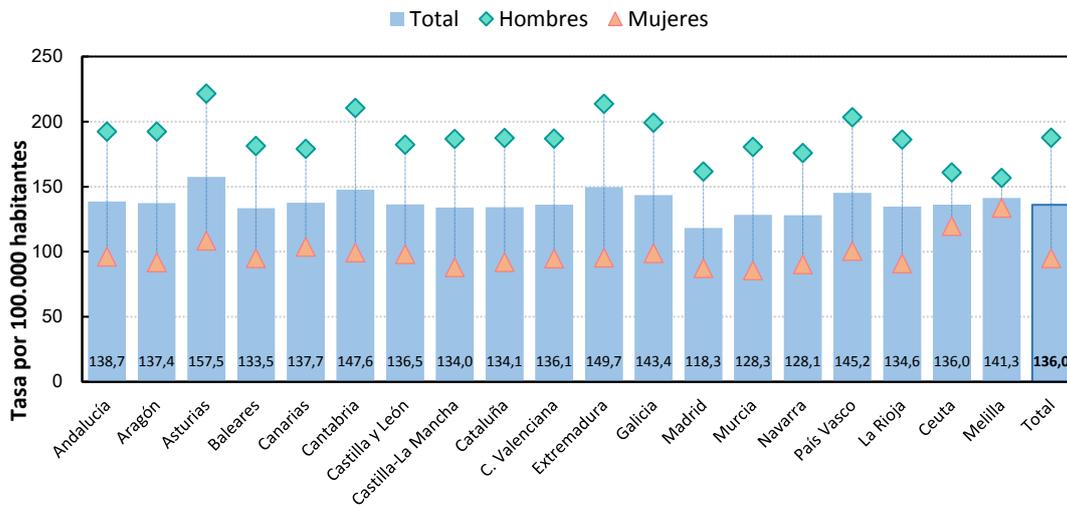
En España, como en el resto de los países de su entorno socioeconómico, los tumores malignos representan la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares. En 2018, se produjeron 108.526 defunciones por esta causa (66.000 hombres y 42.526 mujeres), con una tasa bruta de mortalidad de 232,3 por 100.000 habitantes (288,1 en hombres y 178,6 en mujeres). Estos valores son inferiores a los de 2017, con 109.073 fallecimientos y una tasa bruta de mortalidad de 233,4 por 100.000 habitantes.

La mortalidad por tumores malignos en España es la quinta más baja de la Unión Europea y es un 11% menor que la media de la Estados miembro.²⁶

La tasa de mortalidad por tumores malignos ajustada por edad fue de 136,0 por 100.000 habitantes (187,7 en hombres y 94,9 en mujeres). La mortalidad más elevada se encontró en Asturias, Extremadura y Cantabria y la más baja en Murcia, Navarra y Madrid.

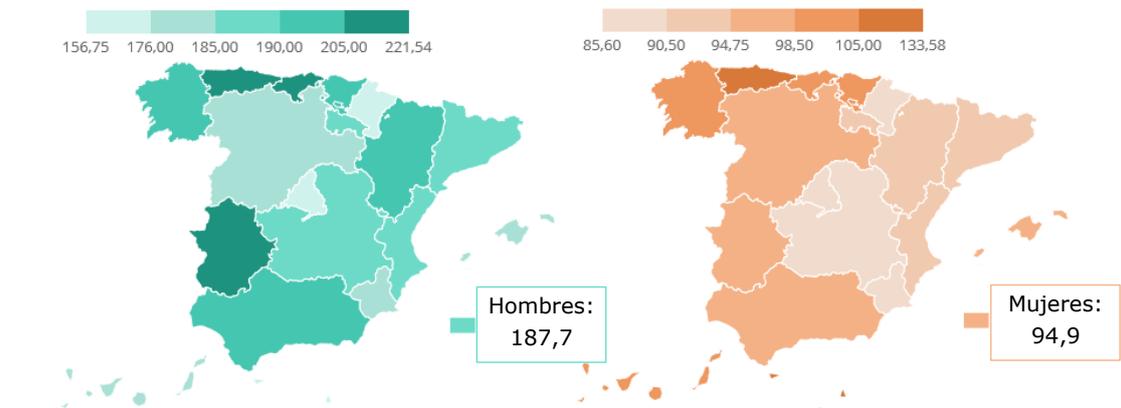
²⁶ WHO. European Health Information Gateway, 2015.

Gráfico 3-37 Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumores malignos por 100.000 habitantes, según sexo y comunidad autónoma. España, 2018



Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad. Defunciones según causa de Muerte.

Gráfico 3-38 Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumores malignos por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2018

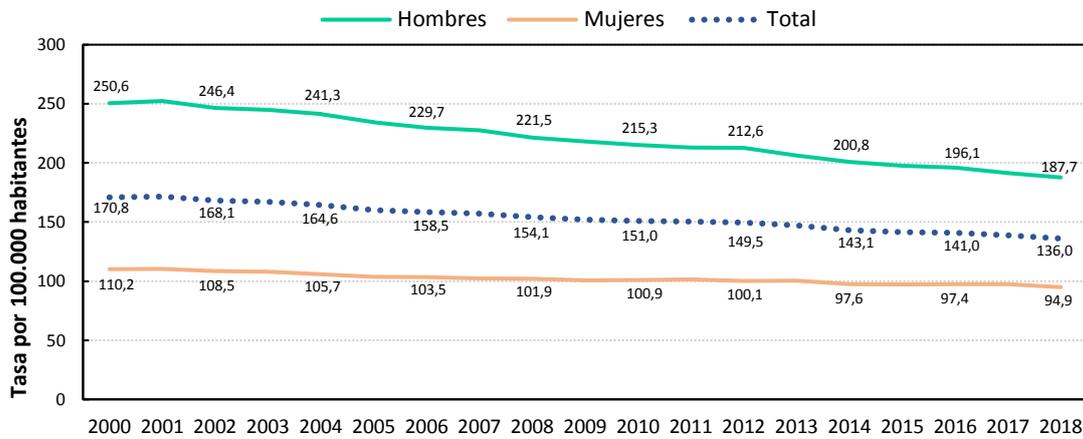


Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad. Defunciones según causa de Muerte.

La mortalidad por tumores malignos en España ha disminuido un 20,4% desde 2000 a 2018, y esta disminución se ha observado en todos los territorios, oscilando entre el 30,5% en Madrid y el 9,1% en Castilla-La Mancha. Hay que destacar que la disminución en hombres ha sido casi el doble que en mujeres (25,1% frente al 13,9%).

El tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón fue la neoplasia maligna que más muertes produjo en hombres en 2018, alrededor del 26% de las muertes por cáncer en hombres, con una tasa de mortalidad de 75 por 100.000 habitantes, mientras que en mujeres representó el 11,7% de todas las muertes por cáncer, con una tasa de mortalidad de 20,8 por 100.000 habitantes. En mujeres, la neoplasia maligna que más muertes ocasionó en 2018 fue el tumor maligno de mama, que causó un 15,4% de las defunciones por cáncer en mujeres, con una tasa de mortalidad de 27,4 por 100.000 habitantes. El cáncer de colon supuso el 10,4% de las defunciones por todos los tumores malignos, con una tasa de mortalidad de 24,1 por 100.000 habitantes.

Gráfico 3-39 Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumores malignos por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2000-2018



Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad. Defunciones según causa de Muerte.

La mortalidad por tumores malignos ha disminuido un 20% desde 2000 a 2018 y la reducción en hombres ha sido casi el doble que en mujeres.



3.3.4 Mortalidad por suicidio

En 2018 se registraron en España 3.539 muertes por suicidio, 2.619 eran hombres y 920 mujeres, con una tasa bruta de mortalidad de 7,6 por 100.000 habitantes, cifras ligeramente más bajas que las de 2017 (3.679 fallecimientos con una tasa de 7,9 por 100.000 habitantes).

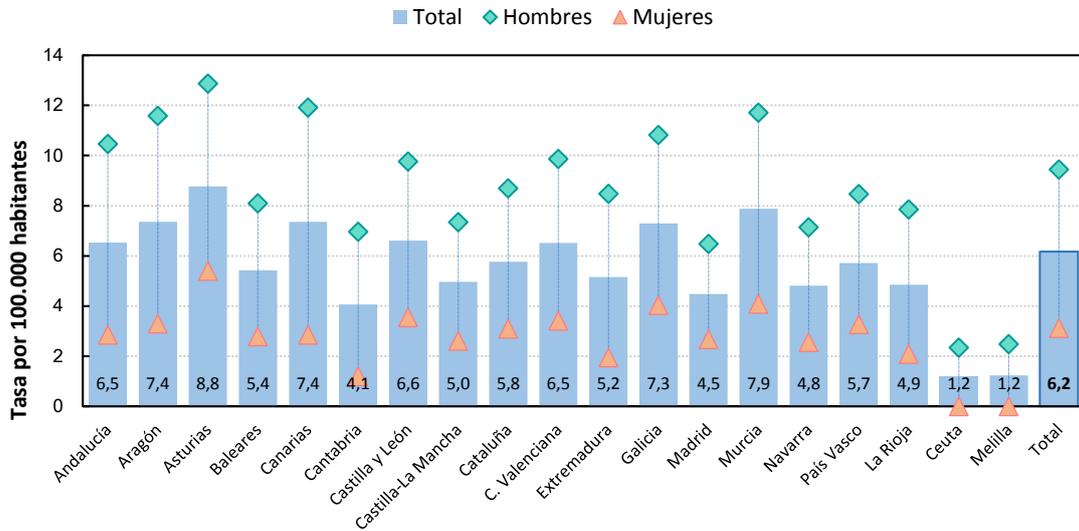
La mortalidad por suicidio en España es la cuarta más baja de la Unión Europea y es un 33% menor que la media de los Estados miembros.²⁷

La tasa de mortalidad por suicidio ajustada por edad fue de 6,2 defunciones por 100.000 habitantes, 9,4 en hombres y 3,1 en mujeres.

Asturias y Murcia presentaron la mortalidad por suicidio más elevada y los valores más bajos se registraron en Ceuta y Melilla.

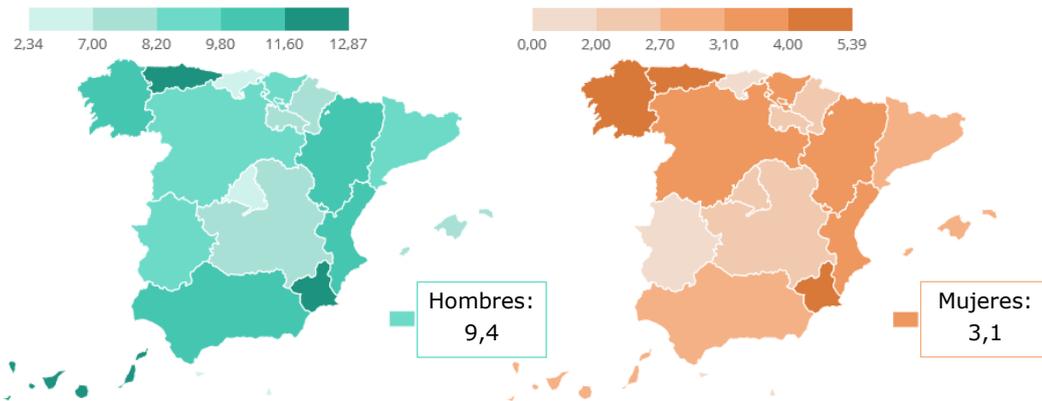
²⁷ WHO. European Health Information Gateway, 2015.

Gráfico 3-40 Tasa de mortalidad ajustada por edad por suicidio por 100.000 habitantes, según sexo y comunidad autónoma. España, 2018



Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad. Defunciones según causa de Muerte.

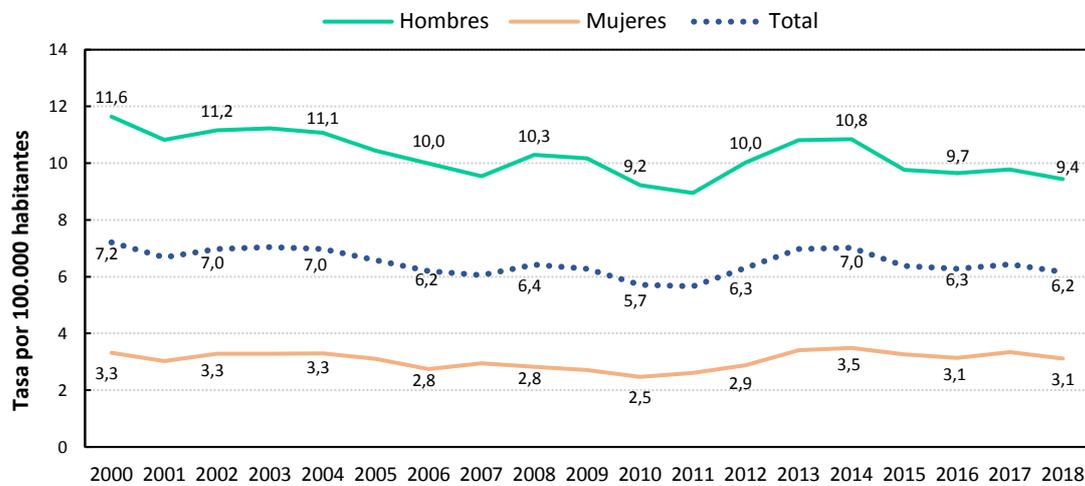
Gráfico 3-41 Tasa de mortalidad ajustada por edad por suicidio por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2018



Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad. Defunciones según causa de Muerte.

La mortalidad por suicidio ha descendido un 14% desde 2000 a 2018. Para la interpretación de esta serie temporal de datos hay que tener en cuenta que en 2013 se produjeron mejoras metodológicas en el proceso de esta estadística, a partir de ese año se tiene acceso a los datos del Instituto Anatómico Forense de Madrid, lo que ha permitido asignar de forma más precisa la causa de defunción en las muertes con intervención judicial y, como consecuencia, defunciones que estaban asignadas a causas mal definidas han sido reasignadas a causas externas específicas.

Gráfico 3-42 Tasa de mortalidad ajustada por edad por suicidio por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2000-2018



Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad. Defunciones según causa de Muerte.

Teniendo en cuenta el análisis por grupos de edad,²⁸ es importante destacar que la mortalidad por suicidio en hombres de 75 y más años fue de 32,2 fallecimientos por 100.000 habitantes en 2017 siendo superior a 31 a lo largo de esta última década, muy por encima de hombres de otros grupos de edad y de las mujeres de 75 y más años.

Durante la última década, la tasa de mortalidad por suicidio más elevada se ha dado en hombres de 75 y más años, por encima de 30 defunciones por 100.000 habitantes, mucho mayor que la de las mujeres de su misma edad y que la de los hombres de menos de 75 años.

²⁸ Ministerio de Sanidad. Indicadores de Salud 2020. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2020. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud.htm>

Tabla 3-3 Tasas de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes: situación y evolución. España 2000-2018

	Enfermedad isquémica del corazón		Enfermedad cerebrovascular		Tumores malignos		Suicidio	
	2018	Variación (%)	2018	Variación (%)	2018	Variación (%)	2018	Variación (%)
Andalucía	42,12	-49,28	33,85	-55,18	138,69	-19,03	6,53	-28,16
Aragón	31,82	-42,36	26,04	-47,78	137,40	-14,27	7,36	20,26
Asturias, Principado de	40,27	-43,89	23,45	-58,33	157,45	-14,51	8,77	16,95
Baleares, Illes	30,41	-52,38	20,90	-65,21	133,51	-24,06	5,42	13,14
Canarias	47,44	-53,92	21,55	-60,78	137,70	-23,13	7,36	-7,88
Cantabria	25,92	-48,85	22,20	-54,74	147,59	-16,40	4,06	-1,93
Castilla y León	28,54	-47,58	20,87	-51,77	136,47	-16,83	6,61	13,48
Castilla-La Mancha	26,26	-52,68	22,62	-63,46	133,98	-9,06	4,96	24,85
Cataluña	25,74	-54,37	20,93	-57,58	134,08	-21,22	5,77	-8,70
Comunitat Valenciana	34,49	-56,59	25,76	-60,48	136,11	-21,42	6,52	12,48
Extremadura	35,06	-51,25	24,81	-63,01	149,70	-13,67	5,15	22,09
Galicia	30,08	-49,29	24,41	-60,36	143,42	-17,59	7,30	14,12
Madrid	25,41	-51,43	15,95	-59,25	118,33	-30,05	4,48	20,11
Murcia	32,06	-54,63	30,33	-61,13	128,25	-21,63	7,88	13,12
Navarra	24,94	-55,17	24,54	-39,91	128,13	-23,66	4,81	33,84
País Vasco	24,38	-54,51	22,70	-54,52	145,16	-20,35	5,72	15,88
La Rioja	31,95	-37,80	25,39	-49,87	134,58	-18,79	4,85	-7,09
Ceuta	32,03	-58,31	33,30	-35,91	136,02	-16,29	1,20	74,95
Melilla	47,32	-23,54	28,84	-56,04	141,29	-24,39	1,23	73,66
España	32,38	-50,84	24,20	-57,29	136,03	-20,37	6,17	-14,42

Variación (%): porcentaje de variación de 2018/2000.

Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad. Defunciones según causa de Muerte.

Tabla 3-4 Número de fallecimientos y tasas de mortalidad. España 2017-2018

		2017			2018		
		Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
General	N	214.236	210.287	424.523	216.442	211.279	427.721
	Tasa bruta	938,41	887,17	912,31	944,68	887,09	915,33
	Tasa ajustada por edad	574,59	338,09	445,02	569,83	333,50	440,57
Enfermedades cardiovasculares	N	56.179	66.286	122.465	55.962	64.897	120.859
	%	26,22	31,52	28,85	25,86	30,72	28,26
	Tasa bruta	246,08	279,65	263,18	244,25	272,48	258,64
	Tasa ajustada por edad	143,22	91,22	115,47	140,13	87,71	112,18
Enfermedad isquémica del corazón	N	19.132	13.193	32.325	18.423	12.729	31.152
	%	8,93	6,27	7,61	8,51	6,02	7,28
	Tasa bruta	83,80	55,66	69,47	80,41	53,44	66,67
	Tasa ajustada	51,46	19,53	33,88	49,05	18,56	32,38
Enfermedad cerebrovascular	N	11.555	15.382	26.937	11.435	14.985	26.420
	%	5,39	7,31	6,35	5,28	7,09	6,18
	Tasa bruta	50,61	64,89	57,89	49,91	62,92	56,54
	Tasa ajustada por edad	28,69	21,88	25,06	27,91	20,94	24,2
Tumores malignos	N	66.198	42.875	109.073	66.000	42.526	108.526
	%	30,90	20,39	25,69	30,49	20,13	25,37
	Tasa bruta	289,96	180,88	234,4	288,06	178,55	232,25
	Tasa ajustada por edad	191,43	97,39	138,89	187,74	94,93	136,03
Suicidio	N	2.718	961	3.679	2.619	920	3.539
	%	1,27	0,46	0,87	1,21	0,44	0,83
	Tasa bruta	11,91	4,05	7,91	11,43	3,86	7,57
	Tasa ajustada por edad	9,78	3,33	6,43	9,44	3,11	6,17

N: número de defunciones; %: porcentaje sobre el total de defunciones.

Tasas por 100.000 habitantes

Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad. Defunciones según causa de Muerte.

4 Determinantes Sociales de la Salud

Los determinantes sociales y económicos de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estos determinantes tienen una relación directa con el estado de salud de la población, y resultan fundamentales para abordar las desigualdades en salud.

Esta sección se ha estructurado en el informe en tres apartados: Determinantes Socioeconómicos, Determinantes Medioambientales y Estilos de vida.

4.1 Determinantes Socioeconómicos



En este informe, se han priorizado cuatro aspectos relacionados con los determinantes socioeconómicos, como son: la dependencia, la población de 25 a 64 años con nivel de estudios de educación secundaria (primera etapa) o inferior, la población de clase social baja y el riesgo de pobreza, cuyos indicadores reflejan la variabilidad entre comunidades autónomas.

4.1.1 Índice de dependencia

El índice de dependencia 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 la que aquella depende (de 16 a 64 años). El índice de dependencia se puede descomponer en índice de dependencia de personas jóvenes (menores de 16 años) y en índice de dependencia de personas mayores (mayores de 64 años).

El índice de dependencia en España es del 54,2% desagregado en 29,6% en personas mayores y 24,6% en personas jóvenes, siguiendo la tendencia ascendente en las personas mayores y estable en personas jóvenes.

España ocupa una posición intermedia a nivel de la UE-28 para la tasa de dependencia en personas de 65 y más años (13^{er} puesto; 29,2%), que es ligeramente inferior a la media europea (30,5%).²⁹

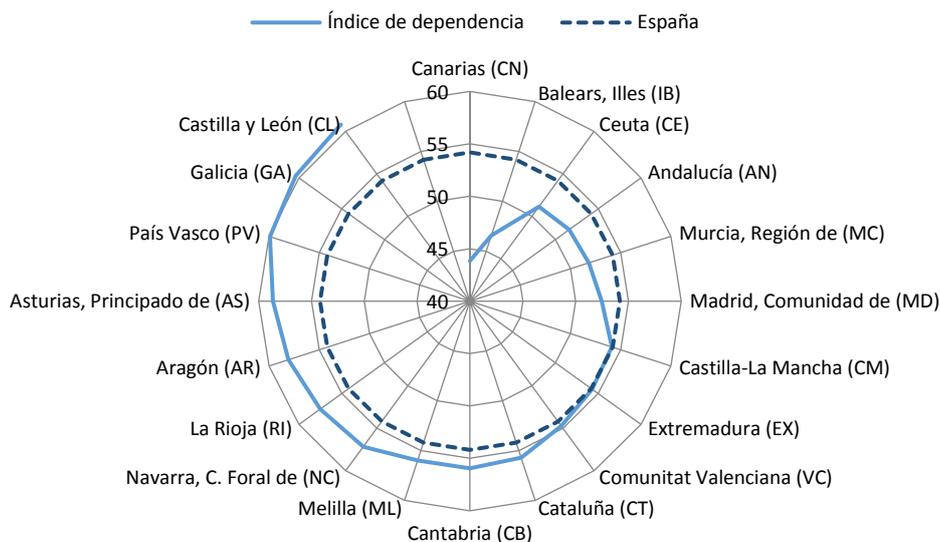
Según comunidades autónomas, las mayores cifras se observan en Castilla y León (60,8%), Galicia (60,4%) y País Vasco (59,9%) y las más bajas en Canarias (43,8%) y Baleares (46,6%).

Entre 2000 y 2018, el índice de dependencia creció en todas las comunidades autónomas, excepto en Castilla-La Mancha (con un descenso de 1,3 puntos) y Extremadura (prácticamente se mantiene igual).

Las comunidades con el índice de dependencia de personas mayores más elevado son Castilla y León (40,1%), Asturias (40,0%) y Galicia (39,9%). Las comunidades autónomas con el índice de dependencia juvenil más elevado son Murcia (28,1%), Navarra (26,2%), Cataluña (26,1%) y Andalucía (26,0%), además de las Ciudades Autónomas de Ceuta (33,5%) y Melilla (39,7%).

²⁹ Eurostat. Health Database, 2018.

Gráfico 4-2 Índice de dependencia según comunidad autónoma. España, 2018



Observaciones: Territorios ordenados de menor a mayor valor del indicador de dependencia.

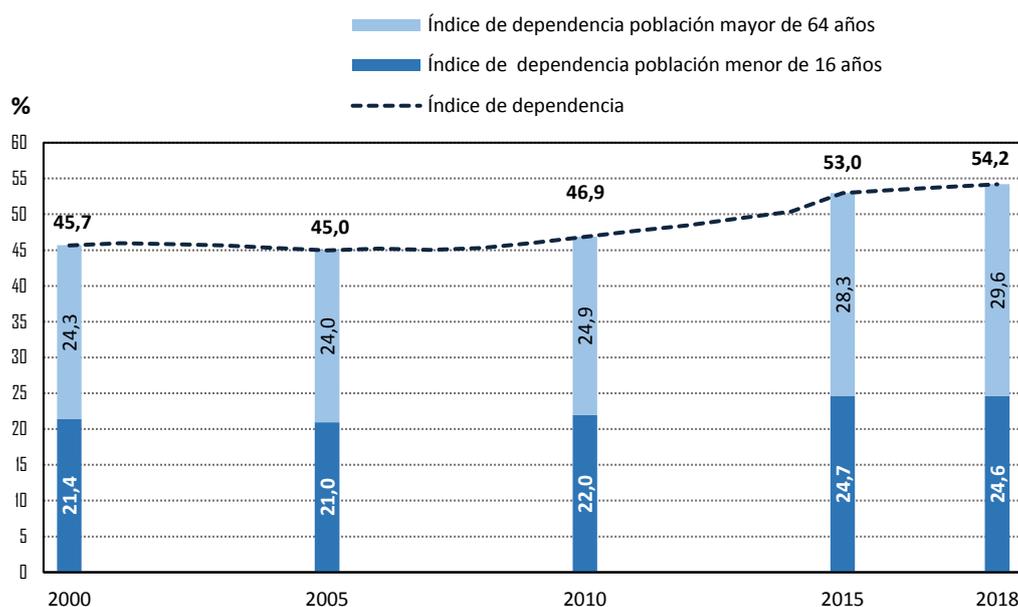
Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Estimaciones intercensales y Cifras de Población.

Tabla 4-1 Evolución del índice de dependencia, según comunidad autónoma. España, 2000-2018

	2000	2005	2010	2015	2018
Andalucía	46,8	45,1	46,0	50,9	51,6
Aragón	51,1	49,7	50,6	56,4	58,1
Asturias, Principado de	46,9	46,7	48,7	55,7	58,7
Balears, Illes	43,4	41,0	41,4	46,2	46,6
Canarias	39,7	38,5	39,9	43,4	43,8
Cantabria	45,4	44,6	46,5	53,3	56,0
Castilla y León	52,2	51,8	53,2	58,7	60,8
Castilla-La Mancha	55,4	51,7	49,6	53,5	54,1
Cataluña	44,5	44,3	47,2	54,6	55,7
Comunitat Valenciana	44,7	44,1	46,7	53,3	54,7
Extremadura	54,4	52,1	50,8	53,7	54,3
Galicia	48,2	48,7	51,4	58,0	60,4
Madrid, Comunidad de	40,1	40,4	43,5	51,0	52,5
Murcia, Región de	46,1	44,7	45,9	51,3	51,8
Navarra, Comunidad Foral de	45,9	46,7	49,0	55,8	57,2
País Vasco	41,4	43,8	48,6	57,3	59,9
Rioja, La	47,8	46,3	49,0	55,9	57,5
Ceuta	46,2	46,6	45,9	50,4	51,1
Melilla	49,4	50,1	48,6	54,1	56,0
España	45,7	45,0	46,9	53,0	54,2

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Estimaciones intercensales y Cifras de Población.

Gráfico 4-1 Evolución del índice de dependencia. España, 2000-2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Estimaciones intercensales y Cifras de Población.

Se mantiene la tendencia ascendente en el índice de dependencia debido, fundamentalmente, a la población mayor de 65 años y con una variabilidad entre las comunidades autónomas, cuyo rango se encuentra entre 43,8% (Canarias) y 60,8% (Castilla y León).



4.1.2 Población con estudios básicos o inferiores

El nivel de estudios es un indicador relevante en los determinantes sociales de la salud, especialmente, en el mantenimiento de la salud y calidad de vida. Una mayor educación puede proporcionar los conocimientos necesarios para mantener estilos de vida saludable, para saber que el consumo de tabaco y de alcohol son perjudiciales para la salud, o que el ejercicio físico y una buena alimentación son beneficiosos para mantener una buena calidad de vida.

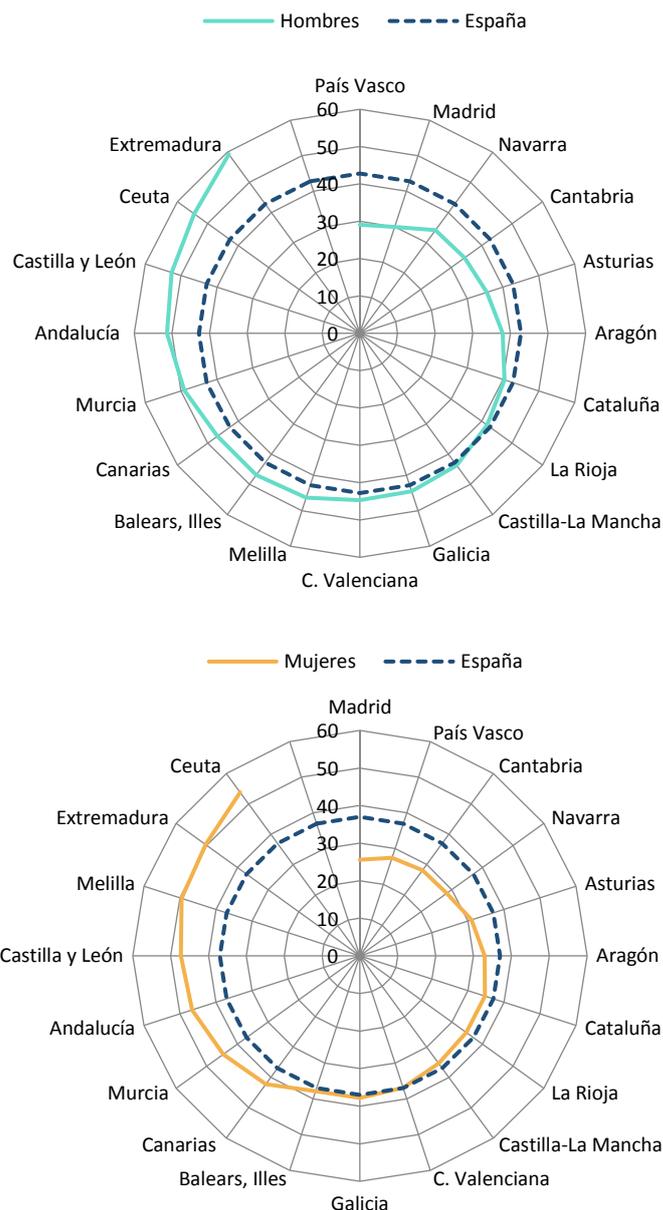
La proporción de personas de 25 a 64 años que declaran en la Encuesta de Población Activa (EPA) haber alcanzado como máximo el nivel de estudios de Primera Etapa de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) o inferior³⁰ es del 39,9% con casi 6 puntos porcentuales de diferencia entre hombres (42,8%) y mujeres (37,0%).

Por territorios, Extremadura es la comunidad autónoma en la que 5,5 de cada 10 personas declaran que como máximo han alcanzado ese nivel de estudios, Madrid y País Vasco se encuentran con casi 3 de cada 10 personas (27,7% y 28,3%, respectivamente). Por sexos, las mujeres de Ceuta (53,8%) y los hombres de Extremadura (59,3%) son los que presentan mayor proporción de personas que han llegado como máximo al nivel estudios de la Primera Etapa de la ESO o inferior.

³⁰ Personas con graduado en Educación Secundaria Obligatoria (ESO), graduado escolar, bachiller elemental o certificado de escolaridad.

España es el tercer país de la UE-28 con mayor porcentaje de población de 25 a 64 años con nivel de estudios máximo de Primera Etapa de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) o inferior (39,9%), solo por detrás de Portugal (50,2%) y Malta (46,0%).³¹

Gráfico 4-1 Porcentaje de hombres y de mujeres de 25 a 64 años que declaran haber alcanzado como máximo el nivel educativo de la Primera Etapa de la Educación Secundaria Obligatoria o inferior, según comunidad autónoma. España, 2018



Observaciones: Los territorios están ordenados de menor a mayor valor del indicador.

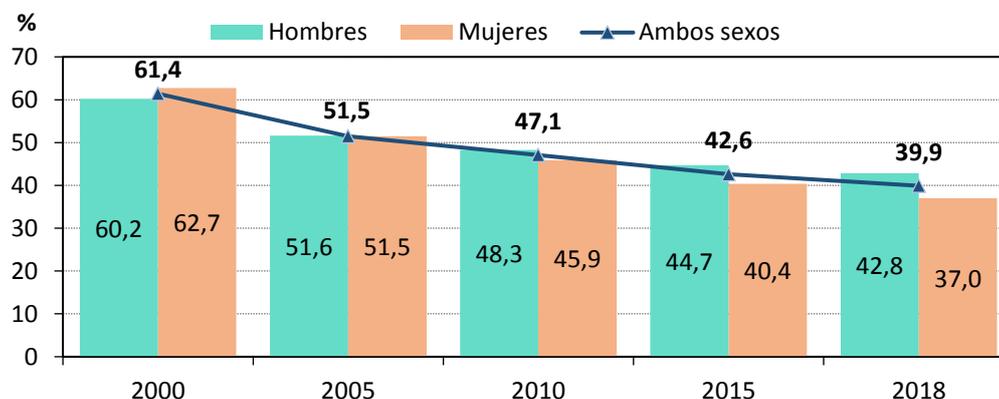
Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa (EPA).

La evolución de este indicador es muy favorable, habiendo descendido 21,5 puntos (un 35,0%) en el periodo 2000–2018. Ha disminuido en todas las comunidades y ciudades autónomas, con caídas más marcadas en Asturias (reducción 2018-2000: 29,5%), Galicia (27,6%), Cantabria

³¹ Eurostat. Health Database, 2018.

(26,5%), Comunidad Valenciana (24,7%) y Aragón (24,4%), mientras que en otros territorios como Melilla (reducción 2018-2000: 6,6%), Ceuta (8,8%), Extremadura (16,8%), Murcia (17,5%), Canarias y Andalucía (18,9% en ambas), la tendencia descendente del indicador fue mucho menos marcada.

Gráfico 4-2 Evolución del porcentaje de personas de 25 a 64 años que declaran haber alcanzado como máximo el nivel educativo de la primera etapa de la Educación Secundaria Obligatoria o inferior, según sexo. España, 2000-2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa (EPA).

Evolución muy favorable del porcentaje de población con solo nivel de estudios básico e inferior en los últimos 18 años: ha disminuido en todos los territorios, si bien con descensos muy desiguales entre ellos.



4.1.3 Población de clase social desfavorecida



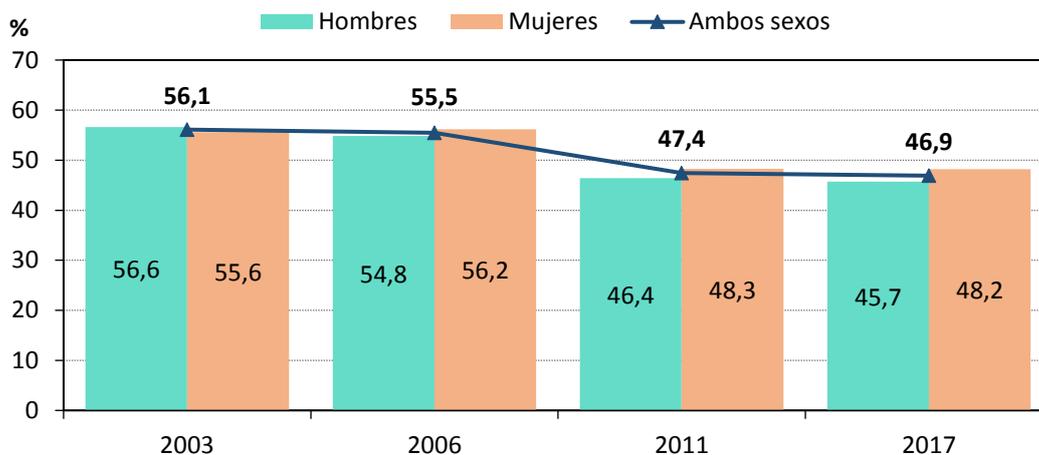
Otro indicador importante en los determinantes sociales y, en consecuencia, en las desigualdades en salud, es el peso que supone la población de clase social baja, que corresponde a los niveles de la clase social ocupacional V (trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as) y VI (trabajadores no cualificados).

El porcentaje de población de clase social baja es del 46,9%, con diferencias entre hombres (45,7%) y mujeres (48,2%), y se mantiene estable desde la crisis económica.

Por territorios, los porcentajes más altos en mujeres corresponden a Ceuta (59,6%) y Castilla-La Mancha (59,2%) y los más bajos a Madrid (34,3%). En cuanto a los hombres, el porcentaje más alto corresponde a Extremadura (59,9%) y el más bajo a Madrid (36,4%).

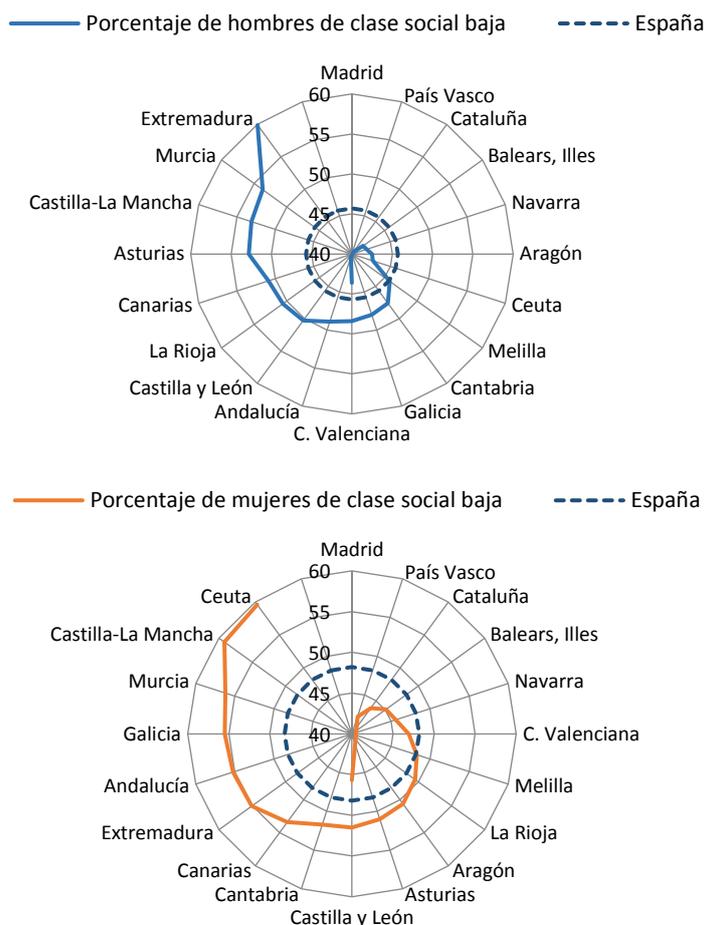
El porcentaje de población de clase social baja es superior en mujeres que en hombres y se mantiene estable desde la crisis económica.

Gráfico 4-3 Evolución del porcentaje de población de casa social baja. España, 2003-2017



Observaciones: La clase social baja corresponde a los niveles de la clase social ocupacional V Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as y VI Trabajadores no cualificados
 Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa (EPA).

Gráfico 4-4 Porcentaje de hombres y de mujeres de clase social baja. España, 2017



Observaciones: La clase social baja corresponde a los niveles de la clase social ocupacional V Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as y VI Trabajadores no cualificados.
 Fuente de datos: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa (EPA) (Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística).

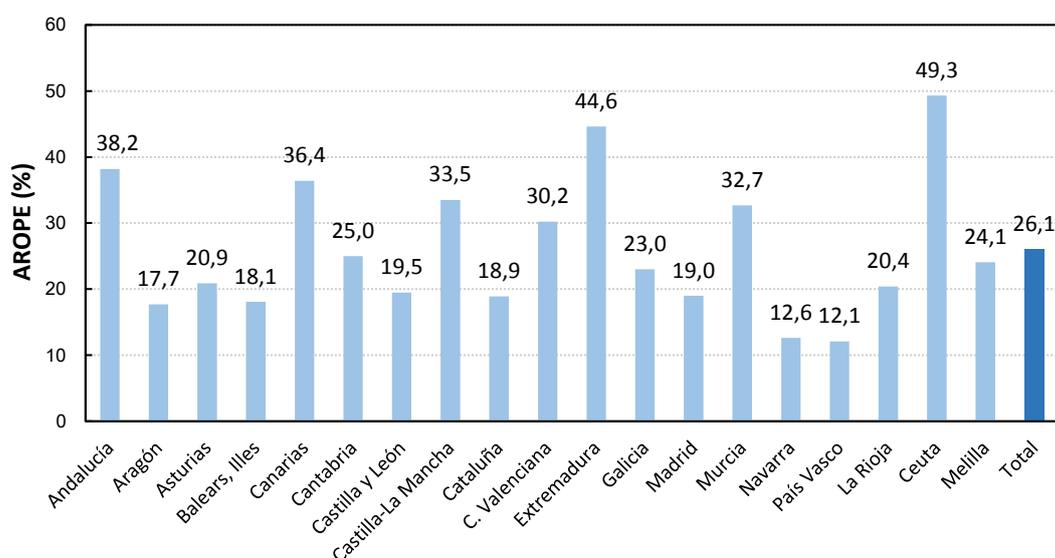
4.1.4 Tasa de riesgo de pobreza (AROPE)

El indicador ERPE³² (En Riesgo de Pobreza y/o Exclusión), o las siglas en inglés *AROPE* (*At Risk of Poverty and/or Exclusion*), hace referencia a las personas en riesgo de pobreza y/o exclusión social, según la Estrategia Europa 2020, que son aquellas que se encuentran en alguna de las tres situaciones que se definen a continuación. Personas que viven con bajos ingresos (60% de la mediana del ingreso equivalente o por unidad de consumo en el año anterior a la entrevista), y/o personas que sufren privación material severa (4 de los 9 ítems definidos) y/o personas que viven en hogares con una intensidad de empleo muy baja (por debajo del 20% del total de su potencial de trabajo en el año anterior a la entrevista). En caso de estar incluidas en dos o tres condiciones, las personas se contabilizan solo una vez.

La tasa de riesgo de pobreza o exclusión social es de 26,1%. Por territorios las tasas más altas corresponden a Ceuta (49,3%) y Extremadura (44,6%) y las más bajas se encuentran en País Vasco (12,1%) y Navarra (12,6%).

Según nivel educativo, el 33,7% de la población con nivel básico e inferior, el 25,5% de educación secundaria (segunda etapa) y el 12,6% de educación superior se encuentran en situación de riesgo de pobreza o exclusión social.

Gráfico 4-5 Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (indicador AROPE). España, 2018



Observaciones: El indicador ERPE (En Riesgo de Pobreza y/o Exclusión), o las siglas en inglés AROPE (At Risk of Poverty and/or Exclusion), hace referencia a las personas en riesgo de pobreza y/o exclusión social, según la Estrategia Europa 2020.

Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Condiciones de Vida.

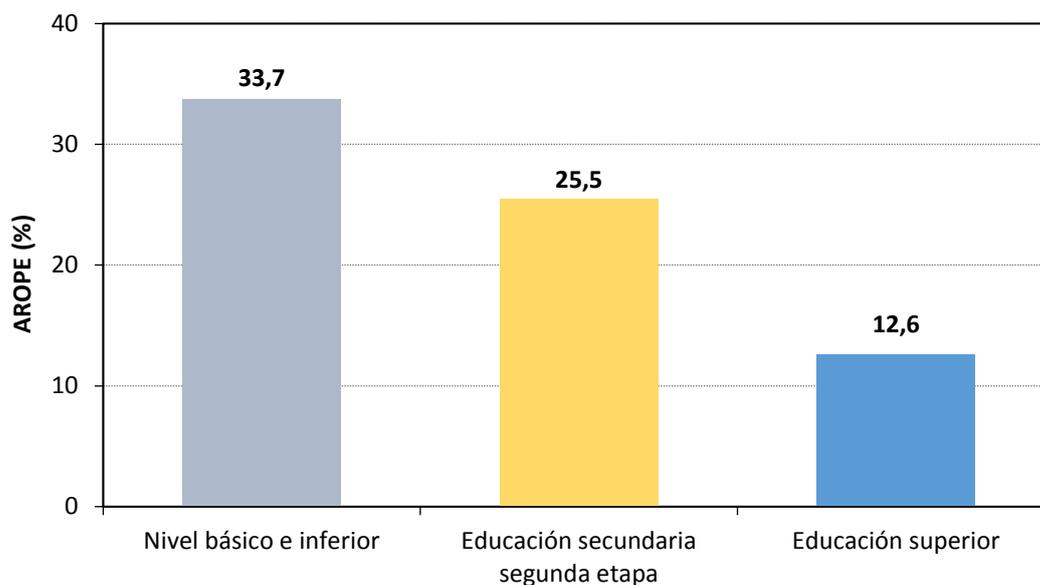
Según datos de Eurostat de 2018, España posee una tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (AROPE) de 26,1%, la séptima más elevada del entorno de la UE-28 (UE: 21,8%), solo por detrás de Bulgaria, Rumanía, Grecia, Letonia, Lituania e Italia.³³

³² Más información del indicador AROPE en:

https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259941637944&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout#:~:text=Al%20grupo%20de%20personas%20en,Poverty%20and%20For%20Exclusi%C3%B3n

³³ Eurostat. Health Database. Encuesta Europea de Ingresos y Condiciones de Vida (EU-SILC), 2018.

Gráfico 4-6 Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (indicador AROPE), según nivel educativo. España, 2018



Observaciones: El indicador ERPE (En Riesgo de Pobreza y/o Exclusión), o las siglas en inglés AROPE (At Risk of Poverty and/or Exclusion), hace referencia a las personas en riesgo de pobreza y/o exclusión social, según la Estrategia Europa 2020.

Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Condiciones de Vida.

4.2 Determinantes Medioambientales



Según la OMS, los determinantes medioambientales son aquellos factores ambientales que pueden incidir en la salud, y englobarían todos los factores físicos, químicos y biológicos externos que afectan a la persona.

La opinión de la población sobre el entorno de su vivienda constituye una medida importante de la satisfacción general con la localidad, por lo que es un indicador significativo de la sostenibilidad local.

En este apartado se recoge la información de la Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) sobre los contaminantes físicos, el ruido y la escasez de zonas verdes, desde la perspectiva de la ciudadanía.

4.2.1 Ruido



De acuerdo con la OMS, el ruido daña seriamente la salud humana tanto desde el punto de vista físico como psíquico. El ruido ambiental causado por el tráfico, por las actividades industriales y las derivadas del ocio, constituye uno de los principales problemas medioambientales en las ciudades, pero también puede afectar a algunas áreas geográficas del ámbito rural.

El 20% de la población europea³⁴, es decir, más de 100 millones de personas, está expuesta a niveles de ruido prolongados que resultan perjudiciales para la salud.

La inquietud de la población en relación con la contaminación sonora sigue siendo muy alta, a

³⁴ European Environment Agency: Environmental noise in Europe 2020.

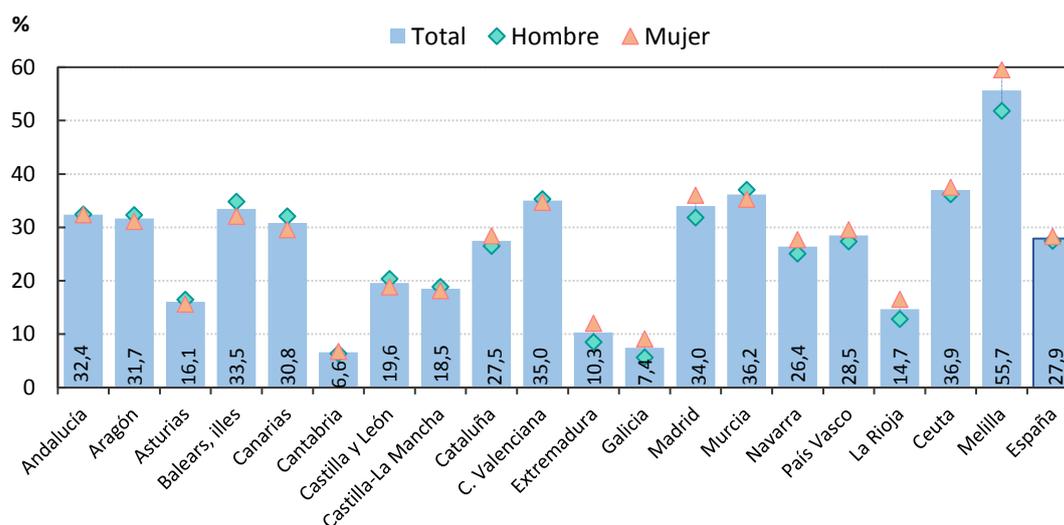
pesar de la existencia de políticas, tanto en el ámbito nacional como de la Unión Europea (UE). La legislación de la UE establece unos límites de emisión sonora para diferentes fuentes (automóviles, camiones, aviones y equipos industriales) y armoniza la evaluación y gestión del ruido ambiental.

Un 18,2% de la población europea³⁵ declara molestias relacionadas con el ruido procedente del vecindario o del exterior. España está muy próxima a ese promedio con un 17%.

Según los resultados de la ENSE, el 27,9% de la población en España considera que el ruido³⁶ procedente del exterior de su vivienda le resulta molesto. Los territorios que declaran menos molestias con el ruido son Cantabria (6,6%), Galicia (7,4%) y Extremadura (10,3%). Por el contrario, los territorios que declaran más molestias con el ruido son Melilla (55,7%), Ceuta (36,9%), Murcia (36,2%), Valencia (35,0%) y Madrid (34,0%).

En la mayoría de los territorios no hay diferencias importantes según sexo al declarar que el ruido es molesto en el entorno de la vivienda.

Gráfico 4-7 Ruido molesto en el entorno de la vivienda declarado por la población, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017



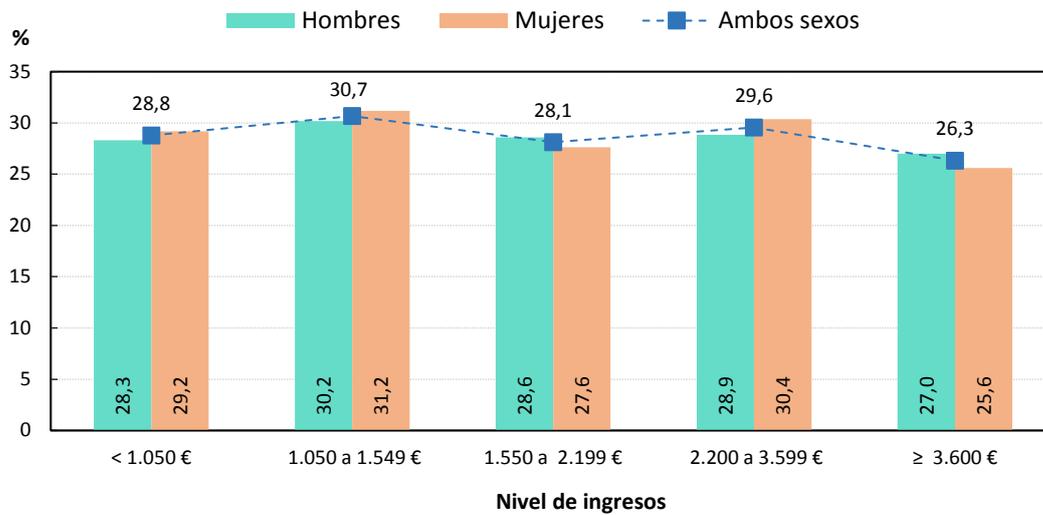
Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

Teniendo en cuenta el nivel socioeconómico de los encuestados según ingresos mensuales netos del hogar, se reflejan muy pocas diferencias entre los grupos en cuanto a la percepción de ruido molesto en el entorno de la vivienda, encontrándose el valor más elevado, 30,7%, en el grupo con 1.050 a 1.549 € de ingresos y el valor más bajo en el grupo con ingresos de 3.600 € o más.

³⁵ Eurostat. Statistics on Income and Living Conditions (SILC), 2018.

³⁶ ENSE 2017. Ruido molesto: Se considera ruido molesto en el entorno de la vivienda cuando la persona entrevistada declara tener "mucho" o "algo" de ruido procedente del exterior, siendo el ruido uno de los problemas del entorno de su vivienda.

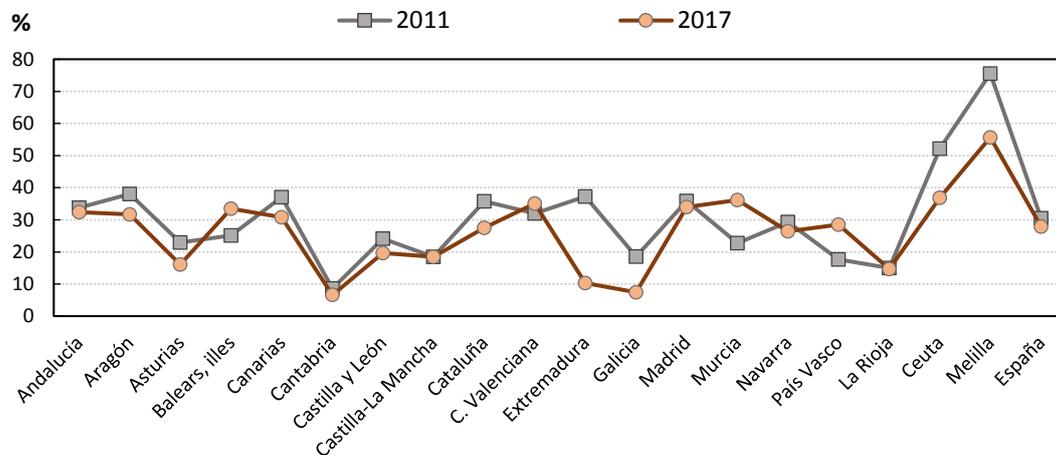
Gráfico 4-8 Ruido molesto en el entorno de la vivienda declarado por la población, según sexo y nivel de ingresos. España, 2017



Observaciones: En el gráfico no se muestra el porcentaje en la categoría no consta de la variable nivel de ingresos.
Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

Analizando el periodo 2011-2017, la percepción del ruido en España no ha variado, situándose alrededor del 28%, en cambio, entre las comunidades y ciudades autónomas, 4 han mejorado en la percepción del nivel de ruido entorno a su vivienda (Galicia, Ceuta, Melilla y Extremadura, con un decremento entre 8 y 27 puntos porcentuales), y 3 han empeorado (Baleares, País Vasco y Murcia, con un incremento entre 8 y 13 puntos porcentuales).

Gráfico 4-9 Evolución de la percepción de ruido molesto en el entorno de la vivienda en la población, según comunidad autónoma. España, 2011-2017



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

El 28% de la población española percibe que el ruido en el entorno de su vivienda es molesto.

4.2.2 Espacios verdes



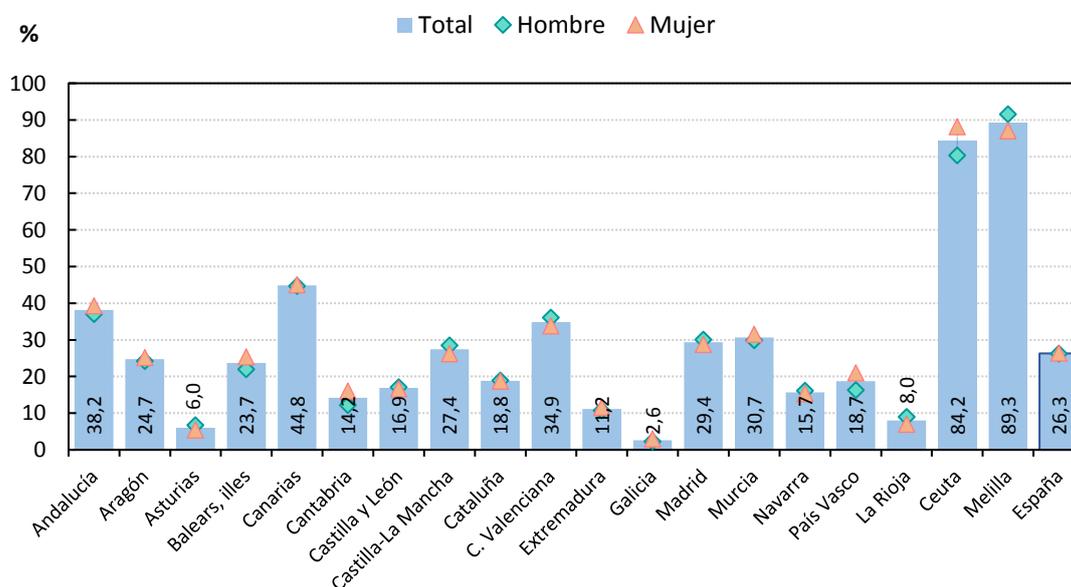
Los espacios verdes son considerados por la OMS como espacios "imprescindibles" por los beneficios que reportan en el bienestar físico y emocional de las personas y por su contribución a mejorar la planificación urbanística de la ciudad, haciéndola más habitable y saludable. La cobertura de zonas verdes en la ciudad es de gran importancia para mantener una buena calidad de vida. Las plazas, los jardines, los parques y los bosques urbanos tienen un papel fundamental en el medio ambiente y en la biodiversidad de la ciudad, además de ser espacios para el paseo, el recreo o el ocio. A nivel de la ordenación del territorio, forman parte de su estructura y simbolizan un ambiente de ciudad equilibrada, donde la edificación se amortigua con los espacios naturales.

En 2019, el 94% de las personas encuestadas en la UE consideran necesaria la preservación del medio ambiente, estando España por encima del promedio con un 97%; los europeos continúan expresando unos niveles altos de preocupación sobre la situación del medio ambiente, cuya pérdida de calidad perciben que les afecta personalmente³⁷.

Según la última Encuesta Nacional de Salud, en España el 26,3% de las personas refieren escasez de zonas verdes³⁸ en el entorno de su vivienda, sin diferencias importantes entre hombres y mujeres.

En cuanto a la distribución territorial, se detecta una marcada diferencia respecto a la percepción de escasez de zonas verdes en el entorno de su vivienda entre comunidades autónomas y ciudades autónomas. La percepción de mayor escasez se registra en Melilla (89,3%) y Ceuta (84,2%), seguida de Canarias (44,8%) y la menor, en Galicia (2,6%), Asturias (6,0%) y La Rioja (8,0%).

Gráfico 4-10 Escasez de zonas verdes en el entorno de la vivienda declarada por la población, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

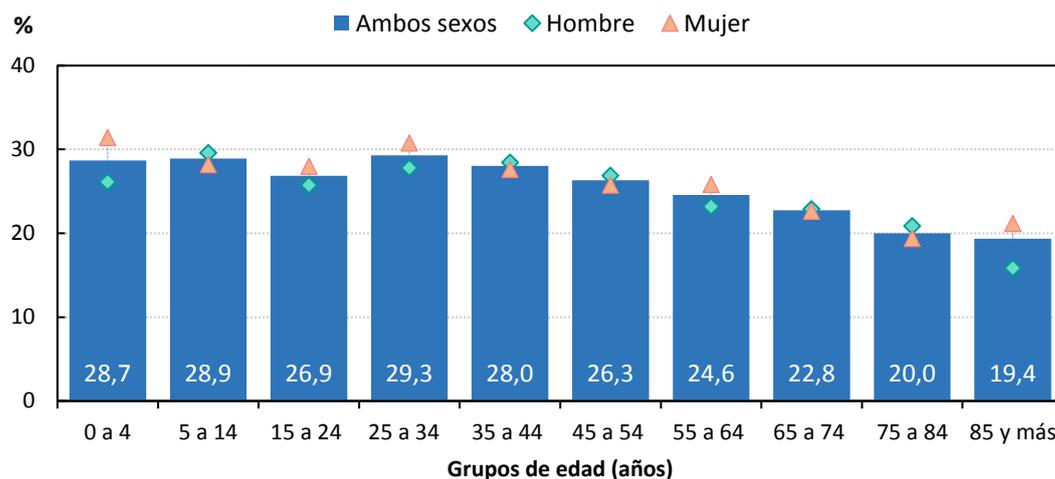
³⁷ European Commission. Special Eurobarometer 501. Attitudes of European citizens towards the Environment. 2020.

³⁸ ENSE 2017. Escasez de zonas verdes: Se considera escasez de zonas verdes en el entorno de la vivienda cuando la persona entrevistada declara tener "mucho" o "algo" escasez de zonas verdes, siendo la escasez de zonas verdes uno de los problemas del entorno de su vivienda.

A partir del grupo de edad de 25 a 34 años la percepción de escasez de zonas verdes va disminuyendo a medida que aumenta la edad de las personas encuestadas, existiendo una diferencia de casi 10 puntos porcentuales entre el grupo de 25 a 34 años y el grupo de 75 y más años (29,3% vs. 19,4%).

Las diferencias más importantes en la percepción de escasez de zonas verdes entre hombres y mujeres se encuentran en el grupo de edad de más de 85 años, donde son las mujeres las que declaran más escasez de zonas verdes: 21,2% frente al 15,9% de los hombres.

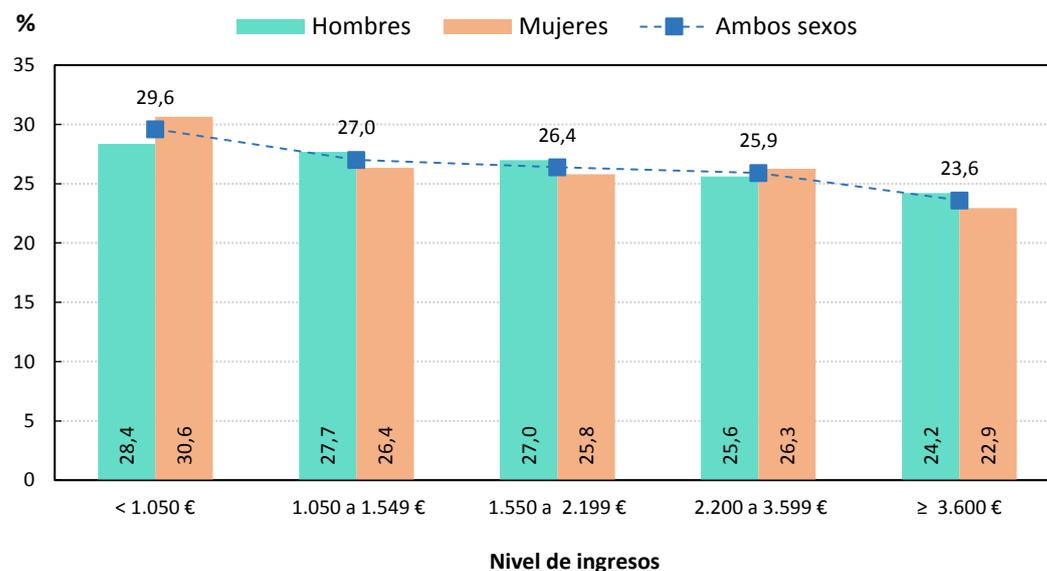
Gráfico 4-11 Escasez de zonas verdes en el entorno de la vivienda, según sexo y grupo de edad. España, 2017



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

Por nivel socioeconómico, teniendo en cuenta los ingresos mensuales netos del hogar, se aprecia un gradiente creciente de percepción de escasez de zonas verdes en el entorno de la vivienda a medida que disminuye el nivel de ingresos: el 23,6% del grupo superior de ingresos (de 3.600 € en adelante) declara escasez de zonas verdes frente al 29,6% del grupo inferior de ingresos (menos de 1.050 €).

Gráfico 4-12 Escasez de zonas verdes en el entorno de la vivienda declarada, según sexo y nivel de ingresos. España, 2017

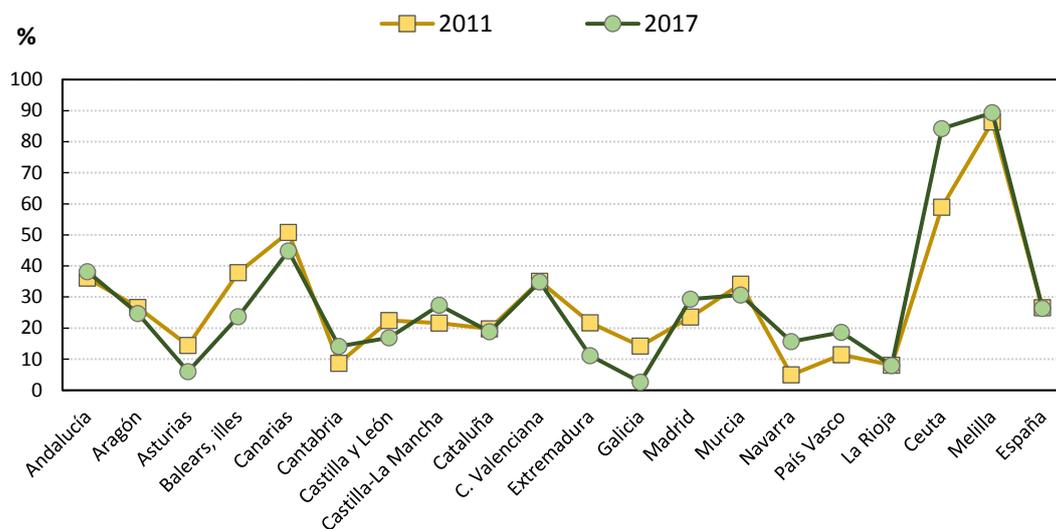


Observaciones: En el gráfico no se muestra el porcentaje en la categoría no consta de la variable nivel de ingresos.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

Desde una perspectiva temporal 2011-2017, en España el porcentaje declarado de escasez de zonas verdes en el entorno de la vivienda no ha variado, sigue siendo alrededor del 26%, pero por territorios hay que resaltar diferencias en la evolución temporal. En 6 territorios ha aumentado la percepción de escasez de zonas verdes (Madrid, Castilla-La Mancha, Cantabria, País Vasco, Navarra y Ceuta, con un incremento entre 6 y 25 puntos porcentuales). En 4 territorios ha disminuido notablemente la percepción de escasez de zonas verdes, (Asturias, Extremadura, Galicia y Baleares, con un decremento entre 8 y 13 puntos porcentuales).

Gráfico 4-13 Evolución de la escasez de zonas verdes en el entorno de la vivienda declarada, según comunidad autónoma. España, 2011-2017



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

El 26,3% de la población española refiere escasez de zonas verdes en el entorno de su vivienda.

4.3 Estilos de Vida



Los estilos de vida poco saludables, en particular el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol y la obesidad, son la causa principal de muchas enfermedades crónicas, provocando muertes prematuras y empeorando la calidad de vida de las personas. Los estilos de vida no saludables pueden modificarse con intervenciones de promoción de la salud dirigidas a ganar salud y bienestar y a prevenir enfermedades.

Este apartado ofrece información sobre estilos de vida en población adulta y proporciona una información específica sobre los jóvenes de 15 a 24 años, para describir los estilos de vida en este grupo de edad por su importante repercusión en la salud futura de la población. Por otra parte, la serie de datos que se presenta es larga para proporcionar una perspectiva temporal más amplia que permita observar cambios en el patrón de estilos de vida.

4.3.1 Consumo de tabaco



El tabaco es uno de los principales factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, respiratorias y el cáncer y, según la OMS, su consumo constituye la primera causa de mortalidad y de morbilidad evitables en los países desarrollados. Se comienza a fumar en la adolescencia, a una edad más temprana que el consumo de alcohol y del resto de sustancias psicoactivas.

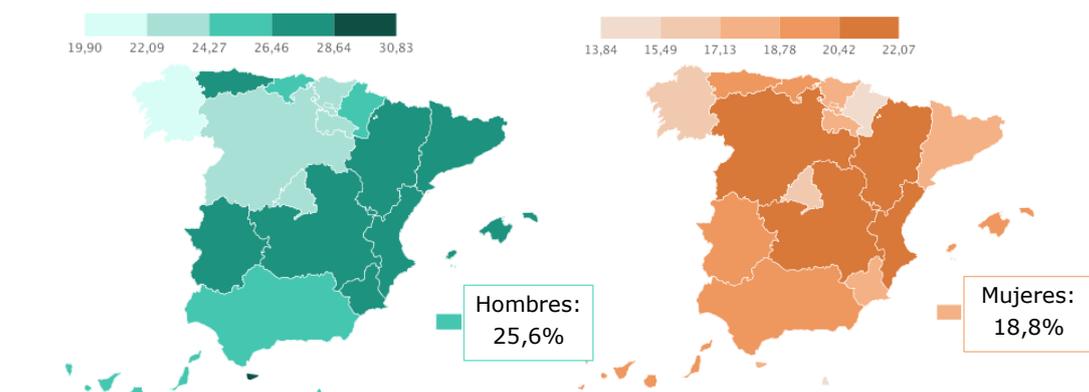
España aún no ha conseguido reducir la prevalencia de fumadores diarios en la población de 15 y más años por debajo del 18%, promedio de la OCDE³⁹ para 14 países europeos. En la población de 15-24 años, solamente las mujeres han conseguido disminuir esta prevalencia al 15%.

En la Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) se considera fumadora a toda aquella persona que consume tabaco a diario, independientemente del tipo y de la cuantía de dicho consumo.

Según los datos de la última ENSE (2017), el 22,1% de la población de 15 y más años fuma a diario, existiendo diferencias en el patrón de fumar por sexo y entre territorios.

La prevalencia de consumo diario de tabaco es mayor en hombres (25,6%) en comparación con las mujeres (18,8%). Entre las prevalencias más elevadas en hombres destaca Ceuta (30,8%), Murcia (28,5%), Extremadura (28,2%) y Cataluña (28,1%) y, en cambio, en mujeres destaca sobre todo Castilla y León con un consumo diario del 22,1%. Las prevalencias menores las encontramos en hombres en Galicia (19,9%) y en mujeres, en Melilla (13,8%), Navarra (15,2%) y también en Galicia (15,9%).

Gráfico 4-14 Consumo diario de tabaco en la población de 15 y más años, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017

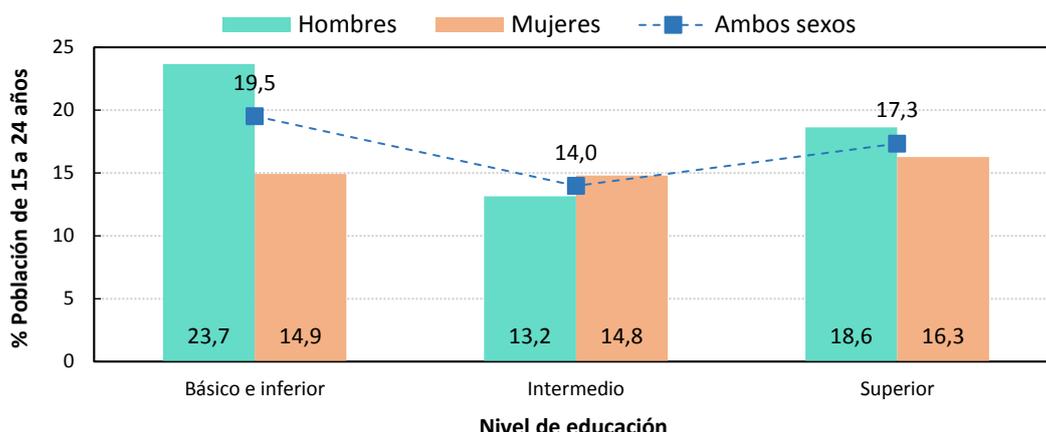


Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

La prevalencia del consumo diario de tabaco en el grupo de población de 15 a 24 años es del 17,6% (hombres 20,0% y mujeres 15,1%). En relación al consumo de tabaco con el nivel de educación, los hombres presentan un patrón de consumo más elevado en el nivel básico e inferior; en cambio las mujeres no presentan un patrón tan marcado, si bien las mujeres con nivel de educación superior fuman en un porcentaje mayor. No obstante, estos datos hay que interpretarlos con cautela, debido a que este grupo de edad puede no reflejar el máximo nivel de estudios alcanzado.

³⁹ OECD. Health Statistics, 2017.

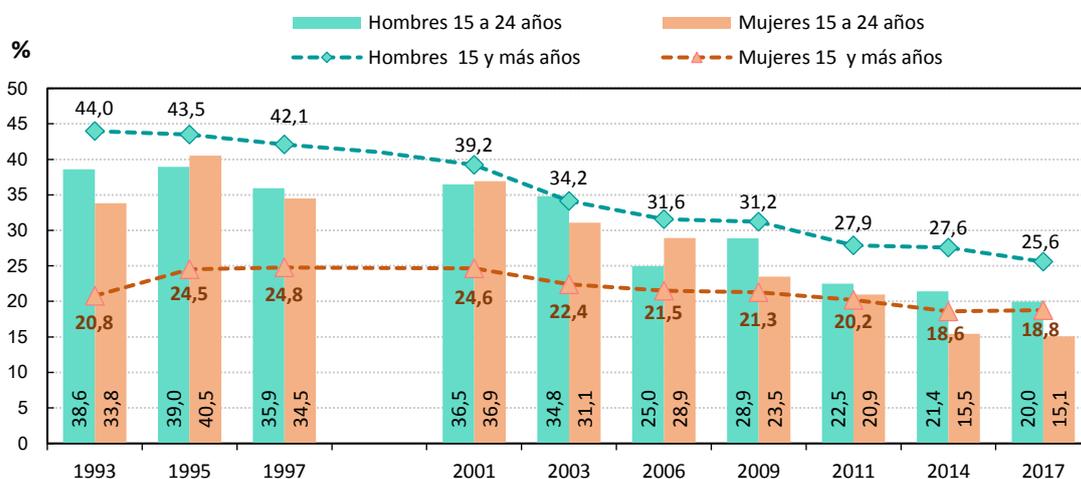
Gráfico 4-15 Consumo diario de tabaco en el grupo de 15 a 24 años, según sexo y nivel de educación. España, 2017



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

En el periodo 1993-2017 se observa que la prevalencia del consumo diario de tabaco en población de 15 y más años mantiene una tendencia descendente menos marcada en los últimos años, si bien la evolución por género difiere: los hombres han disminuido su consumo de forma más drástica que las mujeres. Llama la atención que la prevalencia del consumo de tabaco en hombres en el subgrupo de 15 a 24 años siempre ha estado por debajo de la del grupo de 15 y más años. En cambio, el consumo en las mujeres del subgrupo de 15 a 24 años ha sido superior al del grupo de 15 y más hasta 2014, a partir de este año, el consumo en el subgrupo de 15 a 24 años es inferior.

Gráfico 4-16 Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco en la población de 15 y más años y de 15 a 24 años, según sexo. España, 1993-2017



Observaciones: Los datos previos a 2011 se refieren a población de 16 y más años.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) y Encuesta Europea de Salud.

El descenso en el consumo diario de tabaco en la población de 15 y más años se ralentiza desde 2011, y las diferencias entre hombres y mujeres se acortan, si bien la prevalencia sigue siendo mayor en hombres con 7 puntos porcentuales por encima.

4.3.2 Consumo de alcohol



El alcohol afecta a las personas y a las sociedades de diferentes maneras, y sus efectos están determinados por el volumen de alcohol consumido y los hábitos de consumo. El consumo elevado de alcohol es un factor de riesgo importante para las enfermedades cardiovasculares, las hepatopatías y ciertos cánceres, pero incluso un consumo de alcohol bajo y moderado aumenta el riesgo a largo plazo de estas enfermedades. El alcohol también contribuye a más accidentes y lesiones, violencia, homicidio, suicidio y trastornos de salud mental que cualquier otra sustancia psicoactiva, especialmente entre los jóvenes. Actualmente los mensajes dirigidos a la población son que no existe un nivel de consumo seguro de alcohol y que no consumir es lo único que evita sus efectos perjudiciales.

Por otra parte, el consumo de bebidas alcohólicas está muy arraigado en nuestra sociedad y cultura. Además, la percepción social que se tiene en cuanto al consumo de alcohol entre menores es que la sociedad es demasiado permisiva con la venta de alcohol a menores. Las dos medidas consideradas como prioritarias para evitar que los menores consuman alcohol son un mayor control por parte de los padres y una mayor vigilancia y sanciones por parte de las autoridades.

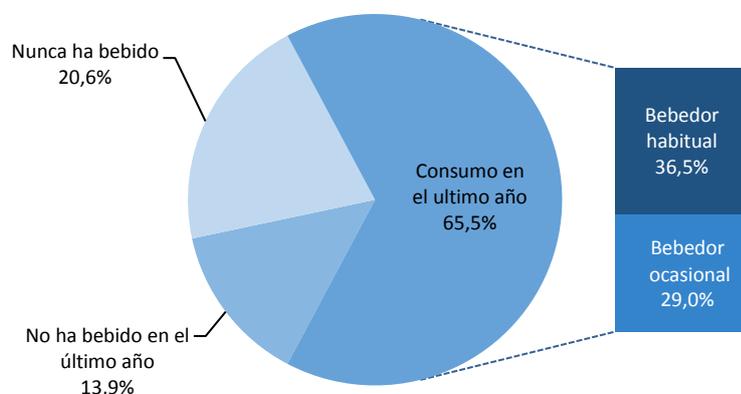
El consumo promedio de alcohol es de 8,9 litros de alcohol puro por persona y año en los países de la OCDE, equivalente a casi 100 litros de vino, estando España muy próxima a dicho consumo (8,6 litros)⁴⁰.

Consumo habitual de bebidas alcohólicas

El consumo habitual de bebidas alcohólicas se define en ENSE como aquel consumo de bebidas alcohólicas al menos una vez a la semana.

Según los datos de la ENSE 2017, el 65,5% de la población de 15 y más años (76,0% hombres y 55,6% mujeres) ha bebido alcohol en el último año, un 36,5% de manera habitual (49,0% hombres y 24,6% mujeres). El consumo habitual de bebidas alcohólicas en el subgrupo de 15 a 24 años es del 19,4%, con pequeñas diferencias entre hombres y mujeres: 20,4% vs 18,2%.

Gráfico 4-17 Consumo de bebidas alcohólicas en población de 15 y más años. Distribución porcentual. España, 2017

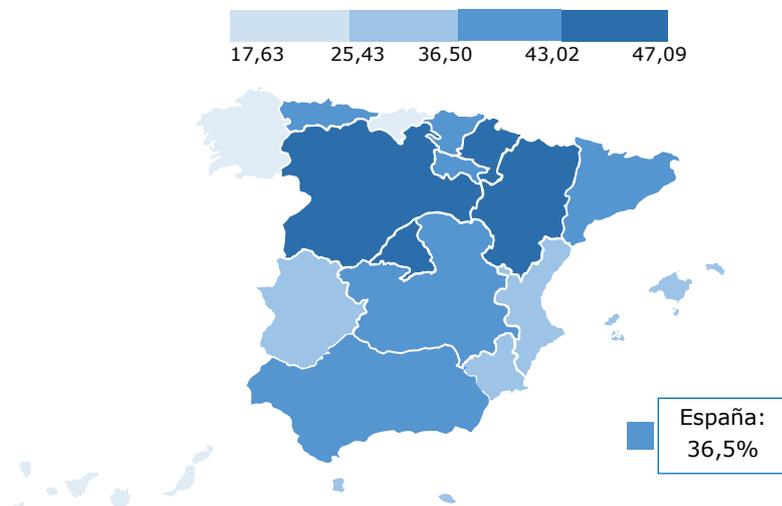


Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

⁴⁰ OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

Por territorios, el consumo habitual de bebidas alcohólicas en la población de 15 y más años es mayor en Navarra, Castilla y León, Madrid y Aragón y es menor en Cantabria, Canarias y Galicia.

Gráfico 4-18 Prevalencia del consumo habitual de alcohol en población de 15 y más años, según comunidad autónoma. España, 2017

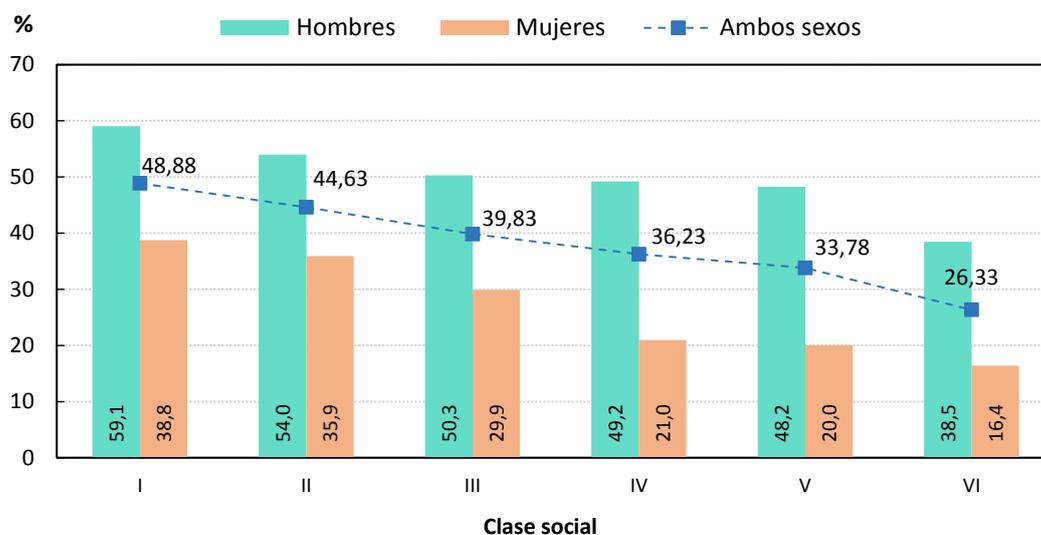


Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

El consumo habitual de bebidas alcohólicas en población de 15 y más años es mayor en las clases sociales más favorecidas, tanto en hombres (59,1% de los hombres de la clase I frente a 38,5% de la clase VI) como en mujeres (38,8% vs 16,4%).

En el grupo de 15 a 24 años el gradiente por clase social de la persona de referencia del hogar no sigue un patrón tan claro, aunque, sin embargo, sí que se observa una clara tendencia según el nivel de ingresos del hogar. En las mujeres las mayores diferencias se encuentran entre el nivel de ingresos más altos que triplican casi el consumo con respecto a las mujeres de nivel de ingresos más bajos: 32% de las mujeres con nivel de ingresos igual o superior a 3.600 euros frente al 12% con nivel de ingresos inferior a 1.050 euros.

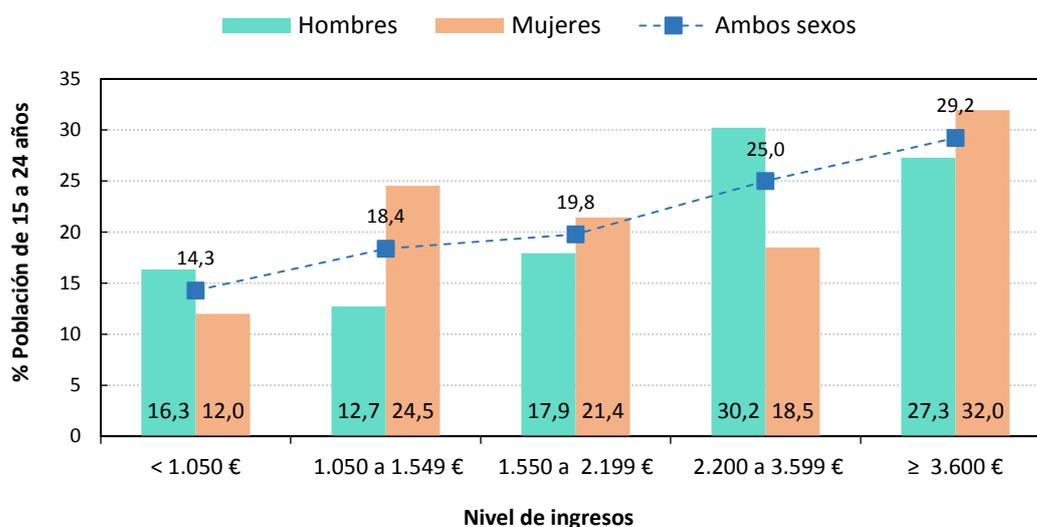
Gráfico 4-19 Consumo habitual de bebidas alcohólicas en el último año en población de 15 y más años, según sexo y clase social. España, 2017



Observaciones: En el gráfico no se muestra el porcentaje en la categoría no consta de la variable clase social.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

Gráfico 4-20 Consumo habitual de bebidas alcohólicas en el grupo de 15-24 años, según sexo y nivel de ingresos del hogar. España, 2017



Observaciones: En el gráfico no se muestra el porcentaje en la categoría no consta de la variable nivel de ingresos.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

Un tercio de la población de 15 y más años bebe habitualmente (al menos una vez por semana). Los bebedores habituales son el doble en hombres, que en mujeres. En el grupo de 15 a 24 años la prevalencia se sitúa en torno al 20%, sin prácticamente diferencias entre hombres y mujeres.

Consumo de alcohol de riesgo

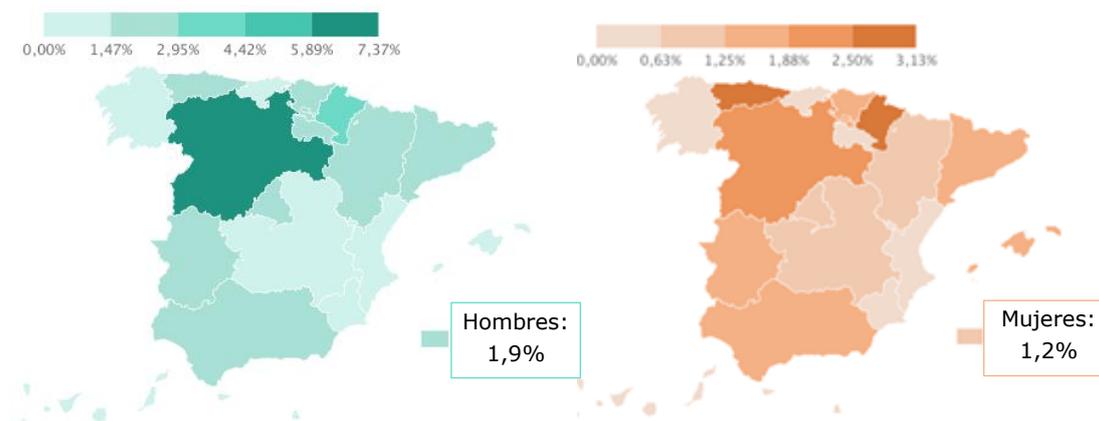
El consumo de alcohol de riesgo es definido en la ENSE como aquel patrón de consumo que eleva el riesgo de sufrir consecuencias para el consumidor, cuando su consumo medio diario de alcohol puro supera el equivalente a 40 g/día (4 Unidades de Bebida Estándar (UBEs)⁴¹ para el caso del hombre y 20-25 g/día (2-2,5 UBEs) para el caso de la mujer.

En España, la prevalencia de bebedores de riesgo de alcohol en la población de 15 y más años se sitúa en torno al 1,6%. Desagregado por sexo, los hombres presentan una prevalencia de consumo de riesgo de casi el doble que la de las mujeres.

El perfil territorial muestra que las comunidades autónomas que presentan una mayor prevalencia de consumidores de riesgo, tanto en hombres como en mujeres, son Castilla y León (7,4% vs. 2,2%), Navarra (3,3% vs. 2,3%) y Asturias (2,3% vs. 3,1%).

⁴¹ El equivalente en gramos de alcohol se obtiene a partir de la cantidad y de la graduación media de cada tipo de bebida. Unidades de Bebida Estándar= UBE. En España 1 UBE equivale a 10 gramos de alcohol puro.

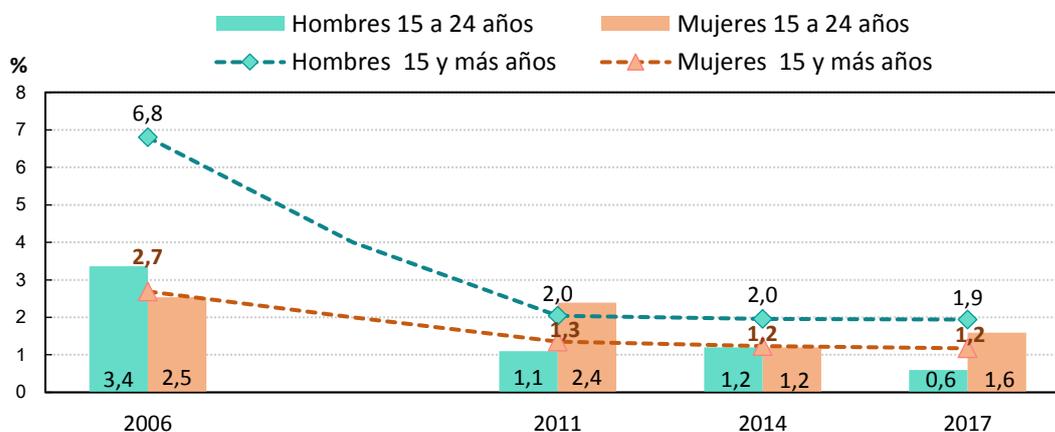
Gráfico 4-21 Prevalencia de bebedores de riesgo de alcohol en la población de 15 y más años, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

En el periodo 2006-2017, en la población de 15 y más años los hombres bebedores de riesgo han pasado de 6,8% a 1,9% y las mujeres de 2,7% a 1,2%. El descenso en los hombres ha sido muy importante en el periodo de 2006 a 2011 y posteriormente se ha estabilizado. En cambio, en las mujeres partiendo de cifras muy bajas, el descenso ha sido muy discreto y estable. Esto también se refleja en el grupo de edad de 15 a 24 años, donde el descenso mayor de bebedores de riesgo se produce en los hombres, que pasa de 3,4% a 0,6%, y las mujeres presentan una tendencia estable en el tiempo, doblando a los hombres en el consumo de riesgo de alcohol en 2017.

Gráfico 4-22 Evolución del consumo de alcohol en cantidades de riesgo para la salud en la población de 15 y más años y en el grupo de 15 a 24 años, según sexo. España, 2006-2017



Observaciones: Los datos previos a 2011 se refieren a población de 16 y más años.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

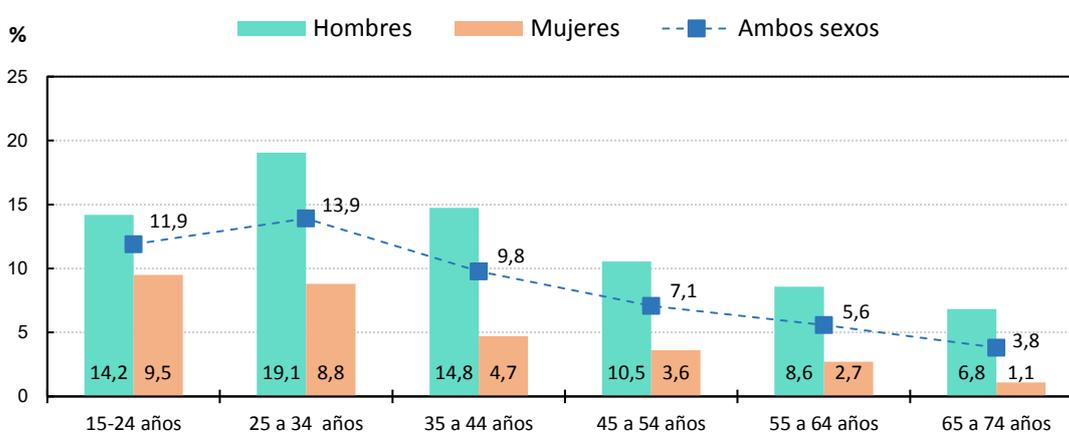
El descenso del consumo de riesgo de alcohol en la población de 15 y más años ha sido muy importante en los hombres, aunque en los últimos años se ha estabilizado, siendo todavía en 2017 el doble que en mujeres. Por el contrario, en el grupo de edad de 15 a 24 años son las mujeres quienes doblan el consumo de riesgo frente a los hombres.

Consumo intensivo de alcohol

El Consumo intensivo de alcohol o Binge drinking se define como el consumo de 60 o más gramos (6 UBEs) en hombres y de 40 o más gramos (4 UBEs) en mujeres, concentrado en una sesión de consumo (habitualmente 4-6 horas), durante la que se mantiene un cierto nivel de intoxicación (alcoholemia no inferior a 0,8 g/l).

En lo que respecta a los hábitos de consumo intensivo episódico de alcohol, la prevalencia en el último mes es del 8,0% en la población de 15 y más años, con clara diferencias entre hombres (11,7%) y mujeres (4,4%). Por grupos de edad y sexo, el porcentaje de consumo intensivo de alcohol al menos una vez al mes es más elevado entre los hombres en el grupo de edad de 25 a 34 años (19,1%) y en las mujeres es en el grupo de edad de 15 a 24 años (9,5%), con un patrón descendente a medida que aumenta la edad en ambos sexos.

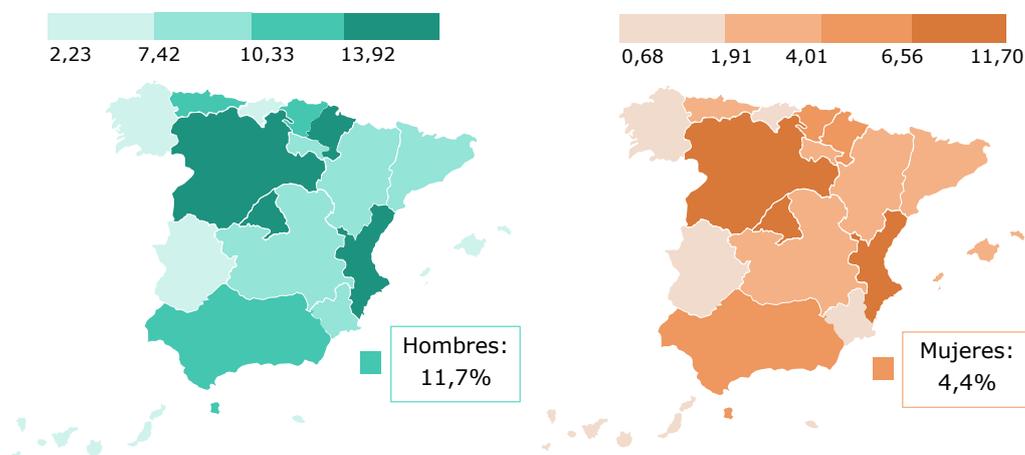
Gráfico 4-23 Consumo intensivo episódico de alcohol en población de 15 y más años en el último mes, según edad y sexo. España, 2017



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

Por territorios, se muestra variabilidad importante en el consumo intensivo de alcohol, siendo las de mayor consumo, tanto en hombres como en mujeres, Valencia, Castilla y León y Madrid, y las de menor, Galicia, Canarias y Cantabria.

Gráfico 4-24 Prevalencia del consumo intensivo de alcohol en población de 15 y más años, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

En la población joven, la prevalencia de consumo intensivo de alcohol es elevada, entre los 15 y los 24 años el 14,2% de los hombres y el 9,5% de las mujeres declaran haber bebido de manera intensiva al menos una vez al mes.

4.3.3 Obesidad



La obesidad está considerada como uno de los principales factores de riesgo de un buen número de condiciones y problemas crónicos de salud, incluyendo la enfermedad coronaria y cerebrovascular, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y algunos tipos de cáncer. Además, los menores con exceso de peso tienen peor autoestima y calidad de vida.

Este apartado ofrece información sobre la obesidad en población adulta, pero se centra fundamentalmente en la obesidad infantil; debido a que es un problema que comienza a edades muy tempranas, y la detección precoz y la modificación de estilos de vida en la infancia y adolescencia, constituyen elementos muy importantes en la prevención de la morbilidad y mortalidad adulta.

La población adulta e infantil en este apartado tiene unos intervalos de edad diferentes a otros apartados de estilos de vida. La razón, está en la forma diferente de medir la obesidad y el sobrepeso⁴² por grupos de edades. A partir de los 18 años se mide a través del Índice de Masa Corporal (IMC), y en menores de 18 años además del IMC, se aplican cortes específicos en función de la edad y el sexo.

En España, más de un tercio (36,5%) del grupo de edad de 5 a 9 años tienen exceso de peso, cifra por encima del promedio (31,4%) de 35 países de la OCDE⁴³. En las primeras etapas de la infancia el exceso de peso es mayor en las niñas mientras que en las últimas etapas se invierte siendo mayor en niños.

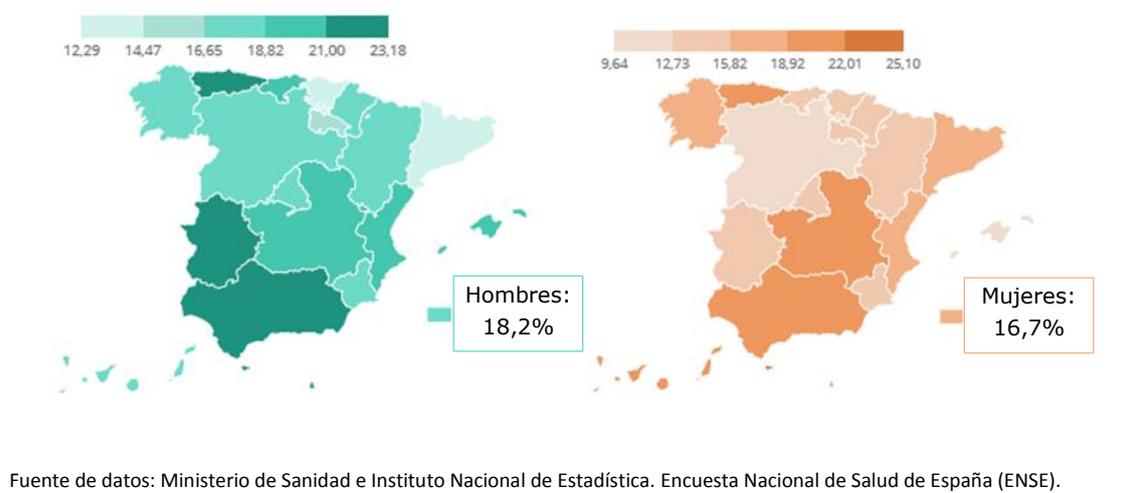
Según los datos de la ENSE, la prevalencia de obesidad en España afecta al 17,4% de la población de 18 y más años (18,2% hombres y 16,7% mujeres). Considerando la obesidad y el sobrepeso conjuntamente en adultos, más de la mitad (54,5%) tienen exceso de peso.

Los territorios con las prevalencias más altas de obesidad en población adulta se observan en Ceuta (24,1%) y Asturias (21,7%), mientras que las menores las encontramos en Castilla y León (13,2%) y en País Vasco (13,8%).

⁴² Obesidad y Sobrepeso. Se miden a través del Índice de masa corporal (IMC) que es la relación entre el peso del individuo (expresado en kilogramos) y el cuadrado de la talla (expresada en metros). En la población de 18 y más años, se considera: Sobrepeso si $25 \text{ kg/m}^2 < \text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$ y Obesidad si $\text{IMC} > 30 \text{ kg/m}^2$. En la población de 2 a 17 años, la clasificación de categorías según el IMC se ha realizado en función del sexo y la edad usando los puntos de corte establecidos por Cole et al 2000.

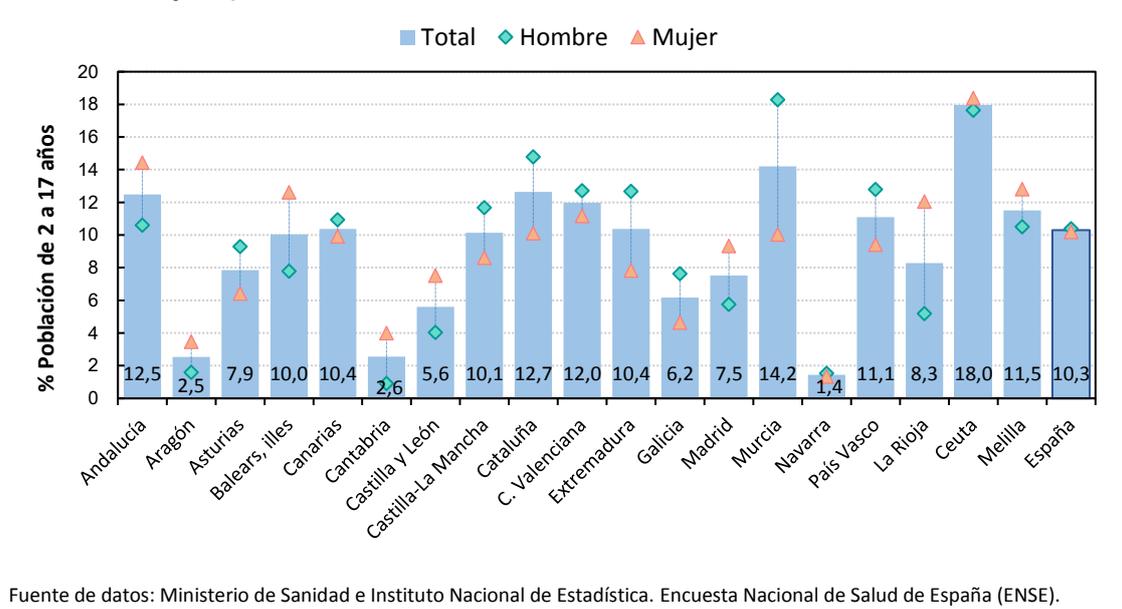
⁴³ OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

Gráfico 4-25 Prevalencia de Obesidad en la población adulta (18 y más años), según sexo y comunidad autónoma. España, 2017



La prevalencia de obesidad en España en la población de 2 a 17 años es de 10,3%. El perfil territorial sitúa a Ceuta (18%) y a la Región de Murcia (14,2%) a la cabeza, y a Navarra (1,4%) y a Aragón (2,5%) con los menores valores. Las principales diferencias por sexo las encontramos en Murcia (hombres 18,3%, mujeres 10,1%) y en La Rioja (hombres 5,2%, mujeres 10%).

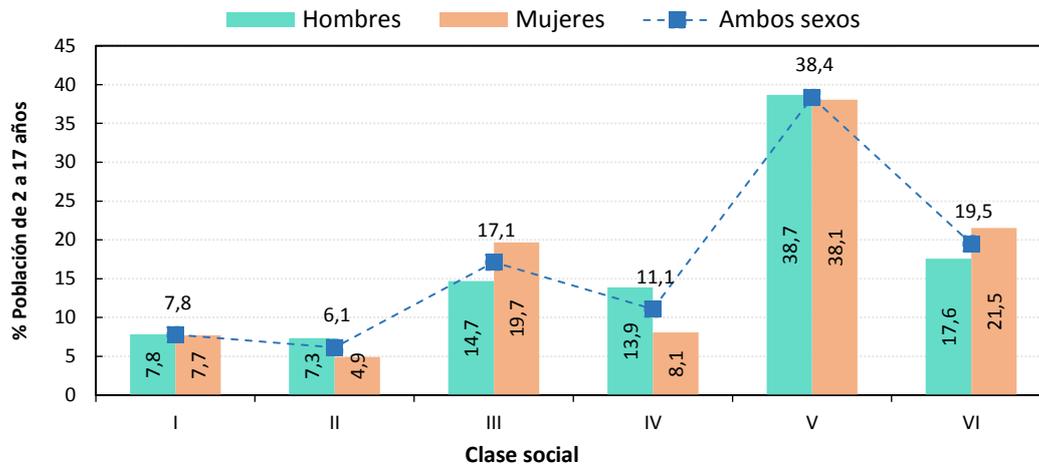
Gráfico 4-26 Prevalencia de obesidad en la población de 2 a 17 años, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017



Si consideramos de forma conjunta la obesidad y el sobrepeso, el 28,6% de la población infantil (2 a 17 años) tiene exceso de peso. Por grupo de edad y sexo hay diferencias: las prevalencias mayores se encuentran en los grupos de edad de 2 a 4 años (31,9%) y de 5 a 9 años (36,5%). La diferencia entre niños y niñas es pequeña en el grupo de 2 a 4 años, y mayor en el resto de los grupos: de 5 a 9 años (33,4% vs 39,7%), de 10 a 14 años (28,1% vs 23,9%) y de 15 a 17 años (21,1% vs 16%).

De entre los posibles factores asociados, la obesidad sigue relacionándose de forma significativa con los hábitos de alimentación y con la falta de actividad física, así como también con la clase social de la persona de referencia. La obesidad infantil afecta más a las clases menos acomodadas (V y VI).

Gráfico 4-27 Prevalencia de obesidad en población de 2 a 17 años, según sexo y clase social. España, 2017

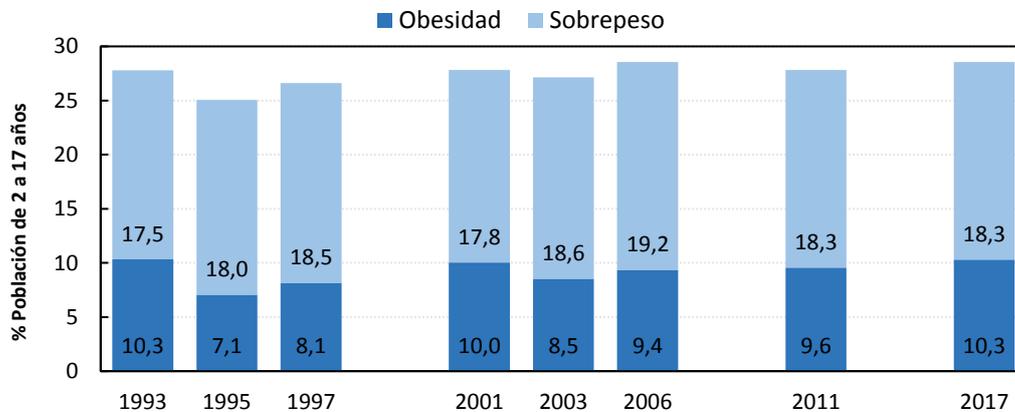


Observaciones: En el gráfico no se muestra el porcentaje en la categoría no consta de la variable clase social.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

En la evolución de la obesidad 1993-2017 en la población de 2 a 17 años, se observa que, en los años 2000, los niveles más bajos se alcanzaron en 2003 (8,5%) y desde entonces, la obesidad aumenta de forma discreta pero constante, alcanzando en 2017 los niveles de hace tres décadas (10,3%). En cuanto al exceso de peso, la variabilidad ha sido más discreta, pero otra vez en 2017 se recuperan los niveles más altos de la serie (28,6%).

Gráfico 4-28 Evolución de la prevalencia de exceso de peso en la población de 2 a 17 años. Distribución porcentual. España, 1993-2017



Observaciones: Exceso de peso es la consideración conjunta de obesidad y sobrepeso.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

El exceso de peso en la población adulta afecta a más de la mitad de las personas. La obesidad infantil, aunque mantiene una tendencia estable en los últimos años, alcanza ya a más de uno de cada diez menores, y el gradiente social es muy marcado, afectando más a las clases menos acomodadas (V y VI).

4.3.4 Actividad física



La actividad física reduce el riesgo de cardiopatías coronarias y accidentes cerebrovasculares, diabetes, hipertensión y diferentes tipos de cáncer como colon y mama, así como el riesgo de depresión. La actividad física es también fundamental para el equilibrio calórico y el control del peso.

En España, se estima que el 35,3% de la población entre 15 y 69 años no alcanza el nivel de actividad física saludable recomendado por la OMS⁴⁴. El incumplimiento de estas recomendaciones es mayor en mujeres (37,0% vs. 33,5%). En el grupo de 15 y 24 años el incumplimiento es de casi 10 puntos porcentuales superior en mujeres.

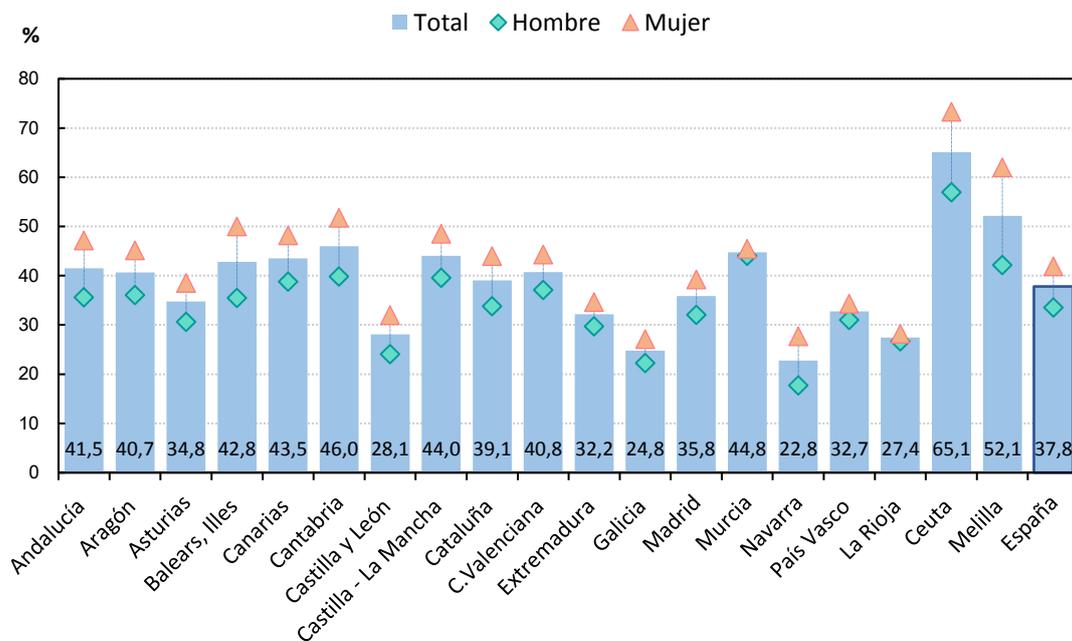
Sedentarismo en tiempo de ocio

En España se declaran sedentarias en su tiempo libre, es decir, refieren que no hacen ejercicio y ocupan su tiempo de ocio de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, entre otros), el 37,8% de la población de 15 y más años.

El sedentarismo está más extendido entre las mujeres (41,9%) que entre los hombres (33,5%), y en las clases sociales menos favorecidas, pasando de 24,3% en la clase I a 46,7% en la clase VI.

Por territorios, más de la mitad de la población de Ceuta (65,1%) y de Melilla (52,1%) son sedentarias en tiempo de ocio. Por el contrario, los menores porcentajes de sedentarismo se observan en Navarra (22,8%) y en Galicia (24,8%).

Gráfico 4-29 Prevalencia de sedentarismo en la población de 15 y más años, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017



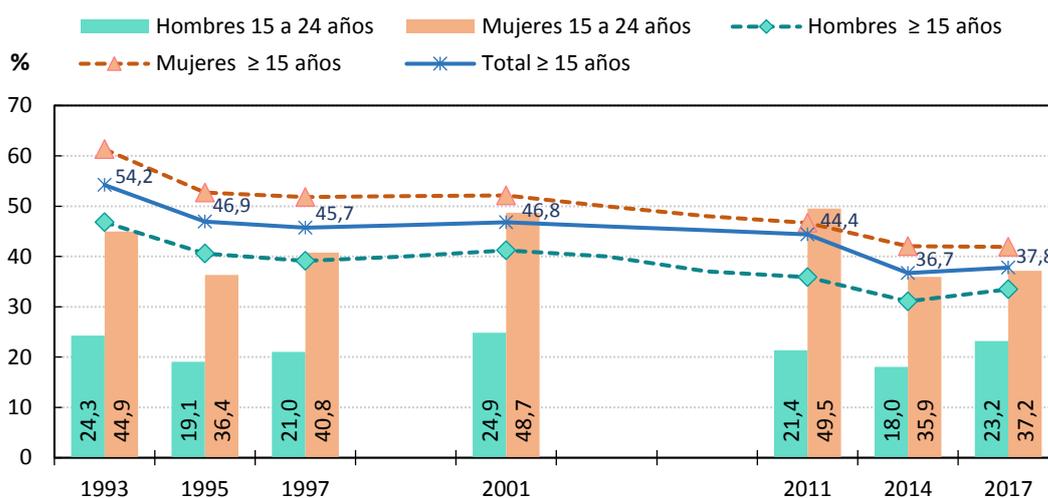
Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

⁴⁴ Global Recommendations on Physical Activity for Health. World Health Organization 2010.

En el periodo 1993-2017, se observa en 2014 el valor más bajo de toda la serie histórica en la proporción de la población que declara sedentarismo en tiempo libre, tanto en hombres como en mujeres de 15 y más años. Entre 2001 y 2014 el sedentarismo en tiempo libre ha caído en torno a 10 puntos porcentuales, y en 2017 aumenta discretamente, siendo necesario observar en años siguientes para ver si es un cambio de tendencia. A lo largo de toda la serie histórica el sedentarismo en tiempo libre es más frecuente en mujeres que en hombres.

El comportamiento en la evolución del sedentarismo en el subgrupo de 15 a 24 años es similar al de la población de 15 y más años. Destacar, que las diferencias entre hombres y mujeres son mucho más marcadas, en torno a 14 puntos porcentuales en 2017.

Gráfico 4-30 Evolución de la prevalencia de sedentarismo en población de 15 y más años y en el grupo de 15 a 24 años, según sexo. España, 1993-2017



Observaciones: Ruptura de la serie 1993-2017: No se incluyen datos de ENSE 2003 y 2006 debido a que los resultados no son comparables por diferente formulación de la pregunta. Los datos previos a 2011 se refieren a población de 16 y más años.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) y Encuesta Europea de Salud.

Nivel de actividad física

Este apartado recoge las estimaciones de la ENSE sobre el nivel de actividad física realizado tanto en el tiempo de ocio, como en el trabajo o en el hogar o en los desplazamientos, medido a través del cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ). Se mide en población de 15 a 69 años, el tiempo destinado en los últimos 7 días a 3 tipos de actividad física (vigorosa, moderada o caminar), siempre que sea al menos 10 minutos seguidos, en el trabajo, la casa, los desplazamientos y el tiempo libre de descanso, ejercicio o deporte.

El nivel de actividad física bajo constituye una estimación de la población de 15 a 69 años que no cumple las recomendaciones de la OMS (al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada o equivalente).

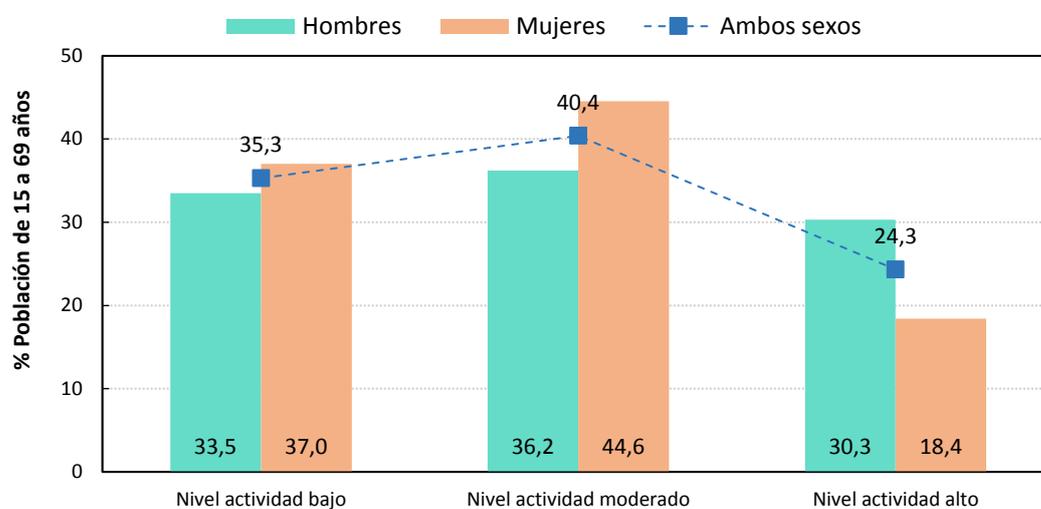
La población de entre 15 y 69 años refirió un nivel de actividad física semanal alto (intenso o vigoroso) en un 24,3%, moderado en un 40,4% y bajo en un 35,3%.

Las principales diferencias por sexo se observaron en la actividad física de nivel alto. La actividad física de nivel alto es casi el doble en hombres: 30,3% frente al 18,4% en mujeres. Esta diferencia también se observa en el subgrupo de 15 a 24 años donde alcanza los 20 puntos porcentuales.

Por el contrario, el nivel de actividad física moderado es más frecuente en mujeres (44,6%) que en hombres (36,2%). En el subgrupo de 15 a 24 años se mantiene en torno a 10 puntos porcentuales.

También el nivel de actividad física bajo es más frecuente en mujeres, con casi 5 puntos porcentuales de diferencia, aumentando en casi a 10 puntos en el subgrupo de 15 a 24 años (32,6% vs. 23,2%).

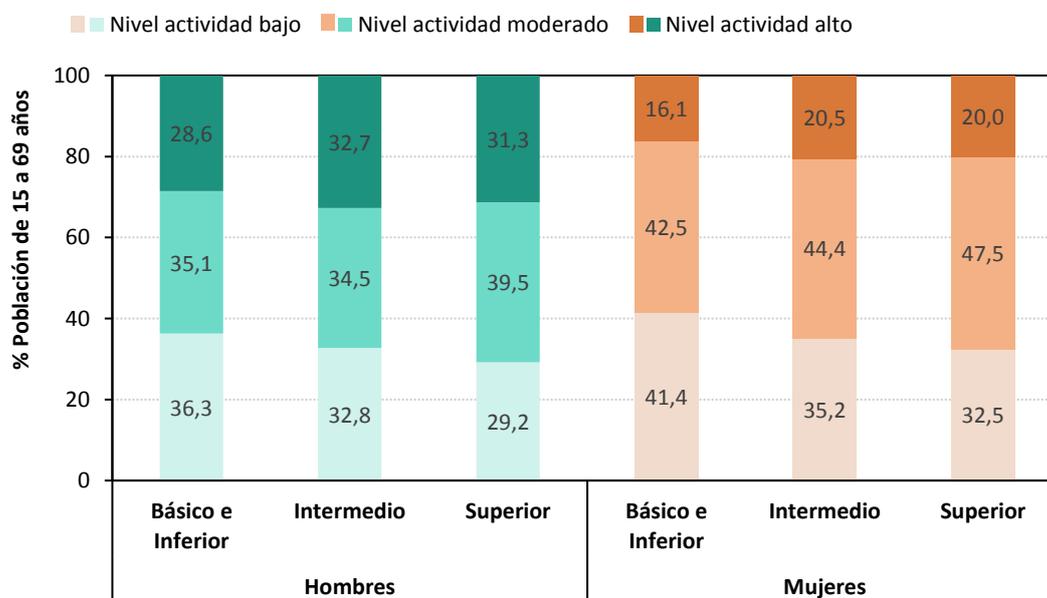
Gráfico 4-31 Nivel de actividad física en población de 15 a 69 años, según sexo. España, 2017



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

Tanto en hombres como en mujeres se observa una relación con el nivel de estudios en los niveles de actividad bajo y moderado, de manera que la actividad es inferior a menor nivel de estudios para ambos sexos, resultando más marcado el gradiente en mujeres en el grupo de actividad baja.

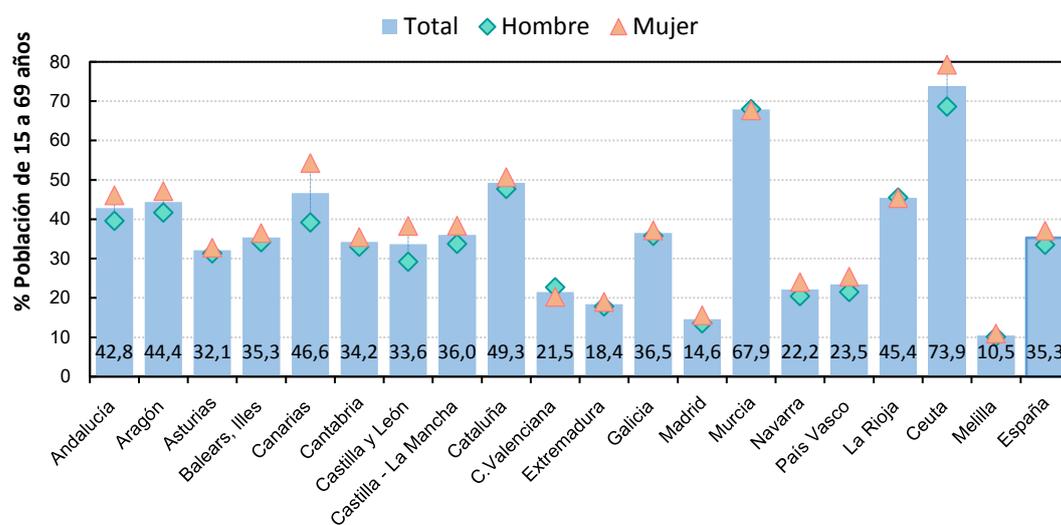
Gráfico 4-32 Nivel de Actividad Física en población de 15 a 69 años, según sexo y nivel de educación. España, 2017



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

Por territorios, los niveles más bajos de actividad física se observan en Ceuta y Murcia, estando el nivel de baja actividad por encima del 50%. Por el contrario, los niveles más altos de actividad física se observan en Melilla, Madrid y Extremadura, donde el nivel de baja actividad es inferior al 20%.

Gráfico 4-33 Nivel de actividad física bajo en población de 15 a 69 años, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

El nivel de actividad física bajo es más frecuente en mujeres que en hombres, aumentando la diferencia en 10 puntos porcentuales en el subgrupo de 15 a 24 años.

5 Sistema Sanitario

La OMS refiere que los principios fundamentales del Sistema Sanitario son: la Universalidad (cobertura total de la población sin ninguna distinción), la Atención integrada (el sistema sanitario debe atender no sólo a la "asistencia" sino en conjunto amplio a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación), la Equidad (en la distribución de los recursos), Eficiencia (con mejores prestaciones y mejor nivel de salud al menor coste), Funcionalidad (con objeto de poder responder ágilmente a las nuevas necesidades), Participación comunitaria de la población e Intersectorialidad, (coordinando sus diversos sectores o zonas y sus instituciones).

Esta sección se ha organizado en cinco grandes apartados: Calidad, Experiencia del paciente, Accesibilidad, Prestación farmacéutica y Sostenibilidad, que a su vez se agrupan en subapartados para tener una visión más estructurada de la información y adaptarla a los principios fundamentales del Sistema Sanitario.

5.1 Calidad

La calidad es un concepto multidimensional que varía en función del enfoque adoptado, por ello este apartado se ha centrado en la Atención sanitaria y en la Seguridad, recogiendo las diferentes facetas de la misma en otros apartados del informe.

5.1.1 Atención Sanitaria



La organización del SNS responde a la necesidad de cumplir con sus dos principios fundamentales, el carácter universal y el solidario. Para ello, necesita asegurar la equidad en el acceso a los servicios para todos los ciudadanos y optimizar el uso de los recursos disponibles en base a criterios de eficiencia. En consecuencia, el SNS se organiza en dos niveles de atención o entornos asistenciales.

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Los servicios sanitarios de primer nivel, se caracterizan por tener una gran accesibilidad y por la suficiente capacidad de resolución técnica como para abordar íntegramente los problemas de salud de presentación frecuente.

La atención especializada es el segundo nivel de atención, cuenta con los medios diagnósticos y/o terapéuticos de mayor complejidad y coste dentro del sistema, y a los que se accede, en primera instancia, por indicación de los facultativos de atención primaria. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquel pueda reintegrarse en dicho nivel.

Este apartado aborda dentro de ambos niveles de atención, la actividad asistencial de forma general, así como actividades específicas en la atención cardiovascular y sus factores de riesgo, en la atención a los trastornos mentales y atención a los tumores malignos. Además, también se centra en actividades preventivas concretas en vacunación y cribados poblacionales.

5.1.1.1 Actividad asistencial

En este apartado se ofrece un panorama general de la actividad asistencial desarrollada en atención primaria y en atención especializada, tanto en hospitales públicos del SNS como en hospitales privados.

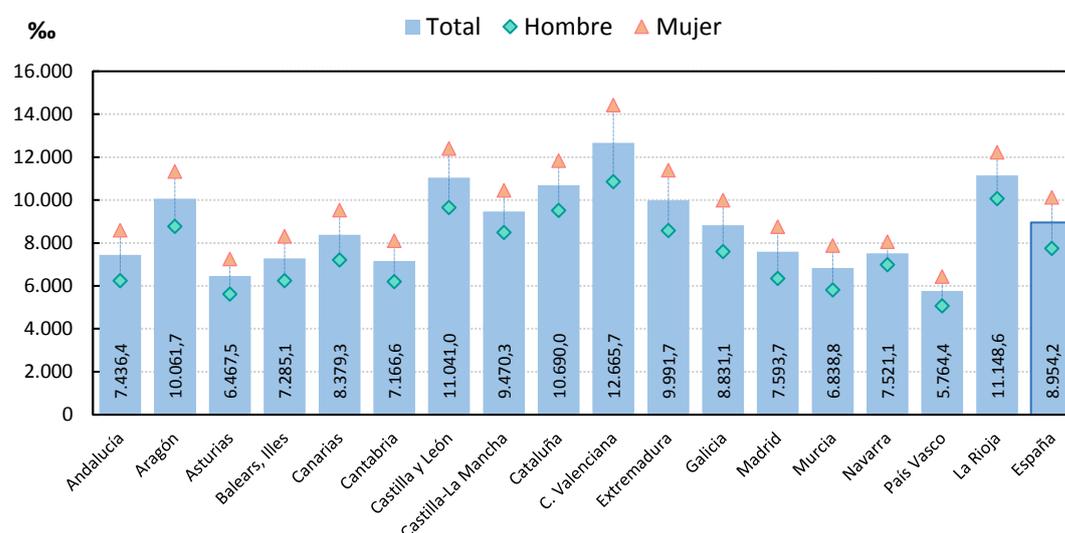


Consultas en atención primaria

Los centros de atención primaria reciben 402,3 millones de consultas, 42,3% de hombres (170.233.071) y 57,7% de mujeres (232.081.558), produciéndose 9,0 consultas por persona y año (7,7 en hombres y 10,1 en mujeres).

Valencia, La Rioja y Castilla y León han sido las comunidades en las que se ha realizado un mayor número de consultas, por encima de 11 por persona y año, País Vasco ha sido la comunidad con menor número, seguida de Asturias y Murcia, con menos de 7 consultas por persona y año.

Gráfico 5-1 Consultas a centros de atención primaria por 1.000 personas, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017



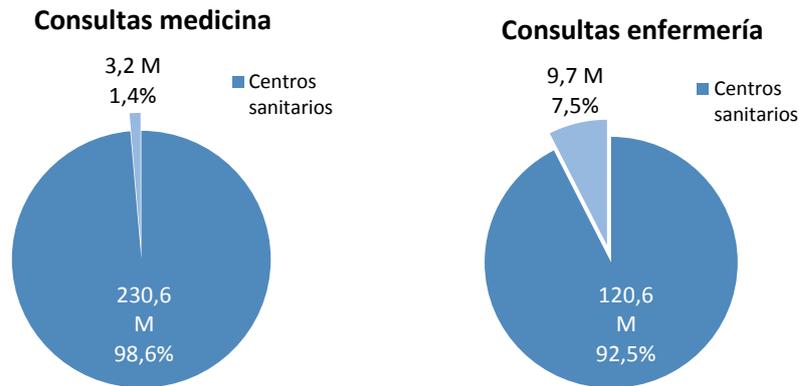
Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) (Ministerio de Sanidad).

En el conjunto de la atención primaria del SNS se atienden al año 364,1 millones de consultas médicas y de enfermería, el 96,4% de las cuales se realizan en los centros sanitarios y el 3,6% restante en el domicilio.

Los profesionales médicos de atención primaria del SNS atienden 233,8 millones de consultas al año, de las cuales el 98,6% se realizan en los centros de salud y consultorios locales, mientras que sólo el 1,4% se realizan en el domicilio.

En el caso de enfermería de atención primaria, se atienden 130,3 millones de consultas anuales, con una tasa de atención domiciliar superior a la de medicina, el 7,5%, mientras que el 92,5% de las consultas de enfermería de atención primaria se realizan en los centros sanitarios.

Gráfico 5-2 Número de consultas (millones) en atención primaria del Sistema Nacional de Salud según profesional y lugar de atención. España, 2018



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

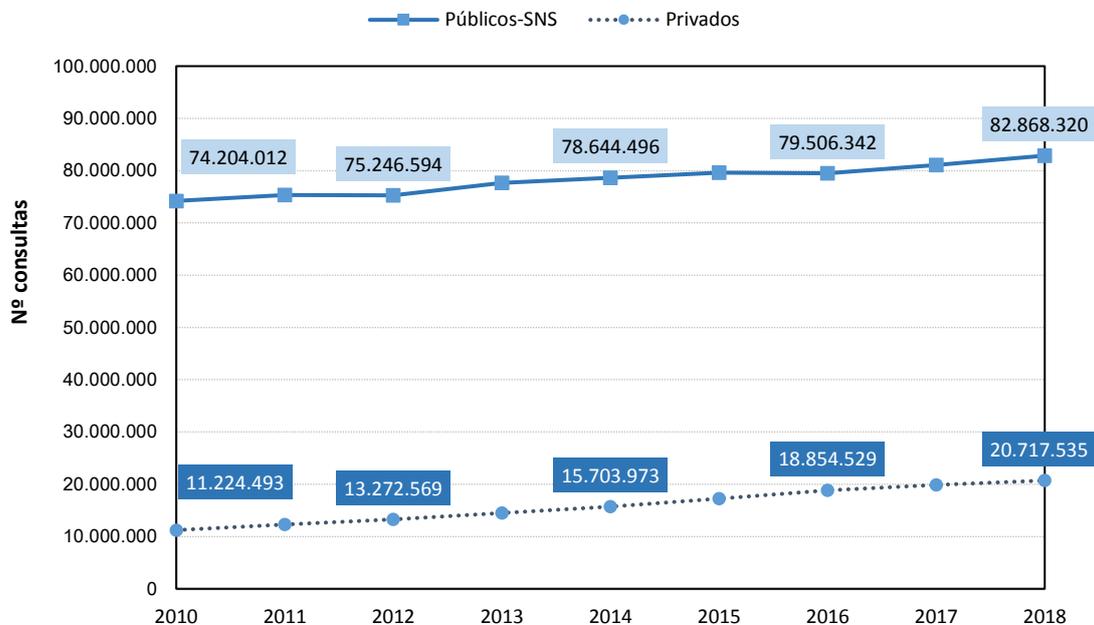
Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Consultas en atención especializada

En el sector hospitalario español se producen 5,4 millones de altas al año, de las cuales en torno a 4,1 millones se producen en los hospitales de agudos del SNS, lo que supone el 76,9% de las 5,3 millones de altas que se producen en esta finalidad asistencial, mientras que en hospitales de larga estancia del SNS se producen 97.353 altas, el 83,6% de las 116.389 altas del total de hospitales de larga estancia.

Se atienden más de 100 millones de consultas en atención especializada al año, el 80,0% de ellas en centros pertenecientes al SNS, cifra que ha aumentado un 21,3% desde 2010 a 2018.

Gráfico 5-3 Consultas en atención especializada, según pertenencia al SNS. España, 2018



Observaciones: SNS= Sistema Nacional de Salud. En el total se incluyen los datos del sector público (SNS) 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 de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

Cirugía ambulatoria en el Sistema Nacional de Salud

En España el porcentaje de cirugía mayor ambulatoria (CMA) en hospitales del SNS respecto al total de intervenciones quirúrgicas es del 46,3%, mientras que en los hospitales privados es del 40,4%.

Por comunidades autónomas, Cataluña (51,6%) y Madrid (49,8%) presentan el mayor porcentaje CMA en los hospitales del SNS, mientras que Ceuta y Melilla (INGESA; 32,8%), Canarias (34,0%) y Aragón (35,9%) presentan los menores porcentajes de CMA.

Tabla 5-1 Porcentaje de intervenciones de cirugía mayor ambulatoria en hospitales por comunidad autónoma, según pertenencia al SNS. España, 2018

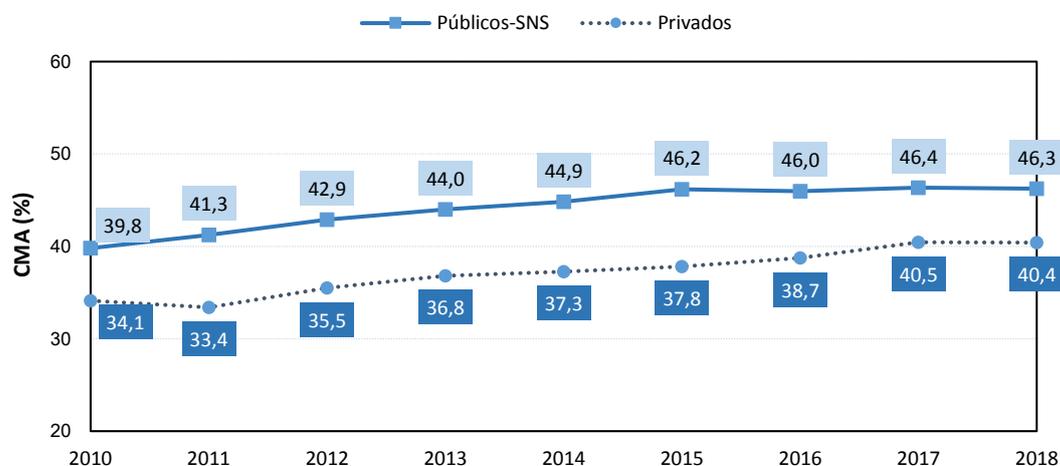
	Hospitales del SNS	Total hospitales
Andalucía	47,1	46,9
Aragón	35,9	35,3
Asturias, Principado de	41,3	49,2
Baleares, Illes	45,8	39,6
Canarias	34,0	41,0
Cantabria	42,5	37,8
Castilla y León	42,2	44,2
Castilla-La Mancha	47,5	46,4
Cataluña	51,6	48,1
Comunitat Valenciana	47,7	43,5
Extremadura	37,5	35,0
Galicia	42,7	38,6
Madrid, Comunidad de	49,8	45,7
Murcia, Región de	42,6	47,7
Navarra, Comunidad Foral de	37,0	36,3
País Vasco	43,1	40,5
Rioja, La	46,5	40,6
Ceuta y Melilla	32,8	32,8
España	46,3	44,4

Observaciones: SNS= Sistema Nacional de Salud. En el total se incluyen los datos del sector público (SNS) 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 de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

Tanto en los hospitales del SNS como en los privados se ha producido un incremento lento y sostenido de la CMA desde 2010, con una ligera disminución en el año 2018.

Gráfico 5-4 Porcentaje de intervenciones de cirugía mayor ambulatoria (CMA) en hospitales, según pertenencia al SNS. España, 2018



Observaciones: SNS= Sistema Nacional de Salud. En el total se incluyen los datos del sector público (SNS) 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 de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

Estancia en hospitales agudos

La estancia media de los pacientes ingresados en los hospitales del SNS se sitúa en 7,8 días presentando una tendencia descendente (8,3 días en el año 2010).

Así, en los hospitales de agudos del SNS la estancia media es de 6,4 días, muy superior a la de los hospitales privados, donde los pacientes ingresados permanecen 3,7 días de media.

Por su parte, en los hospitales de larga estancia del SNS y privados, los pacientes permanecen ingresados 62,9 días y 120,6 días, respectivamente.

Para la interpretación del indicador de estancia media es importante tener en cuenta que es muy dependiente de la patología y del tipo de pacientes atendidos.

Tabla 5-2 Estancia media (días) en hospitales según finalidad asistencial y dependencia. España, 2010 y 2018

		2010	2018	Diferencia 2018-2010
Hospitales de agudos	SNS	6,9	6,4	-0,5
	Privados	4,0	3,7	-0,3
	Total	6,3	5,8	-0,5
Hospitales de larga estancia	SNS	91,6	62,9	-28,7
	Privados	116,0	120,6	4,6
	Total	98,5	72,3	-26,2
Total (agudos + larga estancia)	SNS	8,3	7,8	-0,6
	Privados	6,5	5,5	-1,0
	Total	7,9	7,2	-0,7

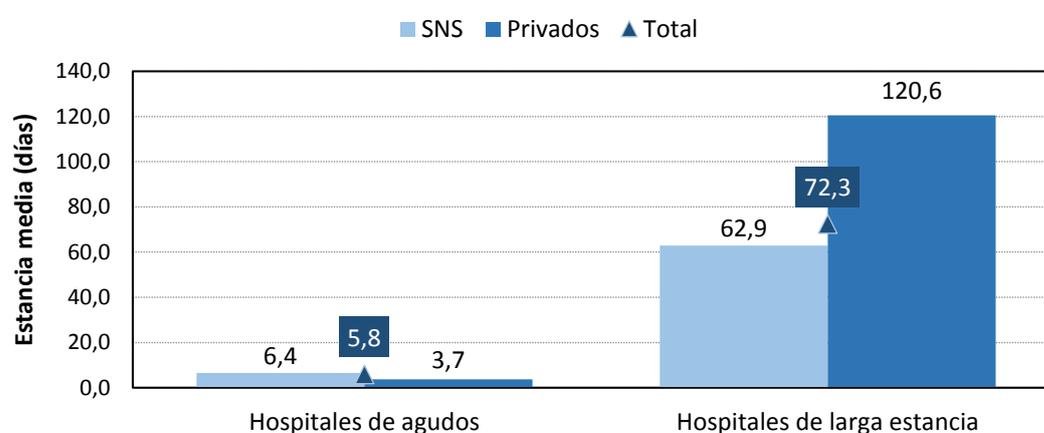
Observaciones: SNS= Sistema Nacional de Salud. En el total se incluyen los datos del sector público (SNS) y privado. Hospitales del SNS = hospitales de dependencia pública + hospitales con concierto sustitutorio + hospitales de la red de utilización pública + Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.

Estancia media (días) = Estancias causadas / alta.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

La estancia media en hospitales totales en España es 7,3 días, la novena más baja entre los 21 países de la UE-28 que reportan esta información a la OCDE.⁴⁵

Gráfico 5-5 Estancia media (días) en hospitales según finalidad asistencial y dependencia. España, 2018

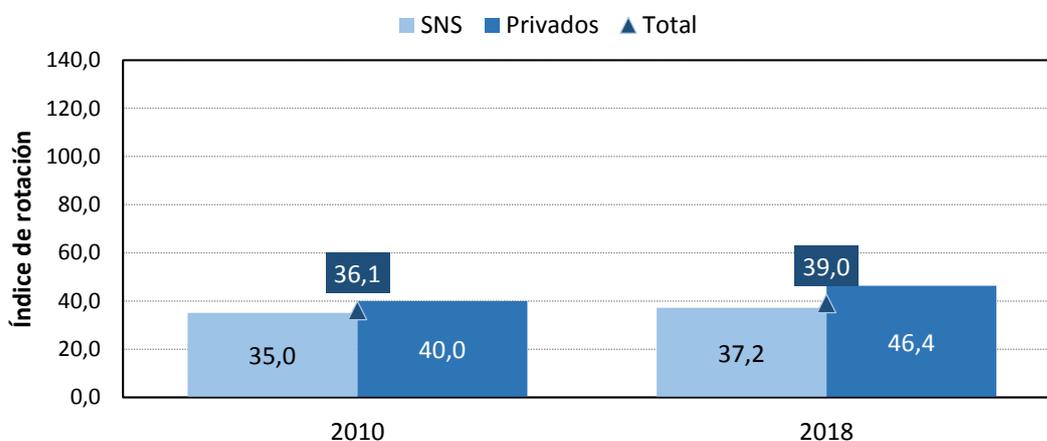


Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

⁴⁵ OECD. Health Statistics, 2018.

El índice de rotación⁴⁶ en los hospitales del SNS es de 37,2, mientras que en los hospitales privados es de 46,4. Con respecto al año 2010, se ha producido un incremento en el índice de rotación, tanto en hospitales del SNS (2,2) como en hospitales privados (6,3).

Gráfico 5-6 Índice de rotación en hospitales según pertenencia al SNS. España, 2010 y 2018



Observaciones: Índice de rotación = Enfermos dados de alta/ nº de camas en funcionamiento.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

En relación a la tasa de ocupación⁴⁷, España posee una media del 74,9% de camas disponibles, algo superior a la media de los 19 países de la UE que reportan datos a la OCDE.⁴⁸

Porcentaje global de reingresos en hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud

También referido como tasa de reingresos, mide la proporción de casos en los que, tras el alta, el paciente vuelve a ser ingresado en el mismo hospital. Se considera reingreso a todo ingreso inesperado (ingreso urgente) de un paciente, tras un alta previa en el mismo hospital en los treinta días siguientes tras el alta del episodio anterior (episodio índice)⁴⁹.

El porcentaje global de reingresos en hospitales de agudos del SNS se sitúa en el 8,2%. Las comunidades autónomas con mayor porcentaje global de reingresos son Galicia (9,9%), Castilla y León (9,6%), Extremadura (9,1%) y Castilla-La Mancha (9,0%).

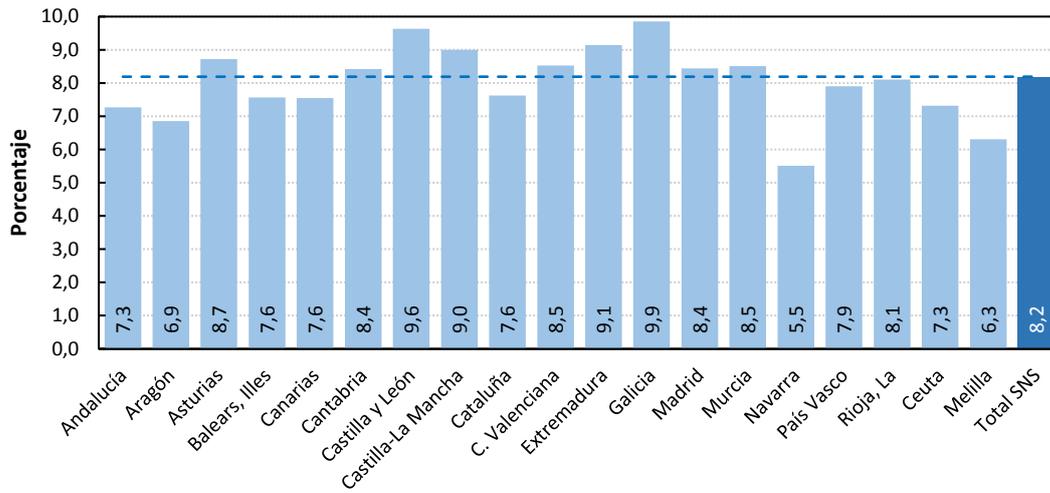
⁴⁶ Índice de rotación = Enfermos dados de alta/ nº de camas en funcionamiento.

⁴⁷ Índice de ocupación = Total de estancias causadas/ nº de camas en funcionamiento * 365.

⁴⁸ OECD. Health Statistics, 2018.

⁴⁹ Se excluyen los reingresos en los que el GRD (Grupos Relacionados por el Diagnóstico) del nuevo ingreso pertenece a la CDM (Categoría Diagnóstica Mayor): CDM 21: Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos. CDM 22: Quemaduras. CDM 25: Politraumatismos. Para una serie correspondiente a la totalidad de un año, el cálculo se realiza considerando como casos índice las altas ocurridas en los primeros 11 meses del año, exceptuando aquellas que han sido alta por fallecimiento. Calculado solo para hospitales del SNS (hospitales públicos, red de utilización pública y hospitales con concierto sustitutorio). No incluye hospitales psiquiátricos ni de larga estancia.

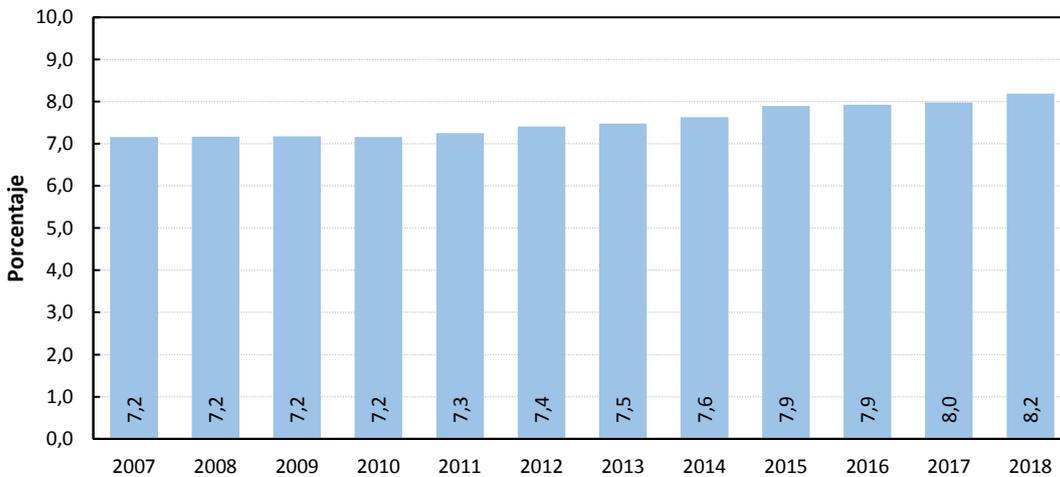
Gráfico 5-7 Porcentaje global de reingresos en hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud, según comunidad autónoma. España, 2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Registro de Atención Especializada (RAE-CMBD).

A lo largo del período 2007-2018, la tasa global de reingresos ha mantenido una tendencia ligeramente ascendente, pasando del 7,2% en 2007 al 8,2% en 2018.

Gráfico 5-8 Evolución del porcentaje global de reingresos en hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud. España, 2007-2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Registro de Atención Especializada (RAE-CMBD).

5.1.1.2 Actividades preventivas

La prevención primaria permite prevenir o evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los agentes causales o los factores de riesgo. La prevención secundaria está dirigida a detener o retrasar el progreso de una enfermedad, para reducir la morbilidad, actuando en las fases más tempranas de la historia natural de la enfermedad a través de la detección, diagnóstico y tratamiento precoz.

Este apartado aborda como actividad preventiva primaria, la cobertura vacunal frente a la gripe en personas mayores y, como actividad preventiva secundaria, se centra en el cribado de dos de los cánceres más frecuentes en España, mama y colorrectal.

Cobertura de vacunación frente a la gripe

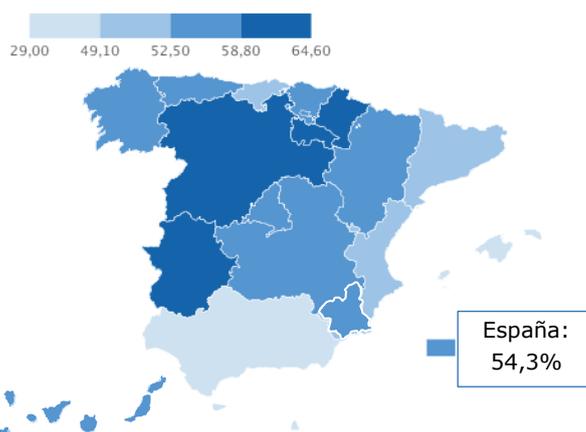
En las personas mayores, la gripe estacional es un problema de salud pública muy importante por su morbimortalidad y los costes económicos y sociales que conlleva. La vacunación antigripal tiene como objetivo reducir la mortalidad y la morbilidad asociada a la gripe y el impacto de la enfermedad en la comunidad.

Este apartado se centra en la vacunación frente a la gripe en la población de 65 años en adelante para conocer la cobertura vacunal⁵⁰ en este grupo de edad.

La cobertura de vacunación frente a la gripe en España sigue una tendencia descendente desde la campaña 2006/07, alejándose del objetivo establecido por la OMS y la UE de lograr, al menos, el 75%.

En la campaña 2018/2019, la cobertura de vacunación frente a la gripe estacional en personas de 65 y más años fue del 54,3%⁵¹, con un rango que va desde el 64,6% en La Rioja hasta el 29,8% de Ceuta.

Gráfico 5-9 Cobertura de vacunación frente a la gripe en personas de 65 y más años, según comunidades autónomas. España, campaña 2018/2019



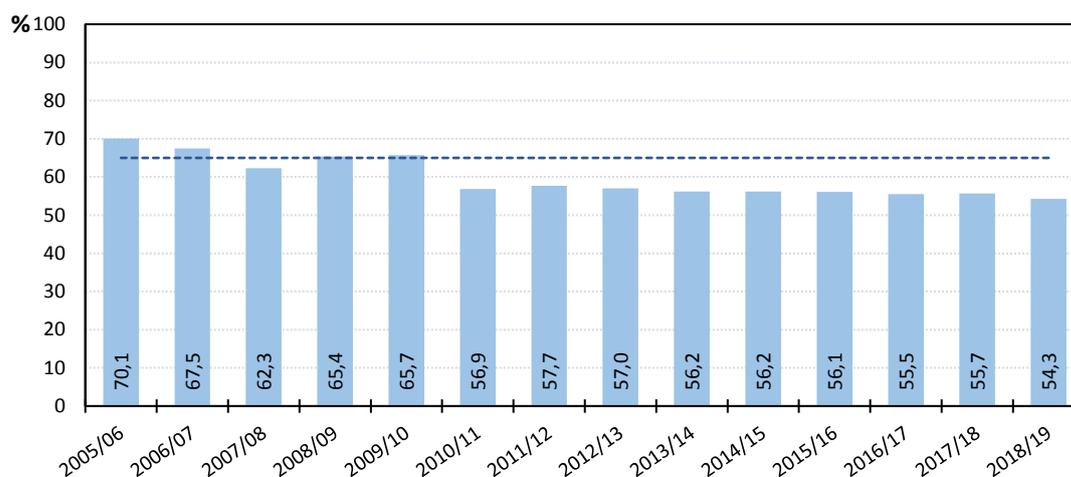
Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Estadísticas de Vacunaciones.

La evolución temporal de la cobertura de vacunación frente a la gripe estacional en personas de 65 y más años, mantiene una tendencia descendente desde la campaña de vacunación 2005/06, pasando del 70,1% al 54,3% en la campaña 2018/19.

⁵⁰ Cobertura de vacunación frente a la gripe: Porcentaje de personas ≥ 65 años que han recibido una dosis de vacuna frente a la gripe en la temporada estacional indicada.

⁵¹ Cobertura de vacunación: Para el cálculo de las coberturas de vacunación frente a la gripe se han utilizado las dosis administradas comunicadas por las Comunidades Autónomas.

Gráfico 5-10 Evolución de la cobertura de vacunación frente a la gripe en personas de 65 y más años. España, campañas 2005/2006 a 2018/2019

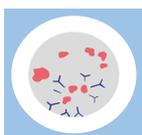


Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Estadísticas de Vacunaciones.

La cobertura de vacunación frente a la gripe en el grupo de edad de 65 y más años sigue una tendencia descendente desde la campaña 2006/07, alejándose del objetivo establecido en España de alcanzar, al menos, el 65%.⁵²



Cribados de cáncer



El cribado de cáncer de mama comenzó en la década de los 90 con los programas de cribado poblacional en todas las comunidades autónomas, lo que ha permitido obtener una cobertura muy amplia de la población por su alta participación y adherencia. Por el contrario, el cribado poblacional de cáncer colorrectal comenzó a implantarse fundamentalmente en la última década y de forma más paulatina por las comunidades autónomas, por lo que la participación y adherencia al mismo sigue siendo todavía escasa.

Actualmente los cribados de cáncer de mama y colorrectal forman parte de la cartera común básica de servicios asistenciales del SNS, e involucran tanto a la atención primaria como a la especializada y su objetivo es potenciar ambos sistemas de cribado poblacional.

Detección precoz del cáncer colorrectal

Se recomienda realizar el cribado de cáncer colorrectal⁵³ mediante la prueba de sangre oculta en heces (PSOH) a la población de 50 a 69 años con una periodicidad bienal. El objetivo es alcanzar la plena cobertura a los diez años de la introducción de este cribado en la cartera de servicios del SNS (2015), entendiendo plena cobertura como la invitación a participar en el cribado sin que la aparición de un problema, síntoma o enfermedad sea el motivo de la realización del PSOH.

⁵² Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Recomendaciones de vacunación frente a la gripe. Temporada 2018-2019.

⁵³ Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud (SNS) 2010.

Según los resultados de la ENSE 2017, el 21,8% de la población de 50-69 años declara que le han realizado una PSOH en los últimos dos años, sin diferencias por sexo ni estrato socioeconómico.

Por comunidades autónomas, el País Vasco con 64,2% alcanza la cobertura más alta seguido de Navarra (55,1%), Castilla y León (38,8%) y Valencia (36,8%). Las coberturas más bajas, con menos del 7%, se encuentran en Ceuta (3,5%) y Extremadura (6,6%).

En la evolución temporal se observa un continuo incremento de la cobertura de la prueba de detección precoz de cáncer colorrectal, pasando del 3,4% en 2009 al 21,8% en 2017.

DetECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA

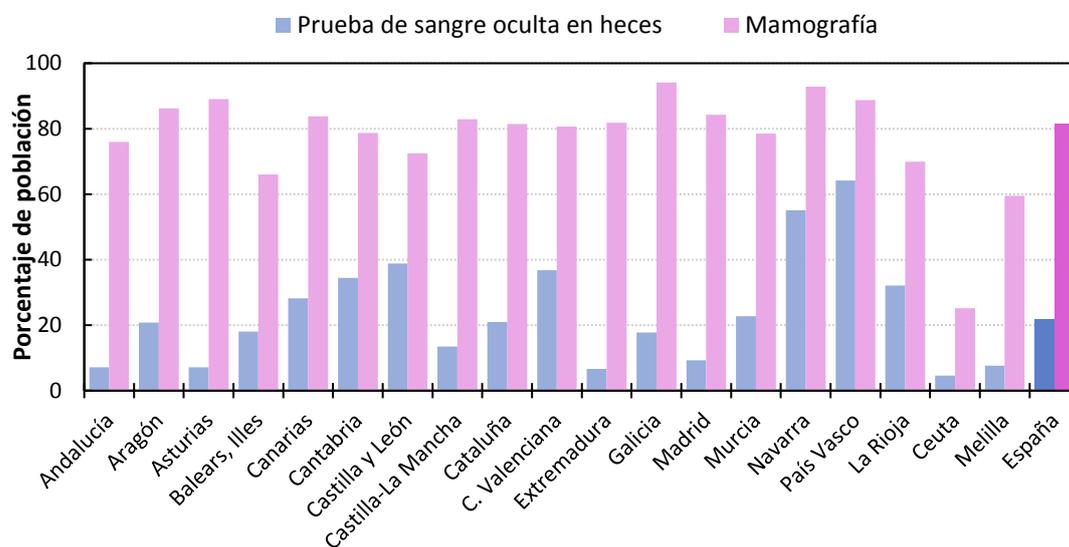
Se recomienda realizar el cribado de cáncer de mama mediante mamografía a las mujeres del grupo de edad de 50 a 69 años con una periodicidad bienal. El objetivo es alcanzar una participación mínima del 70%⁵⁴.

La última ENSE muestra que el 81,5% del grupo de edad en que se recomienda la prueba declara haberse hecho una mamografía en los últimos dos años, y otro 7,3% hace más de dos años, pero menos de tres. Por territorios destacan Galicia, Navarra y Asturias con las coberturas más altas, en torno al 90% de participación.

Se observa gradiente por clase social en las coberturas de mamografía, que son más bajas en las clases menos favorecidas: 79,5% en mujeres de clase social VI en edad de hacerse la prueba, frente a 84,4% en las de clase social I. No obstante, las diferencias entre las mujeres de ambas clases han pasado de 16,2 puntos en 2011 a 5,1 puntos en 2017.

En la evolución temporal se observa una tendencia creciente desde el año 2009, existiendo una diferencia en torno a 10 puntos porcentuales entre 2009 y 2017.

Gráfico 5-11 Cobertura de los programas de detección precoz de cáncer de mama y colorrectal, según comunidad autónoma. España, 2017



Observaciones:

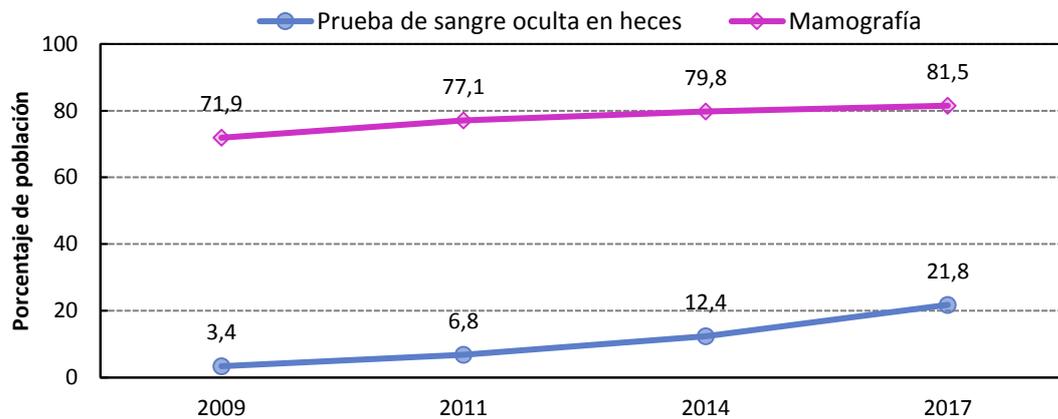
Detección precoz de cáncer de colorrectal: Se mide el porcentaje de personas de 50 a 69 años con prueba de sangre oculta en heces realizada con la frecuencia recomendada (cada 2 años).

Detección precoz de cáncer de mama: Se mide el porcentaje de mujeres de 50 a 69 años con mamografía realizada en la frecuencia recomendada (cada 2 años).

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

⁵⁴ Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud (SNS) 2010.

Gráfico 5-12 Evolución de la cobertura de los programas de detección precoz de cáncer de mama y colorrectal. España, 2009-2017



Observaciones:

Detección precoz de cáncer de mama: Se mide el porcentaje de mujeres de 50 a 69 años con mamografía realizada con la frecuencia recomendada (cada 2 años).

Detección precoz de cáncer de colorrectal: Se mide el porcentaje de personas de 50 a 69 años con prueba de sangre oculta en heces realizada con la frecuencia recomendada (cada 2 años).

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) y Encuesta Europea de Salud.

Ocho de cada 10 mujeres se han realizado las pruebas de detección de cáncer de mama en el plazo recomendado, y dos de cada 10 personas se ha hecho la prueba recomendada para la detección precoz del cáncer colorrectal en el período indicado.

5.1.1.3 Atención a la enfermedad cardiovascular y factores de riesgo

En este apartado y en los dos siguientes se ofrece información sobre la actividad sanitaria relacionada con estos procesos. Para poner en contexto lo que supone la asistencia sanitaria a los mismos, se recogen tanto los datos de consultas en atención primaria en el SNS, como los datos de consultas en atención especializada y hospitalizaciones generadas por estas causas en centros públicos y privados. Cabe señalar que la información sobre hospitalizaciones se ha desarrollado de forma más detallada en el apartado de morbilidad de este mismo informe, por su importancia para conocer la carga de enfermedad. Además, se recogen algunos aspectos concretos relacionados con la atención sanitaria a cada uno de las patologías o grupos de patologías presentadas.



Atención a la enfermedad cardiovascular

Las personas con enfermedad isquémica del corazón originan 22,6 millones de consultas a los centros de atención primaria, un 63,6% los hombres y un 36,4% las mujeres, con una tasa de 24,3 visitas por persona con enfermedad isquémica del corazón al año. Las personas con esta enfermedad generan el 5,6% del total de visitas realizadas en los centros de atención primaria (8,5% en el caso de los hombres y 3,6% en las mujeres). Las hospitalizaciones se sitúan en torno a 24 por 10.000 habitantes.

Las personas con enfermedad cerebrovascular realizan 17,4 millones de visitas a los centros de atención primaria, 48,5% han sido visitas de hombres y 51,5% de mujeres, lo que supone

una tasa de 25,8 consultas por persona con enfermedad cerebrovascular al año. Las personas con este diagnóstico generan el 4,3% del total de visitas realizadas en los centros de atención primaria (5,0% en el caso de los hombres y 3,8% en las mujeres). Las hospitalizaciones suponen una tasa de, aproximadamente, 21 por 10.000 habitantes.

Se atendieron 3.588.691 consultas en atención especializada de cardiología durante 2018, aproximadamente un 3,4% del total de consultas de atención especializada, alrededor del 75% se atendieron en centros públicos.

La mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por este diagnóstico es un 6,6%, porcentaje más elevado en mujeres (alrededor de 10%) que en hombres (cerca de 5%). En el apartado de seguridad se puede encontrar más información sobre este indicador.

Anualmente se producen unas 50 consultas a los centros de atención primaria por cada persona diagnosticada de enfermedad isquémica del corazón o de enfermedad cerebrovascular.

Atención a la diabetes mellitus

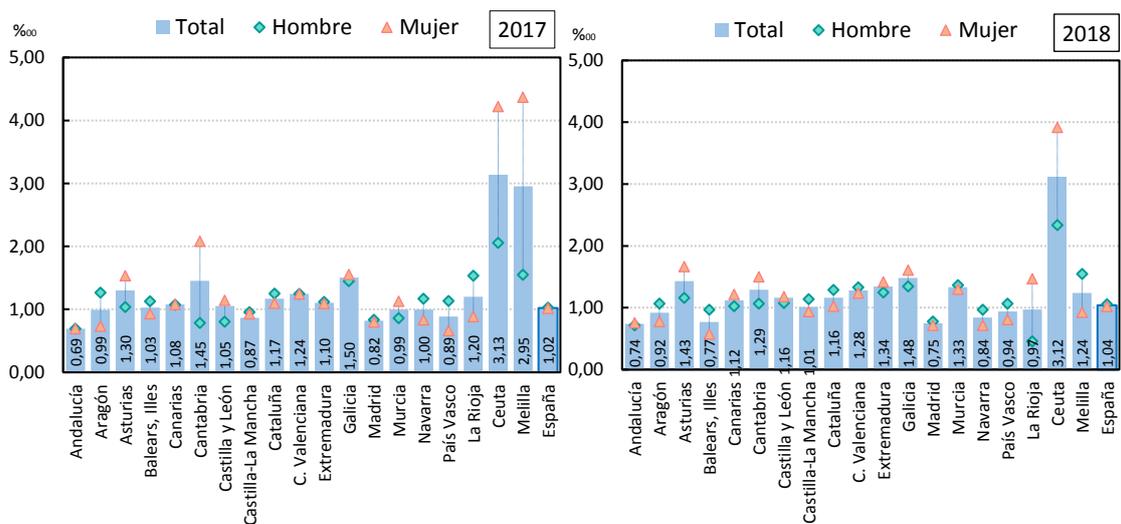
Las personas con diabetes mellitus generan 70,2 millones de visitas a los centros de atención primaria, un 49,5% los hombres y un 55,5% las mujeres, con una tasa de 22,9 visitas por persona/año, la diabetes mellitus causa el 17,5% del total de consultas realizadas en los centros de atención primaria (20,4% en el caso de los hombres y 17,5% en las mujeres).

Las hospitalizaciones por esta causa, ascendieron a 8,5 por 10.000 habitantes en 2018. En el apartado de morbilidad de este informe se puede encontrar información más detallada de este tema.

El 75,5% de la población con diabetes mellitus presenta valores de hemoglobina glicosilada inferiores al 7,5%, porcentaje similar en ambos sexos, sin grandes variaciones según nivel de renta ni entre territorios y con una evolución relativamente estable desde 2013.

La tasa de hospitalizaciones por complicaciones a corto plazo en personas con diabetes mellitus fue de 1,04 por cada 10.000 habitantes en 2018. En Ceuta se han encontrado los valores más elevados, además de Galicia que ha sido la comunidad autónoma con el dato más alto. Andalucía y Madrid han sido los lugares con las tasas más bajas los dos años.

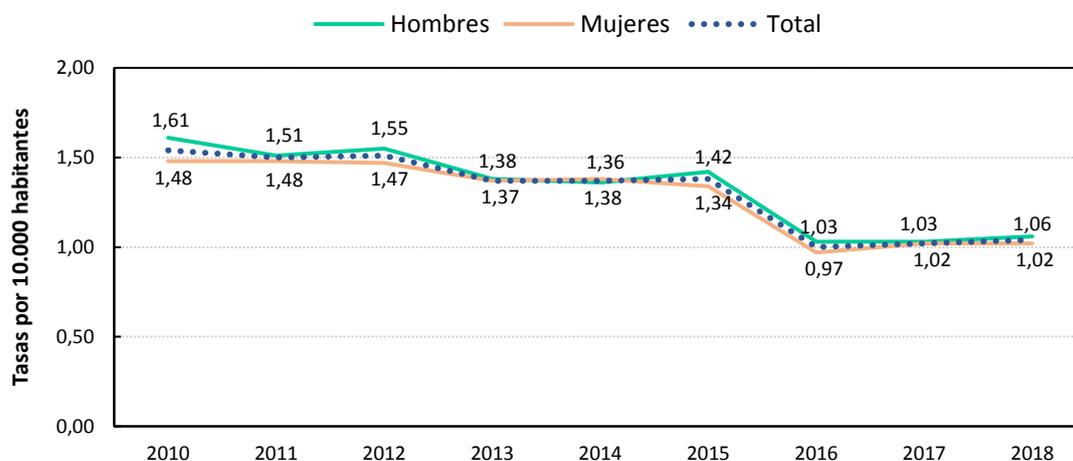
Gráfico 5-13 Tasa de hospitalización por complicaciones a corto plazo en personas con diabetes mellitus por 10.000 habitantes. España, 2017-2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Registro de Atención Especializada (RAE-CMBD).

Las hospitalizaciones por complicaciones a corto plazo de la diabetes mellitus han disminuido un 32,5% desde 2010 a 2018, con una evolución muy parecida en hombres y mujeres. Es relevante el descenso del indicador desde 2016 y parece probable que el cambio a RAE-CMBD y a CIE10-ES esté influyendo en cuanto a menor cobertura durante los años de transición.

Gráfico 5-14 Tasa ajustada por edad de hospitalización por complicaciones a corto plazo de la diabetes mellitus por 10.000 habitantes, según sexo. España, 2010-2018



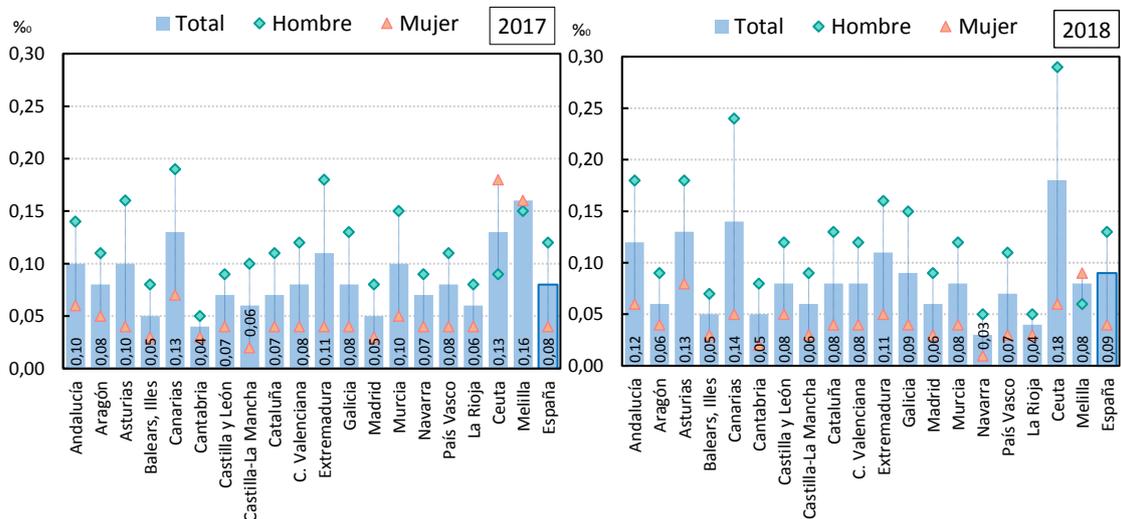
Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Registro de Atención Especializada (RAE-CMBD).

España, con una tasa estandarizada de amputaciones de miembro inferior en personas diabéticas del 6,2 por 100.000 habitantes en 2017, se sitúa muy próxima al promedio⁵⁵ (6,6) de 10 países de la OCDE.

⁵⁵ OECD. Health Statistics, 2017. Tasa de amputaciones de miembro inferior en personas diabéticas estandarizada por edad y sexo.

La tasa bruta de amputaciones de miembro inferior en personas con diabetes mellitus se sitúa en 0,08 por 1.000 habitantes, con valores más elevados en mujeres que en hombres para el total nacional y prácticamente en todos los territorios. Los valores más elevados se han encontrado en Ceuta y Melilla, además de Andalucía, Asturias, Canarias y Extremadura, y los valores de Baleares han estado entre los más bajos ambos años.

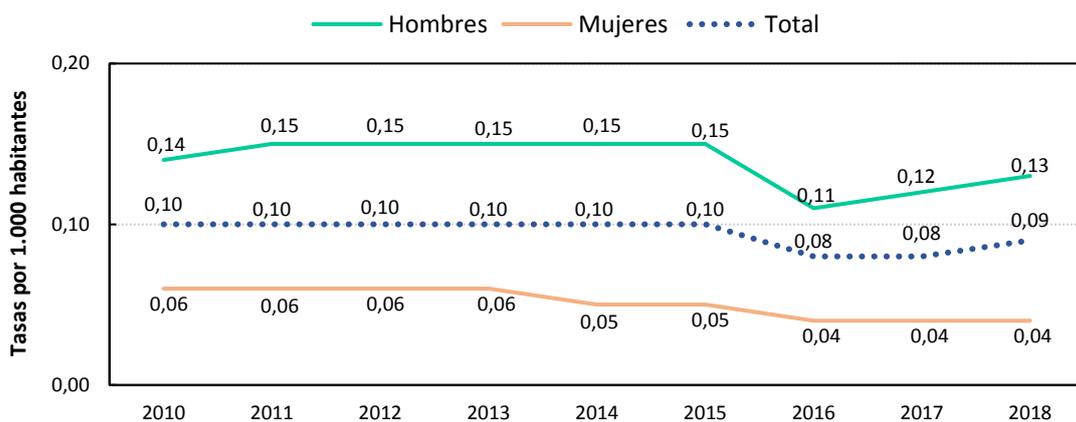
Gráfico 5-15 Tasa bruta de amputaciones de miembro inferior en personas con diabetes mellitus por 1.000 habitantes. España, 2017-2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Registro de Atención Especializada (RAE-CMBD).

Las amputaciones de miembro inferior en personas con diabetes mellitus han disminuido un 10,0% desde 2010 a 2018, esta disminución ha sido más marcada en mujeres (33,3%) que en hombres (7,1%). Al igual que en las hospitalizaciones por complicaciones a corto plazo de la diabetes, para interpretar el descenso del indicador en 2016 es importante tener en cuenta el cambio a RAE-CMBD y a CIE10-ES, que parece estar influyendo en cuanto a menor cobertura durante los años de transición.

Gráfico 5-16 Tasa bruta de amputaciones de miembro inferior en personas con diabetes mellitus por 1.000 habitantes, según sexo. España, 2010-2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Registro de Atención Especializada (RAE-CMBD).

Tres de cada cuatro personas con diabetes mellitus tienen valores de hemoglobina glicosilada inferiores a 7,5%.

Entre 2010 y 2018 se ha producido una disminución del 33% en las hospitalizaciones por complicaciones a corto plazo de la diabetes mellitus y del 10% en las amputaciones de miembro inferior en personas con esta patología.



Atención a la hipertensión arterial

Las personas con hipertensión arterial han realizado 146,2 millones de visitas a los centros de atención primaria, un 42,7% los hombres y un 57,3% las mujeres, lo que supone una tasa de 19,4 consultas por cada persona con hipertensión arterial al año. Las personas con hipertensión arterial producen el 36,6% del total de visitas realizadas en los centros de atención primaria (36,7% en el caso de los hombres y 36,1% en las mujeres).

En cuanto a las hospitalizaciones, se sitúan en 16,2 por 10.000 habitantes en 2018. En el apartado de morbilidad de este informe se puede encontrar información más detallada de este tema, con mención a los cambios en la normativa de codificación que han ocasionado una rotura de la serie histórica.

El 60,3% de los pacientes con hipertensión arterial sistólica y el 87,0% de los pacientes con hipertensión arterial diastólica presentan un buen control de las mismas, sin variaciones relevantes según sexo, nivel de renta ni territorios. La evolución de estos indicadores se mantiene estable desde 2013.

Atención a los trastornos del metabolismo lipídico

Las personas con trastorno del metabolismo lipídico originan 130,1 millones de visitas a los centros de atención primaria, 41,7% corresponden a hombres y 58,3% a mujeres, lo que supone una tasa de 16,2 visitas por cada persona afectada al año. Las personas con este diagnóstico generan el 32,3% del total de visitas realizadas en los centros de atención primaria (31,9% en el caso de los hombres y 32,7% en las mujeres).

En relación a los trastornos del metabolismo lipídico en personas con enfermedad isquémica del corazón o con enfermedad cerebrovascular, el 79,8% de ellas presentan niveles de colesterol total por debajo de 200 mg/dL, el 64,8% presentan niveles de LDL-colesterol por debajo de 100 mg/dL y el 27,7% por debajo de 70mg/dL. No se observan variaciones relevantes de estos indicadores según sexo, nivel de renta ni territorios y su evolución se mantiene relativamente estable desde 2013.

El 60,3% de los pacientes con hipertensión arterial sistólica y el 87,0% de los pacientes con hipertensión arterial diastólica presentan un buen control de la misma.

El 79,8% de los pacientes con enfermedad isquémica del corazón o con enfermedad cerebrovascular presentan niveles de colesterol total por debajo de 200 mg/dL, y el 64,8% y el 27,7% presentan niveles de LDL- por debajo de 100 mg/dL y 70 mg/dL respectivamente.

5.1.1.4 Atención a los trastornos mentales



En este apartado se sigue la misma línea de contenidos que en el apartado anterior. Además, se analiza el consumo de medicamentos antidepresivos y sustancias hipnóticas y sedantes mediante el estudio de sus dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día (DHD)⁵⁶ obtenidas a partir de los datos de facturación de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas e INGESA, e incluyendo las recetas del Mutualismo Administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS). Desde 2016 se incluye también el consumo de medicamentos en los Hospitales de la Red Pública del SNS. Se han seleccionado aquellos indicadores de consumo reconocidos en grupos de trabajo internacionales teniendo en cuenta las enfermedades mentales más frecuentes, y que por tanto gozan de mayor difusión internacional.

Consultas y hospitalizaciones

Las personas con trastornos mentales realizaron 174,9 millones de visitas a los centros de atención primaria, el 38,6% corresponden a hombres y el 61,4% a mujeres, lo que supone una tasa de 14,2 visitas por persona con trastorno mental al año. Las personas que padecen estos trastornos han generado el 43,5% del total de visitas realizadas en los centros de atención primaria (39,6% en el caso de los hombres y 46,3% en las mujeres).

En consultas de atención especializada de psiquiatría se atendieron 5.457.855 consultas en 2018, lo que supone un 5,4% del total de consultas de atención especializada. Aproximadamente el 95% de las consultas de atención especializada de psiquiatría se han producido en centros públicos.

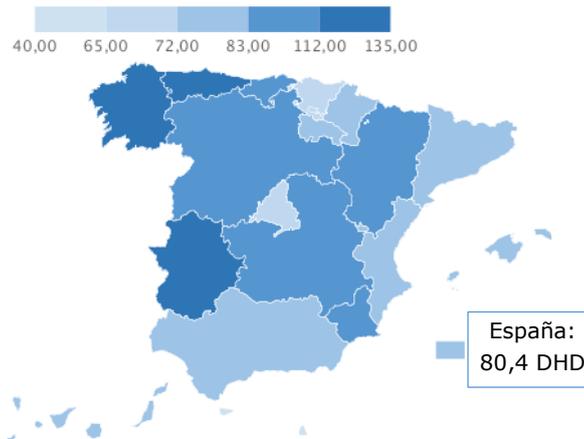
En cuanto a las hospitalizaciones por trastornos mentales, se situaron en 16,7 por 10.000 habitantes. Como se ha comentado previamente, en el apartado de morbilidad de este informe se puede encontrar información más detallada de este tema.

Consumo de antidepresivos

Se incluyen los medicamentos pertenecientes al subgrupo químico terapéutico ATC N06A (antidepresivos). En 2018, en España se consumieron 80,4 DHD de antidepresivos, alcanzándose los mayores consumos en Asturias (120,0 DHD), Galicia (118,8 DHD) y Extremadura (112,8 DHD). Melilla (40,7 DHD), Ceuta (54,4 DHD), País Vasco (65,7 DHD) y Madrid (66,9 DHD) fueron los territorios con menor consumo.

⁵⁶ Siguiendo las recomendaciones internacionales, los consumos de los medicamentos se han de expresar en dosis diarias definidas (DDD) por 1.000 habitantes y día (DHD). La DDD es una unidad técnica de medida que corresponde a la dosis diaria de mantenimiento en la principal indicación para una vía de administración determinada en adultos. Las DDD de los principios activos las establece la OMS y están publicadas en la web de WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology (<https://www.whocc.no/>). Por su parte, el sistema de Clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC) divide los fármacos en diferentes grupos según el sistema de órganos sobre el que actúan y/o sus características terapéuticas, farmacológicas y químicas. El sistema ATC/DDD es la herramienta de elección para intercambiar y comparar datos sobre el consumo de fármacos a nivel internacional, nacional o local.

Gráfico 5-17 Consumo de antidepresivos según comunidad autónoma. Dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD) del subgrupo químico terapéutico ATC N06A. España, 2018

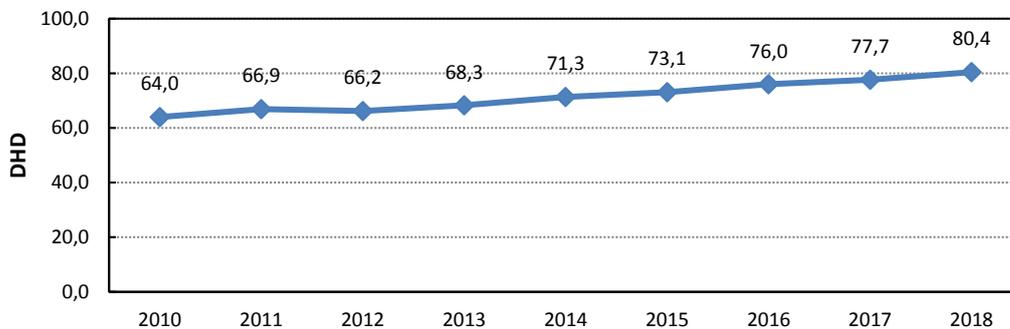


Observaciones: Datos de facturación de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud (SNS) en oficinas de farmacia con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas e INGESA, recetas del Mutualismo Administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) y consumo de medicamentos en los Hospitales de la Red Pública del SNS.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Consumo Farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud.

Durante el período 2010-2018, se observa un crecimiento continuo a nivel nacional del consumo de antidepresivos, pasando de 64,0 DHD a 80,4 DHD, si bien hay que tener en cuenta que en 2016 se incorporó el consumo de medicamentos en los Hospitales de la Red Pública del SNS.

Gráfico 5-18 Evolución del consumo de antidepresivos. Dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD) del subgrupo químico terapéutico ATC N06A. España, 2010-2018



Observaciones: Datos de facturación de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud (SNS) en oficinas de farmacia con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas e INGESA y recetas del Mutualismo Administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS). Desde 2016, se incluye el consumo de medicamentos en los Hospitales de la Red Pública del SNS (rotura de serie).

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Consumo Farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud.

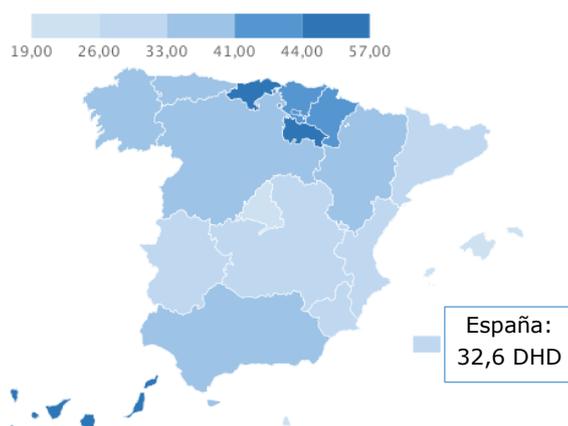
De los 18 Estados Miembros de la UE que presentan datos de consumo de antidepresivos (ATC N06A) en la OCDE⁵⁷, España ocupa la tercera posición (80,4 DHD), mientras que Portugal presenta el mayor consumo (109,3 DHD) y Letonia el menor (16,1 DHD).

⁵⁷ OECD. Health Statistics, 2018. Nótese que la comparación internacional es compleja por la variabilidad de los datos aportados por cada país (medicamentos reembolsados por los esquemas de financiación pública, con o sin medicamentos dispensados en hospitales, medicamentos no reembolsables y medicamentos de venta libre/medicamentos OTC).

Consumo de sustancias hipnóticas y sedantes

Se incluyen los fármacos del subgrupo terapéutico farmacológico ATC N05C (hipnóticos y sedantes). A nivel nacional, se han consumido 32,6 DHD durante 2018. En Cantabria (56,1 DHD), La Rioja (46,0 DHD) y Canarias (44,5 DHD) se produjeron los mayores consumos, mientras que en Melilla (19,1 DHD), Baleares (23,5 DHD) y Madrid (23,8 DHD) se produjeron los menores consumos.

Gráfico 5-19 Consumo de sustancias hipnóticas y sedantes según comunidad autónoma. Dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD) del subgrupo terapéutico farmacológico ATC N05C. España, 2018

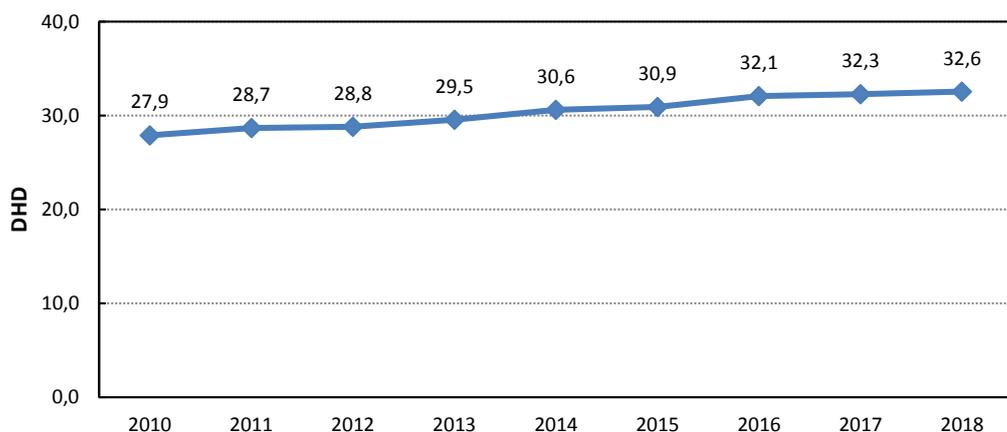


Observaciones: Datos de facturación de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud (SNS) en oficinas de farmacia con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas e INGESA, recetas del Mutualismo Administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) y consumo de medicamentos en los Hospitales de la Red Pública del SNS.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Consumo Farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud.

Se ha producido un discreto crecimiento del consumo de sustancias hipnóticas y sedantes durante los años 2010-2018, pasando de 27,9 DHD a 32,6 DHD, aun a pesar de que a partir de 2016 se incorporó el consumo de medicamentos en los Hospitales de la Red Pública del SNS.

Gráfico 5-20 Evolución del consumo de sustancias hipnóticas y sedantes. Dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD) del subgrupo terapéutico farmacológico ATC N05C. España, 2010-2018



Observaciones: Datos de facturación de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud (SNS) en oficinas de farmacia con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas e INGESA y recetas del Mutualismo Administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS). Desde 2016, se incluye el consumo de medicamentos en los Hospitales de la Red Pública del SNS (rotura de serie).

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Consumo Farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud.

De los 17 Estados Miembros de la UE que presentan datos de consumo de sustancias hipnóticas y sedantes (ATC N05C) en la OCDE⁵⁸, España ocupa la cuarta posición (32,6 DHD), mientras que Suecia presenta el mayor consumo (60,8 DHD).

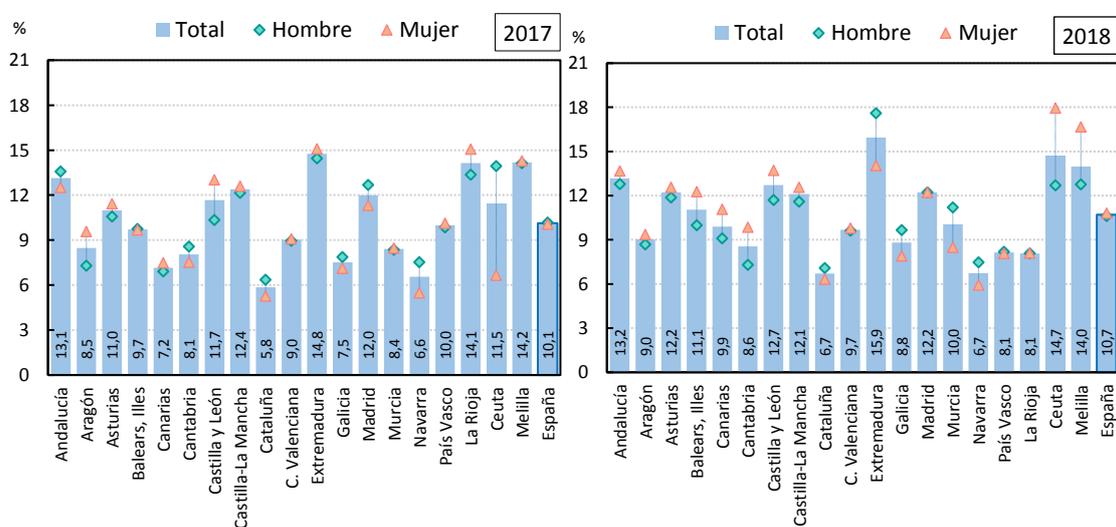
Reingresos urgentes psiquiátricos

Este indicador mide la proporción de casos en los que el paciente vuelve a ser ingresado en el mismo hospital en los treinta días siguientes al alta del episodio anterior (episodio índice, ingreso por enfermedades mentales, considerando como tal las altas cuyo diagnóstico principal está codificado en el capítulo de la CIE correspondiente a Enfermedades Mentales).

En 2018, el porcentaje global de reingresos urgentes psiquiátricos en hospitales del SNS ha sido del 10,7%, muy similar al del año anterior, y sin prácticamente diferencias entre hombres y mujeres.

Por territorios, en 2018 las comunidades autónomas con mayor porcentaje global de reingresos son Melilla (14,0%), Ceuta (14,7%) y Extremadura (15,9%), y las de menor porcentaje de reingresos son Cataluña (6,7%) y Navarra (6,7%). Las diferencias según sexo son discretas; cabe destacar, Ceuta con 4 puntos y Melilla con 5 puntos porcentuales de diferencia entre hombres y mujeres. La variabilidad con respecto al 2017 ha sido escasa, únicamente destacar el descenso de reingresos en 6 puntos porcentuales en La Rioja.

Gráfico 5-21 Reingresos urgentes psiquiátricos en hospitales del Sistema Nacional de Salud, según comunidad autónoma. España, 2017-2018

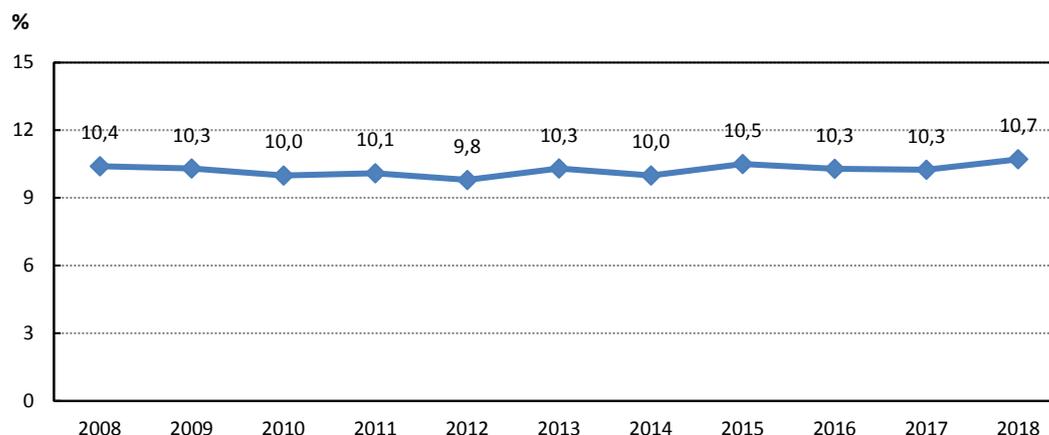


Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD).

En el periodo 2008-2018 se observa una tendencia estable en los reingresos urgentes psiquiátricos en torno al 10%.

⁵⁸ OECD. Health Statistics, 2018. Nótese que la comparación internacional es compleja por la variabilidad de los datos aportados por cada país (medicamentos reembolsados por los esquemas de financiación pública, con o sin medicamentos dispensados en hospitales, medicamentos no reembolsables y medicamentos de venta libre/medicamentos OTC).

Gráfico 5-22 Evolución de los reingresos urgentes psiquiátricos en hospitales del Sistema Nacional de Salud. España, 2008-2018



Observaciones: En 2016 se implanta un nuevo modelo de datos y nueva clasificación (CIE-10-ES). Posibles diferencias en los resultados del indicador con respecto a la serie histórica deben interpretarse tomando en consideración dichos cambios.
Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD).

5.1.1.5 Atención a los tumores malignos

En este apartado se recoge información sobre la actividad asistencial relacionada con estos procesos en atención primaria y sobre las hospitalizaciones que ocasionan. Los tumores malignos agrupan una amplia variedad de enfermedades que son atendidas por diferentes especialidades, se dispone de la información de consultas de atención especializada realizadas en distintos servicios, pero no se dispone de la información de consultas realizadas para la atención de estos procesos en concreto.

Como aproximación a la atención sanitaria a estos procesos, se muestra información sobre la cirugía conservadora en cáncer de mama.

Consultas de atención primaria y hospitalizaciones

Las personas con tumores malignos han realizado 31,7 millones de visitas a los centros de atención primaria en 2017, lo que supone una tasa de 19,5 visitas por cada persona con diagnóstico de tumor maligno, aproximadamente la mitad han sido visitas de hombres y la mitad de mujeres. Las personas con tumores malignos han generado el 7,9% del total de visitas realizadas en los centros de atención primaria (9,3% en el caso de los hombres y 6,8% en las mujeres).

En cuanto a las hospitalizaciones por tumores malignos, en 2018 se produjeron 71,3 por 10.000 habitantes. En el apartado de morbilidad de este informe se puede encontrar más información de este tema.

Cirugía conservadora de cáncer de mama

El tratamiento del cáncer de mama operable se ha modificado en las últimas décadas hacia procedimientos menos agresivos, como la cirugía conservadora de mama.

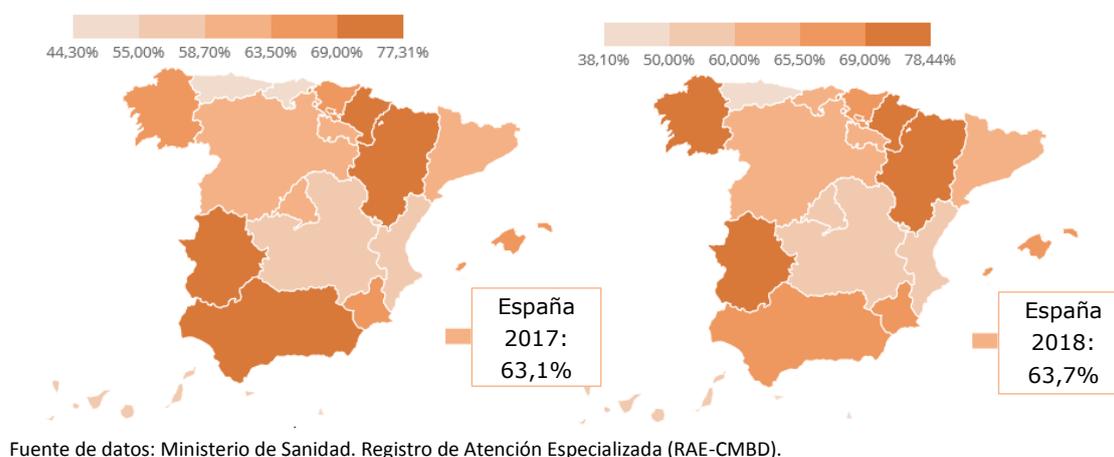
La cirugía conservadora de mama se define como la resección completa de tumor con un margen concéntrico de tejido sano, realizado de una manera cosméticamente aceptable. A veces se le denomina tumorectomía, cuadrantectomía, mastectomía parcial o mastectomía segmentaria dependiendo de cuánto tejido se extraiga.

España, con una tasa de mastectomía parcial en mujeres del 172,8 por 100.000 habitantes en 2018, se sitúa próxima al promedio⁵⁹ (160,0) de 20 países de la OCDE con rango de 276,2 (Bélgica) a 32,7 (Polonia).

El porcentaje de cirugía conservadora de cáncer de mama, considerando como tal todo tratamiento quirúrgico que no suponga una mastectomía radical o modificada, se ha situado en 63,7% en 2018.

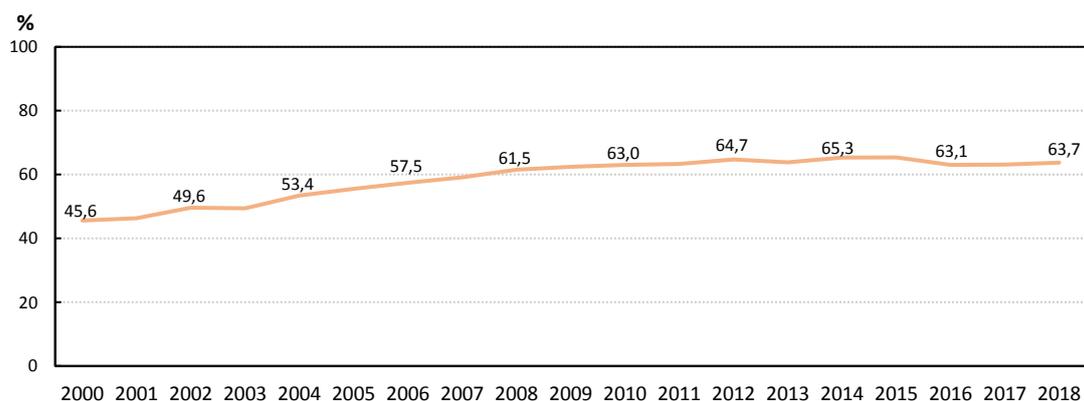
Navarra, Aragón y Extremadura han sido los territorios con los mayores porcentajes de cirugía conservadora de cáncer de mama ambos años. Los valores más bajos de este indicador se han encontrado en Asturias y Melilla, además de Cantabria en 2017 y Ceuta en 2018.

Gráfico 5-23 Porcentaje de cirugía conservadora de cáncer de mama. España, 2017-2018



Este indicador ha aumentado un 39,7% desde 2000 a 2018, aunque la tendencia se ha estabilizado en los últimos años y desde 2010 hasta 2018 solo se ha incrementado en un 1,1%.

Gráfico 5-24 Porcentaje de cirugía conservadora de cáncer de mama. España, 2000-2018



⁵⁹ OECD. Health Statistics, 2018.

Seis de cada diez cirugías de cáncer de mama se realizan con un abordaje conservador, proporción que ha aumentado un 40% desde 2000 a 2018.



5.1.2 Seguridad



La seguridad del paciente es un componente clave de la calidad asistencial que garantiza una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente. Los efectos no deseados secundarios en la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad, así como un elevado coste para el sistema sanitario. La razón fundamental es la creciente complejidad del manejo de los pacientes, en el que interactúan factores organizativos, factores personales de los profesionales y factores relacionados con la enfermedad.

El sistema sanitario proporciona una atención y cuidados seguros cuando se minimiza el riesgo innecesario de daño al paciente, lo que se manifiesta en la ausencia de lesiones accidentales atribuibles a la provisión asistencial o errores médicos.

Este apartado se centra en 3 aspectos fundamentales de la seguridad del paciente como son la utilización adecuada de medicamentos en personas mayores, por ser más susceptibles a reacciones adversas medicamentosas, las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, por su carga de morbimortalidad, y la mortalidad intrahospitalaria por enfermedades cardiovasculares, por ser la causa principal de mortalidad en este ámbito.

5.1.2.1 Utilización adecuada de medicamentos en personas mayores

El envejecimiento se acompaña de una serie de cambios fisiológicos que influyen en los procesos farmacocinéticos y farmacodinámicos de muchos medicamentos, modificando su índice terapéutico, es decir, la relación entre las concentraciones de fármaco necesarias para producir efectos terapéuticos y tóxicos. Estos cambios afectan a los procesos de absorción, distribución, metabolismo y excreción de los fármacos.

La adecuada prescripción de medicamentos en personas mayores es de gran importancia, debido a que este grupo etario está frecuentemente polimedicado lo que predispone a que sean más susceptibles a reacciones adversas medicamentosas.

Este apartado revisa los pacientes polimedcados, y la utilización de benzodiazepinas e hipolipemiantes en las personas mayores. La información se obtiene a través de la Base de Datos Clínica de Atención Primaria (BDCAP) teniendo en cuenta el número de personas de mayores asignadas a tarjeta sanitaria en atención primaria de 12 comunidades autónomas.

Polimedicación en personas de 65 y más años

La polimedicación⁶⁰ se puede definir en términos cualitativos, el hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados, o en términos cuantitativos, en los que se establece un límite en el número de fármacos empleados de forma crónica, cifra a partir de la cual, hay una relación independiente con el uso inadecuado de los medicamentos.

Para este apartado se considera polimedicación al consumo de 6 o más fármacos durante al

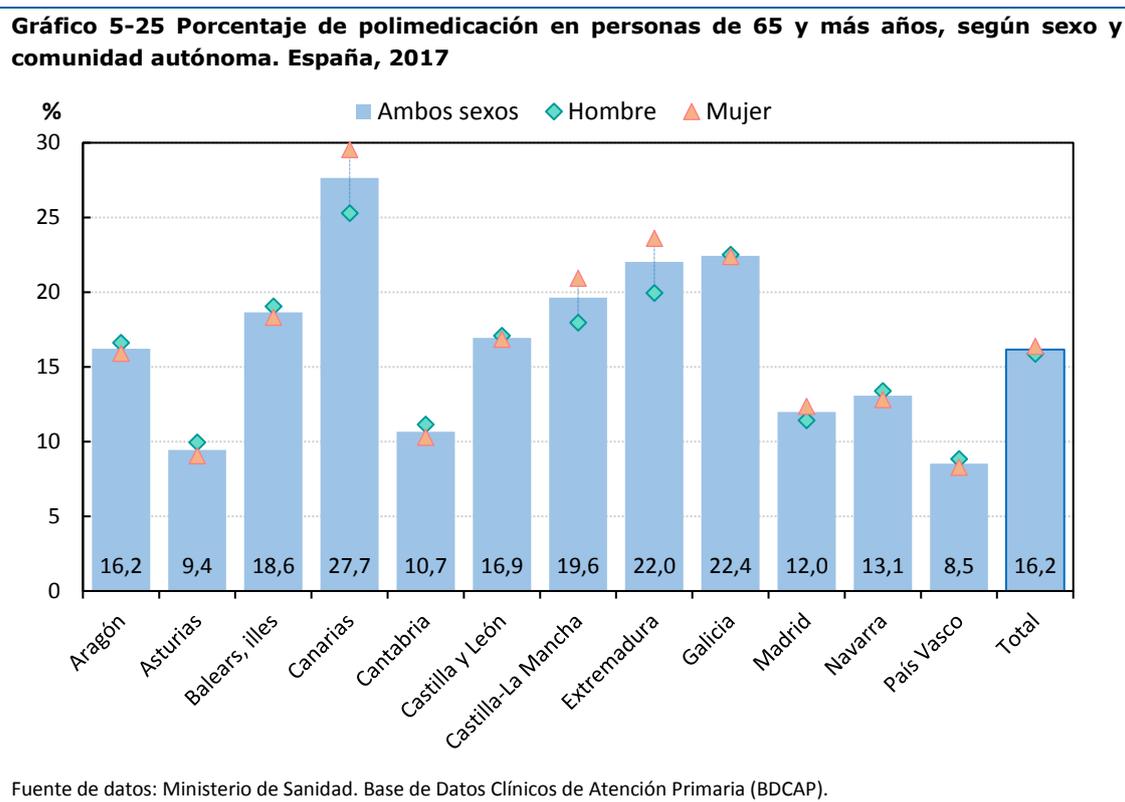
⁶⁰ Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

menos 6 meses.

Según los datos disponibles de la BDCAP, se estima que el 16,2% de las personas de 65 y más años están polimedizadas (15,9% hombres y 16,4% mujeres).

Los porcentajes más altos de polimedización se encuentran en Canarias (27,7%), Galicia (22,4%) y Extremadura (22,0%) y los más bajos en País Vasco (8,5%) y Asturias (9,4%).

Por territorios se muestran diferencias según sexo, con porcentajes más altos de polimedización en mujeres que en hombres en Extremadura, Castilla-La Mancha y Canarias, oscilando la diferencia en torno a 3 y 4 puntos porcentuales.



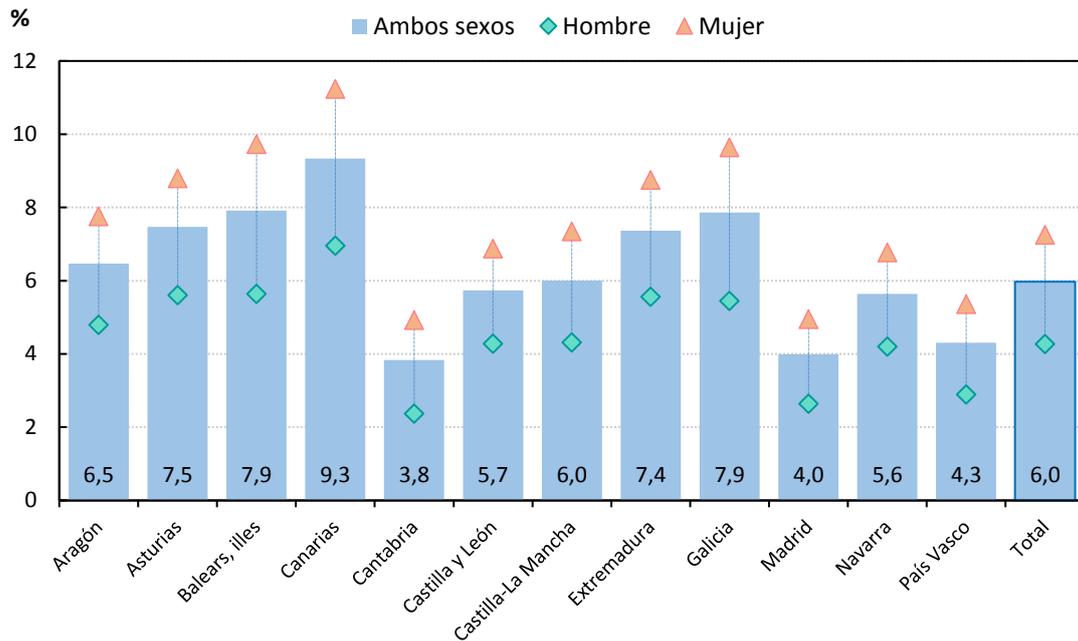
Utilización de benzodiazepinas de vida media larga en personas de 65 y más años

Las benzodiazepinas de vida media larga tienen más efectos adversos en las personas mayores como consecuencia de la sedación prolongada, provocando alteraciones cognitivas, e incremento del riesgo de caídas y fracturas.

Según los datos disponibles de la BDCAP, al 6,0% de las personas de 65 y más años se les dispensó al menos un envase de benzodiazepinas de vida media larga durante el año. La dispensación de benzodiazepinas de vida media larga fue casi el doble en mujeres (7,3%) que en hombres (4,3%).

Por territorios se muestran diferencias en la dispensación de benzodiazepinas de vida media larga, siendo mayor la dispensación en Canarias (9,3%), Galicia (7,9%), Baleares (7,9%) y Asturias (7,5%). Por el contrario, la dispensación fue menor en Cantabria (3,8%), Madrid (4,0%) y País Vasco (4,3%).

Gráfico 5-26 Porcentaje de dispensación de benzodiazepinas de vida media larga en personas de 65 y más años, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

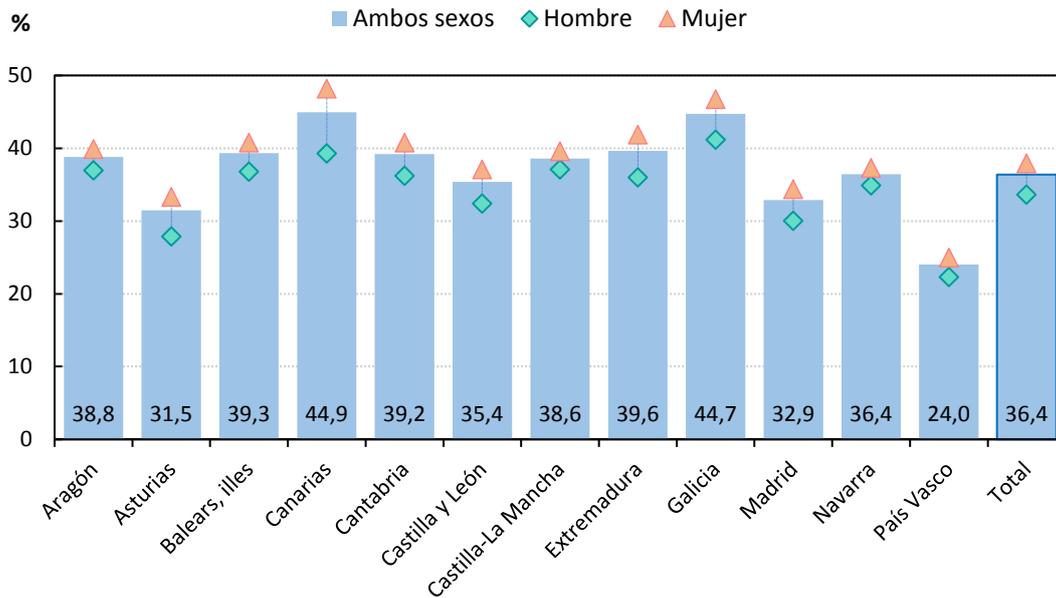
Utilización de hipolipemiantes en personas de 75 y más años sin enfermedad cardiovascular

Las modificaciones del estilo de vida siguen siendo la base del tratamiento de las hipercolesterolemias. En personas mayores sin eventos previos con el colesterol elevado y sin otro factor de riesgo cardiovascular no está recomendado el inicio del tratamiento con hipolipemiantes salvo que existan otras indicaciones específicas.

Según los datos disponibles de la BDCAP, al 36,4% de las personas de 75 y más años sin enfermedad cardiovascular se les dispensa al menos un envase de hipolipemiantes durante el año. Los porcentajes más altos se alcanzan en Canarias (44,9%) y Galicia (44,7%), y los más bajos en País Vasco (24,0%) y Asturias (31,5%).

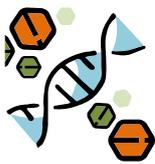
La dispensación de hipolipemiantes es discretamente mayor en mujeres (37,9%) que en hombres (33,6%). Las diferencias de dispensación según sexo también se observan por comunidades autónomas, destacando Canarias con casi 10 puntos y Extremadura con alrededor de 6 puntos porcentuales de diferencia entre mujeres y hombres.

Gráfico 5-27 Porcentaje de dispensación de hipolipemiantes en personas de 75 y más años, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

5.1.2.2 Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria



Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son aquellas infecciones que el paciente puede contraer como consecuencia de la atención recibida en cualquier centro o ámbito asistencial. Estas infecciones son un problema de salud pública importante, debido a que provocan aumento de las estancias hospitalarias, discapacidad a largo plazo, mayor resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, costes adicionales tanto para el propio paciente como para el sistema sanitario, y muertes innecesarias. Entre los múltiples factores que contribuyen a las IRAS hay que destacar el mal uso de los antibióticos, el consumo creciente de antibióticos, y la aparición de microorganismos resistentes a los mismos. Actualmente, el desarrollo de bacterias resistentes a antibióticos constituye una de las amenazas más serias para la salud pública y el uso excesivo e inadecuado de los antibióticos es una de sus principales causas, en el Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) se puede consultar información más detallada sobre este tema (<https://resistenciaantibioticos.es/es>).

La prevención y control de las IRAS constituyen una línea de actuación prioritaria de las estrategias de seguridad del paciente, por lo que este apartado aborda el consumo de antibióticos, la prevalencia de IRAS y la tasa de sepsis postquirúrgica.

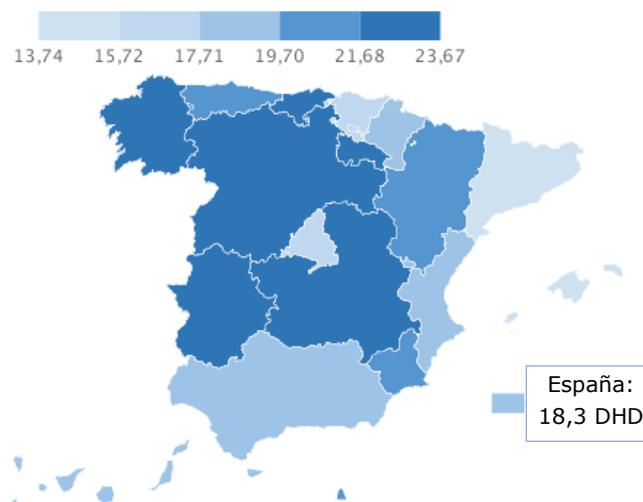
Consumo de antibióticos

A continuación, se analiza el consumo de antibióticos a partir de los datos de facturación de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas e INGESA, las recetas del Mutualismo Administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) y los datos del consumo de medicamentos en los Hospitales de la Red Pública del SNS (desde 2016). Se incluyen todos los fármacos pertenecientes al subgrupo anatómico ATC J01 (antibacterianos de uso sistémico).

En España se consumieron 18,3 dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día (DHD) de antibacterianos de uso sistémico durante 2018. Las comunidades autónomas con mayores consumos son Extremadura (23,7 DHD), Cantabria (23,1 DHD) y Castilla y León (22,5 DHD),

siendo las de menor consumo Cataluña (13,7 DHD), Baleares (14,9 DHD) y Madrid (16,0 DHD).

Gráfico 5-28 Consumo de antibacterianos de uso sistémico según comunidad autónoma. Dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD) del subgrupo anatómico ATC J01. España, 2018

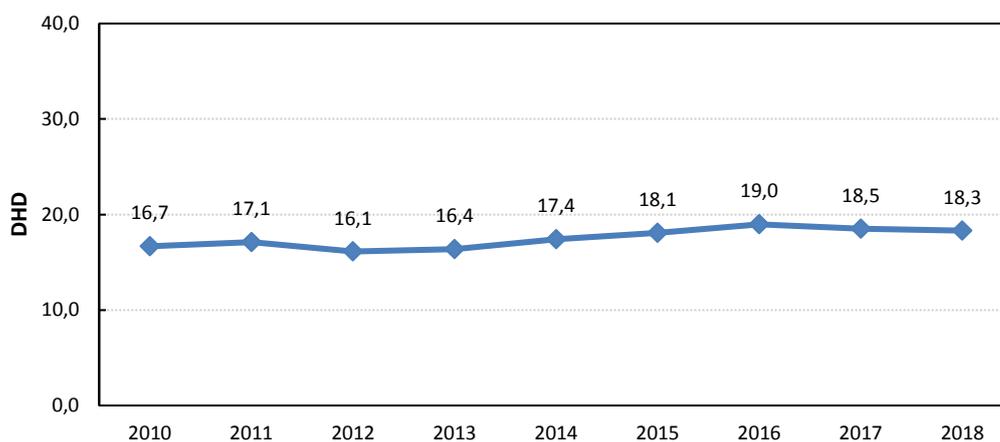


Observaciones: Datos de facturación de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud (SNS) en oficinas de farmacia con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas e INGESA, recetas del Mutualismo Administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) y consumo de medicamentos en los Hospitales de la Red Pública del SNS.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Consumo Farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud.

Durante los años 2010-2018, el consumo de antibacterianos de uso sistémico se ha mantenido prácticamente estable, pasando de 16,7 DHD a 18,3 DHD, aunque a partir de 2016 se incorporó a este sistema de información el consumo de medicamentos en los Hospitales de la Red Pública del SNS.

Gráfico 5-29 Evolución del consumo de antibacterianos de uso sistémico. Dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD) del subgrupo anatómico ATC J01. España, 2010-2018



Observaciones: Datos de facturación de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud (SNS) en oficinas de farmacia con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas e INGESA y recetas del Mutualismo Administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS). Desde 2016, se incluye el consumo de medicamentos en los Hospitales de la Red Pública del SNS (rotura de serie).

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Consumo Farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud.

De los 21 Estados Miembros de la UE-28 que presentan datos de consumo de antibacterianos de uso sistémico (ATC J01) en la OCDE⁶¹, España ocupa la décima posición (18,3 DHD), mientras que Grecia presenta el mayor consumo (32,4 DHD) y Austria el menor (9,3DHD).

Prevalencia total de pacientes con infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria

Los estudios de prevalencia dan una visión global de la situación de las IRAS en los centros sanitarios y permiten la identificación de las infecciones que presentan los pacientes en un momento dado (prevalencia puntual) en todo el hospital y/o centro sociosanitario o en determinadas unidades o servicios.

Este apartado aborda la prevalencia de las IRAS en hospitales de agudos, por ser el ámbito asistencial donde más frecuentemente se desarrollan.

En la Unión Europea se estima que el 6,0%⁶² de los pacientes ingresados en un hospital, adquieren, al menos una IRAS, estando España un punto porcentual por encima del promedio.

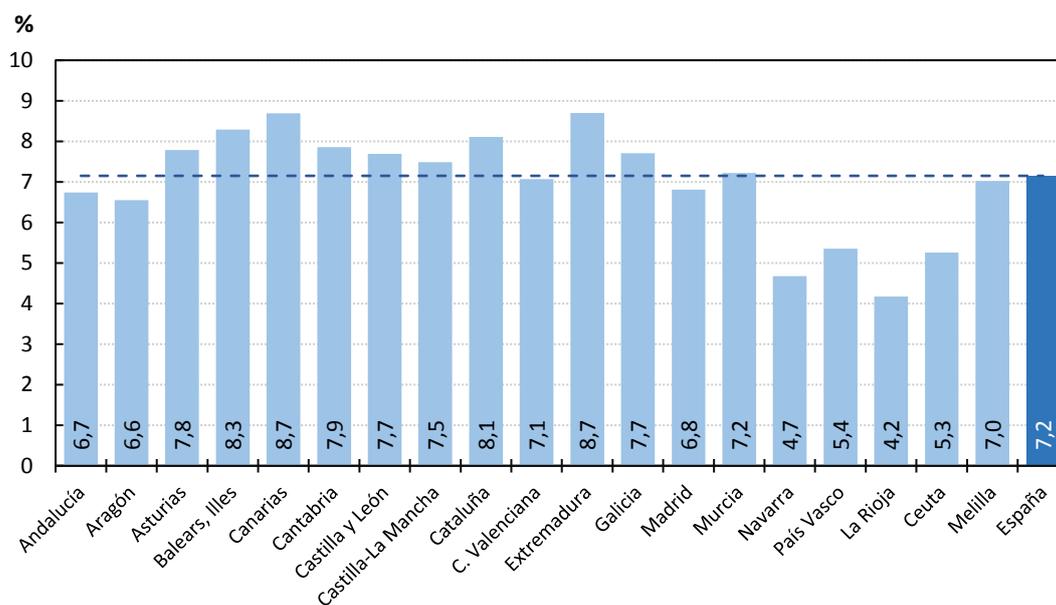
En España, según datos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), en el año 2018 el 7,2% de los pacientes ingresados en un hospital de agudos presentaron al menos una IRAS.

Por territorios, las comunidades autónomas que presentaron mayor prevalencia de pacientes con IRAS, superior al 8%, fueron Extremadura, Canarias, Baleares y Cataluña. Por otra parte, La Rioja y Navarra fueron las que presentaron menor prevalencia de pacientes con IRAS, por debajo del 5%.

⁶¹ OECD. Health Statistics, 2018. Nótese que la comparación internacional es compleja por la variabilidad de los datos aportados por cada país (medicamentos reembolsados por los esquemas de financiación pública, con o sin medicamentos dispensados en hospitales, medicamentos no reembolsables y medicamentos de venta libre/medicamentos OTC).

⁶² European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Stockholm: ECDC; 2013.

Gráfico 5-30 Prevalencia de pacientes con al menos una IRAS hospitalaria según comunidad autónoma. España, 2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

Tasa de sepsis postquirúrgica

La incidencia de sepsis postquirúrgica está relacionada entre otros factores con el incremento en el uso de fármacos cito-tóxicos e inmunodepresores, la mayor edad de la población, el aumento de infecciones por microorganismos resistentes a antibióticos, la realización de intervenciones cada vez más complejas y el mayor número de procedimientos y dispositivos invasivos.

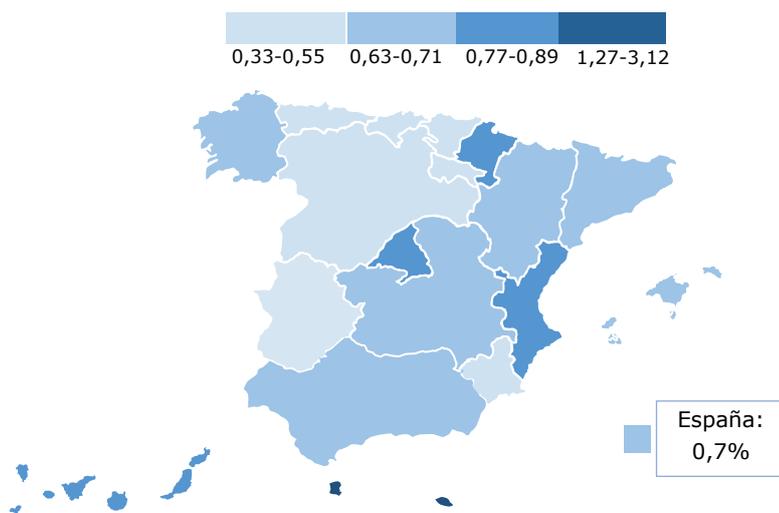
El Registro de Actividad de Atención Especializada (RAE-CMBD), que reúne la información relativa al Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de las altas de los hospitales de agudos, es la principal base de datos para el conocimiento de la tasa de sepsis postquirúrgica; definida como la incidencia de sepsis por cada 100 altas quirúrgicas programadas con estancia mayores o iguales a 3 días.

La tasa de sepsis postquirúrgica en España es del 0,7%, sin prácticamente variabilidad según grupo de hospital⁶³, siendo algo inferior en el grupo de 500 a 1.000 camas (0,6%).

Por territorios, la mayor tasa de sepsis postquirúrgica se observa en Melilla (3,1%) y Ceuta (1,3%) y la menor en La Rioja (0,3%). No obstante, los datos hay que interpretarlos con cautela porque la variabilidad puede deberse entre otras razones al número de intervenciones realizadas, a la edad de los pacientes, como a la casuística atendida.

⁶³ Grupo de Hospital: definido en 4 grupos en función del número de camas disponibles: menos de 200 camas, 200-500 camas, 501-1000 camas, más de 1000 camas.

Gráfico 5-31 Tasa de sepsis postquirúrgica según comunidad autónoma. España, 2017



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD).

En el periodo 2012-2017 se observa una tendencia estable en torno al 0,7%, obteniéndose los valores más bajos de la serie en 2014 y 2015 con un 0,6%. En la evolución temporal las diferencias según sexo son discretas, aunque ligeramente mayor en hombres: en 2017 alcanza de nuevo un 0,8% frente al 0,6% de mujeres.

La tasa de sepsis postquirúrgica sigue una tendencia estable en torno al 0,7% en los últimos 5 años.



5.1.2.3 Mortalidad intrahospitalaria



La probabilidad de que un paciente fallezca en el hospital se considera, en realidad, una combinación de sus factores de riesgo individuales y de la calidad de la atención dispensada.

En este apartado se presentan los resultados obtenidos a través de la explotación del conjunto mínimo básico de datos de las dos causas principales de mortalidad intrahospitalaria, por infarto agudo de miocardio y por accidente cerebrovascular.

La información sanitaria que se presenta es relativa a los centros pertenecientes al SNS, centros de dependencia y financiación pública, y centros de dependencia privada financiados con fondos públicos.

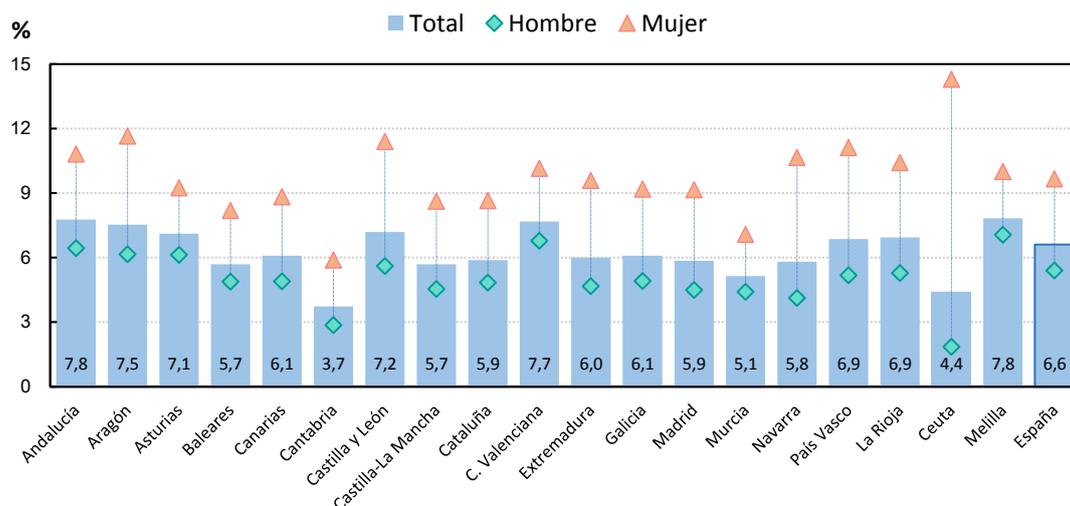
Mortalidad intrahospitalaria postinfarto

En España, la mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por esta causa ha sido del 6,6%, casi el doble en mujeres (9,7%) que en hombres (5,4%).

La mortalidad intrahospitalaria postinfarto en España está en torno al promedio de 18 países europeos de la OCDE⁶⁴, estimado en 6,6%.

Por territorios la mortalidad más baja se registra en Cantabria (3,7%) y Ceuta (4,4%), y la más elevada en Melilla (7,8%), Andalucía (7,8%) y Valencia (7,7%).

Gráfico 5-32 Mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto, según sexo y comunidad autónoma. España, 2018

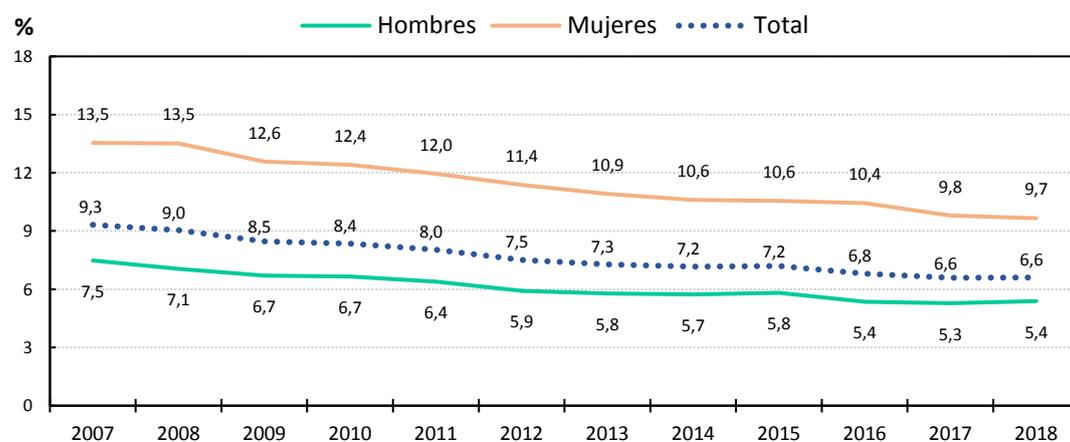


Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD).

En el periodo 2007-2018 la mortalidad intrahospitalaria postinfarto ha seguido una tendencia descendente, tanto en hombres como en mujeres, disminuyendo en torno a 3 puntos porcentuales en 2018.

A lo largo de toda la serie la mortalidad ha sido más elevada en mujeres que en hombres, siendo la diferencia más acentuada al principio, pasando de 6 puntos porcentuales en 2007 a alrededor de 4 puntos porcentuales de diferencia en 2018.

Gráfico 5-33 Evolución de la Mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto, según sexo. España, 2007-2018



Observaciones: Hasta el año 2015 Conjunto Mínimo Básico de Datos de Altas a la Hospitalización-CMBD. Desde 2016, Registro de Atención Especializada (RAE-CMBD).

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD).

⁶⁴ OECD. Health Statistics, 2017.

La mortalidad intrahospitalaria postinfarto en España ha disminuido en 3 puntos porcentuales desde 2007 a 2018, disminución que se ha observado en ambos sexos.



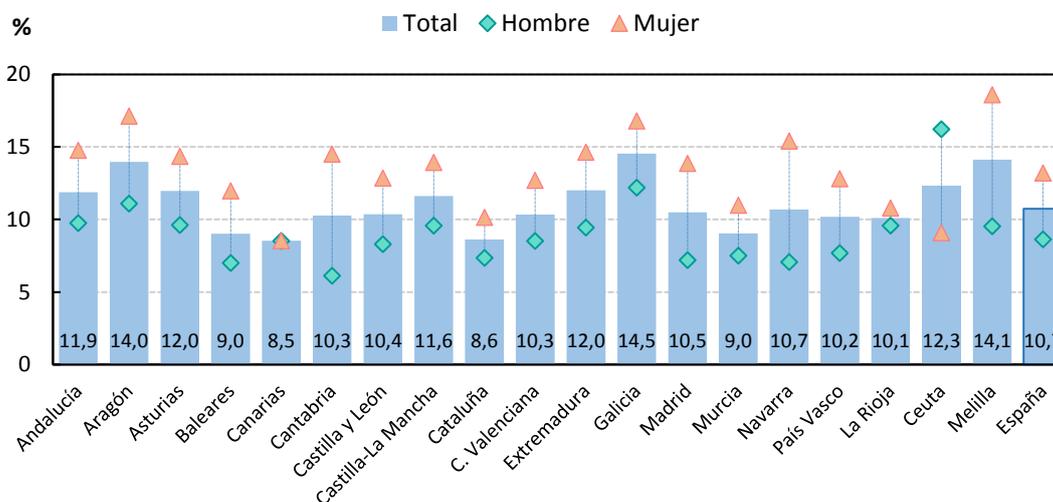
Mortalidad intrahospitalaria por accidente cerebrovascular isquémico

La mortalidad intrahospitalaria por accidente cerebrovascular isquémico se sitúa en el 10,7%, con marcada diferencia entre hombres y mujeres: hombres (8,6%) vs mujeres (13,2%).

La mortalidad intrahospitalaria por accidente cerebrovascular isquémico en España está en torno al promedio de 17 países europeos de la OCDE⁶⁵, estimado en 9,1%.

Los porcentajes más elevados, por encima del 13,5%, se registran en Aragón, Melilla y Galicia, y los porcentajes más bajos, por debajo del 9,0%, se observan en Canarias y Cataluña. Las diferencias según sexo también se muestran por territorios, siendo la mortalidad mayor en mujeres que en hombres, a excepción de Ceuta, donde la mortalidad en hombres es casi el doble que en mujeres, y de Canarias, donde es igual en hombres que en mujeres.

Gráfico 5-34 Mortalidad intrahospitalaria por accidente cerebrovascular isquémico, según sexo y comunidad autónoma. España, 2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD).

En el periodo 2016-2018, la mortalidad intrahospitalaria por accidente cerebrovascular isquémico se ha mostrado estable, tanto en hombres como en mujeres, y prácticamente sin variabilidad importante en la mayoría de los territorios. Cabe destacar el descenso tan marcado en Melilla, que de un 28,1% en 2016 se ha reducido a la mitad en 2018.

La mortalidad intrahospitalaria por accidente cerebrovascular isquémico es mayor en mujeres que en hombres y se ha mantenido estable, en torno al 11%, en el periodo 2016-2018.



⁶⁵ OECD. Health Statistics, 2017.

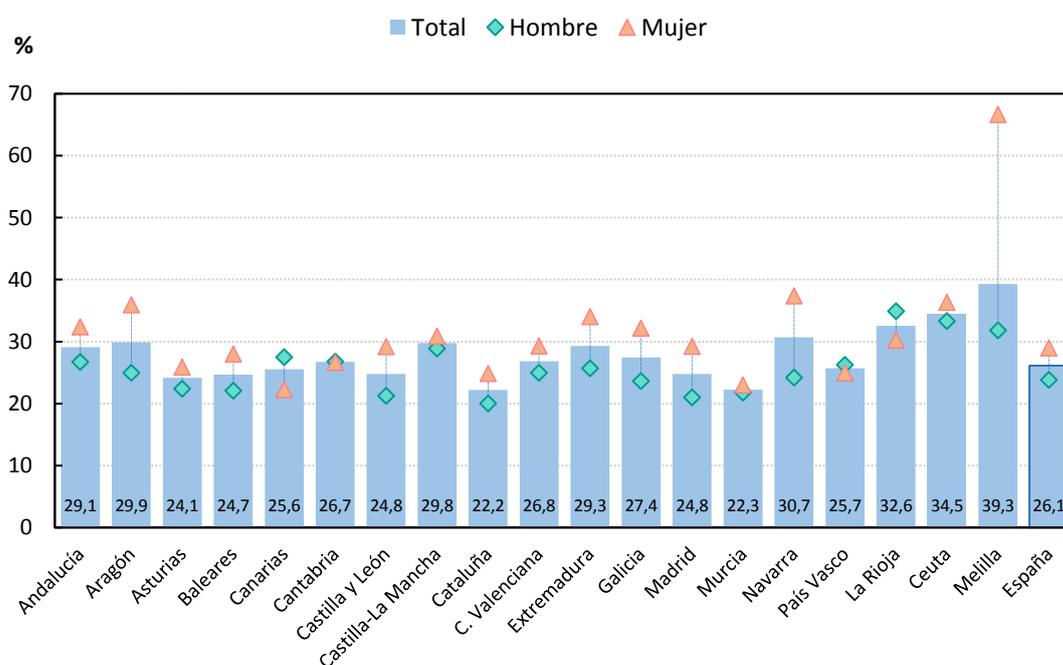
Mortalidad intrahospitalaria por accidente cerebrovascular hemorrágico

La mortalidad intrahospitalaria por accidente cerebrovascular hemorrágico es del 26,1%, más del doble que el isquémico, y también, es mayor en mujeres que en hombres.

La mortalidad intrahospitalaria por accidente cerebrovascular hemorrágico en España está alrededor de 8 puntos porcentuales por encima del promedio de 17 países europeos de la OCDE⁶⁶, siendo uno de los tres países con mayor mortalidad.

Los porcentajes más elevados, por encima del 30,0%, se registran en Navarra, La Rioja, Ceuta y Melilla, y los porcentajes más bajos, por debajo del 23,0%, se observan en Murcia y Cataluña. Por territorios, la mortalidad en general es mayor en mujeres que en hombres, destacando Aragón con 11 puntos porcentuales de diferencia, Navarra con 13 puntos, y Melilla, que registra casi unos 35 puntos más de mortalidad que los hombres.

Gráfico 5-35 Mortalidad intrahospitalaria por accidente cerebrovascular hemorrágico, según sexo y comunidad autónoma. España, 2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD).

En el periodo 2016-2018, la mortalidad intrahospitalaria por accidente cerebrovascular hemorrágica se ha mostrado estable, tanto en hombres como en mujeres. Por territorios, tampoco ha habido gran variabilidad, destacando Baleares con un incremento de casi 6 puntos porcentuales y Melilla con 12 puntos en 2018.

La mortalidad intrahospitalaria por accidente cerebrovascular hemorrágico es mayor en mujeres que en hombres y se ha mantenido estable, en torno al 26%, en el periodo 2016-2018.



⁶⁶ OECD. Health Statistics, 2017.

5.2 Experiencia del Paciente



Conocer la experiencia del paciente permite comprender lo que el paciente vive y experimenta durante sus diferentes contactos con el sistema sanitario. La finalidad es analizar cómo se pueden mejorar las interacciones con el sistema sanitario, a la vez que se garantiza el alineamiento entre las necesidades del paciente y la atención provista por el sistema sanitario.

Este apartado recoge a través de las encuestas de opinión de los pacientes (Barómetro Sanitario) y de salud (Encuesta Nacional de Salud y Encuesta Europea de Salud de España), el nivel de satisfacción de la ciudadanía con el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos y sus prestaciones asistenciales, así como las expectativas existentes sobre los mismos y la experiencia de utilización.

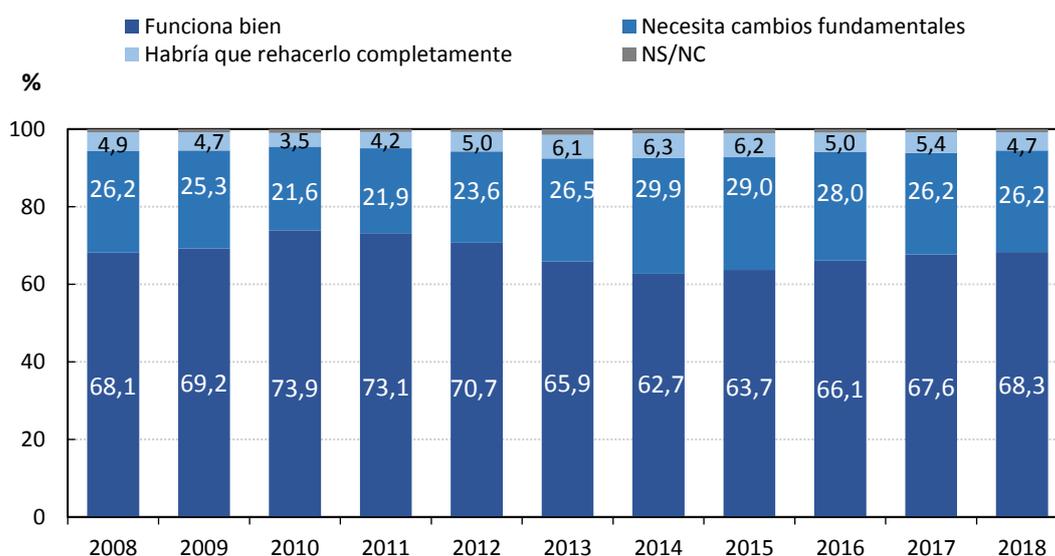
5.2.1 Valoración del Sistema Sanitario

Funcionamiento del Sistema Sanitario



El 68,3% de la población de 18 y más años manifiesta que el sistema sanitario en España funciona "bien" o "bastante bien, aunque necesite algunos cambios", sin apenas diferencias entre hombres (69,9%) y mujeres (66,7%). Este dato muestra la tendencia ascendente en valoración del sistema sanitario que empezó en 2015, tras varios años de disminución de este porcentaje. Un 26,2% de la población opina que el sistema sanitario necesita cambios fundamentales y un 4,7% que habría que rehacerlo completamente (estos últimos se vienen situando en la serie en torno al 4%).

Gráfico 5-36 Evolución de la opinión relativa al funcionamiento del sistema sanitario. España, 2008-2018



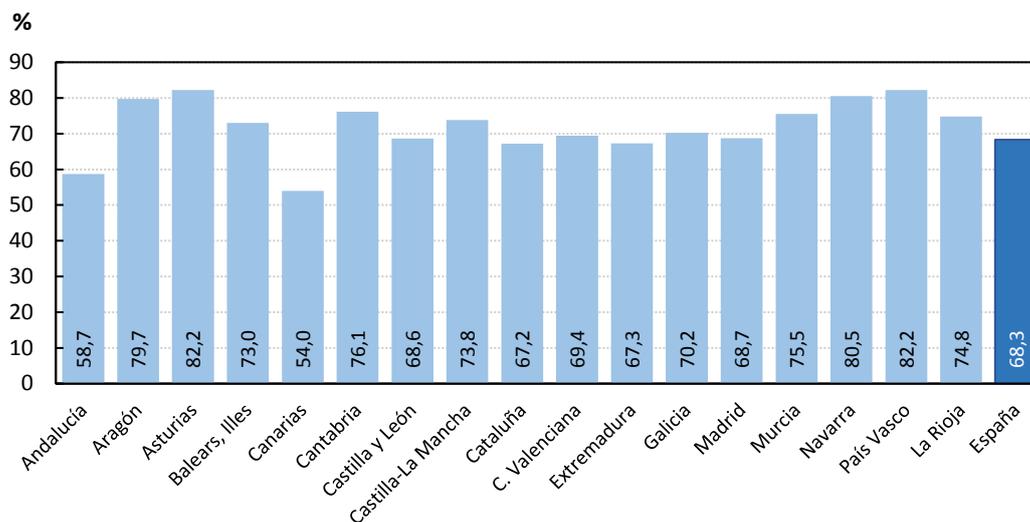
Observaciones: Población de ambos sexos de 18 y más años. Funciona bien = bastante bien + bien pero con algunos cambios. El porcentaje hasta completar el 100%, es de la población que No contesta o contesta que "No sabe".

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Barómetro Sanitario.

Las comunidades autónomas con mayor proporción de población que manifiesta que el sistema sanitario funciona bien son Asturias y País Vasco, ambas 82,2%, y Navarra (80,5%). Las

comunidades autónomas con menor proporción de población que manifiesta que el sistema sanitario funciona bien son Canarias (54,0%) y Andalucía (58,3%).

Gráfico 5-37 Opinión relativa al buen funcionamiento del sistema sanitario, según comunidad autónoma. España, 2018



Observaciones: Población de ambos sexos de 18 y más años. Funciona bien = bastante bien + bien, pero con algunos cambios.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Barómetro Sanitario.

España con un 66%, seguida de Alemania (60%) y Noruega (59%)⁶⁷, presenta el mayor porcentaje de valoración positiva sobre el funcionamiento del sistema sanitario respecto a otros países europeos, y frente a Nueva Zelanda (41%), Canadá (35%), y Estados Unidos (19%).

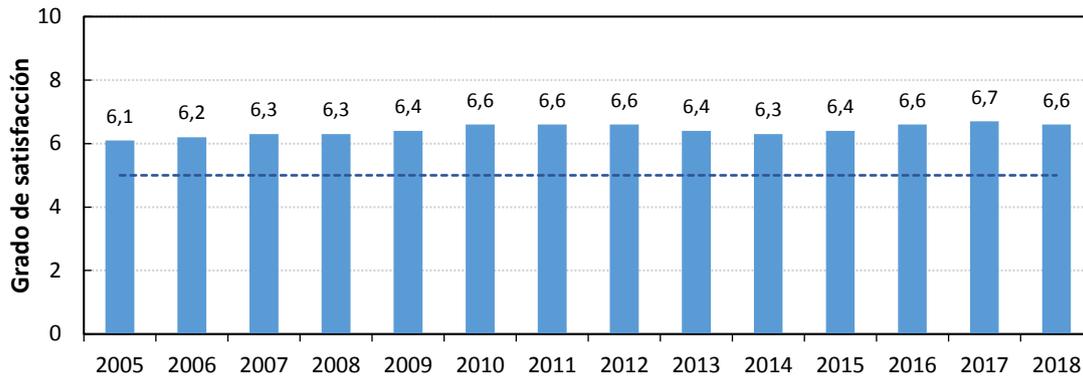
Satisfacción con el Sistema Sanitario público



La satisfacción con el sistema sanitario público es de 6,6 puntos, en una escala de 1 (muy insatisfecho) a 10 (muy satisfecho), sin prácticamente diferencias entre hombres y mujeres. En la evolución del periodo 2005-2018, la tendencia ha sido estable, en torno a 6,6 desde 2010.

⁶⁷ Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Adults. 2016. Dato de España obtenido del Barómetro Sanitario 2016.

Gráfico 5-38 Evolución temporal del grado de satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario público. España, 2005-2018

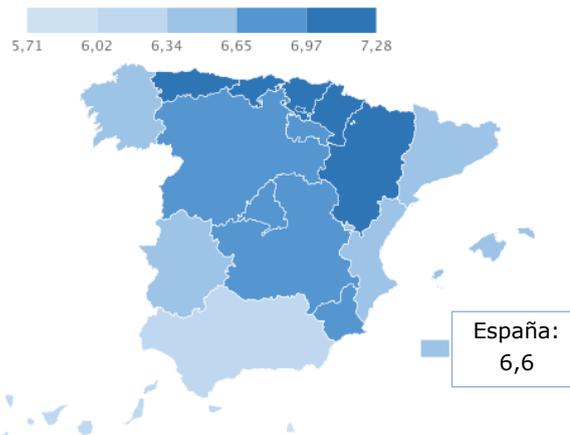


Observaciones: Población de ambos sexos de 18 y más años. Escala de 1=-totalmente insatisfecho a 10=-totalmente satisfecho.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Barómetro Sanitario.

Por territorios, hay diferencias en torno a 1 punto en el grado de satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario, siendo Aragón, Asturias, Navarra y País Vasco, las comunidades que más manifiestan estar satisfechas (por encima de 7 puntos). Las comunidades en donde la satisfacción con el sistema sanitario es menor, en torno a 6 puntos, son Melilla, Ceuta, Andalucía y Canarias.

Gráfico 5-39 Grado de satisfacción de la población con el sistema sanitario público. España, 2018



Observaciones: Población de ambos sexos de 18 y más años. Escala de 1=-totalmente insatisfecho a 10=-totalmente satisfecho.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Barómetro Sanitario.

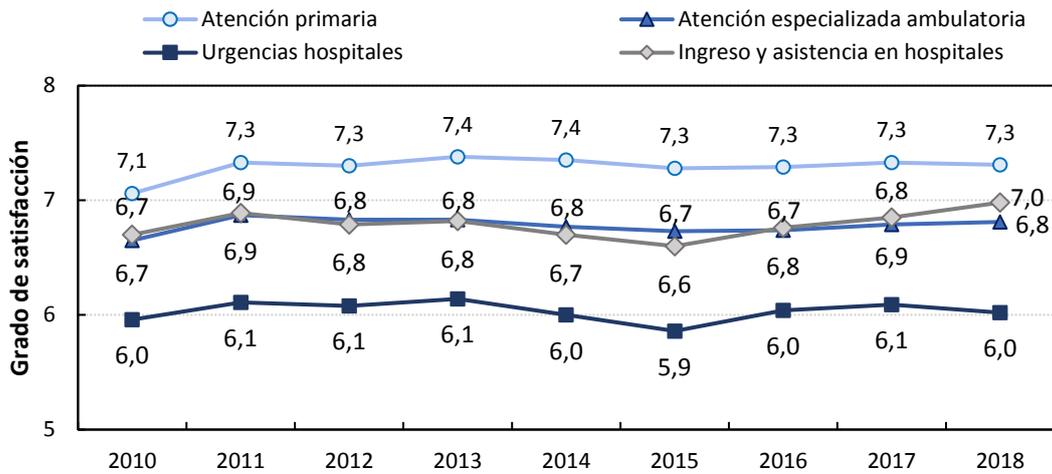
Valoración de niveles asistenciales



La valoración de niveles asistenciales se realiza a través del Barómetro Sanitario preguntando a las personas entrevistadas por el grado de satisfacción con determinados servicios sanitarios públicos, independientemente que los hayan o no utilizado.

La percepción de la valoración de los diferentes niveles y dispositivos asistenciales en que se organiza el SNS es alta, sin cambios de tendencia en estos 8 últimos años.

Gráfico 5-40 Evolución del grado de satisfacción con los diferentes niveles y dispositivos asistenciales en que se organiza el Sistema Nacional de Salud. España, 2010-2018

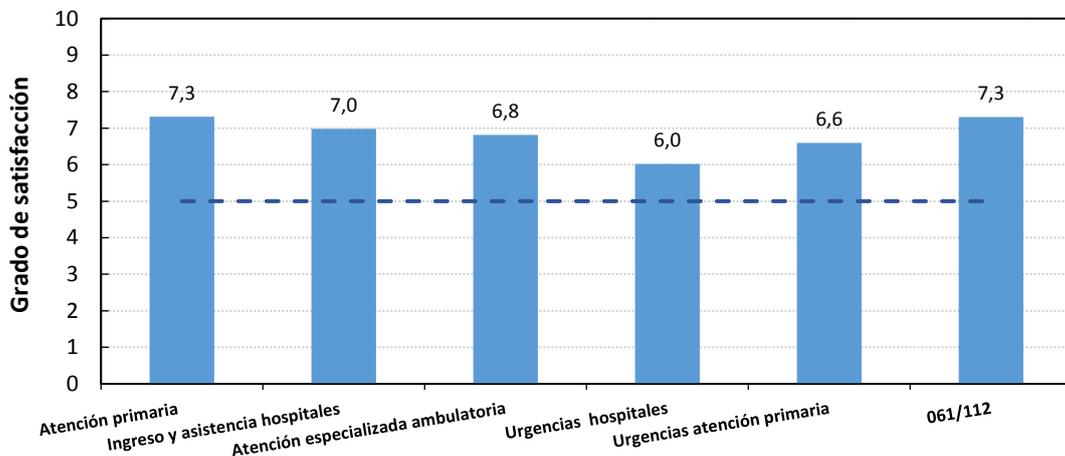


Observaciones: Población de ambos sexos de 18 y más años. Escala de 1=totalmente insatisfecho a 10=totalmente satisfecho. Atención primaria engloba consultas de familia y pediatría en centros de salud. Atención especializada engloba consultas de especialistas en centros públicos.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Barómetro Sanitario.

La atención primaria es la mejor valorada por las personas encuestadas con 7,3 puntos sobre 10, seguida del ingreso y asistencia en hospitales públicos con 7,0 puntos y de la atención especializada ambulatoria con 6,8. La opinión sobre el funcionamiento de los diferentes servicios de urgencias oscila entre 6,0 puntos (urgencias hospitalarias) y 7,3 puntos (061/112), estando las urgencias de atención primaria entre ambas con 6,6 puntos.

Gráfico 5-41 Grado de satisfacción con los diferentes niveles y dispositivos asistenciales en que se organiza el Sistema Nacional de Salud. España, 2018



Observaciones: Población de ambos sexos de 18 y más años. Escala de 1=totalmente insatisfecho a 10=totalmente satisfecho. Atención primaria engloba consultas de familia y pediatría en centros de salud. Atención especializada engloba consultas de especialistas en centros públicos.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Barómetro Sanitario.

La opinión general de la población sobre el funcionamiento de los diferentes niveles y dispositivos en que se organiza el Sistema Nacional de Salud es positiva y similar a años anteriores.

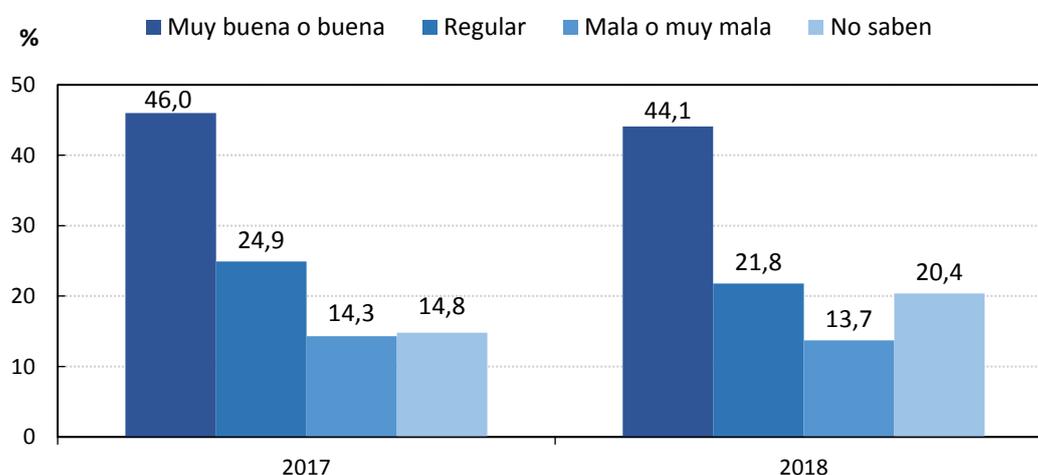
5.2.2 Coordinación entre niveles asistenciales



La valoración de la coordinación entre niveles asistenciales se realiza a través de una pregunta del cuestionario del Barómetro Sanitario en la que se incluye la percepción que se tiene entre consulta médica de atención primaria y consulta especialista y/o el ingreso en un hospital, independientemente de que hayan utilizado el sistema sanitario o no.

En 2018, según los resultados del Barómetro Sanitario, el 44,1% de las personas encuestadas opinan que existe una muy buena o buena coordinación y comunicación entre los niveles asistenciales dentro del sistema sanitario público, aunque discretamente decreciente con respecto a 2017. La consideración que la coordinación es regular ha descendido también muy levemente del 24,9% en 2017 al 21,8% en 2018. La percepción que es mala o muy mala se mantiene en torno al 14%. Y hay que tener en cuenta que un porcentaje no despreciable de encuestados refieren que no saben cómo es la coordinación (20,4%).

Gráfico 5-42 Evolución temporal de la percepción de coordinación entre niveles asistenciales del Sistema Nacional de Salud. España, 2017-2018



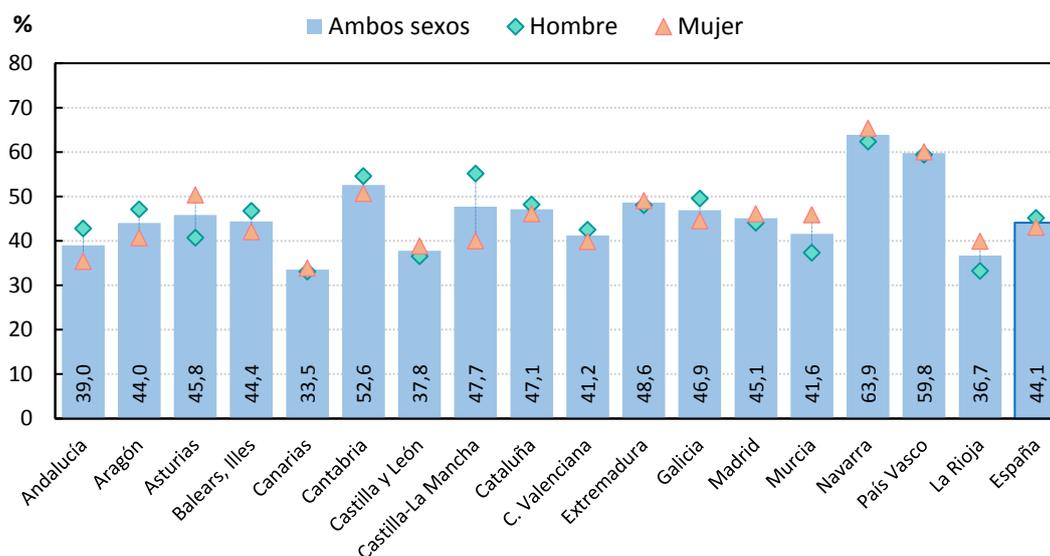
Observaciones: Población de ambos sexos de 18 y más años.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Barómetro Sanitario.

En cuanto a la distribución territorial, hay comunidades que opinan que existe una muy buena o buena coordinación y comunicación entre los niveles asistenciales superior al 50%, como Navarra, País Vasco y Cantabria. Los territorios que peor valoran la coordinación entre niveles asistenciales, por debajo del 40%, son Canarias, La Rioja, Castilla y León y Andalucía.

En general no hay muchas diferencias según sexo, únicamente destacar las diferencias en torno a 10 puntos porcentuales en Asturias (hombres 40,7% vs. mujeres 50,3%) y en Castilla-La Mancha en torno a 15 puntos porcentuales (hombres 55,2% vs. mujeres 40%).

Gráfico 5-43 Opinión sobre la coordinación entre niveles asistenciales, según sexo y comunidad autónoma. España, 2018



Observaciones: Población de ambos sexos de 18 y más años.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Barómetro Sanitario.

La percepción de buena coordinación entre niveles asistenciales está en general por debajo del 50%.

5.2.3 Participación en las decisiones sobre su problema de salud

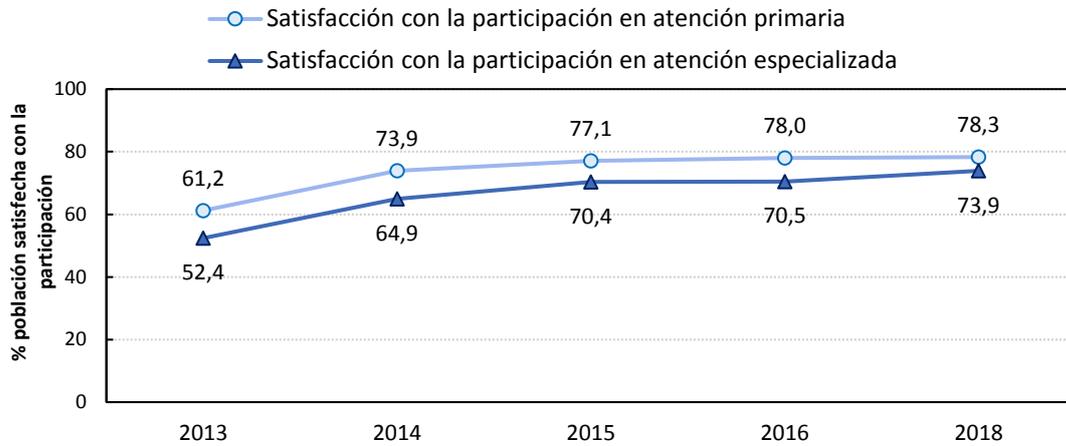


La participación de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud ayuda a obtener mejores resultados, y podría contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario. Entre las múltiples ventajas cabe destacar: la disminución de la frecuentación innecesaria de los servicios de salud, el aumento de la seguridad del acto médico, la mejora en las relaciones entre profesionales y pacientes, la promoción de estrategias de autocuidado, la mejora de la adherencia al tratamiento terapéutico y el logro de una mejor calidad de vida para el paciente, así como una reducción de costes para el sistema sanitario.

La participación de los pacientes se valora a través del Barómetro Sanitario preguntando a los encuestados por su participación en las decisiones sobre su problema de salud y su tratamiento, en las consultas médicas de familia en atención primaria y en las consultas médicas de atención especializada, ambas de la sanidad pública, cuando han acudido en los últimos 12 meses.

El 78,3% de las personas entrevistadas declaran estar satisfechas con su participación en las decisiones sobre su problema de salud y su tratamiento en atención primaria, con una tendencia creciente desde 2013. La satisfacción con su participación en atención especializada también es alta (73,9%) pero más baja que en atención primaria, con casi 5 puntos porcentuales de diferencia. No obstante, la satisfacción con la participación en atención especializada se ha incrementado notablemente desde 2013 (52,4%) con una tendencia creciente desde entonces.

Gráfico 5-44 Satisfacción del ciudadano con su participación en las decisiones sobre sus problemas de salud y su tratamiento en atención primaria y atención especializada. España, 2013-2018

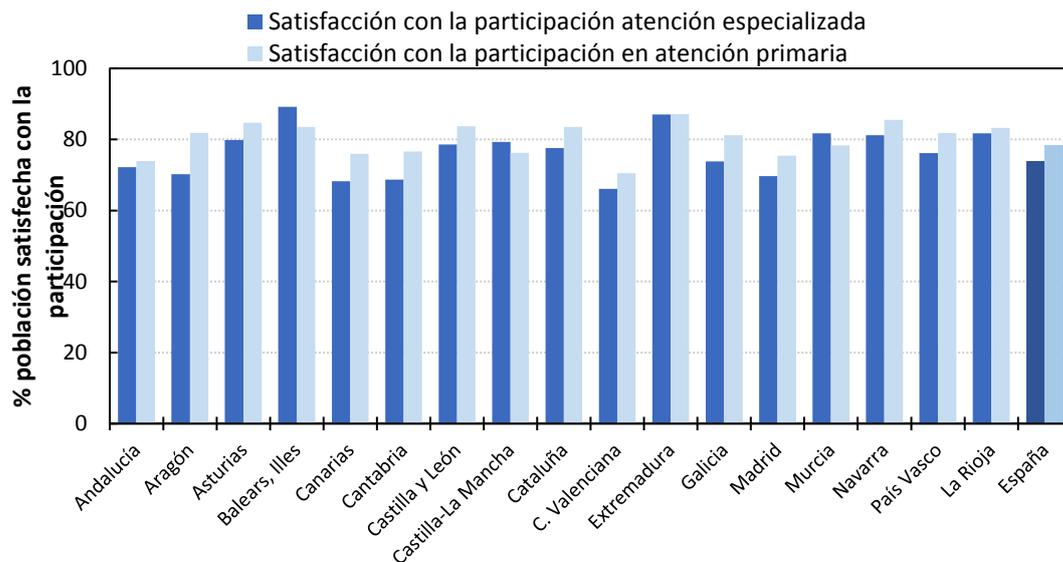


Observaciones: Población de ambos sexos de 18 y más años. Atención primaria engloba las consultas médicas de familia de la sanidad pública. Atención especializada engloba las consultas de especialistas de la sanidad pública.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Barómetro Sanitario.

En cuanto a la distribución territorial, se detecta variabilidad en la satisfacción con la participación en atención primaria y especializada entre comunidades autónomas. En 10 territorios el nivel de satisfacción con la participación en atención especializada es superior al promedio de España (73,9%) con una diferencia entre 3 y 16 puntos porcentuales, destacando Baleares con una satisfacción del 89,2% y Extremadura (87%). El nivel de satisfacción más bajo con la participación en atención especializada se observa en Valencia (66,1%). El nivel de satisfacción con la participación en atención primaria no presenta una variabilidad tan marcada como en atención especializada, destacando con el nivel de satisfacción mayor, Extremadura (87%) y con el nivel más bajo, Valencia (70,5%).

Gráfico 5-45 Satisfacción del ciudadano con su participación en las decisiones sobre sus problemas de salud y su tratamiento en atención primaria y atención especializada, según comunidad autónoma. España, 2018



Observaciones: Población de ambos sexos de 18 y más años. Atención primaria engloba las consultas médicas de familia de la sanidad pública. Atención especializada engloba las consultas de especialistas de la sanidad pública.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Barómetro Sanitario.

5.2.4 Inaccessibilidad declarada a los medicamentos recetados por motivos económicos

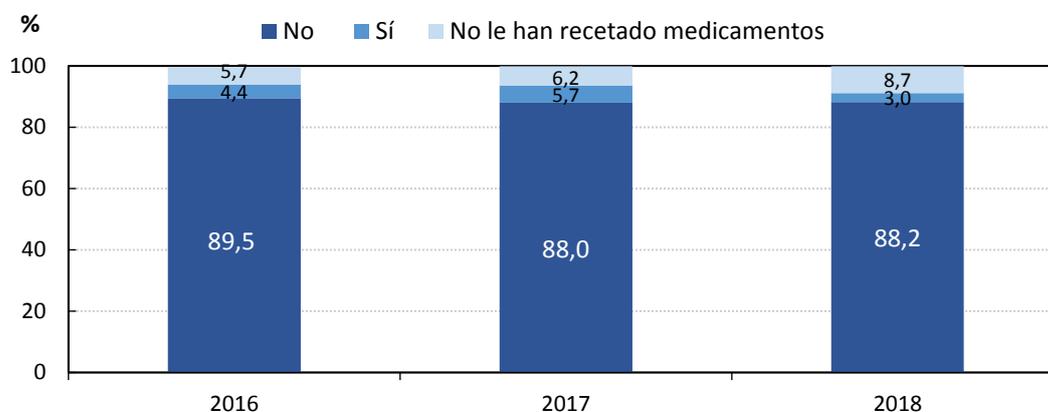


Uno de los indicadores propuestos por la OCDE⁶⁸ para explorar la calidad de los sistemas sanitarios desde el punto de vista de la "experiencia del paciente", se refiere al acceso a los medicamentos recetados, explorando si el mismo está condicionado por motivos económicos.

En los 14 países europeos de la OCDE con información para este indicador, un 6,9% de las personas encuestadas manifiesta que se ha visto en situación de no poder acceder a medicamentos recetados por motivos económicos, situándose España en el rango inferior, tan solo por detrás de Reino Unido, Alemania y Noruega.⁶⁹

La gran mayoría de las personas (88,2%) manifiestan que el precio de los medicamentos no ha sido causa para dejar de tomar los medicamentos que les habían recetados en el año 2018, siendo un dato muy similar a los 2 años anteriores. Un 3,0% manifiestan que sí dejaron de tomar algún medicamento porque les resultaba demasiado caro, dato con muy pequeñas oscilaciones en la serie 2016-2018. Un 8,7% indican que no les habían recetado ningún medicamento en los últimos doce meses.

Gráfico 5-46 Evolución temporal de la inaccesibilidad declarada a los medicamentos recetados por motivos económicos. España, 2016-2018



Observaciones: Población de ambos sexos de 18 y más años. Un porcentaje no despreciable de encuestados refieren que NO les han recetado medicamentos en el último año.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Barómetro Sanitario.

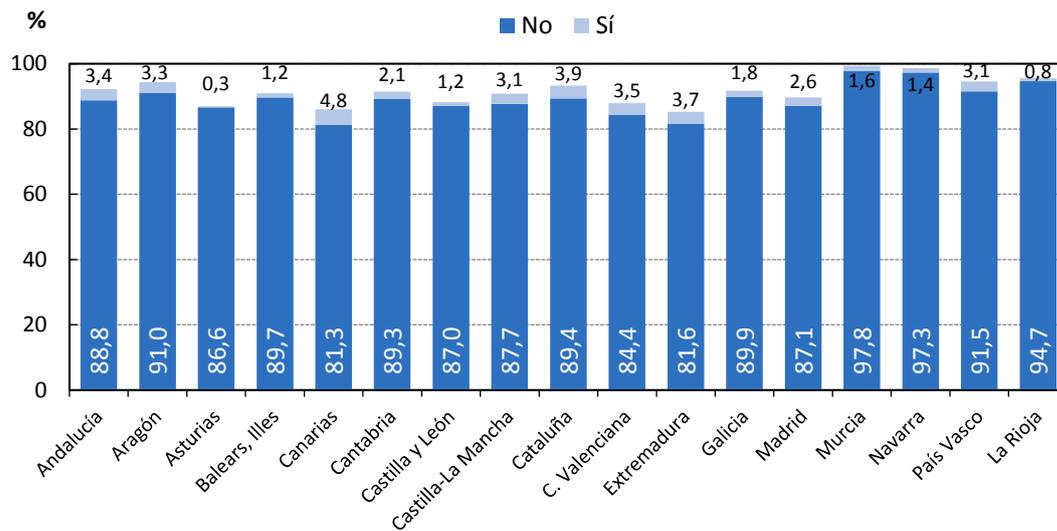
La diferencia entre hombres y mujeres a la hora de manifestar la inaccesibilidad a los medicamentos por motivos económicos no es llamativa, con 3 puntos porcentuales de diferencia cuando declaran que no han dejado de tomar medicamentos (hombres 86,5% vs. mujeres 89,7%), y con 2 puntos porcentuales de diferencia cuando declaran que sí han dejado de tomar medicamentos por motivos económicos (hombres 2,0% vs. mujeres 4,0%).

Por territorios, tampoco se observan grandes diferencias. Destacar que las comunidades que menos declaran inaccesibilidad a los medicamentos por motivos económicos son Murcia (97,8%) y Navarra (97,3%).

⁶⁸ OECD. Health Care Quality Indicators - Responsiveness and Patient Experiences.

⁶⁹ OECD. Health Statistics, 2016.

Gráfico 5-47 Inaccessibilidad declarada a los medicamentos recetados por motivos económicos, según comunidad autónoma. España, 2018



Observaciones: Población de ambos sexos de 18 y más años. Un porcentaje no despreciable de encuestados refieren que NO les han recetado medicamentos en el último año.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Barómetro Sanitario.

La gran mayoría de los encuestados (88,2%) manifiesta que no se ha visto en la situación de no poder acceder a medicamentos recetados por motivos económicos.

5.2.5 Inaccessibilidad declarada a la atención dental por motivos económicos



Las enfermedades bucodentales son las enfermedades no transmisibles más comunes, según la información proporcionada por la ENSE⁷⁰. Estas enfermedades afectan a las personas durante toda su vida, desde la infancia hasta la vejez, causando además de dolor y molestias, morbilidad y discapacidad. La salud bucodental se configura por tanto como un indicador clave de la salud, el bienestar y la calidad de vida en general. La atención a la salud bucodental está recogida dentro de las prestaciones de la cartera de servicios comunes de atención primaria.

Por otra parte, la prestación de servicios dentales en España es fundamentalmente privada, el 85,5% consulta a un dentista privado, el 10,6% utiliza un servicio de odontología pública y el 3,4% consulta a través de una sociedad⁷⁰.

Según los resultados de la última ENSE, el 12,4% de la población tiene una percepción subjetiva de inaccesibilidad a la atención dental por motivos económicos, y este resultado es el más elevado de todos los tipos de inaccesibilidad de atención sanitaria por motivos económicos estudiados, superando en más de 10 puntos porcentuales al resto de los tipos (atención médica, atención de salud mental e inaccesibilidad de medicamentos recetados).

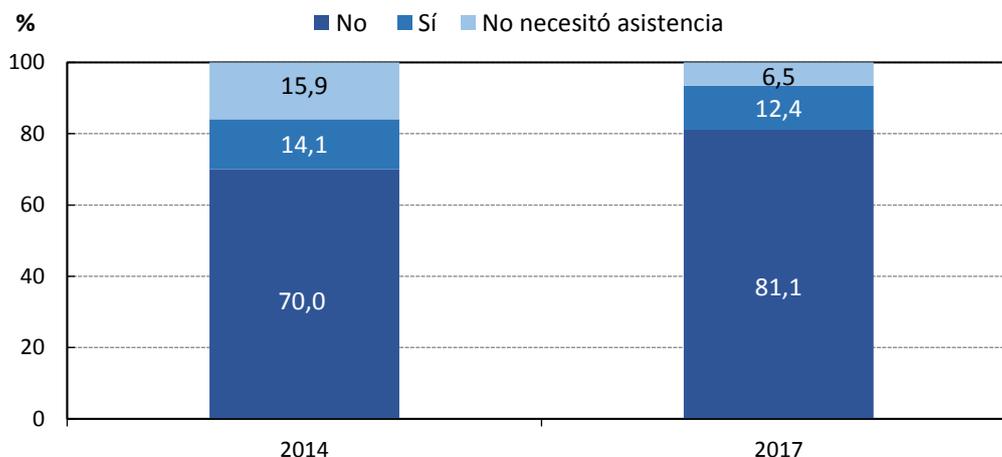
En el periodo 2014-2017, se observa un aumento del porcentaje de población que no tiene problemas de accesibilidad a la atención dental por motivos económicos, pasando del 70,0%

En el periodo 2014-2017, se observa un aumento del porcentaje de población que no tiene problemas de accesibilidad a la atención dental por motivos económicos, pasando del 70,0%

⁷⁰ Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE), 2017. Serie Informes monográficos.5-Salud bucodental. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE_Salud_bucodental.pdf

en 2014 al 81,1% en 2017.

Gráfico 5-48 Evolución temporal de la inaccesibilidad declarada a la atención dental por motivos económicos. España, 2014-2017

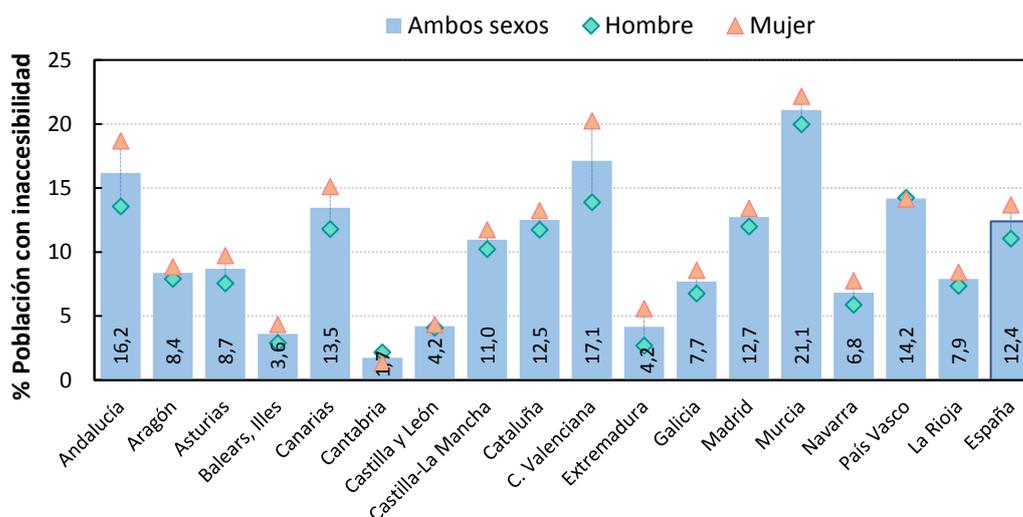


Observaciones: Población de ambos sexos de 15 y más años. Un porcentaje no despreciable de encuestados refieren que NO necesitaron asistencia dental en el último año.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) y Encuesta Europea de Salud de España (ESEE).

En cuanto a la distribución territorial, se detecta una marcada diferencia respecto a la percepción subjetiva de inaccesibilidad a la atención dental por motivos económicos entre comunidades autónomas. La percepción de mayor inaccesibilidad se registra en Murcia (21,1%), Valencia (17,1%), y Andalucía (16,2%) y la menor, en Cantabria (1,7%) y Baleares (3,6%). Las mujeres, declaran en mayor medida inaccesibilidad por motivos económicos (mujeres 13,7% vs. hombres 11,1%), y esta mayor declaración también se observa por territorios, destacando Andalucía y Valencia con alrededor de 5 y 6 puntos porcentuales de diferencia respecto a los hombres.

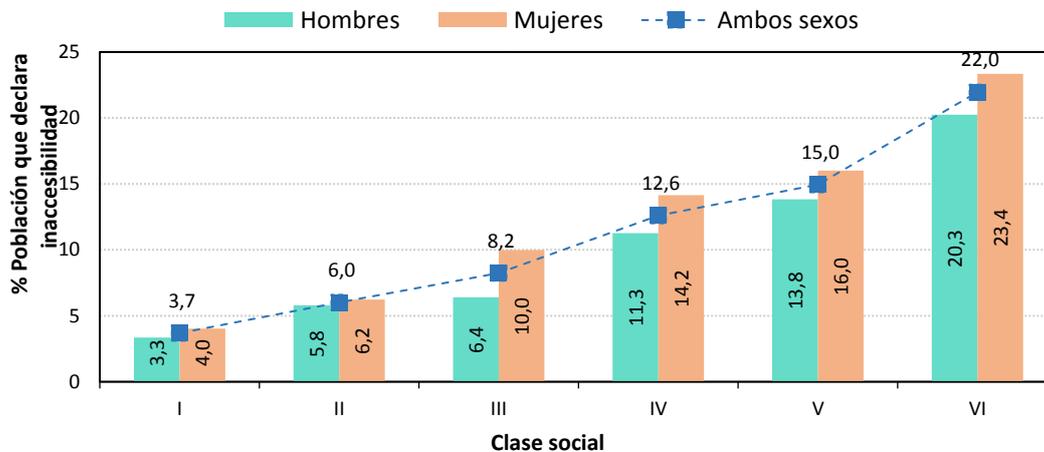
Gráfico 5-49 Inaccesibilidad declarada a la atención dental por motivos económicos. Distribución porcentual según sexo y comunidad autónoma. España, 2017



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

Teniendo en cuenta el nivel socioeconómico, se observa un marcado gradiente por clase social, pasando de 3,7% en la clase alta I al 22,0% en la clase VI. El gradiente se observa tanto en hombres como en mujeres.

Gráfico 5-50 Inaccesibilidad declarada a la atención dental. Distribución porcentual según sexo y clase social. España, 2017



Observaciones: En el gráfico no se muestra el porcentaje en la categoría no consta de la variable clase social.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

El 12,4% de la población tiene una percepción subjetiva de inaccesibilidad a la atención dental por motivos económicos, siendo el más elevado de los tipos de inaccesibilidad de atención sanitaria analizados.

5.3 Accesibilidad



En la literatura, la accesibilidad se ha considerado como una combinación de accesibilidad financiera, accesibilidad geográfica (distribución) y disponibilidad de servicios de salud. La mejora en la accesibilidad a los servicios sanitarios está directamente relacionada con la calidad de la asistencia sanitaria, siendo también una de las principales demandas de la ciudadanía.

El acceso se traduce en el uso adecuado y a tiempo de los servicios sanitarios para alcanzar mejores resultados en salud. De este modo, un sistema sanitario de alto valor ofrece a la población diferentes vías de acceso al sistema sanitario y a los servicios de salud. Debe brindar además garantías de respuesta en la atención, convirtiéndose la accesibilidad en un componente crítico de la calidad. De igual modo, debe garantizar como derecho el acceso a una respuesta asistencial en plazos adecuados, teniendo como único criterio la necesidad en salud, y sin barreras por razones físicas, de comunicación, culturales, lingüísticas, geográficas o de oportunidad.

La comparación de tiempos de espera en el entorno de la Unión Europea resulta complicada dado el bajo número de países que reportan información y la periodicidad con la que lo hacen.⁷¹

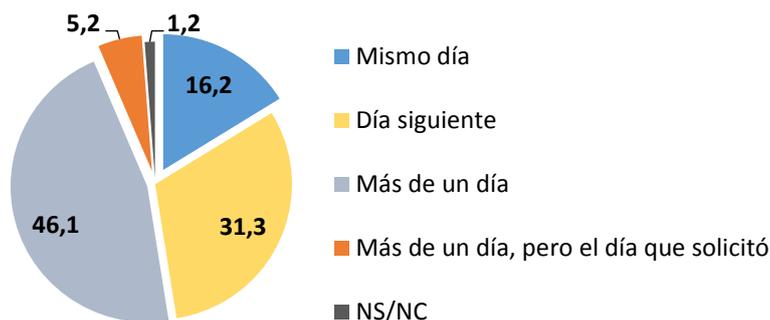
⁷¹ OECD. Health Statistics.

5.3.1 Tiempos de espera en atención primaria

Si bien en atención primaria no se dispone de sistema específico de listas de espera como en el caso de la atención especializada, el Barómetro Sanitario ofrece información al respecto reportada por los propios pacientes.

Asimismo, para ser atendido en una consulta de medicina de atención primaria, el 16,2% de los encuestados reportaron que fueron atendidos en el mismo día que pidieron la cita, mientras que el 31,3% la consiguieron al día siguiente y el 46,1% esperó más de un día. Un 5,2% obtuvieron la cita pasado más de un día, pero el día que lo solicitaron.

Gráfico 5-51 Tiempo de espera en medicina de atención primaria. España, 2018



Observaciones: NS/NC: no sabe / no contesta. El tiempo de espera incluye el tiempo que pasó desde que el paciente pidió cita hasta que fue atendido por el médico de familia.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Barómetro Sanitario.

5.3.2 Tiempos de espera en atención especializada

El Sistema de Información de Listas de Espera en el SNS (SISLE-SNS) ofrece información sobre la espera en consultas de atención especializada y sobre la espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes, incluyendo tanto los tiempos medios de espera como el porcentaje de pacientes en espera.

Tiempo de espera en consultas

Para una primera consulta en atención especializada en el SNS, los pacientes esperan una media de 81 días para ser atendidos.

Solo 8 países de la UE-28, entre ellos España, presentan información reciente sobre la tasa ajustada por edad y sexo de pacientes de 16 y más años que reportan una espera superior a cuatro semanas para una consulta de atención especializada. España se encuentra en séptima posición por delante de Polonia.⁷²

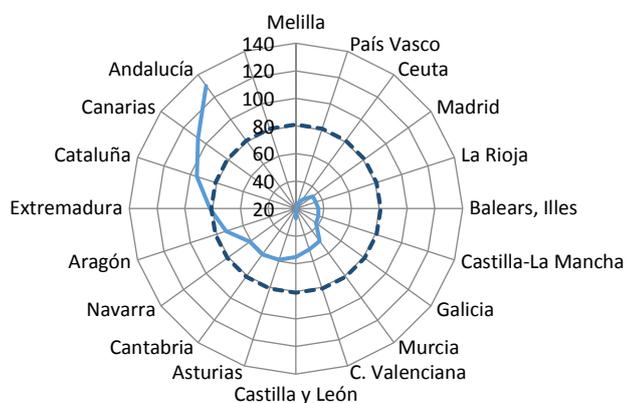
Por comunidades y ciudades autónomas, Melilla (13 días), País Vasco (23 días) y Ceuta (28 días) son los territorios con menor tiempo de espera en consultas de atención especializada, mientras que Andalucía (130 días), Canarias (107 días) y Cataluña (95 días) registran tiempo

⁷² OECD. Health Statistics, 2016.

de espera muy superiores a la media nacional (81 días).

Gráfico 5-52 Tiempo medio de espera (días) para una primera consulta de atención especializada. España, 2019

— Tiempo medio de espera (en días) para una primera consulta de atención especializada
 - - - - España



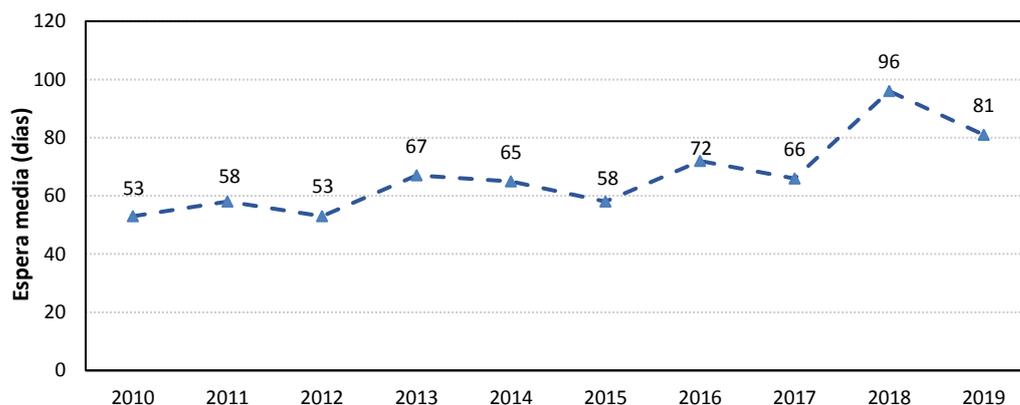
Observaciones: los territorios están ordenados de menor a mayor valor del indicador. La información se recoge semestralmente. En 2019 el indicador está referido a la situación a 30 de junio.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Listas de Espera en el SNS.

Entre las especialidades básicas, traumatología (96 días; 9,5 pacientes/1.000 hab.) y oftalmología (83 días; 8,3 pacientes/1.000 hab.) registran un tiempo de espera y un número de pacientes en espera por cada 1.000 habitantes muy superior al de otro tipo de consultas como ginecología (45 días; 2,3 pacientes/1.000 hab.) u otorrinolaringología (55 días; 3,9 pacientes/1.000 hab.). En oftalmología (51,9%), en traumatología (50,6%) y en dermatología (48,4%) el porcentaje de pacientes con más de 60 días de espera es muy superior a la media (42,6%).

La serie presenta una tendencia creciente a lo largo de los años, registrándose un pico en 2018 (96 días) como consecuencia de la actualización del sistema de cómputo que tuvo lugar en Andalucía en ese año

Gráfico 5-53 Tiempo medio de espera para una primera consulta de atención especializada. España, 2010-2019



Observaciones: la información se recoge semestralmente. Los indicadores están referidos a la situación a 31 de diciembre del año de referencia excepto en 2019 que corresponden al 30 de junio.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Listas de Espera en el SNS.

Tiempo de espera en cirugía no urgente

El tiempo de espera para una cirugía no urgente es 115 días, con grandes diferencias entre territorios. Así, Madrid (46 días), La Rioja (47 días) y País Vasco (49 días) registran tiempos de espera muy inferiores a la media nacional, mientras que Andalucía (164 días), Castilla-La Mancha (149 días) y Cataluña (146 días) destacan con valores muy superiores.

Por especialidades, el tiempo de espera es muy elevado en cirugía plástica (351 días; 0,5 pacientes/1.000 hab.), neurocirugía (153 días; 0,3 pacientes/1.000 hab.), cirugía torácica (139 días; 0,3 pacientes/1.000 hab.) y traumatología (126 días; 3,8 pacientes/1.000 hab.). Esta última destaca como la especialidad con más pacientes en espera estructural por cada 1.000 habitantes, mientras que en el extremo opuesto se encuentran la cirugía cardiaca (51 días) y oftalmología (74 días).

Tabla 5-3 Situación de la lista de espera quirúrgica del Sistema Nacional de Salud. España, 2019

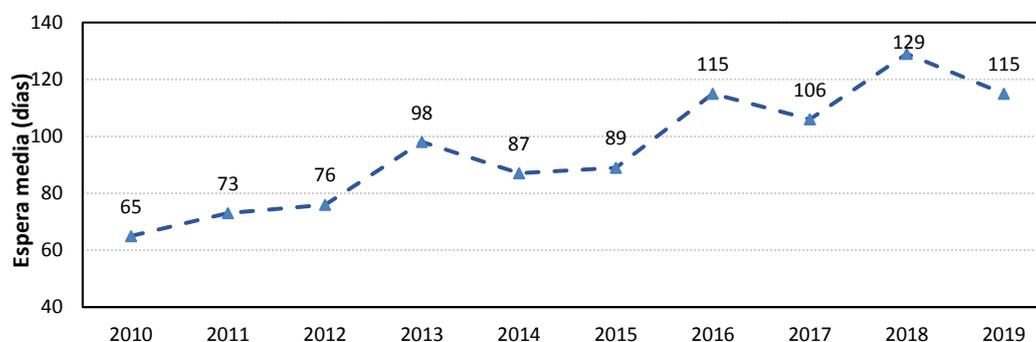
	Total de pacientes pendientes	Tasa por 1000 hab.	Porcentaje de pacientes con más de 6 meses	Tiempo medio de espera (días)
Andalucía	137.721	17,1	18,9	164
Aragón	22.247	17,1	11,9	99
Asturias, Principado de	18.864	18,7	1,4	71
Baleares, Illes	11.906	10,7	5,2	73
Canarias	24.862	12,3	20,5	127
Cantabria	9.622	17,0	11,9	88
Castilla y León	22.145	9,6	6,3	67
Castilla-La Mancha	36.772	19,1	29,4	149
Cataluña	168.108	23,3	26,8	146
Comunitat Valenciana	56.725	12,1	10,1	83
Extremadura	21.646	21,0	19,7	111
Galicia	34.468	13,1	1,9	56
Madrid, Comunidad de	52.579	8,0	0,6	46
Murcia, Región de	22.353	15,3	8,3	79
Navarra, Comunidad Foral de	7.118	11,2	2,8	62
País Vasco	18.357	8,32	0,0	49
Rioja, La	4.765	15,4	0,0	47
Ceuta	877	11,7	3,4	75
Melilla	359	4,9	7,8	60
España	671.494	14,9	15,8	115

Observaciones: la información se recoge semestralmente. En 2019 el indicador está referido a la situación a 30 de junio.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Listas de Espera en el SNS.

El evolutivo de los tiempos de espera en cirugía no urgente es irregular de un año a otro, pero con una clara tendencia al incremento.

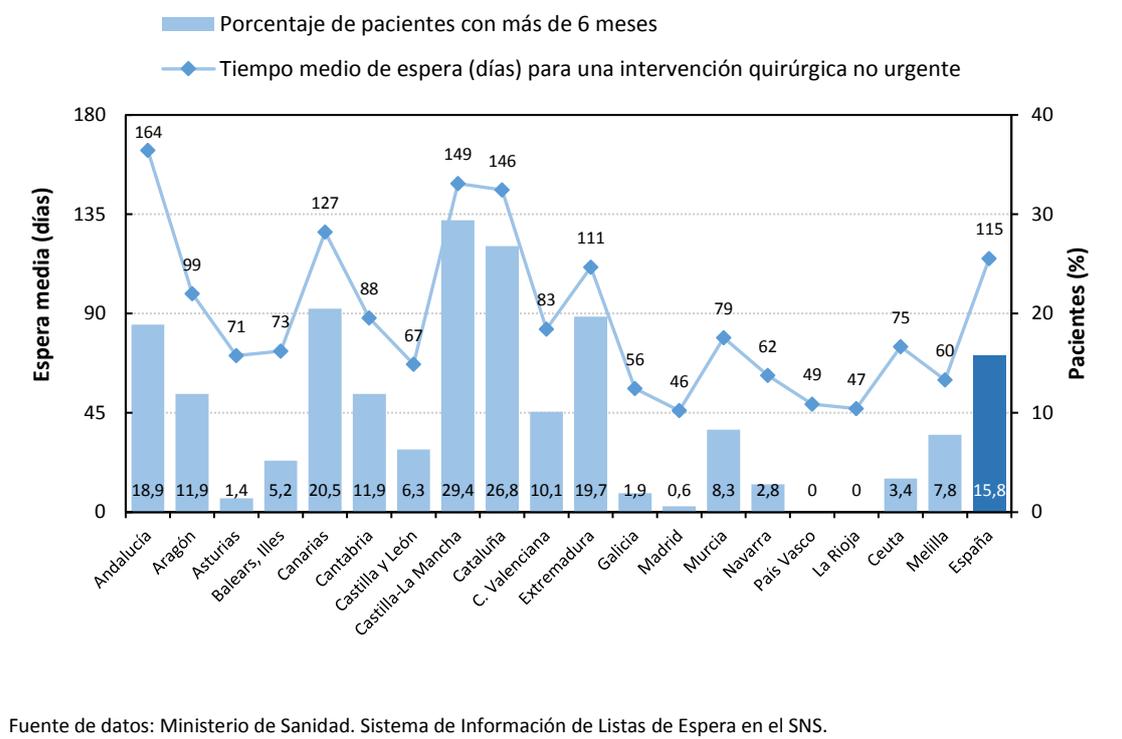
Gráfico 5-54 Tiempo medio de espera (días) para una intervención quirúrgica no urgente, 2010-2019



Observaciones: la información se recoge semestralmente. Los indicadores están referidos a la situación a 31 de diciembre del año de referencia excepto en 2019 que corresponden al 30 de junio.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Listas de Espera en el SNS.

Gráfico 5-55 Tiempo medio de espera (días) y porcentaje de pacientes con más de 6 meses para una intervención quirúrgica no urgente. España, 2019



El porcentaje de pacientes que llevan más de 6 meses en espera para una intervención quirúrgica no urgente es del 15,8%, con valores inferiores en País Vasco y La Rioja (0%), Madrid (0,6%), Asturias (1,4%) y Galicia (1,9%), mientras que por encima de la media nacional se encuentran Andalucía (18,9%), Extremadura (19,7%), Canarias (20,5%), Cataluña (26,8%) y Castilla-La Mancha (29,4%).

5.4 Prestación farmacéutica

5.4.1 Medicamentos y productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud



La prestación farmacéutica del 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 julio⁷³.

Los medicamentos y productos sanitarios deben ser incluidos en la financiación pública del SNS para que formen parte de la prestación farmacéutica. El procedimiento para la financiación pública está regulado en el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los

⁷³ <http://boe.es/boe/dias/2015/07/25/pdfs/BOE-A-2015-8343.pdf>

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, a través de la Dirección General de Cartera Común 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, la fijación del precio industrial máximo de los medicamentos y productos sanitarios que vayan a ser incluidos en la prestación farmacéutica del SNS.

En el año 2018 se han incluido un total de 1.419 presentaciones de medicamentos en la financiación pública del SNS. De estas presentaciones, 1.378 son envases normales (97,1%) y 41 envases clínicos (de uso en el ámbito hospitalario). De las presentaciones en envase normal, 1.129 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). Un 62,2% de los medicamentos incluidos corresponden a genéricos.

Tabla 5-4 Número de presentaciones de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, independientemente de su comercialización. España, 2018

Grupo ATC1	Envase normal		Envase clínico	Total
	Dispensables en oficinas de farmacia	Uso y dispensación hospitalaria		
A- Tracto alimentario y metabolismo	1.665	100	204	1.969
B- Sangre y órganos hematopoyéticos	785	639	531	1.955
C- Sistema cardiovascular	3.196	97	480	3.773
D-Dermatológicos	319	-	11	330
G-Sistema genitourinario y hormonas sexuales	521	41	10	572
H- Preparados hormonales sistémicos excluyendo hormonas sexuales e insulinas	197	95	47	339
J- Antiinfecciosos para uso sistémico	1.112	618	572	2.302
L-Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	438	835	49	1.322
M- Sistema musculoesquelético	735	95	102	932
N-Sistema nervioso	5.263	186	558	6.007
P- Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes	24	2	2	28
R- Sistema respiratorio	593	16	36	645
S- Órganos de los sentidos	228	15	1	244
V- Varios	84	314	57	455
Subtotal	15.160	3.053		
Total	18.213		2.660	20.873

Observaciones: ATC1= Órgano o sistema sobre el que actúa el fármaco identificados por una letra del alfabeto.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.

El número de presentaciones de medicamentos incluidas en la financiación pública, independientemente de su comercialización, es de 20.873, de las cuales 18.213 son en envase normal y 2.660 en envase clínico. De las presentaciones en envase normal, 15.160 son dispensables a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia, correspondiendo a grupos de medicamentos de aportación reducida para el tratamiento de enfermedades crónicas un 45,7%.

El mayor número de presentaciones incluidas en la financiación pública corresponden a medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso (6.007), seguido de los medicamentos para el sistema cardiovascular (3.773) y de los Antiinfecciosos para uso sistémico (2.302). 12.459 de las presentaciones financiadas son genéricos (un 59,7%). Hay 199 presentaciones de biosimilares correspondientes a 13 principios activos y 106 presentaciones de medicamentos huérfanos.

El precio medio a Precio de Venta de Laboratorio (PVL) de las presentaciones incluidas en la financiación es de 99,7 euros. Los medicamentos dispensables en oficinas de farmacia tienen un PVL medio de 20,1 euros y 331 euros los de dispensación hospitalaria.

Se han incorporado en la prestación farmacéutica del SNS las primeras presentaciones biosimilares de Enoxaparina, Teriparatida, Trastuzumab y Adalimumab. Se han incluido por primera vez en la financiación 28 nuevos principios activos con importantes novedades farmacológicas. El mayor número de estos principios activos corresponden al grupo L (Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores), incorporándose 4 nuevos medicamentos biológicos. De los nuevos principios activos hay 7 designados como medicamentos huérfanos, lo que supone que un 25% de los nuevos principios activos que se han incluido en la prestación farmacéutica del SNS son para el tratamiento o diagnóstico de enfermedades raras.

Tabla 5-5 Principios activos incluidos por primera vez en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud independientemente de su comercialización, según la clasificación ATC1 y ATC5. España, 2018

Grupo ATC1	ATC5	Principios activos y Asociaciones	Número de presentaciones	Condiciones del medicamento Tipo de dispensación
A-Tracto alimentario y metabolismo	A04AD14	Rolapitant	1	Uso Hospitalario
	A05AA04	Ácido Obeticólico	2	Diagnóstico Hospitalario – SCP – Dispensación Hospitalaria –
	A10BD19	Linagliptina Empagliflozina	2	Receta médica – Visado
	A16AX14	Migalastat	1	Diagnóstico Hospitalario – SCP – Dispensación Hospitalaria –
C-Sistema cardiovascular	C09BB07	Ramipril Amlodipino	2	Receta médica
	C10BA06	Rosuvastatina Ezetimiba	3	Receta médica
D-Dermatológicos	D05BX90	Fumarico Acido	3	Receta médica - Diagnóstico Hospitalario - Visado
	D06AX14	Ozenoxacino	1	Receta médica
G - Sistema genitourinario y	G04BD13	Desfesoterodina	2	Receta médica
J- Antiinfecciosos para uso sistémico	J04AK06	Delamanid	1	Uso Hospitalario - Huérfano
	J05AR19	Emtricitabina Tenofovir Alafenamida Rilpivirina	1	Uso Hospitalario
	J05AR22	Darunavir Cobicistat Emtricitabina Tenofovir Alafenamida	1	Uso Hospitalario
	J06BB21	Bezlotoxumab	1	Uso Hospitalario
L-Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	L01XC32	Atezolizumab	1	Uso Hospitalario - Biológico
	L01XC31	Avelumab	1	Uso Hospitalario – Huérfano - Biológico
	L01XE28	Ceritinib	1	Diagnóstico Hospitalario - SCP - Dispensación Hospitalaria
	L01XE35	Osimertinib	2	Diagnóstico Hospitalario - SCP - Dispensación Hospitalaria
	L01XE36	Alectinib	2	Diagnóstico Hospitalario - SCP - Dispensación Hospitalaria
	L01XX52	Venetoclax	5	Diagnóstico Hospitalario - SCP - Dispensación Hospitalaria -
	L04AA40	Cladribina	3	Diagnóstico Hospitalario - SCP - Dispensación Hospitalaria
	L04AC12	Brodalumab	1	Diagnóstico Hospitalario - SCP - Dispensación Hospitalaria -
	L04AC14	Sarilumab	4	Diagnóstico Hospitalario - SCP - Dispensación Hospitalaria -
M - Sistema musculoesquelético	M04AB05	Lesinurad	1	Receta médica - Visado
	M09AX07	Nusinersen	1	Uso Hospitalario - Huérfano
R - Sistema respiratorio	R03AL09	Formoterol Glicopirronio Beclometasona	1	Receta médica - Visado
S - Órganos de los sentidos	S01BA15	Fluocinolona	1	Uso Hospitalario
V- Varios	V09IX07	Fluorometilcolina	2	Uso Hospitalario
	V09IX09	Edotreotida	1	Uso Hospitalario - Huérfano
Total	28		48	

Observaciones: ATC1= órgano o sistema sobre el que actúa el fármaco, incluye 14 grupos anatómicos identificados por una letra del alfabeto. ATC5= designa el principio activo específico o asociación farmacológica. SCP= Sin Cupón Precinto y dispensación en los servicios de farmacia de los hospitales.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.

Los productos sanitarios financiados por el SNS a través de receta médica oficial son 4.710. El mayor número de productos corresponde al grupo de tejidos elásticos para lesiones o malformaciones internas (1.496), seguido de los absorbentes para la incontinencia urinaria (457) y de las bolsas de colostomía (392).

Más información disponible en el informe monográfico dedicado a prestación farmacéutica del SNS, de próxima publicación en:

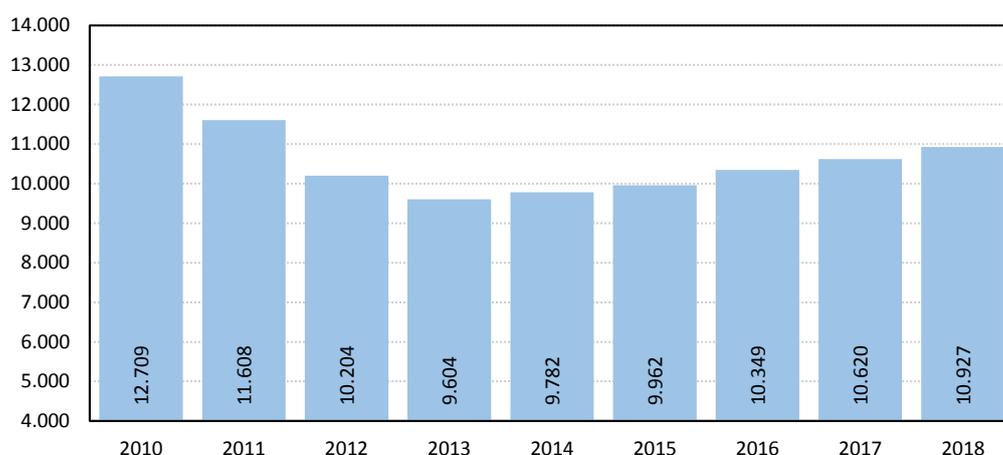
<https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/medProdSanit.htm>

5.4.2 Datos de consumo de la prestación farmacéutica a través de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud en oficinas de farmacia

En 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). La facturación de las mutualidades representa, sobre el número de recetas y gasto del conjunto total del SNS, el 4% y 4,1% respectivamente.

En 2018 se facturaron 963 millones de recetas médicas del SNS, lo que ha supuesto un gasto farmacéutico con cargo a fondos públicos de 10.927 millones de euros. Este gasto respecto a 2017 ha tenido un incremento del 2,9%, si bien entre 2010 y 2018 el gasto farmacéutico ha disminuido un 14%.

Gráfico 5-56 Gasto farmacéutico (en millones de euros) a través de la facturación de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud (comunidades autónomas, INGESA y mutualidades). España, 2010-2018

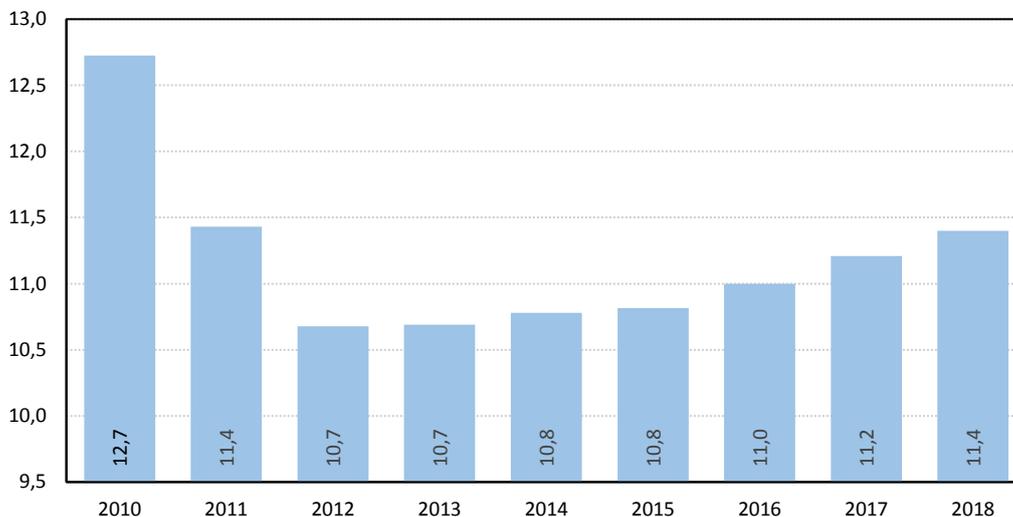


Observaciones: Gasto farmacéutico = importe farmacéutico facturado a PVP-IVA menos las aportaciones de los usuarios, de las oficinas de farmacia y las deducciones por aplicación del Real Decreto-Ley 8/2010.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de información Alcántara: Partes estadísticos de facturación de recetas médicas.

El gasto medio por receta en 2018 fue de 11,4 euros, aumentando 0,2 euros con respecto al año anterior, y situándose en el mismo valor que en el año 2011 e inferior al gasto medio de 2010 (12,7 euros).

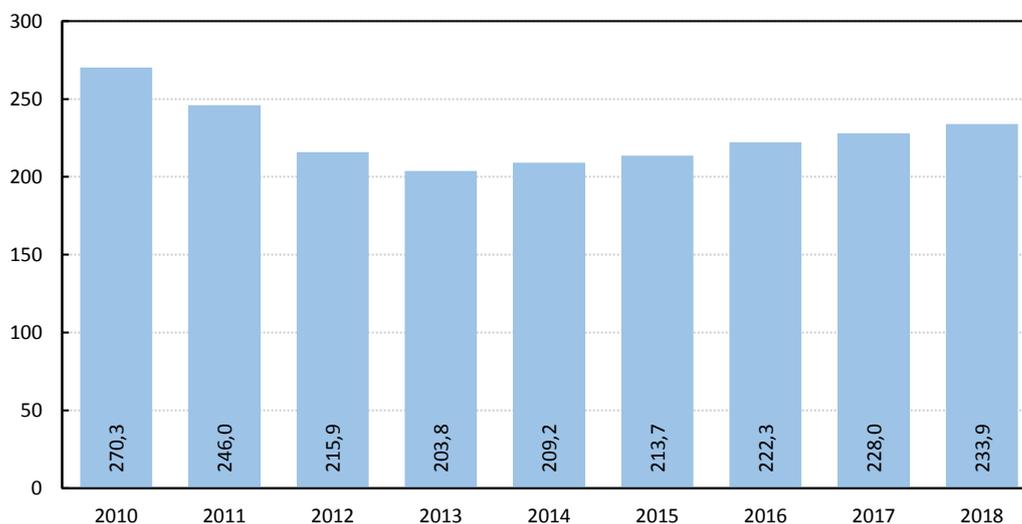
Gráfico 5-57 Gasto medio por receta facturada del Sistema Nacional de Salud (comunidades autónomas, INGESA y mutualidades). España, 2010-2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de información Alcántara: Partes estadísticos de facturación de recetas médicas.

El gasto por habitante y año se sitúa en 2018 en 233,9 euros, un 2,6% más que en 2017. Desde 2013 el gasto por habitante se ha ido incrementando, aunque el dato de 2018 se mantiene por debajo de los valores de 2010 (270,3 euros).

Gráfico 5-58 Gasto farmacéutico por habitante y año del Sistema Nacional de Salud (comunidades autónomas, INGESA y mutualidades). España, 2010 - 2018

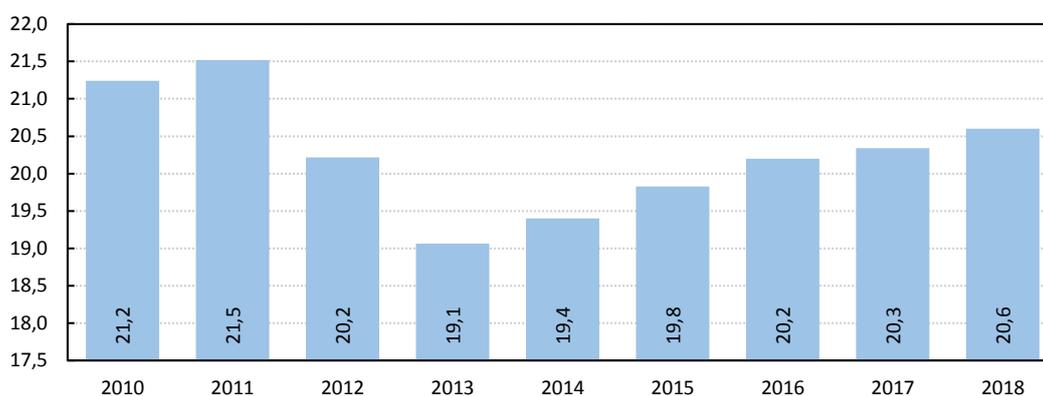


Observaciones: Población Padrón municipal a 1 de enero de cada año (Instituto Nacional de Estadística).

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de información Alcántara: Partes estadísticos de facturación de recetas médicas.

El consumo de recetas por habitante se sitúa en el año 2018 en 20,6, un 1,5% más que en 2017. En 2010 supuso 21,2.

Gráfico 5-59 Recetas por habitante y año del Sistema Nacional de Salud (comunidades autónomas, INGESA y mutualidades). España, 2010 - 2018



Observaciones: Población Padrón municipal a 1 de enero de cada año (Instituto Nacional de Estadística).

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de información Alcántara: Partes estadísticos de facturación de recetas médicas.

Del total de recetas médicas oficiales facturadas en oficinas de farmacia, los medicamentos son el grupo de la prestación farmacéutica de mayor consumo: representan el 97,8% de los envases facturados y el 94,7% del importe a Precio de Venta al Público (PVP). Los productos sanitarios constituyen el 2,1% de los envases y el 4,4% del importe facturado. El resto (0,1% de envases y 0,9% de importe) corresponde a la facturación de fórmulas magistrales y preparados oficinales, así como a las vacunas individualizadas antialérgicas y bacterianas.

Tabla 5-6 Diez primeros subgrupos terapéuticos de mayor consumo en envases, según la clasificación ATC2. España, 2018

Subgrupo Terapéutico ATC2		Nº envases (miles)	% envases s/total	% envases 2018/2017	Importe PVP-IVA (miles de euros)
N02	Analgésicos	99.716,0	10,4	3,3	721.613,8
N05	Psicolépticos	84.904,3	8,8	1,6	706.828,5
C09	Agentes que actúan sobre el sistema renina-angiotensina	81.966,7	8,5	2,0	835.218,0
C10	Agentes modificadores de los lípidos	70.775,6	7,4	2,7	836.099,9
A02	Agentes para el tratamiento de alteraciones causadas por ácidos	70.610,6	7,4	-1,3	431.067,3
N06	Psicoanalépticos	48.437,4	5,0	2,9	873.959,6
A10	Fármacos usados en diabetes	45.587,8	4,7	2,8	1.588.899,0
B01	Agentes antitrombóticos	44.752,4	4,7	-0,3	812.586,4
M01	Productos antiinflamatorios y antirreumáticos	38.026,0	4,0	-1,0	227.682,4
R03	Agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias	33.918,9	3,5	3,7	1.001.773,1
% s/total			64,4		

Observaciones: ATC2 = Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química, Nivel 2: subgrupo terapéutico. PVP-IVA= Precio Venta al Público–Impuesto sobre el Valor Añadido. s/total= sobre el total

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de información Alcántara: ficheros de recetas médicas.

El subgrupo terapéutico de mayor consumo en número de envases corresponde a los Analgésicos (N02), 99,7 millones, un 10,4% del total. El grupo de Fármacos usados en diabetes (A10) es el que factura un mayor importe a Precio de Venta al Público (PVP), 1.588,9 millones de euros, el 12,8% del total.

Los medicamentos antiulcerosos: Inhibidores de la bomba de protones (A02BC) es el subgrupo químico de mayor consumo en número de envases, 65,5 millones, lo que supone un 6,8% del total. Las Combinaciones de fármacos hipoglucemiantes orales (A10BD), tienen el mayor consumo en importe, con una facturación de 557,3 millones de euros y un crecimiento respecto al año 2017 del 8,5%. En el segundo puesto se sitúa el subgrupo de los hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG CoA reductasa, con 6,2% del total de envases, facturando 534,9 millones de euros.

El Omeprazol, fármaco de elección de los Inhibidores de la bomba de protones, es el principio activo con mayor facturación, 48,4 millones de envases. Su dosis por habitante y día es de 93,7 y su coste tratamiento día de 0,1 euros. El hipolipemiante Atorvastatina es el que mayor importe factura, 332,3 millones de euros, el 2,7% del total de medicamentos. El Paracetamol ocupa la segunda posición en envases con el 4,1% del total, y en importe, la asociación Metformina y sitagliptina con el 1,9% del total.

El consumo de medicamentos genéricos alcanza una cuota del 46,4% del total de los envases de medicamentos facturados y un 22,4% del importe.

El Omeprazol es el medicamento genérico de mayor consumo en envases de presentaciones genéricas, y la Simvastatina la que tiene mayor facturación de envases de genéricos sobre ese principio activo (98,3%). En importe la Atorvastatina es la que tiene mayor consumo, y el antidepresivo Escitalopram el de mayor presencia de genéricos (99,3%).

De los 15 países de nuestro entorno que presentan datos de consumo de medicamentos genéricos reembolsados por los esquemas de financiación pública en la OCDE⁷⁴, Reino Unido ocupa la primera posición en porcentaje en número de envases, con un 85,3%, seguido de Alemania (82,6%) y Países Bajos (77,7%). En términos de importe, Austria se sitúa en primer lugar con un 50,8%, seguido de Reino Unido y Alemania con el 36,2% y 32,4%. España se encuentra en una posición media de los países analizados.

Los productos sanitarios han facturado 20,8 millones de envases y un importe a PVP de 576,9 millones de euros en oficinas de farmacia. Los absorbentes para la incontinencia de orina, son los productos sanitarios de mayor consumo en envases (8,9 millones) y en importe (341 millones de euros). Le siguen en consumo los apósitos estériles y los productos de ostomía.

Más información disponible en el informe monográfico dedicado a prestación farmacéutica del SNS, de próxima publicación en:

<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/medProdSanit.htm>

⁷⁴ OECD. Health Statistics, 2018. Los datos de Reino Unido corresponden a 2017.

5.4.3 Prestación farmacéutica hospitalaria

Los Agentes antineoplásicos (L01) son el subgrupo terapéutico de mayor consumo a PVL en los hospitales de la red pública del SNS, y suponen el 23,9% del consumo total de medicamentos. De ellos, el subgrupo químico de los Anticuerpos monoclonales (L01XC) es el de mayor consumo a PVL (10,8% del consumo total de medicamentos, con un crecimiento sobre 2017 de un 21,9%).

A los Agentes antineoplásicos (L01) le siguen los Inmunosupresores (L04) con el 21,6% del consumo total de medicamentos y los Antivirales de uso sistémico (J05) con un 13,8%.

En lo que respecta a los Inmunosupresores (L04), los Inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (L04AB), utilizados principalmente en artritis reumatoide, ocupan la segunda posición con el 10,3% del consumo total.

Los Agentes antineoplásicos (L01) son el subgrupo terapéutico de mayor consumo en los hospitales de la red pública del SN, seguidos por los Inmunosupresores (L04) y los Antivirales de uso sistémico (J05). Estos 3 subgrupos representan prácticamente el 60% del consumo.

Tabla 5-7 Diez primeros subgrupos terapéuticos de mayor consumo hospitalario en precio de venta de laboratorio. España, 2018

Subgrupo terapéutico ATC2		Consumo PVL* (miles de euros)	Porcentaje s/total	Porcentaje 2018/2017	Nº envases (miles)
L01	Agentes antineoplásicos	1.748.844,0	23,9	18,2	3.885
L04	Inmunosupresores	1.579.753,9	21,6	11,6	2.187
J05	Antivirales de uso sistémico	1.013.480,5	13,8	-23,0	2.308
B02	Antihemorrágicos	309.616,6	4,2	4,9	911
J01	Antibacterianos para uso sistémico	245.133,8	3,3	2,5	4.085
B03	Preparados antianémicos	222.392,9	3,0	0,6	1.396
L03	Inmunoestimulantes	196.018,3	2,7	-3,9	619
J06	Sueros inmunes e inmunoglobulinas	193.207,2	2,6	7,6	567
A16	Otros productos para el tracto alimentario y metabolismo	168.514,7	2,3	14,0	155
R03	Agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias	141.957,4	1,9	16,1	1.962
% s/total			79,4		

Observaciones: ATC2 = Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química, Nivel 2: subgrupo terapéutico. PVL*= Precio Venta Laboratorio – Deducción RDL 8/2010. s/total = sobre el total.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de información de consumo hospitalario.

El inmunosupresor Adalimumab es el principio activo de mayor consumo a PVL, y supone el 4,6% del total de medicamentos. En el segundo y cuarto puesto se encuentran los inmunosupresores, Infliximab y Etanercept con el 2,5% y 1,8% respectivamente. El tercer lugar lo ocupan las Inmunoglobulinas humanas normales para administración intravascular, con el 2,2% del total.

Más información disponible en el informe monográfico dedicado a prestación farmacéutica del SNS, de próxima publicación en:

<https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/medProdSanit.htm>

Aunque la OCDE dispone de información sobre ventas en el mercado farmacéutico, la comparación internacional es compleja por la variabilidad de los datos aportados por cada país⁷⁵. De los 15 países de nuestro entorno con datos disponibles, España se sitúa en cuarta posición con unas ventas farmacéuticas de 18.994 millones de euros, por detrás de países como Alemania, Francia (dato de 2013) e Italia, con 42.836, 26.800 y 22.362 millones de euros respectivamente.

5.4.4 Consumo de medicamentos biosimilares

Un medicamento biosimilar es un medicamento biológico similar a otro ya existente (producto de referencia), cuya patente ha expirado. Son moléculas sintetizadas a partir de células vivas. Los medicamentos biosimilares constituyen una alternativa terapéutica al producto biológico, ya que su precio es menor que el del biológico de referencia, y al incluirse dentro del sistema de precios de referencia, promueve la reducción del precio de los medicamentos con ese principio activo.

En los hospitales de la red pública del SNS, los biosimilares han tenido un consumo a PVL de 292,6 millones de euros, lo que supone el 4% sobre el gasto total hospitalario de medicamentos.

El inmunosupresor inhibidor del factor de necrosis tumoral alfa, Infiximab, es el que ha tenido mayor consumo a PVL, seguido de la Eritropoyetina que es a su vez la que tiene mayor consumo en envases.

El inmunoestimulante Filgrastim tiene el mayor porcentaje de su consumo en medicamentos biosimilares, tanto en PVL como en envases, un 94% y 93,6% respectivamente.

En el consumo a través de recetas médicas del SNS, los medicamentos biosimilares facturan 15,4 millones de euros a PVL. Insulina glargina tiene la mayor facturación en importe y en envases de biosimilares, y suponen el 8,7% del PVL y 8,4% de los envases del total de Insulina glargina.

Más información disponible en el informe monográfico dedicado a prestación farmacéutica del SNS, de próxima publicación en:

<https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/medProdSanit.htm>

⁷⁵ OECD. Health Statistics, 2018. Además de los medicamentos reembolsados por los esquemas de financiación pública, algunos estados incluyen los medicamentos dispensados en hospitales, los medicamentos no reembolsables y los medicamentos publicitarios (medicamentos OTC). De los 15 países analizados, únicamente 8 de ellos incluyen datos de medicamentos del ámbito hospitalario (España, Italia, Bélgica, Francia, Finlandia, Eslovaquia, Eslovenia y Estonia). A diferencia de España, la mitad de los países analizados incluye datos de medicamentos no reembolsables y medicamentos publicitarios (OTC), cada uno con sus peculiaridades (por ejemplo, Eslovenia solo incluye datos de medicamentos OTC con prescripción médica). El modelo de datos facilitados por España presenta únicamente similitud con el modelo italiano, ya que ambos países incluyen datos del ámbito hospitalario, pero no de medicamentos no reembolsables, ni de medicamentos publicitarios.

5.4.5 Consumo de medicamentos huérfanos

Los medicamentos huérfanos son aquellos destinados a tratar enfermedades conocidas como raras o poco frecuentes. El consumo de estos medicamentos en los hospitales de la red pública del SNS se ha incrementado en un 21,9% en 2018 con respecto al año anterior. El consumo a PVL ha supuesto 762,7 millones de euros, lo que representa sobre el total del gasto hospitalario un 10,3%. Lenalidomida, para el tratamiento de los pacientes con mieloma múltiple y síndrome mielodisplásico, es el principio activo de mayor consumo a PVL, supone el 17,6% sobre el total de todos los huérfanos.

Nusinersén, primer medicamento indicado para el tratamiento de la atrofia muscular espinal 5q, se incluyó en la financiación pública en marzo de 2018 y se sitúa en la sexta posición, con un consumo de 37,9 millones de euros.

Con respecto a los datos de consumo de medicamentos huérfanos facturados en 2018 a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia, corresponden únicamente a dos principios activos de diagnóstico hospitalario, que han supuesto 16,8 miles de envases y 5,8 millones de euros. El antiepiléptico Rufinamida es el de mayor consumo en envases e importe, en la segunda posición el factor inhibidor de la liberación de somatotropina, Pasireotida, para el tratamiento de pacientes con acromegalia.

Más información disponible en el informe monográfico dedicado a prestación farmacéutica del SNS, de próxima publicación en:

<https://www.msccbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/medProdSanit.htm>

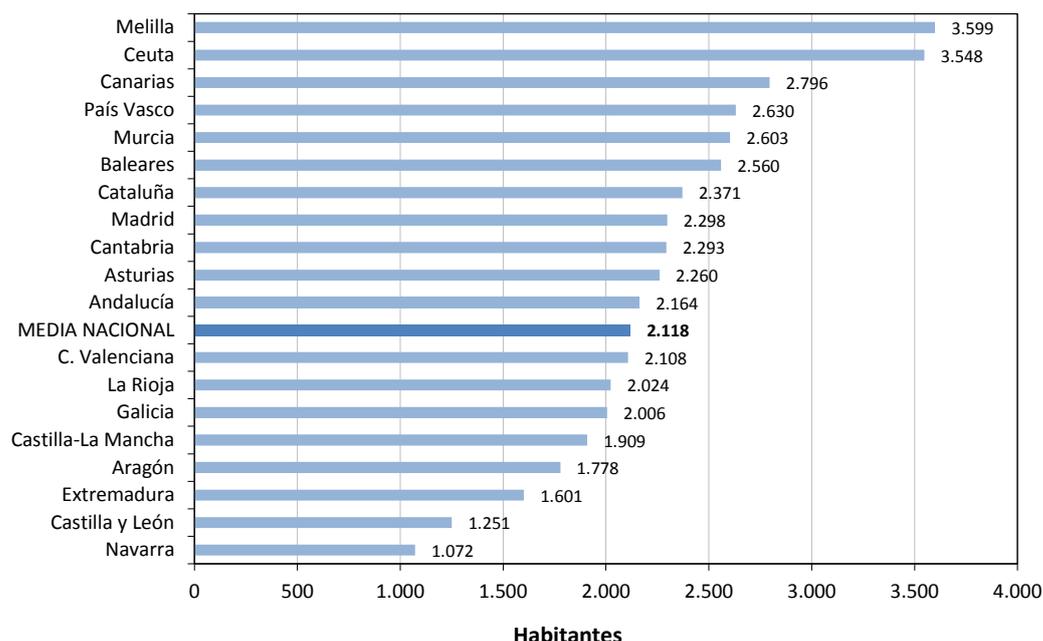
5.4.6 Oficinas de farmacia

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

22.055 oficinas de farmacia colaboran en la prestación farmacéutica del SNS y facturan una media mensual de 80 millones de recetas médicas del SNS con cargo a los fondos públicos.

En España hay de media una farmacia por cada 2.118 habitantes. Melilla y Ceuta son las comunidades que por farmacia tienen mayor número de habitantes (3.599 y 3.548 respectivamente), mientras que en Navarra y Castilla y León la población por farmacia es menor (1.072 y 1.251).

Gráfico 5-60 Número de habitantes (media) por oficina de farmacia. España, 2018



Observaciones: Oficinas de farmacia que colaboran en la ejecución de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Datos ordenados de mayor a menor. Padrón municipal 1 de enero de 2018 (Instituto Nacional de Estadística).

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de información Alcántara: ficheros de recetas médicas.

La venta media mensual por oficina de farmacia, con cargo a los fondos públicos, es de 49.406 euros. Ceuta tiene la mayor venta mensual por oficina de farmacia con 83.419 euros, mientras que las farmacias de Navarra las ventas descienden a 23.165 euros.

Más información disponible en el informe monográfico dedicado a prestación farmacéutica del SNS, de próxima publicación en:

<https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/medProdSanit.htm>

5.4.7 Laboratorios farmacéuticos ofertantes de medicamentos y productos sanitarios al Sistema Nacional de Salud

En 2018, un total de 472 laboratorios ofertantes de medicamentos tuvieron consumo a través de la facturación de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia, así como en los Hospitales de la red pública del SNS. Del total del consumo, 5 laboratorios concentran el 26,5% de los envases y el 23,2% del PVL. 50 laboratorios facturan el 82,4% de los envases y el 82,2% del PVL.

Un total de 115 empresas ofertantes han facturado productos sanitarios a través de recetas médicas en oficinas de farmacia. Tan sólo 5 ofertantes facturan el 56% de los envases y el 65,6% del importe.

Más información disponible en el informe monográfico dedicado a prestación farmacéutica del SNS, de próxima publicación en:

<https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/medProdSanit.htm>

5.5 Sostenibilidad

La sostenibilidad se puede definir como la capacidad del sistema sanitario por estar financiado por fuentes públicas de forma duradera, por proporcionar y mantener una infraestructura adecuada y un personal capacitado, por ser innovador, así como de responder a las necesidades emergentes.

La sostenibilidad, es un concepto amplio y heterogéneo, por ello en este informe, se ha centrado en cuatro apartados: Uso, Recursos físicos, Recursos Humanos y Gasto.

5.5.1 Uso



Este apartado incluye información sobre el aprovechamiento que realizan los ciudadanos de los servicios sanitarios y se organiza en actividad asistencial ordinaria, en actividad de urgencias y por último en servicios de urgencias y emergencias 112/061.

A nivel internacional, la información sobre frecuentación en medicina es recogida conjuntamente para primaria y especializada. España, con 7,3 consultas por habitante, posee la séptima frecuentación más elevada de los 22 países de la UE que son miembros de la OCDE.⁷⁶

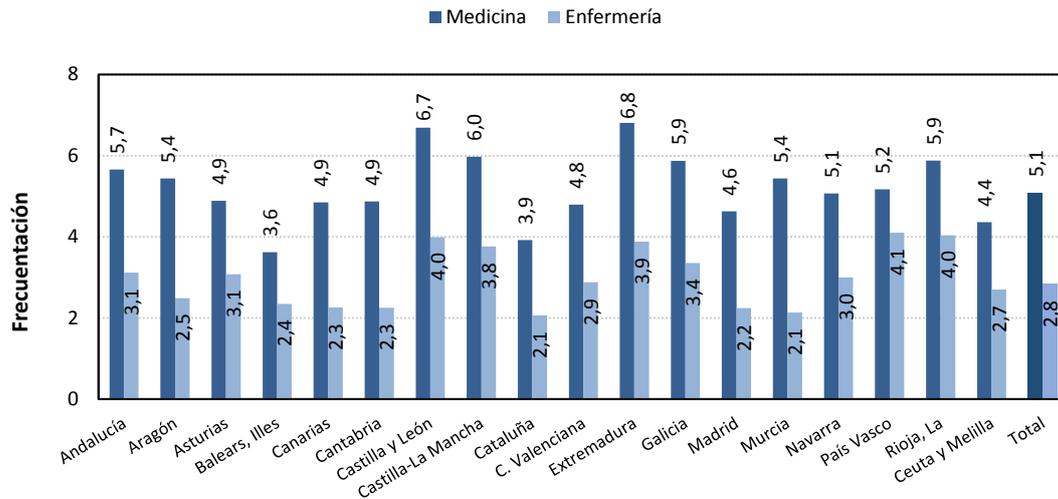
5.5.1.1 Actividad asistencial ordinaria

Atención primaria

La frecuentación media de la población a consultas de medicina es de 5,1 por persona y año, destacando los altos valores de Extremadura (6,8) y Castilla y León (6,7), mientras que se encuentran muy por debajo de la media Baleares (3,6) y Cataluña (3,9). En enfermería, la frecuentación media se sitúa en 2,8 consultas por persona y año, encontrándose muy por encima en País Vasco (4,1), La Rioja y Castilla y León (4,0 ambas), y muy por debajo en Cataluña y Murcia (2,1 ambas).

⁷⁶ OECD. Health Statistics, 2017.

Gráfico 5-61 Frecuentación a la consulta de atención primaria del Sistema Nacional de Salud según comunidad autónoma. España, 2018

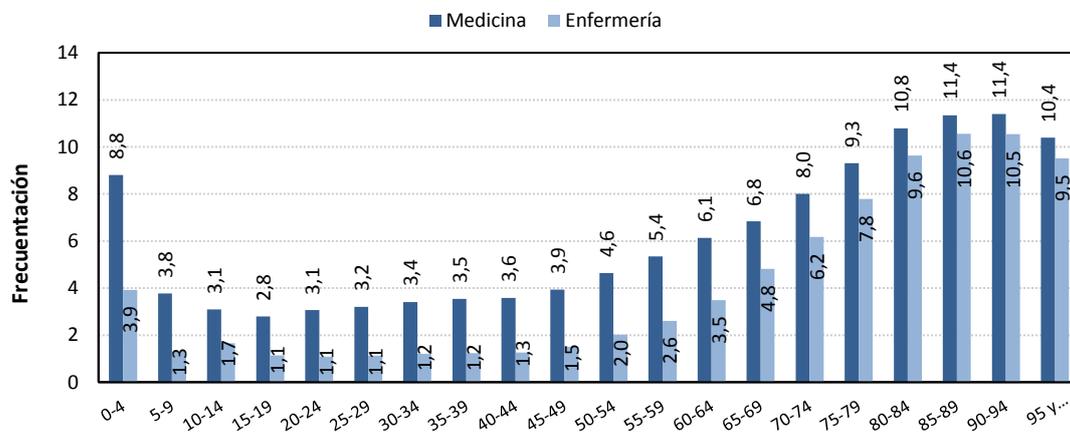


Observaciones: en los datos de medicina se incluye medicina de familia y pediatría.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Por grupos de edad, en el tramo de 0 a 4 años de edad, la frecuentación en medicina (incluyendo medicina de familia y pediatría) y en enfermería de atención primaria es de 8,8 y 3,9 respectivamente, disminuyendo de forma acusada en los siguientes tramos de edad para posteriormente mantenerse estable hasta los 45-49 años, momento en el que la frecuentación comienza a aumentar progresivamente hasta alcanzar un pico máximo en el tramo de 85-89 años, en el que la población realiza unas 11,4 consultas en medicina y 10,6 en enfermería.

Gráfico 5-62 Frecuentación a la consulta de atención primaria del Sistema Nacional de Salud según grupos de edad. España, 2018

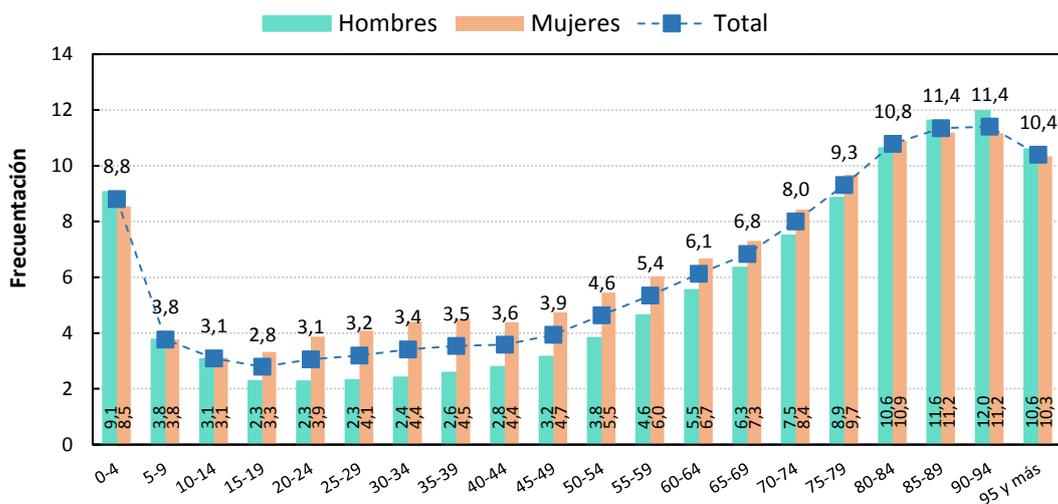


Observaciones: en los datos de medicina se incluye medicina de familia y pediatría.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

La frecuentación en medicina de atención primaria presenta diferencias por sexo. Desde el nacimiento hasta los 4 años, la frecuentación en hombres es ligeramente superior, mientras que, durante la infancia, la adolescencia y las etapas juvenil y adulta, las mujeres acuden con una frecuencia muy superior. Las diferencias se suavizan en los siguientes tramos de edad, hasta los 85-89 años, momento en el que se invierte la tendencia y los hombres acuden con una frecuencia ligeramente superior.

Gráfico 5-63 Frecuentación a la consulta de medicina de atención primaria del Sistema Nacional de Salud según grupos de edad y sexo. España, 2018

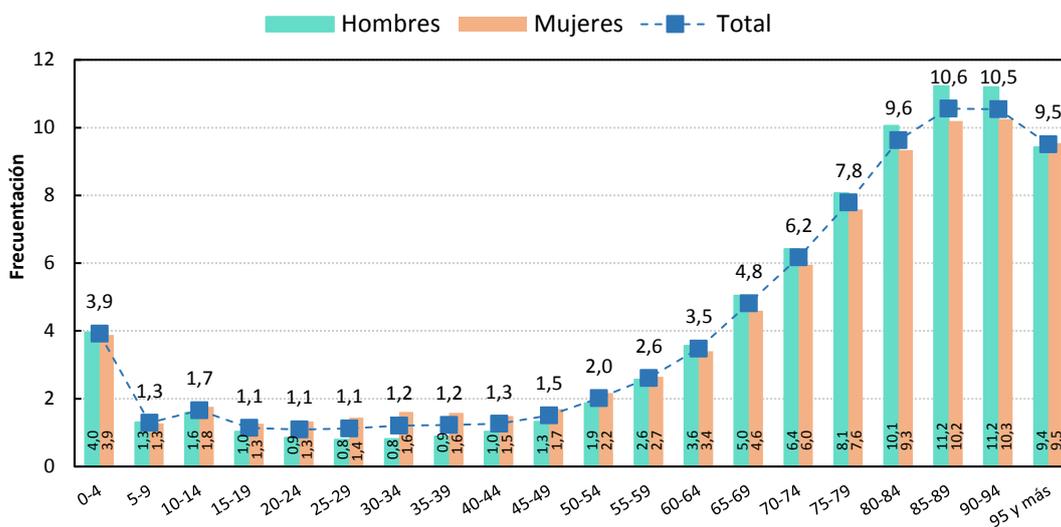


Observaciones: en los datos de medicina se incluye medicina de familia y pediatría.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

La frecuentación en enfermería de atención primaria también presenta diferencias por sexo. Entre el nacimiento y los 9 años no se aprecian diferencias, pero desde los 10 años comienza a observarse una mayor frecuentación en mujeres que se mantiene hasta los 59 años, momento en el que se invierte la tendencia y los hombres comienzan a acudir a las consultas de enfermería con una frecuencia superior a la de las mujeres y esta diferencia aumenta progresivamente hasta el tramo de 90-94 años, a partir del cual disminuye la frecuentación en enfermería y es muy similar para ambos sexos.

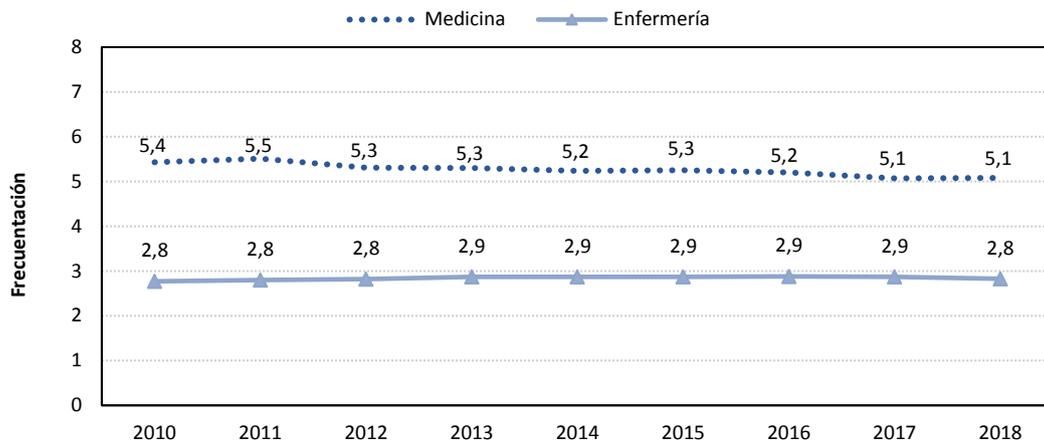
Gráfico 5-64 Frecuentación a la consulta de enfermería de atención primaria del Sistema Nacional de Salud según grupos de edad y sexo. España, 2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

La frecuentación media de la población a consultas de medicina posee una ligera tendencia a la baja en los últimos años, mientras que en enfermería se mantiene muy estable en el tiempo.

Gráfico 5-65 Frecuentación a la consulta de atención primaria del Sistema Nacional de Salud. España, 2010-2018



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

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

La frecuentación en medicina y en enfermería de atención primaria presenta diferencias por sexo que se invierten a lo largo de la vida del individuo.

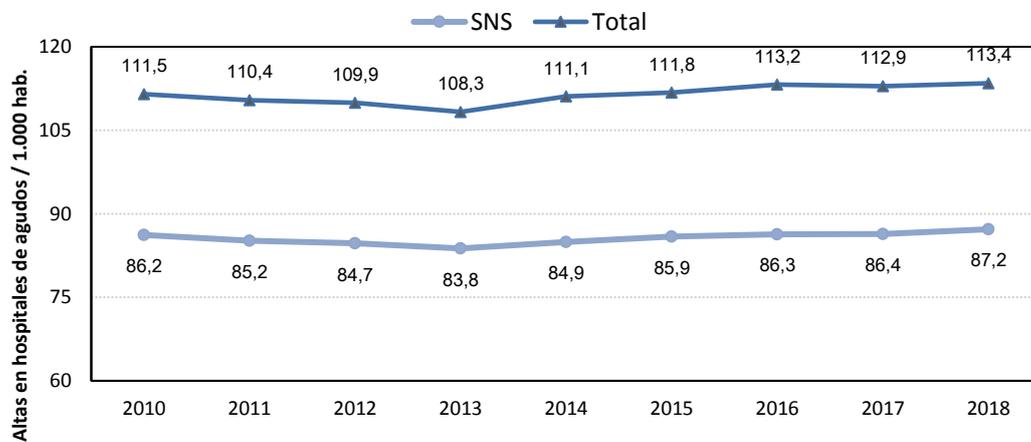
Atención especializada

Por cada 1.000 habitantes y año, en los hospitales de agudos del SNS se producen 87,2 altas y en el total de hospitales de agudos 113,4 altas.

Asimismo, en los hospitales de agudos del SNS, el mayor número de altas por 1.000 habitantes se produce en País Vasco (124,8), Asturias (108,0), Aragón (104,2) y Castilla y León (103,1), mientras que Canarias (59,7), Andalucía (63,5), Baleares (74,4) y Madrid (81,5) poseen valores muy inferiores.

La tasa de altas en hospitales de agudos por 1.000 habitantes se ha mantenido estable entre 2010 y 2018, con una ligera tendencia al alza, tanto en el SNS como a nivel global.

Gráfico 5-66 Altas en hospitales de agudos por 1.000 hab./año, según pertenencia al SNS. España, 2010-2018



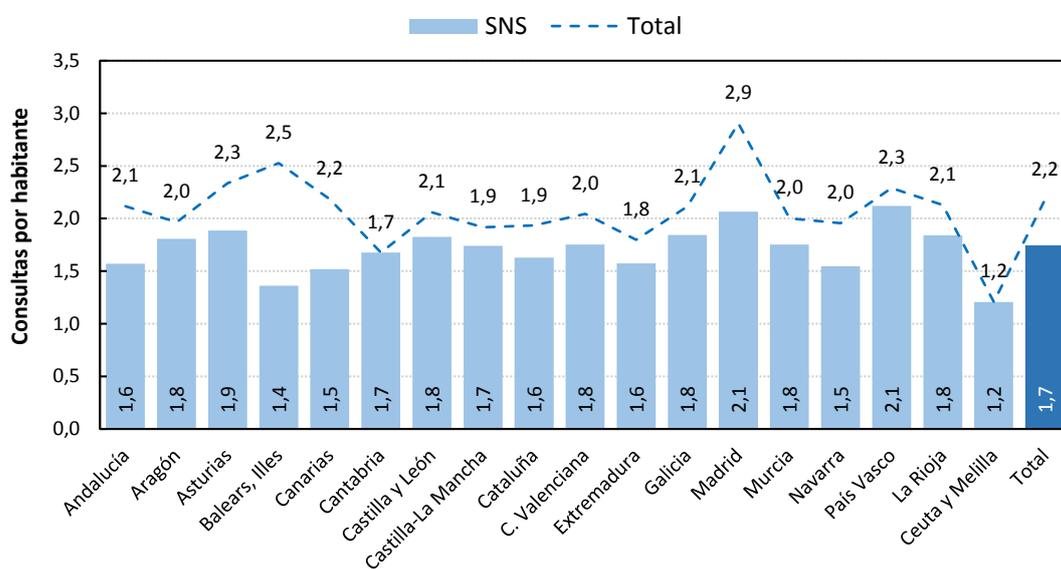
Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

En relación con las consultas de atención especializada de los hospitales de agudos se producen 2,2 consultas por habitante, de las cuales el 80% (1,7 consultas/hab.) tienen lugar en el SNS. Las consultas en hospitales de larga estancia son muy inferiores (SNS: 29,4/1.000 hab.; total: 37,7/1.000 hab.).

Por territorios, poseen una frecuentación a consultas de hospitales de agudos muy superior a la media: Madrid (total: 2,9/hab.; SNS: 2,1), Baleares (total: 2,5; SNS: 1,4), Asturias (total: 2,3; SNS: 1,9) y País Vasco (total: 2,3; SNS: 2,1); mientras que Ceuta y Melilla (INGESA: 1,2 consultas/hab.), Cantabria (total y SNS: 1,7) y Extremadura (total: 1,8; SNS:1,6) resaltan con valores muy por debajo de la media.

Entre 2010 y 2018 la frecuentación a consultas de atención especializada se ha incrementado ligeramente en los hospitales de agudos pasando de 1,6 consultas/habitante a 1,7 en el SNS y de 1,8 a 2,2 en el total de hospitales de agudos.

Gráfico 5-67 Frecuentación a consultas de hospitales de agudos, según pertenencia al SNS y comunidad autónoma. España, 2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

El 80% de las consultas de atención especializada de los hospitales de agudos tienen lugar en el SNS.

5.5.1.2 Urgencias

El SNS cuenta con tres ámbitos organizativos para dar respuesta a las demandas de atención sanitaria urgente de la población: el nivel de atención primaria, los servicios de urgencias de los hospitales y la coordinación llevada a cabo por los Servicios de urgencias y emergencias ante demandas realizadas, principalmente a través de los teléfonos 112/061.

Atención primaria

El nivel de atención primaria tiene un papel relevante en la atención y resolución de un gran volumen de las demandas de atención urgente de la población. Así, en este nivel se atiende diariamente en horario habitual de funcionamiento de los centros de atención primaria a todas

aquellas personas que acuden directamente a los centros demandando dicha atención o la requieren a domicilio, o bien a solicitud de los Servicios de urgencias y emergencias 112/061. Al cierre de los centros de atención primaria o coincidiendo en algunos casos, la actividad urgente es atendida por los centros de atención urgente extrahospitalaria.

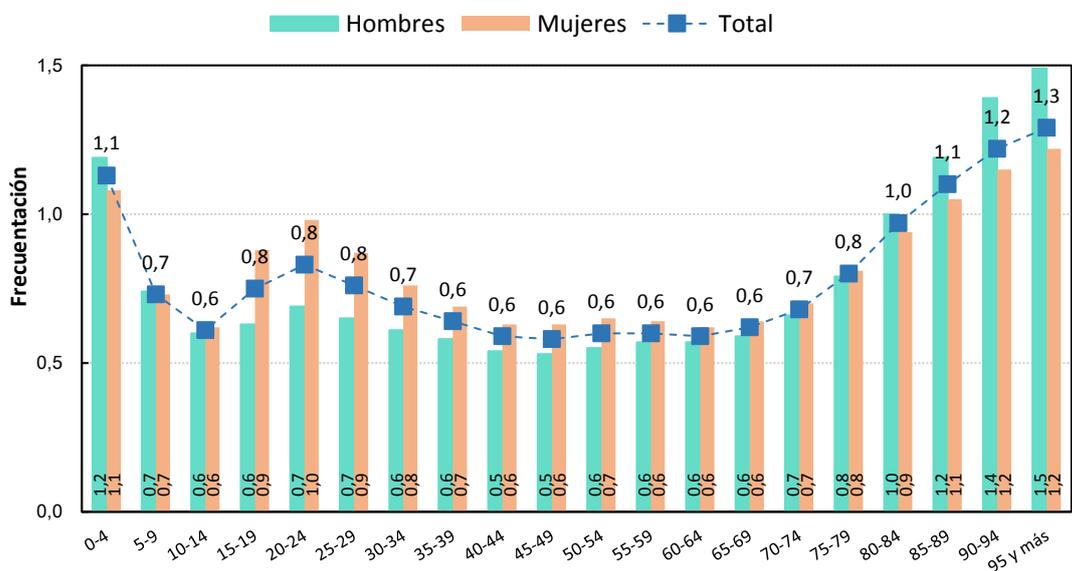
Se atienden 28.719.331 urgencias de atención primaria. La frecuentación es de 0,62 consultas por persona y año, duplicando las consultas de medicina (0,59) a las de enfermería (0,26).

Por grupos de edad, en el tramo de 0 a 4 años de edad, la frecuentación en urgencias de atención primaria es de 1,1, reduciéndose de manera brusca en los siguientes dos tramos de edad hasta 0,6 consultas al año para, posteriormente, ascender en la etapa juvenil, manteniéndose estable durante el resto de la etapa adulta y hasta los 65-69 años, momento en el que la frecuentación comienza a aumentar progresivamente hasta alcanzar las 1,3 consultas al año en el tramo de mayor edad (95 y más años).

La frecuentación a urgencias de atención primaria es elevada (una consulta al año o superior) en menores de 5 años y en personas de 80 y más años.

En el primer tramo de edad, la frecuentación en hombres es ligeramente superior, mientras que durante la infancia se invierte la tendencia y en la adolescencia y en la etapa juvenil las mujeres acuden con una frecuencia superior. Las diferencias por sexo se reducen progresivamente en los siguientes tramos de edad, hasta los 80-84 años, momento en el que se invierte la tendencia y los hombres acuden con una frecuencia superior.

Gráfico 5-68 Frecuentación urgente en atención primaria por grupos de edad y sexo. España, 2018



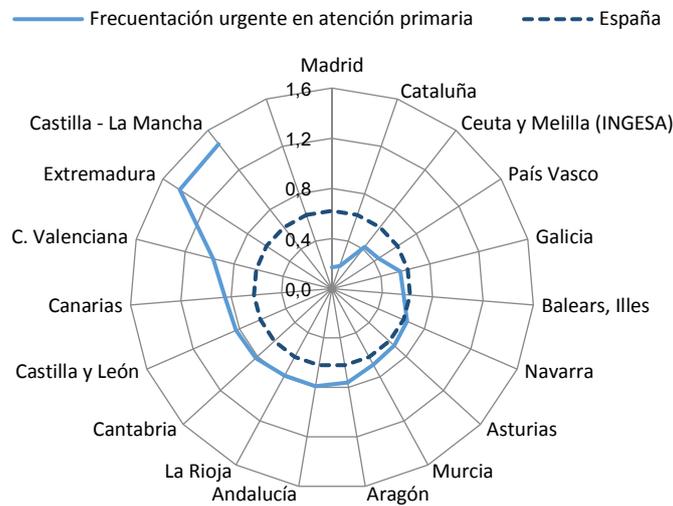
Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Por comunidades autónomas, la frecuentación urgente en atención primaria es muy inferior a la media nacional (0,6 consultas por habitante y año) en Madrid y Cataluña (0,2), en Ceuta y Melilla (INGESA) y en País Vasco (0,4), mientras que es muy superior en Castilla-La Mancha (1,5), Extremadura (1,4), Comunidad Valenciana (1,0) y Canarias (0,9).

La frecuentación urgente en este nivel asistencial se ha mantenido prácticamente invariable

en los últimos diez años, salvo en 2009-2011, período en el que se redujo aproximadamente 0,2 puntos. Así, en 2008, hubo 0,6 consultas por habitante al año, valor que se repite en el último año disponible.

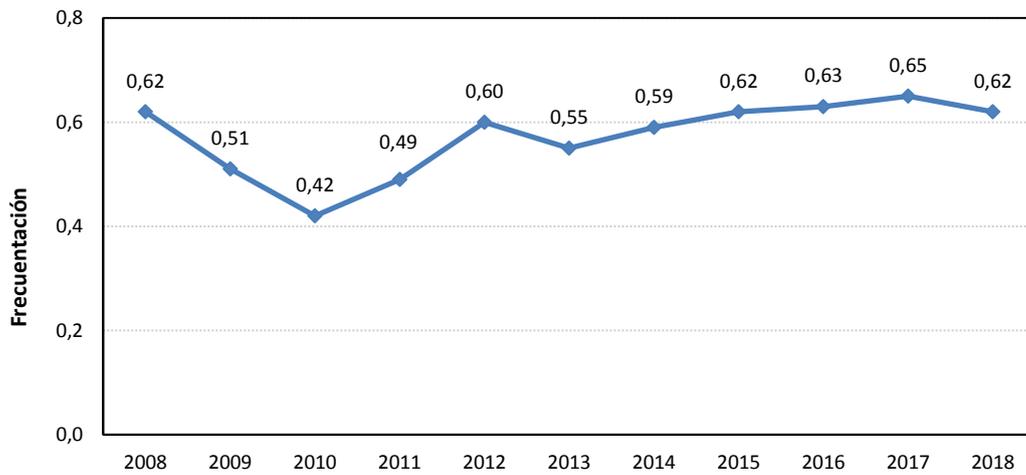
Gráfico 5-69 Frecuentación urgente en atención primaria según comunidad autónoma. España, 2018



Observaciones: los territorios están ordenados de menor a mayor valor del indicador.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Gráfico 5-70 Frecuentación urgente en atención primaria. España, 2010-2018



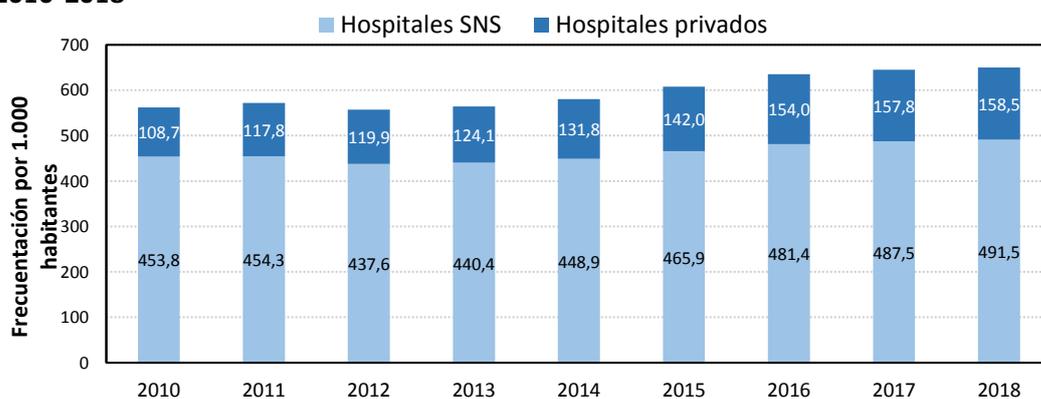
Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

En la frecuentación a urgencias de atención primaria los niños de 0 a 4 años acuden más que las niñas, mientras que, durante la adolescencia, la juventud y la etapa adulta, las mujeres poseen una frecuentación muy superior y, a partir de los 84 años, la tendencia se vuelve a invertir y la tasa de frecuentación es notablemente superior en los hombres.

Atención especializada

En el caso de las urgencias en atención especializada, se atienden 30.372.325 urgencias, de las que el 99,6% se producen en hospitales de agudos. La frecuentación total (hospitales de agudos y de larga estancia) es de 649,9 consultas por cada 1.000 habitantes, correspondiendo el 76% (491,5) a hospitales del SNS, mientras que el 24% restante (158,5) tienen lugar en hospitales privados.

Gráfico 5-71 Frecuentación en urgencias hospitalarias, según pertenencia al SNS. España, 2010-2018



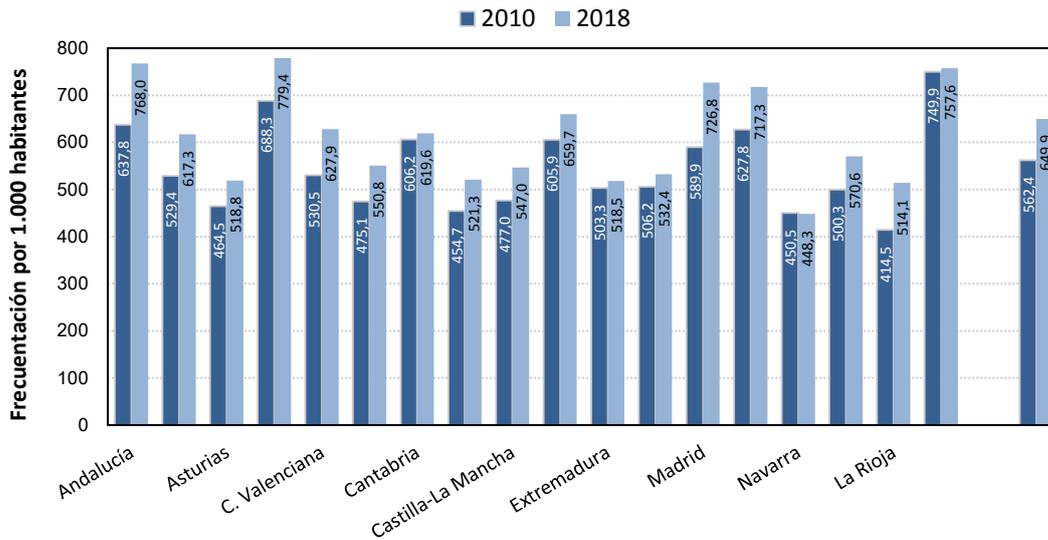
Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

La frecuentación urgente en atención especializada muestra una clara tendencia al alza desde 2012.

Por comunidades autónomas, la frecuentación en urgencias hospitalarias por cada 1.000 habitantes es muy inferior a la media nacional en Navarra (448,3), La Rioja (514,1), Extremadura (518,5), Asturias (518,8) y Castilla y León (521,3), mientras que es muy superior en Baleares (779,4), Andalucía (768,0), Ceuta y Melilla (757,6), Madrid (726,8) y Murcia (717,3).

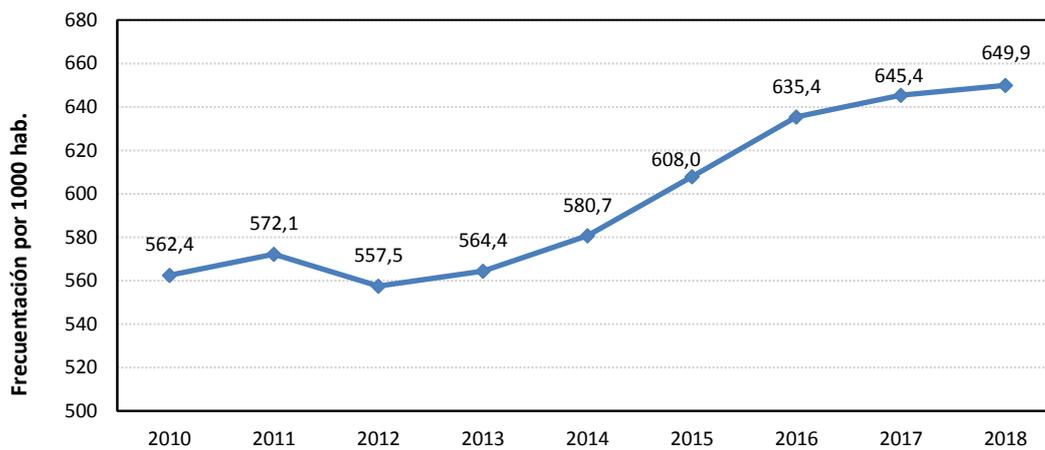
La frecuentación urgente en el nivel de atención especializada muestra una clara tendencia al alza desde 2012, y entre 2010 y 2018 ha aumentado en todos los territorios, excepto en Navarra.

Gráfico 5-72 Frecuentación en urgencias hospitalarias, según comunidad autónoma. España, 2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

Gráfico 5-73 Frecuentación en urgencias hospitalarias. España, 2010-2018



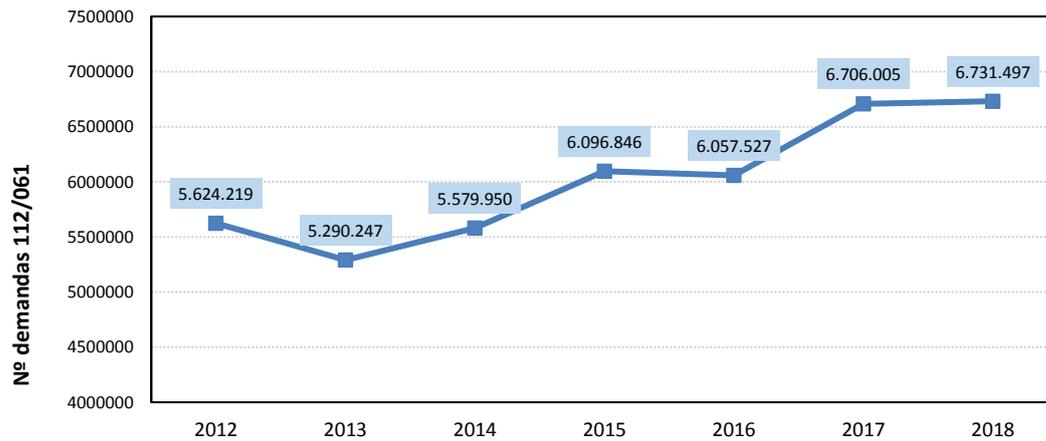
Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

Demandas asistenciales de los servicios de urgencias y emergencias 112/061

Las demandas de asistencia de los servicios de urgencias y emergencias 112/061 se cifran en 6,7 millones, mostrando en los últimos años una evolución irregular, pero con una clara tendencia al alza.

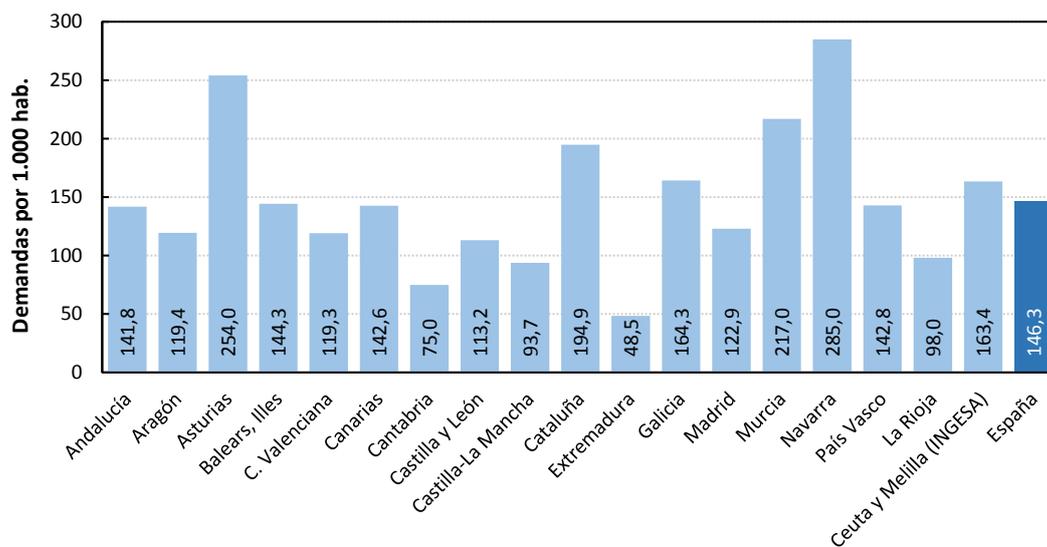
El número de demandas asistenciales por cada 1.000 habitantes en estos servicios es de 146,3, muy inferior en Extremadura (48,5), Cantabria (75,0), Castilla-La Mancha (93,7) y La Rioja (98,0), mientras que resaltan los datos de Navarra (285,0), Asturias (254,0), Murcia (217,0) y Cataluña (194,9) por encontrarse muy por encima de la media nacional.

Gráfico 5-74 Demandas asistenciales de los servicios de urgencias y emergencias 112/061. España, 2012-2018



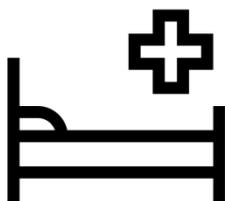
Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Gráfico 5-75 Demandas asistenciales por 1.000 habitantes de los servicios de urgencias y emergencias 112/061, según comunidad autónoma. España, 2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

5.5.2 Recursos físicos



Una prestación sanitaria de calidad requiere de la disponibilidad de recursos suficientes para satisfacer las necesidades individuales y de la población. En este apartado se aborda la capacidad del sistema sanitario en relación con los recursos físicos de infraestructura y equipamiento (centros de salud y consultorios locales de atención primaria, hospitales y camas instaladas y en funcionamiento, puestos de hospital de día), las tecnologías al servicio de la salud y los Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) del SNS.

El SNS cuenta con 3.055 centros de salud (CS) y 10.067 consultorios locales (CL) a los que se

desplazan los profesionales del centro de salud con el fin de acercar los servicios básicos a la población.

Centros de salud y consultorios locales

Tabla 5-8 Número de centros de salud y consultorios locales de atención primaria del Sistema Nacional de Salud, ratio de CL/CS y tasa de CS más CL por 100.000 habitantes según comunidad autónoma. España, 2018

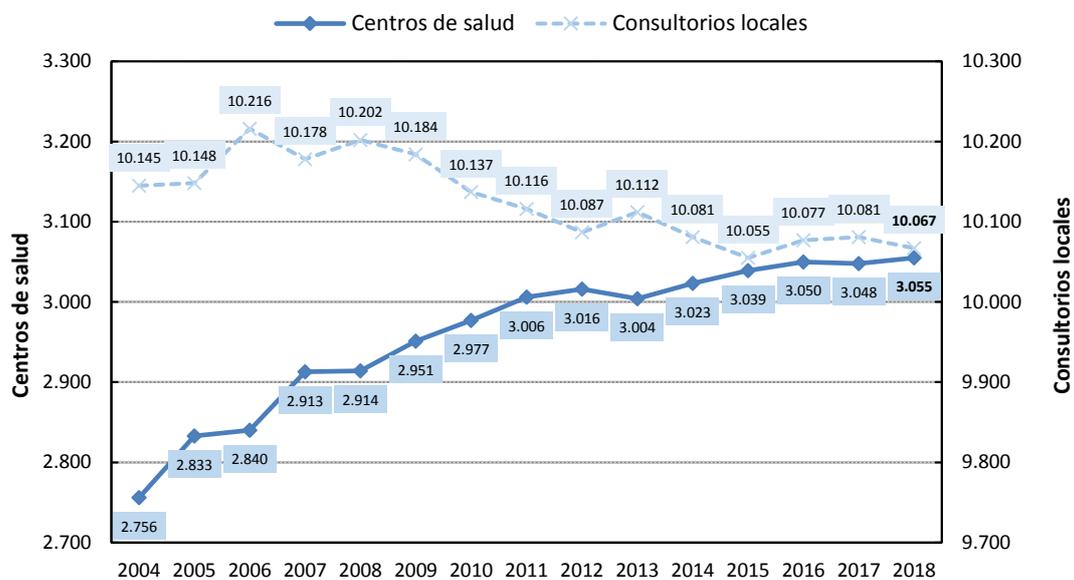
	Centro de salud (CS)	Consultorio local (CL)	Total	Ratio CL/CS	Tasa CS+CL por 100.000 hab.
Andalucía	407	1.107	1.514	2,7	18
Aragón	118	866	984	7,3	75
Asturias, Principado de	69	145	214	2,1	21
Baleares, Illes	58	104	162	1,8	14
Canarias	106	154	260	1,5	12
Cantabria	42	124	166	3,0	29
Castilla y León	247	3.667	3.914	14,8	162
Castilla-La Mancha	204	1.107	1.311	5,4	65
Cataluña	424	829	1.253	2,0	17
Comunitat Valenciana	285	567	852	2,0	17
Extremadura	111	415	526	3,7	49
Galicia	398	68	466	0,2	17
Madrid, Comunidad de	262	162	424	0,6	6
Murcia, Región de	85	180	265	2,1	18
Navarra, Comunidad Foral de	58	231	289	4,0	45
País Vasco	154	167	321	1,1	15
Rioja, La	20	174	194	8,7	62
Ceuta y Melilla	7	0	7	0,0	4
Total SNS	3.055	10.067	13.122	3,3	28

Observaciones: SNS = Sistema Nacional de Salud; CS = Centro de Salud; CL = Consultorio Local. Cifras de Población residente a 1 de enero de 2018

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Desde el año 2004 se ha producido un incremento en el número de centros de salud y una disminución de los consultorios locales, aunque esta tendencia se ha ido estabilizando en los últimos 4 años.

Gráfico 5-76 Evolución del número de centros de salud y consultorios locales en el Sistema Nacional de Salud. España, 2004-2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

La tasa de CS+CL por 100.000 habitantes y el número de consultorios locales por centro de salud presenta una gran variabilidad entre territorios, lo cual refleja la diversidad existente en la dispersión geográfica de la población en España.

El número medio de consultorios locales que dependen de un centro de salud es de 3,3, con un rango que abarca desde los 14,8 de Castilla y León a los 0 de Ceuta y Melilla (INGESA).

La tasa de CS+CL es de 28 por 100.000 habitantes, con un rango que va de 4 en Ceuta y Melilla (INGESA) a 162 en Castilla y León.

Las principales bases de datos europeas e internacionales utilizadas en la elaboración de este informe no ofrecen datos de recursos físicos de atención primaria.

Hospitales

Se consideran camas instaladas aquellas que están en disposición de ser usadas, aunque algunas de ellas puedan, por diversas razones, no estar en servicio en esa fecha.

Asimismo, las camas que se contabilizan en esta sección ("camas instaladas") son las destinadas a la atención de pacientes ingresados, incluyendo las incubadoras fijas y las destinadas a cuidados especiales: intensivos, coronarios, quemados, etc. Por el contrario, no se incluyen como camas instaladas las destinadas a observación en el servicio de urgencias, las de reanimación postquirúrgica, las destinadas a hemodiálisis ambulatoria, las camas de acompañantes, las de inducción preanestésica, las utilizadas para exploraciones especiales (endoscopia, laboratorio, etc.), las utilizadas para hospital de día, las destinadas a personal del centro sanitario, las camas supletorias, ni las cunas para los recién nacidos sanos.

El sistema sanitario (público y privado) cuenta con 806 hospitales, que suponen 1,7 hospitales por 100.000 habitantes. Atendiendo a su tamaño 583 tienen menos de 200 camas, 148 entre 200 y 500, y 75 de ellos cuentan con más de 500 camas. La comunidad autónoma que cuenta

con un mayor número de centros es Cataluña. Los hospitales grandes se concentran en las comunidades autónomas de Andalucía (12), Cataluña (11) y Madrid (10), mientras que las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla no disponen de ningún centro de este tamaño.

La tasa de hospitales por millón de habitantes en España es de 16,7, ocupando la décimo octava posición entre los 22 países de la UE-28 que son miembros de la OCDE.⁷⁷

Tabla 5-9 Hospitales según tamaño (número de camas instaladas) por comunidad autónoma. España, 2018

	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	82	18	12	112	1,3
Aragón	22	5	2	29	2,2
Asturias, Principado de	20	4	1	25	2,4
Balears, Illes	19	5	1	25	2,1
Canarias	30	4	4	38	1,7
Cantabria	4	2	1	7	1,2
Castilla y León	23	8	6	37	1,5
Castilla-La Mancha	20	5	3	28	1,4
Cataluña	165	37	11	213	2,8
Comunitat Valenciana	37	20	7	64	1,3
Extremadura	12	6	2	20	1,9
Galicia	27	2	7	36	1,3
Madrid, Comunidad de	54	19	10	83	1,3
Murcia, Región de	20	5	2	27	1,8
Navarra, Comunidad Foral de	8	2	1	11	1,7
País Vasco	33	5	4	42	1,9
Rioja, La	6	0	1	7	2,2
Ceuta	0	1	0	1	1,2
Melilla	1	0	0	1	1,2
Total	583	148	75	806	1,7

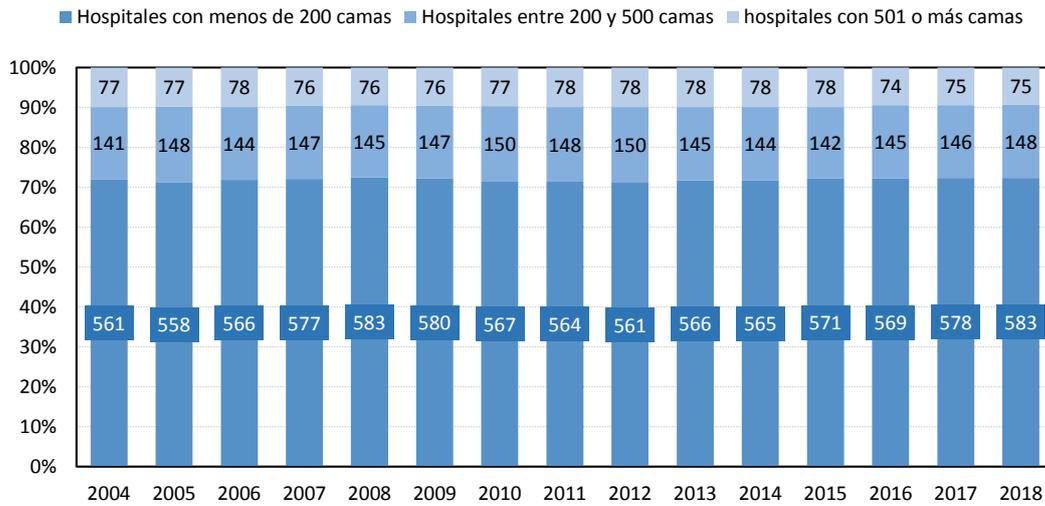
Observaciones: los complejos hospitalarios se contabilizan como un solo hospital.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Catálogo Nacional de Hospitales.

La distribución del número de hospitales atendiendo a su tamaño se ha mantenido relativamente constante desde 2004. El número de hospitales ha variado entre los 779 centros de 2004 y los 806 de 2018. Las mayores variaciones se han producido en los hospitales de menos de 200 camas.

⁷⁷ OECD. Health Statistics, 2018.

Gráfico 5-77 Evolución del número de hospitales según tamaño (número de camas instaladas). España, 2004-2018

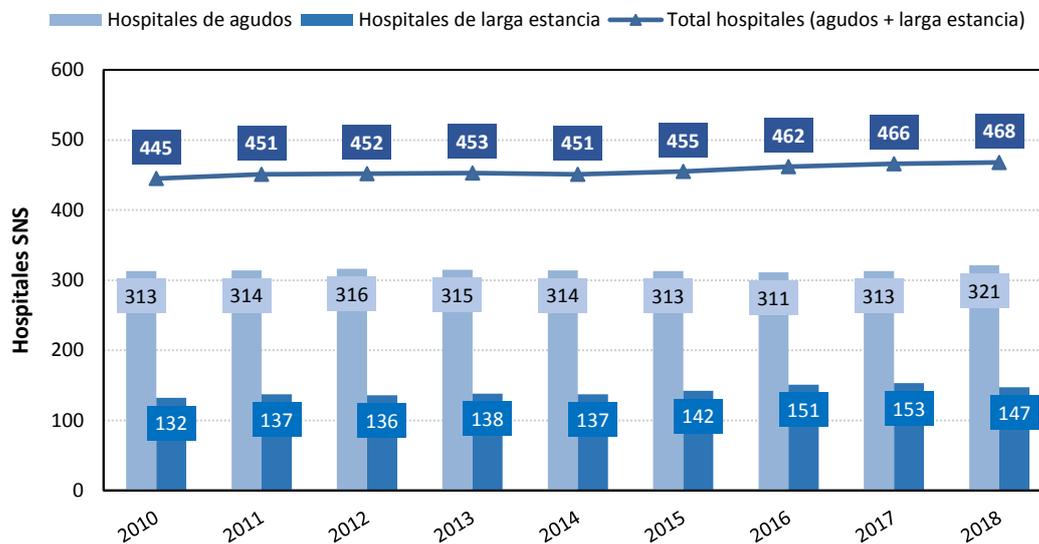


Observaciones: Este gráfico se ha elaborado considerando el 100% de hospitales y refleja el número absoluto de cada categoría de hospital. Los complejos hospitalarios se contabilizan como un solo hospital.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Catálogo Nacional de Hospitales.

El SNS dispone de 468 hospitales, 321 de ellos son hospitales de agudos y 147 son hospitales de larga estancia. El número de hospitales del SNS ha pasado de 445 en 2010 a 468 en 2018.

Gráfico 5-78 Número de hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS), según finalidad asistencial. España, 2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

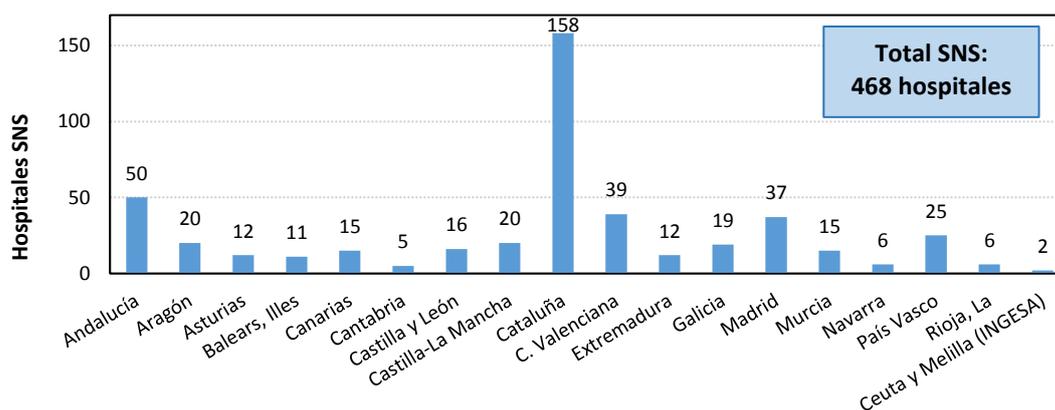
La tasa de hospitales de agudos por 100.000 habitantes en España es de 1,2, inferior a la media de la UE-28 (1,9).⁷⁸

⁷⁸ OMS. Healt for All Database, 2014.

Cataluña es la comunidad autónoma que tiene un mayor número de hospitales pertenecientes al SNS con 158 hospitales, seguido de Andalucía con 50 hospitales.

Cabe señalar que entre los hospitales de Cataluña se incluyen los hospitales de la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP) y además, quedan incluidos en el Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Cataluña (SISCAT) muchos centros socio-sanitarios y centros autorizados como hospitales en Cataluña, lo que multiplica el número de centros y eleva significativamente el indicador de número de camas en esta comunidad.

Gráfico 5-79 Número de hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS), según comunidad autónoma. España, 2018

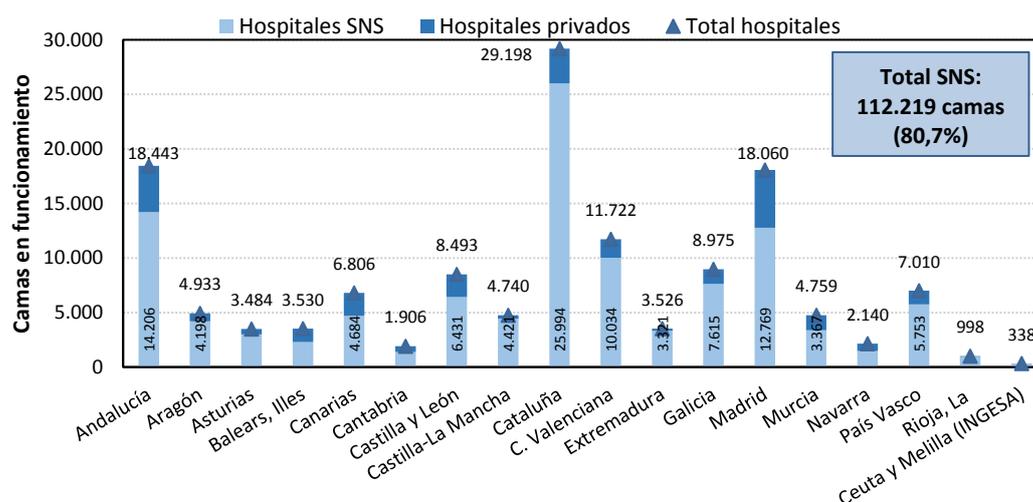


Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

Los 468 hospitales del SNS ofertan 112.219 camas en funcionamiento, un 80,7% de las 139.061 camas en funcionamiento del país.

La comunidad autónoma que cuenta con un mayor número de camas es Cataluña, con 29.198 (25.994 pertenecientes a hospitales públicos), seguida de Andalucía con 18.443 (14.206 de hospitales públicos) y Madrid con 18.060 (12.769 de hospitales públicos).

Gráfico 5-80 Número de camas en funcionamiento, según pertenencia al SNS y comunidad autónoma. España, 2018

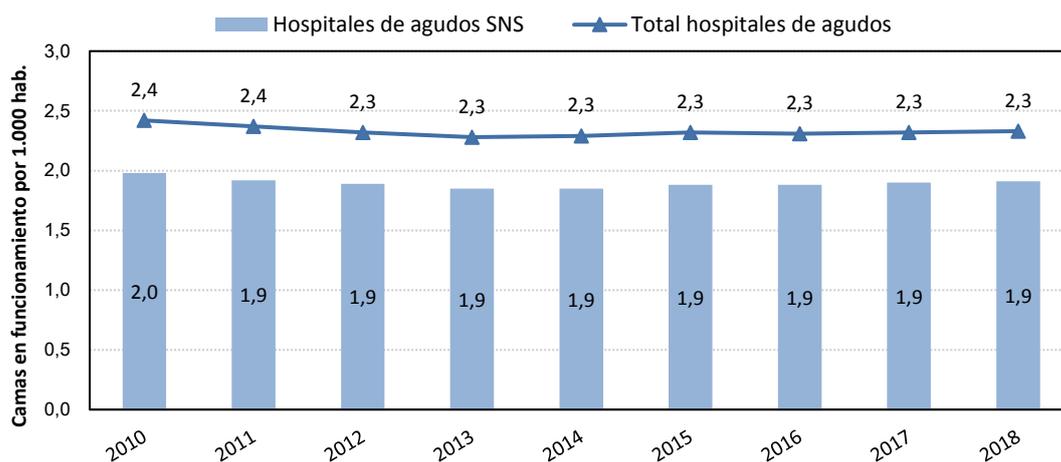


Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

La tasa de camas de hospitales de agudos en funcionamiento en España es de 2,3 por cada 1.000 habitantes, de las que 1,9 pertenecen al SNS. Esta cifra se ha mantenido constante desde hace algunos años.

La tasa de camas de hospitales públicos en España es de 202,7 por 100.000 habitantes, lo que nos sitúa solo por delante de Bélgica y de Chipre entre los 23 países de la UE-28 que reportan datos.⁷⁹

Gráfico 5-81 Camas en funcionamiento por 1.000 habitantes en hospitales de agudos, según pertenencia al SNS. España, 2010-2018

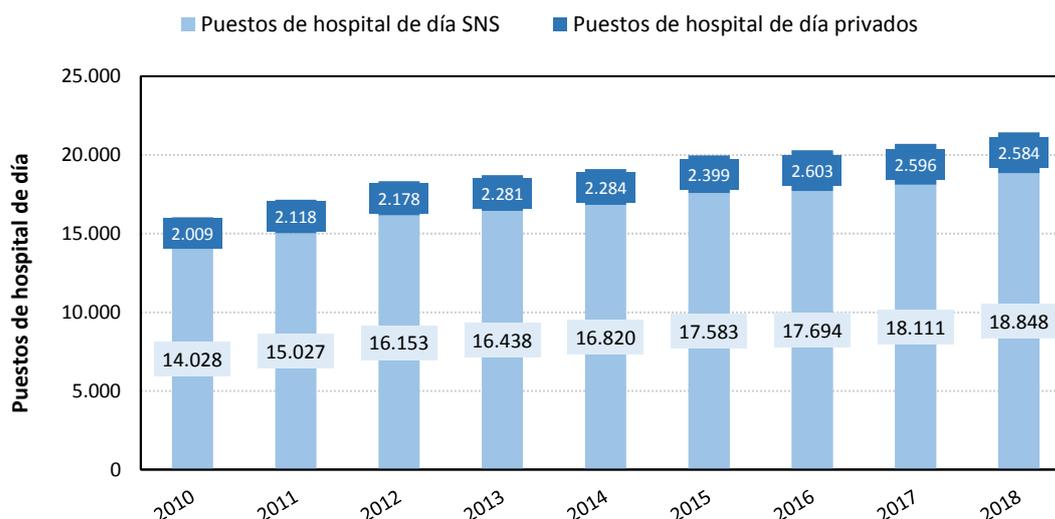


Observaciones: SNS = Sistema Nacional de salud. El total de hospitales de agudos se refiere a los pertenecientes al SNS más los privados.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

El sistema sanitario cuenta con 21.432 puestos de hospital de día, de los cuales 18.848 (el 87,9%) pertenecen al SNS. El número de puestos de hospital de día públicos y totales ha ido aumentando desde 2010.

Gráfico 5-82 Puestos de hospital de día, según pertenencia al SNS. España, 2010-2018



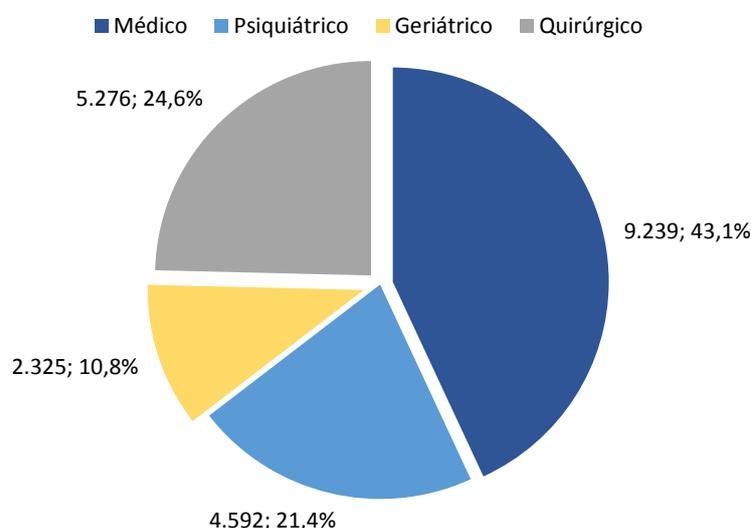
Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

Los puestos de hospital de día son una alternativa a la hospitalización para la atención a un

⁷⁹ Eurostat, 2018.

determinado tipo de paciente que necesita ser atendido durante varias horas en el hospital sin necesidad de pernoctar en él. De los 21.432 puestos de hospital de día, el 43,1% son médicos, el 24,6% quirúrgicos, el 21,4% psiquiátricos y el 10% geriátricos.

Gráfico 5-83 Puestos de hospital de día, según tipología. España, 2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

Dotación de tecnologías médicas

La dotación en el SNS es de 591 equipos para la realización de Tomografía axial Computerizada (TAC) que constituyen el 72,1% del total de equipos en funcionamiento en España y suponen una tasa de 12,7 por millón de habitantes.

El SNS cuenta también con 359 aparatos para la realización de Resonancias Magnética (RM), que suponen el 54,6% de los equipos en funcionamiento y una tasa de 7,7 por millón de habitantes.

La dotación de mamógrafos en el SNS es de 429 equipos (65,3% del total en España), con una tasa de 9,0 por cada millón de habitantes.

Tabla 5-10 Dotación de las tecnologías médicas según pertenencia al SNS. Número de equipos en funcionamiento, porcentaje sobre el total y tasa por millón de población. España, 2018

	Equipos del SNS			Equipos privados			Total	
	N	%	Tasa p.m.p.	N	%	Tasa p.m.p.	N	Tasa p.m.p.
Tomografía Axial Computerizada	591	72,1	12,7	229	27,9	4,9	820	17,6
Resonancia Magnética	359	54,6	7,7	298	45,4	6,4	657	14,1
Mamógrafo	429	65,3	9,2	228	34,7	4,9	657	14,1
Acelerador lineal +Telecobaltoterapia	193	79,8	4,1	49	20,2	1,1	242	5,2

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

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

En cuanto a la dotación de aparatos de radioterapia (aceleradores lineales y bombas de telecobaltoterapia), la red de hospitales del SNS cuenta con 193 equipos (79,8% del total existente), disponiendo así de 4,1 aparatos por cada millón de habitantes.

La tasa de equipos de TAC y de resonancia magnética (en hospitales y atención ambulatoria) en España es de 1,9 y de 1,7 por 100.000 habitantes, respectivamente, lo que nos sitúa en una posición 13ª/26 y 7ª/25 entre los países de la UE-28 que reportan datos.⁸⁰

Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) del SNS

El SNS dispone de 279 CSUR. Por comunidades autónomas, Cataluña cuenta con el mayor número (88), seguida de Madrid (84) y Andalucía (37).

Tabla 5-11 Distribución de los centros servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, según comunidad autónoma. España, 2019

	Centros, servicios y unidades de referencia del SNS
Andalucía	37
Aragón	1
Asturias, Principado de	4
Baleares, Illes	-
Canarias	1
Cantabria	7
Castilla y León	5
Castilla-La Mancha	2
Cataluña	88
Comunitat Valenciana	25
Extremadura	-
Galicia	12
Madrid, Comunidad de	84
Murcia, Región de	6
Navarra, Comunidad Foral de	-
País Vasco	7
Rioja, La	-
INGESA	-
Total SNS	279

Observaciones: SNS = Sistema Nacional de Salud. Los datos se refieren a diciembre de 2019.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información para el seguimiento de los Centros, Servicios y Unidades de Referencia.

El SNS cuenta con 279 CSUR. En 2019 se han designado 7 nuevos CSUR para la atención de coagulopatías congénitas en Madrid, Cataluña y Andalucía, y de la patología compleja hipotálamo-hipofisaria en Cataluña y Andalucía.

⁸⁰ Eurostat, 2018.

Tabla 5-12 Relación de nuevos centros servicios y unidades de referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud, designados en 2019

Unidad	Hospital	Comunidad Autónoma
Coagulopatías congénitas	Hospital U. La Paz	Madrid
	Hospital U. Vall D'Hebrón	Cataluña
	Hospital U. Virgen del Rocío	Andalucía
Patología compleja hipotálamo-hipofisaria (niños y adultos)	H. de la Santa Creu i Sant Pau	Cataluña
	Hospital U. Vall D'Hebrón	Cataluña
	Hospital U. Virgen del Rocío	Andalucía
	Hospital U. Virgen de las Nieves y H.U. San Cecilio	Andalucía

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad.

5.5.3 Recursos humanos



Este apartado recoge la información disponible sobre los recursos humanos, la ordenación profesional y la formación continuada en el SNS. En la mayoría de los casos, los datos recopilados corresponden a la información disponible y difundida por los diferentes sistemas de información hasta el 31 de diciembre de 2019, publicándose los datos más recientes y las series históricas consolidadas a la fecha de redacción.

En el SNS trabajan 665.985 profesionales, lo que supone una tasa de 14,3 por cada 1.000 habitantes. De este total, el 75,9% de los profesionales trabajan en los hospitales, el 16,8% en los centros de salud y consultorios de atención primaria, y el 3,0% en los servicios de urgencias y emergencias 112/061. El 52,3% de todos los efectivos del SNS son profesionales de la medicina y de la enfermería, y el 4,4% están en formación especializada.

Tabla 5-13 Número y tasa por 1.000 habitantes de profesionales trabajando en el Sistema Nacional de Salud, total y distribución por nivel de atención. España, 2018

	Número	Tasa por 1.000 hab.	Equipos Atención Primaria	Otros Atención Primaria	Hospitales	Urgencias y emergencia 112/061	Formación especializada
Médicos	155.528	3,3	35.534	6.175	84.984	3.258	25.577
Enfermeras	192.879	4,1	30.499	7.038	150.269	3.067	2.006
Otros profesionales	317.578	6,8	27.247	5.171	269.961	13.464	1.735
Total	665.985	14,3	93.280	18.384	505.214	19.789	29.318

Observaciones: Los médicos en Equipos de Atención Primaria (EAP) corresponden a la suma de medicina familiar y pediatría. En atención primaria se incluyen por primera vez otros profesionales no vinculados a EAP. El número de profesionales en los hospitales se refiere a personal vinculado.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), Estadística de los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061 de SIAP y Subdirección General de Ordenación Profesional.

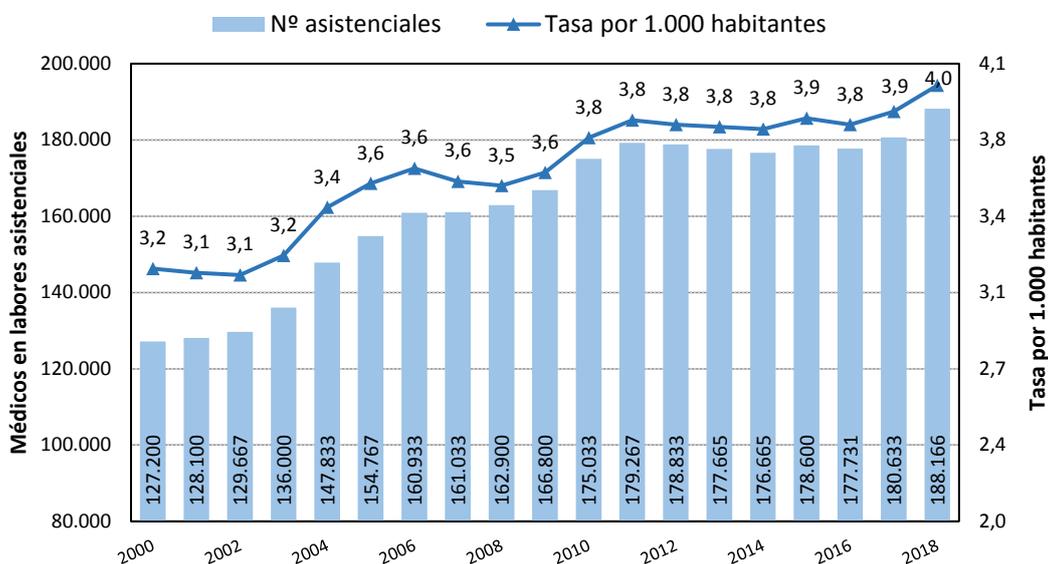
5.5.3.1 Profesionales de la medicina

Médicos en ejercicio

El número de profesionales de medicina que trabajan en labores asistenciales, tanto en el

sector público como en el privado, es de 188.166⁸¹, proporcionando una tasa de 4,0 profesionales por cada 1.000 habitantes. Desde el año 2000, la tasa se ha incrementado 0,8 puntos, manteniéndose en los últimos ocho años en torno a 3,8.

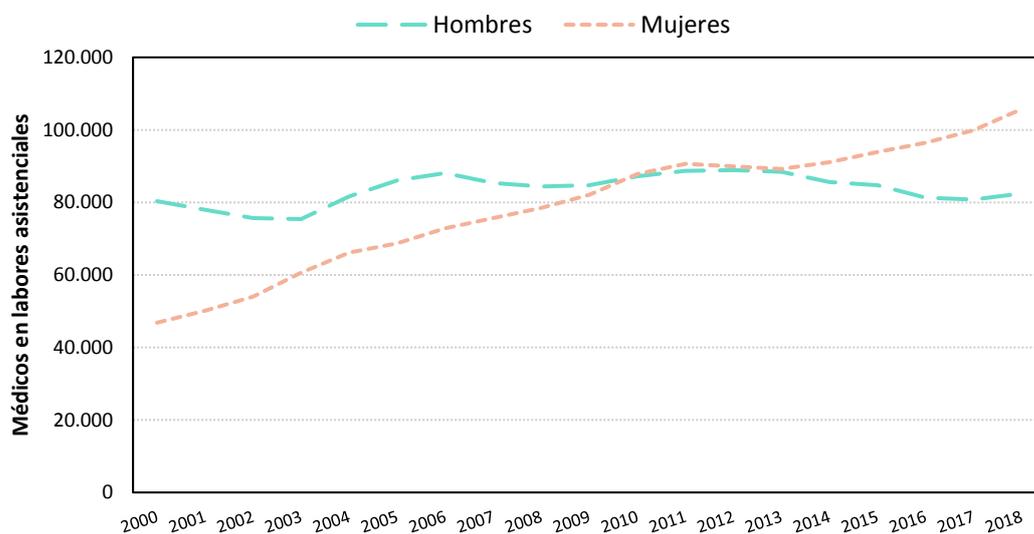
Gráfico 5-84 Evolución del número de profesionales de la medicina en labores asistenciales y tasa por 1.000 habitantes. España, 2000-2018



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

La proporción de mujeres ha pasado de 36,8% en el año 2000 a 56,2% en 2018, lo que supone un incremento en ese periodo de 19,4 puntos.

Gráfico 5-85 Evolución del número de profesionales de la medicina en labores asistenciales según sexo. España, 2000-2018

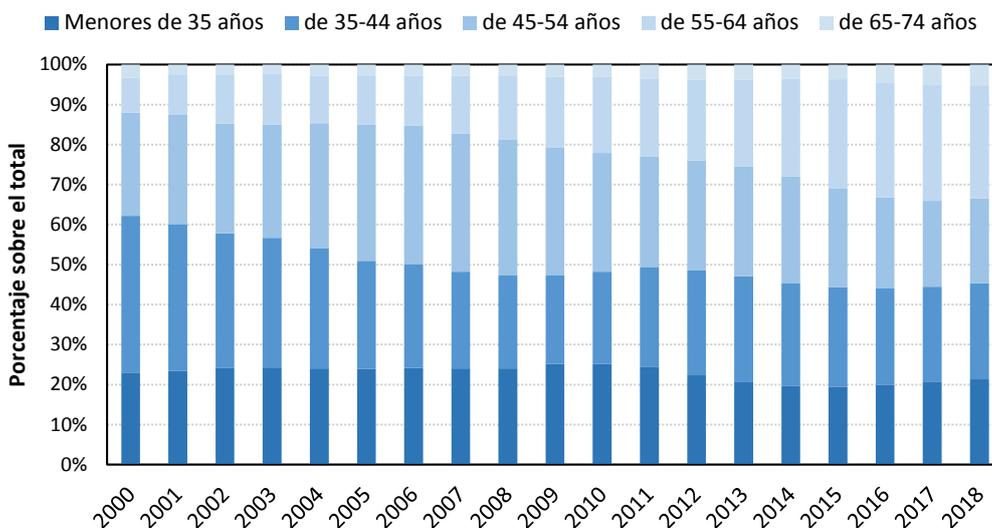


Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa (EPA).

Según edad, desde el año 2000 la proporción del grupo de personal facultativo menor de 45 años ha pasado de 6 de cada 10 a 5 de cada 10 efectivos.

⁸¹ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa (EPA) 2018.

Gráfico 5-86 Evolución del porcentaje de profesionales de la medicina en labores asistenciales según grupo de edad. España, 2000-2018



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

De los 24 Estados Miembros de la UE-28 que presentan datos de profesionales de la medicina en Eurostat⁸², España ocupa la undécima posición en lo que se refiere a la tasa de médicos en ejercicio por cada 1.000 habitantes (4,0), con Grecia ocupando la primera posición (6,1) y Reino Unido en la última (2,8). La tasa media de la UE-28 es de 3,7 médicos por cada 1.000 habitantes.

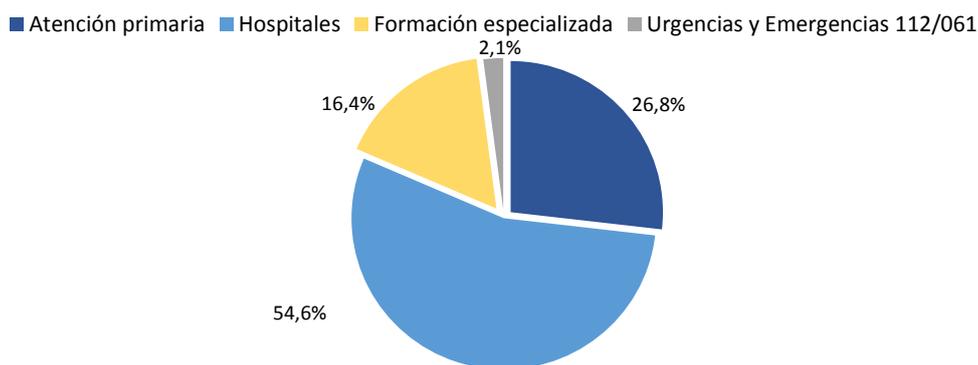
Médicos trabajando en el Sistema Nacional de Salud

El SNS cuenta con 155.528⁸³ profesionales de la medicina, de los que 41.709 (26,8%) trabajan en atención primaria, 84.984 (54,6%) en hospitales, 3.258 (2,1%) en los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061, y además se contabilizan 25.577 médicos especialistas en formación especializada (16,4%), lo que supone disponer de una tasa global de 3,3 médicos por cada 1.000 habitantes.

⁸² Eurostat. Health Database, 2018.

⁸³ Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), Estadística de los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061, Subdirección General de Ordenación Profesional (2018). En hospitales, 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.

Gráfico 5-87 Médicos en labores asistenciales en el Sistema Nacional de Salud. España, 2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), Estadística de los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061 de SIAP y Subdirección General de Ordenación Profesional.

Sin incluir a los médicos en formación especializada y a los médicos de los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061, por cada profesional que trabaja en los centros de salud y consultorios de atención primaria, hay 2 trabajando en hospitales, o lo que es lo mismo, de cada 100 profesionales, 33 prestan sus servicios en atención primaria, y 67 en atención especializada.

Médicos en atención primaria del Sistema Nacional de Salud

De los 41.709 profesionales de la medicina que ejercen labores asistenciales en atención primaria del SNS, 35.534 trabajan en los Equipos de Atención Primaria (EAP) y 6.175 tienen un destino asistencial diferente al EAP. En esta última categoría se incluye a los 5.933 médicos contratados específicamente para la atención de los servicios de urgencias, independientemente de que desarrollen sus funciones en centros o servicios específicos de urgencias tipo SUAP (o término equivalente), en Centros de Salud con horario de urgencias (PAC o término equivalente), o que realicen urgencias solo a domicilio (se excluyen los profesionales asistenciales de EAP que cubren la atención urgente fuera de su horario habitual, mediante la modalidad de guardia).

Tabla 5-14 Número de profesionales de la medicina trabajando en atención primaria del Sistema Nacional de Salud, total, y distribución por destino asistencial. España, 2018

Número	Equipo de Atención Primaria	Pediatra de área consultor	Urgencias	Equipo de soporte domiciliario
41.706	35.534	71	5.933	171

Observaciones: Los médicos en Equipos de Atención Primaria (EAP) corresponden a la suma de medicina familiar y pediatría.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

De los 35.534 médicos que trabajan en los EAP del SNS, 29.086 se dedican a la medicina de familia y 6.448 a la pediatría, y en conjunto suponen una tasa de 0,8 médicos por cada 1.000 habitantes.

Tabla 5-15 Número de profesionales de la medicina de familia y pediatría en equipos de atención primaria del Sistema Nacional de Salud, total, y tasa por cada 1.000 habitantes por comunidad autónoma. España, 2018

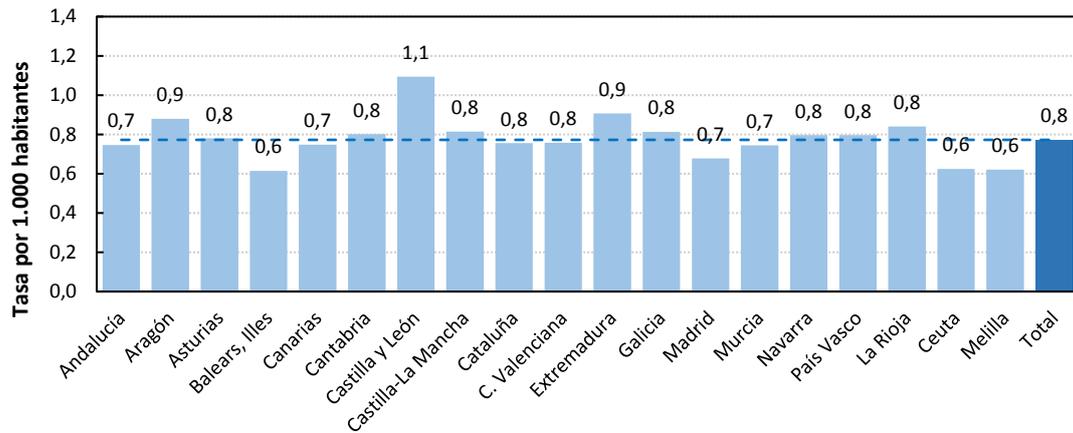
	Medicina de Familia	Pediatría	Total	Tasa por 1.000 habitantes
Andalucía	4.992	1.152	6.144	0,7
Aragón	967	182	1.149	0,9
Asturias, Principado de	670	126	796	0,8
Balears, Illes	551	142	693	0,6
Canarias	1.194	320	1.514	0,7
Cantabria	368	84	452	0,8
Castilla y León	2.312	252	2.564	1,1
Castilla-La Mancha	1.350	237	1.587	0,8
Cataluña	4.594	1.030	5.624	0,8
Comunitat Valenciana	2.797	809	3.606	0,8
Extremadura	817	127	944	0,9
Galicia	1.854	307	2.161	0,8
Madrid, Comunidad de	3.627	923	4.550	0,7
Murcia, Región de	836	243	1.079	0,7
Navarra, Comunidad Foral de	402	106	508	0,8
País Vasco	1.469	340	1.809	0,8
Rioja, La	216	44	260	0,8
Ceuta	36	12	48	0,6
Melilla	34	12	46	0,6
Total	29.086	6.448	35.534	0,8

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

El 59,1% de los profesionales de la medicina que ejercen labores asistenciales en EAP son mujeres.

La tasa de médicos en labores asistenciales en EAP está por debajo de la media nacional (0,8 médicos por mil habitantes) en Baleares, Ceuta, Melilla, Andalucía, Canarias, Madrid y Murcia.

Gráfico 5-88 Tasa de médicos en labores asistenciales en equipos de atención primaria por 1.000 habitantes, según comunidad autónoma. España, 2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Médicos en hospitales del Sistema Nacional de Salud

Tabla 5-16 Número y tasa por 1.000 habitantes de profesionales de la medicina en labores asistenciales en los hospitales del Sistema Nacional de Salud por comunidad autónoma. España, 2018

	Profesionales de la medicina	Tasa por 1.000 habitantes
Andalucía	12.075	1,4
Aragón	2.917	2,2
Asturias, Principado de	2.305	2,3
Balears, Illes	1.976	1,7
Canarias	3.363	1,5
Cantabria	1.079	1,9
Castilla y León	4.659	1,9
Castilla-La Mancha	3.773	1,9
Cataluña	14.612	1,9
Comunitat Valenciana	8.531	1,7
Extremadura	1.929	1,8
Galicia	4.839	1,8
Madrid, Comunidad de	13.381	2,0
Murcia, Región de	2.590	1,8
Navarra, Comunidad Foral de	1.315	2,0
País Vasco	4.817	2,2
Rioja, La	560	1,8
Ceuta	141	1,7
Melilla	122	1,4
Total	84.984	1,8

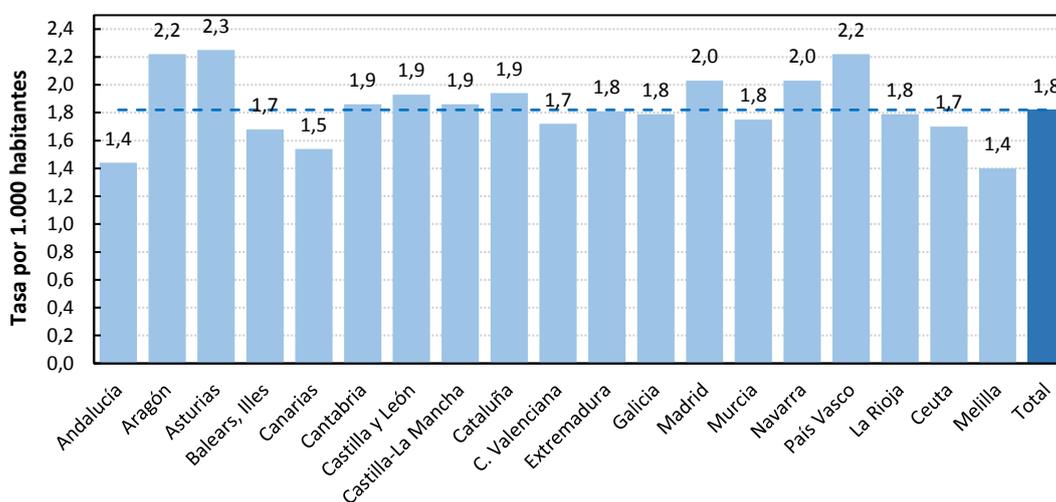
Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

Los hospitales del SNS cuentan con 84.984 profesionales de la medicina prestando labores asistenciales, lo que supone una tasa de 1,8 médicos por cada 1.000 habitantes.

Por grupos de especialidades, de cada 10 médicos que trabajan en los hospitales del SNS corresponden: 5 a Medicina Interna y especialidades médicas, 1 a Cirugía General y del aparato digestivo, 1 a Ginecología y Obstetricia, 1 a Traumatología y Ortopedia, y 2 al resto de las especialidades, incluidos los Servicios Centrales y el Área de Urgencias. El 53,5% de los médicos que trabajan en hospitales del SNS son mujeres.

La tasa de médicos que trabajan en hospitales del SNS es inferior a la media nacional en Andalucía, Baleares, Canarias, Comunidad Valenciana, Ceuta y Melilla.

Gráfico 5-89 Tasa de médicos en labores asistenciales en hospitales del Sistema Nacional de Salud por 1.000 habitantes, según comunidad autónoma. España, 2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

Médicos en los servicios de urgencias y emergencias 112/061 del Sistema Nacional de Salud

Los Servicios de urgencias y emergencias 112/061 del SNS cuentan con 3.258 profesionales de la medicina, de los cuales, 474 ejercen labores asistenciales en el centro coordinador y 2.784 en la red de dispositivos asistenciales.

A nivel global, el 46,7% de los profesionales de la medicina que trabajan en los servicios de urgencias y emergencias 112/061 son mujeres.

Tabla 5-17 Número de profesionales de la medicina en los Servicios de urgencias y emergencias 112/061 según ubicación por comunidad autónoma. España, 2018

	Centro coordinador	Dispositivos asistenciales	Total
Andalucía	78	642	720
Aragón	9	99	108
Asturias, Principado de	15	37	52
Baleares, Illes	11	85	96
Canarias	32	125	157
Cantabria	6	26	32
Castilla y León	21	182	203
Castilla-La Mancha	28	195	223
Cataluña	60	301	361
Comunitat Valenciana	28	259	287
Extremadura	9	88	97
Galicia	49	69	118
Madrid, Comunidad de	54	218	272
Murcia, Región de	17	339	356
Navarra, Comunidad Foral de	18	33	51
País Vasco	22	58	80
Rioja, La	7	18	25
Ceuta y Melilla	10	10	20
Total	474	2.784	3.258

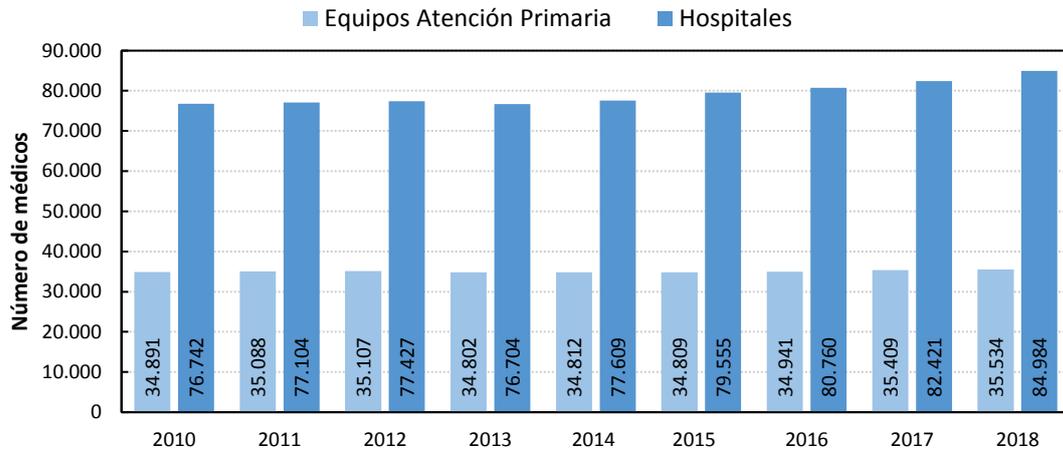
Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Estadística de los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061 del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Evolución del número de médicos en labores asistenciales en el Sistema Nacional de Salud

Durante el período 2010-2018, el número de profesionales de la medicina en labores asistenciales en el SNS ha crecido de forma desigual. El número de médicos ejerciendo labores asistenciales en equipos de atención primaria creció un 1,8% durante dicho período (643 médicos), si bien la tasa de médicos se ha mantenido en 0,8 por 1.000 habitantes durante los últimos siete años del intervalo.

En lo que respecta al número de médicos que trabajan en los hospitales del SNS, ha crecido un 10,7% (8.242 médicos) durante los años 2010-2018. La tasa de médicos ha pasado de 1,6 a 1,8 por 1.000 habitantes durante el mismo período de tiempo.

Gráfico 5-90 Evolución del número de médicos en labores asistenciales en equipos de atención primaria y hospitales del Sistema Nacional de Salud. España, 2010-2018

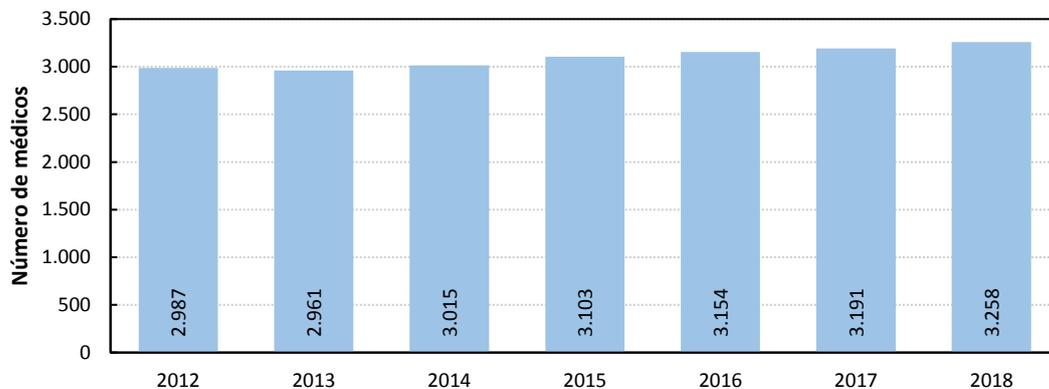


Observaciones: no se incluye el número de profesionales especialistas en formación.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) y del Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

El número de profesionales de la medicina que trabajan en los Servicios de urgencias y emergencias 112/061 del SNS ha crecido un 9,1% durante el período 2012-2018 (271 médicos), si bien la tasa de médicos por 1.000 habitantes se ha mantenido estable en todo ese tiempo (0,1).

Gráfico 5-91 Evolución del número de médicos en labores asistenciales en los Servicios de urgencias y emergencias 112/061 del Sistema Nacional de Salud. España, 2010-2018



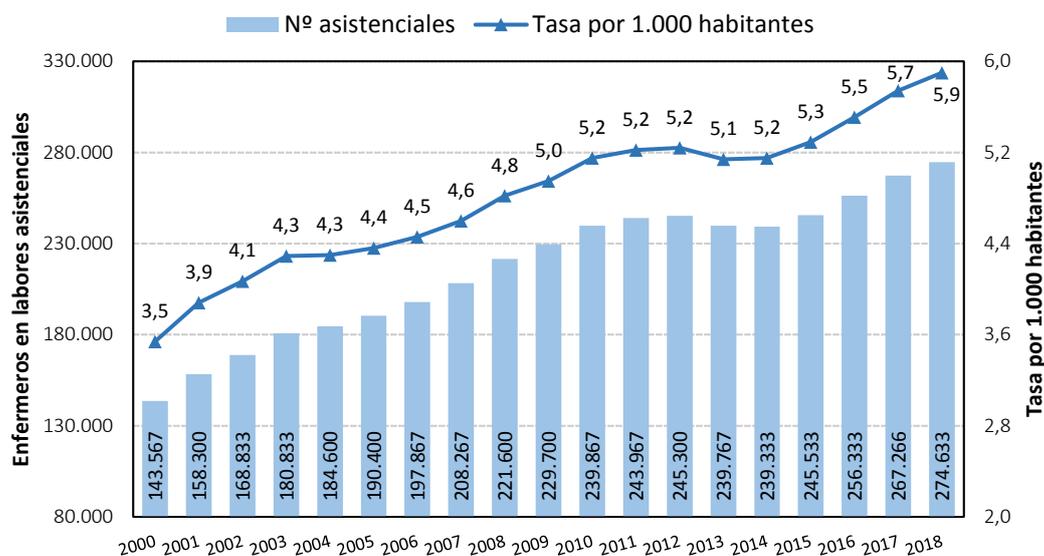
Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Estadística de los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061 del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

5.5.3.2 Profesionales de la enfermería

Profesionales de la enfermería en ejercicio

De acuerdo con la Encuesta de Población Activa (EPA) del INE, España dispone de 274.633 profesionales de la enfermería en labores asistenciales, en el sector público y privado, lo que supone una tasa de 5,9 efectivos por cada 1.000 habitantes. Esta tasa ha crecido 2,4 puntos desde el año 2000.

Gráfico 5-92 Evolución del número de profesionales de la enfermería en labores asistenciales y tasa por 1.000 habitantes. España, 2000-2018



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

De los 16 Estados Miembros de la UE que presentan datos de profesionales de la enfermería en Eurostat⁸⁴, España ocupa la octava posición en lo que se refiere a la tasa de profesionales de la enfermería en ejercicio por cada 1.000 habitantes (5,9), con Alemania en la primera posición (11,1) y Rumanía en la última (0,7).

Profesionales de la enfermería en el Sistema Nacional de Salud

El SNS cuenta con 192.879 profesionales de la enfermería trabajando en labores asistenciales de los cuales, 37.537 (19,5%) trabajan en atención primaria, 150.269 (77,9%) en hospitales, y 3.067 (1,6%) en los Servicios de urgencias y emergencias 112/061. Además, se contabilizan 2.006 especialistas en formación postgrado (1,0%). La tasa global para el conjunto del SNS es de 4,1 profesionales de la enfermería por cada 1.000 habitantes.

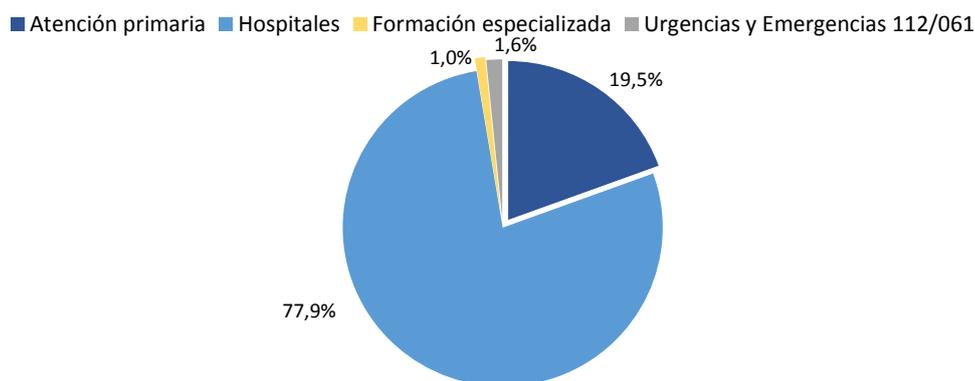
⁸⁴ Eurostat. Health Database, 2018. Nótese la baja comparabilidad de los datos de enfermería entre los distintos países europeos por las diferencias existentes en la categorización de la profesión y en el recuento de dichos profesionales:

El número de enfermeras que prestan servicios a los pacientes ("enfermeras en ejercicio"), incluye en algunos países también a las que trabajan como gerentes, educadores o investigadores.

En países donde hay diferentes niveles de enfermeras, los datos incluyen tanto enfermeras "profesionales" (incluidas enfermeras generales y especializadas) como enfermeras "profesionales asociadas" que tienen un nivel más bajo de cualificación pero que, no obstante, están reconocidas y registradas como enfermeras en su país.

Países como España, Italia o Polonia, no reportan información sobre profesionales asociados ya que no disponen de esa categoría profesional.

Gráfico 5-93 Profesionales de la enfermería en labores asistenciales en el Sistema Nacional de Salud. España, 2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), Estadística de los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061 y Subdirección General de Ordenación Profesional.

Profesionales de la enfermería en equipos de atención primaria del Sistema Nacional de Salud

De los 37.357 profesionales de la enfermería que ejercen labores asistenciales en atención primaria del SNS, 30.499 trabajan en los Equipos de Atención Primaria (EAP) y 7.038 tienen un destino asistencial diferente al EAP, entre los que se incluyen 1.713 matronas y 4.915 enfermeras contratadas específicamente para la atención de los servicios de urgencias en centros o servicios específicos de urgencias tipo SUAP (o término equivalente), en Centros de Salud con horario de urgencias (PAC o término equivalente), o realicen urgencias solo a domicilio (se excluyen los profesionales asistenciales de EAP que cubren la atención urgente fuera de su horario habitual, mediante la modalidad de guardia).

Tabla 5-18 Número de profesionales de la enfermería trabajando en atención primaria del Sistema Nacional de Salud, total, y distribución por destino asistencial. España, 2018

Número	Equipo de Atención Primaria	Matronas	Urgencias	Equipo de soporte domiciliario	Salud Mental
37.357	30.499	1.713	4.915	262	148

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

En los EAP del SNS trabajan 30.499 profesionales de la enfermería, que se corresponden con una tasa de 0,7 profesionales por cada 1.000 habitantes.

Tabla 5-19 Número y tasa por 1.000 habitantes de profesionales de la enfermería en Equipos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud por comunidad autónoma. España, 2018

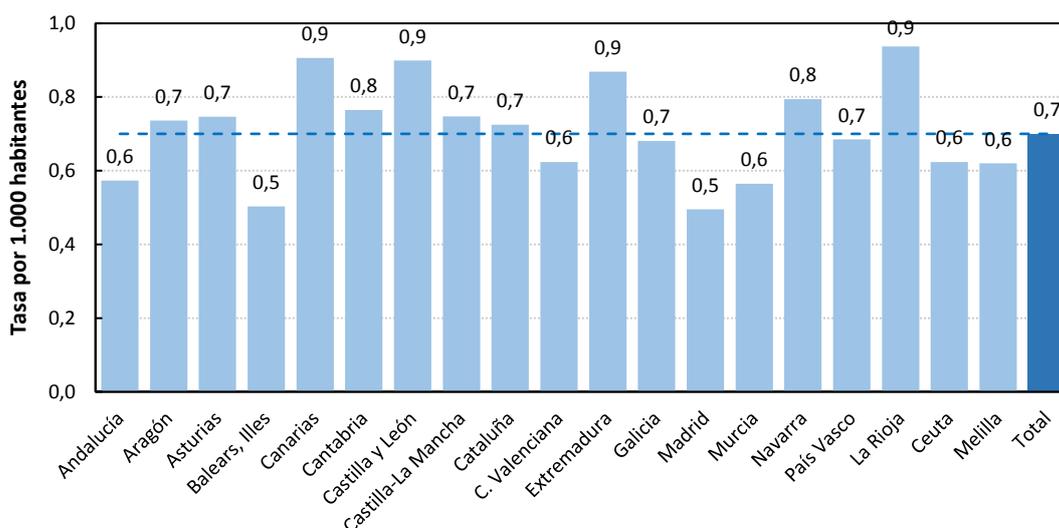
	Profesionales de la enfermería	Tasa por 1.000 habitantes
Andalucía	4.726	0,6
Aragón	961	0,7
Asturias, Principado de	761	0,7
Baleares, Illes	568	0,5
Canarias	1.836	0,9
Cantabria	432	0,8
Castilla y León	2.106	0,9
Castilla-La Mancha	1.456	0,7
Cataluña	5.398	0,7
Comunitat Valenciana	2.969	0,6
Extremadura	904	0,9
Galicia	1.809	0,7
Madrid, Comunidad de	3.319	0,5
Murcia, Región de	817	0,6
Navarra, Comunidad Foral de	507	0,8
País Vasco	1.558	0,7
Rioja, La	290	0,9
Ceuta	39	0,6
Melilla	43	0,6
Total	30.499	0,7

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

El 78,7% de los profesionales de enfermería empleados en los EAP son mujeres.

Andalucía, Baleares, Valencia, Madrid, Murcia, Ceuta y Melilla cuentan con una tasa de profesionales de la enfermería por debajo de la media nacional de 0,7 efectivos por 1.000 habitantes.

Gráfico 5-94 Tasa de profesionales de la enfermería en labores asistenciales en Equipos de Atención Primaria por 1.000 habitantes, según comunidad autónoma. España, 2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Profesionales de la enfermería en hospitales del Sistema Nacional de Salud

Los hospitales del SNS cuentan con un total de 150.269 profesionales de la enfermería y, por consiguiente, con una tasa de 3,2 enfermeras por 1.000 habitantes.

Tabla 5-20 Número y tasa por 1.000 habitantes de profesionales de la enfermería de atención especializada en labores asistenciales en los hospitales del Sistema Nacional de Salud por comunidad autónoma. España, 2018

	Profesionales de la enfermería	Tasa por 1.000 habitantes
Andalucía	22.448	2,7
Aragón	5.930	4,5
Asturias, Principado de	4.093	4,0
Balears, Illes	3.935	3,3
Canarias	6.816	3,1
Cantabria	2.070	3,6
Castilla y León	8.224	3,4
Castilla-La Mancha	6.733	3,3
Cataluña	24.295	3,2
Comunitat Valenciana	13.571	2,7
Extremadura	3.645	3,4
Galicia	8.891	3,3
Madrid, Comunidad de	21.096	3,2
Murcia, Región de	4.172	2,8
Navarra, Comunidad Foral de	2.398	3,7
País Vasco	10.409	4,8
Rioja, La	1.028	3,3
Ceuta	252	3,0
Melilla	263	3,1
Total	150.269	3,2

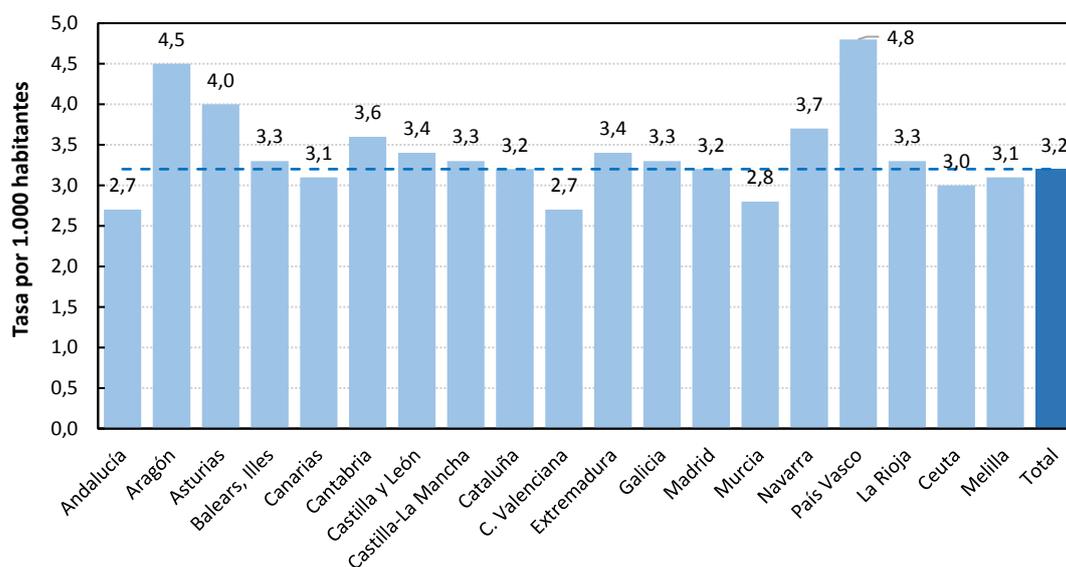
Observaciones: Incluye matronas y otras enfermeras especialistas. Los datos se refieren a enfermeras vinculadas. No incluye enfermeras en formación especializada.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

El 86,2% de los profesionales de la enfermería en labores asistenciales en hospitales del SNS son mujeres.

Los hospitales del SNS disponen de 3,2 profesionales de la enfermería por cada 1.000 habitantes. La tasa de Andalucía, Canarias, Comunidad Valenciana, Murcia, Ceuta y Melilla está por debajo de este valor.

Gráfico 5-95 Tasa de profesionales de la enfermería en labores asistenciales en hospitales del Sistema Nacional de Salud por 1.000 habitantes, según comunidad autónoma. España, 2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

Profesionales de la enfermería en los Servicios de urgencias y emergencias 112/061 del Sistema Nacional de Salud

En los Servicios de urgencias y emergencias 112/061 trabajan 3.067 profesionales de la enfermería de los que el 56,2% son mujeres. De cada 10 profesionales, más de 9 trabajan en los dispositivos asistenciales.

Tabla 5-21 Número de profesionales de la enfermería en los Servicios de urgencias y emergencias 112/061 según ubicación por comunidad autónoma. España, 2018

	Centro coordinador	Dispositivos asistenciales	Total
Andalucía	3	629	632
Aragón	7	97	104
Asturias, Principado de	0	37	37
Balears, Illes	4	94	98
Canarias	5	161	166
Cantabria	3	20	23
Castilla y León	10	195	205
Castilla-La Mancha	10	174	184
Cataluña	53	373	426
Comunitat Valenciana	8	248	256
Extremadura	5	95	100
Galicia	11	70	81
Madrid, Comunidad de	33	207	240
Murcia, Región de	6	317	323
Navarra, Comunidad Foral de	0	33	33
País Vasco	24	108	132
Rioja, La	0	17	17
Ceuta y Melilla	0	10	10
Total	182	2.885	3.067

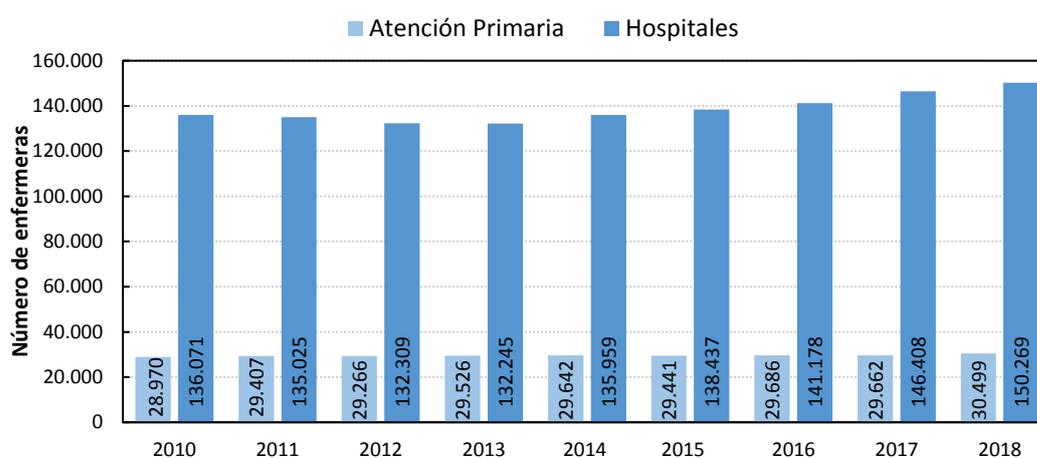
Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Estadística de los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061 del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Evolución del número de profesionales de la enfermería en labores asistenciales en el Sistema Nacional de Salud

El número de profesionales de la enfermería ejerciendo labores asistenciales en EAP creció un 5,3% durante los años 2010-2018 (1.529 profesionales), si bien su tasa se ha mantenido en 0,7 por 1.000 habitantes durante todo el período de tiempo.

En cuanto al número de profesionales de la enfermería que trabajan en los hospitales del SNS, ha crecido un 10,4% (14.198 profesionales) durante los años 2010-2018. La tasa de profesionales de enfermería por 1.000 habitantes ha pasado de 2,9 a 3,2 durante el mismo período de tiempo.

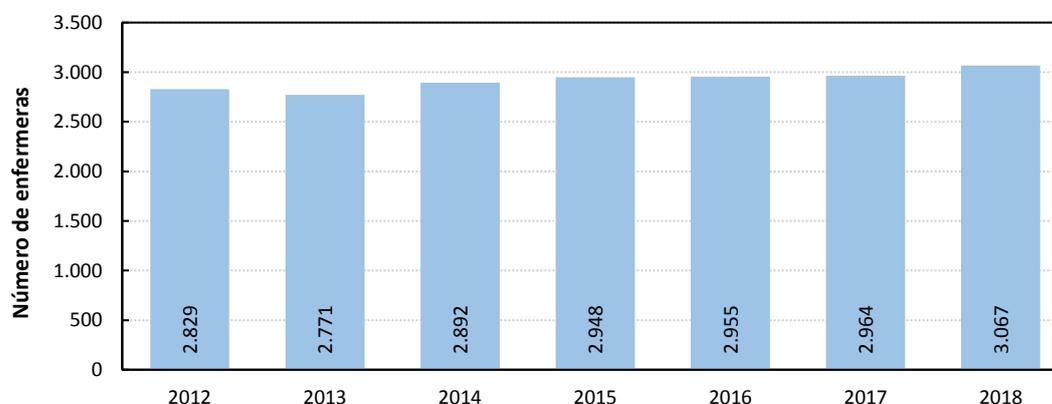
Gráfico 5-96 Evolución del número de profesionales de la enfermería en labores asistenciales en equipos de atención primaria y hospitales del Sistema Nacional de Salud. España, 2010-2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) y del Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

El número de profesionales de enfermería en los Servicios de urgencias y emergencias 112/061 se ha incrementado un 8,4% durante el período 2012-2018 (238 profesionales). La tasa de profesionales de enfermería por 1.000 habitantes se ha mantenido prácticamente constante durante todo el período (0,06 enfermeras por 1.000 habitantes durante los años 2012-2017, y 0,07 enfermeras por 1.000 habitantes en 2018).

Gráfico 5-97 Evolución del número de profesionales de la enfermería en labores asistenciales en los Servicios de urgencias y emergencias 112/061 del Sistema Nacional de Salud. España, 2010-2018



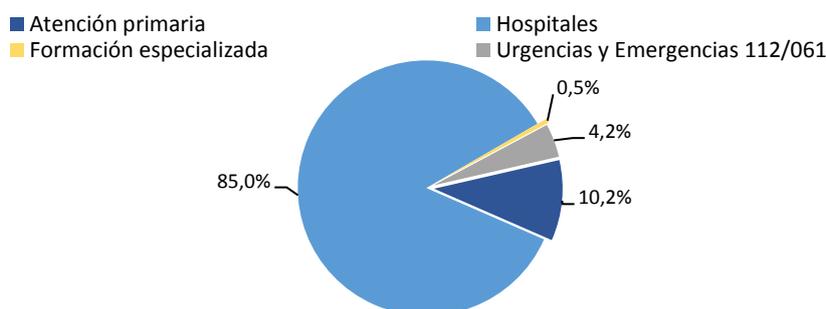
Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Estadística de los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061 del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Las tasas de profesionales de enfermería por 1.000 habitantes se han mantenido prácticamente constantes durante todo el período 2012-2018 en EAP y en los Servicios de Urgencias y emergencias 112/061, si bien ha aumentado ligeramente en los hospitales del SNS.

5.5.3.3 Otros profesionales

El SNS dispone de otros 317.578 profesionales, además de médicos y enfermeras, y de ellos, el 85,0% se ubican en los hospitales y el 10,2% en atención primaria.

Gráfico 5-98 Otros profesionales que trabajan en el Sistema Nacional de Salud. España, 2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), Estadística de los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061 de SIAP y Subdirección General de Ordenación Profesional.

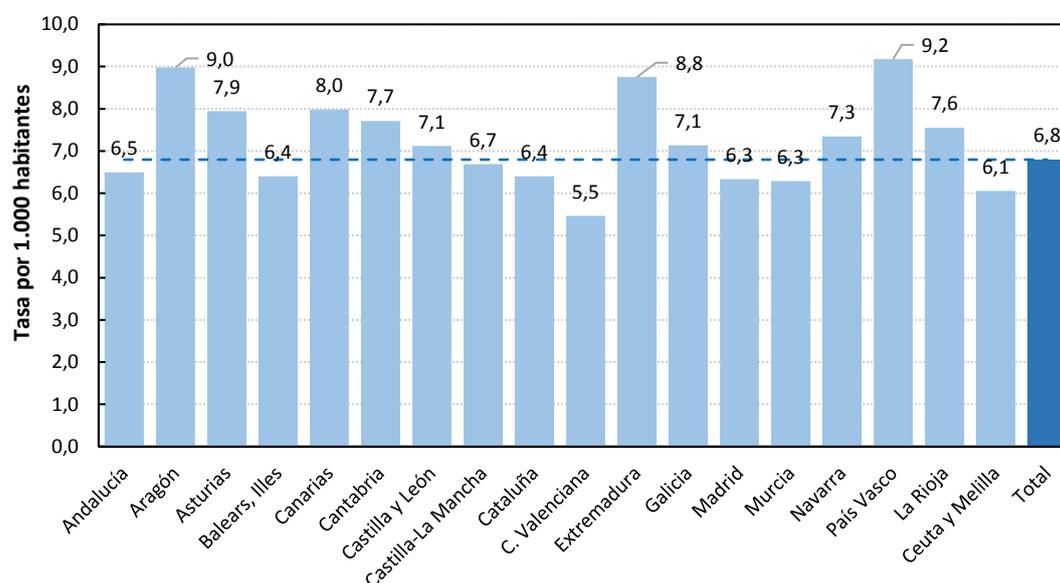
Tabla 5-22 Número de otros profesionales que trabajan en el Sistema Nacional de Salud por comunidad autónoma. España, 2018

	Total	Atención primaria	Hospitales	Urgencias y emergencias 112/061	Formación especializada
Andalucía	54.594	6.984	45.160	2.200	250
Aragón	11.816	728	10.461	575	52
Asturias, Principado de	8.133	672	7.305	100	56
Balears, Illes	7.526	612	6.538	343	33
Canarias	17.469	2.249	14.280	881	59
Cantabria	4.481	537	3.645	273	26
Castilla y León	17.155	1.391	14.537	1.158	69
Castilla-La Mancha	13.577	1.094	11.537	869	77
Cataluña	48.095	4.633	41.682	1.534	246
Comunitat Valenciana	27.055	4.859	21.215	784	197
Extremadura	9.338	778	7.606	925	29
Galicia	19.262	1.713	16.403	1.066	80
Madrid, Comunidad de	41.705	3.446	36.677	1.191	391
Murcia, Región de	9.306	910	8.001	335	60
Navarra, Comunidad Foral de	4.745	346	4.114	232	53
País Vasco	19.933	1.162	17.934	792	45
Rioja, La	2.361	217	1.969	163	12
Ceuta y Melilla	1.027	87	897	43	0
Total	317.578	32.418	269.961	13.464	1.735

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), Estadística de los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061 de SIAP y Subdirección General de Ordenación Profesional.

A nivel nacional, la tasa global de otros profesionales que trabajan en el SNS es de 6,8 por cada 1.000 habitantes.

Gráfico 5-99 Tasa de otros profesionales que trabajan en el Sistema Nacional de Salud por 1.000 habitantes, según comunidad autónoma. España, 2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Estadística de los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061 de SIAP. Subdirección General de Ordenación Profesional.

En atención primaria, el grupo de otros profesionales incluye tanto a personal sanitario como no sanitario. En el primer grupo se incluye a los odontólogos/estomatólogos, psicólogos, fisioterapeutas, logopedas, técnicos de radiodiagnóstico, terapeutas ocupacionales, higienistas dentales y auxiliares de enfermería.

El grupo de personal no sanitario engloba a los auxiliares administrativos, trabajadores sociales, celadores, telefonistas y funciones tipo *call-center*, personal polivalente o denominaciones similares, u otros. Está excluido el personal de limpieza, mantenimiento y seguridad u otros puestos específicos monográficos que no impliquen actividad de tipo administrativo o asimilada.

Tabla 5-23 Número de otros profesionales sanitarios trabajando en atención primaria del Sistema Nacional de Salud, total, y distribución por tipo de profesional. España, 2018

Número	Odontólogo/estomatólogo	Psicólogo	Fisioterapeuta	Logopeda	Técnico Radiodiagnóstico	Terapeuta ocupacional	Higienista dental	Auxiliar enfermería
8.363	984	319	1.553	14	359	32	655	4.447

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Tabla 5-24 Número de otros profesionales no sanitarios trabajando en atención primaria del Sistema Nacional de Salud, total, y distribución por tipo de profesional. España, 2018

Número	Auxiliares administrativos	Trabajador social	Otro personal no sanitario
24.055	16.194	1.188	6.673

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

En los hospitales, el grupo de otros profesionales está constituido por los farmacéuticos que prestan servicios en las unidades de farmacia, otros titulados superiores con función sanitaria (psicólogos, físicos, químicos, biólogos), personal sanitario no facultativo (fisioterapeutas,

terapeutas ocupacionales, logopedas, técnicos sanitarios y otros) y personal no sanitario (en dirección y gestión, trabajadores sociales, personal de oficio, auxiliares administrativos, celadores y otros).

Tabla 5-25 Número de otros profesionales que trabajan en hospitales del Sistema Nacional de Salud, total, y distribución por tipo de profesional. España, 2018

Número	Farmacéuticos	Otros titulados superiores	Personal sanitario no facultativo	Personal no sanitario
269.961	2.084	2.458	144.072	121.347

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

Tabla 5-26 Número de personal sanitario no facultativo que trabaja en hospitales del Sistema Nacional de Salud, total, y distribución por tipo de profesional. España, 2018

Número	Fisioterapeutas	Logopedas	Técnicos sanitarios	Terapeutas	Otros sanitarios
144.072	5.839	356	135.395	1.074	1.408

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

En los Servicios de urgencias y emergencias 112/061, el grupo de otros profesionales incluye a los técnicos de emergencias sanitarias (TES) / conductores y al personal no sanitario que gestiona las demandas de servicio (teleoperadores, locutores y auxiliares administrativos).

Tabla 5-27 Número de otros profesionales que trabajan en Servicios de urgencias y emergencias 112/061, total y distribución por tipo de profesional. España, 2018

Número	Técnicos de Emergencias Sanitarias (TES) / Conductores	Teleoperadores, locutores, y auxiliares administrativos
13.464	12.367	1.097

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Estadística de los Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061 del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

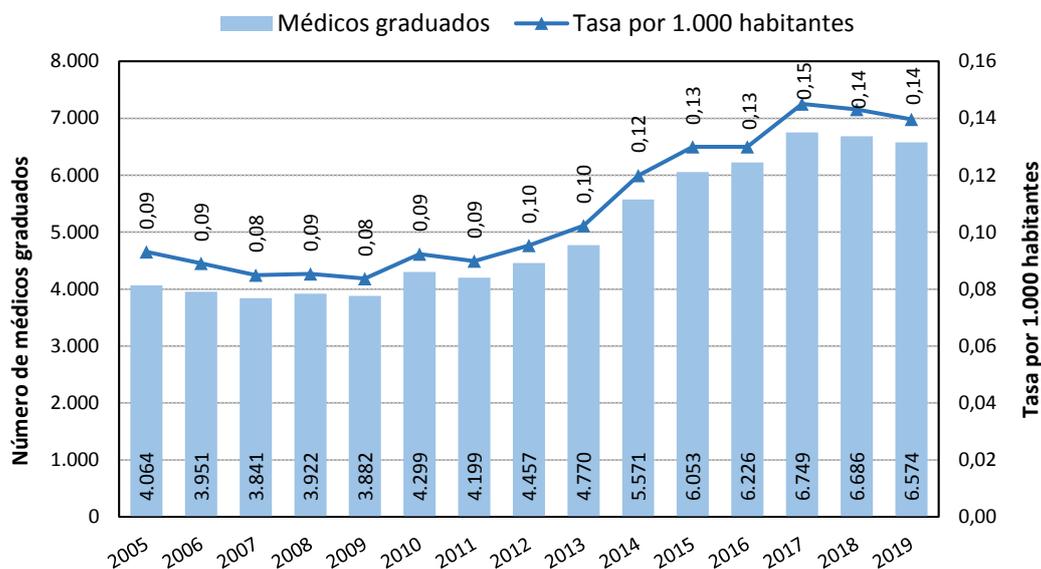
5.5.3.4 Estudiantes de medicina y enfermería egresados

Durante el curso 2018-2019 se graduaron en medicina 6.574 efectivos (2.265 hombres y 4.309 mujeres), manteniéndose la proporción de 2 mujeres por cada hombre, así como la tasa de 0,14 graduados por cada 1.000 habitantes.

De acuerdo con los datos disponibles en Eurostat⁸⁵, la tasa de estudiantes de medicina egresados en la UE en 2018 fue de 0,14 graduados por cada 1.000 habitantes, igual que la española.

⁸⁵ Eurostat. Health Database, 2018.

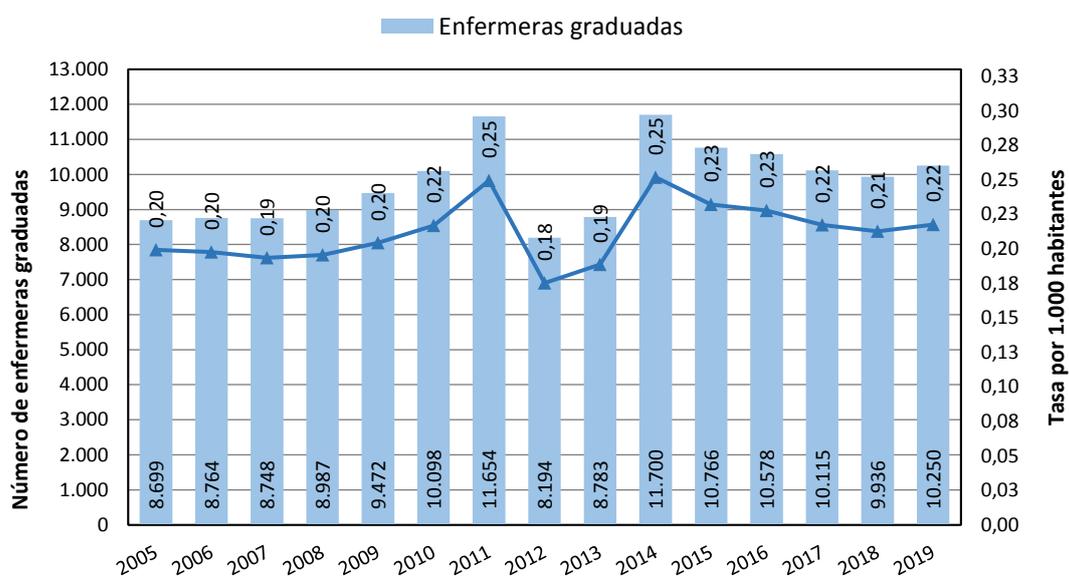
Gráfico 5-100 Evolución del número de estudiantes de medicina egresados y tasa por cada 1.000 habitantes. España, 2005-2019



Fuente de datos: Ministerio de Educación y Formación Profesional. Estadística de Estudiantes Universitarios del Sistema Integral de Información Universitaria.

El número de graduados en enfermería durante el curso 2018-2019 fue de 10.250 profesionales (1.874 hombres y 8.376 mujeres), con una proporción de 4,5 mujeres por hombre, lo que supone un incremento de medio punto con respecto a años anteriores. La tasa de nuevas graduaciones en enfermería es de 0,22 por cada 1.000 habitantes, manteniéndose la tendencia de los últimos años.

Gráfico 5-101 Evolución del número de estudiantes de enfermería egresados y tasa por cada 1.000 habitantes. España, 2005-2019



Fuente de datos: Ministerio de Educación y Formación Profesional. Estadística de Estudiantes Universitarios del Sistema Integral de Información Universitaria.

De los 19 Estados Miembros de la UE que presentan datos de graduados de enfermería en Eurostat⁸⁶, España ocupa la decimoquinta posición en lo que se refiere a la tasa de graduaciones por cada 1.000 habitantes (0,21), con Dinamarca a la cabeza (0,45) y Rumanía en última posición (0,06).

5.5.3.5 Formación sanitaria especializada

Acceso a la Formación Sanitaria Especializada

La oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada (FSE) de la Convocatoria 2018/19⁸⁷ alcanza un total de 8.402 plazas, un 4,5% más que en la convocatoria previa.

En 2019, el SNS cuenta con 30.604 especialistas en formación de 55 especialidades en Ciencias de la Salud (un 4,4% más que en 2018), en alguna de las 3.468 unidades docentes acreditadas. El 26,3% (7.010 residentes) de los especialistas en formación de la titulación de Medicina se están formando en Medicina Familiar y Comunitaria, que es la especialidad que cuenta con más residentes en formación, seguida de Pediatría y sus Áreas Específicas (1.678) y de Medicina Interna (1.532). El número de residentes por cada 100.000 habitantes es de 65,1, destacando la Comunidad Autónoma de Madrid y la Comunidad Foral de Navarra con 88,9 y 88,5, respectivamente.

En 2019 han finalizado la formación sanitaria especializada 7.009 nuevos especialistas (14,9 por cada 100.000 habitantes), un 1,8% más que en 2018. De ellos, 5.629 corresponden a nuevos médicos especialistas. La comunidad autónoma con mayor número de egresados es la Comunidad de Madrid, con 1.399 (21 por cada 100.000 habitantes), seguida de Cataluña 1.083 (14,1) y Andalucía con 1.075 (12,8).

Más información disponible en el informe monográfico dedicado a recursos humanos del SNS, de próxima publicación en:

<https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/portada/home.htm>

5.5.3.6 Reconocimiento de las cualificaciones de las profesiones sanitarias, estancias formativas de profesionales sanitarios extranjeros en centros del Sistema Nacional de Salud y formación continuada de los profesionales sanitarios

Se reconocen 1.228 títulos de profesionales sanitarios (títulos básicos y de especialistas) procedentes de otros países de la Unión Europea (un 19,9% más que en 2018), y se emiten 36 credenciales de reconocimiento de títulos de especialista obtenidos en terceros países.

Se autorizan 1.907 estancias formativas en centros sanitarios de todo el SNS para profesionales sanitarios procedentes de 46 países.

⁸⁶ Eurostat. Health Database, 2018.

⁸⁷ Orden SCB/947/2018, de 7 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2018 para el acceso en el año 2019, 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/2018/09/14/pdfs/BOE-A-2018-12537.pdf>

Durante 2018 se ha acreditado el 92,62% de las 54.083 actividades presentadas para su valoración como formación continuada por el Sistema de Acreditación. Más de 5 de cada 10 de las actividades acreditadas corresponden a graduados.

Más información disponible en el informe monográfico dedicado a recursos humanos del SNS, de próxima publicación en:
<https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/portada/home.htm>

El número de plazas de Formación Sanitaria Especializada (FSE), de la convocatoria 2018/19 se ha incrementado un 4,5% con respecto a la anterior convocatoria.

5.5.4 Gasto



Este apartado recoge la información disponible sobre el gasto sanitario total, público y privado, la distribución del gasto sanitario público gestionado por las comunidades autónomas y los datos de consumo de la prestación farmacéutica a través de recetas médicas del SNS en oficinas de farmacia. En la mayoría de los casos, los datos recopilados corresponden a la información disponible y difundida por los diferentes sistemas de información más recientes y a las series históricas consolidadas correspondientes al quinquenio 2014-2018.

De acuerdo con los datos ofrecidos por el Sistema de Cuentas de Salud (SCS)⁸⁸, el gasto total del sistema sanitario español, entendido como la suma de los recursos asistenciales públicos y privados, ascendió en el año 2018 a 109.855 millones de euros (77.404 millones financiados por el sector público y 32.451 millones financiados por el sector privado).

Durante el período 2014-2018, el gasto sanitario total se ha incrementado un 15,6% (14.866 millones de euros en términos absolutos). El gasto sanitario público ha crecido un 16% (10.650 millones de euros), mientras que el gasto sanitario privado se ha incrementado un 14,9% (4.216 millones de euros).

En 2018, el gasto sanitario total representaba un 9,1% del Producto Interior Bruto (PIB); un 6,4% está financiado con recursos públicos y un 2,7% con recursos privados.

En relación a la población, el gasto sanitario total ha pasado de 2.045 euros por habitante en el año 2014 a 2.351 euros por habitante en 2018, lo que supone un incremento anual medio del 3,5% en el quinquenio.

⁸⁸ El Sistema de Cuentas de Salud (SCS) es una operación estadística realizada en España por el Ministerio de Sanidad desde 2005 de acuerdo con el manual A System of Health Accounts publicado por la OCDE (en español, Sistema de Cuentas de la Salud. OCDE. Banco Interamericano de Desarrollo. 2002). El SCS descansa en un esquema triaxial a partir del cual se desarrolla la estructura de cuentas y clasificaciones (funciones, proveedores y financiadores), y proporciona un marco uniforme de reglas básicas de contabilidad que permite la comparabilidad internacional de las cuentas. Más información disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/finGastoSanit.htm>.

Tabla 5-28 Gasto sanitario total, público y privado. Millones de euros, porcentaje sobre el Producto Interior Bruto y euros por habitante. España, 2014-2018

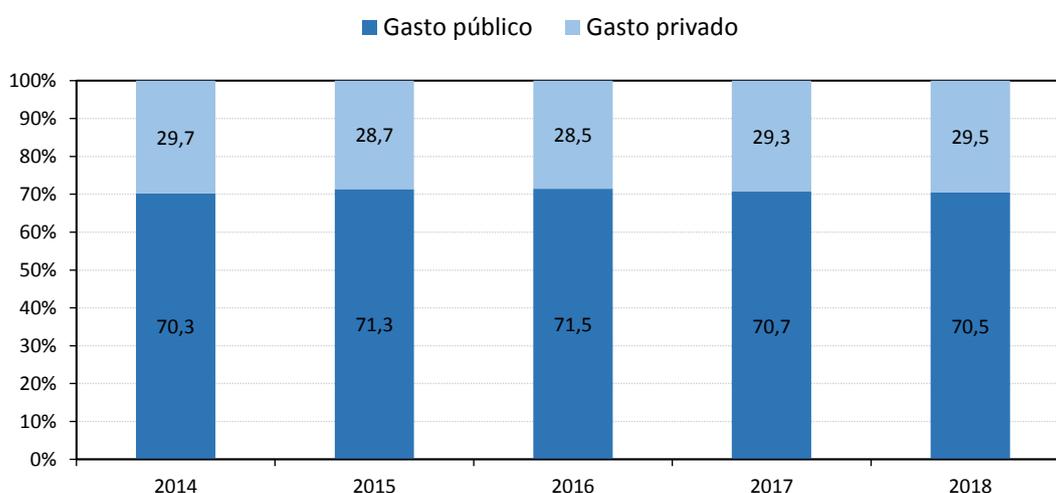
	2014	2015	2016	2017	2018
Millones de euros					
Gasto sanitario total	94.989	99.717	101.082	105.347	109.855
Gasto sanitario público	66.754	71.132	72.257	74.483	77.404
Gasto sanitario privado	28.235	28.585	28.825	30.863	32.451
Porcentaje sobre PIB					
Gasto sanitario total (%)	9,2	9,3	9,1	9,1	9,1
Gasto sanitario público (%)	6,5	6,6	6,5	6,4	6,4
Gasto sanitario privado (%)	2,7	2,7	2,6	2,7	2,7
Euros por habitante					
Gasto sanitario total	2.045	2.149	2.176	2.264	2.351
Gasto sanitario público	1.437	1.533	1.556	1.601	1.656
Gasto sanitario privado	608	616	621	663	694

Observaciones: Las cifras de población corresponden a 1 de julio de cada año (Instituto Nacional Estadística). PIB=Producto Interior Bruto.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Cuentas de Salud (SCS).

En el periodo 2014-2018, la participación del gasto público en el total del gasto sanitario subió 0,2 puntos porcentuales, ya que pasó de un 70,3% en 2014 a un 70,5% en 2018.

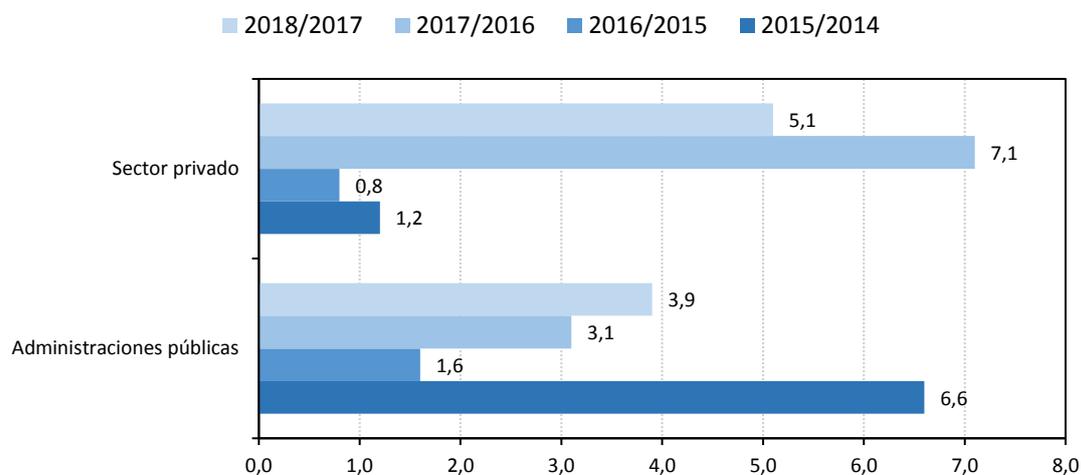
Gráfico 5-102 Gasto sanitario total. Contribución porcentual del gasto público y del gasto privado. España, 2014-2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Cuentas de Salud (SCS).

En el quinquenio 2014-2018, la media anual de crecimiento del gasto sanitario total es de un 3,7%. El gasto sanitario público presenta una tasa de crecimiento del 3,8%, mientras que el gasto privado crece de media un 3,5% anual, si bien en ambos casos se observan marcadas diferencias interanuales. En el último año, el gasto sanitario público se incrementó un 3,9% y el gasto sanitario privado, un 5,1%.

Gráfico 5-103 Gasto sanitario total, público y privado variación interanual, en porcentaje, según agente de financiación. España, 2014-2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Cuentas de Salud (SCS).

Durante el período 2014-2018, el gasto sanitario público se ha incrementado un 16%, con una tasa de crecimiento medio anual en torno al 3,8%. El gasto sanitario público por habitante ha crecido un 15,2%.



De acuerdo con la información presentada por Eurostat⁸⁹, los gastos sanitarios total y público de España son los quintos mayores de la UE, con 108.110 y 76.113 millones de euros respectivamente, frente a los 383.636 y 324.402 millones de euros de gasto total y público de Alemania, que ocupa la primera posición. No obstante, España baja a las posiciones décima y undécima en lo que respecta al porcentaje de gasto sanitario total y público sobre el PIB (9% y 6,3%, respectivamente, frente al 11,5% y 9,7% de Alemania). En relación a la población, España ocupa la decimosegunda posición de la UE, con 2.310 y 1.626 euros por habitante de gasto sanitario total y público, frente a los 5.256 a y 4.409 euros por habitante de gasto sanitario total y público de Dinamarca.

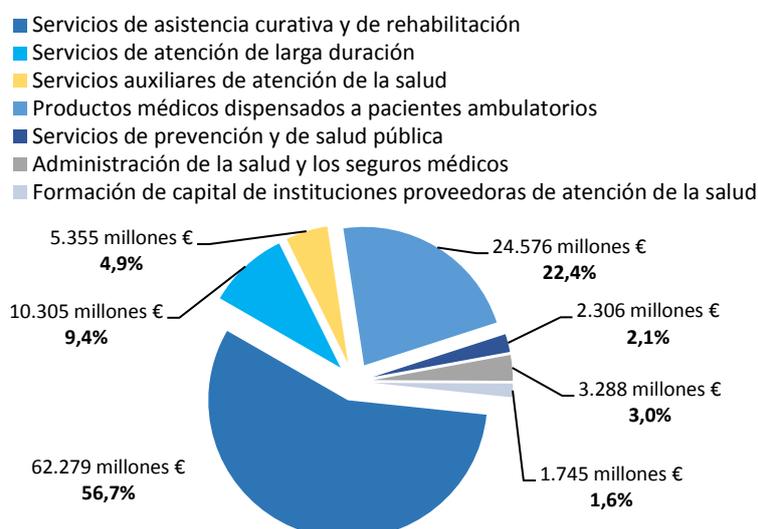
Gasto sanitario según función de atención de la salud

Al desagregar el gasto sanitario total según la función de atención de la salud, se observa que el gasto en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación en el año 2018 alcanza 62.279

⁸⁹ Eurostat. Health Database, 2018. A diferencia de en la Tabla 5-28, los datos se presentan en gasto corriente (sin inversiones) y conforme al Sistema de Cuentas de Salud para aumentar la comparabilidad entre países.

millones de euros (47.042 millones de euros de gasto público y 15.237 millones de euros de gasto privado), y supone el 56,7% del gasto sanitario total. Le siguen el gasto en productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios, con un 22,4% del gasto sanitario total, el gasto en servicios de atención de larga duración, con un 9,4%, y el gasto en servicios auxiliares de atención de la salud, que supuso un 4,9% del gasto sanitario total.

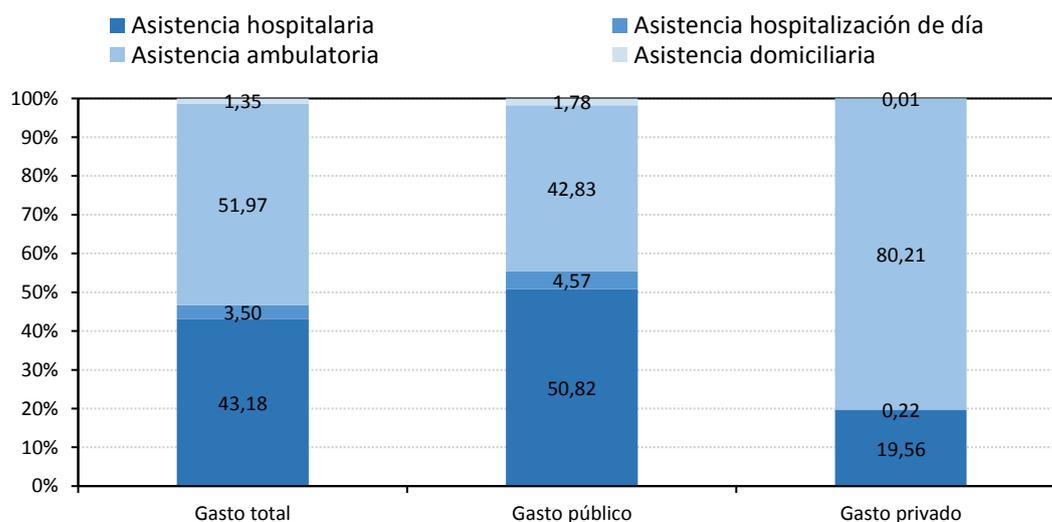
Gráfico 5-104 Gasto sanitario total según función de atención de la salud. Distribución porcentual y millones de euros. España, 2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Cuentas de Salud (SCS).

El gasto ha aumentado en todas las funciones de atención de la salud con respecto al año previo. Las principales subidas se produjeron en el gasto en formación de capital de las instituciones proveedoras de atención de la salud con un incremento del 20,6%, en servicios de prevención y de salud pública (5,6%), en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación (4,4%) y en servicios de atención de larga duración (3,9%).

Gráfico 5-105 Gasto sanitario total, público y privado en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación. Distribución porcentual según modo de producción de la asistencia. España, 2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Cuentas de Salud (SCS).

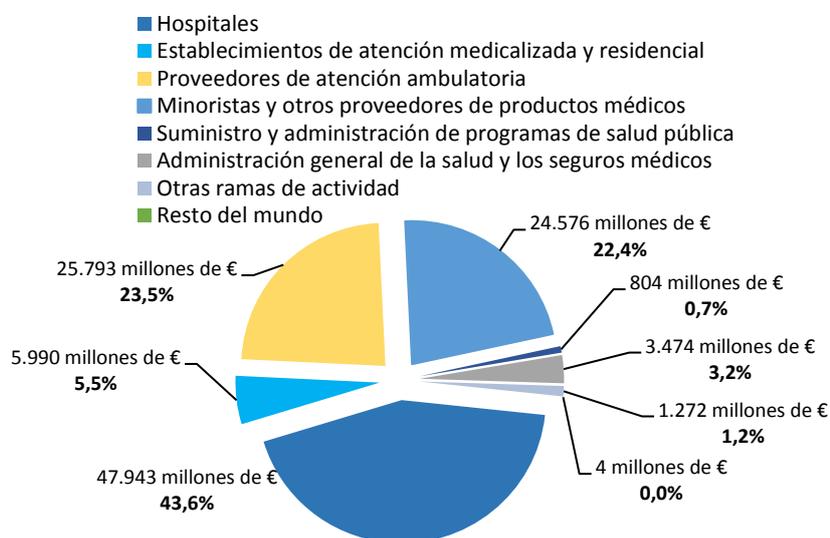
En lo referente al gasto en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación, tres cuartas partes se financiaron con recursos públicos (47.042 millones de euros), de las cuales, la asistencia hospitalaria absorbió el 50,8% (23.909 millones de euros). La asistencia ambulatoria supuso el 80,2% del gasto privado (12.222 millones de euros).

En lo que respecta al gasto en productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios, se financiaron con recursos privados el 30,5% (5.051 millones de euros) del gasto en medicamentos y otros productos médicos percederos, y el 97,4% (7.815 millones de euros) del gasto en dispositivos terapéuticos y otros productos sanitarios no percederos.

Gasto sanitario según proveedor de atención sanitaria

Al desagregar el gasto sanitario total según el proveedor de atención sanitaria, el gasto de los hospitales ha supuesto el mayor porcentaje (43,6%) lo que supone 47.943 millones de euros (43.102 millones de euros gasto público y 4.841 millones de euros gasto privado). El gasto de los proveedores de atención ambulatoria se sitúa en un 23,5%, el de los minoristas y otros proveedores de productos médicos en un 22,4%, y el de los establecimientos de atención medicalizada y residencial en un 5,5%.

Gráfico 5-106 Gasto sanitario total según proveedor. Distribución porcentual y millones de euros. España, 2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Cuentas de Salud (SCS).

En 2018 se incrementó el gasto de todos los proveedores de atención de la salud. Las principales subidas se produjeron en los proveedores de atención ambulatoria (un 5,5%), en los hospitales (un 4,2%), en la administración general de la salud y los seguros médicos (un 3,7%) y en los minoristas y otros proveedores de productos médicos (un 3,6%).

Los hospitales generales generaron el 93,1% del gasto total de los hospitales (44.614 millones de euros), frente al 5,1% (2.445 millones de euros) originado por los hospitales de especialidades y el 1,8% (884 millones de euros) generado por los hospitales de salud mental y tratamiento de toxicomanías.

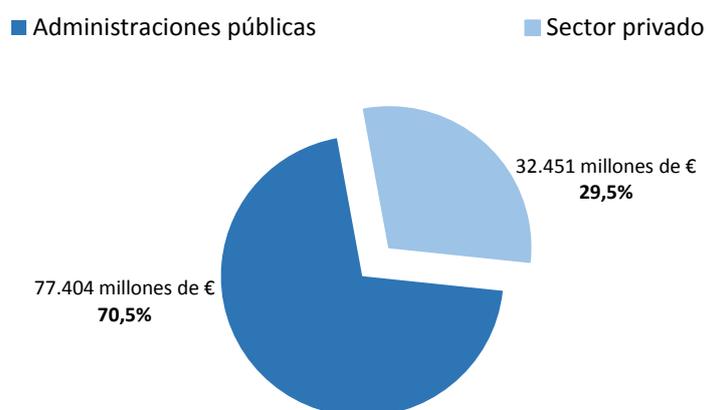
En cuanto al gasto de los proveedores de atención ambulatoria⁹⁰, el 55,4% se sufragó con recursos públicos (14.298 millones de euros). Los centros de atención ambulatoria absorbieron el 64% (9.158 millones de euros) del gasto de los proveedores de atención ambulatoria financiados por las administraciones públicas. Los consultorios médicos supusieron el 53,6% (6.160 millones de euros) del gasto de los costeados por el sector privado, y los consultorios odontológicos el 31,4% (3.611 millones de euros).

Gasto sanitario según agente de financiación

El gasto sanitario de las administraciones públicas se cifró en 77.404 millones de euros, contribuyendo al 70,5% del gasto sanitario total, mientras que el sector privado contribuyó al 29,5% restante (32.451 millones de euros). Las administraciones regionales, con una participación del 92,0% (71.225 millones de euros) son el agente que soportó una mayor carga en la financiación sanitaria pública. Por su parte, las administraciones de la seguridad social (que en este esquema de clasificación están conformadas por las mutuas colaboradoras de la Seguridad Social y las mutualidades de funcionarios) contribuyeron al 5,9% del gasto sanitario público. La administración central participó con un 1,2%.

Desde 2013, año en que finalizó la tendencia bajista que experimentó el gasto sanitario público durante la última crisis económica en España, el gasto de las administraciones públicas aumentó un 16,4%, pasando de 66.481 millones de euros en 2013 a 77.404 millones de euros en 2018.

Gráfico 5-107 Gasto sanitario total según agente de financiación. Distribución porcentual y millones de euros. España, 2018

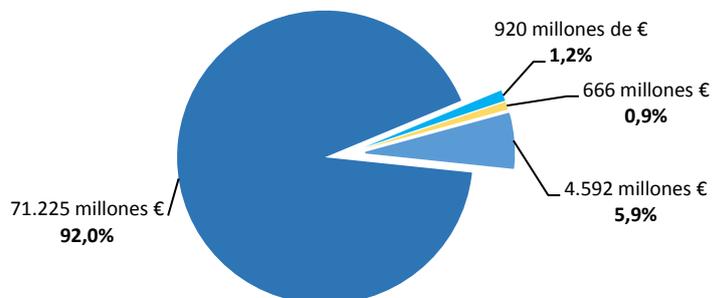


Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Cuentas de Salud (SCS).

⁹⁰ Según modo de producción, los proveedores de atención ambulatoria se clasifican en: consultorios médicos, consultorios odontológicos, consultorios de otros profesionales sanitarios, centros de atención ambulatoria, laboratorios médicos y de diagnóstico, proveedores de atención domiciliaria y otros proveedores de atención ambulatoria.

Gráfico 5-108 Gasto sanitario de las administraciones públicas según agente de financiación. Distribución porcentual y millones de euros. España, 2018

■ Administraciones regionales ■ Administración central
 ■ Administraciones locales ■ Administraciones de seguridad social



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Cuentas de Salud (SCS).

Los pagos directos de los hogares soportaron el mayor peso en la financiación sanitaria privada, con una participación del 73,8% (23.962 millones de euros). En valores absolutos, el gasto privado creció de media un 3,5% anualmente durante el período 2014-2018.

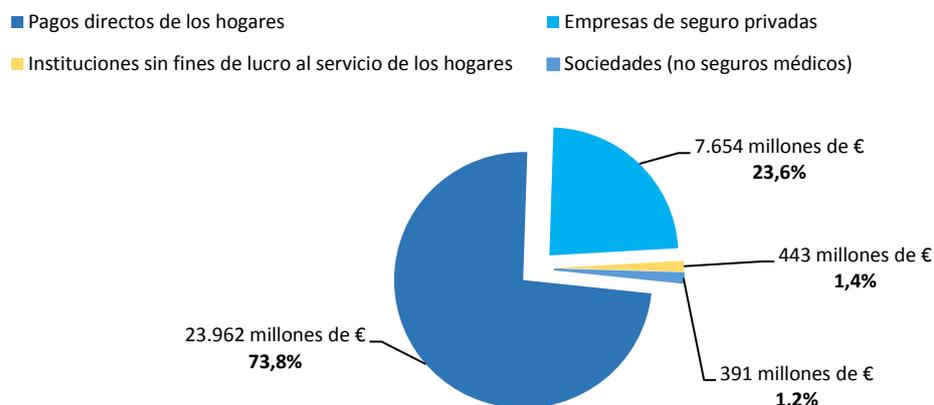


La estructura porcentual del gasto directo de los hogares (incluyendo copagos) indica que el 53,3% se destinó a productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios, un 39,6% a servicios de asistencia curativa y de rehabilitación, un 7,0% a servicios de atención de larga duración y 0,2% a servicios auxiliares de atención a la salud⁹¹.

El 37,6% del gasto en asistencia curativa y rehabilitadora se dedicó a asistencia odontológica. El gasto en productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios se reparte entre un 39,5% para la compra de medicamentos y otros productos médicos perecederos y un 60,5% para la adquisición de dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no perecederos como pueden ser las gafas, las lentes de contacto o los audífonos.

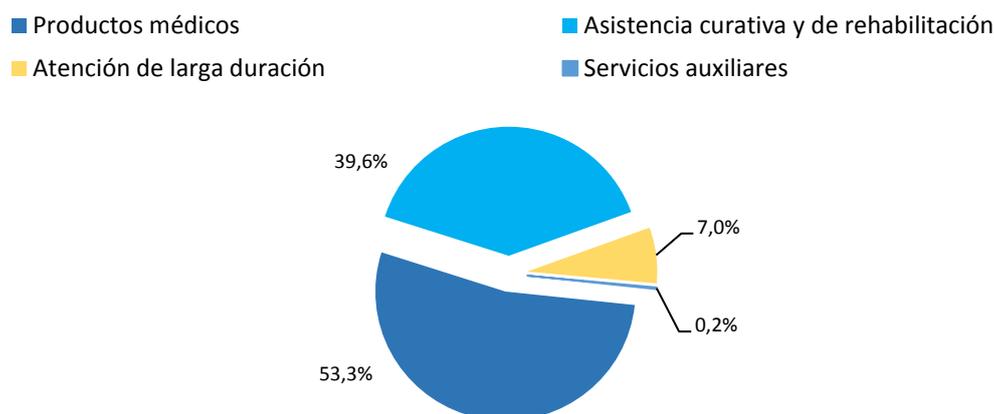
⁹¹ La suma de porcentajes dedicados al gasto directo de los hogares es superior al 100% debido al redondeo utilizado.

Gráfico 5-109 Gasto sanitario privado según agente de financiación. Distribución porcentual y millones de euros. España, 2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Cuentas de Salud (SCS).

Gráfico 5-110 Gasto sanitario directo de los hogares según función de atención de la salud. Distribución porcentual. España, 2018



Observaciones: La suma de porcentajes es superior al 100% debido al redondeo.

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Cuentas de Salud (SCS).

5.5.4.1 Gasto sanitario público gestionado por las comunidades autónomas

De acuerdo con la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP)⁹², el gasto sanitario público consolidado del sector Comunidades Autónomas en el año 2018 ascendió a 65.911 millones de euros lo que supone un peso del 92,6% del total del gasto público. En relación al PIB

⁹² La Estadística del Gasto Sanitario Público (EGSP) es una operación estadística incluida en el Plan Estadístico Nacional con la denominación de Cuentas Satélites del Gasto Sanitario Público, realizada en España desde 1988 por el Ministerio de Sanidad en colaboración con las comunidades autónomas y otros organismos implicados en la gestión del gasto sanitario público. La EGSP permite efectuar el seguimiento del gasto sanitario del SNS. Más información disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/finGastoSanit.htm>.

representa el 5,5% con un gasto medio *per cápita* de 1.416 euros. Es importante tener en cuenta que un 7,4% del gasto sanitario público de España no se recoge territorializado.

Tabla 5-29 Gasto sanitario público consolidado según clasificación sectorial. Millones de euros. España, 2014-2018

	2014	2015	2016	2017	2018
Administración Central	620	627	623	667	630
Sistema de Seguridad Social	1.475	1.532	1.581	1.612	1.680
Mutualidades de Funcionarios	2.096	2.144	2.173	2.102	2.258
Comunidades Autónomas	57.099	60.745	61.643	63.540	65.911
Corporaciones Locales	656	688	672	677	666
Gasto total consolidado	61.946	65.736	66.691	68.598	71.145

Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

Tabla 5-30 Gasto sanitario público consolidado según comunidad autónoma. Millones de euros, porcentaje sobre el PIB y euros por habitante. Sector de gasto comunidades autónomas. España, 2018

	Millones de euros	Porcentaje sobre el PIB	Euros por habitante
Andalucía	10.184	6,3	1.212
Aragón	2.107	5,7	1.601
Asturias, Principado de	1.717	7,4	1.676
Balears, Illes	1.655	5,1	1.407
Canarias	3.062	6,7	1.399
Cantabria	896	6,5	1.543
Castilla y León	3.802	6,6	1.577
Castilla-La Mancha	2.919	7,1	1.438
Cataluña	10.765	4,7	1.432
Comunitat Valenciana	7.000	6,3	1.415
Extremadura	1.735	8,7	1.626
Galicia	4.025	6,4	1.491
Madrid, Comunidad de	8.389	3,6	1.274
Murcia, Región de	2.317	7,4	1.567
Navarra, Comunidad Foral de	1.067	5,3	1.651
País Vasco	3.809	5,3	1.753
Rioja, La	462	5,4	1.477
Total sector de gasto	65.911	5,5	1.416

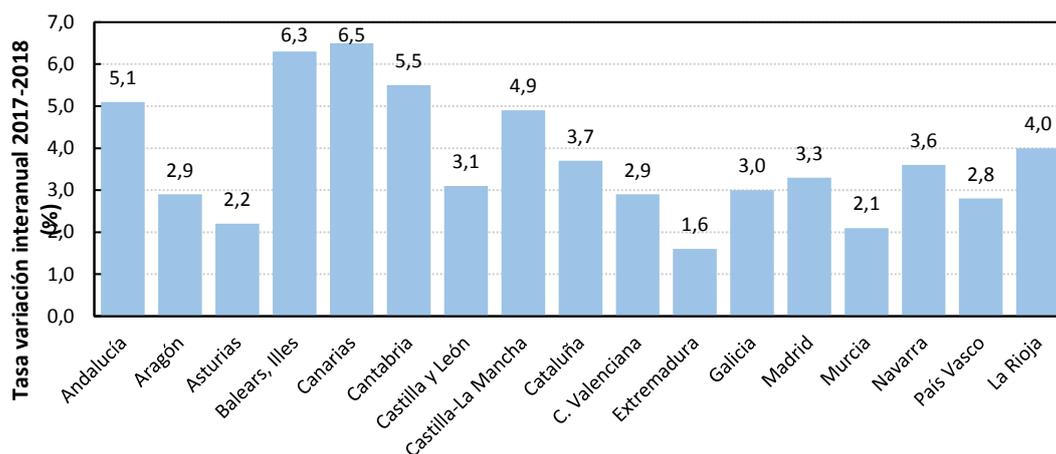
Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

El acercamiento a 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, asimismo, 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 (como ocurre entre países) 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. En este sentido, Extremadura (con un 8,7%), Murcia (con un 7,4%) y Asturias (con un 7,4%) son las comunidades que presentaron en el año 2018 un porcentaje del gasto sanitario sobre el PIB más elevado. La Comunidad de Madrid (con un 3,6%), Cataluña (con un 4,7%) y Baleares (con un 5,1%) se situaron en el extremo opuesto.

Respecto al año anterior, las comunidades que más incrementaron su gasto fueron Canarias (6,5%), Baleares (6,3%) y Cantabria (5,5%). Las comunidades que menos incrementaron su gasto fueron Extremadura (1,6%), Murcia (2,1%) y Asturias (2,2%).

Gráfico 5-111 Gasto sanitario público consolidado según comunidad autónoma. Tasa de variación interanual (porcentaje). Sector de gasto Comunidades Autónomas. España, 2017-2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

Además de la clasificación sectorial, la EGSP establece unos criterios de clasificación económica de los gastos basados en los conceptos presupuestarios, y unos criterios de clasificación funcional basados en la Clasificación de las Funciones de las Administraciones Públicas.

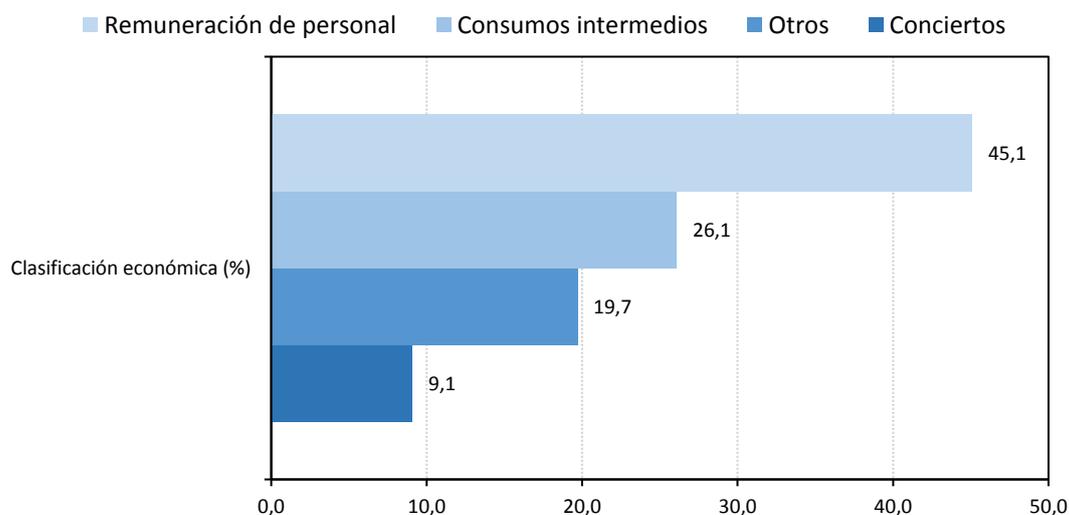
Desde la óptica de la clasificación económica, el componente del gasto sanitario de las comunidades autónomas con mayor peso es la remuneración del personal. En el año 2018, el gasto en retribución de asalariados alcanzó la cifra global de 29.756 millones de euros en el sector Comunidades Autónomas, lo que representa el 45,1% del gasto consolidado del sector, y experimentó un incremento de un 3,8% respecto al año anterior.



Desde la óptica funcional, el gasto en servicios hospitalarios y especializados es el de mayor peso del sector Comunidades Autónomas, cifrándose en 41.395 millones de euros, y representando el 62,8% del gasto consolidado del sector en 2018. Este concepto de gasto ha experimentado un incremento de un 3,1% respecto al año anterior.

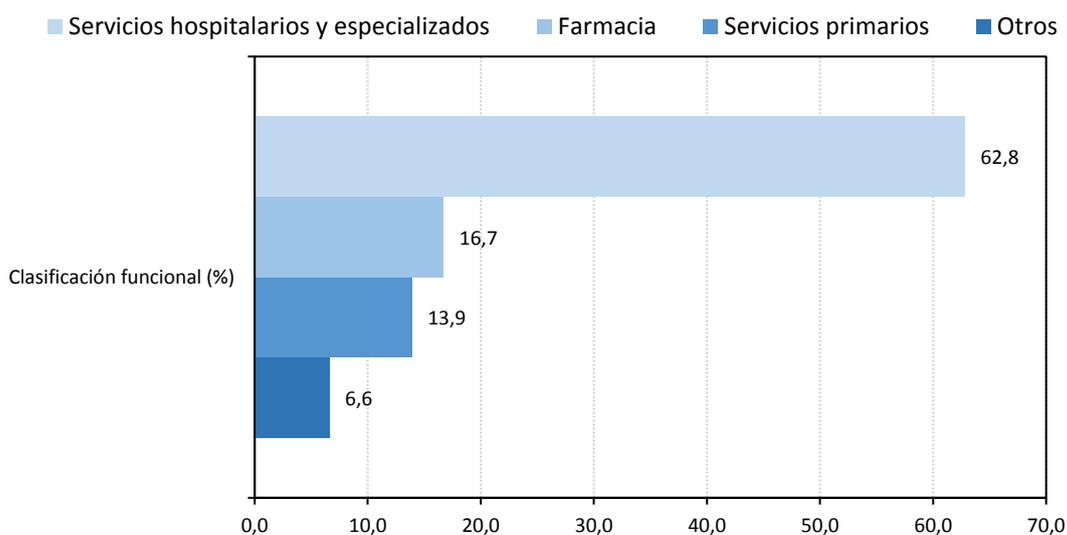


Gráfico 5-112 Gasto sanitario público gestionado por las comunidades autónomas, estructura en porcentaje según los principales elementos de la clasificación económica. España, 2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

Gráfico 5-113 Gasto sanitario público gestionado por las comunidades autónomas, estructura en porcentaje según los principales elementos de la clasificación funcional. España, 2018

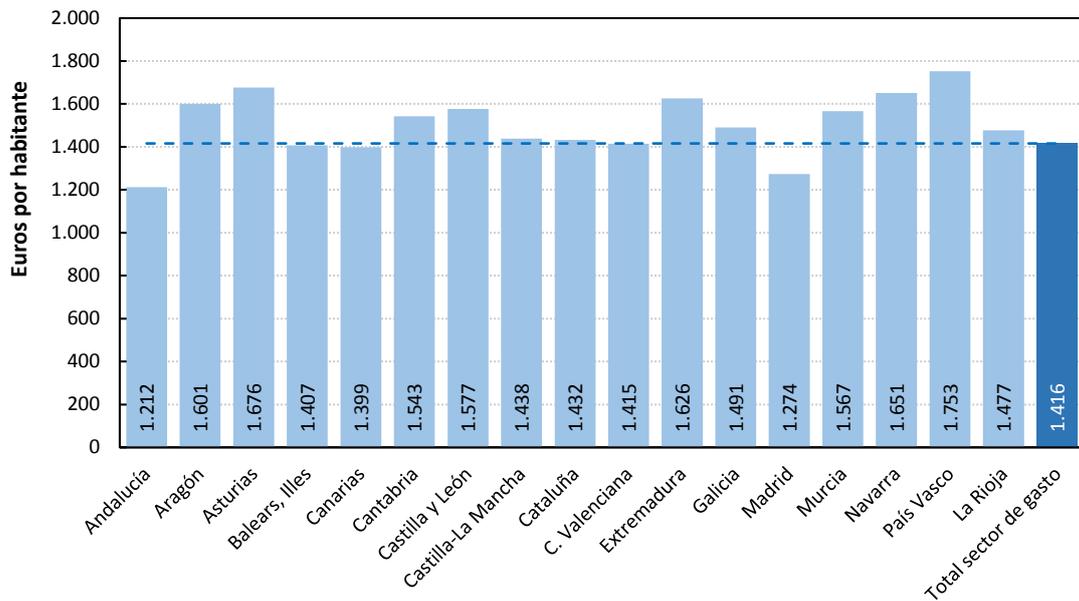


Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

Gasto sanitario público gestionado por las comunidades autónomas por habitante

El gasto sanitario público gestionado por el sector Comunidades Autónomas por habitante ascendió a 1.416 euros en el año 2018. Las comunidades autónomas con mayor gasto sanitario público por habitante fueron el País Vasco (1.753 euros por habitante), Asturias (1.676 euros por habitante) y Navarra (1.651 euros por habitante). Las comunidades con menor gasto sanitario público fueron Andalucía (1.212 euros por habitante), Madrid (1.274 euros por habitante) y Canarias (1.399 euros por habitante).

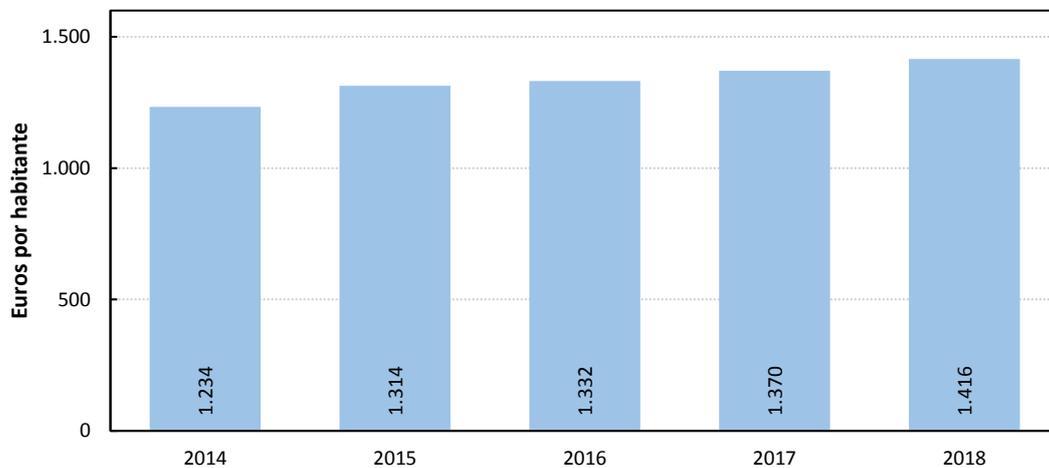
Gráfico 5-114 Gasto sanitario público por habitante según comunidad autónoma. Euros por habitante. Sector de gasto Comunidades Autónomas. España, 2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

Durante el quinquenio 2014-2018, el gasto sanitario público por habitante protegido del sector Comunidades Autónomas ha pasado de 1.234 a 1.416 euros, lo que supone un incremento del 14,7%.

Gráfico 5-115 Evolución del gasto sanitario público por habitante del sector de gasto Comunidades Autónomas. España, 2014-2018

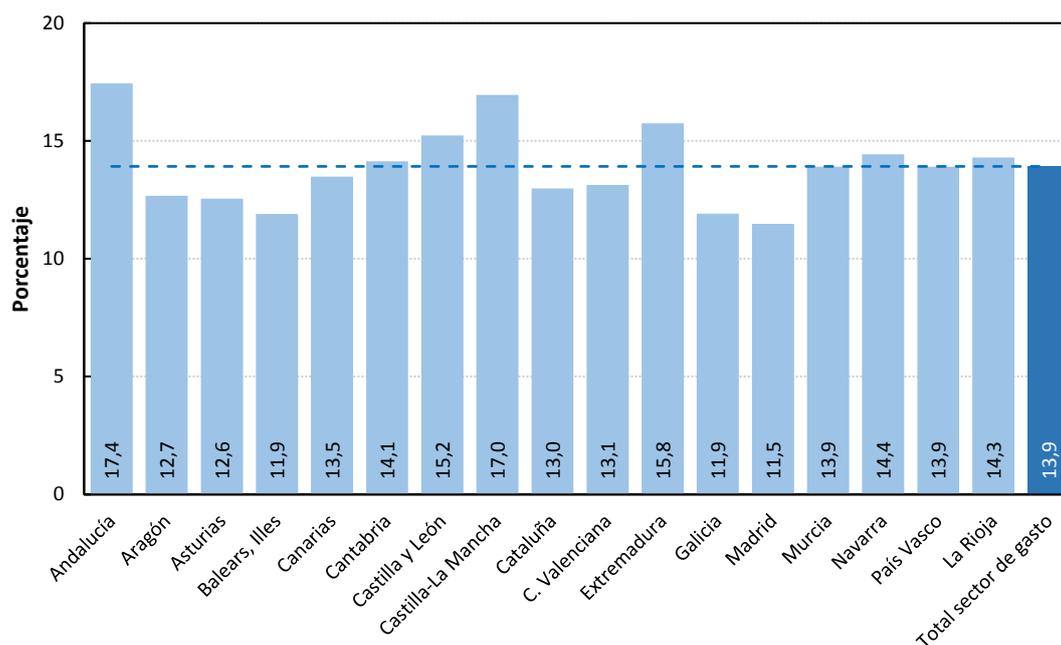


Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

Gasto sanitario público gestionado por las comunidades autónomas en servicios primarios de salud

En el sector Comunidades Autónomas el gasto en servicios primarios⁹³ de salud se cifró en 9.176 millones de euros, lo que representa el 13,9% del gasto consolidado del sector, y experimentó un incremento de un 7,2% respecto al año anterior. La contribución del gasto en atención primaria de salud al total del gasto sanitario público consolidado de la comunidad autónoma osciló entre el 11,5% de la Comunidad de Madrid y el 17,4% de Andalucía.

Gráfico 5-116 Gasto sanitario público gestionado por las comunidades autónomas en servicios primarios de salud (porcentaje). Sector de gasto Comunidades Autónomas. España, 2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

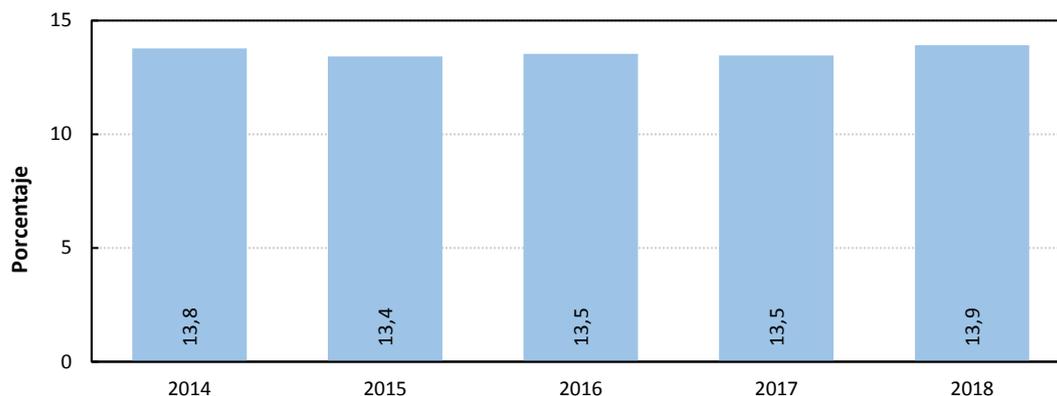
La contribución del gasto en servicios primarios al total del gasto sanitario público del sector Comunidades Autónomas creció 0,1 puntos porcentuales entre los años 2014 y 2018.

⁹³ Servicios primarios de salud: Recoge la actividad asistencial realizada por médicos de familia, pediatras, enfermeras y demás personal sanitario y no sanitario encaminada a conseguir el mantenimiento y mejora de la salud en el primer nivel de asistencia sanitaria, tanto en centros de salud como en cualquier tipo de consultorios urbanos o rurales o en los domicilios de los pacientes. En consecuencia, quedan comprendidos los gastos efectuados en:

- Servicios de urgencia o de atención continuada extrahospitalaria, actividades de extracción periférica y transporte de muestras clínicas, medios básicos para el diagnóstico y salud bucodental realizados con cargo presupuestario a este nivel asistencial.
- Actividades de planificación familiar, salud mental, fisioterapia o rehabilitación, trabajo sociosanitario y actividades preventivas generales o específicas según edad y sexo (vacunaciones, exámenes de salud, información-educación sanitaria) realizadas en atención primaria.
- Administración de tratamientos, curas y cirugía menor.

La función comprende además los gastos de las estructuras de gestión necesarias para el desarrollo de la propia actividad asistencial (equipos de dirección y gestión de las áreas o gerencias de atención primaria y personal administrativo de ellos dependiente, sean propios o contratados externamente). Asimismo, se incluyen los gastos efectuados en actividades propias de Atención Primaria prestada con recursos patrimoniales ajenos a aquella entidad que financia la asistencia (concertos). Tales concertos pueden estar suscritos con profesionales, instituciones o empresas que sean de titularidad pública o privada.

Gráfico 5-117 Evolución del gasto sanitario público en servicios primarios de salud del sector de gasto Comunidades Autónomas (porcentaje). España, 2014-2018

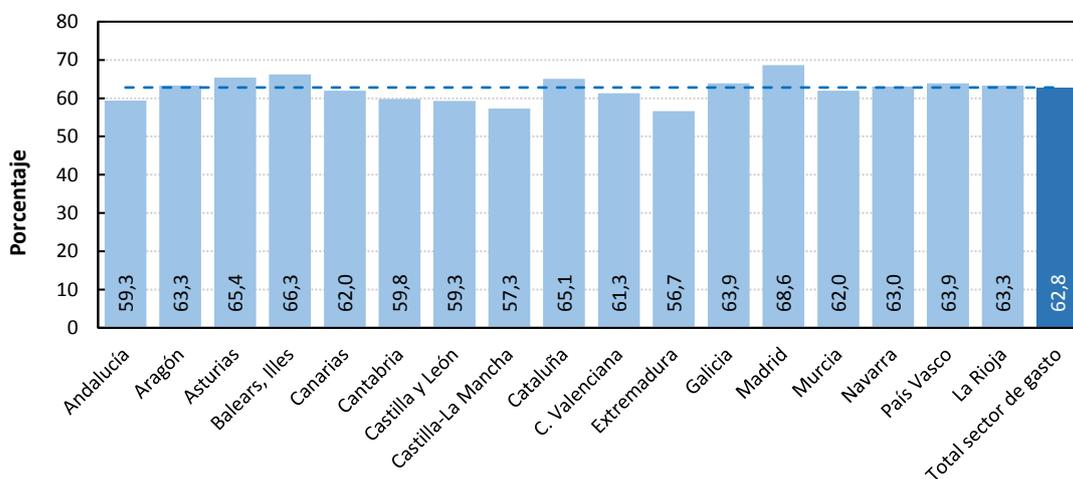


Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

Gasto sanitario público gestionado por las comunidades autónomas en servicios hospitalarios y especializados

En el sector Comunidades Autónomas el gasto en asistencia sanitaria hospitalaria y especializada⁹⁴ se cifró en 41.395 millones de euros, lo que representa el 62,8% del gasto consolidado del sector, y experimentó un incremento de un 3,1% respecto al año anterior. La contribución del gasto en servicios hospitalarios y especializados al total del gasto sanitario público consolidado de la comunidad autónoma osciló entre el 56,7% de Extremadura y el 68,6% de la Comunidad de Madrid.

Gráfico 5-118 Gasto sanitario público gestionado por las comunidades autónomas en servicios hospitalarios y especializados (porcentaje). Sector de gasto Comunidades Autónomas. España, 2018



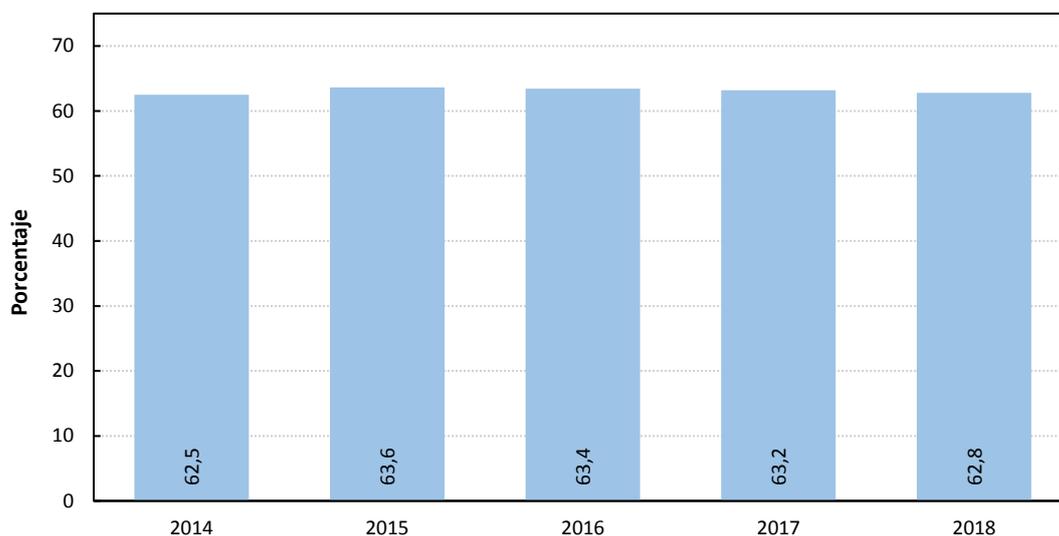
Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

⁹⁴ Servicios hospitalarios: Recoge la asistencia sanitaria prestada por médicos especialistas, enfermería y demás personal sanitario y no sanitario encaminada a conseguir el mantenimiento y mejora de la salud mediante la actividad asistencial que se realiza en hospitales o centros de especialidades. Se incluye tanto la hospitalización como el diagnóstico, tratamiento, cirugía (mayor o menor) sin hospitalización, consultas y urgencias. Incluye además los gastos correspondientes a las estructuras de gestión necesarias para el desarrollo de la actividad (equipos de dirección y gestión de las instituciones y personal administrativo de ellos dependiente, sean propios o contratados externamente).

Servicios especializados: Comprende los servicios de asistencia especializada concertados para la realización de actividades propias de este nivel asistencial con recursos patrimoniales ajenos a aquella entidad que financia la asistencia. Tales conciertos pueden estar suscritos con profesionales, instituciones o empresas que sean de titularidad pública o privada.

La contribución del gasto en servicios hospitalarios y especializados al total del gasto sanitario público del sector Comunidades Autónomas creció 0,3 puntos porcentuales entre los años 2014 y 2018.

Gráfico 5-119 Evolución del gasto sanitario público en servicios hospitalarios y especializados de salud del sector de gasto Comunidades Autónomas (porcentaje). España, 2014-2018



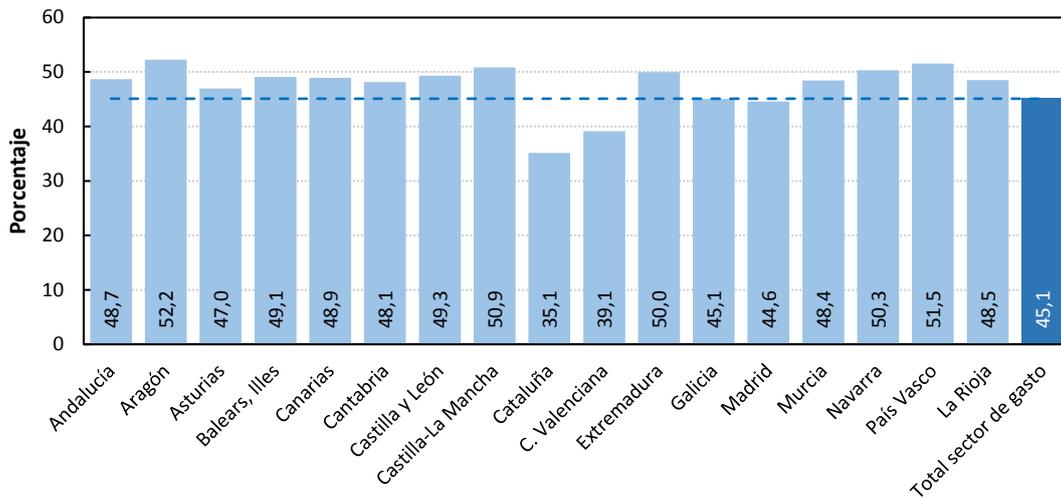
Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

Gasto sanitario público gestionado por las comunidades autónomas en remuneración de personal

En el sector Comunidades Autónomas, el gasto en remuneración de personal⁹⁵ fue de 29.756 millones de euros (45,1% del gasto consolidado del sector), lo que supuso un aumento de un 3,8% respecto al año anterior. El porcentaje del gasto sanitario público dedicado por las comunidades autónomas a la remuneración de su personal osciló entre el 35,1% de Cataluña y el 52,2% de Aragón.

⁹⁵ Remuneración de personal: Incluye las remuneraciones en dinero o especie de todo el personal directivo, funcionario, estatutario, laboral fijo o eventual, así como las percibidas como acción social. Incluye asimismo las cotizaciones a la Seguridad Social a cargo del empleador.

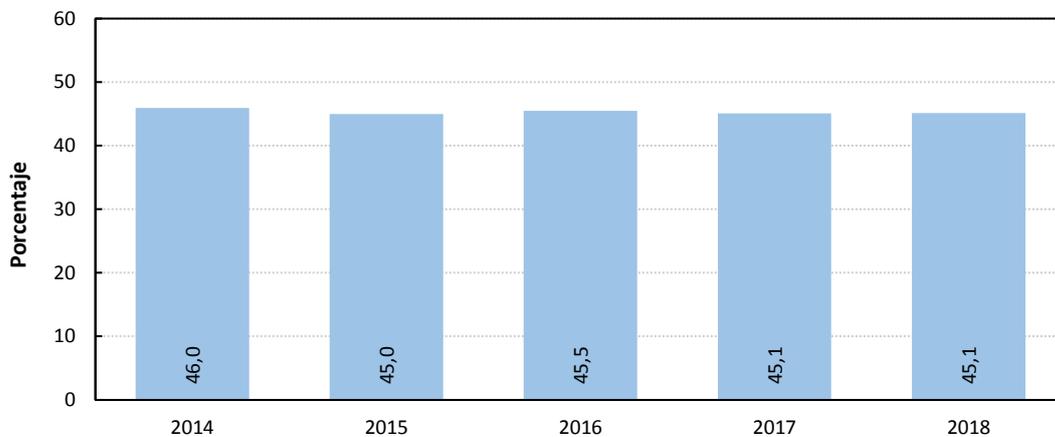
Gráfico 5-120 Gasto sanitario público gestionado por las comunidades autónomas en remuneración de personal (porcentaje). Sector de gasto Comunidades Autónomas. España, 2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

La contribución del gasto en remuneración de personal al total del gasto sanitario público del sector Comunidades Autónomas se redujo 0,9 puntos porcentuales entre los años 2014 y 2018.

Gráfico 5-121 Evolución del gasto sanitario público en remuneración de personal del sector de gasto Comunidades Autónomas (porcentaje). España, 2014-2018



Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

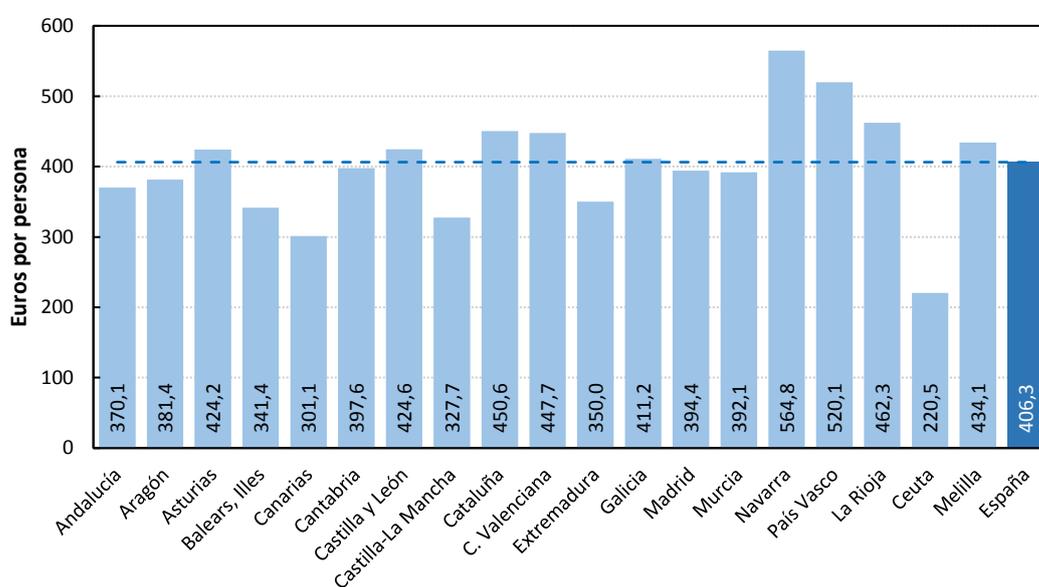
En el sector Comunidades Autónomas el gasto en servicios primarios de salud supuso el 13,9% del gasto consolidado del sector, y el gasto en servicios hospitalarios y especializados, el 62,8%. La remuneración de personal representó el 45,1% del gasto consolidado del sector.

5.5.4.2 Gasto de bolsillo en bienes y servicios sanitarios

A partir de la Encuesta de Presupuestos Familiares⁹⁶ (EPF) del INE, es posible estimar el gasto medio anual de consumo por hogar y por persona en bienes y servicios sanitarios, entre los que se incluyen productos, aparatos y equipos médicos (productos farmacéuticos, gafas graduadas, lentes de contacto, audífonos y otros aparatos y materiales terapéuticos) y servicios médicos, ambulatorios y hospitalarios (servicios médicos, hospitalarios, dentales y servicios médicos auxiliares como pruebas diagnósticas y rehabilitación).

En 2018, el gasto medio anual declarado por persona en bienes y servicios sanitarios en España ascendió a 406,3 euros. Navarra (564,8 euros), País Vasco (520,1 euros) y La Rioja (462,3 euros) fueron las comunidades autónomas con mayor gasto medio anual por persona en bienes y servicios sanitarios, mientras que Ceuta (220,5 euros), Canarias (301,1 euros) y Castilla-La Mancha (327,7 euros) fueron las de menor gasto.

Gráfico 5-122 Gasto medio anual por persona en bienes y servicios sanitarios según comunidad autónoma. España, 2018



Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF).

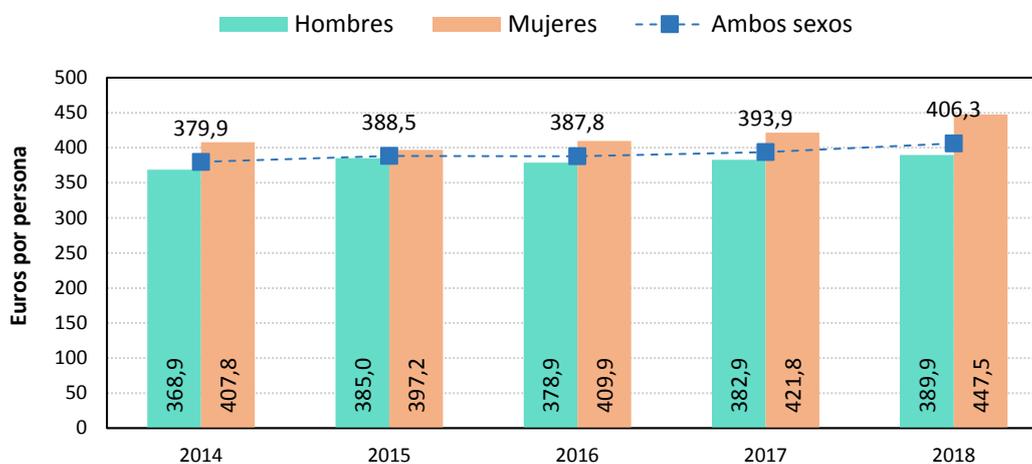
Durante el período 2014-2018, el gasto de bolsillo en bienes y servicios sanitarios se ha incrementado un 6,9%, siendo la tasa de variación interanual entre los años 2017 y 2018 de un 3,1%.

⁹⁶ La Encuesta de presupuestos familiares (EPF) suministra información anual sobre la naturaleza y destino de los gastos de consumo por bienes y servicios en términos monetarios, así como sobre diversas características relativas a las condiciones de vida de los hogares. Recoge el gasto de todos los hogares privados residentes en España y utiliza la clasificación ECOICOP/EPF de bienes y servicios, que cuenta con diferentes niveles de desagregación, desde los 12 grandes grupos de gasto hasta la máxima desagregación a 5 dígitos, siendo el grupo 06 el referido a sanidad. Se trata de una adaptación nacional de la Clasificación de bienes y servicios utilizada en Eurostat para las encuestas de presupuestos (COICOP/HBS). Se puede consultar una descripción detallada en:

https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176806&menu=ultiDatos&idp=1254735976608

Por sexos, el gasto medio anual por persona en bienes y servicios sanitarios ha sido superior en mujeres que en hombres a lo largo de todo el quinquenio, siendo el gasto promedio un 9,4% mayor en mujeres, y llegando al 14,8% en 2018.

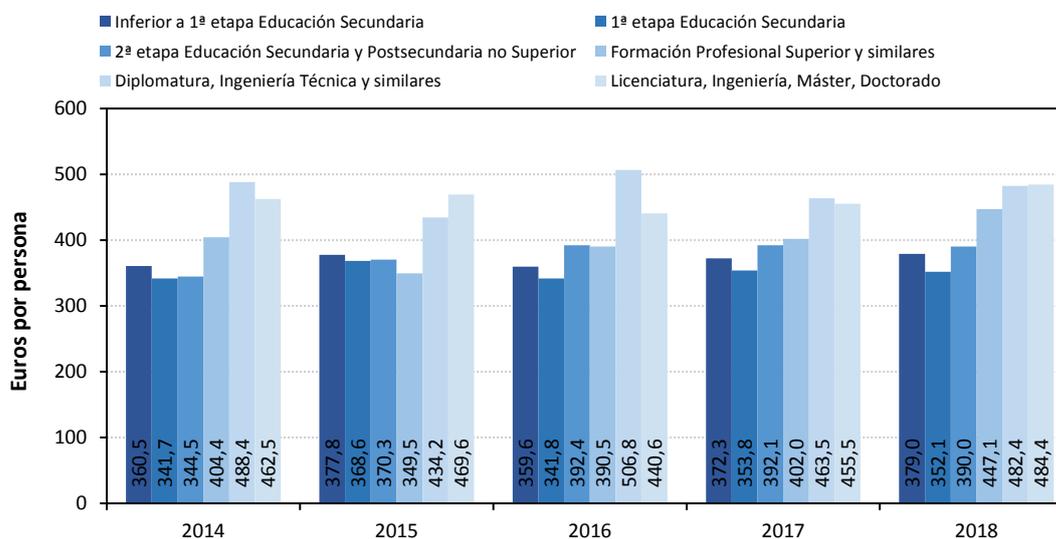
Gráfico 5-123 Evolución del gasto medio anual por persona en bienes y servicios sanitarios según sexo. España, 2014-2018



Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF).

Por nivel de estudios, el gasto de bolsillo en bienes y servicios sanitarios ha sido superior en los niveles superiores de educación a lo largo de todo el período 2014-2018. Así, el gasto de bolsillo de los dos niveles educativos superiores ha supuesto en torno al 38,5% del gasto de bolsillo total del período. Las personas con el más alto nivel de estudios han gastado en torno a un 25% más que las personas con el nivel inferior (92,7 euros de diferencia).

Gráfico 5-124 Gasto medio anual por persona en bienes y servicios sanitarios según nivel de estudios. España, 2014-2018



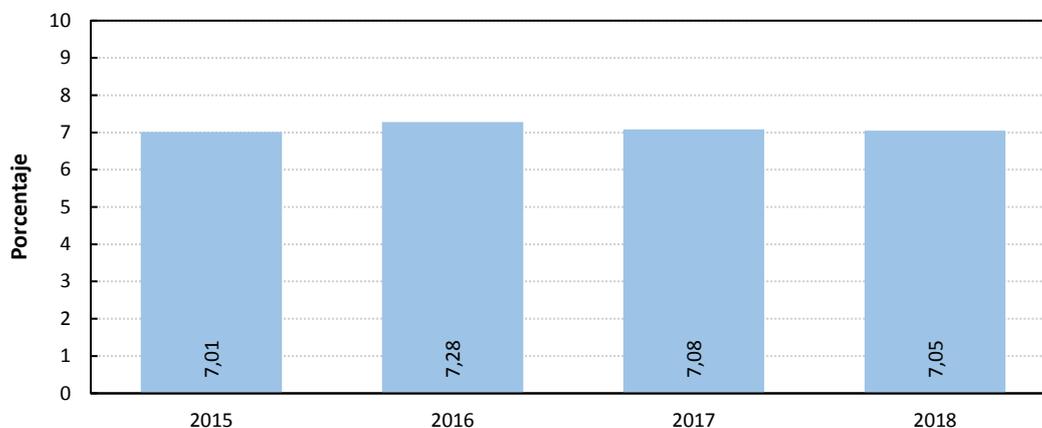
Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF).

La EPF es también la fuente del indicador 3.8.2. de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030⁹⁷, que analiza la proporción de la población con grandes gastos sanitarios por

⁹⁷ La Asamblea General de las Naciones Unidas, en su *Resolución 70/1 Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (septiembre de 2015)*, estableció 17 objetivos y 169 metas que persiguen la igualdad entre las personas, proteger el planeta y asegurar la prosperidad como parte de una nueva agenda de desarrollo sostenible. Actualmente, el marco de indicadores mundiales de la

hogar (superiores al 10%) como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares. En 2018, este porcentaje es de 7,05%, 0,03 puntos porcentuales por debajo del año anterior, aunque se ha incrementado 0,04 puntos porcentuales respecto a 2015.

Gráfico 5-125 Evolución de la proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar (> 10%) como porcentaje del total de gastos de los hogares. España, 2015-2018



Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadística. Indicador 3.8.2. de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, con datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF).

De acuerdo con los datos disponibles en Eurostat⁹⁸, el gasto medio de la UE por hogar en bienes y servicios sanitarios durante 2015 fue de 875 Estándar de Poder Adquisitivo (EPA), mientras que en España ascendió a 1.071 EPA, es decir, un 22,4% superior.

Agenda 2030 está formado por 231 indicadores. El Plan Estadístico Nacional 2017-2020 determina que le corresponde al INE la coordinación general de los servicios de la Administración del Estado o cualesquiera otras entidades dependientes de ella responsables de la elaboración de los Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Más información disponible en:

<https://www.ine.es/dynt3/ODS/es/index.htm>.

⁹⁸ Eurostat. Population and Social Conditions Database, 2018. Datos recogidos a partir de Household Budget Survey (HBS). Los datos de HBS se recogen cada 5 años a partir de las EPF nacionales en cada país participante. El próximo año de referencia será 2020. Para facilitar la comparación internacional, los datos se presentan en EPA (del inglés *Purchasing Power Standard, PPS*), que es una moneda común artificial que iguala el poder adquisitivo de las distintas monedas nacionales.

Índice de Tablas

Tabla 2-1	Cifras de población residente a 1 de enero de 2019 y de 2018, según sexo y comunidad autónoma. España	48
Tabla 2-2	Población protegida por el Sistema Nacional de Salud, según comunidad autónoma. España, 2012-2019	51
Tabla 3-1	Esperanza de vida al nacer según sexo por comunidad autónoma. España, 2018	53
Tabla 3-2	Años de vida saludable a los 65 años (AVS65) según sexo por comunidad autónoma. España, 2018	56
Tabla 3-3	Tasas de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes: situación y evolución. España 2000-2018	87
Tabla 3-4	Número de fallecimientos y tasas de mortalidad. España 2017-2018	88
Tabla 4-1	Evolución del índice de dependencia, según comunidad autónoma. España, 2000-2018	90
Tabla 5-1	Porcentaje de intervenciones de cirugía mayor ambulatoria en hospitales por comunidad autónoma, según pertenencia al SNS. España, 2018	119
Tabla 5-2	Estancia media (días) en hospitales según finalidad asistencial y dependencia. España, 2010 y 2018	120
Tabla 5-3	Situación de la lista de espera quirúrgica del Sistema Nacional de Salud. España, 2019	161
Tabla 5-4	Número de presentaciones de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, independientemente de su comercialización. España, 2018	163
Tabla 5-5	Principios activos incluidos por primera vez en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud independientemente de su comercialización, según la clasificación ATC1 y ATC5. España, 2018	165
Tabla 5-6	Diez primeros subgrupos terapéuticos de mayor consumo en envases, según la clasificación ATC2. España, 2018	168
Tabla 5-7	Diez primeros subgrupos terapéuticos de mayor consumo hospitalario en precio de venta de laboratorio. España, 2018	170

Tabla 5-8	Número de centros de salud y consultorios locales de atención primaria del Sistema Nacional de Salud, ratio de CL/CS y tasa de CS más CL por 100.000 habitantes según comunidad autónoma. España, 2018	184
Tabla 5-9	Hospitales según tamaño (número de camas instaladas) por comunidad autónoma. España, 2018	186
Tabla 5-10	Dotación de las tecnologías médicas según pertenencia al SNS. Número de equipos en funcionamiento, porcentaje sobre el total y tasa por millón de población. España, 2018	190
Tabla 5-11	Distribución de los centros servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, según comunidad autónoma. España, 2019	191
Tabla 5-12	Relación de nuevos centros servicios y unidades de referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud, designados en 2019	192
Tabla 5-13	Número y tasa por 1.000 habitantes de profesionales trabajando en el Sistema Nacional de Salud, total y distribución por nivel de atención. España, 2018	192
Tabla 5-14	Número de profesionales de la medicina trabajando en atención primaria del Sistema Nacional de Salud, total, y distribución por destino asistencial. España, 2018	195
Tabla 5-15	Número de profesionales de la medicina de familia y pediatría en equipos de atención primaria del Sistema Nacional de Salud, total, y tasa por cada 1.000 habitantes por comunidad autónoma. España, 2018	196
Tabla 5-16	Número y tasa por 1.000 habitantes de profesionales de la medicina en labores asistenciales en los hospitales del Sistema Nacional de Salud por comunidad autónoma. España, 2018	197
Tabla 5-17	Número de profesionales de la medicina en los Servicios de urgencias y emergencias 112/061 según ubicación por comunidad autónoma. España, 2018	199
Tabla 5-18	Número de profesionales de la enfermería trabajando en atención primaria del Sistema Nacional de Salud, total, y distribución por destino asistencial. España, 2018	202
Tabla 5-19	Número y tasa por 1.000 habitantes de profesionales de la enfermería en Equipos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud por comunidad autónoma. España, 2018	203
Tabla 5-20	Número y tasa por 1.000 habitantes de profesionales de la enfermería de atención especializada en labores asistenciales en los hospitales del Sistema Nacional de Salud por comunidad autónoma. España, 2018	204

Tabla 5-21	Número de profesionales de la enfermería en los Servicios de urgencias y emergencias 112/061 según ubicación por comunidad autónoma. España, 2018	205
Tabla 5-22	Número de otros profesionales que trabajan en el Sistema Nacional de Salud por comunidad autónoma. España, 2018	207
Tabla 5-23	Número de otros profesionales sanitarios trabajando en atención primaria del Sistema Nacional de Salud, total, y distribución por tipo de profesional. España, 2018	208
Tabla 5-24	Número de otros profesionales no sanitarios trabajando en atención primaria del Sistema Nacional de Salud, total, y distribución por tipo de profesional. España, 2018	208
Tabla 5-25	Número de otros profesionales que trabajan en hospitales del Sistema Nacional de Salud, total, y distribución por tipo de profesional. España, 2018	209
Tabla 5-26	Número de personal sanitario no facultativo que trabaja en hospitales del Sistema Nacional de Salud, total, y distribución por tipo de profesional. España, 2018	209
Tabla 5-27	Número de otros profesionales que trabajan en Servicios de urgencias y emergencias 112/061, total y distribución por tipo de profesional. España, 2018	209
Tabla 5-28	Gasto sanitario total, público y privado. Millones de euros, porcentaje sobre el Producto Interior Bruto y euros por habitante. España, 2014-2018	213
Tabla 5-29	Gasto sanitario público consolidado según clasificación sectorial. Millones de euros. España, 2014-2018	220
Tabla 5-30	Gasto sanitario público consolidado según comunidad autónoma. Millones de euros, porcentaje sobre el PIB y euros por habitante. Sector de gasto comunidades autónomas. España, 2018	220

Índice de Gráficos

Gráfico 2-1	Pirámide de la población, según sexo. España, 2019	49
Gráfico 2-2	Evolución de la población, según sexo. España, 2007-2019	50
Gráfico 2-3	Evolución de la población protegida por el Sistema Nacional de Salud. España, 2007-2019	51
Gráfico 3-1	Esperanza de vida al nacer según sexo y comunidad autónoma. España, 2018	53
Gráfico 3-2	Evolución de la esperanza de vida al nacer, según sexo. España, 2006-2018	54
Gráfico 3-3	Evolución de la esperanza de vida a los 65 años, según sexo. España, 2006-2018	55
Gráfico 3-4	Prevalencia registrada de enfermedad isquémica del corazón por 1.000 habitantes, según sexo y edad y según sexo y renta. España, 2017	61
Gráfico 3-5	Prevalencia registrada ajustada por edad de enfermedad isquémica del corazón por 1.000 habitantes, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017	62
Gráfico 3-6	Tasa ajustada por edad de hospitalización por enfermedad isquémica del corazón por 10.000 habitantes. España, 2017-2018	62
Gráfico 3-7	Tasa ajustada por edad de hospitalización por enfermedad isquémica del corazón por 10.000 habitantes, según sexo. España, 2010-2018	63
Gráfico 3-8	Prevalencia registrada de enfermedad cerebrovascular por 1.000 habitantes, según sexo y edad y según sexo y renta. España, 2017	64
Gráfico 3-9	Prevalencia registrada ajustada por edad de enfermedad cerebrovascular por 1.000 habitantes, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017	64
Gráfico 3-10	Tasa ajustada por edad de hospitalización por enfermedad cerebrovascular por 10.000 habitantes. España, 2017-2018	65
Gráfico 3-11	Tasa ajustada por edad de hospitalización por enfermedad cerebrovascular por 10.000 habitantes, según sexo. España, 2010-2018	65

Gráfico 3-12	Prevalencia registrada de diabetes mellitus por 1.000 habitantes, según sexo y edad y según sexo y renta. España, 2017	66
Gráfico 3-13	Prevalencia registrada ajustada por edad de diabetes mellitus por 1.000 habitantes, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017	67
Gráfico 3-14	Tasa ajustada por edad de hospitalización por diabetes mellitus por 10.000 habitantes. España, 2017-2018	67
Gráfico 3-15	Tasa ajustada por edad de hospitalización por diabetes mellitus por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2010-2018	68
Gráfico 3-16	Prevalencia registrada de hipertensión arterial por 1.000 habitantes, según sexo y edad y según sexo y renta. España, 2017	69
Gráfico 3-17	Prevalencia registrada ajustada por edad de hipertensión arterial por 1.000 habitantes, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017	69
Gráfico 3-18	Tasa ajustada por edad de hospitalización por enfermedad hipertensiva por 10.000 habitantes. España, 2017-2018	70
Gráfico 3-19	Tasa ajustada por edad de hospitalización por enfermedad hipertensiva por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2010-2018	70
Gráfico 3-20	Prevalencia registrada de trastornos del metabolismo lipídico por 1.000 habitantes, según sexo y edad y según sexo y renta. España, 2017	71
Gráfico 3-21	Prevalencia registrada ajustada por edad de trastornos del metabolismo lipídico por 1.000 habitantes, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017	71
Gráfico 3-22	Prevalencia registrada de trastornos mentales por 1.000 habitantes, según sexo y edad y según sexo y clase social. España, 2017	72
Gráfico 3-23	Prevalencia registrada ajustada por edad de trastornos mentales por 1.000 habitantes, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017	73
Gráfico 3-24	Tasa ajustada por edad de hospitalización por trastornos mentales por 10.000 habitantes. España, 2017-2018	73
Gráfico 3-25	Tasa ajustada por edad de hospitalización por trastornos mentales por 10.000 habitantes, según sexo. España, 2010-2018	74

Gráfico 3-26	Tasa ajustada por edad de hospitalización por tumores malignos por 10.000 habitantes. España, 2017-2018	75
Gráfico 3-27	Tasa ajustada por edad de hospitalización por tumores malignos por 10.000 habitantes, según sexo. España, 2010-2018	75
Gráfico 3-28	Tasa ajustada por edad de hospitalización por los tumores malignos más frecuentes por 10.000 habitantes. España, 2010-2018	76
Gráfico 3-29	Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2018	78
Gráfico 3-30	Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2000-2018	78
Gráfico 3-31	Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad isquémica del corazón por 100.000 habitantes, según sexo y comunidad autónoma. España, 2018	79
Gráfico 3-32	Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad isquémica del corazón por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2018	80
Gráfico 3-33	Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad isquémica del corazón por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2000-2018	80
Gráfico 3-34	Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad cerebrovascular por 100.000 habitantes, según sexo y comunidad autónoma. España, 2018	81
Gráfico 3-35	Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad cerebrovascular por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2018	81
Gráfico 3-36	Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad cerebrovascular por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2000-2018	82
Gráfico 3-37	Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumores malignos por 100.000 habitantes, según sexo y comunidad autónoma. España, 2018	83
Gráfico 3-38	Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumores malignos por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2018	83
Gráfico 3-39	Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumores malignos por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2000-2018	84
Gráfico 3-40	Tasa de mortalidad ajustada por edad por suicidio por 100.000 habitantes, según sexo y comunidad autónoma. España, 2018	85

Gráfico 3-41	Tasa de mortalidad ajustada por edad por suicidio por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2018	85
Gráfico 3-42	Tasa de mortalidad ajustada por edad por suicidio por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2000-2018	86
Gráfico 4-1	Porcentaje de hombres y de mujeres de 25 a 64 años que declaran haber alcanzado como máximo el nivel educativo de la Primera Etapa de la Educación Secundaria Obligatoria o inferior, según comunidad autónoma. España, 2018	92
Gráfico 4-2	Evolución del porcentaje de personas de 25 a 64 años que declaran haber alcanzado como máximo el nivel educativo de la primera etapa de la Educación Secundaria Obligatoria o inferior, según sexo. España, 2000-2018	93
Gráfico 4-3	Evolución del porcentaje de población de casa social baja. España, 2003-2017	94
Gráfico 4-4	Porcentaje de hombres y de mujeres de clase social baja. España, 2017	94
Gráfico 4-5	Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (indicador AROPE). España, 2018	95
Gráfico 4-6	Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (indicador AROPE), según nivel educativo. España, 2018	96
Gráfico 4-7	Ruido molesto en el entorno de la vivienda declarado por la población, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017	97
Gráfico 4-8	Ruido molesto en el entorno de la vivienda declarado por la población, según sexo y nivel de ingresos. España, 2017	98
Gráfico 4-9	Evolución de la percepción de ruido molesto en el entorno de la vivienda en la población, según comunidad autónoma. España, 2011-2017	98
Gráfico 4-10	Escasez de zonas verdes en el entorno de la vivienda declarada por la población, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017	99
Gráfico 4-11	Escasez de zonas verdes en el entorno de la vivienda, según sexo y grupo de edad. España, 2017	100
Gráfico 4-12	Escasez de zonas verdes en el entorno de la vivienda declarada, según sexo y nivel de ingresos. España, 2017	100
Gráfico 4-13	Evolución de la escasez de zonas verdes en el entorno de la vivienda declarada, según comunidad autónoma. España, 2011-2017	101

Gráfico 4-14	Consumo diario de tabaco en la población de 15 y más años, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017	102
Gráfico 4-15	Consumo diario de tabaco en el grupo de 15 a 24 años, según sexo y nivel de educación. España, 2017	103
Gráfico 4-16	Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco en la población de 15 y más años y de 15 a 24 años, según sexo. España, 1993-2017	103
Gráfico 4-17	Consumo de bebidas alcohólicas en población de 15 y más años. Distribución porcentual. España, 2017	104
Gráfico 4-18	Prevalencia del consumo habitual de alcohol en población de 15 y más años, según comunidad autónoma. España, 2017	105
Gráfico 4-19	Consumo habitual de bebidas alcohólicas en el último año en población de 15 y más años, según sexo y clase social. España, 2017	105
Gráfico 4-20	Consumo habitual de bebidas alcohólicas en el grupo de 15-24 años, según sexo y nivel de ingresos del hogar. España, 2017	106
Gráfico 4-21	Prevalencia de bebedores de riesgo de alcohol en la población de 15 y más años, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017	107
Gráfico 4-22	Evolución del consumo de alcohol en cantidades de riesgo para la salud en la población de 15 y más años y en el grupo de 15 a 24 años, según sexo. España, 2006-2017	107
Gráfico 4-23	Consumo intensivo episódico de alcohol en población de 15 y más años en el último mes, según edad y sexo. España, 2017	108
Gráfico 4-24	Prevalencia del consumo intensivo de alcohol en población de 15 y más años, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017	108
Gráfico 4-25	Prevalencia de Obesidad en la población adulta (18 y más años), según sexo y comunidad autónoma. España, 2017	110
Gráfico 4-26	Prevalencia de obesidad en la población de 2 a 17 años, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017	110
Gráfico 4-27	Prevalencia de obesidad en población de 2 a 17 años, según sexo y clase social. España, 2017	111
Gráfico 4-28	Evolución de la prevalencia de exceso de peso en la población de 2 a 17 años. Distribución porcentual. España, 1993-2017	111

Gráfico 4-29	Prevalencia de sedentarismo en la población de 15 y más años, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017	112
Gráfico 4-30	Evolución de la prevalencia de sedentarismo en población de 15 y más años y en el grupo de 15 a 24 años, según sexo. España, 1993-2017	113
Gráfico 4-31	Nivel de actividad física en población de 15 a 69 años, según sexo. España, 2017	114
Gráfico 4-32	Nivel de Actividad Física en población de 15 a 69 años, según sexo y nivel de educación. España, 2017	114
Gráfico 4-33	Nivel de actividad física bajo en población de 15 a 69 años, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017	115
Gráfico 5-1	Consultas a centros de atención primaria por 1.000 personas, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017	117
Gráfico 5-2	Número de consultas (millones) en atención primaria del Sistema Nacional de Salud según profesional y lugar de atención. España, 2018	118
Gráfico 5-3	Consultas en atención especializada, según pertenencia al SNS. España, 2018	118
Gráfico 5-4	Porcentaje de intervenciones de cirugía mayor ambulatoria (CMA) en hospitales, según pertenencia al SNS. España, 2018	119
Gráfico 5-5	Estancia media (días) en hospitales según finalidad asistencial y dependencia. España, 2018	120
Gráfico 5-6	Índice de rotación en hospitales según pertenencia al SNS. España, 2010 y 2018	121
Gráfico 5-7	Porcentaje global de reingresos en hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud, según comunidad autónoma. España, 2018	122
Gráfico 5-8	Evolución del porcentaje global de reingresos en hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud. España, 2007-2018	122
Gráfico 5-9	Cobertura de vacunación frente a la gripe en personas de 65 y más años, según comunidades autónomas. España, campaña 2018/2019	123
Gráfico 5-10	Evolución de la cobertura de vacunación frente a la gripe en personas de 65 y más años. España, campañas 2005/2006 a 2018/2019	124

Gráfico 5-11	Cobertura de los programas de detección precoz de cáncer de mama y colorrectal, según comunidad autónoma. España, 2017	125
Gráfico 5-12	Evolución de la cobertura de los programas de detección precoz de cáncer de mama y colorrectal. España, 2009-2017	126
Gráfico 5-13	Tasa de hospitalización por complicaciones a corto plazo en personas con diabetes mellitus por 10.000 habitantes. España, 2017-2018	128
Gráfico 5-14	Tasa ajustada por edad de hospitalización por complicaciones a corto plazo de la diabetes mellitus por 10.000 habitantes, según sexo. España, 2010-2018	128
Gráfico 5-15	Tasa bruta de amputaciones de miembro inferior en personas con diabetes mellitus por 1.000 habitantes. España, 2017-2018	129
Gráfico 5-16	Tasa bruta de amputaciones de miembro inferior en personas con diabetes mellitus por 1.000 habitantes, según sexo. España, 2010-2018	129
Gráfico 5-17	Consumo de antidepresivos según comunidad autónoma. Dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD) del subgrupo químico terapéutico ATC N06A. España, 2018	132
Gráfico 5-18	Evolución del consumo de antidepresivos. Dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD) del subgrupo químico terapéutico ATC N06A. España, 2010-2018	132
Gráfico 5-19	Consumo de sustancias hipnóticas y sedantes según comunidad autónoma. Dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD) del subgrupo terapéutico farmacológico ATC N05C. España, 2018	133
Gráfico 5-20	Evolución del consumo de sustancias hipnóticas y sedantes. Dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD) del subgrupo terapéutico farmacológico ATC N05C. España, 2010-2018	133
Gráfico 5-21	Reingresos urgentes psiquiátricos en hospitales del Sistema Nacional de Salud, según comunidad autónoma. España, 2017-2018	134
Gráfico 5-22	Evolución de los reingresos urgentes psiquiátricos en hospitales del Sistema Nacional de Salud. España, 2008-2018	135
Gráfico 5-23	Porcentaje de cirugía conservadora de cáncer de mama. España, 2017-2018	136
Gráfico 5-24	Porcentaje de cirugía conservadora de cáncer de mama. España, 2000-2018	136

Gráfico 5-25	Porcentaje de polimedición en personas de 65 y más años, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017	138
Gráfico 5-26	Porcentaje de dispensación de benzodiazepinas de vida media larga en personas de 65 y más años, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017	139
Gráfico 5-27	Porcentaje de dispensación de hipolipemiantes en personas de 75 y más años, según sexo y comunidad autónoma. España, 2017	140
Gráfico 5-28	Consumo de antibacterianos de uso sistémico según comunidad autónoma. Dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD) del subgrupo anatómico ATC J01. España, 2018	141
Gráfico 5-29	Evolución del consumo de antibacterianos de uso sistémico. Dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD) del subgrupo anatómico ATC J01. España, 2010-2018	141
Gráfico 5-30	Prevalencia de pacientes con al menos una IRAS hospitalaria según comunidad autónoma. España, 2018	143
Gráfico 5-31	Tasa de sepsis postquirúrgica según comunidad autónoma. España, 2017	144
Gráfico 5-32	Mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto, según sexo y comunidad autónoma. España, 2018	145
Gráfico 5-33	Evolución de la Mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto, según sexo. España, 2007-2018	145
Gráfico 5-34	Mortalidad intrahospitalaria por accidente cerebrovascular isquémico, según sexo y comunidad autónoma. España, 2018	146
Gráfico 5-35	Mortalidad intrahospitalaria por accidente cerebrovascular hemorrágico, según sexo y comunidad autónoma. España, 2018	147
Gráfico 5-36	Evolución de la opinión relativa al funcionamiento del sistema sanitario. España, 2008-2018	148
Gráfico 5-37	Opinión relativa al buen funcionamiento del sistema sanitario, según comunidad autónoma. España, 2018	149
Gráfico 5-38	Evolución temporal del grado de satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario público. España, 2005-2018	150
Gráfico 5-39	Grado de satisfacción de la población con el sistema sanitario público. España, 2018	150

Gráfico 5-40	Evolución del grado de satisfacción con los diferentes niveles y dispositivos asistenciales en que se organiza el Sistema Nacional de Salud. España, 2010-2018	151
Gráfico 5-41	Grado de satisfacción con los diferentes niveles y dispositivos asistenciales en que se organiza el Sistema Nacional de Salud. España, 2018	151
Gráfico 5-42	Evolución temporal de la percepción de coordinación entre niveles asistenciales del Sistema Nacional de Salud. España, 2017-2018	152
Gráfico 5-43	Opinión sobre la coordinación entre niveles asistenciales, según sexo y comunidad autónoma. España, 2018	153
Gráfico 5-44	Satisfacción del ciudadano con su participación en las decisiones sobre sus problemas de salud y su tratamiento en atención primaria y atención especializada. España, 2013-2018	154
Gráfico 5-45	Satisfacción del ciudadano con su participación en las decisiones sobre sus problemas de salud y su tratamiento en atención primaria y atención especializada, según comunidad autónoma. España, 2018	154
Gráfico 5-46	Evolución temporal de la inaccesibilidad declarada a los medicamentos recetados por motivos económicos. España, 2016-2018	155
Gráfico 5-47	Inaccesibilidad declarada a los medicamentos recetados por motivos económicos, según comunidad autónoma. España, 2018	156
Gráfico 5-48	Evolución temporal de la inaccesibilidad declarada a la atención dental por motivos económicos. España, 2014-2017	157
Gráfico 5-49	Inaccesibilidad declarada a la atención dental por motivos económicos. Distribución porcentual según sexo y comunidad autónoma. España, 2017	157
Gráfico 5-50	Inaccesibilidad declarada a la atención dental. Distribución porcentual según sexo y clase social. España, 2017	158
Gráfico 5-51	Tiempo de espera en medicina de atención primaria. España, 2018	159
Gráfico 5-52	Tiempo medio de espera (días) para una primera consulta de atención especializada. España, 2019	160
Gráfico 5-53	Tiempo medio de espera para una primera consulta de atención especializada. España, 2010-2019	160

Gráfico 5-54	Tiempo medio de espera (días) para una intervención quirúrgica no urgente, 2010-2019	161
Gráfico 5-55	Tiempo medio de espera (días) y porcentaje de pacientes con más de 6 meses para una intervención quirúrgica no urgente. España, 2019	162
Gráfico 5-56	Gasto farmacéutico (en millones de euros) a través de la facturación de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud (comunidades autónomas, INGESA y mutualidades). España, 2010-2018	166
Gráfico 5-57	Gasto medio por receta facturada del Sistema Nacional de Salud (comunidades autónomas, INGESA y mutualidades). España, 2010-2018	167
Gráfico 5-58	Gasto farmacéutico por habitante y año del Sistema Nacional de Salud (comunidades autónomas, INGESA y mutualidades). España, 2010 - 2018	167
Gráfico 5-59	Recetas por habitante y año del Sistema Nacional de Salud (comunidades autónomas, INGESA y mutualidades). España, 2010 - 2018	168
Gráfico 5-60	Número de habitantes (media) por oficina de farmacia. España, 2018	173
Gráfico 5-61	Frecuentación a la consulta de atención primaria del Sistema Nacional de Salud según comunidad autónoma. España, 2018	175
Gráfico 5-62	Frecuentación a la consulta de atención primaria del Sistema Nacional de Salud según grupos de edad. España, 2018	175
Gráfico 5-63	Frecuentación a la consulta de medicina de atención primaria del Sistema Nacional de Salud según grupos de edad y sexo. España, 2018	176
Gráfico 5-64	Frecuentación a la consulta de enfermería de atención primaria del Sistema Nacional de Salud según grupos de edad y sexo. España, 2018	176
Gráfico 5-65	Frecuentación a la consulta de atención primaria del Sistema Nacional de Salud. España, 2010-2018	177
Gráfico 5-66	Altas en hospitales de agudos por 1.000 hab./año, según pertenencia al SNS. España, 2010-2018	177
Gráfico 5-67	Frecuentación a consultas de hospitales de agudos, según pertenencia al SNS y comunidad autónoma. España, 2018	178

Gráfico 5-68	Frecuentación urgente en atención primaria por grupos de edad y sexo. España, 2018	179
Gráfico 5-69	Frecuentación urgente en atención primaria según comunidad autónoma. España, 2018	180
Gráfico 5-70	Frecuentación urgente en atención primaria. España, 2010-2018	180
Gráfico 5-71	Frecuentación en urgencias hospitalarias, según pertenencia al SNS. España, 2010-2018	181
Gráfico 5-72	Frecuentación en urgencias hospitalarias, según comunidad autónoma. España, 2018	182
Gráfico 5-73	Frecuentación en urgencias hospitalarias. España, 2010-2018	182
Gráfico 5-74	Demandas asistenciales de los servicios de urgencias y emergencias 112/061. España, 2012-2018	183
Gráfico 5-75	Demandas asistenciales por 1.000 habitantes de los servicios de urgencias y emergencias 112/061, según comunidad autónoma. España, 2018	183
Gráfico 5-76	Evolución del número de centros de salud y consultorios locales en el Sistema Nacional de Salud. España, 2004-2018	185
Gráfico 5-77	Evolución del número de hospitales según tamaño (número de camas instaladas). España, 2004-2018	187
Gráfico 5-78	Número de hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS), según finalidad asistencial. España, 2018	187
Gráfico 5-79	Número de hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS), según comunidad autónoma. España, 2018	188
Gráfico 5-80	Número de camas en funcionamiento, según pertenencia al SNS y comunidad autónoma. España, 2018	188
Gráfico 5-81	Camas en funcionamiento por 1.000 habitantes en hospitales de agudos, según pertenencia al SNS. España, 2010-2018	189
Gráfico 5-82	Puestos de hospital de día, según pertenencia al SNS. España, 2010-2018	189
Gráfico 5-83	Puestos de hospital de día, según tipología. España, 2018	190

Gráfico 5-84	Evolución del número de profesionales de la medicina en labores asistenciales y tasa por 1.000 habitantes. España, 2000-2018	193
Gráfico 5-85	Evolución del número de profesionales de la medicina en labores asistenciales según sexo. España, 2000-2018	193
Gráfico 5-86	Evolución del porcentaje de profesionales de la medicina en labores asistenciales según grupo de edad. España, 2000-2018	194
Gráfico 5-87	Médicos en labores asistenciales en el Sistema Nacional de Salud. España, 2018	195
Gráfico 5-88	Tasa de médicos en labores asistenciales en equipos de atención primaria por 1.000 habitantes, según comunidad autónoma. España, 2018	197
Gráfico 5-89	Tasa de médicos en labores asistenciales en hospitales del Sistema Nacional de Salud por 1.000 habitantes, según comunidad autónoma. España, 2018	198
Gráfico 5-90	Evolución del número de médicos en labores asistenciales en equipos de atención primaria y hospitales del Sistema Nacional de Salud. España, 2010-2018	200
Gráfico 5-91	Evolución del número de médicos en labores asistenciales en los Servicios de urgencias y emergencias 112/061 del Sistema Nacional de Salud. España, 2010-2018	200
Gráfico 5-92	Evolución del número de profesionales de la enfermería en labores asistenciales y tasa por 1.000 habitantes. España, 2000-2018	201
Gráfico 5-93	Profesionales de la enfermería en labores asistenciales en el Sistema Nacional de Salud. España, 2018	202
Gráfico 5-94	Tasa de profesionales de la enfermería en labores asistenciales en Equipos de Atención Primaria por 1.000 habitantes, según comunidad autónoma. España, 2018	203
Gráfico 5-95	Tasa de profesionales de la enfermería en labores asistenciales en hospitales del Sistema Nacional de Salud por 1.000 habitantes, según comunidad autónoma. España, 2018	205
Gráfico 5-96	Evolución del número de profesionales de la enfermería en labores asistenciales en equipos de atención primaria y hospitales del Sistema Nacional de Salud. España, 2010-2018	206
Gráfico 5-97	Evolución del número de profesionales de la enfermería en labores asistenciales en los Servicios de urgencias y emergencias 112/061 del Sistema Nacional de Salud. España, 2010-2018	206

Gráfico 5-98	Otros profesionales que trabajan en el Sistema Nacional de Salud. España, 2018	207
Gráfico 5-99	Tasa de otros profesionales que trabajan en el Sistema Nacional de Salud por 1.000 habitantes, según comunidad autónoma. España, 2018	208
Gráfico 5-100	Evolución del número de estudiantes de medicina egresados y tasa por cada 1.000 habitantes. España, 2005-2019	210
Gráfico 5-101	Evolución del número de estudiantes de enfermería egresados y tasa por cada 1.000 habitantes. España, 2005-2019	210
Gráfico 5-102	Gasto sanitario total. Contribución porcentual del gasto público y del gasto privado. España, 2014-2018	213
Gráfico 5-103	Gasto sanitario total, público y privado variación interanual, en porcentaje, según agente de financiación. España, 2014-2018	214
Gráfico 5-104	Gasto sanitario total según función de atención de la salud. Distribución porcentual y millones de euros. España, 2018	215
Gráfico 5-105	Gasto sanitario total, público y privado en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación. Distribución porcentual según modo de producción de la asistencia. España, 2018	215
Gráfico 5-106	Gasto sanitario total según proveedor. Distribución porcentual y millones de euros. España, 2018	216
Gráfico 5-107	Gasto sanitario total según agente de financiación. Distribución porcentual y millones de euros. España, 2018	217
Gráfico 5-108	Gasto sanitario de las administraciones públicas según agente de financiación. Distribución porcentual y millones de euros. España, 2018	218
Gráfico 5-109	Gasto sanitario privado según agente de financiación. Distribución porcentual y millones de euros. España, 2018	219
Gráfico 5-110	Gasto sanitario directo de los hogares según función de atención de la salud. Distribución porcentual. España, 2018	219
Gráfico 5-111	Gasto sanitario público consolidado según comunidad autónoma. Tasa de variación interanual (porcentaje). Sector de gasto Comunidades Autónomas. España, 2017-2018	221
Gráfico 5-112	Gasto sanitario público gestionado por las comunidades autónomas, estructura en porcentaje según los principales elementos de la clasificación económica. España, 2018	222

Gráfico 5-113 Gasto sanitario público gestionado por las comunidades autónomas, estructura en porcentaje según los principales elementos de la clasificación funcional. España, 2018	222
Gráfico 5-114 Gasto sanitario público por habitante según comunidad autónoma. Euros por habitante. Sector de gasto Comunidades Autónomas. España, 2018	223
Gráfico 5-115 Evolución del gasto sanitario público por habitante del sector de gasto Comunidades Autónomas. España, 2014-2018	223
Gráfico 5-116 Gasto sanitario público gestionado por las comunidades autónomas en servicios primarios de salud (porcentaje). Sector de gasto Comunidades Autónomas. España, 2018	224
Gráfico 5-117 Evolución del gasto sanitario público en servicios primarios de salud del sector de gasto Comunidades Autónomas (porcentaje). España, 2014-2018	225
Gráfico 5-118 Gasto sanitario público gestionado por las comunidades autónomas en servicios hospitalarios y especializados (porcentaje). Sector de gasto Comunidades Autónomas. España, 2018	225
Gráfico 5-119 Evolución del gasto sanitario público en servicios hospitalarios y especializados de salud del sector de gasto Comunidades Autónomas (porcentaje). España, 2014-2018	226
Gráfico 5-120 Gasto sanitario público gestionado por las comunidades autónomas en remuneración de personal (porcentaje). Sector de gasto Comunidades Autónomas. España, 2018	227
Gráfico 5-121 Evolución del gasto sanitario público en remuneración de personal del sector de gasto Comunidades Autónomas (porcentaje). España, 2014-2018	227
Gráfico 5-122 Gasto medio anual por persona en bienes y servicios sanitarios según comunidad autónoma. España, 2018	228
Gráfico 5-123 Evolución del gasto medio anual por persona en bienes y servicios sanitarios según sexo. España, 2014-2018	229
Gráfico 5-124 Gasto medio anual por persona en bienes y servicios sanitarios según nivel de estudios. España, 2014-2018	229
Gráfico 5-125 Evolución de la proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar (> 10%) como porcentaje del total de gastos de los hogares. España, 2015-2018	230

Listado de abreviaturas

A

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

Quinto nivel (ATC5): designa el principio activo específico o asociación farmacológica

AVS65 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

BDSI-CA Base de Datos de Tarjeta Sanitaria Individual de la comunidad autónoma

BDSI-SNS Base de Datos de Tarjeta Sanitaria Individual del Sistema Nacional de Salud

C

CDM Categoría Diagnóstica Mayor

CIE-10 10ª revisión Clasificación Internacional de Enfermedades

CIP-CA Código de Identificación Personal propio de cada comunidad autónoma (CIP-CA)

CIP-SNS Código de Identificación Personal único del Sistema Nacional de Salud

CIS Centro de Investigaciones Sociológicas

CL Consultorio Local

CMA Cirugía Mayor Ambulatoria

CMBD Conjunto Mínimo Básico de Datos

CNE Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III)

CNED-A Clasificación Nacional de Educación - A

CNED-2014 Clasificación Nacional de Educación – 2014

CNH Catálogo Nacional de Hospitales

CS Centro de Salud

CSUR Centros, Servicios y Unidades de Referencia

D

DDD	Dosis Diaria Definida
DHD	Dosis por Habitante y Día (Dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día)

E

€	Euro
EAP	Equipo de Atención Primaria
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
ECV	Encuesta de Condiciones de Vida
EESE	Encuesta Europea de Salud en España
ENSE	Encuesta Nacional de Salud de España
EPA	Encuesta de Población Activa
EPF	Encuesta de Presupuestos Familiares
ERPE	En Riesgo de Pobreza y/o Exclusión (At Risk of Poverty and/or Exclusion, AROPE)
ESO	Educación Secundaria Obligatoria
EU-SILC	Encuesta Europea de Ingresos y Condiciones de Vida
Eurostat	Oficina estadística de la Unión Europea
EV65	Esperanza de Vida a los 65 años
EVn	Esperanza de Vida al nacer

F

FSE	Formación Sanitaria Especializada
-----	-----------------------------------

G

g/día	Gramo por día
g/l	Gramo por litro
GRD	Grupos relacionados por el diagnóstico

H

Hab.	Habitantes
HBS	Household Budget Survey (Encuesta de Presupuestos Familiares de Eurostat)

I

IMC	Índice de Masa Corporal
INCLASNS	Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud
INE	Instituto Nacional de Estadística
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
IPAQ	Cuestionario Internacional de Actividad Física

IRAS	Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria
ISFAS	Instituto Social de las Fuerzas Armadas

K

Kg/m ²	Kilogramo por metro cuadrado
-------------------	------------------------------

L

LDL	Lipoproteínas de baja densidad (Low Density Lipoproteins)
-----	---

M

mg/dL	Miligramo por decilitro
MUFACE	Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado
MUGEJU	Mutualidad General Judicial

N

NC	No contesta
NS	No sabe

O

OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OTC	Medicamento publicitario, de venta libre, venta directa o de venta sin receta (Over-the-counter drug)

P

PAC	Centros de Salud con horario de urgencias
PEN	Plan Estadístico Nacional
PIB	Producto Interior Bruto
PSOH	Prueba de Sangre Oculta en Heces
PVL	Precio Venta Laboratorio
PVP	Precio Venta al Público
PVP-IVA	Precio Venta al Público-Impuestos sobre el Valor Añadido

R

RAE-CMBD	Registro de Actividad de Atención Especializada del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria
----------	--

RENAVE Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

RM Resonancia Magnética

S

SCP Sin cupón precinto diferenciado y dispensación en los servicios de farmacia de los hospitales

SIAE Sistema de Información de Atención Especializada

SIAP Sistema de Información de Atención Primaria

SISCAT Sistema Sanitari Integral D'utilizació Pública de Catalunya (Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Cataluña)

SISLE-SNS Sistema de Información Sanitaria de Lista de Espera en el Sistema Nacional de Salud

SNS Sistema Nacional de Salud

SUAP Servicios de Urgencias de Atención Primaria

T

TAC Tomografía Axial Computerizada

TSI Tarjeta Sanitaria Individual

U

UBE Unidad de Bebida Estándar

UE Unión Europea

UE-28 Unión Europea-28 Estados Miembros (2013-2020)

V

vs. Versus (frente o contra)

W

WHO World Health Organization (Organización Mundial de la Salud)

Fuentes y sistemas de información

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. El Ministerio de Sanidad 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. 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.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/AcreDocCntUniForSanEsp.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) 2017–2020. 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:

https://www.mscbs.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.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>

Base de Datos de Tarjeta Sanitaria Individual

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 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:

https://www.msbs.gob.es/profesionales/hcdsns/Interop_plena_tarj_sanit.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 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:

<https://www.msbs.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

Defunciones según la causa de muerte

Operación estadística responsabilidad del Instituto Nacional de Estadística 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 2017-2020.

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:

https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=resultados&idp=1254735573175#!tabs-1254736194710

Encuesta Europea de Salud en España

La Encuesta Europea de Salud en España (ESEE), realizada por el Instituto Nacional de Estadística, 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 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:

<https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/home.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 2017-2020, 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:

<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>

Encuesta de Condiciones de Vida

La Encuesta de condiciones de vida (ECV) se realiza desde 2004. Basada en criterios armonizados para todos los países de la Unión Europea, su objetivo fundamental es disponer de una fuente de referencia sobre estadísticas comparativas de la distribución de ingresos y la exclusión social en el ámbito europeo.

La realización de la ECV permite poner a disposición de la Comisión Europea un instrumento estadístico de primer orden para el estudio de la pobreza y desigualdad, el seguimiento de la cohesión social en el territorio de su ámbito, el estudio de las necesidades de la población y del impacto de las políticas sociales y económicas sobre los hogares y las personas, así como para el diseño de nuevas políticas.

Más información:

https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&menu=ultiDatos&idp=1254735976608

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 160.000 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 de Presupuestos Familiares

La Encuesta de presupuestos familiares (EPF) suministra información anual sobre la naturaleza y destino de los gastos de consumo por bienes y servicios en términos monetarios, así como sobre diversas características relativas a las condiciones de vida de los hogares. Recoge el gasto de todos los hogares privados residentes en España y utiliza la clasificación ECOICOP/EPF de bienes y servicios, que cuenta con diferentes niveles de desagregación, desde los 12 grandes grupos de gasto hasta la máxima desagregación a 5 dígitos, siendo el grupo 06 el referido a sanidad. Se trata de una adaptación nacional de la Clasificación de bienes y servicios utilizada en Eurostat para las encuestas de presupuestos (COICOP/HBS).

Más información:

https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176806&menu=ultiDatos&idp=1254735976608

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, 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, se han utilizado la prevalencia de limitaciones de actividad tomando como fuente las encuestas nacionales de salud.

Más información:

<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/vidaSaludable.htm>

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 2017-2020 elaborada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social 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.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/medProdSanit.htm>

Estadística de Consumo de Medicamentos en los Hospitales de la Red Pública del Sistema Nacional de Salud

Estadística incluida en el Plan Estadístico Nacional 2017-2020 para proporcionar información del consumo de medicamentos en los hospitales de la red pública del SNS, con la participación de los servicios de salud de las comunidades autónomas e INGESA. La difusión de los datos en la Web del Ministerio comenzó en 2017.

Más información:

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/farmacia/ConsumoHospitalario/home.htm>

Estadística de estudiantes universitarios

Elaborada por el Ministerio de Educación y Formación Profesional aporta información anual 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 el Ministerio de Universidades con 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 y Formación Profesional, 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:

<https://www.ciencia.gob.es/portal/site/MICINN/menuitem.7eeac5cd345b4f34f09dfd1001432ea0/?vgnnextoid=0930dd449de8b610VgnVCM1000001d04140aRCRD>

Estadística del Gasto Sanitario Público

La elaboración de la estadística es responsabilidad del Ministerio de Sanidad 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 del Interior. Está incluida en el Plan Estadístico Nacional 2017-2020.

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.msccbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/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 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.msccbs.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 la obtención de las coberturas de vacunación correspondientes se utilizan las definiciones propuestas por la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones y acordadas por la Comisión de Salud Pública en octubre de 2017. Desde 2017, las coberturas de vacunación se calculan por cohortes de nacimiento.

Las estadísticas de vacunaciones forman parte del inventario oficial de estadísticas de la Administración General del Estado y son responsabilidad del Ministerio de Sanidad, 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:

<https://www.msrebs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/coberturas/home.htm>

Indicadores demográficos. Tasa de dependencia total, juvenil y de mayores

La tasa de dependencia es un indicador demográfico básico que elabora el Instituto Nacional de Estadística. 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>

Indicadores de Salud

El Ministerio de Sanidad dispone de un sistema estatal de indicadores de salud que ofrece un análisis periódico de la situación sanitaria a nivel estatal y en las diferentes comunidades autónomas. Estos indicadores proporcionan información sobre la magnitud de una gran variedad de problemas de salud y de su evolución en el tiempo, lo que permite valorar adecuadamente su tendencia y su distribución geográfica. Para la elaboración de los indicadores se ha utilizado una gran variedad de fuentes de datos con información sanitaria relevante, procedente de registros administrativos, encuestas de salud, sistemas de notificación y estadísticas sanitarias. Se ha incorporado un análisis de la situación en el Estado español en relación con otros países de la Unión Europea, lo que supone un extraordinario valor añadido.

Más información:

<https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud.htm>

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 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.

Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

La Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) del Centro Nacional de Epidemiología (CNE) del Instituto de Salud Carlos III tiene entre sus funciones la recogida sistemática de la información epidemiológica, su análisis e interpretación y la difusión de los resultados, siendo su objetivo final de la vigilancia de las enfermedades transmisibles para reducir su incidencia en la comunidad. La RENAVE lleva a cabo la vigilancia de las enfermedades transmisibles integrando la notificación y la investigación epidemiológica de casos y brotes de enfermedades transmisibles. Los casos de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica son notificados a las autoridades competentes en los distintos niveles territoriales. Los protocolos para la notificación de la RENAVE estandarizan la forma de declaración y las definiciones de caso permiten homogeneizar la declaración de los casos desde la CCAA al CNE y éste hace la agregación, análisis y difusión de la información. Las definiciones de caso son las aprobadas por la Comisión Europea y aprobadas para su inclusión en los protocolos de la RENAVE. Finalmente, desde el CNE, se notifican las enfermedades objeto de vigilancia en la Unión Europea al Centro Europeo para el Control y Prevención de Enfermedades (ECDC).

Más información:

<https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/Paginas/default.aspx>

Registro de Actividad de Atención Especializada

La explotación estadística del Registro de Actividad de Atención Especializada (RAE-CMBD) es responsabilidad del Ministerio de Sanidad 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 2017–2020. 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.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>

Registro Nacional de Especialistas en Formación

El Registro Nacional de Especialistas en Formación, depende del Ministerio de Sanidad, 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.mscbs.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 de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Fondos de Compensación del Ministerio de Sanidad. 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 Trabajo y Economía Social y el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.

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.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/SCS.htm>

Sistema de Información Alcántara

A través de la aplicación Alcántara del Ministerio de Sanidad 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, Ingresa 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 consumo hospitalario

El Sistema de información de consumo hospitalario gestiona los ficheros del consumo de medicamentos en los hospitales de la red pública del SNS, que son facilitados por los servicios de salud de las comunidades autónomas e INGESA.

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 proveedores de servicios de atención especializada, que permite además de la obtención de índices, mostrar el funcionamiento del sector y hacer seguimiento y análisis de su evolución.

Como variables de estudio utiliza la oferta asistencial, dotación, personal, altas, estancias, consultas, ingresos, técnicas de diagnóstico, actividad en otras áreas, actividad quirúrgica, actividad obstétrica, servicios de urgencia, gastos, inversiones e ingresos. Como variables de clasificación utiliza tipo de centro de atención especializada: con internamiento (hospital), sin internamiento, finalidad asistencial del centro, dependencia funcional según entidad financiadora, forma jurídica, contrato con el Sistema Nacional de Salud, acreditación docente. La periodicidad de la recogida y difusión de los datos son anuales.

Como operación estadística es responsabilidad del Ministerio de Sanidad 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 2017-2020.

Más información:

<http://www.msbs.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 en colaboración con las consejerías/departamentos con competencia en la materia de las comunidades autónomas. Está incluida en el Plan Estadístico Nacional 2017-2020.

Más información:

<http://www.mscbs.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:

<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/infor.rRecopilaciones/listaEspera.htm>

Equipo de Trabajo

Secretario General de Salud Digital, Información e Innovación del Sistema Nacional de Salud

Alfredo González Gómez

Subdirectora General de Información Sanitaria

Mercedes Alfaro Latorre

Dirección y coordinación

Marta Aguilera Guzmán

Alicia Estirado Gómez

Elaboración del informe (según orden alfabético del primer apellido)

Nieves Calcerrada Díaz-Santos

Alicia Estirado Gómez

Montserrat Neira León

Marina Paz Sánchez

Gustavo Pérez-Morales López

Corrección de estilo

José Antonio Lozano Sánchez

Colaboradores (según orden alfabético del primer apellido):

Alonso Villar, Carmen (6)

Arias López, Carmen (4)

Benedí González, Alicia (2)

Bustos Guadaño, Miguel de (6)

Calvo Reyes, M^a Cruz (6)

Cano Portero, Rosa (7)

Crespo Sánchez-Eznarriaga, Belén (6)

Fernández Quintana, Ana Isabel (6)

Fraga Fuentes, M^a Dolores (2)

Gallego Berciano, Pilar (7)

Gogorcena Aoiz, M^a Ángeles (6)

Gómez Cuadrado, Juan Pablo (6)

Guirao García, Ángel Luis (5)

Gutiérrez Fisac, Juan Luis (6)

Limia Sánchez, Aurora (1)

Martín Agueda, M^a Belén (6)

Miguel García, Félix (6)

Pérez Domínguez, Francisco Javier (6)

Regidor Poyatos, Enrique (6)

Rodríguez Blas, María del Carmen (3)

Rodríguez Cobo, Iria (6)

Sanz Sebastián, Cristina (6)

Toledo Gómez, David (6)

(1) Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad. Ministerio de Sanidad.

(2) Subdirección General de Farmacia. Ministerio de Sanidad.

(3) Subdirección General de Cartera de Servicios del SNS y Fondos de Compensación. Ministerio de Sanidad.

(4) Subdirección General de Formación y Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad.

(5) Subdirección General de Cohesión y Alta Inspección del SNS. Ministerio de Sanidad.

(6) Subdirección General de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad.

(7) Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación.

