

Estudio descriptivo de la Atención Especializada del Sistema Sanitario de España

Karen Nombela-Monterroso^I, Víctor M González-Chordá^I, Pablo Roman^{I,II}

^I Universidad Jaume I. Departamento de Enfermería. Castellón, España

^{II} Universidad de Almería. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina. Almería, España

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar la tendencia de los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud de España y sus comunidades autónomas, relacionados con la Atención Especializada, desde la publicación de la Ley de Cohesión y Calidad.

MÉTODOS: Estudio ecológico de series temporales de España y sus comunidades autónomas desde 2003 hasta 2014. Se analizaron 10 indicadores relacionados con Atención Especializada (porcentaje de gasto, profesionales, listas de espera, actividad quirúrgica, estancia media, infecciones y mortalidad) utilizando el método de auto-regresión de Prais-Winsten. Los datos se obtuvieron del sistema de información sanitaria del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad español.

RESULTADOS: Existió una tendencia creciente del gasto en atención especializada (APC = 0,059; IC95% 0,041–0,074), número de profesionales de medicina (APC = 0,0006; IC95% 0,0003–0,0009) y enfermería (APC = 0,001; IC95% 0,0005–0,0016), infecciones hospitalarias (APC = 0,0003; IC95% 0,0002–0,0004) y mortalidad intrahospitalaria (APC = 0,0008; IC95% 0,0006–0,001) en España. La estancia media presentó una tendencia decreciente (APC = -0,0017; IC95% -0,002– -0,0014). La tendencia de las listas de espera (consulta especializada e intervenciones quirúrgicas no urgentes) fue estática. La tendencia de estos indicadores varió en las Comunidades Autónomas.

CONCLUSIONES: Se observa un incumplimiento de los principios de equidad y calidad de las prestaciones ofrecidas. El aumento del envejecimiento, el desarrollo tecnológico y estrategias poco adecuadas tomadas para reducir los costes sanitarios pueden ser las principales causas.

DESCRIPTORES: Servicios de Salud. Atención Terciaria de Salud. Indicadores de Calidad de la Atención de Salud, tendencias. Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud. Estudios Ecológicos.

Correspondencia:

Pablo Román López
Edificio de Ciencias de la Salud
Universidad de Almería
Ctra. Sacramento s/n
04120 La Cañada de San Urbano
Almería, España
E-mail: pablo.roman@ual.es

Recibido: 29 sep 2016

Aprobado: 2 feb 2017

Como se cita:

Nombela-Monterroso K,
González-Chordá VM, Roman P.
Estudio descriptivo de la Atención
Especializada del Sistema Sanitario
de España. Rev Saude Publica.
2018;52:5.

Copyright: Este es un artículo de el acceso abierto distribuido bajo la términos de la licencia Atribución Creative Commons, lo que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor y la fuente los originales se acreditan.



INTRODUCCIÓN

Un sistema sanitario tiene la finalidad de mejorar el estado de salud de la población mediante cuidados curativos, preventivos y rehabilitadores y se ve influido por el contexto político, social, cultural y económico del país en el que se desarrolla¹. Existen diferentes modelos de sistemas sanitarios, entre ellos, el Sistema Nacional de Salud (SNS), modelo que dispone actualmente España desde la Ley General de Sanidad en 1986². Sus características principales son el derecho de todo ciudadano a la protección de la salud, financiación de carácter público y provisión de servicios que garanticen la calidad de la asistencia, entre otras¹⁻³.

Por otro lado, entre los principios y criterios de esta ley, se encuentra la descentralización de la sanidad en Comunidades Autónomas (CCAA), otorgando a cada una de ellas la responsabilidad de atender a la salud de sus ciudadanos³. El proceso de descentralización, finalizado en 2001, tuvo el objetivo de adecuar la gestión sanitaria a las características territoriales y demográficas en cada CCAA⁴. En 2003, se publicó la Ley de Cohesión y Calidad del SNS (LCC-SNS)⁵, para garantizar la participación ciudadana, la calidad y la equidad de la asistencia sanitaria en todo el territorio nacional. Esa ley entiende equidad como el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio que posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos¹.

Los procesos de descentralización se justifican por ventajas como la adecuación de las prestaciones a las necesidades de cada territorio, una aproximación de las instituciones a los ciudadanos o el desarrollo de modelos alternativos de gestión y una fuente de aprendizaje. Trece años después de la publicación de la LCC-SNS, la falta de equidad en salud es uno de los principales problemas derivado de la descentralización, sobre todo en lo que a gasto y financiación, nivel de salud de los ciudadanos, acceso a la atención sanitaria y utilización de recursos, se refiere⁶.

La LCC-SNS puso de manifiesto la importancia de los profesionales en la calidad del sistema y de la investigación en el desarrollo y efectividad de los servicios sanitarios. También destacó la necesidad de atender los problemas de salud más prevalentes mediante la elaboración de planes estratégicos que determinen los estándares mínimos y modelos básicos de atención, al mismo tiempo que se vela por la sostenibilidad del SNS^{1,5,7}. El Real Decreto-ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones⁸, se publicó para hacer frente a la grave situación económica y al incremento del gasto sanitario, aunque su aplicación ha supuesto una situación de austeridad económica con importantes repercusiones en el SNS⁹.

Por otra parte, la LCC-SNS encomienda al Ministerio de Sanidad la creación de un Sistema de Información Sanitaria, con el fin de garantizar la disponibilidad de la información y la comunicación entre la Administración del Estado y las CCAA⁷.

En este sistema, se encuentran los “Indicadores Clave del SNS”, que proporcionan de manera integrada y sistemática datos relativos del gasto sanitario, utilización de los recursos, accesibilidad a los servicios, calidad de la atención y del nivel de salud de la población. Eso permite objetivar una situación de salud determinada, evaluar su comportamiento en el tiempo y conocer si se alcanzan los objetivos propuestos y los resultados esperados para poder establecer acciones de mejora¹⁰.

El objetivo de este trabajo fue analizar la evolución de los Indicadores Clave del SNS de España y sus CCAA, relacionados con la Atención Especializada (AE) desde la entrada en vigor de la Ley de Cohesión y Calidad.

MÉTODOS

Estudio de tipo ecológico de series temporales en el que se analizó la tendencia de los Indicadores Clave del SNS de España y de sus CCAA, a través del Sistema de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad relacionados con AE¹¹.

Se seleccionaron indicadores que aportaban mayor información relacionada con el objetivo del estudio, considerando como criterios de inclusión la disponibilidad de los datos y la utilidad para valorar tendencias y posibles diferencias en cuanto a equidad y calidad asistencial (Cuadro).

Se incluyeron los datos de los indicadores desde 2003, año en que entró en vigor la LCC-SNS, hasta 2014, el último año con información disponible en el Sistema de Información Sanitaria¹¹ para los indicadores seleccionados.

La estimación de las tendencias se basó en el cálculo del cambio porcentual anual (*Anual Percent Change* – APC) y sus intervalos al 95% de confianza (IC95%), utilizando el método de Prais-Winsten de auto-regresión para el análisis de series temporales, permitiendo obtener una tendencia global para un determinado periodo¹². El análisis se realizó en todos los indicadores para el SNS y cada CCAA utilizando el programa Stata 14.0 (2015).

RESULTADOS

El porcentaje del gasto dedicado a AE en España ha aumentado 9,5 puntos entre 2003 y 2014, desde un 46,3% hasta un 55,8%, con una tendencia creciente (APC = 0,059; IC95% 0,041–0,074). Se observó una tendencia creciente en el gasto dedicado a este nivel de atención en 13 CCAA, mientras que la tendencia fue estática en cuatro CCAA (Cantabria, Aragón, Baleares y Madrid). Cataluña fue la CCAA con mayor incremento del gasto dedicado a la AE (APC = 1,367; IC95% 0,319–5,731). No se observó un descenso del indicador en ninguna CCAA, aunque la información de este indicador para Ceuta y Melilla no estaba disponible.

La tendencia de profesionales de enfermería y medicina por cada 1.000 habitantes en España fue creciente para enfermería (APC = 0,001; IC95% 0,0005–0,0016) y medicina (APC = 0,0006; IC95% 0,0003–0,0009). Melilla presentó una tendencia estática en ambos indicadores y, Ceuta una tendencia decreciente en la cantidad de médicos (APC = -0,0013; IC95% -0,0013– -0,0001) (Tabla 1).

La tasa de pacientes en lista de espera para ser atendidos en consultas de especialidades (APC = 0,001; IC95% -0,006–0,008), y la cantidad de pacientes en espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes (APC = 0,001; IC95% -0,001–0,003) mostraron una tendencia estática en ambos casos para España. El análisis de la evolución de estos indicadores por CCAA no pudo realizarse al no estar disponibles los datos.

Cuadro. Lista de indicadores seleccionados.

Indicadores	Fórmula
Porcentaje de gasto de los servicios de atención especializada	(Gasto sanitario público en servicios hospitalarios y especializados / Total gasto sanitario público corriente) x 100
Personal de enfermería en atención especializada por 1.000 habitantes	(Número de profesionales de enfermería / Población) x 1.000
Personal médico especialista por 1.000 habitantes	(Número de médicos / Población) x 1.000
Pacientes en espera para consultas de atención especializada	(Número de pacientes pendientes de una primera consulta en Atención especializada / Población) x 1.000
Quirófanos en funcionamiento por 100.000 habitantes	(Número de quirófanos en funcionamiento / Población) x 100.000
Intervenciones quirúrgicas por 1.000 habitantes	(Número total de actos quirúrgicos realizados en un año / Población en ese año) x 1.000
Pacientes en espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes por 1.000 habitantes	(Número de pacientes pendientes de una intervención quirúrgica, no urgente / Población) x 1.000
Estancia media	Promedio de días de estancia del total de altas válidas
Tasa de infecciones hospitalarias	(Número de altas hospitalarias con diagnóstico de infección nosocomial, en un año / Total de altas en ese año) x 100
Mortalidad intrahospitalaria global por cada 100 altas hospitalarias	(Número total de altas hospitalarias por fallecimiento / Total de altas) x 100

Tabla 1. Personal de enfermería y medicina en atención especializada por 1.000 habitantes. España, 2003–2014.

CCAA		2003	2014	APC	IC95%	Tendencia
País Vasco	Enfermería	2,46	4,42	0,0055	0,0031–0,0082	Creciente ^b
	Medicina	1,37	2,213	0,002	0,001–0,003	Creciente ^a
Asturias	Enfermería	2,76	3,61	0,0018	0,0012–0,0025	Creciente ^b
	Medicina	1,75	2,15	0,0009	0,0004–0,0014	Creciente ^a
Aragón	Enfermería	3,29	4,3	0,0022	0,0015–0,0029	Creciente ^b
	Medicina	1,96	2,15	0,0004	< 0,0001–0,012	Estática
Galicia	Enfermería	2,62	3,16	0,0012	0,0002–0,0023	Creciente ^a
	Medicina	1,52	1,76	0,0005	0,0001–0,0009	Creciente ^a
La Mancha	Enfermería	2,40	2,79	0,0009	-0,0002–0,0022	Estática
	Medicina	1,44	1,74	0,0007	-0,0001–0,001	Estática
Castilla y León	Enfermería	2,68	3,14	0,001	0,0003–0,0018	Creciente ^a
	Medicina	1,48	1,86	0,0009	0,0006–0,0012	Creciente ^b
Cataluña	Enfermería	2,68	3,16	0,0011	0,0004–0,0018	Creciente ^a
	Medicina	1,80	1,84	> -0,0001	-0,006–0,0001	Estática
Madrid	Enfermería	2,86	3,32	0,001	0,0002–0,0019	Creciente
	Medicina	1,55	2	0,011	0,007–0,001	Creciente ^b
Murcia	Enfermería	2,49	2,93	0,001	0,0001–0,002	Creciente ^a
	Medicina	1,43	1,75	0,0008	0,0004–0,0011	Creciente ^b
España	Enfermería	2,67	3,14	0,001	0,0005–0,0016	Creciente ^a
	Medicina	1,54	1,81	0,0006	0,0003–0,0009	Creciente ^a
Canarias	Enfermería	2,64	3,07	0,0009	0,0004–0,0014	Creciente ^a
	Medicina	1,55	1,78	0,0005	0,0004–0,0006	Creciente ^a
Baleares	Enfermería	3,23	3,6	0,0006	-0,0003–0,0017	Estática
	Medicina	1,60	1,87	0,0066	0,0001–0,001	Creciente ^a
Navarra	Enfermería	4,03	4,22	0,0005	-0,001–0,0024	Estática
	Medicina	2,07	2,39	0,0007	0,0001–0,0013	Creciente ^a
Andalucía	Enfermería	2,46	2,61	0,0005	-0,0001–0,001	Estática
	Medicina	1,30	1,53	0,0005	0,0003–0,0007	Creciente ^b
Extremadura	Enfermería	2,62	2,92	0,0006	0,0003–0,0009	Creciente
	Medicina	1,45	1,75	0,0006	0,0004–0,0009	Creciente ^b
La Rioja	Enfermería	2,88	3,14	0,0003	-0,0005–0,001	Estática
	Medicina	1,44	1,68	0,0005	< 0,0001–0,0008	Creciente ^a
Valencia	Enfermería	2,54	2,64	0,0004	0,0002–0,0006	Creciente ^b
	Medicina	1,48	1,648	0,006	< 0,001–0,011	Creciente ^a
Cantabria	Enfermería	3,12	3,23	0,0002	-0,0003–0,0007	Estática
	Medicina	1,61	1,76	0,0002	-0,0002–0,009	Estática
Melilla	Enfermería	2,72	2,33	-0,0007	-0,0016–0,0003	Estática
	Medicina	1,32	1,26	-0,0001	-0,0004–0,0002	Estática
Ceuta	Enfermería	2,93	2,53	-0,0009	-0,0019–0,0001	Estática
	Medicina	1,76	1,47	-0,0007	-0,0013– -0,0001	Decrecente ^a

CCAA: comunidad autónoma; APC: anual percent change

^a Nivel de significación $p < 0,05$.^b Nivel de significación $p < 0,001$.

Los quirófanos en funcionamiento alcanzaron un total de 9,4 por cada 100.000 habitantes en España en el año 2014, con una tendencia creciente (APC = 0,002; IC95% 0,001–0,003). Navarra (APC = -0,0008; IC95% -0,001– -0,0001), Ceuta (APC = -0,003; IC95% -0,004– -0,001) y Melilla (APC = -0,005; IC95% -0,007– -0,005) mostraron una tendencia decreciente, mientras que 11 CCAA tuvieron una tendencia creciente y en cinco se mantuvo estática (Valencia, Castilla y León, Canarias, Baleares y Cantabria).

Las intervenciones quirúrgicas en España mostraron una tendencia creciente en el periodo estudiado, pasando de 95,2 a 107,6 intervenciones por 1.000 habitantes (APC = 0,292; IC95% 0,047–1,589). Esta tasa mantuvo una tendencia creciente en 10 CCAA y estática en seis (Balears, Murcia, La Mancha, Andalucía, Navarra y Melilla). En Canarias (APC = -0,006; IC95% -0,008– -0,001), Ceuta (APC = -0,009; IC95% -0,01– -0,008) y Cantabria (APC = -0,009; IC95% -0,01– -0,009) este indicador ofreció una tendencia decreciente.

La estancia media de los pacientes ingresados en 2014 (Tabla 2) se situó en 7,6 días de promedio en España, con una tendencia decreciente (APC = -0,0017; IC95% -0,002– -0,001). Este indicador ha disminuido en los últimos años en todas las CCAA, aunque la tendencia puede considerarse estática en cuatro de ellas.

En España, se observó un incremento de 0,16 puntos en la tasa de infecciones hospitalarias, pasando de 1,2 en 2003 a 1,3 en 2013, con una tendencia creciente (APC = 0,0003; IC95% 0,0002–0,0004) (Tabla 3).

El incremento de la mortalidad intrahospitalaria en España ha sido de 0,3 puntos, pasando de 3,9 a 4,2 por cada 100 altas hospitalarias en el periodo estudiado, con una tendencia creciente (APC = 0,0008; IC95% 0,0006–0,0011) (Tabla 4).

DISCUSIÓN

Los datos muestran una tendencia creciente en los indicadores: gasto de los servicios de AE, personal de enfermería y medicina en AE por cada 1.000 habitantes, quirófanos en funcionamiento por 1.000 habitantes, intervenciones quirúrgicas por 1.000 habitantes, tasa de infecciones hospitalarias, mortalidad intrahospitalaria global por cada 100 altas hospitalarias. Así mismo, se observa una tendencia decreciente en el indicador de estancia media. Igualmente, una tendencia estática en los indicadores: pacientes en espera para consultas de atención especializada y pacientes en espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes por 1.000 habitantes.

Tabla 2. Indicador: estancia media en orden descendente. España, 2003–2014.

CCAA	2003	2014	APC	IC95%	Tendencia
Ceuta	5,73	5,55	-0,0004	-0,0015–0,0008	Estática
La Mancha	7,27	7,1	-0,0005	-0,001–0,0001	Estática
Castilla y León	7,49	7,2	-0,0005	-0,001–0,0001	Estática
Murcia	6,89	6,54	-0,0007	-0,0018–0,0005	Estática
Navarra	7,12	6,77	-0,0011	-0,0017–0,0003	Decreciente ^a
Balears	7,11	6,63	-0,0011	-0,0015– -0,0006	Decreciente ^a
Extremadura	7,16	6,4	-0,0014	-0,0017– -0,0012	Decreciente ^b
Aragón	7,86	7,14	-0,0015	-0,0023– -0,0007	Decreciente ^a
Cataluña	6,94	6,22	-0,0015	-0,0019– -0,0011	Decreciente ^b
Asturias	8,64	7,71	-0,0017	-0,0021– -0,0013	Decreciente ^b
España	7,64	6,83	-0,0017	-0,0020– -0,0014	Decreciente ^b
Andalucía	7,81	6,9	-0,0018	-0,0021– -0,0015	Decreciente ^b
Canarias	9,21	8,36	-0,0019	-0,003– -0,0006	Decreciente ^a
País Vasco	7,22	6,46	-0,0019	-0,0028– -0,0008	Decreciente ^a
Valencia	6,70	5,86	-0,0019	-0,0022– -0,0015	Decreciente ^b
Galicia	8,99	7,94	-0,002	-0,003– -0,0008	Decreciente ^a
La Rioja	6,95	5,8	-0,0021	-0,0027– -0,0015	Decreciente ^b
Madrid	8,64	7,27	-0,0025	-0,003– -0,0021	Decreciente ^b
Cantabria	8,17	6,84	-0,0026	-0,0033– -0,0019	Decreciente ^b
Melilla	6,88	5,56	-0,003	-0,0039– -0,0008	Decreciente ^b

CCAA: comunidad autónoma; APC: anual percent change

^a Nivel de significación $p < 0,05$.

^b Nivel de significación $p < 0,001$.

Tabla 3. Indicador: tasa de infección hospitalaria en orden descendente.

CCAA	2003	2014	APC	IC95%	Tendencia
Canarias	1,2	1,7	0,0012	0,0003–0,0014	Creciente ^a
Baleares	1,0	1,5	0,0011	0,0008–0,0014	Creciente ^b
Galicia	1,1	1,3	0,0008	-0,001–0,0016	Creciente ^a
Andalucía	1,1	1,5	0,0009	0,0006–0,0013	Creciente ^b
Valencia	0,6	0,8	0,0006	0,0004–0,0008	Creciente ^b
Murcia	0,8	0,9	0,0003	0,0001–0,0006	Creciente ^a
España	1,2	1,2	0,0003	0,0002–0,0004	Creciente ^b
Asturias	1,4	1,4	0,0002	-0,001–0,0015	Estática
Cataluña	1,2	1,2	0,0001	-0,0046–0,0009	Estática
La Mancha	1,1	1,1	0,0001	-0,0002–0,0004	Estática
País Vasco	1,1	1,2	0,0001	-0,0002–0,0004	Estática
Madrid	1,4	1,4	< 0,0001	-0,0003–0,0004	Estática
Navarra	0,8	0,7	< 0,0001	-0,0003–0,0003	Estática
La Rioja	1,2	1,0	-0,0002	-0,0008–0,0004	Estática
Ceuta	1,1	0,8	-0,0003	-0,0011–0,0006	Estática
Cantabria	2,1	1,9	-0,0004	-0,0008– > -0,0001	Decreciente ^a
Extremadura	1,0	0,8	-0,0005	-0,0007– -0,0002	Decreciente ^b
Aragón	1,5	1,2	-0,0006	-0,0008– -0,0004	Decreciente ^b
Castilla y León	1,6	1,3	-0,0006	-0,0838– -0,0399	Decreciente ^b
Melilla	1,3	0,5	-0,0016	-0,0019– -0,0014	Decreciente ^b

CCAA: comunidad autónoma; APC: anual percent change

^a Nivel de significación $p < 0,05$.

^b Nivel de significación $p < 0,001$.

Tabla 4. Indicador: mortalidad intrahospitalaria global por cada 100 altas hospitalarias en orden descendente.

CCAA	2003	2014	APC	IC95%	Tendencia
La Mancha	4,2	4,7	0,0037	< 0,0001–0,0067	Creciente ^a
Extremadura	3,8	4,8	0,0029	0,0019–0,0039	Creciente ^b
Navarra	3,2	4,6	0,0026	0,0008–0,0048	Creciente ^a
Galicia	4,5	5,3	0,0025	0,0019–0,0031	Creciente ^b
Canarias	3,7	4,8	0,0023	0,0015–0,0033	Creciente ^b
Andalucía	4,1	4,7	0,0021	0,0018–0,0024	Creciente ^b
Castilla y León	4,1	5,0	0,0018	0,0012–0,0023	Creciente ^b
Ceuta	3,4	3,7	0,0009	< 0,0001–0,0018	Creciente ^a
España	3,9	4,2	0,0008	0,0006–0,0011	Creciente ^b
Asturias	4,5	5,2	0,0008	-0,0003–0,0621	Estática
País Vasco	3,9	4,0	0,0008	-0,0003–0,0002	Estática
Baleares	3,2	3,5	0,0007	0,0003–0,001	Creciente ^a
Murcia	3,5	3,6	0,0005	-0,0003–0,0015	Estática
Valencia	3,9	4,0	0,0004	0,0001–0,0008	Creciente ^a
Aragón	4,2	4,4	0,0001	-0,0002–0,0005	Estática
Cataluña	3,6	3,2	-0,0004	-0,0008–0,0001	Estática
Melilla	3,8	4,0	-0,0005	-0,0012–0,0003	Estática
Cantabria	5,1	4,7	-0,0006	-0,0012–0,0001	Estática
Madrid	4,0	3,9	-0,0006	-0,0064– -0,0002	Decreciente ^a
La Rioja	3,7	3,3	-0,0007	-0,0012– -0,0002	Decreciente ^a

CCAA: comunidad autónoma; APC: anual percent change

^a Nivel de significación $p < 0,05$.

^b Nivel de significación $p < 0,001$.

El gasto sanitario en AE ha ido en aumento en la mayoría de CCAA. Sin embargo, un elevado gasto sanitario destinado a atender estos problemas no es una condición suficiente para objetivar una buena salud de la población ni una buena calidad de los servicios. Independientemente de un mayor o menor gasto, se debe tratar de obtener la mayor eficiencia de los servicios prestados¹³.

Este aumento del gasto sanitario en la AE puede relacionarse con el cambio demográfico y el desarrollo tecnológico¹⁴, aunque evidentemente contradice los principios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad recogidos en la Ley General de Sanidad². Una buena estrategia para fomentar hábitos de vida saludable y prevenir la enfermedad es el desarrollo de la atención primaria¹⁵. Eso evitaría una demanda innecesaria de la AE. Se observa un incremento del gasto sanitario en AE de 9,5 puntos entre 2003 y 2014, frente al gasto en atención primaria que ha pasado del 13,9% en 2003 al 13,4% en 2014¹¹, con un descenso de 0,5 puntos porcentuales. De ese modo, parece oportuno analizar si el aumento de la frecuentación y recursos a nivel de AE supone una disminución de recursos destinados a atención primaria. Esto podría reforzar el papel de atención primaria en el SNS para reorientar el actual enfoque hospital centrista del SNS¹⁶.

Por otra parte, son muchos los factores que pueden influir en el aumento de estos costes, como la forma de utilización de los recursos y la variabilidad clínica, la escasa integración entre los niveles asistenciales, la adopción de nuevas tecnologías, o el aumento del envejecimiento y de hábitos de vida menos saludables que requieren una mayor atención de cuidados^{13,17,18}. Todos estos factores suponen un reto para el SNS puesto que se evidencia la necesidad de poner en marcha nuevas estrategias de gestión sanitaria. La gestión por competencias puede ser una de esas estrategias, con una mayor implicación de profesionales, ciudadanos y administraciones para hacer frente a esta problemática, a la vez que se vela por la sostenibilidad del sistema sanitario en cuanto a costes se refiere y se adapta a las necesidades de la sociedad¹⁹.

El incremento del gasto en AE contrasta con indicadores claves que evalúan la calidad asistencial, como el aumento de la tasa de infecciones hospitalarias y la mortalidad intrahospitalaria. Estos aspectos se podrían relacionar con la inadecuada prevención de las infecciones nosocomiales, la elevada carga de trabajo de los profesionales, el aumento del número de pacientes ancianos cuyo estado de salud es más grave, o bien con el aumento de la multi-resistencia de algunos microorganismos. Se necesitan mayores estudios para discernir estas causas, sobre todo para conocer si estas infecciones han podido ser evitables y establecer medidas como aumentar la competencia de los profesionales para su prevención²⁰⁻²³.

Otro indicador que mide la situación de la AE y que contrasta con los mencionados anteriormente es la estancia media, utilizado para determinar el nivel de eficiencia hospitalaria. Se aprecia una disminución de la misma en todas las CCAA, excepto Ceuta, Castilla La Mancha, Castilla y León y Murcia que muestran una tendencia estática. Este descenso puede ser justificado por avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades e innovaciones tecnológicas²⁴. La AE mejora, al ser la estancia hospitalaria prolongada una preocupación mundial por los efectos negativos que comporta, tales como: aumento de los costes, saturación de los servicios y disminución de la calidad de atención en lo referente a los riesgos de eventos adversos²⁵. Esto, aunque la tasa de infecciones nosocomiales y la tasa de mortalidad intrahospitalaria en España mantienen tendencias crecientes en el periodo.

A pesar de mostrar una tendencia creciente en España y algunas CCAA, en la serie temporal, la cantidad de profesionales en ambos grupos disminuye en España y en la mayoría de las CCAA en el 2012 y luego se recupera paulatinamente en algunos casos. Eso probablemente ocurra por el inicio de la crisis económica y las consecuencias de los recortes, que han afectado a cada una de ellas con distinta intensidad y ritmo de aplicación, incrementando la desigualdad y poniendo en cuestión la cohesión del sistema sanitario público²⁶. Además, la ratio de enfermera-paciente comparada con la media de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)²⁷ es baja (5,2 por cada 1.000 habitantes frente al 8,8 que recomienda esta organización). España es el país número 28 de 34 de todos

los países de la OCDE. Sin embargo, la ratio médico-paciente (3,8) se encuentra por encima de la recomendada por la OCDE (3,2).

Según Price Waterhouse Coopers²⁸, no toda estrategia es válida para asegurar la sostenibilidad de un sistema sanitario en un contexto de crisis económica. No deben adoptarse medidas dirigidas a reducir el gasto, en lugar de a mejorar la eficiencia, sin una visión a largo plazo de las consecuencias que podrían ocasionar. Los recortes económicos y una gestión ineficiente afectan cada vez más a los profesionales y por consiguiente a la calidad asistencial, olvidando que el objetivo del SNS es mejorar el bienestar y la satisfacción de los usuarios^{19,29,30}.

A pesar de la tendencia creciente de los quirófanos en funcionamiento y de las intervenciones quirúrgicas por 1.000 habitantes, junto con la tendencia creciente del personal de enfermería y medicina y del aumento del gasto sanitario en AE, se observa una tendencia estática en los pacientes en espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes en el periodo estudiado. Ese es otro ejemplo del uso inadecuado de los recursos en AE y manifiesta los problemas de sostenibilidad y posibilidad de mejorar de la gestión de recursos^{31,32}. Se debe prestar mayor atención a cómo se gasta el dinero antes de optar por incrementar la financiación de un servicio. No obstante, se carece de datos desglosados por CCAA. Por lo tanto, no se puede relacionar si este aumento es a causa de aquellas CCAA que no han aumentado sus recursos²⁶.

Por otra parte, es necesario considerar una serie de limitaciones, como la falta de datos por CCAA en algunos indicadores (por ejemplo, listas de espera quirúrgica)²⁶ que obligan a considerar este análisis con cautela y verlo como una aproximación. Es necesario desarrollar investigaciones con diseños metodológicos correlacionales que permitan profundizar en las causas que han provocado que la mayoría de los indicadores de AE vayan en decaimiento en el periodo estudiado. Eso permitiría establecer medidas para hacer frente a las necesidades de la población teniendo presentes los criterios de calidad asistencial, equidad y coste-efectividad de las intervenciones. Un estudio de series temporales interrumpidas en los indicadores del SNS posibilitaría analizar el impacto del Real Decreto-ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones⁸.

El análisis de la evolución de los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud de AE muestra cómo se está incumpliendo los principios de equidad y calidad de las prestaciones ofrecidas. Las principales causas pueden ser el aumento del envejecimiento, el desarrollo tecnológico y las estrategias poco adecuadas que se están tomando para reducir los costes sanitarios sin tener presentes las consecuencias que se pueden producir a medio y largo plazo. A pesar del incremento del gasto sanitario en AE, se observa un empeoramiento en indicadores claves de la calidad sanitaria.

REFERENCIAS

1. Macia Soler ML, Moncho Vasallo J. Sistema Nacional de Salud Español: características y análisis. *Enferm Global*. 2007 [citado 20 jun 2016];6(10):1-14. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/256/260>
2. Jefatura del Estado (ESP). Ley 14/1986, de 25 de abril 1986, General de Sanidad. *Bol Oficial Estado*. 29 abr 1986 [citado 20 jun 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (ESP). Sistema Nacional de Salud España 2012. Madrid; 2012 [citado 21 jun 2016]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012__Espanol.pdf
4. Sevilla F. La universalidad de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006 [citado 21 jun 2016]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/51587.pdf>
5. Jefatura del Estado (ESP). Ley 6/2003, de 28 mayo de 2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Bol Oficial Estado*. 29 mayo 2003 [citado 20 jun 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>

6. Antón Pérez JI, Muñoz de Bustillo Llorente R, Fernández Macías E, Rivera Navarro J. Evaluación del proceso de descentralización del Sistema Nacional de Salud desde la perspectiva de los ciudadanos. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2011 [citado 21 jun 2016]. Disponible en: http://www.academia.edu/2865536/Evaluaci%C3%B3n_del_proceso_de_descentralizaci%C3%B3n_del_sistemas_nacional_de_salud_desde_la_perspectiva_de_los_ciudadanos
7. Sánchez Fernández A. La ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud: nuevo intento de coordinación. *Rev Adm Sanit.* 2007;5(3):427-33.
8. Jefatura del Estado (ESP). 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. *Bol Oficial Estado.* 24 abr 2012 [citado 20 jun 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2012/BOE-A-2012-5403-consolidado.pdf>
9. Repullo JR. Cambios de regulación y de gobierno de la sanidad. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit.* 2014;28 Suppl 1:62-8. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.008>
10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (ESP), Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2014 [citado 23 jun 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SISNS.pdf>
11. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (ESP), Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS). Madrid; s.d. [citado 21 jun 2016]. Disponible en: <http://inclasns.msssi.es/main.html>
12. Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiol Serv Salud.* 2015;24(3):565-76. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300024>
13. García Goñi M. Análisis descriptivo del gasto sanitario español: evolución, desglose, comparativa internacional y relación con la renta. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales de la Universidad Complutense de Madrid; 2006 [citado 25 jun 2016]. Disponible en: http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/papeles_trabajo/2006_24.pdf
14. Ahn N, Alonso Menseguer J, Herce San Miguel JA. Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España. Madrid: Fundación BBVA; 2003 [citado 26 jun 2016]. (Documentos de Trabajo, 7). Disponible en: http://www.fbbva.es/TLFU/dat/DT_2003_07.pdf
15. Julio V, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna.* 2011 [citado 27 jun 2016];33(1):11-4. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
16. Simó Miñana J. El gasto sanitario en España, 2002-2008: ¿empieza el rescate presupuestario de la atención primaria? *Aten Primaria.* 2011;44(1):20-9. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.01.005>
17. Clavero Barranquero A, González Álvarez ML. El envejecimiento como causa del incremento de gasto sanitario andaluz. Perspectiva de futuro. In: Anales de economía aplicada. Almería: Asociación Española de Economía Aplicada; 2003 [citado 27 jun 2016]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=848145>
18. Manuel Cordero J, Nuño-Solinís R, Orueta JF, Polo C, Río-Cámara M, Alonso-Morán E. Evaluación de la eficiencia técnica de la atención primaria pública en el País Vasco, 2010-2013. *Gac Sanit.* 2016;30(2):104-9. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.11.002>
19. Escuela Andaluza de Salud Pública. Junta de Andalucía (sede Web). Campus Universitario de Cartuja, Granada; 2016 [citado 2 jul 2016]. Disponible en: http://www.easp.es/wp-content/uploads/documentos/EASP_El%20futuro%20de%20los%20hospitales.pdf
20. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS; 2010 [citado 30 jun 2016]. Capítulo 4, Más salud por el dinero; p.67-94. Disponible en: http://www.who.int/whr/2010/10_chap04_es.pdf
21. Monge Jodrá V, Figuerola Tejerina MA, Pita López MJ, Gallego Berciano P, Robustillo Rodela A. Foro Sanidad y Derecho. Infecciones asociadas a la asistencia hospitalaria (HAIS). In: Infección hospitalaria. ¿Negligencia o complicación?; Sesión 11 de abril de 2013. Madrid: Hospital Universitario La Paz; 2013 [citado 30 jun 2016]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352813965091&ssbinary=true>
22. Zapatero Gavira A, Barba Martín R, Canora Lebrato JJ, Losa García JE, Plaza Canteli S, Marco Martínez J, et al. Mortalidad en los servicios de medicina interna. *Med Clin.* 2010;134(1):6-12. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2009.04.050>

23. López-Aguilera S, Goñi-Yeste M, Barrado L, González-Rodríguez-Salinas MC, Ortero JR, Chaves F. Colonización nasal por *Staphylococcus aureus* en estudiantes de medicina: importancia en la transmisión hospitalaria. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31(8):500-5. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2012.12.005>
24. Angulo-Pueyo E, Martínez-Lizaga N, Ridao-López M, García-Armesto S, Bernal-Delgado E. Evolución de las hospitalizaciones potencialmente evitables por condiciones crónicas en España. *Gac Sanit*. 2016;30(1):52-4. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.10.008>
25. Ceballos-Acevedo TM, Velásquez-Restrepo PA, Jaén-Posada JS. Duración de la estancia media hospitalaria: metodologías para su intervención. *Gerenc Polit. Salud*. 2014;13(27):274-95. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.dehm>
26. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Los servicios sanitarios de las CCAA. Madrid; 2013 [citado 9 dic 2016]. (Informe, 10). Disponible en: <http://www.isfie.org/documentos/sccaa.pdf>
27. Organización de Cooperación y Desarrollo Económico. Base de datos de la OCDE sobre la salud 2012: España en comparación. Paris; s.d.[citado 27 jun 2016]. Disponible en: [https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/BriefingNoteESPANA2012inSpanish\(1\).pdf](https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/BriefingNoteESPANA2012inSpanish(1).pdf)
28. Price Waterhouse Coopers. Diez temas candentes de la Sanidad Española para 2013: para que la crisis económica no se transforme en una crisis de salud pública. Madrid: PWC; 2012 [citado en 27 jun 2016]. Disponible en: <https://www.pwc.es/es/publicaciones/sector-publico/assets/diez-temas-candentes-sanidad-2013.pdf>
29. Llop-Gironés A, Tarafa G, Benach J. Personal de enfermería, condiciones de trabajo y su impacto en la salud. *Gac Sanit*. 2015;29(2):155-6. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.10.005>
30. Legido-Quigley H, Karanikolos M, Hernandez-Plaza S, Freitas C, Bernardo L, Padilla B, et al. Effects of the financial crisis and Troika austerity measures on health and health care access in Portugal. *Health Policy*. 2016;120(7):833-9. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.04.009>
31. Puig-Junoy J. ¿Más recursos para la salud? Barcelona: Elsevier-Masson; 2004.
32. Urbanos-Garrido R. La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias: propuestas para lograr la equidad. *Gac Sanit*. 2016;30 Suppl 1:25-30. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.01.012>

Contribución de los Autores: Concepción y planeamiento del estudio: PR, VMGC. Recolección, análisis e interpretación de los datos: KNM, VMGC. Elaboración del registro del manuscrito: KNM, PR, VMGC. Aprobación de la versión final: KNM, PR, VMGC. Responsabilidad pública por el contenido del artículo: KNM, PR, VMGC.

Conflicto de Intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.