



EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES CLAVE DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DESDE LA PUBLICACIÓN DE LA LEY DE COHESIÓN Y CALIDAD

Memoria presentada para optar al título de Graduada en Enfermería de la Universidad Jaume I presentada por **Karen Nombela Monterroso** en el curso académico **2015-2016**.

Este trabajo ha sido realizado bajo la tutela de los profesores **Víctor Manuel González Chordá** y **Pablo Román López**.

[13 de Mayo 2016]

Solicitud del alumno/a para el depósito y defensa del TFG

Yo, **Karen Nombela Monterroso** con NIF **53785798-E** alumno de cuarto curso del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I, expongo que durante el curso académico **2015-2016**.

- He superado al menos 168 créditos ECTS de la titulación
- Cuento con la evaluación favorable del proceso de elaboración de mi TFG.

Por estos motivos, solicito poder depositar y defender mi TFG titulado “**Evolución de los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud desde la publicación de la Ley de Cohesión y Calidad**”, tutelado por los profesores **Víctor Manuel González Chordá y Pablo Román López** defendido en lengua **Castellana** en el período de **30 de mayo, 2016**

Firmado: **Karen Nombela Monterroso**

Castellón de la Plana, **13 de Mayo de 2016**

Agradecimientos.

Para la realización de este trabajo he contado con numerosos apoyos personales que quiero agradecer.

Principalmente, expresar mi más profundo agradecimiento a los profesores Víctor Manuel González Chordá y Pablo Román López, tutores de este trabajo, cuyas aportaciones didácticas, consejos constructivos y su apoyo constante han contribuido a que este trabajo sea una realidad. Además, agradecer la paciencia, tiempo y dedicación que me han ofrecido a lo largo de la realización del estudio.

Mi agradecimiento también a mis padres y amigos por compartir conmigo momentos de alegría cuando las cosas iban bien y animarme en los momentos de desánimo.

A aquellos autores cuya investigación e información han aportado los conocimientos necesarios para darle cuerpo al estudio.

A todos los profesores que a lo largo del periodo de mi formación han ido aumentando mis conocimientos y han ayudado a que este trabajo se haya hecho posible.

Índice.

| | |
|--|----|
| 1. Resumen..... | 1 |
| 2. Introducción | 3 |
| 2.1. Evolución histórica de la Atención Sanitaria en España hasta 1986..... | 6 |
| 2.1.1. La reforma sanitaria de la II República Española (1931-1939)..... | 6 |
| 2.1.2. Seguro Obligatorio de Enfermedad (S.O.E)..... | 9 |
| 2.1.3. Sistema Nacional de Salud Español | 10 |
| 2.2. La descentralización en el Sistema Nacional de Salud Español..... | 12 |
| 2.3. Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud..... | 14 |
| 2.3.1. Agencia de Calidad del SNS | 15 |
| 2.4. Los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud y el proceso de Benchmarking..... | 16 |
| 3. Objetivos | 17 |
| 3.1. Objetivo general | 17 |
| 3.2. Objetivos específicos | 17 |
| 4. Metodología..... | 18 |
| 4.1. Diseño y ámbito de estudio | 18 |
| 4.2. Fuentes de Información | 18 |
| 4.3. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud | 18 |
| 5. Resultados | 25 |
| 5.1. Indicadores generales | 25 |
| 5.2. Indicadores de Atención Primaria (AP)..... | 31 |
| 5.3. Indicadores de Atención Especializada (AE) | 36 |
| 5.4. Quirófano..... | 44 |

| | | |
|-------|--|----|
| 5.5. | Reacciones adversas | 46 |
| 5.6. | Percepción de la población | 50 |
| 6. | Discusión..... | 52 |
| 6.1. | Indicadores generales | 52 |
| 6.2. | Indicadores de Atención Primaria (AP)..... | 57 |
| 6.3. | Indicadores Atención Especializada (AE)..... | 60 |
| 6.4. | Quirófanos | 65 |
| 6.5. | Reacciones adversas | 67 |
| 6.6. | Percepción de la población | 70 |
| 7. | Conclusiones | 72 |
| 8. | Índice de tablas | 74 |
| 9. | Índice de gráficos | 75 |
| 10. | Abreviaturas | 75 |
| 11. | Referencias bibliográficas | 76 |
| 12. | Anexos..... | 86 |
| 12.1. | Anexo I. Definición y justificación de los indicadores seleccionados | 86 |

1. Resumen

Introducción: Los indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud proporcionan información fundamental para el sistema sanitario y son útiles para poder conocer los resultados en materia de salud de la población o la medición de las desigualdades en el territorio español, respecto a calidad, utilización de recursos humanos, materiales y económicas se refiere.

Objetivos: Analizar la evolución de los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud en las diferentes Comunidades Autónomas desde la Ley de Cohesión y Calidad con el fin de realizar una valoración general del impacto que el contexto político, social, económico y cultural ha tenido en la equidad y la calidad de la atención sanitaria de las distintas comunidades autónomas.

Metodología: Se llevó a cabo un estudio transversal, descriptivo y retrospectivo mediante una evolución de los indicadores clave del sistema nacional de salud presentes en el Sistema de Información Sanitaria (SIS).

Conclusión: Este análisis debe verse como una primera introducción al problema ya que se requieren más investigaciones en más profundidad, no obstante, es evidente un incumplimiento de los principios de equidad en el acceso de los servicios sanitarios y la calidad de las prestaciones ofrecidas, cuyo principal causante parecen ser los recortes sanitarios producidos por la crisis económica, el aumento del envejecimiento y, las malas estrategias que se están tomando con el fin de reducir el gasto sanitario.

Palabras clave: Calidad asistencial, Comunidades Autónomas, Equidad, Indicadores, Sistema Nacional de Salud

Abstract

Introduction: The National Healthcare System key indicators give important information to the Health Service and are useful to know results regarding population health or inequalities indicators within the Spanish territory concerning the service quality, human resources and materials usage, and economical factors.

Objective: To analyse the evolution of the National Healthcare System key indicators in the different autonomous communities in accordance with the Cohesion and Quality Law in order to develop a general evaluation of the impact the political, social, economic and cultural framework has caused on the equity and quality of the Healthcare System of each region.

Methodology: A transversal, descriptive and retrospective study was developed through an evolution of the Healthcare System key indicators existing on the Healthcare Information System.

Conclusion: This analysis must be considered only as an introduction to the real problem as deeper investigations are needed. However, we can confirm that exists a breach of the equity principles concerning the access to the healthcare services and the service quality which have been mainly caused by the healthcare saves driven by the economical crisis, an increasing ageing and the development of wrong strategies to reduce healthcare system expenditures.

Keywords: Quality of health care, Autonomous Communities, Equity, Indicators, National Healthcare System

2. Introducción

El sistema de salud es el conjunto de elementos y personas capaces de influir sobre el estado de salud de la población. Éste abarca el sistema sanitario, cuya finalidad es mejorar el estado de salud de la población mediante cuidados curativos, preventivos y rehabilitadores y se ve influido por el contexto político, social, cultural y económico del país en el que se desarrolla (Macia Soler & Moncho Vasallo, 2007).

Existen diferentes tipos de modelos de sistemas sanitarios (descritos en la Tabla 1) de los cuales dependerán los resultados sobre la salud de la población. Éstos se diferencian, entre otros aspectos, principalmente en la financiación, es decir, en función de cuál es el origen de los recursos económicos dedicados a la prestación de servicios sanitarios (Introducción a los sistemas sanitarios. El sistema sanitario español, 2011) (Caracterización de Modelos Sanitarios y Sistemas Sanitarios, 2011).

Haciendo mayor hincapié en los modelos mixtos, modelo de gran parte de los países occidentales, entre ellos el Sistema Nacional de Salud de España, se puede decir que sus principales características son (Introducción a los sistemas sanitarios. El sistema sanitario español, 2011) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013):

- La financiación es mayoritariamente pública a través de los impuestos aunque, aquellos servicios que se demanden directamente por los ciudadanos pueden ser financiados por los sectores privados.
- La provisión de los servicios debe garantizar el cumplimiento de unos parámetros de calidad indistintamente de que sean públicos o privados.
- Apuesta por la promoción y prevención de la salud.

Tabla 1. Modelos del Sistema de Salud

| | Modelo liberal | Modelo socialista | Modelo mixto |
|----------------------|--|---|--|
| Concepto | Considera la salud como un bien de consumo | Reconoce el derecho de protección de la salud de la población | Se basa en la separación entre la financiación y la provisión de servicios sanitarios. Derivan dos modelos básicos (Tabla 2) |
| Función del Estado | No protege la salud de forma amplia, sin embargo, costea la atención a los grupos más desfavorecidos y/o marginales sin recursos | Se encarga de la planificación, financiación y distribución de los recursos | Participa en la financiación y gestión del sistema, sin requerir del sector privado para su sostenibilidad |
| Financiación | -El usuario financia el servicio (pago directo) -Compañías privadas de seguros | Presupuestos generales del Estado | -Mayoritariamente pública (impuestos) -Privada(servicios que se demanden directamente de los ciudadanos) |
| Recursos y servicios | Basados en la ley de la oferta y la demanda | Cobertura universal propiedad del estado con la prestación de una amplia cartera de servicios | Tanto públicos como privados siempre que garanticen unos parámetros de calidad asistencial |

Evolución de los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud desde la publicación de la Ley de Cohesión y Calidad

| | Modelo liberal | Modelo socialista | Modelo mixto |
|-------------|--|---|---|
| Ventajas | -Favorece la competitividad para captar clientes y mejores profesionales -Avance científico y tecnológico | - Equidad - Gratuidad -Universalidad -Apuesta por la prevención y la educación sanitaria | Diferentes según el tipo de modelo (Tabla 2.) |
| Desventajas | -Discriminación y falta de equidad - Alto coste individual | -Rigidez burocrática y administrativa -Limita la representación efectiva de los usuarios en la organización -Excluye la opción de prestaciones bajo el control del consumidor | Diferentes según el tipo de modelo (Tabla 2.) |
| Ejemplo | Estados Unidos, Singapur | Cuba, Corea del Norte | Modelos implantados en Europa. |

Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes: (Macia Soler & Moncho Vasallo, 2007) (Curso básico de economía de la salud y gestión clínica, s.f) (Caracterización de Modelos Sanitarios y

Sistemas Sanitarios, 2011) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013)

Sin embargo, a pesar de estas características comunes, según el país en el que está implantado, el modo de financiación es diferente, pudiéndose diferenciar dos tipos de modelos mixtos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013) (Caracterización de Modelos Sanitarios y Sistemas Sanitarios, 2011):

- Modelo de Seguridad Social o Bismarkiano: Modelo inspirado en la legislación social de Alemania (1883).
- Modelo del sistema nacional de salud o Beveridge: Modelo inspirado en el informe Beveridge (1948) en Reino Unido que dio origen al Sistema Nacional de Salud de diferentes países.

2.1. Evolución histórica de la Atención Sanitaria en España hasta 1986

En España el Sistema Sanitario se ha caracterizado a lo largo de la historia por el reto que ha supuesto la evolución de las necesidades, obligando a las estructuras sanitarias a adaptarse a las necesidades de cada época (Macia Soler & Moncho Vasallo, 2007) de manera que, para entender mejor cómo se ha llegado a implantar el actual sistema sanitario se realiza una breve reseña de los antecedentes históricos desde la II República Española hasta la actualidad.

2.1.1. La reforma sanitaria de la II República Española (1931-1939)

En el último tercio del siglo XIX se tomó conciencia de la falta de iniciativas sanitarias y la mala calidad de vida que la población española presentaba. En los años siguientes se intentó poner medidas a los problemas de salud existentes, llevando a crear, por parte del Estado, la Dirección General de Sanidad y la Ley orgánica de Sanidad en 1855 (Macia Soler & Moncho Vasallo, 2007). Sin embargo, no fue hasta la puesta en marcha de la II República cuando se produjeron cambios sustanciales en la política socioeconómica, cuyo objetivo principal en cuanto a sanidad se refiere, fue disminuir la morbilidad y mejorar el estado de salud de la población en su conjunto (Rodríguez Ocaña, 2008).

Tabla 2. Diferencias entre los Modelos Mixtos

| | Modelo Bismark (Seguridad Social) | Modelo Beveridge (Sistema Nacional de Salud) |
|----------------------|--|--|
| Concepto | Garantiza la asistencia a los trabajadores que pagan el seguro obligatorio | Reconoce el derecho de todo ciudadano a la protección de la salud |
| Función del Estado | Constituye la autoridad sanitaria y tiene en sus manos la red de salud pública, garantizando, además de la atención sanitaria de los trabajadores que pagan el seguro obligatorio, determinados tipos de asistencia básica pública como las vacunaciones o servicios de salud maternas. Además financia los seguros de los sectores desfavorecidos y sin cobertura (impuestos generales) | Se encarga de la planificación y la salud pública, así como de la elaboración de planes de salud |
| Financiación | Cotizaciones obligatorias de los trabajadores y empresarios | Presupuestos generales del estado (impuestos) |
| Recursos y servicios | Universales, gratuitos y en condiciones de equidad (actualmente) | Universales, gratuitos, equitativos y con libertad de acceso de toda la población |

| | Modelo Bismark (Seguridad Social) | Modelo Beveridge (Sistema Nacional de Salud) |
|-------------|---|---|
| Ventajas | <ul style="list-style-type: none"> - Participación de los trabajadores en la riqueza que generan -Estructura de gestión solida con experiencia y prestigio -Gran libertad de elección para los pacientes (tipo de médicos, frecuencia etc...) -Alto nivel de satisfacción poblacional | <ul style="list-style-type: none"> -Universalidad -Equidad -Gratuidad -Coordinación entre niveles asistenciales y servicios sociales |
| Desventajas | <ul style="list-style-type: none"> Alto coste de las prestaciones sanitarias, dificultando la viabilidad económica (por mayor influencia de la demanda) -Mayores gastos administrativos en cuanto a su gestión -Falta de organización y coordinación entre los niveles asistenciales | <ul style="list-style-type: none"> -Alto coste de las prestaciones sanitarias, dificultando la viabilidad económica -Susceptibilidad a las situaciones de crisis económica y endeudamiento público -Mecanismo de racionamiento implícito (listas de espera, necesidades aparentemente crecientes...) |
| Ejemplos | Alemania, Holanda | Reino Unido, España |

Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes: (Macia Soler & Moncho Vasallo, 2007) (Curso básico de economía de la salud y gestión clínica, s.f) (Caracterización de Modelos Sanitarios y Sistemas Sanitarios, 2011) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013)

Durante los primeros años de esta época, se encontraba al frente de la Sanidad española Marcelino Pascua Martínez cuya proposición principal fue la reforma de la higiene pública y la medicina preventiva, apostando por la implantación del seguro obligatorio de enfermedad con el fin de asegurar a todo trabajador la atención de enfermedades, accidentes, vejez, invalidez y muerte, aparte de impulsar la investigación sanitaria para financiar proyectos en función de las conveniencias epidemiológicas nacionales, incorporar la Cruz Roja y crear el primer sistema de información sanitaria (Rodríguez Ocaña, 2008). Además, para poder llevar a cabo el importante programa de reformas sanitarias, se creó una nueva figura de enfermería mediante títulos impartidos por la Escuela Nacional de Sanidad, las enfermeras visitadoras, definidas como enfermeras especializadas en la labor social, cuyas labores principales fueron enseñar higiene, ayudar a la prevención de enfermedades y cultivar la salud, contribuyendo con el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la II República (Oscar, 2013) (Gascón Pérez & Bernabeu Mestre, 1999).

No obstante, durante la guerra civil española (1936), se truncaron todas aquellas iniciativas que tenían como objetivo salvaguardar la salud de la población, incluidas la aprobación del programa que reconocía los derechos de los trabajadores en la Constitución republicana de 1931 y el aseguramiento del Accidente de Trabajo obligatorio de 1932, agravando aún más la pobreza y la enfermedad de los ciudadanos, sobre todo a partir de 1937 donde la intensificación de la hambruna y la morbimortalidad generada por las epidemias eran alarmantes (Montseny & Huertas, 2007) (González Canalejo, 2012). Sin embargo, las propuestas para la mejora de la salud durante la república no fueron en vano puesto que, aunque el paso de la guerra no permitió aprobar ninguna ley, planificaron la sanidad de una forma que a la larga daría lugar a un sistema nacional de salud del que formaría parte el seguro de enfermedad (Cabo Salvador, 2010) (Redondo Rincón, 2012) (Masset Campos, Sáez Gómez, & Martínez Navarro, 1994).

2.1.2. Seguro Obligatorio de Enfermedad (S.O.E)

La catástrofe social, económica y sanitaria era el reflejo de la nueva situación creada por la guerra civil y la instauración del franquismo. La organización sanitaria se veía incapaz de atender al incremento de enfermos infecciosos y la necesidad de curar a los trabajadores,

impulsado por el movimiento obrero, se convirtió en una nueva filosofía (Redondo Rincón, 2012).

Dada esta situación, aunque autores como Redondo Rincón (2012) señalan que no se implantó con intereses sanitarios sino políticos, se aprobó la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad en 1942, a partir de la cual, posteriormente, se configura el Sistema Sanitario de la Seguridad Social (1963) basado en la conveniencia de cubrir el riesgo de enfermar de los trabajadores. No obstante, su implantación no se puede asignar exclusivamente a quienes redactaron y aprobaron esta Ley, ya que los gobiernos anteriores desarrollaron diversas actuaciones que supusieron la base de su implantación (Pons Pons, s.f.).

Éste nuevo modelo sanitario se financiaba a través de cuotas obligatorias de trabajadores y empresarios, derivando los impuestos generales del estado a la financiación de los sectores desfavorecidos y sin cobertura, así como a la asistencia básica pública (vacunaciones y servicios de salud maternas) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013).

Además de todo ello, en lo referente a enfermería, otra de las características de esta época fue la aprobación del Estatuto de los Colegios de Practicantes, Matronas y Enfermeras (1945) aunque posteriormente, mediante el Real Decreto de 1953, estos tres planes de estudios se unificaron, dando lugar a un único profesional bajo la titulación de Asistente Técnico Sanitario (ATS) cuya principal misión era ayudar al médico en sus labores (Quintairos Domínguez, 2008).

2.1.3. Sistema Nacional de Salud Español

El modelo de Seguridad Social estuvo vigente hasta la Constitución de 1978, etapa que se caracteriza por una mejora en la asistencia sanitaria y un gran avance tecnológico pero, también por la presencia de importantes desigualdades en materia de salud (Macia Soler & Moncho Vasallo, 2007).

Fue en este año, cuando se reconoció el derecho a la protección de salud y atención sanitaria de los ciudadanos (artículo 43 de la Constitución de 1978) provocando la necesidad de realizar una reforma del modelo sanitario, sin embargo, no fue hasta 1986, a partir de la

aplicación de la Ley General de Sanidad, implantada con el objetivo de regular todas las acciones que permitieran hacer efectivo este derecho en condiciones de igualdad, cuando quedó definitivamente estructurada esta reforma, dando lugar al modelo sanitario que adopta España en la actualidad, el Sistema Nacional de Salud cuyas principales características están reflejadas en la Tabla 2 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

Esta ley quedó orientada prioritariamente a la promoción de la salud mediante la educación sanitaria y la prevención de las enfermedades de los individuos y de la comunidad, objetivo que corre a cargo de la Atención Primaria de Salud (primer nivel asistencial). No obstante, al mismo tiempo, también se pretendió garantizar la Atención Sanitaria Especializada, incluyéndose en ésta la atención domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación. De esta manera, mediante ambos niveles asistenciales, la promoción y prevención de la salud, la asistencia sanitaria en los casos de pérdida de bienestar, las acciones necesarias para la rehabilitación funcional, las intervenciones pertinentes para la reinserción social, así como la planificación y evaluación sanitaria para procurar altos niveles de calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles quedaron cubiertas por los profesionales sanitarios, entre ellos las enfermeras, que pasaron de ser ATS a Diplomados Universitarios de Enfermería antes de la aplicación de esta ley (1977) y siendo totalmente consideradas como profesionales sanitarios con la Constitución Española de 1978 (artículo 36) (BOE- -A-1986-10499) (Quintairos Domínguez, 2008).

Sin embargo, aunque la enfermería ya era reconocida como una profesión sanitaria, la plena autonomía profesional de ésta no se ratifica hasta la Ley de Ordenación de las Profesiones sanitarias de 2003, ley que reguló la ordenación de la actividad de la profesión enfermera para que pudieran hacer juicios clínicos y tomar decisiones de manera independiente en la práctica clínica, lo que dificultó el desarrollo profesional y académico (Quintairos Domínguez, 2008) (González Carrillo, Arras Vota, & Moriel Corral, 2012).

2.2. La descentralización en el Sistema Nacional de Salud Español

Por otro lado, la Ley General de Sanidad de 1986, no sólo constituyó la base para la creación y desarrollo del SNS si no que, entre sus principios y criterios, se encontraba la descentralización política de la sanidad en Comunidades autónomas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012), proceso que fue legislándose de forma progresiva y que quedó totalmente promulgado a partir de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS en 2003, orientada a garantizar los principios de equidad, calidad y participación ciudadana (Macía Soler & Moncho Vasallo, 2007).

La descentralización supuso que cada Comunidad Autónoma (CCAA) contase con un Servicio de Salud, es decir, otorgaba a cada administración autonómica la responsabilidad de atender a la salud de sus ciudadanos (Sevilla, 2006), con el fin, según Rey del Castillo (1998), de:

- Transferir la responsabilidad de los gobiernos centrales a las distintas administraciones autonómicas reconociendo la autonomía de las mismas para gobernar el propio territorio.
- Reducir el gasto económico.
- Buscar una mayor efectividad y eficiencia para llevar a cabo las funciones públicas.
- Fomentar la participación y el acercamiento de la administración a los ciudadanos.

Todo ello permitió adecuar, teniendo en cuenta la participación de la población, las prestaciones a las demandas y preferencias de los ciudadanos y, aumentar el número de ideas y opiniones sobre organizar el sistema de salud de la mejor forma posible, dada la sustitución de un Ministerio de Sanidad por 17 consejeros de Sanidad en las 17 CCAA (Antón Pérez, Muñoz de Bustillo Llorente, Fernández Macías, & Rivera Navarro, 2010).

Sin embargo parece ser que el proceso de descentralización trajo consigo más problemas que ventajas. Entre ellos, las desigualdades en salud han sido el problema más destacado entre autores como Carles Murillo (1998), Vicenç Navarro (2006) o Ana Rico y José Manuel Freire y Gervás (2007) ya que, la ausencia general de estrategias de coordinación para combatir la falta de equidad ha supuesto, desde tiempos remotos, un motivo importante de estudio, siendo

las desigualdades en el gasto y financiación, en la salud de los ciudadanos y en el acceso y utilización de recursos los temas protagonistas.

Claros ejemplos de las desigualdades observadas tras la transferencia de las competencias son el hecho de “cómo distribuir los fondos destinados a la financiación sanitaria y cómo justificar la distribución efectuada” lo cual ha supuesto un hándicap constante desde el inicio del proceso de descentralización, más impactante aún si se considera que los niveles de salida tienen una relación inversa con el nivel de ingresos; las diferencias en el nivel de esfuerzo de las distintas CCAA para ofrecer servicios adicionales a la cartera de servicios; las desigualdades en cuanto a los salarios y condiciones de trabajo o, el hecho de que los ciudadanos con peor situación social presenten mayores riesgos para la salud y una peor atención sanitaria dentro de una misma comunidad autónoma, llevando a incumplir el principio de equidad recogido en la Ley de Cohesión y Calidad y, evidenciándose la necesidad de conocer hasta qué punto son tolerables o, en su caso, inadmisibles, para poner en marcha medidas que permitan evitar diferencias injustas, innecesarias y evitables según las necesidades de las distintas clases sociales, sexos y áreas geográficas (Cantarero Prieto, 2008) (González López-Valcárcel & Barber Pérez, Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España, 2009) (Benach, Daponte, Borrell, Artazcoz, & Fernández, s.f).

Por otra parte, y siguiendo con los problemas derivados de la descentralización, no se debe olvidar el aumento de los costes que ha originado la multiplicación de las estructuras organizativas, la aparición de entidades regionales de distinto tamaño ni el incremento del gasto sanitario que ha supuesto la pérdida de poder monopolista dada la posición de debilidad de mercado de los administradores frente a las empresas farmacéuticas (Rey del Castillo, 1998) (Antón Pérez, Muñoz de Bustillo Llorente, Fernández Macías, & Rivera Navarro, 2010).

2.3. Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud

Volviendo al tema de las desigualdades en materia de salud que, como se ha comentado anteriormente, provocó el proceso de descentralización de las competencias sanitarias a las CCAA, se podría decir que la falta de equidad supuso el incumplimiento de uno de los objetivos de la misma ley que permitió definitivamente que se llevara a cabo este proceso: La Ley de Cohesión y Calidad 16/2003. Ésta ley nació con la pretensión de articular la coordinación sanitaria para garantizar los derechos constitucionales de los ciudadanos, llegándose a definir cómo “El marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, que garantice la equidad, la calidad y la participación social en el SNS” (Sánchez Fernández, 2007) (Macia Soler & Moncho Vasallo, 2007). A continuación se resumen sus previsiones:

- a) Define el catálogo de prestaciones comunes, es decir, el conjunto de servicios de salud preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción dirigidos a los ciudadanos.
- b) Otorga al Estado la labor exclusiva de evaluar, registrar, autorizar, vigilar y controlar los medicamentos y productos sanitarios garantizando una mayor coordinación.
- c) Reconoce la importancia de los profesionales en la calidad del sistema sanitario español haciendo hincapié en la necesidad de la formación y desarrollo profesional.
- d) Recalca la importancia de la investigación en el desarrollo y efectividad de los servicios sanitarios y la protección de la salud.
- e) La Ley encomienda al Ministerio de Sanidad la responsabilidad para crear un sistema de información sanitaria, con el fin de garantizar la disponibilidad de la información y la comunicación entre la Administración del Estado y las CCAA.
- f) Determina actuaciones coordinadas, en materia de salud pública, para dar respuesta a situaciones de riesgo o alarma.
- g) Fomenta la participación social en la toma de decisiones.

- h) Adapta el Consejo Interterritorial (órgano fundamental de cohesión inter autonómico) al SNS, cuya responsabilidad recae en informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para su funcionamiento.
- i) Establece la necesidad de atender los problemas de salud más prevalentes mediante la elaboración de planes o estrategias de salud que determinen los estándares mínimos y modelos básicos de atención y, que especifiquen actuaciones de efectividad reconocida, herramientas de evaluación e indicadores de actividad.

Las estrategias para desarrollar estas previsiones se están llevando a cabo desde la publicación de esta ley con el objetivo de velar por la equidad en el acceso y la calidad de las prestaciones ofrecidas, así como por la sostenibilidad de los sistemas públicos de salud. Entre estas estrategias, cabe destacar la creación de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud con el fin de garantizar el cumplimiento de los propósitos de la creación del SNS (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010).

2.3.1. Agencia de Calidad del SNS

Tras la entrada en vigor de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS se creó la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud con el fin de posibilitar y coordinar el cumplimiento de los objetivos previstos en el Plan de Calidad. Éste pretende mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto para conseguir una asistencia sanitaria de excelencia centrada en los pacientes y sus necesidades, además de apoyar al personal sanitario en la adopción de buenas prácticas basadas en la mejor evidencia científica posible con tal fin (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010). Sus objetivos pueden resumirse en:

- Protección, promoción de la salud y prevención de enfermedad
- Fomento de la equidad
- Apoyo a la planificación y el desarrollo de los recursos humanos en salud
- Fomento de la excelencia clínica

- Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención de los ciudadanos
- Consolidar un sistema de información del SNS fiable, oportuno y accesible

2.4. Los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud y el proceso de Benchmarking

Sobre la base de las consideraciones anteriores, uno de los objetivos del Plan de Calidad y una de las previsiones incluidas en la Ley de Cohesión y Calidad, fue consolidar un sistema de información fiable, oportuno y accesible, dando lugar a un Sistema de Información Sanitaria (SIS) normalizado y acordado con las comunidades autónomas que garantiza el acceso a la información sanitaria (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010) (Sánchez Fernández, 2007).

Este sistema de información cuenta con los llamados “Indicadores Clave del SNS” los cuales proporcionan información fundamental para el sistema sanitario. Éstos indicadores, definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “variables que sirven para medir cambios”, son útiles para poder objetivar una situación determinada, evaluar su comportamiento en el tiempo y realizar comparaciones entre los resultados de procesos o servicios propios de una organización frente a los de otra organización, proceso sistemático conocido como Benchmarking (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014) (Indicadores de Salud, 2012) (Benchmarking de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación del gobierno clínico en el ámbito hospitalario, 2008).

Gracias a la utilización de estas herramientas es posible conocer los resultados en materia de salud de la población o la medición de las desigualdades en el territorio español, motivo último por el que se han utilizado en el presente estudio con el fin de explorar las posibles diferencias entre los diferentes sistemas autonómicos de salud, respecto a calidad, utilización de recursos humanos, materiales y económicas se refiere, que engloban el SNS.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

1. Analizar la evolución de los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud en las diferentes Comunidades Autónomas desde la Ley de Cohesión y Calidad.

3.2. Objetivos específicos

1. Seleccionar los indicadores que permitan medir los aspectos más relevantes, atendiendo a criterios de calidad asistencial y equidad.
2. Comparar los resultados obtenidos y reflexionar acerca de la influencia que ha tenido el contexto político, social, cultural y económico en la calidad asistencial y la equidad a lo largo del tiempo.

4. Metodología

4.1. Diseño y ámbito de estudio

Se llevó a cabo un estudio transversal, descriptivo y retrospectivo con el fin de realizar una valoración general del impacto que el contexto político, social, económico y cultural ha tenido en la equidad y la calidad de la atención sanitaria de las distintas comunidades autónomas mediante una evolución de los indicadores clave del sistema nacional de salud desde la aplicación de la Ley de Cohesión y Calidad en 2003.

Se realizó un corte transversal de cada 4 años desde el año 2003 y el último año en el que existe información disponible y se elaboró una lista de aquellos indicadores que más valor aportaron al estudio.

Posteriormente, tras la obtención de los datos pertinentes, se contrastaron los resultados mediante un proceso de Benchmarking entre las diferentes Comunidades Autónomas para alcanzar el objetivo propuesto.

4.2. Fuentes de Información

Para la búsqueda de información se ha utilizado el Sistema de Información Sanitaria (SIS) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad disponible en la web, al cual se puede acceder a través de este enlace: <http://inclasns.msssi.es/>

Esta fuente incluye gran cantidad de datos, en forma de indicadores, capaces de proporcionar información de manera integrada y sistemática acerca de la situación y servicios sanitarios en España, los cuales han sido desarrollados por la Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Interterritorial llegándose a definir como Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud.

4.3. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud

Los indicadores de salud proporcionan información sobre la magnitud de una gran variedad de problemas de salud y de su evolución en el tiempo, permiten evaluar hasta qué punto se han cumplido los objetivos de determinados programas y permite valorar adecuadamente las

tendencias y posibles diferencias en cuanto a calidad asistencial y equidad se refiere, motivo por el cual han sido utilizados en el presente estudio.

Los Indicadores Clave de Sistema Nacional de Salud presentes en el Sistema de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se encuentran agrupados en diferentes apartados en función de su significado sanitario de manera que, tras ser examinados, se seleccionaron aquellos que pudieran aportar mayor información acerca de los objetivos previamente establecidos, atendiendo a los siguientes criterios:

- Disponibilidad de datos.
- Utilidad para la valoración de las tendencias y posibles diferencias en cuanto a equidad y calidad asistencial se refiere.

Así mismo, con el fin de simplificar la información, se excluyeron todos aquellos indicadores que aportaran información acerca de grupos de población específicos. A continuación y, siguiendo con la estructura establecida por el SIS, se detallan los indicadores seleccionados (Tabla 3) pudiéndose consultar la justificación y definición de los mismos en el Anexo I:

Tabla 3. Indicadores clave del SNS incluidos en el estudio.

| Grupos | Indicadores | Fórmula |
|-------------------------------------|---|---|
| Indicadores de población | Población total | Suma de las personas que residen en un territorio en un momento determinado |
| Indicadores de bienestar | Salud autopercebida | (Número de personas que refieren que su estado de salud es bueno o muy bueno/ número total de personas encuestadas) x 100 |
| Indicadores de mortalidad | Mortalidad general por 100000 habitantes | (Número de defunciones ocurridas durante un año por todas las causas/ población en ese año) x 100000 |
| | Mortalidad infantil | (Número de defunciones de menores de un año/ número total de nacimientos vivos) x 1000 |
| Indicadores de accesibilidad | Población cubierta por el sistema sanitario público | (Número de personas que declaran tener cobertura sanitaria pública/ número total de personas entrevistadas) x 100 |
| | Pacientes en espera para consultas especializadas por 1000 habitantes | Número de pacientes pendientes de una primera consulta en Atención especializada/ población x 1000 |

| Grupos | Indicadores | Fórmula |
|--------------------------------|---|---|
| Indicadores de recursos | Médicos de atención primaria por 1000 personas asignadas | $(\text{Número de profesionales médicos} / \text{población asignada a atención primaria}) \times 1000$ |
| | Médicos especialistas por 1000 habitantes | $(\text{Número de médicos} / \text{Población}) \times 1000$ |
| | Enfermería de atención primaria por 1000 personas asignadas | $(\text{Número de profesionales de enfermería en atención primaria} / \text{población asignada a atención primaria}) \times 1000$ |
| | Enfermería especializada por 1000 habitantes | $(\text{Número de profesionales de enfermería} / \text{población}) \times 1000$ |
| | Camas en funcionamiento por 1000 habitantes | $(\text{Número total de camas en funcionamiento en un año} / \text{población en ese año}) \times 1000$ |
| | Quirófanos en funcionamiento por 100000 habitantes | $(\text{Número de quirófanos en funcionamiento} / \text{Población})$ |

| Grupos | Indicadores | Fórmula |
|-----------------------------|--|---|
| Indicadores de uso | Frecuentación atención primaria por persona asignada/año | Número de consultas a medicina de atención primaria registradas en un año / Población asignada a atención primaria en ese año |
| | Frecuentación en consultas de atención especializada por 1000 habitantes/año | (Número de consultas registradas en hospitales y centros de atención especializada / Población) x 1000 |
| | Ingresos hospitalarios por 1000 habitantes/ año | (Número total de ingresos en un año/población en ese año) x 1000 |
| | Tasa de intervenciones quirúrgicas por 1000 habitantes/ año | (Número total de actos quirúrgicos realizados en un año / Población en ese año) x 1000 |
| | Estancia media (EM) | Promedio de días de estancia del total de altas válidas |
| Indicadores de gasto | Gasto sanitario por habitante | (Gasto sanitario público + Gasto sanitario privado) / Población de referencia |
| | Gasto sanitario en atención primaria | (Gasto sanitario público en atención primaria en un año/ Total gasto sanitario público corriente en ese año) x 100 |

| Grupos | Indicadores | Fórmula |
|---------------------------------|--|--|
| | Gasto sanitario en atención especializada | $(\text{Gasto sanitario público en servicios hospitalarios y especializados} / \text{Total gasto sanitario público corriente}) \times 100$ |
| | Gasto sanitario en conciertos | $(\text{Gasto sanitario público en concierto de asistencia sanitaria} / \text{Total gasto sanitario público}) \times 100$ |
| Indicadores de seguridad | Tasa de infección hospitalaria | $\text{Número de altas hospitalarias con diagnóstico de infección nosocomial, en un año} / \text{total de altas en ese año}) \times 100$ |
| | Tasa de fracturas caderas en ingresados | $(\text{Número de altas hospitalarias con diagnóstico secundario de fractura de cadera} / \text{total de altas del periodo}) \times 100$ |
| | Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos | $\text{Número de notificaciones con sospecha de reacción adversa a medicamentos, realizadas en un año y cargadas en FEDRA}^1 / \text{población en ese año} \times 1000000$ |
| | Mortalidad intrahospitalaria global por cada 100 altas hospitalarias | $(\text{Número total de altas hospitalarias por fallecimiento} / \text{total de altas}) \times 100$ |

Evolución de los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud desde la publicación de la Ley de Cohesión y Calidad

| Grupos | Indicadores | Fórmula |
|---|---|---|
| Indicadores de opinión | Satisfacción funcionamiento sistema sanitario público | Suma de las valoraciones del grado de satisfacción / Número de individuos encuestados |
| Total de indicadores seleccionados | | 27 |

Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes: (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014)

JFEDRA: Farmacovigilancia en España, Datos de Reacciones Adversa

5. Resultados

5.1. Indicadores generales

En 2013 había en España un total de 46,6 millones de habitantes de los cuales el 18%, 15,97% y 13,72% residían en Andalucía, Cataluña y Madrid respectivamente, las comunidades autónomas más pobladas hasta el momento. A contraposición se encontraban La Rioja (0,68%), Ceuta (0,18%) y Melilla (0,17%) constituyendo los territorios menos poblados durante el periodo ha estudio.

Tabla 4. Indicador: Población total

| CCAA | 2003 | 2007 | 2011 | 2013 | MEDIA | DS* |
|----------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|
| España | 42196231 | 45236004 | 46736257 | 46593236 | 45190432 | 2107506 |
| Andalucía | 7544160 | 8052762 | 8352752 | 8387264 | 8084235 | 390128 |
| Cataluña | 6639074 | 7232348 | 7504024 | 7443574 | 7204755 | 394695,20 |
| Com. de Madrid | 5708433 | 6152759 | 6409093 | 6392713 | 6165750 | 326616,80 |
| Com. Valenciana | 4381643 | 4867677 | 5002122 | 4967019 | 4804615 | 287672,40 |
| Galicia | 2707278 | 2747084 | 2771651 | 2753230 | 2744811 | 27111,85 |
| Castilla y León | 2467429 | 2528372 | 2541364 | 2506320 | 2510871 | 32372,97 |
| País Vasco | 2097326 | 2151135 | 2184016 | 2170900 | 2150844 | 38152,70 |
| Castilla – La mancha | 1814956 | 2003264 | 2103317 | 2083588 | 2001281 | 131538 |
| Canarias | 1779468 | 1967966 | 2073985 | 2108462 | 1982470 | 147951,70 |
| Murcia | 1260716 | 1404885 | 1461107 | 1461214 | 1396981 | 94637,28 |
| Aragón | 1231371 | 1309383 | 1344466 | 1334503 | 1304931 | 51213,32 |
| Extremadura | 1062402 | 1085763 | 1103514 | 1098248 | 1087482 | 18302,03 |
| Asturias | 1062196 | 1068046 | 1075114 | 1062935 | 1067073 | 5958,54 |
| Baleares, Islas | 898642 | 1025216 | 1095456 | 1112736 | 1033013 | 97247,53 |
| Navarra | 572466 | 609776 | 638581 | 637020 | 614460,80 | 30963,48 |
| Cantabria | 544887 | 572557 | 591564 | 588538 | 574386,50 | 21361,17 |
| La Rioja | 287655 | 312369 | 321050 | 316825 | 309474,80 | 14972,09 |
| Ceuta | 71159 | 74563 | 82910 | 84500 | 78283 | 6445,92 |
| Melilla | 64969 | 70080 | 80171 | 83645 | 74716,25 | 8679,10 |

*Desviación Típica

Por otra parte, se puede observar cómo la población española ha ido en aumento, marcando una tendencia claramente ascendente en todas las comunidades autónomas.

Tabla 5. Indicador: Porcentaje de población cubierta por el sistema sanitario público

| CCAA | 2003 | 2006 | 2011 | MEDIA | DS* |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| Extremadura | 99,92 | 99,59 | 99,93 | 99,81 | 0,19 |
| Galicia | 99,79 | 99,64 | 99,6 | 99,67 | 0,10 |
| La Rioja | 99,73 | 99,72 | 99,38 | 99,61 | 0,19 |
| Castilla y León | 99,90 | 99,20 | 99,69 | 99,59 | 0,35 |
| Asturias | 99,63 | 99,56 | 99,3 | 99,49 | 0,17 |
| Castilla - La Mancha | 100,00 | 98,89 | 99,55 | 99,48 | 0,55 |
| Baleares, Islas | 99,41 | 99,09 | 99,13 | 99,21 | 0,17 |
| Aragón | 99,71 | 98,69 | 99,00 | 99,13 | 0,52 |
| País Vasco | 99,38 | 99,36 | 98,52 | 99,08 | 0,49 |
| Navarra | 99,72 | 98,67 | 98,81 | 99,06 | 0,57 |
| Cantabria | 100,00 | 98,03 | 98,99 | 99,00 | 0,98 |
| Cataluña | 99,63 | 98,80 | 98,54 | 98,99 | 0,56 |
| España | 99,54 | 98,30 | 98,97 | 98,93 | 0,62 |
| Canarias (CN) | 99,45 | 97,72 | 99,25 | 98,80 | 0,94 |
| Com. Madrid | 99,31 | 98,02 | 98,92 | 98,75 | 0,66 |
| Murcia | 99,86 | 97,02 | 99,18 | 98,68 | 1,48 |
| Com. Valenciana | 99,56 | 97,25 | 98,73 | 98,51 | 1,17 |
| Andalucía | 99,18 | 97,36 | 98,81 | 98,45 | 0,96 |
| Ceuta | 99,61 | 98,21 | 96,55 | 98,12 | 1,53 |
| Melilla | 99,61 | 98,21 | 95,77 | 97,86 | 1,94 |

*Desviación típica

Según los últimos datos disponibles (2011) el sistema sanitario público en España cubre el 98,97% de la población siendo Extremadura la comunidad que más porcentaje de la población cubre (99,93%) seguida de Castilla y León (99,69%) y, por lo contrario Melilla y Ceuta son los territorios que menos población tienen cubierta por el sistema sanitario público (95,77% y 96,55% respectivamente), observándose una diferencia de más de aproximadamente el 4%.

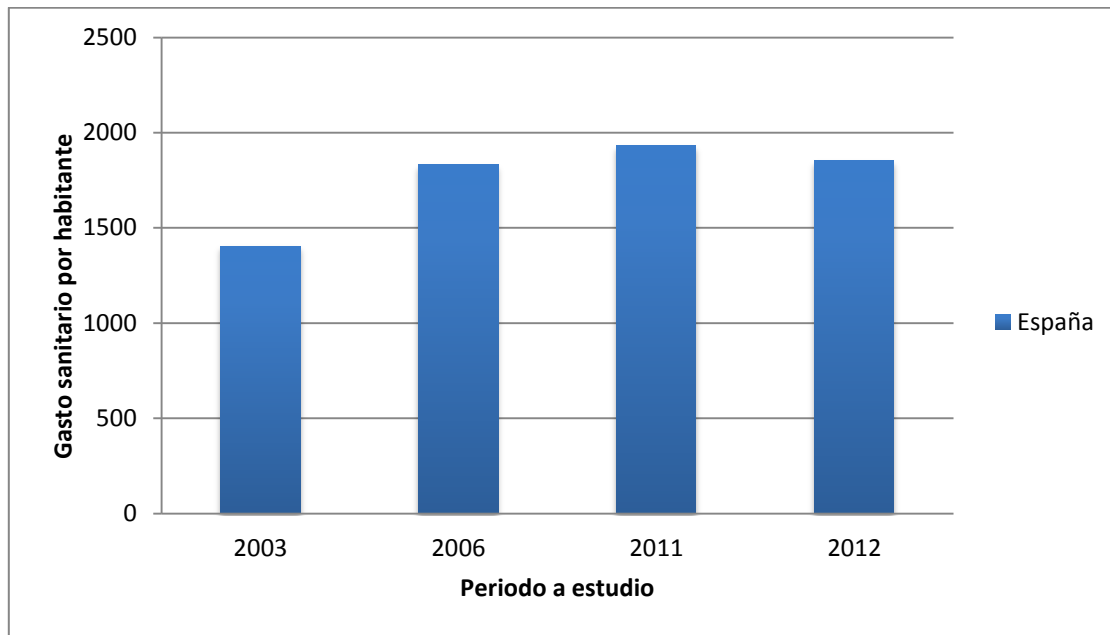
Cabe destacar que las únicas dos CCAA que han llegado a cubrir al 100% de la población fueron Castilla- La Mancha y Cantabria en el 2003. Así mismo, se observa una disminución del porcentaje de población cubierta, en mayor o menor medida, de todas las comunidades para, por lo general, volver a aumentar en el año siguiente.

Tabla 6. Indicador: Gasto sanitario por habitante

| CCAA | 2003 | 2006 | 2011 | 2012 | MEDIA | DS* |
|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| España | 1404,54 | 1833,36 | 1930,06 | 1853,27 | 1755,30 | 237,53 |

*Desviación típica

Gráfico 1: Gasto sanitario por habitante



En el periodo de estudio, la evolución del gasto sanitario por habitante en España muestra un crecimiento anual. En el año 2003, se estima que fue de 1.401,54 euros frente a 1.853,27 euros en 2012, aunque se observa un pequeño descenso desde el año 2011 (1.930,06) al 2012.

Tabla 7. Indicador: Porcentaje del gasto dedicado a conciertos

| CCAA | 2003 | 2007 | 2011 | 2013 | MEDIA | DS* |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| Cataluña | 35,41 | 30,24 | 23,73 | 25,19 | 28,64 | 5,30 |
| Canarias | 10,21 | 9,79 | 10,03 | 9,97 | 10,00 | 0,17 |
| España | 10,37 | 9,78 | 9,26 | 9,52 | 9,73 | 0,47 |
| Com. Madrid | 5,93 | 6,01 | 8,23 | 10,21 | 7,59 | 2,04 |
| Murcia | 7,38 | 7,17 | 7,18 | 6,51 | 7,06 | 0,37 |
| País Vasco | 6,35 | 7,12 | 6,96 | 7,05 | 6,87 | 0,35 |
| Baleares, Islas | 3,82 | 4,60 | 8,10 | 9,64 | 6,54 | 2,78 |
| Asturias | 5,26 | 6,66 | 7,19 | 6,23 | 6,33 | 0,81 |
| Navarra | 4,76 | 5,49 | 7,60 | 7,21 | 6,26 | 1,35 |
| Castilla - La Mancha | 6,08 | 5,73 | 6,75 | 5,32 | 5,97 | 0,60 |
| Com. Valenciana | 4,91 | 6,02 | 6,58 | 6,15 | 5,91 | 0,71 |
| La Rioja | 2,67 | 4,45 | 7,46 | 8,78 | 5,84 | 2,78 |
| Ceuta | 5,62 | 5,12 | 6,30 | 6,25 | 5,82 | 0,56 |
| Galicia | 5,43 | 5,97 | 5,77 | 5,65 | 5,70 | 0,22 |
| Cantabria | 5,63 | 7,92 | 4,50 | 3,84 | 5,47 | 1,79 |
| Melilla | 4,82 | 5,17 | 5,19 | 6,07 | 5,31 | 0,53 |
| Castilla y León | 4,83 | 4,48 | 5,06 | 4,32 | 4,67 | 0,33 |
| Andalucía | 4,88 | 4,65 | 4,68 | 4,31 | 4,63 | 0,23 |
| Extremadura | 4,71 | 3,79 | 4,29 | 4,63 | 4,35 | 0,41 |
| Aragón | 3,52 | 3,85 | 3,99 | 3,37 | 3,68 | 0,28 |

*Desviación típica

El porcentaje del gasto dedicado a conciertos es de un 9,73 % de promedio en España y oscila entre el 28,64% (Cataluña) y 3,68% (Aragón) dentro de las Comunidades Autónomas, por lo que se puede observar una diferencia del 24,96%.

En el análisis de los datos, se ha de tener en cuenta que Cataluña es la comunidad que mayor gasto dedica en conciertos cuyo porcentaje es significativamente superior al resto de comunidades aunque haya descendido en su evolución durante los años estudiados (35,41% en 2003 frente a 25,19% en 2013). En cuanto a las demás comunidades, se observa una dinámica con grandes diferencias en la evolución, entre las cuales se destaca La Rioja (2,67% en 2003 frente a 8,78% en 2013), las Islas Baleares (3,82% en 2003 frente a 9,64% en 2013) y Madrid (5,93% en 2003 frente a 10,21% en 2013) que han incrementado en gran medida el gasto destinado a este ámbito.

Gráfico 2: Porcentaje de gastos en conciertos

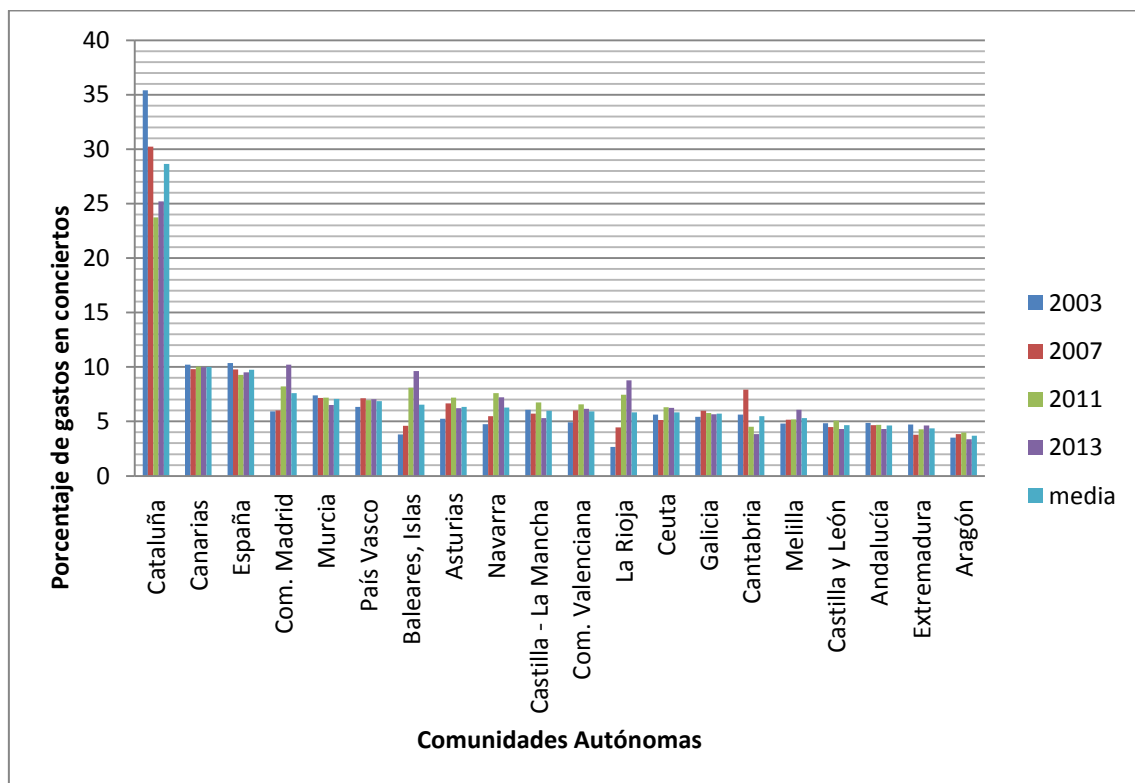


Tabla 8. Indicador: Tasa de mortalidad general ajustada por 1.000.000 hab.

| CCAA | 2003 | 2007 | 2011 | 2013 | MEDIA | DS* |
|----------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| Ceuta | 722,96 | 691,73 | 607,19 | 596,37 | 654,56 | 62,42 |
| Melilla | 732,07 | 628,93 | 604,58 | 541,23 | 626,70 | 79,37 |
| Andalucía | 679,69 | 603,65 | 533,82 | 506,14 | 580,82 | 77,63 |
| Canarias | 650,04 | 588,25 | 513,25 | 474,11 | 556,41 | 78,35 |
| Extremadura | 645,03 | 558,47 | 493,90 | 494,58 | 547,99 | 71,42 |
| Asturias | 619,40 | 555,92 | 507,90 | 479,20 | 540,60 | 61,32 |
| Murcia | 632,96 | 564,00 | 495,20 | 464,00 | 539,04 | 75,27 |
| Com. Valenciana | 643,39 | 553,89 | 490,87 | 463,74 | 537,97 | 79,78 |
| España | 603,43 | 535,79 | 474,51 | 452,91 | 516,66 | 67,66 |
| Baleares, Islas | 602,27 | 518,68 | 485,95 | 457,13 | 516,00 | 62,76 |
| Galicia | 579,85 | 531,14 | 475,65 | 458,42 | 511,26 | 55,25 |
| Cataluña | 587,42 | 515,73 | 456,29 | 438,87 | 499,57 | 67,17 |
| Cantabria | 561,46 | 529,53 | 467,23 | 439,75 | 499,49 | 55,83 |
| Aragón | 574,07 | 507,99 | 465,29 | 437,67 | 496,25 | 59,39 |
| País Vasco | 572,02 | 510,18 | 458,29 | 430,72 | 492,80 | 62,24 |
| Castilla - La Mancha | 558,12 | 510,04 | 448,07 | 433,96 | 487,54 | 57,49 |
| La Rioja | 543,71 | 499,25 | 443,13 | 415,70 | 475,44 | 57,27 |
| Castilla y León | 528,75 | 484,54 | 428,50 | 418,06 | 464,96 | 51,57 |
| Navarra | 533,17 | 472,52 | 419,65 | 414,45 | 459,94 | 55,41 |
| Com. Madrid | 547,47 | 477,98 | 410,25 | 390,18 | 456,47 | 71,35 |

*Desviación típica

En los últimos años se han producido en España un promedio de 516,66 por 1.000.000 habitantes de fallecimientos anuales, de acuerdo con los datos disponibles. Se observa claramente un descenso de la tasa de mortalidad general ajustada por 1.000.000 habitantes en España, descenso con el cual coinciden todas las Comunidades Autónomas excepto Extremadura, cuya tasa se ha ido incrementando muy ligeramente desde 2011.

Ceuta y Melilla son las CCAA que mayor tasa de mortalidad con un promedio de 654,56 y 626,7 defunciones por 1.000.000 habitantes respectivamente, en cambio, la Comunidad de Madrid (456,47) y Navarra (459,94) fueron las comunidades con menor tasa de mortalidad general registrada.

Tabla 9. Indicador: Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos

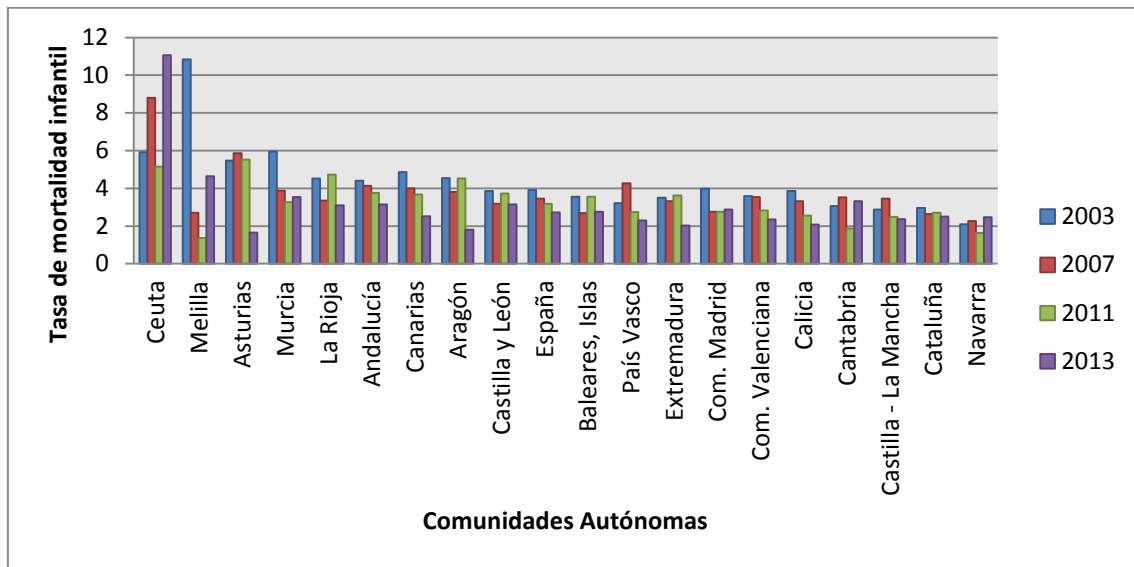
| CCAA | 2003 | 2007 | 2011 | 2013 | MEDIA | DS* |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|
| Ceuta | 5,91 | 8,8 | 5,15 | 11,05 | 7,72 | 2,71 |
| Melilla | 10,84 | 2,7 | 1,37 | 4,64 | 4,88 | 4,18 |
| Asturias | 5,48 | 5,87 | 5,53 | 1,65 | 4,63 | 1,99 |
| Murcia | 5,95 | 3,87 | 3,27 | 3,54 | 4,15 | 1,21 |
| La Rioja | 4,52 | 3,36 | 4,73 | 3,10 | 3,92 | 0,81 |
| Andalucía | 4,41 | 4,14 | 3,76 | 3,14 | 3,86 | 0,55 |
| Canarias | 4,87 | 4,00 | 3,67 | 2,52 | 3,76 | 0,97 |
| Aragón | 4,54 | 3,81 | 4,52 | 1,80 | 3,66 | 1,29 |
| Castilla y León | 3,86 | 3,19 | 3,73 | 3,14 | 3,48 | 0,36 |
| España | 3,92 | 3,46 | 3,19 | 2,73 | 3,32 | 0,49 |
| Baleares, Islas | 3,56 | 2,69 | 3,55 | 2,75 | 3,13 | 0,48 |
| País Vasco | 3,21 | 4,27 | 2,74 | 2,30 | 3,13 | 0,84 |
| Extremadura | 3,51 | 3,31 | 3,62 | 2,03 | 3,11 | 0,73 |
| Com. Madrid | 3,98 | 2,75 | 2,76 | 2,88 | 3,09 | 0,59 |
| Com. Valenciana | 3,59 | 3,54 | 2,83 | 2,35 | 3,07 | 0,59 |
| Galicia | 3,86 | 3,31 | 2,55 | 2,08 | 2,95 | 0,79 |
| Cantabria | 3,07 | 3,53 | 1,87 | 3,31 | 2,94 | 0,74 |
| Castilla - La Mancha | 2,88 | 3,45 | 2,48 | 2,36 | 2,79 | 0,49 |
| Cataluña | 2,97 | 2,64 | 2,71 | 2,51 | 2,70 | 0,19 |
| Navarra | 2,10 | 2,27 | 1,63 | 2,47 | 2,11 | 0,35 |

*Desviación típica

En cuanto a la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos, España se sitúa en 2013 con un total de 273.000 fallecimientos, observándose, al igual que en la tasa de mortalidad general, un descenso en su evolución a lo largo de los años, a excepción de Ceuta (11,05), Melilla (4,64), Cantabria (3,31), Com. Madrid (2,88) y Navarra (2,47) cuya tasa ha aumentado en el último año, sin embargo, en la comunidad de Navarra, la tasa registrada sigue estando por debajo de la media española.

No obstante, este descenso no se observa de igual forma en todas las CCAA ya que existen variaciones a medida que pasan los años.

Gráfico 3: Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos



Ambas ciudades autónomas, Ceuta (7,72) y Melilla (4,88), son las que mayor tasa de mortalidad infantil presentan de promedio, lo cual casi triplica (en el caso de Ceuta) las tasas de Navarra (2,11) y Cataluña (2,7), las comunidades en las que menor tasa de mortalidad infantil se produce.

5.2. Indicadores de Atención Primaria (AP)

Tabla 10. Indicador: Frecuentación en medicina de atención primaria por persona asignada/año

| CCAA | 2007 | 2011 | 2014 | MEDIA | DS* |
|----------------------|------|------|------|-------|------|
| Castilla y León | 7,70 | 8,11 | 7,86 | 7,89 | 0,20 |
| Extremadura | 8,90 | 7,25 | 6,63 | 7,59 | 1,17 |
| Castilla - La Mancha | 6,75 | 7,50 | 6,03 | 6,76 | 0,73 |
| Andalucía | 7,43 | 6,23 | 5,86 | 6,50 | 0,82 |
| Murcia | 5,62 | 7,06 | 6,13 | 6,27 | 0,73 |
| Melilla | 5,79 | 6,64 | 5,25 | 5,89 | 0,70 |
| Galicia | 6,27 | 5,53 | 5,50 | 5,76 | 0,43 |
| Asturias | 5,76 | 5,80 | 5,55 | 5,70 | 0,13 |
| Cantabria | 5,66 | 5,86 | 5,45 | 5,65 | 0,20 |
| España | 5,96 | 5,51 | 5,24 | 5,57 | 0,36 |
| Aragón | 5,85 | 5,54 | 5,22 | 5,53 | 0,31 |
| La Rioja | 4,22 | 5,93 | 6,35 | 5,50 | 1,12 |
| Canarias | 5,66 | 5,45 | 5,14 | 5,41 | 0,26 |
| Co. Madrid | 5,51 | 5,44 | 5,12 | 5,35 | 0,20 |
| Ceuta | 5,24 | 5,81 | 4,80 | 5,28 | 0,50 |
| Navarra | 5,40 | 4,66 | 4,64 | 4,90 | 0,43 |
| País Vasco | 4,65 | 4,17 | 4,83 | 4,55 | 0,34 |
| Com. Valenciana | 3,84 | 4,75 | 4,97 | 4,52 | 0,59 |
| Baleares, Islas | 4,39 | 4,29 | 3,83 | 4,17 | 0,29 |
| Cataluña | | 4,03 | 3,64 | 3,83 | 0,27 |

*Desviación típica

La frecuentación promedio en España del servicio de Atención Primaria por cada 1.000 habitantes fue de 5,57 veces por persona y año.

En 2014, esta frecuentación fue de un 5,24 por persona en España, siendo Castilla y León la comunidad que más personas visitaban este servicio (7,86) y Cataluña, seguida de las Islas Baleares, la que menos (3,64 y 3,83 respectivamente).

Es observable un descenso en de la frecuentación de AP de la población de todas las CCAA durante el periodo de tiempo estudiado, exceptuando La Rioja, Comunidad Valenciana y el País Vasco cuya frecuentación ha sido mayor.

Tabla 11. Indicador: Personal médico atención primaria por 1.000 personas asignadas

| CCAA | 2004 | 2008 | 2012 | 2014 | MEDIA | DS* |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|
| Castilla y León | 1,07 | 1,09 | 1,10 | 1,10 | 1,09 | 0,01 |
| Extremadura | 0,86 | 0,87 | 0,88 | 0,88 | 0,87 | <0,01 |
| Aragón | 0,85 | 0,84 | 0,9 | 0,88 | 0,86 | 0,02 |
| La Rioja | 0,77 | 0,83 | 0,83 | 0,83 | 0,81 | 0,03 |
| Castilla - La Mancha | 0,79 | 0,81 | 0,82 | 0,82 | 0,81 | 0,01 |
| Galicia | 0,74 | 0,80 | 0,81 | 0,82 | 0,79 | 0,03 |
| Navarra | 0,75 | 0,75 | 0,77 | 0,80 | 0,76 | 0,02 |
| Cantabria | 0,71 | 0,77 | 0,79 | 0,78 | 0,76 | 0,03 |
| España | 0,72 | 0,75 | 0,77 | 0,76 | 0,75 | 0,02 |
| Andalucía | 0,76 | 0,73 | 0,73 | 0,72 | 0,73 | 0,01 |
| Murcia | 0,65 | 0,74 | 0,77 | 0,77 | 0,73 | 0,05 |
| Asturias | 0,70 | 0,73 | 0,76 | 0,73 | 0,73 | 0,02 |
| Com. Valenciana | 0,70 | 0,70 | 0,75 | 0,75 | 0,72 | 0,02 |
| Canarias | 0,64 | 0,71 | 0,77 | 0,76 | 0,72 | 0,05 |
| Melilla | 0,77 | 0,76 | 0,70 | 0,64 | 0,71 | 0,06 |
| País Vasco | 0,58 | 0,69 | 0,78 | 0,78 | 0,70 | 0,09 |
| Cataluña | 0,63 | 0,70 | 0,75 | 0,72 | 0,70 | 0,05 |
| Com. Madrid | 0,65 | 0,69 | 0,70 | 0,68 | 0,68 | 0,02 |
| Ceuta | 0,62 | 0,66 | 0,65 | 0,63 | 0,64 | 0,01 |
| Baleares, Islas | 0,62 | 0,64 | 0,64 | 0,63 | 0,63 | <0,01 |

*Desviación típica

En el Sistema Nacional de Salud de España, trabajaban en atención primaria una media de 0,75 médicos por 1.000 personas asignadas desde 2004 a 2014 siendo Castilla y León (1,09) la CCAA donde más médicos ejercen en éste ámbito, lo cual casi duplica la media de España y la tasa de las Islas Baleares y Ceuta, comunidades situada en el peor rango de todos (0,63 y 0,64 respectivamente).

Desde un punto de vista temporal, es observable que el número de médicos de AP por cada 1.000 habitantes ha variado muy escasamente en los últimos años habiendo, en la

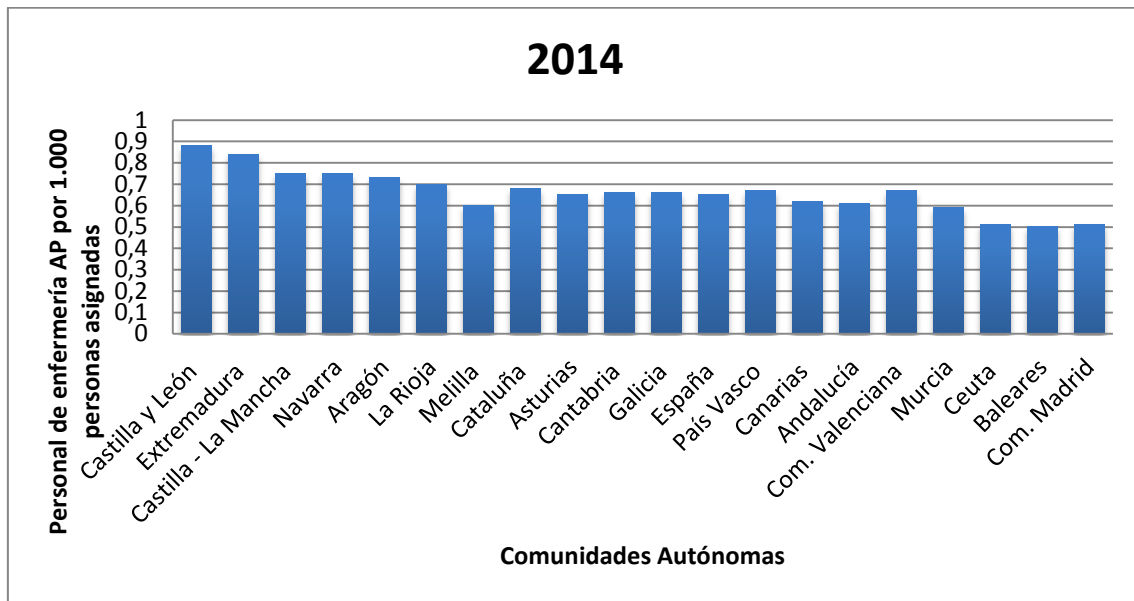
mayor parte de las comunidades aumentado, a excepción de Andalucía (0,76 en 2004 frente a 0,72 en 2014) y Melilla (0,77 en 2004 frente a 0,64 en 2014). No obstante, también se estima una disminución de los facultativos en 2014 respecto al año 2012 en las comunidades de Aragón, Cantabria, Asturias, Canarias, Madrid, Ceuta y las Baleares.

Tabla 12. Indicador: Personal de enfermería en atención primaria por 1.000 personas asignadas

| CCAA | 2004 | 2008 | 2012 | 2014 | MEDIA | DS* |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|
| Castilla y León | 0,81 | 0,86 | 0,87 | 0,88 | 0,85 | 0,03 |
| Extremadura | 0,83 | 0,82 | 0,84 | 0,84 | 0,83 | <0,01 |
| Castilla - La Mancha | 0,70 | 0,73 | 0,74 | 0,75 | 0,73 | 0,02 |
| Navarra | 0,70 | 0,71 | 0,73 | 0,75 | 0,72 | 0,02 |
| Aragón | 0,68 | 0,69 | 0,72 | 0,73 | 0,70 | 0,02 |
| La Rioja | 0,65 | 0,65 | 0,69 | 0,70 | 0,67 | 0,02 |
| Melilla | 0,71 | 0,69 | 0,64 | 0,60 | 0,66 | 0,04 |
| Cataluña | 0,61 | 0,64 | 0,69 | 0,68 | 0,65 | 0,03 |
| Asturias | 0,63 | 0,66 | 0,66 | 0,65 | 0,65 | 0,01 |
| Cantabria | 0,60 | 0,66 | 0,66 | 0,66 | 0,64 | 0,03 |
| Galicia | 0,56 | 0,64 | 0,65 | 0,66 | 0,62 | 0,04 |
| España | 0,59 | 0,60 | 0,64 | 0,65 | 0,62 | 0,02 |
| País Vasco | 0,45 | 0,59 | 0,71 | 0,67 | 0,60 | 0,11 |
| Canarias | 0,54 | 0,58 | 0,62 | 0,62 | 0,59 | 0,03 |
| Andalucía | 0,56 | 0,53 | 0,60 | 0,61 | 0,57 | 0,03 |
| Com. Valenciana | 0,54 | 0,52 | 0,56 | 0,67 | 0,57 | 0,06 |
| Murcia | 0,50 | 0,55 | 0,59 | 0,59 | 0,55 | 0,04 |
| Ceuta | 0,54 | 0,55 | 0,53 | 0,51 | 0,53 | 0,01 |
| Baleares | 0,51 | 0,53 | 0,52 | 0,50 | 0,51 | 0,01 |
| Com. Madrid | 0,51 | 0,51 | 0,52 | 0,51 | 0,51 | <0,01 |

*Desviación típica

Gráfico 4. Personal de enfermería en Atención Primaria por 1.000 personas asignadas (2014)



El servicio de Atención Primaria en España contaba con una tasa media de 0,65 profesionales de enfermería por 1.000 personas asignadas en 2014, tasa que ha ido aumentando desde 2004 según los datos existentes.

Al igual que en el caso de los médicos, sigue siendo Castilla y León la CCAA que más enfermeros ejercen en éste ámbito de promedio (0,85). Por otro lado, las comunidades que menos personal de enfermería por cada 1.000 habitantes ha tenido a lo largo de los años han sido las Islas Baleares y la Comunidad de Madrid, ambas con una tasa de 0,51 de promedio.

No se estiman apenas variaciones en su evolución a lo largo de los años.

Tabla 13. Indicador: Porcentaje del gasto sanitario en atención primaria

| CCAA | 2003 | 2007 | 2011 | 2013 | MEDIA | DS* |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| Melilla | 26,27 | 25,71 | 26,35 | 15,71 | 23,51 | 5,20 |
| Castilla y León | 16,41 | 17,87 | 17,81 | 17,07 | 17,29 | 0,69 |
| Extremadura | 18,15 | 16,79 | 16,78 | 17,10 | 17,20 | 0,64 |
| Ceuta | 18,19 | 17,59 | 14,38 | 14,34 | 16,12 | 2,05 |
| Castilla - La Mancha | 13,95 | 15,51 | 16,13 | 16,43 | 15,50 | 1,10 |
| Andalucía | 15,61 | 17,20 | 15,93 | 12,94 | 15,42 | 1,79 |
| Aragón | 14,62 | 14,12 | 15,12 | 14,88 | 14,68 | 0,42 |
| Navarra | 15,54 | 13,83 | 14,00 | 14,52 | 14,47 | 0,76 |
| País Vasco | 13,96 | 14,41 | 14,64 | 14,37 | 14,34 | 0,28 |
| España | 13,97 | 14,42 | 13,79 | 13,45 | 13,90 | 0,40 |
| La Rioja | 14,17 | 14,49 | 12,88 | 13,93 | 13,86 | 0,69 |
| Asturias | 12,44 | 13,47 | 12,23 | 16,72 | 13,71 | 2,07 |
| Canarias | 12,45 | 12,97 | 13,77 | 14,50 | 13,42 | 0,90 |
| Cantabria | 10,52 | 13,63 | 15,00 | 14,32 | 13,36 | 1,97 |
| Cataluña | 13,81 | 14,19 | 12,50 | 12,34 | 13,21 | 0,92 |
| Baleares, Islas | 13,92 | 13,00 | 12,81 | 12,69 | 13,10 | 0,55 |
| Com. Valenciana | 13,13 | 13,12 | 13,17 | 12,37 | 12,94 | 0,38 |
| Murcia | 13,71 | 10,93 | 12,80 | 12,80 | 12,56 | 1,16 |
| Galicia | 12,04 | 12,30 | 13,18 | 12,65 | 12,54 | 0,49 |
| Com. Madrid | 12,23 | 12,73 | 10,49 | 11,52 | 11,74 | 0,97 |

*Desviación típica

El porcentaje del gasto dedicado a Atención Primaria es de un 13,9 % de promedio en España y oscila entre el 23,51% (Melilla) y 11,74% (Com. Madrid) dentro de las Comunidades Autónomas, por lo que se puede observar una diferencia de un 11,77%.

Desde un punto de vista temporal, el gasto dedicado a este servicio varía por comunidades autónomas, aunque por lo general, ha ido perdiendo peso en la mayoría de las Comunidades Autónomas, a excepción de Castilla y León, Asturias, Castilla – La Mancha, Aragón, Canarias, País Vasco, Cantabria y Galicia en las cuales se estima un porcentaje mayor en 2013 que en 2003.

Cabe destacar la disminución del gasto sanitario en AP de Melilla y Ceuta las cuales, a pesar de situarse por encima de la media española durante el periodo a estudio, han disminuido en gran medida a comparación del resto de las CCAA. En contraposición se encuentra Asturias, cuyo porcentaje de gastos destinados a este servicio ha aumentado en un 4, 49% (12,23 frente a 16, 72) desde 2011 a 2013.

5.3. Indicadores de Atención Especializada (AE)

Tabla 14. Indicador: Frecuentación en consultas de atención especializada por 1.000 hab.

| CCAA | 2003 | 2007 | 2011 | 2013 | MEDIA | DS* |
|----------------------|----------------|----------------|---------------|----------------|----------------|---------------|
| Com. Madrid | 1977,07 | 2129,09 | 2368,42 | 2515,41 | 2247,49 | 240,52 |
| Asturias | 1763,96 | 1976,87 | 2155,77 | 2128,71 | 2006,32 | 179,74 |
| Aragón | 1958,04 | 1878,41 | 2013,00 | 1989,55 | 1959,75 | 58,71 |
| Baleares, Islas | 1588,25 | 1769,58 | 2109,80 | 2190,72 | 1914,58 | 283,94 |
| Galicia | 1743,06 | 1839,63 | 1942,12 | 1984,91 | 1877,43 | 108,35 |
| La Rioja | 1431,97 | 1752,03 | 2232,77 | 1980,70 | 1849,36 | 340,55 |
| Canarias | 1688,30 | 1755,12 | 1926,17 | 1992,81 | 1840,60 | 142,58 |
| España | 1623,20 | 1718,48 | 1964,6 | 2036,35 | 1835,65 | 196,44 |
| Navarra | 1730,95 | 1762,39 | 1924,42 | 1844,20 | 1815,49 | 86,90 |
| Com. Valenciana | 1702,01 | 1774,11 | 1841,45 | 1869,95 | 1796,88 | 74,93 |
| Castilla - La Mancha | 1552,99 | 1738,13 | 1935,87 | 1839,42 | 1766,60 | 163,70 |
| Castilla y León | 1594,71 | 1664,15 | 1771,31 | 1851,01 | 1720,29 | 113,45 |
| Cataluña | 1543,65 | 1612,87 | 1839,88 | 1868,03 | 1716,10 | 162,06 |
| Murcia | 1731,61 | 1578,18 | 1639,60 | 1832,75 | 1695,53 | 111,10 |
| País Vasco | 1014,81 | 1127,38 | 2093,73 | 2331,94 | 1641,96 | 667,90 |
| Andalucía | 1461,97 | 1592,69 | 1638,86 | 1776,37 | 1617,47 | 129,74 |
| Extremadura | 1482,09 | 1483,52 | 1539,76 | 1663,70 | 1542,26 | 85,29 |
| Cantabria | 1475,67 | 1480,41 | 1536,71 | 1557,63 | 1512,60 | 40,86 |
| Melilla | 1423,22 | 1367,69 | 1287,14 | 1280,05 | 1339,52 | 68,50 |
| Ceuta | 1546,15 | 1357,68 | 1187,44 | 1157,11 | 1312,09 | 179,27 |

*Desviación típica

En atención especializada, la frecuentación promedio es de 2.036,35 por cada 1000 habitantes en España, tasa que ha aumentado un 413,15 por cada 1.000 habitantes desde 2003 hasta 2013.

La frecuentación de la población española a los servicios especializados fue de un 1.835,65 por 1.000 habitantes en 2013, siendo la Comunidad de Madrid la que más personas acudían a Atención Especializada (2.515,41) y, Ceuta y Melilla las que menos (1.157,11 y 1.280,05 respectivamente).

Se puede estimar un aumento de la frecuentación de atención especializada de todas las CCAA durante el periodo de tiempo estudiado, exceptuando Ceuta y Melilla que, a pesar haber disminuido, son las comunidades que menos frecuentación han recibido según los datos estudiados.

Tabla 15. Indicador: Personal médico en atención especializada por 1.000 hab.

| CCAA | 2003 | 2007 | 2011 | 2013 | MEDIA | DS* |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|
| Navarra | 2,07 | 2,22 | 2,35 | 2,34 | 2,24 | 0,13 |
| Aragón | 1,96 | 2,10 | 2,18 | 2,06 | 2,07 | 0,09 |
| Asturias | 1,75 | 2,05 | 2,21 | 2,16 | 2,04 | 0,20 |
| Cataluña | 1,80 | 2,05 | 1,83 | 1,76 | 1,86 | 0,12 |
| País Vasco | 1,37 | 1,54 | 2,11 | 2,22 | 1,81 | 0,41 |
| Com. Madrid | 1,55 | 1,73 | 1,98 | 1,94 | 1,80 | 0,19 |
| Baleares, Islas | 1,60 | 1,89 | 1,83 | 1,81 | 1,78 | 0,12 |
| España | 1,54 | 1,70 | 1,81 | 1,78 | 1,70 | 0,12 |
| Cantabria | 1,61 | 1,83 | 1,71 | 1,67 | 1,70 | 0,09 |
| Castilla y León | 1,48 | 1,66 | 1,85 | 1,80 | 1,69 | 0,16 |
| Galicia | 1,52 | 1,70 | 1,80 | 1,76 | 1,69 | 0,12 |
| Castilla - La Mancha | 1,44 | 1,64 | 1,89 | 1,72 | 1,67 | 0,18 |
| Canarias | 1,55 | 1,62 | 1,73 | 1,73 | 1,65 | 0,08 |
| Murcia | 1,43 | 1,56 | 1,79 | 1,75 | 1,63 | 0,16 |
| Ceuta | 1,76 | 1,80 | 1,57 | 1,39 | 1,63 | 0,18 |
| Extremadura | 1,45 | 1,66 | 1,65 | 1,72 | 1,62 | 0,11 |
| La Rioja | 1,44 | 1,67 | 1,65 | 1,65 | 1,60 | 0,10 |
| Com. Valenciana | 1,48 | 1,55 | 1,64 | 1,64 | 1,57 | 0,07 |
| Andalucía | 1,30 | 1,40 | 1,55 | 1,54 | 1,44 | 0,11 |
| Melilla | 1,32 | 1,40 | 1,36 | 1,27 | 1,33 | 0,05 |

*Desviación típica

El personal médico que trabaja en atención especializada alcanza un total de un 1,7 por cada 1.000 habitantes de promedio desde el 2003 hasta el 2013 en España, siendo Navarra el territorio que más médicos dispone (2,24) y Melilla el que menos (1,33).

Se puede observar una disminución del número de médicos en todas las Comunidades Autónomas en el último año (2013), a excepción del País Vasco (2,22) y Extremadura (1,72) donde se han incrementado ligeramente, aunque en esta última comunidad, dicha tasa sigue encontrándose por debajo de la media española.

Tabla 16. Indicador: Personal de enfermería en atención especializada por 1.000 hab.

| CCAA | 2003 | 2007 | 2011 | 2013 | MEDIA | DS* |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|
| Navarra | 4,03 | 4,35 | 4,47 | 4,24 | 4,27 | 0,18 |
| Aragón | 3,29 | 3,70 | 4,10 | 3,91 | 3,75 | 0,34 |
| Baleares, Islas | 3,23 | 3,73 | 3,48 | 3,45 | 3,47 | 0,20 |
| País Vasco | 2,46 | 2,62 | 3,84 | 4,10 | 3,25 | 0,83 |
| Asturias | 2,76 | 3,13 | 3,55 | 3,44 | 3,22 | 0,35 |
| Cantabria | 3,12 | 3,28 | 3,28 | 3,16 | 3,21 | 0,08 |
| Com. Madrid | 2,86 | 3,15 | 3,45 | 3,24 | 3,17 | 0,24 |
| La Rioja | 2,88 | 3,12 | 3,08 | 3,00 | 3,02 | 0,10 |
| Galicia | 2,62 | 3,09 | 3,16 | 3,10 | 2,99 | 0,25 |
| Castilla y León | 2,68 | 3,01 | 3,18 | 3,07 | 2,98 | 0,21 |
| Cataluña | 2,68 | 2,98 | 3,15 | 3,07 | 2,97 | 0,20 |
| España | 2,67 | 2,93 | 3,14 | 3,04 | 2,94 | 0,20 |
| Canarias | 2,64 | 2,92 | 3,01 | 3,00 | 2,89 | 0,17 |
| Murcia | 2,49 | 2,86 | 3,00 | 2,87 | 2,80 | 0,21 |
| Castilla - La Mancha | 2,40 | 2,87 | 3,02 | 2,85 | 2,78 | 0,26 |
| Ceuta | 2,93 | 2,91 | 2,74 | 2,51 | 2,77 | 0,19 |
| Extremadura | 2,62 | 2,66 | 2,82 | 2,76 | 2,71 | 0,09 |
| Melilla | 2,72 | 3,07 | 2,61 | 2,34 | 2,68 | 0,30 |
| Andalucía | 2,46 | 2,60 | 2,75 | 2,61 | 2,60 | 0,11 |
| Com. Valenciana | 2,54 | 2,57 | 2,65 | 2,64 | 2,60 | 0,05 |

*Desviación típica

El personal de enfermería que trabaja en atención especializada alcanza un total de un 3,04 por cada 1.000 habitantes de media en España en el año 2013 en España.

En función de su evolución, Navarra ha sido la comunidad donde más enfermeros han ejercido en éste ámbito (4,27), cifra que casi duplica la tasa de la Comunidad Valenciana y Andalucía, comunidades cuyo personal de enfermería en AE ha sido inferior al resto (2,6).

Se puede observar un aumento del número de enfermeros en todas las Comunidades Autónomas desde el 2003 al 2013 siendo en 2007 el año en que todas las comunidades, a excepción de Ceuta, han incrementado su personal. Sin embargo, en los datos disponibles desde 2011 a 2013 se estima una disminución de los profesionales de enfermería que trabajan en éste ámbito, a excepción del País Vasco que ha aumentado un 0,26.

Tabla 17. Indicador: Porcentaje del gasto de los servicios de atención especializada

| CCAA | 2003 | 2007 | 2011 | 2013 | MEDIA | DS* |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| Com. Madrid | 56,90 | 58,60 | 62,95 | 59,59 | 59,51 | 2,54 |
| Ceuta | 55,74 | 56,97 | 60,08 | 62,51 | 58,82 | 3,06 |
| Baleares, Islas | 57,18 | 59,84 | 58,81 | 58,07 | 58,47 | 1,12 |
| Melilla | 54,24 | 54,63 | 53,67 | 63,48 | 56,50 | 4,66 |
| La Rioja | 54,20 | 55,56 | 56,49 | 56,79 | 55,76 | 1,16 |
| Cantabria | 58,05 | 49,92 | 54,70 | 59,14 | 55,45 | 4,14 |
| Aragón | 53,46 | 55,13 | 56,72 | 56,49 | 55,45 | 1,50 |
| País Vasco | 53,38 | 53,52 | 56,44 | 58,35 | 55,42 | 2,40 |
| Navarra | 53,39 | 54,67 | 55,39 | 55,66 | 54,77 | 1,01 |
| Asturias | 53,59 | 51,91 | 56,03 | 54,32 | 53,96 | 1,70 |
| Andalucía | 50,41 | 52,24 | 54,48 | 58,26 | 53,84 | 3,37 |
| Galicia | 50,35 | 52,09 | 54,76 | 56,19 | 53,34 | 2,62 |
| Murcia | 48,63 | 52,77 | 55,62 | 55,75 | 53,19 | 3,33 |
| Canarias | 51,29 | 52,32 | 52,89 | 54,31 | 52,70 | 1,25 |
| Com. Valenciana | 47,39 | 48,41 | 53,18 | 56,59 | 51,39 | 4,28 |
| Extremadura | 49,43 | 50,00 | 52,19 | 53,57 | 51,29 | 1,92 |
| España | 46,28 | 49,14 | 53,33 | 54,70 | 50,86 | 3,86 |
| Castilla y León | 47,46 | 48,68 | 50,53 | 56,77 | 50,86 | 4,13 |
| Castilla - La Mancha | 45,78 | 49,37 | 52,38 | 54,25 | 50,44 | 3,70 |
| Cataluña | 20,81 | 31,32 | 41,05 | 42,17 | 33,83 | 9,95 |

*Desviación típica

El porcentaje del gasto dedicado a Atención Especializada es de un 50,86 % de promedio en España y oscila entre el 59,51% (Com. Madrid) y 33,83% (Cataluña) dentro de las Comunidades Autónomas, por lo que se puede observar una diferencia del 25,68%.

Por lo que refiere a su evolución entre los años estudiados, el gasto dedicado a este servicio varía por comunidades autónomas, aunque, al contrario que en el servicio de atención primaria, ha ido ganando peso en la mayoría de las Comunidades Autónomas ya que se estima un porcentaje mayor en 2013 que en 2003.

Cabe destacar el incremento del gasto que Cataluña ha dedicado a este servicio pasando de un 20,81% a un 42,17%, aunque su situación sigue estando por debajo de la media española.

Tabla 18. Indicador: Pacientes en espera para consultas especializadas por 1.000 hab.

| CCAA | 2006 | 2010 | 2013 | MEDIA | DS* |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| España | 54,37 | 53,18 | 66,97 | 58,17 | 7,64 |

*Desviación típica

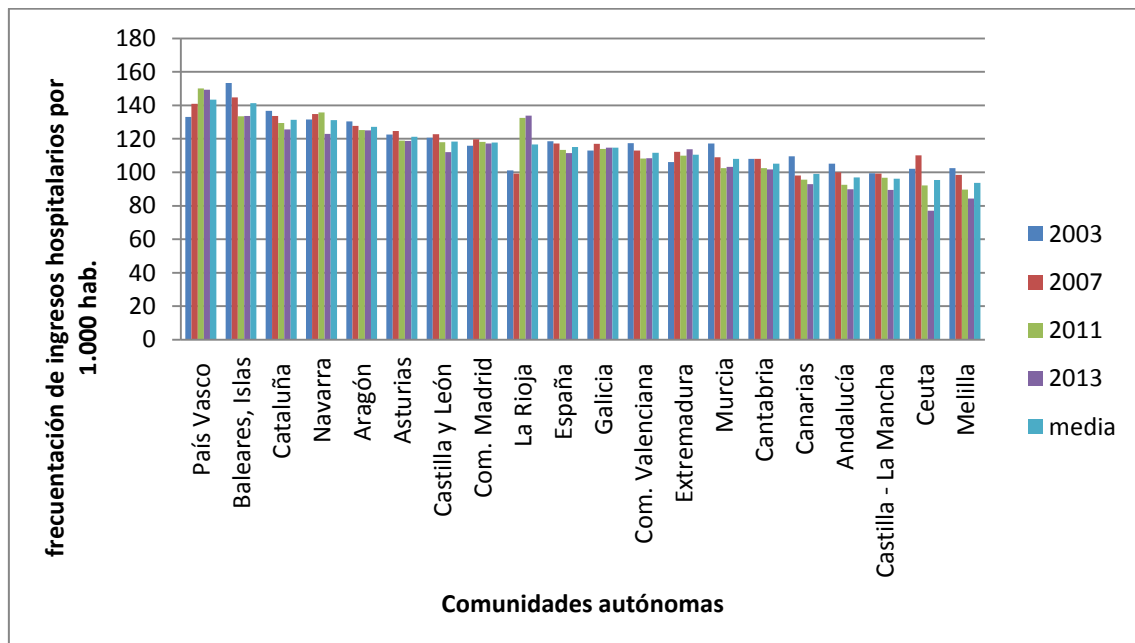
La tasa de pacientes en espera para ser atendidos en consultas de especialidades fue de 66,97 por 1.000 habitantes en 2013, un 12,6 más que en 2006 (54,37) lo que supone un empeoramiento del problema de las listas de espera a lo largo de los años.

Tabla 19. Indicador: Frecuentación de ingresos hospitalarios por 1000 hab.

| CCAA | 2003 | 2007 | 2011 | 2013 | MEDIA | DS* |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| País Vasco | 133,01 | 140,88 | 149,99 | 149,37 | 143,31 | 8,02 |
| Baleares, Islas | 153,35 | 144,80 | 133,53 | 133,70 | 141,34 | 9,58 |
| Cataluña | 136,63 | 133,64 | 129,41 | 125,61 | 131,32 | 4,82 |
| Navarra | 131,59 | 134,73 | 135,72 | 122,95 | 131,24 | 5,80 |
| Aragón | 130,35 | 127,69 | 125,16 | 125,13 | 127,08 | 2,48 |
| Asturias | 122,60 | 124,64 | 118,96 | 118,64 | 121,21 | 2,90 |
| Castilla y León | 120,71 | 122,77 | 117,91 | 111,96 | 118,33 | 4,69 |
| Com. Madrid | 115,94 | 119,73 | 118,08 | 117,24 | 117,74 | 1,58 |
| La Rioja | 101,10 | 99,31 | 132,44 | 133,81 | 116,66 | 19,02 |
| España | 118,52 | 117,11 | 113,42 | 111,40 | 115,11 | 3,27 |
| Galicia | 113,00 | 116,96 | 114,01 | 114,64 | 114,65 | 1,68 |
| Com. Valenciana | 117,43 | 112,90 | 108,12 | 108,40 | 111,71 | 4,39 |
| Extremadura | 106,10 | 112,31 | 109,95 | 113,78 | 110,53 | 3,35 |
| Murcia | 117,16 | 108,92 | 102,55 | 103,31 | 107,98 | 6,74 |
| Cantabria | 108,08 | 108,08 | 102,51 | 101,64 | 105,07 | 3,48 |
| Canarias | 109,59 | 98,09 | 95,54 | 92,84 | 99,01 | 7,36 |
| Andalucía | 105,21 | 99,99 | 92,61 | 89,77 | 96,89 | 7,02 |
| Castilla - La Mancha | 99,37 | 99,27 | 96,73 | 89,53 | 96,22 | 4,62 |
| Ceuta | 102,12 | 110,17 | 92,11 | 77,05 | 95,36 | 14,26 |
| Melilla | 102,39 | 98,40 | 89,59 | 84,32 | 93,67 | 8,21 |

*Desviación típica

Gráfico 5. Frecuentación de ingresos hospitalarios por 1.000 hab.



El promedio de ingresos hospitalarios en España fue de 115,11 por 1000 habitantes siendo el País Vasco la comunidad autónoma con mayor número de ingresos (143,31), seguida de las Islas Baleares (141, 34) y Ceuta y Melilla las que menos (95,36 y 93,67 respectivamente).

Su evolución en el tiempo muestra que ha habido un descenso de los ingresos hospitalarios en todas las comunidades autónomas a excepción del País Vasco, la Comunidad de Madrid, La Rioja, Galicia y Extremadura cuya tasa de ingresos ha aumentado.

En el análisis de los datos cabe destacar el descenso de ingresos hospitalarios en la Comunidad de Andalucía (105,21 frente a 89,77), Ceuta (102,12 frente a 77,05) y Melilla (102,39 frente 84,32).

Tabla 20. Indicador: Camas hospitalarias en funcionamiento por 1.000 hab.

| CCAA | 2003 | 2007 | 2011 | 2013 | MEDIA | DS* |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|------------|
| Cataluña | 4,44 | 4,26 | 3,96 | 3,76 | 4,10 | 0,30 |
| Aragón | 4,12 | 3,83 | 3,77 | 3,63 | 3,83 | 0,20 |
| Navarra | 3,93 | 3,86 | 3,82 | 3,40 | 3,75 | 0,23 |
| Castilla y León | 4,17 | 3,60 | 3,69 | 3,45 | 3,72 | 0,31 |
| País Vasco | 3,82 | 3,78 | 3,63 | 3,40 | 3,65 | 0,19 |
| Extremadura | 3,67 | 3,55 | 3,56 | 3,51 | 3,57 | 0,06 |
| Cantabria | 3,85 | 3,72 | 3,29 | 3,16 | 3,50 | 0,33 |
| Galicia | 3,54 | 3,63 | 3,48 | 3,36 | 3,50 | 0,11 |
| Asturias | 3,66 | 3,63 | 3,39 | 3,31 | 3,49 | 0,17 |
| Canarias | 4,13 | 3,47 | 3,18 | 3,11 | 3,47 | 0,46 |
| Baleares, Islas | 3,60 | 3,30 | 3,01 | 2,96 | 3,21 | 0,29 |
| España | 3,45 | 3,27 | 3,09 | 2,97 | 3,19 | 0,21 |
| Murcia | 3,04 | 3,16 | 3,15 | 3,18 | 3,13 | 0,06 |
| La Rioja | 3,14 | 3,06 | 2,98 | 3,13 | 3,07 | 0,07 |
| Com. Madrid | 3,23 | 3,08 | 2,95 | 2,86 | 3,03 | 0,16 |
| Ceuta | 3,19 | 2,53 | 2,34 | 2,13 | 2,54 | 0,45 |
| Castilla - La Mancha | 2,68 | 2,63 | 2,54 | 2,19 | 2,51 | 0,22 |
| Melilla | 2,99 | 2,87 | 2,21 | 1,97 | 2,51 | 0,49 |
| Com. Valenciana | 2,60 | 2,52 | 2,39 | 2,33 | 2,46 | 0,12 |
| Andalucía | 2,72 | 2,52 | 2,27 | 2,19 | 2,42 | 0,24 |

*Desviación típica

La tasa de camas en funcionamiento en España tiene un promedio de 3,19 por cada 1.000 habitantes.

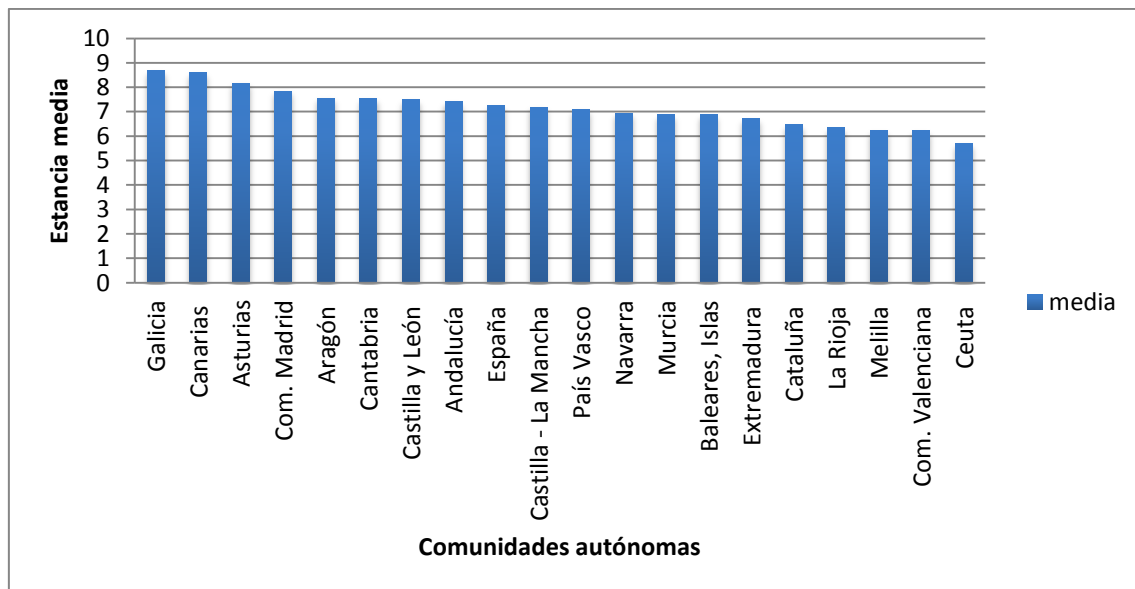
Esta tasa ha marcado una tendencia descendente de promedio en su evolución a lo largo de los años, siendo Cataluña la comunidad que más camas ha ofertado (4,1) y Andalucía

y la Comunidad Valenciana las que menos (2,42 y 2,46 respectivamente) a excepción de Murcia que ha aumentado el número de camas en funcionamiento desde 2003 a 2013, aunque sigue encontrándose por debajo de la media española.

También es oportuno destacar que Melilla es la CCAA que menos camas en funcionamiento oferta (1,97) en 2013, diferenciándose de Cataluña (3,76) en un 1, 79.

En función de los años estudiados, la estancia media de los pacientes ingresados se situó en 7,24 días de promedio en España, siendo Galicia, Canarias y Asturias las comunidades en las cuales se estima mayor número de días de estancia (8,7; 8,62; y 8,18 respectivamente). Por lo contrario Melilla (6,24), la Comunidad Valenciana (6,21) y Ceuta (5,69) son aquellas comunidades cuya estancia media es inferior al del resto.

Gráfico 6: Estancia media (EM)



Esta tasa ha disminuido en los últimos años en todas las Comunidades Autónomas, situándose en 6,82 días de estancia media en España en el año 2013 frente a 7,64 días de estancia en 2003.

Tabla 21. Indicador: Estancia media (EM)

| CCAA | 2003 | 2007 | 2011 | 2013 | MEDIA | DS* |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|
| Galicia | 8,99 | 9,10 | 8,59 | 8,14 | 8,70 | 0,43 |
| Canarias | 9,21 | 8,94 | 8,19 | 8,14 | 8,62 | 0,53 |
| Asturias | 8,64 | 8,32 | 7,75 | 8,01 | 8,18 | 0,38 |
| Com. Madrid | 8,64 | 8,10 | 7,65 | 7,01 | 7,85 | 0,69 |
| Aragón | 7,86 | 7,82 | 7,38 | 7,18 | 7,56 | 0,33 |
| Cantabria | 8,17 | 8,01 | 7,18 | 6,81 | 7,54 | 0,65 |
| Castilla y León | 7,49 | 7,78 | 7,46 | 7,25 | 7,49 | 0,21 |
| Andalucía | 7,81 | 7,67 | 7,09 | 7,05 | 7,40 | 0,39 |
| España | 7,64 | 7,48 | 7,03 | 6,82 | 7,24 | 0,38 |
| Castilla - La Mancha | 7,27 | 7,47 | 6,93 | 7,12 | 7,19 | 0,22 |
| País Vasco | 7,22 | 7,73 | 6,95 | 6,50 | 7,10 | 0,51 |
| Navarra | 7,12 | 7,20 | 6,68 | 6,79 | 6,94 | 0,25 |
| Murcia | 6,89 | 7,10 | 6,93 | 6,62 | 6,88 | 0,19 |
| Baleares, Islas | 7,11 | 7,13 | 6,77 | 6,48 | 6,87 | 0,30 |
| Extremadura | 7,16 | 6,79 | 6,49 | 6,41 | 6,71 | 0,34 |
| Cataluña | 6,94 | 6,52 | 6,22 | 6,18 | 6,46 | 0,35 |
| La Rioja | 6,95 | 6,37 | 6,09 | 6,05 | 6,36 | 0,41 |
| Melilla | 6,88 | 6,47 | 5,86 | 5,77 | 6,24 | 0,52 |
| Com. Valenciana | 6,70 | 6,46 | 5,96 | 5,75 | 6,21 | 0,43 |
| Ceuta | 5,73 | 5,79 | 5,67 | 5,58 | 5,69 | 0,08 |

*Desviación típica

5.4. Quirófano

Tabla 22. Indicador: Quirófanos en funcionamiento por 100.000 hab.

| CCAA | 2003 | 2007 | 2011 | 2013 | MEDIA | DS* |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| Navarra | 11,60 | 11,32 | 11,24 | 11,15 | 11,32 | 0,19 |
| País Vasco | 9,32 | 9,25 | 10,01 | 10,74 | 9,83 | 0,69 |
| Baleares, Islas | 9,90 | 9,72 | 9,43 | 9,98 | 9,75 | 0,24 |
| Com. Madrid | 9,10 | 9,46 | 9,86 | 10,20 | 9,65 | 0,47 |
| Galicia | 8,80 | 9,05 | 10,1 | 9,92 | 9,46 | 0,63 |
| Cataluña | 9,25 | 9,34 | 9,58 | 9,59 | 9,44 | 0,17 |
| Com. Valenciana | 8,82 | 8,60 | 9,26 | 9,42 | 9,02 | 0,38 |
| Extremadura | 7,52 | 8,45 | 9,60 | 10,10 | 8,91 | 1,15 |
| España | 8,48 | 8,61 | 9,11 | 9,24 | 8,86 | 0,37 |
| Murcia | 7,52 | 8,19 | 9,58 | 9,85 | 8,78 | 1,11 |
| Asturias | 7,92 | 8,60 | 9,29 | 9,22 | 8,75 | 0,63 |
| Aragón | 8,26 | 7,70 | 9,43 | 9,14 | 8,63 | 0,79 |
| Castilla y León | 8,45 | 8,11 | 8,62 | 8,74 | 8,48 | 0,27 |
| Andalucía | 7,64 | 8,00 | 8,33 | 8,30 | 8,06 | 0,32 |
| Canarias | 8,13 | 7,73 | 7,88 | 8,21 | 7,98 | 0,22 |
| Cantabria | 8,48 | 7,05 | 7,95 | 8,16 | 7,91 | 0,61 |
| La Rioja | 5,96 | 7,43 | 7,67 | 8,53 | 7,39 | 1,06 |
| Melilla | 8,98 | 10,24 | 5,33 | 4,78 | 7,33 | 2,68 |
| Ceuta | 8,40 | 8,36 | 5,22 | 7,11 | 7,27 | 1,49 |
| Castilla - La Mancha | 5,76 | 6,30 | 6,60 | 6,57 | 6,30 | 0,38 |

*Desviación típica

La disposición de quirófanos en funcionamiento en España se sitúa en un 8,86 de promedio por cada 100.000 habitantes.

Desde un punto de vista temporal, se estima un incremento de esta tasa en su evolución desde 2003 a 2013 en la mayoría de las Comunidades Autónomas, siendo La Rioja y Extremadura las que más han aumentado estos recursos, aunque La Rioja se sitúa igualmente por debajo de la media española.

En 2013, Navarra (11,15), seguida del País Vasco (10,74), fueron las comunidades con más quirófanos en funcionamiento disponibles, cifra que casi triplica a la comunidad cuyo recurso se situaba en el peor rango, Melilla (4,78).

Tabla 23. Indicador: Tasa de intervenciones quirúrgicas por 1.000 hab.

| CCAA | 2003 | 2007 | 2011 | 2013 | MEDIA | DS* |
|----------------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|-------------|
| Cataluña | 118,57 | 122,77 | 123,23 | 130,17 | 123,68 | 4,80 |
| País Vasco | 102,09 | 109,68 | 125,81 | 139,26 | 119,21 | 16,62 |
| Com. Madrid | 104,91 | 105,33 | 119,49 | 125,13 | 113,71 | 10,18 |
| Baleares, Islas | 101,39 | 106,29 | 107,72 | 107,45 | 105,71 | 2,94 |
| Navarra | 107,68 | 109,09 | 103,42 | 100,14 | 105,08 | 4,08 |
| España | 95,21 | 99,16 | 102,79 | 105,51 | 100,66 | 4,47 |
| Com. Valenciana | 90,51 | 99,10 | 101,01 | 97,94 | 97,14 | 4,59 |
| Aragón | 94,41 | 89,38 | 103,29 | 101,33 | 97,10 | 6,40 |
| Andalucía | 94,66 | 96,84 | 94,02 | 95,41 | 95,23 | 1,21 |
| Murcia | 92,12 | 91,71 | 93,29 | 94,80 | 92,98 | 1,38 |
| Galicia | 80,03 | 93,90 | 96,53 | 100,35 | 92,70 | 8,85 |
| Extremadura | 79,62 | 86,13 | 88,99 | 93,02 | 86,94 | 5,63 |
| Castilla y León | 77,52 | 83,29 | 87,75 | 92,17 | 85,18 | 6,26 |
| Asturias | 72,73 | 85,40 | 89,52 | 86,47 | 83,53 | 7,40 |
| La Rioja | 74,30 | 75,55 | 87,91 | 91,57 | 82,33 | 8,69 |
| Canarias | 83,22 | 78,16 | 78,50 | 77,37 | 79,31 | 2,64 |
| Castilla - La Mancha | 74,82 | 74,95 | 79,73 | 75,81 | 76,32 | 2,31 |
| Cantabria | 74,57 | 71,44 | 65,41 | 68,94 | 70,09 | 3,87 |
| Ceuta | 65,28 | 65,78 | 46,76 | 48,65 | 56,61 | 10,32 |
| Melilla | 53,69 | 53,91 | 60,74 | 57,55 | 56,47 | 3,35 |

*Desviación típica

La tasa de intervenciones quirúrgicas por 1.000 habitantes muestra un promedio de 100,66 en España, siendo Cataluña la comunidad que más intervenciones quirúrgicas realiza (123,68), tasa que casi triplica la de Ceuta y Melilla, comunidades cuyo número de intervenciones quirúrgicas es inferior al del resto de comunidades (56,61 y 56,47 respectivamente).

En 2013, las comunidades que mayor número de intervenciones quirúrgicas realizaron fueron el País Vasco (139,26), Cataluña (130,17) y Madrid (125,13) frente a Cantabria (68,94), Melilla (57,55) y Ceuta (48,65).

Se observa que la mayoría de las Comunidades han aumentado el número de intervenciones quirúrgicas durante los años estudiados, a excepción de Navarra, Canarias y Ceuta.

Tabla 24. Indicador: Pacientes en espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes por 1.000 hab.

| CCAA | 2003 | 2006 | 2011 | 2013 | MEDIA | DS* |
|---------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| España | 10,59 | 9,55 | 11,71 | 12,34 | 11,04 | 1,23 |

*Desviación típica

Según los datos disponibles en 2013, en España existe un total de 123.400 habitantes en espera para ser intervenidos quirúrgicamente, cifra que ha aumentado desde 2003 a 2013, aunque se puede observar una disminución de la misma en 2006.

5.5. Reacciones adversas

Tabla 25. Indicador: Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos (total)

| CCAA | 2003 | 2007 | 2011 | 2014 | MEDIA | DS* |
|----------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| Navarra | 589,75 | 600,00 | 660,00 | 1388,91 | 809,66 | 387,40 |
| Aragón | 673,93 | 750,00 | 780,00 | 438,36 | 660,57 | 154,72 |
| Asturias | 345,92 | 310,00 | 150,00 | 1526,72 | 583,16 | 634,77 |
| Cantabria | 331,10 | 10,00 | 550,00 | 759,36 | 412,61 | 320,33 |
| País Vasco | 315,31 | 310,00 | 390,00 | 442,21 | 364,38 | 63,45 |
| Galicia | 366,40 | 320,00 | 370,00 | 334,34 | 347,68 | 24,44 |
| Com. Madrid | 124,50 | 210,00 | 500,00 | 501,05 | 333,88 | 195,55 |
| Canarias | 162,02 | 80,00 | 420,00 | 555,39 | 304,35 | 221,34 |
| Extremadura | 390,17 | 240,00 | 250,00 | 321,02 | 300,29 | 69,93 |
| La Rioja | 344,48 | 220,00 | 280,00 | 247,65 | 273,03 | 53,57 |
| España | 210,43 | 200,00 | 310,00 | 368,84 | 272,31 | 81,23 |
| Cataluña | 196,59 | 180,00 | 270,00 | 266,00 | 228,14 | 46,54 |
| Baleares, Islas | 172,06 | 170,00 | 220,00 | 339,85 | 225,47 | 79,67 |
| Com. Valenciana | 149,63 | 130,00 | 310,00 | 247,96 | 209,39 | 84,62 |
| Murcia | 217,45 | 130,00 | 200,00 | 152,03 | 174,87 | 40,74 |
| Castilla y León | 173,66 | 120,00 | 160,00 | 236,49 | 172,53 | 48,33 |
| Andalucía | 150,00 | 120,00 | 160,00 | 255,05 | 171,26 | 58,38 |
| Castilla - La Mancha | 29,74 | 110,00 | 140,00 | 195,32 | 118,76 | 69,07 |
| Ceuta | 13,35 | 80,00 | 50,00 | 82,39 | 56,43 | 32,28 |
| Melilla | 0,00 | 60,00 | 0,00 | 59,17 | 29,79 | 34,40 |

*Desviación típica

El promedio de reacciones adversas en España es de 272,31 siendo el Navarra, seguida de Aragón, la comunidad autónoma con mayor número de casos notificados (809,66 y 660,57 respectivamente) y Ceuta (56,43) y Melilla (29,79) las que menos.

Según los datos existentes, es posible observar importantes diferencias, tanto a entre comunidades autónomas como dentro de la mismas comunidades autónomas según el año a estudio.

Tabla 26. Indicador: Tasa de infección hospitalaria.

| CCAA | 2003 | 2007 | 2011 | 2013 | MEDIA | DS* |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|
| Cantabria | 2,15 | 2,09 | 1,93 | 1,88 | 2,01 | 0,12 |
| Canarias | 1,20 | 1,33 | 1,55 | 1,68 | 1,44 | 0,21 |
| Galicia | 1,13 | 1,42 | 1,52 | 1,62 | 1,42 | 0,21 |
| Aragón | 1,51 | 1,48 | 1,31 | 1,36 | 1,41 | 0,09 |
| Castilla y León | 1,60 | 1,45 | 1,32 | 1,23 | 1,40 | 0,16 |
| Com. Madrid | 1,36 | 1,43 | 1,38 | 1,43 | 1,40 | 0,03 |
| Cataluña | 1,20 | 1,31 | 1,47 | 1,31 | 1,32 | 0,11 |
| Asturias | 1,38 | 0,98 | 1,21 | 1,49 | 1,26 | 0,22 |
| Andalucía | 1,11 | 1,12 | 1,30 | 1,52 | 1,26 | 0,19 |
| Baleares, Islas | 1,00 | 1,20 | 1,35 | 1,42 | 1,24 | 0,18 |
| España | 1,16 | 1,18 | 1,26 | 1,32 | 1,23 | 0,07 |
| Castilla - La Mancha | 1,09 | 1,15 | 1,13 | 1,20 | 1,14 | 0,04 |
| País Vasco | 1,15 | 1,02 | 1,16 | 1,24 | 1,14 | 0,09 |
| La Rioja | 1,23 | 1,06 | 0,93 | 1,26 | 1,12 | 0,15 |
| Melilla | 1,30 | 1,13 | 0,89 | 0,75 | 1,01 | 0,24 |
| Ceuta | 1,09 | 0,97 | 0,77 | 0,85 | 0,92 | 0,14 |
| Murcia | 0,79 | 0,90 | 0,97 | 1,00 | 0,91 | 0,09 |
| Extremadura | 1,00 | 0,85 | 0,87 | 0,83 | 0,88 | 0,07 |
| Navarra | 0,81 | 0,70 | 0,80 | 0,83 | 0,78 | 0,05 |
| Com. Valenciana | 0,62 | 0,64 | 0,78 | 0,89 | 0,73 | 0,12 |

*Desviación típica

El promedio de infecciones hospitalarias en España es de 1,23 habitantes siendo Cantabria la comunidad autónoma con mayor número de infecciones nosocomiales (2,01) y, Navarra y la Comunidad Valenciana las que menos (0,78 y 0,73 respectivamente).

Su evolución en el tiempo muestra que ha habido un aumento de este tipo de infecciones a lo largo de los años en todas las comunidades autónomas a excepción de Cantabria, Aragón, Castilla y León, Melilla, Ceuta y Extremadura cuya evolución ha sido inferior en 2013 respecto a los años anteriores, aunque no de forma significativa.

Tabla 27. Indicador: Tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados.

| CCAA | 2003 | 2007 | 2011 | 2013 | MEDIA | DS* |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|------------------|
| País Vasco | 0,04 | 0,15 | 0,17 | 0,14 | 0,12 | 0,05 |
| Navarra | 0,06 | 0,05 | 0,16 | 0,11 | 0,09 | 0,05 |
| Aragón | 0,04 | 0,07 | 0,11 | 0,12 | 0,08 | 0,03 |
| Castilla - La Mancha | 0,08 | 0,05 | 0,05 | 0,06 | 0,06 | 0,01 |
| La Rioja | 0,07 | 0,04 | 0,06 | 0,05 | 0,05 | 0,01 |
| Cantabria | 0,01 | 0,08 | 0,06 | 0,07 | 0,05 | 0,03 |
| Extremadura | 0,06 | 0,07 | 0,05 | 0,04 | 0,05 | 0,01 |
| Murcia | 0,05 | 0,05 | 0,06 | 0,05 | 0,05 | <0,01 |
| España | 0,04 | 0,05 | 0,06 | 0,06 | 0,05 | < 0,01 |
| Com. Madrid | 0,05 | 0,04 | 0,06 | 0,05 | 0,05 | <0,01 |
| Baleares, Islas | 0,04 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,04 | <0,01 |
| Castilla y León | 0,05 | 0,05 | 0,04 | 0,05 | 0,04 | <0,01 |
| Com. Valenciana | 0,04 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,04 | <0,01 |
| Galicia | 0,03 | 0,06 | 0,05 | 0,05 | 0,04 | 0,01 |
| Asturias | 0,03 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,04 | 0,01 |
| Cataluña | 0,05 | 0,04 | 0,04 | 0,04 | 0,04 | <0,01 |
| Melilla | 0,10 | 0,03 | 0,03 | 0,01 | 0,04 | 0,03 |
| Canarias | 0,04 | 0,04 | 0,04 | 0,04 | 0,04 | 0,00 |
| Andalucía | 0,02 | 0,04 | 0,04 | 0,04 | 0,03 | 0,01 |
| Ceuta | 0,02 | 0,02 | 0,03 | 0,06 | 0,03 | 0,01 |

*Desviación típica

La tasa de fractura de caderas en pacientes ingresados tiene un promedio de 0,05 en España y oscila entre un 0,14 (País Vasco) y un 0,06 (Ceuta) dentro de las CCAA, estimando una diferencia poco significativa entre comunidades.

Por lo general se observa un ligero aumento a lo largo de los años a estudio en España (0,04 en 2003 frente a 0,06 en 2013), a excepción de cinco comunidades que parece ser que hayan conseguido reducir dicha tasa.

Tabla 28. Indicador: Mortalidad intrahospitalaria global por cada 100 altas hospitalarias

| CCAA | 2003 | 2007 | 2011 | 2013 | MEDIA | DS* |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|------------|
| Galicia | 4,48 | 4,92 | 5,29 | 5,38 | 5,01 | 0,40 |
| Cantabria | 5,08 | 5,17 | 5,10 | 4,64 | 4,76 | 0,20 |
| Asturias | 4,54 | 4,69 | 4,83 | 5,01 | 4,65 | 0,36 |
| Castilla y León | 4,14 | 4,69 | 4,78 | 5,01 | 4,29 | 0,54 |
| Andalucía | 4,06 | 4,44 | 4,70 | 4,79 | 4,49 | 0,32 |
| Castilla - La Mancha | 4,17 | 4,32 | 4,43 | 4,65 | 4,39 | 0,20 |
| Aragón | 4,24 | 4,39 | 4,42 | 4,31 | 4,99 | 0,24 |
| Extremadura | 3,77 | 3,90 | 4,59 | 4,91 | 4,24 | 0,40 |
| Canarias | 3,69 | 4,20 | 4,47 | 4,61 | 3,87 | 0,47 |
| España | 3,94 | 4,12 | 4,26 | 4,21 | 4,34 | 0,08 |
| País Vasco | 3,87 | 4,13 | 4,35 | 4,04 | 4,13 | 0,14 |
| Melilla | 3,85 | 4,21 | 3,95 | 3,99 | 4,09 | 0,19 |
| Com. Valenciana | 3,90 | 4,03 | 4,02 | 3,95 | 4,00 | 0,15 |
| Navarra | 3,24 | 3,90 | 3,96 | 4,38 | 3,97 | 0,06 |
| Com. Madrid | 3,96 | 4,02 | 3,83 | 3,67 | 3,59 | 0,23 |
| Murcia | 3,48 | 3,67 | 3,77 | 3,59 | 3,87 | 0,15 |
| Ceuta | 3,36 | 3,51 | 3,60 | 3,91 | 3,62 | 0,12 |
| La Rioja | 3,70 | 3,46 | 3,47 | 3,35 | 3,49 | 0,14 |
| Cataluña | 3,58 | 3,41 | 3,62 | 3,33 | 3,48 | 0,13 |
| Baleares, Islas | 3,19 | 3,20 | 3,47 | 3,23 | 3,27 | 0,13 |

*Desviación típica

Los registros estudiados indican que existe un 4,21 muertes por cada 100 altas hospitalarias en España, tendencia que ha aumentado en 2013 (4,21) respecto a 2003 (3,94).

A nivel más detallado, se estima que esta tendencia ascendente coincide con todas las CCAA exceptuando a Cantabria, Madrid, La Rioja y Cataluña las cuales han conseguido minimizar el número de muertes hospitalarias en 2003 respecto a los datos registrados en 2013, año en el cual Galicia (5,38), seguida de Castilla y León y, Asturias (5,01) eran las comunidades con mayor número de muertes registradas y, La Rioja (3,35), Cataluña (3,33) y las Islas Baleares (3,23) las que menos.

5.6. Percepción de la población

Tabla 29. Indicador: Salud autopercibida (Porcentaje).

| CCAA | 2003 | 2006 | 2009 | 2011 | MEDIA | DS* |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| La Rioja | 78,36 | 78,71 | 75,37 | 78,50 | 77,73 | 1,58 |
| Navarra | 76,09 | 71,84 | 76,63 | 80,70 | 76,31 | 3,62 |
| Melilla | 72,04 | 72,14 | 77,54 | 79,34 | 75,26 | 3,73 |
| Baleares, Islas | 68,6 | 74,34 | 77,52 | 79,30 | 74,94 | 4,69 |
| Com. Madrid | 74,51 | 72,96 | 71,77 | 80,38 | 74,90 | 3,81 |
| Ceuta | 72,04 | 72,14 | 76,44 | 74,91 | 73,88 | 2,16 |
| País Vasco | 74,87 | 73,51 | 70,89 | 75,34 | 73,65 | 1,99 |
| Castilla y León | 73,27 | 74,05 | 72,38 | 74,63 | 73,58 | 0,97 |
| Cataluña | 72,19 | 69,55 | 74,23 | 76,99 | 73,24 | 3,14 |
| Cantabria | 69,05 | 74,32 | 72,14 | 77,37 | 73,22 | 3,51 |
| Aragón | 76,17 | 72,98 | 69,45 | 73,46 | 73,01 | 2,76 |
| Com. Valenciana | 77,24 | 66,89 | 70,46 | 73,89 | 72,12 | 4,45 |
| España | 71,31 | 69,98 | 70,86 | 75,27 | 71,85 | 2,34 |
| Andalucía | 70,13 | 71,30 | 71,26 | 74,32 | 71,75 | 1,79 |
| Castilla - La Mancha | 65,84 | 69,94 | 71,28 | 78,14 | 71,30 | 5,11 |
| Murcia | 72,98 | 67,02 | 67,70 | 72,20 | 69,97 | 3,04 |
| Canarias | 64,52 | 71,08 | 69,27 | 68,87 | 68,43 | 2,78 |
| Extremadura | 67,36 | 66,49 | 62,95 | 73,45 | 67,56 | 4,36 |
| Asturias | 63,52 | 65,25 | 67,81 | 70,09 | 66,66 | 2,88 |
| Galicia | 61,17 | 58,16 | 60,87 | 68,99 | 62,29 | 4,66 |

*Desviación típica

El porcentaje de población que valora positivamente su estado de salud, por lo general, ha aumentado en los últimos años en España (a excepción de Canarias y Ceuta), pasando de un 70,86% en 2009 de personas que perciben su estado de salud cómo bueno o muy bueno a un 75,27% en 2011.

Los porcentajes más acentuados del último año en el que se tiene información (2011) son Navarra (80,7%) y la Comunidad de Madrid (80,38%) sin embargo, desde un punto de vista temporal, la evolución de este indicador muestra que es La Rioja la CCAA que se mantiene con mayor valoración positiva poblacional con un 77,73% de media. Por lo contrario, Galicia es la que peor valoración recibe durante los años estudiados (media= 62,29 %) obviándose una diferencia de un 15,44% respecto a La Rioja.

Cabe destacar el aumento en salud autopercibida dada en la comunidad de Castilla – La Mancha la cual ha pasado de un 65,84% en 2003 a un 78,14 % en 2011.

Tabla 30. Indicador: Grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público

| CCAA | 2003 | 2007 | 2011 | 2014 | MEDIA | DS* |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|
| Navarra | 6,71 | 7,19 | 7,27 | 7,18 | 7,08 | 0,25 |
| Asturias | 7,26 | 7,21 | 6,98 | 6,57 | 7,00 | 0,31 |
| Aragón | 6,41 | 6,80 | 7,29 | 7,04 | 6,88 | 0,37 |
| La Rioja | 6,56 | 6,97 | 6,77 | 6,80 | 6,77 | 0,16 |
| País Vasco | 6,51 | 6,74 | 6,84 | 6,90 | 6,74 | 0,17 |
| Castilla - La Mancha | 6,61 | 6,79 | 6,15 | 6,57 | 6,53 | 0,27 |
| Cantabria | 6,33 | 6,28 | 6,75 | 6,72 | 6,52 | 0,24 |
| Castilla y León | 6,40 | 6,82 | 6,48 | 6,07 | 6,44 | 0,30 |
| Com. Madrid | 6,10 | 6,42 | 6,45 | 6,55 | 6,38 | 0,19 |
| España | 6,25 | 6,45 | 6,47 | 6,31 | 6,37 | 0,10 |
| Andalucía | 6,14 | 6,29 | 6,62 | 6,29 | 6,33 | 0,20 |
| Murcia | 6,01 | 6,21 | 6,63 | 6,41 | 6,31 | 0,26 |
| Com. Valenciana | 6,12 | 6,45 | 6,24 | 6,11 | 6,23 | 0,15 |
| Baleares, Islas | 5,83 | 6,60 | 6,11 | 6,24 | 6,19 | 0,31 |
| Extremadura | 6,30 | 6,29 | 6,03 | 5,99 | 6,15 | 0,16 |
| Cataluña | 5,96 | 6,02 | 6,22 | 6,03 | 6,05 | 0,11 |
| Ceuta | | 6,29 | 6,16 | 5,66 | 6,03 | 0,33 |
| Galicia | 5,56 | 5,91 | 6,07 | 6,22 | 5,94 | 0,28 |
| Melilla | | 5,90 | 6,15 | 5,62 | 5,89 | 0,26 |
| Canarias | 5,37 | 5,40 | 5,70 | 5,55 | 5,50 | 0,15 |

*Desviación típica

Según los últimos datos disponibles (2014) el grado de satisfacción de los ciudadanos sobre el sistema sanitario público en España adquiere una media de un 6,37, siendo las comunidades de Navarra (7,08) y Asturias (7) mejor valoradas y Melilla (5,62) y Canarias (5,55) las que peor valoración han recibido.

Tras la aplicación de la Ley de Cohesión y Calidad (2003) el grado de satisfacción de los ciudadanos, según los datos registrados en 2007, aumentó en todas las comunidades autónomas, a excepción de Cantabria y Asturias que disminuyó de forma muy poco significativa sin embargo, en 2011 y 2014 se registran un número de comunidades mayores en la que el grado de satisfacción desciende aunque su puntuación, en la mayoría de los casos seguía siendo mayor que la registrada en 2003.

6. Discusión

Tras el análisis de los indicadores seleccionados, a partir del establecimiento de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, en las diferentes Comunidades Autónomas se puede observar cómo ha evolucionado la situación de salud y de los servicios sanitarios a lo largo del tiempo en lo que a calidad asistencial y equidad se refiere.

Estos indicadores han sido organizados en función de sus características, ofreciendo una visión más precisa del sector que analizan, con el fin de facilitar y mejorar su comprensión.

6.1. Indicadores generales

Uno de los indicadores generales que se encuentran es el de la población española que en 2013 fue de 46.593.236 habitantes. Este indicador, aun no tratándose en sí de calidad asistencial, permite entender mejor otros de los indicadores estudiados cómo puede ser el cálculo de los recursos destinados a cada comunidad. No obstante, la densidad de la población, definida cómo el número de habitantes por unidad de superficie, habría resultado mayor utilidad.

Por otra parte, y siguiendo con el análisis de este indicador, se observa un aumento de la población en todas las comunidades autónomas cuya causa principal, según los autores Abades Porcel y Rayón Valpuesta (2012), ha sido el aumento de la esperanza de vida y la reducción de las tasas de mortalidad ya que, cómo veremos más adelante, los avances médicos y tecnológicos, mejores condiciones de vida y, la mejora en el acceso de la población a los servicios sanitarios han contribuido a este hecho, aspecto destacable del funcionamiento del SNS (Abades Porcel & Rayón Valpuesta, 2012) (Salud, 2015).

Partiendo de esta base, en función de los objetivos de la Ley de Cohesión y Calidad, toda la población española debería estar cubierta por el sistema sanitario público, atendiendo a los principios de equidad en el acceso a los servicios sanitarios, calidad de las prestaciones ofrecidas y participación social, sin embargo, en la realidad, esto no ocurre de tal manera. A pesar de que el sistema nacional de salud debería garantizar a todas las personas el acceso a todos los recursos en la red pública, se observa en los datos estudiados que en España solamente ha sido cubierto el 98,93% de media del total de la población, sin olvidar las claras desigualdades que se estima en todas las comunidades, lo que lleva a incumplir su principal objetivo y el principio de equidad de

dicha Ley (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). Solamente dos de las Comunidades Autónomas, Castilla-La Mancha y Cantabria, consiguieron cubrir el 100% de la población en 2003, pero este porcentaje no duró mucho tiempo, puesto que se observa una disminución en los años siguientes. Un artículo realizado por González López-Valcárcel y Barber Pérez (2009) responsabilizan de estas desigualdades al fenómeno de la descentralización, afirmando que “pretender que la equidad sea un objetivo es incoherente con la descentralización” (González López-Valcárcel & Barber Pérez, Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España, 2009).

Otro de los puntos a analizar, es el por qué se observa una disminución de este porcentaje, en mayor o menor medida, de todas las comunidades autónomas en el año 2006. Unas de las posibles causas, según un artículo de Cobo Salvador (s.f.) podrían haber sido los recortes en el gasto sanitario, la escasez de recursos, los costes crecientes o la introducción de las nuevas tecnologías, poniéndose de manifiesto la incapacidad de los servicios de salud para proporcionar un nivel de cobertura nacional que satisfaga la demanda y las nuevas necesidades (Cobo Salvador, s.f.). No obstante, Urbanos-Garrido (2016) apuesta por qué sea la crisis económica la culpable de este fenómeno, donde la magnitud de los recortes no solo han contribuido a mermar la accesibilidad, sino también la calidad. Para hacer frente a esta falta de equidad recomienda, entre otras, definir, con una visión a largo plazo, las prestaciones para las que se pueda garantizar la igualdad de acceso y determinar las distintas formas de financiación aplicables a cada situación dentro de los servicios regionales de salud, de manera que pueda hacerse compatible la autonomía regional con el principio de equidad. Asimismo, también comenta la necesidad de prestarle mayor atención a los colectivos más desatendidos mediante la contratación de profesionales de las comunidades de origen, intervenciones de educación para la salud etc..., cómo es el caso de las minorías étnicas, inmigrantes o, al parecer Ceuta y Melilla, cuyo porcentaje de población cubierta por el sistema sanitario público difiere en gran medida del resto de las comunidades (96,55% y 95,77% respectivamente) (La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias., 2016).

Al contrario que el porcentaje de población cubierta por el SNS, el gasto sanitario por habitante sigue una tendencia ascendente, el cual ha aumentado en el año 2012 (1853,27€), respecto al 2003 (1404,54 €) observándose un descenso en el año 2011. En

lo referente a las desigualdades entre las Comunidades Autónomas se carecen de datos desglosados por CCAA en la fuente de información que se ha utilizado, sin embargo, un estudio indica que Andalucía es la comunidad que menor presupuesto por habitante dispone y el País Vasco la que más (Sánchez Bayle, 2014).

Un informe elaborado por Jiménez-Martín y Andrea Viola (2004) indica que el descenso observado en el 2011 es el resultado de la reciente crisis económica y los recortes sanitarios, el cual no se ha visto solamente en España, sino que también ha repercutido en la mayoría de los países de la Unión Europea (UE) (Jiménez-Martín & Andrea Viola, 2014). En contraposición, el aumento observable desde 2003 hace referencia, según un estudio (Ahn, Alonso Meseguer, & Herce San Miguel, 2003), a que la causa del mismo sea el aumento del envejecimiento y de las enfermedades crónicas, requerir una mayor atención de cuidados y, por tanto, un reto para los servicios sanitarios puesto que, en un futuro, deberán plantearse la puesta en marcha de nuevos protocolos y servicios para hacer frente a las necesidades de una población de creciente edad media a la vez de la preocupación por la sostenibilidad del sistema sanitario en cuanto a costes se refiere (Clavero Barranquero & González Álvarez, 2003) (Abades Porcel & Rayón Valpuesta, 2012).

Igualmente, y a modo de limitación hubiese resultado interesante, con el fin de comprender mejor ésta problemática, el estudio y correlación del gasto sanitario con los indicadores de dependencia, esperanza de vida libre de discapacidad y el de morbilidad. O bien introducir la variable edad en cada uno de los indicadores para conocer el impacto que ha tenido el envejecimiento en el gasto sanitario, pero por una limitación espacio-temporal no ha sido posible, quedando patente la importancia de realizar estudios acerca de ello.

Otros autores como García Goñi (2001), Clavero Barranquero y González Álvarez (2003) o Anguera, Triquell, Falcó y Junco (2014) suman a esta causa los hábitos de vida menos saludables, la escasa integración entre los niveles asistenciales, la variabilidad clínica, el incremento de la renta nacional o la adopción de nuevas tecnologías, aunque cabe destacar que, un elevado gasto sanitario destinado a atender estos problemas no es una condición suficiente para objetivar la buena salud de la población ni la buena calidad de los servicios ya que, independientemente de un mayor o menor gasto, se debe tratar de obtener la máxima eficiencia de los servicios prestados (García Goñi, 2001)

(Anguera, Triquell, Falcó, & Junco, 2014) (Clavero Barranquero & González Álvarez, 2003).

Otro aspecto a destacar en el apartado del gasto sanitario es el porcentaje de dinero público que se destina a la financiación de la provisión privada a través de conciertos. Los conciertos con centros privados contribuyen de manera significativa a la consecución de valores fundamentales del sistema público como son la equidad, la accesibilidad, la reducción de las listas de espera y el apoyo al cumplimiento de los tiempos máximos de respuesta (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad, 2015). Se observa claramente que Cataluña es la Comunidad Autónoma que más gasto dedica a conciertos (28,64%) frente a Aragón (3,68%), comunidad con menos gasto en conciertos, observándose una importante diferencia de un 24,96%. Dicho esto, sería oportuno estudiar si el gasto en conciertos realmente disminuye la lista de espera y el tiempo de respuesta pero, a consecuencia de la falta de datos disponibles sobre la lista de espera de intervenciones quirúrgicas y de consultas de atención especializada dentro de cada CCAA, no se puede realizar tal comparación.

Otro aspecto distinto son las medidas de salud basadas en la mortalidad general por 1.000.000 habitantes, siendo uno de los indicadores más utilizados para evaluar el estado de salud de la población (Jiménez-Martín & Andrea Viola, 2014). Se observa que en España esta tasa ha disminuido a lo largo de los años, por lo que, según este criterio, parece ser que el estado de salud de la población mejora por momentos. En cambio, Extremadura, la única CCAA en la que se observa un ligero incremento de esta tasa en 2011, no se observa una mejoría en el estado de salud. No obstante, según el indicador de salud autopercebida de la población, estos hechos no se correlacionan con la tasa de mortalidad puesto que, por ejemplo, la ciudad autónoma de Melilla, cuya tasa de mortalidad se sitúa de entre las primeras, recibe una valoración muy alta de la población acerca de su estado de salud siendo en 2011 una de la más alta de todas con un 79,34%.

Quizás el incremento de mortalidad estimado en Extremadura sea debido al impacto de la crisis y el recorte del gasto sanitario en particular, ya que según un estudio reciente (Granados Tapia, 2014), se sugiere que ha tenido efectos negativos en la salud de la población, pero esta afirmación no tiene una base en datos disponibles, y en comparación con las otras CCAA, las cuales también se han visto afectadas por la crisis

económica, no se percibe un aumento de la mortalidad, así que podríamos atribuir este hecho a un deterioro de la calidad de la atención sanitaria, ya que en cuanto a la cantidad de población cubierta por los sistemas sanitarios, Extremadura puede presumir de ser la CCAA con más porcentaje de población cubierta durante los años estudiados.

En lo que respecta a Ceuta y Melilla las tasas de mortalidad difieren de forma significativa del resto de comunidades (654,56 y 626,7 respectivamente). Este hecho, en base a los datos proporcionados por Subirats i Humet (2005) y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (2004) se puede atribuir a las malas condiciones de vida, pobreza y hábitos de vida poco saludables ya que, se estima que la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias es la mayor en todo el Estado y casi duplica a la de España, así como la tasa de enfermedades endocrinas, que también representa la mayor cifra de entre las CCAA (Subirats i Humet, Gomà Carmona, & Brugué Torruella, 2005) (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, 2004). Partiendo de esta base, el estudio del diagnóstico de fallecimiento dentro de una misma CCAA y entre comunidades para determinar los factores que influyen en la mortalidad así como la probabilidad de que sea una muerte evitable o prevenible, también sería un tema relevante de investigación, para entre otras, averiguar por qué Andalucía presenta una tasa de mortalidad tan alta respecto a la de las otras CCAA o bien, cómo el aumento de la edad media ha influido en la tasa de mortalidad.

En cuanto a mortalidad infantil se refiere, uno de los indicadores de salud más sensibles de la calidad de los servicios sanitarios (Jiménez-Martín & Andrea Viola, 2014), los datos estudiados estiman, a pesar de las diferentes variaciones observadas en cada CCAA, un buen comportamiento del mismo a lo largo de los años, aunque, si bien es cierto que las comunidades de Ceuta (11,05), Melilla (4,64), Cantabria (3,31), Com. Madrid (2,88) y Navarra (2,47) han experimentado un aumento en el último año (2013) pudiéndose inferir que la calidad de los servicios sanitarios en estas comunidades decae por momentos, aunque esta última, Navarra, ocupa el último rango de la tabla.

El aumento desmesurado de la mortalidad infantil de Ceuta, cuya tasa ha pasado de un 5,15 por 1.000 habitantes en 2011 a un 11,05 en 2013, añade un punto de preocupación alarmante. La causa de este hecho podría atribuirse a las deficiencias socioeconómicas que presenta este territorio ya que, al igual que en Melilla, cuya tasa de mortalidad infantil está por encima del resto de comunidades, también se encuentra en esta misma

situación, no habiéndose encontrado estudios que lo corroboren. Así mismo, otro punto desconcertante son las variaciones observadas en la ciudad autónoma de Melilla (10,84 en 2003, 2,7 en 2007, 1,37 en 2011 y 4,64 en 2013) cuyas causas se desconocen por esta autoría, por lo que sería relevante realizar un estudio acerca de este problema en el que no sólo se introdujeran factores socioeconómicos y el estudio de las tasas de mortalidad sino también de los factores biológicos tales como la natalidad, fecundidad, edad materna, intervalo gestacional o el número de hijos (Longhi, 2013) (Consejería de Sanidad y Consumo, 2008).

Por tanto, teniendo en cuenta los indicadores estudiados, es evidente, dada la influencia de la crisis económica, introducción de nuevas tecnologías y el envejecimiento está teniendo en el estado de salud de la población y la calidad de los servicios prestados por lo que se acentúa la necesidad de realizar mayores estudios acerca de la situación sanitaria, no tan sólo de la actualidad, si no que sobre todo con una visión a medio y largo plazo para asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario. Sin embargo, parece ser que, por lo general, dentro de las CCAA, en mayor o menor medida ha habido un aumento del estado de salud, una reducción de las tasas de mortalidad, mejores condiciones de vida y una mayor accesibilidad, a pesar de la ausencia de equidad observable. Por otro lado, esta mejoría no es compartida por las ciudades de Ceuta y Melilla, acentuándose la necesidad de que su situación sea valorada.

6.2. Indicadores de Atención Primaria (AP)

Estos indicadores permiten analizar la evolución de determinados aspectos sobre la asistencia sanitaria en atención primaria de forma que se pueden conocer los resultados, en cuanto a calidad y equidad se refiere, e identificar aquellas actuaciones que precisan mejoría.

La Atención Primaria, aparte de ser el primer nivel asistencial, vela sobre la protección de la salud y prevención de la enfermedad. Actualmente se estima un descenso en la frecuentación de AP en la mayoría de Comunidades Autónomas. Este descenso objetiva una preocupación importante en lo que a gasto en atención especializada se refiere ya que este nivel asistencial, como hemos dicho anteriormente, está orientado a la educación de la salud para fomentar hábitos de vida saludable y prevenir la enfermedad, evitando de esta manera una demanda innecesaria de la atención especializada y por consiguiente, el gasto que esto supone. Es por ello la evidente necesidad de concienciar

a la población de que este servicio es un buen medio para evitar, en la medida de lo posible, el riesgo de enfermar, al mismo tiempo que incrementar los recursos en AP para poder ofrecer un servicio adecuado a las necesidades de los pacientes y reforzar su papel en el SNS. Quizás sea por ello que Castilla y León (7,89 de media de frecuentación en AP) sea la CCAA más frecuentada ya que, anteponiéndonos a los demás indicadores que analizan la situación de este nivel asistencial, esta comunidad es la que más gasto destina y la que más recursos humanos presenta. Además el estudio de la tasa de mortalidad general anterior muestra, aparte de una disminución a lo largo del tiempo, que esta comunidad se encuentra entre las más bajas de todas y, como se ha dicho, este indicador es un buen exponente del estado de salud por lo que, en función de ello, la Atención Primaria de esta comunidad estaría contribuyendo a un mayor bienestar de la población. No obstante cabría averiguar por qué Madrid (las CCAA con menor tasa de mortalidad), a pesar de la deficiente inversión en este servicio, tiene las tasas de mortalidad tan reducida.

En cuanto a profesionales sanitarios que ejercen en este ámbito, se estima poca variación, desde un punto de vista temporal, del número de médicos y enfermeros en AP por 1.000 personas asignadas, siendo Castilla y León la CCAA donde más médicos y enfermeros ejercen en este ámbito y las Islas Baleares, Ceuta y Madrid las que menos, no obstante, el número de profesionales ha ido en aumento desde 2003 en la mayoría de comunidades. En lo referente a las diferencias entre los profesionales sanitarios, se observa un mayor número de médicos que enfermeros siendo los profesionales de enfermería un pilar fundamental en la educación para la salud y para evitar la derivación a la atención especializada, labor que no sólo mejorará el estado de salud de la población sino que también evitará un aumento del coste (Sindicato de Enfermería, 2012). Sería interesante poder comparar estos datos con otros provenientes del Entorno Europeo o de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) para poder establecer la situación de España en un contexto más amplio. Es cierto que la OCDE publica datos sobre la cantidad de profesionales de la salud, pero no diferencia entre niveles asistenciales.

Cambiando de tema, el gasto dedicado a Atención Primaria en España (13,9% de promedio) ha ido perdiendo peso en la mayoría de CCAA (exceptuando Castilla y León, Asturias, Castilla – La Mancha, Aragón, Canarias, País Vasco, Cantabria y Galicia), todo lo contrario al gasto dedicado en Atención Especializada (y que discutiremos más

adelante), lo que nos lleva a reflexionar si realmente el SNS apuesta por la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y no por la curación de la misma. Son muchos los factores que pueden influir en este descenso, como la frecuentación de la AP, la forma de utilización de los recursos o la crisis económica, entre otros. Según un informe elaborado por la consultora Price Waterhouse Coopers (PWC) (Diez temas candentes de la Sanidad Española para 2013, 2013), en el que reflexionan acerca de las consecuencias de la crisis económica, la disminución del gasto dedicado a AP puede ser debido a los recortes del presupuesto sanitario. En este informe se critica el hecho de adoptar medidas dirigidas a reducir el gasto sin una visión a largo plazo de las consecuencias que podría ocasionar, y no a adoptar medidas dirigidas a mejorar la eficiencia de la utilización de los recursos lo que, al fin y al cabo, daría lugar a una disminución del gasto. No obstante, en contra de este argumento, se dice que la crisis económica ha evitado el despilfarro y ha ayudado a una gestión más eficiente de los recursos disponibles pero, para corroborar este hecho se requiere una mayor investigación que estudie el coste-efectividad de los resultados en materia de salud que tiene este nivel asistencial y la utilización de los recursos disponibles para poder contribuir a mejorar la calidad asistencial. Quizás sea por ello, por el hecho de que la crisis afecte de diferente manera en las CCAA, las variaciones que se observan entre ellas ya que, poniendo como ejemplo el caso País Vasco y la Comunidad Valenciana cuya inversión ha disminuido en los últimos años, se observa una frecuentación de la población mayor, aunque siguen encontrándose por debajo de la media Española.

Por lo que a Melilla se refiere, la CCAA con más gasto de promedio destinado a este nivel asistencial, aunque que se observa un gran descenso del mismo en 2013 (26,35 en 2011 a 15,71), así como en el número de profesionales sanitarios, invita a reflexionar acerca de por qué teniendo tanto presupuesto, no es la comunidad más frecuentada. Como se ha dicho antes, no solo influye el factor económico en la evolución de los indicadores, por lo tanto, sería oportuno realizar mayores estudios acerca de la situación sanitaria de esta ciudad.

Haciendo un breve resumen de la información que nos aporta el estudio de estos indicadores, se observa significativas diferencias en cuanto a los recursos económicos destinados a Atención Primaria y en la cantidad de profesionales sanitarios que ejercen en este ámbito transgrediendo, de nuevo, el principio de equidad. Además, de todas las CCAA, la única que parece cumplir una de las principales características del SNS es

Castilla y León ya que, es la que más invierte en Atención Primaria, tanto en recursos humanos como económicos, apostando por la prevención y promoción de la salud. No obstante, la disminución del gasto destinado, puede ser justificado por los recortes en salud, sin embargo, el hecho de recortar el gasto en Atención Primaria, al ser un buen método para evitar la demanda de Atención Especializada y el gasto que esto supone, no está muy claro que a la larga tenga consecuencias positivas.

6.3. Indicadores Atención Especializada (AE)

Al igual que los indicadores de atención primaria, los indicadores de atención especializada permiten conocer, a lo largo del tiempo, la situación sanitaria de los hospitales y servicios que incluye, en cuanto a calidad y equidad se refiere. Además, ya que conocemos los resultados de los indicadores de atención primaria, nos permitirá realizar comparaciones entre ellos.

La frecuentación de AE, a diferencia que en el servicio de Atención Primaria, la tasa ha aumentado en gran medida (aumento de 413,15 por cada 1.000 habitantes) desde 2003 hasta 2013 siendo la comunidad de Madrid la CCAA más frecuentada de todas y Ceuta y Melilla las que menos. Comparándolo con el indicador de mortalidad general, cómo anteriormente se ha hecho con Castilla y León se podría dar respuesta, dada la alta frecuentación de atención especializada, al por qué Madrid es la menor de todas, sin embargo, son necesario más estudios para afirmarlo con certeza.

Comparando la tasa de frecuentación de ambos servicios, se puede observar que, en lo que respecta a los dos últimos años de los datos que se estudian, las únicas CCAA que reducen la frecuentación de AE son Aragón, La Rioja, Navarra, Castilla La-Mancha, Ceuta y Melilla lo cual, a excepción de La Rioja, coincide con un aumento de la frecuentación en AP, lo que da mayor peso aún a la ideología descrita anteriormente de que AP es un buen método para evitar la frecuentación de este servicio. En lo que a Castilla y León se refiere, el aumento se podría atribuir a que la frecuentación de AP disminuyó en el año 2014, por lo tanto no sería un argumento en contra de dicha idea.

De igual forma, otro factor que puede haber influido en el aumento de la frecuentación es el envejecimiento, y según los indicadores generales (mortalidad y esperanza de vida) descritos anteriormente, esta hipótesis no va en mal camino (Ahn, Alonso Meseguer, & Herce San Miguel, 2003). . Para ello, algunos autores, volviendo al tema de la importancia que tiene Atención Primaria para evitar la demanda de Atención

Especializada, una de las medidas que sugieren es el establecimiento de mecanismos que, por una parte, promuevan la demanda responsable que eviten la utilización inadecuada y, por otra, estimulen la práctica de estilos de vida saludables.

Por lo que hace a los profesionales que ejercen en estos servicios se observa un mayor número, tanto de médicos como de enfermeros, que en atención primaria. No obstante, en este servicio la plantilla de enfermeros es casi 2 veces mayor que la de los médicos. En cuanto a la evolución a lo largo de los años, se observa una disminución del número de médicos, a excepción del País Vasco y Extremadura cuya tasa se ha incrementado ligeramente, en todas las CCAA. Por lo contrario, el personal de enfermería (3,04 por cada 1.000 habitantes de media en España en el año 2013) ha incrementado su plantilla (respecto a 2003). No obstante, esta tasa ha disminuido respecto al año anterior (2011).

Dentro de las CCAA se observa diferencias significativas siendo Navarra la comunidad con más enfermeros en este ámbito (4,27) y Valencia y Andalucía las que menos (2,6). Si lo comparamos con el resto de los países, a pesar de que es cierto que el número de enfermeros ha aumentado desde la publicación de la Ley de Cohesión y Calidad (2003), España sigue situándose muy por debajo de la media de la OCDE (8,7) (OCDE, 2012). Según un estudio realizado por el Sindicato de Enfermería de Castilla y León, los profesionales enfermeros son un pilar básico para el sistema de salud que puede colaborar activamente en la reducción de los gastos sanitarios sin influir en la calidad de la asistencia dándonos a pensar que, en función de los datos observados, la calidad de la asistencia en Atención Especializada iría en descenso, evidenciándose la importancia de que se deben tomar otro tipo de medidas que no deterioren la calidad asistencial como es el caso de la reducción de la plantilla de enfermería (Sindicato de Enfermería, 2012).

Estos recortes en la cantidad de recursos humanos, claramente están relacionadas con la reducción del presupuesto sanitario pero, ¿por qué se reduce la plantilla del personal de enfermería si es considerado un pilar fundamental en la calidad asistencial y seguridad del paciente? Se acentúa de nuevo las malas decisiones que se están tomando para reducir el gasto sanitario puesto que, como anteriormente se ha mencionado, al contrario que en Atención Primaria, el gasto sanitario en este ámbito ha ido en aumento en la mayoría de las CCAA (46,28% en 2003 a un 54,7% en 2013 de media en España) sin importar que sea el servicio con mayor gasto sanitario, lo cual es definido por algunos autores como “hospitalocentrismo” (Simó Miñana, 2012).

Por esta misma razón, no es incoherente que los autores Anguera, Triquell, Falcó y Junco (2014) se plantearan la siguiente cuestión “¿Por qué los hospitales que son el mayor componente del gasto sanitario y tienen mucho margen de mejora en su eficiencia, no reducen su gasto?” y no se equivocaban al plantearla, ya que una revisión de la literatura afirmaba que la eficiencia hospitalaria podía tener un 15% más de lo que tenía por el mismo coste, o lo que es lo mismo, podía mantener los niveles de servicio con una reducción del 15% de los gastos. Para ello, resultaría de gran importancia identificar y evaluar de forma objetiva las soluciones para la financiación de la atención especializada (Anguera, Triquell, Falcó, & Junco, 2014) (Organización Mundial de la Salud, 2010). Puede ser también, volviendo al tema del aumento de la esperanza de vida y envejecimiento, que este aumento del gasto haya sido por el aumento de la población de mayores de 65 años ya que requieren de mayores necesidades asistenciales sin embargo, este hecho fue asumido desde 2003 cómo dice un estudio realizado en la comunidad andaluza sobre las previsiones de futuro y que no ha sido tomada en consideración a la hora de establecer estrategias que pongan remedio a este hecho (Clavero Barranquero & González Álvarez, 2003).

Otro punto a debatir es la mala posición en la que se encuentra Melilla dentro de la prestación de servicios en Atención Especializada. El número de médicos y enfermeros se sitúa de entre las casillas más bajas y a pesar del aumento de la inversión en AE la frecuentación no ha ido en aumento, por lo que, otra vez más, las buenas condiciones en cuanto a financiación no repercuten en una mejora de los indicadores clave del SNS.

Haciendo relevancia de nuevo al gasto sanitario en atención especializada, a pesar del aumento observado, parece ser que no se ha tenido en cuenta la inversión del mismo en la reducción de las listas de espera para consultas especializadas siendo estas de un 66,97 por 1.000 habitantes en 2013 frente a un 54,37 en 2006. Esto demuestra los problemas de sostenibilidad y posibilidad de mejorar la gestión de los recursos ya que, para poder reducir esta tasa no es necesario un incremento de financiación sino una mayor atención a como se gasta el dinero (López Casasnovas, Ortún Rubio, & Puig-Junoy, s.f). En cuanto a lo referente en las CCAA, se carecen de datos, por lo tanto no se pueden conocer las desigualdades existentes entre ellas.

Otro punto desconcertante, es la disminución de los ingresos hospitalarios por 1.000 habitantes en la mayoría de CCAA ya que, la frecuentación y el gasto de atención

especializada sigue una tendencia ascendente. Puede plantearse entonces, que es debido a que la población recurre directamente a este servicio sin considerar ser atendido anteriormente por el primer nivel asistencial, que los avances en las tecnologías evitan en gran medida que los pacientes queden ingresados o bien que la hospitalización a domicilio es de gran efectividad para la reducción de los mismos, no obstante, no se dispone datos suficientes sobre ello (Ahn, Alonso Meseguer, & Herce San Miguel, 2003).

Siguiendo con los recursos referentes a AE y teniendo presente el tema de la contención del presupuesto sanitarios, la disminución del número de camas en funcionamiento, al igual que la plantilla de profesionales de Enfermería del que se ha hablado anteriormente, Andalucía es la comunidad con un peor indicador (2,42 por cada 1.000 habitantes de promedio) seguida por la Comunidad Valenciana (2,46), siendo casi la mitad de las camas en funcionamiento que dispone, Cataluña (4,10).

El número de camas hospitalarias necesarias para la correcta atención de la población, como bien dice el Dr. Enrique Quesada, “no puede definirse universalmente ya que no sólo depende de la eficiencia en su gestión sino también del desarrollo de otras modalidades de atención y de la incorporación de nuevas tecnologías que influyen en su tasa de utilización” (Quesada, 2011) . Algunos autores apuntan a que esto sea debido al ahorro de los costes, sin embargo, a pesar de que España se sitúa a la cola de Europa en número de camas, ponen en manifiesto la necesidad de adoptar otro tipo de estrategias para reducir dichos gastos. No obstante, cabe señalar que el aumento de las tendencias tecnológicas (cirugía mayor ambulatoria, hospitales de día, hospitalización a domicilio etc...) van en línea de una menor necesidad de camas por lo que se debería estudiar si el descenso relativo observado en las comunidades autónomas es consecuencia de un aumento de estas tecnologías y viceversa (Diez temas candentes de la Sanidad Española para 2013, 2013) (Quesada, 2011). Asimismo, esto también podría ayudarnos a conocer si el descenso de la frecuentación de ingresos hospitalarios estuviera relacionado con el mismo motivo.

Por otra parte, si lo comparamos con el indicador de la frecuentación de AE parece ser que se contraponen los resultados, ¿por qué si la frecuentación de Atención Especializada aumenta, las camas en funcionamiento que como consecuencia deberían aumentar para atender al aumento de número de pacientes, disminuye? ¿Es qué

anteriormente había en funcionamiento más camas de las necesarias? ¿O es que el motivo de asistencia no requiere de ingreso? Quizás deberíamos atendernos al argumento anterior de que es debido al aumento de las tendencias tecnológicas ya que, por lo general, la reducción de camas e ingresos hospitalarios coinciden, pero se requiere más estudios para saber si es una mala estrategia para reducir los gastos sanitarios o un aumento de la eficiencia del sistema sanitario.

Otro indicador que ayuda a entender el hecho de que las camas y los ingresos hospitalarios disminuyeran es la estancia media, ya que se observa una disminución de la misma en todas las comunidades autónomas situándose en 6,82 días en 2013 frente a 7,64 en 2003 en España. Además, este indicador es utilizado para determinar el nivel de la eficiencia hospitalaria por lo tanto, se podría decir que el sistema de atención especializada mejora por momentos dado que la disminución de la estancia media constituye un aspecto a favor del funcionamiento del SNS (uno de los pocos) puesto que la estancia hospitalaria prolongada es una preocupación mundial por los efectos negativos que comporta, tales como, aumento de los costes, saturación de los servicios y disminución de la calidad de la atención en lo referente a los riesgos de eventos adversos (Ceballos Acevedo, Velásquez Restrepo, & Jaén Posada, 2014) . Quizás esta disminución ha sido gracias a las unidades de cirugía sin ingreso y la hospitalización a domicilio ya que, el número de camas, ingresos hospitalarios y la estancia media ha ido en disminución.

Dado este contexto, sería conveniente analizar la situación en las que se encuentra Galicia, Canarias y Asturias ya que la estancia media de estas CCAA es la más alta de todas (8,7; 8,62; y 8,18 respectivamente) así como aquellas comunidades en las que la estancia media no se ha disminuido (Asturias y Castilla-La Mancha) mediante la utilización de los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) para determinar los motivos de la misma, ya que considerando que el envejecimiento aumenta el número de estancia media, la causa puede ser atribuida a que aumenta la esperanza de vida en estos territorios o bien, podría ser por una mala praxis que ha ocasionado infecciones nosocomiales en los pacientes puesto que, ambos indicadores, según un estudio realizado por Zaragoza, Ramírez y López-Pueyo (2014) están interrelacionados (Ahn, Alonso Meseguer, & Herce San Miguel, 2003) (García-Vidal, Carratalà, Díaz, Verdager, Manresa, & Gudiol, 2008) (Zaragoza, Ramírez, & López-Pueyo, 2014). Por

otra parte, es de gran impacto que Melilla y Ceuta sean unas de las que menos estancia media presenta, considerando los datos que muestran en otros indicadores.

De nuevo la falta de equidad es uno de los temas principales dada las diferencias en cuanto al porcentaje de gasto dedicado a este servicio, el número de camas en funcionamiento, los días de estancia media y el número de profesionales sanitarios. Estas diferencias, puede que estén justificadas por las características de la población, entre ellas el grado de envejecimiento o los problemas de salud de los que están diagnosticados, pero se requieren más estudios para poder afirmarlo con certeza. No obstante, se puntualiza la importancia de prestar una mayor atención a como gastamos el dinero ya que, entre otras, se evidencia la necesidad de un mayor número de enfermeros puesto que, a pesar de encontrarse por debajo de la media de la OCDE, contribuye a una reducción del gasto sin influir en la calidad de la asistencia y es más, pese a que es el servicio que más presupuesto recibe, término que algunos autores definen como “hospitalocentrismo”, parece ser que no es el que mejor está invirtiendo. Por otra parte, cabe destacar también, que el aumento de que la frecuentación en Atención Primaria parece que reduzca la Atención Especializada va tomando más peso, que las nuevas tecnologías parece ser que permitan reducir de forma efectiva los gastos ya que se estima un menor número de ingresos y una menor necesidad de camas en funcionamiento (de ahí la reducción de los días de estancia con su consiguiente disminución del gasto) y que, la necesidad de realizar estudios sobre la situación en la que se encuentra Melilla va en aumento.

6.4. Quirófanos

Estos indicadores tienen la misma función que los anteriores, y de hecho, las intervenciones quirúrgicas se engloban dentro de la atención especializada, pero además de ser un tema actual y relevante por su relación con la seguridad del paciente, resulta un servicio especial, motivos por lo que se ha decidido considerar a parte estos indicadores.

Este recurso, se ha incrementado en la mayoría de las Comunidades Autónomas. En 2013 Navarra y el País vasco (11,15 y 10,74 respectivamente) fueron las que más quirófanos presentaron y Melilla (4,78) la que menos, estimándose una diferencia significativa. Del mismo modo las tasas de intervenciones quirúrgicas por 1.000 habitantes también han aumentado en la mayoría de las comunidades durante los años

estudiados siendo, en el 2013, el País Vasco (139,26), Cataluña (130,17) y Madrid (125,13) las comunidades que más intervenciones realizaron frente a Cantabria (68,94), Melilla (57,55) y Ceuta (48,65).

Claramente se estima una diferencia excesiva entre comunidades y, de nuevo, se evidencia la necesaria cohesión y equidad entre los territorios, sobre todo en lo que se refiere a Melilla y Ceuta, otra vez los territorios que destacan por encontrarse entre los rangos más bajos del indicador (Sevillano, 2015). Además, en función de estos datos, parece ser que el recurso no se está utilizando como es debido ya que, en muchas de las comunidades, como es el caso de Navarra, Extremadura, Galicia o Murcia, a pesar de encontrarse entre las comunidades que mayor número de quirófanos tiene en funcionamiento, la tasa de intervenciones no sigue su ejemplo. Esto puede ser un claro motivo de que, por una parte las listas de espera no mejoren y de que el gasto sanitario se está invirtiendo inadecuadamente.

Al igual que las listas de espera para consultas especializadas, aunque con unas cifras significativamente inferiores, también se observan cambios importantes en las listas de espera para las intervenciones quirúrgicas durante los años estudiados. Del mismo modo, también marca una tendencia ascendente y de nuevo, aparece la crisis económica como causante (Diez temas candentes de la Sanidad Española para 2013, 2013).

No obstante, es de interés cuestionarse por qué la lista de espera para las intervenciones quirúrgicas ha ido en aumento si, en comparación con los indicadores anteriormente estudiados, ha habido un incremento en la disposición de quirófanos en funcionamiento y de la tasa de intervenciones quirúrgicas en la gran mayoría de comunidades autónomas, pero, al carecer de datos sobre la lista de espera desglosado por CCAA no podemos relacionar si este aumento es a causa de aquellas que no han aumentado sus recursos, como posible consecuencia de la crisis económica, o es que no los están utilizando adecuadamente. Además, se suma a esta última posible causa, la disminución del personal de enfermería en atención especializada, puesto que según un estudio, una buena medida para reducir las listas de espera es aumentar el número de enfermeros para que puedan colaborar activamente en el aumento de las intervenciones quirúrgicas ambulatorias sin embargo y, como ya se ha comentado antes, esta medida no ha sido tomada en consideración ya que, por lo que parece, se ha preferido destinar el gasto a aumentar el número de quirófanos sin aumentar, en general, el número de

intervenciones, y no del personal de enfermería cuya labor beneficiaría en gran medida la reducción del gasto y las listas (Diez temas cendentes de la Sanidad Española para 2013, 2013).

6.5. Reacciones adversas

Estos indicadores son un instrumento fundamental para evaluar aspectos clave relacionados con la seguridad del paciente y la calidad del servicio prestado. La seguridad del paciente se relaciona con aquellos elementos que puedan minimizar el riesgo de un evento adverso o de mitigar sus consecuencias y, como consiguiente permite disminuir la morbilidad y mortalidad de la población (Gaviria Uribe, y otros, s.f).

Entre ellos se encuentra la notificación de reacciones adversas a medicamentos. España tiene un promedio de 272,31 reacciones adversas notificadas por año, sin embargo, parece ser que existe un sesgo de información puesto que se estiman importantes variaciones entre CCAA e incluso dentro de la misma en función del año estudiado, por lo tanto, es difícil conocer la evolución de los efectos adversos a lo largo del tiempo, siendo el estudio del mismo vital para mejorar la calidad y disminuir los costos en la atención de la salud, y es más, según un estudio reciente que monitorizaba la cantidad de reacciones adversas registradas en una unidad, se demostró que la notificación de reacciones adversas es prácticamente inexistente en la actualidad (Pozo Márquez, Martín Auriol, Reyes de la Vega, Valdés Planes, De la Cruz Cortés, & González Correa, 2014).

Dada esta situación, según un estudio realizado en Irlanda (Moore & McAuliffe, 2012), en el cual se plantearon comprender e identificar las actitudes y creencias particulares de las enfermeras acerca de por qué no registraban los incidentes de mala atención, llegaron a la conclusión de que las razones principales fueron “no quiero causar problemas” “no estoy seguro de si es lo que hay que hacer” y “tengo miedo a las consecuencias” siendo esta última la razón más común y la principal barrera para la presentación de informes de mala atención. Estos motivos se podrían aplicar perfectamente en el ámbito español, sin embargo, a pesar de un estudio realizado en Castilla y León, la actividad enfermera en la farmacovigilancia es muy escasa siendo necesario reforzar su formación y concienciar a este colectivo para contribuir a la

disminución de la infranotificación, por lo que este motivo podría sumarse a los anteriormente citados (Velasco González, 2013).

Según la OMS, la falta de notificación es un fenómeno de difícil corrección ya que su amplitud es desconocida y muy variable marcando relevancia que para poner fin al problema se necesita una mayor claridad de los criterios de notificación, facilidad de los procedimientos y una buena práctica motivada (Organización Mundial de la Salud, 2001). Para ello, algunas soluciones que se sugieren es que los gestores y responsables de las políticas de los entornos sanitarios proporcionen más tranquilidad para el personal, desarrollando una cultura de confianza y apoyo y, protegiéndoles de las repercusiones negativas que puedan surgir (Moore & McAuliffe, 2012). Así mismo, también se propone que si la notificación de estos incidentes se realiza de forma anónima, contribuiría a que los profesionales utilizaran más este recurso, no obstante, la notificación anónima podría dar lugar a que se utilizara malintencionadamente y, en el caso de que el efecto adverso fuera de gravedad, no se podría identificar las fuentes de error para implantar soluciones.

Centrándonos en el indicador de la tasa de infección hospitalaria, otro indicador que evalúa la calidad asistencial de los procesos hospitalarios, se observa un aumento del mismo en todas las comunidades autónomas a excepción de Cantabria, Aragón, Castilla y León, Melilla, Ceuta y Extremadura cuya tasa ha sido inferior respecto a los años anteriores, aunque no de forma significativa y, en el caso de las tres primeras, se encuentra por encima de la media española. Esto aporta un punto más de preocupación que nos lleva a reflexionar si la calidad del sistema sanitario no está en la cuerda floja ya que, el aumento de las tasas de infección hospitalaria aumentan la morbilidad, la mortalidad intrahospitalaria, suponen un gasto extra y reducen la calidad de la asistencia sanitaria (Revert Gironés, 2005).

Por otra parte, si lo comparamos con los días de estancia, no parece mostrar muchas coincidencias respecto a las variaciones que se estiman (la estancia media en España disminuye y la tasa de infecciones hospitalarias presenta una tendencia ascendente), pero si se observa que las CCAA se encuentren por encima o por debajo de la media española. Este aspecto lo podríamos relacionar con otros factores como una disminución de la calidad de la atención prestada, poca cualificación de profesionales acerca de cómo evitar las infecciones nosocomiales (por ejemplo mediante un correcto

lavado de manos o tomando las medidas necesarias para evitar la bacteriemia relacionada con el mal cuidado del catéter), una disminución del personal de enfermería que ha contribuido a un aumento de la carga de trabajo y cómo consiguiente menor atención a lo que se está haciendo, la mala notificación de las infecciones nosocomiales dada la gran diferencia entre los comunidades autónomas (Cantabria- 1,88- y Valencia - 0,89) y que Ceuta y Melilla, en función de que la causa de porqué tienen una mortalidad tan elevada son las infecciones, se encuentran por debajo de la media española o bien, por el aumento de la multirresistencia de algunos microorganismos (Organización Mundial de la Salud, 2010) (Monge Jodrá, Figuerola Tejerina, Pita López, Gallego Berciano, & Robustillo Rodela, 2013).

En base a ello, se recalca la importancia de realizar mayores estudios acerca de la posibilidad de establecer procedimientos preventivos que eviten el aumento de las infecciones nosocomiales, para calcular la incidencia de infección por grupos de diagnóstico (GRD) que nos permitan saber que pacientes son más vulnerables a las infecciones y los factores de riesgo, como por ejemplo la edad, que intervienen en su desarrollo, para conocer el impacto que estas infecciones tienen en el aumento del gasto sanitario y, en mayor medida, para saber si estas infecciones han podido ser evitables, sin olvidar la necesidad de concienciar a los profesionales la importancia de notificar la incidencia de las infecciones y aumentar su formación respecto a la prevención de estas.

En cuanto a la fractura de caderas, indicador que constituye otra herramienta para mejorar la calidad asistencial, se estima por lo general, un ligero aumento a lo largo de los años estudiados en España observándose una diferencia poco significativa entre CCAA por lo tanto, dada la poca variación que ésta ha experimentado y que no se sabe con certeza de que exista un sesgo de información, no podemos atribuir un aumento o descenso de la calidad del sistema sanitario a partir de la valoración de este indicador.

Y para finalizar el análisis de este grupo de indicadores en lo que ha mortalidad intrahospitalaria respecta, al igual que la tasa de infecciones, ha aumentado a lo largo de los años en todas las comunidades (excepto Cantabria, Madrid, La Rioja y Cataluña). Además, si se compara con la tasa de infecciones nosocomiales de cada CCAA, en la mayoría de ellas, parece ser que el aumento de un indicador se relaciona con el aumento del otro y viceversa, no obstante para saber si este aumento de mortalidad está relacionado con la mala praxis, como se ha postulado que pasa con las infecciones

nosocomiales, es necesario monitorizar la calidad de las intervenciones realizadas por los profesionales sanitarios ya que este aumento, también podría explicarse por el crecimiento del número de pacientes ancianos cuyo estado es más grave, presentan pluripatologías y consumen más recursos que el resto de la población (Zapatero Gaviria, Barba Martín, Canora Lebrato, Losa García, Plaza Canteli, & Marco Martínez, 2009).

Desafortunadamente, mediante una visión general de estos indicadores, parece ser que la calidad de la atención sanitaria precisa de acciones que mejoren la seguridad del paciente, a pesar de los esfuerzos que se realizan a nivel nacional e internacional. Por una parte la falta de concienciación acerca de la importancia de la farmacovigilancia sumando el miedo de algunos profesionales a las represalias impide la realización de estudios para tomar estrategias que disminuyan los eventos adversos y, por otra parte, los indicadores que estiman la calidad de la atención (infecciones hospitalarias, fractura de caderas y mortalidad intrahospitalaria) empeoran en la gran mayoría de CCAA. Pero aquí no acaba el problema ya que, sea por el motivo que sea, existen importantes desigualdades entre comunidades autónomas, tanto en la tasa de mortalidad hospitalaria como en la tasa de infecciones nosocomiales. Entonces, por lo visto, ¿Dónde está la equidad y la calidad de atención consideradas un derecho constitucional? Se alerta pues, la inminente necesidad de poner medidas para mejorar la equidad y la calidad del SNS.

6.6. Percepción de la población

Estos indicadores muestran como la población valora el funcionamiento del sistema sanitario y su propia salud después de recibir la atención sanitaria demandada. Además permite conocer las preferencias y expectativas de la población y dar respuesta a las necesidades de los mismos.

En cuanto al estado de salud autopercebido y la satisfacción del funcionamiento del SNS se observan datos muy positivos para España, ya que, por lo general, ha aumentado durante los años estudiados en la mayoría de las CCAA, incluso a pesar de la crisis económica y la inequidad en cuanto al acceso a los servicios.

De entre ellas cabe destacar la buena puntuación que recibe Navarra, siendo en los últimos años disponibles de cada indicador la mejor valorada, Castilla-La Mancha por el aumento en salud autopercebida que ha presentado a lo largo de los años, la tan baja puntuación de Galicia en cuanto al estado de salud y la elevada puntuación que recibe Melilla del indicador de percepción de la salud ya que, dada la mala situación sanitaria

que se prevé en función de la mayoría de indicadores anteriormente estudiados, esta valoración tan positiva es desconcertante. Sin embargo, a pesar de tener presentes estos datos, cabría averiguar cuáles son los motivos por los que cada población puntualiza de una forma u otra su estado de salud y el grado de satisfacción del funcionamiento del sistema, para obtener información relevante.

Éste análisis debe verse como una primera introducción al problema en el que se encuentra la situación sanitaria española en la actualidad ya que, a parte de la limitación espacio-temporal, la falta de datos acerca de la densidad, esperanza de vida, de la situación socioeconómica, de la edad en cada uno de los indicadores estudiados, de la diversidad de las fuentes a la hora de conocer las causas de mortalidad (tanto infantil, general como intrahospitalaria), los datos desglosados por CCAA en el indicador de gasto por habitante, listas de espera para intervenciones quirúrgicas y para consultas especializadas así como, los posibles sesgos de información que podrían tener los indicadores de notificación de reacciones adversas, tasa de infecciones y fracturas de cadera han dejado en “stand-by” muchas de las consideraciones que se han tenido en cuenta durante la interpretación de la evolución de los indicadores clave del SNS.

Sería oportuno realizar investigaciones futuras acerca de aquellos aspectos que están deteriorando la calidad de la atención con el objetivo de poner en práctica la elaboración de nuevos protocolos y servicios que, sin desatender a las necesidades y demandas de la población, aseguran la sostenibilidad del sistema sanitario a la vez que se preocupan por la equidad y la calidad asistencial como el análisis del impacto del aumento del envejecimiento y la esperanza de vida, las repercusiones que la disminución del número de enfermeros tiene en la calidad asistencial, las causas de las reacciones adversas, el número de muertes e infecciones hospitalarias que han podido ser evitadas y sus causas, el análisis de la situación de las CCAA mediante los GRD para determinar los motivos por los que se ha reducido o aumentado la estancia media y, en general, el estudio del coste-efectividad de los resultados, en materia de salud, de los distintos servicios sanitarios.

7. Conclusiones

- 1) El análisis de los indicadores clave del SNS permite, a partir de la publicación de la Ley de Cohesión y Calidad, evaluar situaciones determinadas de salud, valorar su comportamiento en el tiempo y realizar comparaciones entre las diferentes Comunidades Autónomas para determinar las desigualdades entre los diferentes sistemas autonómicos de salud dentro del territorio español, respecto a calidad, utilización de recursos humanos, materiales y económicos se refiere.
- 2) Se utilizó el Sistema de Información Sanitaria (SIS) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para seleccionar, tras ser examinados, los indicadores más útiles para valorar las tendencias y posibles diferencias atendiendo a criterios de calidad asistencial y equidad. Así mismo, fueron organizados en función de sus características para ofrecer una visión más precisa del sector que analizan, se realizó un corte transversal de cada 4 años y se excluyeron los indicadores que evaluaban los grupos específicos de la población con tal de simplificar la información.
- 3) Se observa un incumplimiento de los principios de equidad en el acceso de los servicios sanitarios y la calidad de las prestaciones ofrecidas, sobre todo en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, cuyo principal causante, en la mayoría de los casos, parecen ser los recortes sanitarios producidos por la crisis económica y, el aumento del envejecimiento y las enfermedades crónicas, así como las malas estrategias que se están tomando con el fin reducir el gasto sanitario sin tener presentes las consecuencias negativas que estas pueden producir a largo plazo y sin considerar que adoptar medidas dirigidas a mejorar la eficiencia de la utilización de los recursos, al fin y al cabo, daría lugar a una reducción de los costes sin influir en la calidad de la atención y contribuiría a la sostenibilidad del sistema.

Además, dada la falta de equidad y calidad observable en los servicios sanitarios de todas las CCAA, en mayor o menor medida, es evidente que para garantizar la igualdad de acceso y de la calidad asistencial recibida es necesario determinar unos estándares mínimos de calidad y acceso en cada nivel asistencial y las distintas formas de financiación aplicables a cada situación.

No obstante, a pesar de todas estas objeciones, cabe decir que los avances en las tecnologías, mejores condiciones de vida y la mejora en el acceso a los servicios sanitarios han contribuido al aumento de la esperanza de vida y la reducción de la tasa de mortalidad, con un estado de salud general de la población va en aumento.

- 4) Este análisis debe verse como una primera introducción al problema ya que se requieren más investigaciones en más profundidad sobre todo de las causas que han provocado que los indicadores de reacciones vayan en decaimiento en la mayoría de las poblaciones mediante estudios de grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) además, de las causas de los posibles sesgos de información que se estiman, y del impacto del envejecimiento en cada uno de los indicadores estudiados para que, mediante ello, se pongan en marcha nuevos protocolos y servicios para hacer frente a las necesidades de la población a la vez que aseguren la sostenibilidad del sistema sanitario teniendo siempre presente los criterios de calidad asistencial y equidad y, el coste-efectividad de las intervenciones.

8. Índice de tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1: Modelos del Sistema de Salud..... | 4 |
| Tabla 2: Diferencias entre los Modelos Mixtos..... | 7 |
| Tabla 3: Indicadores clave del SNS incluidos en el estudio..... | 20 |
| Tabla 4: Indicador: Población total..... | 25 |
| Tabla 5: Indicador: Porcentaje de población cubierta por el sistema sanitario público..... | 26 |
| Tabla 6: Indicador: Gasto sanitario por habitante..... | 26 |
| Tabla 7: Indicador: Porcentaje del gasto dedicado a conciertos..... | 27 |
| Tabla 8: Indicador: Tasa de mortalidad general ajustada por 1.000.000 hab..... | 29 |
| Tabla 9: Indicador: Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos..... | 30 |
| Tabla 10: Indicador: Frecuentación en medicina de atención primaria por persona asignada/año..... | 31 |
| Tabla 11: Indicador: Personal médico atención primaria por 1.000 personas asignadas..... | 32 |
| Tabla 12: Indicador: Personal de enfermería en atención primaria por 1.000 personas asignadas..... | 33 |
| Tabla 13: Indicador: Porcentaje del gasto sanitario en atención primaria..... | 35 |
| Tabla 14: Indicador: Frecuentación en consultas de atención especializada por 1.000 hab..... | 36 |
| Tabla 15: Indicador: Personal médico en atención especializada por 1.000 hab..... | 37 |
| Tabla 16: Indicador: Personal de enfermería en atención especializada por 1.000 hab..... | 38 |
| Tabla 17: Indicador: Porcentaje del gasto de los servicios de atención especializada..... | 39 |
| Tabla 18: Indicador: Pacientes en espera para consultas especializadas por 1.000 hab..... | 39 |
| Tabla 19: Indicador: Frecuentación de ingresos hospitalarios por 1.000 hab..... | 40 |
| Tabla 20: Indicador: Camas hospitalarias en funcionamiento por 1.000 hab..... | 41 |
| Tabla 21: Indicador: Estancia media (EM)..... | 43 |
| Tabla 22: Indicador: Quirófanos en funcionamiento por 100.000 hab..... | 44 |
| Tabla 23: Indicador: Tasa de intervenciones quirúrgicas por 1.00 hab..... | 45 |
| Tabla 24: Indicador: Pacientes en espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes por 1.000 hab..... | 45 |
| Tabla 25: Indicador: Tasa de notificaciones de reacciones adversas a medicamentos..... | 46 |
| Tabla 26: Indicador: Tasa de infección hospitalaria..... | 47 |
| Tabla 27: Indicador: Tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados..... | 48 |
| Tabla 28: Indicador: Mortalidad intrahospitalaria global por cada 100 altas hospitalarias..... | 49 |

| | |
|---|----|
| Tabla 29: Indicador: Salud autopercebida (Porcentaje)..... | 50 |
| Tabla 30: Indicador: Grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público..... | 51 |

9. Índice de gráficos

| | |
|--|----|
| Gráfico 1: Gasto sanitario por habitante..... | 27 |
| Gráfico 2: Porcentaje de gastos en conciertos..... | 28 |
| Gráfico 3: Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos | 31 |
| Gráfico 4. Personal de enfermería en Atención Primaria por 1.000 personas asignadas (2014) | 34 |
| Gráfico 5. Frecuentación de ingresos hospitalarios por 1.000 hab..... | 40 |
| Gráfico 6: Estancia media (EM)..... | 42 |

10. Abreviaturas

AE: Atención Especializada

AP: Atención Primaria

ATS: Asistente Técnico Sanitario

CCAA: Comunidad Autónoma

DS: Desviación Típica

EM: Estancia Media

FEDRA: Farmacovigilancia en España, Datos de Reacciones Adversas

GRD: Grupos Relacionados con el Diagnóstico

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OMS: Organización Mundial de la Salud

PWC: Price Waterhouse Coopers

SIS: Sistema de Información Sanitaria

SNS: Sistema Nacional de Salud

SOE: Seguro Obligatorio de Enfermedad

UE: Unión Europea

11. Referencias bibliográficas

Abades Porcel, M., y Rayón Valpuesta, E. (2012). El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? Recuperado el 2 de Mayo de 2016, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000400002

Ahn, N., Alonso Meseguer, J., y Herce San Miguel, J. A. (2003). Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España. Recuperado el 2 de Mayo de 2016, de http://www.fbbva.es/TLFU/dat/DT_2003_07.pdf

Anguera, A., Triquell, L., Falcó, J. L., y Junco, M. (Febrero de 2014). Sostenibilidad del sistema sanitario. Recuperado el 30 de Abril de 2016, de <https://www.antaes-consulting.com/uploads/TPublicaciones/5fc6c47f642c379c51effbb246da031abf3a394d.pdf>

Anseán, A. (26 de Julio de 2012). Indicadores para el benchmarking hospitalario en salud mental. Recuperado el 22 de Marzo de 2016, de <http://www.alansaludmental.com/app/download/6344243552/Vol+2+-+12+-+Indicadores+para+el+Benchmarking+Hospitalario+-+Andoni+Ansean-.pdf?t=1349717758>.

Antón Pérez, J. I., Muñoz de Bustillo Llorente, R., Fernández Macías, E., y Rivera Navarro, J. (14 de Octubre de 2010). Evaluación del proceso de descentralización del sistema nacional de salud desde la perspectiva de los ciudadanos. Recuperado el 28 de Enero de 2016, de [http://www.janton.net/Files/Docs/JIA%20et%20al%20\(2011\)%20CIS.pdf](http://www.janton.net/Files/Docs/JIA%20et%20al%20(2011)%20CIS.pdf)

Benach, J., Daponte, A., Borrell, C., Artazcoz, L., y Fernández, E. (s.f.). Las desigualdades en salud y la calidad de vida en España. Recuperado el 11 de Marzo de 2016, de <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO6750/15cap14.pdf>

Benchmarking de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación del gobierno clínico en el ámbito hospitalario. (2008). Recuperado el 13 de Febrero de 2016, de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BenchmarkingGestionRiesgosGobiernoClinico.pdf>

Bernabeu Mestre, J., & Gascon Pérez, E. (1999). Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977). Recuperado el 23 de Marzo de 2016, de <http://publicaciones.ua.es/filespubli/pdf/LD84790851348542019.pdf>

Cantarero Prieto, D. (2008). Desigualdades territoriales y equidad en el sistema sanitario español. Recuperado el 11 de Marzo de 2016, de http://www.revistasice.com/CachePDF/CICE_75_141-166__B8B534F3C0F197A1160664F948982465.pdf

Caracterización de Modelos Sanitarios y Sistemas Sanitarios. (26 de Julio de 2011). Recuperado el 7 de Marzo de 2016, de <http://www.politicaspUBLICAS.uncuyo.edu.ar/articulos/index/caracterizacion-de-modelos-sanitarios-y-sistemas-sanitarios>

Ceballos Acevedo, T. M., Velásquez Restrepo, P. A., y Jaén Posada, J. S. (9 de Mayo de 2014). Duración de la estancia hospitalaria. Recuperado el 4 de Mayo de 2016, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a17.pdf>

Clavero Barranquero, A., y González Álvarez, M. L. (2003). El envejecimiento como causa del incremento de gasto sanitario andaluz. Recuperado el 30 de Abril de 2016, de <http://www.asepelt.org/ficheros/File/Anales/2003%20-%20Almeria/asepeltPDF/143.PDF>

Cabo Salvador, J. (2010). Sistema Sanitario Español. Recuperado el 9 de Marzo de 2016, de <http://www.gestion-sanitaria.com/2-sistema-sanitario-espanol.html>

Cobo Salvador, J. (s.f). Sistemas Sanitarios en la Unión Europea. Recuperado el 1 de Mayo de 2016, de <http://www.gestion-sanitaria.com/1-sistemas-sanitarios-union-europea.html>

Consejería de Sanidad y Consumo. (Noviembre de 2008). 1er. Plan de Salud. Recuperado el 30 de Abril de 2016, de <http://www.ceuta.es/documentos/PlanSalud.08.11.pdf>

Curso básico de economía de la salud y gestión clínica. (s.f.). Recuperado el 7 de Marzo de 2016, de <http://www.ics-aragon.com/cursos/iacs/cbesgc/1/modulo-i.pdf>

Diez temas candentes de la Sanidad Española para 2013. (2013). Recuperado el 2 de Mayo de 2016, de <https://www.pwc.es/es/publicaciones/sector-publico/assets/diez-temas-candentes-sanidad-2013.pdf>

Documento técnico del observatorio de salud en Asturias. (2012). Recuperado el 22 de Marzo de 2016, de <http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/RESUMEN-INDICRANKING-OBSA-2012VD.pdf>

Experiencia del paciente. (2012). Recuperado el 24 de Marzo de 2016, de http://www.calidadsaludandalucia.com/docs/experiencia_del_paciente.pdf

Fernandez Pinzon, Y. A., Venegas Vargas, C., y Leonela Vargas, J. (2009). La razón (ratio) enfermera-paciente: Relación con los resultados en los pacientes y esfuerzos por establecerlo por la ley. Recuperado el 22 de Marzo de 2016, de <http://www.bdigital.unal.edu.co/8495/1/535675.2009.pdf>

García Goñi, M. (2001). Análisis descriptivo del gasto sanitario español: evolución, desglose, comparativa internacional y relación con la renta. Recuperado el 2 de Mayo de 2016, de http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/papeles_trabajo/2006_24.pdf

García Ortega, C., Almenara Barrios, J., y García Ortega, J. J. (Mayo-Junio de 1997). Tasas específicas de mortalidad en el hospital de algeciras durante el período 1995-1996. Recuperado el 24 de Marzo de 2016, de <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v71n3/algeciras.pdf>

García-Vidal, C., Carratalà, J., Díaz, V., Verdaguer, R., Manresa, F., y Gudiol, F. (4 de Junio de 2008). Factores relacionados con una estancia media hospitalaria prolongada en la neumonía adquirida en la comunidad. Recuperado el 4 de Mayo de 2016, de <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-factores-relacionados-con-una-estancia-13134984>

Gaviria Uribe, A., Ruiz Gómez, F., Muñoz Muñoz, N. J., Burgos Bernal, G., Arias Duarte, J. F., García de Vargas, S., y otros. (s.f). Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. Recuperado el 4 de Mayo de 2016, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>

González Canalejo, C. (2012). El socorro sanitario en la guerra civil española. Recuperado el 9 de Marzo de 2016, de http://www.ugr.es/~eirene/publicaciones/la_praxis_de_la_paz_y_los_derechos_humanos/17.pdf

González Carrillo, E., Arras Vota, A. M., y Moriel Corral, B. L. (Enero-Abril de 2012). La profesionalización en enfermería: hacia una estrategia de cambio. Recuperado el 24 de Marzo de 2016, de http://tecnociencia.uach.mx/numeros/v6n1/data/La_profesionalizacion_en_enfermeria_hacia_una_estrategia_de_cambio.pdf

González López-Valcárcel, B., y Barber Pérez, P. (2009). Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España. Recuperado el 11 de Marzo de 2016, de <http://www.almendron.com/politica/pdf/2006/8811.pdf>

Granados Tapia, J. A. (2014). La crisis y la salud en España y en Europa: ¿Está aumentando la mortalidad? Recuperado el 1 de Mayo de 2016, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652014000100006&script=sci_abstract

Guía para la elaboración de indicadores seleccionados. (Junio de 2005). Recuperado el 22 de Marzo de 2016, de <http://deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie1Nro19.pdf>

Indicadores de Salud. (23 de Agosto de 2012). Recuperado el 13 de Marzo de 2016, de <http://es.slideshare.net/JoseMoi/indicadores-en-salud-14056145>

Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. (2004). Ceuta - Melilla. Recuperado el 29 de Abril de 2016, de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/CeutaMelilla.pdf>

Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad. (2015). Análisis de situación 2015. Recuperado el 2 de Mayo de 2016, de https://www.fundacionidis.com/wp-content/informes/informe_analisis_situac_idis2015_web.pdf

Introducción a los sistemas sanitarios. El sistema sanitario español. (2011). Recuperado el 7 de Marzo de 2016, de https://www.uam.es/docencia/ocw/cursos/estebaninmersion/Tema_7_texto.pdf

Jiménez-Martín, S., y Andrea Viola, A. (Diciembre de 2014). El sistema de salud en España en perspectiva comparada. Recuperado el 30 de Abril de 2016, de <http://sanidad.fedea.net/docs/informe.pdf>

La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad (28 de Enero de 2016). Recuperado el 29 de Abril de 2016, de <http://www.gacetasanitaria.org/es/la-desigualdad-el-acceso-las/avance-resumen/S0213911116000248/>

Ley N° 10499. Ley General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado. (25 Abril de 1986). Recuperado 22 de Febrero de 2016, de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499

Longhi, F. (Diciembre de 2013). Pobreza y mortalidad infantil. Una aproximación teórica al estudio de sus relaciones. Recuperado el 30 de Abril de 2016, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-80902013000200002

López Casanovas, G., Ortún Rubio, V., y Puig-Junoy, J. (s.f). ¿Más recursos para la salud? Recuperado el 1 de Mayo de 2016, de https://www.upf.edu/pdi/vicente-ortun/_pdf/ResumenMasRec.pdf

Macia Soler, M. L., y Moncho Vasallo, J. (Mayo de 2007). Sistema nacional de salud español. Características y análisis. Recuperado el 7 de Marzo de 2016, de [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/256-1210-3-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/256-1210-3-PB%20(1).pdf)

Marset Campos, P., Sáez Gómez, J. M., y Martínez Navarro, F. (31 de Enero de 1994). La Salud Pública durante el franquismo. Recuperado el 10 de Marzo de 2016, de <http://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/viewFile/108738/165451>

Ministerio de economía y hacienda. (Julio de 2005). Informe para el análisis del gasto sanitario. Recuperado el 1 de Mayo de 2016, de <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/IGTGS2005.pdf>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Recuperado el 13 de Marzo de 2016, de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Sistema Nacional de Salud SNS España. Recuperado el 5 de Marzo de 2016, de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012__Espanol.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013) Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud. Recuperado el 15 de Febrero de 2016, de http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Recuperado el 13 de Marzo de 2016, de <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SISNS.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Indicadores clave del sistema nacional de salud. Recuperado el 5 de Marzo de 2016, de <http://inclasns.msssi.es/main.html>

Ministerio de Sanidad y Consumo. (11 de Octubre de 2006). Sistema de Información de Atención Primaria. Recuperado el 2 de Mayo de 2016, de <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/introduccion05.pdf>

Monge Jodrá, V., Figuerola Tejerina, M. A., Pita López, M. J., Gallego Berciano, P., y Robustillo Rodela, A. (11 de Abril de 2013). Infección hospitalaria ¿Negligencia o complicación? Recuperado el 4 de Mayo de 2016, de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352813965091&ssbinary=true>

Montseny, F., y Huertas, R. (Octubre de 2007). Salud y República. La política sanitaria en la II República española. Recuperado el 8 de Marzo de 2016, de http://www.caum.es/CARPETAS/cuadernos/cuadernospdf/libro16/Salud_y_%20republica.pdf

Moore, L., y McAuliffe, E. (2012). To report or not to report? Why some nurses are reluctant to whistleblow. Recuperado el 26 de Abril de 2016, de <http://dx.doi.org/10.1108/14777271211273215>

Morcillo Cebolla, V., de Lorenzo-Cáceres Ascanio, A., Domínguez Ruiz de León, P., Rodríguez Barrientos, R., y Torijano Castillo, M. J. (19 de Mayo de 2014). Desigualdades en la salud autopercebida de la población española mayor de 65 años. Recuperado el 22 de Marzo de 2016, de <http://www.scielo.org/pdf/gsv28n6/revision.pdf>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2012). Base de datos de la OCDE sobre la salud. Recuperado el 3 de Mayo de 2016, de http://www.aeemt.com/contenidos/Promocion_Salud/OCDE_SALUD_ESPANA_2012.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2001). Vigilancia de la seguridad de los medicamentos. Guía para la instalación y puesta en funcionamiento de un Centro de Farmacovigilancia. Recuperado el 4 de Mayo de 2016, de <http://who-umc.org/graphics/24751.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2010). Más salud por el dinero. Recuperado el 1 de Mayo de 2016, de http://www.who.int/whr/2010/10_chap04_es.pdf

Oscar. (30 de Junio de 2013). Los Orígenes de la enfermería de salud pública: El Cuerpo de Enfermeras Visitadoras Sanitarias durante la II República Española. Recuperado el Marzo de 6 de 2016, de <http://medicablogs.diariomedico.com/elenfermeroperplejo/2013/06/30/los-origenes-de-la-enfermeria-de-salud-publica-el-cuerpo-de-enfermeras-visitadoras-sanitarias/>

Osicka Marinich, R. M., Gruszycki Kisiel, M. R., Tauguinás Pérez, A. L., Soro Mancilla, A. S., Alba Díaz, D. A., y Gruszycki Kisiel, A. E. (2014). Perfil de reacciones adversas a medicamentos notificadas en Chaco, Argentina. Recuperado el 24 de Marzo de 2016, de http://www.bvs.sld.cu/revistas/far/vol48_1_14/far10114.htm

Parra Hidlgo, P., Calle Urra, J. E., Ramón Esparza, T., Peiró Moreno, S., y Meneu de Guillerma, R. (Marzo de 2012). Indicadores de calidad para hospitales del sistema nacional de salud. Recuperado el 22 de Marzo de 2016, de <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/335.pdf>

Pons Pons, J. (s.f.). Los inicios del seguro social de salud en España, 1923-1949. Recuperado el 10 de Marzo de 2016, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2942283>

Pozo Márquez, M., Martín Aurióles, E., Reyes de la Vega, J. J., Valdés Planes, E., De la Cruz Cortés, J. P., y González Correa, J. A. (Junio de 2014). Notificación de reacciones adversas a medicamentos: ¿hacemos lo necesario? Recuperado el 4 de Mayo de 2016, de <http://www.socesfar.com/attachments/article/258/Notificaci%C3%B3n%20de%20reacciones%20adversas%20a%20medicamentos.%20hacemos%20lo%20necesario.pdf>

Quesada, E. (2011). Cantidad, uso y gestión de las camas hospitalarias. Recuperado el 2 de Mayo de 2016, de <http://www.isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/12/Gestion-camas-hospitalarias-ISG.pdf>

Quintairos Domínguez, S. (30 de Marzo de 2008). Del practicante a la enfermera. Recuperado el 23 de Marzo de 2016, de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/QuintairosDominguez.TESIS.pdf>

Redondo Rincón, M. G. (Julio de 2012). El seguro obligatorio de enfermedad en España: responsables técnicos y políticos de su implantación durante el franquismo. Recuperado el 10 de Marzo de 2016, de <http://eprints.ucm.es/18150/1/T34261.pdf>

Revert Gironés, C. (2005). Estudio epidemiológico de la infección nosocomial en el servicio de UCI del Hospital Universitario de Canarias. Recuperado el 4 de Mayo de 2016, de <ftp://tesis.bbt.ull.es/ccppytec/cp217.pdf>

Rey del Castillo, J. (1998). Descentralización de los servicios sanitarios. Recuperado el 2 de Febrero de 2016, de [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1391522756wpdm_EASP_Descentralizacion_Servicios_Sanitarios%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1391522756wpdm_EASP_Descentralizacion_Servicios_Sanitarios%20(1).pdf)

Rodríguez Ocaña, E. (2008). La Sanidad en la II República Española, (1931-1939). Recuperado el 8 de Marzo de 2016, de http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/20465/1/ERO_sanidad_segrep_2008.pdf

Salud. (20 de Mayo de 2015). Recuperado el 26 de Abril de 2016, de http://www.ine.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3D4_1_Esperanza_de_vida.pdf&blobkey=urldata&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1259926380048%2F828%2F4.1+Esp

Sánchez Bayle, M. (7 de Enero de 2014). Los presupuestos sanitarios de las CCAA para 2014: Una bajada global con una gran desigualdad. Recuperado el 30 de Abril de 2016, de <http://www.nuevatribuna.es/opinion/marciano-sanchez-bayle/presupuestos-sanitarios-ccaa-2014-bajada-global-gran-desigualdad/20140107112128099728.html>

Sánchez Fernández, A. (2007). La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud: nuevo intento de coordinación. Recuperado el 9 de Marzo de 2016, de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13111086&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=261&ty=3&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=261v5n3a13111086pdf001.pdf

Sevilla, F. (2006). La universalización de la atención sanitaria. Recuperado el 9 de Marzo de 2016, de <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/51587.pdf>

Sevillano, E. G. (8 de Septiembre de 2015). Los servicios sanitarios de las comunidades autónomas. Recuperado el 2 de Mayo de 2016, de http://politica.elpais.com/politica/2015/09/08/actualidad/1441714984_818817.html

Simó Miñana, J. (Enero de 2012). El gasto sanitario en España, 2002-2008: ¿empieza el rescate presupuestario de la atención primaria? Recuperado el 29 de Abril de 2016, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671100151X>

Sindicato de Enfermería. (20 de Mayo de 2012). SATSE Castilla y León defiende un modelo de gestión sanitaria en el que se dé mayor protagonismo a la enfermería. Recuperado el 30 de Abril de 2016, de <http://www.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/notas-de-prensa/satse-castilla-y-leon-defiende-un-modelo-de-gestion-sanitaria-en-el-que-se-de-mayor-protagonismo-a-la-enfermeria>

Subirats i Humet, J., Gomà Carmona, R., y Brugué Torruella, J. (2005). Riesgos de exclusión social en las Comunidades Autónomas. Recuperado el 1 de Mayo de 2016, de http://www.fbbva.es/TLFU/dat/DT_2005_05.pdf

Velasco González, V. (2013). Papel de las enfermeras en la notificación de reacciones adversas medicamentosas en Castilla y León (España). Recuperado el 4 de Mayo de 2016, de <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/66/>

Zapatero Gaviria, A., Barba Martín, R., Canora Lebrato, J., Losa García, J. E., Plaza Canteli, S., y Marco Martínez, J. (1 de Abril de 2009). Mortalidad en los servicios de medicina interna. Recuperado el 4 de Mayo de 2016, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19646719>

Zaragoza, R., Ramírez, P., y López-Pueyo, M. J. (23 de Febrero de 2014). Infección nosocomial en las unidades de cuidados intensivos. Recuperado el 4 de Mayo de 2016, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24661994>

12. Anexos

12.1. Anexo I. Definición y justificación de los indicadores seleccionados

| Indicador | Definición | Justificación |
|--|--|---|
| Población total | Número de habitantes que residen en un territorio en un momento determinado. | Permite caracterizar a la población en cuanto a su tamaño y distribución considerándose el punto de partida para el cálculo de los recursos necesarios en materia de salud y la aplicación de cualquier plan, programa o política |
| Salud autopercebida | Porcentaje de población con valoración positiva de su estado de salud | Es de interés para conocer las desigualdades sociales en salud ya que está relacionada con la prevalencia de enfermedades crónicas, la utilización de los servicios sanitarios y la mortalidad |
| Mortalidad general por 100000 habitantes | Mide la frecuencia de las defunciones ocurridas en un período en relación con la población total | Permite analizar las características fundamentales de las desigualdades en salud y evaluar el estado de salud de la población |

| Indicador | Definición | Justificación |
|---|--|--|
| Mortalidad infantil | Expresa el riesgo de morir de los nacidos vivos antes de cumplir el primer año de edad en un territorio y periodo de tiempo dado | Permite conocer las diferencias entre la condición de salud de los niños y la disponibilidad, la utilización y la efectividad de la atención de la salud entre diferentes regiones |
| Población cubierta por el sistema sanitario público | Se refiere a todas aquellas personas que hayan declarado tener al menos una de las siguientes modalidades: <ul style="list-style-type: none"> - Sanidad pública - Mutualidades del Estado acogidas a la seguridad Social - Mutualidades del Estado acogidas a un seguro privado | Permite estimar la accesibilidad que tienen los ciudadanos a los recursos sanitarios |
| Pacientes en espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes por 1000 habitantes | Es el número total de pacientes pendientes de una intervención quirúrgica programada, cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles | Es indispensable para conocer la percepción de la calidad por parte de la población y la expresión de la capacidad de respuesta del sistema a las necesidades de los ciudadanos |

| Indicador | Definición | Justificación |
|---|--|---|
| Pacientes en espera para consultas especializadas por 1000 habitantes | Es el número total de pacientes pendientes de una primera consulta de Atención Especializada, cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles | Este elemento es indispensable tanto en la percepción de la calidad por parte de la población como por la expresión de la capacidad de la respuesta del sistema a necesidades de procesos y a la posible expresión de desajustes organizativos o logísticos |
| Médicos de atención primaria por 1000 personas asignadas | Incluye el número de profesionales en plazas de medicina familia y de pediatría que trabaja en los centros de salud y consultorios locales | Indicador de utilidad para analizar la cobertura de salud |
| Médicos especialistas por 1000 habitantes | Se refiere al personal médico que presta servicio en el centro con internamiento y centros de especialidades con la misma unidad de gestión tanto en el hospital como en los centros de especialidades | Muestra la capacidad de atención sanitaria |
| Enfermería de atención primaria por 1000 personas asignadas | Incluye los profesionales de enfermería que trabajan en los centros de salud y consultorios locales | Indicador de amplio uso en la medición de cobertura de enfermería en los servicios de salud |

| Indicador | Definición | Justificación |
|---|--|--|
| Enfermería especializada por 1000 habitantes | Se refiere al personal efectivo de Enfermería que presta servicios en el establecimiento sanitario, independientemente de su puesto en la categoría de Enfermeros/as | Su interés reside en el conocimiento de la carga laboral que presenta enfermería y su influencia en la calidad asistencial |
| Camas funcionamiento por 1000 habitantes | en Número de camas disponibles durante un año con independencia del grado de utilización | Permite estudiar la evolución de la oferta de este recurso a lo largo de un periodo de tiempo y determinar sus consecuencias en la calidad asistencial |
| Quirófanos funcionamiento 100000 habitantes | en Expresa la capacidad estructural física instalada para ofrecer atención médica en una población | Permite analizar variaciones geográficas y temporales en la distribución de los quirófanos, identificando situaciones de desequilibrio |
| Frecuentación primaria por persona asignada/año | atención Es la suma de todas las consultas efectuadas tanto dentro del sistema sanitario como en domicilio | Permite contabilizar la actividad desarrollada a lo largo de un año |

| Indicador | Definición | Justificación |
|--|--|--|
| Frecuentación de consultas de atención especializada por 1000 habitantes/año | en Plasma el número total de consultas de cada especialidad | Permite contabilizar la actividad desarrollada a lo largo de un año |
| Ingresos hospitalarios por 1000 habitantes/ año | Incluye todos aquellos ingresos de pacientes en salas de hospitalización siempre que causen estancia | De utilidad en el conocimiento y evaluación de los servicios hospitalarios y su cobertura |
| Tasa de intervenciones quirúrgicas por 1000 habitantes/ año | Es el número total de actos quirúrgicos efectuados siempre que se hayan llevado a cabo en un quirófano | Permite contabilizar la actividad desarrollada a lo largo de un año |
| Estancia media (EM) | Es el número promedio de días de atención prestada a cada paciente | Permite comparar los GRD ¹ en el ámbito hospitalario de manera que, en base a ella, un hospital (o servicio) puede conocer de qué manera se desvía del estándar |
| Gasto sanitario por habitante | Muestra el gasto sanitario, tanto público como privado, invertido por habitante en una población | Útil para cuantificar y comparar el gasto sanitario por habitante entre diferentes CCAA |

| Indicador | Definición | Justificación |
|---|---|--|
| Gasto sanitario en atención primaria | Recoge los servicios sanitarios realizados por medicina de familia, pediatría, enfermería y demás personal sanitario y no sanitario en el primer nivel de asistencia sanitaria. Asimismo comprende el gasto efectuado en la formación de médicos especialistas residentes / por el gasto sanitario financiado por el sistema público (excluido el gasto capital). | Útil para cuantificar y comparar el gasto sanitario en atención primaria entre diferentes CCAA |
| Gasto sanitario en atención especializada | Recoge la asistencia sanitaria prestada por médicos especialistas y demás personal sanitario y no sanitario que se realiza en hospitales y centros de especialidades. Asimismo comprende el gasto efectuado en la formación de médicos especialistas residentes/ El gasto sanitario financiado por el sistema público (excluido el gasto de capital). | Útil para cuantificar y comparar el gasto en atención especializada entre diferentes CCAA |
| Gasto sanitario en conciertos | Incluye los gastos efectuados por los agentes públicos en la compra a agentes privados de servicios sanitarios/ el total del gasto sanitario financiado por el sistema público | Útil para cuantificar y comparar el gasto sanitario en conciertos entre diferentes CCAA |

| Indicador | Definición | Justificación |
|--|---|--|
| Tasa de infección hospitalaria | Hace referencia a aquellos pacientes ingresados que adquieren infecciones durante su estancia. Se excluyen las estancias inferiores a 2 días | Es de interés ya que su reducción hace referencia a una mejora en la calidad asistencial y viceversa |
| Tasa de fracturas caderas en ingresados | Se refiere a todos los casos con diagnóstico secundario de fractura de cadera (exclusión de aquellos casos que se dan en el servicio de rehabilitación) | Es de importancia su conocimiento ya que sus complicaciones suponen una alta mortalidad, además la evidencia sugiere que algunas son debidas a causas prevenibles |
| Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos | Se incluyen todas aquellas notificaciones de sospecha de reacciones adversas a medicamentos realizadas por cualquier profesional sanitario | Permite identificar de forma precoz productos sanitarios defectuosos así como alertas de calidad, importante por tratarse de una causa frecuente y a menudo prevenible |
| Mortalidad intrahospitalaria global por cada 100 altas hospitalarias | Incluye todas las altas válidas por fallecimiento | Es considerado un indicador de calidad asistencial que muestra los efectos sobre la salud del sistema sanitario y, en especial, del hospital |

| Indicador | Definición | Justificación |
|---|--|--|
| Satisfacción del funcionamiento sanitario público | Valoración del grado de satisfacción de las personas encuestadas acerca del funcionamiento del sistema sanitario público | Es un componente principal de la calidad, conocido como un instrumento de gestión y evaluación necesario para conocer las preferencias y expectativas de la población sobre el funcionamiento del sistema sanitario público y poder dar respuesta a las necesidades de los mismos. |

Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes: (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014) (Morcillo Cebolla, de Lorenzo-Cáceres Ascanio, Domínguez Ruiz de León, Rodríguez Barrientos, & Torijano Castillo, 2014) (Parra Hidalgo, Calle Urra, Ramón Esparza, Peiró Moreno, & Meneu de Guillema, 2012) (Documento técnico del observatorio de salud en Asturias, 2012) (Guía para la elaboración de indicadores seleccionados, 2005) (Fernandez Pinzon, Venegas Vargas, & Leonela Vargas, 2009) (Osicka Marinich, Gruszycki Kisiel, Tauguinás Pérez, Soro Mancilla, Alba Díaz, & Gruszycki Kisiel, 2014) (García Ortega, Almenara Barrios, & García Ortega, 1997) (Experiencia del paciente, 2012) (Anseán, 2012)

¹ Los GRD o Grupos relacionados con el diagnóstico son instrumentos que proporcionan información sobre la actividad asistencial de los servicios sanitarios y permiten realizar comparaciones entre los mismos, motivo por el cual es un instrumento fundamental en el benchmarking sanitario, entendido como una herramienta de automejora.

