

# 12. SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

## FUENTES Y PRINCIPALES CONCEPTOS

---

### **Consejería de Política Social, Familias e Igualdad. Dirección General de Familias, Infancia y Conciliación**

Suministra información estadística sobre expedientes y medidas adoptadas de protección al menor.

#### *Abuso sexual:*

Cualquier clase de contacto e interacción sexual entre los padres o tutores y el menor, en la que el adulto, que por definición posee una posición de poder o autoridad sobre éste, usa al menor para su propia estimulación personal.

#### *Acogimientos Familiares Administrativos, Familiares Judiciales y Residenciales:*

Número de resoluciones dictadas durante el período de referencia, entendiendo que este número de resoluciones se corresponde con el de menores a los que se les ha aplicado esta medida de protección.

#### *Autos de Adopción Nacional:*

Número de comunicaciones recibidas en la Entidad Pública durante el período de referencia sobre resoluciones judiciales de adopción que pongan fin a expedientes iniciados a propuesta de la Entidad Pública, en las que se haya constituido la adopción.

#### *Maltrato emocional:*

Hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles y privación de oportunidades de interacción social y logro de autonomía, así como exposición a situaciones extremas y/o crónicas de violencia e instrumentalización activa e intensa del menor en los conflictos familiares.

#### *Maltrato físico:*

Cualquier acción no accidental por parte de los padres o tutores que provoque daño físico severo o enfermedad en el menor o le coloque en grave riesgo de padecerlo.

#### *Negligencia:*

Las necesidades físicas, de seguridad, cognitivas y formativas básicas del menor no son atendidas por ningún miembro del grupo que convive con él.

#### *Riesgo:*

Situaciones de cualquier índole que perjudiquen el desarrollo personal o social del menor, que no requieran la asunción de tutela por Ministerio de la Ley (Ley 1/96, art. 17).

*Situación de desamparo:*

Situación de hecho que se produce a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material (código Civil, art. 172.1).

*Tutelas Altas:*

Número de resoluciones dictadas durante el período de referencia, entendiéndose que este número de resoluciones se corresponde con el de menores a los que se les ha aplicado esta figura de protección.

**Consejería de Política Social, Familias e Igualdad. Secretaría General**

Suministra datos sobre recursos sociales enmarcados en El Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales, instrumento básico de planificación y coordinación de los Servicios Sociales. Dicho Registro viene legislado en el Decreto número 3/2015, de 23 de enero, de la CARM, que tiene por objeto la regulación del régimen de autorización y acreditación de Entidades, Centros y Servicios Sociales, la constancia registral y la actuación inspectora en materia de servicios sociales, así como la determinación de la tipología básica de los mismos.

*Centro de servicios sociales:*

Toda unidad orgánica y funcional dotada de una infraestructura material, con ubicación autónoma e identificable, donde se desarrollen, en todo o en parte, las prestaciones o programas de servicios sociales.

*Centros de Servicios Sociales Comunitarios:*

Es un equipamiento de la red pública de servicios sociales dirigidos a prestar servicios sociales de carácter general a toda la población residente en su ámbito de actuación.

*Entidad de servicios sociales:*

Aquella persona física o jurídica, pública o privada que, con o sin fin de lucro, y con voluntad de permanencia, actúe, en todo o en parte, en el campo de los servicios sociales.

*Recurso Social:*

Servicio social o centro donde se desarrollan las prestaciones o programas de servicios sociales.

*Servicio social:*

Aquellos recursos actualmente existentes y los que en un futuro pueda crear o potenciar la Administración Regional, para facilitar el pleno desarrollo de los individuos y grupos sociales, promover la igualdad en el acceso, uso y disfrute de los recursos sociales, prevenir y eliminar las causas de la marginación social y lograr una eficaz asistencia a nivel individual y colectivo para aquellos ciudadanos que lo precisen, procurando la plena integración social de los mismos en la medida de las posibilidades de cada uno. A efectos registrales se utiliza el término servicio cuando la Entidad no dispone de una infraestructura física para el desarrollo de sus actividades, sino que éstas se llevan a cabo en centros cedidos para el desarrollo de sus proyectos.

*Unidades de Trabajo Social (U.T.S.):*

Configuran el nivel operativo básico de los Centros de Servicios Sociales. Son unidades territorializadas que mantienen el contacto estable con el entorno y garantizan la integridad, continuidad e individualización de las actuaciones.

## **Consejería de Salud. Catálogo de Hospitales Región de Murcia**

El Catálogo de Hospitales de la Región de Murcia es la adaptación del Catálogo Nacional de Hospitales a nuestro entorno. En él se recoge la información de los centros sanitarios destinados a la asistencia especializada de pacientes en régimen de internado, cuya finalidad principal es el diagnóstico y/o tratamiento de los enfermos ingresados en el mismo, así como la atención a pacientes de forma ambulatoria. El objetivo de esta publicación es ofrecer información sobre la identificación de los centros y sobre los recursos hospitalarios de la Región de Murcia.

La recogida de información se realiza con una periodicidad anual, mediante un cuestionario que se envía a todos los hospitales y que recoge su situación a 31 de diciembre de cada año. Dicho cuestionario recoge las variables necesarias para poder elaborar el catálogo y obtener los datos necesarios para su explotación.

### *Acreditación docente:*

El centro sanitario que tiene concedida acreditación docente está capacitado para impartir formación a postgraduados en algunas especialidades médicas. Hasta 2010 esta acreditación se obtenía si se impartía formación como residentes a titulados superiores, en una o más especialidades.

### *Camas instaladas:*

Se consideran camas instaladas aquellas que constituyen la dotación fija del hospital y que están en disposición de ser usadas, aunque algunas de ellas puedan, por diversas razones, no estar en servicio en esa fecha.

### *Complejo hospitalario:*

Un hospital puede estar constituido por un único centro hospitalario o por dos o más (incluso distantes entre sí) que se organizan e integran en el complejo hospitalario. En estos casos es la unidad de dirección y gestión la que sirve para su identificación. Los complejos hospitalarios se consideran, y como tal se contabilizan, como un único hospital, aunque para una más completa información, en lo que es el catálogo de centros se relacionan los hospitales que forman parte de dicho complejo.

### *Concierto:*

Se entiende en general por concierto un contrato realizado entre un establecimiento sanitario (privado o público) y el organismo responsable de gestionar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, por el cual se determinan, bajo ciertas condiciones, las características y las tarifas de cada uno de los servicios sanitarios concertados. Hay algunos casos particulares en los que la relación entre el hospital y la Entidad Gestora se rige por Convenio de Vinculación o por Convenio Singular.

### *Hospitales públicos y privados:*

Se consideran hospitales públicos aquellos que son gestionados por un organismo público y hospitales privados los que son gestionados por una persona física o entidad privada.

### *Otros Recursos:*

Se incluyen los siguientes recursos de alta tecnología: equipos de TAC, equipos de resonancia magnética, gammacámara, sala de hemodinámica, angiografía por sustracción digital, litotricia por ondas de choque, bomba de cobalto y acelerador de partículas. Y a partir de 2007 además equipos de SPECT, equipos de PET, mamógrafos, densitómetros óseos y equipos de hemodiálisis.

### *Tipo de centro:*

Los hospitales se han clasificado según la finalidad asistencial del centro. Por finalidad se entiende aquella actividad asistencial a la que dedique la mayor parte de sus recursos, tanto humanos como de equipamiento. A los efectos de este Catálogo se han clasificado los hospitales de la siguiente forma:

Hospitales de agudos. Son aquellos centros cuya finalidad asistencial es una de las siguientes: General, Quirúrgico, Maternal, Infantil, Materno-Infantil, Enfermedades del Tórax, Oncológico, Oftálmico u O.R.L., Traumatológico y/o Rehabilitación, Médico-Quirúrgico, Otros Monográficos y Otra Finalidad.

Hospitales de larga estancia. Son aquellos centros cuya finalidad asistencial es una de las siguientes: Geriátrica y/o Larga Estancia, Rehabilitación Psico-Física y Leprológico o Dermatológico.

Hospitales psiquiátricos. Son aquellos centros cuya finalidad asistencial es Psiquiátrica.

### **Consejería de Salud. Dirección General de Planificación, Farmacia e Investigación Sanitaria.**

Proporcionan información sanitaria relacionada con atención primaria, atención especializada, delimitación de las zonas y áreas de salud. En particular, elaboran las publicaciones "Indicadores Hospitalarios de la Región de Murcia" (basado en la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado) y "Catálogo de Hospitales. Región de Murcia" y colaboran junto con el resto de Comunidades, en la actualización y mantenimiento de la información sanitaria necesaria para la elaboración del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) publicado por el Ministerio de Sanidad.

#### *Áreas de salud:*

Son las estructuras fundamentales del Sistema Sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud en su demarcación territorial y de las prestaciones y programas sanitarios a desarrollar por ellos. En la Región de Murcia cada una de ellas dispone de una Gerencia única responsable de la gestión de los recursos de atención primaria y especializada.

#### *Cuidados paliativos (modelo asistencial):*

Se centra en una estructura de soporte en toda la Región basada en equipos específicos de atención tanto domiciliaria como hospitalaria, que integran los denominados Equipos de Soporte en Cuidados Paliativos.

La asistencia básica de estos pacientes depende del Equipo de Atención Primaria, siendo apoyado en esta tarea por el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) para la prestación de cuidados paliativos en el domicilio y la existencia en todos los hospitales de referencia de unidades específicas de cuidados paliativos, Equipo de Soporte de Atención Hospitalaria (ESAH), basados en unidades funcionales. Dicho modelo asegura la interconexión entre los diferentes profesionales, servicios y niveles asistenciales que garantice la coordinación y fluidez en la "ida y venida" del enfermo y de la información clínica disponible. Los Recursos humanos en Cuidados Paliativos recoge el personal que realiza su actividad y funciones en los Equipos de Soporte en Atención Domiciliaria (ESAD) y Hospitalaria (ESAH) por Área de Salud.

#### *Frecuentación general a consultas de atención primaria:*

Recoge la media de consultas ordinarias por habitante y año según tipo de profesional sanitario en las áreas de salud de la Región de Murcia. La información de este archivo se encuentra estructurada por categorías profesionales y se refiere a la relación entre el número total de consultas ordinarias atendidas dentro y fuera del centro sanitario o por teleconsulta y la población TSI (Tarjeta Sanitaria Individual) asignada por tipo de profesional.

#### *Número de consultas en atención primaria:*

Muestra la actividad ordinaria realizada por los profesionales del primer nivel de atención sanitaria por lugar de asistencia (centro o fuera de centro o teleconsulta) y Área de Salud de la Región de Murcia. Como actividad ordinaria se entiende el número de consultas que se realizan en horario habitual de atención de los Centros y Consultorios Locales, y no incluye la urgente.

#### *Población Protegida:*

Se entiende como tal a aquellas personas con derecho a la asistencia sanitaria de la Región y que están registradas en la Base de Datos de Usuarios (BDU) del Servicio Murciano de Salud, identificándose con la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI). Según la situación de régimen de prestaciones sanitarias a la que se encuentra vinculada en cada momento, pueden considerarse en:

- o Régimen de Activos: a la población que tiene aportación farmacéutica del tipo de régimen general.
- o Régimen de Pensionistas: aquellos que poseen farmacia gratuita, exentos de aportación.

- o Régimen de Mutualistas: a la población que tiene una aportación diferente a las anteriores.

*Puntos de Atención Continuada (PAC):*

Atienden aquellas Zonas Básicas de Salud que no contaban con una cobertura de urgencias, y que con el fin de extender la asistencia sanitaria a la población correspondiente, se establecieron estos puntos con la finalidad de que el mismo Equipo de Atención Primaria sea el que atienda a su población de referencia durante las 24 horas y en el propio centro de salud.

*Puntos de Especial Aislamiento (PEA):*

Son puntos especiales de atención 24 horas ubicados en consultorios locales, a cargo de personal sanitario, para núcleos de población que por su lugar geográfico presentan problemas de accesibilidad y/o comunicaciones que hace difícil prestar asistencia sanitaria urgente, con un tiempo de respuesta razonable, desde el PAC o el SUAP correspondiente.

*Ratio por profesionales en Atención Primaria:*

Indica la relación existente entre la población a la que se presta atención sanitaria y el número de efectivos profesionales tanto sanitarios como no sanitarios que realizan su actividad en los Equipos de Atención Primaria de cada Área de Salud de la Región de Murcia.

Para la elaboración de los ratios se ha calculado el cociente entre la población asignada (con derecho a la asistencia sanitaria) a 31 de diciembre de cada año para cada tipo de profesional y el número total de profesionales a 31 de diciembre de cada año por categorías en cada área de salud. La población asignada (TSI) en el caso de los médicos de familia; son todas las TSI correspondientes a la población mayor de 15 años (estos inclusive), para pediatras; todas las TSI correspondientes a la población menor de 14 años (incluidos) y para Enfermería, Auxiliar administrativo y Otros; total de la población TSI.

*Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP):*

Dispositivo para la atención de las urgencias y emergencias extrahospitalarias. Incluyen los antiguos Servicios Normales y Especiales de Urgencias. En algunos casos atienden las urgencias extrahospitalarias de varias Zonas Básicas de Salud y en otros a varios municipios. Hasta junio de 2012 dependían orgánicamente de las Gerencias de Áreas donde se ubican, a partir de ésta fecha, pasan a depender de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061.

*Tasa de Profesionales de Atención Primaria:*

Recoge el cociente entre el número de personal sanitario y no sanitario que realiza su actividad y funciones en los Equipos de Atención Primaria y su población asignada, desglosado para cada Área de Salud y tipo de profesional. El resultado se expresa por 1.000 personas protegidas por cada profesional.

*Unidades Móviles de Emergencia (UME):*

Dispositivos de soporte vital avanzado destinados a la atención de los pacientes críticos allí donde se produce el proceso patológico y su transporte y/o transferencia hasta el centro útil de referencia. Son ambulancias dedicadas en general a la asistencia sanitaria in situ y transporte primario. Dependen funcional y orgánicamente de la Gerencia de Urgencias y Emergencias del 061.

*Zona de Salud o Zona Básica de Salud:*

Es aquella delimitación geográfica de referencia para la actuación del equipo de atención primaria.

**Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Adicciones**

Esta Consejería es un órgano institucional del gobierno de la Región de Murcia responsable de la elaboración, de la ejecución y del seguimiento de las directrices en materia de sanidad, higiene, ordenación farmacéutica, consumo y drogodependencias en la Región.

Concretamente en esta Dirección General se concentran las funciones de planificación, coordinación, dirección y control de las unidades dependientes y, en especial, la programación, organización, control, coordinación y evaluación de las actividades dirigidas a la prevención de la enfermedad y a la protección del buen estado de salud, desarrolladas en la Región de Murcia, así como cualesquiera otras que le sean encomendadas en el ámbito de su competencia. Particularmente proporcionan información sobre el programa de vacunaciones, su evolución histórica y su aplicación efectiva al conjunto poblacional objetivo.

#### *Mapa Sanitario:*

La ordenación territorial de los servicios de salud, definida por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, se basa en dos tipos de demarcaciones territoriales: las Áreas de Salud y las Zonas Básicas de Salud.

- Áreas de Salud: Según el artículo 56 de la citada ley, se definen como estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos.

- Zonas Básicas de Salud: En cumplimiento con lo dispuesto en el artículo 62.1 de la Ley General de Sanidad y en el Real Decreto 137/1984 de 11 de enero en su artículo 1.2, se procedió por Decreto Regional de 18 de julio de 1986, a delimitar las Zonas de Salud de la Región de Murcia, como divisiones mínimas de las Áreas de Salud, que se configuran como marcos territoriales de la atención primaria, para asegurar la máxima operatividad y eficacia y como primer paso para la organización general del sistema sanitario de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Esta ordenación se realiza a través del Mapa Sanitario, siendo ésta una herramienta de planificación mediante la que se define la organización del sistema sanitario, con objeto de garantizar la mayor accesibilidad posible de los usuarios y la eficiencia del sistema.

Nuestra región se caracteriza por una demografía muy dinámica que requiere ajustes continuos del Mapa Sanitario con el fin de adecuarlo a las nuevas necesidades sanitarias.

Por Orden de 24 de abril de 2009, de la Consejería de Sanidad y Consumo, se aprueba el actual Mapa Sanitario de la Región de Murcia derogando así la Orden de 12 de mayo de 2005, de la Consejería de Sanidad y Consumo.

La modificación más relevante que introduce esta nueva organización territorial es el aumento del número de Áreas de Salud en que se divide la Región de Murcia, pasando de seis a nueve, teniendo en consideración las mejoras en la dotación de los dispositivos y medios sanitarios que en los últimos años han sido puestas a disposición de la población de nuestra Comunidad Autónoma.

A partir de 2009, las Áreas de Salud comprenden los siguientes municipios:

- ÁREA I: Albudeite, Alcantarilla, Alhama de Murcia, Campos del Río, Librilla, Mula, Murcia y Pliego.
- ÁREA II: Cartagena, Fuente Álamo, Mazarrón y La Unión.
- ÁREA III: Águilas, Aledo, Lorca, Puerto Lumbreras y Totana.
- ÁREA IV: Bullas, Calasparra, Caravaca de la Cruz, Cehegín y Moratalla.
- ÁREA V: Jumilla y Yecla.
- ÁREA VI: Abanilla, Alguazas, Archena, Ceutí, Fortuna, Lorquí, Molina de Segura, Murcia, Ojós, Ricote, Las Torres de Cotillas, Ulea y Villanueva del Río Segura.
- ÁREA VII: Beniel, Murcia y Santomera.
- ÁREA VIII: Alcázares (Los), San Javier, San Pedro del Pinatar y Torre Pacheco.
- ÁREA IX: Abarán, Blanca y Cieza.

Cabe señalar como particularidad, el hecho de que el municipio de Murcia pertenezca a tres áreas de salud distintas: De Murcia Oeste (Área I), Vega Media del Segura (Área VI) y De Murcia Este (Área VII).

Informa directamente sobre incidencia del SIDA en la Región de Murcia, así como de casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria.

En el caso del SIDA, la vigilancia se basa en dos sistemas principales: el Registro Nacional de casos de Sida y el Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH en España (SINIVIH), que conjuntamente aportan datos a la Estadística Estatal de SIDA. El Real Decreto 2210/1995 de creación de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica establece la obligatoriedad de la declaración por parte de los médicos al registro de la Comunidad autónoma, que a su vez comunicará al Registro Nacional de todas las personas diagnosticadas de Sida. El objetivo es ofrecer información de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH y de sida, de sus factores de riesgo y de su distribución y evolución temporal.

*Nuevos diagnósticos de VIH:*

Esta definición es la adoptada por el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), establecida en la DECISIÓN DE LA COMISIÓN de 28/IV/2008 que modifica la Decisión 2002/253/CE por la que se establecen las definiciones de los casos para comunicar las enfermedades transmisibles a la red comunitaria, de conformidad con la Decisión nº 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo.

El diagnóstico de VIH no conlleva necesariamente evolución a sida. Esto hace que la disminución en el número de casos de sida no signifique necesariamente una disminución de las nuevas infecciones. Ello justificó la necesidad de crear un sistema de notificación de nuevos diagnósticos de VIH: el Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH en España (SINIVIH), que pasó a formar parte del Sistema Estatal de Vigilancia Epidemiológica sobre VIH y Sida (SeiVIHSIDA) junto con el Registro Nacional de Sida. El objetivo del SINIVIH es contribuir a la vigilancia epidemiológica de la infección por VIH en España con el fin de dar apoyo a las actividades de lucha contra el sida.

*País de origen (SIDA):*

País en el que ha nacido o del que procede.

*SIDA:*

La palabra sida corresponde a las iniciales del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. El sida es un estado avanzado de la infección causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que provoca la destrucción progresiva del sistema inmunitario.

También proporciona información sobre la vacunación en la Región de Murcia.

*Siglas de vacunas:*

- TV: Triple vírica (Sarampión, Rubeola y Parotiditis).
- Hb: Hepatitis B.
- Td: Tétanos, difteria (adultos).
- DTP-HB-Hib: Difteria, Tétanos, Tos ferina, Hepatitis B, Haemophilus influenzae tipo b.
- DTPa-Hib: Difteria, Tétanos, Tos ferina (acelular), Haemophilus influenzae tipo b.
- DTPa: Difteria, Tétanos, Tos ferina (acelular).
- Hexavalente: Difteria, Tétanos, Tos ferina (acelular), Haemophilus influenzae tipo b, Hepatitis B, Polio Inactivada.
- Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tos ferina (acelular), Haemophilus influenzae tipo b, Polio Inactivada.
- Men C: Meningococo C.
- Hib: Haemophilus influenzae tipo b.
- VPH: Virus del Papiloma Humano.
- MEN ACWY: Meningococo ACWY.

**Consejería de Salud. Indicadores de los Centros Sanitarios de Atención Especializada sin Internamiento**

Se detallan los datos de los centros de atención especializada sin internamiento que disponen de dotación de alta tecnología en funcionamiento o realizan cirugía mayor ambulatoria y se ubican en la Región de Murcia.

La fuente de información es la Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada (ECSAE) del Ministerio de Sanidad, correspondiente a los C2 (centros sanitarios especializados sin internamiento). Se elabora con periodicidad anual, recogiendo los datos de la actividad asistencial producida desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del año de referencia.

Los datos de población se han tomado de las Cifras de Población a 1 de julio de cada año elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística. Para el año 2011, se han utilizado las Estimaciones de la Población Actual a 1 de julio, que es la operación estadística que, en ese momento, realizaba el INE.

Se obtienen las variables e indicadores más representativos sobre la dotación de estos centros, sus recursos humanos, la actividad que realizan (diagnóstica, quirúrgica, consultas, hospital de día y de otras áreas), así como sus datos económicos y financiación. Esto nos permite conocer la tipología y características de estos centros, su naturaleza y magnitud, analizar en qué áreas centran su actividad y como la realizan, así como su evolución en el tiempo.

*Índice de consultas sucesivas / primeras consultas:*

Es el cociente entre (Consultas sucesivas-Primeras consultas) y Primeras consultas.

*Porcentaje de personal sobre personal total por categorías:*

Es el cociente entre el personal que hay en la categoría correspondiente y el total de personal, expresado en porcentaje.

*Tasas:*

Es el cociente entre la variable de referencia y la población. La población se expresa en número de habitantes o en miles de habitantes, en función de la magnitud de la variable de referencia.

**Consejería de Salud. Indicadores Hospitalarios de la Región de Murcia**

Recoge las variables más destacadas de la atención especializada en nuestra Región, incorporándose tablas que recogen novedades surgidas del cambio de estadística de base, de ESCRI a ECSAE, así como nuevos indicadores. De esta forma, se pueden conocer las principales características de la atención especializada, así como un análisis de la evolución y los cambios que se han producido durante estos años.

La Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI) ha sido la principal fuente de información de la atención especializada sobre recursos y actividad a nivel nacional, desde el año 1972 en que se implantó, inicialmente bajo la responsabilidad del INE y a partir del año 1996 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Defensa. En ella se recoge información sobre los recursos humanos y materiales de que disponen los hospitales, la actividad asistencial que prestan (en sus distintas variantes), así como sobre su actividad económica y el régimen económico en que son atendidos los enfermos.

Durante los últimos años se han producido una serie de cambios en el sector sanitario en general, y en la atención especializada en particular, entre los que cabe destacar las nuevas formas organizativas de provisión de servicios sanitarios, la ambulatorización de procesos tradicionalmente prestados con internamiento, el avance tecnológico, la externalización de servicios y las diversas fórmulas de gestión de los centros sanitarios.

Todo esto hizo necesaria la renovación de la ESCRI, por lo que se elaboró una nueva estadística, denominada Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada (ECSAE) se incluyó en el Plan Estadístico Nacional y entró en vigor en el ejercicio 2010.

La ECSAE amplía las variables analizadas, ofrece clasificaciones más desagregadas en muchas de ellas, reformula varios apartados e incorpora otros. En los Indicadores Hospitalarios de la Región de Murcia se ha realizado una explotación de los datos de la nueva ECSAE, para los centros sanitarios de atención especializada con internamiento ubicados en la Región de Murcia, teniendo en cuenta las nuevas variables y las mayores desagregaciones que ofrece el nuevo cuestionario, y manteniendo, en lo posible, la homogeneidad con las series obtenidas hasta ahora.

*Camas:*

Destinadas a la atención continuada de pacientes ingresados. Incluye las incubadoras fijas (no se incluyen las incubadoras de transporte), las cunas de áreas pediátricas y las camas destinadas a cuidados especiales (Intensivos, Coronarios, Quemados, etc.).

No se contabilizan como camas, las de observación del Servicio de Urgencias, ni las de reanimación postquirúrgica, ni las destinadas a hemodiálisis ambulatoria, ni las camas de acompañantes, ni las de inducción preanestésica, ni las utilizadas para exploraciones especiales (endoscopia, laboratorio, etc.), ni las utilizadas para hospital de día, ni las destinadas al personal del centros sanitarios, ni las camas suplementarias, ni las habilitadas, ni las cunas para los recién nacidos normales.



*Cirugía Mayor Ambulatoria:*

Se entiende por Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) la atención de procesos subsidiarios de cirugía realizada con anestesia general, local, regional o sedación que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario y pueden ser dados de alta pocas horas después del procedimiento. En el Anexo II se incluye una relación de los procedimientos ambulatorios más frecuentes según clasificación CIE 9-MC en CMBD en los hospitales públicos que puede ser orientativa para recoger intervenciones de CMA.

*Dotación en funcionamiento:*

La que ha estado efectivamente funcionando durante el año. Se considera el promedio anual de la que haya estado en servicio, con independencia del grado de utilización u ocupación que haya tenido. No incluye las camas habilitadas, entendidas como aquellas, que no forman parte de la dotación fija del centro, pero que se han utilizado en circunstancias especiales de sobrecarga asistencial.

*Dotación instalada:*

Aquella dotación de la que dispone el centro a 31 de diciembre, que esté en condiciones de funcionar, aunque no lo haga por no contar con el personal y equipamiento necesario, estar fuera de servicio por obras, etc... No se contabilizan, por tanto, las camas habilitadas.

*Estancias causadas:*

Por estancia se entiende, a los fines de esta estadística, el conjunto de pernocta y el tiempo que correspondería al suministro de una comida principal (almuerzo o cena). No obstante, cuando el criterio empleado por el centro sea el de la hora censal, se podrá utilizar igualmente, haciendo constar tal situación. Se incluirán las estancias causadas durante el año por todos los enfermos que han permanecido ingresados, incluyendo las causadas (durante el año a que se refiere la estadística) por pacientes ingresados antes del 1 de enero.

*Hospital (ECSAE):*

La Estadística se aplicará a aquellos centros sanitarios que se encuentren autorizados como hospitales (Categoría C.1) del RD 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Según se establece, corresponde con Centros Sanitarios destinados a la asistencia especializada y continuada de pacientes en régimen de internamiento (como mínimo una noche), cuya finalidad principal es el diagnóstico o tratamiento de los enfermos ingresados en el mismo, sin perjuicio de que también presten atención de forma ambulatoria.

Incluye las categorías hospitales generales, hospitales especializados (infantiles, oncocológicos, materno-infantiles u otros), hospitales de media y larga estancia, hospitales de salud mental y tratamiento de toxicomanías y otros centros con internamiento.

*Ratios por camas en funcionamiento:*

Es el cociente entre la variable de referencia y las camas en funcionamiento. El ratio será por cama en funcionamiento o por 100 camas en funcionamiento, en función de la magnitud de la variable de referencia.

*Tasas:*

Es el cociente entre la variable de referencia y la población. En la mayoría de los casos se le ha denominado tasa, si bien en algunas tablas se denomina con el nombre de la variable de referencia y de la población de referencia (ej.: camas en funcionamiento por 1000 habitantes). La población se expresará en número de habitantes, en miles de habitantes, en cien mil habitantes, o en millones de habitantes, en función de la magnitud de la variable de referencia. Para la tasa por mujeres en edad fértil se toma la población de mujeres de 15 a 49 años.

### **Consejería de Salud. Registro de Cáncer**

El Registro de Cáncer de Murcia es un registro de base poblacional creado en mayo de 1981, que elabora una serie de publicaciones periódicas sobre estadísticas básicas del registro de cáncer. Las fuentes de información son todos los hospitales, tanto públicos como privados, existentes en la Región de Murcia y diversas fuentes extrahospitalarias así como la mortalidad. El registro identifica, recoge, codifica y registra los casos nuevos diagnosticados año a año en residentes de la región de Murcia. La morfología y topografía de los casos se codifican mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología y posteriormente, previo a su análisis, se convierten a la Clasificación Internacional de Enfermedades.

### **CREM. Movimiento Natural de la Población**

En virtud de un Acuerdo de Colaboración con el INE, el Centro Regional de Estadística se hace cargo de la elaboración de la estadística del Movimiento Natural de la Población para los fenómenos demográficos acaecidos en su ámbito territorial a partir del año 1986. Se ofrecen datos a nivel municipal.

*Tasa bruta de mortalidad infantil:*

Fallecidos con menos de 1 año x 1.000/total de nacidos vivos.

### **CREM y Servicio de Epidemiología. Mortalidad por Causas**

Se trata de una publicación fruto de la colaboración entre el CREM y el Servicio de Epidemiología, y que tiene como primer año de referencia 1989. Su objetivo principal es ofrecer información sobre las causas de defunción y su distribución por edad, sexo y área geográficas, así como algunos indicadores para que puedan ser utilizados por los diferentes niveles de actuación de la Administración Sanitaria.

Para toda la Región de Murcia se presentan las tasas de mortalidad global, las tasas específicas por edad y sexo, las tasas de mortalidad infantil, las tasas específicas por causa y las tablas de vida. En las áreas sanitarias se calcula la Razón de Mortalidad Estándar para cada uno de los sexos.

A partir de 1999 esta en vigor la Décima Revisión (CIE10) de la Clasificación de enfermedades según la causa de muerte.

*Grupos de grandes causas de mortalidad:*

de acuerdo con la décima clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud:

- I. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- II. Neoplasias
- III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad
- IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- V. Trastornos mentales y del comportamiento
- VI. Enfermedades del sistema nervioso
- IX. Enfermedades del sistema circulatorio
- X. Enfermedades del sistema respiratorio
- XI. Enfermedades del aparato digestivo
- XII. Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo
- XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo
- XIV. Enfermedades del aparato genitourinario
- XVI. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
- XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
- XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte

## XX. Causas extremas de morbilidad y de mortalidad

### **INE. Defunciones según la causa de muerte**

Estadística elaborada para 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. En particular, suministra información sobre suicidios según diversas variables como el sexo, la edad y el método empleado.

### **INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria**

La Encuesta de Morbilidad Hospitalaria se realiza anualmente desde 1951, aunque su cobertura era parcial pues sólo incluía con carácter obligatorio a los hospitales públicos y se efectuaba el estudio de la morbilidad entendiendo al diagnóstico de entrada, lo cual no siempre se adaptaba a la realidad, pues en algunos casos estos diagnósticos no se elevan a definitivos. La Encuesta fue reformada en 1977 recogiéndose información tanto de los hospitales públicos como privados y tiene como objeto conocer la estructura y evolución de la morbilidad atendida en los hospitales.

Desde un primer momento se puso de manifiesto que, para cumplir los objetivos previstos, era necesario que los hospitales estuvieran dotados de un registro sistemático de todos los enfermos que ingresan y salen del mismo. Por Real Decreto 1360/1976 de 21 de mayo se estableció el uso obligatorio en todos los hospitales, tanto públicos como privados, de un Libro de Registro de Enfermos donde se recoge una serie de datos sobre los enfermos.

Los objetivos de esa encuesta son: Conocer la morbilidad general atendida en los hospitales del país en función del diagnóstico definitivo o de salida, determinar la estancia media en el hospital por tipo de diagnóstico, servir de base para determinar el ámbito de influencia o "grado de atracción" de los hospitales, servir de punto de partida a estudios en profundidad sobre determinadas enfermedades.

El cumplimiento de los objetivos de esta encuesta queda garantizado por el uso obligatorio del Libro de Registro de Enfermos y la Ficha del Enfermo que suponen un registro sistemático de todos los enfermos que ingresan y salen del hospital.

En el momento actual, en un gran número de hospitales se ha producido la informatización del Libro de Registro de Enfermos o se ha implantado el nuevo Sistema de Información al Alta Hospitalaria: Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) que aunque es considerado fundamentalmente como un instrumento de gestión, los datos que contiene permiten cubrir los objetivos de la Encuesta.

Se realiza un muestreo estratificado en dos etapas donde los hospitales constituyen las unidades de primera etapa y los enfermos dados de alta las de segunda etapa o unidades elementales objeto de investigación. El volumen global de la muestra es del 93,5% en cuanto al total de centros hospitalarios y de aproximadamente el 98,6% respecto al volumen de enfermos dados de alta.

En el año 2002 se amplía el número de diagnósticos publicados y se incluye una nueva lista de agrupación de diagnósticos según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), desglosada en capítulos y grandes grupos de diagnósticos.

A partir de la EMH 2005 se incluye en la publicación la Lista Reducida Internacional de agrupación de diagnósticos, consensuada por Eurostat, OCDE y OMS, para la difusión de datos de Morbilidad Hospitalaria, que permite la comparación homogénea de cifras y diagnósticos entre países e incluye, para diagnósticos individuales o agrupaciones de ellos, 149 ítems con un nivel de desarrollo a cuatro dígitos según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9-MC.

A partir del 2016 se emplea la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión (CIE-10-MC).

#### *Alta hospitalaria:*

Procedimiento por el que un paciente ingresado en un centro o establecimiento sanitario deja de ocupar una cama de hospitalización por curación, mejoría, fallecimiento, traslado o alta voluntaria. A efectos de esta encuesta se considera paciente o enfermo a toda persona que haya ingresado en un centro hospitalario para ser atendida, diagnosticada u observada en régimen de internado y haya dado lugar a una alta hospitalaria.

*Diagnóstico principal:*

Afección que motiva el ingreso en el hospital, según criterio del servicio clínico o facultativo que atiende al enfermo, aunque durante su estancia aparezcan complicaciones importantes e incluso otras afecciones independientes. Esta definición se establece en la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 06/09/1984. La clasificación utilizada es la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10 MC).

*Estancia:*

Fecha de alta menos la de ingreso, no computándose estancias iguales a cero.

**INE. Encuesta Europea de Salud**

La Encuesta Europea de Salud (ESEE) proporciona periódicamente información sobre la salud de la ciudadanía y sobre algunos de los principales factores que la determinan. Actualmente se alterna con la Encuesta Nacional de Salud para disponer de indicadores de salud con una periodicidad de 3 años.

Tiene como objetivo principal proporcionar información sobre la salud de la población española, de manera armonizada y comparable a nivel europeo, y con la finalidad de planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria.

La ESEE 2020 está diseñada para proporcionar información sobre:

- El estado de salud y la morbilidad percibida de la población, su distribución y características.
- El grado de acceso y utilización de los servicios de salud y sus características.
- Los factores determinantes de la salud: los estilos de vida y las características del medio ambiente (físico y social) que pueden suponer riesgo para la salud.
- La relación entre el estado de salud de la población, el uso de los servicios sanitarios y los determinantes individuales, sociodemográficos y territoriales de la salud.

La ESEE 2020 utiliza cuatro clasificaciones estandarizadas en su explotación de resultados:

1. Clasificación Nacional de Actividades Económicas CNAE 2009: La actividad se codifica a un nivel de tres dígitos.
2. Clasificación Nacional de Ocupaciones CNO 2011: La ocupación se codifica a un nivel de tres dígitos.
3. Clasificación Nacional de Educación CNED14-A: El nivel de estudios alcanzado se clasifica según agregaciones de los códigos de la CNED.
4. Clase Social: se ha obtenido según la clasificación propuesta en 2012 por el Grupo de Trabajo de Determinantes de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), adaptada para la ENSE.

La investigación se dirige al conjunto de personas que reside en viviendas familiares principales en todo el territorio nacional. No se considera la población institucionalizada.

**INE. Movimiento Natural de la Población**

Las estadísticas de Movimiento Natural de la Población que se refieren básicamente a los nacimientos, matrimonios y defunciones ocurridos en territorio español, constituyen unos de los trabajos de mayor tradición en el Instituto Nacional de Estadística. El primer volumen se publicó en el año 1863 por la Junta General de Estadística del Reino conteniendo datos relativos al periodo 1858-1861, obtenidos a partir de los registros parroquiales. Desde entonces se viene publicando en España información de los fenómenos demográficos sin más interrupción que durante los años 1871 a 1885, época de implantación del Registro Civil, de donde se obtendrían en lo sucesivo los datos para estas estadísticas.

Todas las estadísticas englobadas dentro del Movimiento Natural de la Población recogen los datos de los boletines estadísticos cumplimentados en el momento de inscribir estos hechos demográficos en el Registro Civil.

En el año 1975 estas estadísticas son modificadas en algunos de los conceptos utilizados, los boletines usados y el procedimiento de explotación empleado, con el fin de ajustarse a los conceptos demográficos reconocidos internacionalmente.

Antes de este año todos los datos iban referidos al lugar de inscripción. Posteriormente las clasificaciones

básicas son referidas al lugar de residencia del causante del suceso. Por otra parte se consideraban nacidos vivos a los que sobrepasaban 24 horas de vida y por lo tanto no se incluían ni en los nacimientos ni en las defunciones. Coincidió esta definición con la aceptada legalmente y que establece el código civil (art. 30).

Después de 1975 se considera nacido vivo a toda persona que nace con vida independientemente del periodo que viva.

### **INE. Profesionales Sanitarios Colegiados**

El objetivo de esta estadística es conocer el número de profesionales sanitarios colegiados existentes en España. Se viene elaborando en el INE desde el año 1.953. Tiene periodicidad anual y se obtienen resultados nacionales y provinciales que se publican en el Anuario Estadístico de España. La recogida de información se realiza a través de los Consejos Generales de Colegios, excepto los datos referidos a médicos y diplomados en enfermería, que se recogen a través de los Colegios Profesionales por las Delegaciones Provinciales del INE.

#### *Colegio profesional:*

Aquellos reconocidos por la Administración según lo establecido en la Ley 2/1974 del 13 de febrero sobre Colegios Profesionales.

#### *Profesión sanitaria:*

Aquella que está recogida en la Ley 44/2003 del 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, o cumple los requisitos establecidos en la misma.

### **Instituto de Salud Carlos III. Estadística Estatal del Sida**

Suministra datos sobre los casos registrados de SIDA diagnosticados en las distintas comunidades autónomas.

### **Instituto Murciano de Acción Social. Estadísticas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia**

Como se dispone con carácter general en el artículo 11 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, al referirse a las competencias de las Comunidades Autónomas, corresponde a las mismas "gestionar, en su ámbito territorial, los servicios y recursos necesarios para la valoración y atención de la dependencia". Así, las Comunidades Autónomas son las administraciones competentes para recibir las solicitudes presentadas por los ciudadanos, valorar la situación en que se encuentren las personas solicitantes y dictar, en su caso, la correspondiente resolución en que se reconozca la situación de dependencia. Las Comunidades Autónomas introducen sus datos en el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD). Con ellos se confeccionan mensualmente las estadísticas sobre la gestión del Sistema de Dependencia y se realizan los cálculos correspondientes a la parte de la financiación aportada por la Administración General del Estado en concepto de nivel mínimo de protección.

#### *Grados de dependencia:*

La situación de dependencia se clasificará en los siguientes grados:

Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

El 1 de julio de 2015 se ha cumplido el calendario de implantación progresiva de la Ley con la incorporación plena de los dependientes moderados (Grado I).

*Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD):*

Es el conjunto de servicios y prestaciones económicas destinados a la promoción de la autonomía personal, la atención y protección a las personas en situación de dependencia, a través de servicios públicos y privados concertados debidamente acreditados, y contribuye a la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos.

La Ley 39/2006, establece su creación para garantizar la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español.

El Artículo 2 de la Ley 39/2006, define autonomía personal como: "Capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria".

El Artículo 2.3 de la Ley 39/2006, señala que actividades básicas de la vida diaria son aquellas que permiten a la persona desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

El Artículo 2 de la Ley 39/2006, define Dependencia como: "Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal".

**Ministerio de Sanidad. Consumo Farmacéutico a través de Recetas Médicas del Sistema Nacional de Salud**

Estadística que tiene como objetivo conocer los datos de consumo de medicamentos y productos sanitarios que se han prescrito y facturado a través de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud y del Mutualismo Administrativo, con el fin de analizar y realizar el seguimiento de la prestación farmacéutica, en su aspecto cuantitativo y cualitativo, y así poder disponer de elementos para promover y garantizar un uso racional de los medicamentos.

Contiene datos recogidos de la información de las recetas médicas del SNS, que se prescriben en el ámbito de la atención primaria y especializada a los usuarios del Sistema Sanitario Público y se dispensan y facturan a través de las oficinas de farmacia del territorio nacional. Esta información se remite por los Servicios de Salud de las comunidades autónomas y del mutualismo administrativo, a nivel provincial.

**Ministerio de Sanidad. Estadística del Gasto Sanitario Público**

La Estadística del Gasto Sanitario Público (EGSP) tiene como objetivos 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.

Sus principales referencias metodológicas provienen de la Contabilidad Nacional y, en concreto, en el

Sistema Europeo de Cuentas vigente (SEC95) que le ha proporcionado un marco estable y armónico.

### **Ministerio de Sanidad. Indicadores de Salud**

En España se dispone de un sistema de información sanitaria que permite la elaboración de una gran variedad de indicadores de salud y, de esta forma, posibilita la realización de análisis periódicos de la situación sanitaria. Estos indicadores proporcionan información sobre la magnitud de muchos problemas de salud y sobre su evolución en el tiempo al nivel estatal y en las diferentes comunidades autónomas, lo que permite valorar su tendencia y su distribución geográfica. Asimismo, la disponibilidad de estos indicadores permite la comparación de la situación española con la situación en los otros países de la Unión Europea.

Los indicadores que se refieren a la frecuencia de un determinado fenómeno por 1.000 o por 100.000 habitantes, el denominador para las estimaciones en mujeres es la población de mujeres y el denominador para las estimaciones en hombres es la población de hombres del ámbito concreto a que se refiera cada indicador: grupo de edad, conjunto del Estado, comunidad autónoma, etc.

Por otro lado, en algunos indicadores se ofrecen estimaciones ajustadas por edad. En algunos casos se hace explícito en título y/o en la tabla que se trata de un porcentaje o una tasa ajustada por edad, mientras que en otros, en los que se menciona únicamente que se trata de una tasa ajustada o de un porcentaje ajustado, también deberá entenderse que se trata de un ajuste por edad.

Las estimaciones sobre consumo de sustancias psicoactivas se han obtenido de las estimaciones sobre el uso de drogas proporcionados por el Observatorio Español sobre Drogas, dependiente del Plan Nacional sobre Drogas. Este observatorio obtiene información sobre este fenómeno a partir del Sistema estatal de información permanente sobre adicciones a drogas, de encuestas de base poblacional dirigidas a la población de 15 a 64 años y de encuestas dirigidas a la población en edad escolar.

#### *Indicadores ajustados:*

Indicadores (tasas o porcentajes) ajustados por edad tomando como población de ajuste la Población Estándar Europea.

### **Ministerio de Sanidad. Interrupción Voluntaria del Embarazo**

Esta estadística tiene como objetivo ofrecer información 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.

En España se llevan a cabo Interrupciones voluntarias del embarazo desde la promulgación de la Ley Orgánica 9/1985 de despenalización de los abortos practicados en determinados supuestos. Posteriormente, 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 en la que entró en vigor, el 5 de julio, regula y actualiza estos supuestos.

La Ley protege y ampara mediante el secreto estadístico los datos referentes a la identidad de las mujeres y de los centros sanitarios: tanto la información referida a la embarazada como la del centro en el que se realiza el aborto, es considerada confidencial. No se facilita información que no sea agregada y siempre por Comunidades Autónomas de residencia de la mujer que aborta. Dada la sensibilidad de estos datos, todas las personas que en virtud de su de trabajo han de manejar esta información están sometidas a secreto estadístico además del profesional que en su caso corresponda. En este marco las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas envían la información a la Dirección General de Salud Pública de este Ministerio.

#### *Motivo de la interrupción:*

El cuestionario de notificación utilizado recoge los tres supuestos legales de la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

### **Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria**

Incluida en el Plan Estadístico Nacional, esta estadística presenta la información remitida anualmente por las Comunidades Autónomas y el INGESA, con un nivel de desagregación de Área de Salud. Proporciona información sobre la población asignada a los centros de atención primaria a fecha de corte de 31 de diciembre de cada año.

*Área de salud:*

Circunscripción administrativa que agrupa un conjunto de centros y de profesionales de Atención Primaria bajo su dependencia organizativa y funcional.

*Población:*

Es la población asignada a los profesionales de los Equipos de Atención Primaria.

Se recopila a nivel de áreas de salud, por grupos quinquenales de edad y sexo.

**Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de listas de espera del SNS (SISLE-SNS)**

El sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud en materia de listas de espera para consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas se estructura a partir del registro de pacientes en lista de espera y de indicadores básicos, mínimos y comunes que permitan la homogeneidad en la evaluación global objetiva de las listas de espera y la mejora de su gestión a través de acciones orientadas a la utilización eficiente de los recursos.

Los pacientes pendientes de primera consulta externa, primera prueba diagnóstica/terapéutica o intervención quirúrgica deberán estar incluidos en el registro establecido para ello. La relación de especialidades, procesos y procedimientos diagnósticos y quirúrgicos incluidos en el sistema de información se elaborará en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

A los efectos de lograr una definición homogénea de los principales elementos que inciden en la existencia y configuración de las listas de espera, sobre los cuales se articula el sistema de información sanitaria, se recogen las instrucciones en el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.

*Lista de espera de consultas:*

Lista de pacientes pendientes de primeras consultas médicas, externas, de atención especializada, excluidas las de tipo preventivo.

- Número de pacientes en espera estructural: Idéntico criterio que para la lista de espera quirúrgica, referido a los pacientes pendientes de una primera consulta en atención especializada.
- Tasa por 1.000 habitantes: Número de pacientes en espera estructural pendientes de una primera consulta por cada 1.000 habitantes; donde, la población del denominador corresponde a la población de la base de datos de tarjeta sanitaria a la fecha de corte.
- Tiempo medio de espera: Promedio de días naturales que en el momento del estudio llevan esperando los pacientes pendientes de una consulta o una prueba.
- Porcentaje de pacientes con más de 60 días: referido a los pacientes incluidos en lista con más de sesenta días de demora entre la fecha de indicación y la fecha asignada para la consulta o la prueba, respecto al total de pacientes con fecha asignada, en porcentaje.

*Lista de espera quirúrgica:*

Listado de pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada (no urgente), indicada por un médico especialista quirúrgico, una vez concluidos sus estudios diagnósticos, aceptada por el paciente, y para cuya realización el hospital tiene previsto la utilización de quirófano.

- Número de pacientes pendientes de una intervención quirúrgica programada en la fecha de corte: Total de pacientes en lista de espera estructural (en situación de ser intervenidos quirúrgicamente y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles). Como pacientes pendientes de una intervención



se entiende aquellos que se les ha prescrito una intervención no urgente para la cual se tiene previsto el uso del quirófano, además, deberán estar incluidos en un registro de pacientes pendientes de una intervención y la fecha de entrada en dicho registro es la de la prescripción. Las fechas de corte contempladas en el RD corresponden a 31 de diciembre y 30 de junio de cada año.

- Tasa por 1.000 habitantes: La población de referencia es la de tarjeta sanitaria de acuerdo con las cifras de la base de datos de Tarjeta Sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

- Proporción de pacientes pendientes con espera mayor de seis meses en el momento de corte: Del total de pacientes en lista de espera estructural, porcentaje de los que en ese momento llevan esperando más de seis meses.

- Tiempo medio de espera de los pacientes pendientes: Promedio en días del tiempo de espera de los pacientes en espera estructural, calculado como la diferencia en días naturales entre la fecha de corte y la fecha de entrada (para el global del SNS se calcula la media ponderada de los tiempos de espera de las Comunidades Autónomas).

#### ***Servicio Murciano de Salud. Subdirección General de Programas, Innovación y Cronicidad***

Esta Subdirección General nos aporta datos sobre recursos humanos y programas de aquellos centros en los que desarrolla su labor.