

# INFORME ANUAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

20

12

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

**Observatorio del Sistema  
Nacional de Salud**

## Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2012

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad  
Observatorio del Sistema Nacional de Salud

**Palabras clave:** Sistema Nacional de Salud –  
Información Sanitaria – Informe – Estadísticas

**Autorización de uso:** Se autoriza su  
reproducción total o parcial para uso no comercial,  
siempre que se haga referencia al documento

**Cita sugerida:** Ministerio de Sanidad, Servicios  
Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema  
Nacional de Salud, 2012 Disponible  
en [www.msssi.gob.es](http://www.msssi.gob.es)

## Índice

---

Índice .....	3
Agradecimientos .....	6
Introducción .....	8
Resumen.....	10
LA SALUD .....	18
PARTE I .....	19
1 Situación de Salud .....	19
1.1 Datos demográficos .....	19
1.2 Esperanza de vida.....	23
1.3 Morbilidad.....	29
1.4 Mortalidad general.....	33
1.5 Mortalidad infantil .....	35
1.6 Bajo peso al nacer .....	36
1.7 Lactancia materna.....	37
1.8 Interrupción voluntaria del embarazo .....	37
2 Hábitos de Vida .....	40
2.1 Consumo de Tabaco.....	40
2.2 Consumo de alcohol.....	43
2.3 Consumo de otras drogas psicoactivas .....	45
2.4 Actividad física.....	46
2.5 Obesidad y sobrepeso .....	47
EL SISTEMA SANITARIO .....	52
3 Recursos Asistenciales.....	53
3.1 Médicos en ejercicio.....	53
3.2 Profesionales de enfermería en ejercicio.....	55
3.3 Camas hospitalarias y puestos de día en funcionamiento en la red pública del SNS .	57
3.4 Tecnologías médicas en la red pública del SNS.....	58
3.5 Centros, Servicios y Unidades de Referencia .....	61
3.6 Red de equipos de trasplante de órganos .....	64
3.7 Medicina transfusional.....	65
4 Actividad de los Servicios Sanitarios .....	67
4.1 Actividad en centros de salud .....	67
4.2 Actividad en hospitales .....	70

4.3	Donación y trasplante de órganos .....	74
5	Ordenación Profesional.....	80
5.1	Formación sanitaria especializada .....	80
5.2	Especialistas en formación .....	82
5.3	Acreditación de centros, unidades y dispositivos docentes. ....	83
5.4	Reconocimiento de títulos .....	84
6	Medicamentos .....	86
6.1	Gasto farmacéutico .....	86
6.2	Recetas facturadas .....	90
6.3	Gasto medio por receta .....	92
6.4	Medicamentos genéricos .....	93
6.5	Información a los ciudadanos sobre los medicamentos .....	95
6.6	Compra de medicamentos por Internet .....	96
7	Acceso a los Servicios Sanitarios .....	97
7.1	Citación con el médico de familia .....	97
7.2	Acceso a consultas externas.....	97
7.3	Demora quirúrgica en cirugía programada .....	99
7.4	Programas de vacunación infantil.....	102
7.5	Vacunación de la gripe estacional en personas mayores .....	108
7.6	Cribado de cáncer de mama .....	109
7.7	Sangre oculta en heces.....	111
8	Gasto Sanitario .....	112
8.1	Evolución del gasto sanitario .....	112
8.2	Gasto sanitario según función.....	113
8.3	Gasto sanitario según proveedor .....	114
8.4	Gasto sanitario según agente de financiación .....	115
8.5	Gasto sanitario público del sector comunidades autónomas.....	116
9	Estrategias del Sistema Nacional de Salud.....	120
9.1	Estrategias de Salud .....	120
9.2	Red Española de Escuelas de Salud para Ciudadanos.....	121
9.3	Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.....	122
9.4	e-Salud.....	124
10	Percepción y opinión de los ciudadanos .....	129
10.1	Valoración del funcionamiento del sistema sanitario.....	129

10.2	Elección de servicio público o privado .....	130
10.3	Equidad en la prestación de los servicios.....	131
10.4	Opinión sobre medidas a tomar en los servicios sanitarios.....	133
LA REFORMA SANITARIA 2012 .....		135
PARTE II .....		136
11	Reforma Sanitaria 2012.....	136
11.1	Medidas sobre la asistencia sanitaria .....	137
11.2	Medidas sobre la cartera de servicios.....	138
11.3	Medidas de cohesión y garantías financieras .....	147
11.4	Medidas sobre la prestación farmacéutica .....	148
11.5	Medidas en materia de recursos humanos.....	158
11.6	Medidas de gestión sanitaria. La central de compras.....	162
Anexo A: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Acuerdos 2012.....		166
Anexo B: Real Decreto-Ley 16/2012 y Real Decreto 1192/2012 .....		171
Índice de Tablas.....		172
Índice de Gráficos.....		175
Acrónimos, abreviaturas y siglas.....		177
Fuentes.....		180
Equipo de trabajo.....		190
Índice de Notas: .....		191

## *Agradecimientos*

---

El informe Anual del Sistema Nacional de Salud ha sido coordinado por el Observatorio del Sistema Nacional de Salud.

El documento no hubiera sido posible sin el esfuerzo de un amplio número de técnicos de distintas unidades del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que han proporcionado los datos y la información.

Los apartados sobre la situación de la salud y los servicios se han beneficiado de los documentos elaborados por las Áreas de Análisis Estadístico y de Información y Estadísticas Asistenciales de la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, y ha contado con la colaboración de las unidades responsable de la Encuesta Nacional de Salud de España, Barómetro Sanitario e Indicadores Clave del SNS.

También han participado la Subdirección de Promoción de la Salud y Epidemiología, la Subdirección General de Ordenación Profesional, la Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión y la Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios.

La información sobre la actividad de donación y trasplante de órganos ha sido escrita por la Organización Nacional de Trasplantes (ONT). Para el apartado de hábitos de vida se han consultado las publicaciones del Observatorio Español sobre Drogas de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

La sección dedicada a la Reforma Sanitaria de 2012 ha sido elaborada por las unidades del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad relacionadas más directamente con las medidas contenidas en la misma: La Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Fondo de Cohesión ha escrito los apartados sobre la asistencia sanitaria, la cartera de servicios y las medidas de cohesión y garantías financieras. Las medidas sobre la prestación farmacéutica han sido plasmadas por la Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios. La Subdirección General de Ordenación Profesional y la Subdirección General de Recursos Humanos del SNS han reflejado las medidas en materia de recursos humanos. La parte dedicada a la plataforma centralizada de compras, como medida de eficiencia, ha sido confeccionada por el Instituto de Gestión Sanitaria (INGESA).

El Observatorio del Sistema Nacional de Salud agradece sinceramente a todos los profesionales su aportación:

Alberto Gómez Lafont <sup>(1)</sup>	José Rodríguez Escobar <sup>(6)</sup>
Alfonso Gámez Peláez <sup>(5)</sup>	José Sarabia Álvarez-Ude <sup>(8)</sup>
Alicia López Rodríguez <sup>(8)</sup>	Juan Luis Gutiérrez Fisac <sup>(8)</sup>
Almudena Laviña Rodríguez <sup>(7)</sup>	Luis Morell Balandrón <sup>(3)</sup>
Amparo Montesinos Alonso <sup>(8)</sup>	Luz Fidalgo García <sup>(8)</sup>
Ana Fernández Quintana <sup>(8)</sup>	Magdalena Pérez Jiménez <sup>(10)</sup>
Angel Abad Bassols <sup>(8)</sup>	Maravillas Izquierdo Martínez <sup>(5)</sup>
Arturo Romero Gutierrez <sup>(8)</sup>	María Angeles Gogorcena Aoiz <sup>(8)</sup>
Beatriz Mahillo Durán <sup>(4)</sup>	María Angeles López Orive <sup>(6)</sup>
Beatriz Sánchez Cudero <sup>(8)</sup>	María Antonia Blanco Galán <sup>(3)</sup>
Carlos Lens Cabrera <sup>(7)</sup>	María de los Santos Ichaso <sup>(8)</sup>
Carmen Pérez Mateos <sup>(5)</sup>	María Dolores Gómez-Martino Arroyo <sup>(5)</sup>
Carmen Rodríguez Blas <sup>(5)</sup>	María Isabel Moreno Portela <sup>(5)</sup>
Celia Juárez Rojo <sup>(6)</sup>	María Jesús Calvo Esteban <sup>(8)</sup>
Cristina Alfaro Allona <sup>(5)</sup>	María Jesús Flórez García <sup>(6)</sup>
Elena Andradas Aragonés <sup>(10)</sup>	María Jesús Guilló Izquierdo <sup>(7)</sup>
Elena Campos Carrizo <sup>(8)</sup>	María Jesús Toribio Moreno <sup>(5)</sup>
Elena Moro Domingo <sup>(10)</sup>	María Teresa de Martín Martínez <sup>(11)</sup>
Elena Rodríguez Álvarez <sup>(8)</sup>	Mercedes Alfaro Latorre <sup>(8)</sup>
Emérito Estévez Pérez <sup>(7)</sup>	Mercedes Alvarez Bartolomé <sup>(8)</sup>
Enrique Regidor Poyatos <sup>(8)</sup>	Miguel de Bustos Guadaño <sup>(8)</sup>
Esther Sánchez González <sup>(5)</sup>	Mónica Suárez Cardona <sup>(8)</sup>
Francisco Valero Bonilla <sup>(3)</sup>	Montse Neira León <sup>(8)</sup>
Francisco Vargas Marcos <sup>(6)</sup>	Paloma Casado Durández <sup>(6)</sup>
Gregorio Garrido Cantarero <sup>(4)</sup>	Pedro Arias Bohigas <sup>(8)</sup>
Isabel Espiga López <sup>(6)</sup>	Pilar Carbajo Arias <sup>(9)</sup>
Isabel Prieto Yerro <sup>(5)</sup>	Pilar Díaz Torres <sup>(5)</sup>
Jesús Jiménez Martín <sup>(5)</sup>	Pilar Jiménez Rosado <sup>(8)</sup>
Jesús Ramírez Díaz-Bernardo <sup>(5)</sup>	Pilar Remacha Roig <sup>(5)</sup>
Joaquín Rubio Ajenjo <sup>(2)</sup>	Pilar Soler Crespo <sup>(6)</sup>
José Antonio Lozano Sánchez <sup>(8)</sup>	Santiago Esteban Gonzalo <sup>(8)</sup>
José María Lillo Fernández de Cuevas <sup>(5)</sup>	Sonia García San José <sup>(6)</sup>
José Melquiades Ruiz Olano <sup>(6)</sup>	Sonia Peláez Moya <sup>(6)</sup>

---

<sup>(1)</sup> Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia

<sup>(2)</sup> Dirección General de Ordenación Profesional

<sup>(3)</sup> Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

<sup>(4)</sup> Organización Nacional de Trasplantes

<sup>(5)</sup> Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión

<sup>(6)</sup> Subdirección General de Calidad y Cohesión

<sup>(7)</sup> Subdirección General de Calidad de los Medicamentos y Productos Sanitarios

<sup>(8)</sup> Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación

<sup>(9)</sup> Subdirección General de Ordenación Profesional

<sup>(10)</sup> Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología

<sup>(11)</sup> Subdirección General de Recursos Humanos del SNS

## *Introducción*

---

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

Esta nueva entrega referida al año 2012 constituye la décima edición del informe y mantiene una estructura similar a la de años anteriores, en esta ocasión organizado en dos partes: un bloque inicial donde se hace una descripción de la situación de salud y de los servicios sanitarios según los datos disponibles en el momento de la confección del documento, en 2011/2012 se realizó la Encuesta Nacional de Salud, importante sistema de información que actualizó los datos de salud y de la utilización de los servicios sanitarios; el segundo bloque abarca una síntesis de los hechos más relevantes acaecidos en el Sistema Nacional de Salud durante ese año, en el que se hace un repaso a las medidas contenidas en la Reforma Sanitaria 2012.

La recopilación y análisis de los datos, así como la coordinación entre las diversas unidades implicadas y la redacción final del informe conlleva un proceso dilatado en el tiempo. Esto hace que en el transcurso de su elaboración se produzcan actualizaciones que no tienen cabida en este informe por su propia naturaleza, referenciada al año 2012.

En su primera parte el documento pretende responder a preguntas del tipo, cuál es la esperanza de vida de los españoles, de qué han muerto, cuáles son las enfermedades crónicas que han padecido, qué estilos de vida muestran; qué recursos tiene el sistema sanitario, cuál es su actividad y accesibilidad, cuanto es el gasto sanitario y qué percepción y opinión tienen los ciudadanos de su funcionamiento y equidad.

El apartado dedicado a la Reforma Sanitaria 2012 tiene como propósito recoger las implicaciones y consecuencias que ha tenido la puesta en práctica de las medidas que con carácter urgente se han tomado para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones asegurando siempre el derecho de los ciudadanos a la protección de su salud.

Los anexos incluyen un resumen de los acuerdos tomados por el Consejo Interterritorial durante el año 2012, el Real Decreto-ley 16 /2012, de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, eje de la reforma sanitaria. También se ha incluido el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, que regula la condición de asegurado y beneficiario de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.



En definitiva, el Informe proporciona y agrupa datos e información sobre la salud, los servicios sanitarios y los hechos más importantes que han sucedido en Sistema Nacional de Salud en el año 2012 con el propósito de proporcionar un instrumento de consulta válido para administradores, estudiosos y sobre todo para los ciudadanos, auténticos legitimadores de las instituciones.

## Resumen

---

A continuación se proporciona una síntesis de los datos más importantes sobre la salud y los servicios sanitarios.

### ■ Situación de Salud

- A 1 de enero de 2012 residían en España 47,3 millones de habitantes, con una tasa de natalidad de 10,2 nacimientos por cada 1.000 habitantes y una edad media materna de casi 32 años.
- La esperanza de vida al nacer era de 82,3 años (79,3 años para los hombres y 85,3 años para las mujeres). Los años de vida saludable al nacer se situaban en 66,4 años (67,0 en hombres y 65,9 en mujeres).
- Los adultos padecían un problema de salud en la proporción de 1 de cada 6. Los más frecuentes eran la hipertensión arterial en hombres (17,4%) y la artrosis, artritis o reumatismos en mujeres (25,1%). La prevalencia de diabetes en hombres (7,1%) era superior a la de las mujeres (6,8%).
- Las causas de mortalidad principales fueron las enfermedades isquémicas del corazón en hombres y las enfermedades cerebrovasculares en mujeres, aunque se produjo un descenso de muertes por esas causas respecto al año anterior.
- Dentro de los tumores, los responsables de mayor mortalidad fueron el cáncer de bronquios y pulmón y el cáncer de colon. Por sexo, el cáncer que más muertes causó entre los hombres fue el de bronquios y pulmón, y entre las mujeres el de mama.
- La tasa de mortalidad infantil se situó en 3,2 defunciones en menores de un año por 1.000 nacidos vivos, lo que supuso un descenso de un 27%, en el periodo 2001-2011.
- La tendencia de incremento de bajo peso al nacer se frenó en los últimos años: en 2011 la proporción de nacidos con peso inferior a 2.500 gramos fue de 8,1%.
- El porcentaje de niños menores de 5 años alimentados total o parcialmente con leche materna se ha mostrado creciente, siendo a las 6 semanas del nacimiento del 72,4%, a los 3 meses de edad del 66,5% y a los 6 meses del 47,0%.

### ■ Hábitos de Vida

- En 2012 se han cumplido dos años de la entrada en vigor de la norma que ampliaba la prohibición de fumar en espacios públicos cerrados y colectivos. En una escala de 1 a 10 el grado de aceptación de los ciudadanos era de 7,6 puntos y afirmaban que el grado de cumplimiento era mayor en restaurantes (8,2 sobre 10) y menor en los alrededores de colegios y hospitales (5,4 sobre 10).

- El 24,0% de la población adulta reconocía fumar a diario, el 3,1% eran fumadores ocasionales y el 19,6% exfumadores desde hacía al menos un año. Por sexo, el porcentaje de fumadores diarios fue del 27,9% en hombres y del 20,2% en mujeres.
- El 1,7% de las personas de 15 y más años declararon un consumo de alcohol en cantidad que se considera de riesgo para su salud a largo plazo; en el caso de los hombres es del 2,0% y del 1,4% en las mujeres.
- Las cifras de admisión a tratamiento por abuso/dependencia de alcohol fueron de cerca de 28.000 pacientes, con una edad media de inicio en el consumo de alcohol de 18,9 años. La fuente que remitió a estas personas fue prioritariamente el sistema de salud (30,6%), seguido de la iniciativa propia (21,9%) y la familia o amigos (13,2%).
- El 40,9% de la población se declaró sedentaria. Por sexo eran sedentarios 1 de cada 3 hombres (35,3%) y casi 1 de cada 2 mujeres (46,2%).
- La obesidad afectó a alrededor del 17% de la población de 18 y más años (18% de los hombres y 16% de las mujeres). Considerando también el sobrepeso, un 53,7% de la población de 18 o más años padeció obesidad o sobrepeso.
- La prevalencia de obesidad infantil se mantiene relativamente estable desde 1987; un 27,8% padeció obesidad o sobrepeso con proporción similar en ambos sexos, 1 de cada 10 niños tenía obesidad y 2 sobrepeso.

## ■ Recursos Asistenciales

- En Atención Primaria del SNS trabajaban 28.771 médicos de familia y 6.411 pediatras, lo que suponía contar con 0,8 médicos por cada 1.000 habitantes y 29.407 profesionales de enfermería con una disponibilidad de 0,6 por cada 1.000 habitantes.
- En Atención Especializada de la red pública trabajaban un total de 77.279 médicos y 20.489 especialistas en formación, siendo 2,1 la disponibilidad de especialistas por cada 1.000 habitantes (1,7 y 0,4 respectivamente) y 136.560 profesionales de enfermería, lo que suponía una tasa de 3,0 por 1.000 habitantes.
- Los profesionales de enfermería constituían el grupo más numeroso de profesionales en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, superando a los médicos en 1,2 puntos.
- En los 452 hospitales que dependen de la red pública del SNS (59,2% de los hospitales españoles) estaban en funcionamiento 113.518 camas (79,6% del total de camas del país), con una dotación de 2,5 camas por 1.000 habitantes. La red pública del SNS también contaba con 32,6 puestos de día por 100.000 habitantes.
- La dotación en la red pública del SNS de equipos para la realización de tomografía axial computerizada era de 521 equipos, con una tasa de 11,3 por cada 1.000.000

de habitantes y 279 aparatos para la realización de resonancias magnéticas, con una tasa de 6,1 por cada 1.000.000 de habitantes. La dotación de mamógrafos se situaba en 421, con una tasa de 9,1 aparatos por cada 1.000.000 de habitantes. El número de equipos de radioterapia (bombas de telecobaltoterapia y aceleradores lineales) era de 176 equipos, lo que suponía una tasa de 3,8 aparatos por cada 1.000.000 de habitantes.

- En 2012 había designados 177 Centros, Servicios o Unidades de Referencia (CSUR) para la atención o realización de 42 patologías o procedimientos.
- El número de hospitales autorizados para trasplantes era de 44, con programas de trasplante de órganos para riñón, hígado, corazón, pulmón, páncreas, intestino delgado y otros, tanto para adultos como para niños. El número de equipos de coordinación era de 185 a finales de 2012, en el que estaban integrados 254 médicos y 158 enfermeras.
- La red transfusional en España contaba con 24 Centros de transfusión y 341 Servicios de transfusión, realizándose 1.757.940 donaciones voluntarias y altruistas, que supuso un índice de donación de 38,2 donaciones por mil habitantes.

## ■ Actividad de los servicios sanitarios

- En los 3.006 centros de salud y 10.116 consultorios de Atención Primaria en funcionamiento en el SNS, se atendieron alrededor de 259 millones de consultas médicas al año, lo que supuso una frecuentación por persona de 5,6 visitas al año.
- Si se tiene en cuenta también la atención a la urgencia fuera del horario ordinario, el número de consultas médicas en Atención Primaria fue de 279 millones. Al añadir a la actividad médica la actividad de enfermería, el volumen superó los 418 millones de contactos.
- Aproximadamente el 97% de toda la actividad se produjo en el centro sanitario y el resto en domicilio, aunque esta modalidad varía en función del tipo de profesional. La actividad domiciliaria supuso el 1,3% del total de la actividad de medicina de familia y el 7,6% en el caso de la enfermería.
- Los diferentes médicos especialistas del SNS atendieron 75,5 millones de consultas (86,0% de sector sanitario global), 21,0 millones de urgencias (79,5% del total).
- Se realizaron 3,4 millones de intervenciones quirúrgicas, de las que más de 1 millón se realizaron con cirugía mayor ambulatoria, lo que supuso un porcentaje de sustitución superior al 30%. La actividad quirúrgica de los hospitales del SNS fue el 71,0 % del total de la actividad quirúrgica de España.
- En los hospitales del SNS se atendieron más de 368.000 partos (78,7% del total) con un 21,8% de cesáreas. En la totalidad del sector (público y privado) la ratio de cesáreas fue del 25,0%.

- La tasa de donantes de órganos por cada 1.000.000 de habitantes se situó en un 34,8, lo que supuso, en valores absolutos, 1.643 donantes. La edad media de los donantes fue de 58,3 años, siguiendo la tendencia ascendente de años anteriores. La distribución por sexo se mantuvo similar a años previos, aproximadamente el 62% hombres y el 38% mujeres.
- El trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) se ha convertido en una terapia consolidada. En 2012 se realizaron alrededor de 3.000 trasplantes, de los cuales dos terceras partes fueron autólogos y el tercio restante alogénicos.

## ■ Ordenación profesional

- Durante 2012, el sistema contaba con 25.578 especialistas en formación pertenecientes a las 58 especialidades en Ciencias de la Salud, en 3.011 unidades docentes acreditadas con un total de 9.431 plazas acreditadas.
- La oferta de plazas de la Convocatoria 2012/13 ascendió a un total de 7.845 plazas, lo que supuso una reducción del 5,1% en relación a la convocatoria previa, adecuándose a las necesidades de especialistas y a los recursos disponibles.

## ■ Medicamentos

- En 2012 el gasto farmacéutico generado por la facturación de recetas médicas del SNS fue de 9.770,9 millones de euros, lo que significó un descenso sobre la facturación de 2011 de un 12,3%.
- Es la primera vez desde el año 2004 que la factura farmacéutica pública baja de los 10.000 millones de euros. En el segundo semestre, período de aplicación de Real Decreto-ley 16/2012 aprobado por el Gobierno, el ahorro en farmacia ascendió a casi 1.107 millones.
- En los años 2010 y 2011 se observó una contención en el crecimiento de recetas facturadas, y en 2012 se produjo un descenso del 6,1% respecto a 2011.
- En 2012 se mantuvo la tendencia de bajada del gasto medio por receta, con un descenso medio del 6,5% respecto al año anterior.
- El consumo de medicamentos genéricos supuso el 39,7% del total de envases de medicamentos facturados. En relación al importe facturado, un 18,4% correspondió a medicamentos genéricos.

## ■ Acceso a los Servicios Sanitarios

- En Atención Primaria el 40% de los pacientes obtuvo cita con el médico de familia para el mismo día de la solicitud. Para el resto la media de espera para recibir la asistencia fue de 3,6 días.
- El número de pacientes pendientes de una primera consulta en Atención Especializada era a 31 de diciembre de 2012 de 42,2 por cada 1.000 habitantes, con un tiempo medio de espera de 59 días, lo que significó un incremento de 3 días más respecto a la situación de la lista de espera de los seis meses precedentes.
- A 31 de diciembre de 2012, la proporción de pacientes en lista de espera estructural era de 12,8 pacientes por cada 1.000 habitantes lo que suponía un incremento respecto al primer semestre del mismo año de 1 punto. La cifra de pacientes con espera de más de 6 meses se situaba en el 16,5% y el tiempo medio de espera era de 100 días para el conjunto de pacientes.
- El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de Salud Pública, aprobó el calendario de vacunación básico para la población infantil.
- El porcentaje de niños que recibieron la serie básica de las vacunas recomendadas en España fue superior al 96%. El porcentaje de niños de 1 a 2 años que recibieron las dosis de recuerdo recomendadas fue superior al 93% en todos los casos.
- La vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (SRP) en niños de 1 a 2 años fue de más del 97%, superando el 90% los que recibieron las dosis de recuerdo recomendadas. El porcentaje de adolescentes (11-14 años) que recibieron tres dosis de vacuna frente a hepatitis B fue del 76,7%. En el curso escolar 2011-2012 la cobertura de vacunación frente al virus del papiloma en niñas de 11 – 14 años fue superior al 70%.
- La cobertura de vacunación de la gripe estacional en personas de 65 y más años está disminuyendo en los últimos años, aunque se mantiene en porcentajes cercanos al 60%.
- El 77,1% de las mujeres de 50-69 años tenía realizada una mamografía en los dos últimos años.
- A 9 de cada 10 hombres y mujeres de 50 a 69 años nunca se les había practicado una prueba de sangre oculta en heces y solo alrededor del 7% se les había realizado la prueba en los últimos dos años.

## ■ Gasto Sanitario

- El gasto total del sistema sanitario español ascendió en el año 2011 a 98.860 millones de euros, lo que representa un 9,3% del PIB, del cual un 6,8 % fue financiado con recursos públicos y un 2,5%, con recursos privados.
- Las administraciones regionales, con una participación del 91,5%, fueron los agentes que soportaron una mayor carga en la financiación sanitaria pública. En relación con el gasto privado, fueron los hogares los que aportaron una mayor contribución a la financiación, con una participación del 76,6%.
- Durante el período 2007-2011, la tasa anual media de crecimiento del gasto sanitario total fue de un 2,5% (un 3,0% para el gasto público y un 1,4% para el gasto privado). Sin embargo, en el último año, mientras el gasto sanitario público se redujo un 3,4%, el gasto sanitario privado se incrementó un 2,5%.
- En 2011 disminuyó el gasto en todas las funciones de atención de la salud, excepto en servicios auxiliares y en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación. Si no se tiene en cuenta la evolución del gasto en formación de capital, las diferencias se produjeron en servicios de prevención y de salud pública, en productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios y en servicios de atención de larga duración .
- Con la excepción de los hospitales, se produjo un descenso en el gasto de todos los proveedores de atención de la salud. Las principales bajadas se produjeron en los establecimientos de atención medicalizada y residencial (11,2%), en los minoristas y otros proveedores de productos médicos (5,9 %) y en la administración general de la salud y los seguros médicos (2,2%).

## ■ Estrategias de salud

- En el año 2012 se encontraban en marcha las estrategias en cáncer, cardiopatía isquémica, diabetes, salud mental, cuidados paliativos, ictus, EPOC y enfermedades raras. En el año 2012 fueron presentadas al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) para aprobación: la estrategia de cronicidad y la de enfermedades reumáticas y músculo-esqueléticas.

## ■ Red de Escuelas de Salud para los ciudadanos

- El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó la creación de la Red Española de Escuelas de Salud para Ciudadanos, herramienta transversal de soporte a las estrategias, que tiene como objetivo impulsar y reforzar la capacitación

de las personas y de la comunidad para promover la autonomía, el autocuidado y los estilos de vida saludables.

## ■ Red Española de Agencias de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS

- El CISNS aprobó la Orden de creación de la Red Española de Agencias de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS, cuyo objetivo es fundamentar la toma de decisiones sobre la incorporación, condiciones de financiación o desinversión y uso apropiado de las tecnologías sanitarias, para su aplicación global en todo el territorio nacional con el fin de promover la equidad y sostenibilidad del SNS.

## ■ e-Salud

- La identificación de todas las personas sujetas al derecho a la protección de la salud se efectúa mediante la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), emitida por cada comunidad autónoma para la población residente en su territorio, a través de un sistema de gestión común del SNS soportado por el Ministerio de Sanidad en las tecnologías de la información y comunicación corporativas. De este modo cada persona tiene asignado un código de identificación personal único y vitalicio que facilita su circulación y atención en todo el sistema sanitario. Durante 2012 el sistema TSI gestionó 60,6 millones de mensajes y se ejecutaron 23,5 millones de transacciones entre las administraciones sanitarias.
- El Sistema de Historia Clínica Electrónica interoperable permite que la información clínica de un paciente esté accesible desde cualquier punto del SNS y pueda ser consultada también por los propios ciudadanos, está también soportado por las infraestructuras tecnológicas comunes del SNS. A finales del año 2012 se encontraban integradas 10 comunidades autónomas con diferente grado de desarrollo en cada una de ellas, de manera que existía información clínica de 15.710.888 personas en condiciones de interoperabilidad.
- Durante 2012 continuó el proceso de implantación de la receta electrónica, fundamentalmente en los centros de salud del SNS, pasando, respecto del año anterior, de 8 a 12 las comunidades autónomas que la tenían implantada generalizadamente o en fase avanzada de extensión. El 58,3% de las recetas han sido dispensadas utilizando la receta electrónica.



## ■ Percepción y opinión de los ciudadanos

- El 70,6% los ciudadanos valoraron favorablemente el funcionamiento del Sistema Sanitario español, considerando que funciona bastante bien o bien aunque precisaría algunos cambios.
- El grado o nivel de satisfacción con el modo en cómo funciona el Sistema Sanitario Público en España se calificó con 6,6 puntos sobre 10.
- En 2012, los ciudadanos siguieron prefiriendo los servicios públicos en mayor proporción que los privados.
- Con el trasfondo de la crisis económica y financiera, la opinión de los ciudadanos respecto a la posibilidad de aplicación a todos los pacientes de una aportación para adquirir medicamentos en función de la renta disponible era favorable en el 42,5% de los encuestados.
- El 80,9% de los entrevistados opinaron que los responsables políticos deberían adoptar medidas reguladoras que impidieran el abuso en la utilización de los servicios sanitarios públicos para asegurar su calidad y funcionamiento.

## *LA SALUD*

---

# 1 Situación de Salud

## 1.1 Datos demográficos

A 1 de enero de 2012 residían en España 47,3 millones de habitantes, con un ligero predominio de las mujeres (50,7%) frente a los hombres (49,3%). El 58,5% de la población residía en Andalucía, Cataluña, Madrid y la Comunidad Valenciana.

Tabla 1.1. Cifras oficiales de población según sexo y comunidad autónoma a 1 de enero de 2012

	Ambos sexos	% sobre el total	Hombres	Mujeres
Andalucía	8.449.985	17,9	4.180.285	4.269.700
Aragón	1.349.467	2,9	671.898	677.569
Asturias	1.077.360	2,3	516.420	560.940
Baleares	1.119.439	2,4	560.091	559.348
Canarias	2.118.344	4,5	1.056.240	1.062.104
Cantabria	593.861	1,3	289.999	303.862
Castilla y León	2.546.078	5,4	1.261.141	1.284.937
Castilla - La Mancha	2.121.888	4,5	1.069.648	1.052.240
Cataluña	7.570.908	16,0	3.741.628	3.829.280
C. Valenciana	5.129.266	10,9	2.546.404	2.582.862
Extremadura	1.108.130	2,3	550.324	557.806
Galicia	2.781.498	5,9	1.343.328	1.438.170
Madrid	6.498.560	13,7	3.130.241	3.368.319
Murcia	1.474.449	3,1	742.727	731.722
Navarra	644.566	1,4	321.453	323.113
País Vasco	2.193.093	4,6	1.070.438	1.122.655
Rioja, La	323.609	0,7	161.574	162.035
Ceuta	84.018	0,2	42.948	41.070
Melilla	80.802	0,2	41.569	39.233
<b>España</b>	<b>47.265.321</b>	<b>100%</b>	<b>23.298.356</b>	<b>23.966.965</b>

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

El crecimiento del número de habitantes en España ha sufrido un enlentecimiento muy patente en los últimos 3 años, como se observa en la tabla 1.2.

Tabla 1.2. Cifras oficiales de población por comunidad autónoma

	2000	2005	2010	2011	2012
Andalucía	7.340.052	7.849.799	8.370.975	8.424.102	8.449.985
Cataluña	6.261.999	6.995.206	7.512.381	7.539.618	7.570.908
Madrid	5.205.408	5.964.143	6.458.684	6.489.680	6.498.560
Comunidad Valenciana	4.120.729	4.692.449	5.111.706	5.117.190	5.129.266
Galicia	2.731.900	2.762.198	2.797.653	2.795.422	2.781.498
Castilla y León	2.479.118	2.510.849	2.559.515	2.558.463	2.546.078
País Vasco	2.098.596	2.124.846	2.178.339	2.184.606	2.193.093
Castilla - La Mancha	1.734.261	1.894.667	2.098.373	2.115.334	2.121.888
Canarias	1.716.276	1.968.280	2.118.519	2.126.769	2.118.344
Murcia	1.149.328	1.335.792	1.461.979	1.470.069	1.474.449
Aragón	1.189.909	1.269.027	1.347.095	1.346.293	1.349.467
Baleares	845.630	983.131	1.106.049	1.113.114	1.119.439
Extremadura	1.069.420	1.083.879	1.107.220	1.109.367	1.108.130
Asturias	1.076.567	1.076.635	1.084.341	1.081.487	1.077.360
Navarra	543.757	593.472	636.924	642.051	644.566
Cantabria	531.159	562.309	592.250	593.121	593.861
Rioja, La	264.178	301.084	322.415	322.955	323.609
Ceuta	75.241	75.276	80.579	82.376	84.018
Melilla	66.263	65.488	76.034	78.476	80.802
<b>España</b>	<b>40.499.791</b>	<b>44.108.530</b>	<b>47.021.031</b>	<b>47.190.493</b>	<b>47.265.321</b>

Observaciones: las cifras se refieren a 1 de enero de cada año, datos ordenados de mayor a menor según el último año.

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

El índice de dependencia juvenil<sup>1</sup> era del 22,4%, con una tasa de natalidad de 10,2 nacimientos por 1.000 habitantes y una edad media materna de casi 32 años.

Hace 25 años, el índice de dependencia juvenil era de 29,5%, la tasa de natalidad rondaba los 10,3 nacimientos por 1.000 habitantes y la edad media materna no llegaba a los 29 años.

Tabla 1.3. Índice de dependencia juvenil

	1990	1995	2000	2005	2010	2011
Melilla	39,9	38,0	34,4	33,4	32,5	32,9
Ceuta	38,5	34,3	30,7	29,5	29,0	29,2
Murcia	35,8	29,7	25,9	24,9	25,5	25,9
Andalucía	35,0	29,9	26,1	24,1	24,0	24,2
Cataluña	26,8	21,9	20,1	20,9	23,2	23,7
Madrid	29,3	22,9	20,4	21,1	23,0	23,4
Navarra	26,6	21,6	20,0	21,0	22,8	23,2
Baleares	31,3	25,7	22,8	22,3	22,9	23,0
Castilla - La Mancha	30,0	27,8	25,3	22,9	22,4	22,6
Comunidad Valenciana	30,6	24,8	21,7	21,3	22,3	22,6
<b>España</b>	<b>29,5</b>	<b>24,5</b>	<b>21,6</b>	<b>21,1</b>	<b>22,1</b>	<b>22,4</b>
La Rioja	26,9	21,8	19,5	19,5	21,3	21,9
Extremadura	30,8	29,0	25,9	23,1	21,8	21,8
Canarias	33,5	27,6	23,7	22,1	21,5	21,4
Aragón	25,0	21,1	19,3	19,2	20,6	21,0
País Vasco	25,2	19,1	17,0	17,6	19,7	20,3
Cantabria	28,5	22,0	18,3	17,5	19,0	19,4
Castilla y León	25,4	21,6	18,8	17,6	18,2	18,4
Galicia	26,6	22,0	18,2	17,0	17,5	17,8
Asturias	24,8	19,0	15,6	14,8	15,8	16,2

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según el valor del último año.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Indicadores Clave del SNS (INCLASNS).

Tabla 1.4. Tasa de natalidad por 1.000 habitantes

	1990	1995	2000	2005	2010	2011
Melilla	18,0	17,4	16,9	15,2	18,4	19,4
Ceuta	14,7	15,1	14,0	14,9	15,8	15,2
Murcia	13,3	11,5	12,3	13,2	12,3	11,8
Madrid	10,1	9,3	10,8	11,8	11,6	11,3
Cataluña	9,4	8,9	10,2	11,6	11,5	11,1
Andalucía	12,9	11,2	11,1		11,2	10,8
Navarra	9,3	8,7	9,6	10,5	10,9	10,8
Castilla - La Mancha	11,5	10,2	9,6	10,1	10,8	10,4
Baleares	12,5	10,3	11,4	11,2	11,1	10,3
<b>España</b>	<b>10,3</b>	<b>9,2</b>	<b>9,9</b>	<b>10,8</b>	<b>10,5</b>	<b>10,2</b>
La Rioja	8,8	7,8	8,7	10,2	10,7	10,1
Comunidad Valenciana	10,5	9,4	10,1	11,1	10,4	9,9
País Vasco	7,8	7,4	8,4	9,3	9,9	9,9
Aragón	8,2	7,8	8,3	9,3	9,9	9,6
Cantabria	8,7	7,1	8,2	9,5	9,6	9,2
Extremadura	11,9	10,2	9,6	9,3	9,4	9,2
Canarias	12,5	10,9	11,1	10,4	8,8	8,3
Castilla y León	8,4	7,2	7,3	7,9	8,2	8,0
Galicia	8,2	6,9	7,2	7,8	8,1	7,9
Asturias	7,1	6,1	6,3	7,1	7,3	7,4

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según el valor del último año.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Indicadores Clave del SNS (INCLASNS).

Tabla 1.5. Edad media materna

	1990	1995	2000	2005	2010	2011
País Vasco	29,7	31,1	32,1	32,4	32,4	32,5
Galicia	27,8	29,2	30,5	31,3	31,9	32,2
Madrid	29,5	30,8	31,5	31,4	31,9	32,1
Navarra	29,9	31,0	31,7	31,8	31,6	32,1
Cantabria	28,7	30,0	31,1	31,6	31,9	32,0
Castilla y León	29,2	30,3	31,4	31,7	31,8	32,0
Asturias	28,1	29,5	30,7	31,4	31,7	31,8
Aragón	29,4	30,6	31,5	31,5	31,3	31,7
<b>España</b>	<b>28,9</b>	<b>30,0</b>	<b>30,7</b>	<b>30,9</b>	<b>31,2</b>	<b>31,5</b>
Extremadura	28,7	29,3	30,2	30,9	31,2	31,4
La Rioja	29,2	30,5	31,3	31,0	31,3	31,4
Castilla - La Mancha	29,1	29,8	30,6	30,7	30,9	31,3
Cataluña	29,1	30,3	30,9	30,9	31,1	31,3
Comunidad Valenciana	28,9	30,0	30,7	30,7	31,1	31,3
Baleares	28,5	29,7	30,3	30,3	30,8	31,1
Andalucía	28,6	29,5	30,1	30,4	30,7	31,0
Canarias	28,2	29,1	29,5	30,0	30,5	30,8
Murcia	28,7	29,6	30,1	30,1	30,6	30,7
Ceuta	...	29,5	29,3	29,7	29,8	29,8
Melilla	...	28,7	29,5	29,5	29,7	29,5

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según el valor del último año.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Indicadores Clave del SNS (INCLASNS).

## 1.2 Esperanza de vida

La esperanza de vida (EV) al nacer en España en 2011 era de 82,3 años (79,3 años para los hombres y 85,3 años para las mujeres). El continuo incremento que se viene observando en los últimos decenios en la esperanza de vida (EV) tiene importantes consecuencias sanitarias y sociales: aumento del número de personas de más avanzada edad, predominio de las enfermedades crónicas y de la incapacidad en el patrón de morbilidad.

Los años vividos por un individuo no serán todos en un estado de perfecta salud y el incremento observado en la EV en una población podría no acompañarse de un buen nivel salud. Para acercarnos a esta situación es necesario utilizar indicadores como la esperanza de vida en salud (EVS), conjunto diverso de indicadores que tienen en cuenta no solo la experiencia de mortalidad de la población, sino también la experiencia de morbilidad o incapacidad.

Los años de vida saludable el nacer (AVSn) en España se situaron en 66,4 años (67,0 en hombres y 65,9 en mujeres). Desde el año 2007, cuando eran de 63,0 años (63,0 en hombres y 62,9 en mujeres), los AVSn han aumentado en 3,4 años en el conjunto de la

población española. Este incremento fue ligeramente superior en los hombres, en los que aumentó 4 años, que en las mujeres, en las que se incrementó en 3 años.

Por su parte, la Esperanza de vida al nacimiento (EVn) aumentó durante ese mismo periodo de estudio (2007-2011) en 1,2 años (1,5 en los hombres y 1 año entre las mujeres). Al nacer, las mujeres españolas esperaban vivir 6,1 años más que los hombres. Sin embargo, cuando se tienen en cuenta los AVSn, esta diferencia a favor de las mujeres que se observa en la EVn desaparece, y son los hombres los que esperan vivir sin limitación de actividad 1,1 años más que las mujeres.

El 80,6% de los años de EVn (84,5% en hombres y 77,3% en mujeres) fueron vividos sin limitación.

Al nacer, la población española esperaba vivir 66,4 años sin limitación de actividad (AVSn). Entre 2007 y 2011, los AVSn habían aumentado en 3,4 años, mientras que la EVn lo hizo en 1,2 años. Ello sugiere un efecto de compresión de la morbilidad en la población española.

Tabla 1.6. Esperanza de vida (EV) y años de vida saludables (AVS) al nacer y a los 65 años por sexo

	EV		AVS	
	2007	2011	2007	2011
<b>Al nacer</b>				
Ambos sexos	81,1	82,3	63,0	66,4
Hombres	77,8	79,3	63,0	67,0
Mujeres	84,3	85,3	62,9	65,9
<b>A los 65 años</b>				
Ambos sexos	20,0	20,9	11,4	12,1
Hombres	17,8	18,7	11,5	12,4
Mujeres	21,9	22,8	11,4	11,9

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Esperanzas de vida en salud en España 2007-2011.

El porcentaje de los años de EVn vividos sin limitación fue del 80,6%, porcentaje que ha aumentado desde 2007, año en que fue del 77,7%. La edad a la que el 50% de la población española esperaba vivir sin limitación de actividad fue de 73 años, ligeramente superior a la observada en 2007. Los AVS a la edad de 65 años (AVS65) fueron de 12,1 años, lo que supuso casi un 60% de la EV a esa edad. Los AVS65 aumentaron algo menos de un año desde 2007.



Los hombres esperaban vivir sin limitación de actividad alrededor de 1 año más que las mujeres. Aunque desde el año 2007 los AVSn aumentaron tanto en uno como en otro sexo, el mayor incremento observado en los hombres tuvo como consecuencia un aumento de las diferencias entre uno y otro sexo.

Al nacer, las mujeres esperaban vivir 19 años con limitación de actividad, por encima de lo observado en los hombres (12,3). Tanto en uno como en otro sexo, el número de años vividos con limitación se redujo desde 2007 a 2011 en alrededor de 2 años.

El porcentaje de los años de esperanza de vida al nacer que son vividos sin limitación en 2011 fue mayor en los hombres (84,5%) que en las mujeres (77,3%). Tanto en uno como en otro sexo, este porcentaje aumentó desde 2007.

A la edad de 65 años, los hombres esperaban vivir 12,4 años de vida saludable (un 66% de la EV a esa edad) mientras que las mujeres esperaban vivir 11,9 años (un 52% de la EV65).

La diferencia entre las comunidades autónomas con más y menos AVSn fue de 14 años. Estas diferencias se redujeron ligeramente desde 2007. Aunque no se aprecia un patrón geográfico definido, el Noroeste y algunas de las comunidades de la vertiente mediterránea registraron los índices más bajos de AVSn.

Tabla 1.7. Esperanza de vida (EV) y años de vida saludables (AVS) al nacer por comunidad autónoma

	EV		AVS	
	2007	2011	2007	2011
Madrid	82,5	84,1	67,3	68,1
Navarra	82,5	83,8	62,8	70,5
Castilla y León	82,1	83,4	68,7	69,6
La Rioja	81,8	83,1	58,7	66,9
Castilla - La Mancha	81,5	83,0	67,1	69,5
Cataluña	81,6	82,8	60,8	66,3
País Vasco	81,6	82,8	63,3	68,0
Aragón	81,7	82,6	67,1	71,2
Cantabria	81,1	82,6	67,8	72,0
<b>España</b>	<b>81,1</b>	<b>82,3</b>	<b>63,0</b>	<b>66,4</b>
Baleares	81,7	82,2	61,7	65,6
Galicia	81,0	82,2	59,1	64,2
Murcia	80,5	82,0	60,0	65,3
Comunidad Valenciana	80,6	81,9	59,4	66,3
Canarias	80,4	81,8	63,9	57,9
Extremadura	80,6	81,8	63,8	67,4
Asturias	80,4	81,4	58,7	63,0
Andalucía	79,8	81,0	63,1	65,0
Ceuta y Melilla	79,5	80,3	53,3	62,4

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según el valor de la EV del año 2011.  
 Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Esperanzas de vida en salud en España 2007-2011.

Tabla 1.8. Porcentaje de años de vida saludable (AVS) en la Esperanza de vida (EV) al nacer y a los 65 años por comunidad autónoma

	Al nacer		A los 65 años	
	2007	2011	2007	2011
Cantabria	83,5	87,2	61,8	62,6
Aragón	82,2	86,2	63,2	62,1
Navarra	76,1	84,1	51,6	59,7
Castilla - La Mancha	82,3	83,7	55,4	57,1
Castilla y León	83,7	83,4	61,2	70,3
Extremadura	79,2	82,3	60,6	54,2
País Vasco	77,5	82,1	57,9	72,2
Madrid	81,6	81,0	65,3	57,3
Comunidad Valenciana	73,7	80,9	56,2	63,2
<b>España</b>	<b>77,7</b>	<b>80,7</b>	<b>57,0</b>	<b>58,1</b>
La Rioja	71,8	80,5	34,5	57,4
Andalucía	79,0	80,2	60,1	52,5
Cataluña	74,5	80,1	55,0	58,6
Baleares	76,5	79,8	49,0	56,9
Murcia	74,5	79,7	42,2	52,2
Galicia	73,0	78,1	49,4	53,5
Ceuta y Melilla	67,0	77,7	33,5	47,1
Asturias	73,0	77,4	50,6	53,5
Canarias	79,5	70,9	59,9	44,8

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según AVS al nacer del año 2011.  
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Esperanzas de vida en salud en España, 2007-2011.

Tabla 1.9. Diferencia entre 2011 y 2007 en la esperanza de vida (EV) y años saludables (AVS) al nacer y a los 65 años por comunidad autónoma

	Al nacer		A los 65 años	
	EV	AVS	EV	AVS
Madrid	1,6	0,8	1,1	-1,1
Cantabria	1,5	4,2	1,0	0,8
Murcia	1,5	5,3	0,9	2,4
Canarias	1,4	-5,9	0,9	-2,6
Castilla - La Mancha	1,4	2,4	0,9	0,8
Castilla y León	1,3	0,9	0,9	2,5
Comunidad Valenciana	1,3	6,8	0,8	1,8
Navarra	1,3	7,7	0,8	2,2
La Rioja	1,3	8,2	0,8	5,1
<b>España</b>	<b>1,2</b>	<b>3,5</b>	<b>0,9</b>	<b>0,7</b>
Andalucía	1,2	1,9	0,9	-1,0
Cataluña	1,2	5,5	0,9	1,3
Extremadura	1,2	3,5	0,8	-0,8
Galicia	1,2	5,1	0,8	1,3
País Vasco	1,2	4,7	0,8	3,6
Aragón	0,9	4,1	0,5	0,1
Asturias	0,9	4,3	0,8	1,0
Ceuta y Melilla	0,8	9,1	0,3	2,7
Baleares	0,6	3,9	0,4	1,8

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según el valor de la diferencia EV al nacer.  
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Esperanzas de vida en salud en España, 2007-2011.

Tabla 1.10. Evolución de la Esperanza de vida (EV) y años de vida saludables (AVS) a los 65 años por comunidad autónoma

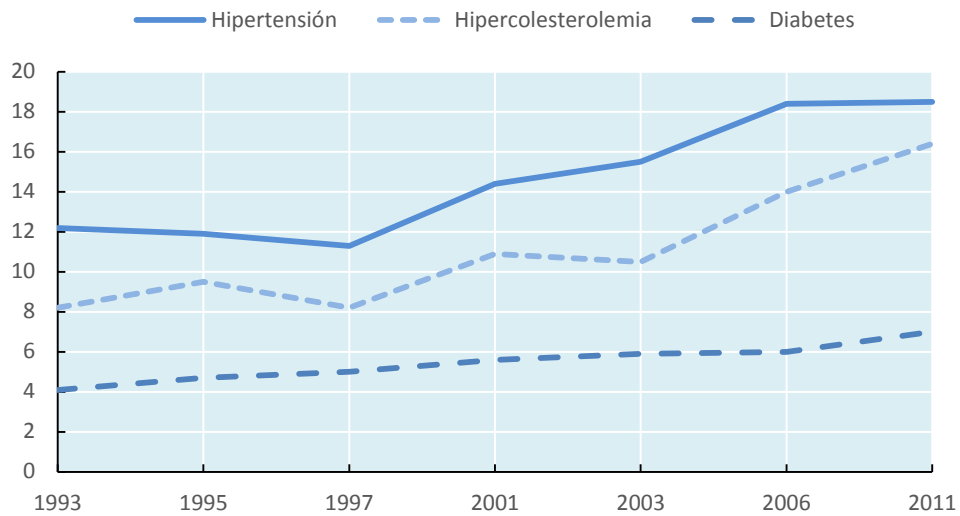
	EV		AVS	
	2007	2011	2007	2011
Madrid	21,0	22,0	13,7	12,6
Castilla y León	21,0	21,9	12,9	15,4
Navarra	21,1	21,9	10,9	13,1
País Vasco	20,6	21,4	11,9	15,5
La Rioja	20,5	21,3	7,1	12,2
Cantabria	20,2	21,2	12,5	13,2
Cataluña	20,3	21,2	11,1	12,4
Castilla - La Mancha	20,2	21,1	11,2	12,1
Galicia	20,3	21,1	10,0	11,3
Aragón	20,5	21,0	13,0	13,1
<b>España</b>	<b>20,0</b>	<b>20,9</b>	<b>11,4</b>	<b>12,1</b>
Baleares	20,3	20,7	10,0	11,8
Asturias	19,7	20,6	10,0	11,0
Canarias	19,7	20,5	11,8	9,2
Extremadura	19,6	20,5	11,9	11,1
Comunidad Valenciana	19,6	20,3	11,0	12,8
Murcia	19,4	20,3	8,2	10,6
Andalucía	18,8	19,7	11,3	10,3
Ceuta y Melilla	19,1	19,4	6,4	9,1

Observaciones: Datos ordenados según esperanza de vida al nacer (EV) en 2011.  
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Esperanzas de vida en salud en España, 2007-2011.

### 1.3 Morbilidad

Las enfermedades crónicas y las no transmisibles vienen experimentando un incremento continuado desde las últimas décadas del siglo XX y han reemplazado a las enfermedades infecciosas como principales causas de morbilidad y mortalidad.

Gráfico 1.1. Evolución de la prevalencia (%) de problemas de salud crónicos en adultos



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España, 2011/2012.

Los adultos españoles padecen un problema de salud crónico en la proporción de 1 de cada 6, siendo las mujeres quien con más frecuencia los padecen.

Tabla 1.11. Problemas de salud crónicos (%) en mujeres adultas mayores de 15 años ordenados de mayor a menor

	Mujeres
Artrosis, artritis o reumatismo	25,1
Dolor de espalda crónico ( lumbar)	22,8
Dolor de espalda crónico ( cervical)	21,9
Hipertensión arterial	19,5
Colesterol alto	16,8
Migraña o dolor de cabeza frecuente	12,3
Alergia crónica	11,8
Ansiedad	9,8
Depresión	8,7
Problemas de tiroides	7,8
Diabetes	6,8
Asma	4,8
Bronquitis crónica	3,4

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España, 2011/2012.

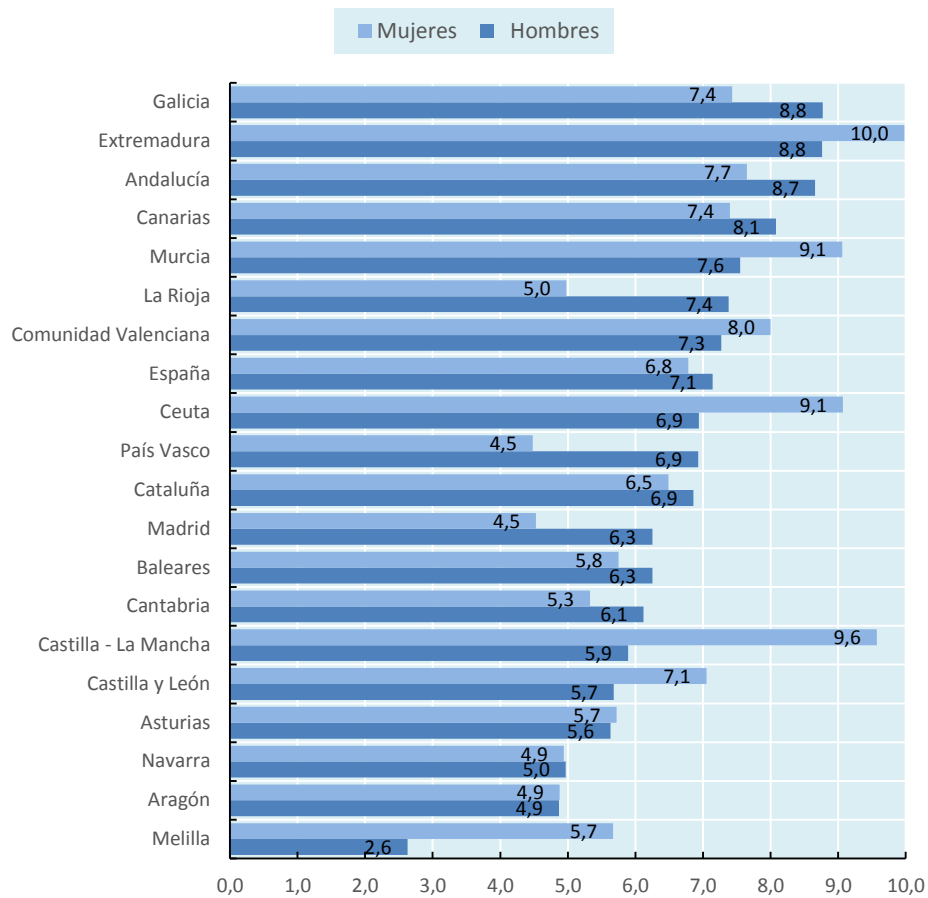
Tabla 1.12. Problemas de salud crónicos (%) en hombres adultos mayores de 15 años ordenados de mayor a menor

	<b>Hombres</b>
Hipertensión arterial	17,4
Colesterol alto	15,9
Dolor de espalda crónico ( lumbar)	14,3
Artrosis, artritis o reumatismo	11,1
Alergia crónica	9,7
Dolor de espalda crónico ( cervical)	9,6
Diabetes	7,1
Migraña o dolor de cabeza frecuente	4,2
Bronquitis crónica	4,2
Ansiedad	3,5
Asma	3,4
Depresión	3
Problemas de tiroides	1

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España, 2011/2012.

En el caso de la diabetes, la prevalencia en hombres es superior a la de las mujeres, si bien hay diferencias según la comunidad autónoma de residencia.

Gráfico 1.2. Prevalencia de diabetes (%) en población adulta según comunidad autónoma y sexo



Observaciones: Datos ordenados de mayor a menos según las cifras de prevalencia en hombres. La información obtenida a través de la entrevista que se realiza en la Encuesta Nacional de Salud es una buena aproximación a la prevalencia real de la enfermedad en la población adulta. En la encuesta se pregunta si "padece o ha padecido" este problema. En caso afirmativo, se pregunta a continuación si "le ha dicho un médico que lo padece". Se han contabilizado solo aquellas respuestas que cumplen los dos requisitos.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud, 2011/2012.

Castilla La Mancha es la comunidad donde la diferencia entre hombres y mujeres es más llamativa, con una clara feminización de la enfermedad; lo mismo sucede en Ceuta.

Las mujeres en Extremadura y los hombres en Galicia y Extremadura muestran los valores más altos; en La Rioja o el País Vasco el predominio es claramente masculino.



## 1.4 Mortalidad general

Según los últimos datos disponibles<sup>2</sup> se produjeron en España 387.911 defunciones, 5.864 más que las registradas en el año anterior. Fallecieron 188.057 mujeres (un 2,2% más que el año anterior) y 199.854 hombres (un 0,9% más).

La tasa bruta de mortalidad se situó en 841,0 fallecidos por cada 100.000 habitantes, lo que supuso un aumento del 1,4% respecto al año anterior. Por sexo, la tasa femenina se situó en 802,2 fallecidas por cada 100.000 mujeres, mientras que la masculina fue de 881,1 por cada 100.000 hombres.

Las tres principales causas de muerte por grandes grupos de enfermedades fueron las enfermedades del sistema circulatorio (responsables del 30,5% del total de defunciones), los tumores (28,2%) y las enfermedades del sistema respiratorio (10,9%).

Las dos primeras mantuvieron la misma tendencia de los últimos años: ascendente en los tumores (un 2,0% más de fallecidos) y descendente en las enfermedades circulatorias (0,7%). En cambio, las muertes por enfermedades respiratorias aumentaron un 4,9%, después de haber disminuido en los dos años anteriores.

El grupo que experimentó un mayor aumento de defunciones, en términos relativos, fue el de enfermedades del sistema nervioso (5,0%), que se situó como cuarta causa de muerte más frecuente. La principal enfermedad de este grupo es el Alzheimer, que causó 11.907 muertes, lo que ya supone más del doble de fallecimientos que en el año 2000.

Las causas de mortalidad más frecuentes en ambos sexos fueron los tumores y las enfermedades del sistema circulatorio, aunque en distinto orden para cada caso. Los tumores fueron la primera causa de muerte en los hombres (con una tasa de 295,3 fallecidos por cada 100.000) y la segunda en mujeres (con 180,7). En ambos casos la tasa aumentó respecto al año pasado.

A nivel más detallado de enfermedades, las isquémicas del corazón (infarto, angina de pecho, etc.) y las cerebrovasculares volvieron a ocupar el primer y segundo lugar en número de defunciones. No obstante, en ambos casos, se produjo un descenso de muertes respecto al año anterior (del 1,2% y 4,3%, respectivamente). Las isquémicas fueron la primera causa en los hombres y las cerebrovasculares en las mujeres.

Dentro de los tumores, los responsables de mayor mortalidad fueron el cáncer de bronquios y pulmón (con un 1,6% más de defunciones que en 2010) y el cáncer de colon (con un 4,0% más). Por sexo, el cáncer que más muertes causó entre los hombres fue el de bronquios y pulmón. Y entre las mujeres el de mama, que aumentó un 0,4%.

Los fallecidos por accidentes de tráfico volvieron a reducirse. En concreto, fueron 2.116 personas, un 9,4% menos que en 2010. Desde comienzos de la pasada década los muertos por esta causa se han reducido aproximadamente a la tercera parte.

Tabla 1.13. Defunciones según las principales causas de muerte

	Año 2011		
	Total	Hombres	Mujeres
<b>Total defunciones</b>	<b>387.911</b>	<b>199.854</b>	<b>188.057</b>
Enfermedades isquémicas del corazón	34.837	19.925	14.912
Enfermedades cerebrovasculares	28.855	12.152	16.703
Cáncer de bronquios y pulmón	21.058	17.479	3.579
Insuficiencia cardiaca	17.089	5.954	11.135
Enfermedades crónicas de la vías respiratorias inferiores	15.904	11.819	4.085
Demencia	14.583	4.780	9.803
Enfermedad de Alzheimer	11.907	3.528	8.379
Cáncer de colon	11.687	6.687	5.000
Diabetes mellitus	9.995	4.153	5.842
Enfermedad hipertensiva	9.669	3.193	6.476
Neumonía	8.167	4.166	4.001
Insuficiencia renal	6.659	3.253	3.406
Cáncer de mama	6.399	85	6.314
Cáncer de próstata	6.034	6.034	...
Cáncer de páncreas	5.812	3.009	2.803

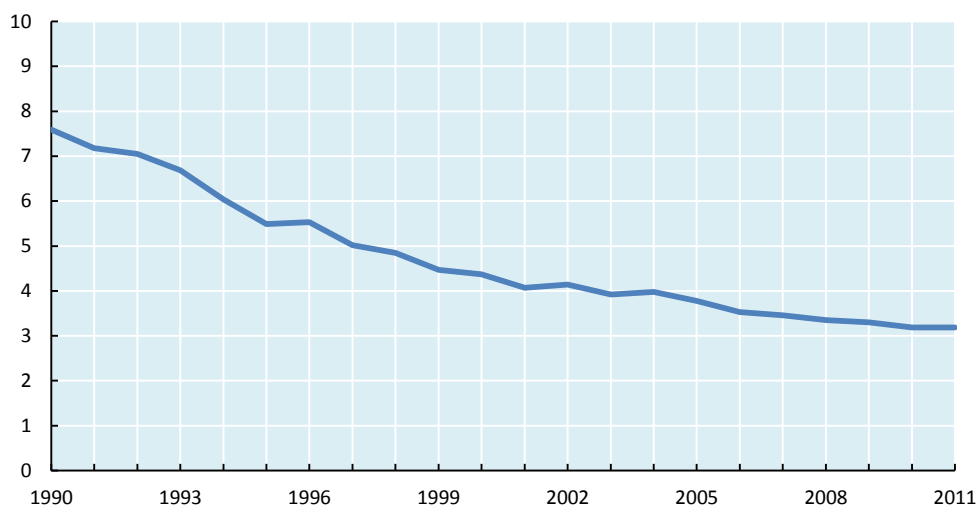
Observaciones: Causas con un peso relativo superior al 1,5%.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa, 2011.

## 1.5 Mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil se situó en 3,2 defunciones en menores de un año por 1.000 nacidos vivos, lo que supone un descenso de un 27%, en el periodo 2001-2011 y un 58% respecto a 1990.

Gráfico 1.3. Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos



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

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

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

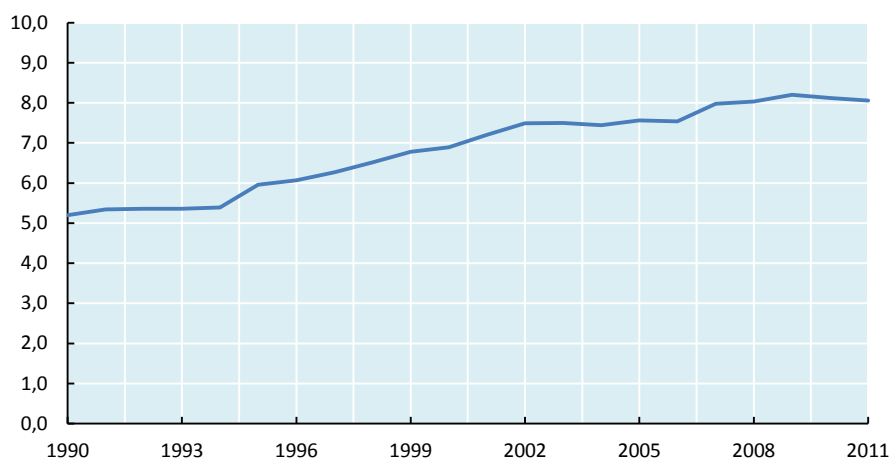
- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
- Hemorragia del recién nacido
- Sepsis bacteriana del recién nacido
- Hipoxia intrauterina y asfixia al nacimiento
- Dificultad respiratoria del recién nacido
- Síndrome de la muerte súbita infantil
- Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer
- Feto y recién nacido afectados por complicaciones maternas del embarazo-Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido

- Feto y recién nacido afectados por complicaciones de la placenta y las membranas

## 1.6 Bajo peso al nacer

España ha tenido un gran incremento en las pasadas décadas de la proporción de nacidos con peso inferior a 2.500 gramos, aunque en los últimos años parece que esta tendencia se ha refrenado. En el año 1990 su porcentaje era algo más del 5% y en los años 2009 era de 8,2% pasando a 8,12% en 2010 y 8,06 en 2011.

Gráfico 1.4. Recién nacidos con bajo peso al nacer por cada 100 nacidos vivos



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

Los niños con un bajo peso al nacer tienen mayor riesgo de mala salud o muerte, requieren un mayor periodo de hospitalización después del nacimiento y tienen más probabilidades de desarrollar incapacidades.

El bajo peso al nacer es un importante indicador de salud infantil por su estrecha relación con la morbilidad y mortalidad infantil; además es reflejo de diversas circunstancias adversas que acompañan al embarazo y se asocia a factores biológicos, demográficos y socioeconómicos. Sin embargo, los factores más importantes parecen ser el estado general y la nutrición de la madre, por lo que es un buen indicador del estado nutricional de la comunidad.

Los factores de riesgo para un nacimiento con bajo peso, entre otros, son el aumento de la edad materna, la maternidad en adolescentes, los tratamientos de fertilidad in vitro y hábitos perjudiciales como el tabaquismo y el alcohol; y además, el incremento del uso de

técnicas de control del parto, como la inducción y la cesárea, que han aumentado el índice de supervivencia de los niños nacidos con bajo peso.

## 1.7 Lactancia materna

El porcentaje de niños menores de 5 años alimentados total o parcialmente con leche materna a las 6 semanas del nacimiento fue del 72,4%, pasando a los 3 meses de edad al 66,5% y al 47% a los 6 meses. Según los últimos datos parece que la tendencia viene siendo creciente desde 1995.

La lactancia materna aporta a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables, siendo reconocidas las ventajas que la alimentación materna posee tanto de carácter biológico como psicológico.

Tabla 1.14. Proporción de niños menores de 5 años que han sido alimentados total o parcialmente con lactancia materna durante su primer año de vida

	Porcentaje a los 3 meses de edad	Porcentaje a los 6 meses de edad
<b>1995</b>	54,8	33,2
<b>1997</b>	58,6	35,3
<b>2001</b>	65,5	44,9
<b>2006</b>	63,3	38,8
<b>2011</b>	66,5	47,0

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España, 1995-2011.

La principal fuente de información sobre el número de niños alimentados al pecho son las encuestas de salud por entrevista.

Durante los últimos decenios se han seguido acumulando pruebas y evidencias sobre las ventajas sanitarias de la lactancia materna: hay evidencia suficiente para poder afirmar que la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta.

## 1.8 Interrupción voluntaria del embarazo

El seguimiento y evaluación de las IVE que tienen lugar en nuestro país, se lleva a cabo a través de un sistema de vigilancia epidemiológica que recibe información de todo el Estado.

Tabla 1.15. Número de Centros que han notificado IVE. Número de IVEs realizadas. Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años

	Centros notificadores de I.V.E.	Total I.V.E.	Tasa por 1.000 mujeres
<b>2012</b>	188	112.390	12,01
<b>2011</b>	172	118.359	12,44
<b>2010</b>	146	113.031	11,49
<b>2009</b>	141	111.482	11,41
<b>2008</b>	137	115.812	11,78
<b>2007</b>	137	112.138	11,49
<b>2006</b>	135	101.592	10,62
<b>2005</b>	134	91.664	9,60
<b>2004</b>	133	84.985	8,94
<b>2003</b>	128	79.788	8,77

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

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Interrupciones voluntarias del embarazo.

Tabla 1.16. Distribución porcentual del número de IVEs realizadas según tipo de centro

Año	Centros públicos			Centros privados		
	total (%)	hospital (%)	extrahosp. (%)	total (%)	hospital (%)	extrahosp. (%)
<b>2012</b>	6,48	2,78	3,70	93,51	7,06	86,45
<b>2011</b>	2,68	1,65	1,03	97,28	8,17	89,11
<b>2010</b>	1,84	1,84		98,16	9,61	88,55
<b>2009</b>	2,03	2,03		97,97	10,25	87,72
<b>2008</b>	1,91	1,91		98,09	10,86	87,23
<b>2007</b>	2,08	2,08		97,92	10,55	87,36
<b>2006</b>	2,51	2,51		97,49	9,11	88,38
<b>2005</b>	2,91	2,91		97,09	9,88	87,21
<b>2004</b>	3,57	3,56		96,44	9,72	86,73
<b>2003</b>	2,86	2,41	0,44	97,15	10,13	87,02

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

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Interrupciones voluntarias del embarazo.

La mayoría de las intervenciones (86,45%) han sido notificadas desde un centro extrahospitalario de dependencia patrimonial privada y responden a una petición de la mujer (91,3%), de entre 20 y 25 años (20,4%) con 8 semanas o menos de gestación (68,2%).

Tabla 1.17. Distribución porcentual del número de IVEs realizados según motivo de la interrupción

	<b>Año 2012</b>	<b>Año 2011</b>
A petición de la mujer (%)	91,26	89,58
Grave riesgo para vida o la salud de la embarazada (%)	5,67	7,30
Riesgo de graves anomalías en el feto (%)	2,78	2,73
Anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable (%)	0,27	0,30
Varios motivos (%)	0,01	0,09

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Interrupciones voluntarias del embarazo.

Las causas médicas están en el 8,7 % de los motivos de interrupción del embarazo: 5,7 % por riesgo grave para la vida o la salud de la embarazada, 2,8% por riesgo de graves anomalías en el feto y 0,3% por anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable.

## 2 Hábitos de Vida

### 2.1 Consumo de Tabaco

El consumo de tabaco constituye una de las principales causas de mortalidad prematura evitable.

En 2012 se han cumplido dos años de la entrada en vigor de la norma<sup>3</sup> que ampliaba la prohibición de fumar en espacios públicos cerrados y colectivos, con un alto nivel de acuerdo político y social con las medidas antitabaquismo protectoras de la salud. En una escala de 1 a 10, el grado de conformidad de los ciudadanos ha sido de 7,6 puntos, superior al año anterior, primer año de su implantación.

Tabla 2.1. Grado de acuerdo con la nueva Ley del Tabaco

<b><i>"Respecto a la nueva Ley del Tabaco que entró en vigor en enero de 2011 ¿en qué grado está Ud. de acuerdo con las siguientes frases?"</i></b>		
<b>Grado de acuerdo: escala de 1 "totalmente en desacuerdo" a 10 "totalmente de acuerdo"</b>		
	<b>2011</b>	<b>2012</b>
La nueva Ley del tabaco ha sido una medida acertada	7,1	7,6
Es necesario adecuar la Ley en beneficio de los fumadores	4,8	4,2

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario 2012.

Además se constata (4,2 puntos sobre 10) un claro desacuerdo superior a lo manifestado en 2011 (4,8) con la posibilidad de revisar la Ley en beneficio de los fumadores.

En cuanto al aspecto concreto de observancia de la prohibición de fumar en espacios públicos, los ciudadanos creen que hay un elevado grado de cumplimiento en bares y restaurantes (8,2 sobre 10), y menor en los alrededores de colegios y hospitales (5,4 sobre 10).

Tabla 2.2. Opinión sobre el grado de cumplimiento de la nueva Ley del Tabaco

<b><i>"Y las siguientes medidas establecidas en esta Ley, ¿en qué grado piensa Ud. que se están cumpliendo?"</i></b>		
<b>Escala de 1 "no se está cumpliendo en absoluto" a 10 "se está cumpliendo totalmente".</b>		
Grado de cumplimiento	<b>2011</b>	<b>2012</b>
La prohibición de fumar en bares y restaurantes	8,4	8,2
La prohibición de fumar en los alrededores de hospitales y colegios	6,0	5,4

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario, 2012.



Estos resultados son coherentes con la reducción considerable del número de quejas recibidas en la Oficina de Defensor del Pueblo relacionadas con el consumo de tabaco en ese año.

Según la Encuesta Nacional de Salud de España fumaban a diario el 24,0% de la población de 15 y más años, el 3,1% era fumador ocasional y el 19,6% se declaraba exfumador (ha dejado de fumar hace al menos un año). Por sexo, el porcentaje de fumadores diarios fue del 27,9% en hombres y del 20,2% en mujeres.

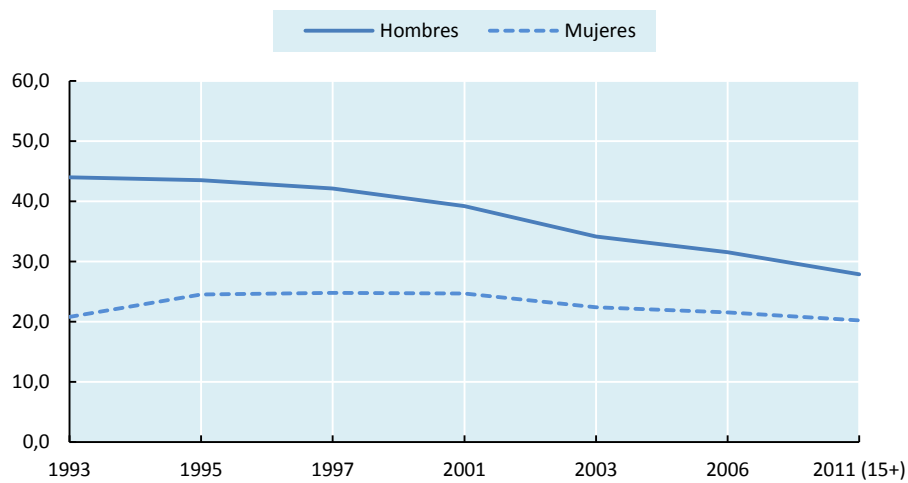
Tabla 2.3. Prevalencia del consumo diario de tabaco en la población de 15 y más años

	2011		
	Total	Hombres	Mujeres
Comunidad Valenciana	27,6	32,5	22,8
Andalucía	27,1	29,7	24,6
Aragón	25,9	30,4	21,4
Murcia	25,0	30,4	19,5
Extremadura	24,7	29,3	20,2
Castilla - La Mancha	24,5	27,7	21,4
La Rioja	24,4	29,2	19,8
<b>España</b>	<b>24,0</b>	<b>27,9</b>	<b>20,2</b>
Cantabria	23,9	27,0	21,0
Navarra	23,3	25,0	21,8
País Vasco	23,3	26,9	19,9
Cataluña	23,0	28,7	17,6
Castilla y León	22,8	28,4	17,4
Baleares	22,7	25,0	20,5
Canarias	21,9	23,2	20,7
Asturias	21,8	23,1	20,6
Madrid	20,9	24,0	18,2
Galicia	20,3	25,1	15,9
Melilla	19,0	27,2	9,7
Ceuta	18,7	24,5	13,6

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según el valor del último año.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS). Agosto 2013. Datos procedentes de la Encuesta Nacional de Salud de España, 2011/2012.

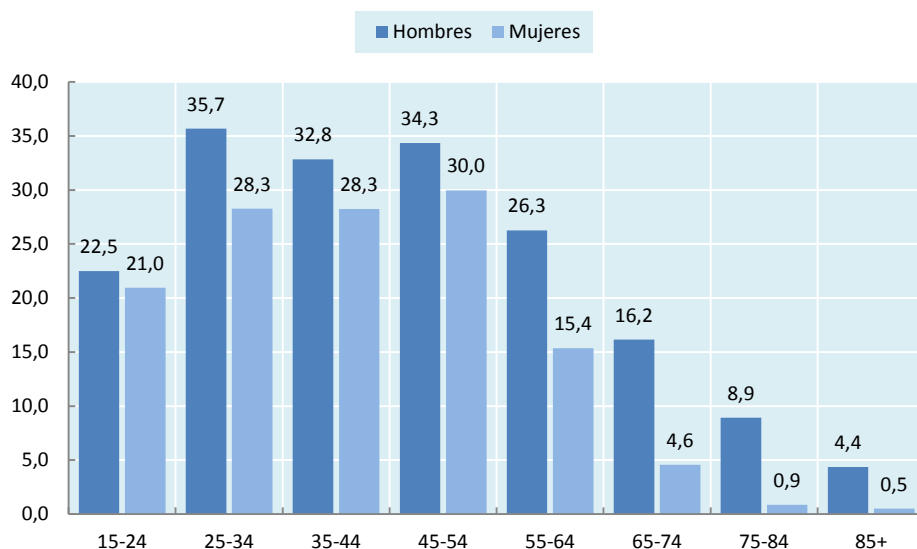
Gráfico 2.1. Evolución de la proporción (%) de fumadores diarios



Observaciones: Población de 16 y más años, excepto para el año 2011 que se refiere a 15 y más años.  
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad / INE. Encuesta Nacional de Salud de España, 2011/2012.

Desde 1993 a 2011 el porcentaje de población que consume tabaco a diario muestra un continuo descenso, casi a expensas de los hombres. Desde 2003 también se aprecia un declive en mujeres, aunque menos marcado.

Gráfico 2.2. Consumo diario de tabaco por sexo y grupo de edad en población de 15 y más años



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad / INE. Encuesta Nacional de Salud de España, 2011/2012.

El hábito tabáquico en los jóvenes entre 15 y 24 años afectaba al 21,7%, sin gran diferencia por sexo (22,5% de los hombres frente al 21,0% de las mujeres).

El 28,7% de las personas que fumaban diariamente consumían entre 1 y 9 cigarrillos al día, el 35,8% entre 10 y 19, y el 35,5%, 20 o más cigarrillos diarios.

La edad media de inicio del consumo de tabaco entre los fumadores diarios era de 17,2 años, ligeramente más tardía en mujeres que en hombres.

La tasa de adultos que declaraban haber dejado de fumar hace más de un año y menos de 10 años es del 24%. A partir de 10 años sin fumar se considera “no fumador”.

Tabla 2.4. Tasa de abandono del hábito tabáquico en población de 15 y más años

	<b>2011</b>
	<b>Total</b>
Cantabria	28,0
Madrid	27,7
Cataluña	26,6
Aragón	26,5
Castilla y León	25,6
País Vasco	25,3
<b>España</b>	<b>24,0</b>
Asturias	23,9
Comunidad Valenciana	23,8
Extremadura	23,8
Baleares	23,6
La Rioja	23,3
Castilla - La Mancha	22,5
Galicia	22,1
Andalucía	21,4
Canarias	20,5
Navarra	20,0
Murcia	15,0

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS). Agosto 2013. Datos procedentes de la Encuesta Nacional de Salud de España, 2011-2012.

## 2.2 Consumo de alcohol

El 1,7% de las personas de 15 y más años declaraban un consumo de alcohol en cantidad que se considera de riesgo para su salud a largo plazo; en el caso de los hombres adultos este porcentaje era del 2,0% y del 1,4% en las mujeres adultas<sup>4</sup>.

La tendencia del consumo de riesgo disminuyó, en el año 2006 la proporción de bebedores de riesgo era de 4,7%. La caída se ha producido en ambos sexos y es más acentuado en hombres, en quienes ha pasado del 6,8% al 2% en ese periodo.

Tabla 2.5. Evolución de la proporción (%) de bebedores de riesgo en población de 15 y más años

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

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e INE. Encuesta Nacional de Salud de España, 2006, 2009 y 2011/12.

Tabla 2.6. Bebedores de riesgo en población de 15 y más años

	2011		
	Total	Hombres	Mujeres
Asturias	3,9	5,2	2,7
Castilla y León	3,6	4,8	2,5
País Vasco	3,2	3,9	2,7
Aragón	3,0	3,9	2,0
La Rioja	2,6	2,9	2,3
Castilla - La Mancha	2,4	3,6	1,1
Comunidad Valenciana	2,1	2,5	1,6
Ceuta	2,0	1,8	2,2
Baleares	1,7	1,8	1,6
Navarra	1,7	2,5	0,9
<b>España</b>	<b>1,7</b>	<b>2,1</b>	<b>1,4</b>
Canarias	1,6	2,3	0,9
Andalucía	1,3	1,8	0,8
Madrid	1,3	1,5	1,1
Cataluña	1,1	0,8	1,4
Galicia	0,9	0,7	1,2
Cantabria	0,9	0,5	1,2
Extremadura	0,8	1,5	0,3
Murcia	0,6	0,0	1,3
Melilla	0,0	0,0	0,0

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor.

Fuente: Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS) Versión agosto 2013. Datos procedentes de la Encuesta Nacional de Salud de España, 2011/12.

Se observan diferencias entre comunidades autónomas siendo el consumo de riesgo mayor en la zona centro y norte.

Según datos disponibles del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías las cifras de admisiones a tratamiento por abuso/dependencia de alcohol fueron 26.318 en el año 2008 y 27.958 en el año 2009.

De los admitidos a tratamiento por alcohol, un 19,3% fueron mujeres, siendo esta proporción ligeramente más baja entre los tratados por primera vez en la vida por esta sustancia que entre los previamente tratados. La edad media de las personas tratadas fue de 47,6 años.

La edad media de inicio en el consumo de alcohol fue de 18,9 años. Considerando conjuntamente la edad media de admisión a tratamiento y de inicio en el consumo, por término medio estos pacientes llevaban 28,7 años de consumo cuando fueron admitidos a tratamiento.

El 32,7% estaba desempleado (proporción inferior a la que se daba en el conjunto de admitidos por drogas ilegales), siendo esta proporción más elevada entre los que habían realizado tratamiento previo por la misma sustancia (32,5%) y entre las mujeres (31,1%).

La fuente que remitió a estas personas a tratamiento fue, prioritariamente, el sistema de salud general (30,6%), seguido de la iniciativa propia (21,9%) y la familia o amigos (13,2%).

## 2.3 Consumo de otras drogas psicoactivas

En España se produjeron durante el año, 52.549 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco). La tasa global de admisiones para el conjunto de España fue de 202,6 casos por 100.000 habitantes.

Las drogas que motivaron el tratamiento han cambiado radicalmente en los últimos años, permaneciendo estables los niveles de las admisiones por heroína y observándose un aumento de las admisiones por cocaína y por cannabis. Esta última sustancia fue la consumida con mayor frecuencia por la población estudiante de 14 a 18 años, un 33% de ellos manifestaron haberla consumido alguna vez.

La cocaína motivó 23.132 (44,0%) admisiones a tratamiento, frente a 16.989 (32,3%) motivadas por heroína, seguida por el cannabis con 9.503 admisiones (18,1%). La proporción de admisiones a tratamiento por otras sustancias psicoactivas fue muy baja no superando en ningún caso el 2%.

El consumo de cannabis ha sido el responsable de la mayoría (86,4%) de las admisiones a tratamiento en menores de edad.

La edad media de los admitidos a tratamiento fue de 33,1 años para el conjunto de las admisiones y de 29,8 años para los admitidos por primera vez.

Casi la mitad (47,2%) de los tratados comenzaron el tratamiento por iniciativa propia o fueron incitados por sus parientes o amigos. El sistema público de salud derivó a tratamiento aproximadamente un tercio de los admitidos (28,3%).

## 2.4 Actividad física

Cuatro de cada 10 personas (40,9%) se declaraba sedentaria (no realizaba actividad física alguna en su tiempo libre), uno de cada tres hombres (35,3%) y casi una de cada dos mujeres (46,2%).

El porcentaje se ha mantenido relativamente estable de los 25 hasta los 74 años, siempre mayor en mujeres y desde más jóvenes. Fue menor en la infancia - juventud y creció en ancianos.

Tabla 2.7. Sedentarismo (%) por sexo y grupo de edad. Población de 5 y más años

	<b>Ambos sexos</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<b>Total</b>	<b>40,9</b>	<b>35,3</b>	<b>46,2</b>
5-14	12,1	8,2	16,3
15-24	35,2	21,4	49,5
25-34	41,4	35,0	48,0
35-44	44,5	39,0	50,2
45-54	46,0	46,3	45,7
55-64	43,3	43,2	43,5
65-74	42,2	36,0	47,5
75-84	56,2	49,5	60,8
85+	76,9	66,2	82,6

Observación: se considera sedentaria a toda persona que en su tiempo libre, habitualmente no realiza ninguna actividad física como caminar, practicar deporte, gimnasia, etc.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad / Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España, 2011/2012.

Considerando tanto la actividad principal como el tiempo libre, el 40,9% de los adultos (15-69 años) realizaba actividad física intensa o moderada (durante más de 10 minutos al menos 1 de los 7 últimos días), 49,4% de los hombres y 32,4% de las mujeres.

Diversos estudios epidemiológicos han mostrado una asociación consistente entre la inactividad física y la diabetes mellitus, la hipertensión arterial o la osteoporosis. Un nivel

apropiado de actividad física es un hábito beneficioso para la salud y está demostrada la relación entre actividad física y la reducción del riesgo coronario.

## 2.5 Obesidad y sobrepeso

El consumo de tabaco y alcohol junto con el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para un amplio número de enfermedades y problemas de salud incluidos ciertos tipos de cánceres y muchas de las enfermedades crónicas.

La obesidad afectaba ya al 17% de la población de 18 y más años (18% de los hombres y 16% de las mujeres). Si consideramos también el sobrepeso, un 53,7% de la población de 18 o más años padecía obesidad o sobrepeso.

Desde la primera Encuesta Nacional de Salud en 1987, la obesidad sigue una línea ascendente en ambos sexos, más marcada en hombres que en mujeres. Mientras que en 1987 el 7,4% de la población de 18 y más años tenía un índice de masa corporal igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup> (límite para considerar obesidad), en 2011 este porcentaje supera el 17%.

La obesidad es más frecuente a mayor edad, tendencia que cambia en mayores de 74 años. También es mayor la frecuencia de obesidad según se desciende en la escala social, de 8,9% en la clase I a 23,7% en la clase VI<sup>5</sup>.

Destaca también la prevalencia de peso insuficiente en mujeres, especialmente de 18 a 24 años (12,4%), frente al 4,1% de los hombres de su mismo grupo de edad.

Tabla 2.8. Prevalencia de sobrepeso por 100 habitantes de 18 y más años

	2011		
	Total	Hombres	Mujeres
Cantabria	42,4	52,6	32,3
Galicia	40,5	48,2	32,5
Extremadura	40,2	48,3	31,4
Asturias	38,5	48,5	29,6
Castilla y León	38,4	45,4	31,2
Navarra	38,2	46,5	30,3
La Rioja	38,1	49,3	26,5
Baleares	37,0	42,8	30,8
Murcia	36,8	45,1	28,7
Comunidad Valenciana	36,7	44,8	28,4
País Vasco	36,7	46,7	27,0
<b>España</b>	<b>36,7</b>	<b>45,1</b>	<b>28,1</b>
Andalucía	36,2	42,9	29,3
Cataluña	36,1	46,0	26,4
Aragón	35,8	46,5	24,3
Castilla - La Mancha	35,7	45,0	25,5
Canarias	35,1	39,6	30,5
Madrid	34,9	45,4	24,9
Ceuta	34,8	37,1	32,8
Melilla	32,4	37,0	27,1

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS), Agosto 2013. Encuesta Nacional de Salud de España, 2011/2012.

Tabla 2.9. Índice de masa corporal (IMC) en población adulta e infantil

Población adulta (18+ años)	Ambos sexos	Mujeres	Hombres
Peso insuficiente (>18,5 kg/m <sup>2</sup> )	2,2	3,4	0,9
Normopeso (18,5-24,9 kg/m <sup>2</sup> )	44,2	52,4	35,9
Sobrepeso (25,0-29,9 kg/m <sup>2</sup> )	36,7	28,1	45,1
Obesidad (≥30,0 kg/m <sup>2</sup> )	17,0	16,0	18,0
Población infantil (2-17 años)	Ambos sexos	Niñas	Niños
Normopeso/peso insuficiente	72,2	73,5	71,0
Sobrepeso	18,3	16,9	19,5
Obesidad	9,6	9,6	9,6

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

Para la población infantil (2 a 17 años) los puntos de corte son los publicados en Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320: 1-6.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad / Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España, 2011/2012 (2013).



La prevalencia de obesidad infantil (2 a 17 años), se ha mantenido relativamente estable desde 1987. Un 27,8% de esta población padecía obesidad o sobrepeso. De cada 10 niños uno tenía obesidad y dos sobrepeso, con proporción similar en ambos sexos. No había diferencias sustanciales respecto a 2006.

Tabla 2.10. Prevalencia de obesidad por 100 habitantes en población de 18 y más años

	2011		
	Total	Hombres	Mujeres
Ceuta	24,9	30,9	19,6
Extremadura	21,6	23,4	19,7
Andalucía	21,2	22,9	19,4
Castilla - La Mancha	20,6	22,4	18,7
Murcia	20,3	19,9	20,7
Galicia	19,2	20,0	18,4
Asturias	18,7	17,9	19,3
Canarias	18,2	17,8	18,6
Comunidad Valenciana	17,3	17,0	17,7
<b>España</b>	<b>17,0</b>	<b>18,0</b>	<b>16,0</b>
Aragón	15,7	16,4	14,8
País Vasco	15,3	15,2	15,3
Baleares	15,1	19,6	10,3
La Rioja	14,9	17,1	12,5
Madrid	14,3	15,9	12,7
Cataluña	14,3	14,6	13,9
Castilla y León	13,8	16,0	11,6
Melilla	12,8	12,1	13,6
Navarra	11,2	12,7	9,7
Cantabria	11,1	11,8	10,5

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS), Agosto 2013. Encuesta Nacional de Salud de España, 2011/2012.

Tabla 2.11. Prevalencia de sobrepeso por 100 habitantes de 2 a 17 años

	2011		
	Total	Hombres	Mujeres
Baleares	26,5	22,8	29,9
País Vasco	25,5	25,9	25,0
Galicia	23,8	27,0	20,3
Andalucía	21,3	24,2	18,4
Canarias	20,6	21,3	19,9
Castilla y León	20,3	20,9	19,6
Extremadura	19,8	15,9	23,5
Castilla - La Mancha	19,6	20,7	18,4
<b>España</b>	<b>18,3</b>	<b>19,5</b>	<b>16,9</b>
Melilla	18,0	18,6	17,0
Asturias	17,2	15,2	19,9
Comunidad Valenciana	16,2	16,8	15,7
Madrid	16,2	17,8	14,6
Navarra	15,8	15,5	16,2
Murcia	15,1	19,2	9,8
Cataluña	14,4	15,1	13,6
Aragón	13,4	11,4	15,6
La Rioja	12,4	16,4	8,2
Cantabria	9,6	13,4	5,3
Ceuta	7,9	14,0	0,0

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS), Agosto 2013. Encuesta Nacional de Salud de España, 2011/2012.

Tabla 2.12. Prevalencia de obesidad por 100 habitantes de 2 a 17 años

	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Ceuta	24,7	32,0	15,2
Canarias	13,9	9,8	18,6
Murcia	12,6	9,5	16,8
Andalucía	11,7	12,3	11,1
Galicia	10,8	10,8	10,8
Madrid	10,6	11,8	9,4
La Rioja	9,7	7,9	11,6
<b>España</b>	<b>9,6</b>	<b>9,6</b>	<b>9,6</b>
Comunidad Valenciana	9,4	11,7	7,1
Asturias	9,3	9,6	9,0
Baleares	9,0	11,1	7,0
Extremadura	8,8	9,5	8,2
Melilla	8,5	7,4	10,2
Navarra	7,8	9,1	6,3
Castilla - La Mancha	7,2	5,8	8,8
Cataluña	7,2	5,0	9,7
País Vasco	7,0	8,0	5,7
Castilla y León	6,1	8,3	3,6
Cantabria	2,8	3,9	1,6
Aragón	2,7	4,1	1,1

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS), Agosto 2013. Encuesta Nacional de Salud de España, 2011/2012.

# *EL SISTEMA SANITARIO*

---

### 3 Recursos Asistenciales

#### 3.1 Médicos en ejercicio

En el Sistema Nacional de Salud trabajaban 132.935 médicos (incluidos 20.489 especialistas en formación) con una proporción de 2,9 médicos en ejercicio por cada 1.000 habitantes.

Los médicos adoptan las decisiones fundamentales sobre diagnósticos y tratamientos y ordenan la mayor parte de la demanda del resto de los recursos humanos en el ámbito de la asistencia. Una oferta adecuada de médicos, tanto en atención primaria como en atención especializada, geográficamente bien distribuidos, resulta fundamental para proporcionar a los pacientes acceso a una atención médica de calidad.

Por niveles asistenciales, en los 3.006 centros de salud y 10.116 consultorios de atención primaria pública trabajaban 28.743 médicos de familia y 6.424 pediatras, lo que suponía contar con 0,8 médicos por 1.000 tarjetas sanitarias asignadas.

Tabla 3.1. Médicos de atención primaria pública por 1.000 tarjetas sanitarias asignadas

	2008	2009	2010	2011
Castilla y León	1,1	1,1	1,1	1,1
Aragón	0,8	0,9	0,9	0,9
Extremadura	0,9	0,9	0,9	0,9
<b>España</b>	<b>0,8</b>	<b>0,7</b>	<b>0,8</b>	<b>0,8</b>
Asturias	0,7	0,7	0,7	0,8
Canarias	0,7	0,7	0,7	0,8
Cantabria	0,8	0,8	0,8	0,8
Castilla - La Mancha	0,8	0,8	0,8	0,8
Galicia	0,8	0,8	0,8	0,8
Murcia	0,7	0,7	0,7	0,8
Navarra	0,8	0,8	0,8	0,8
País Vasco	0,7	0,6	0,6	0,8
La Rioja	0,8	0,8	0,9	0,8
Andalucía	0,7	0,7	0,7	0,7
Cataluña	0,7	0,7	0,7	0,7
Comunidad Valenciana	0,7	0,7	0,7	0,7
Madrid	0,7	0,7	0,7	0,7
Ceuta	0,7	0,6	0,7	0,7
Melilla	0,8	0,7	0,7	0,7
Baleares	0,6	0,6	0,6	0,6

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según los valores del último año.

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

En atención especializada, en los 452 hospitales de la red pública del Sistema Nacional de Salud<sup>6</sup>, trabajaban un total de 77.279 médicos y 20.489 especialistas en formación, siendo 2,1 la disponibilidad de especialistas por 1.000 habitantes (1,7 y 0,4 respectivamente).

Por grupos de especialidades de cada 10 médicos:

- 4 eran especialistas en especialidades médicas (incluyendo medicina interna)
- 2 eran cirujanos de cirugía general o especialidades quirúrgicas
- 1 era especialista en Ginecología y Obstetricia,
- 1 era especialista en Traumatología y Ortopedia,
- 1 trabajaba en Servicios Centrales
- 1 trabajaba en el Área de Urgencias

Tabla 3.2. Médicos de atención especializada en el Sistema Nacional de Salud por 1.000 habitantes

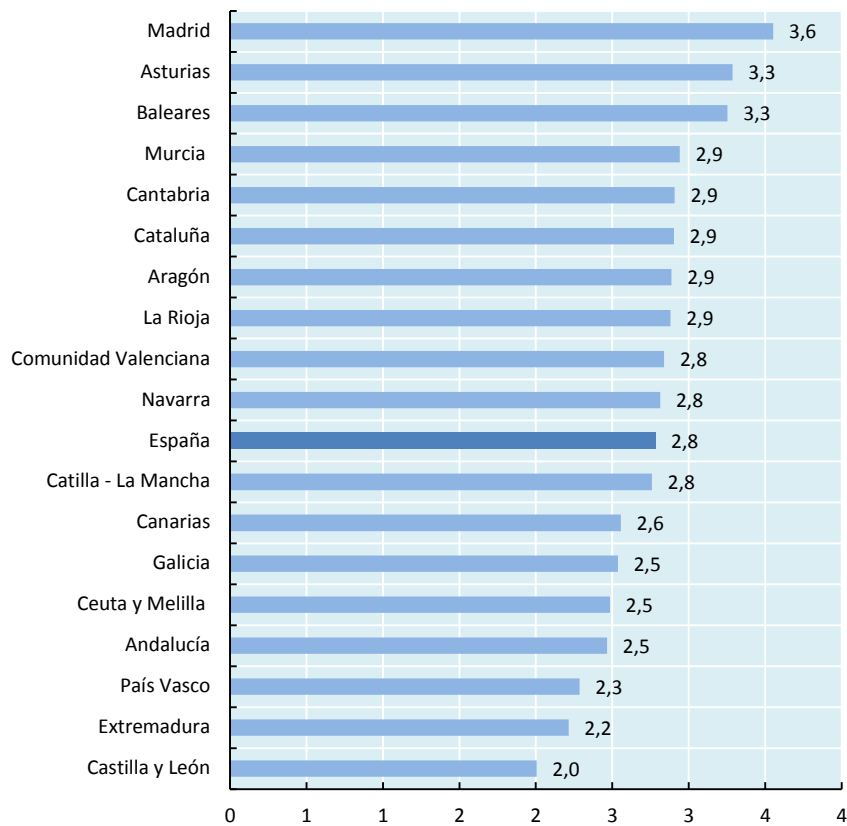
	2008	2009	2010	2011
Aragón	2,4	2,5	2,5	2,6
Asturias	2,3	2,3	2,4	2,5
Madrid	2,3	2,3	2,3	2,5
País Vasco	1,9	1,8	2,3	2,4
Cantabria	2,2	2,2	2,2	2,2
Castilla y León	1,9	2,1	2,1	2,2
Castilla - La Mancha	2,0	2,3	2,2	2,2
Cataluña	2,4	2,4	2,2	2,2
Navarra	2,0	2,2	3,0	2,2
<b>España</b>	<b>2,0</b>	<b>2,0</b>	<b>2,1</b>	<b>2,1</b>
Galicia	2,0	2,1	2,1	2,1
Murcia	1,8	1,8	2,0	2,1
Baleares	1,8	1,9	2,0	2,0
Comunidad Valenciana	1,8	1,9	2,0	2,0
Extremadura	1,8	1,9	2,1	1,9
La Rioja	2,0	1,9	1,8	1,9
Andalucía	1,6	1,7	1,8	1,8
Canarias	1,6	1,7	1,8	1,8
Ceuta y Melilla	1,5	1,6	1,4	1,5

Observaciones: Incluidos los médicos especialistas en formación. Datos ordenados de mayor a menor según los valores del último año.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Aplicación de Consulta del Sistema Nacional de Salud. Datos procedentes del Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

En el Sistema Nacional de Salud, el cociente entre médicos especialistas (incluidos especialistas en formación) y generalistas fue de 2,8 con un rango que va desde 2,0 de Castilla y León a los 3,6 de Madrid.

Gráfico 3.1. Cociente entre médicos en ejercicio en atención especializada y en atención primaria en el Sistema Nacional de Salud



Observaciones: En atención especializada se incluyen los médicos especialistas en formación  
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación con datos procedentes del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) y del Sistema de Información de Atención Especializada ( SIAE), 2011.

### 3.2 Profesionales de enfermería en ejercicio

En el Sistema Nacional de Salud trabajaban 165.981 profesionales de enfermería lo que supone una proporción de 3,6 por cada 1.000 habitantes.

Los profesionales de enfermería eran el grupo más numeroso en el ámbito del Sistema Nacional de Salud y superan a los médicos en 1,2 puntos. Como grupo profesional desempeñan un papel primordial en los cuidados y en la continuidad asistencial, tanto en los centros de atención primaria como en los hospitales.

Por niveles de asistencia, en atención primaria pública trabajaban 29.407 profesionales de enfermería, lo que suponía una disponibilidad de 0,6 por 1.000 habitantes.

Tabla 3.3. Profesionales de enfermería en atención primaria pública por 1.000 tarjetas sanitarias asignadas

	2008	2009	2010	2011
Castilla y León	0,9	0,9	0,9	0,9
Extremadura	0,8	0,8	0,8	0,8
Aragón	0,7	0,7	0,7	0,7
Asturias	0,7	0,7	0,7	0,7
Cantabria	0,7	0,7	0,7	0,7
Castilla - La Mancha	0,7	0,7	0,7	0,7
Cataluña	0,6	0,7	0,7	0,7
Galicia	0,6	0,7	0,7	0,7
Navarra	0,7	0,7	0,7	0,7
País Vasco	0,6	0,6	0,6	0,7
La Rioja	0,7	0,7	0,7	0,7
<b>España</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>
Andalucía	0,5	0,6	0,6	0,6
Canarias	0,6	0,6	0,6	0,6
Comunidad Valenciana	0,5	0,6	0,6	0,6
Murcia	0,6	0,6	0,5	0,6
Melilla	0,7	0,7	0,7	0,6
Baleares	0,5	0,5	0,5	0,5
Madrid	0,5	0,5	0,5	0,5
Ceuta	0,6	0,5	0,6	0,5

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según el valor del último año.  
 Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud INCLASNS –DB. Datos procedentes del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

En atención especializada de la red pública del SNS trabajaban 136.574 profesionales de enfermería lo que suponía una tasa de 3,0 por 1.000 habitantes.



Tabla 3.4. Profesionales de enfermería en atención especializada del Sistema Nacional de Salud por 1.000 habitantes

	2008	2009	2010	2011
Aragón	3,6	3,7	3,7	3,9
Asturias	3,2	3,2	3,3	3,5
País Vasco	2,2	2,5	3,5	3,5
Cantabria	3,2	3,1	3,2	3,2
Madrid	2,9	3,0	3,1	3,2
Navarra	2,8	3,1	4,8	3,2
Castilla y León	2,9	3,0	3,1	3,1
Castilla - La Mancha	2,7	2,7	3,2	3,1
La Rioja	3,3	2,9	3,0	3,1
<b>España</b>	<b>2,7</b>	<b>2,7</b>	<b>3,0</b>	<b>3,0</b>
Cataluña	2,6	2,6	3,1	3,0
Galicia	2,9	3,0	3,1	3,0
Baleares	2,9	2,8	3,1	2,9
Ceuta y Melilla	2,8	2,9	2,9	2,9
Extremadura	2,8	2,7	2,7	2,8
Murcia	2,7	2,7	2,8	2,8
Canarias	2,5	2,5	2,7	2,7
Andalucía	2,4	2,4	2,7	2,6
Comunidad Valenciana	2,3	2,4	2,6	2,6

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según los valores del último año.  
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación con datos procedentes del Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

### 3.3 Camas hospitalarias y puestos de día en funcionamiento en la red pública del SNS

En los 452 hospitales que dependen de la red pública Sistema Nacional de Salud (59,2% de los hospitales españoles) estaban en funcionamiento 113.518 camas (79,6% del total de camas del país), lo que suponía una dotación de 2,5 camas por 1.000 habitantes. La tasa de camas en funcionamiento en España era de 3,1 por 1.000 habitantes.

Prácticamente todos los hospitales de más de 500 camas, dependen de la red pública del SNS, son también públicos 56 de los 58 hospitales entre 501 y 1.000 camas y todos los 18 hospitales de más de 1.000 camas.

Si bien el número de camas dimensiona los recursos disponibles para la atención con internamiento, para reflejar mejor la capacidad que tienen los hospitales para realizar actividades deben tenerse en cuenta, también, los puestos de día donde se realizan

actuaciones que no precisan ni justifican el internamiento en el hospital. El Sistema Nacional de Salud contaba con 32,6 puestos de día por 100.000 habitantes.

Tabla 3.5. Dotación de camas hospitalarias en funcionamiento y puestos de hospital de día en la red pública Sistema Nacional de Salud

	Camas en funcionamiento		Puestos de hospital de día	
	Número	Tasa 1.000 hab.	Número	Tasa 100.000 hab.
Cataluña	25.792	3,5	4.713	64,5
Extremadura	3.467	3,2	247	22,8
Aragón	4.093	3,1	276	21,0
Asturias	3.036	2,9	416	39,5
Galicia	7.933	2,9	794	29,1
Castilla y León	6.917	2,8	567	22,8
País Vasco	5.948	2,8	405	19,0
La Rioja	883	2,8	69	22,1
Navarra	1.611	2,6	215	34,5
<b>España</b>	<b>113.518</b>	<b>2,5</b>	<b>15.044</b>	<b>32,6</b>
Castilla - La Mancha	4.839	2,4	584	28,6
Ceuta y Melilla	345	2,3	27	17,8
Baleares	2.345	2,2	266	24,4
Cantabria	1.294	2,2	263	45,5
Canarias	4.336	2,1	480	22,8
Comunidad Valenciana	10.253	2,1	1.239	24,8
Madrid	13.297	2,1	1.770	27,8
Murcia	3.008	2,0	404	27,5
Andalucía	14.121	1,7	2.309	27,9

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menos según los valores de la tasa de camas en funcionamiento por 1.000 habitantes.

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

### 3.4 Tecnologías médicas en la red pública del SNS

La expansión de las tecnologías médicas, la mayoría de ellas situadas en los hospitales, constituyen uno de los principales impulsores de la mejora en el proceso del diagnóstico y tratamiento de numerosas enfermedades.

La tomografía axial computerizada y la resonancia magnética son una gran ayuda para los médicos en el proceso diagnóstico de un gran número de enfermedades. La dotación de la red pública del SNS era de 521 equipos para la realización de TAC: 11,3 por 1.000.000 de habitantes y de 279 aparatos para la realización de resonancias magnéticas: 6,1 por 1.000.000 de habitantes.

Tabla 3.6. Dotación de aparatos de Tomografía Axial Computerizada y Resonancia Magnética Nuclear en la red pública Sistema Nacional de Salud

	Tomografía axial computerizada		Resonancia magnética	
	Equipos	Tasa 1.000. 000 hab.	Equipos	Tasa 1.000.000 hab.
Extremadura	17	15,7	7	6,5
Aragón	20	15,2	10	7,6
Castilla - La Mancha	29	14,2	11	5,4
Ceuta y Melilla	2	13,2	1	6,6
Galicia	35	12,8	21	7,7
La Rioja	4	12,8	2	6,4
Asturias	13	12,3	7	6,6
Cantabria	7	12,1	4	6,9
Comunidad Valenciana	58	11,6	34	6,8
Murcia	17	11,6	9	6,1
Cataluña	84	11,5	59	8,1
<b>España</b>	<b>521</b>	<b>11,3</b>	<b>279</b>	<b>6,1</b>
País Vasco	24	11,3	8	3,8
Navarra	7	11,2	2	3,2
Andalucía	92	11,1	26	3,1
Castilla y León	25	10,1	14	5,6
Madrid	62	9,7	51	8,0
Baleares	10	9,2	8	7,3
Canarias	15	7,1	5	2,4

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según la dotación de TAC (tasa por 1.000.000 de habitantes).

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

La mamografía facilita el diagnóstico del cáncer de mama, el más común en el caso de las mujeres. Un diagnóstico y una intervención precoces elevan de manera significativa las tasas de supervivencia de este tipo de tumor. La dotación de mamógrafos en la red de hospitales del SNS fue de 421 con una tasa de 9,1 aparatos por 1.000.000 de habitantes.

Tabla 3.7. Dotación de mamógrafos en la red pública Sistema Nacional de Salud

	Equipos	Tasa 1.000.000 hab.
Aragón	27	20,5
Asturias	14	13,3
Ceuta y Melilla	2	13,2
Extremadura	14	12,9
La Rioja	4	12,8
Castilla y León	28	11,3
Cataluña	77	10,5
<b>España</b>	<b>421</b>	<b>9,1</b>
Andalucía	73	8,8
Castilla - La Mancha	18	8,8
Cantabria	5	8,6
Galicia	23	8,4
País Vasco	17	8,0
Madrid	49	7,7
Murcia	11	7,5
Baleares	8	7,3
Canarias	14	6,6
Comunidad Valenciana	33	6,6
Navarra	4	6,4

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según los valores de la tasa por 1.000.000 de habitantes.

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

La radioterapia se utiliza en el tratamiento de muchos tipos de cáncer. Un alto porcentaje de pacientes con un diagnóstico tumoral reciben sesiones de radioterapia. La dotación de aparatos de radioterapia de la red de hospitales del SNS (bombas de tele-cobaltoterapia y aceleradores lineales) fue de 176 equipos lo que supone una tasa de 3,8 aparatos por 1.000.000 de habitantes.

Tabla 3.8. Dotación de aparatos de radioterapia en la red pública Sistema Nacional de Salud

	Equipos	Tasa 1.000.000 hab.
La Rioja	2	6,4
Asturias	6	5,7
Cantabria	3	5,2
Galicia	13	4,8
Navarra	3	4,8
País Vasco	10	4,7
Canarias	9	4,3
Cataluña	30	4,1
Castilla y León	10	4,0
<b>España</b>	<b>176</b>	<b>3,8</b>
Extremadura	4	3,7
Andalucía	30	3,6
Comunidad Valenciana	18	3,6
Madrid	23	3,6
Murcia	5	3,4
Aragón	4	3,0
Baleares	3	2,7
Castilla - La Mancha	3	1,5
Ceuta y Melilla	0	0,0

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según los valores de la tasa por 1.000.000 de habitantes.

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

### 3.5 Centros, Servicios y Unidades de Referencia

Con la idea de reforzar la cohesión del sistema sanitario público, la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS contempló la existencia de servicios de referencia para aquellas patologías que para su atención precisan de una concentración de recursos diagnósticos y terapéuticos a fin de garantizar la calidad, la seguridad y la eficiencia asistenciales.

El Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) es el órgano que acuerda la designación de estos dispositivos con el principal objetivo de garantizar la equidad en el acceso a una atención de alta calidad, segura y eficiente a las personas con patologías que precisan de cuidados de elevado nivel de especialización o poco prevalentes.

Cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico para cuya realización sea preciso designar un Centro, Servicio o Unidad de Referencia (CSUR) deberá estar previamente incluido en la cartera de común básica servicios del SNS.

El CISNS ha ido acordando grupos de Patologías y Procedimientos para los que es necesario designar CSUR en el SNS y los criterios que deben cumplir éstos para ser designados como de referencia.

Desde julio de 2007, en que el CISNS aprobó la primera propuesta, se han acordado 53 patologías o procedimientos para los que es necesario designar CSUR en el SNS, así como los criterios que deben cumplir para ser designados como de referencia<sup>7</sup>.

En 2012 hay designados 177 CSUR por Resolución del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo acuerdo del CISNS, para la atención o realización de 42 patologías o procedimientos. En la tabla se reflejan los CSUR designados en 2012.

La atención en un servicio de referencia se financia con cargo al Fondo de cohesión sanitaria (FCS).

El Fondo de cohesión sanitaria compensa la asistencia sanitaria prestada a aquellos pacientes residentes en España que se deriven a una comunidad autónoma distinta de aquella en la que tienen su residencia habitual, para ser atendidos en los CSUR designados como de referencia por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Tabla 3.9. Centros, Servicios y Unidades designados en 2012 por el Consejo Interterritorial del SNS como de referencia del Sistema Nacional de Salud

Comunidad Autónoma	Patología	Hospital
Andalucía	Cirugía del plexo braquial	C. Hospitalario Virgen del Rocío
	Cirugía de los trastornos del movimiento	C. Hospitalario Virgen de las Nieves
	Esclerosis Múltiple	C. Hospitalario Virgen de la Macarena
C. Hospitalario Carlos Haya		
Aragón	Esclerosis Múltiple	Hospital Universitario Miguel Servet
Asturias	Cirugía del plexo braquial	Hospital Universitario Central de Asturias
	Cirugía de los trastornos del movimiento	Hospital Universitario Central de Asturias
Castilla-La Mancha	Atención al lesionado medular complejo	Hospital Nacional de Paraplégicos
Cataluña	Asistencia integral del adulto con cardiopatía congénita	Hospital Universitario Vall d' Hebrón
	Cirugía del plexo braquial	Hospital Universitario de Bellvitge
		Hospital Sant Joan de Deu
	Cirugía de los trastornos del movimiento	Hospital Clínico y Provincial
	Esclerosis Múltiple	Hospital Universitario de Bellvitge
Hospital Universitario Vall d' Hebrón		
Reconstrucción del pabellón auricular	Hospital Universitario Vall d' Hebrón	
Comunidad Valenciana	Cirugía del plexo braquial	H. General Universitario de Alicante
	Cirugía reparadora ventrículo izqdo	Consortio Hospital General Universitario de Valencia
	Esclerosis Múltiple	Hospital Universitario La Fe
Galicia	Cirugía de los trastornos del movimiento	C. Hospitalario Univ. Santiago de Compostela
	Esclerosis Múltiple	C. Hospitalario Univ. Santiago de Compostela
Madrid	Asistencia integral del adulto con cardiopatía congénita	Hospital Universitario La Paz
	Asistencia integral del neonato con cardiopatía congénita y del niño con cardiopatía congénita compleja	Hospital Universitario La Paz
	Cirugía del plexo braquial	Hospital Universitario La Paz
	Cirugía reparadora compleja de válvula mitral	Complejo Universitario Clínico de San Carlos
	Cirugía reparadora ventrículo izqdo	C. Universitario Clínico de San Carlos
	Cirugía de los trastornos del movimiento	Hospital Universitario Ramón y Cajal
	Descompresión orbitaria en oftalmopatía tiroidea	Hospital Universitario Ramón y Cajal
	Epilepsia refractaria	Hospital Universitario La Paz
	Esclerosis Múltiple	Hospital Universitario Ramón y Cajal
		C. Universitario Clínico de San Carlos
	Ortopedia infantil	Hospital Universitario Ramón y Cajal
Trasplante cardíaco infantil	Hospital Universitario La Paz	
Trasplante infantil de progenitores hematopoyéticos alogénicos	Hospital Universitario La Paz	
Murcia	Esclerosis Múltiple	Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
Pais Vasco	Cirugía de los trastornos del movimiento	Hospital Universitario de Cruces

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012.

### 3.6 Red de equipos de trasplante de órganos

Durante 2012 ha habido en España 44 hospitales autorizados para trasplante, con programas de trasplante de órganos para riñón, hígado, corazón, pulmón, páncreas, intestino delgado y otros, tanto para adultos como para niños. El número de equipos de coordinación ha pasado de 139 en 1998 a 185 a finales de 2012, en el que están integrados 254 médicos y 158 enfermeras. El 95% de los médicos y el 68% de las enfermeras tienen una dedicación a tiempo parcial a las actividades de coordinación, esto les permite continuar con su trabajo previo. Un 81% de los médicos coordinadores pertenecen a la especialidad de Medicina Intensiva, siendo un 43% en el caso de las enfermeras.

El número de equipos de trasplante renal existentes en nuestro país era de 46 distribuidos en 40 hospitales (7 equipos de trasplante renal infantil y 39 de trasplante renal en adulto); a cada equipo le corresponde una población de 1 millón. En el caso del trasplante hepático hay 29 equipos, siendo la ratio de población atendida de 1.6 millones. En 2012 había 21 equipos de trasplante cardíaco (ratio de población 2.25 millones) y 7 centros con programa activo para la realización de trasplante pulmonar, esto supone una ratio de población atendida por centro de 6,75 millones.

Tabla 3.10. Red de equipos de trasplantes

CCAA	Equipos de Tx.(*) Renal (Infantil)	Equipos de Tx.(*) Hepático (Infantil)	Equipos de Tx.(*) cardíaco	Equipos de Tx.(*) Pulmonar	Equipos de Tx. de páncreas-riñón y otras combinaciones
Andalucía	6 (1)	5 (1)	3 (1)	1	2
Aragón	1	1	1		
Asturias	1	1	1		
Baleares	1	1			
Canarias	2	1			1
Cantabria	1	1	1	1	1
Castilla y León	2	1	1		1
Castilla-La Mancha	2				
Cataluña	8 (2)	4 (1)	4 (1)	1	2
Comunidad Valenciana	5 (1)	3 (1)	1	1	1
Extremadura	1	1			
Galicia	2	2	2 (1)	1	2
Madrid	9 (2)	6 (2)	5 (2)	2	2(1)
Murcia	1	1	1		1
Navarra	1	1	1		
País Vasco	2 (1)	1			
La Rioja	1				
<b>Total</b>	<b>46 (7)</b>	<b>29 (5)</b>	<b>21 (5)</b>	<b>7</b>	<b>13 (1)</b>

Observaciones: Tx (\*) trasplante, ( ) Trasplante infantil.

Fuentes: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Organización Nacional de Trasplantes, 2012.



### 3.7 Medicina transfusional

La red transfusional en España consta de 24 Centros de transfusión y 341 Servicios de transfusión. En 2012 se realizaron 1.757.940 donaciones voluntarias y altruistas, que suponen un índice de donación de 38,2 donaciones por mil habitantes.

La transfusión es una necesidad permanente, y la amplitud con la que es utilizada exige que deba garantizarse su calidad y seguridad para evitar, en particular, la transmisión de enfermedades.

En nuestro país, en concordancia con las directrices emanadas de la Unión Europea está en funcionamiento una estructura (artículo 36 del RD 1088/2005) denominada "Sistema Nacional para la Seguridad Transfusional (SNST)".

El sistema está constituido por el Comité Científico para la Seguridad Transfusional (CCST), órgano de asesoramiento técnico que tiene como función "*proponer las directrices sobre seguridad transfusional en el ámbito estatal*"; por la Comisión Nacional de Hemoterapia, configurado como un órgano de coordinación autonómica y, en su caso por las Comisiones Autonómicas de Hemoterapia y Comités Hospitalarios de Transfusión.

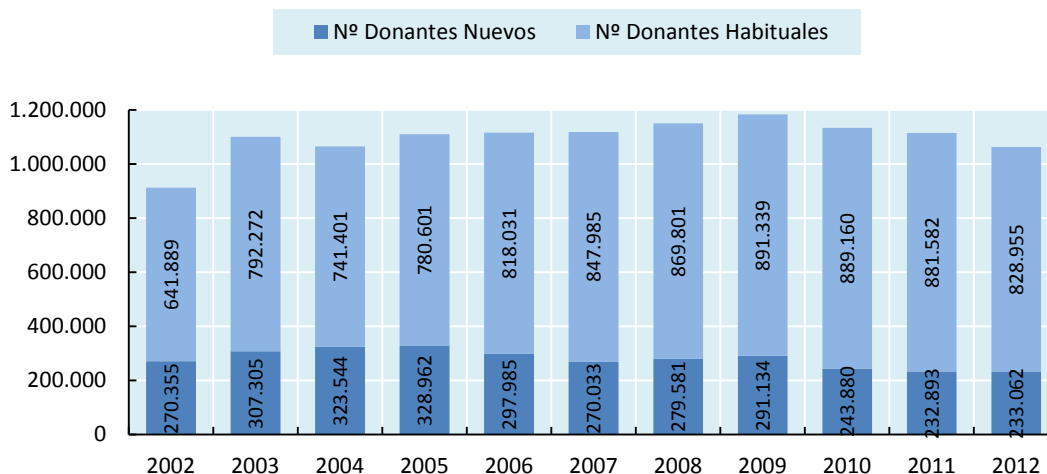
Tabla 3.11. Índice de donación por comunidad autónoma

	Índice de donación
País Vasco	47,1
Extremadura	46,9
Navarra	44,7
Castilla-La Mancha	42,5
Galicia	42,2
Cantabria	42,1
Asturias	40,0
Madrid	39,9
<b>España</b>	<b>38,2</b>
Cataluña	37,7
Comunidad Valenciana	37,6
La Rioja	37,2
Murcia	36,6
Baleares	36,5
Aragón	35,2
Castilla y León	35,2
Andalucía	34,5
Canarias	30,3

Observaciones: El Índice de donación se refiere al número de donaciones por 1.000 habitantes. Datos ordenados de mayor a menor según los valores de la tasa por 1.000.000 de habitantes.  
Fuente: Sistema de Información del Sistema Nacional para la Seguridad Transfusional (SI-SNST) datos 2012. Plan Nacional de Hemoterapia.

Estas donaciones proceden del acto solidario realizado por 1.062.017 donantes de sangre que permiten mantener la autosuficiencia del país en componentes sanguíneos.

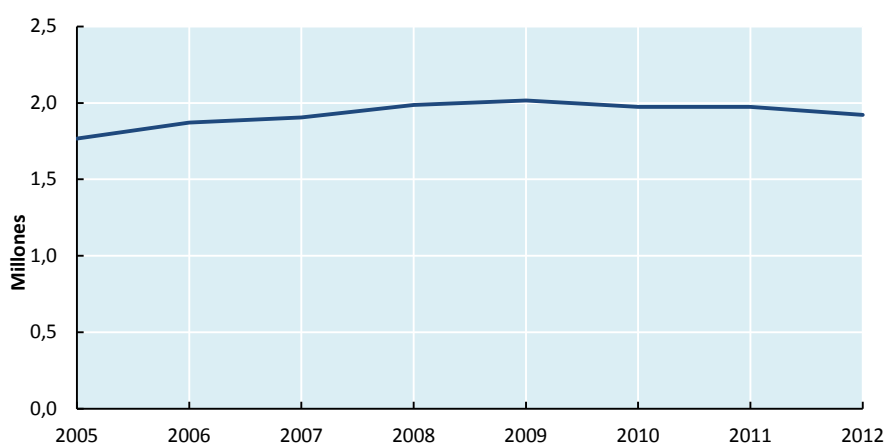
Gráfico 3.2. Número de donantes de sangre en España



Fuente: Sistema de Información del Sistema Nacional para la Seguridad Transfusional (SI-SNST). Plan Nacional de Hemoterapia.

El número de donaciones alcanzado ha hecho posible la transfusión de 1.922.134 componentes y el envío a la industria de 364.823 litros de plasma para elaboración de derivados plasmáticos (factores de coagulación, inmunoglobulinas, albúmina).

Gráfico 3.3. Número de componentes sanguíneos transfundidos en España



Fuente: Sistema de Información del Sistema Nacional para la Seguridad Transfusional (SI-SNST). Plan Nacional de Hemoterapia.

## 4 Actividad de los Servicios Sanitarios

### 4.1 Actividad en centros de salud

La frecuentación general anual a las consultas médicas del primer nivel asistencial (médico de familia y pediatra) del Sistema Nacional de Salud por persona asegurada es de 5,6 visitas, lo que supone que se atienden alrededor de 259 millones de consultas médicas al año en los 3.006 centros de salud y 10.116 consultorios en funcionamiento.

Tabla 4.1. Actividad asistencial en Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud

	Consultas por población asignada y año			Número de consultas
	2009	2010	2011	2011
<b>En horario ordinario en AP</b>				
Medicina	5,6	5,4	5,6	258.775.162
Medicina de familia	5,6	5,5	5,6	223.643.239
Pediatría	5,3	5,2	5,4	35.131.923
Enfermería	2,9	2,8	2,8	131.578.006
<b>Fuera de horario: urgencias en AP</b>				
Medicina	0,5	0,5	0,5	20.180.146
Enfermería	0,3	0,3	0,3	7.880.262
<b>Total</b>				
Medicina	6,1	5,9	6,0	278.995.308
Enfermería	3,2	3,1	3,1	139.458.268

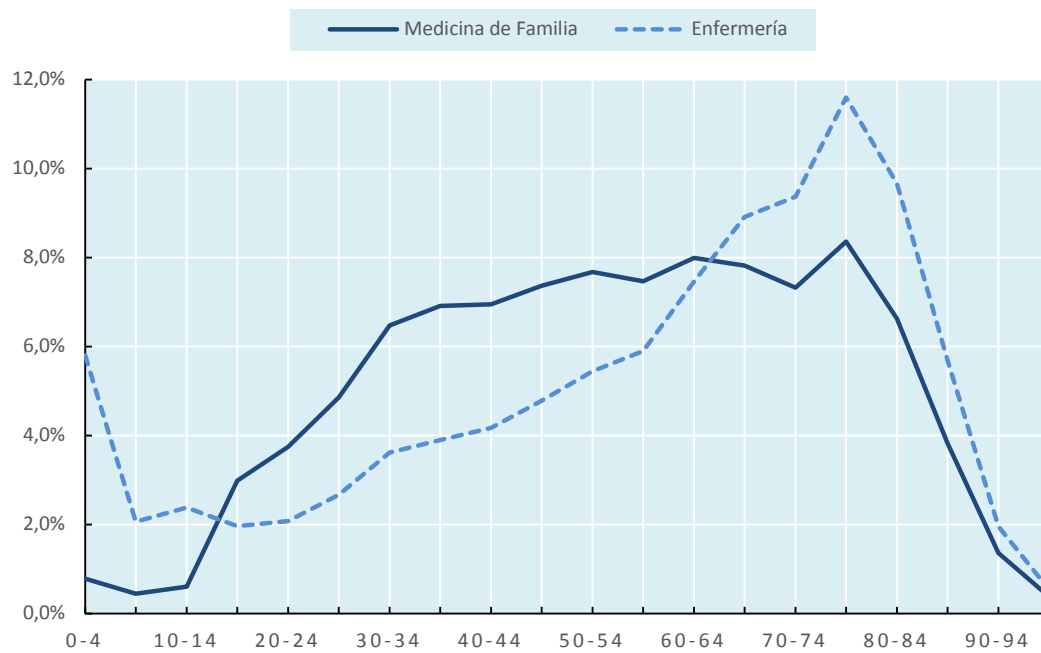
Observaciones: los datos de urgencias de AP de 2009 se refieren a 11 comunidades autónomas (68% de la población), los de 2011 de medicina a 15 comunidades autónomas (80% de la población) y de enfermería a 14 comunidades autónomas (62% de la población).

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

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

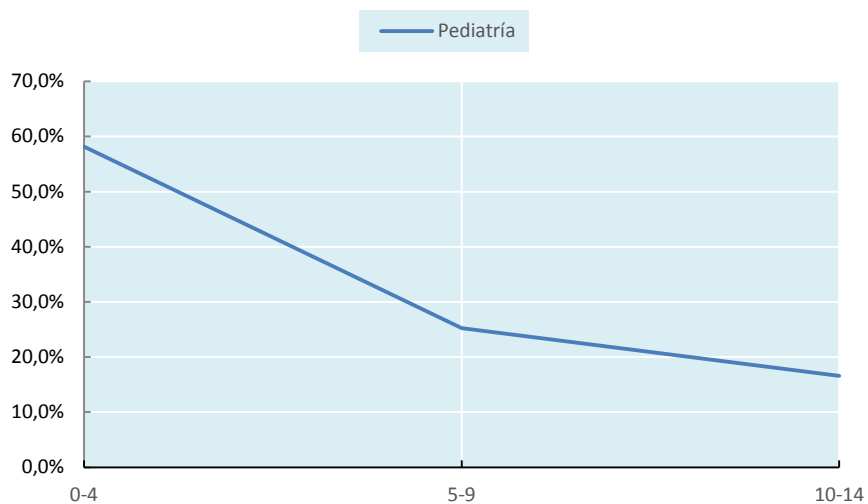
Por sexo las mujeres generan un volumen de consultas superior al de los hombres tanto en medicina de familia (58,8%) como en enfermería (56,2%), mientras que en pediatría son los varones los que generan más de la mitad del total de las consultas (52,1%).

Gráfico 4.1. Peso relativo de cada grupo de edad respecto al total de actividad en medicina de familia y enfermería



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), año 2011. Consulta interactiva del Sistema Nacional de Salud.

Gráfico 4.2. Peso relativo de cada grupo de edad respecto al total de actividad en pediatría



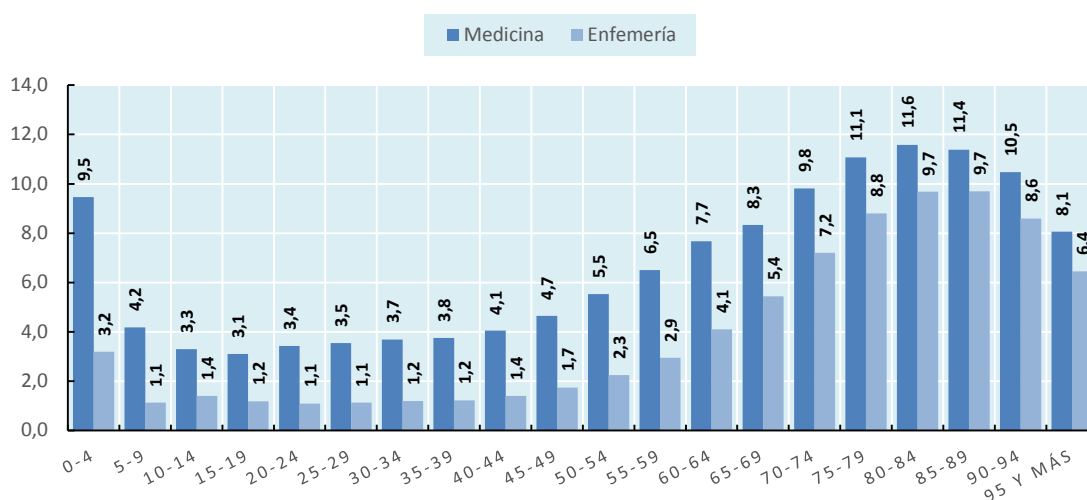
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), año 2011. Consulta interactiva del Sistema Nacional de Salud.

La frecuentación media en centro y domicilio ha sido de 5,6 consultas médicas por persona asignada y año, siendo de 5,6 para medicina de familia y 5,4 para pediatría. En enfermería, la media alcanzó 2,8 visitas por persona asignada y año.

En cuanto al lugar en el que se presta la atención, el 97% de la actividad global fue realizada en el centro sanitario, y el 3% en domicilio, si bien esta modalidad varía de manera importante en función del profesional.

La actividad domiciliaria (2,9 millones de consultas) supone el 1,3% del total de la actividad de medicina de familia y el 7,6% en el caso de enfermería (10 millones de consultas), siendo en la práctica muy baja (15.700 consultas) en el caso de la pediatría.

Gráfico 4.3. Frecuentación general por grupos de edad a medicina y enfermería



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), año 2011. Consulta interactiva del Sistema Nacional de Salud.

Por grupos de edad la frecuentación general en el grupo de 0 a 4 años es de 9,5 decreciendo hasta 3,1 durante la adolescencia (15 a 19 años) siendo el grupo de edad con la frecuentación más baja. El ascenso posterior, muy paulatino hasta los 45 años, aumenta más claramente a partir de esa edad, alcanzando la frecuentación más alta en el grupo de 80-84 años, con una media de 11,6 visitas al año.

En enfermería el grupo de edad de 0 a 4 años tiene una frecuentación media de 3,2 consultas/año, descendiendo hasta 1,2 en el grupo de 15 a 19 años y a 1,1 en el de 20 a 24 e iniciando un ascenso progresivo a partir de los 45 años, hasta llegar al grupo de 80-84 años que junto con el de 85 a 89 años son los de mayor frecuentación, con cifras de 9,7 consultas al año.

## 4.2 Actividad en hospitales

Cada año se producen unos 4 millones de altas en los hospitales dependientes del Sistema Nacional de Salud lo que supone el 77,1% del total de las altas que se producen en el sector hospitalario español.

Del mismo modo, se han producido en el Sistema Nacional de Salud 75,5 millones de consultas a los diferentes médicos especialistas (86,0% del total), se han atendido 21,0 millones de urgencias (79,5% del total) y se han realizado 3,4 millones de intervenciones quirúrgicas, de las que más de 1 millón se realizaron con cirugía mayor ambulatoria lo que supone un porcentaje de sustitución superior al 30%. La actividad quirúrgica de los hospitales del SNS supone el 71,0 % del total de la actividad quirúrgica de España.

En los hospitales del Sistema Nacional de Salud se han atendido más de 368.000 partos (78,7% del total) con un 21,8% de cesáreas. Para la totalidad del sector (público y privado) el porcentaje de cesáreas fue del 25,0.

Tabla 4.2. Actividad médica, quirúrgica y obstétrica en hospitales y centros de especialidades

	2009		2010		2011	
	SNS	Total	SNS	Total	SNS	Total
Altas (miles)	3.941,5	5.269,8	4.047,3	5.239,2	4.005,2	5.193,1
Altas /1000 hab.	85,8	114,7	87,9	113,7	86,8	112,6
Consultas(miles)	70.041,1	82.142,4	74.337,5	85.561,9	75.468,1	87.749,7
Consultas/1000 hab.	1.525,0	1.788,5	1.613,5	1.857,1	1.636,2	1.902,4
Urgencias	21.217,4	26.898,6	20.960,0	25.967,4	21.010,6	26.443,8
Urgencias/1000 hab.	462,0	585,6	454,9	563,6	455,5	573,3
Actos Quirúrgicos (miles)	3.181,4	4.663,9	3.329,4	4.665,6	3.365,1	4.741,4
Actos quirúrgicos/1000 habitantes	69,3	101,5	72,3	101,3	73,0	102,8
CMA (miles)	929,1	1.308,4	980,4	1.330,9	1.022,3	1.377,5
% CMA	29,2	28,1	29,4	28,5	30,4	29,1
Partos vaginales	299.833	364.881	298.185	358.563	288.373	351.432
Cesáreas	85.245	123.480	84.268	121.137	80.477	117.224
Total de Partos	385.078	488.361	382.453	479.700	368.850	468.656
% Cesáreas	22,1	25,3	22,0	25,3	21,8	25,0

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

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

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

En el caso de los hombres la causa más frecuente de alta hospitalaria son también las enfermedades del aparato circulatorio, que representan el 16,9%, le siguen las enfermedades del aparato respiratorio con un peso del 14,7% y las del aparato digestivo con el 14,4%. Los tumores suponen el 11,2%. Los trastornos mentales son causa de alta hospitalaria más frecuente en hombres (2,4% del total de altas) que en mujeres (1,9% del total de altas).

Tabla 4.3. Hospitalización en el Sistema Nacional de Salud. Altas por los principales grupos de enfermedad

	Mujeres		Hombres	
	Altas	Altas por 10.000 hab.	Altas	Altas por 10.000 hab.
<b>Total</b>	<b>1.909.188</b>	<b>816,8</b>	<b>1.721.082</b>	<b>758,3</b>
Complicaciones del embarazo parto y puerperio	467.031	199,8	...	...
Sistema circulatorio	225.551	96,5	291.435	128,4
Aparato Digestivo	195.025	83,4	248.302	109,4
Sistema respiratorio	170.779	73,1	253.300	11,6
Tumores	168.673	72,2	192.823	85,0
Lesiones y envenenamientos	150.285	64,3	158.613	69,9
Sistema genitourinario	116.885	50,0	100.299	44,2
Sistema osteo-muscular y tejido conectivo	106.956	45,8	85.718	37,8
Sistema nervioso	55.905	23,9	57.524	25,3
Trastornos mentales	35.495	15,2	41.923	18,5

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

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. Registro de Altas-CMBD de los hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud, 2010.

En las últimas décadas, el número de procedimientos quirúrgicos llevados a cabo de forma ambulatoria, sin ingreso hospitalario, ha aumentado notablemente. Los avances en las tecnologías médicas y en particular la difusión de intervenciones quirúrgicas menos invasivas y mejores anestésicos han hecho posible este desarrollo.

La operaciones de cataratas constituyen un ejemplo ilustrativo de la cirugía que se lleva a cabo en la actualidad de manera predominantemente ambulatoria; el envejecimiento de la población es uno de los factores que están detrás del aumento de este procedimiento quirúrgico pero ha sido aún más importante el éxito probado, la seguridad y el coste -

efectividad de la cirugía como procedimiento ambulatorio lo que ha influido en su incremento.

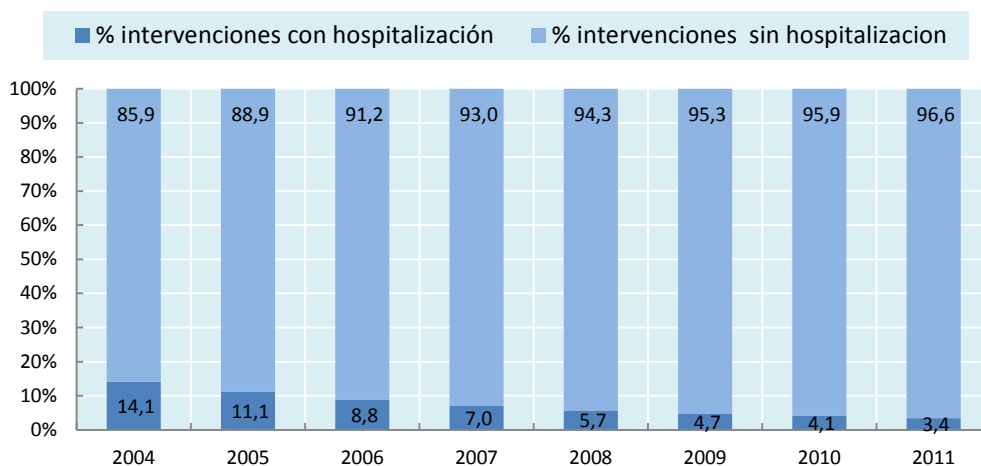
En el año 2011 el 96,6% de las intervenciones de cataratas se habían realizado sin hospitalización.

Tabla 4.4. Evolución de las intervenciones de cataratas, número total y proporción de procesos realizados con y sin hospitalización

	Total de intervenciones	Intervenciones con hospitalización	% intervenciones con hospitalización	Intervenciones sin hospitalización	% intervenciones sin hospitalización
2004	168.330	23.800	14,1	144.530	85,9
2005	194.298	21.562	11,1	172.736	88,9
2006	217.088	19.064	8,8	198.024	91,2
2007	237.253	16.503	7,0	220.750	93,0
2008	244.844	13.886	5,7	230.958	94,3
2009	256.071	12.101	4,7	243.970	95,3
2010	266.729	11.012	4,1	255.717	95,9
2011	275.349	9.416	3,4	265.933	96,6

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

Gráfico 4.4. Evolución la proporción de intervenciones de cataratas realizadas con y sin hospitalización sobre el total de intervenciones de cataratas realizadas



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



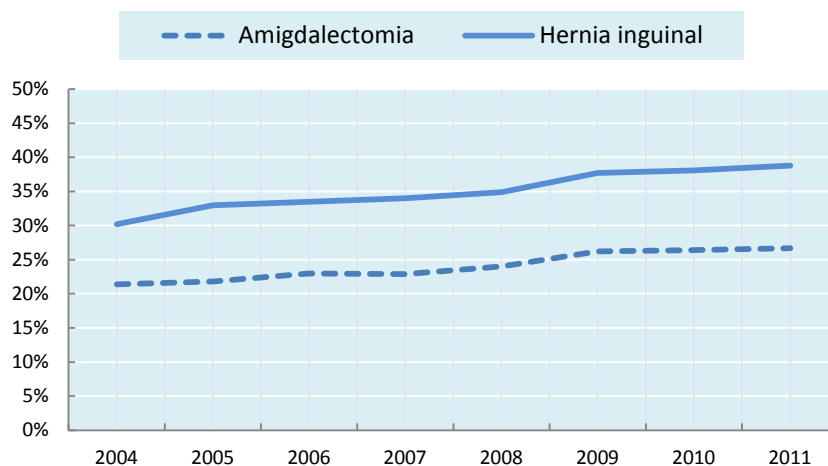
Otros procesos frecuentes, aunque de coberturas inferiores a la cirugía de la catarata, son las intervenciones ambulatorias de amigdalectomía y la hernia inguinal, con volúmenes de actividad en el año 2011, con y sin hospitalización, de 28.832 para la amigdalotomía y de 89.270 para la hernia inguinal. Como en el caso de las cataratas, la cirugía ambulatoria presentó, en ambas, un incremento sostenido a lo largo de los años; para 2011 los valores de intervenciones sin hospitalización fueron del 26,7% y 38,8% respectivamente. En el año 2004 la proporción fue del 21,4% y del 30,2%.

Tabla 4.5. Evolución de las intervenciones de amigdalectomía y hernia inguinal, número total y proporción de procesos realizados sin hospitalización

	2004		2011	
	Total de intervenciones	% intervenciones sin hospitalización	Total de intervenciones	% intervenciones sin hospitalización
Amigdalectomía	17.505	21,4	28.832	26,7
Hernia inguinal	69.370	30,2	89.270	38,8

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

Gráfico 4.5. Evolución de la proporción de intervenciones de amigdalectomía y hernia inguinal realizadas sin hospitalización

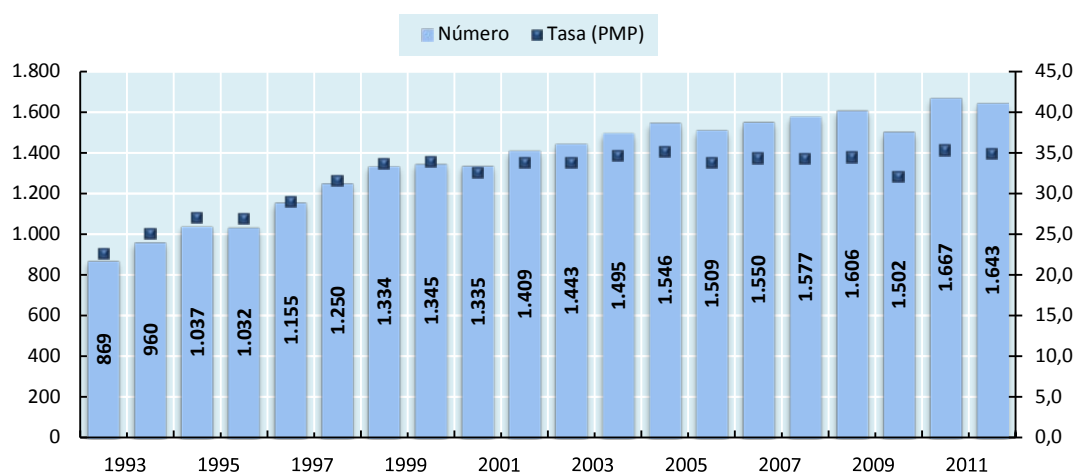


Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Registro de altas CMBD de los hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud.

### 4.3 Donación y trasplante de órganos

En el año 2012 la tasa de donantes por millón de población (pmp) se situó en un 34,8 lo que supuso, en valores absolutos, 1.643 donantes de órganos.

Gráfico 4.6. Evolución del número total y tasa anual (pmp) de donantes de órganos



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Organización nacional de Trasplantes.

La edad media de los donantes fue de 58,3 años, siguiendo la tendencia ascendente de años anteriores. El grupo de mayores de 45 años ha pasado de ser un 57% en 1999 a casi un 80% en 2012. La distribución por sexo en 2012 se mantuvo similar a años previos, aproximadamente el 62% hombres y el 38% mujeres.

El perfil de los donantes en cuanto a la causa de muerte también se ha modificado: los accidentes cerebrovasculares como causa de muerte han pasado de un 39% en 1992 a un 62% en 2012; los donantes fallecidos por traumatismo craneoencefálico secundario a accidente de tráfico suponen actualmente sólo un 6% de los donantes cuando en 1992 ascendían al 43%.

A pesar de que la situación en España respecto a la donación es excelente, el envejecimiento poblacional, los buenos resultados obtenidos con los trasplantes y, consecuentemente, el aumento de las indicaciones hacen que la espera de los pacientes pendientes de recibir un órgano aumente.

Entre las alternativas para aumentar el número de donantes de órganos está la donación a corazón parado o donación tras la muerte cardíaca. En los últimos años ha ido

umentando progresivamente hasta suponer en 2012 el 9.8% de los donantes totales (161/1643).

Tabla 4.6. Distribución por CCAA de los trasplantes realizados

CCAA	Trasplante renal	Trasplante hepático	Trasplante cardíaco	Trasplante pulmonar	Trasplante pancreático
Andalucía	457	203	32	24	18
Aragón	68	31	11	-	-
Asturias	50	27	16	-	-
Baleares	52	-	-	-	-
Canarias	91	29	-	-	5
Cantabria	36	16	20	34	1
Castilla y León	117	44	5	-	6
Castilla-La Mancha	55	-	-	-	-
Cataluña	559	180	52	66	15
Comunidad Valenciana	232	117	26	30	6
Extremadura	34	25	-	-	-
Galicia	138	91	25	35	5
Madrid	432	194	54	49	27
Murcia	76	48	1	-	-
Navarra	32	16	5	-	-
País Vasco	117	63	-	-	-
La Rioja	5	-	-	-	-
Ceuta	-	-	-	-	-
Melilla	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>2.551</b>	<b>1.084</b>	<b>247</b>	<b>238</b>	<b>83</b>

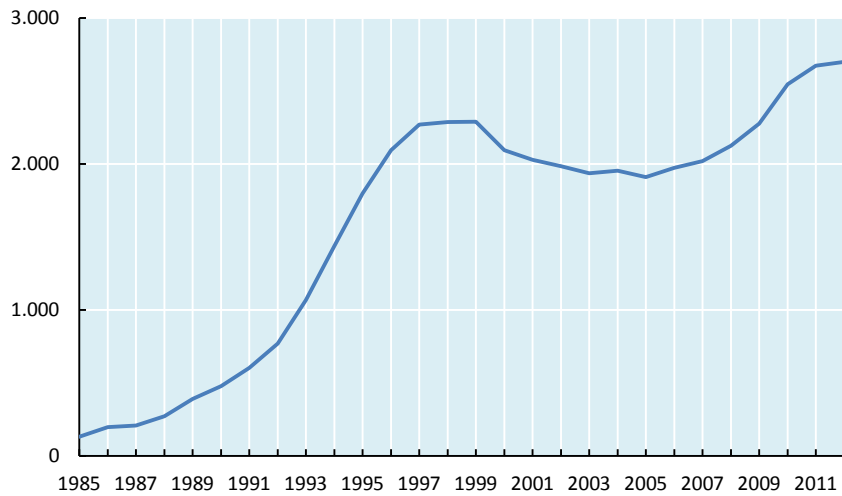
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Organización Nacional de Trasplantes, 2012.

### *Trasplante de progenitores hematopoyéticos*

El Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH) procedentes de sangre del cordón umbilical (SCU), células madre de sangre periférica y médula ósea se ha convertido en una terapéutica consolidada, siendo de especial interés el TPH alogénico de donante no emparentado (DNE).

En España los primeros TPH fueron realizados en el año 1976 en Barcelona y hasta la actualidad se han realizados más de 40.000.

Gráfico 4.7. Evolución del número de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos



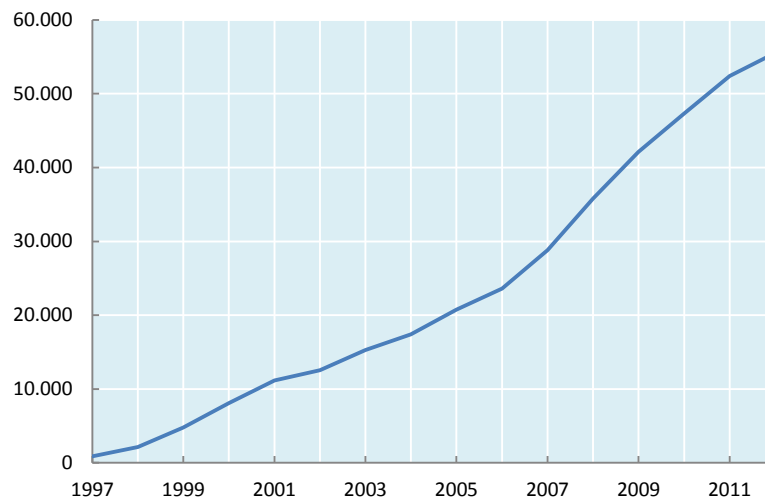
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Organización Nacional de Trasplantes.

Cada año se realizan alrededor de 3.000 TPH, de los cuales dos terceras partes son autólogos (la fuente es el propio paciente) y el tercio restante alogénicos (la fuente es una persona diferente al propio paciente) ya sean familiares o emparentados o se ha obtenido de los registros de donantes o de los bancos de SCU.

Entre las principales indicaciones del TPH se encuentran determinadas neoplasias (tras agotar los tratamientos convencionales), algunas enfermedades no malignas como aplasias medulares severas, enfermedades genéticas graves, o enfermedades autoinmunes.

Para potenciar el TPH alogénico no emparentado y la donación de SCU así como la de células madre de sangre periférica (SP) y de médula ósea (MO), el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha desarrollado el Plan Nacional de Sangre de Cordón Umbilical y el Plan Nacional de Donación de Médula Ósea.

Gráfico 4.8. Evolución del número de unidades de sangre del cordón umbilical (SCU)

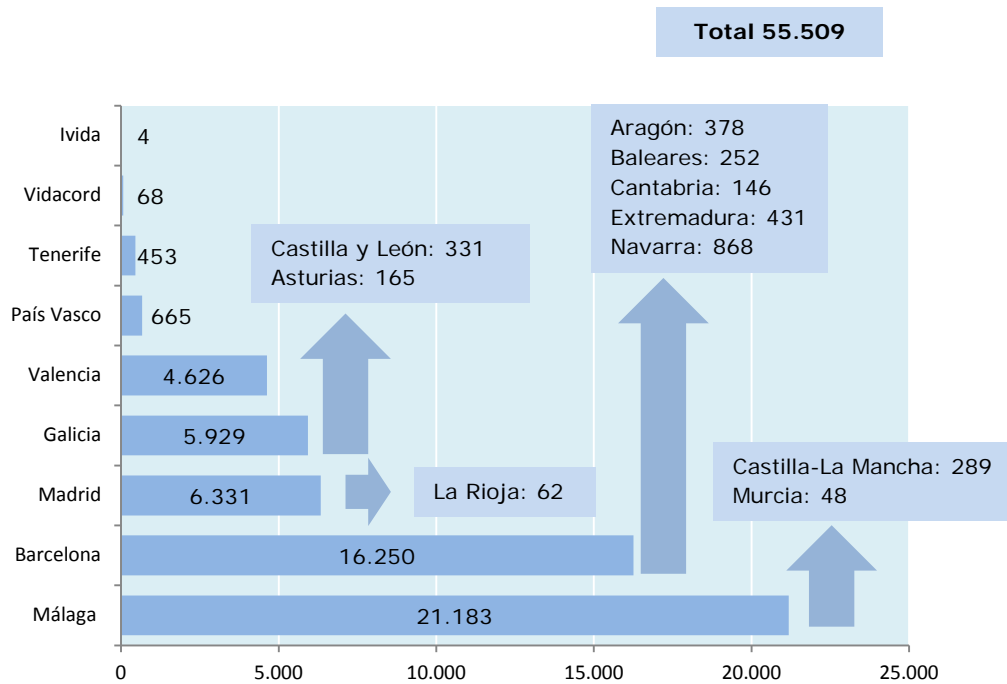


Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Organización Nacional de Trasplantes.

El Plan Nacional de SCU se inició en 2008 y en 2012 ha convertido a España en el tercer país en números absolutos de almacenamiento de SCU y, el 10% de todas las unidades almacenadas en el Registro Internacional de donantes de Médula Ósea (BMDW) se encuentra en los bancos públicos de nuestro país.

El almacenamiento de la SCU funciona en red, compartiendo un mismo banco diferentes comunidades autónomas lo que supone una clara muestra de cohesión del sistema. Casi 2000 unidades de SCU se han empleado ya en el tratamiento de pacientes que necesitaban un TPH.

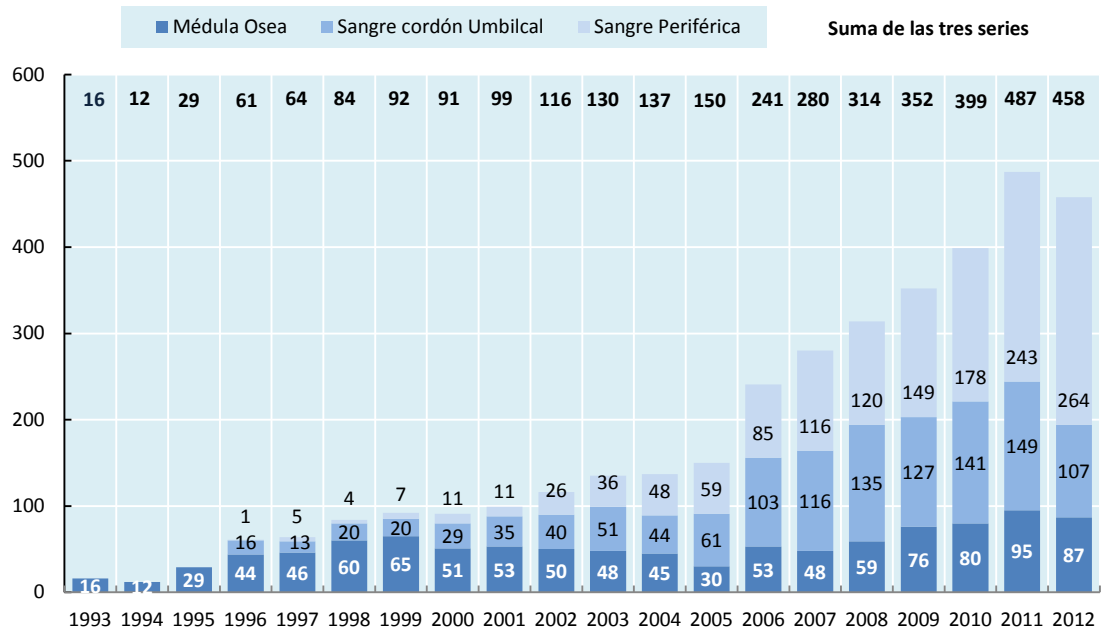
Gráfico 4.9. Distribución de las unidades de sangre del cordón umbilical (SCU) almacenadas en España



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Organización Nacional de Trasplantes, 2012.

El Plan Nacional de Médula Ósea se desarrolla a propuesta de la Subcomisión de Progenitores dependiente de la Comisión de Trasplantes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en su reunión de enero de 2012, tras constatar la próxima finalización del Plan Nacional de SCU y el incremento persistente de los trasplantes alogénicos no emparentados llevados a cabo con células madre de la sangre periférica.

Gráfico 4.10. Evolución de la fuente de progenitores en el Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH) alogénico no emparentado



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

## 5 Ordenación Profesional

### 5.1 Formación sanitaria especializada

En el acceso a la Formación Sanitaria Especializada del año 2012, que corresponde con la Convocatoria 2011/12, se mantuvo la tendencia de las dos convocatorias previas en relación al incremento en el número de aspirantes.

El volumen total de aspirantes fue de 37.799. Esto supone un incremento del 3,8% en el conjunto de titulaciones con respecto a la convocatoria precedente. El incremento se produce, fundamentalmente, a expensas de los aspirantes de Enfermería que se han aumentado en un 13,6% respecto a la pasada convocatoria. Mención especial merece la titulación de médicos en la que el nº de aspirantes se redujo en un 10,3%.

Tabla 5.1. Pruebas de acceso a la FSE de la Convocatoria 2011/12

	Oferta 2011/12	Admitidos a examen Convocatoria 2011/12	Adjudicatarios Convocatoria 2011/12	Plazas no adjudicadas	Variación nº admitidos Conv. 2011/12 vs 2010/11 (%)
Médicos	6.704	13.584	6.704	0	-10,3
Farmacéuticos	309	1.388	309	0	0,6
Químicos	19	271	18	1	3,6
Biólogos	52	734	52	0	28,9
Psicólogos	141	3.693	141	0	13,4
Radiofísicos	34	301	34	0	0,7
Enfermería	1.002	17.828	1002	0	13,6
<b>TOTAL</b>	<b>8.261</b>	<b>37.799</b>	<b>8.260</b>	<b>1</b>	<b>3,8</b>

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

Las pruebas de acceso para todas las titulaciones se celebraron el 28 de enero de 2012 en 21 ciudades. Entre el 2 y el 27 se celebraron los actos de asignación de las 8.261 plazas ofertadas.

El Pleno de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud fijó la Oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada de la Convocatoria 2012/13 atendiendo a las propuestas realizadas por las Comunidades Autónomas y el Instituto de Gestión Sanitaria (INGESA)

De este modo se han ofertado 7.845 plazas de ellas, 7.642 en régimen de residencia y 193 en el de alumnado.



Tabla 5.2. Plazas ofertadas en la Convocatoria 2012/13 por titulación

	Oferta plazas residencia	Oferta plazas alumnado	Reserva personas con discapacidad	Total OFERTA 2012/13
Medicina	6.240	149	447	6.389
Farmacia	229	44	19	273
Química	22	-	2	22
Biología	39	-	3	39
Psicología	128	-	9	128
Radiofísica	31	-	2	31
Enfermería	963	-	67	963
<b>TOTAL</b>	<b>7.652</b>	<b>193</b>	<b>549</b>	<b>7.845</b>

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

El número de plazas convocadas, de acuerdo con las necesidades de especialistas y los recursos disponibles, se redujo un 5,1% en términos globales, respecto a la convocatoria previa.

Con la oferta aprobada y con los residentes actualmente en formación, se estima que podrán ser cubiertas más del 50% de las vacantes por jubilación que se produzcan en los próximos 15 años en todas las titulaciones, por tanto, la reposición de estos profesionales podría ser llevada a cabo sin complicaciones.

Tabla 5.3. Evolución de la oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada (FSE)

	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	% variación
Médicos	6.797	6.948	6.874	6.707	6.389	-4,7
Farmacéuticos	281	304	298	309	273	-11,6
Químicos	24	31	20	19	22	15,8
Biólogos	42	39	41	52	39	-25,0
Psicólogos	126	131	136	141	128	-9,2
Radiofísicos	33	34	34	34	31	-8,8
Enfermería	563	611	848	1.002	963	-3,9
<b>TOTAL</b>	<b>7.866</b>	<b>8.098</b>	<b>8.251</b>	<b>8.264</b>	<b>7.845</b>	<b>-5,1</b>

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

En la convocatoria de plazas de formación sanitaria 2012/13 se ha aplicado una reserva de un 7% de las plazas de FSE para personas con discapacidad igual o superior al 33% para dar cumplimiento a la normativa derivada de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

El cupo para médicos extracomunitarios se ha limitado al 8 % en una primera vuelta, frente al 10% de la convocatoria anterior. Se ha mantenido el mismo cupo que en convocatorias anteriores para las titulaciones de Farmacia (5%) y Enfermería (2%). Estos aspirantes debían estar en posesión de la correspondiente autorización de residencia o de estancia por estudios. Asimismo, debieron acreditar su conocimiento del idioma castellano, mediante el Diploma de español de Nivel Superior C1 o C2, según la clasificación derivada del Marco Común Europeo de referencia para las lenguas.

## 5.2 Especialistas en formación

El 31 de diciembre de 2012 había en España 25.578 residentes en formación de las 58 especialidades en Ciencias de la Salud.

Tabla 5.4. Residentes en formación a 31 de diciembre de 2012

Especialidad	Residentes	Especialidad	Residentes
Medicina Familiar y Comunitaria	6.330	Medicina Educación Física	286
Pediatría y Áreas Específicas	1.648	Microbiología y Parasitología	275
Medicina Interna	1.535	Enfermería Pediátrica	272
Anestesiología y Reanimación	1.307	Medicina del Trabajo	255
Cirugía Ortopédica y Traumatología	1.067	Medicina Preventiva y Salud Pública	247
Obstetricia y Ginecología	1.054	Geriatría	233
Psiquiatría	962	Neurocirugía	212
Cirugía Gral. y Aparato Digestivo	926	Enfermería de Salud Mental	209
Radiodiagnóstico	878	Farmacia Industrial y Galénica	205
Cardiología	756	Alergología	199
Enfermería Obstétrico-Ginecológica	756	Oncología Radioterápica	196
Medicina Intensiva	744	Reumatología	194
Oftalmología	665	Bioquímica Clínica	186
Aparato Digestivo	570	Cirugía Plástica Estética y Reparadora	171
Farmacia Hospitalaria	506	Angiología y Cirugía Vascul ar	169
Psicología Clínica	498	Cirugía Oral y Maxilofacial	154
Neurología	479	Medicina Nuclear	150
Hematología y Hemoterapia	463	Neurofisiología Clínica	142
Urología	456	Cirugía Cardiovascular	118
Neumología	438	Cirugía Pediátrica	105
Oncología Médica	424	Inmunología	104
Medicina Física y Rehabilitación	367	Radio-física Hospitalaria	100
Nefrología	352	Cirugía Torácica	98
Análisis Clínicos	330	Medicina Legal y Forense	65
Enfermería Familiar y Comunitaria	324	Enfermería Geriátrica	58
Anatomía Patológica	319	Farmacología Clínica	54
Otorrinolaringología	315	Enfermería del Trabajo	18
Dermatología. Médico-Quirúrgica y V.	314	Radio-Farmacia	18
Endocrinología y Nutrición	286	Hidrología Médica	16

Observaciones: Datos de mayor a menor.

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

### 5.3 Acreditación de centros, unidades y dispositivos docentes.

En 2012, se produjeron 62 nuevas acreditaciones y 12 autorizaciones a incrementar la capacidad docente. Se retiraron dos acreditaciones de unidades docentes y se llevó a cabo el levantamiento de 1 suspensión cautelar.

El incremento global de las plazas acreditadas durante 2012 fue de 120. Por especialidad, el mayor incremento en las plazas acreditadas se produce en las especialidades de enfermería, sobre todo Enfermería Pediátrica que aumenta el número de plazas acreditadas en 24. Entre las especialidades médicas el mayor incremento se produce en Oncología Médica (8) y en M. Interna (5).

Al finalizar 2012 se contaba con 3.011 unidades docentes acreditadas (con un total de 9.431 plazas acreditadas), de ellas 64 correspondían a unidades docentes multiprofesionales donde se forman conjuntamente residentes de especialidades a las que se accede con distinta titulación pero que se desarrollan en campos asistenciales afines.

A lo largo de 2012 se realizaron 9 auditorías de centros docentes.

Tabla 5.5. Incremento de plazas acreditadas en 2012 por comunidad autónoma

Andalucía	27
Comunidad Valenciana	27
Cataluña	17
Madrid	12
Galicia	11
Castilla y León	9
Castilla la Mancha	8
Asturias	3
Murcia	2
País Vasco	2
Aragón	1
Cantabria	1
Baleares	0
Canarias	0
Extremadura	0
Navarra	0
La Rioja	0
INGESA	0
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor.

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

## 5.4 Reconocimiento de títulos

Durante el año 2012 se reconocieron 711 títulos de profesionales sanitarios procedentes de países de la Unión Europea.

Tabla 5.6. Reconocimiento de títulos comunitarios de las profesiones sanitarias

<b>TOTAL</b>	<b>711</b>
Enfermera responsable de cuidados generales	197
Médico	169
Médico especialista	161
Fisioterapeuta	54
Odontólogo	45
Enfermera especialista	38
Farmacéutico	26
Veterinario	12
Óptico-optometrista	3
Logopeda	2
Radiofísica hospitalaria	2
Psicólogo especialista en psicología clínica	1
Terapeuta ocupacional	1

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor.

Fuentes: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Subdirección General de Ordenación Profesional, 2012.

En la distribución por países, destaca el reconocimiento del título a 121 enfermeras responsables de cuidados generales procedentes de Portugal, 14 matronas de Reino Unido, 13 farmacéuticos y 64 médicos de Italia y 35 de Alemania; así como 10 veterinarios de Italia.

El número de solicitudes de reconocimiento de títulos de especialista en Ciencias de la Salud procedentes de países extracomunitarios recibidas hasta el 31 de diciembre de 2012 fue de 3.753. De ellas 1.210 corresponden a 2010 (año de inicio del procedimiento), 2.127 a 2011 y 412 al 2012.

Durante 2012, se emitieron 112 credenciales de reconocimiento en las especialidades. Por país de procedencia de la titulación se destaca el reconocimiento de 29 títulos de especialista de Argentina y de Cuba y 22 de Venezuela.

Tabla 5.7. Reconocimiento de títulos extranjeros de especialista en Ciencias de la Salud

<b>Especialidad</b>	<b>Título UE</b>	<b>Título no-UE</b>	<b>Especialidad</b>	<b>Título UE</b>	<b>Título no-UE</b>
Análisis Clínicos	2		Medicina Interna	16	
Anatomía Patológica	2		Nefrología	1	2
Anestesiología	16	55	Neumología	1	
Aparato Digestivo	2		Neurocirugía	2	7
Cardiología	7	1	Neurología	1	
Cirugía Cardiovascular	1		Obst. y Ginecología	13	2
Cirugía General y Aparato Digestivo	17	4	Oftalmología	3	2
Cirugía Ortopédica y Traumatología	6		Oncología Médica	5	
C. Pediátrica	1	1	Oncología Radioterapia	4	
C. Plástica	7		Otorrinolaringología		3
C. Torácica	1		Pediatría	6	12
Dermatología	3	3	Psicología Clínica	1	
Enfermería Salud Mental	1		M. Preventiva y Salud Pública	2	
Enfermería Obstétrico-Ginecológica	37		Psiquiatría	6	2
Medicina Trabajo	2		Radiodiagnóstico	3	1
Medicina Familiar y Comunitaria	25	11	Radio-Física Hospital	2	
Medicina Física y Rehabilitadora	1	1	Reumatología	1	
Medicina Intensiva	1	1	Urología	3	2

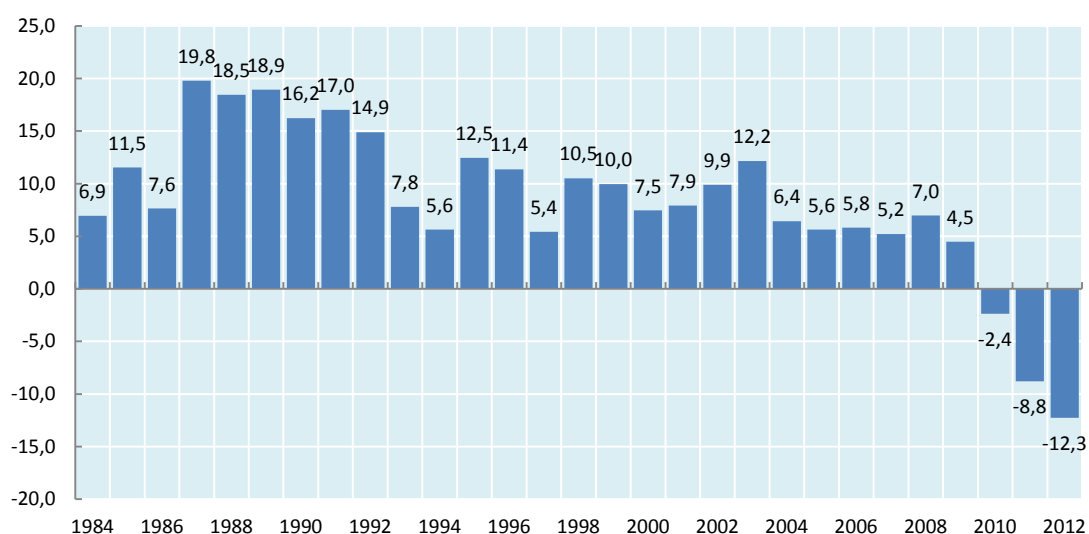
Fuentes: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Subdirección General de Ordenación Profesional, 2012.

## 6 Medicamentos

### 6.1 Gasto farmacéutico

En 2012 el gasto farmacéutico generado por la facturación de recetas médicas del SNS con cargo a los fondos públicos de las comunidades autónomas y del INGESA fue de 9.770,9 millones de euros. Este gasto ha supuesto un descenso sobre la facturación de 2011 de un 12,3%. La factura farmacéutica presenta una clara disminución desde el año 2010.

Gráfico 6.1. Porcentaje de incremento del gasto farmacéutico a través de la facturación de recetas médicas del SNS



Observaciones: Gasto farmacéutico es el importe farmacéutico facturado a PVP con IVA menos las aportaciones de los usuarios, de las oficinas de farmacia y las deducciones por aplicación del RDL 8/2010.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Partes estadísticas de facturación de recetas médicas. Años 1984-2012.

La evolución mensual del gasto farmacéutico a lo largo de 2012 presenta importantes descensos respecto al mismo periodo del año anterior.

Tabla 6.1. Gasto farmacéutico a través de recetas médicas del SNS

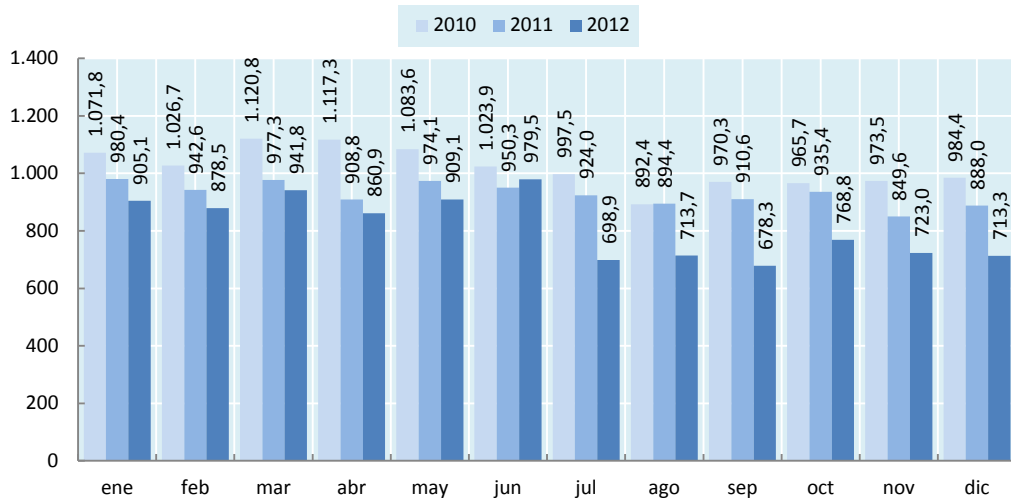
	<b>Gasto Farmacéutico (En millones €)</b>	<b>% Δ 2012/2011</b>
Enero	905,1	-7,7
Febrero	878,5	-6,8
Marzo	941,8	-3,6
Abril	860,9	-5,3
Mayo	909,1	-6,7
Junio	979,5	3,1
Julio	698,9	-24,4
Agosto	713,7	-20,2
Septiembre	678,3	-25,5
Octubre	768,8	-17,8
Noviembre	723,0	-14,9
Diciembre	713,3	-19,7
<b>Total</b>	<b>9.770,9</b>	<b>-12,3</b>

Observaciones: Gasto farmacéutico es el importe farmacéutico facturado a PVP con IVA menos las aportaciones de los usuarios, de las oficinas de farmacia y las deducciones por aplicación del RDL 8/2010.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticas de facturación de recetas médicas, 2012.

En 2012 es la primera vez desde el año 2004 que la factura farmacéutica pública baja de los 10.000 millones. En el segundo semestre del año, coincidente con el periodo de aplicación de las medidas del Real Decreto-ley 16/2012 aprobado por el Gobierno, el ahorro en farmacia asciende a casi 1.107 millones. Es a partir de julio de 2012 cuando la factura farmacéutica presenta un significativo descenso motivado por las nuevas medidas sobre aportación de los usuarios en la prestación farmacéutica y otras destinadas a la contención del gasto farmacéutico como la revisión de precios y actualización de precios menores.

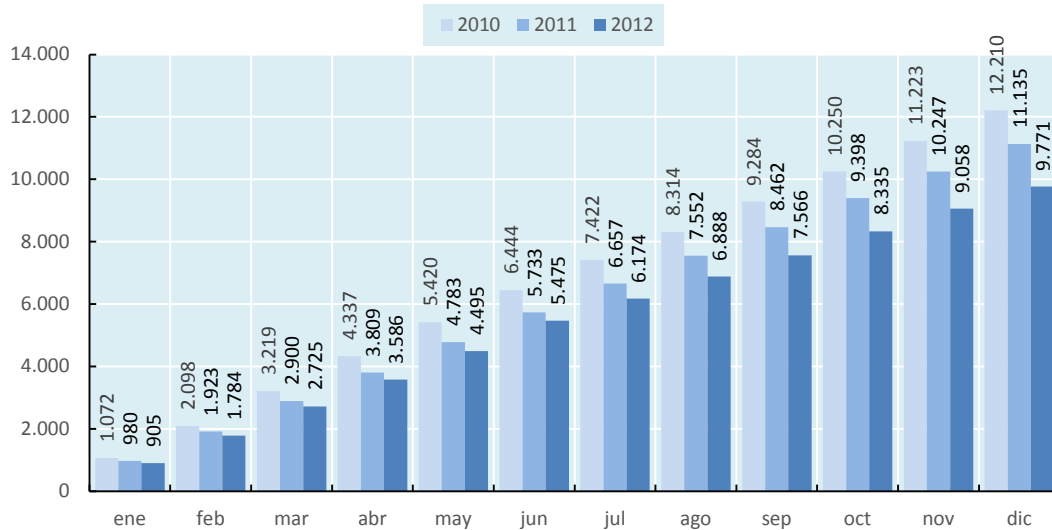
Gráfico 6.2. Evolución del gasto farmacéutico mensual a través de recetas médicas del SNS (en millones de euros)



Observaciones: Gasto farmacéutico es el importe farmacéutico facturado a PVP con IVA menos las aportaciones de los usuarios, de las oficinas de farmacia y las deducciones por aplicación del RDL 8/2010.

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

Gráfico 6.3. Evolución del gasto farmacéutico, a través de recetas médicas del SNS según acumulado mensual (en millones de euros)

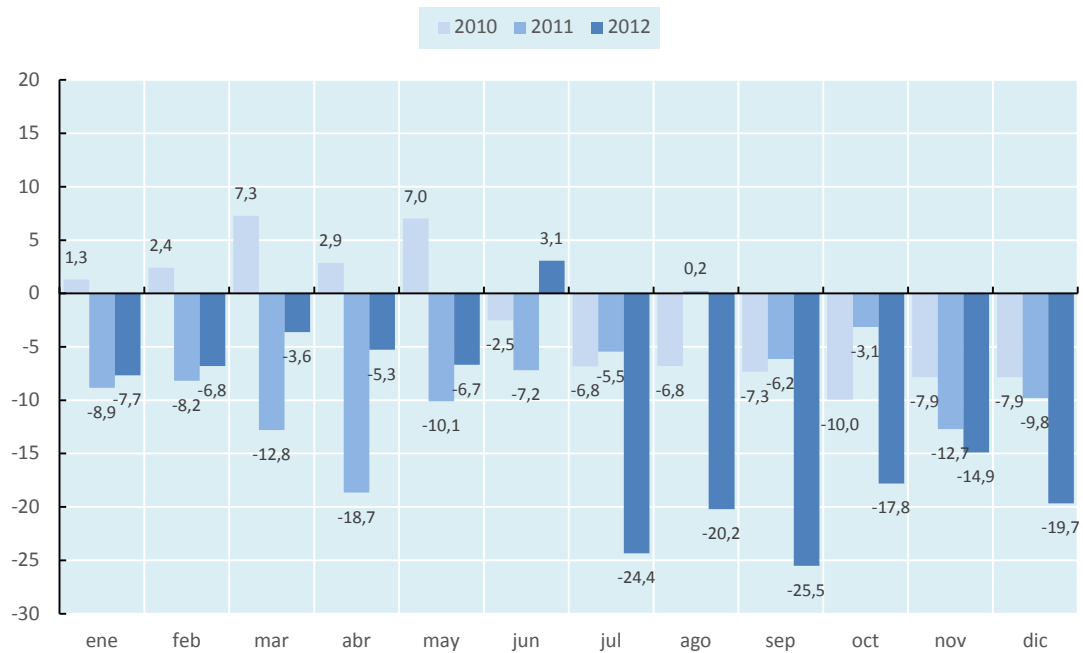


Observaciones: Gasto farmacéutico es el importe farmacéutico facturado a PVP con IVA menos las aportaciones de los usuarios, de las oficinas de farmacia y las deducciones por aplicación del RDL 8/2010.

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



Gráfico 6.4. Evolución del incremento mensual (%) del gasto farmacéutico a través de recetas médicas del SNS

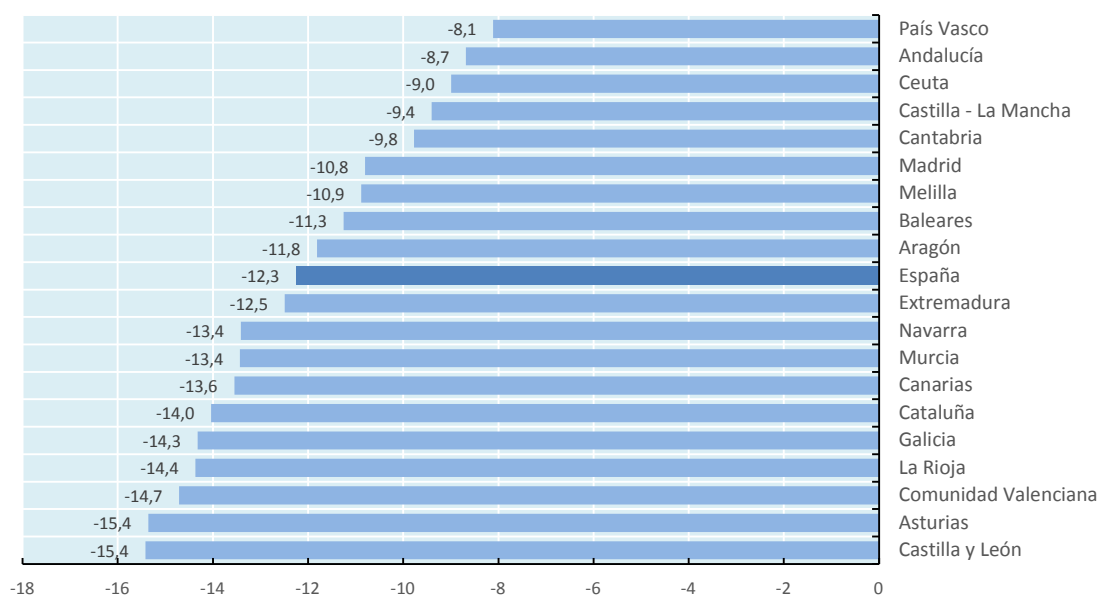


Observaciones: Gasto farmacéutico es el importe farmacéutico facturado a PVP con IVA menos las aportaciones de los usuarios, de las oficinas de farmacia y las deducciones por aplicación del RDL 8/2010.

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

Las comunidades autónomas que presentan una mayor reducción de la factura farmacéutica en 2012 respecto a 2011 son: Castilla y León (-15,4%) Asturias (-15,4%) C. Valenciana (-14,7%) y La Rioja (-14,4%).

Gráfico 6.5. Porcentaje de variación del gasto farmacéutico por CCAA

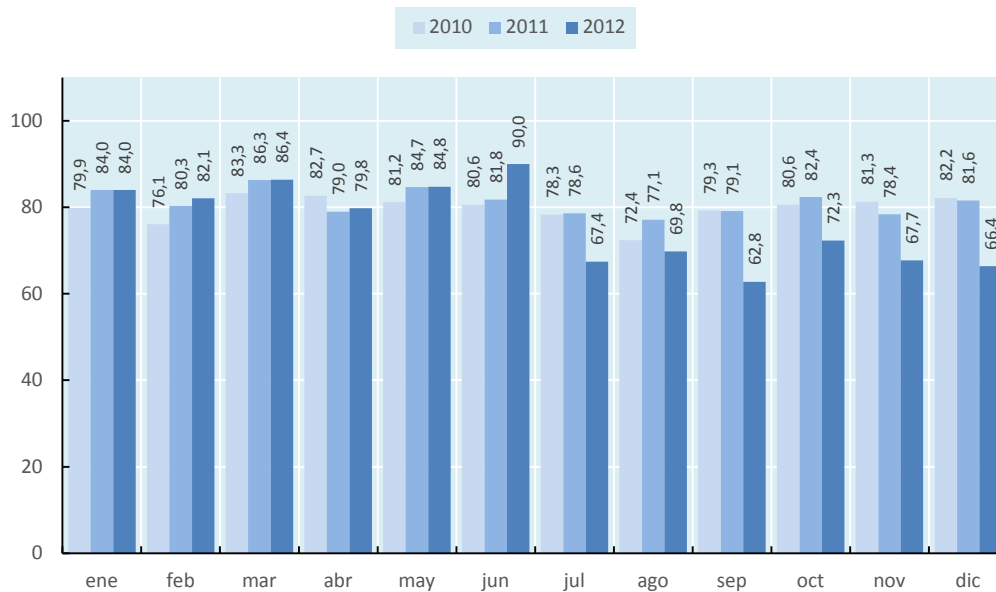


Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticas de facturación de recetas médica, 2012.

## 6.2 Recetas facturadas

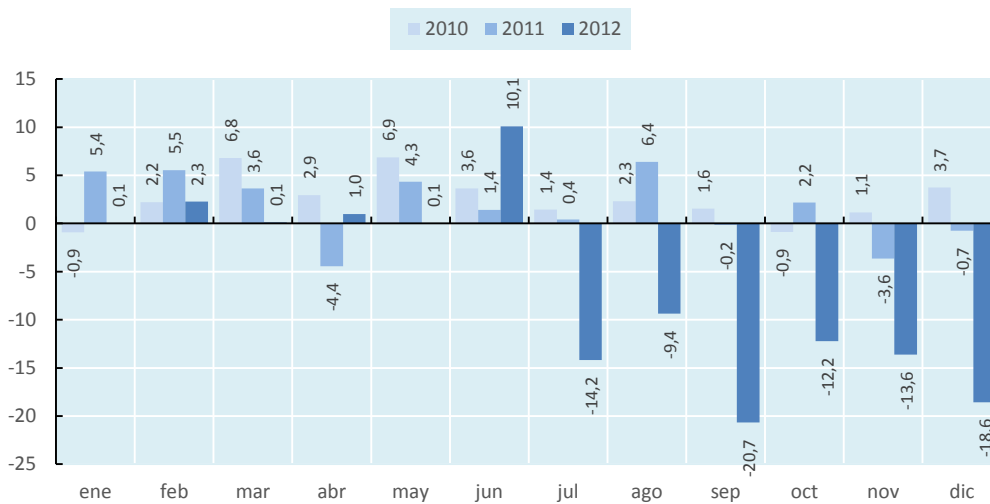
El número de recetas facturadas ha supuesto en 2012 un total de 913,7 millones. En los años 2010 y 2011 se observó una contención en el crecimiento de recetas facturadas, pero en 2012 se produce un descenso del -6,1% respecto a 2011.

Gráfico 6.6. Evolución del número de recetas médicas del SNS facturadas por meses (en millones de recetas)



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

Gráfico 6.7. Evolución del incremento (%) mensual del número de recetas médicas del SNS facturadas

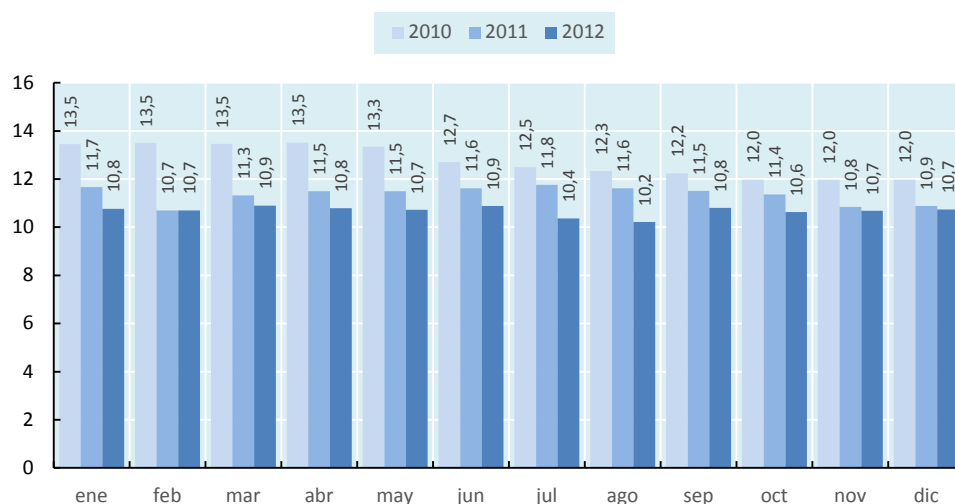


Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Partes estadísticos de facturación de recetas médicas.

### 6.3 Gasto medio por receta

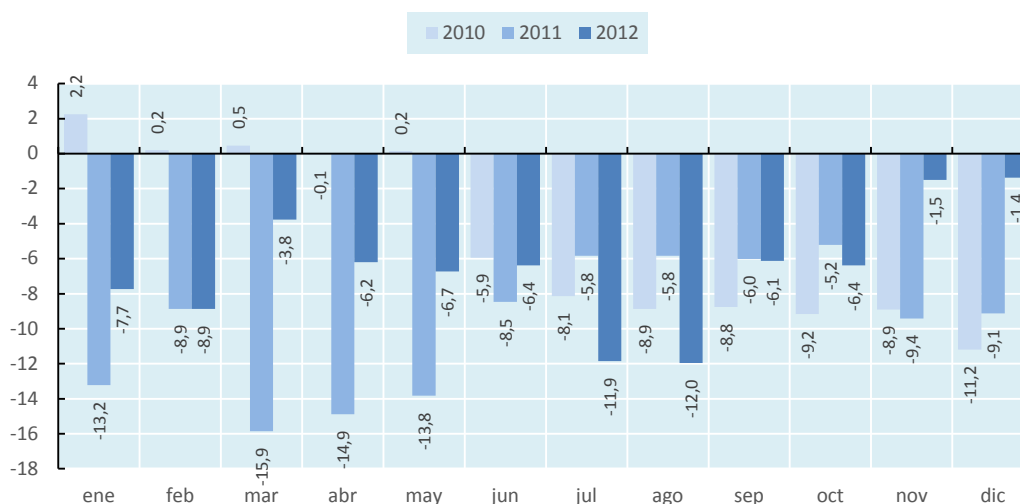
En 2012 se mantiene la tendencia de bajada del gasto medio por receta con un descenso medio del 6,5% respecto al año anterior.

Gráfico 6.8. Evolución mensual del gasto medio por receta



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

Gráfico 6.9. Evolución del incremento (%) mensual del gasto medio por receta



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

## 6.4 Medicamentos genéricos

En el año 2012 el consumo de medicamentos genéricos supuso el 39,7% del total de envases de medicamentos facturados. En enero de 2012 el consumo era del 38,4% y en diciembre este porcentaje se incrementó al 43,7%. En relación al importe facturado, un 18,4% corresponde a medicamentos genéricos. En el transcurso del año ha ido aumentando al haber ido creciendo el número de envases facturados.

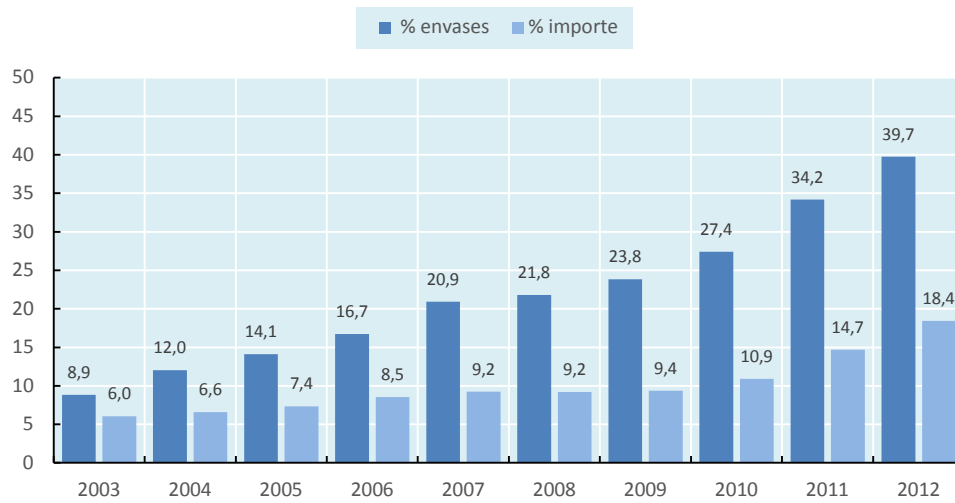
Tabla 6.2. Evolución del consumo de especialidades farmacéuticas genéricas (EFG)

	EFG/Total Medicamentos	
	% Envases	% Importe
Enero	38,4	17,8
Febrero	38,1	17,6
Marzo	37,6	17,3
Abril	37,5	17,1
Mayo	38,0	17,5
Junio	38,3	17,8
Julio	39,4	18,8
Agosto	39,9	19,2
Septiembre	42,6	19,7
Octubre	43,0	19,7
Noviembre	43,3	19,7
Diciembre	43,7	19,9
<b>Total año</b>	<b>39,7</b>	<b>18,4</b>

Fuente: Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara, 2012.

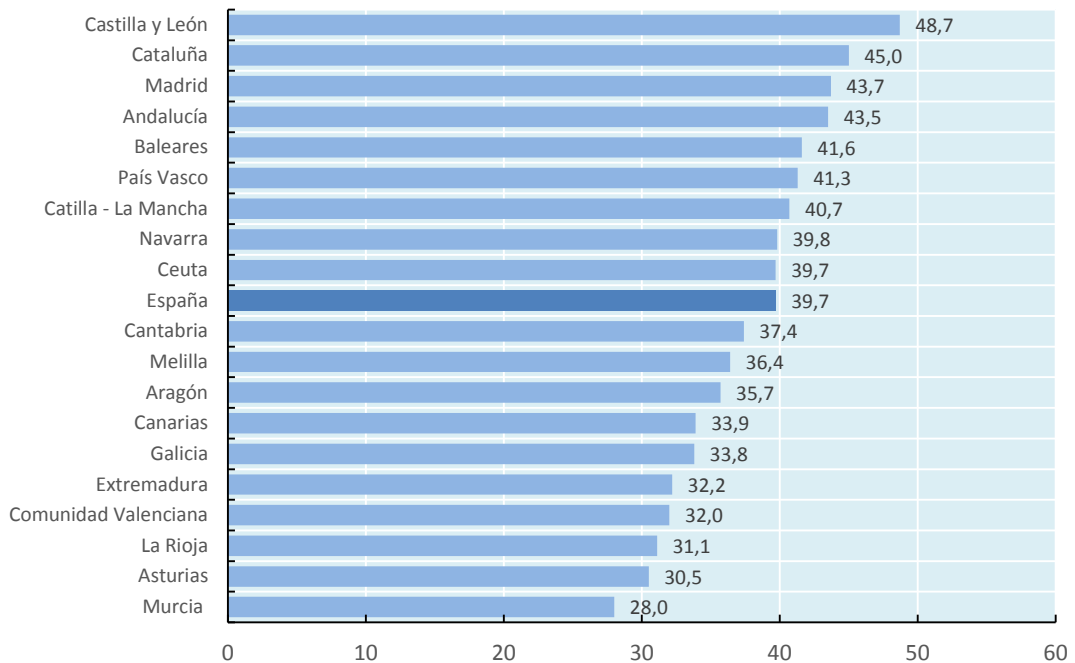
La incorporación de los medicamentos genéricos en el consumo ha sido creciente año a año. En 2012 se ha superado en más de 4 veces el porcentaje de consumo en envases de genéricos frente al total de medicamentos de 2003, de un 8,9% ha crecido a un 39,7% y en el importe facturado, se ha pasado de un 6,0% del año 2003 a un 18,4% en 2012.

Gráfico 6.10. Evolución del consumo de medicamentos genéricos (% envases - % importe)



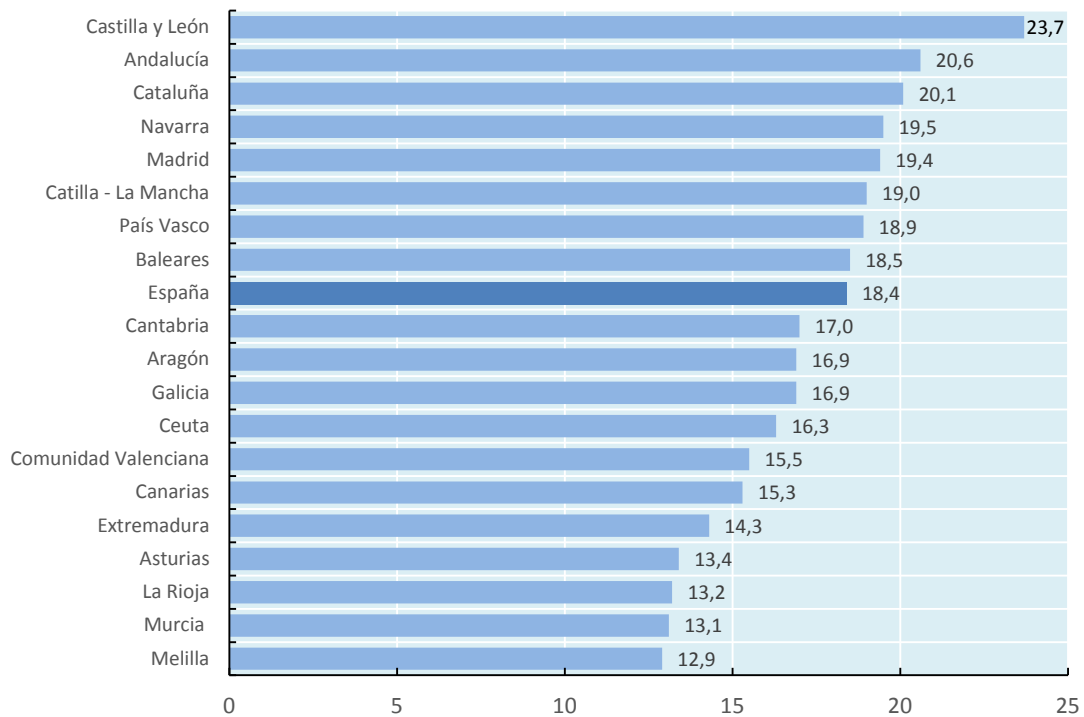
Fuente: Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara, 2012.

Gráfico 6.11. Consumo de medicamentos genéricos (%) sobre total de medicamentos por comunidad autónoma (envases)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara, 2012.

Gráfico 6.12. Consumo de medicamentos genéricos (%) sobre total de medicamentos por comunidad autónoma (importe)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de información Alcántara, 2012.

## 6.5 Información a los ciudadanos sobre los medicamentos

El 87,9% de los ciudadanos recaban información de las medicinas que toman a través de los médicos. En menor proporción de los farmacéuticos (36,3%) y de los prospectos de los medicamentos (29,7%). Otras fuentes son los profesionales de enfermería (10,9%), de familiares y amigos (3,4%), por Internet (2,2%) y de las Autoridades Sanitarias (2,0%).

La confianza que merecen los distintos agentes está muy acorde con la frecuencia con la que se acude a ellos para informarse. La máxima confianza se tiene en los médicos y los farmacéuticos, los profesionales a quienes más acuden en busca de información.

Tabla 6.3. Fuente de información de los ciudadanos sobre los medicamentos

La información de los medicamentos la obtiene fundamentalmente de... (*)		La confianza con la fuente de información es...	
		Mucha o bastante	Poca o ninguna
El médico	87,9	93,4	5,2
Las enfermeras	10,9	70,1	23,2
Los farmacéuticos	36,3	84,0	12,8
El prospecto del medicamento	29,7	73,4	20,9
Familiares y amigos	3,4	23,0	71,5
Internet	2,2	9,7	79,9
Las Autoridades Sanitarias	2,0	57,0	31,7

Observaciones: (\*) máximo 3 respuestas.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario, 2012.

## 6.6 Compra de medicamentos por Internet

Una notable mayoría de las personas encuestadas, el 97,1%, contesta que no han comprado medicamentos a través de Internet y únicamente el 0,67% manifiesta que los ha comprado porque en la Red encontraron medicamentos que no se venden en las farmacias (36,4%).

La mayoría de las personas entrevistadas (78,8%) creen que los medicamentos vendidos por Internet no son seguros.



## 7 Acceso a los Servicios Sanitarios

### 7.1 Citación con el médico de familia

La Atención Primaria es el primer nivel asistencial más cercano a los ciudadanos y tiene como característica principal su accesibilidad.

El número de consultas médicas registradas en los Centros de Salud y consultorios de Atención Primaria supera los 258 millones de consultas, de las que el 86% son atendidas por el médico de familia.

De cada 10 personas, 4 manifiestan que “siempre o casi siempre” se les facilitó cita con el médico de familia para el mismo día en que la habían solicitado.

Tabla 7.1. Citación con el médico de familia

<i>“Cuando pide cita con el médico de centro de salud para ir el mismo día, ¿se la dan...?”</i>					
	2008	2009	2010	2011	2012
Siempre + casi siempre	45,3	40,7	41,6	39,5	39,2
Casi nunca + nunca	50,7	55,2	57,6	58,4	58,8
NS – NC	4,1	4,1	0,8	2,1	2,0

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario, 2008-2012 (2013).

A los que “nunca o casi nunca” habían obtenido la cita para el mismo día (6 de cada 10 ciudadanos), de media tuvieron que esperar 3,6 días para recibir la asistencia solicitada.

### 7.2 Acceso a consultas externas

La actividad en consultas externas de los hospitales y centros de especialidades de ellos dependientes alcanza cifras de 87,8 millones de consultas de las que el 36,4% son primeras consultas. Del total de consultas atendidas más del 87% están financiadas por el Sistema Nacional de Salud.

Globalmente las especialidades quirúrgicas, sin contar ginecología y obstetricia, suponen un 39% del total de consultas, siendo Traumatología con 12% y Oftalmología, con un 10% del total de consultas, las más frecuentadas.

Un 40% de consultas se produce en especialidades médicas, 9% en Ginecología y Obstetricia y 3% en Pediatría.

La proporción de pacientes pendientes de una primera consulta en especialidades básicas fue en 2012 de 42,2 por 1.000 habitantes con un tiempo medio de espera de 59

días, lo que supone un incremento de 3 días más respecto a la situación de la lista de espera en los seis meses precedentes.

Tabla 7.2. Situación de la lista de espera de consultas externas en el SNS. Datos a 31 de diciembre de 2012

	Total primeras consultas y especialidades básicas		
	Número de pacientes pendientes por 1.000 hab.	% con fecha asignada > de 60 días	Tiempo medio de espera (días)
Ginecología	4,4	41,5	85
Oftalmología	9,2	44,8	75
Traumatología	8,6	41,2	64
<b>Total</b>	<b>42,2</b>	<b>36,5</b>	<b>59</b>
Cardiología	2,1	36,1	59
Digestivo	3,0	36,6	57
Dermatología	6,6	39,8	56
Neurología	2,5	37,2	53
Urología	2,1	32,2	53
ORL	2,7	24,9	41
Cirugía General y de A. Digestivo	2,0	21,6	41

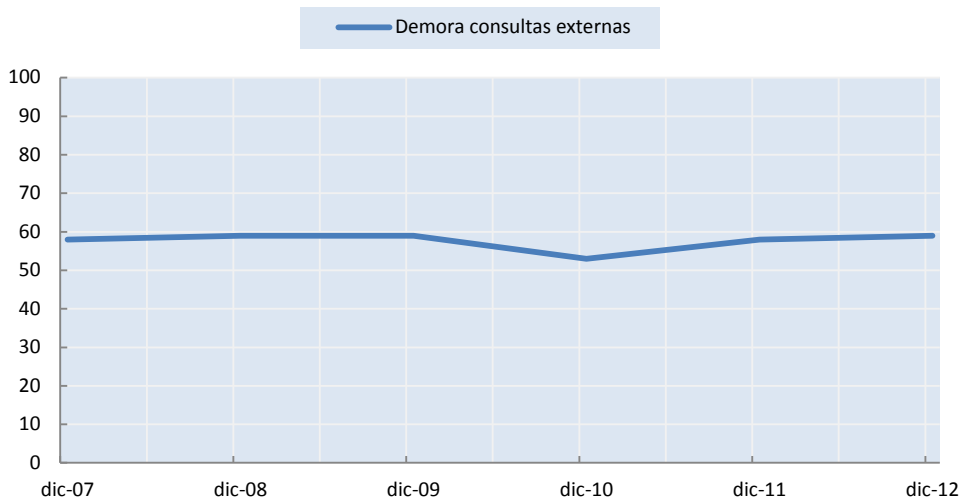
Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según el tiempo medio de espera.  
 Porcentaje de especialidades básicas sobre el total de consultas externas: 78%  
 Información referida a 15 Comunidades Autónomas e Ingesa (para Ceuta y Melilla).  
 Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Listas de Espera en el SNS (SISLE).

Tabla 7.3. Evolución de la lista de espera de consultas externas en el SNS

	Pacientes por 1.000 habitantes	% de pacientes con cita > de 60 días	Tiempo medio de espera (días)
Diciembre 2007	39,3	34	58
Junio 2008	37,1	...	59
Diciembre 2008	37,5	37	59
Junio 2009	39,1	...	52
Diciembre 2009	40,2	37	59
Junio 2010	39,8	...	53
Diciembre 2010	33,0	35	53
Junio 2011	40,4	...	52
Diciembre 2011	36,1	38	58
Junio 2012	35,9	...	53
Diciembre 2012	42,2	36	59

Observaciones: Rotura de la serie en números absolutos. Desde Junio de 2012 se incluyen datos de las 17 comunidades autónomas e Ingesa (de 2007 a 2011, inclusive, los datos corresponden a 16 comunidades autónomas e Ingesa).  
 Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Listas de Espera en el SNS (SISLE).

Gráfico 7.1. Evolución de la lista de espera para consultas externas en el SNS según el tiempo medio de espera (días)



Observaciones: Datos 2012 incluyen cifras de las 17 comunidades autónomas e Ingesa, para el periodo 2007-2011 los datos se refieren a 16 comunidades autónomas e Ingesa.  
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Lista de Espera en el SNS (SISLE).

### 7.3 Demora quirúrgica en cirugía programada

En los hospitales españoles del Sistema Nacional de Salud se realizaron 3,4 millones de intervenciones quirúrgicas en el año 2011, lo que supuso el 71% de las intervenciones realizadas en todos los hospitales del país.

Desde el año 2004 el Sistema Nacional de Salud hace seguimiento de la demora que se produce en la cirugía programada, es decir, aquella que no tiene carácter urgente.

La serie disponible muestra una tendencia ascendente desde el año 2009 en los indicadores de la lista de espera quirúrgica, si bien hay que señalar, que en 2012 se produjo una ruptura de la serie al contabilizarse desde esa fecha los datos de las 17 comunidades autónomas y el Ingesa (anteriormente eran 16 comunidades autónomas).

A 31 de diciembre de 2012, la proporción de pacientes en lista de espera estructural (pacientes en situación de ser intervenidos quirúrgicamente de manera no urgente pero cuya espera es atribuible a los recursos disponibles y a la organización) fue de 12,8 pacientes por 1.000 habitantes lo que supuso un incremento respecto al primer semestre del mismo año de 1 punto. La cifra de pacientes que esperaron más de 6 meses se situó en 16,5% y el tiempo medio de espera fue de 100 días para el conjunto de pacientes.

Tabla 7.4. Lista de espera quirúrgica en el SNS. Evolución diciembre 2004 – diciembre 2012

	Número de Pacientes	% de pacientes con espera > de 6 meses	Tiempo medio de espera (días)
Diciembre 2004	391.445	9,1	78
Diciembre 2005	385.050	9,5	83
Diciembre 2006	362.762	7,1	70
Diciembre 2007	376.242	7,4	74
Diciembre 2008	364.397	6,7	71
Diciembre 2009	372.468	5,7	67
Diciembre 2010	392.072	5,4	65
Diciembre 2011	459.885	10,0	73
Junio 2012	536.911	9,8	76
Diciembre 2012	571.395	16,5	100

Observaciones: Las comparaciones de los datos del número de pacientes de 2012 con los semestres anteriores, no puede hacerse directamente, consecuencia de la incorporación de una comunidad autónoma (Madrid)

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Listas de Espera en el SNS (SISLE).

Tabla 7.5. Situación de la lista de espera quirúrgica en el SNS. Distribución por especialidades. Datos a 31 de diciembre de 2012

Especialidades	Pacientes en espera estructural (*)	Pacientes por 1.000 hab.	% > de 6 meses	Tiempo medio de espera (días)
Cirugía Torácica	1.375	0	19,9	152
Neurocirugía	9.683	0,3	24,2	151
Cirugía Plástica	15.826	0,4	18,6	124
Traumatología	166.302	4,4	23,1	122
Angiología / Cirugía Vascular	16.481	0,4	19,6	112
<b>Total</b>	<b>571.395</b>	<b>12,9</b>	<b>16,5</b>	<b>100</b>
Cirugía Pediátrica	14.550	0,4	14,4	100
Cirugía General y de A. Digestivo	108.508	2,8	14,7	97
ORL	38.831	1,0	15,0	93
Cirugía Maxilofacial	8.296	0,2	11,5	90
Urología	39.691	1,0	12,1	86
Oftalmología	110.812	2,9	14,2	81
Cirugía Cardíaca	3.277	0,1	7,1	73
Ginecología	25.015	0,7	5,9	70
Dermatología	12.748	0,3	1,6	50

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según el tiempo medio de espera.

(\*) En un Servicio de Salud los datos del total de LEQ han sido estimados a partir de los procesos seleccionados / el porcentaje de más de 6 meses y tiempo medio de espera corresponden a dichos procesos.

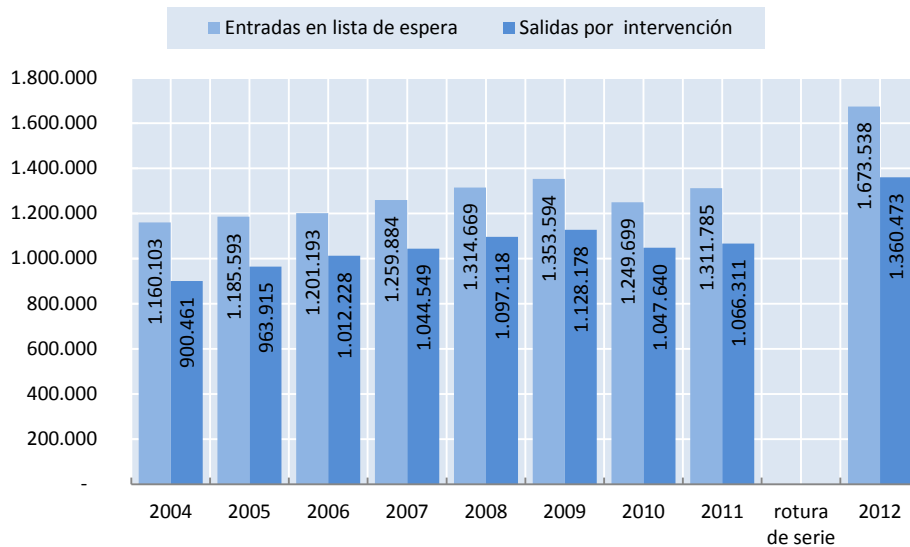
Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera en el SNS.

Tabla 7.6. Situación de la lista de espera quirúrgica en el SNS. Distribución por procesos seleccionados. Datos a 31 de diciembre de 2012

	Pacientes en espera estructural	Pacientes por 1.000 hab.	Porcentaje de > 6 meses	Tiempo medio espera (días)
Prótesis de cadera	12.772	0,3	26,9	128
Hallux valgus	17.152	0,5	25,9	123
Varices de miembros inferiores	15.528	0,4	22,8	117
Artroscopia	21.595	0,6	23,7	116
Adenoamigdalectomía	11.274	0,3	19,4	100
Colecistectomía	14.237	0,4	17,5	99
Total de procesos seleccionados	92.558	5,2	18,0	98
Túnel carpiano	12.438	0,3	17,0	97
Cataratas	90.599	2,4	14,8	92
Hernia inguinal/crural	24.020	0,6	13,7	92
Hipertrofia benigna de próstata	5.985	0,2	15,0	90
Quiste Pilonidal	4.964	0,1	13,7	89

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según el tiempo medio de espera.  
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Lista de Espera en el SNS (SISLE).

Gráfico 7.2. Evolución de la actividad quirúrgica procedente de la lista de espera quirúrgica del SNS



Observaciones: Los datos 2004-2011 corresponden a 15 comunidades autónomas e Ingesa, en 2012 hay una rotura de serie ya que los datos se refieren a 16 comunidades autónomas e Ingesa.  
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Listas de Espera en el SNS (SISLE).

La proporción de ciudadanos que creen que las Autoridades Sanitarias llevan a cabo acciones respecto a las listas de espera con el fin de disminuirlas, ha empeorado en los últimos años.

A su vez, si se explora la opinión de los ciudadanos acerca de las circunstancias que creen que se deben tener en cuenta para establecer el orden en las listas de espera quirúrgica, el criterio más citado, con el 53,8 % de respuestas, es “la repercusión que produce en la autonomía de los pacientes el problema clínico que precisa intervención quirúrgica”. Otras circunstancias se citan en proporciones semejantes, con una pequeña diferencia a favor de la consideración de “la fecha de entrada en la lista como criterio de prioridad” (36,0%).

Tabla 7.7. Circunstancias para establecer el orden de la lista de espera quirúrgica

<b><i>En pacientes con misma enfermedad y necesidad de ser operados, ¿cuáles de las siguientes circunstancias cree Ud. que se deben tener en cuenta para establecer el orden de la lista de espera quirúrgica? (Máximo 3 respuestas).</i></b>	
La fecha de entrada de los pacientes en la lista de espera	36,0
Que el problema de salud del paciente le impida trabajar	34,7
Que el problema de salud del paciente repercute en el cuidado de las personas a su cargo	33,7
Que el problema de salud repercute en la autonomía del paciente para su propio cuidado	53,8
NS.	7,8
NC.	1,3

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario, 2012.

## 7.4 Programas de vacunación infantil

El acceso de la población infantil a la vacunación sistemática de enfermedades prevenibles mediante la misma, ha logrado reducir de forma importante su morbilidad y mortalidad.

A propuesta de la Comisión de Salud Pública el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó en 2012 un calendario de vacunación básico, la compra centralizada de vacunas (gripe y vacunas del calendario vacunal) y el estudio técnico para la propuesta de calendario 2013 unificando el calendario completo. El calendario de vacunación aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud recomienda la vacunación sistemática de la población infantil contra: la difteria, tétanos, pertussis y poliomielitis, sarampión, rubéola y parotiditis (triple vírica), haemophilus influenza tipo b, hepatitis B, meningitis meningocócica tipo C, varicela y virus del papiloma humano.

Tabla 7.8. Calendario básico común de vacunación acordado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en 2012

Primer año de vida	Vacunación Hepatitis B (HB) a los 0, 2 y 6 meses con un periodo de implantación de 1 año.
	Vacunación frente al Meningococo C (MenC) a los 2 y 4 meses con un periodo de implantación de 1 año.
Segundo año de vida	DTPa-VPI-Hib, 4ª dosis de refuerzo a los 18 meses, con un periodo de implantación de 1 año
	Triple Vírica (SRP), 1ª dosis a los 12 meses, con un periodo de implantación de 1 año.
Edad de 3 a 6 años	DTpa, 5ª dosis de refuerzo a los 6 años, con un periodo de implantación de 1 año.
	Triple Vírica (SRP), 2ª dosis en la franja de edad de 3 a 4 años, con un periodo de implantación de 3 años.
Edad de 10 a 16 años	Td, 6ª dosis de refuerzo a los 14 años, con un periodo de implantación de 1 año

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Memoria de actividades del Consejo Interterritorial del SNS, 2012

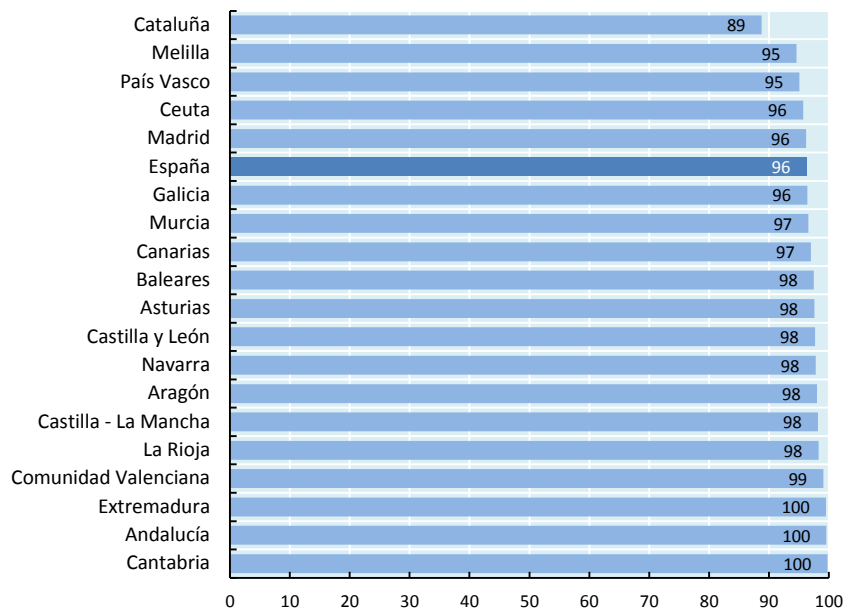
El porcentaje de niños que han recibido la serie básica de las vacunas recomendadas en España es del 96%.

Tabla 7.9. Porcentaje de coberturas de primovacunación (series básicas)

	2008	2009	2010	2011	2012
Poliomielitis	96,7	95,9	96,6	97,1	96,3
Difteria-tétanos-pertussis (DTPa)	96,7	95,9	96,6	97,1	96,3
Haemophilus influenzae tipo b (Hib),	96,7	95,9	96,6	97,1	96,3
Hepatitis B	96,5	95,5	96,5	96,6	95,8
Enfermedad meningocócica por serogrupo C.	97,2	97,4	97,8	98,0	96,6

Observaciones: El porcentaje de cobertura de primovacunación expresa el porcentaje de niños de 0 a 1 año de edad que han recibido tres dosis de vacuna frente a poliomielitis, difteria-tétanos-pertussis (DTPa), Haemophilus influenzae tipo b (Hib), hepatitis B y dos dosis de vacuna frente a enfermedad meningocócica por serogrupo C. Para el cálculo de las coberturas de vacunación se han utilizado sólo las dosis administradas en los Servicios Oficiales de Vacunación. No se incluyen las vacunas adquiridas en Oficinas de Farmacia ni las administradas por el sector sanitario privado.  
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de vacunaciones.

Gráfico 7.3. Cobertura de vacunación (%) infantil (0-1 año) frente a la poliomielitis por comunidad autónoma

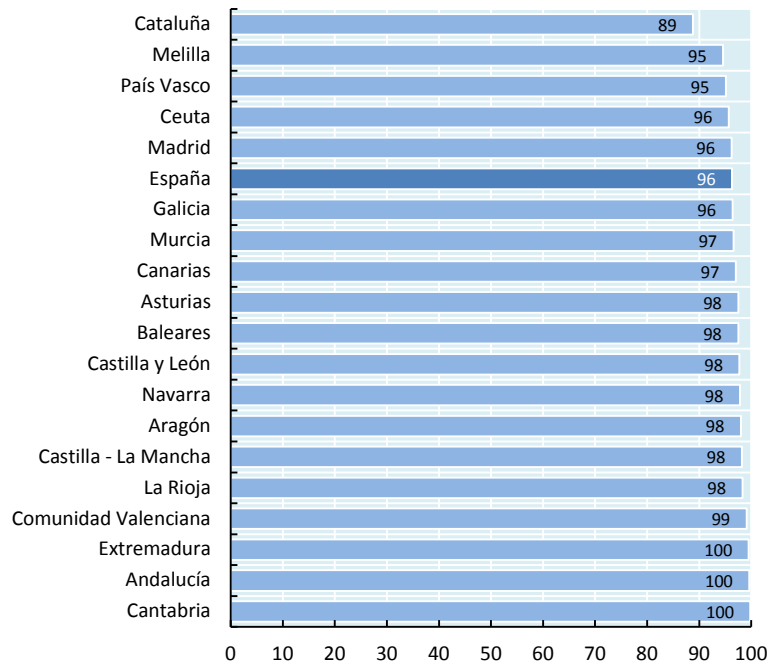


Observaciones: Datos 2012, ordenados de menor a mayor.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS-BD), Agosto 2013.



Gráfico 7.4. Cobertura de vacunación (%) infantil (0-1 años) frente a Difteria-Tétanos- Pertussis por comunidad autónoma



Observaciones: Datos 2012, ordenados de menor a mayor.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS-BD), Agosto 2013.

El porcentaje de niños de 1 a 2 años que recibieron las dosis de recuerdo recomendadas es superior al 93% en todos los casos.

Tabla 7.10. Porcentaje de coberturas de vacunación de refuerzo: niños vacunados de 1 a 2 años

	2008	2009	2010	2011	2012
Poliomielitis	94,8	94,1	93,7	94,3	92,9
Difteria-tétanos-pertussis (DTPa)	94,8	94,1	93,7	94,1	93,1
Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	94,8	94,1	93,7	94,1	92,9
Enfermedad meningocócica por serogrupo C.	96,0	96,5	94,2	98,8	94,8

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

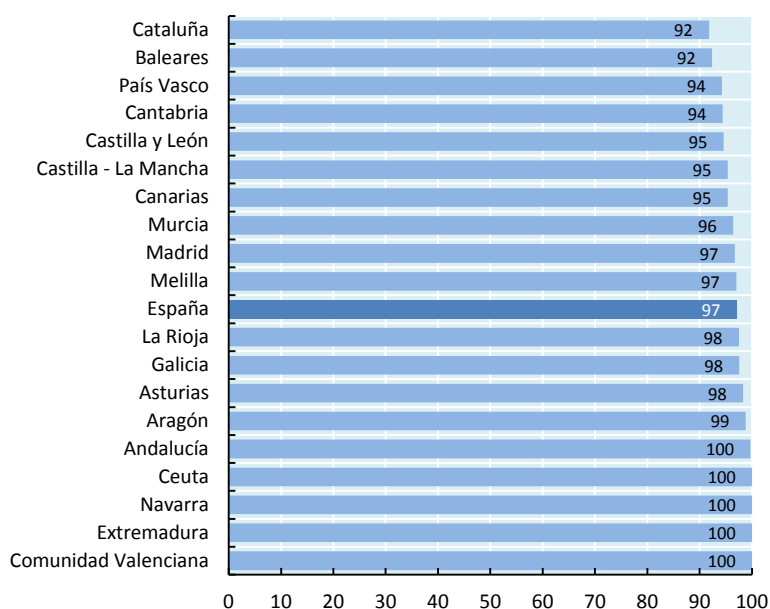
Por su parte la vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (SRP) en niños de 1 a 2 años es de más del 97%, superando el 90% los que recibieron las dosis de recuerdo recomendadas.

Tabla 7.11. Porcentaje de coberturas de vacunación de Sarampión-Rubéola-Parotiditis

	2008	2009	2010	2011	2012
Primera dosis: niños de 1 a 2 años	97,6	97,4	95,5	96,8	97,1
Segunda dosis: niños de 3 a 6 años	94,4	90,4	92,3	91,3	90,3

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

Gráfico 7.5. Cobertura de vacunación (%) infantil (1-2 años) frente a sarampión-rubéola-parotiditis por comunidad autónoma



Observaciones: Datos 2012, ordenados de menor a mayor.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS-BD), Agosto 2013.

El porcentaje de adolescentes (11-14 años) que han recibido tres dosis de vacuna frente a hepatitis B es del 76,7%.

Tabla 7.12. Porcentaje de adolescentes vacunados frente a Hepatitis B

	2008	2009	2010	2011	2012
Adolescentes (11-14 años) con tres dosis	83,4	82,7	79,1	79,4	76,7

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

En el curso escolar 2011-2012 la cobertura de vacunación frente al virus del papiloma en niñas de 11 – 14 años es superior al 70%.

Tabla 7.13. Cobertura de vacunación (%) frente a virus del papiloma humano - VPH- (3 dosis; niñas 11-14 años) curso escolar 2011-2012

	Población	nº dosis	%
La Rioja	1.449	1.374	94,8
Castilla y León	9.434	8.491	90,0
Melilla	544	484	89,0
Canarias	9.447	8.066	85,4
Navarra	2.958	2.522	85,3
Cataluña	36.218	30.514	84,3
Murcia	7.267	6.058	83,4
País Vasco	9.590	7.848	81,8
Asturias	3.513	2.762	78,6
Ceuta	530	416	78,5
Extremadura	5.236	4.089	78,1
Cantabria	2.214	1.707	77,1
Aragón	5.429	4.095	75,4
Madrid	28.230	20.508	72,6
Galicia	10.146	7.315	72,1
Comunidad Valenciana	23.591	16.808	71,2
<b>España</b>	<b>211.593</b>	<b>149.907</b>	<b>70,8</b>
Castilla La Mancha	9.812	5.603	57,1
Baleares	4.415	2.340	53,0
Andalucía	41.570	18.907	45,5

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según cobertura de vacunación.

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

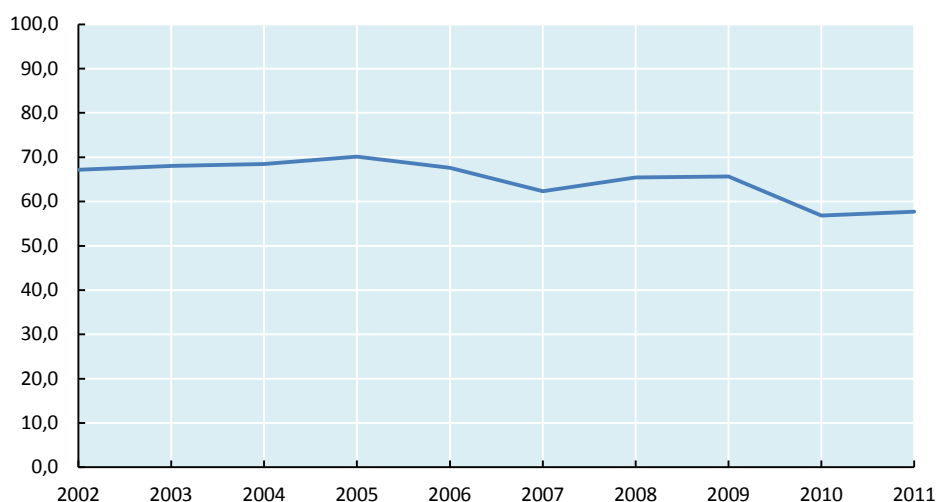
## 7.5 Vacunación de la gripe estacional en personas mayores

La gripe es una enfermedad infecciosa común que afecta a personas de todas las edades, con un alto impacto en la salud de la población y en la asistencia sanitaria de un país.

En ciertos momentos del año la gripe puede poner al sistema sanitario bajo una enorme presión asistencial. La repercusión en cuanto a morbilidad es mayor entre las personas de edad avanzada y las que padecen trastornos crónicos.

La cobertura de vacunación de la gripe estacional en personas de 65 años y mayores está disminuyendo en los últimos años aunque se mantiene en porcentajes cercanos al 60%.

Gráfico 7.6. Evolución de la cobertura de vacunación frente a la gripe en personas mayores de 65 años. España 2002-2011



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS-BD), Agosto 2013.

Tabla 7.14. Cobertura de vacunación frente a la gripe en personas mayores de 65 años por comunidades autónomas

	<b>2011</b>
Castilla y León	70,8
La Rioja	69,2
País Vasco	68,1
Cantabria	67,6
Navarra	66,0
Madrid	60,2
Castilla - La Mancha	59,7
Canarias	59,5
Aragón	58,8
Asturias	58,4
<b>España</b>	<b>57,7</b>
Extremadura	56,3
Galicia	55,2
Cataluña	55,0
Comunidad Valenciana	54,1
Murcia	53,1
Andalucía	52,8
Baleares	50,2
Melilla	32,9
Ceuta	31,6

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS-BD), Agosto 2013.

## 7.6 Cribado de cáncer de mama

Dentro de los tumores el responsable de mayor mortalidad en las mujeres es el cáncer de mama.

A 8 de cada 10 mujeres de 50 a 69 años (77,1%) se les había realizado una mamografía en los dos últimos años independientemente de si había sido indicada o efectuada por el sistema sanitario público o privado.

Tabla 7.15. Porcentaje de mujeres de 50 a 69 años con mamografía realizada

	<b>2011</b>
Navarra	88,8
Murcia	86,9
País Vasco	86,5
Cataluña	83,7
Galicia	83,3
Castilla - La Mancha	80,9
Madrid	80,2
Extremadura	77,9
Aragón	77,2
<b>España</b>	<b>77,1</b>
Cantabria	76,9
Canarias	76,6
Asturias	75,9
Castilla y León	74,5
Comunidad Valenciana	71,2
La Rioja	69,7
Andalucía	66,3
Baleares	65,1
Ceuta	40,2
Melilla	33,7

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según el valor del último año.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS-BD). Agosto 2013. Dato parte de la Encuesta Nacional de Salud de España.

Las mujeres con nivel de estudios más bajos son las que presentan un porcentaje menor de realización de una mamografía en el periodo recomendado (70%) y más del 10% de este grupo nunca se ha realizado una mamografía.

Por el contrario las de estudios secundarios de 2ª etapa o enseñanzas profesionales de Grado Superior o equivalentes son las que en un porcentaje mayor (82%) se la han realizado.

Tabla 7.16. Realización de mamografía en el periodo recomendado para el cribado de cáncer de mama. Distribución porcentual según nivel de estudios. Mujeres de 50 a 69 años

	Total	En los últimos 2 años	Más de 2 pero menos de 3 años	Más de 3 años	Nunca
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>77,05</b>	<b>9,48</b>	<b>5,89</b>	<b>7,59</b>
No sabe leer o escribir o estudios primarios incompletos	100	70,0	12,3	6,9	10,9
Estudios Primarios completos	100	79,1	8,2	5,9	6,8
Estudios Secundarios de 1ª etapa	100	75,4	10,0	6,6	8,0
Estudios Secundarios de 2ª etapa o enseñanzas profesionales de Grado Superior o equivalentes	100	82,0	7,2	4,9	5,9
Universitarios	100	79,2	10,1	4,2	6,5

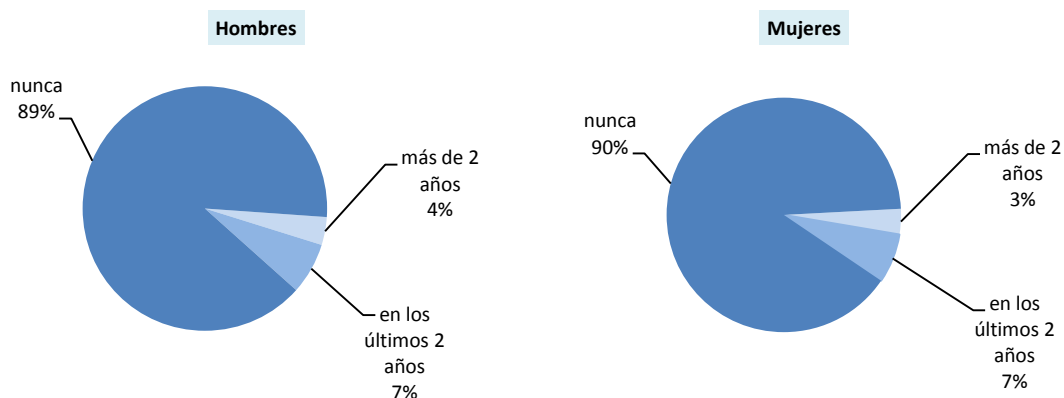
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España, 2011/12.

## 7.7 Sangre oculta en heces

El análisis de sangre oculta en heces se recomienda en la estrategia del cáncer, que incluye el cáncer de colon como uno de los más frecuentes en ambos sexos; en 2011 fue la causa de defunción de 6.687 hombres y 5.000 mujeres.

Según la ENS de 2011/12, a 9 de cada 10 hombres y mujeres de 50 a 69 años nunca se les había practicado una prueba de sangre oculta en heces. Se le ha realizado la prueba, en los últimos dos años, alrededor de un 7%.

Gráfico 7.7. Realización de prueba de sangre oculta en heces. Distribución porcentual según sexo en población de 50 a 69 años



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España, 2011/12.

## 8 Gasto Sanitario

### 8.1 Evolución del gasto sanitario

Según el Sistema de Cuentas de Salud, el gasto total del sistema sanitario español, entendiendo éste como la suma de los recursos asistenciales públicos y privados, ascendió en el año 2011 a 98.860 millones de euros (72.217 millones financiados por el sector público y 26.643 millones financiados por el sector privado).

Tabla 8.1. Gasto sanitario total, público y privado. Millones de euros, estructura porcentual, porcentaje sobre el producto interior bruto (PIB) y euros por habitante

	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Millones de euros</b>					
Gasto sanitario total	89.422	97.250	100.872	100.770	98.860
Gasto sanitario público	64.253	71.028	75.378	74.773	72.217
Gasto sanitario privado	25.169	26.222	25.495	25.998	26.643
<b>Estructura porcentual</b>					
Gasto sanitario total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Gasto sanitario público	71,9	73,0	74,7	74,2	73,0
Gasto sanitario privado	28,1	27,0	25,3	25,8	27,0
<b>Porcentaje sobre PIB</b>					
Gasto sanitario total	8,5	8,9	9,6	9,6	9,3
Gasto sanitario público	6,1	6,5	7,2	7,1	6,8
Gasto sanitario privado	2,4	2,4	2,4	2,5	2,5
<b>Euros por habitante</b>					
Gasto sanitario total	1.978	2.107	2.158	2.143	2.095
Gasto sanitario público	1.421	1.539	1.612	1.590	1.530
Gasto sanitario privado	557	568	545	553	565

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud, 2007-2011.

En el período 2007-2011, la participación del gasto sanitario público sobre el total del gasto sanitario aumentó 1,1 puntos porcentuales, ya que pasó de un 71,9% en 2007 a un 73% en 2011.

Durante este quinquenio, la tasa media anual de crecimiento del gasto sanitario total fue de un 2,5%. Mientras que el gasto sanitario público presentó una tasa de crecimiento del 3%, el gasto privado creció de forma más suave, con una media de un 1,4%.

Sin embargo, en el 2011, los componentes del gasto sanitario se comportaron de manera opuesta. Así, el gasto sanitario público se redujo un 3,4% al tiempo que el gasto sanitario privado se incrementó un 2,5%.



De este modo, el gasto sanitario total representó un 9,3% del PIB, del cual un 6,8% fue financiado con recursos públicos y un 2,5%, con recursos privados.

En relación a la población, el gasto sanitario total aumentó de 1.978 euros por habitante en el año 2007 a 2.095 euros por habitante en 2011, lo que supone un incremento anual medio del 1,4 % en el quinquenio.

## 8.2 Gasto sanitario según función

El gasto en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación, en el año 2011 alcanzó 56.316 millones de euros, absorbiendo más de la mitad del gasto sanitario total.

Tabla 8.2. Gasto sanitario total según función de atención de la salud (millones de euros)

	2007	2008	2009	2010	2011
Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación	49.130	54.372	56.067	55.873	56.316
Servicios de atención de larga duración	8.357	8.975	9.931	10.830	10.328
Servicios auxiliares de atención de la salud	4.332	4.865	5.121	5.126	5.199
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	19.114	20.396	20.973	21.155	19.910
Servicios de prevención y de salud pública	2.175	2.244	2.691	2.272	2.125
Administración de la salud y los seguros médicos	3.008	3.047	3.204	3.018	3.008
Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud	3.305	3.351	2.885	2.496	1.974
<b>Gasto sanitario total</b>	<b>89.422</b>	<b>97.250</b>	<b>100.872</b>	<b>100.770</b>	<b>98.860</b>

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud, 2007-2011.

Así, en 2011, un 57% del gasto sanitario total se destinó a servicios de asistencia curativa y de rehabilitación. Le siguen en importancia el gasto en productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios, con un 20,1%, el gasto en servicios de atención de larga duración, con un 10,4%, y el gasto en servicios auxiliares de atención de la salud, que supuso un 5,3% del gasto sanitario total.

El peso del gasto en las principales funciones de atención de la salud durante el período 2007-2011 evolucionó de manera diferente: mientras que los gastos en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación, en servicios de atención de larga duración y en servicios auxiliares de atención de la salud se incrementaron 2,0 puntos porcentuales, 1,1 puntos porcentuales y 0,4 puntos porcentuales, respectivamente, el gasto en productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios bajó 1,2 puntos porcentuales.

El gasto en servicios de atención de larga duración es el que en el quinquenio 2007-2011 experimentó la mayor tasa anual media de crecimiento, cifrada en un 5,4%, seguido del gasto en servicios auxiliares, con un 4,7%, y en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación, con un 3,5%.

En el último año disminuyó el gasto en todas las funciones de atención de la salud, excepto en servicios auxiliares y en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación. Si no se tiene en cuenta la evolución del gasto en formación de capital de las instituciones proveedoras de atención de la salud, las diferencias se produjeron en servicios de prevención y de salud pública, en productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios y en servicios de atención de larga duración.

### 8.3 Gasto sanitario según proveedor

Según el proveedor de atención sanitaria, el gasto de los hospitales, que en 2011 ascendió a 41.704 millones de euros, supone el mayor porcentaje del gasto sanitario total.

Tabla 8.3. Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud (millones de euros)

	2007	2008	2009	2010	2011
Hospitales	35.757	40.045	41.595	41.096	41.704
Establecimientos de atención medicalizada y residencial	5.277	5.590	6.335	7.125	6.324
Proveedores de atención ambulatoria	23.944	25.855	26.095	26.155	25.790
Minoristas y otros proveedores de productos médicos	19.114	20.396	20.973	21.155	19.909
Suministro y administración de programas de salud pública	925	820	1.197	796	779
Administración general de la salud y los seguros médicos	3.463	3.579	3.659	3.337	3.264
Otras ramas de actividad	938	962	1.016	1.105	1.088
Resto del mundo (*)	4	3	2	2	1
<b>Gasto sanitario total</b>	<b>89.422</b>	<b>97.250</b>	<b>100.872</b>	<b>100.770</b>	<b>98.860</b>

Observaciones: (\*) Incluye las cuotas de las Organizaciones Sanitarias Internacionales. Para Ingesa incluye algunas medicinas que, aunque no pueden venderse en España, son necesarias para tratamientos específicos.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud, 2007-2011.

Concretamente, en 2011, un 42,2% del gasto sanitario total fue generado por los hospitales. El gasto de los proveedores de atención ambulatoria se sitúa en un 26,1%, el de los minoristas y otros proveedores de productos médicos, en un 20,1%, y el de los establecimientos de atención medicalizada y residencial, en un 6,4 %.

La contribución del gasto de los principales proveedores de atención de la salud al gasto sanitario total fue dispar en el período 2007-2011: el gasto de los hospitales se incrementó 2,2 puntos porcentuales, el gasto de los establecimientos de atención medicalizada y residencial aumentó 0,5 puntos porcentuales, el gasto de los proveedores de atención ambulatoria se redujo 0,7 puntos porcentuales y el gasto de los minoristas y otros proveedores de productos médicos (principalmente, farmacias) disminuyó 1,2 puntos porcentuales.

En el quinquenio 2007-2011, el gasto de los establecimientos de atención medicalizada y residencial es el que tuvo la mayor tasa anual media de crecimiento, un 4,6%, seguido del gasto de los hospitales, un 3,9% y del gasto de las otras ramas de actividad<sup>8</sup>, un 3,8%.

En el último año, con la excepción de los hospitales, descendió el gasto de todos los proveedores de atención de la salud. Las principales bajadas se produjeron en los establecimientos de atención medicalizada y residencial, (11,2%), en los minoristas y otros proveedores de productos médicos, (5,9%) y en la administración general de la salud y los seguros médicos, (2,2%).

## 8.4 Gasto sanitario según agente de financiación

El gasto sanitario de las administraciones públicas en el año 2011 se cifró en 72.217 millones de euros, contribuyendo a casi las tres cuartas partes del gasto sanitario total.

Tabla 8.4. Gasto sanitario total según agente de financiación (millones de euros)

	2007	2008	2009	2010	2011
Administraciones públicas	64.253	71.028	75.378	74.773	<b>72.217</b>
Administración central	623	609	918	550	508
Administraciones regionales	58.048	64.493	68.537	68.522	66.066
Administraciones locales	1.079	1.154	1.277	1.008	976
Administraciones de seguridad social	4.502	4.772	4.645	4.692	4.668
Sector privado	25.169	26.222	25.495	25.998	<b>26.643</b>
Empresas de seguro privadas	5.619	5.632	5.752	5.404	5.490
Pagos directos de los hogares	18.285	19.729	19.081	19.936	20.417
Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares <sup>a</sup>	619	341	374	406	373
Sociedades (excepto seguros médicos) <sup>b</sup>	646	520	287	252	363
<b>Gasto sanitario total</b>	<b>89.422</b>	<b>97.250</b>	<b>100.872</b>	<b>100.770</b>	<b>98.860</b>

Observaciones: <sup>a</sup> La serie presenta una ruptura en el año 2008 por cambio de base en la Contabilidad Nacional de España. <sup>b</sup> Únicamente incluye gastos de capital.  
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud, 2007-2011.

Desde 2009, año en que finalizó la tendencia alcista que venía experimentando históricamente el gasto sanitario, el gasto de las administraciones públicas disminuyó un 4,2%, lo que traduce el efecto de las medidas extraordinarias para la reducción del déficit público adoptadas a partir de mayo de 2010 a consecuencia de la crisis económica. De hecho, entre los mayores descensos del gasto sanitario público, cabe destacar el de los productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos, que, desde el año 2009, cayó un 8,9%.

En relación con el gasto privado, son los hogares los que aportaron una mayor contribución a la financiación, con una participación del 76,6%. Un 45,8% de los "gastos de bolsillo" de los hogares en sanidad se destinó a servicios de asistencia curativa y de rehabilitación; un 36,5%, a productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios; un 17,2%, a servicios de atención de larga duración; y un 0,5%, a servicios auxiliares de atención de la salud.

## 8.5 Gasto sanitario público del sector comunidades autónomas

El gasto sanitario público consolidado del sector comunidades autónomas en el año 2011 supuso 62.169 millones de euros, lo que representa el 5,9 % del PIB<sup>9</sup>.

Extremadura con un 9,9%, Castilla-La Mancha con un 8,3% y Murcia con un 8,1%, son las comunidades que presentaron en el año 2011 un porcentaje del gasto sanitario sobre el PIB más elevado. Madrid con un 4,4%, Baleares con un 4,8% y Cataluña con un 5,1%, se situaron en el extremo opuesto.

Tabla 8.5. Gasto sanitario público consolidado según comunidades autónomas

	Millones de euros	%sobre PIB	Euros por habitante
País Vasco	3.566	5,4	1.632
Asturias	1.721	7,6	1.591
Murcia	2.266	8,1	1.541
Navarra	988	5,3	1.538
Extremadura	1.693	9,9	1.526
Aragón	2.051	6,1	1.523
Castilla-La Mancha	3.067	8,3	1.450
La Rioja	461	5,7	1.428
Cataluña	10.120	5,1	1.342
<b>Total sector de gasto</b>	<b>62.169</b>	<b>5,9</b>	<b>1.322</b>
Comunidad Valenciana	6.717	6,6	1.313
Castilla y León	3.332	6,0	1.302
Madrid	8.418	4,4	1.297
Cantabria	767	5,8	1.293
Canarias	2.731	6,5	1.284
Galicia	3.556	6,3	1.272
Baleares	1.273	4,8	1.144
Andalucía	9.442	6,6	1.121

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según cuantía de euros por habitante.  
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Gasto Sanitario Público, 2011.

En 2011, un 45,0% del gasto sanitario público del sector fue originado por tres comunidades autónomas: Cataluña, Andalucía y Madrid, con 10.120, 9.442 y 8.418 millones de euros, respectivamente. La Rioja, Cantabria y Navarra son las comunidades que generaron el gasto más bajo, en valores absolutos.

En relación a su población, las comunidades con mayor gasto sanitario público fueron País Vasco (1.632 euros por habitante), Asturias (1.591 euros por habitante) y Navarra (1.538 euros por habitante). Las comunidades con menor gasto sanitario público fueron Andalucía (1.121 euros por habitante), Baleares (1.144 euros por habitante) y Galicia (1.272 euros por habitante).

El análisis de la distribución del gasto sanitario público entre las comunidades autónomas y la importancia que tiene el mismo dentro de cada una de las economías regionales se puede realizar, asimismo, a través del indicador de gasto sanitario como porcentaje del PIB.

El gasto total del sector Comunidades Autónomas en el último año sufrió un descenso del 2,1%. Las comunidades que más redujeron su gasto sanitario fueron Baleares un 18,8%, Cantabria un 10,6% y Castilla y León un 7,9%. Únicamente cuatro comunidades

incrementaron su gasto, con aumentos que oscilaron entre el 1,1% de Murcia y el 14,3% de Madrid.

Sin embargo, en el período 2007-2011, el gasto sanitario del sector experimentó un crecimiento anual medio del 3,3%. Por comunidades autónomas, destacan Murcia, con un incremento anual medio de gasto del 6,6%, Madrid, con un 5,6%, y Castilla-La Mancha, con un 4,9%. La Rioja y Cantabria son las únicas comunidades en las que el gasto sanitario descendió en términos anuales medios durante el último quinquenio.

Tabla 8.6. Gasto sanitario público consolidado según comunidades autónomas. Tasa de variación interanual 2011-2010 y tasa anual media de crecimiento (TAM)

	Tasa interanual 2011/2010	TAM 2007-2011
Madrid	14,3	5,6
Aragón	3,0	4,2
Asturias	2,9	4,9
Murcia	1,1	6,6
Navarra	-1,1	4,5
País Vasco	-1,1	4,2
La Rioja	-1,2	-4,6
Comunidad Valenciana	-1,3	4,7
<b>Total sector de gasto</b>	<b>-2,1</b>	<b>3,3</b>
Extremadura	-2,2	2,6
Canarias	-4,3	2,1
Castilla-La Mancha	-4,3	4,9
Cataluña	-5,3	3,1
Andalucía	-5,7	1,6
Galicia	-6,9	0,7
Castilla y León	-7,9	2,0
Cantabria	-10,6	-1,8
Baleares	-18,8	1,3

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor por el campo tasa de variación interanual 2011/2010. Cifras expresadas en tanto por cien.  
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Gasto Sanitario Público, 2011.

Tabla 8.7. Gasto sanitario público consolidado según comunidades autónomas.  
Estructura porcentual de la clasificación económica

	Remuneración de personal	Consumo intermedio	Conciertos	Transferencias corrientes	Gasto de capital
Castilla y León	57,0	14,1	5,1	21,6	2,2
Baleares	54,7	19,4	9,0	15,2	1,7
Cantabria	52,3	20,1	4,5	20,0	3,1
Castilla-La Mancha	51,9	18,8	6,7	19,7	2,9
Aragón	51,8	24,3	4,0	18,4	1,5
País Vasco	51,7	20,7	7,1	17,0	3,5
Andalucía	50,7	20,4	4,7	23,5	0,8
Extremadura	50,6	21,4	4,4	21,2	2,4
Galicia	49,5	18,7	5,6	23,7	2,5
Navarra	49,3	19,7	7,6	17,5	5,9
Canarias	49,1	19,7	10,0	20,0	1,2
Murcia	48,1	23,4	7,3	19,0	2,2
La Rioja	47,5	24,6	7,4	18,3	2,1
Total sector de gasto	46,1	22,6	9,3	19,9	2,0
Asturias	45,3	26,5	7,2	20,2	0,9
Madrid	44,3	30,8	8,2	15,6	1,1
Comunidad Valenciana	36,7	31,1	6,6	23,4	2,2
Cataluña	36,2	19,0	24,0	18,1	2,8

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor por el campo "remuneración de personal". Para el cálculo de los porcentajes, se excluye el gasto en consumo de capital fijo (amortizaciones), que la EGSP únicamente recoge para los agentes de gasto considerados fundaciones.  
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Gasto Sanitario Público, 2011.

En 2011, el sector Comunidades Autónomas destinó de media, un 46,1% del gasto sanitario público para cubrir las remuneraciones de los trabajadores; en importancia le siguen los gastos en consumos intermedios, con un 22,6%, los gastos en transferencias corrientes, que suponen un 19,9%, y los gastos en compras al sector privado a través de conciertos, que representan un 9,3% del gasto sanitario público.

## 9 Estrategias del Sistema Nacional de Salud

### 9.1 Estrategias de Salud

La elaboración de estrategias del Sistema Nacional de Salud, tiene como objetivo mejorar la calidad en la atención sanitaria en determinadas patologías de gran prevalencia o coste social y económico, de manera conjunta y coordinada entre todos los servicios de salud de las comunidades y ciudades autónomas, con el fin de reforzar los principios de equidad y cohesión en la asistencia sanitaria de todos los ciudadanos.

La elaboración de las estrategias es un proceso bien definido y consolidado, y corresponde al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), a propuesta del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, decidir las patologías concretas sobre las que actuar.

Esta decisión lleva aparejada, una vez consensuadas y aprobadas por el CISNS, distintas actuaciones de implementación, sensibilización, formación e investigación que son impulsadas por las comunidades autónomas.

En el año 2012 se encontraban en marcha las estrategias en cáncer, cardiopatía isquémica, diabetes, salud mental, cuidados paliativos, Ictus, EPOC, enfermedades raras, cronicidad, y enfermedades reumáticas y musculo esqueléticas. En el año 2012, fueron presentadas y aprobadas por el CISNS las estrategias de cronicidad y de enfermedades reumáticas y musculo esqueléticas.

Uno de sus mayores potenciales sigue siendo la incorporación en su elaboración de gran parte de los actores implicados en cada una de las patologías: los profesionales a través de sus sociedades científicas, los pacientes a través de sus asociaciones, los investigadores a través de instituciones como institutos, agencias, universidades, centros de investigación biomédica en red u otros organismos dedicados al tema, y la Administración tanto estatal como autonómica. Todos ellos participan en los Comités Institucional y Técnico de cada estrategia.

Su evaluación se realiza periódicamente. Para ello, se procede a la recogida de la información de los indicadores y tras su análisis se elabora un informe para el CISNS. En 2012, se presentaron y aprobaron por el CISNS los resultados de la evaluación de las estrategias de ictus y enfermedades raras. Un avance importante en la implantación de la estrategia de ictus ha sido la creación de unidades de ictus en todas las comunidades autónomas. En cuanto a las enfermedades raras, la estrategia ha contribuido a la visibilización, reconocimiento y manejo de las mismas y en el impulso a la investigación.



Tabla 9.1. Situación de las Estrategias en Salud del Sistema Nacional de Salud

Estrategias del SNS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Cáncer	APR		EVA	ACT			
Cardiopatía Isquémica	APR		EVA	ACT			EVA
Salud mental	APR			EVA y ACT			
Cuidados paliativos		APR			EVA y ACT		
Diabetes	APR				EVA		ACT
Ictus			APR				EVA
EPOC				APR			EVA
Enfermedades raras				APR			EVA
Cronicidad							APR
Enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas							APR

Observaciones: APR = aprobada, EVA= evaluada, ACT= actualizada

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Calidad y Cohesión.

En cada estrategia, tras su evaluación, se procede a revisar y modificar, si es necesario, los objetivos y recomendaciones de la misma, teniendo en cuenta la nueva evidencia científica disponible y los resultados del proceso de evaluación. En 2012, se procedió a la actualización de la estrategia de diabetes tras el análisis de los resultados de su evaluación e identificación de las áreas de mejora por el comité de seguimiento y evaluación.

La difusión del resultado de evaluación y actualización de las estrategias se presenta en los encuentros científicos organizados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y a través de los canales oficiales de las consejerías de salud y las sociedades científicas participantes, así como en publicaciones en revistas científicas.

## 9.2 Red Española de Escuelas de Salud para Ciudadanos

Entre los objetivos de la Estrategia para el Abordaje a la Cronicidad del SNS está que los profesionales del Sistema Nacional de Salud compartan con toda la ciudadanía la responsabilidad en los cuidados de salud y en la utilización adecuada de los servicios sanitarios y sociales. Para lograrlo se plantea la necesidad de promover actuaciones encaminadas a sensibilizar a los profesionales y a la población, garantizando que las personas cuenten con la información adecuada y suficiente que les permita tener una actitud activa y de compromiso con su autocuidado, haciéndoles partícipes en la toma de decisiones sobre su salud.

Para ello, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en su sesión plenaria del 27 de junio de 2012, aprobó la creación de la Red Española de Escuelas de Salud para Ciudadanos, herramienta transversal de soporte a las estrategias, que tiene como objetivo impulsar y reforzar la capacitación de las personas y de la comunidad para promover la autonomía, el autocuidado y los estilos de vida saludables.

Con la Red se pretende potenciar la creación y el impulso de iniciativas y experiencias de escuelas de pacientes, programa de paciente activo y programas de paciente experto, escuelas de ciudadanos, redes de cuidadores profesionales y no profesionales y otras fórmulas de apoyo al autocuidado en todas las comunidades autónomas. Apostando por la equidad al dar participación a los ciudadanos para la mejora del cuidado de su salud y para ofrecernos su opinión como usuarios del sistema sanitario y así acometer acciones más efectivas.

### 9.3 Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud

El 29 de febrero de 2012, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el desarrollo y actualización de la cartera de servicios del SNS con la creación de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS que se encargará de evaluar las técnicas y procedimientos médicos, bien para su inclusión, exclusión y /o modificación de las condiciones de uso en la cartera de servicios del SNS <sup>10</sup>.

El 3 de octubre de 2012, en el Consejo Interterritorial del SNS, con la ratificación del Pleno, se aprobó la Orden que crea la Red Española de Agencias de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS. La previsión de la creación de la Red de Agencias de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS ha sido recogida en el Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y seguridad de sus prestaciones, al modificar los artículos 20 y 21 de la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Su objetivo es fundamentar la toma de decisiones sobre la incorporación, condiciones de financiación o desinversión y uso apropiado de las tecnologías sanitarias, mediante la aplicación global en todo el territorio nacional a través de los servicios de salud correspondientes, con el fin de promover la equidad y sostenibilidad del SNS <sup>11</sup>.

La Red está formada por:

- Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria del Instituto Carlos III (AETS)
- Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria del País Vasco (OSTEBA)

- Unidad de Evaluación de Tecnología Sanitaria de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid (UETS)
- Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria de Galicia (Avalia-t)
- Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud de Cataluña (AIQS)
- Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria de Andalucía (AETSA)
- Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de Salud (SESCS)
- Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS)
- Unidades u Organizaciones del Sistema Nacional de Salud, designadas al efecto por las Comunidades Autónomas.

Las funciones de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS son:

- Actuar de forma consensuada y conjunta ante los organismos de coordinación del Estado en materia de salud e investigación en servicios sanitarios.
- Colaborar en la identificación y priorización de necesidades y oportunidades en evaluación de tecnologías sanitarias.
- Colaborar, sobre la base de estructuras preexistentes y participando en otros organismos internacionales, en la detección de tecnologías y prestaciones emergentes.
- Colaborar con la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, órgano responsable de organizar los usos tutelados en el SNS, en los proyectos relacionados con los mismos y en todos los aspectos relacionados con la actualización de la cartera de servicios.
- Participar en la elaboración, adaptación y actualización de las guías de práctica clínica, en el marco del Programa de Guías de Práctica Clínica en el SNS gestionado por Guía Salud.
- Gestionar de forma coordinada la elaboración de los informes de evaluación de tecnologías sanitarias.
- Fomentar la evaluación económica de las tecnologías sanitarias y su incorporación activa junto a las dimensiones éticas, sociales, legales y organizativas en la información clave para la toma de decisiones cuando sea necesario.
- Favorecer la difusión e implementación de los informes de evaluación de tecnologías sanitarias a nivel nacional mediante actividades de información y formación dirigidas a profesionales en los diferentes niveles de decisión y en los distintos ámbitos del SNS.
- Promover y garantizar la presencia y la participación activa de la Red en los foros y organismos internacionales de forma colegiada, siendo compatible esta participación con la participación individual de cada uno de los miembros de la

red en los foros, organismos, programas o proyectos internacionales que así lo requieran o posibiliten.

- Promover iniciativas y programas a nivel internacional, en el campo de la evaluación de las tecnologías sanitarias, en particular en el marco de la Unión Europea y los países de habla hispana.

## 9.4 e-Salud

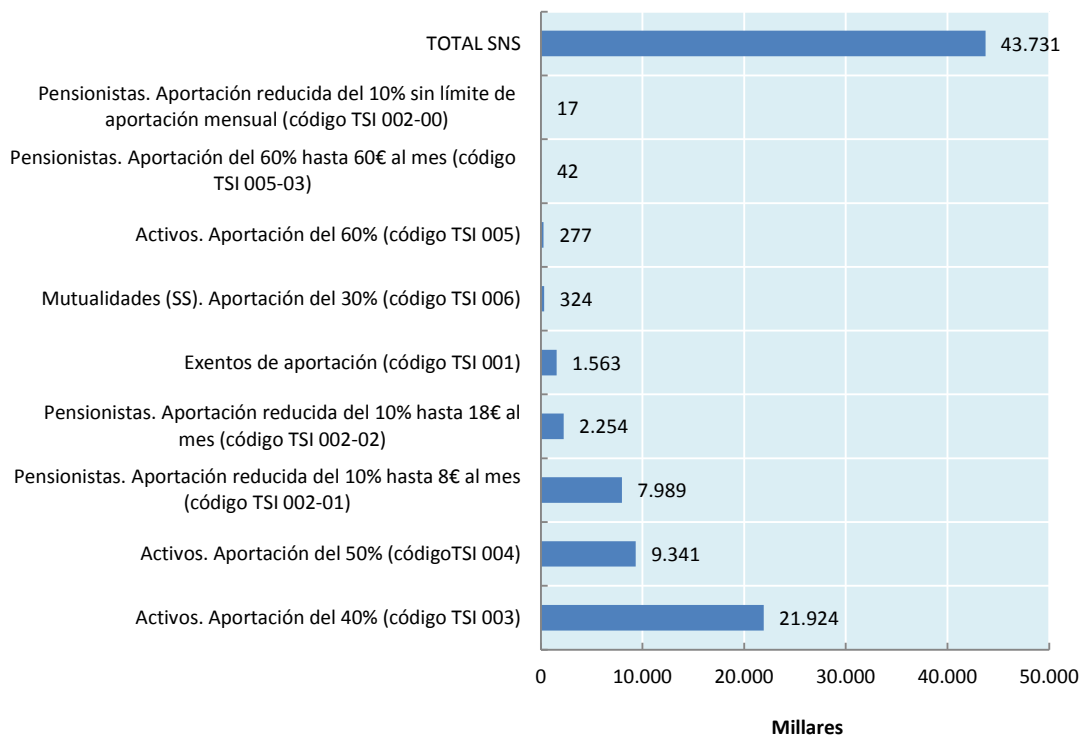
### 9.4.1 Tarjeta Sanitaria

La efectividad del derecho a la protección de la salud en el conjunto del SNS precisa de un sistema normalizado de identificación de todas las personas sujeto del derecho. Dicha identificación se efectúa a través de la Tarjeta Sanitaria (TSI) emitida por cada comunidad autónoma para la población residente en su territorio. Para facilitar su gestión, y con el objetivo de poder reconocer de manera segura y unívoca a cada persona, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad registra a los usuarios en una base de datos de Población Protegida del SNS y genera para cada persona un código de identificación personal único y vitalicio. El código actúa como clave de vinculación de cuantos otros códigos de identificación personal autonómicos pueda tener asignados a lo largo de su vida. Esto va a permitir la posterior recuperación de la información clínica que se encuentre asociada a dichos códigos.

La Base de datos Común de Población Protegida es una de las herramientas estratégicas del SNS, mantenida por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, registra la información básica de los usuarios del sistema sanitario público.

El sistema TSI-SNS se construyó tras las transferencias sanitarias de 2001, mediante una incorporación progresiva de las comunidades autónomas que finalizó en el año 2010. En junio de 2012, con el fin de adaptarse a lo establecido en el RDL 16/2012, se llevó a cabo su conexión y actualización con datos procedentes del INSS, organismo responsable del reconocimiento de la condición de asegurado y beneficiario y de asignar el tipo de aportación a la prestación farmacéutica de cada persona.

Gráfico 9.1. Población asegurada (titulares y beneficiarios) del SNS



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos Tarjeta Sanitaria Individual del SNS (BDTSI-SNS), Diciembre 2012.

En el año 2012 se gestionaron 60,6 millones de mensajes y se ejecutaron 23,5 millones de transacciones a través de este sistema entre las administraciones implicadas.

#### 9.4.2 Historia Clínica Electrónica

Las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) están cada vez más extendidas en el sistema sanitario y se han convertido en una herramienta habitual en su funcionamiento cotidiano. El elemento nuclear es la Historia Clínica Electrónica, que integra la información clínica y de gestión asistencial relevante para los profesionales sanitarios que intervienen sobre un mismo paciente, fruto de las observaciones y decisiones a lo largo del proceso asistencial. La información clínica debe estar igualmente accesible para el propio paciente, en los formatos adecuados y con las normas de seguridad y confidencialidad pertinentes.

Los Servicios de Salud autonómicos, fundamentalmente desde el inicio del siglo XXI, han logrado una implantación generalizada de sistemas historia clínica electrónica, capaces de ofrecer en su ámbito las utilidades mencionadas. Sin embargo, en un sistema sanitario distribuido autonómicamente como es el español, en el que unos 4 millones de personas

reciben cada año atención médica en una comunidad autónoma distinta de la suya, es necesario superar el ámbito autonómico, extendiendo los beneficios que proporciona la tecnología respecto a la información clínica a nivel nacional.

Por este motivo, el Ministerio lleva impulsando desde el año 2006 un sistema de interoperabilidad entre las historias clínicas de las comunidades autónomas, de manera que cuando los ciudadanos se desplacen de una comunidad a otra, los datos más importantes de su historia clínica se encuentren a disposición de los profesionales médicos o de enfermería que les atiendan. Del mismo modo, las personas deben poder acceder por vía electrónica a los datos resumidos más relevantes de su historia clínica, así como controlar desde qué centros y servicios se ha accedido a esta información que les atañe.

A finales del año 2012, se encontraban integradas en este sistema común 10 comunidades autónomas con diferente grado de desarrollo del proyecto en cada una de ellas, de manera que existe información clínica de 15.710.888 personas que disponían de informes clínicos en condiciones de interoperabilidad consultada. Ello supuso un crecimiento del 163,3% respecto al año 2011, que se cerró con 4 comunidades conectadas con perfil emisor y un total de 6.215.443 ciudadanos con cobertura.

En algunos casos las CCAA estaban en condiciones de emitir informes clínicos de sus pacientes (perfil emisor) y podían consultar informes clínicos de pacientes de otras comunidades (perfil receptor). En otros casos la comunidad autónoma solo disponían de perfil emisor o receptor.

Gráfico 9.2. Situación de la historia clínica electrónica en las comunidades autónomas según el nivel de servicios



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos de la Historia Clínica Digital del SNS, 2012.

### 9.4.3 Receta electrónica

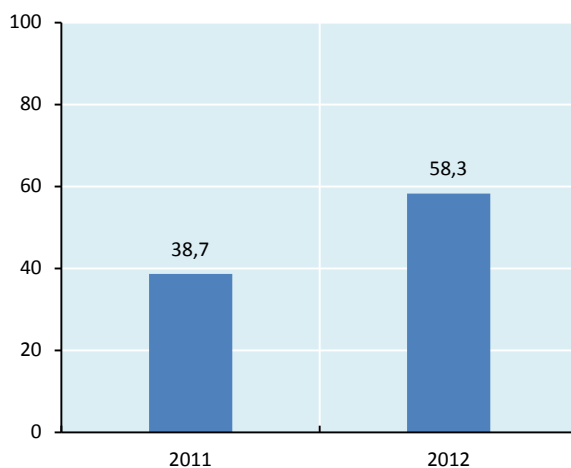
Del mismo modo, la introducción de un sistema electrónico para la gestión de la prestación farmacéutica por receta es otro objetivo en el que llevan trabajando largo tiempo en las comunidades autónomas en su ámbito de competencia. Durante 2012 ha continuado el proceso de implantación de la receta electrónica, fundamentalmente en los centros de salud de SNS, pasando respecto del año anterior de 8 a 12 las comunidades autónomas que la tienen implantada generalizadamente o en fase avanzada de extensión.

Gráfico 9.3. Implantación de la receta electrónica en los centros de salud



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012.

Gráfico 9.4. Porcentaje de recetas electrónicas dispensadas



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

Casi 6 de cada 10 recetas dispensadas (58,3%) lo han sido utilizando la receta electrónica.

El conocimiento de este sistema, en el conjunto de España, alcanzaba a más de la mitad de los ciudadanos que sabían que existía la prescripción de medicamentos a través de receta electrónica y el 39,9 % manifestó, además, haberla utilizado.

Tabla 9.2. Conocimiento de la receta electrónica

<i>"¿Sabe Ud. si en esta Comunidad Autónoma existe el "sistema de receta electrónica"? Es decir, el sistema que permite que en la farmacia se pueda acceder por ordenador a los medicamentos recetados por su médico".</i>		
	2011	2012
Sí, existe y ya la ha usado	27,8	30,9
Sí, existe pero a Ud. no le han hecho recetas por esa vía	24,4	22,6
No existe	7,0	7,8
No sé si existe	40,6	38,3
NC	0,2	0,3

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario, 2012.

Para la mayoría de las personas que lo han usado, la principal utilidad que les aporta este sistema es que evita tener que hacer visitas a los médicos exclusivamente para que les expidan recetas (83,3% de respuestas, en pregunta con multirrespuesta).

El 38,8% cree que evita el acopio de medicamentos en los domicilios. Hay que tener en cuenta que el año anterior el 23,7% de los ciudadanos reconocían que guardaban en sus casas envases enteros sin utilizar de medicamentos recetados por sus médicos.

Desde el MSSSI se trabajó con las CCAA en el diseño de un sistema de interoperabilidad de la receta electrónica en el SNS, de manera que los pacientes pudieran retirar sus medicamentos en cualquier oficina de farmacia del país, independientemente del punto del sistema sanitario público donde se haya prescrito.

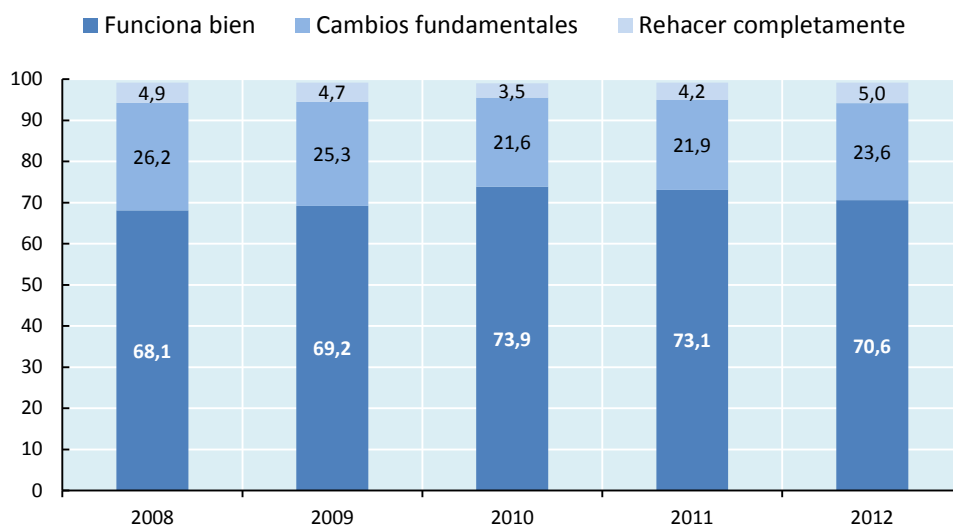


## 10 Percepción y opinión de los ciudadanos

### 10.1 Valoración del funcionamiento del sistema sanitario

Los ciudadanos valoraron favorablemente el funcionamiento del Sistema Sanitario español: 7 de cada 10 (70,6%) consideraban que funcionaba bastante bien o bien aunque precisaría algunos cambios.

Gráfico 10.1. Opinión (%) sobre el funcionamiento del sistema sanitario



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario, 2012.

El grado o nivel de satisfacción con el modo en cómo funcionaba el Sistema Sanitario Público en España se califica con 6,6 puntos.

La satisfacción medida con el funcionamiento del sistema sanitario público fue idéntica en hombres y mujeres.

Para conocer mejor la valoración que hacen los ciudadanos del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos se exploró la satisfacción con servicios asistenciales concretos.

Tabla 10.1. Valoración de los Servicios Sanitarios Públicos

*“Por su experiencia o por la idea que Ud. tenga, valore los siguientes servicios sanitarios públicos”.*  
**Escala de 1 “totalmente insatisfactorio” a 10 “totalmente satisfactorio”.**

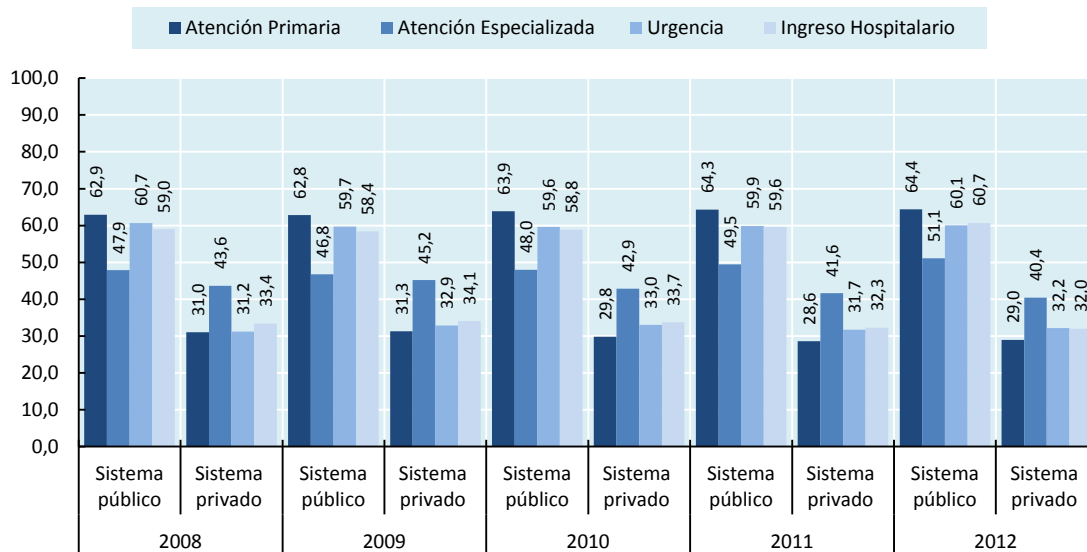
	2010	2011	2012
Atención primaria (consulta de médico de familia y de pediatra en centros de salud públicos)	7,1	7,3	7,3
Atención especializada (consultas de especialistas en centros públicos)	6,7	6,9	6,8
Urgencias en hospitales públicos	6,0	6,1	6,1
Ingreso y asistencia en hospitales públicos	6,7	6,9	6,8

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario, 2012.

## 10.2 Elección de servicio público o privado

Los ciudadanos siguen prefiriendo en 2012 los servicios públicos en mayor proporción que los privados.

Gráfico 10.2. Porcentaje en la elección de servicios sanitarios públicos o privados



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario, 2008-2012.

Si la posibilidad de elegir uno u otro tipo de servicio se hiciera teniendo en cuenta aspectos cualitativos concretos, como los que se relacionan en la tabla siguiente, los resultados muestran que los ciudadanos optarían por los servicios públicos al valorar cinco de ellos y por los centros privados al valorar otros dos.

Tabla 10.2. Porcentaje de aspectos cualitativos en la elección de servicios sanitarios públicos o privados

<i>En su caso particular, y siempre en la hipótesis de que Ud. pudiese elegir ¿Elegiría un servicio sanitario público o uno privado teniendo en cuenta...?</i>			
2012	Elegiría público	Elegiría privado	Ambos
La tecnología y los medios de que dispone	66,9	23	8,9
La capacitación de los médicos	61,0	18,2	19,7
La capacitación de la enfermería	60,2	18,4	19,8
La rapidez con que le atienden	32,6	61,5	4,9
La información que recibe sobre su problema de salud	49,5	31,2	17,8
El trato personal que Ud. recibe	45,1	38,7	15,3
El confort de las instalaciones	38,2	52,2	8,4

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario, 2012.

Se elegirían centros del sistema público por la tecnología y los medios de que disponen; por la capacitación de los profesionales médicos y la de los profesionales de enfermería; por la información que recibe [el paciente] sobre su problema de salud y por el trato personal que reciben [los usuarios].

Los dos aspectos que motivarían a los ciudadanos para elegir los centros privados son la *rapidez en la atención* y *el confort de las instalaciones*.

Respecto a la proporción de ciudadanos que manifestaron que optarían indistintamente por uno u otro sistema, los aspectos donde hay más acuerdo para una elección indistinta son la *capacitación de la enfermería* y la *capacitación de los profesionales médicos*.

### 10.3 Equidad en la prestación de los servicios

Una década después de completarse el proceso de transferencias de la gestión de los servicios sanitarios a las administraciones de las comunidades autónomas, casi una cuarta parte de los ciudadanos (23,9%) seguían sin tener una opinión formada acerca de los efectos que en la gestión de los servicios sanitarios ha tenido este hecho. Otra cuarta parte de las personas entrevistadas (24,8%) manifestaron que reciben mejores servicios sanitarios con la

gestión descentralizada, aunque este resultado se ha reducido 5 puntos desde 2008, pues entonces opinaban de esa manera el 30% de ciudadanos.

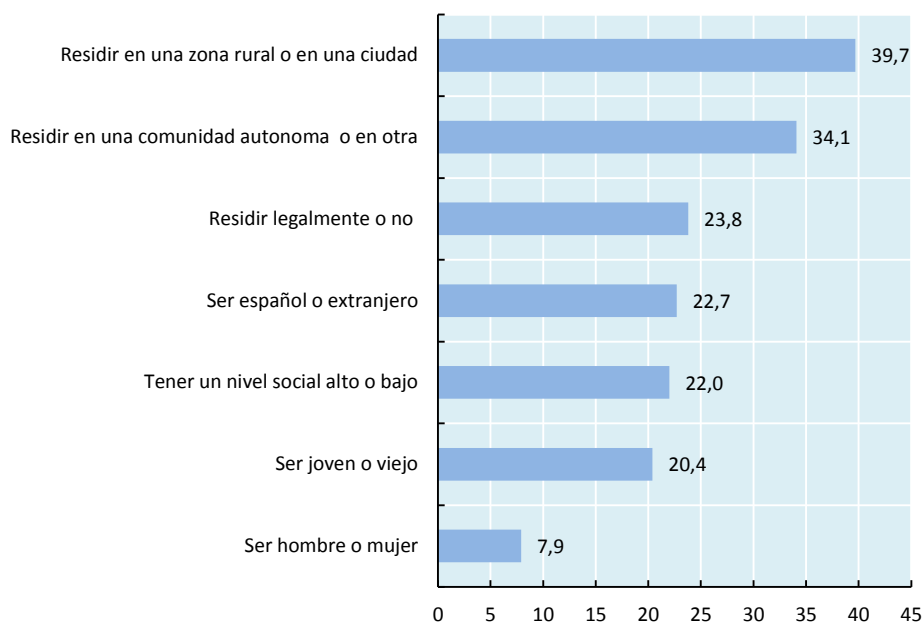
Para una proporción mayor (38,5%) los servicios que reciben gestionados por las comunidades autónomas, serían iguales a cómo eran con gestión centralizada. Para uno de cada diez ciudadanos (12,1%), las administraciones autónomas les ofrecen peores servicios que cuando la asistencia la prestaba la Administración Central.

Algo más de una tercera parte de las personas entrevistadas (36,5%) manifiestan que no tienen una opinión formada sobre si hay diferencia entre los servicios sanitarios que les presta su comunidad y los que ofrecen otras administraciones autonómicas.

La opinión más frecuente (34,6%) era que los servicios de su comunidad son iguales a los de otras autonomías. El 16,2% manifestaron que los servicios sanitarios de su comunidad autónoma son mejores que los que ofrecen las otras comunidades; para el 11,9% son peores.

Para más de 8 de cada 10 ciudadanos (82,5%) las administraciones autonómicas están obligadas a ponerse de acuerdo a la hora de ofrecer nuevos servicios a la población.

Gráfico 10.3. Opinión sobre la existencia de desigualdades en la prestación de servicios de la sanidad pública



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario, 2012.

La mayoría de los ciudadanos opinaban que en la prestación de los servicios del Sistema Nacional de Salud no hay diferencias por edad, nivel social o sexo, no obstante una parte consideraba que existe desigualdad en los servicios. La condición de hombre o mujer no se consideraba un factor de diferencia.

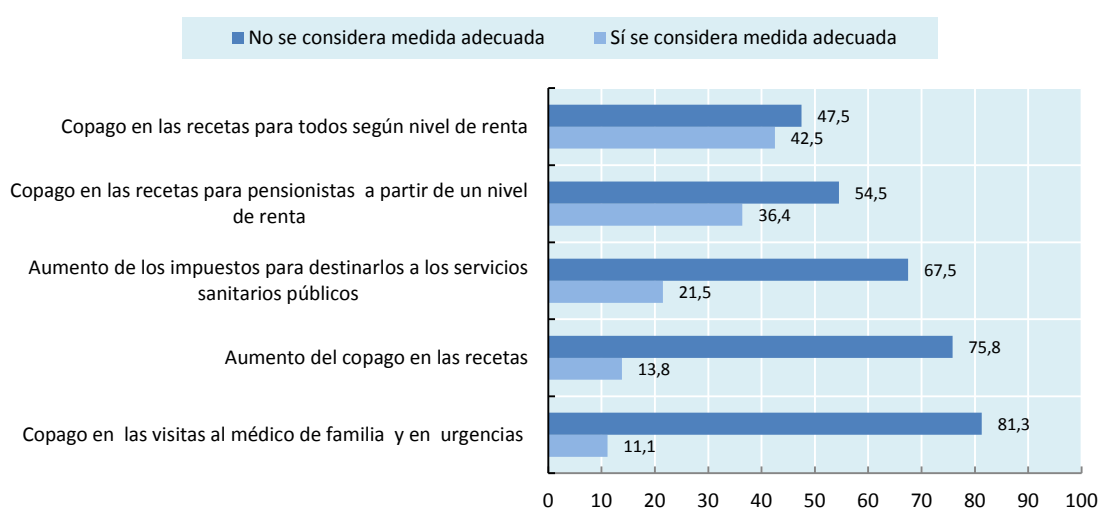
## 10.4 Opinión sobre medidas a tomar en los servicios sanitarios

El sistema sanitario, con una importante contribución a la cohesión social, tiene un elevado peso entre las áreas de interés de los ciudadanos.

Con el trasfondo de la crisis económica y financiera que atraviesa el país, el Barómetro Sanitario de 2012 se ha interesado por la opinión de los ciudadanos respecto a si los pacientes deben hacer aportaciones dinerarias por recibir servicios asistenciales y sobre la conveniencia de que la Administración considere necesario impulsar medidas que permitan mantener el servicio sanitario con las mismas prestaciones y cobertura e idéntico nivel de calidad.

La aceptación de estas medidas en general era baja. El menor grado de desacuerdo se producía en la posibilidad de que se aplique a todos los pacientes una aportación dineraria para adquirir los medicamentos en función de la renta disponible: el 42,5% están de acuerdo con aplicarlo frente al 47,5% de quienes la rechazaban.

Gráfico 10.4. Opinión (%) sobre la adecuación de medidas de copago sanitario



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario, 2012.

El mayor desacuerdo se producía con la posibilidad de que las visitas al médico de familia y a los servicios de urgencias tengan un coste económico: 8 de cada 10 personas muestran su desacuerdo con estas hipotéticas medidas.

También era mayoritario el desacuerdo (75,8%) con que se incremente la cantidad que actualmente abonan los pacientes en sus recetas, y con que se aumenten los impuestos para destinarlos a los servicios sanitarios públicos: casi 7 de cada 10 personas así lo manifestaron.

Los ciudadanos opinaban que los responsables políticos deben adoptar medidas reguladoras que impidan el abuso en la utilización de los servicios sanitarios públicos para asegurar su calidad y funcionamiento. La respuesta es favorable en proporción elevada: el 80,9% contesta que si se deben adoptar medidas.

## *LA REFORMA SANITARIA 2012*

---

### 11 Reforma Sanitaria 2012

El Sistema Nacional de Salud configurado como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración General de Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas, garantiza la protección de la salud y ha sido uno de los grandes logros de nuestro Estado del bienestar, por su calidad, su vocación universal, la amplitud de sus prestaciones, su apoyo en el esquema progresivo de los impuestos y la solidaridad con los menos favorecidos, lo que le ha situado en la vanguardia sanitaria como un modelo de referencia mundial.

Todos los países de la Unión Europea están analizando y adoptando medidas que permiten optimizar sus modelos asistenciales y farmacéuticos y, en especial, el gasto farmacéutico y su peso en el gasto sanitario. La implantación de medidas en este ámbito es muy intensa, en especial en los países a los que ha golpeado con más intensidad la crisis financiera y económica.

El endeudamiento de la sanidad pública y la situación de crisis económica que atraviesa España han puesto al descubierto debilidades en nuestro Sistema Nacional de Salud.

Los poderes públicos con el fin de gestionar de la manera más eficiente las capacidades del sistema, han realizado reformas orientadas a la sostenibilidad, la mejora de la eficiencia en la gestión, promover el ahorro y las economías de escala, introducir nuevas herramientas a través de las nuevas tecnologías, ganar en cohesión territorial, coordinar los servicios sanitarios y los sociales y, sobre todo, garantizar la igualdad de trato en todo el territorio nacional con una cartera básica de servicios comunes.

En definitiva, la reforma se presenta bajo el objetivo fundamental de garantizar la sostenibilidad y preservar la calidad del sistema sanitario público, asegurando siempre el derecho de los ciudadanos a la protección de su salud y a una asistencia sanitaria pública, gratuita y universal.

Para hacer realidad estos objetivos el Gobierno ha aprobado el Real Decreto-ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones en el que se contempla las grandes áreas de actuación.



## 11.1 Medidas sobre la asistencia sanitaria

### 11.1.1 Condición de asegurado

Todos los españoles, así como los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, son titulares del derecho a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria a través del Sistema Nacional de Salud.

El Real Decreto-ley 16/2012, mediante la modificación de la Ley 16/2003, ha venido a reforzar el marco normativo vigente sobre el acceso a la asistencia sanitaria, estableciendo un nuevo régimen jurídico que permite definir los supuestos de acceso al derecho de asistencia sanitaria pública a través de las figuras del asegurado y beneficiario.

Se ha tratado de poner fin a la multiplicidad de normas que han venido regulando la prestación de asistencia sanitaria y de clarificar cuales son las personas que pueden acceder a la misma y los requisitos que éstas deben cumplir, con el fin último de que el derecho a la salud sea garantizado.

Así, a partir del 24 de abril de 2012, fecha de entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012, tienen la condición de aseguradas, a efectos de la asistencia sanitaria en España, las siguientes personas:

- Trabajadores por cuenta ajena o por cuenta propia, pensionistas del sistema de Seguridad Social, perceptores de cualquier prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas las prestaciones y subsidios por desempleo, personas que hayan agotado la prestación o subsidio por desempleo y estén en situación de desempleo, y menores de edad sujetos a tutela administrativa.
- También tienen la condición de personas aseguradas quienes no se encuentren en ninguno de los supuestos anteriores, si son españoles residentes en España, nacionales de un Estado miembro de la Unión Europea (UE), del Espacio Económico Europeo (EEE) o de Suiza residentes en España y están inscritos en el Registro Central de Extranjeros y los nacionales de un tercer país que tengan autorización para residir en territorio español, siempre que no tengan ingresos superiores, en cómputo anual, a 100.000 euros y no tengan cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía.
- Tienen la condición de beneficiarios de un asegurado, el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad; el ex cónyuge a cargo del asegurado, descendientes o hermanos o hermanas que estén a cargo del mismo y sean menores de 26 años o mayores de dicha edad con una discapacidad en grado superior o igual al 65%; menores de edad sujetos a la tutela o acogimiento legal del asegurado o cónyuge.

- Las personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.

El reconocimiento como asegurado o beneficiario pasa a ser competencia del Instituto Nacional de la Seguridad Social y el derecho a la asistencia sanitaria se hace efectivo por las administraciones sanitarias competentes, que facilitarán el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de asistencia sanitaria mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual.

La nueva regulación ha supuesto su posterior desarrollo reglamentario<sup>12</sup> en relación con los mecanismos de reconocimiento de la condición de asegurado y con el convenio especial.

## 11.2 Medidas sobre la cartera de servicios

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, señala como uno de sus objetivos garantizar la equidad, de forma que el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud, se lleve a cabo en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y se posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos. La norma contempla que las prestaciones sanitarias del catálogo se harán efectivas mediante la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización recoge en sus diferentes anexos el contenido de la cartera de servicios comunes de las prestaciones sanitarias de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario<sup>13</sup>.

El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, ha diferenciado:

- la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud que comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública.
- la cartera común suplementaria que incluye aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y está sujeta a aportación del

usuario (prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, prestación con productos dietéticos y transporte sanitario no urgente).

- la cartera común de servicios accesorios que incluye todas aquellas actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico.

Esta norma ha supuesto un nuevo marco para la regulación de las prestaciones sanitarias, lo que se ha traducido en una serie de actuaciones desarrolladas conjuntamente por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y las Comunidades Autónomas que son las encargadas de hacer efectiva la cartera de servicios en sus respectivos ámbitos.

### 11.2.1 Cartera común básica

Durante 2012, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y las comunidades autónomas han trabajado en la concreción y actualización de la cartera de servicios del SNS en las áreas priorizadas por un grupo de trabajo que con este fin creó el Consejo Interterritorial el 29 de febrero de 2012.

El trabajo se ha desarrollado a través de Grupos de Expertos constituidos por profesionales designados por las comunidades autónomas y el Ministerio, con la participación de las Sociedades Científicas y la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS.

Los Grupos de expertos han elaborado una propuesta inicial en la que se detalla el contenido del apartado de la cartera, detectando servicios a excluir por obsoletos, otros en los que es necesario modificar sus condiciones de uso o protocolizar actuaciones y otros que no estando incluidos, hayan demostrado seguridad, eficacia y eficiencia, y que sería conveniente introducir en la cartera de servicios.

Las áreas en las que se ha trabajado son:

- Genética
- Reproducción humana asistida
- Cribados neonatales y cribados de cáncer
- Implantes quirúrgicos

A continuación, se señalan los resultados de los trabajos de cada uno de los Grupos:

*Genética:* Las enfermedades y trastornos de base genética son muy numerosos y de baja prevalencia en la mayoría de los casos lo que, unido al número elevado y la continua evolución de los análisis genéticos, hace necesario una norma que concrete el contenido de esta cartera, tanto en lo referente a las enfermedades como a los análisis clínicos que facilitan su diagnóstico y tratamiento. La

propuesta elaborada por el Grupo de expertos establece el marco en el que se encuadra la genética dentro de la cartera común básica de servicios asistenciales del SNS, definiendo los aspectos principales: consejo/asesoramiento genético (alcance y criterios de acceso e indicación) y análisis genéticos definiendo los requisitos generales que deben cumplir, los tipos de análisis que formarán parte de la cartera y los criterios de indicación de cada uno de ellos.

Por otra parte, propone crear un Comité de carácter meramente técnico vinculado a la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación (CPAF) que tiene como fin el asesoramiento en todo lo relativo a la genética en la cartera común básica de servicios del SNS y que entre sus funciones está la de estudiar la metodología para la actualización y concreción de la cartera común de servicios asistenciales de genética y el realizar propuestas de concreción y actualización de dicha cartera<sup>14</sup>.

*Reproducción humana asistida:* El Real Decreto 1030/2006, recogía la reproducción humana asistida para los pacientes con diagnóstico de esterilidad o indicación clínica establecida citando las técnicas que incluía sin concretar los aspectos operativos lo que se traducía en diferencias entre comunidades<sup>15</sup>.

El Grupo de expertos, valorando la evidencia científica de las diferentes técnicas de reproducción humana asistida, ha elaborado una propuesta que recoge los criterios de acceso a estos tratamientos en el marco de la norma, es decir, pacientes con diagnóstico de esterilidad o indicación clínica establecida.

Asimismo, ha establecido la relación de técnicas y los criterios de indicación de las mismas, incluyendo aspectos relativos al lavado seminal para prevenir la transmisión de enfermedades virales crónicas y al diagnóstico genético preimplantacional, con el fin de concretar esta cartera definiendo qué técnicas incluye, los criterios que han de reunir los pacientes, al objeto de asegurar un uso más adecuado y eficaz de estas técnicas para los pacientes que tienen un diagnóstico de esterilidad o una indicación clínica establecida y teniendo en cuenta al mismo tiempo la protección de la posible descendencia.

*Cribados neonatales:* las enfermedades y el número de éstas que se criban en cada Comunidad Autónoma es muy diferente. El Grupo de expertos de Cribado ha elaborado un documento sobre Cribado neonatal, que servirá de base para determinar la correspondiente cartera común de servicios, actualmente muy poco detallada en la norma<sup>16 - 17</sup>.

El Grupo de trabajo de cribados neonatales en el ámbito endocrino-metabólico propone:

- Incluir un programa poblacional de cribado neonatal endocrino-metabólico en la cartera común básica de servicios del SNS, para: Hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, fibrosis quística, deficiencia de acil-CoA deshidrogenada de cadena media, deficiencia de 3-hidroxi-acil-CoA deshidrogenasa de cadena larga, acidemia glutárica tipo I y anemia falciforme. Este programa irá acompañado del desarrollo de un sistema de información de cribado neonatal que permita un correcto seguimiento y evaluación de estos programas poblacionales y un sistema de gestión de la calidad que permita abordar de manera homogénea en todas las Comunidades estos procesos de cribados, para lo que es fundamental elaborar e implantar protocolos consensuados en el SNS.
- Que las Comunidades Autónomas que en la actualidad tienen implantados programas poblacionales de cribado neonatal de enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce, acidemia isovalérica y homocistinuria no incluidos en la propuesta de cartera común básica puedan participar en un "programa piloto" de 2 años, siempre que cumplan ciertos criterios de calidad, con el fin de poder valorar su futura inclusión en la cartera común de servicios.
- Analizar la posible inclusión en cartera (a finales de 2013) de Hiperplasia suprarrenal congénita, galactosemia y déficit de biotinidasa.

*Cribados de cáncer:* el Grupo de trabajo propone que se incluyan en la cartera común básica de servicios del Sistema Nacional de Salud los siguientes cribados:

- Cribado de cáncer de mama: la población objetivo son las mujeres de 50-69 años de edad. Prueba de cribado: mamografía. Intervalo entre exploraciones: 2 años.
- Cribado de cáncer colorrectal: la población objetivo son los hombres y mujeres de 50-69 años de edad. Prueba de cribado: sangre oculta en heces. Intervalo entre exploraciones: 2 años.
- Cribado de cáncer de cérvix: la población objetivo son las mujeres asintomáticas que sean o hayan sido sexualmente activas, con edades comprendidas entre 25 y 65 años. Prueba de cribado: citología cervical. Intervalo entre exploraciones recomendado de 3-5 años.

Además las comunidades autónomas, Ingesa y mutualidades de funcionarios garantizarán la valoración del riesgo individual en las personas que cumplen criterios de riesgo de cáncer familiar o hereditario y en caso de confirmarse, su seguimiento a través de protocolos de actuación específicos.

Por otra parte, y sin perjuicio de las evaluaciones que se realicen a nivel autonómico, se realizará una evaluación a nivel estatal del cribado de cáncer en el conjunto del SNS, en el plazo que se determine por la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación.

*Implantes quirúrgicos<sup>18</sup>*: El Grupo de implantes quirúrgicos, dependiente del Comité asesor para la prestación ortoprotésica, ha trabajado en el catálogo de implantes. En el Grupo participan las Comunidades Autónomas que se han ocupado de la catalogación de implantes (Andalucía, Asturias, Baleares, Cataluña, Comunidad Valenciana y Murcia), el Departamento de Productos Sanitarios de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y la Red de Agencias de Evaluación. La correspondiente Agencia es la encargada de hacer un informe sobre aquellos implantes que presentan dudas sobre su eficacia o seguridad.

El Grupo de implantes quirúrgicos priorizó los trabajos a realizar, acordando abordar inicialmente los oftalmológicos, cardíacos, vasculares, neurológicos y osteoarticulares, que representan aproximadamente el 92% del consumo.

Los documentos que elabora el Grupo de implantes se debaten posteriormente con expertos designados por las Comunidades Autónomas, por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y por las Sociedades Científicas implicadas, y una vez consensuados, se analizan con el sector representado por FENIN.

Los documentos elaborados por los Grupos, que contienen las propuestas de concreción de la cartera de servicios comunes, serán considerados definitivos a la vista del contenido de los informes de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS.

Está previsto que estas propuestas sean recogidas en una orden ministerial de actualización y concreción de la cartera de servicios con el fin de disponer de un catálogo común de implantes quirúrgicos que permita facilitar a los ciudadanos una cartera más homogénea en todo el Estado.

### 11.2.2 Cartera común suplementaria

Desde la publicación del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, se está trabajando en su desarrollo, abordando la regulación de la cartera común de servicios suplementaria, que incluye la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, la de productos dietéticos y el transporte sanitario no urgente, sobre las cuales se están abordando las siguientes iniciativas:

*Prestación ortoprotésica* <sup>19</sup>: viene regulada en el anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Dicho anexo VI recoge el contenido de la cartera de servicios comunes de prestación ortoprotésica, determinando los grupos, subgrupos correspondientes a los implantes quirúrgicos y a las ortoprótesis externas (sillas de ruedas, prótesis externas, ortesis y ortoprótesis especiales).

Las comunidades autónomas, el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) y las mutualidades de funcionarios han elaborado sus propios catálogos de ortoprótesis externas, con diferente nivel de desagregación y distintos importes financiados.

Los productos ortoprotésicos son de precio libre, a diferencia de los medicamentos cuyo precio está intervenido por el Estado, y de los productos dietéticos cuyos importes máximos de financiación han sido regulados a través del Real Decreto 1205/2010, de 24 de septiembre, por el que se fijan las bases para la inclusión de los alimentos dietéticos para usos médicos especiales en la prestación con productos dietéticos del Sistema Nacional de Salud y para el establecimiento de sus importes máximos de financiación.

Todo ello hace que en estos momentos existan diferencias, dependiendo del ámbito de gestión, en el contenido de la prestación ortoprotésica, en cómo se facilita a los usuarios y en cuánto se abona por cada producto. Por todo esto, se planteó en el Comité asesor para la prestación ortoprotésica la necesidad de abordar varias iniciativas, entre ellas, la elaboración de un catálogo común y el establecimiento de importes máximos de financiación (IMF).

Se han iniciado una serie de actuaciones para alcanzar una cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica. El primer paso fue la publicación del Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica. Su objetivo es conseguir una mayor homogeneidad en el contenido de esta prestación que se facilita en las diferentes Comunidades Autónomas, de forma que se preserve la equidad en el acceso. En esta norma se indica que se llevará a cabo mediante orden ministerial la concreción y actualización del catálogo común y la fijación de los correspondientes IMF.

Por este motivo se planteó inicialmente regular mediante una orden todos estos aspectos en el ámbito de la prestación ortoprotésica suplementaria, si bien las dificultades encontradas para establecer los IMF, ante el desconocimiento de la

realidad del mercado ortoprotésico, ha llevado a realizar la regulación en dos fases.

En la primera fase se creará un Sistema informatizado para la recepción de comunicaciones de productos ortoprotésicos al SNS (SIRPO), que proporcionará información sobre los productos comercializados existentes en el mercado y sus precios, lo que permitirá posteriormente perfilar los tipos de productos, elaborar el catálogo común y fijar los IMF. Paralelamente, para que las empresas puedan comunicar sus productos al Registro, se publicará por Resolución del Director General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia la clasificación de los diferentes apartados de la cartera de servicios de prestación ortoprotésica que recogerá los productos con características, diseños y funcionalidades similares. Inicialmente se publicará la correspondiente a la clasificación de sillas de ruedas que representan un gasto de más de un tercio de la prestación, y como prevé el proyecto de orden, en el plazo máximo de 12 meses desde su entrada en vigor se establecerá la clasificación de los restantes apartados de la prestación ortoprotésica suplementaria.

Con esta información se podrá abordar la segunda fase dirigida a desarrollar el catálogo común de la prestación ortoprotésica suplementaria y los correspondientes importes máximos de financiación, de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 1506/2012, lo que va a facilitar una prestación más racional y homogénea para todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

*Prestación de productos dietéticos* <sup>20</sup>: El contenido de la prestación con productos dietéticos se recoge en el anexo VII del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, que señala las patologías y situaciones clínicas para las que se financian los productos dietéticos en el marco del Sistema Nacional de Salud.

Los productos financiables tenían un precio de oferta común para todo el Sistema Nacional de Salud, pero en cada ámbito aplicaban un factor para transformar el precio de oferta en precio final, lo que suponía que el precio final que cada comunidad pagaba por un mismo producto era distinto y por tanto, podría suponer que al fijar la aportación del usuario cada ciudadano tuviera que pagar diferente cantidad por un mismo producto, dependiendo de la Comunidad Autónoma donde resida. Por ello, el primer paso que hubo que dar fue la publicación de la Orden SSI/2366/2012, de 30 de octubre, por la que se establece el factor común de facturación de la prestación con productos dietéticos.



La aplicación de esta orden ha permitido obtener, a partir del precio de oferta, un importe de facturación igual para todo el Estado, que es el precio final de cada producto cuando se dispensa por las oficinas de farmacia con cargo al Sistema Nacional de Salud.

Asimismo se ha avanzado en la concreción de la cartera común suplementaria de prestación con productos dietéticos. Con el objetivo de adaptar la cartera a aquellos tratamientos de los que existen evidencias científicas sobre su eficacia y utilidad para las patologías que requieren nutrición enteral domiciliaria, se han eliminado los módulos de L-glutamina, y se va a estudiar la incorporación de nuevos tratamientos a esta cartera, como son las dietas cetogénicas para adultos con epilepsia refractaria, el tratamiento de la intolerancia a la lisina, etc. Todo ello con el fin de un uso más eficiente de los recursos y de disponer de una cartera más adecuada a las necesidades de los pacientes.

*Transporte sanitario no urgente* <sup>21</sup>: El Anexo VIII del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, regula la cartera de servicios comunes de transporte sanitario, recogiendo que el transporte sanitario, que deberá ser accesible a las personas con discapacidad, consiste en el desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte. Dicho anexo no diferencia entre el transporte sanitario urgente y el no urgente, si bien el transporte sanitario urgente se contempla en el anexo IV de dicho real decreto dentro de la cartera de servicios comunes de prestación de atención de urgencia, como el transporte sanitario, terrestre, aéreo o marítimo, asistido o no asistido, según lo requiera la situación clínica de los pacientes, en los casos en que sea preciso para su adecuado traslado al centro sanitario que pueda atender de forma óptima la situación de urgencia.

El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, recoge que, dentro de la cartera común suplementaria, se encuentra el transporte sanitario no urgente, señalando que estará sujeto a prescripción facultativa por razones clínicas.

Se han desarrollado una serie de actuaciones con el objetivo de lograr una racionalización del uso del TSNU fundamentalmente a través de la limitación de su utilización a las situaciones en las que realmente sea necesario por motivos exclusivamente clínicos. Para ello, ha sido necesario definir dicho transporte y los criterios de utilización a través de un grupo de trabajo con representantes de las comunidades autónomas que quisieron participar en él, nombrados por la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación.

### 11.2.3 Cartera común de servicios accesorios

El Real Decreto-ley 16/2012, contempla por primera vez el concepto de Cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud, señalando que incluye todas aquellas actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico, estando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario. Además, establece que por orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, se aprobará la inclusión de servicios accesorios, los importes máximos de financiación y los coeficientes de corrección a aplicar para determinar la facturación definitiva a los servicios autonómicos de salud por parte de los proveedores, así como las modalidades de aportación o reembolso aplicables en cada caso. Las actividades, servicios o técnicas incluidas en esta modalidad de cartera se harán efectivas una vez se aprueben por orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Además señala que la aportación del usuario o, en su caso, el reembolso, se registrará por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica, tomando como referencia el precio final de facturación que se decida para el Sistema Nacional de Salud. Esta cartera está pendiente de desarrollar.

### 11.2.4 Cartera servicios de las mutualidades de funcionarios (MUFACE, MUGEJU e ISFAS)

Las mutualidades de funcionarios Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y Mutualidad General Judicial (MUGEJU), en sus respectivos ámbitos de competencia, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán, cuando menos, la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Por ello, todas las actuaciones que se han desarrollado en cartera de servicios anteriormente comentadas se aplican también a las mutualidades.

### 11.2.5 Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas

El Real Decreto- ley 16/2012 de 20 de abril establece que las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios que incluirán, cuando menos, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud en sus modalidades básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios, garantizándose a todos los usuarios del mismo. Además, podrán incorporar en sus carteras de servicios una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios. Por ello, deberán destinar los recursos económicos necesarios para asegurar la

financiación de la cartera común de servicios, siendo preceptiva, para la aprobación de la cartera de servicios complementaria de una comunidad autónoma, la garantía previa de suficiencia financiera de la misma en el marco del cumplimiento de los criterios de estabilidad presupuestaria.

En todo caso, estos servicios o prestaciones complementarios deberán reunir los mismos requisitos establecidos para la incorporación de nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos a la cartera común de servicios, y no estarán incluidos en la financiación general de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

Las comunidades autónomas pondrán en conocimiento del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad los servicios complementarios no contemplados en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud tras su incorporación efectiva a su cartera de servicios autonómica, los cuales se incluirán en el sistema de información correspondiente y asumirán, con cargo a sus propios presupuestos, todos los costes de aplicación de la cartera de servicios complementaria a las personas que tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo.

## 11.3 Medidas de cohesión y garantías financieras

### 11.3.1 Fondo de garantía asistencial

El Real Decreto –Ley 16/2012, de 20 de abril, crea el Fondo de Garantía Asistencial (FOGA), con carácter extrapresupuestario, con el objeto de garantizar la cohesión y equidad en el Sistema Nacional de Salud, mediante la cobertura de los desplazamientos ente comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla de las personas que gozan de la condición de asegurado en el Sistema Nacional de Salud.

El FOGA compensará las actuaciones entre servicios de salud y ciudades de Ceuta y Melilla por las actuaciones asistenciales que se realicen, en el marco de la cartera común básica de servicios asistenciales y de la cartera suplementaria.

Las modalidades de desplazamiento a compensar corresponden a:

- Desplazamientos inferiores a un mes (corta duración): se abonarán siguiendo las tarifas nacionales que se establezcan
- Desplazamientos iguales o superiores a un mes (larga duración): se abonarán de acuerdo a la cápita mensual utilizada para los cálculos estadísticos de contabilidad sanitaria del sistema de cuentas de salud.

El Fondo de Cohesión Sanitaria, regula la financiación de la asistencia sanitaria derivada entre comunidades autónomas.

## 11.4 Medidas sobre la prestación farmacéutica

El Real Decreto-ley 16/2012 incorpora medidas relacionadas con la prestación farmacéutica: modificaciones de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios; del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano, y medidas relativas a la atención farmacéutica en hospitales, centros de asistencia social y centros psiquiátricos y a la preparación de medicamentos en los servicios de farmacia hospitalaria. Además, introduce modificaciones en el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.

### 11.4.1 Prescripción, financiación y precios de medicamentos y productos sanitarios

#### *Prescripción*

Las prescripciones de medicamentos incluidos en el sistema de precios de referencia o de agrupaciones homogéneas no incluidas en el mismo, se efectuarán de acuerdo con el siguiente esquema:

- a) Procesos agudos: de forma general, por principio activo
- b) Procesos crónicos:
  - Primera prescripción, de forma general, por principio activo.
  - Continuidad de tratamiento: podrá realizarse por denominación comercial, siempre y cuando sea la de menor precio dentro de su agrupación homogénea.

Se permite la prescripción por denominación comercial respetando siempre el principio de mayor eficiencia para el SNS, y en el caso de medicamentos no sustituibles.

En la prescripción por principio activo, el farmacéutico dispensará el medicamento de precio más bajo de su agrupación homogénea y, en el caso de igualdad, el medicamento genérico o biosimilar correspondiente.

Se introducen por tanto variaciones respecto a la anterior regulación, que determinaba con carácter general obligatoriedad de prescripción por principio activo y dispensación de la presentación de menor precio de acuerdo con las agrupaciones homogéneas.

La posible prescripción por denominación comercial se establecía para casos excepcionales por necesidades terapéuticas y para supuestos de medicamentos

pertencientes a agrupaciones integradas exclusivamente por un medicamento y sus licencias, al mismo precio que el medicamento de referencia.

En relación con la prescripción por principio activo y precios menores de las agrupaciones homogéneas, se ha implantado un nuevo sistema de gestión de bajadas voluntarias de precio sin cambio de código nacional. Este sistema permite la actualización mensual de los precios de los medicamentos en base a las solicitudes de bajadas voluntarias recibidas, e igualmente se da opción al resto de laboratorios farmacéuticos afectados de bajar el precio al precio más bajo de la correspondiente agrupación homogénea. Además, se prevé la actualización de forma automática, cada tres meses, de los precios menores de las agrupaciones homogéneas.

Las comunidades autónomas dotarán a sus prescriptores de un sistema de prescripción electrónica común e interoperable en el que se incorporen subsistemas de apoyo a la prescripción de información de medicamentos, tales como: medicamentos disponibles, retiradas y alertas; bases de datos de interacciones; protocolos de tratamiento por patología; coste del tratamiento y alternativas de elección terapéutica según criterios de eficiencia.

Mediante resolución motivada, se podrá actualizar la lista de medicamentos excluidos de la prestación farmacéutica en el SNS. La motivación de la exclusión responderá a alguno de los siguientes criterios:

- El establecimiento de precios seleccionados.
- La convivencia con un medicamento sin receta con la que comparte principio activo y dosis.
- La consideración del medicamento como publicitario en el entorno europeo.
- Que el principio activo cuente con un perfil de seguridad y eficacia favorable y suficientemente documentado, a través de años de experiencia y un uso extenso.
- Por estar indicados en el tratamiento de síntomas menores.
- Por cumplir cualquiera de los criterios de no inclusión en financiación pública, recogido en el mismo.

La regulación modifica significativamente la situación anterior: perfecciona y agiliza la revisión para exclusión de medicamentos y establece control del precio de comercialización sobre medicamentos excluidos, que hasta el momento cuando dejaban de financiarse, era de carácter libre, lo que repercutía en el acceso a medicamentos.

Conforme a lo previsto en este artículo, la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia excluyó determinados medicamentos de la prestación farmacéutica, mediante *Resolución de 2 de agosto de 2012*.

Para asegurar las condiciones de equidad a los usuarios en la obtención de fármacos, se señala expresamente que las comunidades autónomas no podrán establecer, de forma unilateral, reservas singulares específicas de prescripción, dispensación y financiación de fármacos o productos sanitarios.

En la Comisión Permanente de Farmacia del CISNS se podrá decidir la excepción motivada por una o varias comunidades autónomas en razón de sus propias particularidades.

### *Financiación*

Entre los criterios a aplicar para la no inclusión en la financiación de determinadas categorías de medicamentos o productos, se incorpora la prestación farmacéutica de medicamentos sin receta y de medicamentos que no se utilicen para el tratamiento de una patología claramente determinada, así como la no financiación de medicamentos autorizados en su momento y que actualmente presenten un balance beneficio/riesgo desfavorable en las enfermedades para las que estén indicados.

La especial novedad es que, en la decisión de financiación de nuevos medicamentos, se debe tener en cuenta el componente de innovación, para avances terapéuticos indiscutibles por modificar o mejorar el curso de la enfermedad, el pronóstico y el resultado terapéutico de la intervención y su contribución a la sostenibilidad del SNS si, para un mismo resultado en salud, contribuye positivamente al PIB. También se tendrán en consideración los mecanismos de retorno (descuentos lineales, revisión de precio) para los medicamentos innovadores.

Se regula la intervención del precio de los medicamentos para los que se resuelva la no inclusión en la financiación pública, estableciendo un régimen de precios notificados. Determina asimismo la aplicación del régimen de precios notificados para los medicamentos financiados por el SNS cuando se prescriban fuera del mismo: Los titulares de autorizaciones podrán comercializar los medicamentos que se dispensen en territorio español en régimen de precios notificados, entendiéndose por tal la comunicación del precio al MSSSI, de modo que el departamento pueda objetar el mismo por razones de interés público.

Se introduce un régimen de precios notificados -de aplicación en las dispensaciones efectuadas en el territorio español- que afecta a los medicamentos y productos sanitarios no incluidos en la financiación pública, así como a los financiados por el SNS cuando se prescriban fuera del mismo.

### *Precios*

Se crea el Comité Asesor para la financiación de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud con la funciones de asesoramiento, evaluación y consulta sobre la pertinencia, mejora y seguimiento de la evaluación económica necesaria para sustentar las

decisiones de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos. Constará de un máximo de 7 miembros designados por el titular del departamento, de entre profesionales de reconocido prestigio, con experiencia y trayectoria acreditadas en evaluación fármaco-económica.

Se delimitan las revisiones de precios a la baja a petición de parte, a las que supongan como mínimo una reducción del 10% sobre el precio industrial máximo en vigor, autorizado para la financiación con fondos públicos. Anteriormente no se contemplaba ninguna limitación.

La financiación de los medicamentos prescritos y dispensados con cargo a fondos públicos está sometida al sistema de precios de referencia, que es la cuantía máxima con la que se financiarán las presentaciones de medicamentos incluidas en cada uno de los conjuntos que se determinen.

Las principales modificaciones se refieren a la ampliación de la creación de conjuntos, al no ser indispensable la existencia de un medicamento genérico o biosimilar para establecer un conjunto, que puede crearse cuando el medicamento o su ingrediente activo principal hayan sido autorizados con una antelación mínima de diez años en un Estado miembro de la UE. En la creación de conjuntos de medicamentos del ámbito hospitalario se incorporarán envases clínicos de medicamentos. Respecto al mecanismo para la fijación de los precios menores de las nuevas agrupaciones homogéneas, se determina su realización automática en el Nomenclátor que corresponda. La revisión de los precios menores de las ya existentes se efectuará con carácter trimestral. Se establece obligatoriedad de garantizar el abastecimiento a las oficinas de farmacia de las presentaciones del conjunto que ostenten el precio menor.

El sistema de precios seleccionados afecta a medicamentos financiados sujetos a precios de referencia y también podrá aplicarse a medicamentos no financiados que se consideren de interés para la salud pública. Asimismo, se podrá extender el mecanismo vía selección por fijación de una aportación reducida por agrupaciones homogéneas. De forma análoga se aplica a los productos sanitarios.

Las presentaciones de los medicamentos que resulten afectadas quedarán exentas de las deducciones reguladas en los artículos 8, 9 y 10 del Real Decreto-ley 8/2010. Los titulares de autorización de comercialización de presentaciones de medicamentos que resulten seleccionadas deben asumir el compromiso de garantizar el abastecimiento. Las presentaciones no seleccionadas resultarán excluidas de la prestación farmacéutica durante el plazo en que se mantenga vigente el sistema de precio seleccionado.

En la anterior redacción de la Ley 29/2006, se determinaba la regulación por el Gobierno mediante real decreto de los criterios y procedimiento del sistema de precios

seleccionados. En este nuevo artículo 93 bis, se introducen una serie de variaciones de la regulación. Son de destacar: la competencia que otorga al MSSSI para proponer a la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos la aplicación del mecanismo de precios seleccionados a los medicamentos y productos sanitarios financiados y el establecimiento del tiempo de vigencia del precio seleccionado en dos años.

#### 11.4.2 Aportaciones de los usuarios y sus beneficiarios

La nueva regulación mejora la equidad, modulando la aportación en función de la renta de los usuarios, su condición de activo o pensionista y la cronicidad de la enfermedad.

Por otro lado, se define como prestación farmacéutica ambulatoria la que se dispensa al paciente a través de oficina o servicio de farmacia, por lo que la aportación se extiende a los medicamentos del ámbito hospitalario dispensados a pacientes ambulatorios, equiparando su obtención a las condiciones de aportación que correspondería aplicar en oficinas de farmacia.

Mediante esta reforma se disponen unos porcentajes de aportación sobre el precio de venta de los medicamentos, proporcionales al nivel de renta del usuario, entre el 60% y el 10% con topes de aportación para determinadas categorías de medicamentos y de asegurados, y con exención de aportación para ciertos grupos de usuarios y sus beneficiarios. Su fecha de entrada en vigor fue el 1 de julio de 2012.

La aportación del usuario responde al siguiente esquema:

Con carácter general:

- 60% del PVP: para los usuarios y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del IRPF.
- 50% del PVP: para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del IRPF.
- 40% del PVP: para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios que no se encuentren incluidos en los apartados anteriores.
- 10% del PVP: para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la SS, con excepción de las personas incluidas en el primer apartado.

Topes máximos de aportación:



- Medicamentos de aportación reducida: el 10% del PVP en los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación reducida (aportación máxima en 2012: 2,64€ hasta el 30 de junio, 4,13€ a partir del 1 de julio).
- Pensionistas (y sus beneficiarios):
- 8 €/mes para los que tengan una renta inferior a 18.000 euros.
- 18€/mes para los que tengan rentas entre 18.000 y 100.000 euros.
- 60€/mes para las rentas superiores a 100.000 euros.

*Exentos de aportación:* usuarios y sus beneficiarios que pertenezcan a una de las siguientes categorías:

- Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.
- Personas perceptoras de rentas de integración social.
- Personas perceptoras de pensiones no contributivas.
- Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación.
- Los tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

Se mantiene en el 30% el nivel de aportación de los mutualistas y clases pasivas de MUFACE, ISFAS y MUGEJU.

Consecuencia de lo anterior y en relación con la protección de datos personales, se posibilita el tratamiento y la cesión de datos sin consentimiento del interesado por las respectivas administraciones -administración tributaria, entidades gestoras de la SS, MSSSI y demás administraciones sanitarias competentes- imprescindibles para el establecimiento del nivel de aportación de cada usuario, dato que será objeto de tratamiento por la administración sanitaria correspondiente, solo a efectos de su incorporación al sistema de información de la TSI.

### 11.4.3 Receta médica oficial del SNS

Por su relación con el nuevo régimen de aportación de los usuarios en la prestación farmacéutica, se determina nuevos criterios básicos de diferenciación de las recetas oficiales, de manera que en su parte superior derecha deben incorporar una nueva codificación, de acuerdo al siguiente esquema:

- a) Código TSI 001 para los usuarios exentos de aportación
- b) Código TSI 002 para los usuarios con aportación de un 10%
- c) Código TSI 003 para los usuarios con aportación de un 40%
- d) Código TSI 004 para los usuarios con aportación de un 50%
- e) Código TSI 005 para los usuarios con aportación de un 60%
- f) ATEP para las recetas de accidentes de trabajo o enfermedad profesional
- g) NOFIN para las recetas de medicamentos y productos sanitarios no financiados

Supone una significativa modificación y obvia la tradicional diferenciación de las recetas del SNS que se venía aplicando para identificar el anterior régimen de aportación de los usuarios en la prestación farmacéutica: trabajadores activos (verde) pensionistas (rojo).

En junio de 2012, con el fin de adaptarse a lo establecido en el RDL 16/2012, se ha llevado a cabo la conexión y actualización del Sistema Tarjeta Sanitaria Individual del SNS (TSI-SNS) con datos procedentes del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), organismo responsable del reconocimiento de la condición de asegurado y beneficiario y de asignar el tipo de aportación a la prestación farmacéutica de cada persona.

Tabla 11.1. Población asegurada (titulares y beneficiarios) del SNS

Nivel de aportación	Códigos Farmacia	Total SNS
Exentos de aportación	TSI 001	1.563.105
Pensionistas. Aportación reducida del 10% sin límite de aportación mensual	TSI 002-00	16.835
Pensionistas. Aportación reducida del 10% hasta 8€ al mes	TSI 002-01	7.989.348
Pensionistas. Aportación reducida del 10% hasta 18€ al mes	TSI 002-02	2.253.624
Pensionistas. Aportación del 60% hasta 60€ al mes	TSI 005-03	42.458
Activos. Aportación del 40%	TSI 003	21.924.212
Activos. Aportación del 50%	TSI 004	9.340.742
Activos. Aportación del 60%	TSI 005	276.780
Mutualidades. Aportación del 30%	TSI 006	324.128
<b>Total</b>		<b>43.731.232</b>

Observaciones: El Sistema TSI-SNS se construyó tras las transferencias sanitarias de 2001, mediante una incorporación progresiva de las comunidades autónomas que finalizó en el año 2010.  
Fuente: Base de Datos Tarjeta Sanitaria Individual (BDTSI-SNS), Diciembre 2012.

#### 11.4.4 Deducciones y descuentos de las oficinas de farmacia

El sistema vigente establecía una escala de deducciones conjunta de las farmacias por volumen de ventas, que se aplicaba para las recetas y órdenes de dispensación de medicamentos dispensados con cargo a los fondos públicos de las CCAA, INGESA y Mutualidades (MUFACE, MUGEJU e ISFAS). La escala de deducciones permitía que pagasen menos las farmacias que menos facturan, exime del pago un cierto número de farmacias, y aumenta la aportación de las que tienen la facturación más elevada.

El nuevo marco revisa, para las farmacias exentas de la escala de deducción, los requisitos para la aplicación a su favor de un índice corrector de los márgenes correspondiente a las recetas y órdenes de dispensación de medicamentos de uso humano: suprime los requisitos de que la farmacia esté ubicada en núcleos de población aislada o socialmente deprimidos, y de que haya permanecido abierta al público al menos durante el

periodo equivalente a once meses dentro del año natural anterior a la aplicación del referido índice corrector de los márgenes.

#### 11.4.5 Gestión de las aportaciones de la industria farmacéutica

Los fabricantes, importadores y ofertantes de medicamentos y/o productos sanitarios financiados con fondos públicos, tienen la obligación de ingresos cuatrimestrales al SNS de unos porcentajes de aportación que se determinan según el volumen de ventas de sus productos dispensados en oficinas de farmacia, a través de receta oficial u orden de dispensación del SNS. Las cuantías se ven minoradas en función de la valoración de las compañías en el marco de la acción *Profarma*, en unos porcentajes que asimismo se determinan.

La modificación introducida, determina que las minoraciones que puedan afectar a estos retornos surtirán efecto a partir de la última resolución del Plan *Profarma*.

La intervención del Estado en materia de medicamentos y productos sanitarios financiados por el SNS, debe disponerse de plena y sólida información sobre el consumo de productos que permita un adecuado control de la prestación farmacéutica. Para lo que se determina la comunicación de la siguiente información por parte del MSSSI, consejerías competentes de las CCAA, MUFACE, MUGEJU e ISFAS y, en su caso, empresas proveedoras y sus órganos de representación profesional:

- a) Datos de facturación de recetas oficiales del SNS con periodicidad mensual, dispensadas por oficinas de farmacia y agregadas por provincia y comunidad autónoma.
- b) Datos de adquisiciones por servicios farmacéuticos de centros y servicios sanitarios o socio-sanitarios del SNS y, en su caso, abonos de medicamentos y productos sanitarios, al menos con periodicidad mensual y con nivel de agregación por provincia y comunidad autónoma.

Para la consecución de los fines de eficiencia y sostenibilidad de la prestación farmacéutica del SNS, se implementarán las medidas administrativas y regulatorias que en cada ejercicio presupuestario se consideren apropiadas para estimular la competencia entre proveedores de insumos farmacéuticos, redundando en descensos de precios unitarios.

Toda actuación limitativa de la competencia se considerará contraria a los principios de eficiencia y sostenibilidad y será perseguida de oficio por los órganos competentes.

### 11.4.6 Atención farmacéutica hospitalaria

El Real Decreto-Ley 16/2012 determina la obligación de establecer un servicio de farmacia hospitalaria propio en:

- a) Todos los hospitales que tengan cien o más camas.
- b) Los centros de asistencia social que tengan cien camas o más en régimen de asistidos.
- c) Los centros psiquiátricos que tengan cien camas o más.

Se podrán establecer acuerdos o convenios con centros hospitalarios, eximiendo a estos centros de esta exigencia, siempre y cuando dispongan de un depósito de medicamentos vinculado al servicio de farmacia hospitalaria del hospital de la red pública que sea el de referencia en el área o zona sanitaria de influencia correspondiente.

Los centros hospitalarios, los centros de asistencia social que presten asistencia sanitaria específica y los centros psiquiátricos que no cuenten con un servicio de farmacia hospitalaria propio y que no estén obligados a tenerlo dispondrán de un depósito, que estará vinculado a un servicio de farmacia del área sanitaria y bajo la responsabilidad del jefe del servicio, en el caso de los hospitales del sector público, y a una oficina de farmacia establecida en la misma zona farmacéutica o a un servicio de farmacia hospitalaria, en el supuesto de que se trate de un hospital del sector privado.

### 11.4.7 Manipulación y adecuación de preparaciones de medicamentos

Con el fin de mejorar la eficacia en el uso de los medicamentos en el ámbito hospitalario, las comunidades autónomas podrán acreditar a los servicios de farmacia hospitalaria de su territorio para que en los mismos se puedan llevar a cabo operaciones de fraccionamiento, personalización de dosis y otras operaciones de re-manipulación y transformación de medicamentos.

La acreditación se efectuará de modo que se garantice el cumplimiento de las guías técnicas de buena práctica, aplicables al caso, por los servicios de farmacia hospitalaria donde se vayan a efectuar las operaciones señaladas.

Las guías de manipulación, fraccionamiento y dosificación personalizada se elaborarán bajo la tutela de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, recabando al efecto la colaboración de la AEMPS y de expertos de reconocido prestigio.

### 11.4.8 Aplicación del Real Decreto-ley 16/2012

En el segundo semestre del año 2012 han entrado en vigor las medidas recogidos en el Real Decreto –ley 16/2012:

- Modificaciones de las aportaciones de los usuarios y sus beneficiarios en función de la renta y de su condición de activo o pensionista (1 de julio).
- Actualización de la cuantía máxima de la aportación reducida pasando de 2,64 euros a 4,13 euros del importe máximo del pago de los ciudadanos para los medicamentos y productos sanitarios pertenecientes a los grupos de aportación reducida (1 de julio)
- Exclusión de medicamentos de la financiación pública : a partir del 1 septiembre de 2012 se produjo la efectividad de las Resoluciones de 2 de agosto de 2012 y de 17 de septiembre de 2012 de la D G de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia que actualizaron la lista de medicamentos excluidos de la prestación farmacéutica.
- Actualización de los precios menores de las agrupaciones homogéneas: la primera actualización se produjo el 1 de julio de 2012 y a partir de entonces se realizará con carácter trimestral.

#### Aportaciones de los usuarios en la prestación farmacéutica. Año 2012

	<b>Aportación Usuarios</b>	<b>% Aportación Usuarios S/PVP</b>
Enero	60.354.300	5,7
Febrero	61.344.034	6,0
Marzo	64.322.400	5,8
Abril	56.732.762	5,7
Mayo	61.816.565	5,8
Junio	63.828.101	5,6
Julio	86.978.451	10,2
Agosto	89.262.261	10,2
Septiembre	81.695.193	10,0
Octubre	99.267.497	10,6
Noviembre	93.834.713	10,6
Diciembre	91.351.753	10,5

Observaciones: Aportaciones de los usuarios sobre el importe farmacéutico facturado a PVP con IVA  
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios. Partes estadísticos de facturación de recetas médicas.

Estas medidas junto a las ya instauradas ( nuevos precios de referencia según la Resolución de 28 de diciembre de 2011 de la D G de Farmacia y Productos Sanitarios; aplicación de la

escala conjunta de deducciones a los márgenes de las oficinas de farmacia y deducciones sobre los medicamentos dispensados por las oficinas de farmacia en aplicación del Real Decreto-ley 8/2010), han hecho que la factura para el año 2012 bajara de los 10.000 millones de euros (9.770,9 millones de euros), situación que no sucedía desde el año 2004.

Más datos e información sobre medicamentos y gasto farmacéutico en 2012 están disponibles en este informe en el capítulo 6 de medicamentos.

## 11.5 Medidas en materia de recursos humanos

Los fondos destinados a financiar los recursos humanos en los servicios de salud suponen la partida más importante de sus presupuestos. La diversidad de normas reguladoras, la complejidad organizativa de titulaciones, categorías y situaciones laborales de los trabajadores de los 17 servicios de salud ha ido generando una gran variabilidad interpretativa, que se comportan como verdaderas barreras para el desarrollo de los planes de eficiencia y ordenación que las comunidades autónomas están desarrollando en el marco económico de crisis actual y en relación con la libertad de movimientos de los trabajadores entre servicios de salud.

Se considera urgente garantizar la movilidad de los profesionales, mediante la elaboración de un catálogo homogéneo de categorías profesionales donde se establezcan las correspondientes equivalencias.

Hay también otras medidas especialmente necesarias en un contexto de crisis económica, que están dirigidas a racionalizar el gasto público y a hacer posible una mayor eficiencia en la gestión de los servicios de salud de las comunidades autónomas.

### 11.5.1 Ordenación de las profesiones

Se generaliza la formación programada y reglada por el sistema de residencia de la Áreas de Capacitación Específica (ACE), como procedimiento único para obtener un Diploma de capacitación específica. Adicionalmente, se reduce el tiempo de ejercicio previo como especialista para acceder a un ACE, de 5 a 3 años.

Con ello se pretende que los diplomas de ACE sean un elemento natural de profundización y perfeccionamiento de la formación y competencia profesional que debe estar a disposición del especialista en un tiempo más razonable que el contemplado inicialmente.

También se clarifica la composición de los Comités de ACE, cuyos vocales serán propuestos por la comisión o comisiones nacionales de la especialidad o especialidades implicadas en su constitución y, por último, se posibilita el acceso a los Diplomas de

capacitación específica de nueva creación a los profesionales que con anterioridad hubieran prestado servicio en su ámbito de actuación, a través de una vía transitoria de acceso.

En cuanto a la acreditación de centros y unidades docentes, el Real decreto-Ley flexibiliza el procedimiento de aprobación de los requisitos generales de acreditación de los centros y unidades docentes para la formación de especialistas, al no requerirse el informe del Foro Profesional como trámite previo y por otro lado, se ha propuesto clarificar la gestión, distinguiendo entre el órgano competente en materia de calidad del MSSSI, al que corresponde evaluar el funcionamiento y calidad del sistema de formación y el órgano competente en materia de formación sanitaria especializada del Departamento, al que corresponde tramitar y resolver las solicitudes de acreditación de centros y unidades docentes.

### 11.5.2 Registro estatal de profesionales sanitarios

El Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS)<sup>22</sup>, tiene los siguientes objetivos:

- garantizar la información a la población y a las instituciones de la situación de los profesionales desde los diferentes aspectos que configuran la práctica profesional, entre los que se incluye acreditar la buena práctica.
- facilitar la planificación de los recursos humanos sanitarios y coordinar las políticas de recursos humanos del SNS.

Durante 2012 se ha trabajado en la elaboración de un proyecto de real decreto que regulara el funcionamiento del REPS. Dicho proyecto contempla los siguientes datos de carácter público:

Nombre, Titulación, Especialidad, Diploma de Área de Capacitación Específica y de Acreditación y Acreditación Avanzada: fechas de obtención y revalidación de cada uno de ellos, lugar de ejercicio, categoría y función del profesional.

En el proyecto también se prevé incorporar a nuestro ordenamiento dos puntos clave de la Directiva 2011/24/UE del Parlamento y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. En la información contenida en el REPS garantizará la información sobre los sistemas de seguro de responsabilidad profesional o garantías similares con los que deben contar los profesionales sanitarios para responder ante los riesgos y posibles daños derivados de la atención que dispensen.

Asimismo, a través de la información del REPS, España pondrá a disposición de las autoridades de otros Estados Miembros, previa petición a través del Sistema de Información de Mercado Interior (IMI), la información sobre el derecho a ejercer de los profesionales sanitarios.

### 11.5.3 Categorías profesionales

Resulta urgente garantizar la movilidad de los profesionales mediante la elaboración de un catálogo homogéneo de categorías profesionales donde se establezcan las necesarias equivalencias. Este catálogo permitirá que los profesionales puedan acceder a plazas vacantes de otros servicios de salud, mejorando la calidad de la asistencia.

Como se prevé en el artículo 37 del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud (EM), con el fin de garantizar la movilidad en términos de igualdad efectiva del personal estatutario en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Sanidad, con el informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, procederá, con carácter previo, a la homologación de las distintas clases o categorías funcionales de personal estatutario, en cuanto resulte necesario para articular dicha movilidad entre los diferentes servicios de salud.

En este sentido, el RD-Ley 1/2012 modifica el artículo 15 de la Ley 55/2003 del EM, relativo a la creación, modificación y supresión de categorías profesionales de personal estatutario, atribuyendo al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) la competencia para establecer un catálogo homogéneo en el que se establecerían las equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario del Sistema Nacional de Salud, así como un procedimiento para su actualización permanente.

Con el fin de lograr este objetivo, se constituyó un grupo de trabajo con participación de las comunidades autónomas y el MSSSI por Acuerdo del pleno del Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) de fecha 29/02/2012.

Culminados los trabajos de este grupo, el Pleno de la Comisión de Recursos Humanos del SNS (previo informe favorable de la Comisión Técnica Delegada de 4/12/2012) y el del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 20/12/2012 aprobaron el cuadro de equivalencias de categorías profesionales en el SNS y el borrador del procedimiento de homologación, que fueron incluidos en el proyecto de real decreto por el que se aprueba el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y la regulación del procedimiento de su actualización como consecuencia de la creación, modificación y supresión de categorías profesionales en el ámbito de aplicación de este tipo de personal dentro del Sistema Nacional de Salud.

### 11.5.4 Retribuciones complementarias

Se modifica el Estatuto Marco (EM) para introducir el concepto de retribución complementaria asociada parcialmente (componente variable) a la retribución de la actividad efectivamente realizada, en función de la evaluación del desempeño del personal estatutario y en base a los principios de igualdad, objetividad y transparencia.



Se permitía con ello la revisión del modelo retributivo, cuestión en la que ya estaban trabajando conjuntamente el MSSSI y las comunidades autónomas en respuesta a un Acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS de fecha 29/02/2012.

En definitiva, se trataría de un nuevo modelo retributivo en el que el profesional sería compensado no sólo por lo que es y por lo que hace sino también por cómo lo hace y cuánto hace, lo que se correspondería con un componente variable de mayor significación.

### 11.5.5 Prestación económica en situación de incapacidad temporal del personal estatutario

El RD-Ley 1/2012 añadió una nueva disposición adicional 15ª al EM, por la que se dejaba a decisión de los servicios de salud la opción de extender o no a su personal estatutario lo dispuesto en el artículo 21 del RD legislativo 4/2000 de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de Funcionarios Civiles del Estado, relativo a la prestación económica en la situación de incapacidad temporal.

No obstante, con posterioridad, las previsiones del RD legislativo 4/2000 fueron completadas y extendidas de forma obligatoria a toda la Función Pública por el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, de manera que el complemento de mejora voluntaria de la prestación económica percibido durante la situación de incapacidad temporal (IT) quedó limitado a una cuantía que no excederá del 50 % en los primeros 3 días de cada proceso de IT, que no excederá del 75% hasta el día 20, pudiendo ser a partir del día 21 del 100% de la retribución percibida en el mes anterior, hasta que se cumplan tres meses desde el inicio del proceso.

### 11.5.6 Integración del personal funcionario al servicio de instituciones sanitarias públicas

El RD-Ley 1/2012 prevé la integración del personal funcionario al servicio de las instituciones sanitarias de titularidad pública en los servicios de salud como personal estatutario fijo, sin perjuicio de los derechos consolidados.

La integración se establecía con carácter voluntario; no obstante, si se optaba por permanecer en activo en la situación actual, el trabajador sería adscrito a órganos administrativos que no pertenecieran a las instituciones sanitarias públicas, en el marco de los procesos de movilidad que articularan las comunidades autónomas para llevarlo a efecto.

La integración de este colectivo supondrá un paso más para la homologación del régimen jurídico del personal en el ámbito de las instituciones sanitarias del SNS.

### 11.5.7 Prestación de acción social para el personal estatutario

Se podrá percibir únicamente por el personal que se encuentre en situación administrativa de servicio activo, no permitiéndose su percepción por parte de personal que haya alcanzado la edad de jubilación según la edad que a este respecto determine la legislación en materia de seguridad social.

### 11.5.8 Supresión de la modalidad de prestación de servicios de cupo y zona

El personal que percibe haberes por el sistema de cupo y zona, se integra como personal estatutario a jornada completa, sin perjuicio de los derechos consolidados.

El plazo fijado para la integración es el 31/12/2013, que coincide con el establecido para la integración del personal funcionario al servicio de instituciones sanitarias públicas.

Desde esa fecha se suprime la modalidad de prestación de servicios de cupo y zona y queda derogada la Orden de 8 de agosto de 1986, que regulaba el sistema retributivo de estos profesionales.

Este colectivo venían prestando servicios en una jornada diaria de 2,5 horas, teniendo asignado un cupo de tarjetas por el que percibían un coeficiente, además de sus retribuciones básicas, en las que los trienios se devengaban al 10% del sueldo base percibido el año anterior.

Con esta integración, se persigue homologar el sistema de jornada y retribuciones del personal estatutario y que, salvo los casos previstos legalmente, todos los profesionales presten servicios a jornada completa.

## 11.6 Medidas de gestión sanitaria. La central de compras

### 11.6.1 Plataforma centralizada de compras

La coyuntura económica propiciada a partir de 2008, ha hecho necesaria la adopción de medidas tendentes a la mejora de la eficiencia en la aplicación de los recursos, por parte de todas las administraciones públicas.

La licitación de compras agregadas en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, supone un nuevo avance en el cumplimiento de lo previsto en el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, en la línea de lo acordado en el seno del Consejo Interterritorial el 3 de octubre de 2012, que adoptó la decisión de crear una Comisión y dos Grupos de trabajo, con representación de todas las CC.AA. (uno para

medicamentos y otro para productos sanitarios), para trabajar en la plataforma de compras centralizadas.

Esta actuación profundiza en la línea ya marcada desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, iniciada a través de los procesos de compras agregadas en la adquisición de las vacunas de la gripe, las de calendario infantil y otras vacunas para adultos.

#### *Antecedentes:*

- Inexistencia de un catálogo común para todo el Servicio Nacional de Salud
- Ausencia de una política de compras común dentro del SNS
- Ausencia de canales para compartir información entre las ccaa
- Ineficiencias en la adquisición: se compran los mismos productos a los mismos proveedores a precios y condiciones distintas
- Variabilidad en los productos y medicamentos: carencia de criterios y requisitos básicos comunes dentro del SNS
- La calidad y equidad de la prestación sanitaria se ven afectadas

#### *Objetivos:*

- Crear una política y procedimientos de compra uniformes en el SNS
- Mantener un mercado competitivo: se evita el proveedor único para el SNS
- Unificar criterios técnicos en las ccaa: mejora de la calidad y equidad
- Transparencia en el proceso: unificación de criterios en los contratos derivados
- Elaborar el catálogo de compras centralizadas: plataforma tecnológica
- Mejorar la eficiencia de la administración
- Modernización del proceso licitador: licitación electrónica

Del trabajo de esos Grupos, derivaron los acuerdos para la tramitación de los dos primeros expedientes de contratación agregada de medicamentos y productos sanitarios, con la participación de catorce Comunidades Autónomas, además de los centros del INGESA en Ceuta y Melilla. El detalle de las administraciones adheridas es el siguiente: Aragón, Asturias, Baleares, Castilla y León, Castilla- La Mancha, Comunidad Valenciana, Canarias, Cantabria, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra, La Rioja, Ceuta y Melilla.

El plazo previsto para esta compra agregada se fijó en dos años (2013/2014), con la posibilidad de prórroga por un año más.

Los acuerdos alcanzados por las administraciones adheridas a este procedimiento, se concretaron respecto a los siguientes productos:

- Medicamentos: mediante la inclusión de dos tipos de principios, la epoetinas y los anticuerpos monoclonales anti TNF<sup>23</sup> .

- Productos sanitarios: guantes de examen y quirúrgicos, tiras reactivas para la determinación de glucosa en sangre (con autoanalizador) y material para incontinencia.

Esta actuación además ofrece beneficios, no sólo desde un punto de vista económico. La racionalización de las políticas de aprovisionamientos en el SNS a través de compras agregadas, aporta sin duda alguna beneficios en otros distintos planos:

- Potencia la eficiencia del SNS en sus adquisiciones, incrementando los ahorros.
- Favorece la homogenización de productos y medicamentos utilizados en el SNS, disminuyendo consiguientemente su variabilidad, lo que supone una evidente mejora técnica.
- Contribuye al establecimiento de estándares de calidad comunes en todo el SNS, lo que redonda en una mejora de la calidad y equidad de nuestro sistema.
- Supone una garantía para las empresas suministradoras, al propiciar la estabilidad del mercado mediante un escenario de contratación común para todo el sistema y particularmente en relación a los tiempos de pago.

Como premisas de esta iniciativa, se ha partido de un enfoque de compra de bienes de uso común por el SNS, bienes que por esa circunstancia presentan márgenes de mejora en relación a los beneficios de las economías de escala.

Además se ha huido de dotar a esta actuación de un carácter exclusivo, en relación a los bienes o excluyente respecto a los procedimientos. Esto supone, para los bienes, que los servicios sanitarios proveen a los pacientes del medicamento o producto sanitario que aconseje su situación clínica; si la solución seleccionada de por compras agregadas es adecuada a las necesidades del paciente se le facilita ésta (que en su adquisición se habrá aprovechado de los beneficios de las economías de escala), en caso contrario los servicios sanitarios le facilitarán la que sea adecuada desde el punto de vista clínico.

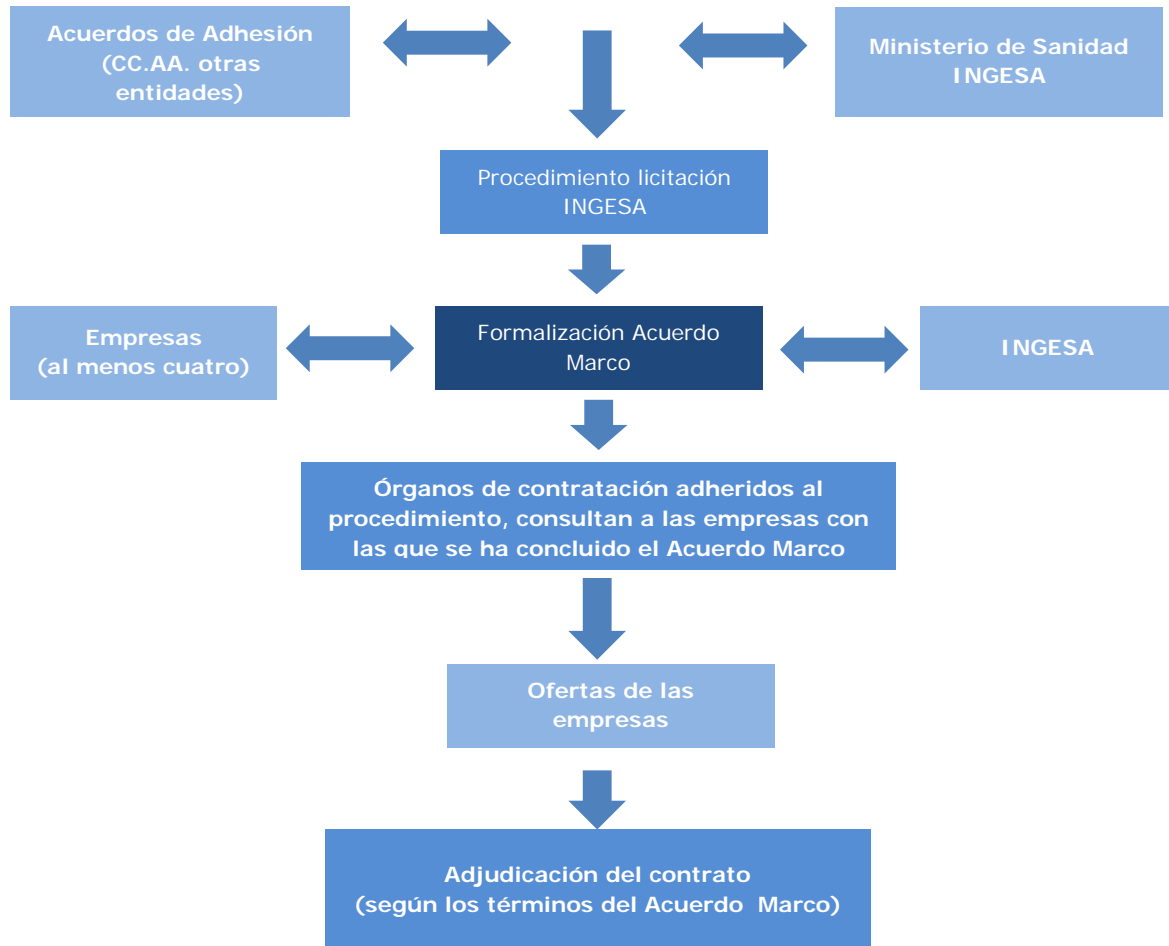
En la línea de lo expresado y en relación a los procedimientos, los servicios de salud realizarán los procedimientos de adquisición que precisen, para dar solución a necesidades no cubiertas adecuadamente por las compras agregadas.

La articulación de esta agregación de adquisiciones, se ha efectuado a través del mecanismo previsto en el número 2 de la disposición adicional vigésimo octava del Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la ley de Contratos del Sector Público, mediante la adopción de un Acuerdo marco centralizado (a través del INGESA) de selección de precio y suministradores.

Una vez realizada esta selección, a través de los oportunos acuerdos marco, las administraciones adheridas formalizarán los respectivos contratos derivados mediante el

procedimiento previsto en el artículo 198 del texto refundido de la ley de Contratos del Sector Público.

Gráfico 11.1. Esquema del procedimiento de la Plataforma Central de Compras



Fuente: INGESA.

## Anexo A: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Acuerdos 2012

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), en su calidad de órgano permanente de cooperación y coordinación es el principal instrumento de configuración del Sistema Nacional de Salud.

El CISNS tiene como finalidad promover la cohesión del SNS y la coordinación entre las comunidades autónomas y la Administración General del Estado, a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio.

El Pleno es el órgano de más alto nivel, sus miembros son los máximos responsables de la Sanidad del Estado español.



Durante el año 2012, el Consejo Interterritorial ha celebrado cinco sesiones plenarias: 29 de febrero, 18 de abril, 27 de junio, 3 de octubre y 20 de diciembre, en ellas se han abordado los principales asuntos que afectaban a la Sanidad en nuestro país.

Los temas tratados son previamente trabajados en las comisiones, ponencias y grupos dependientes del Pleno. Como anécdota señalamos que el Pleno celebrado el día 29 de febrero corresponde al Pleno número 100.

## Grupos de trabajo

Se acordó la creación de los siguientes Grupos de Trabajo:

- Desarrollo de cartera básica de servicios.
- Sistema de actualización permanente del catálogo de prestaciones del SNS.
- Modelo retributivo del SNS.
- Categorías profesionales en el SNS. Modelo de equivalencias.
- Modelo de desarrollo profesional del SNS.
- Elaboración de mapa de recursos de tecnologías de la información (tics) y propuestas de extensión de aplicativos y programas.
- Plataforma de compras centralizadas.

## Vacunas

Se aprueba la propuesta formulada por la Comisión de Salud Pública en los aspectos siguientes:

- A) Calendario básico acordado
- B) Compra centralizada de vacunas
- C) Estudio técnico para la propuesta de calendario 2013 unificando el calendario completo.

## Asistencia sanitaria

Se aprueban los criterios básicos de la tarjeta sanitaria del SNS (criterios de interoperatividad).

- Ratificar la propuesta de la Comisión Delegada del CISNS en relación a la queja europea sobre la práctica de ciertos hospitales públicos españoles de rechazar la TSE cuando el paciente tiene seguro médico privado, en los términos siguientes:
  1. Todos los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas integrantes de este Consejo Interterritorial se comprometen a instruir a los distintos centros sanitarios bajo su dependencia sobre el significado de la Tarjeta Sanitaria Europea, como certificación expedida por la Institución competente que acredita sus derechos a prestaciones en especie. Especialmente, se comprometen a aceptar que la sola presentación de la TSE por parte de los ciudadanos de los Estados miembros de la UE basta para que sean atendidos sanitariamente, sin otros requisitos sobre posibles aseguramientos alternativos o compromisos de pago.
  2. En los casos de no presentación inicial de la TSE por parte de los citados ciudadanos, las exigencias complementarias que pueden requerir los centros sanitarios estarán condicionadas a la posterior presentación de la TSE, y en los casos en que esta se produzca, quedarán anuladas tales exigencias complementarias.

- Darse por informado del Proyecto de Real Decreto para la normalización del formato de la tarjeta sanitaria individual en el SNS.
- Darse por informado del Proyecto de Real Decreto por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.
- Darse por informado del Proyecto de Orden por la que se establecen los requisitos básicos del Convenio Especial de Prestación de Asistencia Sanitaria a suscribir por personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud.
- Informar favorablemente el Acuerdo de Reconocimiento Mutuo (Certificados y Autorizaciones).

### **Red de agencias de evaluación de tecnologías médicas sanitarias**

- Se aprueba la creación de la Red Nacional de Agencias de Evaluación de Tecnología Sanitaria y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.
- Se informa favorablemente del plan de trabajo Red Española de Agencias 2012

### **Sostenibilidad del sistema**

Se da por informado del acuerdo presentado sobre las medidas de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

### **La cartera de servicios**

Se aprueba la propuesta de Centros, Servicios y Unidades para que sean designados como de referencia del Sistema Nacional de Salud.

- Darse por informado del Proyecto de Orden por el que se fijan las bases para la inclusión de los alimentos dietéticos para usos médicos especiales en la prestación con productos dietéticos del Sistema Nacional de Salud y sus importes máximos de financiación.
- Aprobar el protocolo de prótesis Mioeléctricas, acordado por el Comité Asesor para la Prestación Ortoprotésica.
- Darse por informado del Proyecto de Real Decreto por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica.
- Darse por informado del Proyecto Orden por el que se establece el factor de facturación común de la prestación con productos dietéticos
- Darse por informado del proyecto de Orden por la que se define la cartera común suplementaria de transporte sanitario no urgente del Sistema Nacional de Salud.



- Darse por informado del Proyecto de Orden por la que se establece la aportación del usuario en la prestación con productos dietéticos, así como del Acuerdo sobre valoración de los módulos espesantes en la prestación con productos dietéticos.
- Darse por informado del proyecto de Orden por la que se regula la prestación ortoprotésica suplementaria de sillas de ruedas.
- Darse por informado de la situación de las Listas de Espera del SNS a junio de 2012.

### **Estrategias de salud**

- Aprobar la actualización de la Estrategia de Diabetes del Sistema Nacional de Salud.
- Informar favorablemente la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS.
- Informa favorablemente la Estrategia en Enfermedades Reumáticas y Músculo-esqueléticas del Sistema Nacional de Salud.
- Darse por informado de la Evaluación de la Estrategia en Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud.
- Darse por informado del Programa de Seguridad en las UCI 2011- 2012.

### **Protocolos clínicos**

- Informar favorablemente la Guía de Atención a las mujeres con endometriosis en el SNS.
- Informar favorablemente el documento sobre sensibilidad Química múltiple
- Informar favorablemente el documento Hemofilia: Recomendaciones y Guía terapéutica.

### **Acuerdos sobre el Fondo de garantía asistencial**

- Darse por informado del Fondo de Garantía Asistencial (FOGA).

### **Acuerdos sobre la Prestación farmacéutica**

- La constitución de un Grupo de Trabajo de fijación de criterios para el Nomenclátor Maestro
- Darse por informado de la propuesta de mecanismos de actualización y aportación reducida en la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud.
- Darse por informado de la propuesta de definición de criterios mínimos de ordenación farmacéutica.
- Darse por informado sobre las Agrupaciones homogéneas de medicamentos: Sistema de gestión de bajadas voluntarias de precios sin cambio de Código Nacional y Gestión de la actualización de la información de los precios menores.

- Darse por informado de los siguientes Acuerdos relativos al Real Decreto Ley 16/2012:
  - Acuerdo por el que se establece el procedimiento común de reembolso de las cuantías aportadas por los pacientes en la prestación farmacéutica.
  - Acuerdos interpretativos de la asignación del nivel de aportación.
  - Informe sobre las previsiones de ahorro de la aplicación de la actualización del IPC. (Resolución de 31 de mayo de 2012, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se actualiza la cuantía máxima correspondiente a los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación. (BOE 9 de junio de 2012.)
  - Informe de actualización del Nomenclátor (desfinanciación).

### **Acuerdos sobre medicamentos**

- Aprobar la Estrategia para Medicamentos Falsificados para el periodo 2012-2015.
- Aprobar el Plan de Actuaciones en el Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano
- Darse por informado del documento: "Propuesta de colaboración para la elaboración de los informes de posicionamiento terapéutico de los medicamentos"
- Aprobar el Protocolo: "Estrategia en el tratamiento de la Hepatitis C con nuevos inhibidores de Proteasa (Boceprevir y Telaprevir).
- Informar favorablemente el Protocolo de utilización de los nuevos fármacos anticoagulantes.

### **Acuerdos sobre recursos humanos**

- Darse por informado del Documento de consenso del Grupo de trabajo de Desarrollo-Carrera Profesional sobre "Desarrollo Profesional Continuo y Desarrollo Profesional Continuado".
- Darse por enterado de la propuesta sobre el procedimiento de homologación de categorías profesionales en el ámbito de aplicación del personal estatutario del Sistema Nacional de Salud.
- Darse por enterado del Informe planteando la necesidad de abordar un estudio de carácter nacional a propuesta del CISNS sobre las dimensiones reales y las soluciones más adecuadas a la problemática de las agresiones a los profesionales sanitarios. Moción aprobada en el Senado en fecha 13/09/2012.

## *Anexo B: Real Decreto-Ley 16/2012 y Real Decreto 1192/2012*

---

### Anexo B1

*Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.*

(ver Anexo a continuación)

### Anexo B2

*Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.*

(ver Anexo a continuación)

## Índice de Tablas

---

Tabla 1.1. Cifras oficiales de población según sexo y comunidad autónoma a 1 de enero de 2012 .....	19
Tabla 1.2. Cifras oficiales de población por comunidad autónoma.....	20
Tabla 1.3. Índice de dependencia juvenil.....	21
Tabla 1.4. Tasa de natalidad por 1.000 habitantes .....	22
Tabla 1.5. Edad media materna .....	23
Tabla 1.6. Esperanza de vida (EV) y años de vida saludables (AVS) al nacer y a los 65 años por sexo .....	24
Tabla 1.7. Esperanza de vida (EV) y años de vida saludables (AVS) al nacer por comunidad autónoma .....	26
Tabla 1.8. Porcentaje de años de vida saludable (AVS) en la Esperanza de vida (EV) al nacer y a los 65 años por comunidad autónoma .....	27
Tabla 1.9. Diferencia entre 2011 y 2007 en la esperanza de vida (EV) y años saludables (AVS) al nacer y a los 65 años por comunidad autónoma .....	28
Tabla 1.10. Evolución de la Esperanza de vida (EV) y años de vida saludables (AVS) a los 65 años por comunidad autónoma.....	29
Tabla 1.11. Problemas de salud crónicos (%) en mujeres adultas mayores de 15 años ordenados de mayor a menor .....	30
Tabla 1.12. Problemas de salud crónicos (%) en hombres adultos mayores de 15 años ordenados de mayor a menor .....	31
Tabla 1.13. Defunciones según las principales causas de muerte.....	34
Tabla 1.14. Proporción de niños menores de 5 años que han sido alimentados total o parcialmente con lactancia materna durante su primer año de vida .....	37
Tabla 1.15. Número de Centros que han notificado IVE. Número de IVEs realizadas. Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años.....	38
Tabla 1.16. Distribución porcentual del número de IVEs realizadas según tipo de centro ....	38
Tabla 1.17. Distribución porcentual del número de IVEs realizados según motivo de la interrupción .....	39
Tabla 2.1. Grado de acuerdo con la nueva Ley del Tabaco.....	40
Tabla 2.2. Opinión sobre el grado de cumplimiento de la nueva Ley del Tabaco .....	40
Tabla 2.3. Prevalencia del consumo diario de tabaco en la población de 15 y más años.....	41
Tabla 2.4. Tasa de abandono del hábito tabáquico en población de 15 y más años .....	43
Tabla 2.5. Evolución de la proporción (%) de bebedores de riesgo en población de 15 y más años.....	44
Tabla 2.6. Bebedores de riesgo en población de 15 y más años .....	44
Tabla 2.7. Sedentarismo (%) por sexo y grupo de edad. Población de 5 y más años .....	46
Tabla 2.8. Prevalencia de sobrepeso por 100 habitantes de 18 y más años .....	48
Tabla 2.9. Índice de masa corporal (IMC) en población adulta e infantil .....	48
Tabla 2.10. Prevalencia de obesidad por 100 habitantes en población de 18 y más años....	49
Tabla 2.11. Prevalencia de sobrepeso por 100 habitantes de 2 a 17 años.....	50
Tabla 2.12. Prevalencia de obesidad por 100 habitantes de 2 a 17 años.....	51
Tabla 3.1. Médicos de atención primaria pública por 1.000 tarjetas sanitarias asignadas....	53
Tabla 3.2. Médicos de atención especializada en el Sistema Nacional de Salud por 1.000 habitantes.....	54
Tabla 3.3. Profesionales de enfermería en atención primaria pública por 1.000 tarjetas sanitarias asignadas .....	56
Tabla 3.4. Profesionales de enfermería en atención especializada del Sistema Nacional de Salud por 1.000 habitantes .....	57

Tabla 3.5. Dotación de camas hospitalarias en funcionamiento y puestos de hospital de día en la red pública Sistema Nacional de Salud .....	58
Tabla 3.6. Dotación de aparatos de Tomografía Axial Computerizada y Resonancia Magnética Nuclear en la red pública Sistema Nacional de Salud .....	59
Tabla 3.7. Dotación de mamógrafos en la red pública Sistema Nacional de Salud.....	60
Tabla 3.8. Dotación de aparatos de radioterapia en la red pública Sistema Nacional de Salud .....	61
Tabla 3.9. Centros, Servicios y Unidades designados en 2012 por el Consejo Interterritorial del SNS como de referencia del Sistema Nacional de Salud .....	63
Tabla 3.10. Red de equipos de trasplantes .....	64
Tabla 3.11. Índice de donación por comunidad autónoma .....	65
Tabla 4.1. Actividad asistencial en Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud.....	67
Tabla 4.2. Actividad médica, quirúrgica y obstétrica en hospitales y centros de especialidades .....	70
Tabla 4.3. Hospitalización en el Sistema Nacional de Salud. Altas por los principales grupos de enfermedad .....	71
Tabla 4.4. Evolución de las intervenciones de cataratas, número total y proporción de procesos realizados con y sin hospitalización .....	72
Tabla 4.5. Evolución de las intervenciones de amigdalectomía y hernia inguinal, número total y proporción de procesos realizados sin hospitalización.....	73
Tabla 4.6. Distribución por CCAA de los trasplantes realizados.....	75
Tabla 5.1. Pruebas de acceso a la FSE de la Convocatoria 2011/12 .....	80
Tabla 5.2. Plazas ofertadas en la Convocatoria 2012/13 por titulación .....	81
Tabla 5.3. Evolución de la oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada (FSE) .....	81
Tabla 5.4. Residentes en formación a 31 de diciembre de 2012 .....	82
Tabla 5.5. Incremento de plazas acreditadas en 2012 por comunidad autónoma.....	83
Tabla 5.6. Reconocimiento de títulos comunitarios de las profesiones sanitarias.....	84
Tabla 5.7. Reconocimiento de títulos extranjeros de especialista en Ciencias de la Salud ...	85
Tabla 6.1. Gasto farmacéutico a través de recetas médicas del SNS .....	87
Tabla 6.2. Evolución del consumo de especialidades farmacéuticas genéricas (EFG) .....	93
Tabla 6.3. Fuente de información de los ciudadanos sobre los medicamentos .....	96
Tabla 7.1. Citación con el médico de familia .....	97
Tabla 7.2. Situación de la lista de espera de consultas externas en el SNS. Datos a 31 de diciembre de 2012 .....	98
Tabla 7.3. Evolución de la lista de espera de consultas externas en el SNS.....	98
Tabla 7.4. Lista de espera quirúrgica en el SNS. Evolución diciembre 2004 – diciembre 2012 .....	100
Tabla 7.5. Situación de la lista de espera quirúrgica en el SNS. Distribución por especialidades. Datos a 31 de diciembre de 2012.....	100
Tabla 7.6. Situación de la lista de espera quirúrgica en el SNS. Distribución por procesos seleccionados. Datos a 31 de diciembre de 2012.....	101
Tabla 7.7. Circunstancias para establecer el orden de la lista de espera quirúrgica .....	102
Tabla 7.8. Calendario básico común de vacunación acordado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en 2012.....	103
Tabla 7.9. Porcentaje de coberturas de primovacunación (series básicas) .....	103
Tabla 7.10. Porcentaje de coberturas de vacunación de refuerzo: niños vacunados de 1 a 2 años.....	105
Tabla 7.11. Porcentaje de coberturas de vacunación de Sarampión-Rubéola-Parotiditis.....	106
Tabla 7.12. Porcentaje de adolescentes vacunados frente a Hepatitis B .....	107
Tabla 7.13. Cobertura de vacunación (%) frente a virus del papiloma humano -VPH- (3 dosis; niñas 11-14 años) curso escolar 2011-2012.....	107

Tabla 7.14. Cobertura de vacunación frente a la gripe en personas mayores de 65 años por comunidades autónomas .....	109
Tabla 7.15. Porcentaje de mujeres de 50 a 69 años con mamografía realizada .....	110
Tabla 7.16. Realización de mamografía en el periodo recomendado para el cribado de cáncer de mama. Distribución porcentual según nivel de estudios. Mujeres de 50 a 69 años.....	111
Tabla 8.1. Gasto sanitario total, público y privado. Millones de euros, estructura porcentual, porcentaje sobre el producto interior bruto (PIB) y euros por habitante .....	112
Tabla 8.2. Gasto sanitario total según función de atención de la salud (millones de euros)	113
Tabla 8.3. Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud (millones de euros) .....	114
Tabla 8.4. Gasto sanitario total según agente de financiación (millones de euros) .....	115
Tabla 8.5. Gasto sanitario público consolidado según comunidades autónomas.....	117
Tabla 8.6. Gasto sanitario público consolidado según comunidades autónomas. Tasa de variación interanual 2011-2010 y tasa anual media de crecimiento (TAM) .....	118
Tabla 8.7. Gasto sanitario público consolidado según comunidades autónomas. Estructura porcentual de la clasificación económica .....	119
Tabla 9.1. Situación de las Estrategias en Salud del Sistema Nacional de Salud .....	121
Tabla 9.2. Conocimiento de la receta electrónica.....	128
Tabla 10.1. Valoración de los Servicios Sanitarios Públicos .....	130
Tabla 10.2. Porcentaje de aspectos cualitativos en la elección de servicios sanitarios públicos o privados.....	131
Tabla 11.1. Población asegurada (titulares y beneficiarios) del SNS.....	154

## Índice de Gráficos

Gráfico 1.1. Evolución de la prevalencia (%) de problemas de salud crónicos en adultos....	30
Gráfico 1.2. Prevalencia de diabetes (%) en población adulta según comunidad autónoma y sexo.....	32
Gráfico 1.3. Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos .....	35
Gráfico 1.4. Recién nacidos con bajo peso al nacer por cada 100 nacidos vivos.....	36
Gráfico 2.1. Evolución de la proporción (%) de fumadores diarios .....	42
Gráfico 2.2. Consumo diario de tabaco por sexo y grupo de edad en población de 15 y más años.....	42
Gráfico 3.1. Cociente entre médicos en ejercicio en atención especializada y en atención primaria en el Sistema Nacional de Salud.....	55
Gráfico 3.2. Número de donantes de sangre en España .....	66
Gráfico 3.3. Número de componentes sanguíneos transfundidos en España .....	66
Gráfico 4.1. Peso relativo de cada grupo de edad respecto al total de actividad en medicina de familia y enfermería.....	68
Gráfico 4.2. Peso relativo de cada grupo de edad respecto al total de actividad en pediatría.....	68
Gráfico 4.3. Frecuentación general por grupos de edad a medicina y enfermería.....	69
Gráfico 4.4. Evolución la proporción de intervenciones de cataratas realizadas con y sin hospitalización sobre el total de intervenciones de cataratas realizadas.....	72
Gráfico 4.5. Evolución de la proporción de intervenciones de amigdalectomía y hernia inguinal realizadas sin hospitalización .....	73
Gráfico 4.6. Evolución del número total y tasa anual (pmp) de donantes de órganos .....	74
Gráfico 4.7. Evolución del número de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos.....	76
Gráfico 4.8. Evolución del número de unidades de sangre del cordón umbilical (SCU) .....	77
Gráfico 4.9. Distribución de las unidades de sangre del cordón umbilical (SCU) almacenadas en España .....	78
Gráfico 4.10. Evolución de la fuente de progenitores en el Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH) alogénico no emparentado .....	79
Gráfico 6.1. Porcentaje de incremento del gasto farmacéutico a través de la facturación de recetas médicas del SNS.....	86
Gráfico 6.2. Evolución del gasto farmacéutico mensual a través de recetas médicas del SNS (en millones de euros).....	88
Gráfico 6.3. Evolución del gasto farmacéutico, a través de recetas médicas del SNS según acumulado mensual (en millones de euros) .....	88
Gráfico 6.4. Evolución del incremento mensual (%) del gasto farmacéutico a través de recetas médicas del SNS.....	89
Gráfico 6.5. Porcentaje de variación del gasto farmacéutico por CCAA .....	90
Gráfico 6.6. Evolución del número de recetas médicas del SNS facturadas por meses (en millones de recetas) .....	91
Gráfico 6.7. Evolución del incremento (%) mensual del número de recetas médicas del SNS facturadas.....	91
Gráfico 6.8. Evolución mensual del gasto medio por receta .....	92
Gráfico 6.9. Evolución del incremento (%) mensual del gasto medio por receta .....	92
Gráfico 6.10. Evolución del consumo de medicamentos genéricos (% envases - % importe).....	94
Gráfico 6.11. Consumo de medicamentos genéricos (%) sobre total de medicamentos por comunidad autónoma (envases) .....	94
Gráfico 6.12. Consumo de medicamentos genéricos (%) sobre total de medicamentos por comunidad autónoma (importe).....	95
Gráfico 7.1. Evolución de la lista de espera para consultas externas en el SNS según el tiempo medio de espera (días) .....	99

Gráfico 7.2. Evolución de la actividad quirúrgica procedente de la lista de espera quirúrgica del SNS .....	101
Gráfico 7.3. Cobertura de vacunación (%) infantil (0-1 año) frente a la poliomielitis por comunidad autónoma .....	104
Gráfico 7.4. Cobertura de vacunación (%) infantil (0-1 años) frente a Difteria- Tétanos- Pertussis por comunidad autónoma .....	105
Gráfico 7.5. Cobertura de vacunación (%) infantil (1-2 años) frente a sarampión-rubéola-parotiditis por comunidad autónoma.....	106
Gráfico 7.6. Evolución de la cobertura de vacunación frente a la gripe en personas mayores de 65 años. España 2002-2011 .....	108
Gráfico 7.7. Realización de prueba de sangre oculta en heces. Distribución porcentual según sexo en población de 50 a 69 años.....	111
Gráfico 9.1. Población asegurada (titulares y beneficiarios) del SNS .....	125
Gráfico 9.2. Situación de la historia clínica electrónica en las comunidades autónomas según el nivel de servicios.....	126
Gráfico 9.3. Implantación de la receta electrónica en los centros de salud.....	127
Gráfico 9.4. Porcentaje de recetas electrónicas dispensadas .....	127
Gráfico 10.1. Opinión (%) sobre el funcionamiento del sistema sanitario.....	129
Gráfico 10.2. Porcentaje en la elección de servicios sanitarios públicos o privados.....	130
Gráfico 10.3. Opinión sobre la existencia de desigualdades en la prestación de servicios de la sanidad pública.....	132
Gráfico 10.4. Opinión (%) sobre la adecuación de medidas de copago sanitario .....	133
Gráfico 11.1. Esquema del procedimiento de la Plataforma Central de Compras .....	165



## *Acrónimos, abreviaturas y siglas*

---

### A

ACE: Área de Capacitación Específica  
AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios  
AP: Atención Primaria  
ATC: Anatomoterapéutico  
AVS: Años de Vida Saludable  
AVSn: Años de Vida Saludable al nacer  
AVS65: Años de Vida Saludable a los 65 años

### B

BMDW: Registro Internacional de Donantes de Médula Ósea

### C

CCAA: Comunidades Autónomas  
CCST: Comité Científico para la Seguridad Transfusional  
CISNS: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud  
CMA: Cirugía Mayor Ambulatoria  
CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos  
CPAF: Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación  
CSUR: Centros, Servicios y Unidades de Referencia

### D

DTPa: Difteria-Tétanos-Pertussis

### E

EEE: Espacio Económico Europeo  
EFG: Especialidades Farmacéuticas Genéricas  
EGSP: Estadística de Gasto Sanitario Público  
EHIS: Encuesta Europea de Salud  
EM: Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud  
ENSE: Encuesta Nacional de Salud de España  
EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica  
EV: Esperanza de Vida  
EVn: Esperanza de Vida al nacer  
EVS: Esperanza de Vida en Salud  
EV65: Esperanza de Vida a los 65 años

## F

FCS: Fondo de Cohesión Sanitaria

FENIN: Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria

FOGA: Fondo de Garantía Asistencial

FSE: Formación Sanitaria Especializada

## G

GRD: Grupos Relacionados de Diagnóstico

## H

Hib: Haemophilus influenzae tipo b

## I

IMC: Índice de Masa Corporal

IMF: Importes Máximos de Financiación

IMI: Información de Mercado Interior

INE: Instituto Nacional de Estadística

INCLASNS: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud

INCLASNS-BD: Base de datos Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud

INGESA: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social

IRPF: Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas

ISFAS: Instituto Social de las Fuerzas Armadas

IT: Incapacidad Temporal

IVA: Impuesto sobre el Valor Añadido

IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo

## M

MO: Médula Ósea

MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

MUFACE: Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado

MUGEJU: Mutualidad General Judicial

## N

NC: No contesta

NS: No sabe

## O

ONT: Organización Nacional de Trasplante

## P

PIB: Producto Interior Bruto  
PMP: por millón de población  
PNH: Plan Nacional de Hemoterapia  
PTTP: Patologías, Técnicas, Tecnologías y Procedimientos  
PVP: Precio Venta al Público

## R

REPS: Registro Estatal de Profesionales Sanitarios  
RMN: Resonancia Magnética Nuclear

## S

SCU: Sangre de Cordón Umbilical  
SIAE: Sistema de Información de Atención Especializada  
SIAP: Sistema de Información de Atención Primaria  
SIFCO: Sistema de Información Fondo de Cohesión  
SI-SNST: Sistema de Información del Sistema Nacional para la Seguridad Transfusional  
SNS: Sistema Nacional de Salud  
SNST: Sistema Nacional para la Seguridad Transfusional  
SP: Sangre Periférica  
SRP: Sarampión, Rubeola , Parotiditis  
SS: Seguridad Social

## T

TAC: Tomografía Axial Computarizada  
TAM: Tasa Anual Media  
TNF: Factor de Necrosis Tumoral  
TPH: Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos  
TSI: Tarjeta Sanitaria Individual  
TSS: Tesorería de la Seguridad Social  
TSNU: Transporte Sanitario no Urgente  
Tx: Trasplante

## U

UE: Unión Europea

## V

VPH: Virus del Papiloma Humano

## Fuentes

---

### *Barómetro Sanitario*

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

Tiene como objetivo general obtener, a través de un cuestionario y de una entrevista personal directa, información sobre la percepción de los ciudadanos del funcionamiento del sistema sanitario, el impacto de medidas vinculadas a las políticas sanitarias, el conocimiento y/o actitudes de los ciudadanos ante problemas de salud de interés coyuntural, el grado de penetración de campañas de información y la reevaluación de aspectos analizados en periodos anteriores.

Como variables de estudio la parte fija del cuestionario incluye la valoración del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, la valoración del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, las listas de espera, la equidad en el acceso a los servicios y la valoración de la descentralización de la gestión sanitaria. La parte variable del cuestionario incluye diferentes dimensiones que se definen para cada estudio anual. Como variables de clasificación utiliza la edad, sexo, nivel de estudios, actividad, tamaño del municipio de residencia, nivel de ingresos y comunidad autónoma de residencia.

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

Más

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

### *Catálogo Nacional de Hospitales*

Directorio responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Consejerías/Departamentos de Sanidad de las comunidades autónomas, el Ministerio de Defensa, los órganos competentes de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla y los propios Hospitales.

Tiene como objetivo general ofrecer información básica de los hospitales existentes en el conjunto del territorio nacional.

Como variables recoge la identificación del centro (nombre, dirección, teléfono y telefax; código identificativo), camas instaladas, finalidad asistencial, dependencia patrimonial y dependencia funcional, existencia de concierto o convenio con el organismo responsable de gestionar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y si está acreditado como centro docente.

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

Más

información: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm>

#### *Centros de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud*

Directorio responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de todas las comunidades autónomas e INGESA.

Tiene como objetivo general ofrecer información básica de los centros de atención primaria existentes en el Sistema Nacional de Salud.

Como variables recoge la identificación del centro (nombre, dirección, teléfono, localidad y municipio), el tipo de centro (centro de salud o consultorio local), dependencia funcional y si está acreditado como centro docente.

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

Más

información: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm>

#### *Cifras oficiales de población*

Estadística responsabilidad del Instituto Nacional de Estadística (INE) en colaboración con los ayuntamientos. Incluido en el Plan Estadístico Nacional 2009-2012.

Tiene como objetivo general conocer la población que reside y tiene domicilio habitual en cada municipio. Toda persona que viva en España está obligada a inscribirse en el Padrón del municipio en que resida habitualmente. Quien vive en varios municipios debe inscribirse únicamente en el que habite durante más tiempo al año. La formación, mantenimiento, revisión y custodia del Padrón municipal corresponde al ayuntamiento, de acuerdo con las normas aprobadas conjuntamente por el Ministerio de Economía y Hacienda y el Ministerio para las Administraciones Públicas a propuesta del Consejo de Empadronamiento.

Las variables son el nombre y apellidos, sexo, domicilio habitual, nacionalidad, lugar y fecha de nacimiento, número de Documento Nacional de Identidad o, tratándose de extranjeros, del documento que lo sustituya.

La periodicidad de recogida de datos es mensual y su difusión es anual, con referencia al 1 de enero de cada año.

Más

información: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e260&file=inebase&N=&L=0>

#### *Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)*

Estadística responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de todas las comunidades autónomas e INGESA. Incluida en el Plan Estadístico Nacional 2009–2012.

Tiene como objetivo general el conocimiento de los procesos de hospitalización (diagnóstico, comorbilidad, tipo de proceso de atención y tipo de proceso) con internamiento y sin internamiento de los hospitales públicos y privados.

Como variables de estudio utiliza las fechas de ingreso y alta, diagnóstico principal y secundario, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, destino y situación al alta, claves de historia clínica y hospital, financiación de la asistencia. Como variables de clasificación la edad, sexo, lugar de residencia, lugar de hospitalización.

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

Más información:

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

#### *Defunciones según la causa de muerte*

Servicio responsabilidad del Instituto Nacional de Estadística (INE) en colaboración con los Institutos de Estadística de todas las comunidades autónomas, Consejerías/Departamentos con competencia en Sanidad de las comunidades autónomas, Registros Civiles (MJUS). Incluido en el Plan Estadístico Nacional 2009-2012.

Tiene como objetivo general el conocimiento del fenómeno de la mortalidad atendiendo a la causa básica de la defunción, distinguiendo entre muertes fetales tardías y el resto, y suministrar información para la construcción de indicadores de salud.

Como variables de estudio utiliza personas fallecidas y muertes fetales tardías. Como variables de clasificación la causa de la defunción, sexo, edad, mes de fallecimiento, provincia de residencia y de fallecimiento.

La periodicidad de la recogida de los datos es mensual y de la difusión anual.

Más

información: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebase&N=&L=0>



### *Donación y Trasplantes de Órganos*

Estadística responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de las comunidades autónomas. Forma parte del inventario de estadísticas de la Administración General del Estado.

Tiene como objetivo general conocer la actividad de donación, extracción y trasplante de órganos.

Como variables de estudio utiliza los donantes, extracciones realizadas y trasplantes realizados. Como variables de clasificación el centro, comunidad autónoma y órgano.

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

Más información:

<http://www.ont.es/infesp/Paginas/Datos.aspx>

### *Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE)*

Estadística responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística. Incluida en el Plan Estadístico Nacional 2009-2012.

Tiene como objetivo general informar sobre morbilidad percibida, utilización de servicios sanitarios, comportamiento y hábitos de vida y actividades preventivas.

Como variables de estudio utiliza, a través de un cuestionario y una entrevista personal directa, la autovaloración del estado de salud, limitación de la actividad, uso de servicios sanitarios y de medicamentos, hábitos de vida, cobertura sanitaria. Como variables de clasificación la edad, sexo, tamaño del hábitat, país de origen y estatus socioeconómico (nivel de estudios, ocupación e ingresos).

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

Más

información: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>

### *Esperanzas de Vida en Salud en España 2007-2011*

El informe presenta la evolución de la esperanza de vida saludable en dos periodos de tiempo con el objetivo principal de conocer su tendencia tanto en el conjunto de la población española como en la de las distintas comunidades autónomas



El continuo incremento que se viene observando en los últimos decenios en la esperanza de vida (EV), principalmente en los países más desarrollados, tiene importantes consecuencias sanitarias y sociales derivadas del aumento del número de personas de más avanzada edad y del predominio de las enfermedades crónicas y la incapacidad en el patrón de morbilidad.

La esperanza de vida en salud (EVS), conjunto diverso de indicadores que tienen en cuenta no sólo la experiencia de mortalidad de la población, sino también la experiencia de morbilidad o incapacidad. El indicador de Años de Vida Saludable (AVS) es la denominación para la (EVS) cuando la medida de salud utilizada es la limitación global de actividad, en inglés, GALI.

GALI es un índice simple de discapacidad subjetiva, diseñado y validado específicamente para la comparabilidad del indicador AVS entre países europeos. Para obtener las estimaciones de los AVS para España y sus comunidades autónomas en los periodos estudiados se han utilizado las tablas de vida realizadas por la Subdirección de Información Sanitaria e Innovación. La información sobre salud procede de las encuestas nacionales de salud españolas realizadas sobre muestras representativas de la población española en esos años.

Más Información:

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

#### *Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada*

Estadística responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de todas las comunidades autónomas y ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla. Incluida en el Plan Estadístico Nacional 2009–2012.

Tiene como objetivo general informar de la actividad asistencial, económica y docente de los centros con internamiento (hospitales) y sus características estructurales, y de los centros sin internamiento, principales provisos de servicios de atención especializada, que permite además de la obtención de índices mostrar el funcionamiento del sector y hacer seguimiento y análisis de su evolución.

Como variables de estudio utiliza la oferta asistencial, dotación, personal, altas, estancias, consultas, ingresos, técnicas de diagnóstico, actividad en otras áreas, actividad quirúrgica, actividad obstétrica, servicios de urgencia, gastos, inversiones e ingresos. Como variables de clasificación utiliza tipo de centro de atención especializada: con internamiento (hospital), sin internamiento, finalidad asistencial del centro, dependencia funcional según

entidad financiadora, forma jurídica, contrato con el Sistema Nacional de Salud, acreditación docente.

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

Más

información: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospilInternado/inforAnual/homeESCRI.htm>

### *Estrategias del Sistema Nacional de Salud.*

La elaboración de las Estrategias del Sistema Nacional de Salud (SNS) está orientado a abordar desde el SNS enfermedades de elevada prevalencia y repercusión sanitaria y social. Está regulada por el artículo 75 de la Ley 16/2003 de 28 de Mayo, de Calidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud, a tenor de lo dispuesto en el artículo 70 de la Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad.

Las Estrategias de Salud se basan en los principios de equidad y cohesión territorial y su propósito es garantizar que todos los ciudadanos tengan acceso, en las mismas condiciones, a las actuaciones y procedimientos que han demostrado efectividad sobre la mejora de la salud y de la calidad de vida.

Más información:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/abordajecronicidad.htm>

### *Gasto Sanitario Público*

Estadística responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de todas las comunidades autónomas, MUFACE, MUGEJU, ISFAS, Instituto Nacional de la Seguridad Social, Ministerio de Defensa y Ministerio de Interior. Incluida en el Plan Estadístico Nacional 2009-2012.

Tiene como objetivo general la obtención de la cifra agregada de gasto público en sanidad; clasificación por agregados de contabilidad nacional, clasificación económica, funcional y por sector de gasto; territorialización del gasto público en sanidad; y aproximación metodológica a las Cuentas de Salud de la OCDE.

Como variables de estudio económicas utiliza: remuneración del personal, consumo intermedio, conciertos, transferencias corrientes, gasto de capital. Como variables funcionales: servicios hospitalarios y especializados, servicios de atención primaria, servicios de salud pública, servicios colectivos de salud, farmacia, traslado, prótesis. Como variables de contabilidad nacional: consumo colectivo, consumo individual, producción de no mercado, producción de mercado. Como variables de clasificación los servicios suministrados y agentes ejecutores del gasto.

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

Más

información: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>

#### *Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLA-SNS)*

Responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de todas las comunidades autónomas y ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla.

Los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud son un conjunto priorizado de información que abarca los aspectos considerados más relevantes de la salud y del sistema sanitario español. La selección de indicadores se ha realizado por consenso entre las administraciones representadas en el Consejo Interterritorial del SNS. Su desarrollo se realiza a través de la Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Más

información: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS\\_D B.htm](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS_D B.htm)

#### *Interrupciones Voluntarias del Embarazo*

Estadística responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de las comunidades autónomas. Incluida en el Plan Estadístico Nacional 2009-2012.

Tiene como objetivo general informar sobre las características sociodemográficas y sobre las condiciones sanitarias en que se realizan las interrupciones voluntarias del embarazo, las características de las mujeres que se someten a una interrupción y de los centros en que se realizan.

Como variables de estudio utiliza los motivos, semanas de gestación y método empleado.

La periodicidad de la difusión es anual y la recogida de los datos es trimestral.

Más

información: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>

#### *Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud*

Estadísticas responsabilidad de las Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de todas las comunidades autónomas e INGESA. Recogidas según los criterios establecidos en el Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, que establece los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del SNS, de modo que dicho acceso pueda realizarse en condiciones de igualdad efectiva.

Tiene como objetivo general ofrecer información del número de pacientes pendientes de una intervención quirúrgica programada y del número de pacientes pendientes de una consulta en Atención Especializada en la fecha de corte.

La difusión de los datos es semestral tras el conocimiento y aprobación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Las fechas de corte corresponden a 31 de diciembre y 30 de junio de cada año.

Más

información: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/listaEspera.htm>

#### *Sistema de Información de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (SIAP-SNS)*

Estadística responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de todas las comunidades autónomas, INGESA, MUGEJU e ISFAS. Incluida en el Plan Estadístico Nacional 2009-2012.

Tiene como objetivo general proporcionar información sobre la dotación de personal, actividad (general y en prestaciones específicas) y número de centros físicos y/o funcionales del Sistema Nacional de Salud que tienen como finalidad la atención primaria.

Como variables de estudio utiliza el personal, la actividad y los centros de atención primaria.

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

Más

información: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>

#### *TIC en el Sistema Nacional de Salud: el programa Sanidad en Línea*

El programa Sanidad en Línea se puso en marcha en 2006, con el objetivo de impulsar el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en el Sistema Nacional de Salud (SNS); es una iniciativa conjunta del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

(MSSI), el Ministerio de Industria, Energía y Turismo (MIET), a través de Red.es, y todas las Consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas.

El programa cuenta con financiación del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER), y ofrece un marco para compaginar las agendas eSalud de ámbito estatal y autonómico con el fin de mejorar la calidad del servicio sanitario, mediante el uso eficiente de las tecnologías de la información y la comunicación.

Sus objetivos fundamentales son impulsar y complementar los proyectos autonómicos de historia clínica electrónica, receta electrónica o cita por internet, a través de la dotación de infraestructura y servicios TIC asociados y dar soporte a los sistemas de información de los Servicios de Salud de las comunidades autónomas para que se sumen al proyecto Historia Clínica Digital del SNS (HCDSNS), enfocado al intercambio de información clínica entre las comunidades.

Más información:

[www.red.es/media/2012-07/1343654162527.pdf](http://www.red.es/media/2012-07/1343654162527.pdf)

#### *Vacunaciones Sistemáticas*

Estadística responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de las comunidades autónomas y ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla. Forma parte del inventario de estadísticas de la Administración General del Estado.

Tiene como objetivo general el conocer las vacunaciones realizadas en la población, en lo que se refiere al calendario de vacunaciones.

Como variables de estudio utiliza la clase de vacuna y dosis administradas. Como variables de clasificación la edad.

La periodicidad de la recogida y difusión de los datos es anual.

Más

información: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunacion/es/coberturas.htm>

## *Equipo de trabajo*

---

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación

Directora General: Mercedes Vinuesa Sebastián

Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación

Subdirectora General: Mercedes Alfaro Latorre

Dirección y coordinación

Santiago Esteban Gonzalo

Recopilación de los datos, análisis y tratamiento de la información

Alicia López Rodríguez

Ángel Abad Bassols

Elena Campos Carrizo

Elena Rodríguez Álvarez

José Antonio Lozano Sánchez

María Jesús Calvo Esteban

Santiago Esteban Gonzalo

Tratamiento de textos y maquetación

Elena Campos Carrizo

Corrección de estilo

José Antonio Lozano Sánchez

## Índice de Notas:

---

<sup>1</sup> Relación (%) entre la cifra de población menor de 15 años (población potencialmente dependiente) y las cifras de población 15 a 64 años (población potencialmente activa).

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Estadística 2011.

<sup>3</sup> Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (BOE 31-XII-2010).

<sup>4</sup> El criterio más extendido para categorizar el consumo de alcohol como de riesgo para la salud a efectos epidemiológicos es el promedio, el consumo de más 40 g/día para el hombre y más de 20 g/día para la mujer.

<sup>5</sup> Clase social ocupacional: Las clases sociales utilizadas en la ENSE 2011/12 son las propuestas en 2012 por el Grupo de Trabajo de Determinantes de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) adaptadas para la Encuesta Nacional de Salud de España. Corresponde a una agrupación de ocupaciones codificadas según la Clasificación Nacional de Ocupaciones que entró en vigor en 2011 (CN=-11). Las 6 utilizadas son las siguientes:

I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.

II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.

III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.

IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.

V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as.

VI. Trabajadores no cualificados.

<sup>6</sup> La red pública SNS está compuesta por aquellos centros de dependencia y financiación pública más los centros de dependencia privada (con o sin ánimo de lucro) que mantiene un concierto sustitutorio o pertenecen a una Red de Utilización Pública, por lo que están financiados con fondos públicos.

<sup>7</sup> <http://www.msssi.gob.es/profesionales/CentrosDeReferencia/home.htm>

<sup>8</sup> La categoría "Otras ramas de actividad" incluye a los hogares como proveedores de atención domiciliaria siempre que los servicios prestados correspondan a pagos de transferencias sociales concedidas con ese propósito.

<sup>9</sup> En la interpretación de los datos es importante tener en cuenta que un 8,2 % del gasto sanitario público de España no se recoge territorializado en la EGSP.

<sup>10</sup> <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2537>

<sup>11</sup> <http://www.periodistadigital.com/salud/farmacia/2012/09/17/>

<sup>12</sup> Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

<sup>13</sup> <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/home.htm>

<sup>14</sup> <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/3AtencionEspecializada/AE-5-IndicacionDiagnosticos.htm>

<sup>15</sup> <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/3AtencionEspecializada/home.htm>

---

16

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/AP-ServiciosEspecificos.htm>

17

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/1PrestacionSaludPublica/home.htm>

18

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/6PrestacionOrtoprotetica/home.htm>

19

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/6PrestacionOrtoprotetica/home.htm>

20

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/7PrestacionProductosDieteticos/home.htm>

21

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/8PrestacionTransporteSanitario/home.htm>

<sup>22</sup> Creado por la incorporación de una nueva Disposición adicional décima de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

<sup>23</sup> Epoetinas:

La indicación principal de estos medicamentos es el tratamiento de la anemia asociada a insuficiencia renal crónica, así como de la anemia en pacientes en quimioterapia por tumores sólidos, si bien no están indicados en el tratamiento de los tipos usuales de anemia (ferropénica megaloblástica).

Las epoetinas se administran por vía parenteral, y no se dispensan por las oficinas de farmacia, al tratarse de medicamentos de Uso hospitalario y su dispensación a pacientes externos se realiza desde los Servicios de Farmacia de los Hospitales.

Anticuerpos monoclonales anti TNF:

Son medicamentos inmunosupresores que reducen los niveles del factor de necrosis tumoral (TNF) de las enfermedades autoinmunes, y que actúan también reduciendo otros marcadores biológicos característicos de los cuadros inflamatorios crónicos (artritis reumatoide, enfermedades inflamatorias intestinales, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante...) no afectando el recuento de leucocitos ni de monocitos, lo que conduce a la rápida resolución de la inflamación.

La vía de administración de estos medicamentos es parenteral. En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, su dispensación a pacientes externos se realiza por los Servicios de Farmacia Hospitalaria.



## *ANEXO B1*

---

## I. DISPOSICIONES GENERALES

### JEFATURA DEL ESTADO

- 5403** *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.*

#### I

La creación del Sistema Nacional de Salud ha sido uno de los grandes logros de nuestro Estado del bienestar, dada su calidad, su vocación universal, la amplitud de sus prestaciones, su sustentación en el esquema progresivo de los impuestos y la solidaridad con los menos favorecidos, lo que le ha situado en la vanguardia sanitaria como un modelo de referencia mundial.

Sin embargo, la ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento en todo el territorio nacional, el crecimiento desigual en las prestaciones del catálogo, la falta de adecuación de algunas de ellas a la realidad socioeconómica y la propia falta de rigor y énfasis en la eficiencia del sistema han conducido al Sistema Nacional de Salud a una situación de grave dificultad económica sin precedentes desde su creación. Se ha perdido eficacia en la gestión de los recursos disponibles, lo que se ha traducido en una alta morosidad y en un insostenible déficit en las cuentas públicas sanitarias. Se hace, pues, imprescindible la adopción de medidas urgentes que garanticen su futuro y que contribuyan a evitar que este problema persista.

El Sistema Nacional de Salud viene sufriendo situaciones de descoordinación entre los servicios de salud autonómicos lo que se traduce en la aparición de considerables diferencias en las prestaciones y en los servicios a los que acceden los pacientes en las distintas comunidades autónomas. La cohesión territorial y la equidad se han visto puestas en cuestión con determinadas medidas adoptadas durante estos últimos años.

Los datos estructurales y las cifras más significativas del gasto sanitario público muestran que la sanidad pública no puede obviar por más tiempo de una situación claramente incompatible con su imprescindible sostenibilidad y que, al mismo tiempo, ha acarreado consecuencias gravemente perjudiciales para el empleo y la viabilidad de los sectores empresariales que con él se relacionan.

Pero, además, resulta inaplazable hacer frente a los retos actuales de la asistencia sanitaria. Así, el impacto del envejecimiento de la población, la necesidad de incorporar las innovaciones terapéuticas en la terapia clínica, el avance y progreso en la medicina molecular, el desarrollo de los avances en genómica y proteómica y de nuevos fármacos, van a suponer, sin duda, un incremento del gasto sanitario cuyas previsiones deben ser rigurosamente analizadas por los responsables políticos.

El uso racional y la adecuación terapéutica a la duración real de los tratamientos es uno de los temas en los que se debe poner el énfasis. Así, los últimos datos de gestión medioambiental de residuos de medicamentos ponen de manifiesto los preocupantes costes de destrucción de productos desechados sin utilizar o de unidades excedentes de las pautas terapéuticas establecidas, que no sólo confirman la necesidad de mejorar la eficiencia en el proceso de prescripción, dispensación y uso de medicamentos, sino que alertan de los preocupantes costes medioambientales derivados.

#### II

Todos los países de la Unión Europea están analizando y adoptando medidas que permiten optimizar sus modelos asistenciales y farmacéuticos y, en especial, el gasto

farmacéutico y su peso en el gasto sanitario. La implantación de medidas en este ámbito es muy intensa, en especial en los países a los que ha golpeado con más intensidad la crisis financiera y económica.

En cumplimiento de la obligación que tienen los poderes públicos de gestionar de la manera más eficiente las capacidades del sistema, se debe garantizar el mantenimiento del modelo español de Sistema Nacional de Salud, modelo configurado como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración General de Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas, que garantiza la protección de la salud y se sustenta con base en la financiación pública, la universalidad y la gratuidad de los servicios sanitarios.

Por eso, son necesarias reformas que permitan reforzar la sostenibilidad, mejorar la eficiencia en la gestión, promover el ahorro y las economías de escala, introducir nuevas herramientas a través de las nuevas tecnologías, ganar en cohesión territorial, coordinar los servicios sanitarios y los sociales y, sobre todo, garantizar la igualdad de trato en todo el territorio nacional con una cartera básica de servicios comunes.

Asimismo, y a la vista de los informes emitidos por el Tribunal de Cuentas, resulta imprescindible regular, sin más demora, la condición de asegurado con el fin de evitar algunas situaciones de prestación de asistencia sanitaria que se están produciendo en la actualidad y que están debilitando de forma alarmante la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

El Gobierno ha expresado su deseo de abordar éstas y cuantas otras reformas sean necesarias o convenientes, no sólo mediante normas, sino también impulsando buenas prácticas y poniendo en común experiencias, siempre con base en el diálogo y contando con la colaboración de las comunidades autónomas, de los grupos políticos y de cuantas asociaciones y entidades actúan en este ámbito, velando así por la mejor atención a los pacientes, que son el verdadero centro del sistema.

Será de esta manera como realmente se podrá garantizar a los ciudadanos una asistencia sanitaria pública, gratuita y universal.

Las medidas que se aplican en el presente real decreto-ley tienen como objetivo fundamental afrontar una reforma estructural del Sistema Nacional de Salud dotándolo de solvencia, viabilidad y reforzando las medidas de cohesión para hacerlo sostenible en el tiempo, lo que hace necesario que éstas se apliquen con la mayor urgencia posible. Se hace preciso, en el actual contexto socioeconómico, que dichas medidas se materialicen en un instrumento normativo de efecto inmediato que de respuesta, sin demora, a las demandas internas de mejora de la equidad que exige la ciudadanía, de eficiencia que exige el Tribunal de Cuentas y de seguridad que exige el sector sanitario, y a las externas de transparencia y viabilidad que exige la Unión Europea.

Por todo ello, el Gobierno considera que concurren los presupuestos necesarios de extraordinaria y urgente necesidad establecidos en el artículo 86 de la Constitución Española que le habilitan para aprobar estas medidas mediante el mecanismo de un real decreto-ley.

### III

La Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1999 dispuso en el Capítulo III de su Título I que sería el Estado, a través de las transferencias presupuestarias a las comunidades autónomas, el que asumiría totalmente la financiación pública de la asistencia sanitaria, desvinculándose con ello la asistencia sanitaria de las aportaciones a la Seguridad Social.

Esta separación de fuentes de financiación entre el Sistema Nacional de Salud y la Seguridad Social no ha llevado aparejada la necesaria delimitación de funciones a la hora del reconocimiento de los derechos. Las comunidades autónomas, en el marco de sus respectivas competencias, han extendido el derecho de cobertura sanitaria de forma muy diversa y sin tener en cuenta la legislación europea en materia de aseguramiento,

poniendo en riesgo la solvencia del propio Sistema Nacional de Salud y abocándolo a procedimientos de infracción por parte de la Comisión Europea que reclama la aplicación efectiva del principio de igualdad de trato.

El dictamen motivado 2009/2341 de la Comisión Europea dirigido al Reino de España por su negativa a expedir la tarjeta sanitaria europea a personas residentes en España con derecho a recibir asistencia sanitaria con arreglo a la normativa de algunas comunidades autónomas, ha puesto de manifiesto la fragilidad del mecanismo de reconocimiento del derecho a la protección de la salud en nuestro país.

Así, el Reglamento (CE) n.º 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social, y su reglamento de aplicación, el Reglamento (CE) n.º 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009, por el que se adoptan las normas de aplicación, hacen efectivo el principio de igualdad de trato en las prestaciones derivadas de la acción protectora de la seguridad social entre los ciudadanos comunitarios europeos, sea cual sea su lugar de origen, asimilando éstas a las de los ciudadanos del país donde se presten.

Por otra parte, la Directiva 2004/38/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, relativa al derecho de los ciudadanos de la Unión y de los miembros de sus familias a circular y residir libremente en el territorio de los Estados miembros, por la que se modifica el Reglamento (CEE) n.º 1612/68 y se derogan las Directivas 64/221/CEE, 68/360/CEE, 72/194/CEE, 73/148/CEE, 75/34/CEE, 75/35/CEE, 90/364/CEE, 90/365/CEE y 93/96/CEE, regula en su artículo 7 las condiciones que se deben cumplir en aquellos casos en los que un ciudadano europeo desee residir en otro Estado Miembro, distinto del que es originario, por un periodo superior a tres meses.

Sin embargo, el Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo no ha transpuesto el artículo 7 de la Directiva 2004/38/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, en sus términos literales. Esta circunstancia ha supuesto, y seguirá suponiendo si no se modifica, un grave perjuicio económico para España, especialmente en cuanto a la imposibilidad de garantizar los retornos de los gastos ocasionados por la prestación de servicios sanitarios y sociales a ciudadanos europeos.

El Tribunal de Cuentas ha puesto de manifiesto que el Sistema Nacional de Salud está asumiendo, con cargo a sus presupuestos, la asistencia sanitaria de personas que la tienen ya cubierta, bien por sus instituciones de seguridad social en origen, bien por esquemas de seguros privados, lo cual está erosionando enormemente su capacidad financiera e impidiendo que sus gestores puedan seguir realizando mejoras en los servicios. Se impone, pues, una clarificación armonizada de la condición de asegurado, a efectos de la prestación de servicios sanitarios y sociosanitarios, de tal forma que ésta quede vinculada de forma efectiva a la financiación por impuestos y al carácter de solidaridad social que el esquema progresivo de los mismos tiene en nuestro país.

Y es, precisamente, esta materia la que se encuentra regulada en el Capítulo I de este real decreto-ley, donde se regula la condición de asegurado, en su Disposición final tercera, por la que se modifica el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, precepto que no tiene naturaleza orgánica según establece la disposición final cuarta de dicha ley, así como en su Disposición final quinta en la que se modifica el artículo 7 del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero.

#### IV

Resulta, por otra parte, necesario introducir, y este es el objeto del Capítulo II del real decreto-ley, una categorización de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud que permita gestionar mejor la realidad asistencial en España donde coexiste un entramado jurídico-administrativo que reduce la transparencia y dificulta la ejecución, disminuyendo, en consecuencia, la eficiencia en su aplicación, y donde se de cabida a la

actuación objetiva basada en un riguroso análisis coste-efectividad que proporciona la red española de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

Esta situación tiene que ser reconducida hacia la homogeneidad entre los servicios de salud, así como hacia la claridad, transparencia e información a la ciudadanía para que pueda conocer con exactitud el alcance de la cobertura de sus derechos.

Además, se hace imprescindible solucionar, en el marco de la cohesión e igualdad de derechos a la asistencia sanitaria entre los españoles y demás personas que gozan de la condición de asegurado en nuestro país, la financiación de la atención sanitaria prestada a las personas residentes en una comunidad autónoma distinta de la que está prestando la atención a través de la creación en el Capítulo III de este real decreto-ley del Fondo de Garantía Asistencial, configurado como una partida específica de compensación para la garantía asistencial en todo el Sistema Nacional de Salud.

## V

El Capítulo IV del real decreto-ley incorpora determinadas medidas relacionadas con la prestación farmacéutica.

La financiación de medicamentos y productos sanitarios en el Sistema Nacional de Salud es uno de los grandes desafíos actuales. La austeridad en el gasto público, imprescindible en todo momento, ha devenido un objetivo inaplazable. Por ello, resulta necesario, más que nunca, que las decisiones de financiación estén presididas por los criterios de evidencia científica de coste-efectividad y por la evaluación económica, con consideración del impacto presupuestario, en la que se tenga en cuenta un esquema de precio asociado al valor real que el medicamento o producto sanitario aporta al sistema. Es momento, por tanto, de sentar las bases para un análisis exhaustivo de los beneficios que un nuevo medicamento o producto sanitario aporta a la sociedad en general y al tejido socioeconómico español en particular a la hora de decidir sobre sus condiciones de financiación por el Sistema Nacional de Salud.

El mismo principio de austeridad y de racionalización en el gasto público en la oferta de medicamentos y productos sanitarios obliga a actualizar el vigente sistema de aportación por parte del usuario y exige introducir cambios en el mismo, de modo que se adecue al actual modelo de financiación del Sistema Nacional de Salud por los presupuestos generales del Estado.

Por otra parte, las medidas contenidas en los Reales Decretos-Leyes 4/2010, de 26 de marzo, 8/2010, de 20 de mayo y 9/2011, de 19 de agosto, que se centran en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud y, especialmente, las relativas a los descuentos a practicar a las ventas facturadas al Sistema, producen efectos de dualidad de precios y mercados que pueden conculcar los principios de economía de mercado y que es necesario revisar a efectos de proteger la competencia en los diferentes subsectores.

## VI

En el Capítulo V de este real decreto-ley se contemplan una serie de medidas destinadas a corregir determinadas situaciones estructurales en relación con los recursos humanos, verdaderos activos del Sistema Nacional de Salud.

Los fondos destinados a financiar los recursos humanos en los servicios de salud suponen la partida más importante de sus presupuestos. La diversidad de normas reguladoras, la complejidad organizativa de titulaciones, categorías y situaciones laborales de los más de 600.000 trabajadores de los 17 servicios de salud ha ido generando una gran variabilidad interpretativa de las normas reguladoras, que se demuestran como verdaderas barreras para el desarrollo de los planes de eficiencia y ordenación que las comunidades autónomas están desarrollando en el marco económico de crisis actual y para la libertad de movimientos de los trabajadores entre servicios de salud.

Se presenta así como una verdadera urgencia definir homogéneamente para todo el Sistema Nacional de Salud la regulación actual de aspectos vinculados a las categorías profesionales, los criterios generales reguladores del sistema retributivo o de la acción social.

Estas modificaciones son especialmente necesarias en un contexto de crisis económica para racionalizar el gasto público y posibilitar una mayor eficiencia en la gestión de los servicios de salud de las comunidades autónomas.

La inminente aplicación de la troncalidad en la formación de especialistas del Sistema Nacional de Salud hace urgente realizar determinadas modificaciones en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, en lo relativo a la regulación de las Áreas de Capacitación Específica, la clarificación de las competencias en la formación de especialistas, la resolución de las solicitudes de acreditación de centros docentes y su auditoría y evaluación.

La creación de Áreas de Capacitación Específica no admite demora para dar respuesta a las necesidades del progreso científico y al derecho y deber que tienen los profesionales en orden a su desarrollo profesional. Este desarrollo es una petición unánime de los profesionales sanitarios, del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, de las sociedades científicas y de las administraciones sanitarias. Sin embargo, al haber transcurrido más de 8 años desde la aprobación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, es necesario adaptar el desarrollo de las Áreas de Capacitación Específica a las nuevas necesidades del sistema sanitario y a la evolución que la formación sanitaria especializada está experimentando tanto a nivel interno (introducción de criterios de troncalidad en la formación de especialistas) como en el ámbito de la Unión Europea.

La necesidad de crear un Registro Estatal de Profesionales Sanitarios se basa en que se trata de una herramienta imprescindible para garantizar la información a la población y a las instituciones de la situación de los profesionales desde los diferentes aspectos que configuran la práctica profesional. La información respecto de la certificación de que el profesional no esté sometido a sanción disciplinaria o inhabilitación profesional se constituye en una garantía para la seguridad de los pacientes, y da cumplimiento a la exigencia del derecho comunitario para acreditar la buena práctica de los profesionales en el ámbito del derecho a la libre circulación, que tiene una gran incidencia en el sector salud.

Los registros autonómicos y colegiales no son suficientes para garantizar la necesaria planificación y control de los recursos humanos con los que cuenta el sistema sanitario. Este registro estatal, al posibilitar una conexión con los registros autonómicos en tiempo real, permitirá que los datos de especial necesidad estén disponibles de modo inmediato, desde la constancia de resolución de expedientes disciplinarios hasta la adecuada planificación de las necesidades de especialistas en estrecha conexión con las ofertas anuales de plazas en formación.

También resulta urgente garantizar la movilidad de los profesionales mediante la elaboración de un catálogo homogéneo de categorías profesionales donde se establezcan las necesarias equivalencias. Este catálogo permitirá que los profesionales puedan acceder a plazas vacantes de otros servicios de salud mejorando la calidad de la asistencia, ya que esas plazas no van a ser objeto de provisión reglada mediante la convocatoria de procesos selectivos, puesto que la oferta de empleo público se encuentra congelada.

Finalmente, criterios de racionalización y eficiencia en la gestión del gasto de acción social de los servicios de salud determinan la necesidad de posibilitar a las comunidades autónomas la modulación de su aportación en casos de incapacidad temporal, y también derogar normas preconstitucionales que resultan divergentes con los criterios recogidos en la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social, en cuanto a las prestaciones económicas del personal que haya alcanzado la edad de jubilación.



## VII

Por último, y al margen de las referencias que se han hechos en los apartados anteriores, se han incluido una serie de medidas adicionales que completan el paquete normativo y que resultan necesarias para la adecuada puesta en práctica de este real decreto-ley.

Así, se incorporan medidas de eficiencia que tanto necesita el Sistema para afrontar sus problemas de suficiencia financiera, posibilitando la adopción de estrategias de gestión centralizada de suministros que pongan en valor una relación de volumen-precio en la adquisición de productos, materiales y equipamientos de forma coordinada en el Sistema Nacional de Salud. También deben adoptarse medidas de esfuerzo en el ahorro energético, relacionadas no sólo con la eficiencia sino también con el compromiso en el ámbito de la responsabilidad social corporativa exigible a la mayor empresa pública del país.

En otro orden de cosas, la Directiva 2004/23/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de marzo de 2004, relativa al establecimiento de normas de calidad y de seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos, establece en el apartado 2 de su artículo 12 que los Estados miembros tomarán todas las medidas necesarias para garantizar que cualquier actividad de promoción y publicidad en apoyo de la donación de células y tejidos humanos se atenga a las directrices o disposiciones legales establecidas por los Estados miembros.

En este sentido, el Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos, que transpone la citada Directiva 2004/23/CE a nuestro ordenamiento jurídico, no consideró preciso hacer uso de dicha atribución adoptando las medidas correspondientes. No obstante, acontecimientos relacionados con actividades de promoción y publicidad en apoyo de la donación de células y tejidos humanos que recientemente han tenido lugar en España y que no han observado la regulación vigente en la materia, aconsejan completar la transposición en el sentido de establecer, con base en las facultades previstas en la norma comunitaria, medidas que aseguren el cumplimiento de lo dispuesto por las normas españolas y que garanticen el adecuado funcionamiento del modelo español de trasplantes.

Además, el artículo 30.1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, dispone que las actividades de promoción y publicidad estarán sometidas a la inspección y control por las administraciones sanitarias competentes, y el artículo 40.8 de la misma ley establece que corresponde a la Administración General del Estado, sin menoscabo de las competencias de las comunidades autónomas, desarrollar reglamentación sobre, entre otros aspectos, registro de servicios, de acuerdo con lo establecido en la legislación sobre extracción y trasplante de órganos.

En consecuencia, con base en el citado artículo 12.2 de la Directiva 2004/23/CE, se procede a modificar el Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre, mediante la adición de un nuevo párrafo al apartado 1 del artículo 4, que establece la obligación de disponer de autorización administrativa previa para realizar actividades de promoción y publicidad en apoyo de la donación de células y tejidos humanos; y a través de la adición de un artículo 30 bis, por el que se constituye un registro de donantes de progenitores hematopoyéticos comprensivo de la información agregada del conjunto del Sistema Nacional de Salud.

## VIII

El derecho a la protección de la salud y la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones

y servicios necesarios se consagra como principio rector de la política social y económica en el artículo 43 de la Constitución Española que reserva a la ley el establecimiento de los derechos y deberes de todos al respecto.

El Tribunal Constitucional ha considerado, en sentencias como la 182/1997, de 28 de octubre, y la 245/2004, de 16 de diciembre, que el hecho de que una materia esté sujeta al principio de reserva de ley no permite concluir que la misma se encuentre excluida del ámbito de regulación del real decreto-ley, el cual puede penetrar en dicha materia siempre que se den los requisitos constitucionales de presupuesto habilitante y no «afecte», en el sentido constitucional del término, a las materias excluidas en el artículo 86 de la Constitución Española, aspecto que necesariamente se relaja al encontramos en presencia de un principio rector de la política social y económica del Capítulo III del Título I de la Constitución.

En virtud de todo ello, haciendo uso de la autorización contenida en el artículo 86 de la Constitución Española, a propuesta de la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previa deliberación del Consejo de Ministros, en su reunión del día 20 de abril de 2012,

DISPONGO:

CAPÍTULO I

### De la asistencia sanitaria en España

**Artículo 1.** *Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.*

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, queda modificada en los siguientes términos:

Uno. Se modifica el artículo 3, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 3. *De la condición de asegurado.*

1. La asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado.

2. A estos efectos, tendrán la condición de asegurado aquellas personas que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:

a) Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.

b) Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.

c) Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.

d) Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.

3. En aquellos casos en que no se cumpla ninguno de los supuestos anteriormente establecidos, las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente.

4. A los efectos de lo establecido en el presente artículo, tendrán la condición de beneficiarios de un asegurado, siempre que residan en España, el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, que deberá acreditar la inscripción



oficial correspondiente, el ex cónyuge a cargo del asegurado, así como los descendientes a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%.

5. Aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.

6. Lo dispuesto en los apartados anteriores de este artículo no modifica el régimen de asistencia sanitaria de las personas titulares o beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, la Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas, que mantendrán su régimen jurídico específico.

A este respecto, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertados por estas entidades. En caso de recibir asistencia en centros sanitarios públicos, el gasto correspondiente a la asistencia prestada será reclamado al tercero obligado, de acuerdo con la normativa vigente.»

Dos. Se añade un nuevo artículo 3 bis, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 3 bis. *Reconocimiento y control de la condición de asegurado.*

1. El reconocimiento y control de la condición de asegurado o de beneficiario del mismo corresponderá al Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de sus direcciones provinciales, que establecerá los requisitos documentales a presentar en cada caso.

2. Una vez reconocida la condición de asegurado o de beneficiario del mismo, el derecho a la asistencia sanitaria se hará efectivo por las administraciones sanitarias competentes, que facilitarán el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de asistencia sanitaria mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual.

3. Los órganos competentes en materia de extranjería podrán comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social, sin contar con el consentimiento del interesado, los datos que resulten imprescindibles para comprobar la concurrencia de los requisitos a los que se refiere el apartado 4 del artículo 3 de esta ley.

Del mismo modo, el Instituto Nacional de la Seguridad Social podrá tratar los datos obrantes en los ficheros de las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social o de los órganos de las administraciones públicas competentes que resulten imprescindibles para verificar la concurrencia de la condición de asegurado o beneficiario. La cesión al Instituto Nacional de la Seguridad Social de estos datos no precisará del consentimiento del interesado.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social tratará la información a la que se refieren los dos párrafos anteriores con la finalidad de comunicar a las administraciones sanitarias competentes los datos necesarios para verificar en cada momento que se mantienen las condiciones y los requisitos exigidos para el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, sin precisar para ello del consentimiento del interesado.

Cualquier modificación o variación que pueda comunicar el Instituto Nacional de la Seguridad Social deberá surtir los efectos que procedan en la tarjeta sanitaria individual.»

Tres. Se añade un nuevo artículo 3 ter, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 3 ter. *Asistencia sanitaria en situaciones especiales.*

Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

- a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.
- b) De asistencia al embarazo, parto y postparto.

En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.»

## CAPÍTULO II

### De la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud

**Artículo 2.** *Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.*

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, queda modificada en los siguientes términos:

Uno. Se modifica el artículo 8, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 8. *Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.*

1. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiéndose por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

2. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud se articulará en torno a las siguientes modalidades:

- a) Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud a la que se refiere el artículo 8 bis.
- b) Cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud a la que se refiere el artículo 8 ter.
- c) Cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud a la que se refiere el artículo 8 quáter.

3. En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordará la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que se aprobará mediante Real Decreto.

4. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad realizará anualmente una evaluación de los costes de aplicación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.»

Dos. Se añade un nuevo artículo 8 bis, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 8 bis. *Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud.*

1. La cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública.

2. La prestación de estos servicios se hará de forma que se garantice la continuidad asistencial, bajo un enfoque multidisciplinar, centrado en el paciente, garantizando la máxima calidad y seguridad en su prestación, así como las condiciones de accesibilidad y equidad para toda la población cubierta.»

Tres. Se añade un nuevo artículo 8 ter, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 8 ter. *Cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud.*

1. La cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud incluye todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario.

2. Esta cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud incluirá las siguientes prestaciones:

- a) Prestación farmacéutica.
- b) Prestación ortoprotésica.
- c) Prestación con productos dietéticos.

3. También gozará de esta consideración el transporte sanitario no urgente, sujeto a prescripción facultativa, por razones clínicas y con un nivel de aportación del usuario acorde al determinado para la prestación farmacéutica.

4. Para las prestaciones previstas en el apartado 2 de este artículo, a excepción de la prestación farmacéutica que se regirá por su normativa, se aprobarán por Orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, la actualización del catálogo de prestaciones, los importes máximos de financiación y los coeficientes de corrección a aplicar para determinar la facturación definitiva a los servicios autonómicos de salud por parte de los proveedores, que tendrá la consideración de precio final.

5. El porcentaje de aportación del usuario se regirá por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica, tomando como base de cálculo para ello el precio final del producto y sin que se aplique ningún límite de cuantía a esta aportación.»

Cuatro. Se añade un nuevo artículo 8 quáter, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 8 quáter. *Cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud.*

1. La cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud incluye todas aquellas actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico, estando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario.

2. Por Orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, se aprobará la inclusión de servicios accesorios, los importes máximos de financiación y los coeficientes de corrección a aplicar para determinar la facturación definitiva a los servicios autonómicos de salud por parte de los proveedores, así como las modalidades de aportación o reembolso aplicables en cada caso.

Las actividades, servicios o técnicas incluidas en esta modalidad de cartera se harán efectivas una vez se aprueben por Orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

3. La aportación del usuario o, en su caso, el reembolso, se regirá por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica, tomando como referencia el precio final de facturación que se decida para el Sistema Nacional de Salud.»

Cinco. Se añade un nuevo artículo 8 quinquies, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 8 quinquies. *Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas.*

1. Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios que incluirán, cuando menos, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud en sus modalidades básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios, garantizándose a todos los usuarios del mismo.

2. Las comunidades autónomas podrán incorporar en sus carteras de servicios una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios.

3. Las comunidades autónomas deberán destinar los recursos económicos necesarios para asegurar la financiación de la cartera común de servicios, siendo preceptiva, para la aprobación de la cartera de servicios complementaria de una comunidad autónoma, la garantía previa de suficiencia financiera de la misma en el marco del cumplimiento de los criterios de estabilidad presupuestaria.

4. En todo caso, estos servicios o prestaciones complementarios deberán reunir los mismos requisitos establecidos para la incorporación de nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos a la cartera común de servicios, y no estarán incluidos en la financiación general de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

Con anterioridad a su incorporación, la comunidad autónoma concernida deberá informar, de forma motivada, al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

5. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud podrá emitir recomendaciones sobre el establecimiento por parte de las comunidades autónomas de prestaciones sanitarias complementarias a las prestaciones comunes del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo establecido en el artículo 71.1.b) de esta ley.

6. Las comunidades autónomas pondrán en conocimiento del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad los servicios complementarios no contemplados en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud tras su incorporación efectiva a su cartera de servicios autonómica, los cuales se incluirán en el sistema de información correspondiente.

7. Las comunidades autónomas asumirán, con cargo a sus propios presupuestos, todos los costes de aplicación de la cartera de servicios complementaria a las personas que tengan la condición de asegurado.»

Seis. Se modifica el artículo 20, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 20. *Desarrollo de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.*

1. El contenido de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud se determinará por acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación.

En la elaboración de dicho contenido se tendrá en cuenta la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, así como su impacto económico y organizativo.

En la evaluación de lo dispuesto en el párrafo anterior participará la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

2. En cualquier caso, no se incluirán en la cartera común de servicios aquellas técnicas, tecnologías y procedimientos cuya contribución eficaz a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autonomía y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento no esté suficientemente probada.»

Siete. Se modifican los apartados 1 y 2 del artículo 21 que quedan redactados del siguiente modo:

«1. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud se actualizará mediante orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. El procedimiento para la actualización se desarrollará reglamentariamente.

2. Las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos serán sometidas a evaluación, con carácter preceptivo y previo a su utilización en el Sistema Nacional de Salud, por la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.»

### CAPÍTULO III

#### Medidas de cohesión y de garantía financiera del Sistema Nacional de Salud

##### **Artículo 3.** *Fondo de Garantía Asistencial.*

1. Se crea el Fondo de Garantía Asistencial, con carácter extrapresupuestario, con el objeto de garantizar la cohesión y equidad en el Sistema Nacional de Salud, mediante la cobertura de los desplazamientos entre comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla de personas que gozan de la condición de asegurado en el Sistema Nacional de Salud.

2. El Fondo de Garantía Asistencial estará destinado a la compensación entre las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común básica de servicios asistenciales y de la suplementaria a las personas que gocen de la condición de asegurado en el Sistema Nacional de Salud en sus desplazamientos temporales.

3. Con el fin de realizar una adecuada gestión y seguimiento del Fondo de Garantía Asistencial, se procederá a establecer los mecanismos de reconocimiento de estas personas en el sistema de información de tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud.

4. La determinación del importe a liquidar a cada servicio de salud se establecerá mediante disposición reglamentaria al efecto.

5. El importe de las cuantías a liquidar vendrá determinado por las siguientes modalidades de desplazamiento:

a) Desplazamiento de corta duración (inferior a un mes), que se abonarán siguiendo las tarifas nacionales que se establezcan en concepto de atención sanitaria de atención primaria, incluyendo la prestación por cartera suplementaria que corresponda.

b) Desplazamientos de larga duración (igual o superior a un mes), que se abonarán de acuerdo a la cápita mensual utilizada para los cálculos estadísticos de contabilidad sanitaria del sistema de cuentas de salud, con dos posibilidades de aplicación:

1.<sup>a</sup> Para la cartera común básica de servicios asistenciales completa.

2.<sup>a</sup> Para la cartera común básica de servicios asistenciales parcial, referida a asistencia en nivel primario o especializado.

## CAPÍTULO IV

**Medidas sobre la prestación farmacéutica**

**Artículo 4.** *Modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.*

La Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, queda modificada en los siguientes términos:

Uno. Se modifica el artículo 85, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 85. *Prescripción de medicamentos y productos sanitarios.*

1. La prescripción de medicamentos y productos sanitarios en el Sistema Nacional de Salud se efectuará en la forma más apropiada para el beneficio de los pacientes, a la vez que se protege la sostenibilidad del sistema.

2. En el Sistema Nacional de Salud, las prescripciones de medicamentos incluidos en el sistema de precios de referencia o de agrupaciones homogéneas no incluidas en el mismo se efectuarán de acuerdo con el siguiente esquema:

a) Para procesos agudos, la prescripción se hará, de forma general, por principio activo.

b) Para los procesos crónicos, la primera prescripción, correspondiente a la instauración del primer tratamiento, se hará, de forma general, por principio activo.

c) Para los procesos crónicos cuya prescripción se corresponda con la continuidad de tratamiento, podrá realizarse por denominación comercial, siempre y cuando ésta se encuentre incluida en el sistema de precios de referencia o sea la de menor precio dentro de su agrupación homogénea.

3. No obstante, la prescripción por denominación comercial de medicamentos será posible siempre y cuando se respete el principio de mayor eficiencia para el sistema y en el caso de los medicamentos considerados como no sustituibles.

4. Cuando la prescripción se realice por principio activo, el farmacéutico dispensará el medicamento de menor precio de su agrupación homogénea y, en el caso de igualdad, el medicamento genérico o el medicamento biosimilar correspondiente.

5. En todo caso, la prescripción de un medicamento para su utilización en condiciones diferentes a las establecidas en su ficha técnica deberá ser autorizada previamente por la comisión responsable de los protocolos terapéuticos u órgano colegiado equivalente en cada comunidad autónoma.»

Dos. Se añade un nuevo artículo 85 bis, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 85 bis. *Sistemas de información para apoyo a la prescripción.*

1. Los órganos competentes de las comunidades autónomas dotarán a sus prescriptores de un sistema de prescripción electrónica común e interoperable en el que se incorporarán subsistemas de apoyo a la prescripción, tales como:

- Nomenclátor de medicamentos en línea.
- Correspondencia entre principios activos, medicamentos disponibles y patologías en las que están indicados.
- Protocolos de tratamiento por patología recomendados desde las instituciones sanitarias y las sociedades médicas, con indicación de los estándares de elección y los beneficios esperados.
- Coste del tratamiento prescrito y alternativas de elección terapéutica según criterios de eficiencia.
- Base de datos de interacciones.



- Base de datos de ensayos clínicos en su provincia o comunidad autónoma.
- Información periódica en línea (autorización y retirada de medicamentos y productos sanitarios, alertas y comunicaciones de interés para la protección de la salud pública).
- Difusión de noticias sobre medicamentos que, sin ser alertas en sentido estricto, contribuyan a mejorar el nivel de salud de la población.

2. Los sistemas de apoyo a la prescripción recogerán la información correspondiente a los precios seleccionados vía aportación reducida, de modo que el médico pueda tomar en consideración el impacto económico durante la prescripción de medicamentos y productos sanitarios.

3. Los sistemas de apoyo a la prescripción serán gestionados desde los órganos competentes a nivel de comunidad autónoma. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud velará por que los mismos se articulen de modo eficiente y contribuyan a mantener la equidad del sistema sanitario.

4. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en coordinación con las comunidades autónomas, establecerá protocolos asistenciales de carácter básico de modo que se oriente la prescripción y utilización de aquellos medicamentos que, por sus características singulares, requieran especial atención y cautela en su prescripción y dispensación.»

Tres. Se añade un nuevo artículo 85 ter, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 85 ter. *Exclusión de la prestación farmacéutica de medicamentos y productos sanitarios.*

1. El órgano responsable de la prestación farmacéutica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad actualizará, mediante resolución motivada, la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud.

2. La motivación de la exclusión responderá a alguno de los siguientes criterios:

- a) El establecimiento de precios seleccionados.
- b) La convivencia con un medicamento sin receta con la que comparte principio activo y dosis.
- c) La consideración del medicamento como publicitario en nuestro entorno europeo.
- d) Que el principio activo cuente con un perfil de seguridad y eficacia favorable y suficientemente documentado a través de años de experiencia y un uso extenso.
- e) Por estar indicados en el tratamiento de síntomas menores.
- f) Por cumplir cualquiera de los criterios de no inclusión en financiación pública recogido en el apartado 2 del artículo 89.

3. Los responsables de los productos excluidos de la financiación comunicarán al órgano competente los precios a los que van a comercializar dichos medicamentos. La misma obligación se extiende a las variaciones en los precios.

4. En el mes siguiente a la entrada en el registro del órgano competente de las comunicaciones a las que se refiere el apartado anterior, éste resolverá sobre su conformidad o no a los precios propuestos. En caso de disconformidad, dicho órgano elevará la discrepancia a la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, la cual resolverá sobre dicha cuestión. Dicha decisión será notificada mediante resolución del órgano competente al interesado.

La decisión administrativa recogida en el punto anterior se basará en razones de protección de la salud pública, de igualdad de acceso a los medicamentos por parte de los pacientes o de lesión real o potencial de los intereses de colectivos desfavorecidos.

5. En tanto en cuanto se mantenga la disconformidad mencionada en el apartado anterior, se mantendrá la vigencia del precio industrial máximo.»

Cuatro. Se añade un nuevo apartado 5 al artículo 86, que tendrá la siguiente redacción:

«5. Cuando la prescripción se realice por denominación comercial, si el medicamento prescrito tiene un precio superior al del menor precio de su agrupación homogénea el farmacéutico sustituirá el medicamento prescrito por el de menor precio y, en caso de igualdad, dispensará el medicamento genérico o el medicamento biosimilar correspondiente.»

Cinco. Se modifican los apartados 1 y 2 del artículo 89, que tendrán la siguiente redacción:

«1. Para la financiación pública de los medicamentos y productos sanitarios será necesaria su inclusión en la prestación farmacéutica mediante la correspondiente resolución expresa de la unidad responsable del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, estableciendo las condiciones de financiación y precio en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

Del mismo modo se procederá cuando se produzca una modificación de la autorización que afecte al contenido de la prestación farmacéutica, con carácter previo a la puesta en el mercado del producto modificado, bien por afectar la modificación a las indicaciones del medicamento, bien porque, sin afectarlas, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios así lo acuerde por razones de interés público o defensa de la salud o seguridad de las personas.

La inclusión de medicamentos en la financiación del Sistema Nacional de Salud se posibilita mediante la financiación selectiva y no indiscriminada teniendo en cuenta criterios generales, objetivos y publicados y, concretamente, los siguientes:

- a) Gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías para las que resulten indicados.
- b) Necesidades específicas de ciertos colectivos.
- c) Valor terapéutico y social del medicamento y beneficio clínico incremental del mismo teniendo en cuenta su relación coste-efectividad.
- d) Racionalización del gasto público destinado a prestación farmacéutica e impacto presupuestario en el Sistema Nacional de Salud.
- e) Existencia de medicamentos u otras alternativas terapéuticas para las mismas afecciones a menor precio o inferior coste de tratamiento.
- f) Grado de innovación del medicamento.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 24, y con objeto de garantizar el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad podrá someter a reservas singulares las condiciones específicas de prescripción, dispensación y financiación de los mismos en el Sistema Nacional de Salud, de oficio o a propuesta de las comunidades autónomas en la Comisión Permanente de Farmacia.

Con el fin de garantizar el derecho de todas las personas que gocen de la condición de asegurado y beneficiario en el Sistema de un acceso a la prestación farmacéutica en condiciones de igualdad en todo el Sistema Nacional de Salud, las comunidades autónomas no podrán establecer, de forma unilateral, reservas singulares específicas de prescripción, dispensación y financiación de fármacos o productos sanitarios.

No obstante lo anterior, en el seno de la Comisión Permanente de Farmacia podrá decidirse la excepción motivada por una o varias comunidades autónomas en razón de sus propias particularidades.



2. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad revisará los grupos, subgrupos, categorías y/o clases de medicamentos cuya financiación no se estime necesaria para cubrir las necesidades sanitarias básicas de la población española. En todo caso, no se incluirán en la prestación farmacéutica medicamentos sin receta, medicamentos que no se utilicen para el tratamiento de una patología claramente determinada, ni los productos de utilización cosmética, dietéticos, aguas minerales, elixires, dentífricos y otros productos similares.

Tampoco se financiarán los medicamentos indicados en el tratamiento de síndromes y/o síntomas de gravedad menor, ni aquellos que, aun habiendo sido autorizados de acuerdo a la normativa vigente en su momento, no respondan a las necesidades terapéuticas actuales, entendiéndose por tal un balance beneficio/riesgo desfavorable en las enfermedades para las que estén indicados.»

Seis. Se añade un nuevo artículo 89 bis, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 89 bis. *Criterios fundamentales de inclusión en la prestación farmacéutica.*

1. Corresponde al Gobierno establecer los criterios y procedimiento para la fijación de precios de medicamentos y productos sanitarios financiados por el Sistema Nacional de Salud, tanto para los medicamentos de dispensación por oficina de farmacia a través de receta oficial, como para los medicamentos de ámbito hospitalario, incluidos los envases clínicos, o dispensados por servicios de farmacia a pacientes no ingresados.

2. Para la decisión de financiación de nuevos medicamentos, además del correspondiente análisis coste-efectividad y de impacto presupuestario, se tendrá en cuenta el componente de innovación, para avances terapéuticos indiscutibles por modificar el curso de la enfermedad o mejorar el curso de la misma, el pronóstico y el resultado terapéutico de la intervención y su contribución a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud si, para un mismo resultado en salud, contribuye positivamente al Producto Interior Bruto.

3. Se tendrán en consideración los mecanismos de retorno (descuentos lineales, revisión de precio) para los medicamentos innovadores.

4. La Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos tendrá en consideración los análisis coste-efectividad y de impacto presupuestario.»

Siete. Se modifica el artículo 90, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 90. *Fijación de precios.*

1. Para la comercialización de un medicamento o producto sanitario en territorio español será imprescindible haber tramitado la oferta del mismo al Sistema Nacional de Salud. Se procederá de igual modo si se producen variaciones sustanciales en las condiciones de autorización del medicamento o producto sanitario.

2. El Gobierno podrá regular el mecanismo de fijación de los precios de los medicamentos y productos sanitarios que no precisen receta que se dispensen en territorio español, siguiendo un régimen general objetivo y transparente.

3. En todo caso, los titulares de autorizaciones de comercialización de los mismos podrán comercializar los medicamentos que se dispensen en territorio español en régimen de precios notificados, entendiéndose por tal la comunicación del precio al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de modo que el departamento pueda objetar el mismo por razones de interés público.

4. Corresponde a la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, adscrita al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, fijar, de modo motivado y conforme a criterios objetivos, los precios de financiación del Sistema Nacional de Salud de medicamentos y productos sanitarios para los que sea

necesario prescripción médica, que se dispensen en territorio español. Cuando estos mismos productos no resulten financiados, si son dispensados en territorio nacional operará lo establecido en el apartado 3.

5. En todo caso, los medicamentos y productos sanitarios que se decida puedan ser financiados por el Sistema Nacional de Salud podrán también comercializarse para su prescripción fuera del mismo.

6. Como regla general, el precio de financiación por el Sistema Nacional de Salud será inferior al precio industrial del medicamento aplicado cuando sea dispensado fuera del Sistema Nacional de Salud.

7. Para la toma de decisiones, la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos tendrá en consideración los informes que elabore el Comité Asesor de la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.

8. Las cuantías económicas correspondientes a los conceptos de la distribución y dispensación de los medicamentos y de los productos sanitarios y, en su caso, de las deducciones aplicables a la facturación de los mismos al Sistema Nacional de Salud serán fijados por el Gobierno, previo acuerdo de la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos, de forma general o por grupos o sectores, tomando en consideración criterios de carácter técnico-económico y sanitario.

9. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad establecerá el precio de venta al público de los medicamentos y productos sanitarios financiados mediante la agregación del precio industrial autorizado, que tiene carácter de máximo, y de los márgenes correspondientes a las actividades de distribución mayorista y dispensación al público.»

Ocho. Se añade un nuevo artículo 90 bis, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 90 bis. *Del Comité Asesor de la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.*

1. El Comité Asesor de la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud es el órgano colegiado, de carácter científico-técnico, adscrito a la unidad ministerial con competencia en materia de prestación farmacéutica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, encargado de proporcionar asesoramiento, evaluación y consulta sobre la pertinencia, mejora y seguimiento de la evaluación económica necesaria para sustentar las decisiones de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos.

2. El Comité Asesor de la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud estará compuesto por un número máximo de 7 miembros designados por la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de entre profesionales de reconocido prestigio, con experiencia y trayectoria acreditadas en evaluación farmacoeconómica.

3. Asimismo, en función de los asuntos que se debatan, podrán asistir a las sesiones del Comité los evaluadores del órgano competente en materia de medicamentos y productos sanitarios que hayan elaborado las evaluaciones de los medicamentos y productos sanitarios objeto de debate.

4. En todo caso, la creación y el funcionamiento del Comité Asesor de la Prestación Farmacéutica será atendido con los medios personales, técnicos y presupuestarios asignados al órgano al que se encuentre adscrito.»

Nueve. Se añade un nuevo apartado 6 al artículo 91, que tendrá la siguiente redacción:

«6. A los efectos de las revisiones de precios a la baja a petición de parte previstas en el apartado 1 de este artículo, sólo se tendrán en cuenta las que supongan, como mínimo, una reducción del 10% sobre el precio industrial máximo en vigor autorizado para la financiación con fondos públicos.»

Diez. Se modifica el artículo 93, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 93. *Sistema de precios de referencia.*

1. La financiación pública de medicamentos estará sometida al sistema de precios de referencia. El precio de referencia será la cuantía máxima con la que se financiarán las presentaciones de medicamentos incluidas en cada uno de los conjuntos que se determinen, siempre que se prescriban y dispensen con cargo a fondos públicos.

2. Los conjuntos incluirán todas las presentaciones de medicamentos financiadas que tengan el mismo principio activo e idéntica vía de administración entre las que existirá incluida en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, al menos, una presentación de medicamento genérico o biosimilar, salvo que el medicamento o su ingrediente activo principal hayan sido comercializados durante un mínimo de diez años en un Estado miembro de la Unión Europea, en cuyo caso no será indispensable la existencia de un medicamento genérico para establecer un conjunto. Las presentaciones indicadas para tratamientos en pediatría, así como las correspondientes a medicamentos de ámbito hospitalario, incluidos los envases clínicos, constituirán conjuntos independientes.

3. El precio de referencia de cada conjunto se calculará en base al coste/tratamiento/día menor de las presentaciones de medicamentos en él agrupadas, y en todo caso deberá garantizarse el abastecimiento a las oficinas de farmacia para los medicamentos de precio menor. Los medicamentos no podrán superar el precio de referencia del conjunto al que pertenezcan.

4. Se establecerán los nuevos conjuntos y se revisarán los precios de los conjuntos ya existentes con carácter anual. No obstante, los precios menores de las nuevas agrupaciones homogéneas serán fijados automáticamente en el Nomenclátor que corresponda, y los precios menores de las ya existentes serán revisados con carácter trimestral.

5. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad establecerá un sistema similar de precios para los productos sanitarios.»

Once. Se añade un nuevo artículo 93 bis, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 93 bis. *Sistema de precios seleccionados para productos financiados.*

1. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad podrá proponer a la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos la aplicación del mecanismo de precios seleccionados a los medicamentos y productos sanitarios financiados.

2. A tales efectos, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad elaborará una propuesta motivada, de acuerdo a los criterios recogidos en este artículo, que contendrá el precio máximo seleccionado aplicable en cada caso.

3. Una vez autorizado por la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, publicará la decisión por Resolución de la unidad responsable de la prestación farmacéutica.

4. En el caso de los medicamentos financiados, el sistema de precios seleccionados se aplicará a medicamentos sujetos a precios de referencia, teniendo en cuenta:

- a) El consumo del conjunto.
- b) El impacto presupuestario.
- c) La existencia de, al menos, tres medicamentos en el conjunto.
- d) Que no se produzca riesgo de desabastecimiento.

5. Análogos criterios se aplicarán para el caso de productos sanitarios.

6. Valorados los criterios anteriores, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la unidad con responsabilidad en prestación

farmacéutica, procederá a comunicar a los proveedores el inicio de un procedimiento de precio seleccionado, con comunicación del precio máximo de financiación que se propone para que manifiesten sus intenciones.

7. En base a las comunicaciones recibidas, el ministerio elaborará la propuesta a que hace referencia el punto 2 de este artículo.

8. Aquellos medicamentos y/o productos sanitarios que superen el precio máximo financiable quedarán excluidos de la financiación por el Sistema Nacional de Salud.

9. El precio seleccionado tendrá una vigencia de dos años durante los cuales no podrá ser modificado.

10. El régimen de precios seleccionados se actualizará, para los casos en los que no haya sido aplicado con anterioridad, con periodicidad anual, de forma simultánea a la actualización del sistema de precios de referencia.

11. La aplicación de este sistema supondrá la exclusión de la financiación pública de aquellas presentaciones que no resulten seleccionadas, por el tiempo de vigencia del precio seleccionado.

12. En cualquier caso, las presentaciones de los medicamentos que resulten afectadas por lo regulado en este artículo quedarán exentas, a partir de dicho momento, de la aplicación de las deducciones reguladas en los artículos 8, 9 y 10 del Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público.

13. Los laboratorios titulares de la autorización de comercialización de las presentaciones de los medicamentos y las empresas ofertantes de las presentaciones de los productos sanitarios que resulten finalmente seleccionadas deberán asumir el compromiso de garantizar su adecuado abastecimiento mediante declaración expresa al efecto.

14. El sistema de precios seleccionado podrá aplicarse a medicamentos y productos sanitarios que, no estando financiados, se consideren de interés para salud pública en los términos expresados en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

15. A este respecto, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para la determinación del precio seleccionado tendrá en cuenta las especiales características de distribución y aplicación de estos productos.

16. Asimismo, se podrá extender el mecanismo vía la selección por fijación de una aportación reducida por agrupaciones homogéneas.»

Doce. Se modifica el apartado 1 del artículo 94, que tendrá la siguiente redacción:

«1. El Gobierno revisará periódicamente la participación en el pago a satisfacer por los ciudadanos por la prestación farmacéutica incluida en la cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud, y los supuestos de financiación íntegra con cargo a fondos públicos.

La revisión se publicará en el “Boletín Oficial del Estado”, mediante Orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.»

Trece. Se añade un nuevo artículo 94 bis, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 94 bis. *Aportación de los beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria.*

1. Se entiende por prestación farmacéutica ambulatoria la que se dispensa al paciente a través de oficina o servicio de farmacia.

2. La prestación farmacéutica ambulatoria estará sujeta a aportación del usuario.

3. La aportación del usuario se efectuará en el momento de la dispensación del medicamento o producto sanitario.

4. La aportación del usuario será proporcional al nivel de renta que se actualizará, como máximo, anualmente.

5. Con carácter general, el porcentaje de aportación del usuario seguirá el siguiente esquema:

a) Un 60 % del PVP para los usuarios y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

b) Un 50 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

c) Un 40 % para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios y no se encuentren incluidos en los apartados a) o b) anteriores.

d) Un 10 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social, con excepción de las personas incluidas en el apartado a).

6. Con el fin de garantizar la continuidad de los tratamientos de carácter crónico y asegurar un alto nivel de equidad a los pacientes pensionistas con tratamientos de larga duración, los porcentajes generales estarán sujetos a topes máximos de aportación en los siguientes supuestos:

a) A un 10 % del PVP en los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación reducida, con una aportación máxima para el 2012, expresada en euros, resultante de la aplicación de la actualización del IPC a la aportación máxima vigente. Dicha aportación máxima se actualizará, de forma automática cada mes de enero de acuerdo con la evolución del IPC. La actualización se formalizará por resolución de la unidad responsable de farmacia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

b) Para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea inferior a 18.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas o que no estén incluidos en los siguientes apartados c) o d), hasta un límite máximo de aportación mensual de 8 euros.

c) Para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, hasta un límite máximo de aportación mensual de 18 euros.

d) Para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionista de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea superior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, hasta un límite máximo de aportación mensual de 60 euros.

7. El importe de las aportaciones que excedan estos montos será objeto de reintegro por la comunidad autónoma correspondiente, con una periodicidad máxima semestral.

8. Estarán exentos de aportación, los usuarios y sus beneficiarios que pertenezcan a una de las siguientes categorías:

a) Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.

b) Personas perceptoras de rentas de integración social.

c) Persona perceptoras de pensiones no contributivas.

d) Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación.

e) Los tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

9. El nivel de aportación de los mutualistas y clases pasivas de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, del Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutualidad General Judicial será del 30 %.»

Catorce. Se añade un nuevo artículo 94 ter, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 94 ter. *Protección de datos personales.*

1. El Instituto Nacional de la Seguridad Social podrá tratar los datos obrantes en los ficheros de las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social y de las entidades que colaboran con las mismas que resulten imprescindibles para determinar la cuantía de la aportación de los beneficiarios en la prestación farmacéutica. Dicho tratamiento, que no requerirá el consentimiento del interesado, se someterá plenamente a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y sus disposiciones de desarrollo.

2. Del mismo modo, y con la finalidad a la que se refiere el apartado anterior, la administración competente en materia tributaria podrá comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social, sin contar con el consentimiento del interesado, los datos que resulten necesarios para determinar el nivel de renta requerido.

Igualmente, los órganos de las administraciones públicas que resulten competentes para determinar la concurrencia de los requisitos establecidos para la exención de la aportación previstos en el apartado 8 del artículo 94 bis de esta ley, podrán comunicar esta circunstancia al Instituto Nacional de la Seguridad Social sin contar con el consentimiento del interesado.

3. El Instituto Nacional de la Seguridad Social comunicará a las administraciones sanitarias competentes el dato relativo al nivel de aportación que corresponda a cada usuario de conformidad con lo establecido en la normativa reguladora de las recetas médicas y órdenes de dispensación. En ningún caso, dicha información incluirá el dato de la cuantía concreta de las rentas.

Los datos comunicados de conformidad con lo dispuesto en el párrafo anterior serán objeto de tratamiento por la administración sanitaria correspondiente a los solos efectos de su incorporación al sistema de información de la tarjeta sanitaria individual.»

Quince. Se añade un nuevo artículo 97 bis, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 97 bis. *Fundamentos de los sistemas de información para el control de la prestación farmacéutica.*

1. La intervención del Estado en materia de medicamentos y productos sanitarios financiados por el Sistema Nacional de Salud exige la plena disposición de información sólida sobre el consumo de los insumos sanitarios objeto de dicha información. A tal efecto, tanto el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad como las consejerías competentes de las comunidades autónomas y, en su caso, las empresas proveedoras y sus órganos de representación profesional, aportarán la siguiente información relativa al tráfico y consumo de los mismos:

a) Datos de facturación de recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud con periodicidad mensual, dispensadas por oficinas de farmacia y agregadas por provincia y comunidad autónoma.

b) Datos de adquisiciones por servicios farmacéuticos de centros y servicios sanitarios o sociosanitarios del Sistema Nacional de Salud y en su caso abonos de



medicamentos y productos sanitarios, al menos con periodicidad mensual y con nivel de agregación por provincia y comunidad autónoma.

2. La Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, la Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas aportarán el mismo tipo de información, con las salvedades propias de las modalidades asistenciales que les son propias.

3. Los medicamentos dispensados por servicios farmacéuticos de centros y servicios sanitarios o sociosanitarios del Sistema Nacional de Salud a pacientes ambulatorios serán recogidos en una aplicación informática específica.

4. El tratamiento informático al que se refiere el punto anterior podrá ser extendido a otros medicamentos y productos sanitarios de uso exclusivo hospitalario a los que la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos considere oportuno aplicar un régimen de cautelas singulares.»

Dieciséis. Se añade un nuevo artículo 97 ter, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 97 ter. *Fomento de la competencia y competitividad.*

1. Para la consecución de los fines de eficiencia y sostenibilidad de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud se implementarán las medidas administrativas y regulatorias que en cada ejercicio presupuestario se consideren apropiadas para estimular la competencia entre proveedores de insumos farmacéuticos, redundando en descensos de precios unitarios.

2. Toda actuación limitativa a la competencia se considerará contraria a los principios de eficiencia y sostenibilidad y será perseguida de oficio por los órganos competentes.»

Diecisiete. Se modifica el apartado 1 de la disposición adicional sexta, que tendrá la siguiente redacción:

«1. Las personas físicas, los grupos empresariales y las personas jurídicas no integradas en ellos, que se dediquen en España a la fabricación, importación u oferta al Sistema Nacional de Salud de medicamentos y/o productos sanitarios que, financiados con fondos públicos, se dispensen en oficinas de farmacia, a través de receta oficial u orden de dispensación del Sistema Nacional de Salud, en territorio nacional, deberán ingresar con carácter cuatrimestral las cantidades que resulten de aplicar sobre su volumen cuatrimestral de ventas a través de dicha receta u orden de dispensación, los porcentajes contemplados en la escala siguiente:

Ventas cuatrimestrales a PVL		Porcentaje de aportación
Desde	Hasta	
0,00	3.000.000,00	1,5
3.000.000,01	En adelante	2,0

En el supuesto de que el volumen total de ventas de medicamentos y productos sanitarios al Sistema Nacional de Salud sea, en términos corrientes anuales, inferior al del año precedente, el Gobierno podrá revisar los anteriores porcentajes de aportación.

Las cuantías resultantes de la aplicación de la escala anterior se verán minoradas en función de la valoración de las compañías en el marco de la acción Profarma según los porcentajes establecidos en la siguiente tabla:

- No valoradas: 0,00.
- Aceptables: 5 %.

- Buenas: 10 %.
- Muy buenas: 15 %.
- Excelentes: 25 %.

Aquellas empresas clasificadas en el programa Profarma como muy buenas o excelentes, que participen en consorcios de I+D o realicen asociaciones temporales con este fin con otras empresas establecidas en España y centros de I+D públicos y privados, para realizar investigación básica y preclínica de relevancia, mediante proyectos específicos y determinados, podrán beneficiarse de una minoración adicional de un diez por ciento de la aportación.

Las minoraciones que puedan afectar a estos retornos surtirán efecto a partir de la última resolución del Plan Profarma.

Los grupos empresariales comunicarán al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, durante el mes de enero de cada año natural, las compañías integradas en ellos. En caso de que se modifique la composición de un grupo empresarial en el transcurso del año, la comunicación se efectuará durante el mes en que dicha modificación haya tenido lugar. A efectos de lo señalado, se considera que pertenecen a un mismo grupo las empresas que constituyan una unidad de decisión, en los términos del artículo 4 de la Ley 24/1998, de 28 de julio, del Mercado de Valores.»

Dieciocho. Se modifica el párrafo segundo del apartado 1 de la disposición adicional decimocuarta, que tendrá la siguiente redacción:

«La información sobre los precios menores se actualizará el primer día hábil de cada mes y se publicará en la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.»

**Artículo 5.** *Modificación del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano.*

Uno. Se añade un nuevo apartado 8 en el artículo 2 del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano, que tendrá la siguiente redacción:

«8. Con el objeto de garantizar la accesibilidad y calidad en el servicio, así como la adecuada atención farmacéutica a los usuarios del Sistema Nacional de Salud, a las oficinas de farmacia que resulten exentas de la escala de deducciones regulada en el apartado 5 de este artículo, les será de aplicación a su favor un índice corrector de los márgenes de las oficinas de farmacia correspondiente a las recetas u órdenes de dispensación de medicamentos de uso humano fabricados industrialmente dispensados con cargo a fondos públicos, conforme a la siguiente escala:

Ventas totales a PVP IVA hasta — Euros	Deducción — Euros	Resto hasta — Euros	Porcentaje aplicable
0,00	0,00	25.000,00	-3,40
25.000,01	-850,00	37.500,00	0,00
37.500,01	-850,00	45.000,00	12,98
45.000,01	123,50	58.345,61	14,27
58.345,62	2.027,92	120.206,01	15,69
120.206,02	11.733,82	208.075,90	18,71
208.075,91	28.174,27	295.242,83	21,60
295.242,84	47.002,32	382.409,76	23,67



Ventas totales a PVP IVA hasta — Euros	Deducción — Euros	Resto hasta — Euros	Porcentaje aplicable
382.409,77	67.634,73	600.000,00	25,04
600.000,01	122.119,32	En adelante	27,52

Para la aplicación del tramo correspondiente de la mencionada escala se tendrá en cuenta la cuantía del importe de la facturación mensual correspondiente a las recetas u órdenes de dispensación de medicamentos de uso humano fabricados industrialmente dispensados con cargo a fondos públicos.

La aplicación del índice corrector se efectuará en el primer tramo de la escala, de 0 a 25.000 euros, de la facturación mensual correspondiente a las recetas u órdenes de dispensación de medicamentos de uso humano fabricados industrialmente dispensados con cargo a fondos públicos. Dicha facturación mensual se calculará en términos de precio de venta al público incrementado con el impuesto sobre el valor añadido. Por lo que se refiere a las presentaciones de medicamentos con precio industrial superior a 91,63 euros y a efectos de dicha facturación mensual, se excluirá de dicho cómputo la cantidad que, calculada en términos de precio de venta al público con IVA incluido, exceda del citado precio industrial.

Tales oficinas de farmacia deberán cumplir los siguientes requisitos:

- a) Que no hayan sido objeto de sanción administrativa o inhabilitación profesional ni estén excluidas de su concertación.
- b) Que participen en los programas de atención farmacéutica y en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos que establezca la Administración sanitaria correspondiente.

La decisión sobre el cumplimiento de los requisitos exigidos, así como la resolución de las incidencias que se produzcan al efecto, corresponderá a las distintas administraciones sanitarias competentes en materia de ordenación farmacéutica, que establecerán el procedimiento para su aplicación. De todo ello se dará audiencia previa a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, a la Mutualidad General Judicial, al Instituto Social de las Fuerzas Armadas y, en su caso, al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

La cuantía derivada de la aplicación del índice corrector de los márgenes correspondiente a las administraciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, incluyendo la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, la Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas será la que resulte de aplicar el porcentaje que representa cada una de ellas en la facturación mensual de cada oficina de farmacia, consideradas conjuntamente. El procedimiento de gestión de dicha información se ajustará a las reglas establecidas respecto de los informes relativos a la aplicación de la escala conjunta de deducciones.»

Dos. El actual apartado 8 del artículo 2 pasa a ser el apartado 9 de dicho artículo.

**Artículo 6.** *Medidas relativas a la atención farmacéutica en los hospitales, en los centros de asistencia social y en los centros psiquiátricos.*

1. Será obligatorio el establecimiento de un servicio de farmacia hospitalaria propio en:
  - a) Todos los hospitales que tengan cien o más camas.
  - b) Los centros de asistencia social que tengan cien camas o más en régimen de asistidos.
  - c) Los centros psiquiátricos que tengan cien camas o más.

2. No obstante lo anterior, la consejería responsable en materia de prestación farmacéutica podrá establecer acuerdos o convenios con centros hospitalarios, eximiendo a estos centros de esta exigencia, siempre y cuando dispongan de un depósito de medicamentos vinculado al servicio de farmacia hospitalaria del hospital de la red pública que sea el de referencia en el área o zona sanitaria de influencia correspondiente.

3. Asimismo, los centros hospitalarios, los centros de asistencia social que presten asistencia sanitaria específica y los centros psiquiátricos que no cuenten con un servicio de farmacia hospitalaria propio y que no estén obligados a tenerlo dispondrán de un depósito, que estará vinculado a un servicio de farmacia del área sanitaria y bajo la responsabilidad del jefe del servicio, en el caso de los hospitales del sector público, y a una oficina de farmacia establecida en la misma zona farmacéutica o a un servicio de farmacia hospitalaria, en el supuesto de que se trate de un hospital del sector privado.

#### **Artículo 7.** *Manipulación y adecuación de preparaciones de medicamentos.*

1. Con el fin de mejorar la eficacia en el uso de los medicamentos en el ámbito hospitalario, las comunidades autónomas podrán acreditar a los servicios de farmacia hospitalaria de su territorio para que en los mismos se puedan llevar a cabo operaciones de fraccionamiento, personalización de dosis y otras operaciones de remanipulación y transformación de medicamentos.

2. La acreditación prevista en el apartado anterior se efectuará de modo que se garantice el cumplimiento de las guías técnicas de buena práctica aplicables al caso por los servicios de farmacia hospitalaria donde se vayan a efectuar las operaciones señaladas.

3. Las guías de manipulación, fraccionamiento y dosificación personalizada se elaborarán bajo la tutela de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, recabando al efecto la colaboración de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y de expertos de reconocido prestigio.

### CAPÍTULO V

#### **Medidas en materia de recursos humanos**

#### **Artículo 8.** *Modificación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.*

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, queda modificada en los siguientes términos:

Uno. Se modifica el artículo 25, que tendrá la siguiente redacción:

#### **«Artículo 25. Áreas de Capacitación Específica.**

1. La formación especializada en áreas de capacitación específica tendrá, en todo caso, carácter programado y se llevará a cabo por el sistema de residencia con las especificidades y adaptaciones que reglamentariamente se determinen en el régimen jurídico que regula dicho sistema formativo.

2. Reglamentariamente se establecerán los supuestos y requisitos para que los Especialistas en Ciencias de la Salud puedan acceder, mediante convocatoria del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a los diplomas de Área de Capacitación Específica, siempre que dichas áreas se hubieran constituido en la especialidad correspondiente y se acrediten, al menos, dos años de ejercicio profesional en la especialidad.

3. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo informe del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, podrá eliminar, disminuir o

«aumentar los años de ejercicio profesional a los que se refiere el apartado 1 de este artículo.»

Dos. Se modifica el artículo 26, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 26. *Acreditación de centros y unidades docentes.*

1. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el competente en materia de educación, a propuesta de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, mediante Orden que se publicará en el “Boletín Oficial del Estado”, establecerán los requisitos de acreditación que, con carácter general, deberán cumplir los centros o unidades para la formación de Especialistas en Ciencias de la Salud.

2. Corresponde al órgano directivo competente en materia de calidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad coordinar las auditorías de los centros y unidades acreditados, para evaluar en el marco del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud y del Plan Anual de Auditorías Docentes, el funcionamiento y la calidad del sistema de formación.

3. Corresponde al órgano directivo competente en materia de formación sanitaria especializada del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a instancia de la entidad titular del centro, previos informes de la comisión de docencia de éste y de la Consejería competente en materia sanitaria de la comunidad autónoma, resolver sobre las solicitudes de acreditación de centros y unidades docentes. La acreditación especificará, en todo caso, el número de plazas docentes acreditadas.

4. La revocación, total o parcial, de la acreditación concedida se realizará, en su caso, por el mismo procedimiento, oído el centro afectado y su comisión de docencia.»

Tres. Se modifica el artículo 29, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 29. *Comités de Áreas de Capacitación Específica.*

1. Cuando exista un Área de Capacitación Específica se constituirá un Comité de Área como órgano asesor del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estará integrado por seis profesionales con título de especialista con capacitación específica en el área de que se trate, propuestos por la Comisión o Comisiones Nacionales de la especialidad o especialidades implicadas, que previo informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud serán nombrados por el ministerio competente antes citado.

2. El Comité desarrollará las funciones que reglamentariamente se determinen y, en todo caso, las de propuesta de los contenidos del programa de formación.

3. En todo caso, la creación y el funcionamiento del Comité de Área será atendido con los medios personales, técnicos y presupuestarios asignados al órgano al que se encuentre adscrito.»

Cuatro. Se modifica la Disposición transitoria quinta, que tendrá la siguiente redacción:

«Disposición transitoria quinta. *Creación de nuevos títulos de Especialista y de Diplomas de Áreas de Capacitación Específica en Ciencias de la Salud.*

1. Cuando, conforme a lo previsto en el artículo 16 de esta ley, sean establecidos nuevos títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud, el Gobierno adoptará las medidas oportunas para posibilitar el acceso al nuevo título de los profesionales que hubieran prestado servicios en el ámbito de la nueva especialidad y cumplan los requisitos que reglamentariamente se establezcan.

Asimismo, adoptará las medidas oportunas para la inicial constitución de la correspondiente Comisión Nacional de la Especialidad.

2. Cuando, conforme a lo previsto en el artículo 24 de esta ley, sean establecidos nuevos diplomas de Áreas de Capacitación Específica para especialistas en Ciencias de la Salud, el Gobierno adoptará las medidas oportunas para posibilitar el acceso a los nuevos diplomas de los profesionales que hubieran prestado servicios en el ámbito de la nueva Área de Capacitación Específica y cumplan los requisitos que reglamentariamente se establezcan.

3. Asimismo, el Gobierno adoptará las medidas oportunas para la inicial constitución de los correspondientes Comités de Área de Capacitación Específica.»

**Artículo 9.** *Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.*

Se añade una nueva Disposición adicional décima a la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que tendrá la siguiente redacción:

«Disposición adicional décima. *Registro Estatal de Profesionales Sanitarios.*

1. Con la finalidad de facilitar la adecuada planificación de las necesidades de profesionales sanitarios del Estado y de coordinar las políticas de recursos humanos en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, se crea en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios que se integrará en el Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

2. Dicho Registro, que se implementará en soporte digital, se nutrirá de los registros oficiales, de profesionales, obrantes en las administraciones del Estado y Autonómicas, en los colegios profesionales, consejos autonómicos y consejos generales de los mismos, en los centros sanitarios privados y en las entidades de seguros que operen en el ramo de la enfermedad, que estarán obligados a facilitar los datos que se consideren necesarios, con sujeción a los criterios que determine el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en los términos previstos en el artículo 53.3 de esta ley.

3. El Registro Estatal de Profesionales Sanitarios será público en lo que se refiere al nombre, titulación, especialidad, lugar de ejercicio, categoría y función del profesional, así como en lo referente a la titulación, especialidad, Diploma de Área de Capacitación Específica y de Acreditación y Acreditación Avanzada, si los hubiere, y a las fechas de obtención y revalidación de cada uno de ellos.

4. Será de aplicación al Registro Estatal de Profesionales Sanitarios lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Corresponde al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad la adopción de las medidas de seguridad técnicas y organizativas previstas en la mencionada normativa, velando en particular porque no quepa el acceso indiscriminado a los datos que no tengan carácter público conforme a lo dispuesto en el apartado anterior.

Asimismo, corresponde al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad implementar de forma progresiva el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios a las distintas profesiones sanitarias y la actualización permanente de los datos que el mismo contenga, en particular, siempre que se produzca una incidencia derivada del ejercicio profesional.»

**Artículo 10.** *Modificación de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.*

La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, queda modificada en los términos siguientes:

Uno. Se modifica el artículo 15, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 15. *Creación, modificación y supresión de categorías.*

1. En el ámbito de cada servicio de salud se establecerán, modificarán o suprimirán las categorías de personal estatutario de acuerdo con las previsiones del capítulo XIV y, en su caso, del artículo 13 de esta ley.

2. Corresponde al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad la aprobación de un catálogo homogéneo donde se establecerán las equivalencias de las categorías profesionales de los servicios de salud. A estos efectos, los servicios de salud comunicarán al ministerio las categorías de personal estatutario existentes en el mismo, así como su modificación o supresión y la creación de nuevas categorías, a fin de proceder, en su caso, a la elaboración de este cuadro de equivalencias y a su homologación conforme a lo previsto en el artículo 37.1.»

Dos. Se modifican los apartados 3 y 4 del artículo 41, pasando los actuales apartados 4, 5 y 6 de dicho artículo a ser los apartados 5, 6 y 7. Los apartados 3 y 4 del artículo 41 tendrán la siguiente redacción:

«3. La cuantía de las retribuciones se adecuará a lo que dispongan las correspondientes leyes de presupuestos. Elemento fundamental en este apartado es, en cualquier caso, la evaluación del desempeño del personal estatutario, que los servicios de salud deberán establecer a través de procedimientos fundados en los principios de igualdad, objetividad y transparencia. La evaluación periódica deberá tenerse en cuenta a efectos de determinación de una parte de estas retribuciones complementarias, vinculadas precisamente a la productividad, al rendimiento y, en definitiva, al contenido y alcance de la actividad que efectivamente se realiza.

4. Los servicios de salud de las comunidades autónomas y entes gestores de asistencia sanitaria establecerán los mecanismos necesarios, como la ordenación de puestos de trabajo, la ordenación de las retribuciones complementarias, la desvinculación de plazas docentes, u otros, que garanticen el pago de la actividad realmente realizada.»

Tres. Se añade una nueva disposición adicional decimoquinta, que tendrá la siguiente redacción:

«Disposición adicional decimoquinta. *Extensión de lo dispuesto en el artículo 21 del Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado.*

El personal estatutario de los servicios de salud de las comunidades autónomas e instituciones adscritas al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria queda exceptuado de la extensión prevista en el artículo 21 del Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, y en la Disposición adicional sexta de la Ley 26/2009, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2010, respecto de la prestación económica durante la situación de incapacidad temporal del personal funcionario integrado en el Régimen General de Seguridad Social, sea cual sea la Administración en la que preste servicios.

Los servicios de salud de las comunidades autónomas decidirán, respecto de su personal estatutario, el grado de aplicación del contenido de esta prestación económica, cuando aquél se encuentre en situación de incapacidad temporal.»

Cuatro. Se añade una nueva disposición adicional decimosexta, que tendrá la siguiente redacción:

«Disposición adicional decimosexta. *Integración del personal funcionario al servicio de instituciones sanitarias públicas.*

1. Los médicos, practicantes y matronas titulares de los servicios sanitarios locales que presten sus servicios como médicos generales, practicantes y matronas de los servicios de salud, y el resto del personal funcionario que preste sus servicios en instituciones sanitarias públicas, dispondrán hasta el 31 de diciembre de 2012 para integrarse en los servicios de salud como personal estatutario fijo. A tal fin, las comunidades autónomas establecerán los procedimientos oportunos.

2. En caso de que este personal opte por permanecer en activo en su actual situación, en los cuerpos y escalas en los que ostenten la condición de personal funcionario, las comunidades autónomas adscribirán a este personal a órganos administrativos que no pertenezcan a las instituciones sanitarias públicas, conforme a las bases de los procesos de movilidad que, a tal fin, puedan articularse.»

Cinco. Se añade una nueva Disposición adicional decimoséptima, que tendrá la siguiente redacción:

«Disposición adicional decimoséptima. *Acción social.*

Con el fin de potenciar y racionalizar las actuaciones en materia de acción social, los fondos destinados a esta finalidad por los servicios de salud de las comunidades autónomas para el personal estatutario, sólo podrán ser destinados a las necesidades del personal que se encuentre en situación administrativa de servicio activo, y en ningún caso podrá percibir prestación alguna de este carácter, con contenido económico, el personal que haya alcanzado la edad de jubilación que determine la legislación en materia de Seguridad Social. En los casos en los que se autorice la prolongación de servicio activo, la edad será la que figure en la resolución que autorice esta prolongación.»

Seis. Se modifica la Disposición transitoria tercera, que tendrá la siguiente redacción:

«Disposición transitoria tercera. *Personal de cupo y zona.*

En la forma y condiciones que en cada servicio de salud, en su caso, se determine, el personal que percibe haberes por el sistema de cupo y zona se integrará en el sistema de prestación de servicios, de dedicación y de retribuciones que se establece en esta ley, antes del 31 de diciembre de 2012. Queda suprimida desde esa fecha la modalidad de prestación de servicios de cupo y zona.

Desde esa fecha queda derogada la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 8 de agosto de 1986, sobre retribuciones del personal dependiente del Instituto Nacional de la Salud, Instituto Catalán de la Salud y Red de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social en Andalucía.»

Siete. Se modifica la letra f) del apartado 1 de la disposición derogatoria única, que tendrá la siguiente redacción:

«f) El Estatuto de personal sanitario no facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social aprobado por la Orden de 26 de abril de 1973, así como las disposiciones que lo modifican, complementan y desarrollan.»

**Disposición adicional primera. *Régimen de los españoles residentes en el exterior.***

1. El derecho a la protección de la salud de los españoles residentes en el exterior se regirá por lo dispuesto en la Ley 40/2006, de 14 de diciembre, del Estatuto de la ciudadanía española en el exterior y su normativa de desarrollo.

2. Los trabajadores por cuenta ajena españoles de origen residentes en Estados no miembros de la Unión Europea, de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio



Económico Europeo y de Suiza que se desplacen temporalmente a España tendrán derecho a la asistencia sanitaria en España con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud cuando, de acuerdo con las disposiciones de Seguridad Social española, las del Estado de procedencia o de las normas o Convenios internacionales de Seguridad Social establecidos al efecto, no tuvieran prevista esta cobertura.

**Disposición adicional segunda.** *De la fijación de importes máximos de financiación.*

1. En materia de dietoterápicos, la fijación de importes máximos de financiación se atenderá a lo recogido en el Real Decreto 1205/2010, de 24 de septiembre, por el que se fijan las bases para la inclusión de los alimentos dietéticos para usos médicos especiales en la prestación con productos dietéticos del Sistema Nacional de Salud y para el establecimiento de sus importes máximos de financiación.

2. El Consejo de Ministros aprobará, en el plazo de 6 meses a contar desde la entrada en vigor de este real decreto-ley, un real decreto para la regulación de la cartera suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y para el establecimiento de sus importes máximos de financiación.

3. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad elaborará, en el plazo de 6 meses a contar desde la entrada en vigor de este real decreto-ley, una orden ministerial recogiendo los acuerdos del pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre transporte sanitario no urgente, sujeto a prescripción facultativa, por razones clínicas.

**Disposición adicional tercera.** *Cesión de información tributaria.*

La administración tributaria facilitará, dentro de cada ejercicio, al órgano de la administración pública responsable del reconocimiento y control de la condición de asegurado o de beneficiario del mismo, los datos relativos a sus niveles de renta en cuanto sean necesarios para determinar el porcentaje de participación en el pago de las prestaciones de la cartera común de servicios sujetas a aportación.

En el tratamiento de estos datos la administración cesionaria deberá respetar la normativa sobre protección de datos de carácter personal.

**Disposición adicional cuarta.** *Medidas de eficiencia en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.*

1. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud fomentará las actuaciones conjuntas de los servicios de salud de las comunidades autónomas para la adquisición de cualquier producto que por sus características sea susceptible de un mecanismo de compra conjunta y centralizado. Asimismo, los servicios de salud de las comunidades autónomas fomentarán la implantación de modelos de servicios compartidos mediante el establecimiento de un solo proveedor del servicio para una red de centros, en cuestiones tales como radiodiagnóstico, laboratorio de análisis clínicos, farmacia hospitalaria, así como el desempeño de especialidades médicas que precisen una población grande para ser autosuficientes o padezcan dificultades para encontrar profesionales.

2. Las comunidades autónomas adoptarán las medidas oportunas para que los centros de ellas dependientes elaboren a lo largo de 2012, en el caso de que no lo hayan hecho ya, un plan de medidas de ahorro energético que deberá ser aprobado por el órgano competente antes del 31 de diciembre de 2013.

3. En un plazo de seis meses a contar desde la fecha de entrada en vigor de este real decreto-ley, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad aprobará las medidas legislativas necesarias para garantizar la adecuación de los envases a las pautas y tiempos de tratamiento habituales de acuerdo a los criterios de buena práctica médica.

**Disposición transitoria primera.** *Régimen transitorio de acceso a la asistencia sanitaria en España.*

Las personas que, con anterioridad a la entrada en vigor de este real decreto-ley, tuvieran acceso a la asistencia sanitaria en España, podrán seguir accediendo a la misma hasta el día 31 de agosto de 2012 sin necesidad de acreditar la condición de asegurado en los términos previstos en el artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

**Disposición transitoria segunda.** *De la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.*

En tanto no se elabore la normativa de desarrollo de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, permanecerá en vigor el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, en todo lo que no se oponga a la presente norma.

**Disposición transitoria tercera.** *De la fijación de los precios de medicamentos no incluidos en la prestación farmacéutica.*

Salvo decisión en contrario de la Comisión Delegada para Asuntos Económicos, por razones de interés general, en tanto no se regulen los mecanismos de fijación de los precios de venta al público de los medicamentos y productos sanitarios, estos serán libres en aquellos medicamentos que no se financien con cargo a fondos públicos.

**Disposición derogatoria única.** *Derogación normativa.*

Queda derogado el artículo 115.1 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, así como cuantas otras disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en el presente real decreto-ley.

**Disposición final primera.** *Título competencial.*

Este real decreto-ley se dicta al amparo de lo establecido en el artículo 149.1.2.<sup>a</sup>, 149.1.16.<sup>a</sup>, 149.1.17.<sup>a</sup>, 149.1.18.<sup>a</sup> y 149.1.30.<sup>a</sup> de la Constitución Española.

**Disposición final segunda.** *Desarrollo reglamentario.*

1. Se autoriza al Gobierno y a la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el ámbito de sus respectivas competencias, para dictar las disposiciones y adoptar las medidas necesarias para el desarrollo y ejecución de lo establecido en este real decreto-ley.

2. Las modificaciones que, a partir de la entrada en vigor de este real decreto-ley, puedan realizarse respecto a lo dispuesto en su artículo 5, así como en las disposiciones finales quinta, sexta y séptima, podrán efectuarse reglamentariamente con arreglo a la normativa específica de aplicación.

3. Las comunidades autónomas adoptarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, las medidas necesarias para la efectividad de lo previsto en este real decreto-ley.

**Disposición final tercera.** *Modificación del artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.*

Se modifica el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, que tendrá la siguiente redacción:



«Artículo 12. *Derecho a la asistencia sanitaria.*

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

**Disposición final cuarta.** *Modificación de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria.*

La letra c) del apartado 1 del artículo 95 de La Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria, queda modificada en los siguientes términos:

«c) La colaboración con la Inspección de Trabajo y Seguridad Social y con las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social en la lucha contra el fraude en la cotización y recaudación de las cuotas del sistema de Seguridad Social y contra el fraude en la obtención y disfrute de las prestaciones a cargo del sistema; así como para la determinación del nivel de aportación de cada usuario en las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.»

**Disposición final quinta.** *Modificación del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo.*

El artículo 7 del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo queda modificado en los siguientes términos:

«Artículo 7. *Residencia superior a tres meses de ciudadanos de un Estado miembro de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo.*

1. Todo ciudadano de un Estado miembro de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo tiene derecho de residencia en el territorio del Estado Español por un periodo superior a tres meses si:

- a) Es un trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia en España, o
- b) Dispone, para sí y los miembros de su familia, de recursos suficientes para no convertirse en una carga para la asistencia social en España durante su período de residencia, así como de un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en España, o
- c) Está matriculado en un centro público o privado, reconocido o financiado por la administración educativa competente con arreglo a la legislación aplicable, con la finalidad principal de cursar estudios, inclusive de formación profesional; y cuenta con un seguro de enfermedad que cubre todos los riesgos en España y garantiza a la autoridad nacional competente, mediante una declaración o por cualquier otro medio equivalente de su elección, que posee recursos suficientes para sí y los miembros de su familia para no convertirse en una carga para la asistencia social del Estado español durante su período de residencia, o
- d) Es un miembro de la familia que acompaña a un ciudadano de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo, o va a reunirse con él, y que cumple las condiciones contempladas en las letras a), b) o c).

2. El derecho de residencia establecido en el apartado 1 se ampliará a los miembros de la familia que no sean nacionales de un Estado miembro cuando acompañen al ciudadano de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo o se reúnan con él en el Estado

español, siempre que dicho ciudadano cumpla las condiciones contempladas en las letras a), b) o c) de dicho apartado 1.

3. A los efectos de la letra a) del apartado 1, el ciudadano de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo que ya no ejerza ninguna actividad por cuenta ajena o por cuenta propia mantendrá la condición de trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia en los siguientes casos:

a) Si sufre una incapacidad temporal resultante de una enfermedad o accidente;

b) Si, habiendo quedado en paro involuntario debidamente acreditado, tras haber estado empleado durante más de un año, se ha inscrito en el servicio de empleo competente con el fin de encontrar un trabajo;

c) Si, habiendo quedado en paro involuntario debidamente acreditado tras concluir un contrato de trabajo de duración determinada inferior a un año o habiendo quedado en paro involuntario durante los primeros doce meses, se ha inscrito en el servicio de empleo competente con el fin de encontrar un trabajo. En este caso, la condición de trabajador se mantendrá durante un período que no podrá ser inferior a seis meses;

d) Si sigue una formación profesional. Salvo que se encuentre en situación de paro involuntario, el mantenimiento de la condición de trabajador exigirá que la formación guarde relación con el empleo previo.

4. No obstante lo dispuesto en la letra d) del apartado 1 y en el apartado 2, únicamente el cónyuge o persona a la que se refiere el apartado b) del artículo 2 y los hijos a cargo tendrán el derecho de residencia como miembros de la familia de un ciudadano de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo que cumple los requisitos de la letra c) del apartado 1 anterior.

5. Los nacionales de un Estado miembro de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo estarán obligados a solicitar personalmente ante la oficina de extranjería de la provincia donde pretendan permanecer o fijar su residencia o, en su defecto, ante la Comisaría de Policía correspondiente, su inscripción en el Registro Central de Extranjeros. Dicha solicitud deberá presentarse en el plazo de tres meses contados desde la fecha de entrada en España, siéndole expedido de forma inmediata un certificado de registro en el que constará el nombre, nacionalidad y domicilio de la persona registrada, su número de identidad de extranjero, y la fecha de registro.

6. Junto a la solicitud de inscripción, deberá presentarse el pasaporte o documento nacional de identidad válido y en vigor del solicitante, así como la documentación acreditativa del cumplimiento de los requisitos exigibles para la inscripción establecidos en este artículo. En el supuesto de que el pasaporte o el documento nacional de identidad estén caducados, deberá aportarse copia de éstos y de la solicitud de renovación.

7. En lo que se refiere a medios económicos suficientes, no podrá establecerse un importe fijo, sino que habrá de tenerse en cuenta la situación personal de los nacionales de un Estado miembro de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo. En cualquier caso, dicho importe no superará el nivel de recursos por debajo del cual se concede asistencia social a los españoles o el importe de la pensión mínima de Seguridad Social.»

**Disposición final sexta.** *Modificación del Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la*

*distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos.*

El Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos, queda modificado en los siguientes términos:

Uno. Se añade un nuevo párrafo al apartado 1 del artículo 4, que tendrá la siguiente redacción:

«Las entidades que pretendan desarrollar cualquier actividad de promoción y publicidad en apoyo de la donación de células y tejidos humanos deberán solicitar la autorización previa de las Administraciones sanitarias competentes. A tales efectos, se entenderá por administración sanitaria competente la correspondiente a la comunidad autónoma donde se pretenda desarrollar la actividad, y la Organización Nacional de Trasplantes cuando las actividades pretendidas superen dicho ámbito. En todo caso, el procedimiento para resolver sobre la autorización o denegación del desarrollo de dichas actividades se regirá por lo establecido en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.»

Dos. Se añade un artículo 30 bis, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 30 bis. *Registro de donantes de progenitores hematopoyéticos.*

1. La Organización Nacional de Trasplantes, sin perjuicio de las competencias de registro de las autoridades autonómicas, será el órgano competente para desarrollar y mantener el registro de donantes de progenitores hematopoyéticos comprensivo de la información agregada del conjunto del Sistema Nacional de Salud.

2. Las unidades de coordinación de trasplantes de las comunidades autónomas deberán comunicar en tiempo real a la Organización Nacional de Trasplantes información relativa a los donantes de progenitores hematopoyéticos incluidos en sus respectivos registros.

3. La persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad podrá encomendar la gestión de esta información a entidades públicas o privadas que desarrollen su actividad en el ámbito de la promoción y publicidad en apoyo de la donación de células y tejidos humanos.»

**Disposición final séptima.** *Modificación del Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.*

El Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, queda modificado en los siguientes términos:

Uno. Se modifican el segundo y tercer párrafo del apartado 1 del artículo 5 que tendrá la siguiente redacción:

«Las recetas oficiales se adaptarán a los siguientes criterios básicos de diferenciación de acuerdo con la expresión de las siglas o del código de clasificación en la base de datos de tarjeta sanitaria individual, que figurarán impresos alfanuméricamente o codificado en la parte superior derecha de las recetas de acuerdo al siguiente esquema:

- a) Código TSI 001 para los usuarios exentos de aportación.
- b) Código TSI 002 para los usuarios con aportación reducida de un 10 %.
- c) Código TSI 003 para los usuarios con aportación de un 40 %.
- d) Código TSI 004 para los usuarios con aportación de un 50 %.
- e) Código TSI 005 para los usuarios con aportación de un 60 %.

- f) ATEP para las recetas de accidentes de trabajo o enfermedad profesional.
- g) NOFIN para las recetas de medicamentos y productos sanitarios no financiados.»

Dos. Se modifica el apartado 3 del artículo 5, que tendrá la siguiente redacción:

«3. Además de la receta, el prescriptor podrá entregar al paciente, por escrito, las informaciones y observaciones que a su juicio procedan para el mejor uso de la medicación por parte del paciente. Estas informaciones y observaciones complementarán las autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y estarán adecuadas a cada paciente individual. Incluirán, en su caso, advertencias sobre las reacciones adversas, contraindicaciones, interacciones y precauciones en el uso.»

Tres. Se añaden los apartados 6, 7 y 8 al artículo 5, que tendrán la siguiente redacción:

«6. En los informes de prescripción y terapéutica para el paciente se incorporará información sobre el coste del tratamiento, con diferenciación del porcentaje asumido por el Sistema Nacional de Salud.

7. Durante el acto médico, el paciente será informado de la existencia de opciones terapéuticas de aportación reducida con carácter previo a la emisión de la receta oficial del Sistema Nacional de Salud.

8. En todas las informaciones se tendrá en cuenta la accesibilidad para la personas con discapacidad.»

Cuatro. Se añade un nuevo apartado 6 al artículo 17 que tendrá la siguiente redacción:

«6. Los medicamentos y productos sanitarios no incluidos en la financiación solo podrán ser adquiridos y utilizados por los hospitales del Sistema Nacional de Salud previo acuerdo de la comisión responsable de los protocolos terapéuticos u órgano colegiado equivalente en cada comunidad autónoma.

Para poder tomar las decisiones a que se refiere el párrafo anterior, las comisiones responsables deberán haberse constituido de acuerdo a la normativa aplicable en la comunidad autónoma, dispondrán de un manual de procedimiento que garantice la calidad de sus decisiones e informarán de su constitución y decisiones al órgano competente dentro de la consejería responsable.»

**Disposición final octava.** *Actuaciones a realizar por las administraciones públicas.*

1. Las administraciones públicas competentes adoptarán cuantas medidas sean necesarias para la aplicación efectiva de lo dispuesto en este real decreto-ley.

2. Las administraciones públicas competentes en materia de seguridad social y sanidad realizarán las actuaciones necesarias para actualizar y adecuar la información de sus bases de datos a lo dispuesto en esta norma.

3. Las administraciones públicas competentes deberán adoptar, con anterioridad al 30 de junio de 2012, todas las medidas que sean necesarias para la aplicación efectiva de lo dispuesto en el apartado trece del artículo 4 de este real decreto-ley.

**Disposición final novena.** *Entrada en vigor.*

El presente real decreto-ley entrará en vigor el mismo día de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Dado en Madrid, el 20 de abril de 2012.

JUAN CARLOS R.

El Presidente del Gobierno,  
MARIANO RAJOY BREY

## *ANEXO B2*

---

## I. DISPOSICIONES GENERALES

### MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

**10477** *Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.*

Todos los españoles, así como los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, quedando establecido así el carácter de universalidad del derecho a la atención sanitaria en España.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, así como la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, a través de su disposición adicional sexta, complementaron la Ley 14/1986, de 25 de abril, contemplando la progresiva extensión del derecho de acceso a la asistencia sanitaria pública a todos los españoles residentes en territorio nacional a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico.

La citada Ley 16/2003, de 28 de mayo, estableció entre los principios informadores contenidos en su artículo 2 el de la financiación pública del Sistema Nacional de Salud de acuerdo con el vigente sistema de financiación autonómica plasmado, en sus términos fundamentales, en la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias.

Así pues, ambos principios, el de universalidad y el de financiación pública, configuran nuestro Sistema Nacional de Salud.

La validez de nuestro modelo se traduce en un alto nivel de protección de la salud individual y colectiva, avalado por diferentes indicadores de impacto en la mejora de la salud, en la esperanza de vida y en la satisfacción de la ciudadanía. Por ello, es necesario no sólo mantener el modelo sino también reforzar su sostenibilidad de manera que sea posible salvaguardar dicho nivel de protección frente a las diferentes amenazas que pudieran quebrantarlo.

La regulación establecida por la normativa europea en relación con el sistema de reconocimiento mutuo de los derechos a las prestaciones sanitarias y sociales entre Estados miembros, que utiliza el concepto de aseguramiento como mecanismo de reconocimiento de esos derechos a efectos de garantizar el acceso a las prestaciones en los países de la Unión Europea y la liquidación de costes entre los mismos, ha hecho necesario recordar dicho concepto, ya existente en nuestro Sistema Nacional de Salud, de modo que dicho acceso se garantice dentro de unas normas claras respecto a los derechos que asisten a las personas en las diferentes situaciones en las que pueden encontrarse.

El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones ha permitido, mediante la modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, superar un vacío normativo que ponía en riesgo la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, completando el marco normativo vigente y estableciendo un régimen jurídico más adecuado que permite definir los supuestos de acceso al derecho a la asistencia sanitaria pública, a través de las figuras del asegurado y del beneficiario, y regular un mecanismo de reconocimiento de dicha condición que resulte de aplicación tanto a los españoles como a los ciudadanos de otras nacionalidades.



De conformidad con la habilitación para el desarrollo reglamentario contenida en la disposición final segunda del citado real decreto-ley, así como de la previsión contenida en el artículo 3.3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, resulta preciso proceder al desarrollo reglamentario de dicha norma.

Este real decreto procede, por tanto, a regular la condición de persona asegurada y de beneficiaria de ésta a efectos del derecho a la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

Junto a ello, mediante la presente norma se establece el procedimiento para el reconocimiento de la condición de persona asegurada y beneficiaria por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, del Instituto Social de la Marina, regulándose igualmente el control y la extinción de dicha condición a efectos del derecho a la asistencia sanitaria pública.

Así, de conformidad con lo establecido en este real decreto y en las normas legales antedichas, todas las personas que ostenten la condición de aseguradas o de beneficiarias tendrán garantizada la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, la cual se hará efectiva por las administraciones sanitarias competentes mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual.

Esta regulación se completa con siete disposiciones adicionales que regulan supuestos especiales de prestación de asistencia sanitaria como son los relativos a los españoles de origen retornados y residentes en el exterior desplazados temporalmente a España, a la aplicación de reglamentos comunitarios y convenios internacionales, al convenio especial de prestación de asistencia sanitaria, a los solicitantes de protección internacional, a las víctimas de trata de seres humanos en periodo de restablecimiento y reflexión y a las personas con discapacidad. Por último, la disposición adicional séptima recoge las particularidades de los regímenes especiales de Seguridad Social de funcionarios públicos, civiles y militares, gestionados por las mutualidades administrativas a quienes corresponde el reconocimiento de la condición de mutualista o de beneficiario de su colectivo protegido, conforme a su normativa especial.

Por otro lado, se procede a modificar el Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo, a fin de incluir en el mismo un nuevo artículo 9 bis en aras de regular la comprobación del mantenimiento de las condiciones que permiten gozar a dichos ciudadanos del derecho de residencia, en línea con lo señalado por el artículo 14 de la Directiva 2004/38/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004.

Finalmente, esta norma procede a derogar expresamente varias disposiciones normativas, entre las que se encuentra el Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes, el Decreto 1075/1970, de 9 de abril, sobre asistencia sanitaria a los trabajadores españoles emigrantes y a los familiares de los mismos residentes en territorio nacional y su normativa de desarrollo y el Decreto 2766/1967, de 16 de noviembre, por el que se dictan normas sobre prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el Régimen General de la Seguridad Social, salvo el apartado dos de su artículo sexto, que mantiene su vigencia.

En el proceso de elaboración de este real decreto han sido consultadas las comunidades autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla, la Federación Española de Municipios y Provincias, las organizaciones sindicales y empresariales más representativas y el Consejo de Consumidores y Usuarios. Asimismo, ha emitido su informe preceptivo la Agencia Española de Protección de Datos, la Comisión Interministerial de Extranjería y el Foro para la integración social de los inmigrantes, habiendo sido informado por la Comisión interministerial para el estudio de los asuntos con trascendencia presupuestaria para el equilibrio financiero del Sistema Nacional de Salud o implicaciones económicas significativas, por el Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

En su virtud, a propuesta de la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con la aprobación previa del Ministro de Hacienda y Administraciones Públicas, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 3 de agosto de 2012,

DISPONGO:

Artículo 1. *Objeto.*

Este real decreto tiene por objeto la regulación de la condición de asegurado y de beneficiario del mismo a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, así como la regulación del reconocimiento, control y extinción de dicha condición.

Artículo 2. *De la condición de asegurado.*

1. A efectos de lo dispuesto en este real decreto, son personas que ostentan la condición de aseguradas las siguientes:

a) Las que se encuentren comprendidas en alguno de los supuestos previstos en el artículo 3.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que son los siguientes:

1.º Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.

2.º Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.

3.º Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, como la prestación y el subsidio por desempleo u otras de similar naturaleza.

4.º Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo u otras prestaciones de similar naturaleza y encontrarse en situación de desempleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título. Este supuesto no será de aplicación a las personas a las que se refiere el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

b) Las no comprendidas en el apartado anterior ni en el artículo 3 de este real decreto que, no teniendo ingresos superiores en cómputo anual a cien mil euros ni cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:

1.º Tener nacionalidad española y residir en territorio español.

2.º Ser nacionales de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza y estar inscritos en el Registro Central de Extranjeros.

3.º Ser nacionales de un país distinto de los mencionados en los apartados anteriores, o apátridas, y titulares de una autorización para residir en territorio español, mientras ésta se mantenga vigente en los términos previstos en su normativa específica.

2. Los menores de edad sujetos a tutela administrativa siempre tendrán la consideración de personas aseguradas, salvo en los casos previstos en el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

3. Para la aplicación del límite de ingresos previsto en el apartado 1.b) se tendrán en cuenta los ingresos íntegros obtenidos por rendimientos del trabajo, del capital, de actividades económicas y por ganancias patrimoniales. A estos efectos, en el caso de haberse presentado la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas aplicado en territorio español, se tendrá en cuenta la suma del importe de las bases liquidables de dicho impuesto.

Para la aplicación del límite de ingresos regulado en este apartado se tomará como referencia el último ejercicio fiscal para los períodos comprendidos entre el 1 de noviembre del año siguiente a dicho ejercicio y el 31 de octubre posterior.



En todo caso, se entiende que no superan el límite de ingresos señalado en el apartado 1.b) los contribuyentes que, con arreglo a la normativa reguladora del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, no estén obligados a declarar por dicho impuesto.

4. No tendrá la consideración de cobertura obligatoria de la prestación sanitaria a la que se refiere el apartado 1.b) la prevista normativamente para la cobertura, a través de seguros obligatorios especiales, de riesgos para la salud derivados de actividades concretas desarrolladas por la persona asegurada, bien los concierte por sí misma, bien a través de un tercero.

Tampoco tendrá esta consideración el estar encuadrado en una mutualidad de previsión social alternativa al régimen correspondiente del sistema de la Seguridad Social.

#### Artículo 3. *De la condición de beneficiario de una persona asegurada.*

1. A los efectos de lo dispuesto en este real decreto, son personas que tienen la condición de beneficiarias de un asegurado las que, cumpliendo los requisitos a que se refieren los apartados siguientes, se encuentren en alguna de las siguientes situaciones:

a) Ser cónyuge de la persona asegurada o convivir con ella con una relación de afectividad análoga a la conyugal, constituyendo una pareja de hecho.

b) Ser ex cónyuge, o estar separado judicialmente, en ambos casos a cargo de la persona asegurada por tener derecho a percibir una pensión compensatoria por parte de ésta.

c) Ser descendiente, o persona asimilada a éste, de la persona asegurada o de su cónyuge, aunque esté separado judicialmente, de su ex cónyuge a cargo o de su pareja de hecho, en ambos casos a cargo del asegurado y menor de 26 años o, en caso de ser mayor de dicha edad, tener una discapacidad reconocida en un grado igual o superior al 65%.

Tendrán la consideración de personas asimiladas a los descendientes las siguientes:

1.º Los menores sujetos a la tutela o al acogimiento legal de una persona asegurada, de su cónyuge, aunque esté separado judicialmente, o de su pareja de hecho, así como de su ex cónyuge a cargo cuando, en este último caso, la tutela o el acogimiento se hubiesen producido antes del divorcio o de la nulidad matrimonial. No obstante, los menores sujetos a tutela administrativa se regirán por lo dispuesto en el artículo 2.2.

2.º Las hermanas y los hermanos de la persona asegurada.

2. A los efectos previstos en el apartado 1.c), se entenderá que los descendientes y personas a ellos asimiladas se encuentran a cargo de una persona asegurada si conviven con la misma y dependen económicamente de ella.

A estos efectos, deberá tenerse en cuenta lo siguiente:

a) Se considerará que los menores de edad no emancipados se encuentran siempre a cargo de la persona asegurada.

b) Se considerará que, en los casos de separación por razón de trabajo, estudios o circunstancias similares, existe convivencia con la persona asegurada.

c) Se considerará que los mayores de edad y los menores emancipados no dependen económicamente de la persona asegurada si tienen unos ingresos anuales, computados en la forma señalada en el artículo 2.3, que superen el doble de la cuantía del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM), también en cómputo anual.

3. Todas las personas a las que se refieren los apartados anteriores tendrán la consideración de beneficiarias siempre y cuando cumplan los siguientes requisitos:

a) No ostentar la condición de personas aseguradas con base en el artículo 2.1.a).

b) Tener residencia autorizada y efectiva en España, salvo en el caso de aquellas personas que se desplacen temporalmente a España y estén a cargo de trabajadores trasladados por su empresa fuera del territorio español, siempre que éstos se encuentren en situación asimilada a la de alta, cotizando en el correspondiente régimen de Seguridad Social español.

4. Las personas que reúnan los requisitos exigidos para tener la condición de beneficiarias con arreglo a este artículo no podrán acceder a la condición de aseguradas del artículo 2.1.b) mientras sigan cumpliendo dichos requisitos.

5. Cuando una persona pueda ostentar la condición de beneficiaria de dos o más personas aseguradas, solo se podrá reconocer dicha condición por una de ellas, prevaleciendo, en todo caso, la condición de beneficiaria de una persona asegurada del artículo 2.1.a).

#### Artículo 4. *Reconocimiento de la condición de asegurado o de beneficiario.*

1. El reconocimiento de la condición de persona asegurada o beneficiaria corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, al Instituto Social de la Marina, a través de sus direcciones provinciales, y se realizará de oficio o previa solicitud del interesado, según los casos.

2. El reconocimiento de oficio de la condición de persona asegurada o beneficiaria se realizará en los casos previstos en el artículo 5 como consecuencia de encontrarse en poder de la Administración todos los datos necesarios para efectuar dicho reconocimiento.

3. El reconocimiento de la condición de persona asegurada o beneficiaria se realizará a solicitud del interesado en los casos previstos y en la forma establecida en el artículo 6.

4. Una vez reconocida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, por el Instituto Social de la Marina la condición de persona asegurada o beneficiaria, el derecho a la asistencia sanitaria se hará efectivo por las administraciones sanitarias competentes que facilitarán el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de asistencia sanitaria mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual.

#### Artículo 5. *Reconocimiento de oficio de la condición de asegurado o de beneficiario.*

1. El reconocimiento de oficio de la condición de persona asegurada se hará de forma automática, previa comprobación del cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 2, en el caso de:

- a) Personas comprendidas en el artículo 2.1.a).
- b) Personas comprendidas en el artículo 2.1.b) que, a la entrada en vigor de este real decreto, ya dispusieran de una tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud como titulares, incluidas aquellas que la hubieran obtenido al amparo de lo dispuesto en el Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes.
- c) Personas mayores de 26 años que, a la entrada en vigor de este real decreto, ya dispusieran de una tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud como beneficiarias de una persona asegurada y se encuentren comprendidas en alguno de los supuestos del artículo 2.1.b).

2. El reconocimiento de oficio de la condición de persona beneficiaria se hará de forma automática, previa comprobación del cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 3, en el caso de personas que a la entrada en vigor de este real decreto ya tuvieran la condición de beneficiarias de alguna de las personas comprendidas en el apartado anterior.

#### Artículo 6. *Reconocimiento de la condición de asegurado o de beneficiario previa solicitud del interesado.*

1. En los supuestos no previstos en el artículo anterior, el reconocimiento de la condición de persona asegurada o beneficiaria requerirá la presentación de una solicitud de los interesados dirigida a la dirección provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, del Instituto Social de la Marina, correspondiente a su domicilio.

La solicitud contendrá los datos previstos en el artículo 70 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, e irá acompañada, cuando proceda, del original o copia compulsada de los documentos mencionados en los apartados siguientes que, en el caso de haber sido expedidos por autoridades extranjeras, deberán presentarse debidamente legalizados.

Dicha solicitud podrá presentarse en cualquiera de los lugares indicados en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, o en la forma prevista en el artículo 6.1 de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

Si la solicitud no reúne los requisitos exigidos, se requerirá al interesado para que, en un plazo de diez días, subsane la falta o acompañe los documentos preceptivos, con indicación de que, si así no lo hiciera, se le tendrá por desistido de su petición, previa resolución que deberá ser dictada en los términos previstos en el artículo 42 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

2. La solicitud de reconocimiento de la condición de persona asegurada irá acompañada de la siguiente documentación, según los casos:

- a) En el caso de ciudadanos españoles, el Documento Nacional de Identidad en vigor.
- b) En el caso de personas que no tengan nacionalidad española:

1.º Documento nacional de identidad o pasaporte en vigor, y certificado de inscripción en el Registro Central de Extranjeros para los ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea, de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo o de Suiza.

2.º Documento nacional de identidad o pasaporte en vigor, y tarjeta de residencia de familiar de ciudadano de la Unión Europea para los familiares de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea, de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo o de Suiza.

3.º Para las demás personas que no tengan nacionalidad española, pasaporte en vigor y Tarjeta de Identidad de Extranjero que acredite la titularidad de una autorización para residir en España o, en caso de no tener obligación de obtener dicha Tarjeta, la autorización para residir en España en la que conste el correspondiente Número de Identidad de Extranjero.

- c) Certificado de empadronamiento en el municipio de residencia del solicitante.

d) En el caso de personas que no sean contribuyentes del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, una declaración responsable de no superar el límite de ingresos previsto en el artículo 2.1 b), acompañada, para aquellas personas que no tengan nacionalidad española, de un certificado expedido por la administración tributaria del Estado en el que hayan tenido su última residencia acreditativo de no superar el citado límite de ingresos en atención a la declaración presentada en dicho Estado por un impuesto equivalente al Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas. No obstante lo anterior, los apátridas no estarán obligados a presentar este último certificado.

e) Declaración responsable de no tener cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, acompañada, en su caso, de un certificado emitido por la institución competente en materia de Seguridad Social o de asistencia sanitaria del país de procedencia del interesado acreditativo de que no procede la exportación del derecho a la prestación de asistencia sanitaria en España. No obstante lo anterior, los apátridas no estarán obligados a presentar este último certificado.

f) Resolución de la declaración de desamparo en el caso de menores sujetos a tutela administrativa.

No será necesario aportar los documentos mencionados en los párrafos a) y c) anteriores cuando los interesados presten su consentimiento para que los datos de identidad, domicilio y residencia puedan ser consultados por la administración a través de los Sistemas de Verificación de Datos de Identidad y de Residencia.

3. La solicitud de reconocimiento de la condición de persona beneficiaria irá acompañada, además de los documentos previstos en los párrafos a), b) y c) del apartado anterior que correspondan, de la siguiente documentación, según los casos:

- a) Libro de familia o certificado de la inscripción del matrimonio para acreditar la condición de cónyuge de la persona asegurada.
- b) Certificación de la inscripción en alguno de los registros públicos existentes o, en su defecto, el documento público correspondiente para acreditar la existencia de una pareja de hecho.
- c) Documento acreditativo de la condición de ex cónyuge o de separado judicialmente de la persona asegurada, así como el de su derecho a percibir una pensión compensatoria por parte de esta última.
- d) Libro de familia o certificado de nacimiento para acreditar la condición de descendiente de la persona asegurada o de su cónyuge, ex cónyuge a cargo o pareja de hecho y, además, el certificado de reconocimiento del grado de discapacidad para aquellos que, siendo mayores de 26 años, tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65 por 100.
- e) Documento acreditativo de la tutela o del acogimiento acordado por la autoridad competente para acreditar la condición de menor tutelado o acogido legalmente por la persona asegurada, por su cónyuge, ex cónyuge a cargo o pareja de hecho.
- f) Libro de familia o documento equivalente para acreditar la condición de hermana o hermano de la persona asegurada.
- g) Declaración responsable de no tener unos ingresos anuales que superen el doble de la cuantía del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM), también en cómputo anual.

No será necesario aportar los documentos mencionados en los párrafos a) y c) del apartado 2 cuando los interesados presten su consentimiento para que los datos de identidad, domicilio y residencia puedan ser consultados por la administración a través de los Sistemas de Verificación de Datos de Identidad y de Residencia.

4. La dirección provincial correspondiente del Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, del Instituto Social de la Marina, dictará resolución expresa y notificará en el plazo de 30 días, contados desde el día siguiente a la recepción de la solicitud, el reconocimiento o denegación de la condición de persona asegurada o beneficiaria en los casos a los que se refiere este artículo.

Transcurrido el plazo de 30 días a que se refiere el párrafo anterior sin que se haya dictado y notificado resolución expresa, la solicitud se entenderá desestimada de conformidad con lo dispuesto en el apartado 3 de la disposición adicional vigésima quinta del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio.

Las resoluciones, expresas o presuntas, dictadas por la entidad gestora serán recurribles en la forma prevista en el artículo 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social.

#### Artículo 7. *De la extinción de la condición de asegurado o de beneficiario.*

1. La condición de persona asegurada se extinguirá por los siguientes motivos:

- a) Por dejar de cumplir las condiciones establecidas en el artículo 2.

En este caso, la condición de persona asegurada se extinguirá el primer día del segundo mes siguiente a aquél en que concurra la causa extintiva, salvo que se trate de la superación del límite de ingresos a que se refiere el artículo 2, en cuyo caso la extinción de la condición de persona asegurada se producirá con efectos del día uno de enero del año siguiente a aquél en que tal hecho se produzca.

La extinción de la condición de persona asegurada en este supuesto conlleva también la de las personas beneficiarias del mismo.

- b) Por fallecimiento.

2. La condición de beneficiario de una persona asegurada se extinguirá por los siguientes motivos:

a) Por dejar de cumplir las condiciones establecidas en el artículo 3.

No obstante, el hecho de dejar de residir en territorio español no conllevará la pérdida de la condición de persona beneficiaria cuando así lo establezcan las normas internacionales en materia de seguridad social que resulten de aplicación.

En este caso, la condición de persona beneficiaria se extinguirá el primer día del segundo mes siguiente a aquél en que concurra la causa extintiva.

b) Por pasar a ostentar la condición de persona asegurada del artículo 2.1.a). En este supuesto, la condición de persona beneficiaria se extinguirá el día en que se adquiera la condición de persona asegurada. Si, con posterioridad, se pierde la condición de persona asegurada pero se siguen reuniendo los requisitos previstos en el artículo 3 para ostentar la condición de persona beneficiaria, el reconocimiento de esta última condición tendrá efectos desde el día siguiente a aquél en que se extinga la condición de persona asegurada.

c) Por fallecimiento.

*Artículo 8. Comunicación y control de las circunstancias modificativas o extintivas de la condición de asegurado o de beneficiario.*

1. El reconocimiento de la variación o extinción de la condición de persona asegurada o beneficiaria corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, al Instituto Social de la Marina, a través de sus direcciones provinciales.

2. La modificación de cualquier circunstancia que afecte a la condición de persona asegurada o beneficiaria deberá ser puesta en conocimiento del Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, del Instituto Social de la Marina, mediante comunicación del interesado dirigida a la dirección provincial correspondiente a su domicilio, en el plazo máximo de un mes a contar desde el momento en que dicha modificación se haya producido y en la forma prevista en el artículo 6.1.

La obligación del interesado de comunicar la modificación de las circunstancias que afecten a la condición de persona asegurada o beneficiaria se entiende sin perjuicio de los controles que pueda llevar a cabo el Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, el Instituto Social de la Marina a efectos de reconocer la variación o la extinción de dicha condición.

3. El incumplimiento por el interesado de la obligación de comunicar toda modificación que se produzca en alguna de las circunstancias que puedan dar lugar a la variación o extinción de la condición de persona asegurada o beneficiaria, así como una comunicación inexacta o fraudulenta de las mismas, no impedirá que dicha variación o extinción opere con efectos retroactivos desde el momento en que la misma debiera haber producido efectos y conllevará la obligación del interesado de reintegrar, cuando proceda, al servicio público de salud o al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria el coste de las prestaciones obtenidas indebidamente.

*Artículo 9. Protección de datos de carácter personal y cesión de datos.*

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 3 bis de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, el Instituto Nacional de la Seguridad Social y, en su caso, el Instituto Social de la Marina podrán recabar de los órganos de las administraciones públicas que resulten competentes en cada caso los datos necesarios para poder verificar que concurren los requisitos exigidos para ostentar la condición de persona asegurada o beneficiaria, así como, en los términos previstos por el artículo 94 ter de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aquellos datos que resulten precisos para determinar el nivel de aportación de cada una de ellas a la prestación farmacéutica. La comunicación de tales datos no requerirá del consentimiento de los interesados.



Del mismo modo, el Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, el Instituto Social de la Marina comunicarán diariamente al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, sin necesidad de recabar el consentimiento del interesado, los datos relativos al reconocimiento, variación y extinción de la condición de persona asegurada o beneficiaria, así como la participación que corresponda a las mismas en la prestación farmacéutica y su límite de aportación, en su caso. El citado departamento ministerial comunicará, a su vez y con la misma frecuencia, estos datos al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y a los servicios públicos de salud correspondientes al domicilio donde los interesados estén empadronados en orden a hacer efectivo el acceso a las prestaciones de asistencia sanitaria pública mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual.

Disposición adicional primera. *Asistencia sanitaria para españoles de origen retornados y residentes en el exterior desplazados temporalmente a España.*

1. Conforme a lo establecido en la disposición adicional primera del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, para españoles de origen retornados y pensionistas españoles de origen residentes en el exterior desplazados temporalmente a España se seguirá rigiendo por la Ley 40/2006, de 14 de diciembre, del Estatuto de la ciudadanía española en el exterior y el Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, por el que se regula la prestación por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior y retornados.

2. Los trabajadores por cuenta ajena españoles de origen que no residan en Estados miembros de la Unión Europea, ni en Estados parte del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo ni en Suiza que se desplacen temporalmente a España tendrán derecho a la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud cuando, de acuerdo con las disposiciones de Seguridad Social española, las del Estado de procedencia o las normas o Convenios internacionales de Seguridad Social establecidos al efecto, no tuvieran prevista esta cobertura.

Disposición adicional segunda. *Asistencia sanitaria en aplicación de reglamentos comunitarios y convenios internacionales.*

1. Las personas con derecho a asistencia sanitaria en aplicación de los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, tendrán acceso a la misma, siempre que residan en territorio español o durante sus desplazamientos temporales a España, en la forma, extensión y condiciones establecidos en las disposiciones comunitarias o bilaterales indicadas.

2. En ningún caso tendrán la consideración de extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España a los efectos previstos en el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que se encuentren en la situación de estancia inferior a tres meses regulada en el artículo 6 del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo.

Disposición adicional tercera. *Convenio especial de prestación de asistencia sanitaria.*

1. A efectos de lo dispuesto en el artículo 3.5 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial aquellas personas que, no teniendo la condición de aseguradas o beneficiarias, no tengan acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier otro título.

2. Mediante orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se determinarán los requisitos básicos de los citados convenios especiales de prestación de asistencia sanitaria.

Disposición adicional cuarta. *Prestación de asistencia sanitaria para solicitantes de protección internacional.*

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

Disposición adicional quinta. *Prestación de asistencia sanitaria para víctimas de trata de seres humanos en periodo de restablecimiento y reflexión.*

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

Disposición adicional sexta. *Asistencia sanitaria a las personas con discapacidad.*

En relación con la asistencia sanitaria a las personas con discapacidad seguirá siendo de aplicación lo dispuesto en la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos y el Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, por el que se establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas previsto en la citada ley.

Disposición adicional séptima. *Regímenes especiales de funcionarios.*

1. Las personas que ostentan la condición de mutualista o beneficiario de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, el Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutualidad General Judicial, mantienen el régimen de cobertura obligatoria de la prestación sanitaria conforme a la normativa especial reguladora de cada Mutualidad que, asimismo, determina su respectivo colectivo protegido, incluidos los funcionarios que hayan ingresado en cualquier administración pública con posterioridad a 1 de enero de 2011 en cuerpos que formen parte del campo de aplicación del mutualismo. Estos funcionarios mantendrán la condición de mutualistas cuando pasen a la situación de pensionistas.

2. El reconocimiento y control de la condición de mutualista o beneficiario corresponde a cada mutualidad, conforme a su normativa específica, así como a su respectiva estructura organizativa.

3. Las mutualidades y el Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, el Instituto Social de la Marina, establecerán los mecanismos de colaboración y coordinación necesarios para evitar la duplicidad de derechos propios o derivados cuando éstos sean incompatibles, así como para asegurar el acceso al sistema sanitario público al colectivo mutualista que haya optado por esa modalidad de asistencia sanitaria.

Disposición transitoria única. *Régimen transitorio de acceso a la asistencia sanitaria en España.*

Las personas que, con anterioridad a la entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, tuvieran acceso a la asistencia sanitaria en España y no se encuentren comprendidas en alguno de los supuestos del artículo 5.1 de este real

decreto, o no sean beneficiarias suyas, o no estén aseguradas en aplicación de reglamentos comunitarios o convenios bilaterales, podrán seguir accediendo a la misma hasta el día 31 de agosto de 2012 sin necesidad de acreditar la condición de aseguradas o de beneficiarias de éstas en los términos previstos en este real decreto.

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa.*

Quedan derogadas todas las disposiciones de igual o inferior rango que se opongan a este real decreto y, en particular, las siguientes:

a) Decreto 2766/1967, de 16 de noviembre, por el que se dictan normas sobre prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el Régimen General de la Seguridad Social, salvo el apartado dos de su artículo sexto que se mantiene vigente.

b) Decreto 1075/1970, de 9 de abril, sobre asistencia sanitaria a los trabajadores españoles emigrantes y a los familiares de los mismos residentes en territorio nacional, y su normativa de desarrollo.

c) Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes.

d) Orden de 13 de noviembre de 1989, de desarrollo del Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, de la extensión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes.

Disposición final primera. *Título competencial.*

Este real decreto se dicta al amparo de lo dispuesto en las reglas 16.<sup>a</sup> y 17.<sup>a</sup> del artículo 149.1 de la Constitución Española que atribuyen al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad y de régimen económico de la Seguridad Social, respectivamente. Se exceptúa de lo anterior la disposición final segunda, por la que se incorpora al derecho español el artículo 14 de la Directiva 2004/38/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, relativa al derecho de los ciudadanos de la Unión y de los miembros de sus familias a circular y residir libremente en el territorio de los Estados miembros.

Disposición final segunda. *Modificación del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo.*

Se introduce un nuevo artículo 9 bis en el Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo, con la siguiente redacción:

«Artículo 9 bis. *Mantenimiento del derecho de residencia.*

1. Los ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo y los miembros de sus familias gozarán del derecho de residencia establecido en los artículos 7, 8 y 9 mientras cumplan las condiciones en ellos previstas.

En casos específicos en los que existan dudas razonables en cuanto al cumplimiento, por parte de un ciudadano de algún Estado miembro de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo o de los miembros de su familia, de las condiciones establecidas en los artículos 7, 8 y 9, los órganos competentes podrán comprobar si se cumplen dichas condiciones. Dicha comprobación no se llevará a cabo sistemáticamente.



2. El recurso a la asistencia social en España de un ciudadano de algún Estado miembro de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo o de un miembro de su familia no tendrá por consecuencia automática una medida de expulsión.

3. No obstante lo dispuesto en los apartados anteriores y sin perjuicio de las disposiciones del Capítulo VI de este real decreto, en ningún caso podrá adoptarse una medida de expulsión contra ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea o de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo o miembros de su familia si:

- a) son trabajadores por cuenta ajena o por cuenta propia; o,
- b) han entrado en territorio español para buscar trabajo. En este caso, no podrán ser expulsados mientras puedan demostrar que siguen buscando empleo y que tienen posibilidades reales de ser contratados.»

Disposición final tercera. *Facultades de desarrollo y aplicación.*

Se faculta a las personas titulares de los Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y de Empleo y Seguridad Social para dictar, en el ámbito de sus respectivas competencias, las disposiciones necesarias para el desarrollo y aplicación de lo previsto en este real decreto, sin perjuicio de lo establecido en la disposición final segunda del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero.

Disposición final cuarta. *Entrada en vigor.*

El presente real decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Dado en Madrid, el 3 de agosto de 2012.

JUAN CARLOS R.

La Ministra de Sanidad,  
Servicios Sociales e Igualdad,  
ANA MATO ADROVER